

DEPISTAGE DU CANCER

COLORECTAL

H. BERTRAND

ARKM, Novembre 2017

Histoire naturelle du cancer colorectal

> 80 % des cancers se développent à partir de polypes adénomateux

1 000 polypes < 1 cm → 100 polypes > 1 cm

→ 25 cancers en 10 à 20 ans

Epidémiologie

- 3^{ème} cancer le plus fréquent
 - 2^{ème} chez la femme
 - 3^{ème} chez l'homme
- Augmentation de l'incidence prévue en 2020 à **45 000 cas/an**
- **2^{ème} cause de mortalité** par cancer (18 000 cas/an)
- Age moyen au diagnostic
 - chez l'homme 70 ans
 - chez la femme 73 ans

Epidémiologie (suite)

	1980	2012
Incidence	24 306	42 252
Mortalité	15 164	17 722
Taux d'incidence	de 1980 à 2012 : + 0,3 de 2005 à 2012 : - 0,3	
Taux de mortalité	de 1980 à 2012 : - 1,2 de 2005 à 2012 : - 1,5	

Recommandations 2013 (HAS)

4 groupes

- ① Symptômes
- ② A risque modéré
- ③ A risque élevé
- ④ A risque très élevé

Recommandations 2013 (suite)

RISQUE MODERE :

- N'appartenant pas aux groupes à risque élevé ou très élevé
- Pas de symptôme
- Pas de coloscopie les 5 ans précédents :
recherche de sang dans les selles tous les 2 ans de 50 à 74 ans

OC SENSOR

Recommandations 2013 (suite)

RISQUE ELEVE :


- Antécédent personnel de :
 - cancer colorectal
 - adénome > 1 cm
 - 2 adénomes ou plus
 - adénome vilieux
- Antécédent familial de cancer colorectal ou d'adénome > 1 cm
 - : - Chez un parent 1^{er} degré de moins de 65 ans
 - Chez 2 parents 1^{er} degré quel que soit l'âge
- MICI (RCH, Crohn)

 COLOSCOPIE

Recommandations 2013 (suite)

RISQUE TRES ELEVE :

- PAF
- Syndrome de LYNCH (HNPCC)

 COLOSCOPIE

QUESTIONS

- Sur quels arguments sont fondées ces recommandations ?
- Y a-t-il lieu de les modifier ?

Poids des facteurs de risque familiaux (2016, Louvey et col.)

RR :	- 1 CCR 1 ^{er} degré	x 2
	- ≥ 2 CCR 1 ^{er} degré	x 4
	- 1 CCR 2 ^{ème} degré	x 1,73
	- 1 PAA 1 ^{er} degré	x 1,99
	- 1 PAA 2 ^{ème} degré	x 1

Poids des facteurs familiaux en fonction de l'âge

1 ATCD 1 ^{er} degré	RR
< 45 ans	3,87
45-59 ans	2,25
> 60 ans	1,82

Propositions SFED

Coloscopie d'emblée si

- ATCD de CCR ou d'adénomes au 1^{er} degré quel que soit l'âge
- ATCD multiples de CCR ou PAA au 2^{ème} degré quel que soit l'âge

SCORE DE KAMINSKI

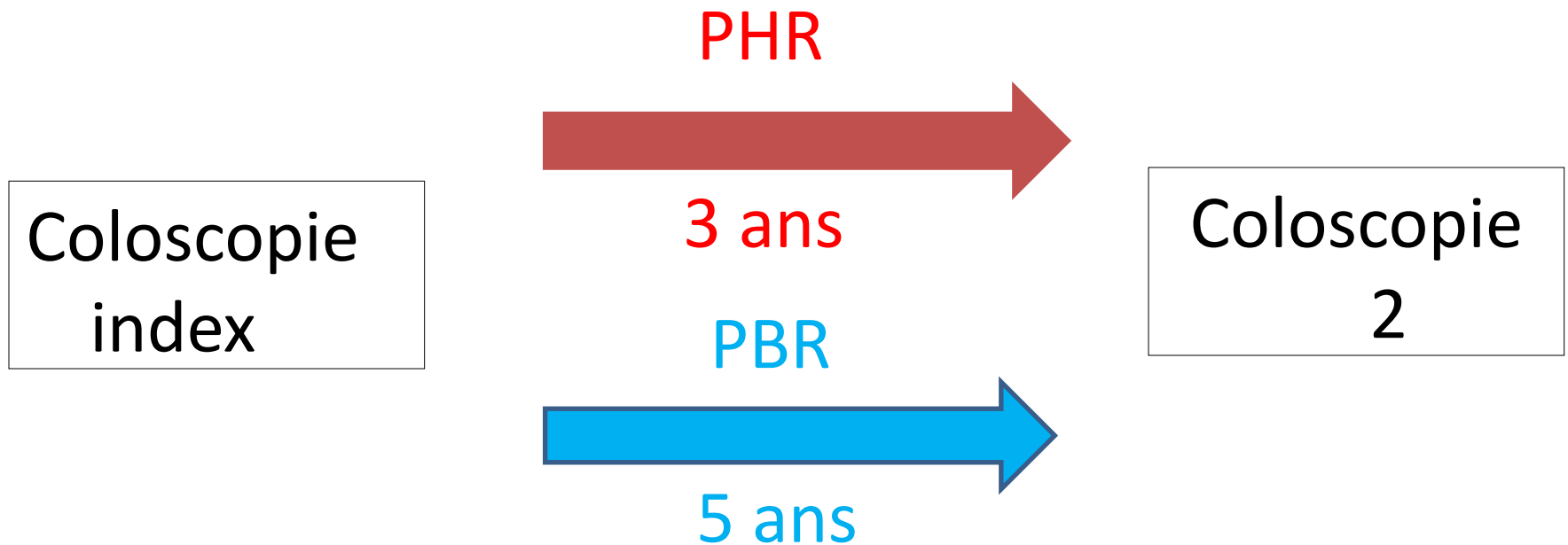
SCORE	0	1	2	3	Score
Age	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	> 60 ans	/__/
ATCD familial	aucun	CCR 1 ^{er} degré et ≥ 60 ans	CCR 1 ^{er} degré et < 60 ans	2 CCR au 1 ^{er} degré	/__/
Sexe	Femme	--	Homme	--	/__/
Tabagisme	< 11 paquets-années	≥ 11 paquets-années	--	--	/__/
IMC	< 30	≥ 30	--	--	/__/
TOTAL =					/__/

Score total	Risque d'Adénome Avancé et/ou CCR
Score 0 à 2	< 5%
Score 3 – 4	5 à 10%
Score ≥ 5	10 à 20%

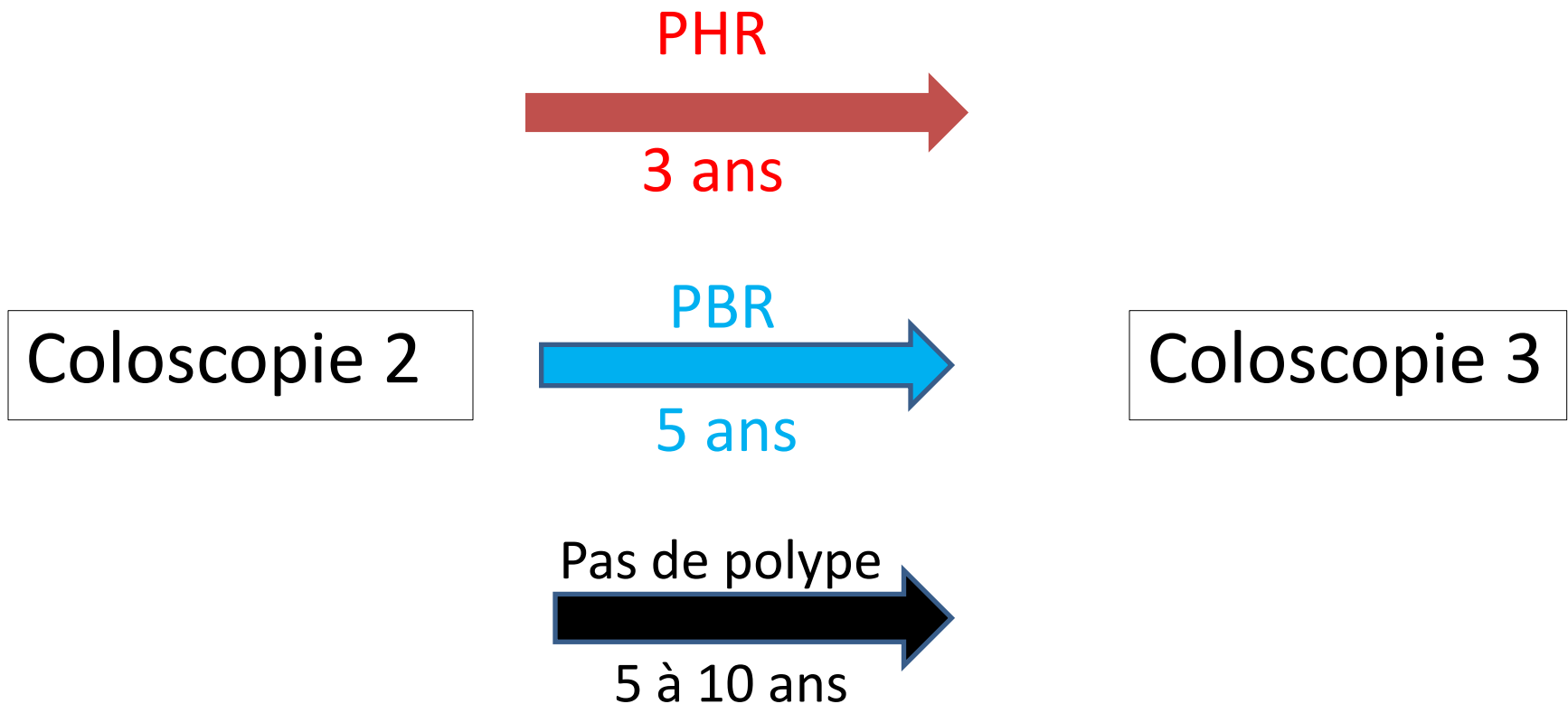
Suivi post-coloscopie (I)

- Polypes à haut risque (PHR) (adénome ou polype festonné)
 - ≥ 3
 - ≥ 10 mm (Polypes adénomateux avancé : PAA)
 - Dysplasie de haut grade
- Polype à bas risque (PBR)
 - < 3
 - < 10 mm
 - Dysplasie de bas grade

Suivi post-coloscopie (II)



Suivi post-coloscopie (III)



Suivi post-coloscopie (IV)

Pour les coloscopies suivantes :

- Si PHR précédemment : tous les 5 ans
- Si PBR précédemment :
- Si risque élevé : 5 à 10 ans
- Si risque moyen : dépistage organisé

CONCLUSIONS

- Se fonder sur les recommandations élaborées en 2013
- Ne pas hésiter à élargir les indications à la coloscopie
- D'autres stratégies de dépistage sont proposées dans d'autres pays
- « Dépister, dépister, il en restera toujours quelque chose »