

L'obésité comme facteur émergent de risque oncologique :

données récentes et
perspectives cliniques



Dr Vincent FLORENT, MD PhD

Médecin Nutritionniste

Praticien spécialiste des centres de lutte contre le cancer

Centre Oscar Lambret, Lille

ONCO

HAUTS-DE-FRANCE

DISPOSITIF SPÉCIFIQUE
RÉGIONAL DU CANCER



Centre
Oscar Lambret

unicancer HAUTS-DE-FRANCE

Polynésie

Près de 40% des cancers liés à un excès de poids aux Etats Unis

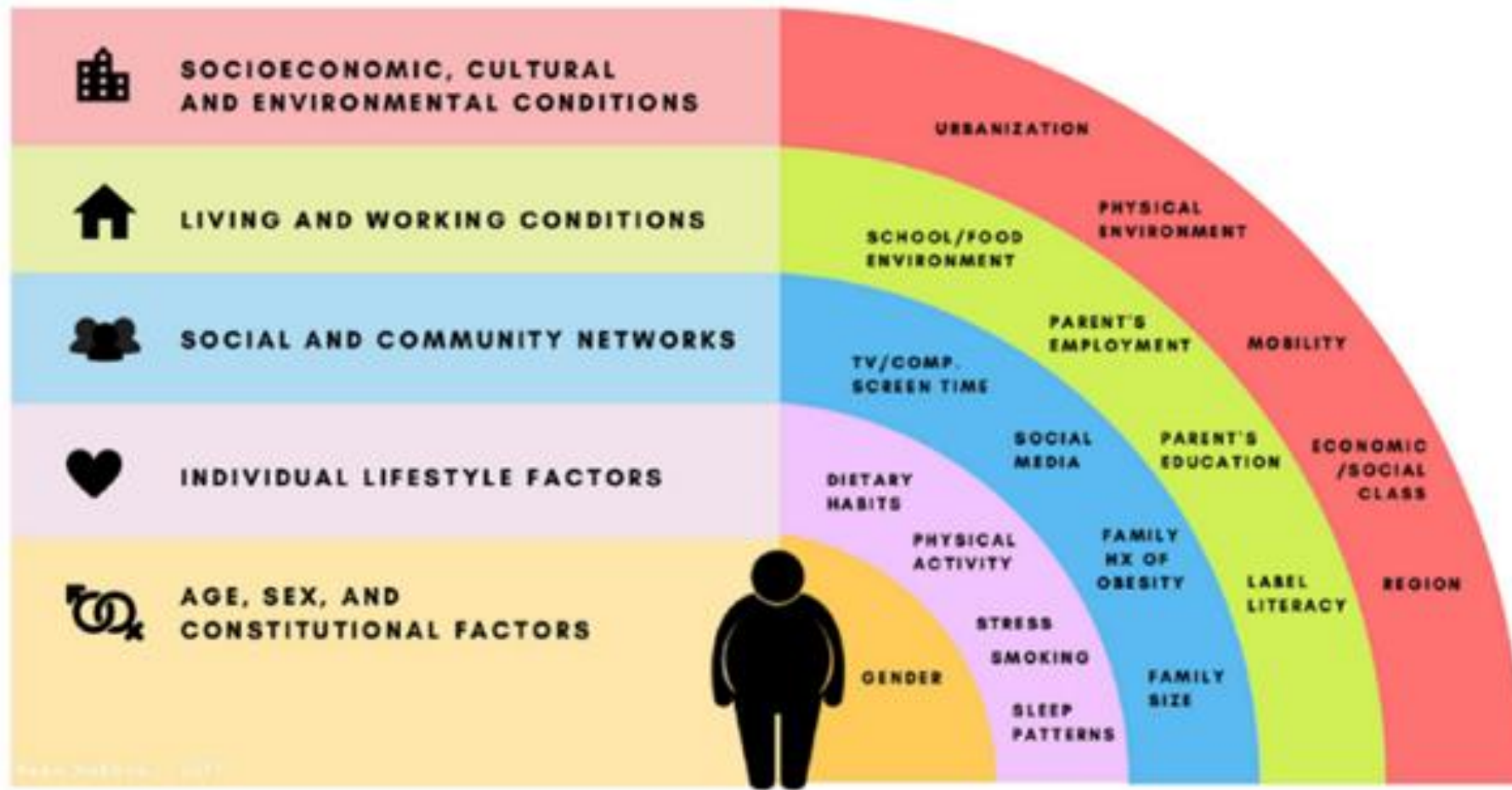
Quelque 630 000 cancers, soit environ 40% de la totalité des cancers détectés en 2014 aux Etats-Unis, étaient liés à un poids excessif, indiquent les autorités sanitaires américaines, réitérant leur appel à davantage de prévention.

Par CM/AFP

Partager :



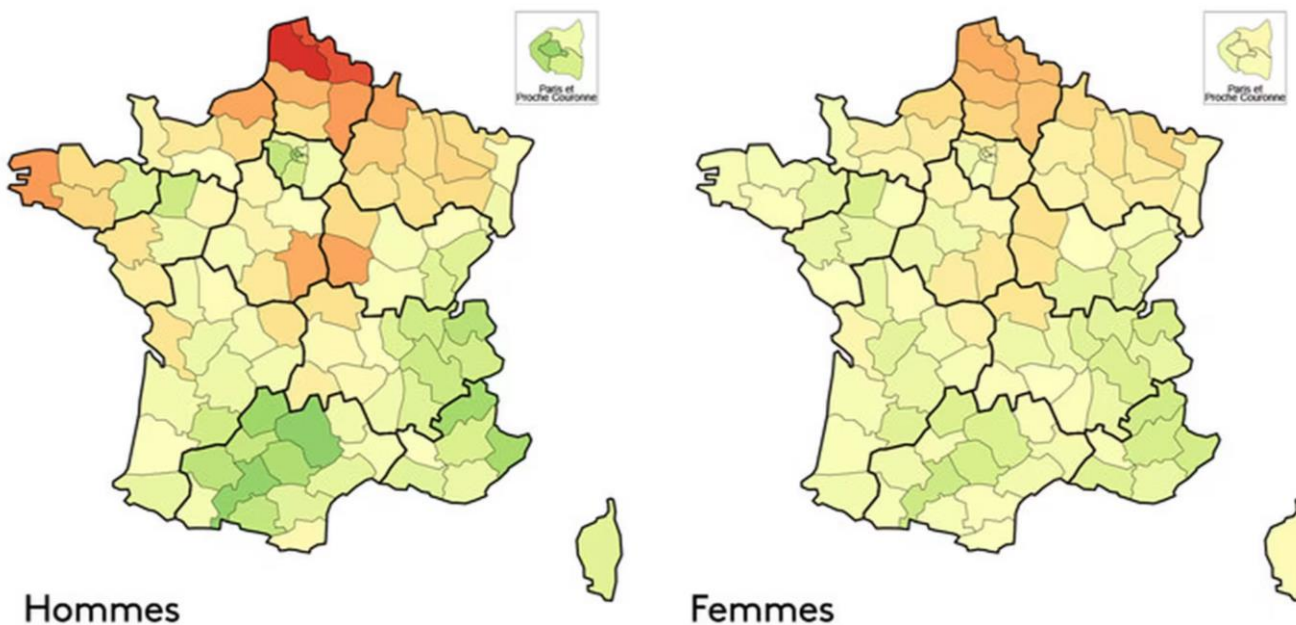
LES OBÉSITÉS SONT DES MALADIES COMPLEXES, MULTIFACTORIELLES, SANS TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE UNIQUE, NÉCESSITANT UN ACCOMPAGNEMENT HOLISTIQUE



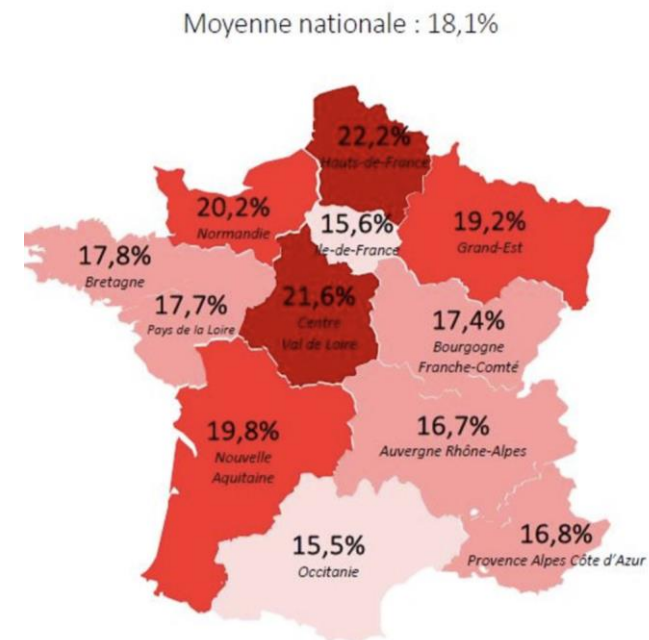
CANCER ET INÉGALITÉS TERRITORIALES



Les Hauts de France culminent avec une **surreprésentation de la mortalité par cancer**, et une **surreprésentation de la prévalence de l'obésité** par rapport aux moyennes nationales.



Carte de la surmortalité des cancers en France entre 2007 et 2016 ¹



Carte de la prévalence de l'obésité par région en % ²

1 Rapports standardisés, Santé publique France, 2016

2 Etude OFEO, 2024, Ligue Nationale contre l'obésité

QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN FRANCE

IMC

Maigre < 18,5 **5,3%**



2,868 M de personnes

IMC normal 18,5 à 24,9 **45,9%**



24,838 M de personnes

Surpoids 25 à 29,9 **30,7%**



16,612 M de personnes

Obésité modérée 30 à 34,9 **12,0%**



6,493 M de personnes

Obésité sévère 35 à 39,9 **4,2%**



2,273 M de personnes

Obésité massive > 40 **1,9%**



1,028 M de personnes

Obésité :
18,1%

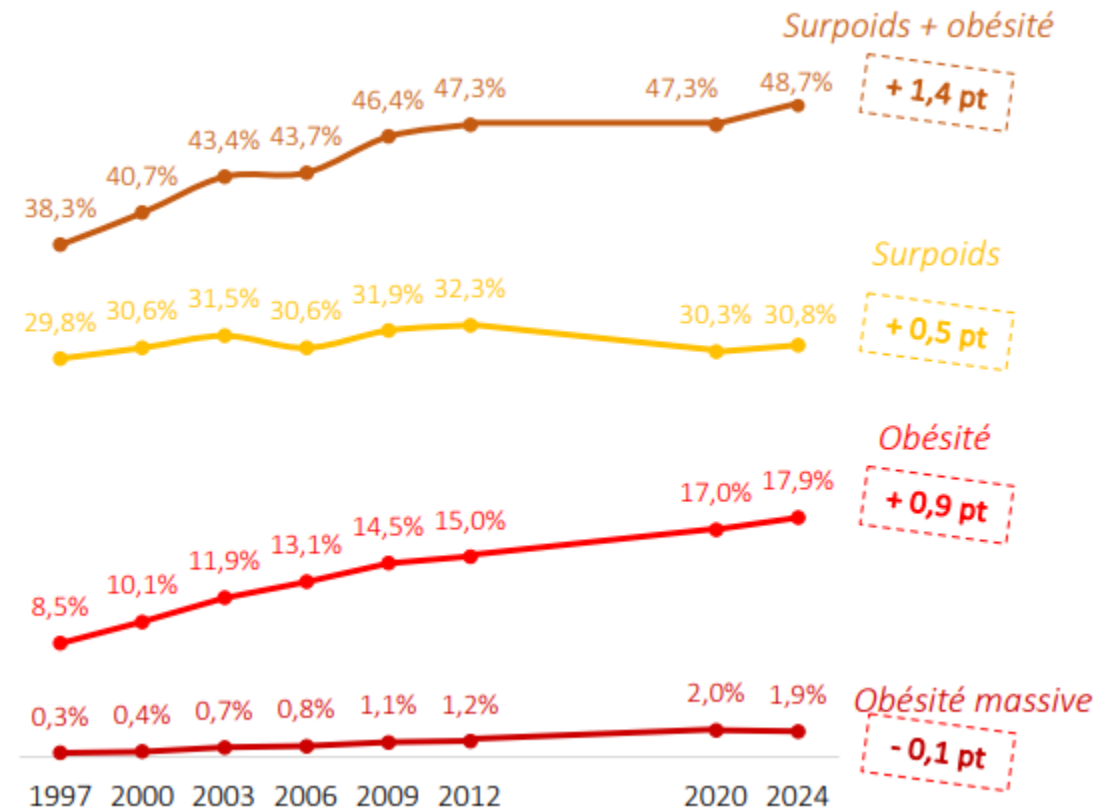
9,794 M de personnes

Min : 9,307 M
Max : 10,227 M

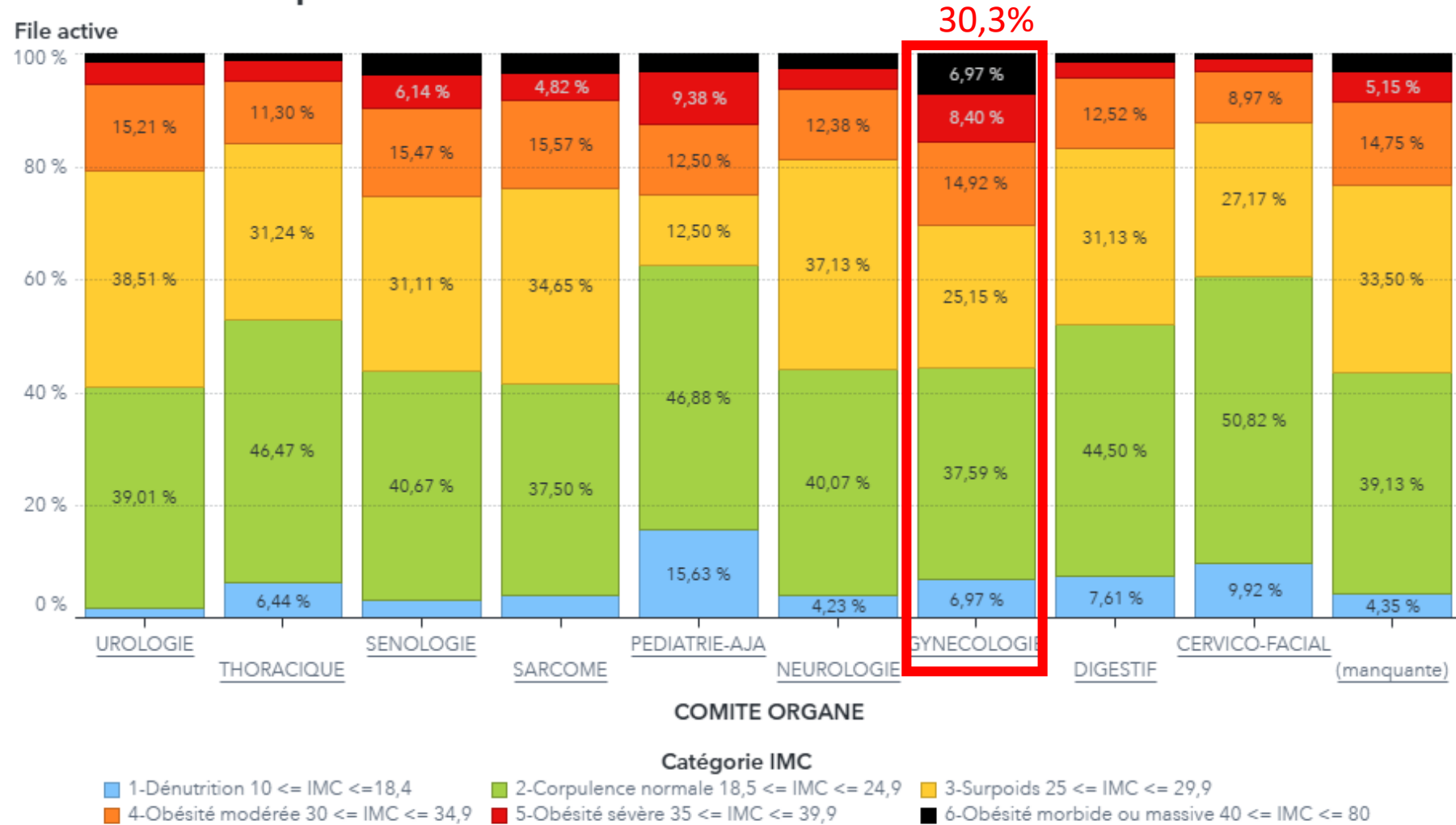
Surpoids + obésité :
48,8%

26,497 M de personnes

Min : 25,866 M
Max : 26,948 M

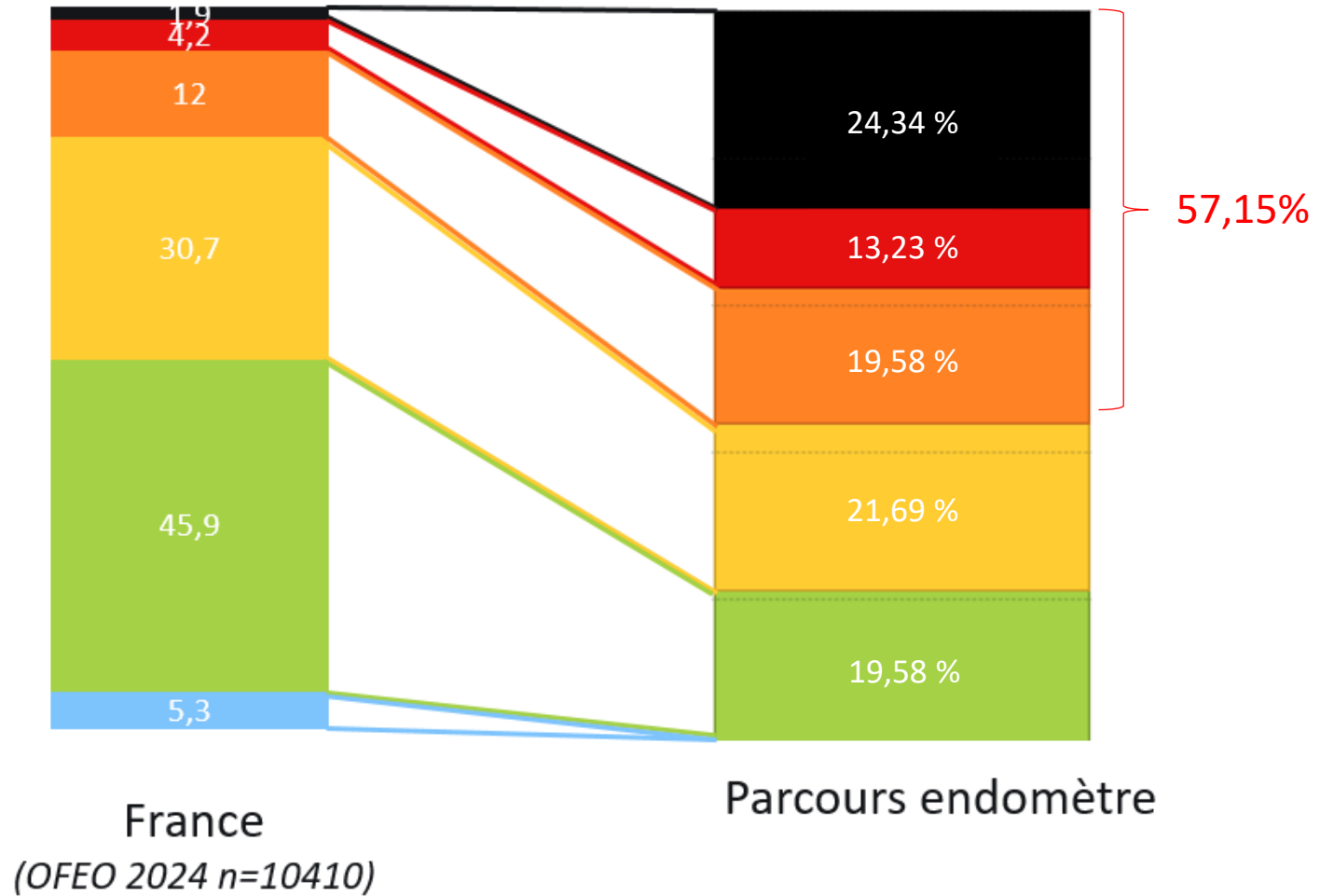


Répartition de l'IMC en fonction des CO-Parcours en %



QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES AU COL

n = 189 parmi 1535 patientes de la filière gynécologique



- Catégorie IMC**
- 1-Dénutrition 10 <= IMC <= 18,4
 - 2-Corpulence normale 18,5 <= IMC <= 24,9
 - 3-Surpoids 25 <= IMC <= 29,9
 - 4-Obésité modérée 30 <= IMC <= 34,9
 - 5-Obésité sévère 35 <= IMC <= 39,9
 - 6-Obésité morbide ou massive 40 <= IMC <= 80

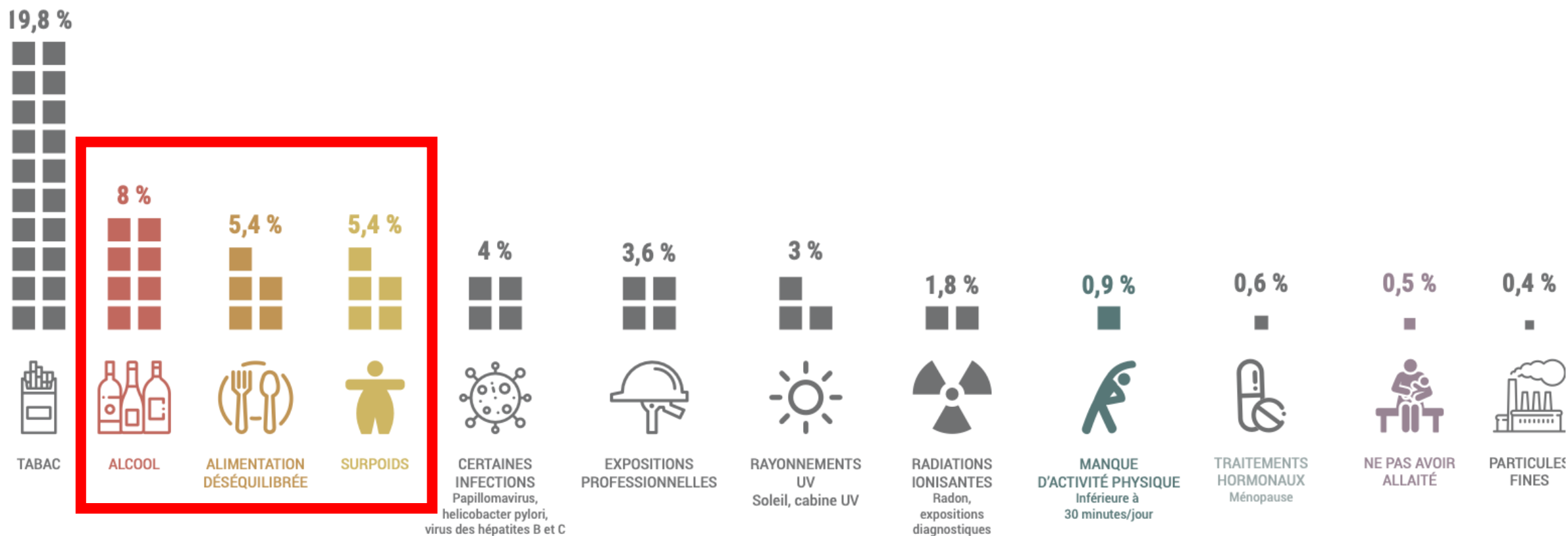


Obésité et risque de cancer

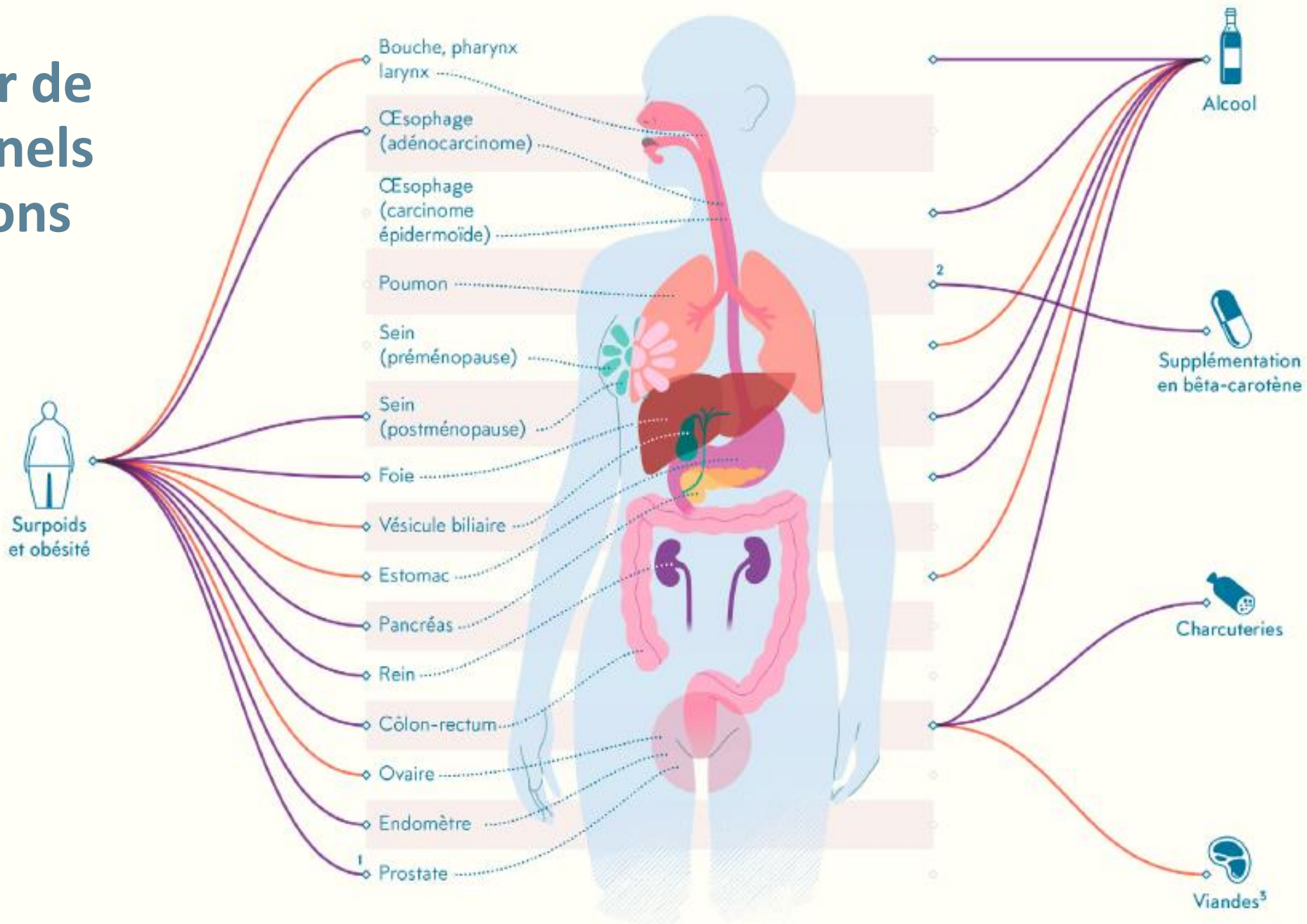
40% des cas de cancers (142 000/ an) évitables grâce à des changements de comportement et des modes de vie (facteurs de risques modifiables)



16 à 20% des cancers liés aux comportements alimentaires ¹



Obésité = facteur de risque nutritionnels de 14 localisations tumorales ¹



LOCALISATIONS TUMORALES ET FACTEUR DE RISQUE OBÉSITÉ

LOCALISATION	RR POUR UNE AUGMENTATION DE L'IMC DE 5 KG/M ² (95 % IC*)
Endomètre	1,50 (1,42-1,59)
Adénocarcinome de l'œsophage	1,48 (1,35-1,62)
Foie	1,30 (1,16-1,46)
Rein	1,30 (1,25-1,35)
Vésicule biliaire	1,25 (1,15-1,37)
Estomac (cardia)	1,23 (1,07-1,40)
Bouche, pharynx et larynx	1,15 (1,06-1,24)
Sein (après la ménopause)	1,12 (1,09-1,15)
Pancréas	1,10 (1,07- 1,14)
Prostate (au stade avancé)	1,08 (1,04-1,12)
Ovaire	1,06 (1,02-1,11)
Côlon- rectum	1,05 (1,03-1,07)
Sein (avant la ménopause)	0,93 (0,90-0,97)

*IC: intervalle de confiance

14 localisations tumorales sont associées à la surcharge pondérale, avec un niveau de preuve élevé ¹

En France sur les 346.000 nouveaux cas de cancer en 2015 chez les plus de 30 ans, 18.600 étaient attribuables au surpoids et à l'obésité ² (dont 4500 cancer du sein et 4400 cancers colorectaux).

= risque majoré de 55% pour le k endomètre par tranche de 5 points d'IMC supplémentaire

1 World cancer research fund (WCRF), American institute for cancer research (AICR). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer : a global perspective. 2018)

2 Arnold M, et al. Cancers in France in 2015 attributable to high body mass index. Cancer Epidemiol.

10 recommandations nutritionnelles de l'institut National du cancer



Limiter la consommation d'alcool

pour réduire les risques, maximum 2 verres d'alcool par jour et pas tous les jours



Être physiquement actif

- au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour
- ne pas rester assis trop longtemps en prenant le temps de marcher un peu toutes les 2 h



Limiter la consommation de fast food et d'aliments ultratransformés riches en matière grasse ou sucre



Pour les mères : si possible, allaiter son enfant



Maintenir un poids santé

RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES pour la prévention des cancers

Suivre ces recommandations permet également de réduire les apports en sel, en acides gras trans et saturés. Ensemble elles contribuent à prévenir d'autres maladies chroniques.



Ne pas consommer de compléments alimentaires



Limiter la consommation de viandes rouges et charcuteries

limiter la viande à 500 g par semaine et la charcuterie à 150 g par semaine



Avoir une alimentation riche en céréales complètes, légumes secs et en fruits et légumes

- au moins 1 féculent complet par jour
- au moins 2 fois par semaine des légumes secs
- au moins 5 fruits et légumes par jour



Limiter la consommation de boissons sucrées





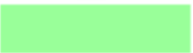



Après un diagnostic de cancer : si possible, suivre ces recommandations

IMPACT DES FACTEURS NUTRITIONNELS PENDANT ET APRÈS CANCER

TABLEAU DE SYNTHÈSE. NIVEAUX DE PREUVE DES RELATIONS ENTRE LES FACTEURS NUTRITIONNELS ET DIVERS ÉVÉNEMENTS CLINIQUES PENDANT ET APRÈS CANCER POUR DIFFÉRENTES LOCALISATIONS DE CANCERS

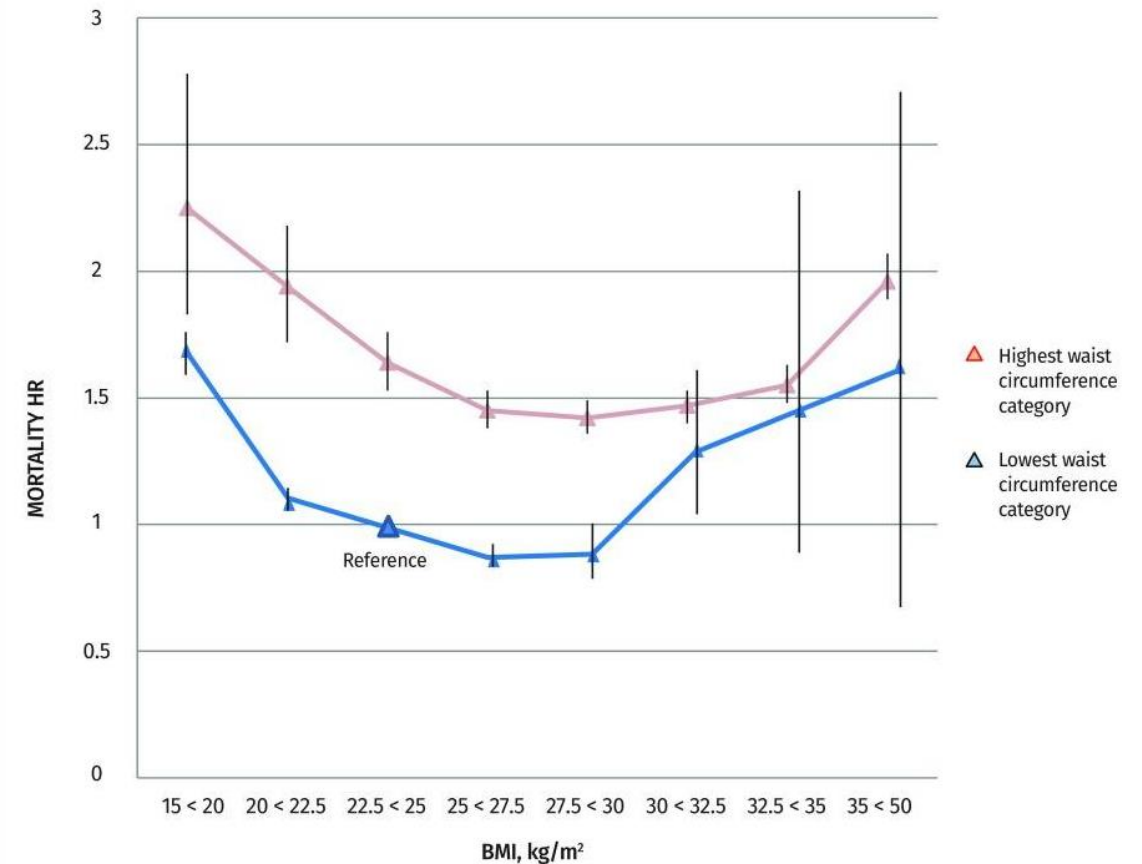
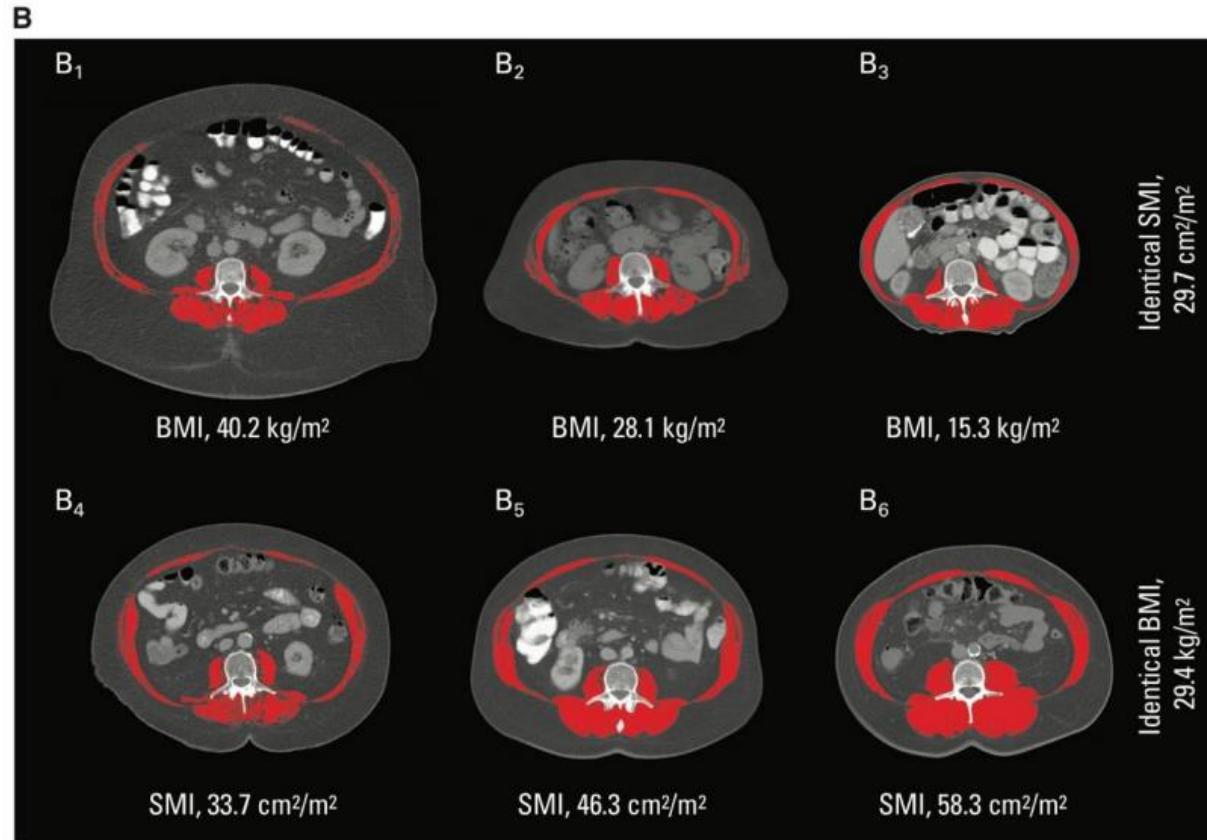
		Sein	MG	MS	R	SCP	Côlon-rectum	MG	MS	R	P	QdV	Prostate	MG	MS	Poumon	MG	MS	P	Œsophage	MG	
Surcharge pondérale	Surpoids				1																	
	Obésité			2	3		4															
	Surpoids + obésité																					
	Prise de poids																					
		Foie	MG	R	Pancréas	MG	Estomac	MG	MS	R	Col de l'utérus	MG	Rein	MG	VADS	R	SCP	Nasopharynx	MG	R		
Surcharge pondérale	Surpoids																					
	Obésité																					
	Surpoids + obésité																					
	Prise de poids																					

Convaincant	Probable	Suggéré	Improbable	Suggéré	Probable
					
Augmentation du risque			Diminution du risque		

MG : mortalité globale; MS : mortalité spécifique; R : récurrence; SCP : second cancer primitif, P : progression; QdV : qualité de vie

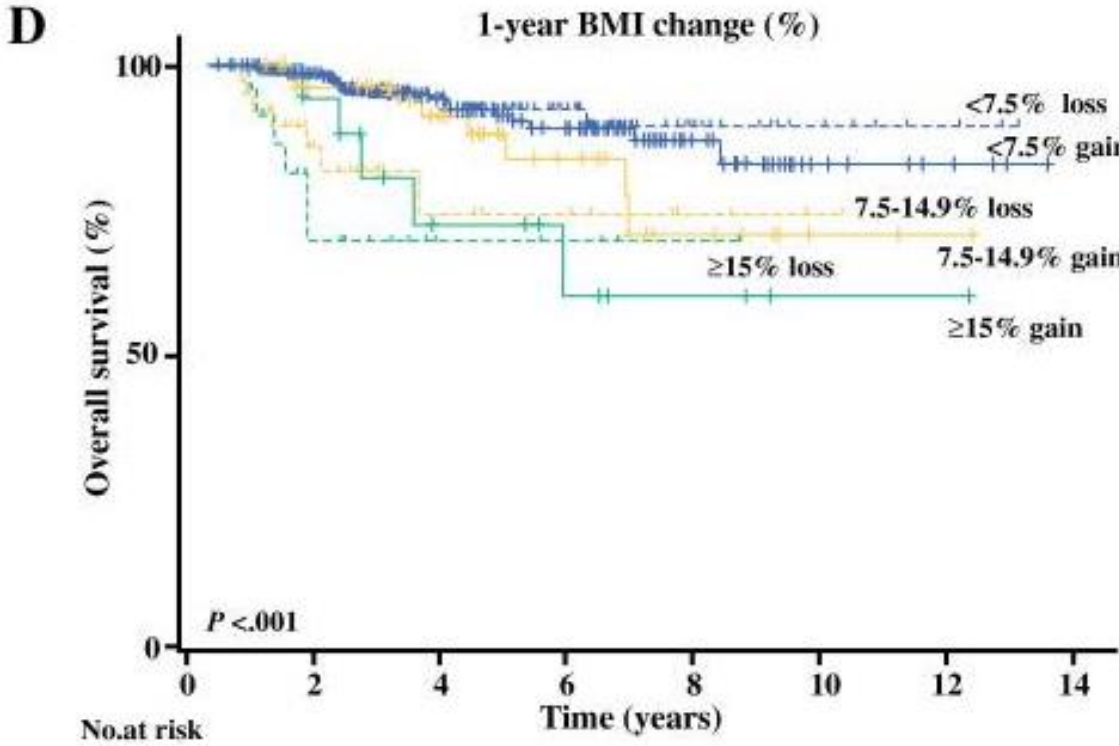
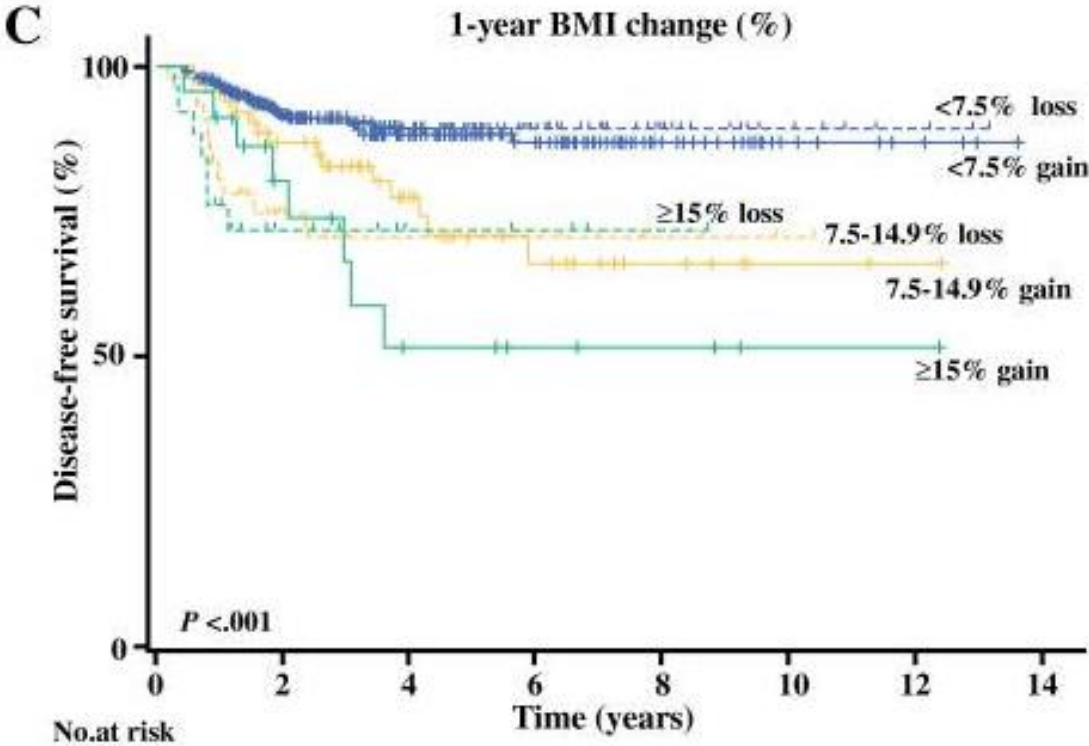
1 : surpoids 4 ans post-diagnostic, chez RE+; 2 : obésité (IMC ≥ 35 kg/m²); 3 : obésité 2 ans et 4 ans post-diagnostic, chez RE+; 4 : réduction suggérée pour cancers métastatiques

MAIS PLUS EN LIEN AVEC LA RÉPARTITION ADIPEUSE, QUE L'IMC LUI-MÊME = DÉFINITION OBÉSITÉ ...



BMI—body mass index, HR—hazard ratio.
Data from Cerhan et al.²³

OBÉSITÉ EN APRÈS CANCER

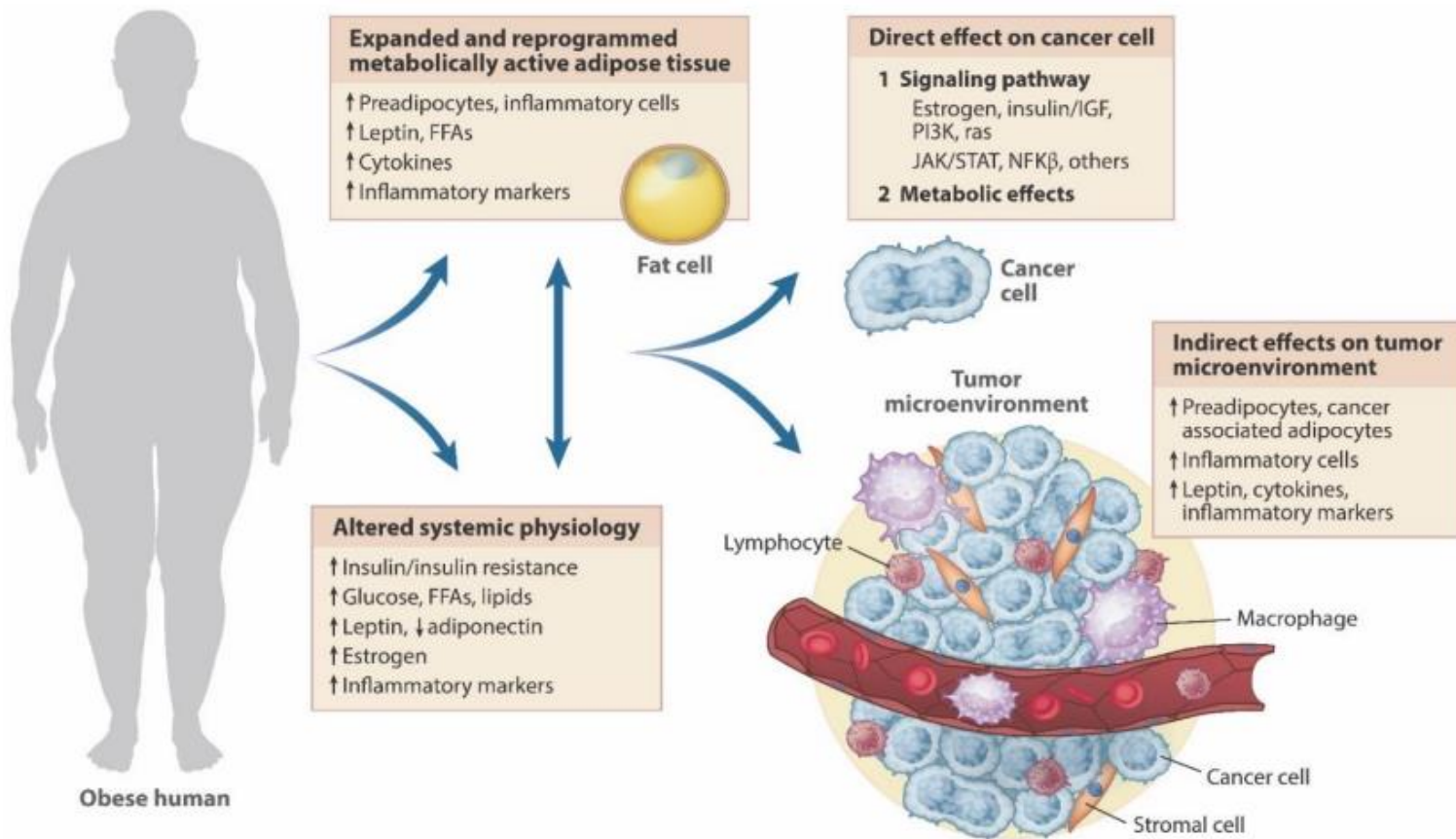


La stabilité pondérale (<7,5 % de variation) est liée au meilleur pronostic dans l'après cancer de l'endomètre ¹

1 Matsuo K, et al. Weight Change Pattern and Survival Outcome of Women with Endometrial Cancer. Ann Surg Oncol. 2016 Sep



Pistes physiopathologiques



- Hyperinsulinisme, IGF-1 et prolifération cellulaire

- Hyperleptinémie et angiogenèse et tissu stromal

- Inflammation de bas grade avec l'adiposité et facteurs pro-inflammatoires (tumor-necrosis factor- α (TNF α), l'interleukine 6 (IL-6))

- Hyperoestrogénisme et k hormonosensibles

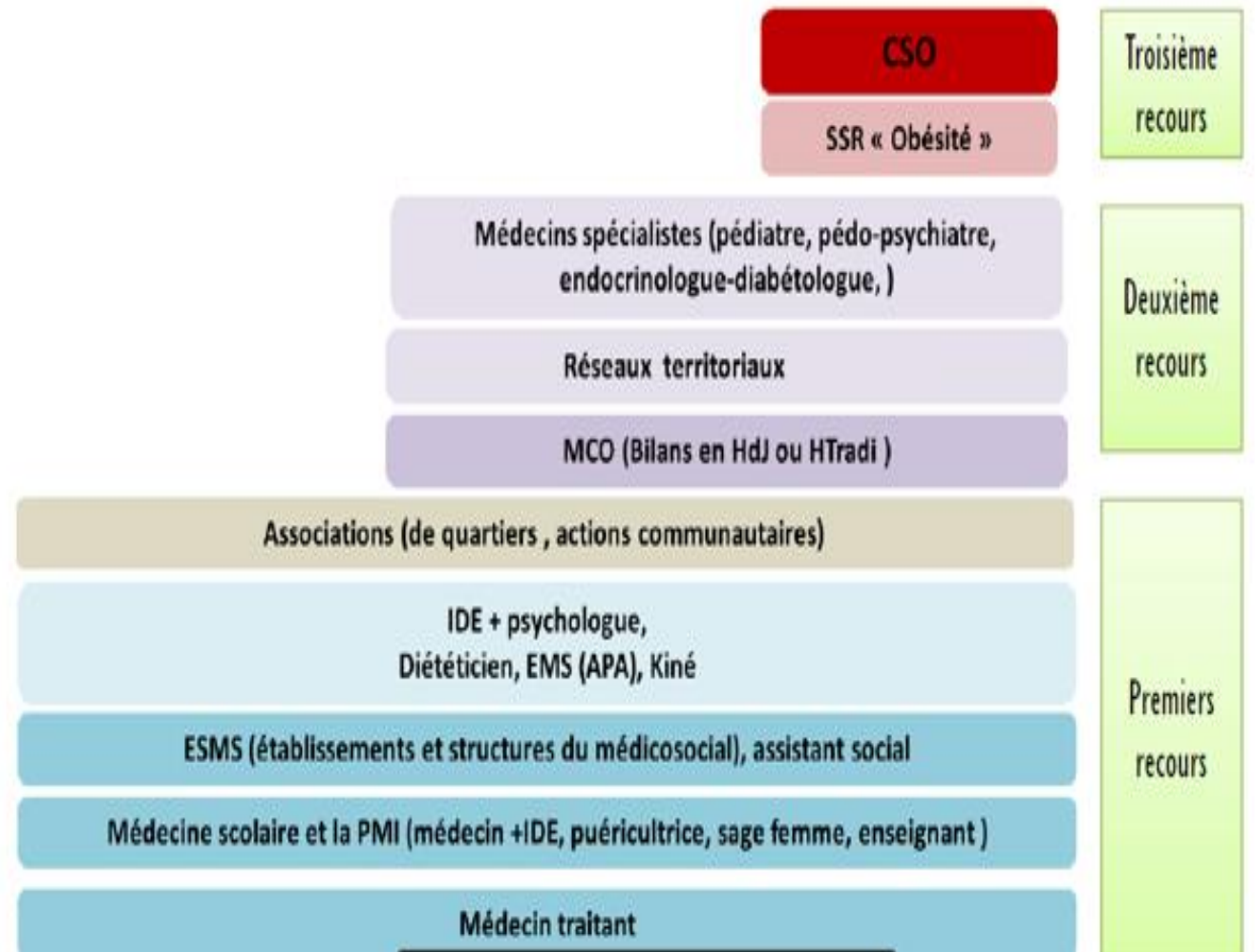
- Microenvironnement protumoral (réduction de l'effet immunosuppresseur par inactivation des lymphocytes T CD8+ ce qui réduit leur activité anticancéreuse).



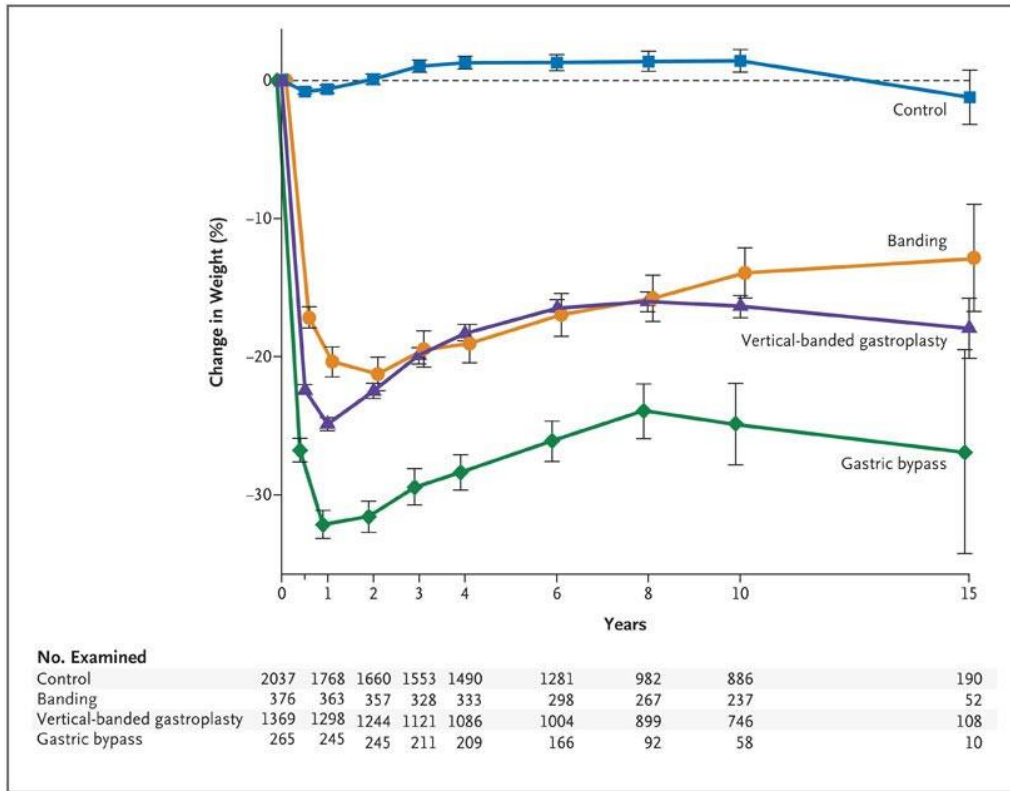
Intérêt des prises en charge de l'obésité en après cancer



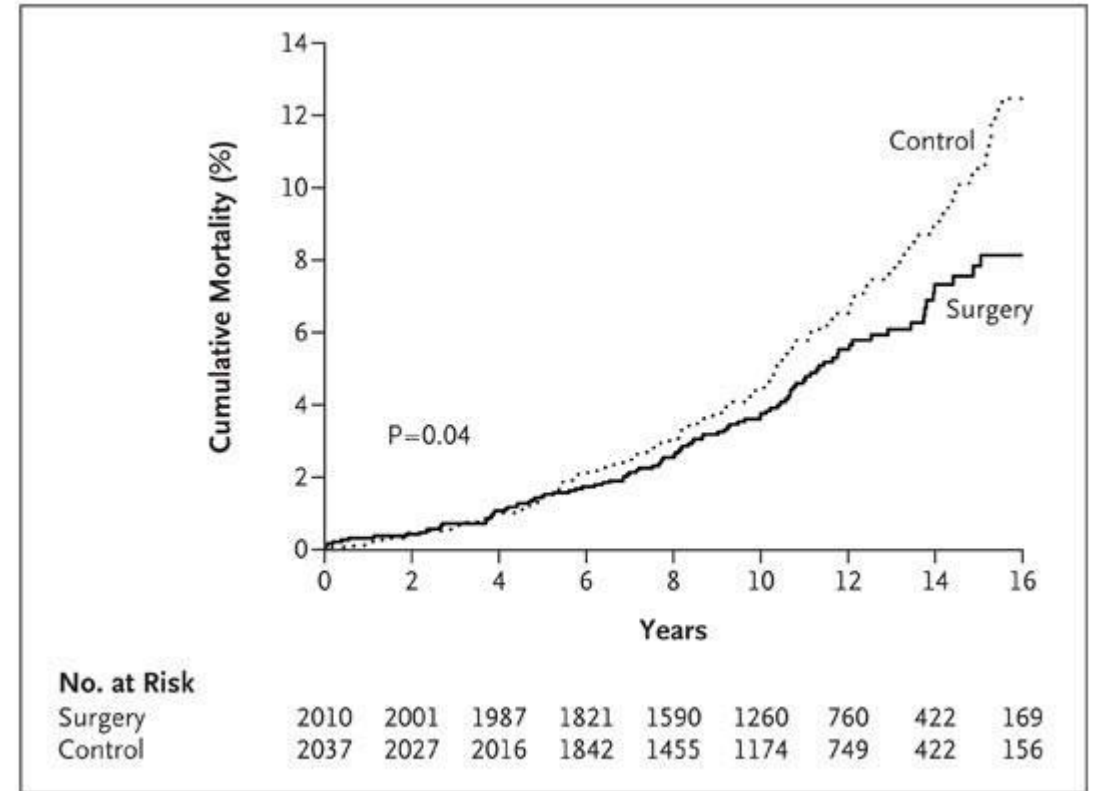
<https://obesite-hdfnouv.fr/>



EN PRÉVENTION PRIMAIRE, COHORTE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE



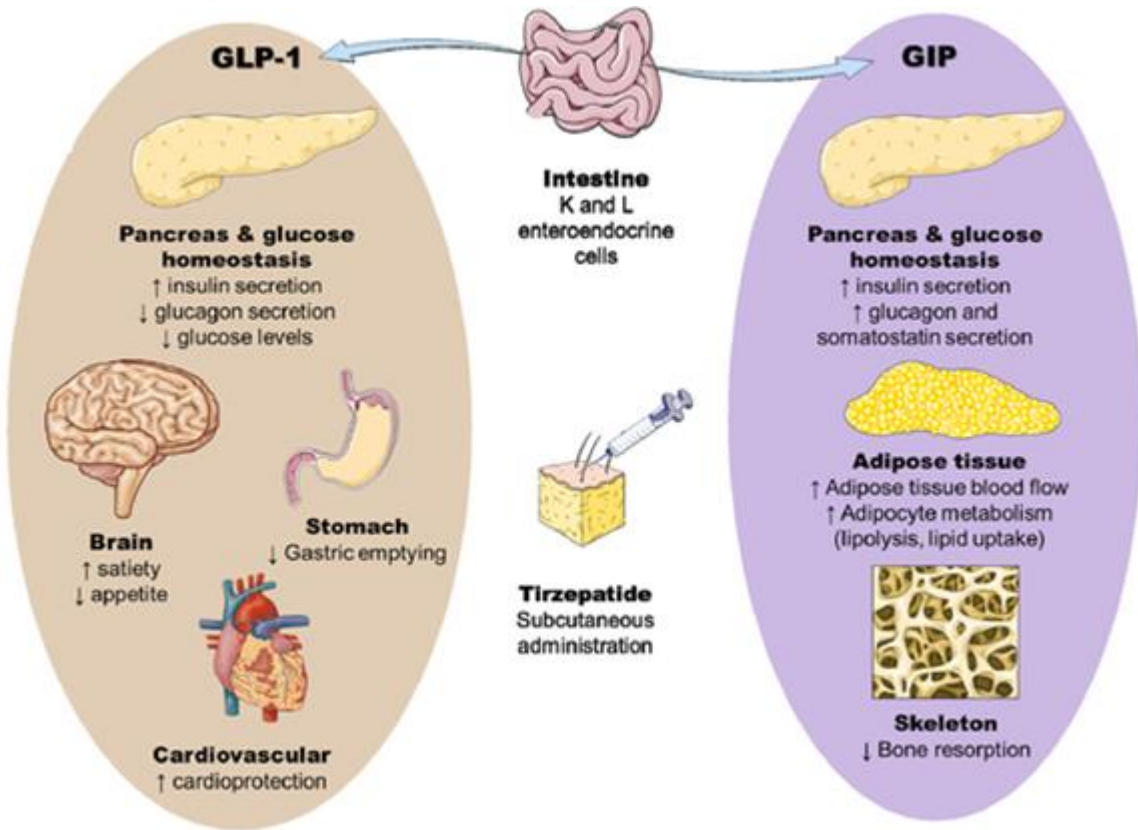
Evolution pondérale post opératoire ¹



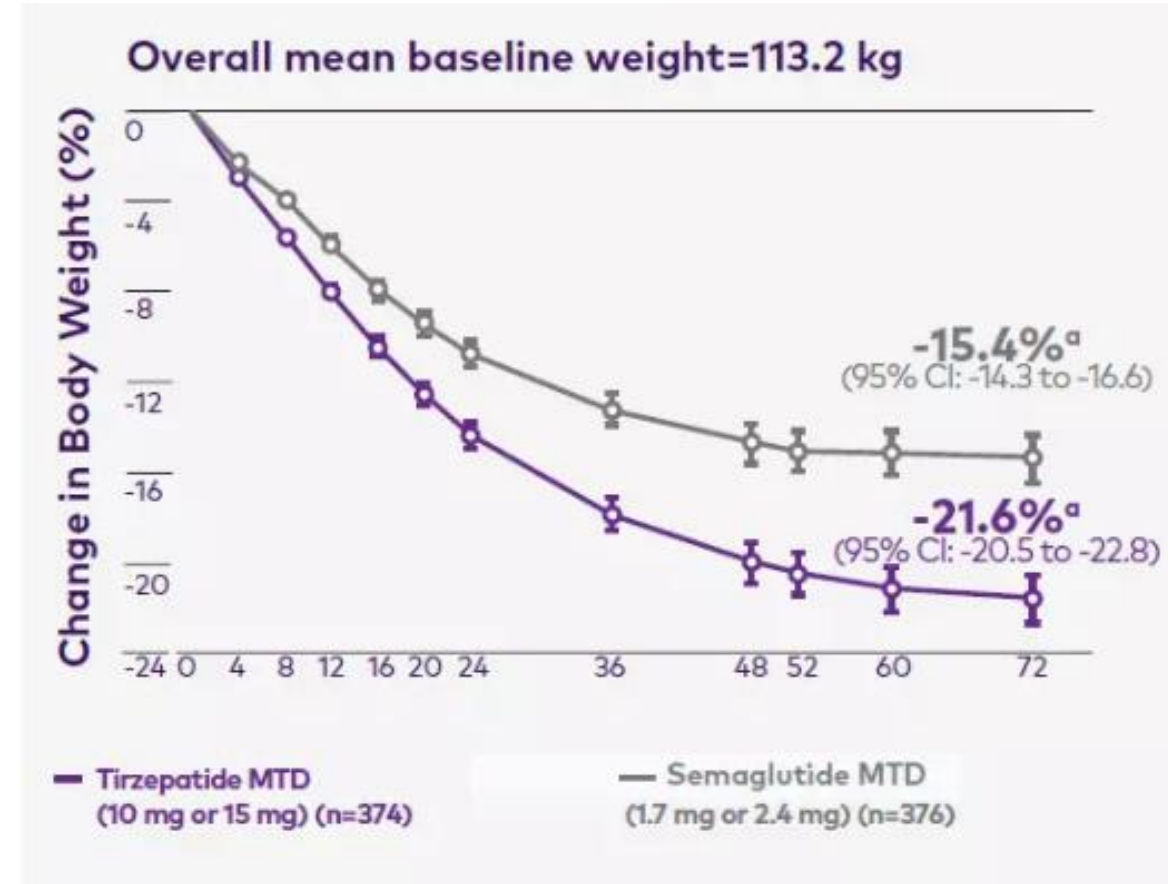
Mortalité cumulée toute cause confondue ¹

Réduction de la mortalité spécifique par cancer chez les sujets opérés versus les contrôles (-38%) ¹

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX DE L'OBÉSITÉ (TMO)



Infographie sur les effets des analogues du GLP-1 et du GIP ¹

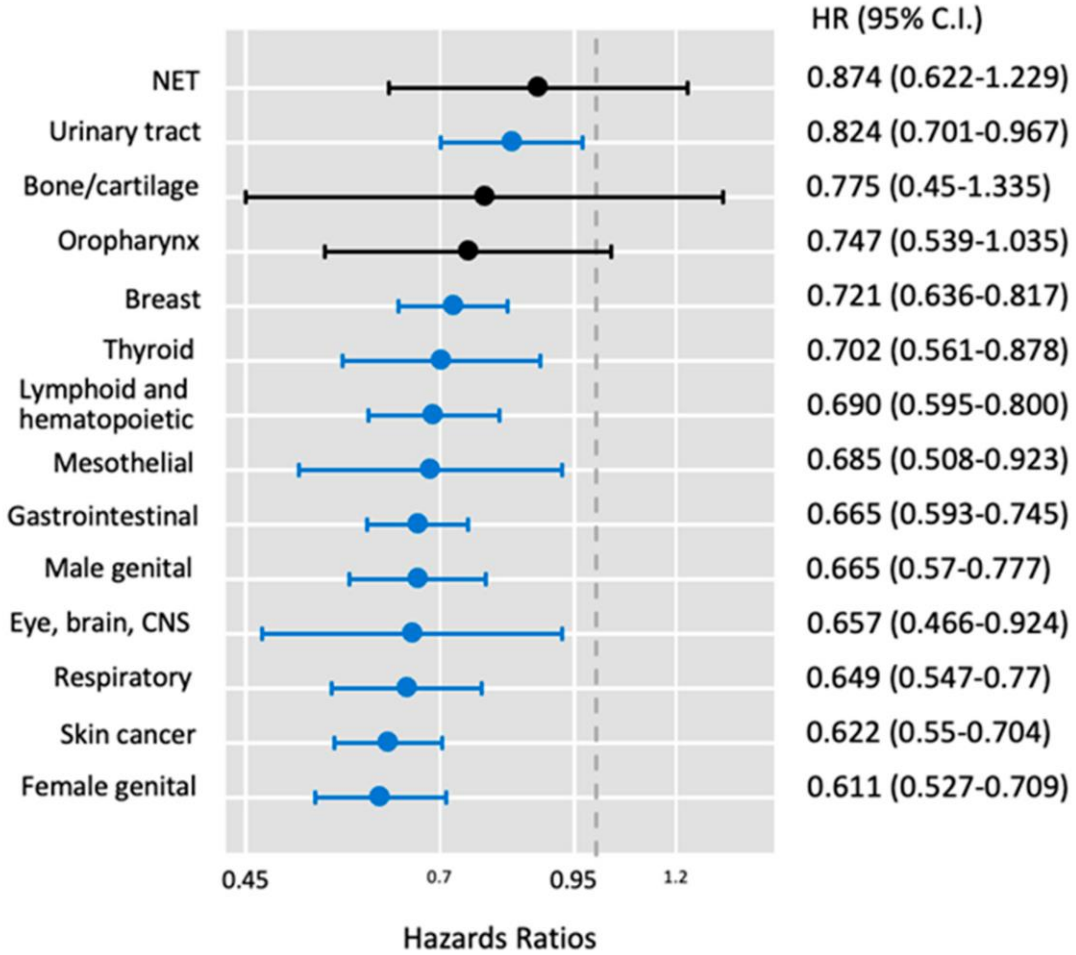


Pertes de poids moyennes sous TMO ²

¹ The catcher in the gut: Tirzepatide, a dual incretin analog for the treatment of type 2 diabetes mellitus and obesity. December 2022 Metabolism Open

² Tirzepatide as Compared with Semaglutide for the Treatment of Obesity. NEJM 2025

EN PRÉVENTION PRIMAIRE, COHORTE DE TRAITEMENTS GLP-1



Drug-specific effects

↓ 55% GI cancer

↓ 53% Breast cancer

↓ 26% GI cancer

↓ 32% Female cancers

Semaglutide

Dulaglutide

Five-year risk of malignant neoplasms. Cox regression analysis was performed in propensity-matched cohorts. Blue horizontal bars demonstrated significant protection against cancer in treated versus control groups. CNS: central nervous system, NET: malignant neuroendocrine tumors. 1

1 Levy S., Attia A., Elshazli R.M., et al Differential Effects of GLP-1 Receptor Agonists on Cancer Risk in Obesity: A Nationwide Analysis of 1.1 Million Patients. Cancers 2025

2 Future Trends in the Development of GLP-1 Receptor Agonists

EN PRÉVENTION SECONDAIRE, COHORTE DE TRAITEMENTS GLP-1



- **67 591** survivants du cancer (pancréas, de l'ovaire, du foie, du rein, gynécologiques, colorectaux, du sein, de l'estomac et le myélome multiple)
- GLP-1 utilisés : liraglutide, de sémaglutide, d'exénatide ou de dulaglutide
- Réduction de - **64 % la mortalité toutes causes confondues** comparativement à la population générale



- **20 % de récurrence** sous GLP-1

TAKE HOME MESSAGES



DE MANIÈRE GÉNÉRALE, L'OBÉSITÉ EST ASSOCIÉE À :

- Un sur risque de développer certains cancers
- Un sur risque de récidiver les cancers en rémission
- Un sur risque de mortalité par cancer
- Un sur risque d'avoir un cancer plus tôt (entre 50 et 65 ans) par rapport aux cancers sans liens avec l'obésité

POUR AUTANT

- Les règles de dépistage sont similaires à celles de la population générale (sein, colon 50-74 ans), donc rester vigilant sur cette population

TAKE HOME MESSAGES



PHÉNOTYPAGE DE L'OBÉSITÉ ET TRAITEMENT

- L'IMC seul ne suffit plus pour caractériser l'obésité (autres mesures anthropométriques et phénotypiques).
- Attention à l'obésité sarcopénique
- Activité physique, perte de poids volontaire, chirurgie bariatrique (et possiblement médicaments de l'obésité) diminuent le surrisque et la mortalité par cancer.