Dépistage du cancer colorectal

Introduction

Le cancer colorectal (CCR) représente la 3ème cause de mortalité par cancer dans les pays d'Europe de l'ouest. Le risque de développer un CCR au cours de la vie est estimé à environ 5% et varie en fonction de facteurs de risque génétiques et environnementaux (tels que le tabagisme et le syndrome métabolique).

La prévention du CCR dans la population générale s'organise autour du dépistage, qui permet par le biais de différents tests, plus ou moins invasifs, de détecter de manière précoce les polypes à risque de dégénérescence néoplasique et de les réséquer.

Etant donné son incidence, l'histoire naturelle de la maladie, le taux de mortalité et l'accès à des traitements efficaces à un stade précoce, le cancer colorectal représente une cible idéale pour un programme de dépistage.

Epidémiologie

En terme de fréquence, le CCR représente le 2ème cancer chez la femme et le 3ème chez l'homme. C'est le cancer le plus fréquent en Europe, avec une incidence de plus de 430 000 cas et plus de 200 000 décès par an avec un sex ratio de 1.5 ♂/♀.

Le taux de survie globale est estimé à 60 % à 5 ans et 52 % à 10 ans. Dans 30 % des cas le CCR est découvert à un stade d'emblée métastatique avec une réduction de la survie à 5% à 5 ans.

En Suisse le CCR représente 11 % des cancers. 4000 nouveaux cas sont diagnostiqués par an dont 375 dans le Canton de Vaud avec 1600 décès par an (130 dans le Canton de Vaud).

Au cours des 20 dernières années la prévention du CCR dans le monde a évolué avec l'application de programmes de dépistage dans de nombreux pays. Cependant il existe une grande hétérogénéité dans le type de programme mis en place et l'adhésion des populations à celui-ci.

Intérêt du dépistage

A l'âge de 50 ans le pourcentage de sujets présentant des adénomes dits classiques avec un risque de dégénérescence en cancer est estimé à 25-30%, à l'âge de 70 ans il est de 50%. Le temps d'évolution d'un adénome en cancer est estimé à 7 – 10 ans.

De nombreuses études ont permis de mettre en évidence un bénéfice du dépistage à partir de 50 ans d'une population asymptomatique, à risque moyen de CCR et d'en diminuer l'incidence et la mortalité spécifique.

Le dépistage permet ainsi :

- La détection précoce de cancers asymptomatiques, permettant d'accéder à de meilleurs taux de guérison.
- La détection des patients à risque, pour permettre une surveillance adaptée.
- Une réduction globale de la mortalité et des coûts de santé.

En Suisse selon les estimations, le dépistage réalisé dans le cadre d'un programme permettrait de réduire le nombre de ces décès de 25 à 50 %.

Les tests de dépistage :

Le test de dépistage optimal se doit de réunir les éléments suivants : des taux de spécificité et sensibilité satisfaisants, une certaine acceptabilité par le patient, un coût peu élevé, une bonne reproductibilité et un risque faible de complication.

De nombreux tests de dépistages ont été décrits avec chacun des avantages et inconvénients résumés dans le tableau ci-dessous :

Tests de dépistage du cancer colorectal (CCR)

	Avantages	Inconvénients	Remarques
Recherche de sang occulte (selles)	<ul style="list-style-type: none"> • Simple • Coût faible • Relativement acceptable 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité faible • Colonoscopie si positif • A répéter 1x/an 	
ADN tumoral (selles)	<ul style="list-style-type: none"> • Simple • Relativement acceptable • Sensibilité élevée (CCR) 	<ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopie si positif 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût • Intervalle de répétition inconnu • En cours d'évaluation
ADN tumoral (sang)	<ul style="list-style-type: none"> • Simple • Acceptable (prise de sang) • Sensibilité élevée (CCR) 	<ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopie si positif • En cours d'évaluation • Remboursement partiel en Suisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût • Intervalle de répétition • Sensibilité AA
Recto-sigmoïdoscopie	<ul style="list-style-type: none"> • Simple (pas de sédation) • Sensibilité élevée pour le recto sigmoïde • Thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen partiel • Complications potentielles • Incomplet • Coût 	
Colonoscopie	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité élevée (AA+CCR) • Thérapeutique et diagnostique 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation orale • Examen invasif • Complications éventuelles • Coût élevé 	
Colo- CT	<ul style="list-style-type: none"> • Sensible (CCR, polypes >10 mm) • Peu invasif 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation per orale • Coloscopie si positif • Irradiation • Coût élevé 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité pour des lésions planes
Vidéo-capsule colique	<ul style="list-style-type: none"> • Sensible (préparation parfaite, mains expertes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation orale • Coloscopie si positif • Non remboursé 	<ul style="list-style-type: none"> • Expertise en Suisse

Dans le cadre du dépistage en canton de Vaud, seules la **coloscopie** et le **test immunologique dans les selles** ont été retenus dans une démarche de choix éclairé.

Dépistage cantonal Vaudois :

Depuis mai 2014, le Département Fédéral de l'Intérieur a donné un accord pérenne d'exemption de franchise pour les tests de dépistage du cancer du côlon réalisés dans le cadre d'un programme cantonal de dépistage organisé.

Le principe du libre choix éclairé des personnes éligibles est appliqué vis-à-vis des deux modalités de dépistage proposées conjointement :

- Coloscopie de dépistage tous les dix ans **où**
- Test immunologique de détection de saignement occulte dans les selles (FIT) tous les 2 ans, suivi d'une coloscopie en cas de FIT positif

L'objectif est d'informer 100% de la population cible sur ce programme, la décision informée ayant démontré son intérêt dans l'adhérence des patients au dépistage et dans la réduction de la mortalité.

Personnes concernées :

Critères d'éligibilité

- Personne à risque moyen de CCR et âgée de 50 - 65 ans
- Domicilié dans le canton de Vaud

Critères d'exclusion (temporaires ou définitifs selon le contexte)

- **Risque élevé de CCR :**
 - Antécédents personnels : CCR ou polype (>1 cm adénome villositaire ou tubulo-villositaire et dysplasie de haut grade)
 - Antécédents familiaux (parenté de 1^{er} degré) : CCR ou adénome avant 60 ans justifiant de contrôles endoscopiques à intervalle < 10 ans.
 - Maladie inflammatoire chronique de l'intestin.
 - Irradiation abdominale dans l'enfance (>30 Gy) acromégalie
- **Risque très élevé de CCR :**
 - Polyposose adénomateuse familiale (FAP)
 - Syndrome de Lynch (HNPCC) ou autre syndrome héréditaire
- **Maladie intercurrente grave**
- **Symptômes digestifs récents évocateurs d'un CCR**
- **Rectorragie macroscopique**
- **Coloscopie ou FIT récent (< de 10 ans pour la colonoscopie et < 2 ans pour le FIT)**
- **Refus du patient**

Stratification du risque de CCR

- **Dépistage Cantonal :**

- Risque moyen : La population générale sans symptômes ou antécédent personnel / familial de CCR entre 50 et 69 ans représentent 80% des CCR et ont un risque moyen de développer un CCR à un taux de 3-4 %.

- **Dépistage individuel :**

- Risque élevé : La population avec ATCD personnel de polype adénomateux ou CCR (histoire personnelle de polype ou CCR et antécédents familiaux de CCR avec apparenté de 1^{er} degré ou plusieurs cas dans la famille < 60 ans, patients MICI) représentent 15 % des CCR totaux avec un risque de cancer de 5-10 %.
- Risque très élevé : La population avec syndromes de prédisposition héréditaire (FAP, syndrome de Lynch...) constitue moins de 5 % de la proportion de CCR et ont un risque de 40-100% de développer un CCR.

Modalités du dépistage :

Les tests proposés : Coloscopie vs FIT test

2 options offertes	Recherche du sang occulte tous les 2 ans	Coloscopie de dépistage chaque 10 ans
Comment réaliser le test ?	<p>Prélèvement au domicile d'une petite quantité de selles à l'aide d'un kit spécialement fourni.</p> <p>Envoi postal et analyse du prélèvement dans un laboratoire spécialisé.</p>	<p>Régime spécial de 48 h et préparation colique au domicile.</p> <p>Réalisation d'une colonoscopie dans un cabinet de gastro-entérologie ou clinique/hôpital avec sédation.</p> <p>Possibilité de résection des polypes d'emblée</p>
Obtention des résultats	Retour des résultats par courrier au domicile et vers le médecin traitant.	Résultat oral après l'examen et rapport définitif envoyé par courrier à domicile et au médecin traitant.
Remboursement du test	<p>Remboursement entre 50-69 ans par l'assurance de base avec exception de la franchise.</p> <p>Participation de 10% à la charge du patient.</p>	<p>Remboursement entre 50-69 ans par l'assurance de base avec exception de la franchise.</p> <p>Participation à 10% à la charge du patient.</p>
Rythme de réalisation	Tous les 2 ans.	Tous les 10 ans.
Quelles sont les avantages ?	<p>Pas de préparation à réaliser</p> <p>Facile à faire</p>	<p>Meilleur test de détection des polypes avant qu'ils n'évoluent en cancer.</p> <p>Les polypes sont directement enlevés pendant l'examen.</p>
Fiabilité pour détecter le cancer du côlon	Bonne si réalisation régulière tous les 2 ans.	Excellent si la préparation colique est correctement réalisée.
Quels sont les inconvénients ?	<p>Risque de résultats faux négatifs : les polypes et cancers ne saignent pas toujours. Il faut donc répéter le test aux 2 ans au minimum.</p> <p>Risque de faux positifs : Un saignement digestif peut s'observer sans présence de polype ou de cancer.</p> <p>En cas de résultat positif, il faudra réaliser systématiquement une colonoscopie.</p>	<p>Faible risque de complication sévère (perforation intestinale ou saignement important) : environ 2‰.</p> <p>En cas d'administration d'un sédatif il ne faut pas conduire pendant 12 à 24 heures (effets secondaires des sédatifs)</p>

Quelles sont les prestations exemptées de franchise dans le programme de dépistage ?

Ces prestations sont les suivantes :

- Consultation d'inclusion / exclusion du MF.
- Test de recherche de saignement occulte : Kit de test + analyses.
- Coloscopie de dépistage et coloscopie sur FIT positif.
- Analyses histologiques sur prélèvement pratiqué lors de la coloscopie de dépistage où

Coloscopie sur FIT positif.

- Transmission de rapport standardisé de complication tardive après coloscopie.

Attention – Ne sont pas exemptés de franchise :

- Les produits de préparation à la colonoscopie.
- La consultation du médecin de famille lors du rendu de résultats FIT positif, pour orientation vers la colonoscopie.
- Les coloscopies de deuxième rang (exemple de situation en rapport : exérèse non praticable sur la coloscopie de dépistage ou coloscopie sur FIT positif avec seconde coloscopie dédiée à cette exérèse : la seconde coloscopie n'est pas exemptés de franchise).
- Les colonoscopies de surveillance instituées à la suite de détection dans le cadre du programme de dépistage de lésions coliques (La personne concernée « sort du programme de dépistage »).

Montant résiduel à charge des participants -160 CHF

Population à risque élevé et surveillance

Evaluation du risque	Âge de dépistage	Test	Intervalle
Antécédent familial (apparenté de 1° degré) avec CCR /adénome < 60 ans	40 ans	Colonoscopie	5 ans
Antécédent familial avec CCR / adénome après l'âge de 60 ans	40 ans	Colonoscopie	10 ans
≥ deux apparentés de 1° degré avec CCR / adénome	40 ans	Colonoscopie	5 ans
Maladie de Crohn ou RCUH avec pancolite	8 ans après le diagnostic	Colonoscopie	1-2 ans
Maladie de Crohn ou RCUH colique gauche	15 ans après le diagnostic	Colonoscopie	1-2 ans

Catégorie de risque	Caractéristique des polypes (histologie, critères traditionnels)	Intervalle pour la coloscopie de surveillance après résection d'un polype	Intervalle pour la coloscopie de suivi après coloscopie sans polype
I	Polype hyperplasique <ul style="list-style-type: none"> Au niveau du rectosigmoïde de < 1cm 	Coloscopie de dépistage tous les 10 ans	
	<ul style="list-style-type: none"> Au niveau du rectosigmoïde de > 1cm Au-dessus du rectosigmoïde 	5 ans	Coloscopie de dépistage tous les 10 ans
	Adénome tubulaire <ul style="list-style-type: none"> ≤ 2 polypes ≤ 1 cm de taille Aucune dysplasie sévère 		
	SSA <ul style="list-style-type: none"> < 1 cm et sans dysplasie 	5 ans	5 ans
II	Adénome tubulaire <ul style="list-style-type: none"> ≥ 3 polypes où >1cm de taille où dysplasie sévère 	3 ans	5 ans
	Adénome (tubulo-) vilieux		
	TSA ou SSA <ul style="list-style-type: none"> ≥ 1cm ou avec dysplasie 		
III	Carcinome pT1 dans un adénome sessile <ul style="list-style-type: none"> Polypectomie complète Limite de résection histologique en tissu sain Différenciation G1-G2 Aucune invasion vasculaire < 1000 µm d'invasion 	≤ 3 mois contrôle endoscopique du site de résection puis coloscopie dans 3 ans	5 ans
	Carcinome pT1 dans un adénome pédiculé <ul style="list-style-type: none"> Polypectomie endoscopique complète Pédicule sans infiltration (Haggit 1-2) Différenciation G1-G2 Aucune invasion vasculaire 		
IV	Carcinome pT1 dans un adénome <ul style="list-style-type: none"> Pas tous les critères de la catégorie de risque III 	Présentation au Tumorboard – résection chirurgicale	

Abréviations : TSA ; traditional serated adenomas, SSA ; sessile serated adenomas

Population à risque très élevé et surveillance

Syndrome	Test de dépistage	Fréquence
Lynch syndrome / HNPCC	Colonoscopie	Tous les 1-2 ans dès 20-25 ans
	OGD	Tous les 3-5 ans dès 30-35 ans
Polypose adénomateux familiale (FAP)	Sigmoïdoscopie ou colonoscopie jusqu'à que le nombre des polypes devient trop élevé pour une polypectomie → coléctomie préventive	Surveillance annuelle dès 10-12 ans
	Duodéoscopie	Tous les 1-5 ans , en rapport avec l'apparition des polypes coliques
Polypose atténuée (AFAP)	Colonoscopie	Tous les 1-2 ans dès 18-20 ans (fréquence qui varie / au nombre de polypes)
	Duodéoscopie	Tous les 1-5 ans dès 25-30 ans
Polypose MutYH-associée	Colonoscopie	Tous les 1-2 ans dès 25-30 ans
	Duodéoscopie	Départ qui varie / au nombre de polypes
Peutz-Jeghers syndrome (PJS)	OGD + Vidéocapsule ou Entéro-IRM+ Colonoscopie	Tous les 3 ans, dès 8 ans, si négative prochain contrôle à l'âge de 18 ans
Polypose Juvenile	Colonoscopie + OGD	Tous les 1-3 ans dès 12-15 ans et ensuite annuelle dès l'apparition des polypes
Syndrome de Cowden	Colonoscopie	Tous les 2 ans dès l'âge de 15 ans
Cancer diffuse gastrique héréditaire	OGD	Dès 12-15 ans et prophylactique gastrectomie après l'âge de 30 ans
Cancer pancréatique familial	Endoscopie , US et IRM	Dès 50 ans surveillance annuelle

Conclusion :

- Diminuer l'âge de dépistage colorectal à 45-49 ans ? Van de Veerdonk W et al., Cancer Epidemiol
- Programmes de dépistage dans le monde ? Navarro M et al. World J Gastroenterol, 2017 May

Sources / Liens d'intérêt :

1. Globocan. *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.* (2012) Available from: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
2. *Recommandations pour la surveillance après polypectomie lors d'une coloscopie (2014)* [Internet]. SGG SSG. [cited 2019 May 8]; Available from: <https://sggssg.ch/fr/recommandations/>
3. Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, et al. *WHO classification of tumors of the digestive system.* 4th ed. Lyon : IARC. 2010.
4. Kanth P, Grimmitt J, Champine M, et al. *Hereditary colorectal polyposis and cancer syndromes : A primer on diagnosis and management.* *American Journal of Gastroenterology* 2017;112(10):1509-25
5. *Screening H. Home - Swiss Cancer Screening* [Internet]. *Swisscancerscreening.ch.* 2019 [cited 2019 May 8]; Available from: <https://www.swisscancerscreening.ch/fr>

<https://www.pmu-lausanne.ch/sites/default/files/inline-files/pmu-programme-cancer-qr.pdf>