

Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé

Mai 2017

Le **cancer colorectal (CCR)** est une tumeur maligne du côlon ou du rectum. Il fait suite dans 60 % à 80 % des cas à une tumeur bénigne, appelée communément polype, qui peut correspondre histologiquement à un polype adénomateux ou à un polype festonné. La durée de transformation d'un polype en cancer est estimée de 5 à 10 ans.

Le CCR évolue fréquemment sans symptôme avant-coureur. Il peut être diagnostiqué devant l'apparition de signes fonctionnels digestifs (rectorragies, melæna, syndrome rectal, douleurs abdominales, modifications du transit abdominal, etc.), de signes généraux (amaigrissement inexpliqué, asthénie, fièvre, etc.), de signes physiques (masse abdominale, etc.) ou de signes biologiques (anémie, syndrome inflammatoire, etc.).

Le CCR est le 3^e cancer le plus fréquent en France et le 2^e en termes de mortalité¹. La France est l'un des pays d'Europe où l'incidence du CCR est la plus élevée pour les deux sexes. Les cancers colorectaux sont sporadiques dans 80 % des cas, surviennent dans un contexte familial dans 15 % des cas et sont liés à une prédisposition génétique dans 5 % des cas. Plus le CCR est diagnostiqué tôt, meilleur est le taux de survie (90 % de survie à 5 ans, pour les stades localisés).

L'objectif de cette fiche est de faire le point sur les modalités de dépistage du CCR et de prévention chez le sujet à risque élevé et très élevé.

1. © Les cancers en France, Les Données, INCa, édition 2015, avril 2017.

Dépistage et prévention en France

L'objectif du dépistage est de détecter une lésion à un stade précoce, cancéreuse ou précancéreuse et potentiellement curable ; le traitement précoce repose sur l'exérèse endoscopique des polypes recto-coliques. Il est bien établi dans la littérature récente que le recours à la coloscopie et, si nécessaire, à la polypectomie diminue l'incidence du CCR et sa mortalité^{2,3}.

En France, **les stratégies de dépistage**⁴ se déclinent selon le niveau de risque du CCR :

- **dépistage national organisé pour les personnes à risque modéré reposant sur la réalisation d'un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles**⁵ puis, en cas de résultat positif, la réalisation d'une coloscopie ;
- **dépistage individualisé pour les personnes à risque élevé et à risque très élevé qui relèvent d'emblée de la coloscopie.**

Les médecins traitants ont un rôle clé pour évaluer le niveau de risque de CCR de leurs patients (antécédents personnels et familiaux, existence ou non de symptômes), les orienter vers la bonne filière de dépistage et proposer la modalité de dépistage adaptée à leur niveau de risque.

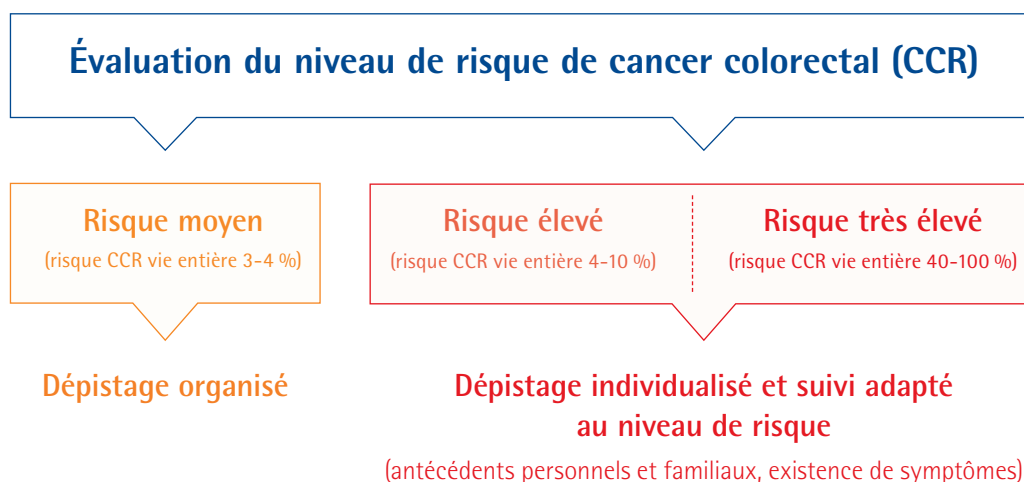
2. Brenner H, Stock C, Hoffmeister M. Effect of screening sigmoidoscopy and screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis, of randomized controlled trials and observational studies. BMJ 2014.

3. La coloscopie virtuelle est une alternative qui peut être proposée dans certaines situations particulières : coloscopie incomplète, refus du patient, comorbidités compromettant la sécurité de la coloscopie (HAS, 2010).

4. Dépistage et détection précoce, INCa. www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Strategies-de-depistage

5. La mise en place du test immunologique représente une avancée significative pour le dépistage du cancer colorectal car plus performant, plus fiable et plus simple. Au seuil de 150 ng HB/ml, retenu en France, le test immunologique permet de détecter environ 2 fois plus de cancers et 2,5 fois plus d'adénomes à haut risque de transformation maligne, dits « adénomes avancés » (de taille \geq 1 cm ou à contingent villositaire supérieur à 25 % ou en dysplasie de haut grade). Collection Outils pour la pratique des médecins généralistes - Dépistage par test immunologique et autres modalités, INCa, avril 2015.

Le médecin traitant, un acteur clé du dépistage



Quels sont les facteurs de risque de cancer colorectal ?

L'origine du CCR est multifactorielle et on peut distinguer plusieurs catégories de facteurs de risque⁶ :

- **facteurs de risque liés à l'âge** (âge supérieur à 50 ans) ;
- **facteurs de risque liés à un antécédent familial ou personnel** d'adénome ou de cancer colorectal ;
- **facteurs de risque liés à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin** MICI (maladie de Crohn colique, rectocolite hémorragique) ;
- **facteurs de risque liés à une mutation génétique** (syndrome de Lynch, polyposes adénomateuses familiales, autres) ;
- **facteurs de risque liés au mode de vie** (sédentarité, indice de masse corporelle élevé, alimentation riche en viande rouge/charcuterie et/ou pauvre en fibres, consommation d'alcool et de tabac, etc.).

→ Au niveau individuel, le risque s'accroît à mesure qu'on cumule les facteurs de risque.

De nombreux modèles^{7,8} avec des scores de risque ont été publiés. Pour la majorité, ils intègrent de six à sept variables parmi les critères suivants : âge, antécédent familial, sexe, tabagisme, IMC, diabète, habitudes alimentaires, etc.

S'ils ne font pas l'objet d'un consensus scientifique et sont encore discutés, leur usage pourrait permettre à terme de mieux définir la population à risque moyen et élevé et d'identifier les sujets présentant un risque plus élevé en raison de facteurs personnels.

6. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

7. Ma GK et al. Personalizing colorectal cancer screening: a systematic review of models to predict risk of colorectal neoplasia, 2014.

8. SFED. Prévention du cancer colorectal par coloscopie, en dehors du dépistage en population. Consensus et position de la SFED, 2016.

En France, un dépistage défini selon le niveau de risque de CCR

En France, la stratégie de dépistage se détermine selon trois niveaux de risque : **moyen**, **élevé** ou **très élevé**.

À chaque niveau correspondent des recommandations adaptées de dépistage et de suivi.

Risque moyen

→ Hommes et femmes de plus de 50 ans, asymptomatiques.

Risque élevé

- Antécédent personnel d'adénome ou de cancer colorectal.
- Antécédents familiaux de CCR chez les parents de 1^{er} degré (père, mère, frère, sœur, enfant).
- Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn colique, rectocolite hémorragique).

Risque très élevé

- Polyposes adénomateuses familiales (liées la mutation APC, liées à la mutation MYH)⁹.
- Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch)¹⁰.

Dépistage selon le niveau de risque de cancer colorectal (CCR)

	Moyen	Élevé	Très élevé
Personnes concernées	Population générale <ul style="list-style-type: none">• 50 à 74 ans.• asymptomatique.	Antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) <ul style="list-style-type: none">• Maladie de Crohn colique.• Rectocolite hémorragique. Antécédents d'adénome* ou de CCR <ul style="list-style-type: none">• Personnel.• Familial (1^{er} degré).	Prédisposition héréditaire <ul style="list-style-type: none">• Polyposes adénomateuses familiales (PAF).• Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch).
Stratégie de dépistage	Dépistage organisé <ul style="list-style-type: none">• Test de recherche de sang occulte dans les selles (tous les 2 ans).	Dépistage individuel <ul style="list-style-type: none">• Consultation gastro-entérologique/ suivi spécialisé.• Coloscopie*/Chromoendoscopie**.	Dépistage individuel <ul style="list-style-type: none">• Consultation oncogénétique (recherche mutation).• Consultation gastro-entérologique.• Chromoendoscopie**.

* La coloscopie virtuelle est une alternative qui peut être proposée dans certaines situations particulières : coloscopie incomplète, refus du patient, ou en raison de comorbidités compromettant la sécurité de cette coloscopie (avis HAS, 2010).

** La chromoendoscopie est un examen complémentaire à la coloscopie qui consiste à marquer certaines zones du tube digestif par différents colorants, à l'aide d'un spray cathéter passé au travers du canal opérateur de l'endoscope.

- Les polyposes adénomateuses familiales (PAF) sont des affections héréditaires causées par mutation génétique. Deux gènes sont connus pour être impliqués : le gène APC (transmission dominante) et le gène MYH (transmission récessive). Les PAF se manifestent par la formation de plusieurs centaines de polypes dans le côlon, dès l'adolescence. La survenue d'un cancer est quasi systématique si aucun traitement préventif n'est apporté.
- Le syndrome de Lynch est dû à plusieurs types d'anomalies génétiques, qui se manifestent par la survenue de cancers du côlon, du rectum ou d'autres organes (endomètre notamment).

Un suivi spécialisé chez le sujet à risque élevé de cancer colorectal

	Début surveillance	Population	Suivi et rythme
Antécédent personnel d'adénome¹¹	Après résection	<p>Les niveaux de risque après polypectomie¹² sont définis selon le nombre, la taille, le type : polype adénomateux (PA) et/ou polype festonné (PF), les antécédents familiaux.</p> <p><i>Cas particulier : pour les polypes hyperplasiques (PH), se référer à l'outil d'amélioration des pratiques professionnelles : « Quand faut-il faire une coloscopie de contrôle après une polypectomie » HAS, 2014.</i></p>	
		<p>Polype à haut risque</p> <ul style="list-style-type: none"> nombre > 3 ou taille > 1 cm ou PA avec dysplasie haut grade ou PF avec dysplasie. 	<p>Coloscopie de contrôle**</p> <ul style="list-style-type: none"> À 3 ans, puis tous les 3 à 5 ans selon les résultats et le niveau de risque. Après 2 coloscopies normales : 5-10 ans ou arrêt à discuter.
		<p>Polype bas risque</p> <ul style="list-style-type: none"> nombre < 3 et taille < 1cm et PA* de dysplasie bas grade ou PF** sans dysplasie. 	<p>Coloscopie de contrôle**</p> <ul style="list-style-type: none"> À 5 ans, puis tous les 3 à 5 ans selon les résultats et le niveau de risque. Après 2 coloscopies normales : 5-10 ans ou arrêt à discuter.
Antécédent personnel de CCR	Après résection		<p>Coloscopie**</p> <ul style="list-style-type: none"> À 1 an de la résection (ou sous 3-6 mois si coloscopie incomplète). Puis tous les 5 ans (si résultats précédents normaux).
<p>Antécédent familial de CCR au 1^{er} degré</p> <p>Antécédent familial d'adénome avancé (> 1 cm) au 1^{er} degré</p>	À partir de 45 ans (ou 10 ans avant l'âge de diagnostic du cas index).		<p>Coloscopie**</p> <ul style="list-style-type: none"> Tous les 5 ans.
<p>Maladie inflammatoire chronique (MICI)</p> <ul style="list-style-type: none"> Maladie de Crohn colique (MC) Rectocolite hémorragique (RCH) 	6-8 ans après le début des symptômes	<p>Niveau de risque élevé</p> <p>Cholangite sclérosante primitive, antécédents de dysplasie, forme étendue de RCH ou de MC colique étendue sur plus de 50 % du côlon, persistance d'une activité inflammatoire, antécédents familiaux de CCR, nombreux pseudo-polypes, sténose colique.</p>	<p>Chromoendoscopie* avec biopsies ciblées (à défaut coloscopie avec biopsies multiples, étagées et aléatoires)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tous les 1 à 2 ans <p><i>Fréquence à adapter selon le niveau de risque, la qualité de l'examen précédent et l'acceptabilité du sujet.</i></p>
		<p>Niveau de risque intermédiaire</p> <p>RCH s'étendant en dessous de l'angle gauche, MC colique étendue sur 30 à 50 % du côlon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tous les 3 à 4 ans <p><i>Fréquence à adapter selon le niveau de risque, la qualité de l'examen précédent et l'acceptabilité du sujet.</i></p>
		<p>Niveau de risque faible</p> <p>Rectite de RCH et MC colique étendue sur moins de 30 % du côlon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pas de suivi spécifique défini.

* La chromoendoscopie est un examen complémentaire à la coloscopie qui consiste à marquer certaines zones du tube digestif par différents colorants, à l'aide d'un spray cathéter passé au travers du canal opérateur de l'endoscope.

** La coloscopie virtuelle est une alternative qui peut être proposée dans certaines situations particulières : coloscopie incomplète, refus du patient, ou en raison de comorbidités compromettant la sécurité de cette coloscopie (avis HAS, 2010).

11. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

12. Quand faut-il faire une coloscopie de contrôle après une polypectomie ? Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Haute Autorité de Santé (HAS), Conseil national professionnel des hépato-gastro-entérologues (CNP HGE) et la Fédération des spécialistes des maladies de l'appareil digestif (FSMAD), 2013.

Un suivi spécialisé chez le sujet à risque très élevé de cancer colorectal

	Début surveillance	Suivi/rythme	Autres examens ¹³
Syndrome de Lynch (SL)			
Mutation avérée	<ul style="list-style-type: none"> À partir de 20-25 ans (5 ans avant le cas index). 	Chromoendoscopie* <ul style="list-style-type: none"> Tous les 1 à 2 ans (en fonction de l'acceptation du patient, de la qualité de l'examen précédent, du contexte familial, des comorbidités). 	<ul style="list-style-type: none"> Gastroscopie de dépistage avec recherche d'<i>Helicobacter pylori</i> puis tous les 1 à 2 ans en cas d'antécédent familial de cancer gastrique. Recherche d'autres localisations de cancer (ovaire, endomètre, intestin grêle, uretère ou rein).
Suspicion familiale sans mutation identifiée à l'issue de la consultation génétique	<ul style="list-style-type: none"> À partir de 20-25 ans (5 ans avant le cas index). 		
Non porteur de la mutation identifiée dans la famille		<ul style="list-style-type: none"> Pas de suivi spécifique (risque moyen). 	
Polyposes adénomateuses familiales (PAF)			
Mutation APC identifiée	<ul style="list-style-type: none"> À partir puberté (10-12 ans). 	Chromoendoscopie <ul style="list-style-type: none"> Tous les 1 à 2 ans à adapter selon contexte (nombre de polypes, contexte familial) et jusqu'à la chirurgie. 	<ul style="list-style-type: none"> Gastroscopie souple tous les 3 ans (exérèse adénomes duodénaux).
Mutation bi-allélique MYH identifiée	<ul style="list-style-type: none"> À partir de 20-30 ans. 	Chromoendoscopie <ul style="list-style-type: none"> Une 1^{re} coloscopie puis selon le contexte et la prise en charge. 	
Suspicion familiale sans mutation identifiée	<ul style="list-style-type: none"> À partir puberté (10-12 ans) chez les enfants du cas index. Au moment du diagnostic du cas index chez les parents, frères et sœurs. 	Chromoendoscopie <ul style="list-style-type: none"> à adapter selon le contexte (nombre de polypes, contexte familial). 	

* La chromoendoscopie est un examen complémentaire à la coloscopie qui consiste à marquer certaines zones du tube digestif par différents colorants, à l'aide d'un spray cathéter passé au travers du canal opérateur de l'endoscope.

13. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

Critères généraux pouvant faire suspecter un cancer colorectal héréditaire

- S'il y a eu, dans la famille, des cancers colorectaux avant 50 ans.
- S'il y a eu un cancer colorectal chez 2 apparentés au 1^{er} degré (parents, frères, sœurs, enfants).
- Si le même sujet a eu 2 cancers colorectaux ou un cancer colorectal et un autre cancer entrant dans le cadre d'un syndrome de Lynch (endomètre, ovaire, intestin grêle, uretère).

→ **Envisager l'orientation vers une consultation oncogénétique**

Symptomatologie pouvant faire suspecter un cancer colorectal

- Signes cliniques et biologiques
 - ▶ masse abdominale palpable.
 - ▶ anémie ferriprive.
- Signes fonctionnels
 - ▶ rectorragies, melæna.
 - ▶ modification du transit intestinal, syndrome rectal (faux besoins, ténésmes, épreintes).
 - ▶ signes fonctionnels non spécifiques (amaigrissement récent inexpliqué, douleurs abdominales inexpliquées).



En savoir plus

- Haute Autorité de Santé (HAS) : www.has-sante.fr
- Institut national du cancer (INCa) : www.e-cancer.fr
- Associations de patients :
 - » Association France Côlon : www.france-colon.fr
 - » Association François Aupetit : www.afa.asso.fr
 - » Association Ligue nationale contre le cancer : www.ligue-cancer.net
 - » Association pour la prévention, le traitement et l'étude des polyposes familiales, APTEPF : www.polyposes-familiales.fr
 - » Association HNPCC – Lynch : www.hnpcc-lynch.com