

# Soins de santé préventifs

# Dépistage du cancer colorectal

## Recommandations officielles

**Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**

On peut consulter les résumés de synthèse des rapports complets affichés en ligne ([www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org)) et se procurer les rapports techniques complets des analyses systématiques et les recommandations qui les accompagnent auprès du bureau du Groupe de travail :

D<sup>r</sup> John W. Feightner  
à l'attention de M<sup>me</sup> Nadine Wathen  
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs  
Parkwood Hospital  
801 Commissioners Road East  
London (Ontario)  
N6C 5J1  
Télécopieur : (519) 685-4016  
[ctf@ctfphc.org](mailto:ctf@ctfphc.org)

Cette position se fonde sur le rapport technique *Preventive health care: 2001 Update: Screening strategies for colorectal cancer*, par Robin S. McLeod, en collaboration avec le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. On peut se procurer le rapport technique complet auprès du GECSSP à l'adresse <http://www.ctfphc.org>.

**Recommandations** visant les sujets asymptomatiques ne présentant aucun antécédent personnel de colite ulcéreuse, de polypes ou de cancer colorectal.

**Individus exposés à un risque dit « normal »** : on dispose de preuves de bonne qualité pour préconiser l'inclusion de la recherche de sang occulte dans les selles sur une base annuelle ou bisannuelle (recommandation de catégorie A) et de preuves raisonnables pour préconiser le recours à la sigmoïdoscopie (recommandation de catégorie B) lors de l'examen de santé périodique d'individus asymptomatiques de plus de 50 ans. Les preuves sont insuffisantes pour recommander qu'une seule des deux interventions ou les deux soient effectuées (recommandation de catégorie C). Les preuves recueillies ne suffisent pas pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de la coloscopie comme test de dépistage initial au moment de l'examen de santé périodique (recommandation de catégorie C).

**Individus exposés à un risque supérieur à la normale** : on dispose de preuves raisonnables pour préconiser le recours soit à des tests génétiques ou à la sigmoïdoscopie chez les individus à risque appartenant à des familles où prévaut la polypose adénomateuse familiale (recommandation de catégorie B). On dispose de preuves raisonnables pour préconiser la coloscopie de dépistage chez les patients appartenant à des familles où prévaut le cancer colique héréditaire sans polypose (recommandation de catégorie B). On dispose de trop peu de preuves pour recommander la coloscopie chez les individus qui présentent des antécédents familiaux de polypes ou de cancers colorectaux, mais qui ne répondent pas aux critères du cancer colique héréditaire sans polypose (recommandation de catégorie C).

119

**A**U CANADA, le cancer colorectal est la troisième forme de cancer la plus répandue, représentant plus de 12 % des cas de cancer chez les hommes et les femmes. On a estimé qu'il y aurait 17 000 nouveaux cas de cancer colorectal au Canada en l'an 2000 et 6500 décès des suites de cette maladie<sup>1</sup>. Particulièrement chez les hommes, ces taux sont parmi les plus élevés dans le monde. Les individus qui appartiennent à des familles où prévaut la polypose adénomateuse familiale et le cancer colique héréditaire sans polypose sont exposés à un risque de l'ordre de 50 % à l'égard du cancer colorectal en raison du mode de transmission héréditaire autosomique dominant de ces syndromes. De même, les sujets qui présentent des antécédents familiaux de cancer colorectal qui ne correspondent ni aux critères du cancer du côlon héréditaire sans polypose ni à ceux de la polypose adénomateuse familiale peuvent être exposés à un risque accru, mais ce risque est moins bien défini.

## Options de dépistage

### Individus exposés à un risque normal :

- Dépistage multiphase par recherche de la présence de sang occulte dans les selles comme première étape ;
- Dépistage multiphase avec sigmoïdoscopie ;
- Dépistage monophasé avec coloscopie.

### Individus exposés à un risque supérieur à la moyenne :

- Sigmoïdoscopie ou tests génétiques pour les sujets dont des parents proches sont atteints de polypose adénomateuse familiale ;
- Coloscopie pour les sujets dont des parents proches sont atteints de cancer du côlon héréditaire sans polypose ;
- Coloscopie pour les patients qui ont des antécédents familiaux (parents du premier degré) de polypes/cancer colorectal.

## Avantages potentiels

- Baisse de la mortalité par cancer colorectal.

## Préjudices potentiels

- Conséquences des résultats faux positifs ou faux négatifs aux tests pour recherche de sang occulte dans les selles (p. ex., tests superflus et rassurance formulée à tort).
- Perforations : sigmoïdoscopie : (1,4/10 000 interventions) ; coloscopie (10/10 000 interventions) ; saignement.
- Anxiété, piètre observance.

## Sommaire des preuves et applications cliniques

Bien que l'on dispose de bonnes preuves (essais cliniques randomisés et contrôlés) pour inclure le dépistage au moyen de la recherche de sang occulte dans les selles chez les patients asymptomatiques de plus de 50 ans<sup>2-5</sup>, on s'inquiète toujours du fort taux de résultats faux positifs, de la faisabilité et du maigre avantage clinique d'un tel dépistage. Le nombre requis de tests de dé-

pistage à effectuer sur une période de 10 ans pour prévenir un décès par suite du cancer colorectal est de 1173.

On dispose de preuves raisonnables pour appliquer la sigmoïdoscopie<sup>6-8</sup>, mais on ignore s'il faut effectuer la recherche de sang occulte dans les selles, la sigmoïdoscopie ou les deux<sup>9-11</sup>.

On ne dispose pas de preuves directes à l'effet que la coloscopie soit efficace à titre d'intervention de dépistage chez les gens exposés à un risque normal, bien qu'il s'agisse de la meilleure méthode de dépistage des adénomes et des carcinomes. Il n'est peut-être pas réalisable de procéder au dépistage chez ces patients en raison de leur piètre observance, du savoir-faire et de l'équipement requis, de même que des coûts potentiels. Par contre, si la coloscopie était une stratégie de dépistage efficace lorsqu'elle est effectuée moins souvent, ces enjeux seraient moins problématiques<sup>12-13</sup>.

Les tests génétiques sont indiqués chez les sujets exposés à un risque de polypose adénomateuse familiale, suivis de sigmoïdoscopie chez les sujets porteurs de la mutation<sup>14,15</sup>. Les personnes appartenant à des familles où la mutation du gène a été identifiée mais qui ont elles-mêmes des résultats négatifs doivent subir un dépistage semblable à celui qui est proposé pour la population exposée à un risque normal. Pour les sujets à risque chez qui la mutation n'a pas été identifiée dans la famille ou pour qui les tests génétiques ne sont pas accessibles, le dépistage au moyen d'une sigmoïdoscopie annuelle ou bisannuelle devrait débuter à la puberté. Dans tous les cas, le *counselling* génétique est préconisé avant les tests génétiques.

Pour les gens qui appartiennent à des familles touchées par le cancer du côlon héréditaire sans polypose, on recommande la coloscopie plutôt que la sigmoïdoscopie (preuve de niveau III)<sup>16</sup>. Bien que des niveaux de preuve plus solides soient habituellement nécessaires pour appuyer une recommandation de catégorie B, il est peu probable que des analyses plus rigoureuses soient effectuées chez ces patients compte tenu du risque élevé de cancer et de la rareté relative du cancer du côlon héréditaire sans polypose. L'âge auquel le dépistage devrait débuter et la fréquence à laquelle les coloscopies devraient être effectuées sont à préciser.

Les patients qui n'ont qu'un ou deux parents proches atteints de cancer colorectal devraient subir le même type de dépistage que les patients asymptomatiques.

Étant donné que les options de dépistage sont multiphasées, il faut une infrastructure adéquate pour superviser leur application, assurer le contrôle de la qualité et exercer un suivi optimum en temps opportun des sujets chez qui les tests sont faits.

## Identification des personnes exposées à un risque accru de cancer du côlon

### Polypose adénomateuse familiale

- Les polypes adénomateux multiples se forment progressivement dans tout le côlon.
- Les polypes apparaissent après la puberté.
- D'autres lésions bénignes et malignes, dont des polypes gastriques et duodénaux, des tumeurs desmoïdes, des ostéomes,

des lésions rétinienne surviennent à des fréquences variables.

### Cancer du côlon héréditaire sans polypose

- Typiquement, ce cancer se caractérise par la présence d'autres cancers dans la famille, dont des cancers du côlon et du rectum, de l'endomètre, de l'estomac, du grêle, du pancréas, de l'ovaire, de l'uretère et du bassinet rénal dans certaines familles. Critères d'Amsterdam : trois membres d'une même famille atteints d'un cancer colorectal, dont deux sont de générations successives et au moins un a moins de 45 ans<sup>12</sup>.
- Les cancers colorectaux ont tendance à se situer du côté droit, à survenir à un jeune âge et à s'accompagner d'un pronostic histologiquement sombre (cellules peu différenciées, mucineuses), et sont plus avancés lorsque le patient consulte.

### Antécédents familiaux

- Les gens qui ont deux proches parents ou plus atteints d'un cancer colorectal sont exposés à un risque relatif accru ajusté selon l'âge.

### Recommandations d'autres instances

L'Ontario Expert Panel on Colorectal Cancer recommande un programme multiphase pour le dépistage du cancer colorectal chez les individus exposés à un risque normal âgés de 50 à 75 ans, à commencer par une recherche de sang occulte dans les selles<sup>18</sup>. Le US Preventive Services Task Force a pour sa part recommandé (1996) un dépistage chez les sujets de plus de 50 ans, soit par recherche de sang occulte dans les selles soit par sigmoïdoscopie (intervalle non spécifié) ou les deux chez les sujets de plus de 50 ans<sup>19</sup>. Plusieurs organismes américains dont l'American Cancer Society, l'American College of Gastroenterology, la Crohn's and Colitis Foundation of America et l'Oncology Nursing Society recommandent le dépistage annuel par recherche de sang occulte dans les selles, une sigmoïdoscopie tous les cinq ans et les deux plus un lavement baryté en double contraste tous les cinq à dix ans ou la coloscopie tous les 10 ans pour les personnes de 50 ans ou plus qui ne présentent aucun autre facteur de risque<sup>20</sup>. Ces organismes ont également recommandé, à l'intention des sujets exposés à des risques additionnels, un *counselling* et des tests génétiques pour les sujets exposés à un risque de polyposé adénomateuse familiale et pour ceux qui obtiennent des résultats positifs aux tests génétiques, la sigmoïdoscopie dès la puberté. Pour les proches de patients atteints de cancer du côlon héréditaire sans polyposé, la coloscopie annuelle débutant durant la vingtaine est à recommander. En dernier lieu, pour les personnes qui ont des antécédents familiaux de polypes ou de cancer du côlon, les recommandations sont semblables à celles qui s'adressent aux sujets exposés à un risque normal, mais les interventions devraient débuter vers la quarantaine plutôt que vers la cinquantaine. □

### Références

1. Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2000*. Toronto : INCC, 2000.
2. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91 (5) : 434-7.
3. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult blood test. *Lancet* 1996; 348 (9040) : 1467-71.
4. Hardcastle JD, Thomas WM, Chamberlain J, Pye G, Sheffield J, James PD, et al. Randomised, controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. Results for first 107,349 subjects. *Lancet* 1989; 1 (8648) : 1160-4.
5. Kewenter J, Bjork S, Haglund E, Smith L, Svanvik J, Ahren C. Screening and rescreening for colorectal cancer. A controlled trial of fecal occult blood testing in 27,700 subjects. *Cancer* 1988; 62 (3) : 645-51.
6. Friedman GD, Collen ME, Fireman BH. Multiphasic health checkup evaluation: a 16-year follow-up. *J Chronic Dis* 1986; 39 (6) : 453-63.
7. Newcomb PA, Norfleet RG, Storer BE, Surawicz TS, Marcus PM. Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84 (20) : 1572-5.
8. Muller AD, Sonnenberg A. Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. A case-control study among veterans. *Arch Intern Med* 1995; 155 (16) : 1741-8.
9. Verne JE, Aubrey R, Love SB, Talbot IC, Northover JM. Population based randomized study of uptake and yield of screening by flexible sigmoidoscopy compared with screening by faecal occult blood testing. *BMJ* 1998; 317 : 182-5.
10. Berry DP, Clarke P, Hardcastle JD, Vellacott KD. Randomized trial of the addition of flexible sigmoidoscopy to faecal occult blood testing for colorectal neoplasia population screening. *Br J Surg* 1997; 84 (9) : 1274-6.
11. Rasmussen M, Kronborg O, Fenger C, Jorgensen OD. Possible advantages and drawbacks of adding flexible sigmoidoscopy to hemoccult-II in screening for colorectal cancer. A randomized study. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34 : 73-8.
12. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med* 1993; 328 (19) : 1365-71.
13. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, et al. The effect of fecal occult blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343 : 1603-7.
14. Bulow S, Bulow C, Nielsen TF, Karlsen L, Moesgaard F. Centralized registration, prophylactic examination, and treatment results in improved prognosis in familial adenomatous polyposis. Results from the Danish Polyposis Register. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30 (10) : 989-93.
15. Powell SM, Petersen GM, Krush AJ, Booker S, Jen J, Giardiello FM, et al. Molecular diagnosis of familial adenomatous polyposis. *N Engl J Med* 1993; 329 (27) : 1982-7.
16. Burke W, Petersen G, Lynch P, Botkin J, Daly M, Garber J, et al. Recommendations for follow-up care of individuals with an inherited predisposition to cancer. I. Hereditary nonpolyposis colon cancer. Cancer Genetics Studies Consortium. *JAMA* 1997; 277 (11) : 915-9.
17. Vasen HF, Watson P, Mecklin JP, Lynch HT. New clinical criteria for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC, Lynch syndrome) proposed by the International Collaborative group on HNPCC. *Gastroenterology* 1999; 116 : 1453-6.
18. Ontario Expert Panel on Colorectal Cancer. *Colorectal cancer screening: final report of the Ontario Expert Panel*. Toronto: The Panel, Cancer Care Ontario; 1999 : 28-31. Disponible (format pdf) : [www.cancer-care.on.ca/colorectal.pdf](http://www.cancer-care.on.ca/colorectal.pdf) (consulté le 15 juin 2001).
19. US Preventive Services Task Force. *Screening for colorectal cancer. Guide to clinical preventive services*. Alexandria (VA) : International Medical Publishing, 1996 : 89-103.
20. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, Stolar MH, Mulrow CD, et al. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology* 1997; 112 (2) : 594-642.