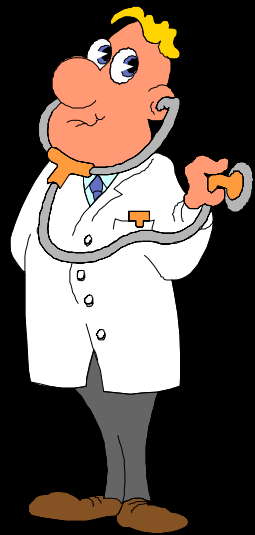


Mise à jour sur le
dépistage du cancer colorectal



S. Groulx, MD, FCMF - G. Baron, MD, MSc, FRCPC
Joanne Émond, MD - Claude Tremblay, MSc, PhD
et Marie-Sylvie Bisizi, MD, MPH

Mars 2002



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION

Objectifs



À l'issue de cette formation, le participant pourra :

- Reconnaître l'importance du CCR parmi les cancers
- Expliquer la signification des adénomes
- Énumérer et pondérer les facteurs de risque et de protection
- Définir les niveaux de risque pour le CCR
- Discuter des manifestations cliniques selon le site, le stade
- Commenter les principales modalités de dépistage disponibles
- Critiquer les recommandations actuelles

Le CCR : deuxième tueur parmi les cancers

HOMMES

Incidence

1. Prostate
2. Poumon
3. *Colorectal*

Mortalité

1. Poumon
2. *Colorectal*
3. Prostate

FEMMES

Incidence

1. Sein
2. Poumon
3. *Colorectal*

Mortalité

1. Poumon
2. Sein
3. *Colorectal*

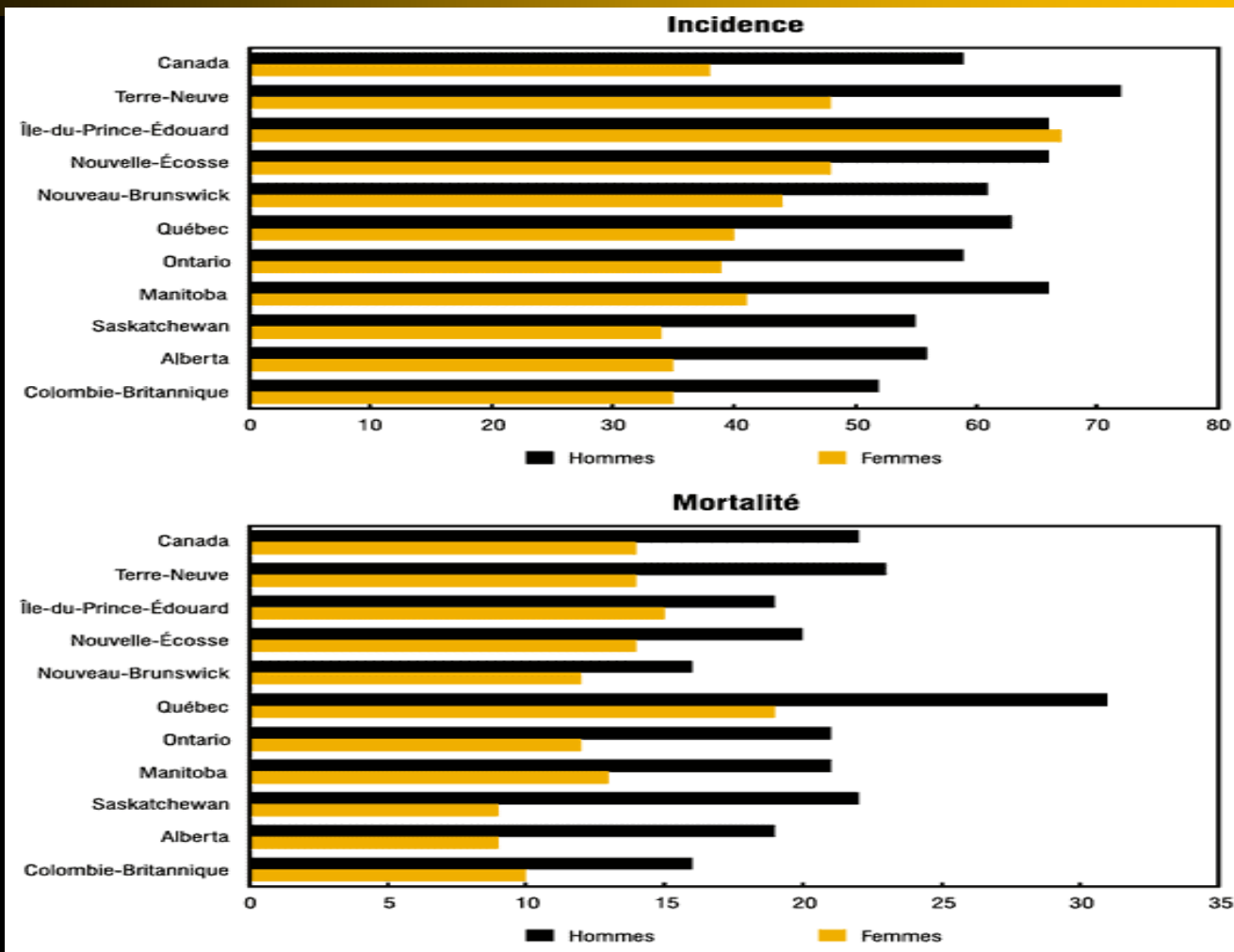
Le CCR : Incidence et mortalité au Canada

	Canada (2001)	Québec (2001)	Montérégie (1998)
Nouveaux cas			
Hommes	9 300	2 300	354
Femmes	7 900	2 000	355
Décès			
Hommes	3 400	1 100	203
Femmes	3 000	1 000	162

Source : Institut national du cancer du Canada, 2001

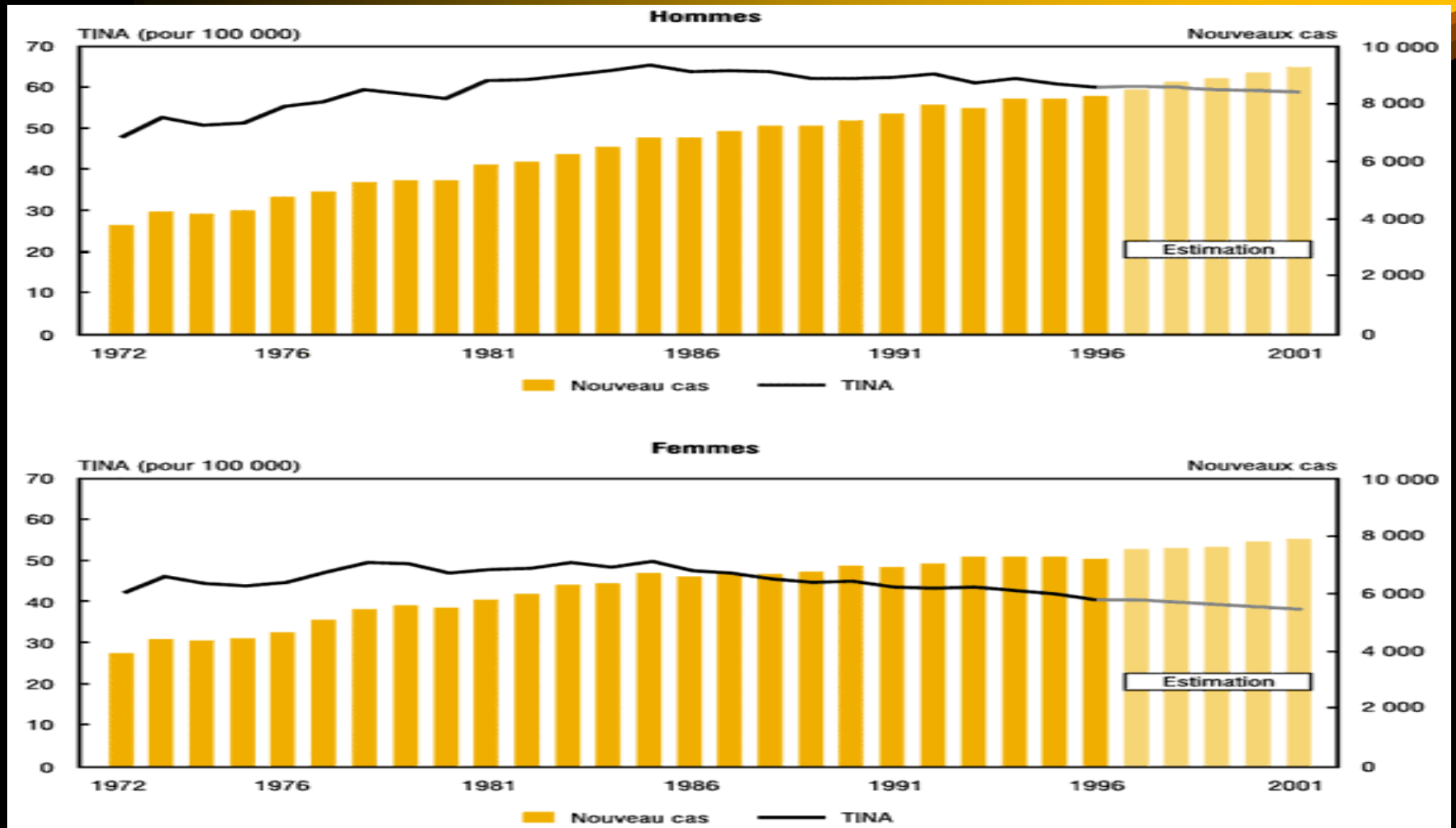
Tremblay, et al., 2002

Le CCR au Canada 2001: Plus de cas à l'est et plus mortel au Québec



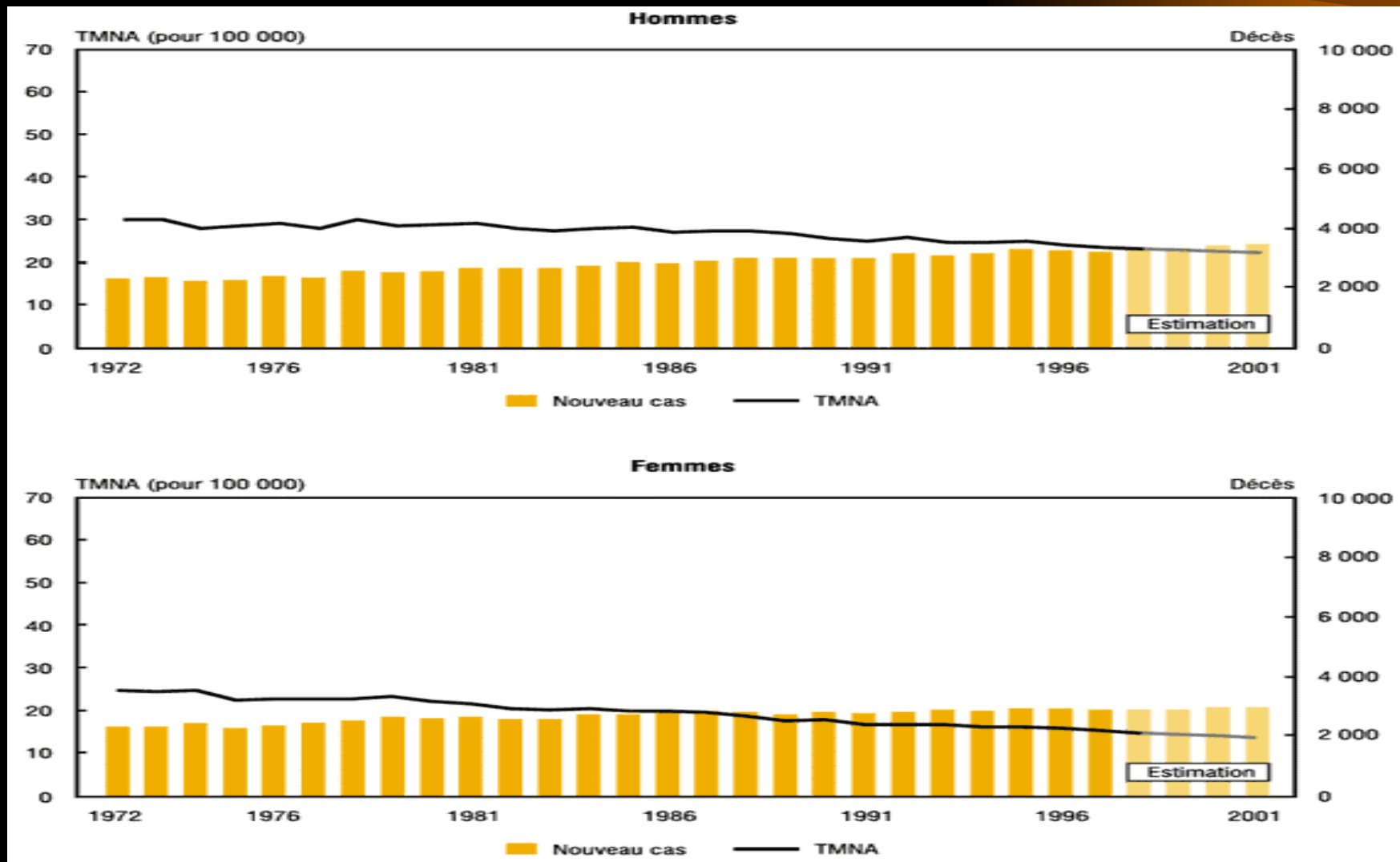
Source : Institut national du cancer du Canada, 2001.

Le CCR au Canada, 1972-2001: *Les taux d'incidence baissent, le nombre de cas augmente*



Source : Institut national du cancer du Canada, 2001.

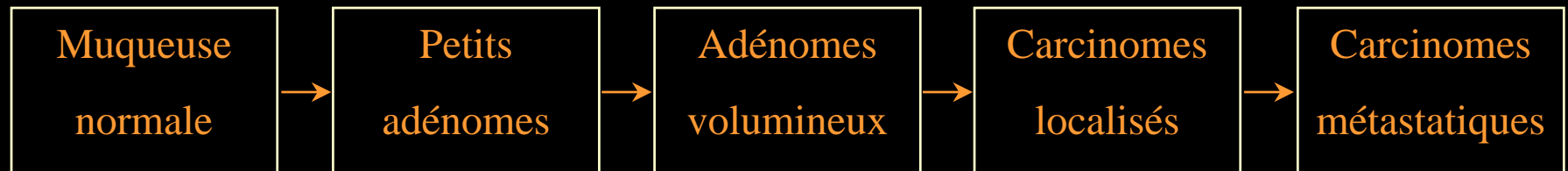
Le CCR au Canada, 1972-2001: *Les taux de mortalité baissent, le nombre de décès augmente*



Source : Institut national du cancer du Canada, 2001.

Carcinogénèse du CCR

La séquence adénome - carcinome



Carcinogénèse du CCR

✿ 3 types d'adénomes

- ❖ Adénomes tubuleux
- ❖ Adénomes tubulo-villeux
- ❖ Adénomes villeux

✿ Le risque de malignité est fonction:

- ❖ de la taille (> 1cm)
- ❖ du type d'adénome (villeux plus à risque)
- ❖ du degré de dysplasie
- ❖ du nombre

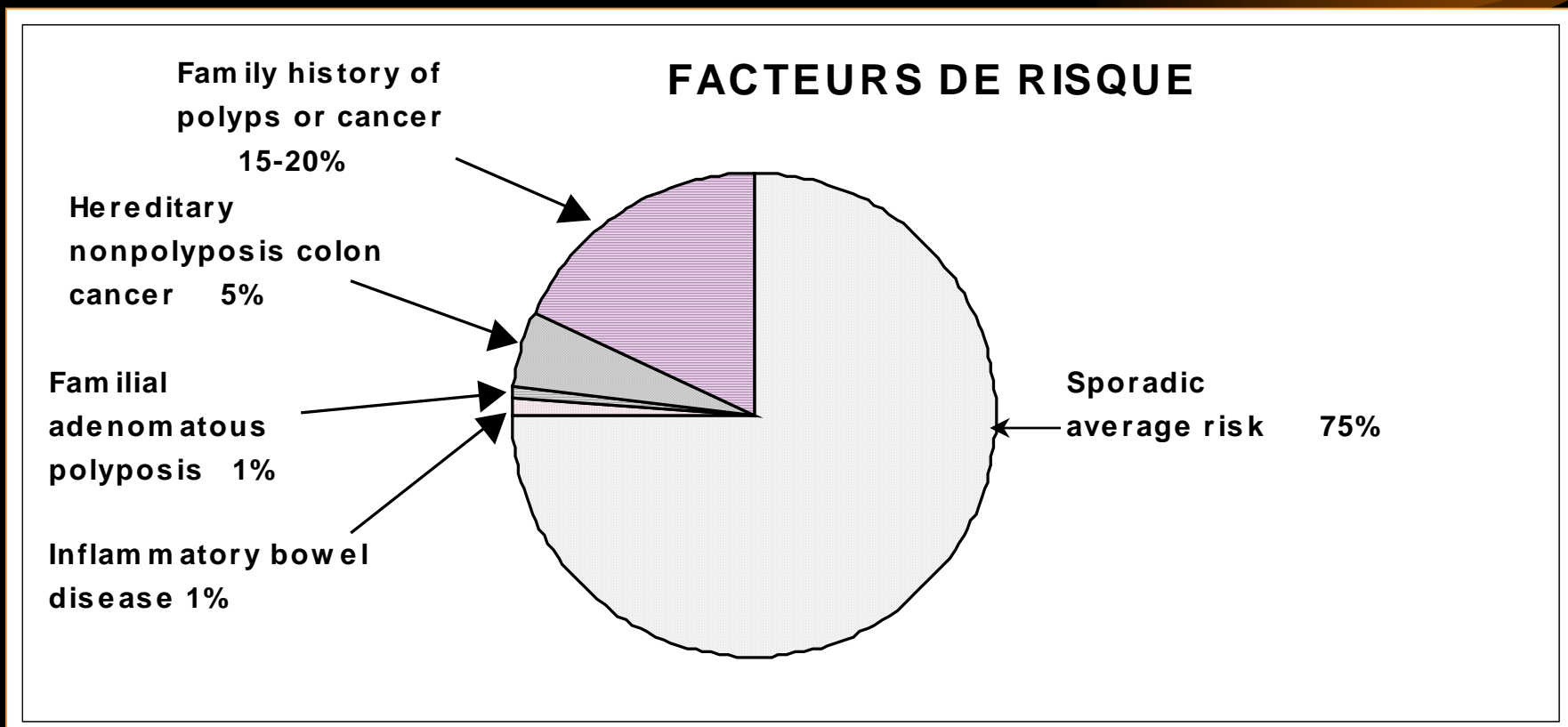
✿ Progression lente : 5 à 10 ans

Source: CETS, 1999

Office fédérale de santé publique, Ligue suisse contre le cancer, 2000.

Facteurs de risque et de protection:

Répartition des nouveaux cas de CCR



Source : Office fédéral de santé publique. Ligue suisse contre le cancer, 2000

Lenhard et al, 2001

Facteurs de risque et de protection:

Antécédents familiaux

Facteurs de risque	Probabilité de CCR à vie (%)	Risque relatif
Aucun	5 à 6 %	1
Un parent de 1 ^{er} degré * avec CCR	10-15 %	2-3
Deux parents de 1 ^{er} degré ** avec CCR	15-30 %	3-6
Un parent de 1 ^{er} degré avec CCR <50 ans	15-30 %	3-6
Un parent de 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} degré avec CCR	Env. 8 %	1,5
Un parent de 1 ^{er} degré avec polype adénomateux	5-50 %	jusqu'à 2

* Le risque effectif est légèrement plus faible (données issues de statistiques concernant les mortalités, d'études épidémiologiques et de groupes de contrôle endoscopiques incluant également les patients symptomatiques et à risque

** 1^{er} degré : inclut père, mère, frère soeurs et enfants

Autres facteurs de risque et de protection

Facteurs de risque

Antécédents personnels:

- * Âge
- * Adénomes colorectaux
- * Cancer colorectal

Habitudes de vie :

- * Alcool
- * Diète riche en viande rouge
- * Tabagisme

Facteurs de protection

Habitudes de vie :

- * Diète riche en légumes
- * Activité physique
- * Aspirine, AINS

Stratification du risque

* Élevé : 10 - 25%

- ❖ Antécédents familiaux, génétiques ou personnels

* Moyen: 75-80%

- ❖ Personnes asymptomatiques de 50 ans et plus sans facteur de risque identifiable

* Faible : < 1%

- ❖ Personnes asymptomatiques de moins de 50 ans sans facteur de risque identifiable

Manifestations cliniques selon le stade

* Au stade précoce :

- ❖ Fatigue et signes d'anémie
- ❖ Changement récent du transit intestinal
- ❖ Diarrhée/constipation
- ❖ Saignement rectal
- ❖ Modification du diamètre des selles
- ❖ Douleur abdominale
 - * chronique ou aiguë
 - * obstruction ou perforation

* Aux stades plus avancés :

- ❖ Anorexie
- ❖ Perte pondérale
- ❖ Manifestations imputables aux métastases
 - * pulmonaires
 - * hépatiques
 - * osseuses
- ❖ La présentation clinique pour un patient donné dépend de la **taille de la tumeur** et de sa **localisation** dans le côlon

Manifestations cliniques selon la localisation

Localisation des tumeurs	Signes et symptômes
<p>⇒ <i>Caractéristiques du <u>côlon droit</u></i> :</p> <ul style="list-style-type: none">• Grand calibre (8,5 cm au caecum)• Paroi mince• Matières fécales liquides durant le transit dans le côlon droit	<ul style="list-style-type: none">• Souvent asymptomatique ; occlusion rare• Saignement occulte• Gêne abdominale du côté droit• Découverte d'une masse
<p>⇒ <i>Caractéristiques du <u>côlon gauche</u></i> :</p> <ul style="list-style-type: none">• Lumière plus étroite que celle du côlon droit (2,5 cm au sigmoïde)• Matières fécales semi-solides	<ul style="list-style-type: none">• Diminution progressive du calibre des selles• Occlusion partielle : troubles du transit, alternance de constipations et de défécations plus fréquentes que la normale• Occlusion intestinale : nausées, vomissements, douleur abdominale• Selles striées de sang
<p>⇒ <i>Rectum</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Passage de sang avec les selles• Évacuation douloureuse et incomplète des selles• Occlusion

La prévention primaire du CCR

« Le but de la prévention primaire, en réduisant les facteurs étiologiques, est d'empêcher le développement d'une maladie. La prévention primaire, en ce qui concerne le CCR, repose, outre l'instauration de mesures alimentaires et comportementales, sur l'application de mesures chimiopréventives ainsi que sur la recherche des causes génétiques de la maladie »

La prévention secondaire du CCR: *Pourquoi dépister ?*

A. La prévention primaire est limitée pour le moment

B. La prévention secondaire est envisageable puisque elle répond aux critères d'un bon dépistage :

- 1. C'est un cancer important*
- 2. Il existe une phase préclinique détectable*
- 3. Il existe des moyens diagnostiques fiables (endoscopie)*
- 4. Il existe un traitement efficace au stade précoce*
- 5. Des tests de dépistage valables existent*
- 6. Le dépistage est efficace pour réduire la mortalité par CCR*
- 7. Le rapport coûts/bénéfices est acceptable*

Performance des principales modalités de dépistage du CCR

Performance	LBDC *	Sigmoïdoscopie	LBDC et Sigmoïdoscopie	Coloscopie	RSOS **
Sensibilité (%) ▪ Cancer	55 à 85	≈100*** (40 à 60 vs coloscopie)	98	100	50 à 80
Sensibilité (%) ▪ Adénomes < 1cm > 1 cm	50 à 80 70 à 90	70 à 85 ≈100		≈75 à 85 ≈90 à 100	3 à 14 (pour tout adénome)
Faux positifs (%) ▪ Cancer	< 1	Rares	Se référer aux deux premières colonnes	Rares	2-14

* Lavement baryté en double contraste

** Recherche de sang fécal occulte dans les selles

*** Selon la capacité d'insertion du type de sigmoïdoscope utilisé. De fait, la détection réelle est de 20 % à 30 % pour le type rigide de 20cm; les types flexibles de 35 cm décèlent de 30 % à 40 % des lésions du gros intestin et ceux de 60 cm, de 40 % à 60 %.

Source : CETS, 1999 - Australian Health Technology, Advisory Committee, 1997

Acceptabilité et efficacité des principales modalités de dépistage du CCR

	LBDC *	Sigmoïdoscopie	Coloscopie	RSOS **
■ Acceptabilité	Préparation du côlon	Préparation du côlon	Préparation du côlon Sédation	Diète spéciale
■ Efficacité à réduire la mortalité	Aucun essai clinique n'a examiné efficacité du dépistage	Études cas-témoins concluent en l'efficacité préventive : Rapport des cotes 0,21 à 0,51	Aucun essai clinique n'a examiné efficacité du dépistage	Essais randomisés : Réduction de la mortalité 16 %

* Lavement baryté double contraste

** Recherche de sang fécal occulte dans les selles

Source : CETS, 1999, Mcleod, 2001

Mortalité évitable

- ❁ Au Québec, 202 décès par CCR auraient pu être évités en 1995 grâce à un dépistage bisannuel (aux deux ans) par recherche de sang occulte dans les selles (R.S.O.S), avec une participation légèrement supérieure à 50 %
- ❁ En Montérégie, 58 décès par CCR auraient pu être évités en 1998 dans les mêmes conditions

Les recommandations sur le dépistage du CCR

Populations	<u>Recommandation</u> <u>A</u>	<u>Recommandation</u> <u>B</u>	<u>Recommandation</u> <u>C</u>
Asymptomatique de 50 ans et plus	Recherche de sang annuel ou bisannuel dans les selles lors de l'examen annuel périodique	<i>Sigmoïdoscopie</i> lors de l'examen annuel périodique	<i>Colonoscopie</i> comme test de dépistage initial
À risque élevé		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tests génétiques ou sigmoïdoscopie chez les individus où prévaut la PAF*</i> • <i>Colonoscopie pour les individus où prévaut le CCRNP**</i> • <i>Même procédure que pour risque moyen chez les personnes ayant un ou deux parents de 1er degré porteurs d'un CCR***</i> 	

* :Polypose adénomateuse familiale,** :Cancer colorectal non polyposique *** CCR :Cancer colorectal

Source:Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GÉCSP, 2001)

Recommandations (suite)

- * Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec (CÉTS, 1999) : un dépistage bisannuel multiphasique pour les personnes asymptomatiques de 50 à 79 ans sans facteur de risque identifiable est recommandé
 - ❖ Multiphasique
 - * une recherche de sang occulte avec des trousse d'analyse et de prélèvement conçues pour expédition postale
 - ❖ En cas de résultat positif
 - * entrevue et examen médical suivis d'une endoscopie diagnostique ou thérapeutique

Coût-efficacité de diverses stratégies de dépistage

- ❁ Au Québec, chez les personnes de 50-70 ans en 1995, avec une diminution de 16% de la mortalité par cancer colorectal, le coût d'un dépistage aux deux ans se situe entre 6000 et 11 000\$ par année de vie gagnée. (inférieur aux 40 000\$ ou 20 000\$ prévus par diverses autres modélisations)
- ❁ D'autres études aux Etats-Unis, font état de 14 394\$ par année de vie gagnée pour une RSOS annuelle, et 12 636 \$ par année de vie gagnée pour une sigmoidoscopie flexible aux cinq ans en 1994

Source: CETS, (1999); Khandker et al. (2000)

Les nouveaux tests de dépistage

Tests	Procédure	Sensibilité pour Cancer ou Adénome >1cm	Spécificité pour Cancer ou Adénome >1cm
Hemesélect	Test immunologique	67%	95%
Hémoccult+ Hemesélect	Combinaison d'un test biochimique et d'un test immunologique	54%	98%
Caméra pilule	Caméra sans fil pouvant être avalée par le patient	?	?
Coloscopie virtuelle	Procédure non-invasive de scanographie donnant une image du côlon en 3 dimensions	50-70%	62-98%
Marqueurs génétiques	Détection d'ADN altéré dans les selles	82%	93%

Source : Allison et al (1996), Ahlquist et al (2000)

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (2000)

Complications dues aux tests

Complications	LBDC*	Sigmoïdoscopie	LBDC* et sigmoïdoscopie	Coloscopie
Perforations	1/25 000	1-2/10 000	se référer aux 2 premières colonnes	1/1000
Cardiaques	1/46 000			5/1000
Respiratoires				3/1000
Hémorragies				Rares
Infections	Rares	Rares		
Mortalité	Aucune documentée			1-3/10 000

* LBDC : Lavement baryté à double contraste

Source : CETS, 1999

CCR: l'avenir...

