

Le dépistage organisé du cancer colorectal en Communauté française de Belgique et surveillance des polypes

Organized colorectal screening in French Community of Belgium and polyp surveillance

M. Adler¹, J.-L. Van Laethem¹, D. Franchimont¹, M. Zalcmann², J. Van de Stadt¹ et A. Van Gossum¹

¹Département Médico-chirurgical de Gastroentérologie, d'Hépatopancréatologie et d'Oncologie digestive et ²Service de Radiologie, Hôpital Erasme

RESUME

Le cancer colorectal représente en Belgique environ 7.700 nouveaux cas par an ; il s'agit du cancer digestif le plus fréquent. Il arrive en troisième position chez l'homme après le cancer du poumon et celui de la prostate et en deuxième position chez la femme après le cancer du sein. Il reste associé à une mortalité élevée : 40 à 50 % des personnes atteintes décèdent dans les 5 ans.

L'objectif d'un dépistage de masse du cancer colorectal est de réduire la mortalité par un diagnostic précoce. En effet, la détection et l'exérèse des adénomes, qui sont les lésions précancéreuses les plus fréquentes, permettent d'éviter le développement de cancers. La population cible est la population ne présentant pas de symptômes, appartenant à la tranche d'âge 50-74 ans et n'ayant pas d'antécédents personnels ou familiaux (= population à risque moyen). Pour un tel dépistage de masse, c'est le test de recherche de sang occulte dans les selles (Hemoccult®) qui est retenu. En cas de positivité de celui-ci, une coloscopie endoscopique est proposée. Une réduction de la mortalité par cancer colorectal de l'ordre de 14 à 33 % est attendue, pour autant qu'il y ait une large participation de la population et des médecins généralistes au programme. Les personnes présentant des symptômes ou ayant des antécédents personnels ou familiaux doivent quant à elles, faire l'objet d'un suivi spécifique avec réalisation d'une coloscopie complète endoscopique.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 253-60

ABSTRACT

Colorectal cancer is an important health care problem in Belgium and screening is now widely recommended. The French Community has launched in March 2009, a campaign to build public and professional awareness of the importance of screening for colorectal cancer. With the goal of encouraging all persons age 50 to 74 to actively gain information and seek screening with the active participation of their house doctors, the campaign will work to clarify any myths or fears about screening options and ensure that the importance of screening and early detection will be understood. The program in the French Community propose guaiac-based fecal occult blood testing for average risk people and, in case of positivity a colonoscopy must be performed. A high quality colonoscopy should be offered first in case of significant personal and familial history of adenomas, colorectal cancer and some specific extracolonic neoplasia. Several strategies will be used to ensure follow up of this program and encourage wide participation of the population.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 253-60

Key words : colorectal cancer, screening, colonoscopy

INTRODUCTION

Le cancer colorectal (CCR) est fréquent en Belgique (7.700 nouveaux cas par an) ; deuxième cause de mortalité par cancer, 5 % de risque d'en développer un dans sa vie, avec une mortalité de 50 % à 5 ans. Le risque s'accroît surtout après 50 ans et double ensuite à chaque décennie. L'âge moyen de son diagnostic se situe vers 65 ans^{1,2}.

Comme le CCR fait presque toujours suite à des adénomes bénins qui dégénèrent, il peut être évité dans 90 % des cas (et la mortalité qui est normalement de 50 % à 5 ans est réduite de 15 à 33 % à condition de l'avoir détecté à un stade précoce) en décelant à temps ces polypes grâce au dépistage et en les enlevant par coloscopie³. Sur 1.000 adénomes, 100 dépasseront la taille de 1 cm, dont 25 deviendront cancéreux en une dizaine d'années durant lesquelles l'ablation de l'adénome peut interrompre la carcinogénèse.

La prévalence d'adénomes, lésions néoplasiques avancées et cancer lors d'une coloscopie de dépistage est en moyenne respectivement de 28, 8,1 et 0,6 % dans les séries publiées^{4,5}.

Malgré toutes ces évidences, trop peu de personnes se sentent concernées par le dépistage du CCR et ce d'autant plus que les possibilités existent de diagnostiquer la maladie dès le début lorsqu'elle est facile à traiter, réduisant ainsi les risques de décès.

COMMENT RECONNAITRE UN CCR ?

Une meilleure connaissance des signes cliniques avant-coureurs

Certains symptômes doivent attirer l'attention : la présence d'un saignement dans les selles (rectorragie ou méléna), qu'il ne faut pas attribuer spontanément à des hémorroïdes, des troubles du transit d'apparition récente, des douleurs abdominales inexplicables et d'apparition récente, un amaigrissement inexplicé, bref des signes d'alarme.

Ces symptômes imposent la réalisation d'une coloscopie.

Les recommandations de dépistage selon le risque

Personnes à risque moyen (absence d'histoire familiale ou personnelle) de cancer colorectal (75 % des cas)

Les hommes et femmes de plus de 50 ans constituent la population présentant ce qu'on appelle un risque moyen (5 %) de développer un cancer colorectal : 94 % des cancers colorectaux surviennent après cet âge. Initié en mars 2009 en Communauté Française en Belgique, le dépistage organisé du cancer colorectal devrait faire la preuve de sa capacité à améliorer la précocité du stade au diagnostic. Destiné aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans, le

programme repose sur la réalisation tous les deux ans d'un test de recherche de sang occulte dans les selles (RSO), suivi d'une coloscopie en cas de résultat positif (2 à 3 % des cas). Grâce à ce dépistage et avec un taux de participation de la population de 50 % au moins, on peut atteindre une réduction de 15 à 20 % de la mortalité liée à ce cancer⁶.

Personnes à risque élevé de cancer colorectal (15 à 20 % des cas)

La méthode de dépistage préconisée pour ces personnes, dont le risque de développer un CCR est de 10 à 20 %, est la coloscopie⁷.

Il s'agit :

- *Des personnes qui ont des antécédents personnels d'adénomes, un premier cancer colorectal et/ou un cancer de l'endomètre ou de l'ovaire.* Le risque de voir apparaître de nouveaux adénomes ou un CCR augmente avec la taille de l'adénome initial (> 1 cm), le nombre d'adénomes (> 2), leur caractère villositaire et la dysplasie de haut grade (= adénomes avancés).

Après chirurgie : l'intensité de la surveillance, et notamment par la coloscopie, dépend de l'âge du patient, du stade de la tumeur et des traitements adjuvants. Si une coloscopie totale n'avait pu être faite en préopératoire, celle-ci sera faite 3 à 6 mois après la chirurgie pour exclure des lésions synchrones. Pour les lésions métachrones, on recommande une coloscopie après 1 an, puis 3 ans puis tous les 5 ans.

En cas de cancer rectal, une rectosigmoïdoscopie est proposée tous les 6 mois pendant 2 à 3 ans pour détecter une récurrence locale, associée à une écho-endoscopie. Un examen du colon sera associé à un rythme défini ci-dessus.

- *Des personnes qui ont des antécédents familiaux :* un parent proche (père, mère, frère, sœur, enfant) a été atteint d'un CCR et/ou d'adénomes avancés, un cancer extra-intestinal type ovaire, endomètre avant 60 ans, et celles dont deux parents ont été atteints quel que soit l'âge au diagnostic. Plus nombreux et plus jeunes sont les membres de la famille à avoir été atteints, plus le risque est important pour l'entourage. On recommande une coloscopie tous les 5 ans à partir de 40 ans ou 10 ans avant l'âge de diagnostic du cas index.

- *Des personnes atteintes de maladie inflammatoire chronique de l'intestin étendue (RCUH, Crohn) au moment du diagnostic et évoluant depuis plus de 10 ans.*

On recommande une coloscopie tous les 2 ans après 10 à 15 ans d'évolution de la maladie.

Personnes à risque très élevé de cancer colorectal (5 % des cas)

Certains cancers colorectaux sont liés à une maladie héréditaire : des gènes défectueux peuvent être transmis d'un parent à son enfant. Présentent ainsi un risque très élevé (80 à 100 %) de développer un

cancer colorectal :

- Les membres d'une famille atteinte de *Polypose Adénomateuse Familiale (PAF)*, caractérisée par la présence de très nombreux (> 100) adénomes coliques. C'est une maladie autosomique dominante à forte pénétrance liée à une mutation du gène APC situé sur le bras long du chromosome.
→ Recherche génétique. Si +, coloscopie tous les ans à partir de 12 ans jusque 45 ans puis tous les 2 ans jusque 65 ans.
Outre la PAF liée au gène APC, il existe des polyposes atténuées (> 10 adénomes) liées au gène MYH et au gène de l'axine.
→ Chirurgie prophylactique (coloprotectomie totale avec anastomose iléo-anale) à 18 ans.
- Les membres d'une famille avec *HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer)*, également appelé *syndrome de Lynch*.
→ Recherche génétique. Test d'instabilité microsatellitaire (MSI)/examen immunohistochimique (sur les protéines MLH1 et MSH2) sur le tissu tumoral puis, si positivité, recherche de mutation constitutionnelle. Si +, coloscopie tous les 2 ans à partir de 20-25 ans, échographie transvaginale (endomètre et ovaires) et Ca 125 tous les 2 ans, gastroscopie tous les 2 ans (estomac), échographie des voies urinaires et analyse d'urine tous les 2 ans.
→ Colectomie totale ou subtotalaire si cancer existant. Une consultation d'oncogénétique est proposée en cas de suspicion d'une forme familiale de cancer colorectal. La première étape d'une analyse génétique est de trouver la mutation chez une personne atteinte d'un cancer colorectal ou de l'endomètre.

QUELLES SONT LES METHODES DISPONIBLES POUR LE DEPISTAGE DU CCR ?

La recherche de sang occulte dans les selles (RSO)

C'est la méthode retenue pour un dépistage de masse en Communauté Française de Belgique. Les personnes présentant des symptômes ou ayant des antécédents personnels ou familiaux doivent, quant à elles, faire l'objet d'un suivi spécifique et ne sont pas concernées par le dépistage de masse.

Le test Hemocult® utilise la résine de gaïac et fait appel à un procédé de colorimétrie qualitative révélée par l'eau oxygénée, à la recherche de l'activité peroxydasique de l'hémoglobine et de ses métabolites. Le test de gaïac est plus sensible à un saignement distal (colique) que proximal (gastroduodéal) ce qui explique sa valeur pour le diagnostic des polypes et CCR.

C'est l'absence de saignement continu de ces lésions qui impose de prélever 2 échantillons par plaquette et de le faire 3 jours consécutivement de sorte que 6 échantillons sont analysés.

En cas de sang occulte positif dans le cadre d'un

dépistage organisé du CCR (2 % des cas en moyenne), une colonoscopie doit être proposée. La sensibilité de l'Hémocult® est de 50 % et sa spécificité de 95 à 98 %. Sa valeur prédictive positive est de l'ordre de 40 %⁸⁻¹¹.

En d'autres termes, si le test est positif, une lésion sera retrouvée dans 40 % des cas : un cancer est trouvé dans 10 % et un adénome dans 30 à 40 %. Ces taux sont plus élevés chez l'homme⁵ que chez la femme (en France : 11,4 % vs 6,9 % pour le cancer et 40 % vs 25 % pour les adénomes) et augmentent avec l'âge (14,2 % pour le cancer dans la tranche 70-75 ans vs 5,2 % dans la tranche 50-55 ans).

Des tests immunologiques qui détectent l'hémoglobine elle-même sont à l'étude. Ils apparaissent plus sensibles et plus spécifiques¹²⁻¹⁴ et sont recommandés actuellement par les ACG *guidelines* aux USA⁷.

La coloscopie endoscopique

La coloscopie optique est actuellement l'examen de référence pour l'exploration du colon, permettant à la fois la détection et le traitement des polypes. Le travail de Winawer et le *National Study Group* aux USA en 1993¹⁵ a prouvé l'efficacité de la polypectomie endoscopique chez 1.418 patients avec une réduction de l'incidence du cancer de 76 à 90 % par rapport à 3 groupes contrôles tandis qu'un autre travail a montré une réduction de 50 % de la mortalité par CCR dans le groupe coloscopie dans une étude cas-contrôles¹⁶.

Elle a une sensibilité de 87-94 % pour les polypes, 90-95 % pour les cancers avec une spécificité de 100 %. La prévalence, en cas de dépistage, d'adénomes, d'adénomes avancés (> 1 cm ou contingent vilieux ou dysplasie de haut grade) et de cancer est en moyenne respectivement de 28, 8,1 et 0,6 %⁵. Des études récentes (double coloscopie ou corrélation avec colo-scanner) ont montré 2 à 6 % de polypes de plus de 10 mm manqués et 6-12 % de ceux de plus de 5 mm¹⁷⁻¹⁸ : il s'agit surtout de lésions planes¹⁹ et localisées dans le colon droit, derrière des plis où la préparation est parfois plus mauvaise.

Les gastro-entérologues sont bien conscients de cette limite et ils ont maintenant adhéré à une charte de qualité lorsqu'ils réalisent une coloscopie dans le cadre d'un dépistage. Nous utilisons la chromo-endoscopie optique ou électronique (endoscopie à bande spectrale étroite ou NBI pour *narrow band imaging*)²⁰⁻²¹ uniquement chez les patients à haut risque pour mieux caractériser des lésions planes en particulier au colon droit, nous soignons la préparation, nous prenons notre temps lors du retrait de l'endoscope en examinant convenablement toute la muqueuse et nous faisons une rétroflexion systématique dans le rectum. Les complications potentielles de la coloscopie^{9,21-22} sont : une hémorragie post-polypectomie (0,3 %), une perforation (0,016 % - 0,09 %, 0,18 % après polypectomie, 1,1 % si polype

> 1 cm). L'utilisation de clips préventifs ou curatifs a considérablement réduit la morbidité associée à ces hémorragies ou perforations.

La coloscopie virtuelle par scanner

Un nouveau type d'exploration a récemment été mis au point : la coloscopie virtuelle ou colographie CT¹⁷.

Il s'agit d'un traitement informatique de l'image scannographique, permettant d'obtenir la reconstruction d'une image imitant la coloscopie. Cette technique est séduisante car non invasive (ni anesthésie ni risque inhérent à l'examen proprement dit). Cependant, elle comporte certaines limites. En effet, la capacité de cet examen à détecter les lésions précancéreuses varie de 57 à 90 %. Ce taux est respectivement de 59 %, 80-85 % et 90 % pour les polypes de moins de 6 mm, entre 6 et 9 mm et > 1 cm^{25,26}. De plus, les lésions précancéreuses planes (ou à peine surélevées) ne sont pas détectées par cet examen. On sait maintenant que même les petits adénomes peuvent avoir un caractère histologique avancé : 1,7 % si < 5 mm, 6,6 % si 6-9 mm²⁷. Une étude française récente montre qu'un quart des polypes de < 6 mm ont au moins un des critères admis (\varnothing > 1 cm, \geq 3 adénomes, dysplasie de haut grade, contingent villosité) pour proposer, s'ils avaient été diagnostiqués par la coloscopie optique, un contrôle à 3 ans²⁸. En cas de visualisation de polypes, une coloscopie traditionnelle demeure indispensable afin de confirmer le diagnostic et, surtout, de faire l'ablation de la lésion.

Sur base des recommandations des sociétés de radiologie²⁶, si la colo CT montre 1 à 2 petits polypes (6-9 mm), un contrôle peut être proposé par colo CT 3 ans après. Cependant, aux USA, Rex *et al.* ont souligné les risques de cette attitude attentiste sur base de leur étude²⁹ qui confirme les observations de Lieberman²⁸ et Elie²⁹ décrites plus haut. Par ailleurs, outre l'irradiation conférée par les examens répétés, un certain nombre de contraintes peuvent diminuer son acceptabilité : préparation complète indispensable, insufflation au travers d'une sonde rectale. Par ailleurs, d'un strict point de vue économique, cette technique n'a pas démontré son avantage. Cela est surtout dû au fait que, contrairement à la coloscopie classique, l'utilité de cet examen ne peut être que diagnostique. Tout comme la coloscopie optique, la colo CT ne peut être considérée comme un examen de dépistage à large échelle.

Actuellement, les seules indications de la colo virtuelle sont un échec, une contre-indication ou un refus de la coloscopie optique.

La vidéocapsule colique

Il s'agit d'une technique adaptée de la capsule de l'intestin grêle avec une gélule plus grosse, une caméra aux deux extrémités et une durée de fonctionnement de 10 heures.

Il faut une bonne préparation colique et une absence de possibilité de blocage de la capsule par une sténose du tube digestif.

C'est une modalité de dépistage du CCR et des polypes prometteuse avec une valeur prédictive négative de 85 % mais une sensibilité de 70 %³⁰. Des améliorations techniques sont en cours. Des études réalisées chez des patients à risque moyen sont nécessaires avant de la proposer comme méthode de dépistage.

COMMENT SE FAIT LE DEPISTAGE DU CCR EN COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE ?

Pour qu'un test de dépistage ait un impact sur la réduction de l'incidence du CCR grâce à la détection et l'exérèse des lésions précancéreuses et/ou sur sa mortalité grâce à sa détection à un stade plus précoce, il faut les garanties suivantes : le dépistage par recherche de sang occulte (RSO) dans les selles (Hemoccult®) doit être offert à une population cible, sans facteur de risque, composée d'adultes de 50 à 74 ans ; il doit être répété tous les 2 ans ; les tests positifs doivent être suivis d'une coloscopie et le taux de participation doit être > 50 %³¹. Tous ces pré-requis soulignent le rôle capital des médecins généralistes au niveau de la sensibilisation de leur clientèle au dépistage en général et en particulier celui du CCR, la détection de facteurs de risque élevés ou très élevés imposant une coloscopie d'emblée, l'accompagnement du patient et des apparentés à risque non seulement lors des tests initiaux mais aussi au long cours pour inciter au suivi.

QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE DE LA COLOSCOPIE DANS LE CADRE DU DEPISTAGE DU CCR ?

Dans le cadre du programme de dépistage du CCR de la Communauté Française, quelques règles de bonnes pratiques de la coloscopie sont rappelées aux médecins généralistes et gastro-entérologues, afin d'assurer une qualité et une sécurité optimales.

Elles se basent sur les recommandations internationales pour la pratique de cette technique.

Consultation avant la procédure

Cette consultation a pour but de confirmer l'indication de l'examen (dans le cadre du dépistage), de détecter d'éventuelles contre-indications et d'informer le patient des modalités et risques de l'examen, ce qui constitue une obligation légale.

Les risques liés à la procédure et à la sédation seront clairement expliqués au patient en se basant également sur un texte écrit qui lui sera délivré. Les modalités de préparation colique *per os* (à base de Polyéthylène Glycol : gros volume ou Fleet phosphosoda® : petit volume) sont laissées au choix de chacun en fonction de ses habitudes de travail, du

bilan clinique et biologique du patient. Il faut rappeler l'importance d'une prise fractionnée pour la qualité de la préparation, l'importance d'une hydratation suffisante pré-, per- et post-procédure avec le Fleet phosphosoda® pour éviter une néphropathie, cette dernière préparation étant contre-indiquée chez les patients à risque : âgés, insuffisance rénale (créatinine > 1,3 ml), cardiaque, hépatique, prise d'antihypertenseurs) et le délai de 2-3 heures entre la dernière prise de liquide pour la préparation et le début de l'examen³¹⁻³⁴.

La nécessité d'une consultation d'anesthésie sera jugée au cas par cas mais elle n'est pas obligatoire chez des patients sans risque particulier.

Déroulement de la coloscopie

Celle-ci doit se dérouler dans un environnement offrant toutes les conditions de sécurité et de surveillance : personnel paramédical formé à la désinfection des endoscopes, surveillance des paramètres vitaux du patient pendant et après la procédure.

Dans le cadre de cette campagne de dépistage et de prévention, la coloscopie proposée doit pouvoir impérativement offrir dans le même temps opératoire une coloscopie totale d'emblée et l'exérèse des polypes détectés, sauf cas exceptionnel laissé à l'appréciation de l'opérateur (par exemple polype de trop grande taille ou doute macroscopique sur la bénignité).

Les conditions nécessaires à la bonne réalisation d'une polypectomie doivent donc *a priori* être réunies : expertise de l'opérateur en polypectomie et mucoséctomie, disponibilité du matériel nécessaire à sa réalisation et au traitement des complications.

En cas de complications (perforation, hémorragie, troubles hémodynamiques, etc.), la prise en charge du patient doit se faire dans un cadre adéquat (hospitalier, réanimation, chirurgie, etc.).

En cas d'impossibilité d'atteindre le caecum (obstacle ou autre), un autre examen (coloscopie virtuelle) sera programmé.

Une fois le bas fond caecal atteint, le temps de retrait de l'endoscope doit être de 8 à 10 minutes au moins (temps de polypectomie exclu), en s'attardant sur tous les segments du colon, et en particulier le colon droit, le sigmoïde et le bas rectum qui doit être examiné en rétrovision.

La prise de photos prouvant le caractère complet de l'examen ainsi que des lésions détectées est encouragée mais non exigée.

En fonction du souhait du patient, des habitudes du gastro-entérologue, de la fragilité du patient, de l'avis de l'anesthésiste et du caractère risqué de l'acte endoscopique, une surveillance de quelques heures ou

une hospitalisation de 24 heures seront programmées.

Dans tous les cas, si le patient retourne à son domicile, les coordonnées du médecin traitant et d'un service de garde doivent être indiquées au cas où une complication devait survenir.

Protocole de l'examen et suivi

Dans le cadre de cette campagne, le compte-rendu de l'examen sera établi suivant la feuille de protocole (en possession du médecin traitant et qui sera jointe à la demande de coloscopie), précisant également les conseils de suivi en fonction des observations endoscopiques et du résultat anatomopathologique.

En cas de découvertes significatives, une consultation peut suivre la coloscopie, durant laquelle les résultats sont expliqués au patient (surveillance endoscopique dans l'avenir, dépistage familial éventuel, règles hygiéno-diététiques, etc.).

QUE DOIT ATTENDRE LE MEDECIN GENERALISTE DU COMPTE RENDU DE LA COLOSCOPIE ET DE L'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE ?

- son indication ;
- l'état de propreté du colon ;
- les éventuelles complications immédiates ;
- le caractère complet ou non de la coloscopie ;
- les découvertes endoscopiques : en particulier le nombre de polypes, leur taille, leur localisation, le caractère complet ou non de l'exérèse ;
- l'histologie de chaque polype avec information sur le type de polype : hyperplasique *versus* adénome (tubuleux, tubulo-villeux ou vilieux, festonné), l'existence ou non d'une dysplasie de haut grade, le degré d'infiltration néoplasique en profondeur (intraépithélial, intramuqueux, invasif ou non évaluable) ;
- en fonction de ces éléments macro-et microscopiques, une attitude doit être proposée par le gastro-entérologue au médecin traitant en se basant sur les recommandations précisées dans le tableau : soit un contrôle endoscopique en précisant le délai soit un traitement chirurgical. Celui-ci se discute en réunion multidisciplinaire avec le médecin traitant en fonction de l'opérabilité du patient, la localisation de l'adénome, sa taille, son caractère sessile/plan vs pédiculé, son aspect excavé/ulcéré ou non, de critères histologiques : invasif ou non, exérèse incomplète ou non, marge de résection envahie ou non (< 1 mm), degré de différenciation, envahissement ;
- vasculaire ou non.

LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS UNE CAMPAGNE DE DEPISTAGE DE MASSE DU CANCER COLORECTAL

L'implication du médecin généraliste est un facteur essentiel pour l'adhésion des patients. Il doit

Tableau : Recommandations pour la surveillance post-polypectomie endoscopique.		
<i>Caractéristiques des polypes</i>	<i>Intervalle pour la coloscopie de surveillance après résection d'un polype</i>	<i>Plus de polypes à la coloscopie</i>
Polypes hyperplasiques petits rectaux	10 ans	
Polypes hyperplasiques En amont du sigmoïde ou taille de > 1 cm ou > 20 polypes (risque de syndrome de polypose hyperplasique)	3 ans	5 ans
Au niveau du recto sigmoïde et de taille ≤ 1 cm	Aucune surveillance particulière*	
Adénome tubulaire • 1-2 ou • ≤ 1 cm de taille ou • pas de dysplasie de haut grade • anamnèse familiale négative	5 ans	10 ans*
Adénome « avancé » • > 2 ou • contingent villositaire ou adénome dentelé • > 1 cm de taille ou • dysplasie de haut grade • anamnèse familiale positive (1 ^{er} degré de parenté)	3 ans	5 ans
Carcinome au sein d'un adénome (polype dit malin invasif) • polypectomie endoscopique complète et • limite de résection histologiquement saine et • bonne différenciation • aucune invasion des veines et des lymphatiques	≤ 3 mois pour le contrôle du lieu de résection, puis à 3 ans (<u>Discussion multidisciplinaire souhaitable !</u>)	5 ans
Carcinome au sein d'un polype (polype dit malin invasif) • polypectomie endoscopique incomplète ou • limite de résection histologiquement maligne ou • mauvaise différenciation • invasion veineuse ou lymphatique manifeste	→ la résection chirurgicale est absolument indiquée <u>après discussion multidisciplinaire</u>	
* A évaluer en fonction des comorbidités. En cas d'indices suggérant un risque de cancer colorectal majoré (≥ 10 adénomes, HNPCC, polypose familiale, polypose hyperplasique, Peutz-Jeghers, dysplasie sur un terrain de MICI), le rythme de la surveillance sera raccourci.		

lui-même être convaincu de l'intérêt du dépistage de la maladie et convaincre ses patients de se soumettre au test Hemocult® s'ils sont éligibles (50 à 74 ans avec risque moyen) pour le dépistage organisé.

Dans le cadre d'un programme de dépistage, le médecin généraliste est réellement la pierre angulaire. L'anamnèse de son patient est essentielle pour déterminer la conduite à tenir en fonction du niveau de risque. Pour le sujet à risque moyen, il informe son patient de la finalité du test, il remet le test à son patient. Il revoit le patient en cas de test positif pour l'inciter à réaliser une coloscopie totale. Par contre, il proposera la coloscopie aux sujets à risque élevé et très élevé.

EN QUOI LA POPULATION PEUT-ELLE BÉNÉFICIER D'UNE CAMPAGNE DE DÉPISTAGE GÉNÉRALISÉ DU CANCER COLORECTAL

Le CCR est à la fois une affection fréquente et sévère ; il peut être évité par le dépistage si la personne est bien informée de son risque d'en développer un, via les médias et le médecin traitant, et des possibilités de le déceler à temps par diverses méthodes qui doivent être proposées en fonction des facteurs de risque personnels et familiaux et des souhaits de la personne. Il ne faut pas non plus oublier l'importance

de facteurs de risque extra-coliques familiaux et personnels tels que les cancers gynécologiques et des voies urinaires.

Même s'il est bien démontré que la détection et l'exérèse des adénomes préviennent l'évolution maligne et que la détection du cancer à un stade plus précoce permet d'espérer un traitement à visée curative avec un meilleur pronostic, toutes les enquêtes démontrent la méconnaissance du problème et une certaine réticence vis-à-vis du dépistage de ce cancer.

Les éléments qui conditionneront le succès du dépistage de masse du CCR sont : une large participation du public sensibilisé par les médias et les médecins traitants, un taux de participation suffisant, la réalisation au minimum d'une RSO chez la personne à risque moyen, répéter ce test de façon régulière dans le temps s'il est négatif, le faire suivre d'une coloscopie en cas de résultat positif et proposer une prise en charge spécifique des patients à risque élevé et très élevé.

CONCLUSIONS

Le dépistage de masse organisé du cancer colorectal concerne les patients asymptomatiques, à risque moyen, dans le cadre d'un programme organisé

de santé publique, mais également les sujets à risque élevé. Son objectif est de réduire la mortalité par cancer colorectal et son utilité ne fait aucun doute vu la fréquence et la gravité potentielle de cette maladie dans les pays à forte incidence comme la Belgique. Les médecins généralistes sont des acteurs déterminants de cette politique de santé publique.

L'organisation d'un dépistage de masse efficace est avant tout un choix de santé publique, nécessitant une vaste campagne de formation des médecins de terrain puis d'information de la population générale.

Il doit, pour être cohérent, reposer sur une technique validée, permettant une diminution de la mortalité par cancer, avec un taux de complications faible, un coût acceptable, et une acceptation élevée des patients. La compliance des patients au test et celle des médecins à encourager les patients à se soumettre au test, sont des éléments capitaux pour l'efficacité de la campagne.

La recherche de sang occulte dans les selles par le test Hemoccult® a été validée lors d'études prospectives dans le dépistage des sujets à risque moyen. Nous ne disposons pas d'un niveau de preuve suffisant pour valider d'autres modalités techniques comme la sigmoïdoscopie souple, la coloscopie totale endoscopique, ou la coloscopie virtuelle, en dépistage de masse.

Les données et les preuves scientifiques validant la stratégie du dépistage de masse du cancer colorectal seront probablement influencées par l'essor des techniques émergentes ou l'amélioration des performances des tests de recherche de sang dans les selles (immunologique *versus* gaïac par exemple, capsule endoscopique). La stratégie établie actuellement est donc celle la mieux validée mais elle pourrait être modifiée dans les années à venir en fonction de l'impact de nouvelles approches.

Le dépistage des sujets à risque élevé et très élevé est un débat complètement différent. Il s'agit déjà de notre obligation médicale. Il est de notre responsabilité de médecin d'identifier les sujets à risque élevé et très élevé et de leur proposer d'emblée une coloscopie endoscopique totale, examen permettant en un temps le dépistage et également l'exérèse des adénomes.

Enfin l'exploration d'un patient symptomatique n'est pas du ressort du dépistage. Face à un patient présentant des plaintes cliniques, un bilan diagnostique doit être entrepris. L'obligation de moyen nécessite alors le recours à des tests diagnostiques performants. Dans ce cadre, la coloscopie endoscopique est également un examen de choix, car elle permet le diagnostic macroscopique et histologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jonckheer P : Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française, Cahier Santé SIPES, Mars 2009. http://www.ulb.ac.be/esp/sipes/docs/Cancer_colorectal_2009.pdf. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening, 2008
2. Polus M, Stibbe G, Van Laethem JL, Adler M, Coche R : Le dépistage généralisé du cancer colorectal : une absolue nécessité et une réalité imminente en Communauté française. *Rev Med Brux* 2009 ; 30 : 177-83
3. Levin B, Lieberman DA, McFarland B *et al.* : Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps. A joint guideline from the American Cancer Society Colorectal Cancer Advisory Group, the US Multi-Society Task Force, and the American College of Radiology Colon Cancer Committee. *Gastroenterology* 2008 ; 134 : 1570-95
4. Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF : Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. *N Engl J Med* 2000 ; 343 : 169-74
5. Schapira M, Adler M : Colonoscopy as a screening test for colorectal cancer. *Acta Gastroenterol Belg* 2005 ; 68 : 251-6
6. Manfredi S, Piette C, Durand G, Plihon G, Mallard G, Bretagne JF : Colonoscopy results of a French regional FOBT-based colorectal cancer screening program with high compliance. *Endoscopy* 2008 ; 40 : 422-7
7. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA, Inadomi JM : American College of Gastroenterology Guidelines for Colorectal Cancer Screening 2008. *Am J Gastroenterol* 2009 ; 104 : 739-50
8. Mandel JS, Church TR, Ederer F *et al.* : Colorectal cancer mortality : effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 1999 ; 91 : 434-7
9. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MHE *et al.* : Randomised controlled trial of faecal-occult blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996 ; 348 : 1472-7
10. Kronborg O, Fenger C, Olsen J *et al.* : Randomized study of screening for colorectal cancer with faecal occult blood test. *Lancet* 1996 ; 348 : 1467-71
11. Simon JB : Fecal occult blood testing : clinical value and limitations. *Gastroenterology* 1998 ; 6 : 66-78
12. van Rossum LG, van Rijn AF, Laheij RJ *et al.* : Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. *Gastroenterology* 2008 ; 135 : 82-90
13. Hol L, Wilschut JA, van Ballegooijen M *et al.* : Screening for colorectal cancer : random comparison of guaiac and immunochemical faecal occult blood testing at different cut-off levels. *Br J Cancer* 2009 ; 100 : 1103-10
14. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N *et al.* : Comparison of a guaiac-based and an immunochemical fecal occult blood test in screening for colorectal cancer in a general average-risk population. *Gut* 2007 ; 56 : 210-4
15. Mandel JS, Bond JH, Church TR *et al.* : Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med* 1993 ; 328 : 672
16. Müller AD, Sonnenberg A : Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. A case-control study among veterans. *Arch Intern Med* 1995 ; 155 : 1741-8
17. Rockey DC : CT Colonography : Current Perspectives and Future Directions. *Gastroenterology* 2009

18. Heresbach D, Barrioz T, Lapalus MG *et al.* : Miss rate for colorectal neoplastic polyps : a prospective multicenter study of back-to-back video colonoscopies. *Endoscopy* 2008 ; 40 : 284-90
19. Kudo S, Lambert R, Allen JI *et al.* : Nonpolypoid neoplastic lesions of the colorectal mucosa. *Gastrointest Endosc* 2008 ; 68 (4 Suppl) : S3-47
20. Pohl CJ, Lotterer E, Balzer C *et al.* : Computed virtual chromoendoscopy *versus* standard colonoscopy with targeted indigocarmine chromoscopy : a randomised multicentre trial. *Gut* 2009 ; 58 : 73-8
21. Rex DK, Helbig CC : High yields of small and flat adenomas with high-definition colonoscopes using either white light or narrow band imaging. *Gastroenterology* 2007 ; 133 : 42-7
22. Arora G, Mannalithara A, Singh G, Gerson LB, Triadafilopoulos G : Risk of perforation from a colonoscopy in adults : a large population-based study. *Gastrointest Endosc* 2009 ; 69 (3 Suppl) : 654-64
23. Singh H, Penfold RB, DeCoster C *et al.* : Colonoscopy and its complications across a Canadian regional health authority. *Gastrointest Endosc* 2009 ; 69 (3 Suppl) : 665-71
24. Levin TR, Zhao W, Conell C *et al.* : Complications of colonoscopy in an integrated health care delivery system. *Ann Intern Med* 2006 ; 145 : 880-6
25. Johnson CD, Chen MH, Toledano AY *et al.* : Accuracy of CT colonography for detection of large adenomas and cancers. *N Engl J Med* 2008 ; 359 : 1207-17
26. Levin SB, Lieberman DA, McFarland B *et al.* : Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008 : a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 2008 ; 134 : 1570-95
27. Lieberman D, Moravec M, Holub J, Michaels L, Eisen G : Polyp size and advanced histology in patients undergoing colonoscopy screening : implications for CT colonography. *Gastroenterology* 2008 ; 135 : 1100-5
28. Elie G, Leclaire S, Antonietti M *et al.* : Adénomes colorectaux de diamètre inférieur à 6 mm : des polypes négligeables ? *Gastro-entérologie Clinique et Biologique* 2009 ; 33 : A269
29. Rex DK, Overhiser AJ, Chen SC, Cummings OW, Ulbright TM : Estimation of impact of American College of Radiology recommendations on CT colonography reporting for resection of high-risk adenoma findings. *Am J Gastroenterol* 2009 ; 104 : 149-53
30. Van Gossum A, Muñoz Navas M, Fernandez Urien I *et al.* : Colon capsule endoscopy compared to colonoscopy in detecting polyps and cancer. *N Engl J Med* 2009 ; 361 : 264-70
31. Frazier AL, Colditz GA, Fuchs CS *et al.* : Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in the general population. *JAMA* 2000 ; 284 : 1954-61
32. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration : application to healthy patients undergoing elective procedures : a report by the American Society of Anesthesiologist Task Force on Preoperative Fasting. *Anesthesiology* 1999 ; 90 : 896-905
33. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) *et al.* : A consensus document on bowel preparation before colonoscopy : prepared by a Task Force from the American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). *Surg Endosc* 2006 ; 20 : 1161
34. Belsey J, Epstein O, Heresbach D : Systematic review : adverse event reports for oral sodium phosphate and polyethylene glycol. *Aliment Pharmacol Ther* 2008 ; 29 : 15-28

Correspondance et tirés à part :

M. ADLER
 Hôpital Erasme
 Département de Gastroentérologie, Hépatopancréatologie
 et Oncologie digestive
 Route de Lennik 808
 1070 Bruxelles
 E-mail : michael.adler@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 8 juin 2009 ; accepté dans sa version définitive le 9 juillet 2009.