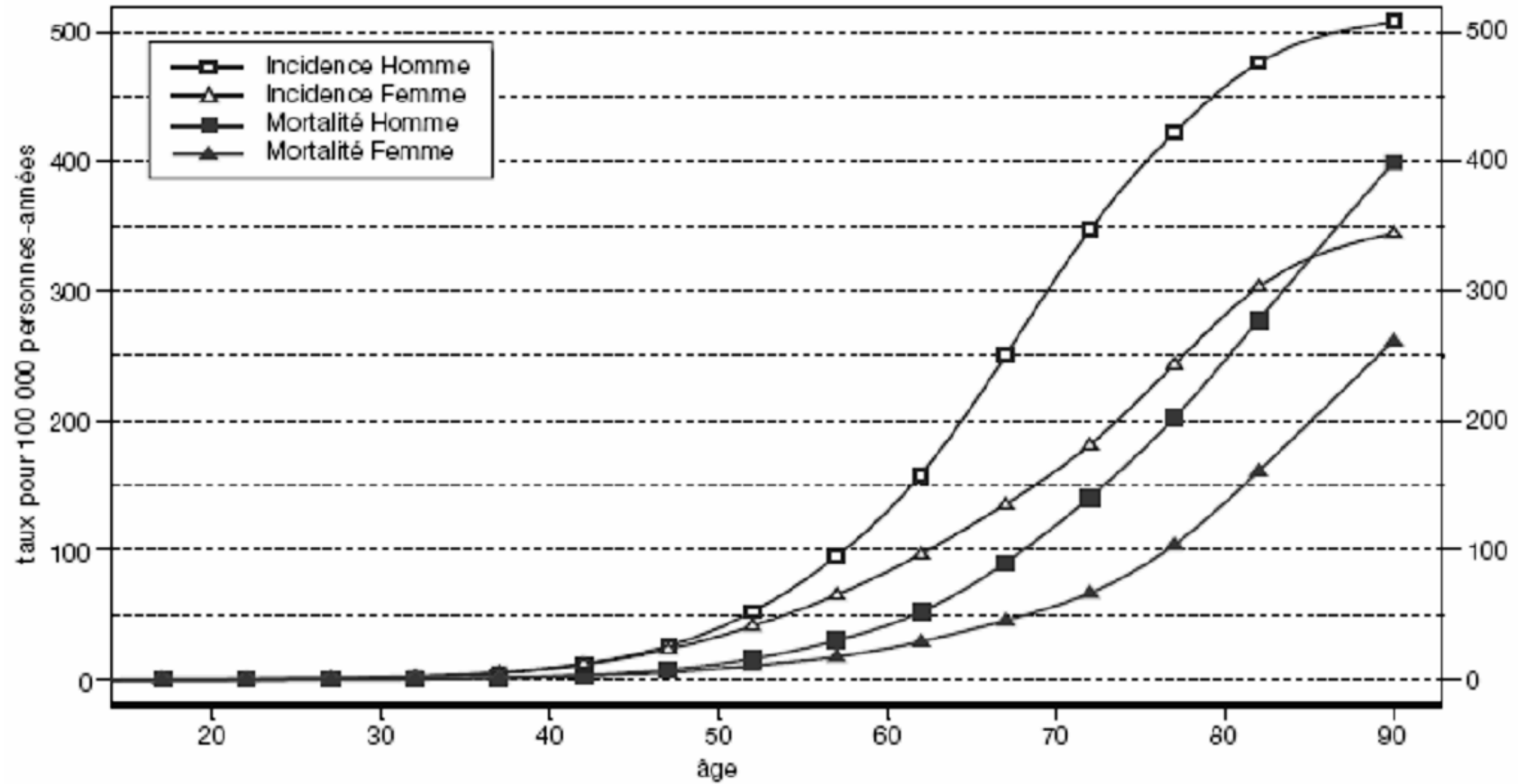


Dépistage du Cancer Colorectal

Dr M Si Hocine-Département de
Médecine Interne
Hôpital St Camille-Bry Sur Marne)

Epidémiologie des Kc Colorectaux

Figure 1 : Incidence et Mortalité estimées par âge pour l'année 2000



- 35000 nouveaux cas par an, mais mortalité stable.
- 10 à 30 % de cas dans un contexte familial contre 60 % de cas sporadiques
- **Colon 61%**
- **Charnière 12%**
- **Rectum 27% (environ 10 000)**
- **3ème cause de mortalité par cancer chez l 'homme**
- **2ème cause de mortalité par cancer chez la femme**

Niveau de risque

- Sujets à risque moyen=Homme ou femme de plus de 50ans.
- Sujets à risque élevés: apparentés de 1^{er} degré d'une victime, MICI, antcdt personnel ou familiaux de CCR
- Sujets à risque très élevés:Syndrome de Lynch (mutation HNPCC), polypose adénomateuse familiale

Facteurs de risques alimentaires

Facteurs favorisants:

- tabac,
- alcool,
- graisses animales, viandes grasses ou rouges,
- sédentarité ,BMI élevé,

Facteurs protecteurs:

- AINS,aspirine,
- vit D, calcium,
- fibres alimentaires, consommations de végétaux

Recommandations internationales

- USA task force: dépistage de tout les adultes de plus de 50 ans sans limite d'age
- American Cancer Society: dépistage de tout les sujets de plus de 50 ans si traitement possible
- Américan Gériatric Society: dépistage de tout les sujets de plus de 50ans, sauf si espérance de vie <5 ans ou coloscopie impossible
- Union Européenne: dépistage entre 50 et 74 ans

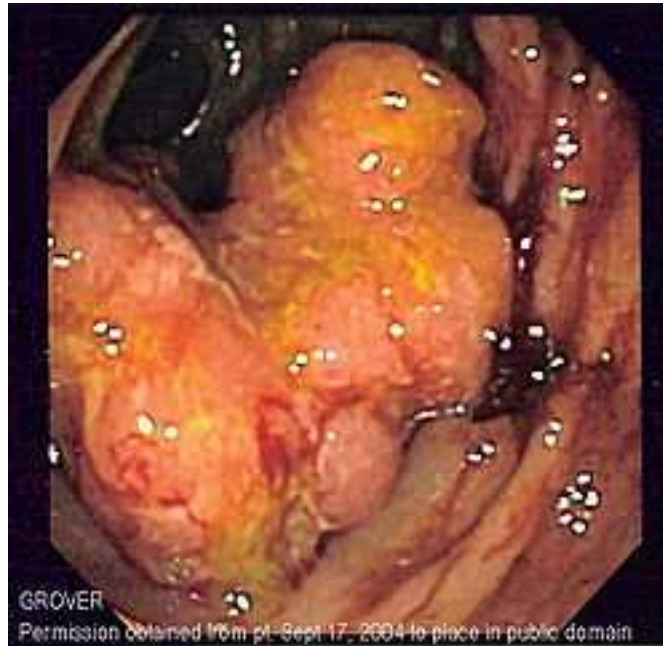
Organisation du dépistage

- Population cible=population à risque moyen
- Méthode recherche du saignement occulte dans les selles par un test simple
- Intérêt cancer grave, précédé par une tumeur bénigne avec un temps de transformation de 10 ans.

Qu'est-ce qu'on dépiste?(1)



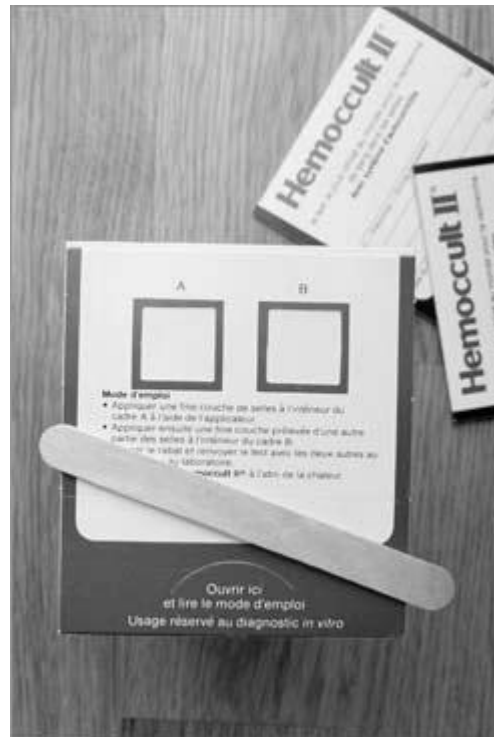
Qu'est-ce qu'on dépiste? (2)



La méthode:

- Fondée sur le test hémocult II au gaiac
- Simple
- Cout faible
- Quand positif débouche sur coloscopie
- Prélèvement de 2 fragments de matières fécales sur 3 selles consécutives
- Spécificité de 98% et valeur prédictive positive de 40% pour un adénome ou un cancer

Le test (1)



Le test (2)



Fonctionnement et limites du test

- Papier réactif imprégné de gaïac;
- Lecture après adjonction d'une solution alcoolique d'eau oxygénée, test + si coloration bleue
- Limites du test:
 - abstention de consommation de viande peu cuite, dans les 3j précédents
 - trop peu sensible pour les sujets à risque (colo d'emblée car Se=50%, un cancer sur 2 non dépistés,

Fonctionnement et limites du test (2)

- Programme de dépistage efficace si taux de participation suffisant (50% de la population concernée) dans ce cas, le test permet une diminution de la mortalité de 15-20% si coloscopie en cas de test + est réalisée.

Résultats

- Diminution de la mortalité entre 16 et 18%
- Au cours de la première campagne en France, 2,7 % de tests positifs sur les 19 départements où cela été mené,
- 2504 cancers invasifs dépistés, dont 33% de stade I, 18% de stade II et 18% de stade III (=N1) et 8% de stade IV

Stadification à partir de la TNM avec survie à 5 ans

- Stade I (93.2%): pT1-T2 N0 M0
- Stade II : pT3-T4 N0 M0
 - Stade IIA (84.7%) : pT3 N0 M0
 - Stade IIB (72.2%) : pT4 N0 M0
- Stade III : tous T N1-N2 M0
 - Stade IIIA (83.4%) : pT1T2N1M0
 - Stade IIIB (64.1%) : pT3T4N1M0
 - Stade IIIC (44.3%) : tous T N2M0
- Stade IV (8.1%) : métastases à distance

La coloscopie

- Morbidité globale 5%
- Hospitalisation ou prolongation de l'hospitalisation 2%
- Complications graves rares , taux de décès 0.014%

La coloscopie (2)

- Complications non liées à la technique:
 - Cardiovasculaire: 50% de la morbidité (tdr, idm...)
 - pulmonaire
 - Bactériémie
 - Douleurs abdominales, ballonnement
- **Complications liées à la technique:** Perforation 0.06-0.17% (1/3 à 5 000 cas), hémorragies

Alternatives à la colo

- Coloscanner ou colo virtuelle:
- obtenue par distension gazeuse,
- alternative performante à la coloscopie pour le diagnostic des cancers et des lésions précancéreuses, les adénomes.
- préparation colique préalable sur 48 heures, assez similaire à celle de la coloscopie, en externe , 0 produit de contraste ,

Coloscopie virtuelle (2)

- risques de perforation quasi-inexistants (très inférieurs à ceux de la coloscopie)
- taux de détection, des lésions significatives, supérieur à celui obtenu par une coloscopie ,
- ne permet pas la résection d'un *polype* ,
- a été montré, sur des grandes séries une réduction de 90% du nombre de coloscopies nécessaires
 - coloscanner indiqué pour les patients qui n'ont pas pu avoir une coloscopie complète ou qui

Coloscopie virtuelle (3)

Donc actuellement indiqué pour les patients qui n'ont pas pu avoir une coloscopie complète ou qui devrait en avoir une mais qui refusent sa réalisation. Le coloscanner est aussi préféré si le patient est considéré comme fragile, car le coloscanner ne nécessite pas d'anesthésie générale.

Conclusions

- Le dépistage du cancer colorectal par la recherche d'un saignement occulte dans les selles est une stratégie validée. Elle est en voie de généralisation en France chez l'adulte entre 50 et 74 ans
- Les tests immunologiques à court terme, représentent des voies de recherche prometteuses,
- Place du coloscanner et de la capsule à définir