

Dépistage du cancer colorectal



Dre Catherine Dong
Médecin hospitalier
Service de gastro-entérologie

CHVR

06.04.2023

Objectifs

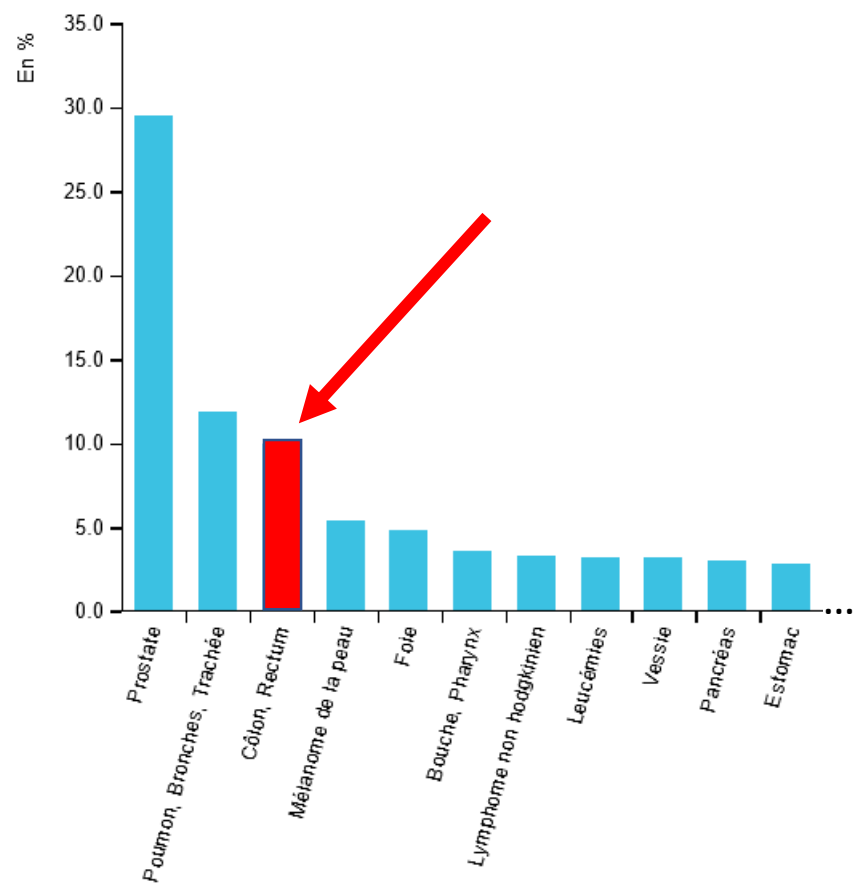
1. Connaitre le rationnel du dépistage du cancer colorectal (CCR)
2. Connaitre les facteurs de risques du CCR
3. Connaitre et évaluer les niveaux de risque du CCR
4. Connaitre les modalités du dépistage

Objectifs

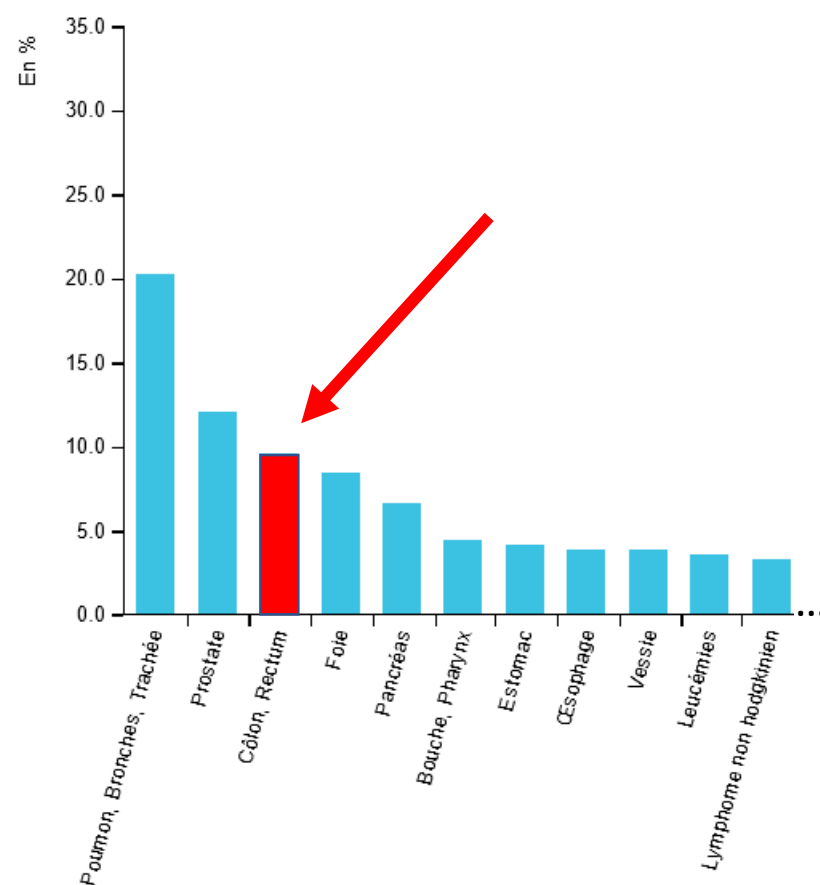
1. Connaitre le rationnel du dépistage du cancer colorectal (CCR)
2. Connaitre les facteurs de risques du CCR
3. Connaitre et évaluer les niveaux de risque du CCR
4. Connaitre les modalités du dépistage

Le CCR est un problème de santé publique

Répartition des nouveaux cas, par localisation, hommes, Valais, 2015-2019



Répartition des décès par cancer, par localisation, hommes, Valais, 2015-2019



Chiffres en Suisse et Valais



4300 nouveaux cas par an
1700 nouveaux décès par an



200 nouveaux cas par an
70 à 80 décès par an

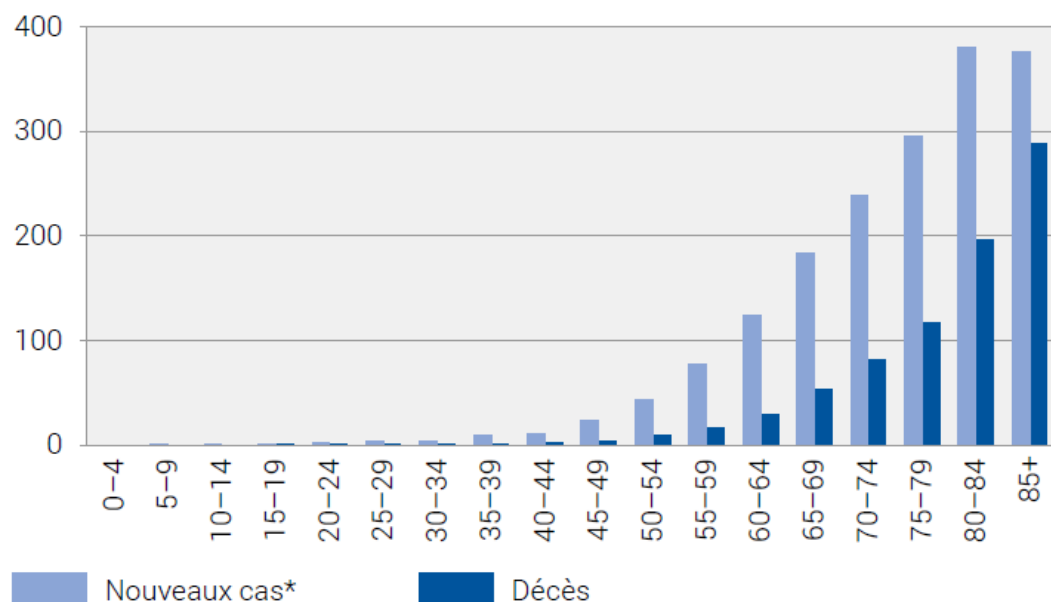
Le taux d'incidence du CCR augmente avec l'âge. Les hommes sont un peu plus touchés que les femmes.

Cancer colorectal selon l'âge, de 2013 à 2017

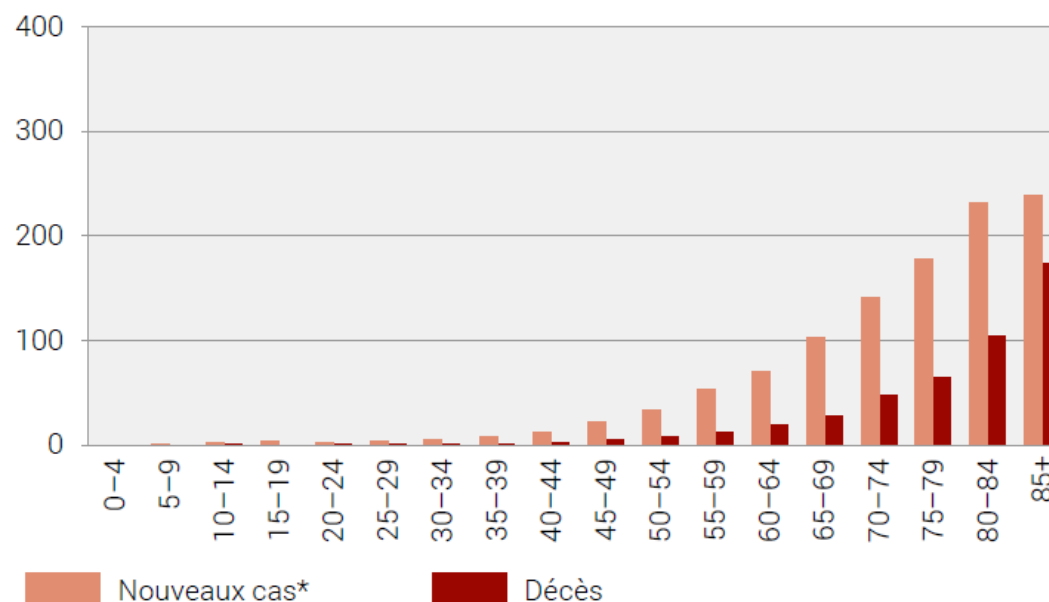
G4.4.1

Taux spécifique par âge, pour 100 000 habitants

Hommes



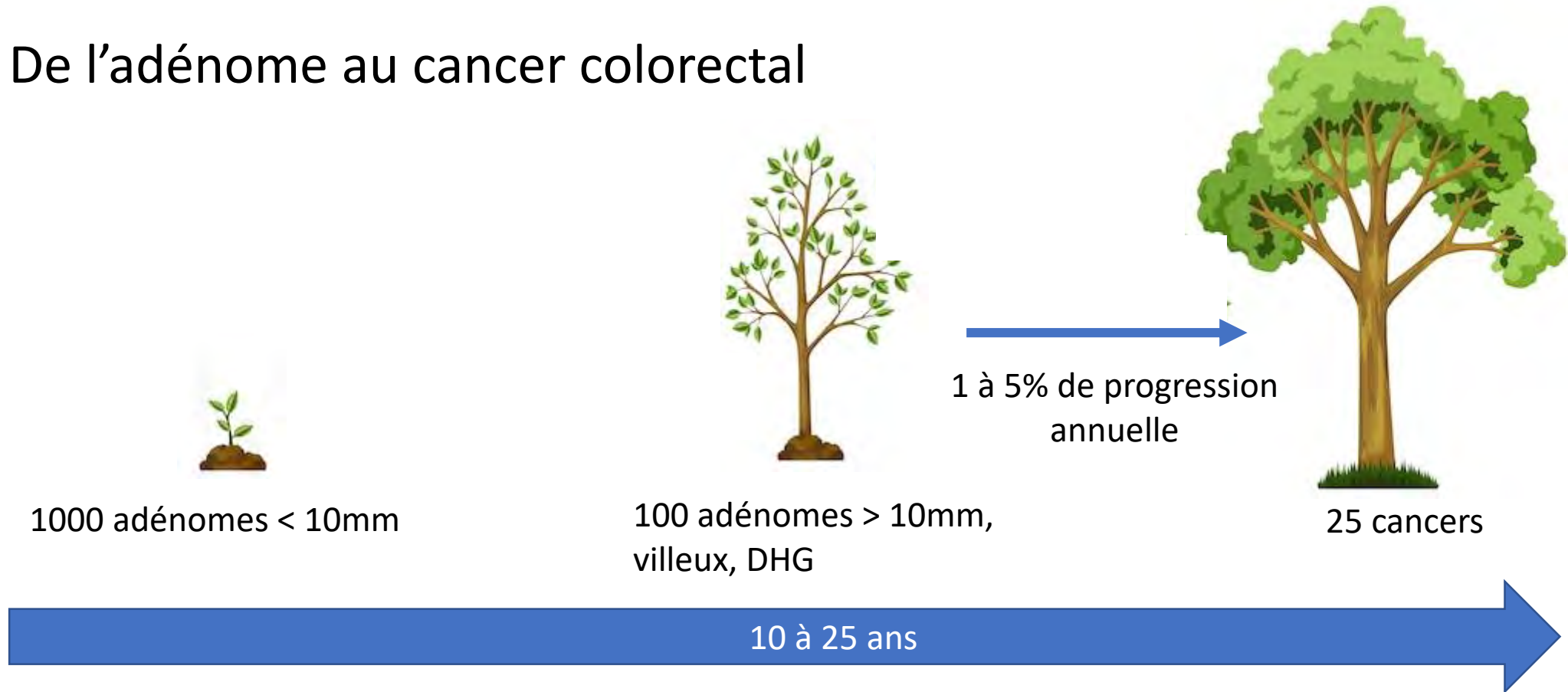
Femmes



* Nouveaux cas estimés sur la base des données des registres des tumeurs

Histoire naturelle

- De l'adénome au cancer colorectal



Le CCR même à un stade avancé donne des signes peu spécifiques

Symptomatologie pouvant faire suspecter un cancer colorectal

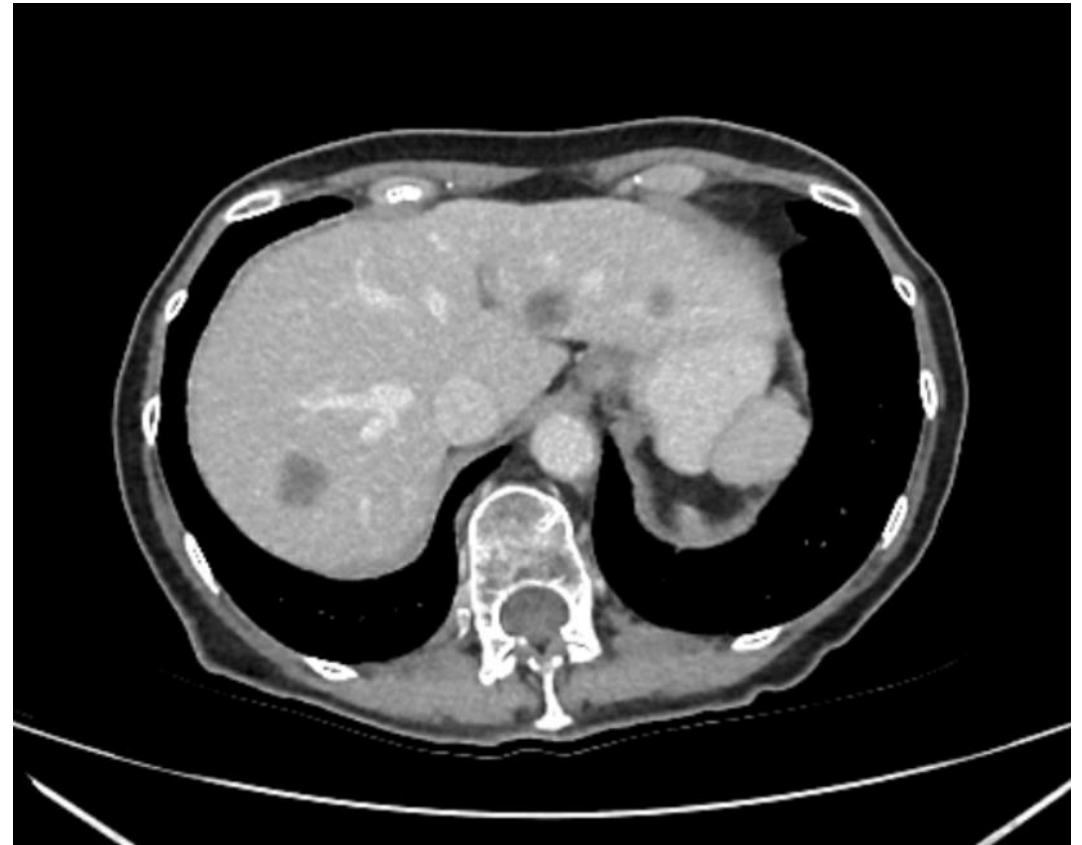
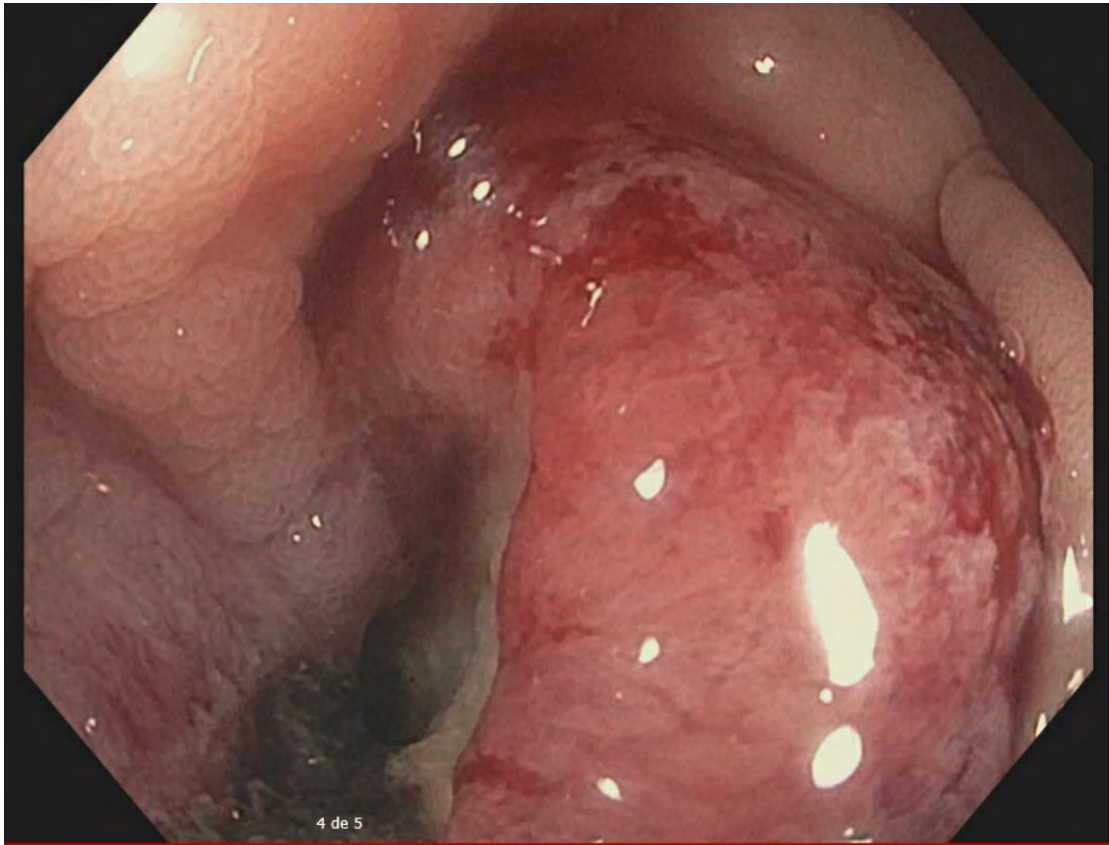
→ Signes cliniques et biologiques

- masse abdominale palpable.
- anémie ferriprive.

→ Signes fonctionnels

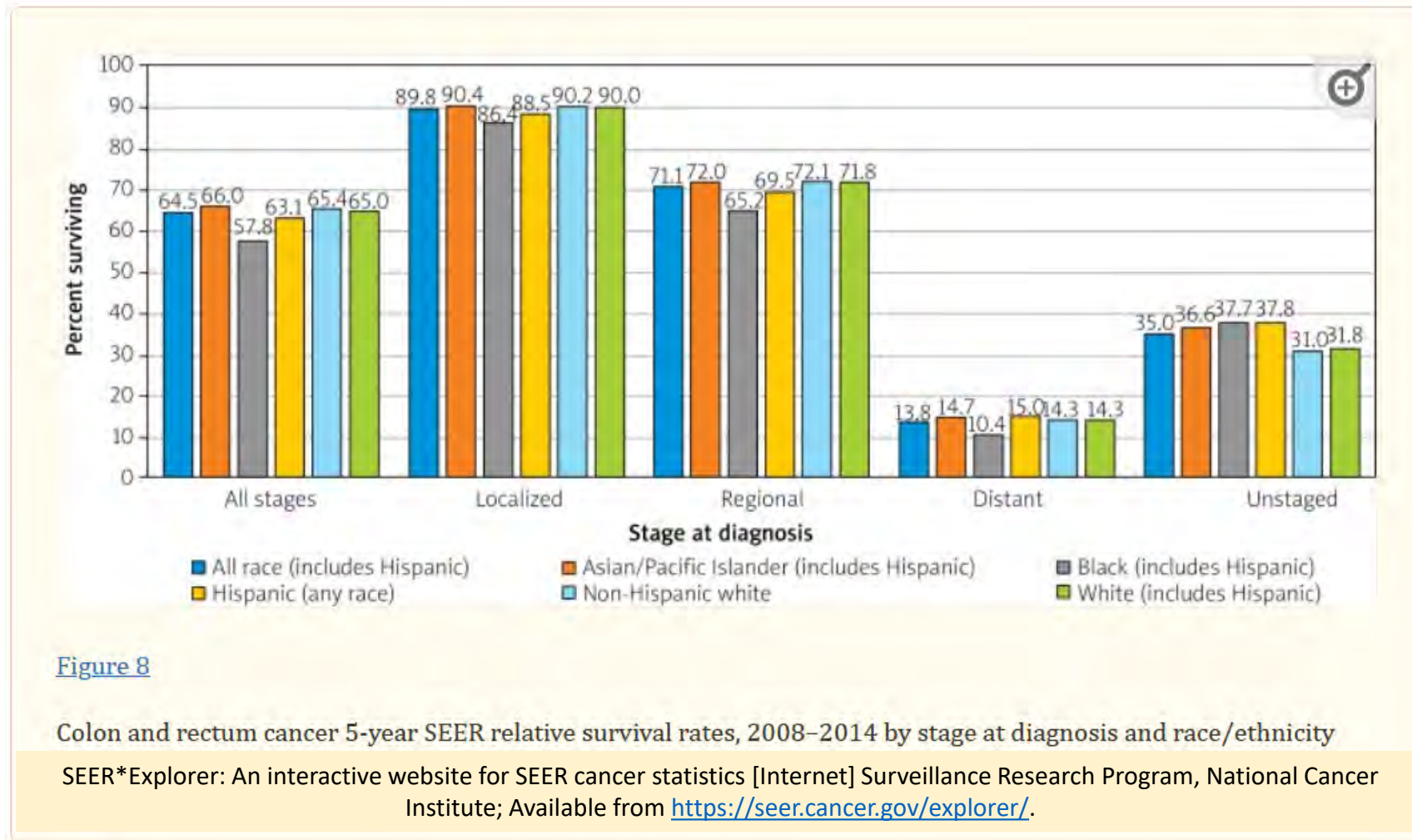
- rectorragies, melæna.
- modification du transit intestinal, syndrome rectal (faux besoins, ténésmes, épreintes).
- signes fonctionnels non spécifiques (amaigrissement récent inexpliqué, douleurs abdominales inexplicées).

Le CCR même à un stade avancé donne des signes peu spécifiques



Femme de 76 ans, douleurs abdominales depuis 1 mois, pas de troubles du transit.

Le taux de guérison dépend du stade du CCR au diagnostic



Définition

Le dépistage consiste à détecter un CCR à un stade précoce et potentiellement curable.



Objectifs

1. Connaitre le rationnel du dépistage du cancer colorectal (CCR)
2. **Connaitre les facteurs de risques du CCR**
3. Connaitre et évaluer les niveaux de risque du CCR
4. Connaitre les modalités du dépistage

Nous sommes tous concernés

En Suisse, 4 personnes sur 100
[4%] sont atteintes d'un cancer
du côlon avant l'âge de 80 ans



**DÉPISTAGE DU CANCER
DU CÔLON JUNE**

Association pour le dépistage
du cancer BEJUNE

Rue des Moulins 12
2800 Delémont

Tél. 032 422 58 06

Fax 032 323 27 35

info@adc-bejune.ch

www.depistage-bejune.ch

Le médecin traitant, un acteur clé du dépistage

Évaluation du niveau de risque de cancer colorectal (CCR)

Risque moyen

(risque CCR vie entière 3-4 %)

Dépistage organisé

Risque élevé

(risque CCR vie entière 4-10 %)

Risque très élevé

(risque CCR vie entière 40-100 %)

Dépistage individualisé et suivi adapté
au niveau de risque

(antécédents personnels et familiaux, existence de symptômes)

Facteurs de risque héréditaires

- Les syndromes de polyposes adénomateuses : PAF, MAP
 - La polypose colique familiale liée au gène APC expose à un risque de cancer colorectal proche de 100 % avant l'âge de 40 ans
- Les syndromes non polyposiques : syndrome de Lynch
 - Le syndrome de Lynch expose à un risque cumulé de cancer colorectal de près de 50 % à 70 ans (MLH1 / MSH2)
- Les antécédents familiaux de cancer colo-rectal

Antécédents familiaux

ATCD familial unique au 1er degré






Risque de développer un CCR x 2



Risque élevé : 8% sur vie entière



Antécédents familiaux

	Profil familial de CCR	Risque relatif de CCR
NOMBRE	ATCD familiaux multiples au 1 ^{er} degré	RR = 4 
	ATCD familial unique au 1 ^{er} degré	RR = 2
DEGRE	ATCD familiaux multiples aux 2 nd et 3 ^e degré	RR = 1,5 
	ATCD familial unique 2 nd degré avant 60 ans	RR = 1,18
AGE	Age de survenue 45-49 ans	RR = 3,87 
	Age de survenue 50-59 ans	RR = 2,25
	Age de survenue après 60 ans	RR = 1,82

Baglietto et al, J Clin Epidemiol, 2006 ; Butterworth et al, Eur J Cancer, 2006 ;
Johns et al, Am J Gastroenterol, 2001 ; Taylor et al, Gastroenterology, 2010 ;
Tuohy et al, Cancer, 2014 ; Wilschut et al, Cancer Causes Control, 2010

Antécédents familiaux

Profil familial d'adénomes	Risque relatif de CCR
ATCD familial d'adénome (méta-analyse)	RR = 2
ATCD familial d'adénome après 60 ans	RR = 1,65

Antécédents personnels

- Les antécédents personnels d'adénomes ou de CCR
- Les MICI (RR 5 à 15 fois)¹
- Le diabète (côlon : RR=1.38, IC 95% 1,26-1,51)²
- L'obésité (HR = 1.23, IC 95% 1.14-1.34)³
- L'acromégalie

¹Ekbom A, N Engl J Med 1990 ; ²Yuhara H, Am J Gastroenterol 2011 ; ³Karahalios A, Am J Epidemiol 2015

Facteurs de risque liés au style de vie

- La consommation de viande rouge et transformée¹
- La sédentarité²
- La consommation d'alcool (≥ 4 verres, RR= 1.52, IC 95% 1.27-1.81)³
- La consommation de tabac (RR=1.18, IC 95% 1.11-1.25)⁴

¹Bernstein AM, PLoS ONE 2015; ²Boyle T, J Natl Cancer Inst. 2012 ; ³Fedirko V, Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol. 2011 ; ⁴Botteri E, JAMA 2008

Facteurs protecteurs

- Une activité physique régulière (RR = 0.73, IC 95% 0.66-0.81)¹
- La consommation importante de fruits et légumes (800g versus 200g : RR = 0.74, IC 95% 0.57 to 0.95, for distal colon cancers)²
- La consommation importante de fibres (RR for an increment of three servings daily of whole grains = 0.83, IC 95% 0.78 to 0.89)³
- Calcium, vitamine D, ail, poissons, café : données conflictuelles
- La prise régulière d'aspirine et AINS : réduction de 20 à 40% du risque d'adénome colique et CCR⁴

¹Boyle T, J Natl Cancer Inst. 2012 ; ²Koushik A; J Natl Cancer Inst 2007 ; ³Aune D, BMJ, 2011 ; ⁴Thorat MA, Eur J Epidemiol 2015



Aucun facteur protecteur ne saurait annuler l'effet d'un facteur de risque. Favoriser la première catégorie et réduire ou limiter la seconde sont tous deux essentiels pour la prévention du cancer.

PRATIQUEZ UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE

Pour intégrer au moins **30 minutes d'activité physique d'intensité modérée à votre quotidien**, privilégiez la marche dès que c'est possible, prenez davantage les escaliers, descendez un arrêt plus tôt du bus, accordez-vous un moment de gymnastique, jardinez, jouez au ballon avec vos enfants...

Plus de conseils pratiques sur mangerbouger.fr.

MANGEZ DES FRUITS ET DES LÉGUMES

Manger 5 fruits et légumes chaque jour n'est pas si difficile ! Privilégiez les fruits et légumes frais de saison, souvent moins chers, mais vous pouvez consommer toute l'année, avec le même bénéfice santé, des conserves et des surgelés.

PRIVILÉGIEZ LES ALIMENTS RICHES EN FIBRES

Il est très facile de puiser des fibres dans son alimentation quotidienne. Outre les fruits et les légumes, on en trouve en grandes quantités dans les aliments complets (pain, pâtes et riz notamment).

PENSEZ AUX PRODUITS LAITIERS

Pour consommer chaque jour **les 3 produits laitiers recommandés**, jouez la diversité et alternez yaourt, lait, fromage blanc et fromages.

Pour répondre à toutes vos questions sur la nutrition au quotidien, rendez-vous sur mangerbouger.fr.

LIMITEZ VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation d'alcool est un facteur de risque démontré de cancer. Pour obtenir tous les conseils sur votre consommation d'alcool, rendez-vous sur alcool-info-service.fr ou au 0 980 980 930.

SURVEILLEZ VOTRE POIDS

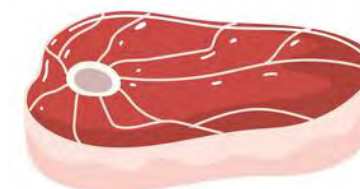
Surveillez votre poids en vous pesant régulièrement (une fois par mois). Pour les sujets présentant un surpoids ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$), une obésité ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) ou un gain de poids rapide et important à l'âge adulte, un accompagnement et éventuellement une prise en charge sont à envisager.

RÉDUISEZ LES VIANDES ROUGES ET LES CHARCUTERIES

Pour vous aider à **limiter votre consommation de viandes rouges à moins de 500 g par semaine**, rappelez-vous qu'un steak moyen pèse généralement entre 100 et 150 g et pensez à varier vos apports en protéines en ayant recours aux œufs, aux volailles et aux poissons notamment.

N'AJOUTEZ PAS DE SEL !

Pour un adulte, il est recommandé de **ne pas consommer plus de 6 g de sel par jour**. Ayez la main légère lors de la préparation des repas et aussi à table.



Objectifs

1. Connaitre le rationnel du dépistage du cancer colorectal (CCR)
2. Connaitre les facteurs de risques du CCR
3. **Connaitre et évaluer les niveaux de risque du CCR**
4. Connaitre les modalités du dépistage

Le médecin traitant, un acteur clé du dépistage

Évaluation du niveau de risque de cancer colorectal (CCR)

Risque moyen

(risque CCR vie entière 3-4 %)

Dépistage organisé

Risque élevé

(risque CCR vie entière 4-10 %)

Risque très élevé

(risque CCR vie entière 40-100 %)

Dépistage individualisé et suivi adapté
au niveau de risque

(antécédents personnels et familiaux, existence de symptômes)

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.

Scores pour évaluer le niveau de risque

Tableau 1. Critères retenus pour définir le risque INDIVIDUEL de néoplasie colorectale.

Facteurs et scores	Score Lin et al (11)	Score Driver et al (12)	Score Ma et al (13)	Score Yeoh et al (14)	Score Tao et al (15)	Score Kaminsky et al (16)	Score Cai et al (17)	Score Wong et al (18)
Risque*	AA et CCR	CCR	CCR	AA et CCR	AA et CCR	AA et CCR	AA et CCR	AA et CCR
Age	+	+	+	+	+	+	+	+
ATCD familial	+	NON	NON	+	+	+	NON	+
Sexe	+	NON	NON	+	+	+	+	+
Tabac	NON	+	+	+	+	+	+	+
IMC	NON	+	+	+	+	+	NON	+
Diabète	NON	NON	NON	NON	+	NON	+	+
Alcool	NON	+	+	NON	+	NON	NON	NON
Diététique	NON	NON	NON	NON	+	NON	+	+
ATCD polype coloscopie	NON	NON	NON	NON	+	NON	NON	NON

*CCR cancer colorectal, AA adénome avancé

Score de Kaminsky

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 \geq 60 ans	CCR 1 ^{er} degré et < 60 ans	2 CCR au 1 ^{er} degré	
Sexe	Femme	-	Homme	-	
Tabagisme	< 11 paquets années	\geq 11 paquets années	-	-	
IMC	< 30	\geq 30	-	-	
				TOTAL =	

SCORE TOTAL	Risque d'Adénome Avancé et/ou CCR
Score 0 à 2	\leq 5%
Score 3 - 4	5 à 10%
Score \geq 5	10 à 20%

Score de Kaminsky ?



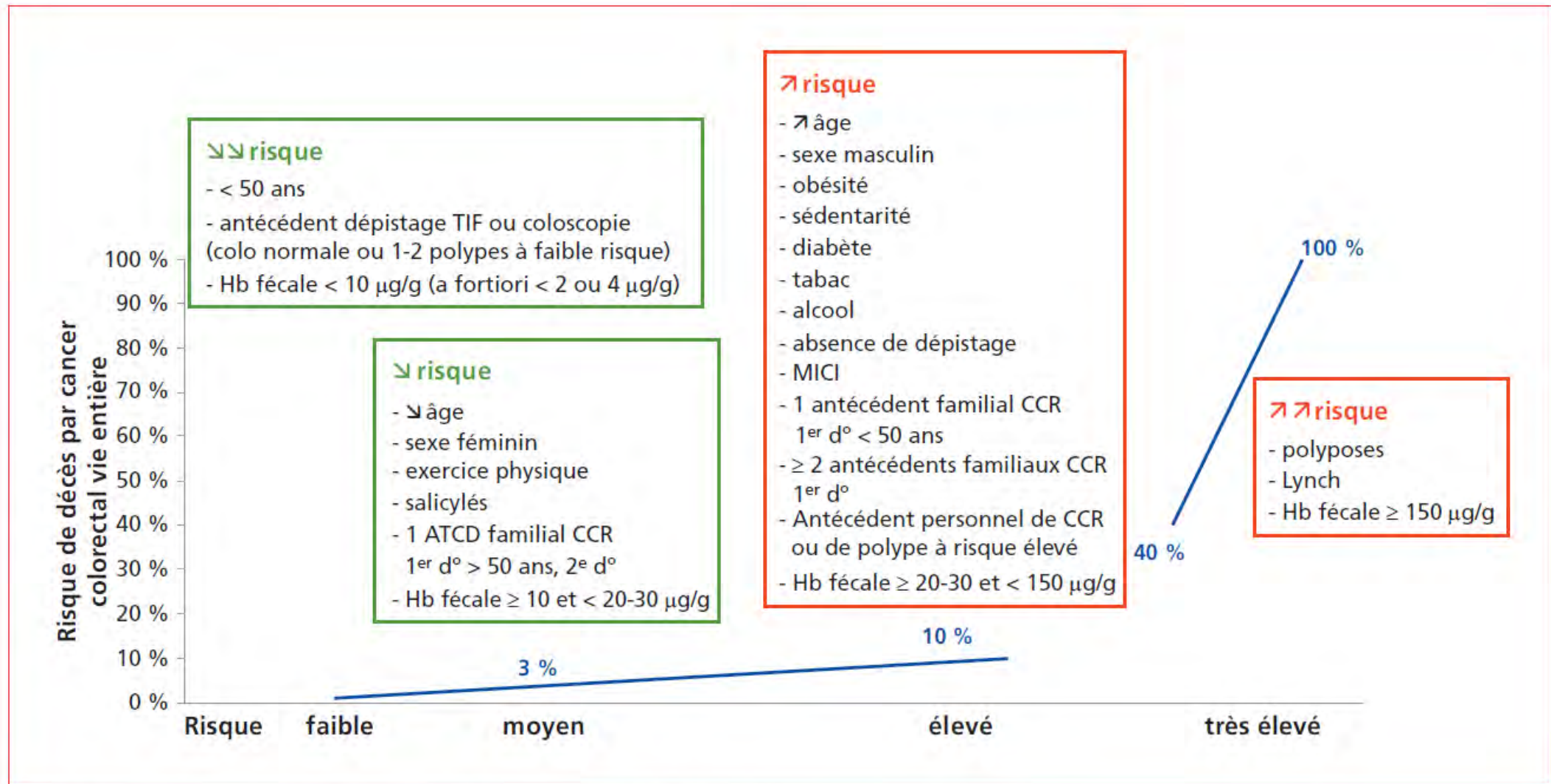


Figure 3 • Proposition de nouvelle classification en quatre niveaux de risque de cancer colorectal.

Objectifs

1. Connaitre le rationnel du dépistage du cancer colorectal (CCR)
2. Connaitre les facteurs de risques du CCR
3. Connaitre et évaluer les niveaux de risque du CCR
4. **Connaitre les modalités du dépistage**

Méthodes de dépistage

Le test de recherche de sang occulte dans les selles : FIT

La coloscopie

Le coloscanner, la vidéocapsule colique, la rectosigmoïdoscopie, le toucher rectal...

Performances du FIT

FIT CCR sensibilité de **80%** (test au Gaiac sensibilité de 40-60%
SE

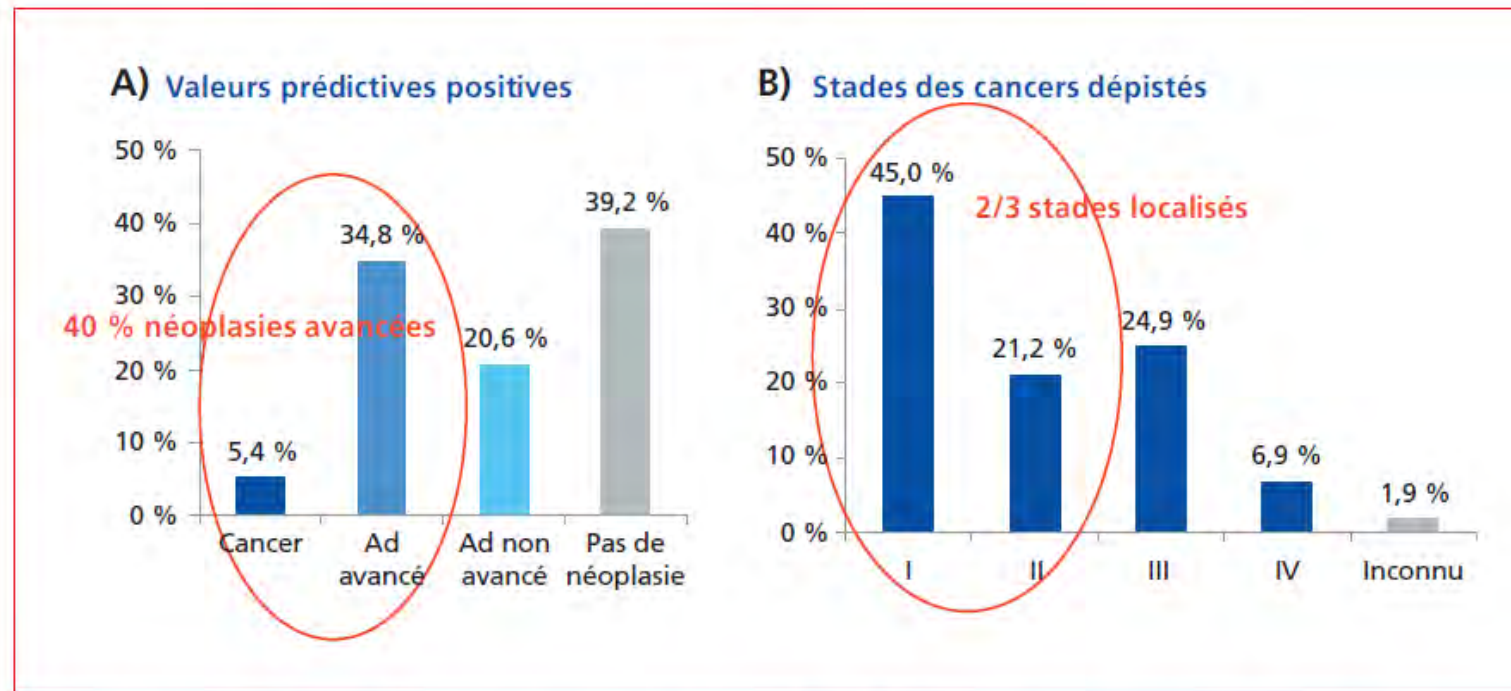


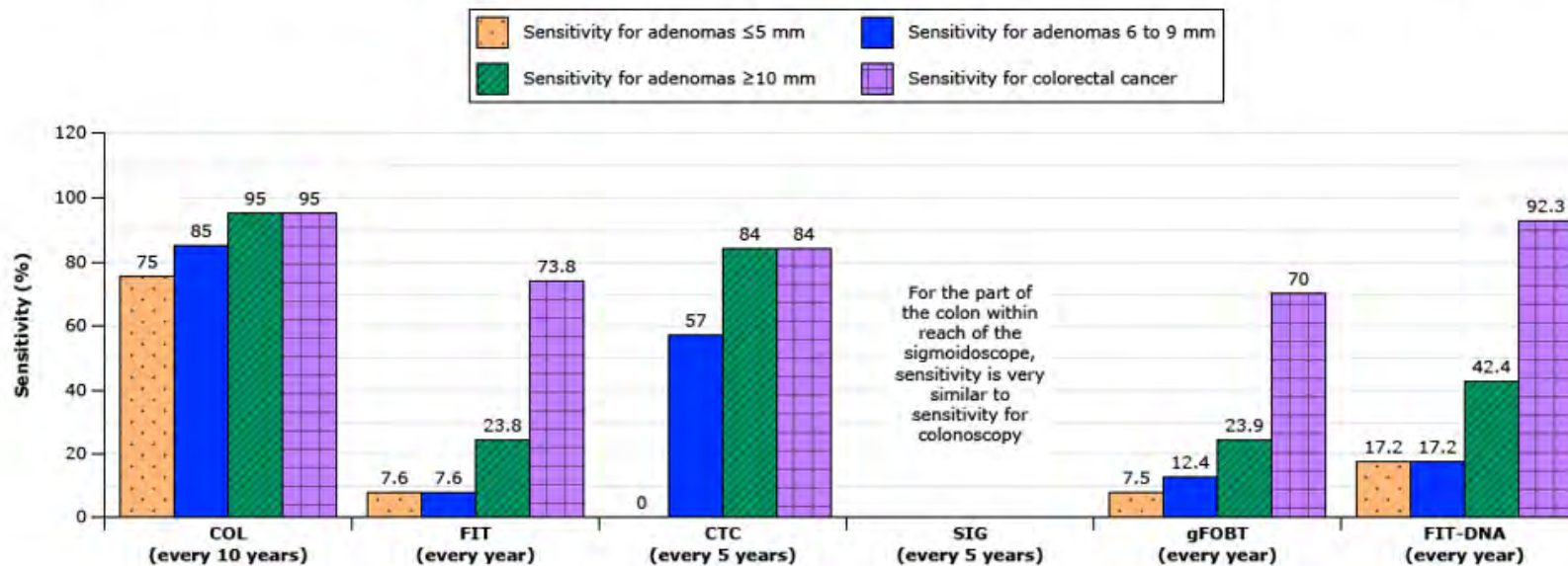
Figure 4 • Programme alsacien de dépistage organisé du cancer colorectal : résultats de 13 624 coloscopies pour test OC-Sensor[®] positif au seuil de 30 µg/g. A) Valeurs prédictives positives pour le cancer colorectal et l'adénome avancé. B) Stades des 735 cancers dépistés.

Test de recherche de sang occulte dans les selles ou coloscopie ?

Le tableau ci-après récapitule les principales différences entre les deux méthodes de dépistage.

	Test de recherche de sang occulte dans les selles	Coloscopie
Réalisation	Prélèvement chez soi, envoi au laboratoire.	Cabinet du médecin spécialiste (gastroentérologue) ou hôpital.
Fréquence	Tous les deux ans.	En général tous les dix ans. En cas de polypes ou d'adénomes, intervalles à définir avec le médecin.
Avantages	Réalisation simple et rapide. Aucune préparation particulière.	Possibilité de procéder à l'ablation de polypes ou d'adénomes en cours d'examen.
Inconvénients	À répéter tous les deux ans. Il se peut que le laboratoire trouve du sang, il faut alors en déterminer la cause par des examens supplémentaires. Il peut ne pas provenir d'un cancer ou d'un adénome.	Phases de préparation complexe et examen invasif. Risque de complications (environ trois cas sur mille).

Estimated sensitivity, specificity, and cancer-specific deaths averted for each colorectal cancer screening strategy



Test specificity	86	96.4	88	87	92.5	89.8
Colorectal cancer deaths averted per 1000 40-year-olds (n)*	22 to 24	20 to 23	16 to 24	16 to 21	20 to 23	21 to 24

Sensitivity, specificity, and cancer-specific deaths averted for each screening strategy.

COL: colonoscopy; FIT: fecal immunochemical test; CTC: computed tomography colonography; SIG: sigmoidoscopy; gFOBT: guaiac-based fecal occult blood test; FIT-DNA: multitargeted stool DNA test.

* Assumes screening from ages 50 to 75 years, including 100% adherence, complete follow-up without delay, and appropriate surveillance. Ranges reflect results from 3 models.

Data from:

1. Zauber AJ, Knudsen A, Rutter CM, et al. Evaluating the Benefits and Harms of Colorectal Cancer Screening Strategies: A Collaborative Modeling Approach. AHRQ Publication No. 14-05203-EF-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; October 2015.
2. Knudsen AB, Zauber AG, Rutter CM, et al. Estimation of Benefits, Burden, and Harms of Colorectal Cancer Screening Strategies: Modeling Study for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2016; 315:2595.

Antécédents familiaux

Consensus et position de la SFED (Société française d'endoscopie digestive) :

Une coloscopie de prévention est recommandée à partir de 50 ans* :

- En cas d'antécédent familial de CCR unique ou multiple au premier degré quel que soit l'âge de survenue
- En cas d'antécédents familiaux multiples de CCR au deuxième ou au troisième degré quel que soit l'âge de survenue
- En cas d'antécédent familial au premier degré d'adénome avancé ou non avancé quel que soit l'âge de survenue

(* ou 5 ans avant l'âge du cas index en cas de survenue avant 55 ans)

Risque moyen, mais élevé si...

Consensus et position de la SFED (Société française d'endoscopie digestive) :

Une coloscopie de prévention est recommandée en cas de sur-risque significatif de CCR lié à une exposition à des facteurs environnementaux ou à des comorbidités, définie par un score de Kaminski ≥ 5 , score choisi car plus simple d'utilisation et validé sur une population caucasienne. Le risque de ces sujets est comparable à celui des sujets à risque élevé de CCR.

Mémo pratique de cancérologie digestive

Commission Cancérologie

N°8

Février 2021

Cancer colo-rectal Calculez le risque !

Eric VAILLANT
Président de la Commission Prévention
des Cancers par Endoscopie

Dr G. BONNAUD
Dr TH. HIGUERO
Dr P-A. DALBIÈS

RISQUE MOYEN	RISQUE ÉLEVÉ	RISQUE TRÈS ÉLEVÉ
<p>A partir de 50 ans Le risque peut être précisé par :</p> <ul style="list-style-type: none">- Score de Kaminsky- Coloscopie (présence de polypes) <p>si score > ou = 5 : coloscopie si score < ou = 5 : test immunologique (tous les 2 ans) ou coloscopie tous les 5 et 10 ans En cas de polype : surveillance par coloscopie</p>	<p>Coloscopie à partir de 50 ans Ou 5 ans avant l'âge du cas index au premier degré</p> <p>PUIS</p> <p>Coloscopie de contrôle dont le rythme est défini par les recommandations HAS post-polypectomie</p> <p>Polype à bas risque : 5 ans Polype à haut risque : 3 ans</p>	<p>Coloscopie à débiter en fonction de l'anomalie génétique</p> <p>PUIS</p> <p>Coloscopie tous les 2 ans avec chromoendoscopie (coloration)</p>

En pratique....



En pratique....



« Capturer le patient » : tout le monde est concerné, y compris celui qui va bien



Symptômes digestifs et plus de 50 ans → endoscopie digestive



Antécédents familiaux → endoscopie digestive

En pratique....



MICI, prédisposition génétique : suivi spécialisé



Score de Kaminski ≥ 5 → endoscopie digestive (consensus SFED)



Risque moyen → FIT ou coloscopie

Merci pour votre attention

