

Dossier 1

Dépistage du cancer colo-rectal

Énoncé

Vous suivez en gastro-entérologie Mme C. depuis ses 21 ans, dans le cadre d'une maladie de Crohn. Elle a actuellement 34 ans.

Elle vous interroge sur le dépistage du cancer colorectal (CCR), car son père, âgé de 58 ans, refuse toujours de participer au dépistage de masse.

1 Quelles sont les modalités du dépistage organisé du cancer colorectal ?

- a. De 40 à 74 ans en cas de risque « moyen »
- b. Recherche de sang sur échantillon de selles
- c. Envoi des échantillons par voie postale
- d. Refaire le dépistage si présence de sang
- e. En cas de risque « faible »

2 Pourquoi ce dépistage est-il proposé ?

- a. Cancer fréquent, 60 000 cas par an en France
- b. Cause importante de décès, près de 20 000 par an en France
- c. Pronostic nettement amélioré si prise en charge précoce
- d. Peu coûteux et bénéfice important
- e. Forte participation de la population a été rapidement obtenue

3 Quelle proportion de la population cible participe actuellement à ce dépistage en France ?

- a. 10 %
- b. 30 %
- c. 50 %
- d. 70 %
- e. 90 %

Son père est « à risque moyen » de développer un cancer colorectal d'après les renseignements que sa fille vous a fourni.

4 Cela signifie...

- a. Que son père (le grand-père de Mme C.) peut avoir développé un cancer colorectal (CCR) à 67 ans
- b. Qu'il peut avoir un antécédent personnel d'adénome colique bénin < 1 cm traité
- c. Que son fils âgé de 38 ans n'a jamais eu de CCR
- d. Qu'il peut aussi être atteint d'une maladie de Crohn
- e. Qu'il est asymptomatique

La patiente vous demande si elle aussi, à partir de 50 ans, devra participer à ce dépistage organisé.

5 Qu'en pensez-vous ?

- a. Oui, dépistage organisé pour toute la population
- b. Oui, mais à un rythme différent en raison de ses antécédents
- c. Oui, dès 50 ans mais avec un examen différent en raison de ses antécédents
- d. Non il ne participera pas au dépistage organisé
- e. Non le dépistage du cancer colorectal ne le concerne pas

6 Quel est le dépistage recommandé pour Mme C. sachant que sa maladie est étendue à tout le colon ?

- a. Recherche de sang dans les selles annuel dès 40 ans
- b. Coloscopie si recherche de sang positive, puis tous les 5 ans même si normale
- c. Coloscopie totale tous les 2 à 3 ans dès 10 ans d'évolution de la maladie
- d. Coloscopie totale tous les 5 ans dès 15 ans d'évolution de la maladie
- e. Colo-scanner tous les 2 à 3 ans dès 10 ans d'évolution de la maladie

La patiente, inquiète, vous demande quels sont les facteurs de risque identifiés de cancer colorectal.

7 Vous lui répondez...

- a. Alimentation : viande rouge, boissons alcoolisées, charcuterie
- b. Tabagisme
- c. Antécédent de cancer et d'adénome, familial ou personnel
- d. Age
- e. Pratiques sexuelles par voie anale

Sur une coloscopie de dépistage, un adénome de 1,5 cm est découvert chez Mme S. et traité par mucosectomie, et dont l'anatomopathologiste vous informe qu'il s'agit d'un adénome bénin en résection complète.

8 Quelle est la différence entre la mucosectomie endoscopique, la dissection sous-muqueuse et la polypectomie endoscopique ?

- a. Mucosectomie : résection après coloration
- b. Polypectomie : résection à l'anse diathermique
- c. Mucosectomie : injection de liquide dans la muqueuse pour la décoller du plan inférieur
- d. Dissection sous-muqueuse : outils de coupe directe
- e. Aucune différence

9 Quand devra être réalisé le prochain examen de dépistage ?

- a. Recherche de sang dans les selles dans 2 ans
- b. Coloscopie totale à 6 mois
- c. Coloscopie totale à 2 ans
- d. Coloscopie totale à 5 ans
- e. Reprise du dépistage organisé

À l'âge de 54 ans, votre dépistage vous permet de diagnostiquer un adénocarcinome du colon droit classé cT2NoMo R1.

10 Quel est le premier temps du traitement qui sera décidé en RCP ?

- a. Radiothérapie néoadjuvante
- b. Chimiothérapie néoadjuvante
- c. Résection endoscopique
- d. Chirurgie sans curage ganglionnaire
- e. Chirurgie avec curage ganglionnaire

11 Quel est le risque de cancer colorectal de son frère, qui a 4 ans de plus qu'elle ?

- a. Risque bas
- b. Risque moyen
- c. Risque élevé
- d. Risque très élevé
- e. Autre

12 Dans ce contexte, une recherche d'instabilité microsatellite sera-t-elle réalisée ?

- a. Oui car moins de 65 ans
- b. Oui car maladie de Crohn
- c. Non car n'est réalisé que dans le cadre d'essais cliniques
- d. Non car histoire familiale non compatible
- e. Non car maladie de Crohn

Le traitement de la patiente, une hémicolectomie droite, a été réalisé avec succès.

13 Après ce traitement curatif, quelles seront les modalités du suivi de la patiente ?

- a. Durant 5 ans puis arrêt du suivi et dépistage
- b. Suivi rapproché 5 ans puis reprise du dépistage comme population à risque « très élevé »
- c. Clinique, marqueur ACE systématique
- d. TDM thoraco abdomino pelvien
- e. Coloscopie totale

La patiente vous demande pourquoi elle n'a pas reçu de radiothérapie avant la chirurgie, alors que sa voisine en a eu avant la chirurgie de son cancer rectal.

14 Vous lui répondez...

- a. Car maladie de stade 2 selon TNM : non indiqué
- b. Car jamais indiqué dans le cancer colique
- c. Car contre-indiqué en cas de MICI
- d. C'est une alternative qui aurait dû être discutée
- e. Sa voisine n'a probablement pas reçu de radiothérapie

15 Quel traitement adjuvant est recommandé après la chirurgie du cancer colique en cas d'atteinte ganglionnaire ?

■ Question 1.

Réponses : B, C

De 50 à 74 ans dans la population à risque « moyen » de cancer colorectal.

Si positif, indication à réaliser une coloscopie totale.

À noter qu'à partir de la fin 2014, un test immunologique (anticorps recherchant l'hémoglobine) devrait faire nettement augmenter la sensibilité du dépistage (cancers et adénomes avancés).

Il sera réalisé sur un seul échantillon de selle, contre 6 actuellement.

Il n'existe pas de population à risque « faible » de développer un CCR, car ce cancer est fréquent.

■ Question 2.

Réponses : B, C, D

Environ 40 000 cas par an en France. 3^e cancer le plus fréquent (derrière sein et prostate), 2nd cancer le plus meurtrier (derrière le cancer du poumon).

Guéri dans 90 % des cas si diagnostiqué à un stade précoce.

60 à 80 % des cancers du côlon résultent de l'évolution d'un adénome colique.

95 % des patients ont plus de 50 ans. Prédominance masculine : sex-ratio 1,5.

■ Question 3.

Réponse : B

30 % en 2013 alors que l'objectif est d'une participation d'au moins 45 % ; les nouveaux tests immunologiques visent aussi à augmenter la participation.

■ Question 4.

Réponses : A, C, E

Indispensable : E

Intolérable : B

Les cancers colorectaux sont sporadiques dans 80 % des cas, contexte familial dans 15 % des cas et prédisposition génétique dans 5 % des cas.

■ Question 5.

Réponse : D

Non car la patiente est à haut risque de développer un cancer colorectal : dépistage INDIVIDUEL.

• Risque très élevé de développer un cancer colorectal

Prédisposition génétique :

- syndrome de Lynch (HNPCC : hereditary non-polyposis colorectal cancer ou cancer colorectal héréditaire sans polypose) ;
- polypose adénomateuse familiale (PAF).

• Risque élevé de développer un cancer colorectal

- antécédent personnel d'adénome ou de cancer colorectal ;
- antécédent familial au 1^{er} degré de cancer colorectal ou d'adénome > 10 mm de diamètre survenu avant 65 ans ;
- deux ou plusieurs antécédents familiaux au premier degré de cancer colorectal quel que soit l'âge de survenue ;
- maladie inflammatoire chronique : rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn, particulièrement en cas de pancolite.

• Risque modéré/moyen

- plus de 50 ans des deux sexes.

■ **Question 6.**

Réponse : C

Le colo-scanner n'est pas indiqué dans cette situation, d'autant plus que dans le cadre d'une maladie chronique inflammatoire de l'intestin, on essaie de limiter au maximum l'irradiation des patients. Par exemple, c'est une des rares indications toujours recommandées de l'ASP versus TDM abdominale dans le cadre d'un évènement intercurrent.

■ **Question 7.**

Réponse : A, B, C, D

Les principaux facteurs de risque de cancer colorectal sont l'âge supérieur à 50 ans, les maladies inflammatoires intestinales, un antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colorectal, une prédisposition génétique, la consommation excessive de viande rouge ou de boissons alcoolisées, le tabagisme, l'obésité.

■ **Question 8.**

Réponse : C

Mucosectomie = résection à l'anse diathermique après injection de liquide sous la muqueuse.

■ **Question 9.**

Réponse : C

Intolérable : A, E

■ **Question 10.**

Réponse : E

Intolérable : A

Pour les tumeurs T1 et T2, la RCP peut parfois décider de ne pas proposer de traitement chirurgical radical, seulement si une résection en marges saines (RO) a été obtenue par endoscopie. La radiothérapie n'est indiquée que dans le cadre des tumeurs rectales.

■ **Question 11.**

Réponse : C

Remarque : il n'existe pas de population à risque « bas » selon la HAS

■ **Question 12.**

Réponse : A

Cela orienterait vers une prédisposition génétique type syndrome de Lynch.

Systematique avant 65 ans.

■ **Question 13.**

Réponses : D, E

Examen clinique, TDM et coloscopie pendant 5 ans, marqueur ACE seulement si initialement élevé.

Puis reprise du dépistage d'une population à risque « élevé » : coloscopie tous les 5 ans, en fait tous les 2 ans ici car on est dans le cadre d'une MICI avant tout.

■ **Question 14.**

Réponse : B

La radiothérapie, associée à une chimiothérapie concomitante, n'est indiquée que dans le traitement néoadjuvant du cancer du rectum.

■ **Question 15.**

Réponse : chimiothérapie

Traitement standard des cancers coliques de stade III

ITEMS**N° 298. TUMEURS DU CÔLON ET DU RECTUM**

- Diagnostiquer une tumeur du côlon et une tumeur du rectum.
- Planifier le suivi du patient.

RECOMMANDATIONS ET CONFÉRENCE DE CONSENSUS POUR APPROFONDIR

Cancer colorectal métastatique, SNFGE 2014

Dépistage et prévention du cancer colorectal HAS juin 2013

Early colon cancer, ESMO 2013

Familial risk-colorectal cancer, ESMO 2013

Guide ALD de l'HAS du 20/3/2012

Thésaurus National de cancérologie Digestive 2011 (colon) et 2012 (rectum)

Cancer du côlon, SNFGE 2011

Advanced colorectal cancer, ESMO 2010

HAS 2010 avis vidéo-coloscopie

INVS avril 2010

Chirurgie prophylactique dans les cancers avec prédisposition génétique : INCa 2009, avril + novembre 2010, avril 2011

Recommandations de prise en charge des métastases hépatiques, SFCD 2009

Cancer du rectum : chimiothérapie péri-opératoire des adénocarcinomes : SOR 2007

Cancer colorectal : place de coloscopie virtuelle dans le dépistage : ANAES 2001

Collège des enseignants

N° 287. ÉPIDÉMIOLOGIE, FACTEURS DE RISQUE, PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DES CANCERS

- Décrire l'épidémiologie des cancers les plus fréquents (sein, colon-rectum, poumon, prostate). Incidence, prévalence, mortalité.
- Connaître et hiérarchiser les facteurs de risque de ces cancers.
- Expliquer les principes de prévention primaire et secondaire.
- Argumenter les principes du dépistage du cancer (sein, colon-rectum, col utérin).

RECOMMANDATIONS ET CONFÉRENCE DE CONSENSUS POUR APPROFONDIR

Situation du cancer en France en 2013 : INCa

Nutrition et prévention des cancers : PNNS 2009

Collège des enseignants

ANTÉRIORITÉS INTERNAT/ECN

Sujet déjà tombé à 2 reprises à l'ECN !!

ECN 2005 : cancer colique découvert à un stade avancé (occlusion intestinale)**ECN 2007** : cancer colorectal découvert sur dyspnée liée à une anémie ferriprive. Bilan d'extension, annonce.



Corrigés 1



QUESTION	BARÈME	MA NOTE
1	5	
2	10	
3	5	
4	10	
5	5	
6	5	
7	10	
8	5	
9	5	
10	5	
11	5	
12	5	
13	10	
14	5	
15	10	
TOTAL	100	