



Cancer colorectal – Dépistage et prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé (HAS 2017)

ITEM ECN : 298. Tumeurs du côlon et du rectum

1) Introduction

Le cancer colorectal est une tumeur maligne du colon ou du rectum.

Il fait suite dans 60 à 80% des cas à une tumeur bénigne.

La durée estimée de transformation entre un polype et un cancer est de 5 à 10 ans.

Le cancer colorectal est le 3^e cancer le plus fréquent et le 2^e en termes de mortalité.

Le cancer colorectal apparaît dans le cadre d'un contexte familial dans 15% des cas et est lié à une prédisposition génétique dans 5% des cas.

2) Dépistage et prévention en France

L'objectif du dépistage est de détecter une lésion à un stade potentiellement curable.

Deux formes de dépistage en France :

- Dépistage national organisé pour les personnes à risque modéré : test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles avec coloscopie si dépistage positif
- Dépistage individualisé pour les personnes à risque élevé/très élevé avec coloscopie d'emblée

3) Facteurs de risque de cancer colorectal

- Âge > 50 ans
- Antécédent familial ou personnel d'adénome ou de cancer colorectal
- Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)
- Mutation génétique : syndrome de Lynch, polypose adénomateuse familiale, autres...
- Mode de vie : sédentarité, IMC élevé, alimentation riche en viande rouge/charcuterie, pauvre en fibres, consommation d'alcool et de tabac

4) Critères pouvant faire suspecter un cancer colorectal héréditaire

- Antécédents familiaux de cancers colorectaux avant 50 ans
- Cancer colorectal chez 2 apparentés au premier degré (parents, frère/sœur, enfants)
- Antécédent personnel de 2 cancers colorectaux ou d'un autre cancer du syndrome de Lynch

5) Symptomatologie pouvant faire évoquer un cancer colorectal

• Signes fonctionnels :

- Rectorragies, méléna
- Modification du transit intestinal
- Syndrome rectal : faux besoins
- Signes fonctionnels non spécifiques : amaigrissement inexplicé, douleurs abdominales inexplicées

• Signes cliniques et biologiques :

- Masse abdominale palpable
- Anémie ferriprive

6) Dépistage du cancer colorectal selon le risque

	Moyen	Élevé	Très élevé
Personnes concernées	- Population générale de 50 à 74 ans - Asymptomatique	- Antécédents personnels de MICI - Antécédent personnel ou familial (au 1 ^{er} degré) de CCR	- Prédisposition héréditaire : syndrome de Lynch et PAF
Stratégie de dépistage	- Dépistage organisé - Test de recherche de sang occulte dans les selles (tous les 2 ans)	- Dépistage individuel - Consultation gastro-entérologique - Coloscopie et/ou chromo-endoscopie	- Dépistage individuel - Consultation d'oncogénétique - Consultation de gastro-entérologie - Chromo-endoscopie

7) Patients à risque élevé de cancer colorectal

Antécédent personnel d'adénome	- Début de surveillance après résection - Polype bas risque : coloscopie à 5 ans puis tous les 3 à 5 ans · Nombre > 3 et taille < 1 cm · Polype adénomateux de dysplasie de bas grade · Polype festonné sans dysplasie - Polype à haut risque : coloscopie à 3 ans puis tous les 3 à 5 ans · Nombre > 3 ou taille > 1 cm · Polype adénomateux de dysplasie de haut grade · Polype festonné avec dysplasie
Antécédent personnel de CCR	- Début de surveillance après résection - Coloscopie à 1 an puis tous les 5 ans
Antécédent familial au 1^{er} degré de CCR ou d'adénome > 1 cm	- Début de surveillance à partir de 45 ans ou 10 avant l'âge de diagnostic du cas index - Coloscopie tous les 5 ans



MICI	<ul style="list-style-type: none">- Début de surveillance 6 à 8 ans après les premiers symptômes- Risque faible : pas de suivi spécifique défini<ul style="list-style-type: none">· MICI avec atteinte < 30% du colon- Risque intermédiaire : chromo-endoscopie tous les 3 à 4 ans<ul style="list-style-type: none">· Recto-colite hémorragique s'étendant en dessous de l'angle gauche· Maladie de Crohn étendue de 30 à 50% du colon- Risque élevé : chromo-endoscopie avec biopsies ciblées tous les 1/2 ans<ul style="list-style-type: none">· Cholangite sclérosante primitive· Antécédent de dysplasie· Forme étendue de Crohn ou de recto-colite hémorragique· Nombreux pseudo-polypes
-------------	---

8) Dépistage chez les patients à risque très élevé

• Syndrome de Lynch

Mutation avérée	- Début de surveillance à partir de 20-25 ans
Suspicion familiale sans mutation identifiée	<ul style="list-style-type: none">- Chromo-endoscopie tous les 1 à 2 ans- Gastroskopie de dépistage avec recherche d'<i>Helicobacter pylori</i>- Recherche d'autres localisations de cancer : ovaire, endomètre, rein, uretère, intestin grêle
Non porteur de la mutation identifié dans la famille	- Pas de suivi spécifique

• Polypose adénomateuse familiale

Mutation APC identifiée	<ul style="list-style-type: none">- Début de dépistage à partir de la puberté (10-12 ans)- Chromo-endoscopie tous les 1 à 2 ans- Gastroskopie tous les 3 ans
Mutation bi-allélique MYH identifiée	<ul style="list-style-type: none">- À partir de 20-30 ans- 1^{ère} chromo-endoscopie puis suivi selon le contexte- Gastroskopie tous les 3 ans
Suspicion familiale sans mutation identifiée	<ul style="list-style-type: none">- À partir de la puberté chez les enfants du cas index- Au moment du diagnostic du cas index chez les parents, frères/sœurs- Chromo-endoscopie à adapter selon le contexte