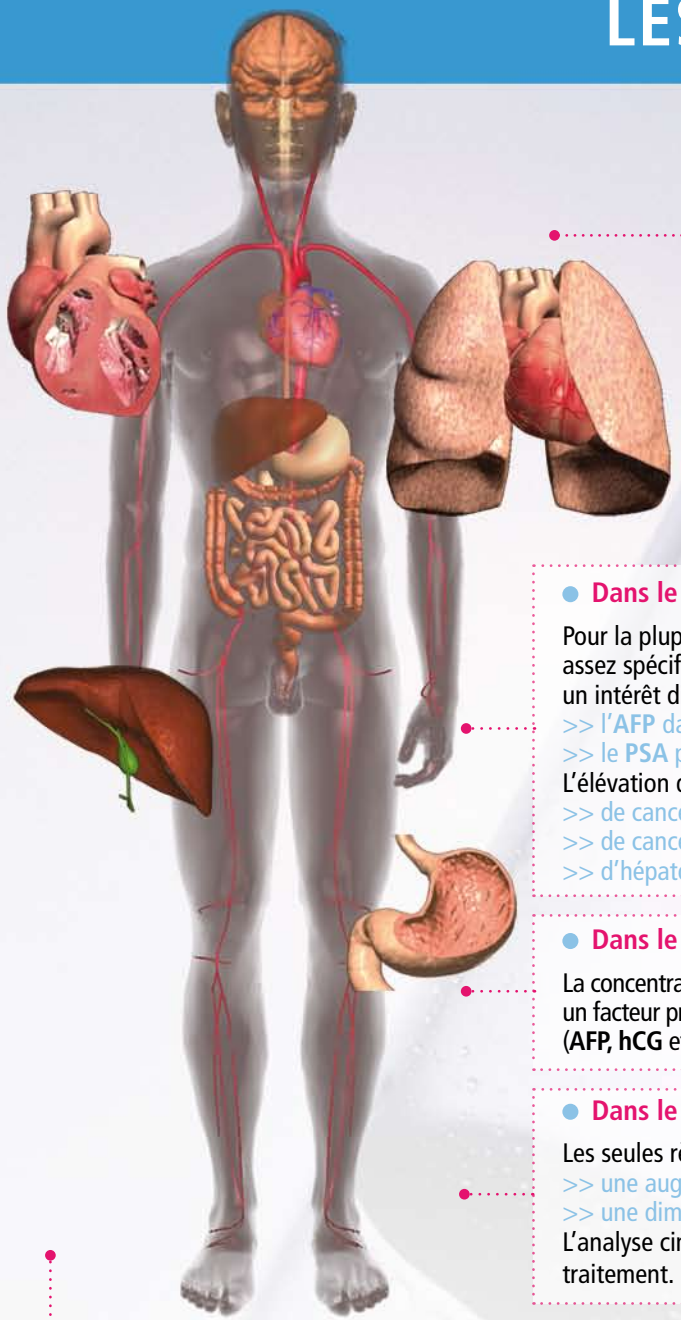


PLACE DES MARQUEURS TUMORAUX

Dans le dépistage (Dp)

Le dépistage de masse par le dosage des MT est injustifié.
Le dépistage des populations à risque par le dosage d'un MT peut être précieux dans:

>> les formes héréditaires de cancer médullaire de la thyroïde (**CT**),
>> l'hépatocarcinome chez les patients cirrhotiques (**AFP**),
>> du choriocarcinome chez les patients atteints d'une maladie trophoblastique (**hCG**).

Au niveau individuel, le dépistage du cancer de la prostate (**PSA**) peut être proposé par le médecin traitant après information sur les conséquences induites par un résultat anormal.

Dans le diagnostic (D)

Pour la plupart des cancers, le diagnostic est posé sans le concours des MT qui ne sont ni assez spécifiques, ni assez sensibles. Quelques marqueurs possèdent néanmoins un intérêt diagnostic reconnu :

>> l'**AFP** dans les hépatomes malins et les tumeurs testiculaires à différenciation vitelline,
>> le **PSA** pour le cancer de la prostate.

L'élévation d'un MT peut suffire à poser le diagnostic :

>> de cancer médullaire de la thyroïde en présence d'un nodule thyroïdien (**CT**),
>> de cancer testiculaire chez l'homme ou le choriocarcinome chez la femme (**hCG**),
>> d'hépatocarcinome chez un patient cirrhotique (**AFP** > 400 µg/l).

Dans le pronostic – Bilan d'extension (P)

La concentration initiale d'un MT est un bon indicateur de la masse tumorale et peut constituer un facteur pronostic fiable. Cette concentration de base peut orienter le choix thérapeutique (**AFP, hCG** et **LDH** dans les tumeurs germinales non séminomateuses de stade avancé).

Dans le suivi sous traitement (T)

Les seules règles d'interprétation des MT sous traitement considèrent :

>> une augmentation de plus de 25% comme un signe de progression,
>> une diminution de plus de 50% comme un signe de rémission partielle.

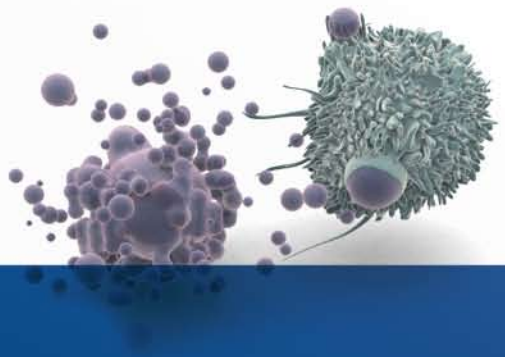
L'analyse cinétique des concentrations de MT doit être la règle pour évaluer la réponse au traitement.

Dans la surveillance après traitement – Récidives et métastases (S)

L'appréciation dynamique des variations de concentrations de MT est supérieure à l'analyse d'une valeur isolée.Une augmentation de trois dosages consécutifs (exprimé en exponentielle), même à l'intérieur des valeurs dites normales, signe une récidive biologique.

BONNE PRATIQUES DE PRESCRIPTION DES MARQUEURS TUMORAUX

- Choisir un MT en fonction de la tumeur primitive et de son type histologique.
- Doser les MT avant traitement afin de disposer d'une valeur de référence pour étudier l'évolution ultérieure du MT.
- La majorité des MT trouvent leur place dans le suivi de l'efficacité du traitement et dans la surveillance ultérieure.
- Ne pas associer plusieurs MT sauf au moment du diagnostic de la maladie
  - >> pour choisir le marqueur le plus sensible,
  - >> pour suivre une métastase d'origine inconnue,
  - >> en cas de tumeurs hétérogènes associant plusieurs contingent cellulaires.
- Interpréter le résultat d'un dosage de MT avec des données anatomo-pathologiques, cliniques et radiologiques.
- Faire doser le ou les MT dans même laboratoire pour éviter les variations inter-techniques.
- Ne pas modifier la stratégie thérapeutique à la lumière d'un seul dosage.
- Il faut garder à l'esprit qu'un taux « normal » de MT n'exclut pas un cancer et qu'un taux élevé de MT ne signe pas toujours un cancer.



37, rue Romain Fandel + B.P.143 + L-4002 Esch-sur-Alzette + Tél. 488 288-1 + Fax: 488 288-306 + info@ketterthill.lu

TABLEAU D'AIDE A LA PRESCRIPTION DES PRINCIPAUX MARQUEURS TUMORAUX

	CEA	AFP	CA125	CA 15-3	CA 19-9	CT	Cyfra 21	ßhCG	ßhCG libre	LDH	NSE	PSA	SCC	Tg	REMARQUES
TUMEURS GYNÉCOLOGIQUES															
Ovaire (mucineux)	T				T										CEA en T/S si le cancer n'exprime pas le CA 19-9. Le CA 125 n'est pas recommandé pour S dans le cancer des ovaires.
Ovaire (séreux)			T												
Ovaire (germinal)		T													Le CA 125 n'est pas recommandé pour S dans le cancer des ovaires.
Endomètre (adénocarcinome)			P/T/S												CA 19-9 en MS.
Placenta (trophoblastique)								D/P/T/S	D/P/T/S						ßhCG en Dp si avortement molaire.
Utérus (épidermoïde)													T		Cyfra 21 en MS.
Sein (adénocarcinome)				P T											CEA en T/S si le cancer n'exprime pas le CA 15-3.
TUMEURS DIGESTIVES															
Colon-rectum (adénocarcinome)	P/T														CA 19-9 en P/T/S si le cancer n'exprime pas le CEA.
Estomac (adénocarcinome)	T				T										CA 72-4 en MS.
Pancréas (adénocarcinome)					T										CEA et CA 50 en MS.
Foie (carcinome)		D T													CEA en MS. AFP en Dp chez patients cirrhotiques et porteurs chroniques actifs du VHB ou du VHC.
TUMEURS UROLOGIQUES															
Testicule		D/P/T						D/P/T/S	D/P/T/S	D/P/T/S					Associer AFP, ßhCG et LDH.
Prostate (adénocarcinome)												D/P/T/S			PSA en Dp pour les hommes de plus de 50 ans ou 45 ans si facteurs de risque PSA libre ou gène PCA3 dans certains cas.
TUMEURS DIVERSES															
Oesophage (adénocarcinome)	T												T		
ORL (épidermoïde)													T		Cyfra 21 en MS.
Poumon (petites cellules)											T				Chromogranine en MS.
Poumon (adénocarcinome)	T						P/T								
Poumon (épidermoïde)							P/T								SCC en MS.
Thyroide (médullaire)	P/T/S					D/P/T/S									CT en Dp dans les formes familiales. CEA et CT doivent être associés pour P/T/S.
Thyroide (différencié)														P/T/S	

Réf.: 1. «Clinical Practice Guidelines for the use of tumor markers» fe (l'American Society of Clinical Oncology.)
2. «Clinical Guidelines de l'European Society for Medical Oncology»

ABREVIATIONS

MT Marqueur tumoral
MS Marqueur secondaire
Dp Dépistage
D Diagnostic
P Pronostic
T Suivi sous traitement
S Surveillance après traitement

CEA Antigène carcino-embryonnaire
AFP Alpha-foetoprotéine
CA Cancer antigen
CT Calcitonine
hCG hormone chorionique gonadotrope
LDH Lactico déshydrogénase
NSE Non specific enolase
PSA Prostate specific antigen
SCC Squamous cell carcinoma
Tg Thyroglobuline

ketterthill
LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES

Version1 © 2008 Laboratoire Ketterthill