

Le dépistage du cancer colorectal

D'une importance vitale!



Gilles Jobin, MD, FRCPC, MSc

Présenté dans le cadre de la conférence : *Les 15^e Journées annuelles du Département de médecine*, Université de Montréal, novembre 2006

Le cancer colorectal (CCR) est le deuxième cancer le plus mortel au Canada. En 2006, on estime qu'au pays 20 000 personnes ont appris qu'elles avaient un cancer colorectal, et que 8 500 en sont décédées.

Le cancer colorectal (CCR) est le deuxième cancer le plus mortel au Canada. En 2006, on estime qu'au pays 20 000 personnes ont appris qu'elles avaient un CCR, et que 8 500 en sont décédées. En moyenne, chaque semaine en 2006, 385 canadiens ont appris qu'ils avaient un CCR et 163 en sont décédés (tableau 1).

Cependant, moins de 20 % des Canadiens subissent un dépistage pour le CCR comparativement à 50 % des Américains. De plus, il n'existe au Canada aucun programme national ou provincial de dépistage du CCR. Pourtant, plusieurs pays ont déjà des programmes pilotes ou nationaux de dépistage bien établis : l'Allemagne, la Corée, la Finlande, la Grande-Bretagne, l'Irlande, l'Italie et le Japon possèdent des programmes nationaux de dépistage, tandis que l'Australie, le Canada, le Danemark, l'Espagne, la France, la Norvège, la Suisse et l'Uruguay possèdent des programmes pilotes de dépistage du CCR.

Pourquoi dépister?

Nombreuses sont les raisons pour dépister le CCR. Il faut dépister :

- parce que le CCR est fréquent et qu'il est le deuxième cancer le plus mortel au Canada, en Amérique du Nord et en Europe;
- parce que les méthodes de dépistage sont connues;
- parce que le dépistage diminue l'incidence, la mortalité et le fardeau fiscal relié à son traitement;
- parce que plus de 45 % des patients lors du diagnostic ont un cancer avancé (figure 1);

Dr Jobin est professeur agrégé de médecine à l'Université de Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Tableau 1

Nombre estimatif de nouveaux cas et de décès pour divers sièges ou types de cancer, selon le sexe – Canada, 2006

	Nouveaux cas Estimations pour 2006			Décès Estimations pour 2006		
	Total	H	F	Total	H	F
Tous les cancers	153 100	78 400	74 700	70 400	37 000	33 400
Poumon	22 700	12 000	10 600	19 300	10 700	8 600
Sein	22 300	160	22 200	5 300	45	5 300
Prostate	20 700	20 700	-	4 200	4 200	-
Côlon et rectum	20 000	10 800	9 100	8 500	4 600	3 900
Lymphomes non hodgkiniens	6 600	3 600	3 000	3 000	1 650	1 350

Statistiques canadiennes sur le cancer, 2006.

- parce qu’il existe un intervalle d’environ 10 ans entre l’apparition d’un polype colique et sa possible transformation néoplasique.

Le Québec et les Provinces maritimes ont l’incidence et le taux de mortalité les plus élevés au Canada concernant le CCR. Le dépistage par la recherche de sang dans les selles a diminué la mortalité de près de 18 à 33 % dans plusieurs études. Récemment, le *National Polyp Study* a présenté ses résultats après 23 ans d’observation. Chez les patients dépistés par coloscopie et ayant eu une polypectomie, la mortalité fut diminuée de 80 % par rapport à un groupe contrôle.

Selon Statistique Canada, les médecins font peu de dépistage, en particulier chez les patients à risque moyen. Pourtant, les méthodes de dépistage sont disponibles et efficaces.

Qui dépister?

On distingue deux groupes populationnels de patients à dépister, soit les patients à haut et moyen risque de développer un CCR.

Les patients à haut risque

Les patients à haut risque sont ceux avec une histoire familiale de :

- CCR ou de polypes adénomateux;
- cancer héréditaire non polyposique (soit le syndrome de Lynch I et II);
- polypose avec mutation MYH;
- syndrome de Peutz-Jeghers;
- polypose juvénile, de polypose familiale et ses variantes (soit la polypose familiale atténuée);
- syndrome de Gardner;
- syndrome de Turcot.

Les autres facteurs de risque mentionnés dans la littérature sont :

- l’âge;
- les antécédents personnels de polype colique ou de CCR, de colite ulcéreuse ou de colite de Crohn évoluant depuis plus de 10 à 15 ans;
- le VIH sous thérapie antivirale;
- la radiothérapie pelvienne pour le cancer de la prostate;
- le diabète.

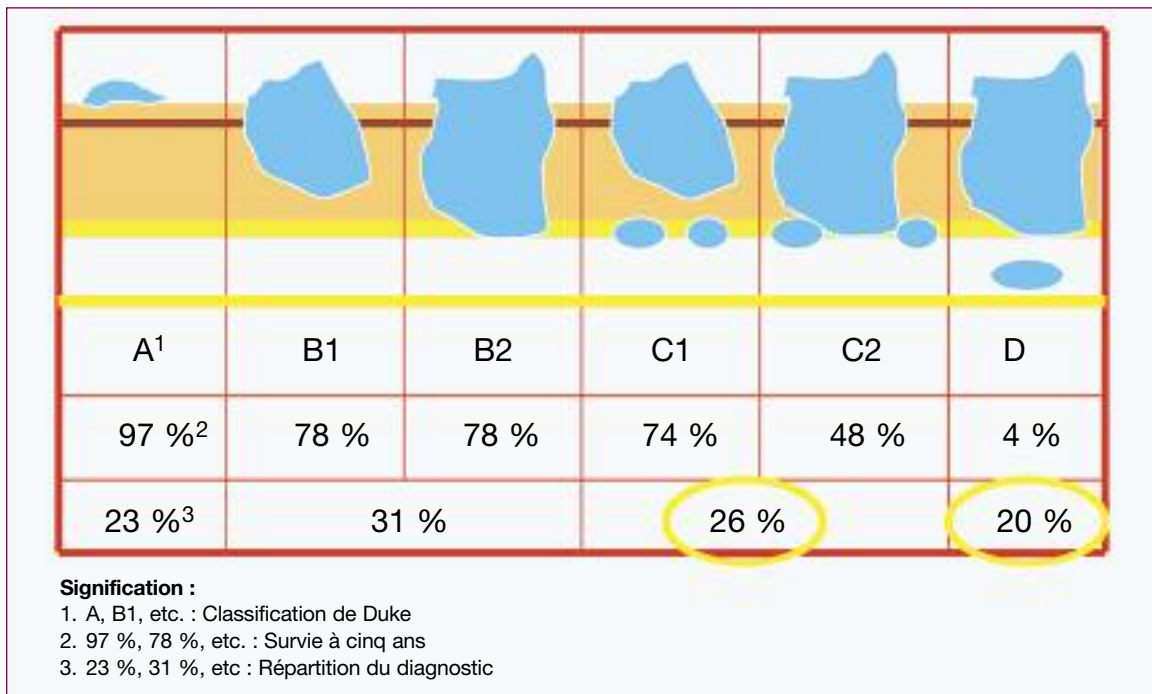


Figure 1. Classification de Duke, survie à cinq ans et répartition lors du diagnostic du CCR

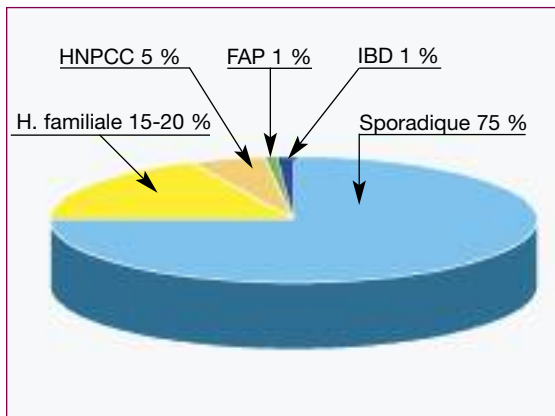


Figure 2. Populations cibles

Il faut dépister parce que plus de 45 % des patients lors du diagnostic ont un cancer avancé.

Les patients à risque moyen

Toutefois, retenons que plus de 75 % des CCR surviendront dans le groupe des patients à risque moyen, soit les patients de plus de 50 ans sans autre facteur de risque (CCR sporadique) (figure 2).

Comment dépister?

Il faut distinguer le dépistage de la surveillance. Le dépistage vise à découvrir une tumeur colique chez des patients asymptomatiques et sans antécédent personnel de polype ou de CCR. La surveillance consiste à observer la réapparition d'une tumeur colique et à l'enlever avant qu'elle ne devienne un CCR chez des patients asymptomatiques mais avec des antécédents personnels de polype ou de CCR.

Le dépistage du CCR peut se faire de différentes façons. Il repose sur plusieurs modalités diagnostiques, certaines reconnues, comme la recherche de sang dans les selles, le lavement baryté ou l'endoscopie, et d'autres en investi-

Tableau 2

Conduite à tenir pour le dépistage des patients à haut risque de cancer colorectal

Caractéristiques des patients à haut risque	Conduite à tenir
Parent du 1 ^{er} degré avec un CCR ou un polype adénomateux > 60 ans ou deux parents du 2 ^e degré avec un CCR	Comme pour les patients à risque moyen mais débutant à 40 ans
≥ deux parents du 1 ^{er} degré avec un polype adénomateux ou un CCR, quel que soit l'âge, ou un parent du 1 ^{er} degré avec un polype adénomateux ou un CCR < 60 ans	Coloscopie à tous les 5 ans (Q5 ans) et débutant à 40 ans ou 10 ans avant l'âge du diagnostic du polype ou du CCR
Parents du 2 ^e ou 3 ^e degré avec un CCR	Comme pour les patients à risque moyen
Polypose familiale	Sigmoïdoscopie Q1 an à partir de 10 ans
Polypose familiale atténuée	Coloscopie Q1 an à partir de 16-18 ans
Cancer héréditaire non polyposique	Coloscopie Q1-2 ans, débutant entre 20 et 25 ans ou 10 ans avant l'âge du diagnostic
Maladie inflammatoire de l'intestin	Coloscopie Q1-2 ans après la huitième année dans la pancolite ou la quinzaine année dans la colite gauche
Polype trouvé lors d'une endoscopie	Coloscopie Q5 ans si un ou deux adénomes de < 1 cm Coloscopie Q3 ans si > deux adénomes

gation, comme la capsule vidéo endoscopique ou la détection d'ADN dans les selles.

Récemment, plusieurs sociétés savantes ont publié leurs lignes de conduite. Certes, le dépistage du CCR doit tenir compte des ressources du milieu, mais en aucun temps le médecin doit s'abstenir de le faire sous prétexte de ressources déficientes.

En aucun temps le médecin doit s'abstenir de faire le dépistage du CCR sous prétexte de ressources déficientes.

Les patients à haut risque

La conduite à tenir pour les patients à haut risque est présentée au tableau 2.

La présence de facteurs de risque modifie notre façon de dépister. Le fait d'avoir eu un CCR ou d'avoir un parent au premier degré ayant eu un cancer colique double le risque d'avoir un CCR. Le fait d'avoir eu un polype, une colite ulcéreuse ou une colite de Crohn depuis plus de 10 à 15 ans augmente aussi le risque d'avoir un autre polype ou un cancer colique.

Les patients à risque moyen

Les cinq modalités de dépistages recommandées pour les patients à risque moyen sont présentées au tableau 3.

Tableau 3

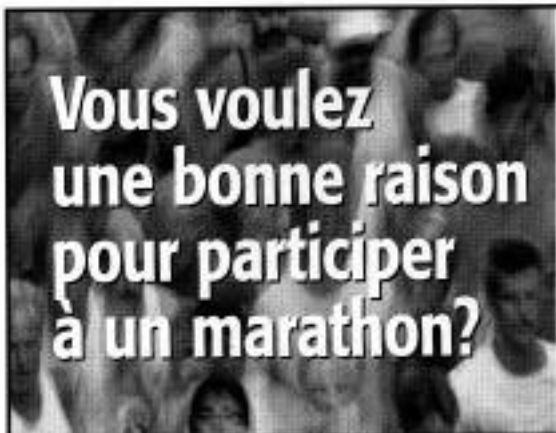
Les modalités de dépistage du cancer du côlon recommandées pour les patients à risque moyen

Test	United States Preventive Services task Force	Gastro-intestinal Consortium	ACS	ACG AGA ASGE	AGEQ
Année	1996	1997	2001	2003	2003
Hemocult	Annuel	Annuel	Annuel	Annuel	-
Sigmoïde	-	Q5	Q5	Q5	-
Hemo+Sign	-	Q1 + Q5	Q1 + Q5	Q1 + Q5	-
Coloscopie totale	-	Q10	Q10	Q10	Q10
Lavement baryté à double contraste	-	Q5-10	Q5	Q5	Q5-10

Tout en main pour le dépistage

L'incidence et le taux de mortalité du CCR au Québec sont parmi les pires au Canada. Nous pouvons dépister le CCR. Nous pouvons diminuer de façon importante son incidence et sa mortalité. Secondairement, nous pouvons réduire les coûts directs et indirects qui y sont associés. Nous avons des examens de dépistage disponibles et efficaces. Il est donc important d'informer nos patients sur le CCR et leur proposer un dépistage. *Clin*

La présence de facteurs de risque modifie notre façon de dépister. Le fait d'avoir eu un CCR ou d'avoir un parent au premier degré ayant eu un cancer colique double le risque d'avoir un CCR.



**Vous voulez
une bonne raison
pour participer
à un marathon?**

Nous vous en donnerons 4 millions.

En effet, plus de quatre millions de Canadiens sont atteints d'arthrite. Renseignez-vous au sujet des marathons tenus dans le monde entier, qui appuient notre cause. Préparez-vous à voyager... et à triompher !

Composez le **1 800 321-1433** ou visitez notre site Web au **www.arthrite.ca/ArthroAction**

