



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/17131

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/17131>



RESEARCH ARTICLE

DEPISTAGE ET PREVENTION DU CANCER COLORECTAL EN 2023 : POUR QUIQUAND NET COMMENT

Maryame El Khayari¹, H. Abid, A. Mekkaoui¹, M. El Yousfi², D. Benajeh², M.El Abkari², A. Ibrahim¹ and N. Lahmidani¹

1. Service d'hépatogastro-entérologie, CHU Hassan II de Fès.
2. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Sidi Mohamed ben Abdallah de Fès.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 20 April 2023
Final Accepted: 24 May 2023
Published: June 2023

Abstract

Copy Right, IJAR, 2023.. All rights reserved.

Introduction:-

Définitions et Epidémiologie :

1. **Le cancer colorectal (CCR)** se situe au 3ème rang en France (20 % de tous les cancers) après le cancer de la prostate et celui du sein [1] et le deuxième cancer par mortalité et pourtant n'obtient que 35% de participation au dépistage entre (2020-2021) [2]. Il survient dans 95% des cas après 50 ans. Trois niveaux de risque de cancer colorectal existent avec rythme de surveillance spécifique pour chacun.
2. **Dépistage Organisé** [3] : s'adresse aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans. Depuis 2015, il repose sur un test immunologique, plus simple et plus sensible, de recherche de saignement occulte dans les selles.
3. **Dépistage individuelle**[3] : pour les personnes à risque élevé et à risque très élevé qui relèvent d'emblée de la coloscopie.

L'objectif de notre article était de clarifier les différents niveaux de risques de cancer colorectal, la population cible pour dépistage ainsi que les modalités de dépistage et les mesures de Prévention du CCR.

Quels sont les Niveaux de risque de cancer colorectal ? SFED 2021[4]

| Niveaux de Risque | Populations concernés |
|-------------------|--|
| Risque moyen | <ul style="list-style-type: none"> • Âge de 50 à 74 ans asymptomatique sans antécédent personnel ou familial d'adénome/CCR ou MICI |
| Risque élevé | <ul style="list-style-type: none"> • Antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome • Antécédent familial de cancer colorectal ou d'adénome ≥ 10 mm chez 1 parent au 1^{er} degré avant 65 ans ou chez ≥ 2 parents au 1^{er} degré à tout âge • Maladie inflammatoire chronique de l'intestin • Maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique. • Acromégalie |
| Risque très élevé | <ul style="list-style-type: none"> • Polyposes adénomateuses familiales (PAF par mutation APC ou |

Corresponding Author:- Maryame El Khayari

Address:- Service d'hépatogastro-entérologie, CHU Hassan II de Fès.

MYH), Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch)

Figure N1 : Illustrant les Niveaux de risque de CCR

Quels sont les moyens de dépistage existantes ? [4]

1. Test Hemocult :

Le test Hemocult® est un examen qui consiste à repérer des saignements invisibles à l'œil nu, dans les selles. Ce test est utilisé pour le dépistage du cancer du colon ou du rectum. En effet, un des premiers signes de lésions précancéreuses (notamment de polypes), voire de cancer, est l'apparition d'un saignement « occulte » dans les selles. Un test Hémocult® tous les deux ans est recommandé chez tous les sujets âgés de 50 à 74 ans, parfois avant en présence d'antécédents familiaux.

Il convient d'éviter de prendre certains médicaments pouvant interférer avec le test, les jours de l'examen et les deux jours précédents : aspirine, anti-inflammatoires, produits contenant du fer et ceux contenant de la vitamine C. [4]

2. le test immunologique fécal (FIT) :

Le test immunologique fécal (TIF) remplace le test Hemocult®. Il détecte la présence anormale de sang dans les selles. Il réagit spécifiquement à la présence d'hémoglobine humaine, alors que l'ancien test Hémocult pouvait être faussé par la présence d'hémoglobine animale liée à la consommation de viande. Il est performant (SE 70%, SPE 96-98%), fiable, gratuit et simple avec un seul prélèvement de selles tous les 2 ans. [4]

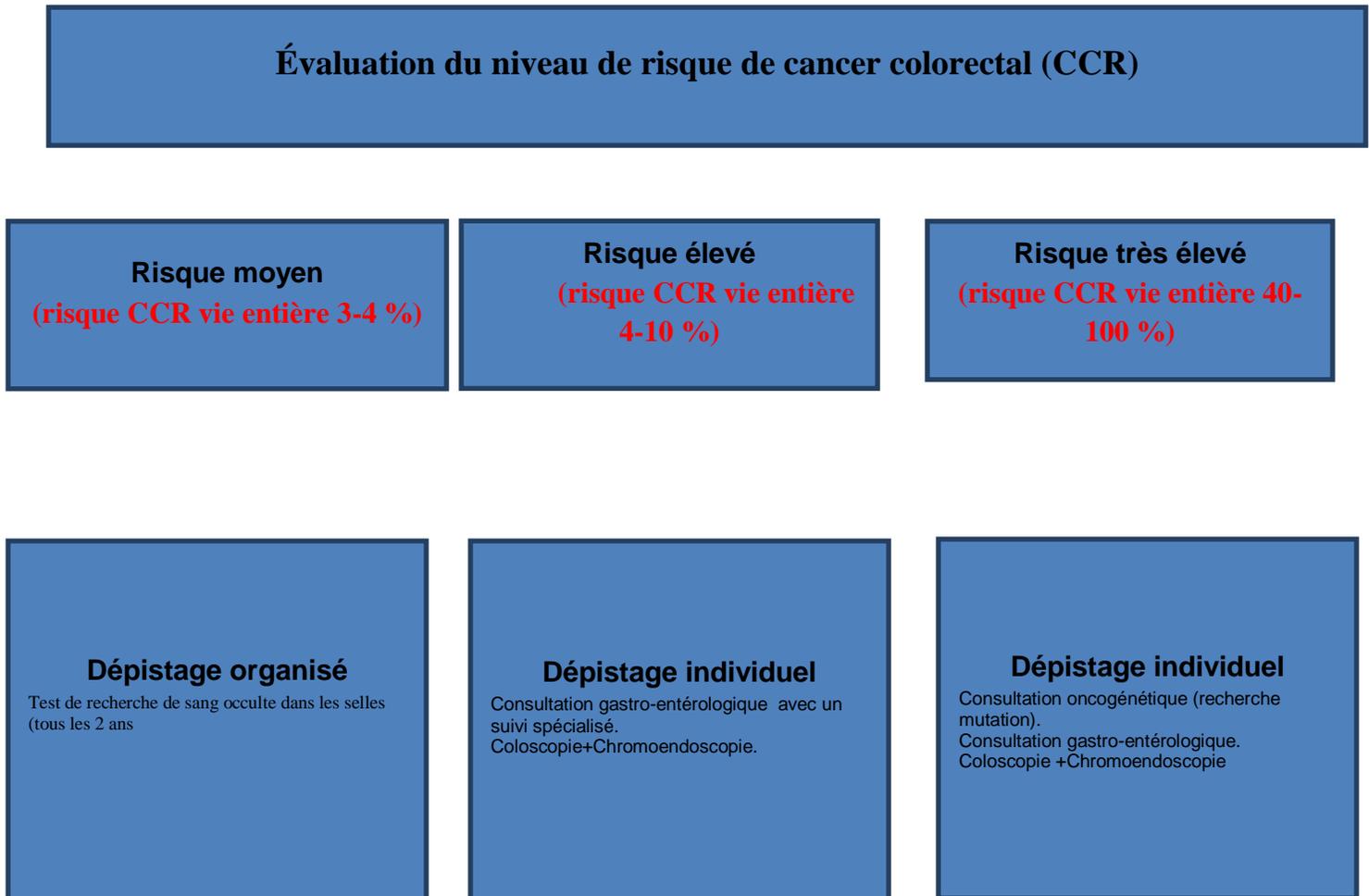
Si le test est négatif (96 % des cas), cela signifie qu'aucun saignement n'a été détecté. Mais il peut arriver que certains polypes ou cancer ne soient pas identifiés par le test s'ils ne saignent pas au moment des prélèvements. Il est donc important de faire régulièrement le test dans les deux ans (les lésions évoluant généralement lentement). En cas de TIF positif, la coloscopie découvre un cancer pour 8% et un adénome avancé chez 40% des sujets. [4]

Critères d'exclusion au test de dépistage:

Risque de CCR élevé ou très élevé, symptômes évocateurs de Cancer coloréctal, coloscopie totale dans les 5 ans, colo scanner seul ou coloscopie incomplète suivie de coloscanner dans les 2 ans. [4]

3. Coloscopie d'emblée : Pour les sujets niveaux élevé ou très élevé de risque de CCR .
(voir Figure N 2)

Figure N2:- Illustrant les niveaux de risque ainsi que les modalités de dépistage du CCR .



Comment prévenir le cancer colorectal chez le sujet à risque élevé par un suivi spécialisé [5], [6]?

| | Début de surveillance | Population | Rythme de surveillance |
|---|--|---|---|
| Antécédent personnel d'adénome. | Après résection | <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 5 adénomes ou plus ; • un adénome ≥ 10 mm ou en dysplasie de haut grade • Polype festonné ≥ 10 mm ou dysplasique .(Figure3) | Coloscopie de contrôle <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 ou Risques faibles : 7-10 ans ou arrêt à discuter avec FIT tous les 2 ans . |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • ≥ 5 adénomes, < 10 mm et DBG ; • \geq polype(s) festonné(s), $\square 10$ mm et pas de dysplasie.(Figure 4) | Coloscopie de contrôle À 5 ans. Après 2 coloscopies normales ou à faible risque : 7-10 ans ou arrêt à discuter avec FIT tous les 2 ans. |
| Antécédent personnel de CCR | Après résection | | Coloscopie À 1 an de la résection (ou sous 3-6 mois si coloscopie incomplète). Puis à 3 ans puis tous les 5 ans (si résultats précédents normaux). |
| Antécédent familial de CCR au 1er degré | À partir de 45 ans (ou 10 ans avant l'âge de diagnostic du cas index). | | Coloscopie Tous les 5 ans. |
| Antécédent familial d'adénome avancé (> 1 cm) au 1er degré | | | |
| Maladie inflammatoire chronique (MICI) Maladie de Crohn colique (MC) Rectocolite hémorragique (RCH) | 8 ans après le début des symptômes Ou d'emblée en Cas de CSP . | Niveau de risque élevé Cholangite sclérosante primitive, antécédents de dysplasie, forme étendue de RCH ou de MC colique étendue sur plus de 50 % ,sténose colique. | Chromoendoscopie* avec biopsies ciblées (à défaut coloscopie avec biopsies multiples, étagées et aléatoires) Coloscopie annuelle . |
| | | Niveau de risque intermédiaire RCH en pancolite Activité inflammatoire persistante et sévère ATCD familiaux du CCR avant 50 ans Présence des pseudopolypesinflammatoires . , MC colique étendue sur 30 à 50 % du côlon. | Coloscopie tous les 2-3 ans. |

| |
|---|
| <p>Niveau de risque faible Rectite de RCH et MC Coloscopie chaque 5 ans . colique étendue sur moins de 30 % du côlon.</p> |
| <p>Facteurs protecteurs dans la RCH : Dérivés salicylés : Cet effet protecteur serait efficace à la dose minimum de 1,2 g/j . Acideursodésoxycholique : Il préviendrait la survenue d'un cancer colorectal chez les patients ayant une cholangite sclérosante.</p> |

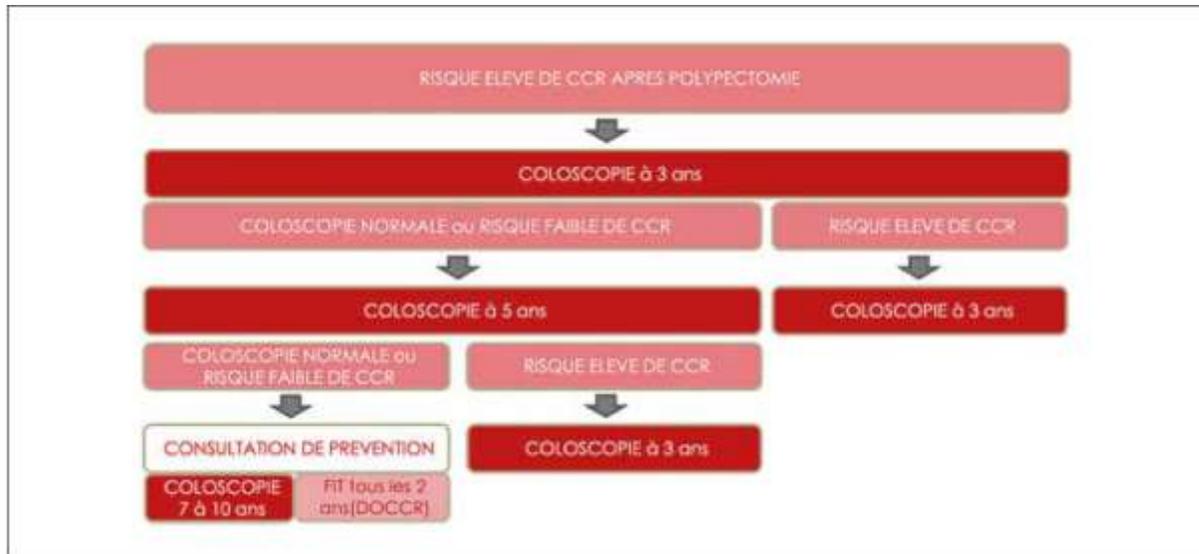


Figure 3:- Intervalles de surveillance chez les sujets ayant un niveau de risque élevé de CCR après polypectomie[5].

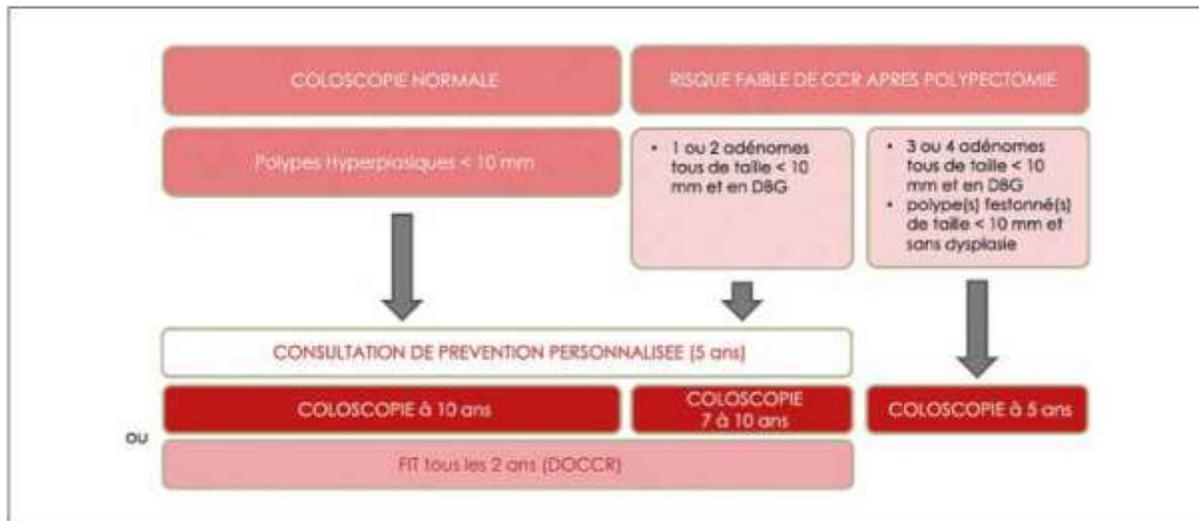


Figure 4:- Intervalles de surveillance chez les sujets ayant un niveau de risque faible de CCR après polypectomie[5].

Comment prévenir le cancer colorectal par un suivi spécialisé chez le sujet à risque très élevé ?[6]

| | | |
|--------------------|--------------|------------------|
| Début surveillance | Suivi/rythme | Autres examens13 |
|--------------------|--------------|------------------|

| | | | |
|--|---|---|--|
| Syndrome de Lynch (SL) | À partir de 20-25 ans (5 ans avant le cas index). | Coloscopie+Chromoendoscopie à l'indigo carmin 0.2% . Tous les 2 ans . | Gastroskopie de dépistage avec recherche d'Helicobacter pylori ainsi que la Recherche d'autres localisations de cancer (ovaire, endomètre, intestin grêle, uretère ou rein). |
| Polyposes adénomateuses familiales (PAF) | | | |
| Mutation APC identifiée | À partir puberté (12-15 ans). | Chromoendoscopie Tous les 1 à 2 ans à adapter selon contexte (nombre de polypes, contexte familial) et jusqu'à la chirurgie | Gastroskopie souple à partir de l'âge de 25 ans puis le rythme en fonction du score de spigelman |
| Mutation bi-allélique MYH identifiée | À partir de 18 ans. | Chromoendoscopie Tous les 1 à 2 ans . | Gastroskopie souple à partir de l'âge de 35 ans puis le rythme en fonction du score de spigelman . |

Figure 5:- Suivi spécialisé des sujets à risque très élevé de CCR .

Quels sont les Mesures de Prévention pour la Population générale ?[7]

❖ Activité physique (réduction 18-29%)

❖ Lutte contre les facteurs de risque environnementaux du cancer colorectal:

Alcool ,Tabac ,Sédentarité ,Surpoids (+15% / 5 kg/m²) ,Alimentation riche en viande rouge (+29% / 100g/j), charcuterie (+21% / 50 g/j) Cible < 500 g/semaine ,Alimentation pauvre en fibres Cible 400 g/j .

Références:-

[1] A. M. Lee et al., « DPYD Variants as Predictors of 5-fluorouracil Toxicity in Adjuvant Colon Cancer Treatment (NCCTG N0147) », JNCI: Journal of the National Cancer Institute, vol. 106, no 12, déc. 2014, doi: 10.1093/jnci/dju298.

[2] G. Defossez et al., « Cancer incidence and mortality trends in France over 1990-2018 for solid tumors: the sex gap is narrowing », BMC Cancer, vol. 21, no 1, p. 726, juin 2021, doi: 10.1186/s12885-021-08261-1.

[3] « 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 ≥ 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 - Yahoo Search - Actualités ». [https://fr.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E210FR91105G0&p=La+mise+en+place+du+test+immunologique+repr%C3%A9sente+une+avanc%C3%A9e+significative+pour+le+d%C3%A9pistage+du+cancer+colorectal+car+plus+performant%2C+plus+fiable+et+plus+simple.+Au+seuil+de+150+ng+HB%2Fml%2C+retenu+en+France%2C+le+test+immunologique+permet+de+d%C3%A9tecter+environ+2+fois+plus+de+cancers+et+2%2C5+fois+plus+de+E2%80%99ad%C3%A9nomes+%C3%A0+haut+risque+de+transformation+maligne%2C+dits+%C2%AB+a+d%C3%A9nomes+avanc%C3%A9s+%C2%BB+\(de+taille+%E2%89%A5+1+cm+ou+%C3%A0+contingent+villoux+sup%C3%A9rieur+%C3%A0+25+%25+ou+en+dysplasie+de+haut+grade\).+Collection+Outils+pour+la+pratique+des+m%C3%A9decins+g%C3%A9n%C3%A9ralistes+-+D%C3%A9pistage+par+test+immunologique+et+autres+modalit%C3%A9s%2C+INCa%2C+avril+2015+\(consult%C3%A9+le+4+avril+2023\).](https://fr.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E210FR91105G0&p=La+mise+en+place+du+test+immunologique+repr%C3%A9sente+une+avanc%C3%A9e+significative+pour+le+d%C3%A9pistage+du+cancer+colorectal+car+plus+performant%2C+plus+fiable+et+plus+simple.+Au+seuil+de+150+ng+HB%2Fml%2C+retenu+en+France%2C+le+test+immunologique+permet+de+d%C3%A9tecter+environ+2+fois+plus+de+cancers+et+2%2C5+fois+plus+de+E2%80%99ad%C3%A9nomes+%C3%A0+haut+risque+de+transformation+maligne%2C+dits+%C2%AB+a+d%C3%A9nomes+avanc%C3%A9s+%C2%BB+(de+taille+%E2%89%A5+1+cm+ou+%C3%A0+contingent+villoux+sup%C3%A9rieur+%C3%A0+25+%25+ou+en+dysplasie+de+haut+grade).+Collection+Outils+pour+la+pratique+des+m%C3%A9decins+g%C3%A9n%C3%A9ralistes+-+D%C3%A9pistage+par+test+immunologique+et+autres+modalit%C3%A9s%2C+INCa%2C+avril+2015+(consult%C3%A9+le+4+avril+2023).)

- [4] « Cancer colorectal□: modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé », Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve (consulté le 4 avril 2023).
- [5] « Recommandations pour le suivi après polypectomie (Recommandations SFED 2021) », FMC-HGE. <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2022/recommandations-pour-le-suivi-apres-polypectomie-recommandations-sfed-2021/> (consulté le 3 avril 2023).
- [6] « John LibbeyEurotext - Hépatogastro & Oncologie Digestive - Volume 28, numéro 9, Novembre 2021 ». https://www.jle.com/fr/revues/hpg/sommaire.phtml?cle_parution=5211 (consulté le 4 avril 2023).
- [7] « Cancer colorectal□: modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé », Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve (consulté le 4 avril 2023).