

«Actualités en cancérologie digestive et prise en charge en 2019»

Rappel des groupes à risques et recommandation de coloscopie de dépistage

Cas particulier des familles à risque génétique

Dr THUILLIER Christophe

Mardi 26 Mars 2019



Le médecin traitant, un acteur clé du dépistage

Évaluation du niveau de risque de cancer colorectal (CCR)

Risque moyen

(risque CCR vie entière 3-4 %)

Dépistage organisé

Risque élevé

(risque CCR vie entière 4-10 %)

Risque très élevé

(risque CCR vie entière 40-100 %)

Dépistage individualisé et suivi adapté
au niveau de risque

(antécédents personnels et familiaux, existence de symptômes)

Quels sont les facteurs de risque de CCR ?

- Facteurs de risque liés à l'âge (âge > 50 ans)
- Facteurs de risque liés à un ATCD familial ou personnel d'adénome ou de CCR
- Facteurs de risque liés à une maladie inflammatoire chronique intestinale MICI (Crohn colique ou RCH)
- Facteurs de risque liés à une mutation génétique (Syndrome de Lynch, polyposes adénomateuses familiales)

Risque Moyen

Population asymptomatique de plus de 50 ans et sans facteur de risque

Risque Elevé

- ATCD familial de CCR au 1^{er} degré quel que soit l'âge
- ATCD multiples (>ou = à 2) CCR au 2nd degré quel que soit l'âge
- ATCD familial d'adénome au 1^{er} degré quel que soit l'âge

ATCD personnel adénome ou CCR

MICI (RCH ou crohn colique) étendue évoluant depuis plus de 10 ans

Risque Très Elevé

Polypose adénomateuse familiale (PAF)

Syndrome de Lynch

Ayant des symptômes faisant suspecter CCR

Rectorragies, Melaena
Trouble transit d'apparition récente
Douleur abdominale
Amaigrissement inexpliqué
Anémie ferriprive



Coloscopie

Risque Moyen



FIT Test

Risque Elevé



Coloscopie

Risque Très Elevé



Coloscopie +
Chromoendoscopie
Consultation
Oncogénétique

Un suivi spécialisé chez le sujet à risque élevé de CCR

	Début de surveillance	Population	Suivi et rythme
ATCD personnel d'adénome	Après résection	Polype à haut risque Nombre>3 ou Taille>1cm ou PA en dysplasie haut grade	Coloscopie de contrôle à 3 ans
		Polype à bas risque Nombre<3 ET Taille <1cm ET PA dysplasie bas grade	Coloscopie de contrôle à 5 ans
ATCD personnel CCR	Après résection		Coloscopie A 1 an de la résection (ou sous 3 à 6 mois si coloscopie incomplète) Puis tous les 3 à 5 ans (selon résultats)
ATCD familial CCR ATCD familial adénome	A partir de 45 ans (ou 10 ans avant l'âge de diagnostic du cas index)		Coloscopie Tous les 3 à 5 ans (selon résultats)

Un suivi spécialisé chez le sujet à risque élevé de CCR

	Début de surveillance	Population	Suivi et rythme
Maladie inflammatoire chronique intestinale Maladie de Crohn colique (MC) Rectocolite Hémorragique (RCH)	6-8 ans après le début des symptômes	Niveau de risque élevé Cholangite sclérosante primitive, ATCD dysplasie, forme étendue RCH ou MC colique étendue sur plus 50% colon, persistance activité inflammatoire, nombreux pseudo polypes, sténose colique	Coloscopie + chromo endoscopie + biopsies ciblées Tous les 1 à 2 ans
		Niveau de risque intermédiaire RCH sous angle gauche, MC colique sur 30 à 50% colon	Coloscopie + chromo endoscopie + biopsies ciblées Tous les 3 à 4 ans
		Niveau de risque faible Rectite de RCH ou MC colique sur moins de 30%	Pas de suivi spécifique défini

Un suivi spécialisé chez le sujet à risque très élevé de CCR

Début de surveillance

Suivi/Rythme

Autres examens

Syndrome de Lynch / consultation oncogénétique

Mutation avérée

A partir de 20-25 ans
(5 ans avant le cas index)

Chromo endoscopie
Tous les 1 à 2 ans

Gastroscopie de dépistage avec
recherche HP puis tous les 1 à
2 ans en cas d'antécédent de
cancer gastrique

Suspicion familiale
sans mutation
identifiée

Non porteur de la
mutation identifiée
dans la famille

Pas de suivi spécifique
(risque moyen)

Recherche autres localisations
cancer (ovaire, endomètre,
intestin grêle, uretère, rein)

Un suivi spécialisé chez le sujet à risque très élevé de CCR

Début de surveillance

Suivi/Rythme

Autres examens

Polyposes adenomateuses familiales (PAF) / consultation oncogénétique

Mutation APC
identifiée

A partir puberté
(10-12 ans)

Chromo endoscopie tous les
ans
Jusqu'à la chirurgie

Mutation bi allélique
MYH identifiée

A partir 20-30 ans

Chromo endoscopie
Puis selon contexte et prise
en charge

Suspicion familiale
sans mutation
identifiée

A partir puberté (10-12
ans) chez les enfants du
cas index
Au moment du diagnostic
du cas index chez parents,
frères et soeurs

Chromo endoscopie
Puis selon contexte et prise
en charge

Gastroscopie tous les 3 ans
(exérèse adénomes
duodénaux)

Tableau 1. Évaluation du risque de récurrence d'un ou plusieurs polypes ou de survenue d'un CCR (cancer colo-rectal) en fonction des caractéristiques du (des) polype(s) enlevé(s)

PA : polype adénomateux ou PF : polype festonné <small>NB : Les PF, sont tenus pour responsable d'une part importante des cancers d'intervalle, notamment au niveau du colon droit</small>		Cas particulier des PH (polype hyperplasique)
PBR (Polype à bas risque)	PHR (Polype à haut risque)	<ul style="list-style-type: none"> Les PH < 10mm du RS (recto-sigmoïde), ne sont pas un facteur de risque de survenue de CCR et relèvent d'une surveillance endoscopique selon le niveau de risque du patient. Les PH ≥ 10mm ou en amont du RS doivent faire l'objet d'une concertation avec l'anatomo-pathologiste pour le diagnostic différentiel avec les PF.
<ul style="list-style-type: none"> nombre < 3 ET taille < 10 mm ET dysplasie de bas grade pour PA ou pas de dysplasie pour PF 	<ul style="list-style-type: none"> nombre ≥ 3 OU taille ≥ 10 mm OU dysplasie de haut grade (ou pTis) pour PA ou dysplasie pour PF 	

Les autres facteurs de risque liés au(x) polype(s)

- L'augmentation du risque de récurrence liée à la présence d'une composante villeuse n'est pas démontrée de façon probante quand cette caractéristique est considérée indépendamment des autres (notamment taille et nombre des adénomes). Donc, en l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de formuler des recommandations en termes de délai de reconvoque sur cet argument histologique pris isolément.
- La **localisation proximale de l'adénome (en amont de l'angle colique gauche)** pour le moment non retenu dans les recommandations internationales apparaît comme un facteur pouvant modifier la décision, car son impact a une valeur proche, voire supérieure au facteur « dysplasie de haut grade ».

Tableau 2. Proposition de calendrier de suivi en cas de PA et PF

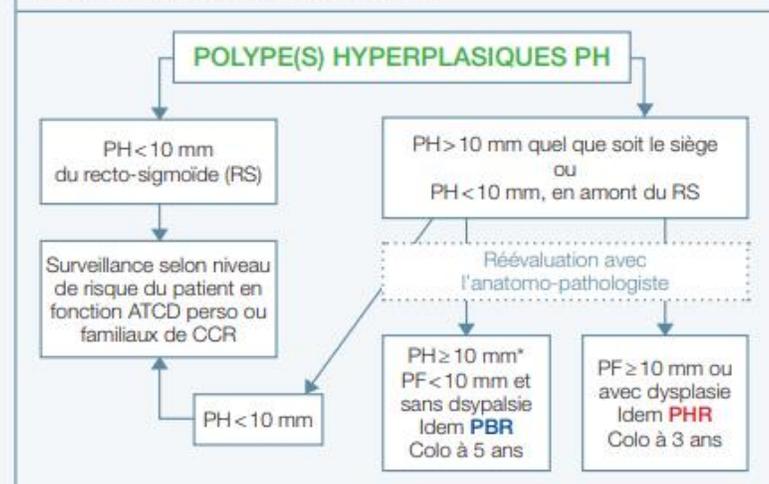
Les propositions suivantes (notamment à partir de la colo 4) reposent sur un avis d'experts.

Ce calendrier indicatif sera à moduler en fonction des caractéristiques du cas clinique (âge pour la première coloscopie, âge du patient, etc.)

Colo Index	Colo 2		Colo 3		Colo 4 et ...
Évaluation risque	Date	Résultats	Date	Résultats	Date
PBR	→ 5 ans	PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans
		PBR	→ 5 ans	PBR	→ 5 ans
		Pas de polype	→ 5 ou 10 ans*	Pas de polype	→ 5-10 ans ou stop**
PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans	PHR	→ 3 ans
		PBR	→ 5 ans	PBR	→ 5 ans
		Pas de polype	→ 5 ans	Pas de polype	→ 5 ans

* Selon le niveau de risque du patient défini par les ATCD personnels ou familiaux de CCR ou d'adénomes: risque élevé (5 ans) ou risque moyen (10 ans). ** Selon le niveau de risque du patient défini par les atcd personnels ou familiaux de CCR ou d'adénomes : risque élevé (5 à 10 ans) ou risque moyen (stop et retour à la stratégie de dépistage national).

Tableau 3. Cas particulier du PH



Merci