

nombre de cas. L'augmentation du risque varie de 1,2 à 4 fois le risque moyen (4%) soit jusqu'à $4 \times 4 = 16\%$. Ce risque peut être plus important en cas de multiples cas de cancers colo-rectaux au premier degré (3 cas : risque $\times 4$; 4 cas : risque $\times 8$; 5 cas : risque $\times 20$).

Les personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) sont considérées comme à risque élevé ; ce risque dépend de l'ancienneté de la maladie.

Risque moyen :

C'est le risque de tout le monde. Des études récentes ont toutefois démontré que le risque est hétérogène au sein de ce groupe et que certaines personnes ont en réalité un risque similaire à celui du groupe à risque élevé. Plusieurs études ont donc cherché à établir un score en fonction de différentes variables. Le score le plus simple est celui de Kaminski retenu par le CREGG et la SFED***. En cas de score **supérieur à 5** le risque de développer un cancer colo-rectal est comparable à celui du groupe à risque élevé.

Voici donc ci-dessous le tableau permettant de calculer le score de risque

SCORE	0	1	2	3	SCORE
Age	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	> 60 ans	
ATCD familiaux	Aucun	CCR 1 ^{er} degré et ≥ 60 ans	CCR 1 ^{er} degré et < 60 ans	2 CCR au 1 ^{er} degré	
Sexe	Femme	-	Homme	-	
Tabagisme	< 11 paquets années	≥ 11 paquets années	-	-	
IMC	< 30	≥ 30	-	-	
				TOTAL =	

SCORE TOTAL	Risque d'adénome avancé et/ou CCR
Score 0 à 2	$\leq 5\%$
Score 3 - 4	5 à 10%
Score ≥ 5	10 à 20%

***SFED : Société Française d'Endoscopie Digestive

Les autres variables utilisées pouvant jouer un rôle pour le calcul d'un score sont : consommation d'alcool, diabète, consommation riche en aliments frits, consommation pauvre en légumes verts, consommation riche en viandes rouges et pauvre en viandes blanches, consommation d'aliments marinés.

Recommandations en fonction du risque personnel évalué à l'aide du score de Kaminsky

Les recommandations du CREGG

1. S'informer sur l'existence de cas de cancers colo-rectaux ou d'autres origines chez les collatéraux du premier (parents, frères et sœurs, enfants), du second (grands-parents, oncles et tantes, petits enfants) et du troisième degrés.

2. Définir son groupe à risque : moyen, élevé ou très élevé. En cas de risque moyen, utiliser le score de Kaminsky. **La coloscopie** permet de savoir si on est porteur de polypes (**facteur de risque principal**), du nombre, du type et de préciser ainsi son risque.

3. Recommandations en fonction du risque

RISQUE MOYEN	RISQUE ÉLEVÉ	RISQUE TRÈS ÉLEVÉ
A partir de 50 ans Le risque peut être précisé par : - Score de Kaminsky - Coloscopie (présence de polypes) si score $>$ ou $= 5$: coloscopie si score $<$ ou $= 5$: test immunologique (tous les 2 ans) ou coloscopie tous les 5 et 10 ans En cas de polype : surveillance par coloscopie	Coloscopie à partir de 50 ans Ou 5 ans avant l'âge du cas index au premier degré PUIS Coloscopie de contrôle dont le rythme est défini par les recommandations HAS post-polypectomie Polype à bas risque : 5 ans Polype à haut risque : 3 ans	Coloscopie à débiter en fonction de l'anomalie génétique PUIS Coloscopie tous les 2 ans avec chromoendoscopie (coloration)

Avec le soutien institutionnel de

ALFASIGMA 

COL/FMC/02.2021

Mémo pratique de cancérologie digestive

Commission Cancérologie

N°8

Février 2021

Cancer colo-rectal Calculez le risque !

Eric VAILLANT
Président de la Commission Prévention des Cancers par Endoscopie

Dr G. BONNAUD
Dr TH. HIGUERO
Dr P-A. DALBIÈS


CREGG
Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépatogastroentérologie

Le cancer colo-rectal est un problème de santé publique important

Le risque de développer un cancer colo-rectal (CCR) est considéré dans les pays industrialisés comme important (3-4 %) soit 1 personne sur 30. Plus de 40 000 personnes sont touchées chaque année. En France, 18 000 vont en décéder. Ainsi il est recommandé à la population de plus de 50 ans (95 % des cancers) d'effectuer un dépistage ou de s'engager dans une démarche de prévention, vis-à-vis du cancer colo-rectal. Les études épidémiologiques ont identifié **3 niveaux de risque** dans la population française : risque moyen, élevé et très élevé qui dépendent principalement des cas de cancers ou de gros polypes chez les parents du premier et du deuxième degrés.

Des études récentes ont montré que le risque pouvait aussi dépendre de facteurs personnels ou environnementaux. Dans ces études un score a été proposé pour **évaluer son risque personnel**. Cette fiche vous explique comment.

Pourquoi se faire dépister ?

Le cancer colo-rectal même à un stade avancé et métastatique ne donne que peu ou pas de symptômes, les signes cliniques sont par ailleurs extrêmement banals (douleur colique, diarrhée, constipation, sang ou glaires dans les selles) et peuvent être négligés. Ce cancer se soigne très bien s'il est pris en charge tôt avec de très bonnes chances de guérison (90 % au stade 1).

Le taux de guérison dépend donc du stade de la maladie et va de 5 % à plus de 90 %. En l'absence de symptômes ou de facteurs favorisant, le risque de trouver un cancer n'est pas très important mais la recherche de sang dans les selles ou la coloscopie peuvent permettre de découvrir des polypes. Ceci permet par la suite d'être surveillé et de réduire son risque de cancer de 70 à 90 %.

Dépistage ou prévention : 2 choses différentes. **Le dépistage** consiste à **trouver** de petits cancers avant qu'ils ne soient responsables de symptômes. En effet à un stade précoce, les traitements sont moins lourds (par exemple exérèse endoscopique de cancers superficiels sans chirurgie du côlon ou chirurgie du côlon sans chimiothérapie).

Le dépistage peut donc consister à faire un test (recherche de sang dans les selles) ou un examen du côlon (coloscopie) quand on ne se plaint de rien. Quand il existe des symptômes, il ne faut pas faire de test de dépistage mais un examen permettant un diagnostic et un traitement en un mot une **coloscopie**.

La prévention consiste à **réduire son risque** et éviter l'apparition d'un cancer en dépistant des lésions pré-cancéreuses (ne donnant pas habituellement de symptômes). Ces lésions pré-cancéreuses (polypes ou adénomes) ont une évolution très lente (plusieurs années). Leur traitement (exérèse de polypes ou polypectomie ou mucosectomie) permet d'éviter l'apparition du cancer dans la plupart des cas si un suivi est fait par coloscopie par la suite selon des recommandations bien établies (recommandations de suivi post polypectomie HAS*).

Qui doit faire un test fécal ou un examen, y a-t-il une limite d'âge ?

Toutes les personnes de plus de 50 ans sans exception, homme ou femme. Le risque augmente régulièrement avec l'âge et le cancer colo-rectal devient la première cause de mortalité par cancer après 85 ans dans notre pays. Il faut donc rester très vigilant avec l'âge. Le test de recherche de sang (test fécal) dans les selles et la coloscopie sont deux choses très différentes. Il n'y a pas de limite d'âge. La prévention ou le dépistage doivent être réalisés tant que l'état de santé permet une espérance de vie supérieure à 5 ans et en pratique chez les personnes âgées en l'absence de dépendance et de comorbidité qui rendraient une anesthésie trop risquée.

La recherche de sang dans les selles (HEMOCCULT et test immunologique)

Cette technique dépiste la présence de sang invisible à l'œil nu dans les selles, en cas de présence visible, ce test est donc inutile. Le test immunologique qui a remplacé l'HEMOCCULT améliore la sensibilité de la technique puisqu'elle passe de 50 % à 70-80 % (selon le seuil de détection choisi), ce qui signifie que 70 à 80 % des cancers sont dépistés. Les polypes dégénérés peuvent également être dépistés contrairement à ceux, plus précoces, qui ne saignent pas.

*HAS : Haute Autorité de Santé

La coloscopie

La coloscopie est l'examen de référence du côlon. Elle permet de diagnostiquer la totalité des cancers et présente surtout l'avantage de dépister les polypes de la plus petite taille et d'en faire l'exérèse pendant le même temps. De cette façon, c'est le seul examen qui permet de prévenir le cancer du côlon et de diminuer le risque de survenue d'un cancer à 5 ans et jusqu'à 10 ans après sa réalisation. Après une coloscopie et en particulier lorsqu'un polype est retiré, des recommandations professionnelles sous l'égide de l'HAS définissent l'intervalle recommandé pour effectuer une coloscopie de contrôle habituellement à 3, 5 ou 10 ans. Cet examen est effectué en ambulatoire sur une demi-journée après une préparation colique ; la qualité de cette préparation est importante pour la qualité de l'examen. Les risques existent (perforation, risque cardio-vasculaire lié à l'anesthésie) mais sont très faibles (taux de complication 0,3 % et de complication sérieuse 0,06 %). Ce risque est à mettre en balance avec l'avantage attendu en termes de prévention.

Que doit-on faire, en pratique, comment évaluer le risque ?

Il faut dans un premier temps connaître ses antécédents familiaux de cancers colo-rectaux et de polypes adénomateux. On distingue dans la population 3 niveaux de risque.

Risque très élevé :

Ceci correspond aux personnes appartenant à des familles dans lesquelles une anomalie génétique a été identifiée et correspond aux **syndromes de Lynch** (syndrome HNPCC**) ou de **polypose adénomateuse** familiale. Les recommandations de suivi précises sont émises par le généticien et le gastro-entérologue.

Risque élevé :

En cas de cancers colo-rectaux survenus chez les collatéraux du premier mais également du deuxième et du troisième degrés, on retrouve dans les études une augmentation du risque qui varie en fonction de l'âge de survenue chez la personne concernée et de son degré de parenté ainsi que du

**HNPCC : Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer ou Cancer colorectal héréditaire sans polypose