

Mots clés :

cancer,
colorectal,
hérédité
dépistage

Dépistage du cancer colorectal et sujets à risque élevé

Le dépistage systématique du cancer colorectal (CCR) avec le test Hémocult® a prouvé son efficacité chez les patients de 50 à 74 ans¹. Il ne concerne pas la petite fraction de sujets à haut risque pour lesquels la sensibilité de ce test est insuffisante. Mais comment identifier ces sujets ? Voici le point actuel à partir de 2 synthèses^{2,3}.

Analyser le risque de CCR à travers l'épidémiologie

Avec 36 257 nouveaux cas en France en 2000, le CCR représente 15% de tous les cancers, au troisième rang après le cancer du sein (48 845 cas/an) et de la prostate (40 309 cas/an). Le risque en France est élevé, voisin de celui des autres pays d'Europe occidentale, un peu moins qu'aux USA. Le risque tout au long de la vie est estimé entre 3,5% (consensus français de 1998) et 5%³. A l'inverse le CCR est rare en Amérique du Sud, en Asie et surtout en Afrique. Sa fréquence s'accroît dans les pays à incidence élevée : 26 000 cas en France en 1980, 36 000 en 2000. L'augmentation d'incidence est due pour les 2/3 au vieillissement de la population². Le taux de mortalité est en légère baisse, grâce à une prise en charge en général plus précoce et plus efficace⁴.

Il y a environ 200 000 français atteints d'un CCR, dont 80 000 les 5 dernières années, à surveiller spécialement, et 30 000 traités pour reprise évolutive².

L'adénome, lésion précancéreuse dans 60 à 80% des cas, concerne après 65 ans 1 sujet sur 3. Sur 1000 petits adénomes, 100 atteindront 1 cm de diamètre, et 25 deviendront des cancers. La durée de la séquence adénome-cancer est mal connue ; on l'estime en moyenne de plus de 10 ans², ce qui justifie une périodicité de 5 ans pour la surveillance coloscopique.

Quels sont les facteurs de risque ?

80 à 90% des CCR sont sporadiques, avec une légère prédominance masculine. L'incidence croît avec l'âge. Seulement 6% des cas sont dépistés avant 50 ans. Au-delà, l'incidence croît rapidement². L'influence de l'ali-

mentation reste mal connue. Si on peut utiliser les données pour les conseils d'hygiène de vie, elles ne peuvent influencer les attitudes de dépistage⁴.

Quels sont les sujets à haut risque ?

Les apparentés de sujets atteints de CCR. Un antécédent de CCR chez des parents au premier degré est trouvé chez 15 à 20% des patients avec CCR. Le risque est d'autant plus élevé que le parent atteint était plus jeune : entre 15 et 25% si le parent atteint avait moins de 45 ans, ou s'il y avait au moins 2 parents en ligne directe atteints ; entre 8 et 15% si le parent atteint avait entre 45 et 60 ans ; mais seulement légèrement augmenté s'il avait plus de 60 ans. Les apparentés au premier degré de porteurs d'un adénome colique de plus de 1 cm semblent aussi avoir un risque élevé².

Les patients avec maladie inflammatoire de l'intestin (rectocolite hémorragique, maladie de Crohn) **et avec antécédent personnel de CCR ou d'adénome colique** sont à haut risque également. Mais ils ne sont à l'origine que de 2% des CCR².

Des maladies génétiques (notamment polypose familiale, syndrome de cancer colique sans polypose, associé à une fréquence importante de cancers de l'endomètre³) sont à très haut risque : dans certaines familles porteuses, une personne sur deux sera atteinte d'un CCR. La mutation génétique peut être recherchée simplement, mais avec le consentement du sujet. Mais ces situations sont rares, à l'origine de 2 à 3% des CCR².

Que conclure pour notre pratique ?

- *La plupart des patients ne sont pas à haut risque.* Le seul dépistage envisageable aujourd'hui pour eux est, à partir de 50 ans, la recherche biennale du sang occulte dans les selles, mais dans le cadre d'un programme organisé².

- *Le risque familial doit être analysé de façon précise :* parenté au 1^{er} degré, âge de survenue des cancers dans la parenté, nombre de cancers. En cas de CCR chez un parent avant 60 ans, ou chez 2 apparentés au 1^{er} degré, quel que soit l'âge², le risque familial est suffisamment élevé pour justifier une coloscopie de dépistage d'emblée à 45 ans ou 5 ans avant l'âge du cas index, puis tous les 5 ans².

- *Les antécédents familiaux d'autres cancers ne jouent pas,* hormis le cancer de l'endomètre chez les patients avec syndrome de cancer colique sans polypose³.

- *Les maladies génétiques à très haut risque, rares,* peuvent être évoquées devant des antécédents familiaux multiples. La recherche de mutation peut être faite, avec consentement, chez sujet atteint et apparentés. Son absence permet de rassurer².

- *Chez les patients avec antécédent personnel de CCR ou de gros adénome,* une coloscopie de contrôle doit être effectuée à 3 ans, puis tous les 5 ans. *Chez les patients avec maladie inflammatoire de l'intestin,* une surveillance endoscopique tous les 2 ans après 15 à 20 ans d'évolution est conseillée².

Références :

1. Collectif. Le dépistage par Hémocult réduit la mortalité par cancer colorectal. Résultats de l'étude de Bourgogne. *Bibliomed*. 2004; 356.
2. Dancourt V, Faivre J. Epidémiologie et dépistage des cancers colorectaux. *Rev Prat*. 2004; 54: 135-42.
3. Weitz J et al. Colorectal cancer. *Lancet*. 2005; 365: 153-65.
4. Remontet et al. Incidence et mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2003. 51: 3-30.
5. Collectif. Alimentation et risque de cancer colo-rectal. *Bibliomed*. 2006; 416.