

FICHE MÉMO

Cancer colorectal :

**modalités de dépistage et de prévention
chez les sujets à risque élevé et très élevé**

RAPPORT D'ÉLABORATION

Mai 2017

La méthode d'élaboration des fiches mémo est une méthode pour produire des recommandations ou messages-clés dans un temps court (6 mois environ) et dans un format court (recto-verso).

Les fiches mémo s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les fiches mémo ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans la prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette fiche mémo a été élaborée selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Méthode d'élaboration des fiches mémo](#). La recherche documentaire est précisée en annexe 1.

La fiche mémo est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service Communication – Information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

Préambule	5
1. Travaux HAS	7
1.1 Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS), juin 2013.....	7
1.2 Autres travaux HAS en lien avec la thématique.....	7
2. Nouvelles données disponibles 2013-2016.....	9
3. Facteurs de risque, niveaux de risques	16
3.1 Facteurs de risque.....	16
3.2 Niveaux de risques et dépistage en France.....	19
3.3 Scores de risque.....	21
4. Dépistage chez le patient à risque élevé : antécédent personnel de cancer colorectal.....	23
4.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé	23
4.2 Nouvelles données	23
4.3 Avis du groupe de travail.....	26
5. Dépistage chez le patient à risque élevé : antécédent personnel d'adénomes.....	27
5.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé	27
5.2 Nouvelles données	27
5.1 Avis du groupe de travail.....	34
6. Dépistage chez le patient à risque élevé : antécédent personnels de maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI).....	35
6.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé	35
6.2 Nouvelles données	35
6.3 Avis du groupe de travail.....	39
7. Dépistage chez le patient à risque élevé : antécédent familial de cancer colorectal	40
7.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé	40
7.2 Nouvelles données	40
7.1 Avis du groupe de travail.....	45
8. Dépistage chez le patient à risque très élevé : Syndrome de Lynch.....	46
8.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé	46
8.2 Nouvelles données	47
8.1 Avis du groupe de travail.....	51
9. Dépistage chez le patient à risque très élevé : polypose adénomateuse familiale	52
9.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé	52
9.2 Nouvelles données	52
9.1 Avis du groupe de travail.....	55
10. Divers.....	56
10.1 Conseils minimum et conduite à tenir en fonction du niveau de risques de cancer colorectal	56

10.2	Facteurs favorisant ou non l'adhésion au dépistage.....	59
10.3	Enquête de pratique française	59
10.1	Avis du groupe de travail	60
11.	Compte rendu de la réunion du groupe de travail.....	61
12.	Avis des parties prenantes	64
13.	Validation	89
13.1	Adoption par le Collège de la HAS.....	89
14.	Glossaire	90
	Annexe 1. Recherche documentaire.....	92
	Annexe 2. Tableaux	95
	Annexe 3. Critères d'Amsterdam et critères de Bethesda.....	96
	Références	97
	Participants.....	102
	Remerciements.....	103
	Fiche descriptive	104

Préambule

Contexte d'élaboration

Le plan cancer 2014-2019 vise à ce que les programmes de dépistage organisés soient étendus à toutes les personnes avec des modalités adaptées à chaque niveau de risque de cancer. Dans ce contexte, la DGS a souhaité saisir la HAS en vue d'une révision des recommandations de dépistage du cancer colorectal (CCR) en fonction des niveaux de risque.

Les enjeux relevés pour la DGS sont l'existence de nombreuses polémiques au sujet des programmes de dépistage et les propositions répétées venant de certains groupes professionnels visant à élargir les indications de la coloscopie ou à introduire de nouveaux facteurs de risque (poids, tabac, alimentation, caféine, etc.).

En outre, d'autres enjeux sont régulièrement avancés par les institutionnels et les professionnels :

- le nombre important de coloscopies réalisées par an (1,3 million /an, 1^{er} motif d'hospitalisation ponctuelle, données CNAMTS 2011) ;
- l'existence de coloscopies incomplètes (+/-60 000/an selon les experts, dues essentiellement à une mauvaise préparation colique dans ¾ des cas) ou refusées par les patients nécessitant le développement de stratégies « alternatives », et faisant régulièrement l'objet de nouvelles saisines.

Il a été porté, au programme 2015 de la HAS, un travail sur la population et les modalités de dépistage des niveaux de risque élevé et très élevé de CCR.

Dépistage organisé et individuel

À ce jour, la stratégie de dépistage organisé ou individuel se détermine selon trois niveaux de risque pour lesquels sont définis des stratégies spécifiques :

- risque moyen (> 50 ans) ;
- risque élevé (antécédent personnel d'adénomes ou CCR, antécédent familial 1^{er} degré CCR, maladie inflammatoire chronique de l'intestin) ;
- risque très élevé (atteintes génétiques telle que la polypose adénomateuse familiale et le syndrome de Lynch).

Pour les risques de CCR élevé et très élevé (associé à consultation oncogénétique en sus), le suivi consiste en la réalisation régulière d'une coloscopie optique, examen de référence, selon des intervalles variables (1 an, 2 à 3 ans, 5 à 10 ans).

Le dispositif français de dépistage a fait l'objet d'une analyse (1) par l'INCa et le Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED) sur les enjeux individuels et collectifs dans ce programme, autour des principes d'autonomie, d'équité, et d'efficacité. Le rapport publiée en 2016 présente une analyse des enjeux liés aux programmes de dépistage, le contexte du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France, les facteurs influençant la participation à ce dépistage ainsi qu'une réflexion d'éthique appliquée au regard de l'organisation du programme. Il est complété fin avril 2017 par la publication de l'édition 2015 des cancers en France, qui propose un panorama des connaissances et des données actualisées sur la situation des cancers pour l'ensemble des thématiques du cancer et de la cancérologie (2).

Travaux HAS

En 2013, la HAS a publié, une actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) et un protocole sur la coloscopie de contrôle après polypectomie précisant les indications pertinentes de cet acte. Ces travaux se sont basés sur les recommandations les plus récentes.

Ces travaux ont été complétés par l'évaluation des nouvelles technologies de santé (tests immunologiques iFOBT en 2008, coloscopie virtuelle en 2010, vidéocapsule colique en 2016) sans qu'aucun test ne puisse se substituer en 1^{re} intention à la coloscopie chez les patients à risque élevé et très élevé ou chez les patients à risque moyen positifs au dépistage organisé par tests immunologiques.

Cadrage et données préliminaires

Réalisée lors du cadrage (validé en mai 2016 par le collège de la HAS), une analyse préliminaire des données disponibles publiées depuis 2013 a identifié plus d'une vingtaine de recommandations de bonnes pratiques (RBP) sur le dépistage et le suivi du CCR et a montré une cohérence globale entre les recommandations récentes et celles de la HAS (EPS, actualisation 2013) :

- la coloscopie reste l'examen de référence chez le patient à risque élevé et très élevé de CCR ;
- la fréquence du suivi est adaptée aux niveaux de risque et aux résultats du précédent dépistage (taille et nombre polypes/adénomes pour antécédent de CCR, augmentation possible des délais en absence de résultats positifs dans le suivi post-résection, etc.).

Il n'est donc pas clairement établi que les recommandations HAS EPS 2013 soient impactées par de nouvelles données.

Il a été porté, au programme de la HAS, un travail sur la population et les modalités de dépistage des niveaux de risque élevé et très élevé de CCR.

La méthode proposée est celle de la fiche mémo (une ou deux réunion(s) optionnelle(s), consultations parties prenantes) en raison de :

- l'existence de données (+/- 30 RBP récentes) ;
- l'existence de travaux HAS récents dont le référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) de 2013 sur la stratégie de dépistage, tous niveaux de risque ;
- la cohérence des recommandations existantes sur la place de la coloscopie optique comme examen de référence.

L'objectif est d'actualiser, si besoin, le référentiel de 2013 sur la stratégie de dépistage et le suivi du patient à risque élevé et très élevé de CCR.

Il a été exclu, du champ de l'analyse, le patient à risque moyen et son dépistage, qui sont définis dans le cadre du dépistage organisé.

Objectif de la fiche mémo

L'objectif de la fiche mémo est d'actualiser les populations et les modalités de dépistage des niveaux de risque élevé et très élevé et, si besoin, d'actualiser le référentiel de 2013 sur la stratégie de dépistage et le suivi du patient à risque élevé et très élevé de CCR.

Une fiche mémo en direction des médecins généralistes fera le point sur les modalités de dépistage chez ces populations.

Exclusion : dépistage chez le patient à risque moyen car défini dans le dépistage organisé.

1. Travaux HAS

1.1 Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS), juin 2013

En juin 2013, le Service évaluation économique et santé publique de la HAS a publié une actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) (3).

Dans ce référentiel de pratiques sur le dépistage et la prévention du cancer colorectal, la HAS rappelle les recommandations en ce qui concerne le programme national de dépistage organisé, l'histoire de la maladie, l'épidémiologie, les facteurs de risque, les examens et les traitements, la stratégie diagnostique en fonction des niveaux de risque et la place du médecin.

- État des connaissances sur le cancer colorectal :
 - données épidémiologiques, histoire de la maladie et symptomatologie, facteurs de risque ;
 - prévention primaire : les facteurs de risque amendables ;
 - contexte de la prévention et dépistage du cancer colorectal.
- Prévention secondaire pour les personnes à risque modéré de cancer colorectal :
 - le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal ;
 - la démarche diagnostique faisant suite à un test de recherche de sang occulte dans les selles positif ;
 - efficacité du dépistage sur la prévention secondaire du cancer colorectal ;
 - facteurs d'adhésion ou de non-adhésion au dépistage du cancer colorectal.
- Prévention secondaire pour les personnes à risque élevé ou très élevé de cancer colorectal :
 - le dépistage chez un homme ou une femme à risque élevé de cancer colorectal ;
 - le dépistage chez un homme ou une femme à risque très élevé de cancer colorectal.
- Référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) :
 - place des médecins de CES dans le dispositif ;
 - algorithme 1 : déroulé du dépistage en fonction du niveau de risque ;
 - algorithme 2 : procédure de dépistage organisé du cancer colorectal ;
 - algorithme 3 : conseil minimum et conduite à tenir en fonction du niveau de risque de cancer colorectal ;
 - conduite à tenir et conseil minimum selon la situation clinique :
 - homme ou femme ayant un risque modéré, élevé ou très élevé de cancer colorectal ;
 - homme ou femme ayant une symptomatologie évocatrice de cancer colorectal ;
 - homme ou femme ayant eu une exérèse d'un polype colique ;
 - données à colliger et informations à transmettre au médecin traitant.

1.2 Autres travaux HAS en lien avec la thématique

Les travaux HAS les plus récents concernent majoritairement l'évaluation des nouvelles technologies de santé : les tests immunologiques iFOBT, la coloscopie virtuelle et plus récemment la vidéocapsule colique :

- exploration par capsule colique : utilité clinique, méta-analyse des performances diagnostiques, sécurité, février 2016 ;
- guide maladie chronique. ALD n° 30 – Cancer colorectal, 2012 (4) ;
- coloscopie virtuelle : méta-analyse des performances diagnostiques, indications et conditions de réalisation, 2010 ;
- guide patient, ALD n° 30 – Cancer colorectal, 2010 ;

- recommandation pour la mise en place d'un dépistage organisé du cancer colorectal avec le test immunologique – 2008 ;
- place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France, 2008 ;
- recommandation de pratique clinique sur les indications de l'endoscopie – 2004.

Coloscopie virtuelle, HAS, 2010

En janvier 2010, la HAS a estimé le SA des deux actes de coloscopie virtuelle (« Scanographie du côlon avec insufflation [coloscopie virtuelle], sans injection intraveineuse de produit de contraste » et « Scanographie du côlon avec insufflation [coloscopie virtuelle], avec injection intraveineuse de produit de contraste ») suffisant dans les indications suivantes :

- lors d'une vidéo-coloscopie incomplète ;
- en cas de refus de vidéo-coloscopie ou en raison de comorbidités compromettant la sécurité de cette vidéo-coloscopie, dans un contexte de diagnostic de symptômes évocateurs de tumeur colorectale ou de dépistage de patients à risque élevé de cancer colorectal ;
- en cas de contre-indication médicale à la vidéo-coloscopie d'un patient ayant un test fécal positif de saignement occulte dans les selles, dans un contexte de dépistage de patients à risque moyen de cancer colorectal.

L'ASA de la coloscopie virtuelle est estimée mineure (IV) par rapport à la vidéo coloscopie qui constitue la technique de référence d'exploration colique. Dans les indications précisées ci-dessus, la coloscopie virtuelle :

- limite la perte de chance potentielle d'un patient ne pouvant être exploré par vidéo-coloscopie ;
- ne se substitue néanmoins qu'à la valence diagnostique de la vidéo-coloscopie, imposant secondairement le recours à un acte de biopsie ou d'exérèse de la lésion identifiée lorsqu'une analyse histologique s'avère nécessaire.

Capsule colique, HAS, 2016

En février 2016, la HAS a considéré que la capsule colique constitue une modalité d'exploration pouvant être réalisée chez un sujet adulte (hors contexte de maladie inflammatoire chronique intestinale) pour la recherche de polypes et de cancers dans un contexte de coloscopie optique incomplète non imputable à un défaut de préparation colique ou à une sténose digestive.

Il a été indiqué que le choix en pratique entre une capsule colique et une coloscopie virtuelle relèvera d'une décision médicale partagée impliquant une présentation aux patients des atouts, limites et incertitudes associées à chacune de ces modalités d'exploration colorectale.

Enfin, la prescription de la capsule colique doit respecter les nombreuses contre-indications et précautions d'emploi associées à cette technique et détaillées dans le rapport de la HAS.

Les études les plus récentes montrent toujours que la coloscopie avec ou sans polypectomie est l'outil le plus performant pour le dépistage et la prévention du CCR à titre individuel en réduisant son incidence et sa mortalité (5-13).

À ce jour, la coloscopie optique reste toujours l'examen de référence d'exploration colorectale en raison de ses atouts multiples (performances, polyvalence de diagnostic des lésions colorectales, association en un seul examen de l'identification d'une lésion à sa biopsie/exérèse). Destinée à des contextes cliniques courants, la coloscopie optique constitue l'un des actes les plus pratiqués¹.

¹ Elle serait mise en œuvre pour près de la moitié des cas dans un contexte de dépistage de lésions néoplasiques et dans près de 40 % des cas à des fins de diagnostic de symptômes coliques. En pratique, une polypectomie accompagne 30 à 40 % de ces examens.

2. Nouvelles données disponibles 2013-2016

Afin de déterminer la nécessité d'actualiser le référentiel des pratiques 2013 pour le dépistage chez le patient à risque élevé et très élevé de CCR, il a été recherché les RBPs publiées entre 2013 (date de publication du référentiel HAS) et novembre 2016.

Il a été recherché les recommandations de bonnes pratiques susceptibles de modifier les recommandations du référentiel de la HAS de 2013 qui concernent la place de la coloscopie comme examen de dépistage individuel et le suivi chez les patients à risque élevé et très élevé de CCR (voir annexe pour détails).

Ont été exclues de l'analyse les recommandations portant sur :

- le dépistage programmé/organisé chez le patient à risque moyen ;
- le dépistage individuel par coloscopie et/ou sigmoïdoscopie flexible chez le patient à risque moyen ;
- la prise en charge d'une situation médicale donnée (ex : prise en charge du CCR, etc.) ;
- le(s) traitement(s) et test(s) complémentaire(s) au dépistage individuel chez les patients à risque élevé et très élevé (ex : test *carcinoembryonic antigen* (CEA) dans le suivi des patients ayant un antécédent de CCR, tests biomarqueurs/génétiques pour les syndromes héréditaires, etc.) ;
- etc.

Ainsi, plusieurs recommandations de bonnes pratiques récentes ont été exclues de l'analyse ([14-20](#)).

Des revues systématiques d'intérêt récentes et certaines études spécifiques au contexte français ont pu être incluses dans le rapport et, dans ce cas, ont été rapportées à la suite des recommandations pour chaque niveau de risque considéré. Les experts membres du groupe de travail et les parties prenantes consultées ont pu aussi indiquer des publications d'intérêts.

Au final, il a été identifié et retenu pour l'analyse 40 recommandations de bonnes pratiques (voir tableau ci-après). Les principales recommandations de suivi (examens de référence et fréquence/suivi) seront rapportées selon les niveaux de risques dans les chapitres individualisés ci-après.

Il s'agit des recommandations de bonnes pratiques suivantes :

1. National Comprehensive Cancer Network 2016. Colon cancer. Version 1.2017 ([21](#)).
2. Cancer Care Ontario 2016 Follow-up Care, Surveillance Protocol, and Secondary Prevention Measures for Survivors of Colorectal Cancer: Guideline Recommendations ([22](#)).
3. American Society of Colon and Rectal Surgeons 2015. Practice Guideline for the Surveillance of Patients After Curative Treatment of Colon and Rectal Cancer ([23](#)).
4. Garcia-Carbonero 2016 SEOM/SERAM consensus statement on radiological diagnosis, response assessment and follow-up in colorectal cancer ([24](#)).
5. Société suisse de gastroentérologie 2016, Suivi postpolypectomie colique et suivi des cancers colorectaux après opération curative ([25](#)).
6. Société française d'endoscopie digestive 2016 Prévention du cancer colorectal par coloscopie, en dehors du dépistage en population. Consensus et position de la SFED ([26](#)).
7. U.S. Preventive Services Task Force 2016 Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force ([27](#)).
8. US Preventive Task Force 2016. Colonoscopy Surveillance after Colorectal Cancer Resection: Recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer ([28](#)).
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011, révisée août 2016. Diagnosis and management of colorectal cancer ([29](#)).
10. Société française d'endoscopie digestive 2015. Endoscopie digestive et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin en pédiatrie ([30](#)).

11. National Institute for Health and Clinical Excellence 2011 révisé 2014 et juin 2015. Suspected cancer: recognition and referral (31).
12. National Institute for Health and Clinical Excellence 2011, maintenue 2014 Colonoscopic surveillance for prevention of colorectal cancer in people with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas (32).
13. American College of Gastroenterology 2015 ACG Clinical Guideline: Genetic Testing and Management of Hereditary Gastrointestinal Cancer Syndromes (33).
14. American Gastroenterological Association Institute, 2015 Guideline on the Diagnosis and Management of Lynch Syndrome (34).
15. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2015. Examen de l'efficacité clinique et des lignes directrices de la coloscopie de surveillance chez le patient atteint du cancer du côlon (35).
16. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline 2015. Adult Preventive Services (Age ≥ 50) (36).
17. National Comprehensive Cancer Network 2015. Colorectal cancer screening. Version 1.2015 (37).
18. National Comprehensive Cancer Network 2016. Genetic/familial high risk assessment: colorectal. Version 2.2016 (38).
19. American Society of Clinical Oncology 2015. Hereditary Colorectal Cancer Syndromes: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the Familial Risk-Colorectal Cancer: European Society for Medical Oncology Clinical Practice Guideline (39).
20. Alberta Health Services 2014 Stages II and III colorectal cancer surveillance (40).
21. American Gastroenterological Association 2014. Guidelines on Genetic Evaluation and Management of Lynch Syndrome: A Consensus Statement by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (41).
22. Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2014. Oncogenetic testing for Lynch syndrome and familial adenomatous polyposis (42).
23. Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2014 Colon cancer: diagnosis, treatment and follow-up (43, 44).
24. Société française d'endoscopie digestive 2013. Endoscopy in inflammatory bowel disease: recommendations from the IBD Committee of the French Society of Digestive Endoscopy (SFED) (20).
25. Alberta Medical Association 2013 Colorectal cancer screening. Clinical Practice Guideline (45).
26. American College of Radiology 2013 Colorectal Cancer Screening. ACR Appropriateness Criteria (46).
27. American Society of Clinical Oncology 2013 Follow-Up Care, Surveillance Protocol, and Secondary Prevention Measures for Survivors of Colorectal Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement (47).
28. Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland 2013 Management of the malignant colorectal polyp: ACPGIBI position statement (48).
29. British Columbia Medical Services 2013 Follow-up of Colorectal Polyps or Cancer (49).
30. European Crohn's and Colitis Organisation 2013. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease (50).
31. European Society for Medical Oncology 2013 Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up (51).
32. European Society for Medical Oncology 2013 (52) Familial risk-colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines.
33. European Society for Medical Oncology 2013 Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up (53).
34. Finnish Medical Society Duodecim 2013 Screening and prevention of colorectal cancer (54).
35. Gastroenterological Society of Australia 2013 Australian guidelines for general practitioners and physicians: inflammatory bowel disease (IBD) (55).
36. Royal Australian College of General Practitioners 2013 Guidelines for preventive activities in general practice 8th edition. 9.6 Colorectal cancer (CRC) (56).

37. Société nationale française de gastro-entérologie 2011, Thésaurus National de Cancérologie Digestive. Chapitre 3. Cancer du côlon ([57](#)).
38. Société nationale française de gastro-entérologie 2013 actualisé 2016, Thésaurus National de Cancérologie Digestive. Chapitre 5. Cancer du rectum ([58](#), [59](#)).
39. Vasen *et al.* (Mallorca group), Revised guidelines for the clinical management of Lynch syndrome (HNPCC): recommendations by a group of European experts; 2013 ([60](#)).
40. European Society of Gastrointestinal Endoscopy 2013. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline ([61](#)).

Tableau 1. Principales recommandations de bonnes pratiques et rapport HTA émises depuis 2013

Auteurs/agence/année	Titre	Niveau de risque/ Commentaires
2016		
National Comprehensive Cancer Network 2016 (21)	Colon cancer. Version 1.2017	Élevé Colon cancer. Version 1.2017 (actualisation juin 2015-JUIN 2016). Toutes les recommandations sont gradées 2A (faible niveau de preuve ; consensus fort) La partie suivi coloscopie est reprise des recommandations de l'American Cancer Society et de l'US Multi society Task Force
Cancer Care Ontario 2016 (22)	Follow-up Care, Surveillance Protocol, and Secondary Prevention Measures for Survivors of Colorectal Cancer: Guideline Recommendations	Élevé : antécédents personnels de CCR*
American Society of Colon and Rectal Surgeons 2015 (23)	Practice Guideline for the Surveillance of Patients After Curative Treatment of Colon and Rectal Cancer	Élevé : antécédents personnels de CCR
SEOM/SERAM 2016 (24)	SEOM/SERAM consensus statement on radiological diagnosis, response assessment and follow-up in colorectal cancer	Élevé : antécédents personnels de CCR
Société Suisse de Gastroentérologie 2016 (25)	Suivi postpolypectomie colique et suivi des cancers colorectaux après opération curative	Élevé : antécédents personnels de CCR ou adénomes/polypes
Société française d'endoscopie digestive 2016 (26)	Prévention du cancer colorectal par coloscopie, en dehors du dépistage en population. Consensus et position de la SFED	Tous
U.S. Preventive Services Task Force 2016 (27)	Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force	Tous
US Preventive Task Force 2016 (28)	Draft Research Plan for Colorectal Cancer: Screening	Tous
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011 révisée août 2016 (29)	Diagnosis and management of colorectal cancer	Tous Dépistage, traitement et suivi : maintien des recommandations 2011 ; Révision mineure en octobre 2015 (usage cetuximab) et en août 2016 (FIT dépistage programmé) Endossement des recommandations sur les populations à risque très élevés émises par The British Society of Gastroenterology (BSG) and the Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland (ACPGBI) actualisées 2010

Auteurs/agence/année	Titre	Niveau de risque/ Commentaires
2015		
Société française d'endoscopie digestive 2015 (30)	Endoscopie digestive et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin en pédiatrie	Élevé : MICI** pédiatrie
National Institute for Health and Clinical Excellence 2011 révisé 2014 et juin 2015 (31)	Suspected cancer: recognition and referral	Élevé : antécédents de CCR Actualisation 2014 et 2015 Recommandation sur le suivi après résection CCR (Recommandations 2011 inchangée). Une actualisation a été décidée en fév. 2016 sur 3 points : diagnostique CCR (CT PET scan, association PET scan +CEA dosage, seuil minimal d'intervention par chirurgien - survie à 5 ans dépend volume d'activité)
National Institute for Health and Clinical Excellence 2011 (32)	Colonoscopic surveillance for prevention of colorectal cancer in people with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas	Élevé Révisée 2014 « static list » du NICE (à réviser tous les 5 ans en absence d'un besoin d'actualisation urgente)
American College of Gastroenterology 2015 (33)	ACG Clinical Guideline: Genetic Testing and Management of Hereditary Gastrointestinal Cancer Syndromes	Très élevé : Syndrome de Lynch
American Gastroenterological Association Institute 2015 (34)	Guideline on the Diagnosis and Management of Lynch Syndrome	Très élevé : Syndrome de Lynch
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2015 (35)	Examen de l'efficacité clinique et des lignes directrices de la coloscopie de surveillance chez le patient atteint du cancer du côlon	Élevé : antécédent personnel de CCR RBPs élaborée à partir de 4 RBPs (CCA CCO ESMO NICE) publiées entre 2010 et mars 2015)
Michigan Quality Improvement Consortium Guideline 2015 (36)	Adult Preventive Services (Age ≥ 50)	Tous
National Comprehensive Cancer Network 2015 (37)	Colorectal cancer screening. Version 1.2015 Colorectal cancer screening. Version 2.2016	Très élevé et élevé Actualisation 2016 (actualisation oct. 2014-oct. 2015). Toutes les recommandations sont gradées 2A (faible niveau de preuve ; consensus fort)
National Comprehensive Cancer Network 2015 (38)	Genetic/familial high risk assessment: colorectal. Version 2.2016	Très élevé : antécédents familiaux Actualisation 2016
American Society of Clinical Oncology 2015 (39)	Hereditary Colorectal Cancer Syndromes: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the Familial Risk–Colorectal Cancer: European Society for Medical Oncology Clinical Practice Guideline	Très élevé Endossement des RBPs émises par European Society for Medical Oncology ESMO de 2013
2014		

Auteurs/agence/année	Titre	Niveau de risque/ Commentaires
Alberta Health Services 2014 (40)	Stages II and III colorectal cancer surveillance	Élevé : antécédents de CCR
American Gastroenterological Association 2014 (41)	Guidelines on Genetic Evaluation and Management of Lynch Syndrome: A Consensus Statement by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer	Très élevé
Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2014 (42)	Oncogenetic testing for Lynch syndrome and familial adenomatous polyposis	Très élevé
Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2014 (43 , 44)	Colon cancer: diagnosis, treatment and follow-up Colon cancer: diagnosis, treatment and follow-up – Appendix	Élevé : antécédents personnels de CCR L'analyse est basée sur 11 RBPs
2013		
Société française d'endoscopie digestive 2013 (20)	Endoscopy in inflammatory bowel disease: recommendations from the IBD Committee of the French Society of Digestive Endoscopy (SFED)	Élevé : MICI
Alberta Medical Association 2013 (45)	Colorectal cancer screening. Clinical Practice Guideline - Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP) Post Polypectomy Surveillance Guidelines June 2013	Élevé : antécédents adénomes/polypes Révisée juillet 2015
American College of Radiology 2013 (46)	Colorectal Cancer Screening. ACR Appropriateness Criteria	Tous
American Society of Clinical Oncology 2013 (47)	Follow-Up Care, Surveillance Protocol, and Secondary Prevention Measures for Survivors of Colorectal Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement	Élevé Endossement ATCD Cancer Care Ontario (CCO) Guideline CCR
Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland 2013 (48)	Management of the malignant colorectal polyp: ACPGBI position statement	Élevé RBP traitement
British Columbia Medical Services 2013 (49)	Follow-up of Colorectal Polyps or Cancer	Élevé : antécédents adénomes/polypes
European Crohn's and Colitis Organisation 2013 (50)	European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease	Élevé : MICI Toutes endoscopies dans diagnostic caractérisation MICI et suivi
European Society for Medical Oncology 2013 (51)	Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Très élevé : antécédents de CCR
European Society for Medical Oncology 2013 (52)	Familial risk-colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines	Très élevé : antécédents familiaux Sont endossées en 2015 par ASCO
European Society for Medical Oncology 2013 (53)	Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up	Élevé : antécédents de CCR

Auteurs/agence/année	Titre	Niveau de risque/ Commentaires
Finnish Medical Society Duodecim 2013 (54)	Screening and prevention of colorectal cancer	Tous
Gastroenterological Society of Australia 2013 (55)	Australian guidelines for general practitioners and physicians : inflammatory bowel disease (IBD)	Élevé : MICI*
Royal Australian College of General Practitioners 2013 (56)	Guidelines for preventive activities in general practice 8 th edition. 9.6 Colorectal cancer (CRC)	Tous
Société nationale française de gastro-entérologie 2013 actualisé 2016 (58, 59)	Thésaurus National de Cancérologie Digestive. Chapitre 5. Cancer du rectum	Tous
Société nationale française de gastro-entérologie 2011 (57)	Thésaurus National de Cancérologie Digestive. Chapitre 3. Cancer du côlon	Tous
Mallorca group 2013 (60)	Revised guidelines for the clinical management of Lynch syndrome (HNPCC): recommendations by a group of European experts;	Très élevé : syndrome de Lynch
European Society of Gastrointestinal Endoscopy.2013 (61)	Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline.	Élevé : antécédent adénomes/polypes

*CCR cancer colorectal ; **MICI maladies inflammatoires chronique de l'intestin ; ***RBP recommandations de bonnes pratiques.

3. Facteurs de risque, niveaux de risques

3.1 Facteurs de risque

Les données de ce paragraphe sont issues du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) (3).

Les cancers colorectaux sont sporadiques dans 80 % des cas, surviennent dans un contexte familial dans 15 % des cas et sont liés à une prédisposition génétique dans 5 % des cas.

On distingue plusieurs catégories de facteurs de risque de CCR :

- facteurs de risque liés à l'âge ;
- facteurs de risque liés à une mutation génétique ;
- facteurs de risque liés à une maladie inflammatoire du côlon ;
- facteurs de risque liés à un antécédent familial ou personnel d'adénome ou de cancer colorectal ;
- facteurs liés au mode de vie.

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.

Facteur de risque lié à l'âge

L'âge supérieur à 50 ans est le principal facteur de risque de cancer colorectal.

90 % des cancers colorectaux sont diagnostiqués à partir de 50 ans. Le risque d'avoir un cancer colorectal dans la population âgée de 50 à 74 ans sans autre facteur de risque que l'âge a été estimé à 3,5 %.

Facteur de risque lié à une mutation génétique

Le syndrome de Lynch

Le syndrome de Lynch (ou anciennement appelé cancer colorectal héréditaire sans polypose, et en anglais *hereditary non-polyposis colorectal cancer* HNPCC) est la forme la plus fréquente des cancers colorectaux héréditaires. Sa transmission est autosomique dominante. L'anomalie touche les gènes des protéines de réparation des mésappariements (MMR) des erreurs de réplication de l'ADN : MSH2, MLH1, MSH6 (dont la mutation BRAF V600E).

Ce syndrome est suspecté devant la présence des critères d'Amsterdam² et doit être confirmé par l'analyse génétique.

- Au moins trois sujets atteints de cancers du spectre du syndrome de Lynch (côlon-rectum, endomètre, ovaire, grêle, uretère ou cavités excrétrices rénales) histologiquement prouvés.
- Les sujets atteints doivent être unis deux à deux par un lien de parenté au 1^{er} degré sur deux générations.
- Un des cancers doit avoir été diagnostiqué avant l'âge de 50 ans.
- Les formes incomplètes sont fréquentes.

² Olschwang S. Cancer du côlon héréditaire non polyposique (syndrome HNPCC). Encyclopédie Orphanet 2004. <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-hnpcc.pdf> - [consulté en 01/2017].

AMSTERDAM (tous les critères) : - Au moins trois sujets atteints de cancers du spectre HNPCC restreint ; - Au moins un sujet est parent au 1^{er} degré avec deux autres ; - Au moins deux générations successives ; - Au moins un cas < 50 ans ; - PAF exclue.

BETHESDA (au moins un critère) - CCR < 50 ans ; - 2nd CCR synchrone ou métachrone ; - 2nd cancer du spectre HNPCC élargi ; - Anatomopathologie évocatrice et MSI < 60ans ; - CCR avec au moins un parent au 1^{er} degré présentant une tumeur du spectre HNPCC < 50 ans ; - CCR avec au moins deux parents au 1^{er} ou 2^e degré présentant une tumeur du spectre HNPCC, indépendamment de l'âge.

Le risque de cancer colorectal chez les hommes ou les femmes ayant un syndrome de Lynch serait de 80 % (62).

Le risque de cancer rectal métachrone (cancer faisant suite au traitement) 12 ans après colectomie serait de 12 %.

Les polyposes adénomateuses familiales

Les polyposes adénomateuses familiales (PAF) sont caractérisées par la présence de centaines ou de milliers d'adénomes au niveau du côlon ou du rectum et sont liées à deux types de mutations :

- une transmission autosomique dominante à forte pénétrance d'une mutation du gène APC (5q21-q22)³ ;
- une transmission autosomique récessive de la mutation du gène MUTYH (1p34.1).

Dans les deux cas, il existe des manifestations extra-coliques bénignes et malignes qui peuvent être responsables d'une morbidité importante (tumeur desmoïde et tumeur duodénale). Des formes atténuées ont été observées avec les deux mutations.

En l'absence de traitement, le risque de cancer colorectal est de 100 %. La fréquence cumulée de cancer sur le rectum restant après colectomie serait comprise, selon les données de la littérature, entre 5 % et 10 % à 50 ans et entre 14 % et 30 % à 60 ans.

Autres

De rares cancers coliques d'origine génétique (moins de 0,1 % des cas de cancers colorectaux) sont caractérisés par la présence de polypes hamartomes. Cette catégorie inclut, entre autres, le syndrome de Peutz-Jeghers (transmission autosomique dominante de l'anomalie moléculaire STK11 localisée sur le chromosome 19q13), la polypose juvénile (mutation du gène SMAD4).

Facteur de risque lié à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) regroupent deux maladies qui se caractérisent par une inflammation de la paroi d'une partie du tube digestif évoluant par poussées : la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique. Ces maladies touchent environ une personne sur mille (incidence de cinq cas/100 000 habitants/an). Elles seraient secondaires à une prédisposition génétique à laquelle peuvent s'associer des cofacteurs immunologiques et environnementaux. Le risque de CCR au cours d'une MICI est lié à la survenue d'une dysplasie de la muqueuse colique dont la pathogénie et l'aspect sont différents de ceux d'adénomes sporadiques précurseurs de CCR dans la population non atteinte de MICI. Les lésions dysplasiques liées aux MICI sont souvent planes, subtiles et multifocales d'où le recours à la Chromoendoscopie et/ou biopsies étagées.

Maladie de Crohn avec atteinte colique

Les manifestations cliniques dépendent de la localisation de la maladie : douleurs abdominales, diarrhée et/ou syndrome dysentérique, le plus souvent muco-hémorragique, atteinte de la région ano-périnéale, avec parfois signes généraux et/ou manifestations systémiques. L'augmentation du risque de cancer colorectal est observée après 6 à 10 ans d'évolution en cas d'atteinte colique au-delà du sigmoïde. Le risque de cancer colorectal varie avec l'âge de début de la maladie de Crohn : augmentation du risque de 3 % si début à 30 ans et de 10 % si début à 45 ans.

³ Bercovich D, Half E, Rozen P. Polypose adénomateuse familiale 2009. <http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=733.0> [consulté en 05/2012].

Rectocolite hémorragique

Le caractère évolutif de la rectocolite hémorragique est défini par l'existence d'une diarrhée et/ou d'un syndrome dysentérique, le plus souvent muco-hémorragique. L'augmentation du risque de cancer colorectal est observée après 6 à 10 ans d'évolution. Il est d'autant plus élevé que la maladie a commencé jeune.

Facteur de risque lié à un antécédent familial ou personnel d'adénome ou de cancer colorectal

Antécédent familial de cancer colorectal

Chez un homme ou une femme ayant un antécédent familial de cancer colorectal, le risque de cancer dépend du nombre de parents touchés, de l'âge du ou des cas index et du degré de parenté avec ce ou ces dernier(s).

Antécédent familial d'adénome colorectal

Il existe un sur-risque de cancer dans la fratrie et chez les enfants d'une personne ayant eu un antécédent familial.

Antécédent personnel de cancer colorectal

Chez un homme ou une femme qui a eu une résection complète d'un cancer colorectal, le risque d'un nouveau cancer colorectal est significativement plus élevé dans les cinq premières années suivant le traitement du cancer colorectal initial.

Antécédent personnel d'adénome colorectal

Chez un homme ou une femme ayant eu une résection d'un adénome, le risque d'un nouvel adénome colorectal est multiplié par quatre si l'adénome avait une structure villositaire ou était d'un diamètre > 10 mm, et est multiplié par sept si les adénomes étaient multiples.

Facteurs de risque liés au mode de vie

La consommation d'alcool

La consommation d'alcool augmente le risque de cancer colorectal. Le risque augmente avec la quantité et l'effet dépend de la quantité totale d'alcool consommée et non du type d'alcool.

Les mécanismes en jeu sont la carence en folate et la transformation de l'alcool en acétaldéhyde (molécule cancérigène) par le microbiote colique. L'alcool est classé dans le groupe 1 dit agents nutritionnels cancérigènes pour l'homme.

Le tabagisme

Le tabac est un facteur indépendant de l'alcool pour le risque d'adénome et de cancer rectocolique. Le risque de cancer colorectal est d'autant plus élevé que le nombre d'années de tabagisme, le nombre de cigarettes/jour et le nombre de paquets/année sont élevés (63).

Le risque combiné tabac-alcool, chez les consommateurs importants d'alcool (> 60 g/j) et de tabac, est 8,6 fois plus élevé que celui des non-fumeurs buvant moins de 10 g d'alcool/j.

Le surpoids et l'obésité

Pour une augmentation de l'indice de masse corporelle (IMC) de 5 kg/m², le pourcentage d'augmentation du risque de cancer colorectal a été estimé à 15 %. Chez une personne obèse (IMC > 30 kg/m²), l'augmentation du risque est de 33 % par comparaison à une personne ayant un IMC compris entre 18 et 25 kg/m² (SIGN).

Une augmentation significative du risque est également observée avec l'augmentation de l'adiposité abdominale (qu'elle soit mesurée par le rapport tour de taille/tour de hanches ou simplement par le tour de taille).

Les mécanismes en jeu sont l'augmentation des taux endogènes de certaines hormones et facteurs de croissance (insuline, hormones sexuelles, leptine, *insulin-like growth factor-1* [IGF-1]) qui sont impliqués dans des fonctions biologiques jouant un rôle important dans la cancérogenèse telles que la prolifération, la différenciation et le métabolisme des cellules. L'obésité induit un état inflammatoire chronique (augmentation des taux sanguins de facteurs pro-inflammatoires tels que le *tumor-necrosis factor- α* [TNF α], l'interleukine 6 [IL-6], la protéine C-réactive ainsi que de la leptine, qui favorisent la prolifération cellulaire).

La consommation de viande et de charcuterie

La consommation de viandes rouges (bœuf, veau, mouton, agneau, porc, chèvre) et de charcuteries (viandes conservées par fumaison, séchage, salage ou addition de conservateurs) augmente le risque de cancer colorectal. Le risque est augmenté de 29 % par portion de viande consommée de 100 g/j et de 21 % par portion de 50 g de charcuterie/j.

Les mécanismes en jeu sont liés à un apport de sels nitrités (charcuterie) ou à la production de composés N-nitrosés cancérogènes, de radicaux libres et de cytokines pro-inflammatoires liés à l'excès de fer héminique. Les nitrites ingérés sont classés dans le groupe 2 des agents probablement cancérogènes pour l'homme.

Autres facteurs de risque : l'acromégalie

Chez un homme ou une femme ayant une acromégalie, le risque d'adénome et de cancer colorectal est multiplié par deux à trois. Les mécanismes en jeu sont liés à la sécrétion en excès d'hormone de croissance (somathormone) qui stimule la production du facteur de croissance IGF1 et la prolifération cellulaire.

3.2 Niveaux de risques et dépistage en France

Selon les recommandations françaises les plus récentes INCa (64) et HAS (3) la stratégie de dépistage organisé ou individuel se détermine selon les niveaux de risques classés selon trois degrés :

- niveau de risque moyen ;
- niveau de risque élevé ;
- niveau de risque très élevé.

À chaque niveau de risque correspondent des recommandations adaptées de suivi.

- *Les personnes à risque moyen*

Les hommes et les femmes de plus de 50 ans sont considérés comme des individus à risque moyen de développer un cancer colorectal. Le risque augmente à partir de 50 ans. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 70 ans.

↳ Le suivi repose sur la réalisation tous les 2 ans d'un test de recherche de sang dans les selles dans le cadre du programme national de dépistage organisé.

- *Les personnes à risque élevé*

Les personnes qui ont déjà eu un cancer colorectal ou un adénome de plus d'un centimètre.

Les personnes dont un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant) a été atteint d'un cancer colorectal ou d'un adénome de plus d'un centimètre avant 65 ans, et celles dont deux parents ont été atteints quel que soit l'âge au moment du diagnostic.

Les personnes atteintes de maladie inflammatoire chronique de l'intestin étendue au moment du diagnostic et évoluant depuis plus de 10 ans.

↳ Le suivi consiste en la réalisation régulière d'une coloscopie.

- *Les personnes à risque très élevé*

Les personnes atteintes de polypose adénomateuse familiale (PAF).

Les personnes atteintes du syndrome de Lynch).

↳ Le suivi repose sur des consultations d'oncogénétique (voir le dispositif national d'oncogénétique⁴) et la réalisation régulière de chromocoloscopies.

Le rappel des recommandations 2013 est rapporté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2. Classification des niveaux de risques de CCR et stratégie de dépistage organisé et dépistage individuel, recommandations INCa HAS 2013

Risque moyen	Risque élevé	Risque très élevé
Population asymptomatique de plus de 50 ans et sans facteur de risque	Antécédent familial de cancer colorectal au premier degré (avant 60 ans ou deux parents 1 ^{er} degré quel que soit l'âge).	Polypose adénomateuse familiale (PAF).
	Antécédent personnel de tumeur recto-colique (adénome ou cancer).	Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch).
	Maladie inflammatoire chronique MICI (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn) étendue évoluant depuis plus de 10 ans.	
Conduites à tenir		
Programme de dépistage organisé du CCR Tests immunologiques (tous les 2 ans si négatifs et hors symptômes)	Coloscopie (tous les 3 ou 5 ans selon la présence ou non d'adénomes).	Chromo coloscopie. (Consultation d'oncogénétique ¹).

Avis du groupe de travail

Les membres du GT ont indiqué l'importance d'individualiser les polyposes adénomateuses liées à la mutation APC et celles liées à la mutation MYH car elles correspondent à deux situations différentes.

⁴ Pour plus d'informations sur le dispositif national d'oncogénétique sur la consultation <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique/Le-dispositif-national-d-oncogenetique>; Tests somatiques recherchant une déficience du système MMR au sein des tumeurs du spectre du syndrome de Lynch, collection Outils pour la pratique, INCa, juin 2016.

3.3 Scores de risque

De nombreux autres facteurs de risque, génétiques et environnementaux, font l'objet de recherches sur leurs liens possibles avec la survenue (voire la protection) de néoplasie colorectale (65) et sont intégrés dans des modèles de score de risque.

Au niveau individuel, le risque s'accroît à mesure qu'on cumule les facteurs de risque, en particulier en raison de facteurs environnementaux et/ou des comorbidités.

Plusieurs scores de risque ont été publiés. Pour grand nombre d'entre eux, six à sept variables sont prises en compte parmi les critères suivants : âge, antécédent familial, sexe, tabagisme, IMC, diabète, consommation de légumes verts, consommation d'aliments frits, consommation de viande blanche, poisson ou volaille, consommation d'alcool, consommation de viande rouge, prise d'AINS et antécédent personnel de polype.

Plusieurs revues systématiques (66-68) ont rapporté de ces modèles de scores de risque développés à partir d'études observationnelles (cohortes ou études cas-contrôle) ou en population générale.

Une des plus récentes, publiée en 2016 par Usher-Smith *et al.* (68), a recensé près de 52 modèles de scores de risque intégrant 87 facteurs de risque en plus des facteurs génétiques et des variations du polymorphisme du nucléotide simple (SNP *Single Nucleotide Polymorphism*).

Parmi ces facteurs de risque :

- caractéristiques personnelles : âge MBI genre, consanguinité, historique familial de CCR poids, ethnique, statut marital, etc. ;
- historique médical personnel : interventions chirurgicales, hypertension, diabète, maladies coronariennes, maladie inflammatoire chronique, antécédents de polypes, cancers, etc. ;
- facteurs hormonaux féminins : HRT – passé ou présent), usage d'œstrogènes, statut ménopause, âge de la ménopause, âge du 1^{er} enfant, etc. ;
- style de vie : consommation d'alcool, de tabac, activité physique, sommeil ;
- supplémentation vitamines et médicaments : usage de AINS, aspirine, multivitaminés, calcium, vitamine D, C ou E, etc. ;
- régime alimentaire : consommation de fibre, viande, viande rouge, légumes, type de légumes, lipides, index glycémique des aliments, thé, huile olive, fruit, œufs, régimes, type de cuisson des aliments, etc. ;
- biomarqueurs : glucose, hyperlipidémie, cholestérol, triglycérides, hémoglobine ;
- autres tests : dépistages individuels précédents (immunologiques, coloscopie, sigmoïdoscopie).

Les modèles intègrent en moyenne sept facteurs [2-20], les plus fréquents étant l'âge, le sexe, l'IMC, l'historique familial de CCR.

Les modèles proposés ont été développés sur des populations d'origines différentes et étaient basés sur des données médicales et/ou des questionnaires et/ou tests sanguins/biomarqueurs génétiques ; six modèles n'incluent que des données médicales disponibles « en routine » alors que la majorité (n = 32) inclut des variables recueillies par auto-questionnaire (antécédents familiaux, activité physique, habitude alimentaire, nutrition, etc.). De même, la majorité des modèles ont été développés sur des populations mixtes et seuls 16 modèles exclusivement sur des populations féminines ou masculines.

Les auteurs de la revue ont rapporté une discrimination jugée acceptable pour la moitié des modèles (aire sous la courbe > 0,7, n = 37) ainsi que pour les modèles (aire sous la courbe 0,71-0,78, n = 10) ayant réalisé une validation externe qui serait comparable aux modèles de risque développés pour le cancer du sein et le mélanome.

Selon les auteurs, la comparaison des modèles, selon la source des variables (données médicales dites « de routine » et/ou questionnaires et/ou marqueurs génétiques) et le nombre de variables,

n'a pas montré d'amélioration nette de la discrimination par l'augmentation du nombre de variables dans les modèles avec l'ajout de données complémentaires (en particulier par auto-questionnaires) aux données issues des données médicales de routine. Les modèles les plus discriminants, incluant uniquement des facteurs génétiques et développés sur de petites études « cas contrôle », nécessitent des investigations futures.

En 2014, la revue systématique de Ma *et al.* (67) a recensé neuf modèles prédictifs du **risque de néoplasie colorectale** développés entre 1990 et 2013. Si les modèles restent hétérogènes au regard de la population d'étude (majoritairement États-Unis et Asie), des facteurs inclus (médiane 4 [2 à 10]), des résultats étudiés (CCR ou néoplasie) et des niveaux de risques définis par les auteurs (deux ou trois, en majorité), la majorité des modèles ont inclus l'âge, le sexe, l'usage de tabac, l'obésité et les antécédents familiaux comme facteurs de risque. Les auteurs de la revue ont rapporté que seuls deux modèles présentaient une puissance jugée suffisante (aire sous la courbe > 0,7).

Proposition SFED sur la redéfinition du risque moyen et risque élevé en fonction score de risque

S'ils ne font pas l'objet d'un consensus scientifique et sont encore discutés, l'usage des scores de risque pourrait permettre à terme de mieux définir la population à risque moyen et élevé.

Ainsi, si le dépistage en France recommandé reste basé sur trois niveaux de risque, la Société française d'endoscopie digestive a proposé récemment l'usage d'un score de risque incluant cinq variables (âge, antécédents familial, sexe, tabac, IMC) afin d'identifier les sujets présentant un risque plus élevé en raison de facteurs personnels.

Dans un travail publié en 2014 (69) visant à redéfinir le risque élevé pour le dépistage par coloscopie, il a été indiqué par la SFED qu'il existe aussi, d'individualisation plus récente, des facteurs de risque environnementaux (tabac, diabète, alcool, portage d'*Helicobacter pylori*, obésité, nutrition) responsables d'un sur-risque significatif de CCR, même en l'absence d'ATCDs familiaux. Ces facteurs font l'objet de scores prédictifs de risque qui pourraient à terme servir à identifier les individus susceptibles de bénéficier d'une coloscopie et ceux relevant d'un dépistage organisé en population.

C'est ainsi qu'en 2016, la SFED (26) a souhaité élargir les indications de la coloscopie au sujet à risque moyen en cas de sur-risque lié à des facteurs environnementaux ou comorbidités ainsi que les patients à risque élevés par antécédents familiaux de CCR à degré de parenté au 2^e et 3^e degrés (voir chapitre risque élevé pour antécédents familiaux de CCR).

- Risque moyen âgé de plus de 50 ans

Une coloscopie de prévention peut être réalisée à titre individuel chez un sujet âgé de plus de 50 ans à risque moyen de CCR, après information sur ses avantages et inconvénients, et avec son consentement éclairé.

- Risque élevé pour comorbidités et/ou facteurs environnementaux

Le score de Kaminski, retenu par la SFED parmi huit modèles en raison de sa simplicité, a été élaboré sur deux études de cohortes polonaises soumises à coloscopie (incluant 20 % avec un ou plusieurs antécédents familiaux). Dans ce modèle, les critères retenus pour définir le risque individuel de néoplasie colorectale sont l'âge (quatre classes de 40 à > 60 ans), l'antécédent familial (1^{er} degré et âge de survenue), le sexe, la consommation de tabac (+/-11 paquets-année) et l'IMC (+/-30). Le score correspond à la somme des points (de 0 à 3) affectée aux six variables. Selon ce modèle, le risque des sujets est inférieur à 5 % pour un score de (0-2), compris entre 5-10 % pour un score de (3-4) et compris entre 10-20 % pour un score ≥ 5 .

Selon la SFED, une coloscopie de prévention est recommandée en cas de sur-risque significatif de CCR lié à une exposition à des facteurs environnementaux ou à des comorbidités, définie par un score de Kaminski supérieur ou égal à cinq.

4. Dépistage chez le patient à risque élevé : antécédent personnel de cancer colorectal

4.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé

Chez les personnes à risque élevé de cancer colorectal, la coloscopie de dépistage sera préconisée d'emblée sans réaliser au préalable un test de recherche de sang occulte dans les selles.

Homme ou femme ayant un antécédent personnel de cancer colorectal

Chez une personne ayant un antécédent de cancer colorectal traité par chirurgie, si la coloscopie avant l'intervention était complète, une coloscopie de contrôle est recommandée après 2-3 ans, puis après 5 ans, si celle à 2-3 ans était normale.

Au-delà de cette durée, la surveillance colique recommandée est une coloscopie tous les 5 ans, du fait d'un risque de second cancer.

4.2 Nouvelles données

Recommandations de bonne pratique

Il a été retenu les 21 recommandations de bonnes pratiques suivantes :

1. National Comprehensive Cancer Network 2016 Colon cancer. Version 1.2017 (38).
2. US Preventive Task Force 2016 Colonoscopy Surveillance after Colorectal Cancer Resection: Recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer(28) et U.S. Preventive Services Task Force 2016 Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force (27).
3. Garcia-Carbonero 2016 SEOM/SERAM consensus statement on radiological diagnosis, response assessment and follow-up in colorectal cancer (24).
4. Cancer Care Ontario 2016 Follow-up Care, Surveillance Protocol, and Secondary Prevention Measures for Survivors of Colorectal Cancer: Guideline Recommendations(22).
5. American Society of Colon and Rectal Surgeons 2015. Practice Guideline for the Surveillance of Patients After Curative Treatment of Colon and Rectal Cancer (23).
6. Société suisse de gastroentérologie 2016. Suivi postpolypectomie colique et suivi des cancers colorectaux après opération curative (25).
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011, révisée août 2016. Diagnosis and management of colorectal cancer (29).
8. National Institute for Health and Clinical Excellence 2011 révisé 2014 et juin 2015. Suspected cancer: recognition and referral (31).
9. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2015. Examen de l'efficacité clinique et des lignes directrices de la coloscopie de surveillance chez le patient atteint du cancer du côlon (35).
10. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline 2015 Adult Preventive Services (Age \geq 50) (36).
11. Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2014 Colon cancer: diagnosis, treatment and follow-up (43, 44).
12. Alberta Health Services 2014 Stages II and III colorectal cancer surveillance (40).
13. Alberta Medical Association 2013.
14. American Society of Clinical Oncology 2013 Follow-Up Care, Surveillance Protocol, and Secondary Prevention Measures for Survivors of Colorectal Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement (47).
15. Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland 2013. Management of the malignant colorectal polyp: ACPGIBI position statement (48).

16. British Columbia Medical Services 2013 Follow-up of Colorectal Polyps or Cancer (49).
17. European Society for Medical Oncology 2013. Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up (51).
18. European Society for Medical Oncology 2013. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up (53).
19. Finnish Medical Society Duodecim 2013 Screening and prevention of colorectal cancer (54)
20. Société nationale française de gastro-entérologie 2013 actualisé 2016. Thésaurus National de Cancérologie Digestive. Chapitre 5. Cancer du rectum (58).
21. Société nationale française de gastro-entérologie 2011. Thésaurus National de Cancérologie Digestive. Chapitre 3. Cancer du côlon (57).

Les recommandations spécifiques au suivi endoscopique sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3. Recommandations sur le suivi endoscopique chez le patient à risque élevé de CCR : antécédent personnel de CCR

Auteurs/année	Risque élevé : Antécédent personnel de tumeur recto-colique
Haute Autorité de Santé 2013	Coloscopie (tous les 3 ou 5 ans selon la présence ou non d'adénomes)
National Comprehensive Cancer Network 2017	Colon cancer. Version 1.2017 (Suivi coloscopie selon les recommandations de American Cancer Society et US Multi society Task Force). Suivi après résection CCR : <u>Après stade I</u> une coloscopie à 1 an, répétée à 1 an si adénomes avancé, répétée à 3 ans puis tous les 5 ans si pas d'adénomes. <u>Après stade II ou III</u> : coloscopie 1 ^{re} année après résection (exception sous 3 à 6 mois intervention si pas eu de coloscopie préopératoire en raison de lésion avec obstruction), répétée à 1 an si adénome avancé, ou répétée à 3 ans (i.e. 4 ^e après résection) puis si ok tous les 5 ans ; PET/CT non recommandé. <u>Après stade IV</u> : coloscopie 1 ^{re} année après résection (exception sous 3 à 6 mois intervention si pas eu de coloscopie préopératoire en raison de lésion avec obstruction), répétée à 1 an si adénome avancé, ou répétée à 3 ans (i.e. 4 ^e après résection) puis si ok tous les 5 ans ; PET/CT non recommandé. Pas de différence dans le suivi par coloscopie selon stade (II III et IV) ; variation sur autres tests.
US Preventive Task Force 2016	Démarrage du suivi : 1 ^{re} coloscopie 1 an après la résection (exception sous 3 à 6 mois intervention si pas eu de coloscopie préopératoire en raison de lésion avec obstruction), répétée à 3 ans (i.e. 4 ans après la résection) puis à 5 ans (i.e. 9 ans après la résection). Puis suivi tous les 5 ans à définir selon les bénéfices attendus (en particulier : espérance de vie). Si détection d'adénomes, le suivi/délais sera celui défini pour la surveillance de polypes (hors syndrome de Lynch). Il n'y a pas assez de données pour recommander les tests immunologiques (FIT ou DNA fécal) en routine pour le suivi après résection pour CCR.
Spanish Society of medical oncology /radiology (SEOM/SERAM) 2016	Suivi des patients après résection stade I-III : endossement des recommandations américaines et européennes. Suivi endoscopique : coloscopie à 1 an (ou 6 mois si coloscopie préopératoire incomplète) ; puis la 3 ^e ou 4 ^e année après résection, puis tous les 5 ans.
American Society of Colon and Rectal Surgeons 2015	Suivi des patients après résection tous stade : coloscopie à 1 an de la résection (ou sous les 3 à 6 mois si coloscopie préopératoire incomplète) puis selon résultat, généralement tous les 3 à 5 ans selon résultats 1 ^{re} coloscopie postopératoire.
Cancer Care Ontario (CCO) 2016	Coloscopie à 1 an de la résection (sous les 3 à 6 mois si coloscopie préopératoire incomplète) puis selon résultat, généralement tous les 5 ans si résultats normaux. Avec pour borne inférieure (<i>under use</i>) : < 1 sous les 3 ans puis < 1 tous les 5 ans) et pour borne supérieure (<i>over use</i>) : > 1 an).
Société Suisse de Gastroentérologie 2016	Basée sur EBM 2014 et RBP's américaines et européennes ESGE 2013, US-MSTF 2012, ESGE 2013, BSG 2010, NICE 2011, SFDE 2013, NCCN. Tous stades : coloscopie totale préopératoire ou postopératoire sous 3 mois puis à 1 an et 48 mois après opération curative puis coloscopie de contrôle tous les 5 ans.
Michigan Quality Improvement Consortium Guideline 2015	Selon FR de 50 à 75 ans : FOBT /an ou highFOBT /3ans + sigmoïdoscopie /5 ans ou Coloscopie /10ans.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	Coloscopie tous 5 ans et selon suspicion récidive. <i>Rmq : il est indiqué pas de preuve que le FOBT est une valeur dans le suivi post résection curative.</i>

Auteurs/année	Risque élevé : Antécédent personnel de tumeur recto-colique
2011 révision 2016	
National Institute for Health and Clinical Excellence 2011	Coloscopie la 1 ^{re} année après résection puis tous les 5 ans (selon statut adénomes) sauf signes récidives (Recommandations 2011 inchangée). Possibilité d'un arrêt de suivi régulier (décision bénéfice-risque entre le médecin patient).
Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2015	Coloscopie. 1 an après résection puis tous les 5 ans (selon statut adénome, 3 ans). Basé sur trois revues systématiques dont deux publiées en 2014 et quatre RBP's NICE 2014, ESMO 2013), CCO (2012) et CCA (2011) : dosage <i>carcinoembryonic antigen</i> , CEA et coloscopies associés → meilleure survie ; intervalles optimaux de suivi non précisés, 90 % des récurrences sous 6 mois.
Alberta Medical Association 2013	Dans le cadre de : Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP) Post Polypectomy Surveillance Guidelines June 2013. Basée sur CPGs British Society of Gastroenterology; Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland. Patients avec un antécédent de CCR → Les patients atteints de cancer du côlon et du rectum devraient subir une évaluation de la résection colique de haute qualité péri-opératoire. Dans le cas de tumeurs non obstructives, cela peut être fait par colonoscopie préopératoire. → Les patients après résection CCR → coloscopie sous 1 an puis, si résultat normal à 3 ans, l'intervalle peut être réduit si situation, sinon, en cas résultat normal à 5 ans. → Le suivi de récurrence rectale est généralement réalisé tous les 3 à 6 mois sur les 2-3 années dans le cas d'une résection antérieure basse.
Alberta Health Services 2014	Après stade II ou III : coloscopie 1 ^{re} année après résection puis si ok 3 ans (i.e. 4 ^e année après résection) puis si ok tous les 5 ans.
Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2014	Coloscopie : sous 6 mois après résection puis à 1 an et à 5 ans. Pas de rôle de tests immunologiques pour suivi d'ATCD CCR.
Finnish Medical Society Duodecim 2013	Patients à risque élevé de CCR : <ul style="list-style-type: none"> • Patients avec adénomes ou antécédents de CCR ; • ATCD familiaux, atteints de colites ulcératives ; • Patients avec prédisposition génétique (HNPCC, PAF). Méthode de suivi : toujours par coloscopie. Fréquence de suivi : Fréquence de suivi selon les résultats (nombres, taille (> à 1 cm ou non), grade des adénomes, situation) ; en cas d'examen incomplet ou de résection partielle une coloscopie supplémentaire est à effectuer 1-6 mois après. Patients avec CCR ou adénomes (âge < 75 ans) ATCD CCR et polypes : risque augmenté de néoplasie à haut niveau sous les 10 ans <ul style="list-style-type: none"> • Suivi tous les 2-3 ans : si HPNCC, si adénome > 1 cm, vilieux ou tubulovilieux, ou adénomes multiples ; • Suivi tous les 5 ans : si ATCD CCR (après la période de suivi post opératoire) • Suivi tous les 5-10 ans si 1 à 2 adénomes tubuleux < 1 cm ; • Pas de suivi après résection adénome unique < 5 mm ; • À partir de 75 ans, le suivi à long terme de tous les patients est à discuter selon indications spécifiques à partir de 75 ans). Patient avec colites ulcératives : le suivi peut varier selon les hôpitaux et selon les risques individuels (ex : existence de CCR familiaux). En principe : suivi tous les 2-3 ans, débuté à 8 ans après la colite. Autres recommandations (patients PAF et HPNCC) : registres nationaux s'ils existent, chirurgie prophylactique (PAF à 20-25 ans), HNPCC avec CCR.
American Society of Clinical Oncology 2013	Endossement des recommandations CCO. Coloscopie : à 1 an après résection (ou le plus tôt possible après fin traitement adjuvant si pas de coloscopie préopératoire) puis à 5 ans si résultat normal.
Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI) 2013	Coloscopie : à 1 an après résection puis délais selon résultats si résultat normal : à 3 ans puis à 5 ans ; intervalle plus court en cas d'adénomes ou HNPCC. Pas de rôle de tests immunologiques FOBT dans le suivi d'ATCD CCR.
British Columbia Medical Services 2013	Selon type polypes/adénomes coloscopie tous les 3 ans (adénomes) 5 ans (1 ou ++ < 1 cm) ou 10 ans (1 ou 2 < 1 cm). Après cancer : coloscopie 1 ^{re} année après résection puis si ok 3 ans (i.e. 4 ^e après résection) puis si ok tous les 5 ans. Intervalle plus court si suspicion récurrence ou évidence HNPCC.
European Society for Medical Oncology (ESMO) 2013	Suivi intensif ATCD avec coloscopie : à 1 an après résection puis de 3 à 5 ans. Suivi résection polypes colique : à 1 an si non fait lors diagnostic et tous les 5 ans jusqu'à 75 ans.
Royal Australian	Non abordé seul ATCD familiaux.

Auteurs/année	Risque élevé : Antécédent personnel de tumeur recto-colique
College of General Practitioners RACGP 2013	
Société nationale française de gastro-entérologie 2013	ATCD cancer rectum : coloscopie à 3 ans et selon découverte ou non adénomes.
Haute Autorité de Santé 2013	Coloscopie (tous les 3 ou 5 ans selon la présence ou non d'adénomes).

Avec CCA = Cancer Council Australia ; CCO = Cancer Care Ontario ; ESMO = European Society for Medical Oncology ; NICE : National Institute for Health and Care Excellence.

Autres données

L'adhésion au suivi tel qu'il est recommandé fait l'objet d'interrogations de la part des équipes. Ainsi, une revue systématique publiée en 2013 ([70](#)) a recherché la mise en œuvre et le suivi des recommandations chez les patients après un CCR. À partir de 34 études retenues pour l'analyse, les auteurs ont rapporté une adhésion à une coloscopie initiale (12-18 mois du traitement) comprise entre 18 % et 61 % ; avec une adhésion cumulée à 2-3 ans en post-traitement comprise entre 49 % et 93 %. De même, selon les auteurs la « déviation » aux recommandations de suivi peut inclure une sous-utilisation ou un abus chez près de 18 à 28 % des patients survivants d'un CCR.

- Une étude française de 2004 (Borie *et al.* 2004) rapporte un nombre moyen de coloscopies sous les 5 ans de surveillance de deux dans un suivi minimum et de cinq dans un suivi standard.
- Une autre étude française (Boulin *et al.* 2005) indique que 20 % des patients étaient en dessous et 24 % en dessus des recommandations pour la coloscopie. Cependant, si les études ont recherché une corrélation entre le suivi post-CCR et des caractéristiques sociodémographiques ou de traitements/maladies, les associations étaient trop variables entre les études.

4.3 Avis du groupe de travail

Avis du groupe de travail

Les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes (dont américaines et anglo-saxonnes) préconisent une coloscopie de contrôle à 1 an de la résection chirurgicale. Il y a eu des discussions au sein du groupe sur ce délai court qui, en absence de tumeur non franchie, a semblé non justifié par certains experts au regard de leur pratique. Après discussions, cette recommandation serait expliquée par le taux élevé de lésions métachrones (10-12 %) rapporté dans certaines études.

Au final, les membres du GT ont défini le dépistage chez les sujets avec antécédent personnel de CCR :

- Si coloscopie préopératoire incomplète ou en cas de tumeur infranchissable : coloscopie entre 3 et 6 mois ;
- Si la coloscopie préopératoire complète : coloscopie de contrôle à 1 an, puis tous les 5 ans ;
- Au-delà de 80 ans, la coloscopie est rediscutée selon situation et la balance bénéfices-risques, à rediscuter au cas par cas.

5. Dépistage chez le patient a risque élevé : antécédent personnel d'adénomes

5.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé

Chez les personnes à risque élevé de cancer colorectal, la coloscopie de dépistage sera préconisée d'emblée sans réaliser au préalable un test de recherche de sang occulte dans les selles.

Homme ou femme ayant un antécédent personnel d'adénome de grand diamètre ou ayant un contingent vilieux ou ayant eu une exérèse d'au moins deux adénomes

Chez les personnes ayant un antécédent personnel d'adénome unique de plus de 10 mm ou un adénome avec contingent vilieux ou ayant eu l'exérèse d'au moins deux adénomes, quels que soient leur taille ou leur caractère vilieux, une coloscopie de contrôle sera effectuée 3 ans après l'ablation du(des) adénome(s) puis tous les 5 ans si la coloscopie est normale.

La surveillance des hommes ou des femmes ayant eu une ou plusieurs exérèse(s) de polypes adénomateux sera interrompue quand il paraîtra improbable que la prise en charge thérapeutique prolonge l'espérance de vie.

5.2 Nouvelles données

Protocole de surveillance post-polypectomie (hors contexte génétique), Haute Autorité de Santé, CNPHGE et FSMAD, novembre 2013

En 2013, dans le cadre du dépistage recommandé pour le risque élevé après l'exérèse ou la résection de polypes (71) qui concerne environ un tiers des 1,28 million de coloscopies réalisées chaque année en France, un protocole de surveillance adapté pour chaque patient a été proposé par la HAS, le CNP HGE et la FSMAD, en prenant en compte trois types de facteurs :

- Facteurs techniques (responsables de 70 à 85 % des cancers d'intervalle, essentiellement polypes « manqués » ou exérèse incomplète) :
 - Qualité de la préparation suffisante ;
 - Caractère complet de l'examen ;
 - Exérèse monobloc ;
 - Résection complète ;
 - Ablation de la totalité des lésions lors de la même séance.
- Facteurs liés au patient :
 - Antécédents familiaux de CCR / polypes adénomateux (patient à risque élevé) ;
 - Antécédents personnels de polypes pour lesquels on ne dispose d'aucune documentation ;
 - Arrêt / poursuite surveillance en fonction comorbidités / souhaits – motivation du patient ;
 - Age, sexe, tabac, surpoids ;
 - Survenue dans l'intervalle prévu entre deux coloscopies en cas de nouveaux symptômes digestifs ou d'un test de dépistage organisé positif.
- Facteurs liés au(x) polype(s) identifiés lors d'une coloscopie de qualité optimale et polype(s) entièrement réséqué(s).

Le travail d'analyse a inclus sur les recommandations européennes (2010), américaines (US MSTF 2012) et britannique NICE (2011).

Il a été retenu deux niveaux de risque global, exclusivement liés aux caractéristiques du polype. Deux groupes de polypes ont été identifiés pour leur risque de récurrence et selon le nombre, la taille et le degré de dysplasie épithéliale :

- les polypes de bas risque (PBR) ;
- les polypes de haut risque (PHR).

Il est à noter que la SFED n'a pas retenu le concept de groupe intermédiaire, identifié dans d'autres recommandations anglaises et européennes, d'une part en raison de critères de définition différents dans les deux recommandations, d'autre part en raison du facteur « lésion de grande taille ».

Tableau 4. Évaluation du risque de récurrence d'un ou plusieurs polypes ou de survenue d'un cancer colorectal (CCR) en fonction des caractéristiques du (des) polype(s) enlevé(s)

PA : polype adénomateux ou PF : polype festonné	
NB : Les PF, sont tenus pour responsable d'une part importante des cancers d'intervalle, notamment au niveau du colon droit	
PBR (Polype à bas risque)	PHR (Polype à haut risque)
<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
Cas particulier des PH (polype hyperplasique)	
<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. 	

HAS, CNPHGE et FSMAD, 2013

Les propositions suivantes (notamment à partir de la coloscopie 4) reposent sur un avis d'experts. Ce calendrier indicatif est à moduler en fonction des caractéristiques du cas clinique (âge pour la première coloscopie, âge du patient, etc.).

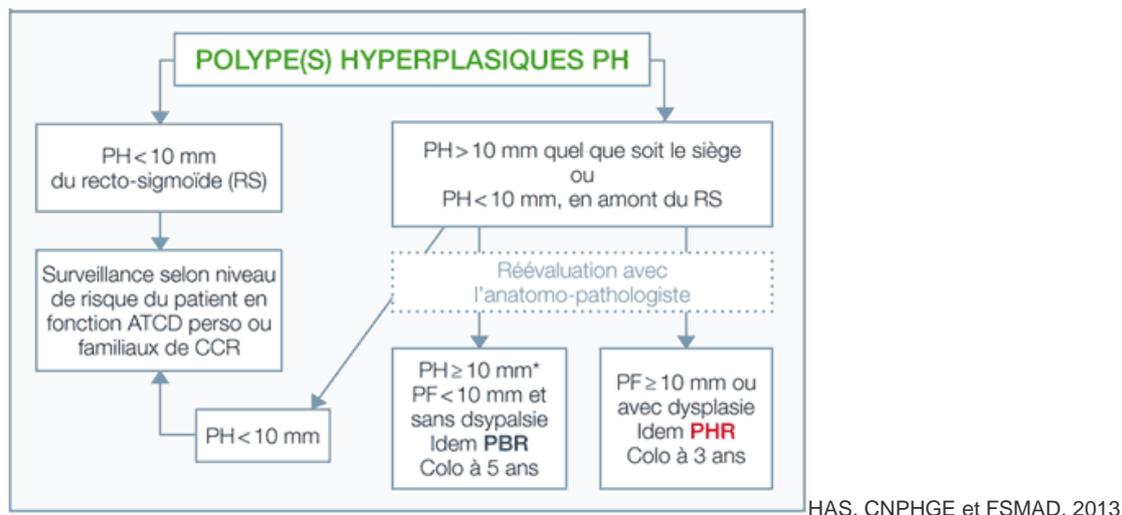
Tableau 5. Proposition de calendrier de suivi en cas de polypes à bas risque (PBR) et polypes à haut risque (PHR)

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).

HAS, CNPHGE et FSMAD, 2013

Tableau 6. Cas particulier du suivi en présence de polypes hyperplasique PH



En complément de ce protocole, la HAS, le Conseil national professionnel des hépatogastroentérologues et la Fédération des spécialistes des maladies de l'appareil digestif ont apporté des précisions à leur recommandations en raison de plusieurs problématiques récurrentes (importance de la coloscopie dans la prévention du CCR, ancienneté des recommandations en matière d'indications des coloscopies, augmentation du nombre d'endoscopies et inégalité territoriale du taux de recours à cet examen) qui sont retranscrites, *in extenso*, ci-dessous :

- ▶ L'adénome (souvent appelé polype) est le précurseur de la grande majorité des cancers colorectaux – la transformation du polype en cancer est estimée de 5 à 10 ans. L'objectif du dépistage et de la prévention du CCR repose sur l'exérèse endoscopique des polypes rectocoliques. Il est bien établi dans la littérature que le recours à la coloscopie et, si nécessaire, à la polypectomie diminue l'incidence du CCR et sa mortalité.
- ▶ Les gastro-entérologues se mobilisent pour réaliser des coloscopies de qualité et l'exérèse complète des polypes détectés. Dans les années suivant l'ablation endoscopique d'adénomes coliques, il y aurait récurrence d'un tiers d'adénomes, d'où la nécessité de définir une stratégie de surveillance prenant en compte les données récentes de la littérature scientifique et le cas particulier de chaque patient.
- ▶ La qualité de la coloscopie dépend de la qualité de la préparation. Les protocoles de préparation doivent être optimisés, prenant en compte les caractéristiques des patients. Afin d'obtenir la meilleure qualité de préparation colique, une explication claire et adaptée doit être fournie aux patients qui doivent avoir parfaitement compris les enjeux de cette préparation. Si la qualité de la préparation (au moins identifiée de manière qualitative ou idéalement avec des scores – type Boston) est insuffisante, il est recommandé de refaire l'examen dans les meilleurs délais.
- ▶ Les patients aux antécédents personnels d'adénomes sont considérés à risque pour une récurrence (locale ou le plus souvent à distance) de polypes et donc de survenue de CCR. L'objectif de la surveillance coloscopique est donc de prévenir la survenue ou le développement du cancer colorectal en enlevant « à temps » de nouveaux adénomes. Le rythme de surveillance sera déterminé par l'évaluation du risque de développer de nouvelles lésions (récurrence). Cette surveillance (dont le patient et le médecin traitant doivent être informés) tient compte des caractéristiques du polype, du geste technique et du patient.
- ▶ Le protocole de surveillance proposé avec ce document, tenant compte de ces éléments, son objectif est d'être pragmatique. Il n'est pas exhaustif et ne vise donc pas à couvrir toutes les situations. Il n'est pas non plus conçu pour servir de support à une quelconque opposabilité.
- ▶ Il a été élaboré sur la base des dernières recommandations internationales. Il s'agit d'une proposition générique de prise en charge qui ne peut en aucun cas se substituer à la décision du médecin face à son patient. Il peut néanmoins faciliter une décision partagée avec lui.

Recommandations de bonne pratique

Il a été retenu les 11 recommandations de bonnes pratiques suivantes :

1. National Comprehensive Cancer Network 2016 Colorectal cancer. Version 1.2017 (21).
2. Société suisse de gastroentérologie 2016 Suivi postpolypectomie colique et suivi des cancers colorectaux après opération curative (25).
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011, révisée août 2016. Diagnosis and management of colorectal cancer (29).
4. National Institute for Health and Clinical Excellence 2011 révisé 2014 et juin 2015. Suspected cancer : recognition and referral (31).
5. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline 2015 Adult Preventive Services (Age \geq 50) (36).
6. British Society of Gastroenterology 2015 British Society of Gastroenterology/Association of Coloproctologists of Great Britain and Ireland guidelines for the management of large non-pedunculated colorectal polyps (72).
7. Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland 2013. Management of the malignant colorectal polyp: ACPGBI position statement (48).
8. British Columbia Medical Services 2013. Follow-up of Colorectal Polyps or Cancer (49).
9. Finnish Medical Society Duodecim 2013. Screening and prevention of colorectal cancer (54).
10. European Society of Gastrointestinal Endoscopy 2013. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline (61).
11. Alberta Medical Association 2013 Colorectal cancer screening. Clinical Practice Guideline (45).

Les principales recommandations sont reprises dans le tableau suivant.

Tableau 7. Recommandations sur le suivi chez le patient à risque élevé de CCR : antécédents personnel d'adénomes

Auteurs/année	Risque élevé : Antécédent personnel d'adénome (s)
Haute Autorité de Santé 2013	Coloscopie tous les 3 ou 5 ans selon la présence ou non d'adénomes et niveaux de risque
National Comprehensive Cancer Network 2016	<p>Colon cancer. Version 1.2017 (Suivi coloscopie selon les recommandations American Cancer Society et US Multi society Task Force).</p> <p>Suivi après résection polype(s) adénomes ou polypes festonnées sessiles (SSPs) selon résultats.</p> <p>Bas risque (adénomes tubuleux, SSP sans dysplasie cytotologique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • \leq 2 polypes ; • $<$ 1 cm). <p>Suivi \rightarrow coloscopie tous les 5-10 ans* puis selon résultats (10 ans si résultats négatifs, 5-10 ans si adénomes ou SSP).</p> <p>Haut risque (polypes multiples ou avancés) avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • hyperplasie ou SSP – cd ou ; • adénome ou SSP \geq 1cm ou ; • histologie villeuse ou tubulovilleuse ou ; • entre trois et dix polypes adénomateux e/ou SSPs. <p>Suivi \rightarrow coloscopie à 3 ans* puis selon résultats (à 5 ans si résultats négatifs, selon algorithme précédent à bas risque) si adénomes ou SSP).</p> <p>*Attention : pour les deux niveaux (bas risque et haut risque), l'intervalle recommandé peut être réduit selon risque/situation individuel(le) (dont comorbidités, résultats antérieurs, etc.) et qualité coloscopie (ex : examen incomplet, résection incomplète, etc.).</p> <p>Plus de dix polypes adénomateux cumulés \rightarrow suivi individualisé et évaluation d'un syndrome polypose.</p> <p>Résection incomplète ou polypectomie grands polypes sessiles \rightarrow répéter coloscopie sous les 2 à 6 mois (selon situation).</p> <p>Polypes malins \rightarrow prise en charge et suivi selon recommandations pour CCR.</p> <p>La coloscopie est à rediscuter à partir de 76-85 ans selon situation individuelle.</p>
Société Suisse de Gastroentérologie 2016	Basée sur EBM 2014 et RBPs américaines et européennes ESGE 2013, US-MSTF 2012, ESGE 2013, BSG 2010, NICE 2011, SFDE 2013, NCCN.

Auteurs/année	Risque élevé : Antécédent personnel d'adénome (s)
	<p>Suivi après résection polypectomie selon caractéristiques taille et localisation des polypes (le nombre de polypes hyperplasiques au niveau du rectum et du sigmoïde n'est plus un critère de suivi) avec quatre niveaux de risques définis :</p> <p>Niveau I</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polype hyperplasique au niveau du rectosigmoïde de < 1 cm → coloscopie tous les 10 ans (si anamnèse familiale 1^{er} degré tous les 5 ans). • Polype hyperplasique au niveau du rectosigmoïde de > 1 cm ou – au-dessus du rectosigmoïde → coloscopie à 5 ans puis tous les 10 ans après chaque coloscopie sans polypes (si anamnèse familiale 1^{er} degré tous les 5 ans). Adénome tubulaire ≤ 2 polypes et ≤ 1 cm de taille et – absence de dysplasie sévère (haut grade). → coloscopie à 5 ans puis tous les 10 ans après chaque coloscopie sans polypes (si anamnèse familiale 1^{er} degré tous les 5 ans). • Sessile Serrated Adenoma (SSA) < 1 cm et absence de dysplasie → coloscopie à 5 ans puis tous les 5 ans après chaque coloscopie sans polypes. <p>Niveau II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adénome tubulaire ≥ 3 polypes ou > 1 cm de taille ou dysplasie sévère. • Adénome (tubulo-) vilieux. • Traditional Serrated Adenoma (TSA) ou Sessile Serrated Adenoma ≥ 1 cm ou en présence de dysplasie → coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans après chaque coloscopie sans polypes. <p>Niveau III</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carcinome pT1 dans un polype sessile (polypectomie endoscopique complète et limite de résection histologiquement en tissu sain et différenciation G1–2 et absence d'angio-invasion et < 1 000 µm d'invasion). • Carcinome pT1 dans un polype pédiculé (polypectomie endoscopique complète et limite de résection histologiquement en tissu sain et pédicule sans infiltration tumoral (Haggitt 1–2) et différenciation G1–2 et – absence d'angio-invasion) → ≤ 3 mois contrôle endoscopique du site de résection, puis coloscopie dans 3 ans, puis à 5 ans si résultat sans polype. <p>Niveau IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carcinome pT1 dans un polype (les critères de la catégorie de risque III ne sont pas tous remplis) → adressage équipe oncologique et résection chirurgicale indiquée.
<p>British Society of Gastroenterology/ Association of Coloproctologists of Great Britain and Ireland (ACPGBI) 2015</p>	<p>Complémentaire la RBP ACPGI 2013.</p> <p>Proposition d'un protocole de prise en charge et de suivi dans le cas de polypes non pédiculés, <i>non pedunculated colorectal polyp</i> NPCPs (↔ lésions plan et sessiles, ou encore lésions à large extension latérale).</p> <p>Ces RBPs proposent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • définition et subdivision avec des NPCPs large (> 2 cm) et NPCPs complexes (risque augmenté de malignité, d'évènements indésirables, de résection incomplète ou taille/morphology/accès complexe) ; • prise en charge (équipes multidisciplinaires, formées et expérimentées, etc.), évaluation des lésions, recommandations sur les procédures pré-, péri- et post-endoscopiques ; • indicateurs de prises en charge des LNPCPs. <p>Recommandation sur le suivi post endoscopie initial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous les 2-6 mois en cas d'une mucoséctomie endoscopique (le suivi tous les 2-6 mois jusqu'à complète excision (cf. USSTF/ACS) puis suivi « classique » de surveillance après clairance complète de polype (cf. BSG guidelines) ; surveillance/identification/photographie du site de résection. • Recherche de polype résiduel/ récurrence par un endoscopistes expérimenté en NPCP complexe. • Dans le cas d'une malignité suspectée ou polypes complexe, l'option chirurgicale est à discuter par équipe.
<p>Michigan Quality Improvement Consortium Guideline 2015</p>	<p>Selon FR de 50 à 75 ans : FOBT /an ou highFOBT /3ans + sigmoïdoscopie /5 ans ou Coloscopie /10ans.</p>

Auteurs/année	Risque élevé : Antécédent personnel d'adénome (s)
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011 révision 2016	<p>Maintien des recommandations 2011. Coloscopie après polypectomie selon suspicion récidive et risque (accord d'experts). Risque faible : patient avec un ou deux adénome(s) <1 cm sans haut grade dysplasie → à 5 ans, puis selon résultats ; en absence de polypes le suivi ultérieur n'est pas requis. Risque intermédiaire : patient avec trois ou quatre adénomes (<1 cm) ou un adénome > 1 cm → coloscopie à 3 ans ; si résultat normal après deux coloscopies consécutives, le suivi peut cesser. Risque élevé : patient avec ≥ 5 petits adénomes ou ≥ 3 avec au moins 1 ≥ 1 cm → coloscopie à 1 an <i>Rmq</i> : une méta-analyse (quatre études) suggère que la Chromoendoscopie (indigo carmin) améliore la détection des petites lésions ou lésions planes.</p>
National Institute for Health and Clinical Excellence 2011, révisée 2014	<p>Coloscopie avec délais selon statut adénomes (Recommandations 2011 inchangée). Niveau de risque de développer un CCR après adénomes : Risque faible : patient avec un ou deux adénome(s) < 1 cm sans haut grade dysplasie → 1^{re} coloscopie à 5 ans ; → puis 2^e coloscopie selon résultats et nouveau niveau de risque : <ul style="list-style-type: none"> • si absence de nouveaux polypes le suivi ultérieur n'est pas requis ; • si risque intermédiaire à 3 ans (avec suivi de niveau risque intermédiaire) ; • si risque élevé ou 1 an (avec suivi d'un niveau élevé). Risque intermédiaire : patient avec trois ou quatre adénomes (< 1 cm) ou un à deux adénome(s) si l'un est ≥ 1 cm : → 1^{re} coloscopie à 3 ans ; → puis 2^e coloscopie selon résultat et nouveau niveau de risque : <ul style="list-style-type: none"> • si absence de nouveaux polypes : à 3 ans et sous deux coloscopies consécutives, le suivi peut cesser ; • si niveau faible ou intermédiaire : à 3 ans (suivi de niveau risque intermédiaire) ; • si niveau élevé : à 1 an (avec suivi de niveau élevé). Risque élevé : patient avec ≥ 5 petits adénomes ou ≥ 3 avec au moins 1 ≥ 1cm → 1^{re} coloscopie à 1 an ; → puis 2^e coloscopie selon résultat et nouveau niveau de risque : <ul style="list-style-type: none"> • si absence de nouveaux polypes ou niveau faible ou intermédiaire : à 3 ans (suivi niveau intermédiaire) ; • si niveau risque élevé : à 1 an (suivi de niveau élevé). Offrir une coloscopie répétée en cas de coloscopie incomplète. Considérer la nécessité d'un praticien expérimenté. <u>Alternatives</u> : Considérer la colonographie CT ou le lavement baryté à double contraste pour une surveillance continue si la coloscopie reste cliniquement inappropriée, mais discuter des risques et des avantages avec la personne et sa famille ou les soignants.</p>
Finnish Medical Society Duodecim 2013	<p><u>Patients à risque élevé de CCR</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients avec adénomes ou antécédents de CCR ; • ATCD familiaux, atteints de colite ulcéraire ; • Patients avec prédisposition génétique (HNPCC, PAF). <p><u>Méthode de suivi</u> : toujours par coloscopie. <u>Fréquence de suivi</u> : Fréquence de suivi selon les résultats (nombres, taille (> à 1 cm ou non), grade des adénomes, situation) ; en cas d'examen incomplet ou de résection partielle une coloscopie supplémentaire est à effectuer 1-6 mois après. Patients avec CCR ou adénomes (âge < 75 ans) ATCD CCR et polypes : risque augmenté de néoplasie à haut niveau sous les 10 ans. <ul style="list-style-type: none"> • Suivi tous les 2-3 ans : si HPNCC, si adénome > 1 cm, vilieux ou tubulovilieux, ou adénomes multiples ; • Suivi tous les 5 ans : si ATCD CCR (après la période de suivi post-opératoire) ; • Suivi tous les 5-10 ans si 1 à 2 adénomes tubuleux < 1 cm ; • Pas de suivi après résection adénome unique < 5 mm ; • À partir de 75 ans, le suivi à long terme de tous les patients est à discuter selon indications spécifiques et situation individuelle. Patient avec colites ulcéraires : le suivi peut varier selon les hôpitaux et selon les risques individuels (ex : existence de CCR familiaux). En principe, suivi tous les 2-3 ans, débuté à 8 ans après la colite. Autres recommandations (patients PAF et HPNCC) : registres nationaux s'ils existent, chirurgie prophylactique (PAF à 20-25 ans), HNPCC avec CCR.</p>
Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI) 2013	<p>Suivi par coloscopie après résection endoscopique ou chirurgicale de polypes colique malins est recommandé en accord les recommandations en cours. En cas de résection endoscopique d'un polype malin, les récurrences locales sont suivies par endoscopie répétée, initiée précocement et avec l'intensité selon les résultats et les risques de récidives.</p>
British Columbia Medical Services 2013	<p>Coloscopie. Suivi post-résection selon type polypes/adénomes <ul style="list-style-type: none"> • Patients avec polypes hyperplasiques → suivi comme risque moyen, asymptomatiques. </p>

Auteurs/année	Risque élevé : Antécédent personnel d'adénome (s)
	<ul style="list-style-type: none"> • Patients avec un ou deux adénome(s) (< 1 cm), adénomes tubuleux avec faible grade dysplasie → suivi à 5-10 ans selon situation (résultats antérieurs, historique familial, préférences du patient, avis médical). • Patients avec un ou plus polype(s) festonné(s) sessile(s) < 1 cm sans dysplasie → suivi à 5 ans. • Patients avec trois à dix adénomes ou tout adénome avancé (a. tubuleux > 1 cm, a. vilieux, a. avec un haut grade de dysplasie, polype festonné sessile ≥ 1 cm ou avec dysplasie, ou a. festonné traditionnel) → suivi à 3 ans puis à 5 ans si résultats normaux ou un à deux petit(s) (< 1 cm) adénomes tubuleux avec faible grade de dysplasie. • Patient avec adénomes sessiles et résection complète incertaine → suivi sous les 6 mois pour vérifier la résection complète ; une fois la résection complète établie, le suivi devient celui pour adénome avancé. • Patients suspectés d'un syndrome CCR héréditaire (HNPCC/FAP) → tous les 1 à 2 an(s).
<p>Alberta Medical Association 2013</p>	<p>Dans le cadre de : Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP) Post Polypectomy Surveillance Guidelines June 2013. Basée sur CPGs British Society of Gastroenterology; Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland. Surveillance post-polypectomie :</p> <p>Patient avec un à deux petit(s) (< 1 cm) adénome(s) tubuleux avec dysplasie bas grade : → coloscopie à 5-10ans puis retour au niveau de risque inférieur (surveillance discontinuée) si résultat normal.</p> <p>Patient avec trois à dix adénomes ou n'importe quel adénome > 1 cm ou de caractéristiques vilieuses ou dysplasie de haut grade → coloscopie à 3 ans puis 5-10 ans si résultats normal ou à deux petits (< 1 cm) adénomes tubuleux avec dysplasie bas grade.</p> <p>Patient avec > dix petits adénomes (< 1 cm) lors d'un examen unique → coloscopie avant 3 ans et considérer le risque de syndrome familial.</p> <p>Patients avec lésions festonnées sessiles : → coloscopie à 3 ans si trois ou plus petits adénomes/polypes festonnées sessiles ou festonnées traditionnelles, ou tout adénomes/polypes festonnés sessiles ou traditionnels ≥ 1 cm OU avec dysplasie ; → coloscopie à 5 ans si un ou deux petit(s) adénome(s)/polype(s) festonné(s) sessile(s) ou festonné(s) traditionnel(s) sans dysplasie, ou quatre ou plus polypes hyperplasiques proximal du sigmoïde ou tout autre polype ≥ 5 mm proximal sigmoïde.</p> <p>Patients avec lésions sessiles enlevé avec ablation fragmentaire : → coloscopie sous 2-6 mois pour vérifier la résection totale (tatouage recommandé) puis une fois résection complète documentée coloscopie à 3 ans et revoir le protocole de suivi après deux examens à 3 ans d'intervalle.</p> <p>Patients avec polypes malins (pT1) : → coloscopie sous les 3 mois pour vérifier la résection (endoscopie t histologie) puis à 6 mois puis tous les 3 ans (protocole à réviser après deux coloscopies consécutives avec intervalle de 3 ans).</p> <p>Patients ayant un historique de polypes antérieurs à la coloscopie initiale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossiers/compte rendu et documentations à « retrouver » ; • En absence de documentation répétée la coloscopie idéalement 3 à 5 ans après cet épisode pour déterminer le programme de surveillance et suivi et le niveau de risque ; • Si antécédents de petits polypes rectaux hyperplasique, pas de surveillance particulière et définition du dépistage selon le niveau de risque. <p>Patients avec un antécédent de CCR : → Les patients atteints de cancer du côlon et du rectum devraient subir une évaluation de la résection colique de haute qualité péri-opératoire. Dans le cas de tumeurs non obstructives, cela peut être fait par colonoscopie préopératoire. → Les patients après résection CCR → coloscopie sous 1 an puis, si résultat normal à 3 ans, l'intervalle peut être réduit si situation, sinon, en cas résultat normal à 5 ans. → Le suivi de récurrence rectale est généralement réalisé tous les 3 à 6 mois sur les 2/ 3 années dans le cas d'une résection antérieure basse.</p>
<p>European Society of Gastrointestinal Endoscopy. 2013</p>	<p>Suivi endoscopique, uniquement en cas de polypectomie complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque faible (1-2 adénomes tubuleux < 1 cm avec faible degré dysplasie) ou intégration programme de dépistage national pendant 10 ans ou si programme inexistant une coloscopie à 10 ans. • Risque élevé (adénomes vilieux histologiques ou de haut grade dysplasie ou ≥ 1 cm ou ≥ 3 en nombre) → coloscopie à 3 ans ; si ≥ 10 adénomes les patients sont à adressés à une consultation génétique. • Patients avec polypes festonnées < 1 cm sans dysplasie devraient être considérés à risque faible et les patients avec polypes festonnés ≥ 1 cm ou ceux avec dysplasie devraient être considérés à risque élevé (recommandation faible, faible qualité des données). <p>ESGE recommande aussi que le praticien de l'endoscopie soit responsable à fournir une recommandation écrite sur le programme de suivi post-polypectomie.</p>

Avec CCA = Cancer Council Australia ; CCO = Cancer Care Ontario ; ESMO = European Society for Medical Oncology ; NICE : National Institute for Health and Care Excellence ; SSPs= sessile serrated polyp(s).

Autres données

Une récente revue systématique descriptive (73) publiée en 2016 rapporte que les questions faisant l'objet d'études et de recherche perspectives concernent essentiellement l'intervalle de temps optimal après la 1^{re} coloscopie de suivi ainsi que l'utilisation de techniques alternatives pour le suivi post polypectomie (ex : tests immunologiques seuls pour le bas risque après polypectomie et/ou en combinaison avec la coloscopie pour les niveaux supérieurs).

Dans cette optique, il est à noter qu'une série d'études sur la surveillance coloscopique après polypectomie, *Rationale and design of the European Polyp Surveillance (EPoS)*, a été lancée en 2015 (ClinicalTrials.gov: NCT02319928). Elle inclut deux essais randomisés et une étude observationnelle (74) et porte sur les stratégies de surveillance après l'élimination des polypes en fonction du nombre et des caractéristiques des polypes avec :

- l'étude EPoS I randomise 13 746 patients présentant des adénomes à faible risque (un ou deux adénome(s) tubulaire(s) de taille <10 mm, dysplasie de bas grade) à la surveillance après 5 et 10 ans, ou 10 ans seulement ;
- l'étude EPoS II randomise 13 704 patients présentant des adénomes à risque élevé (trois à dix adénomes ou adénomes \geq 10 mm de diamètre, ou adénomes présentant une dysplasie de haut grade, ou > 25 % de villosités) avec une surveillance après résection à 3, 5 et 10 ans ou 5 et 10 ans seulement ;
- l'étude EPoS III offre une surveillance à 5 et 10 ans à des patients présentant des polypes festonnés de diamètre \geq 10 mm à n'importe quel endroit, ou des polypes festonnés \geq 5 mm de diamètre proximal à la flexure splénique.

Tous les polypes sont retirés avant que les patients n'entrent dans les essais. Le critère d'évaluation principal est l'incidence du cancer colorectal après 10 ans.

5.1 Avis du groupe de travail

Avis du groupe de travail

Les experts ont souhaité maintenir les recommandations de bonnes pratiques (HAS, CNPHGE, FSMAD, 2013) définissant la stratégie de dépistage et le suivi de contrôle selon deux niveaux de risque (bas risque et haut risque) :

- Coloscopie de contrôle à 3 ans puis tous les 3 ou 5 ans selon résultats et niveaux de risque (nombre, taille, type polype, antécédents familiaux) ;
- Après deux coloscopies normales : 5-10 ans ou arrêt à discuter.

Avec les niveaux de risque suivants :

Polype bas risque (PBR) : nombre < 3 et taille < 1 cm et polype adénomateux (PA) de dysplasie bas grade ou polype festonné (PF) sans dysplasie.

Polype à haut risque (PHR) : nombre \geq 3 ou taille > 1 cm ou PA avec dysplasie haut grade ou PF avec dysplasie.

Polype hyperplasique (PH) :

PH > 1 cm ou PF < 1 cm et sans dysplasie : suivi comme PBR (5 ans).

PF \geq 1 cm ou avec dysplasie : suivi comme PHR (3 ans).

PH < 1 cm du rectosigmoïde : pas de surveillance attribuable au PH.

Selon les experts du GT, la notion de risque associé au polype festonné mériterait d'être réévaluée.

6. Dépistage chez le patient à risque élevé : antécédent personnels de maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)

6.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé

Chez les personnes à risque élevé de cancer colorectal, la coloscopie de dépistage sera préconisée d'emblée sans réaliser au préalable un test de recherche de sang occulte dans les selles.

Homme ou femme ayant un antécédent personnel de maladie inflammatoire chronique intestinale

Au cours de la maladie de Crohn ou de la rectocolite hémorragique (notamment en cas de forme étendue, c'est-à-dire avec une atteinte colique au-delà du sigmoïde), il existe un sur-risque de transformation néoplasique après 7 à 10 ans d'évolution, ou d'emblée en cas de pancolite (qui est une inflammation de la totalité du côlon).

Chez les personnes ayant un antécédent personnel de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique, une coloscopie sera effectuée tous les 5 ans après 10 ans d'évolution de la maladie.

Pour plus de détails se référer aux deux guides ALD publiés par la HAS en 2008 qui définissent les modalités de diagnostic, de prise en charge thérapeutique et de suivi, ainsi que les recommandations de dépistage du cancer colorectal pour la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique.

6.2 Nouvelles données

Il a été retenu les 10 recommandations de bonnes pratiques suivantes :

1. National Comprehensive Cancer Network 2016 Colorectal cancer screening. Version 2.2016 ([37](#)).
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011 révisée août 2016. Diagnosis and management of colorectal cancer ([29](#)).
3. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline 2015. Adult Preventive Services (Age \geq 50) ([36](#)).
4. Société française d'endoscopie digestive 2015. Endoscopie digestive et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin en pédiatrie ([30](#)).
5. Société française d'endoscopie digestive 2013. Endoscopy in inflammatory bowel disease: recommendations from the IBD Committee of the French Society of Digestive Endoscopy (SFED) ([20](#)).
6. European Crohn's and Colitis Organisation 2013. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease ([50](#)).
7. Gastroenterological Society of Australia 2013. Australian guidelines for general practitioners and physicians: inflammatory bowel disease (IBD) ([55](#)).
8. National Institute for Health and Clinical Excellence 2015. Suspected cancer: recognition and referral ([31](#)).
9. National Institute for Health and Clinical Excellence 2011. Colonoscopic surveillance for prevention of colorectal cancer in people with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas ([32](#)).
10. Finnish Medical Society Duodecim 2013. Screening and prevention of colorectal cancer ([54](#)).

Tableau 8. Recommandations sur le suivi chez le patient à risque élevé de CCR : Maladie inflammatoire chronique MICI (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn)

Auteurs/année	Risque élevé Maladie inflammatoire chronique MICI (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn)
Haute Autorité de Santé 2013	Coloscopie tous les 5 ans ; début surveillance 10 ans après 1 ^{ere} évolution maladie.
National Comprehensive Cancer Network 2016	Coloscopie selon deux niveaux de risque : tous les ans (risque élevé) ou tous les 2-3 ans (risque faible). <u>Niveau élevé</u> : poussée inflammatoire, colite étendues, cholangite sclérosante primitive (incluant après transplantation hépatique), sténose, polypes adénomateux et pseudo polypes, dysplasie, antécédent familial de CCR d'un parent de 1 ^{er} degré avant 50 ans ; si lésion dysplasie (> 1,5 cm) Chromoendoscopie à 3-6 mois de la résection. <u>Niveau faible</u> : pas de poussée inflammatoire active endoscopique ou histologique ; atteinte côté gauche. Evaluation initiale : RCH ou MC surveillance initiale 8-10 ans après les premiers symptômes : endoscopie (chromoscopie ou HD-WLE) avec biopsie ciblée. <i>Rmq</i> : intervalle 2-3 ans pour NCCN <i>versus</i> 3-5 ans UK Australie Europe (niveau intermédiaire en plus).
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011 révisée 2015	Coloscopie tous les 1, 3 ou 5 ans selon gravité. <u>Risque élevé</u> : RCH ou MC étendue avec poussée inflammatoire modérée ou sévère confirmée par endoscopie ou histologie, cholangite sclérosante primitive (incluant après transplantation hépatique), sténose sous les 5 années précédentes, dysplasie quel que soit le grade sous les 5 années précédentes refus d'intervention chirurgicale, antécédent familial de CCR d'un parent de 1 ^{er} degré avant 50 ans. <u>Risque intermédiaire</u> : RCH ou MC étendue avec poussée inflammatoire légère confirmée par endoscopie ou histologie, polypes post inflammatoire, antécédents familial de CCR d'un parent du 1 ^{er} degré à partir de 50 ans. <u>Risque faible</u> : RCH ou MC étendue sans inflammation active endoscopique ou histologique, colite RCH ou MC côté gauche impliquant moins de 50 % du côlon.
Société française d'endoscopie digestive 2015	MICI pédiatrie Diagnostic et suivi chez l'enfant MICI (âge de début avant 17 ans) : endoscopie (iléoscopie + endoscopie digestive haute) avec biopsies de chaque segment exploré. Délai de 6 mois à 12 mois après mise en place d'un traitement ou d'une chirurgie pour réévaluation de la maladie.
Michigan Quality Improvement Consortium Guideline 2015	Selon FR de 50 à 75 ans : FOBT /an ou highFOBT /3ans + sigmoïdoscopie /5 ans ou coloscopie /10ans.
European Crohn's and Colitis Organisation 2013	Coloscopie selon situations et facteur de risques : 1 an (haut risque), de 2-3 ans (risque intermédiaire et selon ATCD familial), 5 ans (sans caractéristiques de risque intermédiaire ou élevé). 6-12 mois après résection. Débutant 6-8 ans après les premiers symptômes. <u>Avec risque élevé</u> : sténose ou dysplasie détectée au cours des 5 dernières années, cholangite sclérosante primitive, colite étendue avec poussée sévère ou antécédents familiaux de CRC chez un parent de premier degré avant 50 ans). <u>Avec risque intermédiaire</u> : colite étendue avec poussée légère ou modérée, polypes post-inflammatoires, antécédents familiaux de CRC).
Gastroenterological Society of Australia 2013	Coloscopie tous les 1 à 2 ans avec biopsies pour la étude de la dysplasie. La surveillance du cancer colorectal devrait être mise en œuvre chez les patients atteints de longue maladie colique étendue: le risque de cancer commence à être significatif 8 ans après le début de la pancolite ou 12-15 ans après le début de la colite gauche.
National Institute for Health and Clinical Excellence 2011 Révisée 2014 "static list"	Coloscopie. Fréquence selon gravité et facteurs de risque: tous les ans (risque élevé), tous les 3 ans (risque intermédiaire) ou tous les 5 ans (risque faible). <u>Risque faible</u> : RCH ou MC étendue mais en phase de rémission. <u>Risque intermédiaire</u> : RCH ou MC étendue avec poussée inflammatoire légère confirmée par endoscopie ou histologie, polypes post inflammatoire, antécédents familial de CCR d'un parent du 1 ^{er} degré à partir de 50 ans. <u>Risque élevé</u> : RCH ou MC étendue avec poussée inflammatoire modérée ou sévère confirmée par endoscopie ou histologie, cholangite sclérosante primitive (incluant après transplantation hépatique), sténose sous les 5 années précédentes, dysplasie quel que soit le grade sous les 5 années précédentes, antécédent familial de CCR d'un parent de 1 ^{er} degré avant 50 ans.
Société française d'endoscopie	MICI Coloscopie.

Auteurs/année	Risque élevé Maladie inflammatoire chronique MICI (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn)
digestive 2013	Initiation de la surveillance 6 à 8 ans après le début de la colite, avec biopsies étagées. Fréquence selon gravité et facteurs de risque : Tous les ans (CSP associé à la colite ou antécédent personnel de dysplasie) ; tous les 1-2 ans (risque élevé 3 à 4 points), tous les 3-4 ans (risque modéré 0 à 2 points). <u>Avec facteurs de risque de dysplasie (1 point par facteur)</u> : pancolite, inflammation endoscopique et/ou histologique sévère, pseudo polypes et/ou sténose colique ; CCR chez un apparenté du 1 ^{er} degré. Discussion sur la définition de « inflammation sévère » → atteinte associant la présence endoscopique de saignements spontanés et d'ulcérations à la présence histologique d'abcès cryptiques.
Finnish Medical Society Duodecim 2013	<u>Parmi les patients à risque élevé de CCR</u> : colite ulcéraives. <u>Méthode de suivi</u> : toujours par coloscopie. <u>Fréquence de suivi</u> : Fréquence de suivi selon les résultats (nombres, taille (> à 1 cm ou non), grade des adénomes, situation) ; en cas d'examen incomplet ou de résection partielle une coloscopie supplémentaire est à effectuer 1-6 mois après. Patient avec colites ulcéraives : le suivi peut varier selon les hôpitaux et selon les risques individuels (ex : existence de CCR familiaux). En principe, suivi tous les 2-3 ans, débuté à 8 ans après la colite.

Avec CCA = Cancer Council Australia ; CCO = Cancer Care Ontario ; ESMO = European Society for Medical Oncology ; NICE : National Institute for Health and Care Excellence.

Autres données

Recommandations sur la prise en charge des MICI, 2015-2016

En 2016, il est à noter l'actualisation très récente des recommandations françaises et européennes sur le diagnostic et la prise en charge ; respectivement, de la rectocolite hémorragique (15) et de la maladie de Crohn (16, 17).

En 2015, une conférence de consensus (75) a été développée et publiée par le groupe international SCENIC (Surveillance for Colorectal Endoscopic Neoplasia Detection and Management in Inflammatory Bowel Disease Patients: International Consensus Recommendations). Elle intègre six recommandations dans le cadre de la détection de dysplasie par suivi coloscopique (modalités optimales selon les coloscopies : en lumière blanche, standard ou haute définition, à bande étroite, chromoscopie) ainsi que trois recommandations sur la prise en charge des dysplasies (colectomie ou surveillance coloscopique et expérimentation du spécialiste).

Conseil de pratique sur le suivi endoscopique des colites, SNFGE 2014

En février 2014, sur la base des recommandations européennes de l'ECCO 2013 (50), la Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE) a émis un **conseil de pratique sur le suivi endoscopique des colites** (76), avec :

- Indications du suivi endoscopique au cours des MICI (à l'exception du diagnostic) :
 - ▶ en cas de MICI active ou avant un changement de traitement ;
 - ▶ pour évaluer la cicatrisation muqueuse, si cela implique une modification thérapeutique ;
 - ▶ dans les 6-12 mois suivant une résection chirurgicale (évaluation de la présence et la sévérité d'une récurrence endoscopique) ;
 - ▶ en cas de MICI affectant le côlon après 8-10 ans d'évolution (réévaluation de l'étendue des lésions et dépistage de la dysplasie).
- Patients concernés par le dépistage de la dysplasie et du cancer colorectal au cours des MICI :

- ▶ en dehors des patients présentant une rectite isolée ou une maladie de Crohn colique limitée à un seul segment de côlon, tous les patients ayant une MICI affectant le côlon doivent bénéficier d'un programme de dépistage ;
- ▶ ce programme doit débuter après 8-10 ans d'évolution en cas de pancolite et 15 ans en cas de RCH recto-sigmoïdienne ou de maladie de Crohn atteignant au moins un tiers du côlon.

Tableau 9. Dépistage et suivi endoscopique des colites, SNFGE 2014

Indications	1 ^{ère} coloscopie*	Suivi endoscopique**
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pancolite ▶ Colite gauche 	6-8 ans	1 à 2 ans (malades à haut risques) 3 à 4 ans (malades à faible risques)
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Proctite 	6-8 ans	Pas de coloscopie de surveillance (atteinte limitée du rectum sans inflammation endoscopique ni microscopique en amont)
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cholangite sclérosante 	Au diagnostic de CSP	Tous les ans

Avec (*) : coloscopie initiale de dépistage qui détermine l'extension macroscopique et histologique de la MICI et détecte la dysplasie.
(**) : La fréquence des examens de surveillance tient compte des facteurs de risque suivants : pancolite, inflammation macro/histo, pseudopolypes, antécédents familiaux. Haut risque : trois à quatre items. Faible risque : zéro à deux item(s). Les patients atteints de cholangite sclérosante doivent bénéficier d'une coloscopie annuelle même en cas de transplantation hépatique.

Par ailleurs, le conseil de pratiques rapporte des modalités optimales pour une coloscopie de dépistage au cours des MICI :

- ▶ maladie en rémission ;
- ▶ préparation colique optimale (Score de Boston > 6 et sous-score > 2) ;
- ▶ utilisation d'endoscope de haute définition de préférence ;
- ▶ étude méticuleuse de l'ensemble de la surface muqueuse, notamment au retrait (temps d'inspection minimum de six minutes) ;
- ▶ Chromoendoscopie pancolique à l'indigo carmin (0,2 à 0,4 %). L'utilisation de la Chromoendoscopie électronique n'est pas recommandée ;
- ▶ au moins quatre biopsies sur chaque quadrant tous les 10 cm (caecum, côlon droit, angle droit, côlon transverse, angle gauche, côlon gauche, 2 pots séparés dans le sigmoïde et le rectum), dans des pots séparés.

Il a été aussi indiqué que :

- ▶ toutes les lésions suspectes résecables lors de la coloscopie peuvent être retirées d'emblée et étiquetées dans un pot séparé ;
- ▶ la réalisation de biopsies sur le pourtour de la lésion doit également être réalisée dans un pot séparé. Il est possible de différer la résection d'une lésion suspecte dans l'attente du résultat des biopsies de la lésion et de son pourtour.

Enquête sur les pratiques, CREGG, 2014-2015

Une enquête de pratique française (77), réalisée auprès de gastroentérologues du secteur privé et publiée en 2014 par le Club de réflexion des cabinets et groupes d'hépatogastroentérologie (CREGG), a rapporté les informations sur la pratique de 65 praticiens et 381 patients atteints de MICI (48 % RH ; 52 % CD). Concernant le suivi des patients, il a été rapporté une durée médiane d'une année entre la dernière coloscopie et la visite ambulatoire. Les indications à l'endoscopie, toute pathologie RH/CD étaient la surveillance de l'activité de la maladie (n = 301/375, 80,3 %) et/ou le dépistage de la dysplasie ou CRC (n = 81/375, 21,6 %).

Si les recommandations européennes et françaises, préconisent une endoscopie par Chromoendoscopie et biopsies ciblées dans le cadre du dépistage de CCR, le questionnaire rapporte un dépistage de la dysplasie ou de CRC (n = 81) avec Chromoendoscopie dans 42 % des cas (n = 34/81), des biopsies ciblées dans 56 % (n = 45/81) des cas et/ou des biopsies aléatoires dans 73 % (n = 59/81) des cas.

Il est à noter que la mise en œuvre des recommandations continue à faire l'objet d'étude de pratiques par les groupes français, en particulier celles en matière de la prise en charge des patients atteints de RH (78).

Fiches de recommandations, SFED 2013

En 2013, la Commission sur les MICI de la SFED a aussi publié quatre fiches de recommandations complémentaires dans la prise en charge et le suivi des personnes atteintes de MICI :

- ▶ Entéroscopie haute et basse dans les MICI ;
- ▶ Vidéo-capsules endoscopiques de l'intestin grêle et du côlon en cas de MICI ou de suspicion de MICI ;
- ▶ Cicatrisation muqueuse endoscopique ;
- ▶ Sténoses intestinales du côlon et du grêle au cours des MICI.

6.3 Avis du groupe de travail

Avis du groupe de travail

Les MICI regroupent la rectocolique hémorragique (RCH) et la maladie de Crohn colique (MC).

Les membres du GT ont indiqué que les patients atteints d'une MICI présentent trois niveaux de risque vis-à-vis du cancer colorectal :

- **Pas de sur-risque** (par rapport à la population générale) : rectite de RCH et MC colique étendue sur moins de 30 %.
- **Avec risque intermédiaire** : RCH s'étendant en dessous de l'angle gauche, MC colique étendue de 30 à 50 %.
- **Avec risque élevé** : cholangite sclérosante primitive, antécédents de dysplasie, forme étendue de RCH ou plus de 50 % (MC), persistance d'une activité inflammatoire, antécédents familiaux de CCR, nombreux pseudo polypes, sténose colique.

L'ensemble des membres du GT sont en accord avec les recommandations européennes du groupe ECCO (*European Crohn's and Colitis Organisation*) émises en 2013 et indiquent que le dépistage s'initie 6-8 ans après le début des symptômes. Il consiste préférentiellement en une Chromoendoscopie avec biopsies ciblées, ou à défaut une coloscopie avec multiples biopsies aléatoires. L'intervalle entre deux examens dépend du risque avec :

- Pas de sur-risque : pas de surveillance spécifique.
- Risque intermédiaire : tous les 3-4 ans, selon le nombre de facteurs de risque, la qualité de l'examen précédent, l'acceptabilité du patient.
- Risque élevé : Tous les 1-2 ans, selon le nombre de facteurs de risque, la qualité de l'examen précédent, l'acceptabilité du patient.

7. Dépistage chez le patient à risque élevé : antécédent familial de cancer colorectal

7.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé

Chez les personnes à risque élevé de CCR, la coloscopie de dépistage sera préconisée d'emblée sans réaliser au préalable un test de recherche de sang occulte dans les selles.

Les personnes à risque élevé de CCR par antécédent familial sont celles ayant :

- un antécédent familial au 1^{er} degré d'adénome de diamètre > 10 mm identifié chez le parent avant l'âge de 65 ans ;
- un antécédent familial au 1^{er} degré de cancer colorectal identifié chez le parent avant l'âge de 65 ans ;
- deux ou plusieurs antécédents familiaux au 1^{er} degré de cancer colorectal quel que soit l'âge de survenue chez le parent.

Homme ou femme ayant un antécédent familial de cancer colorectal

Chez une personne ayant un antécédent de cancer colorectal chez un apparenté du 1^{er} degré identifié avant l'âge de 65 ans, ou chez deux apparentés au 1^{er} degré quel que soit l'âge au diagnostic, le dépistage du cancer colorectal repose sur une coloscopie à partir de l'âge de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index familial.

Homme ou femme ayant un antécédent familial d'adénome colorectal

Chez une personne ayant un antécédent d'adénome colorectal de diamètre > 10 mm chez un apparenté du 1^{er} degré identifié avant l'âge de 65 ans, le dépistage du cancer colorectal repose sur une coloscopie à partir de l'âge de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index familial.

7.2 Nouvelles données

Recommandations de bonne pratique

Il a été retenu les six recommandations de bonnes pratiques suivantes :

1. Société française d'endoscopie digestive 2016. Prévention du cancer colorectal par coloscopie, en dehors du dépistage en population. Consensus et position de la SFED ([26](#)).
2. US Preventive Task Force 2016 Colonoscopy Surveillance after Colorectal Cancer Resection: Recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer([28](#)) et U.S. Preventive Services Task Force 2016 Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force ([27](#)).
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011, révisée août 2016. Diagnosis and management of colorectal cancer ([29](#)).
4. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline 2015. Adult Preventive Services (Age ≥ 50) ([36](#)).
5. Royal Australian College of General Practitioners 2013. Guidelines for preventive activities in general practice 8th edition. 9.6 Colorectal cancer (CRC) ([56](#)).
6. Finnish Medical Society Duodecim 2013. Screening and prevention of colorectal cancer ([54](#)).

Les recommandations sont rapportées dans le tableau ci-dessous.

Par commodité, les recommandations de la SFED et celle du référentiel EPS sont reportées aussi dans le tableau.

Tableau 10. Recommandations sur le suivi chez le patient à risque élevé de CCR : antécédent familial de CC

Auteurs/année	Risque élevé Antécédent familial de cancer colorectal
Haute Autorité de Santé 2013	Coloscopie. <u>Antécédents de CCR</u> chez un apparenté du 1 ^{er} degré identifié avant l'âge de 65 ans, ou chez deux apparentés au 1 ^{er} degré quel que soit l'âge au diagnostic → coloscopie à partir de l'âge de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index familial. <u>Antécédents d'adénomes</u> colorectal de diamètre > 1 cm chez un apparenté du 1 ^{er} degré identifié avant l'âge de 65 ans → coloscopie à partir de l'âge de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index familial.
Société française d'endoscopie digestive 2016	Coloscopie de prévention et dépistage 1 ^{re} intention à partir de 40 ans ou 50 ans selon l'importance du risque. Élargissement ATCD familiaux de CCR survenus quelque soit l'âge et ATCDs familiaux de CCR au deuxième degré : <u>ATCD familial de CCR</u> : ATCD(s) unique ou multiples au 1 ^{er} degré quel que soit l'âge ; ATCDs multiples (nombre supérieur ou égal à 2) au 2 ^e degré quel que soit l'âge ; <u>ATCD familial de polyadénome (avancé ou non)</u> : ATCD(s) unique ou multiples au 1 ^{er} degré quel que soit l'âge.
USPSTF 2016	Dans ses recommandations sur le dépistage risque moyen actualisée en juin 2016, il est indiqué que : Une histoire familiale positive (à l'exclusion des syndromes familiaux héréditaires connus) est liée à environ 20 % des cas de cancer colorectal. Environ 3 % à 10 % de la population ont un parent au 1 ^{er} degré avec un CCR. L'USPSTF n'a pas examiné spécifiquement les données probantes sur le dépistage chez les populations à risque accru. Cependant, il est indiqué que d'autres organisations professionnelles recommandent que les patients ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal (un parent au 1 ^{er} degré avec un CCR précoce ou plusieurs parents de 1 ^{er} degré) soient dépistés plus fréquemment à un plus jeune âge et avec une coloscopie. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/colorectal-cancer-screening2#Pod4 (27)
Michigan Quality Improvement Consortium Guideline 2015	Selon FR de 50 à 75 ans : FOBT /an ou highFOBT /3 ans + sigmoïdoscopie /5 ans ou Coloscopie /10 ans.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011 révision 2015	Coloscopie selon gravité (degré de parenté et âge de survenue – 1 ^{er} degré ; CCR < 50 ans). <ul style="list-style-type: none">Coloscopie tous les 5 ans à partir de 50 ans et jusqu'à 75 ans : trois parents de 1^{er} degré avec CCR (aucun avant 50 ans), deux parents 1^{er} degré avec CCR (âge moyen < 60 ans).Coloscopie en dépistage unique à 55 ans (si normal pas de suivi) : deux parents 1^{er} degré avec CCR (âge moyen ≥ 60 ans), un parent 1^{er} degré avec CCR (âge moyen < 50 ans).Toute autre situation CCR familial (hors génétique). Avec parent 1 ^{er} degré : parents, oncles/tantes, grands-parents. Endossement des recommandations BSG/ACPGBI, 2010.
Royal Australian College of General Practitioners RACGP 2013	Un parent de 1 ^{er} degré avec CCR (avant 55 ans) ou deux parents de 1 ^{er} degré avec CCR ou un parent de 1 ^{er} degré et un parent de 2 ^e degré du même côté familial avec CCR quel que soit l'âge (hors risque élevé génétique) → Coloscopie tous les 5 ans à partir de 50 ans ou 10 ans plus jeune que l'âge du cas ; sigmoïdoscopie + lavement baryté double contraste ou coloscopie virtuelle (par équipe expérimentée) est acceptable si contre-indication coloscopie. Un parent de 1 ^{er} degré ou de 2 ^e degré CCR diagnostiqué ≥ 55 ans → risque moyen et dépistage immunologiques tous les 2 ans à partir de 50 ans.
Finnish Medical Society Duodecim 2013	<u>Patients à risque élevé de CCR</u> : <ul style="list-style-type: none">Patients avec adénomes ou antécédents de CCR ;ATCD familiaux, atteints de colites ulcéraives ;Patients avec prédisposition génétique (HNPCC, PAF). <u>Méthode de suivi</u> : toujours par coloscopie. <u>Fréquence de suivi</u> : Fréquence de suivi selon les résultats (nombres, taille (> à 1 cm ou non), grade des adénomes, situation) ; en cas d'examen incomplet ou de résection partielle, une coloscopie supplémentaire est à effectuer 1-6 mois après. Patients avec CCR ou adénomes (âge < 75 ans) ATCD CCR et polypes : risque augmenté de néoplasie à haut niveau sous les 10 ans : <ul style="list-style-type: none">Suivi tous les 2-3 ans : si HPNCC, si adénome > 1 cm, villosité ou tubulovillosité, ou adénomes multiples ;Suivi tous les 5 ans : si ATCD CCR (après la période de suivi post opératoire) ;

Auteurs/année	Risque élevé Antécédent familial de cancer colorectal
	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi tous les 5-10 ans si un à deux adénome(s) tubuleux < 1 cm ; • Pas de suivi après résection adénome unique < 5 mm ; • À partir de 75 ans, le suivi à long terme de tous les patients est à discuter selon indications spécifiques à partir de 75 ans). <p>Patient avec colites ulcéreuses : le suivi peut varier selon les hôpitaux et selon les risques individuels (ex : existence de CCR familiaux). En principe, suivi tous les 2-3 ans, débuté à 8 ans après la colite. Autres recommandations (patients PAF et HPNCC) : registres nationaux s'ils existent, chirurgie prophylactique (PAF à 20-25 ans), HNPCC avec CCR.</p>

Avec CCA = Cancer Council Australia ; CCO = Cancer Care Ontario ; ESMO = European Society for Medical Oncology ; NICE : National Institute for Health and Care Excellence. BSG British Society of Gastroenterology, ACPGIB the Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland.

Consensus sur la prévention du cancer colorectal par coloscopie, en dehors du dépistage en population, SFED 2016

En février 2016, la SFED a publié un consensus sur la prévention de CCR (26) où elle propose d'élargir les indications de la coloscopie actuelles et indique les points suivants :

- Les individus considérés à risque de CCR doivent bénéficier en première intention d'une coloscopie de dépistage et de prévention puis d'une surveillance régulière ;
- Élargissement ATCD familiaux de CCR survenus après 60-65 ans et ATCDs familiaux de CCR au deuxième degré ;
- Les données récentes de la littérature permettent de mieux individualiser le niveau de risque (étroitement lié au nombre d'ATCDs, au degré de parenté et indépendant de l'âge de survenue sans « cut-off » à 65 ans).

Sur ces bases, la SFED propose qu'une coloscopie de prévention et de dépistage de première intention doit être proposée dans les cas suivants :

- ATCD familial de CCR :
 - ATCD(s) unique ou multiples au 1^{er} degré quel que soit l'âge ;
 - ATCDs multiples (nombre supérieur ou égal à 2) au 2^e degré quel que soit l'âge ;
- ATCD familial de polyadénome (avancé ou non) :
 - ATCD(s) unique ou multiples au 1^{er} degré quel que soit l'âge.

Selon l'importance du risque, la coloscopie doit être proposée à 40 ans ou à 50 ans.

Autres données

Revue systématique

Une revue systématique, réalisée pour le *National Colon Cancer Roundtable* (NCCRT) et publiée en 2016 par Lowery *et al.* (79), a eu pour objectif d'étudier le risque de CCR dans le contexte d'antécédent familial, de synthétiser les recommandations de bonnes pratiques en la matière, ainsi que l'étude des facteurs d'adhésion ou de non adhésion au dépistage.

À partir de quatre méta-analyses et 12 études, publiées entre 2004 et 2015, il a été rapporté par les auteurs, que de manière convergente, un niveau de risque deux fois plus élevé chez les personnes ayant au moins un parent de 1^{er} degré affecté de CCR ; deux à trois fois plus élevé si l'âge du diagnostic chez cet antécédent a été inférieur à 60 ans et trois à quatre fois plus plus si l'âge du diagnostic chez cet antécédent a été inférieur à 50 ans. Ainsi, parmi les mesures de risque (risque groupé rapporté par méta-analyse, ou intervalle rapporté par des études individuelles), il a été rapporté :

- ≥ 1 ATCD CCR 1^{er} degré :

- méta-analyse 2,24 (95 % CI, 2,06–2,43), 2,26 (95 % CI, 1,86–2,73), 2,25 (95 % CI, 2,00–2,53), 1,80 (95 % CI, 1,61–2,02) ;
- études : [1,55–2,80].
- ▶ ≥ 2 ATCD CCR 1^{er} degré :
 - méta-analyse : 3,97 (95 % CI, 2,60–6,06), 4,25 (95 % CI, 3,01–6,08), 3,95 (95 % CI, [2,49–6,26) ;
 - études : [2,75–3,01].
- ▶ ≥ 1 ATCD CCR 1^{er} degré (âge < 50 ans) :
 - méta-analyses : 3,55 (95 % CI, 1,84–6,83) ;
 - études : [1,65–3,31].
- ▶ ≥ 1 ATCD CCR 1^{er} degré (âge < 60 ans) :
 - méta-analyse (âge 45–59 ans) : 2,25 (95 % CI, 1,85–2,72) ;
 - études : [1,81–3,30].

À partir d'une méta-analyse et trois études, il a été rapporté par les auteurs que le risque de CCR chez les personnes ayant au moins un parent de 1^{er} degré ayant eu un adénome est inférieur à deux mais que ce risque est plus élevé si l'adénome est large (> 10 mm RR : 1,68 ; [1,29-2,18]) ou si l'adénome est avancé (histologie villositaire : RR : 3,90 IC95 % 0,89-17,01) et si le diagnostic a été effectué avant 60 ans.

Par ailleurs, les auteurs ont rapporté les recommandations de sept organismes/sociétés américaines (American College of Gastroenterology ; American College of Radiology ; American Cancer Society ; American Gastroenterological Association ; American Society for Gastrointestinal Endoscopy ; Colorectal Cancer ; NCCN, National Comprehensive Cancer Network) :

- Les sept recommandations américaines sont unanimes pour recommander le dépistage chez un sujet ayant des antécédents familiaux de CCR (un parent de 1^{er} degré avant 60 ans ou deux et plus parents de 1^{er} degré quel que soit l'âge du diagnostic de survenue) qui consiste en une coloscopie tous les 5 ans à partir de 40 ans (ou 10 ans avant l'âge du cas index le plus jeune dans la famille).
- Les recommandations diffèrent sur le dépistage chez les sujets ayant un antécédent familial de 1^{er} degré après 60 ans et peuvent proposer un dépistage similaire à celui du sujet à risque moyen (dépistage à partir 50 ans, toutes modalités) jusqu'à un dépistage par coloscopie tous les 5 à 10 ans à partir de 40 ans.
- Les recommandations diffèrent sur le dépistage chez les sujets ayant un antécédent familial de 1^{er} degré d'adénomes en spécifiant ou non le caractère avancé de l'adénome.

Une revue systématique descriptive américaine, publiée en 2015 par Henrikson *et al.* (80), a eu pour objectif d'étudier le risque de CCR dans le contexte d'antécédent familial.

Sur la base de 19 études publiées entre 1994 et 2010 (histoire naturelle n = 9, prévalence n = 8 ; risque n = 9 ; adhésion au dépistage n = 3), il existe, selon les auteurs, une grande hétérogénéité dans la définition de l'antécédent familial, la plus commune reste celle d'un à plus parent(s) au 1^{er} degré ; si la prévalence observée par les études peut être inférieure à celle de 10 % généralement citée, les données confirment l'augmentation du risque de CCR en lien avec l'augmentation de la charge familiale (nombre de parents atteints, âge de survenue) et de l'augmentation de la prévalence d'adénomes simples ou multiples chez les personnes à antécédents familiaux de CCR. Les auteurs n'ont pas relevé de données sur une localisation différentielle des adénomes ou de progression selon l'histoire familiale. Enfin, l'adhésion au dépistage par coloscopie est plus importante chez les personnes avec des antécédents familiaux de CCR.

Études à partir des bases de données généalogiques de la population américaine de l'Utah, 2014

La revue systématique précédemment citée (80) incluait une étude américaine (81) publiée en 2010 à partir des bases de données et des registres de l'Utah (base de données généalogiques de la population, -Utah Population Database, UPDB-, registre du cancer -Utah Cancer Registry, UCR-). Cette étude (n = 2 327 327 personnes, trois générations connues) rapportait que l'augmentation du nombre de parents de 1^{er} degré atteints de CCR augmente le niveau de risque

plus que le nombre de parents de 2^e ou 3^e degré. Cependant, en cas d'atteinte d'un parent du 1^{er} degré, l'existence conjointe de parent de 2^e ou 3^e degré augmentait significativement le risque de CCR :

- ▶ RR avec parent de 1^{er} degré affecté = 2,05 [95 % CI, 1,96–2,14].
- ▶ RR avec zéro parent de 1^{er} degré affecté, un parent de 2^e degré affecté, deux parents de 3^e degré affecté = 1,33 [95 % CI, 1,13–1,55].
- ▶ RR avec un parent de 1^{er} degré affecté, un parent de 2^e degré affecté, zéro parent de 3^e degré affecté = 1,88 [95 % CI, 1,59–2,20].
- ▶ RR avec un parent de 1^{er} degré affecté, un parent de 2^e degré affecté > trois parents de 3^e degré affecté = 3,28 [95 % CI, 2,44–4,31].

Les données croisées issues des deux bases UPDB et UCR ont continué à faire l'objet d'analyse et de publication, en particulier en 2014 ([82-84](#)).

Ainsi, une étude ([82](#)) a porté sur la population (n = 126,936 ; 50-80 ans) ayant subi une coloscopie entre 1995 et 2009 dans l'Utah et chez lesquelles, il a été diagnostiqué 43 189 adénomes et 5 563 adénomes avancés. Selon les auteurs, les personnes ayant des parents dépistés par coloscopie présentant un/des adénome(s) et/ou adénome(s) avancé(s) semblent présenter un risque relatif significativement plus élevé de développer un néoplasie colorectal comparées aux cas contrôles (population dépistée avec résultats négatifs) avec :

- ▶ RR avec parent de 1^{er} degré affecté = 1,35 ; [95 % CI, 1,25-1,46] et RR avec parent de 2^e degré affecté = 1,15 ; (95 % CI, 1,07-1,23) par un adénome.
- ▶ RR avec parents de 1^{er} degré de personnes porteurs d'adénomes avancés = 1,68 ; (95 % CI, 1,29-2,18).

Les auteurs de l'étude ont évalué que 10 % de CCR diagnostiqués chez les parents auraient été ignorées si les recommandations américaines avaient été strictement suivies.

À partir de la même population des bases de données généalogiques de la population américaine de l'Utah soumise au dépistage par coloscopie et pour laquelle il a été diagnostiqué un CCR (n = 3 804), une étude ([84](#)) cas-contrôle (index = CCR diagnostiqué par coloscopie, témoins = individus appariés selon l'âge et le sexe, non exposés à la coloscopie) a été réalisée. Selon les auteurs les parents de 1^{er}, 2^e degrés ainsi que les cousins germains des patients diagnostiqués CCR après coloscopie ont une augmentation significative du risque de néoplasie colorectale, avec : HRR = 1,79 ; (95 % CI, 1,59-2,03) parent de 1^{er} degré, HRR = 1,32 ; (95 % CI, 1,19-1,47) parent de 2^e degré (HRR = 1,15 ; 95 % CI, 1,07-1,25) cousins germains comparé aux parents contrôle. Le risque d'adénomes (HRR = 1,82 ; [95 % CI, 1,66-2,00]) et d'adénomes villosités (HRR = 2,43 ; [95 % CI, 1,96-3,01]) a été plus important chez les parents au 1^{er} degré. Il a été rapporté une augmentation du risque pour les parent du 1^{er} degré si le patient index a développé un CCR avant 60 ans (HRR = 2,11 ; 95 % CI, 1,70-2,63), comparé à celui d'un CCR apparu après 60 ans (HRR = 1,77 ; 95 % CI, 1,58-1,99). Les auteurs de l'étude ont évalué que 3 % de CCR diagnostiqués chez les parents auraient été ignorés si les recommandations américaines en matière d'âge avaient été strictement suivies.

7.1 Avis du groupe de travail

Avis du groupe de travail

Les experts ont discuté les résultats de la revue publiée en septembre 2016 par Lowery *et al.* (79). Cette revue systématique rapporte un risque augmenté multiplié par deux fois lors de l'existence d'un antécédent de CCR chez un parent de 1^{er} degré et l'augmentation de ce risque en fonction du nombre croissant de parents de 1^{er} degré affectés et de la précocité de l'âge du diagnostic.

Pour le groupe de travail, sur la base de ces résultats, un cas d'antécédent familial de CCR au 1^{er} degré quel que soit l'âge de survenue justifie une coloscopie de dépistage et recommande une coloscopie tous les 5 ans à partir de 45 ans ou 10 ans avant l'âge de survenue du cas index et selon situation.

8. Dépistage chez le patient à risque très élevé : Syndrome de Lynch

8.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé

Chez les personnes à risque très élevé de cancer colorectal, le dépistage relève d'une prise en charge spécialisée : consultation d'oncogénétique et dépistage endoscopique par chromo-endoscopie.

Les personnes à risque très élevé de cancer colorectal sont celles avec des formes familiales liées à une prédisposition génétique, notamment :

- un syndrome de Lynch (aussi appelé anciennement hereditary non-polyposis colorectal cancer ou cancer colorectal héréditaire non polyposique) ;
- une polypose adénomateuse familiale (PAF).

Homme ou femme ayant un antécédent familial de syndrome de Lynch (HNPCC ou cancer colorectal héréditaire non polyposique)

Chez une personne ayant un antécédent familial de syndrome de Lynch, la prise en charge est la suivante :

- une consultation d'oncogénétique est recommandée, au cours de laquelle une recherche de la mutation en cause sera proposée (mutation au niveau des gènes MSH2, MLH1, MSH6) ;
- une coloscopie totale (coloscopie avec coloration à l'indigo carmin ou chromo-endoscopie) tous les 2 ans dès l'âge de 25 ans ou 5 ans avant l'âge du cas index le plus précoce dans la famille ;
- une gastroscopie de dépistage avec recherche d'*Helicobacter pylori* et une gastroscopie tous les 1 ou 2 ans en cas d'antécédent familial de cancer gastrique ;
- une recherche d'autres localisations de cancer : endomètre, ovaires, intestin grêle, uretère ou reins (chez la femme, un examen gynécologique annuel sera fait à partir de l'âge de 30 ans avec échographie endovaginale et frottis cervico-utérin de dépistage).

Les adénomes observés chez les patients atteints d'un syndrome de Lynch ont la particularité d'être plus souvent plans et d'évoluer plus rapidement vers un cancer que ceux observés dans la population générale. Ces deux particularités nécessitent la réalisation de chromo-endoscopies à des intervalles rapprochés (tous les 2 ans au maximum à partir de l'âge de 20 ans).

La chromo-endoscopie est une endoscopie digestive utilisant l'indigo carmin comme colorant de la muqueuse colique afin de repérer plus facilement les adénomes plans et de mieux préciser les limites d'une lésion identifiée par coloscopie sans coloration.

Elle est toujours précédée d'une coloscopie conventionnelle. Elle ne présente aucune contre-indication, et rallonge peu la durée de l'examen.

Le colorant, en solution aqueuse à 0,2 % ou 0,4 %, est appliqué directement sur la muqueuse colique à l'aide d'un cathéter spray durant l'examen endoscopique.

8.2 Nouvelles données

Données INCa 2013-2016

Dispositif national d'oncogénétique

En France, le diagnostic des prédispositions génétiques, inscrit depuis 2003 au sein des plans cancer successifs, est mis en œuvre dans le cadre du dispositif national d'oncogénétique⁵ qui s'organise autour de 130 sites de consultation, et de 25 laboratoires en charge de la réalisation des tests génétiques prescrits par les consultations. Cette structuration, adossant des laboratoires aux consultations d'oncogénétique, a pour objectif d'identifier les personnes prédisposées héréditairement au cancer, qu'il s'agisse de personnes malades (cas index) ou de membres non malades de leur famille (apparentés).

La prise en charge est fondée sur la surveillance et/ou la chirurgie prophylactique, adaptée aux différents risques tumoraux associés à l'altération génétique identifiée. L'ensemble des données est consultable depuis le site de l'INCa⁶.

Le site de l'INCa indique qu'en 12 ans (de 2003 à 2014), le dispositif national d'oncogénétique a permis d'identifier 49 518 personnes, cas index et apparentés, porteuses d'une mutation les prédisposant héréditairement à un cancer, parmi lesquelles 7 405 personnes porteuses d'une mutation MMR ou EPCAM (syndrome de Lynch), 2 565 personnes porteuses d'une mutation APC et 509 personnes porteuses de mutations bi-alléliques du gène MUTYH (depuis 2009) (polyposes adénomateuses familiales).

Guide professionnels de santé « tests somatiques syndrome de Lynch », INCa 2016

Pour rappel, dans les recommandations professionnelles émises en 2009 « Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique : SYNDROME HNPCC / LYNCH » (85), il est indiqué que :

- Les patients, porteurs d'un syndrome HNPCC/Lynch avéré, indemnes de lésion néoplasique colorectale ou présentant des lésions adénomateuses colorectales accessibles à une exérèse endoscopique, doivent faire l'objet d'une surveillance coloscopique « soutenue et de qualité », selon des modalités conformes aux recommandations professionnelles en vigueur (Grade A).
- Le risque élevé de lésions néoplasiques colorectales métachrones impose la mise en place d'une surveillance endoscopique du segment digestif restant (côlon/rectum après colectomie segmentaire ; rectum après colectomie subtotale) après traitement d'un premier cancer colorectal chez un sujet atteint de syndrome HNPCC/Lynch (accord professionnel).
- La coloscopie est le seul examen recommandable dans cette indication. Les modalités de la surveillance coloscopique doivent être « calquées » au minimum sur celles recommandées chez les individus atteints mais indemnes de cancer : coloscopie avec Chromoendoscopie (au minimum) tous les 2 ans (accord professionnel).

Outre des critères cliniques évocateurs, il existe des tests somatiques (sur les tumeurs) permettant de favoriser l'orientation des personnes susceptibles d'être atteintes d'un syndrome de Lynch vers une consultation d'oncogénétique.

L'INCa a publié en juin 2016 un guide (86) dédié à la réalisation de ces tests. Il constitue un cadre institutionnel qui a pour objectif d'harmoniser au niveau national les pratiques et de contribuer à une qualité optimale des examens.

Les tests somatiques recherchant une déficience du système MMR dans un contexte de suspicion de syndrome de Lynch concernent toute :

⁵ <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique/Les-predispositions-genetiques>

⁶ <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique>

- personne avec un cancer colorectal, diagnostiquée à un âge inférieur à 60 ans ou présentant, quel que soit son âge, des antécédents personnels ou familiaux (au premier degré) de cancer colorectal ou de cancer(s) du spectre du syndrome de Lynch ;
- personne avec un cancer de l'endomètre, diagnostiquée à un âge inférieur à 50 ans (recherche pouvant se discuter entre 50 et 60 ans) ou présentant, quel que soit son âge, des antécédents personnels ou familiaux (au premier degré) de cancer colorectal ou de cancer(s) du spectre du syndrome de Lynch ;
- personne avec un cancer du spectre du syndrome de Lynch, autre qu'un cancer colorectal ou qu'un cancer de l'endomètre, sur justification d'un contexte personnel et/ou familial évocateur d'un syndrome de Lynch.

La présence d'une mutation de prédisposition chez une personne atteinte de cancer (cas index) peut modifier son schéma thérapeutique et préventif. Les apparentés indemnes pour lesquels une mutation a été identifiée doivent également bénéficier d'une prise en charge adaptée, basée sur des mesures de prévention primaire (chirurgie prophylactique essentiellement) ou secondaire tel qu'un suivi à des fins de diagnostic précoce.

État des lieux « Consultations, laboratoires & prise en charge », INCa 2016

Un des objectifs des actions portées par l'INCa, en association avec la DGOS, est d'identifier toutes les personnes présentant un risque héréditaire de cancer en France et de leur garantir une prise en charge personnalisée et multidisciplinaire.

Après une expérience pilote visant à favoriser la prise en charge globale des personnes prédisposées héréditairement au cancer (87), une synthèse publiée en janvier 2016 détaille l'activité des consultations, des laboratoires et des programmes de prise en charge multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer (86, 88) et s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé intervenant ou pouvant intervenir dans leur identification et leur suivi ainsi qu'aux décideurs.

Recommandations de bonne pratique

Il a été retenu les 12 recommandations de bonnes pratiques suivantes :

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011 révisée août 2016. Diagnosis and management of colorectal cancer (29).
2. American College of Gastroenterology 2015 ACG Clinical Guideline: Genetic Testing and Management of Hereditary Gastrointestinal Cancer Syndromes (33).
3. American Gastroenterological Association Institute 2015 American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Diagnosis and Management of Lynch Syndrome(34).
4. National Comprehensive Cancer Network 2015 Colorectal cancer screening. Version 1.2015 (37).
5. National Comprehensive Cancer Network 2015 Genetic/familial high risk assessment: colorectal. Version 1.2015 (89).
6. American Gastroenterological Association 2014 Guidelines on Genetic Evaluation and Management of Lynch Syndrome: A Consensus Statement by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (41).
7. American Society of Clinical Oncology 2015 Hereditary Colorectal Cancer Syndromes: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the Familial Risk–Colorectal Cancer: European Society for Medical Oncology Clinical Practice Guideline (39).
8. Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2014 Oncogenetic testing for Lynch syndrome and familial adenomatous polyposis (42).
9. European Society for Medical Oncology 2013 (52). Familial risk-colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines.
10. Royal Australian College of General Practitioners 2013. Guidelines for preventive activities in general practice 8th edition. 9.6 Colorectal cancer (CRC) (56).

11. Vasen *et al.* (Mallorca group), Revised guidelines for the clinical management of Lynch syndrome (HNPCC): recommendations by a group of European experts; 2013 (60).
12. Finnish Medical Society Duodecim 2013. Screening and prevention of colorectal cancer (54).

Les recommandations sont rapportées dans le tableau suivant.

Tableau 11. Recommandations sur le suivi du patient à risque très élevé de CCR héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch SL)

Auteurs /année	Risque très élevé : Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch SL)
Haute Autorité de Santé 2013	Chromocoloscopie - Consultation d'oncogénétique ¹ Tous les 2 ans à partir de 20-25 ans ou 5 ans avant l'âge du cas index le plus précoce dans la famille
American College of Gastroenterology 2015	Chromocoloscopie SL suspicion : tous les 2 ans à partir 20-25 ans SL avéré mutation : tous les ans (recommandation forte pour le dépistage, niveau de preuve modéré pour le dépistage et très faible pour la surveillance annuelle et l'âge d'initiation) <u>Questionnaire évaluation du risque (trois questions) :</u> 1/ Avez-vous un parent au 1 ^{er} degré (parents, sœur/frère, enfant) atteint d'un cancer CCR ou autres (utérus, ovarien, digestif, biliaire, pancréas) avant l'âge de 50 ans ? 2/ Avez-vous un antécédent personnel avant 50 ans de CCR ou de polypes colorectaux ? 3/ Avez-vous trois ou plus parents au 2 ^e degré (parents, sœurs/frères, grands-parents, oncles/tantes, cousins) avec une historique de CCR ?
American Gastroenterological Association Institute 2015	SL avéré : surveillance par coloscopie tous les 1 à 2 ans (recommandation forte, niveau de preuve modéré pour dépistage, faible pour la fréquence / suivi plus fréquent)
Scottish Intercollegiate Guidelines Network révision 2016	SL : coloscopie annuelle ou tous les 18-24 mois à partir 25 ans selon historique familial Endossement des recommandations BSG /ACGGBI*
National Comprehensive Cancer Network 2015 Revision 2016	Coloscopie SL avéré porteur mutation : tous les 1 à 2 ans à partir 20-25 ans ou 2 à 5 ans avant l'âge du cas index le plus jeune SL suspecté → comme risque élevé pour antécédent familial positif <ul style="list-style-type: none"> • Un parent du 1^{er} degré avant 60 ans ou deux parents du 1^{er} degré quel que soit l'âge du CCR : coloscopie à partir de 40 ans ou à 10 ans avant l'âge du cas index, puis tous les 5 ans en absence de résultat positif • Parent du 1^{er} degré avec CCR après 60 ans : coloscopie à 50 ans puis tous les 5 à 10 ans en absence de résultat positif* • 1 parent du 2nd degré avec CCR avant 50 ans : coloscopie à partir de 50 ans puis tous les 5 -10 ans en absence de résultat positif • Parent du 1^{er} degré avec adénome avancé confirmé (haut grade > 1 cm, villosité ou tubulovillosité) : coloscopie à partir de 50 ans ou à l'âge de découverte de l'adénome puis tous les 5 à 10 ans en absence de résultat positif Rm : Critères de Bethesda II ou Amsterdam II Recommandation actualisée 2016 : Existence de données qui suggèrent que l'aspirine puisse réduire le risque de cancer chez le patient SL, mais le dosage optimal et la durée sont incertains
American Society of Clinical Oncology 2015	Endossement des recommandations européennes (European Society for Medical Oncology) 2013 Suivi syndrome familial : coloscopie tous les 3 à 5 ans à partir de 5-10 ans avant l'âge du cas index le plus précoce dans la famille
American Gastroenterological Association	Coloscopie

Auteurs /année	Risque très élevé : Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch SL)
2014	SL suspicion (parent 1 ^{er} degré) : tous les 1 à 2 ans à partir 20-25 ans ou 2 à 5 ans avant 25 ans SL avéré mutation : tous les ans
Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2014	Coloscopie annuelle ou 2 ans
European Society for Medical Oncology 2013	Coloscopie SL suspicion : tous les 1 à 2 ans à partir 20-25 ans ou 5 ans avant l'âge du cas index le plus précoce dans la famille SL avéré mutation : tous les ans
Royal Australian College of General Practitioners RACGP 2013	Coloscopie SL suspicion : tous les 1 à 2 ans à partir 20-25 ans ou 5 ans avant l'âge du cas index le plus précoce dans la famille
Mallorca group 2013	Coloscopie SL suspicion : tous les 1 à 2 ans à partir 20-25 ans
Finnish Medical Society Duodecim 2013	<p>Patients à risque élevé de CCR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients avec prédisposition génétique (HNPCC, PAF) <p>Méthode de suivi : toujours par coloscopie</p> <p>Fréquence de suivi : Fréquence de suivi selon les résultats (nombres, taille (> à 1 cm ou non), grade des adénomes, situation) ; en cas d'examen incomplet ou de résection partielle, une coloscopie supplémentaire est à effectuer 1-6 mois après</p> <p>Patients avec CCR ou adénomes (âge < 75 ans)</p> <p>ATCD CCR et polypes : risque augmenté de néoplasie à haut niveau sous les 10 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi tous les 2-3 ans : si HNPCC, si adénome > 1 cm, villosité ou tubulovillosité, ou adénomes multiples ; • Suivi tous les 5 ans : si ATCD CCR (après la période de suivi post-opératoire) • Suivi tous les 5-10 ans si 1 à 2 adénomes tubuleux < 1 cm ; • Pas de suivi après résection adénome unique < 5 mm • À partir de 75 ans, le suivi à long terme de tous les patients est à discuter selon indications spécifiques à partir de 75 ans) <p>Patient avec colites ulcéreuses : le suivi peut varier selon les hôpitaux et selon les risques individuels (ex. : existence de CCR familiaux). En principe, suivi tous les 2-3 ans, débuté à 8 ans après la colite</p> <p>Autres recommandations (patients PAF et HNPCC) : registres nationaux si existent, chirurgie prophylactique (PAF à 20-25 ans), HNPCC avec CCR</p>

Avec. BSG /British Society Gastroenterology, ACGGBI Association Coloproctology for Great Britain and Ireland, avec critères AMSTERDAM (tous les critères) : - Au moins trois sujets atteints de cancers du spectre HNPCC restreint ; - Au moins un sujet est parent au 1^{er} degré avec deux autres ; - Au moins deux générations successives ; - Au moins un cas < 50 ans ; - PAF exclue ; critères BETHESDA (au moins un critère) - CCR < 50 ans ; - 2nd CCR synchrones ou métachrones ; - 2nd cancer du spectre HNPCC élargi ; - Anatomopathologie évocatrice et MSI < 60ans ; - CCR avec au moins un parent au 1^{er} degré présentant une tumeur du spectre HNPCC < 50 ans ; - CCR avec au moins deux parents au 1^{er} ou 2^e degré présentant une tumeur du spectre HNPCC, indépendamment de l'âge.

Autres données

Revue systématique

Si les recommandations actuelles de dépistage de surveillance prônent une coloscopie tous les 1 à 2 ans, sans différence d'âge ou de sexe, il peut exister des discussions sur l'intervalle optimal entre les examens de colonoscopie, ainsi que la déclinaison selon l'âge et le sexe des patients porteurs de mutations.

Dans ce contexte, une revue systématique récente publiée en 2015 par Jenkins *et al.* (90) a eu pour objectif d'estimer le risque de CCR à 5 ans selon les classes d'âges (deux à cinq classes d'âge de 10 ans avec les catégories de 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79) et selon le sexe de patients porteurs de mutation. L'analyse a retenu quatre études (n = 1 114 patients avec n = 508 porteurs de mutations MLH1 et n = 606 porteurs de mutation MSH2). Les auteurs rapportent un risque de CCR à 5 ans variable selon les classes d'âge, avec une augmentation croissante sur les classes d'âge 30-39 ans, 40-48, avec un pic à 50-59 ans ainsi que chez les

porteurs masculins. Selon les auteurs, si la coloscopie annuelle est fortement recommandée pour les porteurs « à la cinquantaine » (une coloscopie annuelle sur 5 ans chez 16 hommes et 25 femmes pour éviter un décès par CRR contre un risque d'événements secondaires faible (respectivement 0,08 et 0,12)), elle semble moins pertinente pour la tranche d'âge autour de la « vingtaine » (une coloscopie annuelle sur 5 ans chez 155 hommes et 217 femmes pour éviter un décès par CRR contre un risque d'événements secondaires faible (respectivement 0,78 et 1,09)).

Une revue britannique de 2013 (91) a mis en évidence que la très grande majorité des études rapportent une réduction de l'incidence et de la mortalité de CCR par dépistage et suivi de registre des patients à très haut risque (9/10 études syndrome de Lynch, 33/33 études PAF). Cependant, l'hétérogénéité des études n'a pas permis aux auteurs de réaliser une méta-analyse des données.

Une autre revue (92) publiée en 2013 rapporte la sous-utilisation du dépistage génétique par les parents de 1^{er} degré d'un patient porteur du syndrome de Lynch.

8.1 Avis du groupe de travail

Avis du groupe de travail

Les membres du GT ont indiqué que le terme HNPCC, *Hereditary non polyposis colorectal cancer*, n'est actuellement plus utilisé, et que seul devrait être mentionné le terme « Syndrome de Lynch (SL) ».

De manière consensuelle, les membres du GT ont décliné le dépistage et le suivi dans le cadre du SL selon trois situations (mutation identifiée, mutation non identifiée, suspicion familiale sans mutation identifiée) :

- Si mutation avérée SL : Chromoendoscopie tous les 1 à 2 ans (en fonction de l'acceptation du patient, qualité de l'examen, contexte familial, comorbidités) à partir de 20-25 ans ou 5 ans avant le cas index familial (1^{er} cancer le plus jeune de la famille) ;
- Si le sujet est non porteur de la mutation identifiée dans une famille SL : il y a sortie de la surveillance spécifique pour SL ;
- S'il existe une suspicion familiale de SL (à l'issue de la consultation d'oncogénétique), sans mutation identifiée : Chromoendoscopie tous les 1 à 2 ans (en fonction de l'acceptation du patient, qualité de l'examen, contexte familial, comorbidités).

Les membres du GT ont précisé que, dans la situation d'une mutation avérée de SL, les pratiques françaises sont de débiter le dépistage à partir de 20 ans.

Il a été jugé opportun par les membres du GT que des messages clés soient déclinés vers les médecins généralistes (MG) afin de les alerter sur les signes pouvant faire suspecter un CCR de forme héréditaire et adresser le sujet vers un avis spécialisé (gastroentérologue, oncogénéticien). Il s'agit de :

- l'existence d'antécédents familiaux de CCR chez des apparentés de 1^{er} degré,
- l'existence d'antécédents familiaux de CCR avant 50 ans,
- deux antécédents personnels de CCR.

9. Dépistage chez le patient à risque très élevé : polypose adénomateuse familiale

9.1 Référentiel de pratique de l'examen périodique de santé

Chez les personnes à risque très élevé de cancer colorectal, le dépistage relève d'une prise en charge spécialisée : consultation d'oncogénétique et dépistage endoscopique par chromo-endoscopie.

Les personnes à risque très élevé de cancer colorectal sont celles avec des formes familiales liées à une prédisposition génétique, notamment :

- un syndrome de Lynch ;
- une polypose adénomateuse familiale (PAF).

Homme ou femme ayant un antécédent familial de polypose adénomateuse

La polypose adénomateuse familiale (PAF) est caractérisée par la présence de plus de 100 adénomes localisés au niveau du côlon ou du rectum.

Chez une personne ayant un antécédent de polypose adénomateuse familiale, une consultation d'oncogénétique est recommandée, au cours de laquelle une recherche de la mutation en cause sera proposée (mutations du gène APC sur le bras long du chromosome 5, mutations du gène MYH sur le bras court du chromosome 1).

- Si la mutation est identifiée :
 - une coloscopie annuelle à partir de la puberté est recommandée (à partir de 20-30 ans pour la forme atténuée),
 - une surveillance digestive haute par endoscopie est recommandée tous les 3 ans à partir de l'âge de 20 ans (pour exérèse des adénomes duodénaux).
- Si la mutation n'est pas identifiée :
 - le dépistage est identique à celui de la population à risque modéré.

9.2 Nouvelles données

Données INCa

Dispositif national d'oncogénétique

En France, le diagnostic des prédispositions génétiques est mis en œuvre dans le cadre du dispositif national d'oncogénétique⁷ (voir chapitre précédent).

La prise en charge est fondée sur la surveillance et/ou la chirurgie prophylactique, adaptée aux différents risques tumoraux associés à l'altération génétique identifiée. Pour plus de détails, se référer aux recommandations professionnels émises en 2009 « Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique : polypose adénomateuse familiale et polypose liée à MYH », ainsi qu'au rapport « La polypose associée aux mutations bi-alléliques du gène mutyh – INCa » publié en 2011. L'ensemble des données est consultable depuis le site de l'INCa (88) .

Recommandations de bonnes pratiques

Il a été retenu les neuf recommandations de bonnes pratiques suivantes :

⁷ <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique/Les-predispositions-genetiques>

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011 révisée août .2016 Diagnosis and management of colorectal cancer (29)
2. American College of Gastroenterology 2015 ACG Clinical Guideline: Genetic Testing and Management of Hereditary Gastrointestinal Cancer Syndromes (33)
3. National Comprehensive Cancer Network 2015 Colorectal cancer screening. Version 1.2015 (37)
4. National Comprehensive Cancer Network 2015 Genetic/familial high risk assessment: colorectal. Version 1.2015 (89)
5. American Society of Clinical Oncology 2015 Hereditary Colorectal Cancer Syndromes: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Endorsement of the Familial Risk–Colorectal Cancer: European Society for Medical Oncology Clinical Practice Guideline (39)
6. Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2014 Oncogenetic testing for Lynch syndrome and familial adenomatous polyposis (42)
7. European Society for Medical Oncology 2013 (52) Familial risk-colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines
8. Royal Australian College of General Practitioners 2013 Guidelines for preventive activities in general practice 8th edition. 9.6 Colorectal cancer (CRC) (56)
9. Finnish Medical Society Duodecim 2013 Screening and prevention of colorectal cancer (54)

Les recommandations principales sont rapportées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12. Recommandations sur le suivi du patient à risque très élevé de CCR : Polypose adénomateuse familiale

Auteurs /année	Risque très élevé Polypose adénomateuse familiale (PAF)
Haute Autorité de Santé 2013	<p>Chromocoloscopie (Consultation d'oncogénétique : proposition de recherche de la mutation en cause sera proposée (mutations du gène APC sur le bras long du chromosome 5, mutations du gène MYH sur le bras court du chromosome 1).¹⁾)</p> <p>Si la mutation est identifiée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une coloscopie annuelle à partir de la puberté est recommandée (à partir de 20-30 ans pour la forme atténuée) ; • Une surveillance digestive haute par endoscopie est recommandée tous les 3 ans à partir de l'âge de 20 ans (pour exérèse des adénomes duodénaux). <p>Si la mutation n'est pas identifiée Le dépistage est identique à celui de la population à risque modéré.</p>
National Comprehensive Cancer Network 2015 Revision 2016	<p>Critères de tests génétiques APC et MUTYH (historique personnel \geq 20 adénomes, mutation APC ou MUTYH connue dans la famille ; à considérer si historique personnel de cancers ou si adénome entre 10-20 ou si dans certains critères de polypose hyperplasique) Suivi selon mutation et forme (classique, atténuée)</p> <p>APC Forme classique (sans symptômes, parent de 1^{er} degré avec mutation, mutation familiale connue) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • porteur mutation APC → Coloscopie annuelle ou sigmoïdoscopie dès puberté (10-15 ans) ; • non porteur mutation APC → dépistage identique à celui de la population à risque modéré • non testé mutation APC → Coloscopie annuelle ou sigmoïdoscopie dès puberté (10-15 ans) jusqu'à 24 ans, puis tous les 2 ans jusqu'à 34 ans, puis tous les 3 ans jusqu'à 44 ans, puis tous les 3-5 ans ensuite → ou alternative à considérer une coloscopie tous les 5 ans à partir de 20 ans pour la probabilité que le patient soit porteur d'une forme atténuée <p>APC Forme atténuée : Si forme atténuée (sans symptômes, parent de 1^{er} degré avec mutation, mutation familiale connue) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • porteur mutation APC → coloscopie tous les 2-3 ans à partir de la fin adolescence • non porteur mutation APC → dépistage identique à celui de la population à risque modéré • non testé mutation APC → coloscopie tous les 2-3 ans à partir de la fin adolescence + encouragement au dépistage génétique <p>Si historique personnel : → coloscopie et polypectomie tous les 1-2 ans avant 21 ans et charge faible en adénomes (< 20 et de taille inférieure à 1 cm) ; considérer chirurgie et conseils après 21 ans et selon le nombre d'adénomes</p>

Auteurs /année	Risque très élevé Polypose adénomateuse familiale (PAF)
	<p>MUTYH Forme Suspectée (sans symptômes, parent au 1^{er} degré, mutation familiale connue) →</p> <ul style="list-style-type: none"> • testé mutation bi-allélique MUTYH positif → coloscopie à partir de 25-30 ans et tous les 2-3 ans si négatif • non testé mutation MUTYH, frère d'un parent avec MAP → coloscopie à partir de 25-30 ans et tous les 2-3 ans si négatif • porteur une mutation (hétérozygote) MUTYH → coloscopie tous les 5 ans à partir de 40 (sans parent 1^{er} degré atteint CCR) ou 10 ans avant l'âge du cas index (si parent 1^{er} degré atteint CCR) • non porteur mutation MUTYH délétère → dépistage identique à celui de la population à risque modéré <p>Si historique personnel : → coloscopie et polypectomie tous les 1-2 ans avant 21 ans et charge faible en adénomes (nombre < 20, < 1 cm) ; considérer chirurgie complémentaire et suivi après 21 ans et charge faible (< 20, < 1 cm) selon le nombre d'adénomes</p>
<p>American College of Gastroenterology 2015</p>	<p>Coloscopie annuelle ou sigmoïdoscopie dès puberté</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les individus à risque ou affectés par les syndromes PA classiques → coloscopie annuelle ou sigmoïdoscopie flexible, à partir de la puberté. • Dans les familles avec PAF atténuée ou classique → coloscopie (forte recommandation, qualité modérée de la preuve). <p>Test génétique (APC et MUTYH mutations) à proposer pour les personnes qui ont des antécédents personnels de plus de 10 adénomes colorectaux cumulatifs, des antécédents familiaux d'une PAF, ou des antécédents d'adénomes et de manifestations extra-coliques de type PAF (adénomes duodénaux / ampullaires, tumeurs desmoïdes (abdominales > périphériques), cancer papillaire de la thyroïde, hypertrophie congénitale de l'épithélium pigmentaire rétinien, kystes épidermiques, ostéomes).</p>
<p>Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2011 révision août 2016</p>	<p>Endossement des recommandations BSG /ACGGBI* Coloscopie ou sigmoïdoscopie en alternance de la coloscopie</p> <p>Forme APC à risque (famille PAF sans mutation identifiée) → Coloscopie annuelle ou sigmoïdoscopie en alternance de la coloscopie dès la puberté (avec flexibilité selon la forme à la maturité) jusqu'à 30 ans, puis tous les 3 à 5 ans jusqu'à 60 ans</p> <p>Forme APC clinique complète ou mutation identifiée → coloscopie biannuelle ou coloscopie en alternance avec sigmoïdoscopie flexible</p> <p>Polypose associée à MUTYH → deux coloscopies annuelles à partir de 25 ans (option colectomie prophylactique et anastomose iléorectale), coloscopie digestive haute trois à cinq fois par an à partir de 30 ans</p>
<p>American Society of Clinical Oncology 2015</p>	<p>Suivi PAF selon forme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forme atténuée → coloscopie tous les 2 ans à partir 18-20 ans ; • Forme classique PAF → coloscopie annuelle ou sigmoïdoscopie dès puberté
<p>Centre fédéral d'expertise des soins de santé 2014</p>	<p>Suivi PAF selon forme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour porteur → coloscopie périodique • forme classique PAF → coloscopie annuelle ou sigmoïdoscopie dès puberté 10-12 ans <p>conseil génétique</p>
<p>European Society for Medical Oncology 2013</p>	<p>Suivi PAF selon forme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • forme atténuée → coloscopie tous les 2 ans à partir 18-20 ans ; • forme classique PAF → coloscopie annuelle ou sigmoïdoscopie tous les 2 ans à partir 12-14 ans <p>conseil génétique</p>
<p>Royal Australian College of General Practitioners RACGP 2013</p>	<p>Suivi PAF selon forme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • forme atténuée → flexible sigmoïdoscopie ou coloscopie • forme PAF (sans mutation définie) → coloscopie annuelle ou sigmoïdoscopie de 12-15 ans à 30-35 ans puis tous les 3 ans à partir de 35 ans <p>conseil génétique</p>
<p>Finnish Medical Society Duodecim 2013</p>	<p>Patients à risque élevé de CCR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients avec adénomes ou antécédents de CCR, • ATCD familiaux, atteints de colites ulcéraives, • Patients avec prédisposition génétique (HNPCC, PAF) <p>Méthode de suivi : toujours par coloscopie</p> <p>Fréquence de suivi : Fréquence de suivi selon les résultats (nombres, taille (> à 1 cm ou non), grade des adénomes, situation) ; en cas d'examen incomplet ou de résection partielle, une coloscopie supplémentaire est à effectuer 1-6 mois après</p> <p>Patients avec CCR ou adénomes (âge < 75ans) ATCD CCR et polypes : risque augmenté de néoplasie à haut niveau sous les 10 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi tous les 2-3 ans : si HNPCC, si adénome > 1 cm, villosités ou tubulovillosités, ou adénomes multiples ; • Suivi tous les 5 ans : si ATCD CCR (après la période de suivi post-opératoire) • Suivi tous les 5-10 ans si un à deux adénomes tubuleux < 1 cm ;

Auteurs /année	Risque très élevé Polypose adénomateuse familiale (PAF)
	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de suivi après résection adénome unique < 5 mm • À partir de 75 ans, le suivi à long terme de tous les patients est à discuter selon indications spécifiques à partir de 75 ans) <p>Patient avec colites ulcéreuses : le suivi peut varier selon les hôpitaux et selon les risques individuels (ex. : existence de CCR familiaux). En principe, suivi tous les 2-3 ans, débuté à 8 ans après la colite</p> <p>Autres recommandations (patients PAF et HPNCC) : registre nationaux si existent, chirurgie prophylactique (PAF à 20-25 ans), HNPCC avec CCR</p>

Avec PAF polypose adénomateuse familiale ; BSG /British Society Gastroenterology , ACGGBI Association Coloproctology for Great Britain and Ireland.

Autres données

Une revue française publiée en février 2016 par Buecher *et al.* (93) fait état des dernières données en matière de connaissances des déterminismes génétiques et de la mise à disposition des nouvelles techniques de diagnostic moléculaire.

9.1 Avis du groupe de travail

Avis du groupe de travail

Les membres du GT ont indiqué l'importance d'individualiser les polyposes adénomateuses liées à la mutation APC et celles liées à la mutation MYH, car elles correspondent à deux situations différentes.

De manière consensuelle, les membres du GT ont décliné le dépistage et le suivi dans le cadre de polyposes adénomateuses selon deux situations (mutation identifiée ou non identifiée) :

Si la mutation est identifiée

- Forme liée APC : recherche de la mutation chez tous les apparentés au 1^{er} degré. Chez tous les sujets avec mutation identifiée, la surveillance débute à partir de 10-12 ans, avec une coloscopie tous les 1 à 2 ans selon contexte (nombre polypes, contexte familial, etc.) et ce, jusqu'à la chirurgie.
- Forme liée MYH : recherche de la mutation bi-allélique chez tous frères et sœurs. Chez tous les sujets avec mutation MYH bi-allélique identifiée, la surveillance débute à partir de 20- 30 ans, avec une Chromoendoscopie ; la prise en charge ultérieure dépendra ensuite du contexte.

Si la mutation n'est pas identifiée

- Une Chromoendoscopie est à réaliser chez les parents, frères et sœurs au moment du diagnostic du cas index. Chez les enfants du cas index, une Chromoendoscopie sera réalisée à partir 10-12 ans.

10. Divers

Conseils minimum et conduite à tenir en fonction du niveau de risques de cancer colorectal

10.1 Conseils minimum et conduite à tenir en fonction du niveau de risques de cancer colorectal

Selon le référentiel EPS HAS 2013, le conseil minimum à apporter à un(e) consultant(e) dans le cadre de l'examen périodique de santé dépend du niveau de risques de cancer colorectal avec :

- une information sur les facteurs de risque de cancer colorectal sera donnée au (à la) consultant(e) quel que soit son niveau de risque : limitation de la consommation d'alcool, arrêt du tabagisme, réduction de la surcharge pondérale ;
- à un homme ou une femme ayant un risque modéré de cancer colorectal, un rappel de la procédure de dépistage organisé sera systématiquement fait, et la date du prochain test de recherche de sang occulte dans les selles sera précisée ;
- à un homme ou une femme ayant un risque élevé de cancer colorectal (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, antécédent personnel ou familial au 1^{er} degré de cancer colorectal ou d'adénome de contingent villositaire ou de diamètre > 10 mm), une coloscopie sera préconisée dans le cadre d'un suivi spécialisé ;
- à un homme ou une femme ayant un risque très élevé de cancer colorectal, une consultation d'oncogénétique et une chromo-endoscopie seront préconisées dans le cadre d'un suivi spécialisé.

Tableau 13. Conseils minimum et conduite à tenir en fonction du niveau de risques de cancer colorectal (EPS HAS, 2013)

Niveau de risque	Élevé	Très élevé
Population cible	Antécédent familial au 1 ^{er} degré de cancer colorectal ou d'adénome colorectal* < 65 ans Antécédent personnel de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique Antécédent personnel de cancer colorectal Antécédent personnel d'adénome colique**	Antécédent familial de polypose adénomateuse familiale Antécédent familial de syndrome de Lynch (HNPCC)
Conseil minimum	Rappel de la recommandation du dépistage du cancer colorectal par examen coloscopique Rappel de la date de la prochaine coloscopie Rappel des facteurs de risque modifiables de cancer colorectal	Rappel de la recommandation du dépistage du cancer colorectal par examen coloscopique Rappel de la nécessité d'avoir une consultation d'oncogénétique Rappel des facteurs de risque modifiables de cancer colorectal
Conduite à tenir	Déclencher une synthèse anormale si la surveillance coloscopique n'est pas faite	Déclencher une synthèse anormale si la surveillance coloscopique n'est pas faite

Avec * de structure villositaire ou de diamètre > 10 mm. ** un adénome de structure villositaire ou de diamètre > 10 mm ou au moins deux adénomes quel que soit leur taille ou leur caractère villositaires.

Information sur les facteurs de risque de cancer colorectal

En cas de consommation régulière d'alcool, afin de réduire le risque de cancer, il est préconisé d'inciter le(la) consultant(e) à limiter sa consommation autant que possible, tant en termes de quantités consommées que de fréquence de consommation. En cas de difficulté pour arrêter les boissons alcoolisées, il convient d'envisager un accompagnement et éventuellement une prise en charge.

L'arrêt du tabagisme chronique, notamment en cas d'association à une consommation régulière d'alcool, doit être préconisé.

Pour prévenir le surpoids et l'obésité, le médecin de centre d'examens de santé incitera le(la) consultant(e) :

- à pratiquer une activité physique d'intensité modérée comparable à la marche rapide (5 jours/semaine pendant 30 minutes) ou une activité physique d'intensité élevée comparable au jogging (3 jours/semaine pendant 20 minutes), et à limiter les activités sédentaires (ordinateur, télévision, etc.) ;
- à consommer peu d'aliments à forte densité énergétique et à privilégier les aliments à faible densité énergétique tels que les fruits et les légumes.

Pour les personnes obèses (IMC > 30 kg/m²), un accompagnement et éventuellement une prise en charge diététique doivent être proposés.

Conseil minimum à une personne ayant un risque élevé de cancer colorectal

Le conseil minimum pour les personnes à risque élevé de cancer colorectal concerne les personnes ayant une maladie inflammatoire chronique intestinale (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique), ou un antécédent familial au 1^{er} degré ou personnel de cancer colorectal ou d'adénome (de contingent vilieux ou de diamètre > 10 mm).

Conseil minimum aux personnes ayant un antécédent familial au 1^{er} degré de cancer et/ou d'adénome colorectal (contingence vilieuse ou diamètre > 10 mm)

Les personnes ayant des antécédents familiaux de cancer et/ou d'adénome colorectal sont à risque élevé de cancer colorectal si elles répondent aux critères suivants :

- un parent du 1^{er} degré ayant eu un cancer colorectal avant l'âge de 65 ans ;
- au moins deux parents du 1^{er} degré ayant eu un cancer colorectal, quel que soit l'âge de survenue de ce cancer.

Ces personnes à risque élevé relèvent du dépistage individuel par une coloscopie de première intention à partir de l'âge de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du cas index, puis d'une surveillance coloscopique à intervalle régulier en fonction des résultats de l'examen précédent.

Conseil minimum aux personnes ayant un antécédent personnel de cancer colorectal

Les personnes ayant eu un cancer colorectal dans les 5 années qui précèdent l'examen périodique de santé doivent avoir un suivi spécifique régulier par leur oncologue.

Les personnes ayant eu un cancer colorectal il y a plus de 5 ans et qui n'ont pas eu de récurrence doivent bénéficier de la surveillance des sujets à risque élevé, c'est-à-dire une coloscopie tous les 5 ans.

Conseil minimum aux personnes ayant un antécédent personnel d'adénome colorectal

- Chez les personnes ayant un antécédent personnel d'adénome unique de plus de 10 mm ou un adénome avec contingent vilieux ou ayant eu l'exérèse d'au moins deux adénomes, quels que soient leur taille ou leur caractère vilieux, une coloscopie de contrôle sera effectuée 3 ans après l'ablation du(des) adénome(s) puis tous les 5 ans si la coloscopie est normale.
- Chez les personnes ayant eu une exérèse d'un polype adénomateux de taille < 10 mm de diamètre ou n'ayant pas de composante vilieuse, aucun contrôle coloscopique ultérieur n'est

nécessaire. Le(la) consultant(e) est réinclus(e) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal après un délai de 5 ans.

Conseil minimum aux personnes ayant une rectocolite hémorragique ou une maladie de Crohn

Chez les personnes ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique), une coloscopie sera préconisée tous les 5 ans après 10 ans d'évolution de la maladie.

Conseil minimum à une personne ayant un risque très élevé de cancer colorectal

Le conseil minimum pour les personnes à risque très élevé de cancer colorectal concerne les personnes ayant un antécédent familial de maladie intestinale héréditaire : polypose adénomateuse familiale (PAF), syndrome de Lynch (HNPCC : *hereditary non-polyposis colorectal cancer* ou cancer colorectal héréditaire non polyposique), qui sont à risque très élevé de cancer colorectal.

Ces personnes doivent être adressées à un centre de consultation d'oncogénétique, et le dépistage du cancer colorectal est fait par coloscopie complétée d'une chromo-endoscopie. Le rythme et les modalités des examens dépendent de chaque situation individuelle : diagnostic initial, âge, bilan génétique de la personne et de la famille.

Données à transmettre et informations à transmettre au médecin traitant

Les informations à colliger dans le dossier du centre d'examen de santé pour un(e) consultant(e) donné(e) concernent les éléments suivants :

- Données concernant le dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque modéré
 - Date du dernier test de recherche de sang occulte dans les selles et résultat (donnée déclarée ou documentée).
 - Si non-réalisation du test de recherche de sang occulte dans les selles, motif de non-réalisation.
 - Explorations digestives réalisées dans les suites du dernier test de recherche de sang occulte dans les selles si ce dernier était positif et résultat de ces explorations (donnée déclarée ou documentée).
 - Symptomatologie digestive ayant amené à faire une synthèse anormale.
- Données concernant le dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque élevé ou très élevé
 - Facteurs de risque personnels ou familiaux.
 - Date de la dernière coloscopie (donnée déclarée ou documentée).
 - Résultat de la dernière coloscopie (donnée déclarée ou documentée).
 - Éléments ayant motivé la décision d'un suivi coloscopique ou l'abandon de ce suivi (justifié ou non).

Les informations médicales transmises au médecin traitant sur le(la) consultant(e) ne le sont qu'après accord de ce(cette) dernier(ère) par l'envoi du double du dossier du(de la) consultant(e) au médecin.

Ces informations sont transmises dans le cadre d'une synthèse anormale dans les cas suivants :

- information sur la nécessité d'une coloscopie en cas de symptomatologie pouvant évoquer un cancer colorectal ;
- information sur la nécessité d'une coloscopie en cas de facteur de risque personnel ou familial non suivi.

10.2 Facteurs favorisant ou non l'adhésion au dépistage

La participation au programme dépistage de CCR est souvent considérée comme non optimale, et de nombreux travaux cherchent à caractériser les facteurs associés à une meilleure adhésion au dépistage.

De manière générale, les freins potentiels qui sont cités sont les suivants :

- ▶ ne se sent pas concerné (âge, symptômes, etc.) ;
- ▶ méconnaissance des procédures de dépistage ;
- ▶ gêne à l'égard de la localisation au côlon et au rectum (sujet tabou, partie intime du corps) ;
- ▶ représentation des selles ;
- ▶ peur du résultat ;
- ▶ peur de la coloscopie ;
- ▶ précédent(s) test(s) négatif(s) (surtout de façon répétée) ;
- ▶ facteurs d'inégalité (niveau d'éducation et CSP, etc.).

La majorité des revues systématiques publiées récemment concernent l'identification de facteurs favorisant ou non la participation au dépistage organisé de CCR chez la population à risque moyen (94-99), plus rarement chez la population à risque élevé pour antécédents familiaux (100), mais aussi la perception du risque de CCR et le comportement au dépistage (101), l'identification d'actions à mettre en place permettant de promouvoir la participation au dépistage (102).

La revue systématique canadienne publiée en 2016 (98) qui a inclus 94 études relève, parmi les facteurs favorisant la participation au dépistage, la formation/information du public, l'implication des médecins de soins primaires à recommander le dépistage et l'influence de l'entourage amical et familial ; *a contrario*, les barrières les plus importantes seraient une pauvre littératie en santé, les problèmes logistiques pour accéder aux tests de dépistage et les croyances culturelles.

De manière similaire, la revue systématique publiée en 2013 (100) sur les **facteurs associés à la participation au dépistage des personnes à risque élevé en raison d'un antécédent familial de CCR** a rapporté que, malgré le peu d'études ($n = 10$) en la matière et leur grande hétérogénéité (en particulier facteurs), le conseil du médecin et l'influence des membres de la famille pourraient être des facteurs d'adhésion au dépistage sur lesquels investiguer de façon plus approfondie.

D'autres revues systématiques ont étudié l'impact d'une communication personnalisée sur le risque dans le processus de décision de dépistage (103) ou celui d'une démarche de décision médicale partagée dans le cadre de dépistage des cancers (colorectal, sein, prostate) (104) sans qu'il soit possible, en raison du faible niveau de preuve des données, de conclure sur l'impact du dépistage en dehors d'une amélioration de la connaissance.

10.3 Enquête de pratique française

Depuis 2001, une enquête de pratique « Une semaine d'endoscopie en France » est réalisée chaque année par la SFED à travers un questionnaire en ligne (campagne 2017 du 16 au 22 janvier) afin de collecter les données d'endoscopiques sur une semaine entière. Pour la SED, cette enquête permet principalement de connaître au mieux la pratique au quotidien (mesure de qualité, évolutions dans les secteurs privé et public), de préciser la place et le poids de l'endoscopie, notamment en matière de prévention, diagnostic ou traitement des cancers colorectaux, de recueillir des informations importantes sur la préparation colique, de défendre et promouvoir l'endoscopie.

Les résultats sont régulièrement publiés.

Ainsi, en 2013, les résultats de l'enquête 2011 sur la semaine 28 novembre-04 décembre 2011 (105) transmis par 342 professionnels pour un total de 3 266 coloscopies ont permis de rapporter que l'indication à l'examen a été le dépistage de CCR pour 49 % des cas et la suspicion en présence de symptômes digestifs pour 40 % des cas ; une polypectomie a été effectuée dans

35,5 % des cas. La prévalence du CCR a été évaluée à 2,9 % et le taux de détection d'adénomes (ADR) à 17,7 %. Les principaux facteurs de risque associés statistiquement à une détection ADR ont été le sexe masculin, l'âge supérieur à 50 ans, et les antécédents personnels ou familiaux de CCR. La prévalence de CCR a été trois fois plus importante chez les patients ayant leur 1^{re} coloscopie (4,2 % vs. 1,4 % ; p significatif).

Les résultats de l'enquête 2015 sur la semaine 01-07 juin (219 praticiens participants, 2 268 patients) ([106](#)) après extrapolation (révèle sur la base des 2 600 praticiens) montrent une stabilisation du nombre de coloscopie depuis 2009, avec un chiffre estimé à 1 163 267. Parmi les indications à la coloscopie, il a été rapporté celles liées au dépistage (25 % des cas, avec une très large majorité pour antécédents familiaux au 1^{er} degré), à une surveillance post-polypectomie (19,3 %), à la surveillance d'un CCR opéré (4,4 %), à une MICI (3,2 %), à une surveillance d'une forme familiale (1,0 %). Les auteurs ont rapporté une augmentation croissante de l'adressage du patient par le généraliste à la coloscopie (70 % en 2013, 75 % en 2014, 85 % en 2015).

10.1 Avis du groupe de travail

Les membres du groupe de travail n'ont pas apporté de commentaires sur ce point.

11. Compte rendu de la réunion du groupe de travail

Lors de la réunion du 27 janvier 2017, les membres du groupe de travail (GT) ont apporté des précisions et ont développé leurs avis argumentés sur les modalités de dépistage selon les niveaux de risque élevé et très élevé de cancer colorectal (CCR).

Risque très élevé de CCR : syndrome de Lynch

Les membres du GT ont indiqué que le terme HNPCC, *Hereditary non polyposis colorectal cancer*, n'est actuellement plus utilisé et que seul devrait être mentionné le terme « Syndrome de Lynch (SL) ».

De manière consensuelle, les membres du GT ont décliné le dépistage et le suivi dans cadre du SL selon trois situations (mutation identifiée, mutation non identifiée, suspicion familiale sans mutation identifiée) :

- **Si mutation avérée SL** : Chromoendoscopie tous les 1 à 2 ans (en fonction de l'acceptation du patient, qualité de l'examen, contexte familial, comorbidités) à partir de 20-25 ans ou 5 ans avant le cas index familial (1^{er} cancer le plus jeune de la famille) ;
- **Si le sujet est non porteur de la mutation identifiée dans une famille SL** : il y a sortie de la surveillance spécifique pour SL ;
- **S'il existe une suspicion familiale de SL (à l'issue de la consultation d'oncogénétique), sans mutation identifiée** : Chromoendoscopie tous les 1 à 2 ans (en fonction de l'acceptation du patient, qualité de l'examen, contexte familial, comorbidités).

Les membres du GT ont précisé que, dans la situation d'une mutation avérée de SL, les pratiques françaises sont de débiter le dépistage à partir de 20 ans.

Il a été jugé opportun par les membres du GT que des messages clés soient déclinés vers les médecins généralistes (MG) afin de les alerter sur les signes pouvant faire suspecter un CCR de forme héréditaire et adresser le sujet vers un avis spécialisé (gastroentérologue, oncogénéticien). Il s'agit de :

- l'existence d'antécédents familiaux de CCR chez des apparentés de 1^{er} degré ;
- l'existence d'antécédents familiaux de CCR avant 50 ans ;
- deux antécédents personnels de CCR.

Risque très élevé de CCR : polypose adénomateuse

Les membres du GT ont indiqué l'importance d'individualiser les polyposes adénomateuses liées à la mutation APC et celles liées à la mutation MYH car elles correspondent à deux situations différentes.

De manière consensuelle, les membres du GT ont décliné le dépistage et le suivi dans cadre de polyposes adénomateuses selon deux situations (mutation identifiée ou non identifiée) :

- Si la mutation est identifiée
 - **Forme liée APC** : recherche de la mutation chez tous les apparentés au 1^{er} degré. Chez tous les sujets avec mutation identifiée, la surveillance débute à partir de 10-12 ans, avec une coloscopie tous les 1 à 2 ans selon contexte (nombre polypes, contexte familial, etc.) et ce, jusqu'à la chirurgie.
 - **Forme liée MYH** : recherche de la mutation bi-allélique chez tous frères et sœurs. Chez tous les sujets avec mutation MYH bi-allélique identifiée, la surveillance débute à partir de 20- 30 ans, avec une Chromoendoscopie ; la prise en charge ultérieure dépendra ensuite du contexte.

- Si la mutation n'est pas identifiée

Une Chromoendoscopie est à réaliser chez les parents, frères et sœurs au moment du diagnostic du cas index. Chez les enfants du cas index, une Chromoendoscopie sera réalisée à partir de 10-12 ans.

Risque élevé de CCR : maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)

Les MICI regroupent la rectocolique hémorragique (RCH) et la maladie de Crohn colique (MC).

Les membres du GT ont indiqué que les patients atteints d'une MICI présentent trois niveaux de risque vis-à-vis du cancer colorectal :

- **Pas de sur-risque** (par rapport à la population générale) : rectite de RCH et MC colique étendue sur moins de 30 % ;
- **Avec risque intermédiaire** : RCH s'étendant en dessous de l'angle gauche, MC colique étendue de 30 à 50 % ;
- **Avec risque élevé** : cholangite sclérosante primitive, antécédents de dysplasie, forme étendue de RCH ou MC colique plus de 50 %, persistance d'une activité inflammatoire, antécédents familiaux de CCR, nombreux pseudo-polypes, sténose colique.

L'ensemble des membres du GT sont en accord avec les recommandations européennes du groupe ECCO (*European Crohn's and Colitis Organisation*) émises en 2013 et indiquent que le dépistage s'initie 6-8 ans après le début des symptômes. Il consiste préférentiellement en une Chromoendoscopie avec biopsies ciblées, ou à défaut une coloscopie avec multiples biopsies aléatoires. L'intervalle entre deux examens dépend du risque avec :

- **Pas de sur-risque** : pas de surveillance spécifique ;
- **Risque intermédiaire** : tous les 3-4 ans, selon le nombre de facteurs de risque, la qualité de l'examen précédent, l'acceptabilité du patient ;
- **Risque élevé** : tous les 1-2 ans, selon le nombre de facteurs de risque, la qualité de l'examen précédent, l'acceptabilité du patient.

Risque élevé de CCR : antécédents personnels de CCR

Les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes (dont américaines et anglo-saxonnes) préconisent une coloscopie de contrôle à 1 an de la résection chirurgicale. Il y a eu des discussions au sein du groupe sur ce délai court qui, en l'absence de tumeur non franchie, a semblé non justifié par certains experts au regard de leur pratique. Après discussions, cette recommandation serait expliquée par le taux élevé de lésions métachrones (10-12 %) rapporté dans certaines études.

Au final, les membres du GT ont défini le dépistage chez les sujets avec antécédent personnel de CCR :

- Si coloscopie préopératoire incomplète ou en cas de tumeur infranchissable : coloscopie entre 3 et 6 mois ;
- Si la coloscopie préopératoire complète : coloscopie de contrôle à 1 an, puis tous les 5 ans ;
- Au-delà de 80 ans, la coloscopie est rediscutée selon situation et la balance bénéfices-risques, à rediscuter au cas par cas.

Risque élevé de CCR : antécédents personnels d'adénomes

Les experts ont souhaité maintenir les recommandations de bonnes pratiques (HAS, CNPHGE, FSMAD, 2013) définissant la stratégie de dépistage et le suivi de contrôle selon deux niveaux de risque (bas risque et haut risque) :

- Coloscopie de contrôle à 3 ans, puis tous les 3 ou 5 ans selon résultats et niveaux de risque (nombre, taille, type polype, antécédents familiaux) ;
- Après deux coloscopies normales : 5-10 ans ou arrêt à discuter.

Avec les niveaux de risque suivants :

- ❖ **Polype bas risque (PBR)** : nombre < 3 et taille < 1 cm et polype adénomateux (PA) de dysplasie bas grade ou polype festonné (PF) sans dysplasie
- ❖ **Polype à haut risque (PHR)** : nombre ≥ 3 ou taille > 1 cm ou PA avec dysplasie haut grade ou PF avec dysplasie

- ❖ Polype hyperplasique (PH) :
 - PH ≥ 1 cm ou PF < 1 cm et sans dysplasie : suivi comme PBR (5 ans)
 - PF ≥ 1 cm ou avec dysplasie : suivi comme PHR (3 ans)
 - PH < 1 cm du rectosigmoïde : pas de surveillance attribuable au PH

Selon les experts du GT, la notion de risque associé au polype festonné mériterait d'être réévaluée.

Risque élevé de CCR : antécédents familiaux de CCR

Les experts ont discuté les résultats de la revue publiée en septembre 2016 par Lowery *et al.* Cette revue systématique rapporte un risque augmenté multiplié par deux fois lors de l'existence d'un antécédent de CCR chez un parent de 1^{er} degré et l'augmentation de ce risque en fonction du nombre croissant de parents de 1^{er} degré affecté et de la précocité de l'âge du diagnostic.

Pour le groupe de travail, sur la base de ces résultats, un cas d'antécédent familial de CCR au 1^{er} degré, quel que soit l'âge de survenue, justifie une coloscopie de dépistage et recommande une coloscopie tous les 5 ans à partir de 45 ans ou 10 ans avant l'âge de survenue du cas index et selon situation.

Divers

Il a été rapporté par un membre du GT les travaux en cours du comité technique et de prospective (CTP) sur le dépistage du cancer colorectal mis en place par l'INCa au second trimestre 2015, avec, en particulier, le lancement d'une étude médico-économique qui devrait permettre de définir, pour chaque catégorie de risque, la ou les modalité(s)/stratégie(s) de dépistage et de suivi adaptée(s).

Lors de cette réunion, le GT a examiné la fiche mémo, qui sert de synthèse, et y a apporté des modifications.

Ainsi, les membres du GT ont souhaité que la présentation des facteurs de risque soit simplifiée dans les documents, en particulier dans la fiche mémo, et que soit supprimée la mention des scores de risques. Les tableaux présentant les suivis spécifiques aux risques élevé et très élevé seront modifiés pour rapporter les recommandations de suivi telles que discutées en séance.

Le GT a demandé à ce que soit ajouté un encadré en direction des MG sur les critères d'appel devant faire penser à un CCR à caractère héréditaire et orienter vers une consultation spécialisée (gastroentérologie, oncogénétique). En revanche, les facteurs favorisant l'adhésion au dépistage et ceux le freinant ne sont pas à mentionner car connus par les professionnels.

12. Avis des parties prenantes

Modalités de la consultation

La phase de consultation des parties prenantes a été initialement organisée du 06/02/2017 au 01/03/17, puis prolongée jusqu'au 15/03/2017. Une conférence téléphonique complémentaire (HAS, CNP HGE) a eu lieu le 28 mars 2017.

La fiche mémo et le rapport d'élaboration ont été soumis à la consultation. Une grille de lecture/questionnaire a permis aux parties prenantes le désirant d'apporter des remarques sur la forme des documents ainsi que sur le fond.

À la fin de la phase de consultation, l'ensemble des commentaires (voir tableau ci-après) a été colligé et porté à l'attention du groupe de travail. Après consultation du groupe de travail (voie électronique), une nouvelle version des documents a été élaborée.

Version soumise à l'avis des parties prenantes



Fiche Mémo

Cancer colorectal : modalités de dépistage des sujets à risque élevé et très élevé

Janvier 2017

Contexte

Le cancer colorectal (CCR) est une tumeur maligne de la muqueuse du côlon ou du rectum. Il fait suite dans 60 % à 80 % des cas à une tumeur bénigne, l'adénome souvent appelé polype adénomateux. La durée de transformation d'un polype en cancer est estimée de 5 à 10 ans.

Le CCR évolue sans symptôme avant-coureur mais peut être accompagné de rectorragies, d'une anémie ferriprive, voire de signes fonctionnels aspécifiques : douleurs abdominales, modifications du transit abdominal, amaigrissement.

Le CCR est le 3^{ème} cancer le plus fréquent en France et le 2^{ème} en termes de mortalité¹. La France est l'un des pays d'Europe où l'incidence du cancer colorectal est la plus élevée pour les deux sexes. Les cancers colorectaux sont sporadiques dans 80 % des cas, surviennent dans un contexte familial dans 15 % des cas et sont liés à une prédisposition génétique dans 5 % des cas. Plus le CCR est diagnostiqué tôt, meilleur est le taux de survie (90% de survie à 5 ans, stade localisé).

L'objectif de cette fiche est de faire le point sur les modalités de dépistage du CCR chez le sujet à risque élevé et très élevé.

1. ©Les cancers en France, Les Données, INCa, janvier 2014. Les cancers en France, édition 2014 l'essentiel des faits et chiffres.

Dépistage en France

Il est bien établi dans la littérature que le recours à la coloscopie et si nécessaire, à la polypectomie diminue l'incidence du CCR et sa mortalité¹.

L'objectif du dépistage et de la prévention du CCR repose sur l'exérèse endoscopique des polypes rectocoliques.

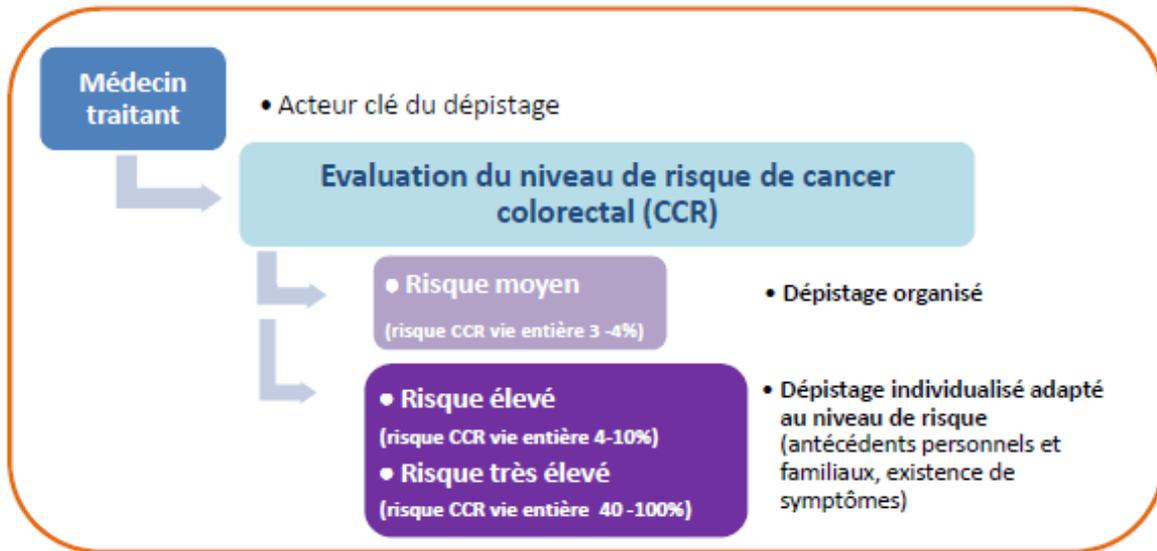
En France, les stratégies de dépistage² se déclinent selon le niveau de risque du CCR.

- Dépistage organisé pour les personnes à risque modéré.
- Dépistage individualisé pour les personnes à risque élevé, à risque très élevé et symptomatiques qui relèvent d'emblée de la coloscopie

Les médecins traitants ont un rôle clé à jouer pour évaluer le niveau de risque de CCR (antécédents personnels et familiaux, existence ou non de symptômes) les patients et les orienter dans la bonne filière de dépistage et proposer la modalité de dépistage adapté au niveau de risque de la personne

1. Brenner H, Stock C, Hoffmeister M. Effect of screening sigmoidoscopy and screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis, of randomized controlled trials and observational studies. BMJ 2014.

2. ©Les cancers en France, Les Données, INCa, janvier 2014. Les cancers en France, édition 2014 l'essentiel des faits et chiffres



Quels sont les facteurs de risque de cancer colorectal ?

L'origine du CCR est multifactorielle et on peut distinguer plusieurs catégories de facteurs de risque¹ :

- Facteurs de risque liés à l'âge (âge supérieur à 50 ans)
- Facteurs de risque liés à une mutation génétique (syndrome de Lynch, polyposes adénomateuses familiales, autres)
- Facteurs de risque liés à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin MICI (maladie de Crohn colique, rectocolite hémorragique)
- Facteurs de risque liés à un antécédent familial ou personnel d'adénome ou de cancer colorectal
- Facteurs de risque liés au mode de vie (sédentarité, indice de masse corporelle élevé, alimentation riche en viande rouge/charcuterie et/ou pauvre en fibres, consommation alcool et tabac, etc.)

Au niveau individuel, le risque s'accroît à mesure qu'on cumule les facteurs de risques, souvent en raison de facteurs environnementaux et/ou des comorbidités.

1. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013

Un dépistage défini selon le niveau de risque

En France, la stratégie de dépistage se détermine selon trois niveaux de risque: moyen, élevé ou très élevé.

A chaque niveau correspondent des recommandations adaptées de dépistage et de suivi.

Risque moyen :

- Hommes et femmes de plus de 50 ans, asymptomatiques

Risque élevé :

- Antécédent personnel d'adénome ou de cancer colorectal.
- Antécédents familiaux de CCR chez les parents de 1^{er} degré (père, mère, frère, sœur, enfant)
- Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn colique, rectocolite hémorragique)

Risque très élevé :

- Polyposes adénomateuses familiales (liée la mutation APC, liée à la mutation MYH)¹
- Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch)².

Dépistage défini selon le niveau de risque de cancer colorectal (CCR)

	Moyen	Elevé	Très élevé
Personnes concernées	<p>Population générale</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 à 74 ans • Asymptomatique 	<p>Antécédents personnel de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Crohn colique • Rectocolite hémorragique <p>Antécédents d'adénome^a ou de CCR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel • Familial (1^{er} degré) 	<p>Prédisposition héréditaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polyposes adénomateuses familiales • Cancer colorectal héréditaire non polyposique
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage organisé (tests de recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage individuel • Consultation gastroentérologie • Coloscopie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage individuel • Consultation oncogénétique (recherche mutation) • Consultation gastroentérologie • Chromoendoscopie

1. Les polyposes adénomateuses familiales (PAF) sont des affections héréditaires causées par mutation génétique. Deux gènes sont connus pour être impliqués: le gène APC (transmission dominante) et le gène MYH (transmission récessive). Les PAF se manifestent par la formation de plusieurs centaines de polypes dans le côlon, dès l'adolescence. Le risque d'avoir un cancer est quasi systématique si aucun traitement préventif n'est apporté.
2. Le syndrome de Lynch est dû à plusieurs types d'anomalies génétiques, qui se manifestent par la survenue de cancers du côlon, du rectum ou d'autres organes (endomètre notamment).

Un suivi spécialisé chez le sujet à risque élevé cancer colorectal (CCR)

	Début surveillance	Suivi/rythme	Particularités
Maladie inflammatoire chronique (MICI) • maladie de Crohn colique (MC) • rectocolite hémorragique (RCH)	6-8 ans après début symptômes	Coloscopie* • Tous les 1 à 2 ans (risque élevé**) • Tous les 3-4 ans (risque intermédiaire***) Fréquence à adapter selon niveau de risque, qualité examen précédent et acceptabilité du sujet	*Chromoendoscopie avec biopsies ciblées (à défaut coloscopie à biopsies multiples aléatoires) ** Risque élevé : cholangite sclérosante primitive, antécédents de dysplasie, forme étendue de RCH ou MC colique plus de 50%, persistance d'une activité inflammatoire, antécédents familiaux de CCR, nombreux pseudo polypes, sténose colique *** Risque intermédiaire : RCH s'étendant en dessous de l'angle gauche, MC colique étendue de 30 à 50%. Pas de sur-risque (par rapport à la population générale) : rectite de RCH et MC colique étendue sur moins de 30%
Antécédent personnel de CCR		Coloscopie • A 1 an de la résection (ou sous 3-6 mois si coloscopie incomplète) • Puis tous les 5 ans (si résultats précédentes normaux)	Autres examens suivi CCR non abordé
Antécédent personnel d'adénome ¹		Coloscopie • Coloscopie de contrôle à 3 ans puis tous les 3 ou 5 ans selon résultats et niveaux de risque ² (nombre, taille, type polype, antécédents familiaux) • Après 2 coloscopies normales : 5-10 ans ou arrêt à discuter	Niveaux de risque : • Polype bas risque (PBR) : Nombre <3 et taille <1cm et PA ³ de dysplasie bas grade ou PF ⁴ sans dysplasie • Polype à haut risque (PHR) : Nombre ≥3 ou taille ≥1cm ou PA avec dysplasie haut grade ou PF avec dysplasie Polype hyperplasique (PH) : • PH ≥ 1cm PF <1cm et sans dysplasie ⇨ bas risque • PH ≥ 1cm PF ≥ 1cm ou avec dysplasie ⇨ haut risque • PH <1cm rectosigmoïde : selon antécédents personnels ou familiaux
Antécédent familial de CCR au 1 ^{er} degré	A partir 45 ans (10 ans avant l'âge de diagnostic du cas index)	Coloscopie • Tous les 5 ans	

* PA polype adénomateux ; **PF polype festonné (PF)

1. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013
2. Quand faut-il faire une coloscopie de contrôle après une polypectomie ? Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Haute Autorité de Santé (HAS). Conseil National Professionnel des Hépatogastro-entérologues (CNP HGE) et la Fédération des Spécialistes des maladies de l'Appareil Digestif (FSMAD), 2013.

Un suivi spécialisé chez le sujet à risque très élevé de cancer colorectal

	Début surveillance	Suivi/rythme	Autres examens ¹
Syndrome de Lynch			
• Mutation avérée	A partir 20-25 ans (5 ans avant cas index)	Chromoendoscopie • Tous les 1 à 2 ans	• Gastroscopie de dépistage avec recherche <i>Helicobacter pylori</i> puis tous les 1 à 2 ans en cas d'antécédent familial de cancer gastrique • Recherche autre localisation de cancer (ovaire, endomètre, intestin grêle, uretère ou rein)
• Suspicion familiale de SL sans mutation identifiée*	A partir 20-25 ans (5 ans avant cas index)	Chromoendoscopie • Tous les 1 à 2 ans**	*à l'issue de la consultation génétique **en fonction de l'acceptation du patient, qualité de l'examen, contexte familial, comorbidités)
• Non porteur de la mutation identifiée dans famille		Pas de suivi spécifique (*risque moyen)	
Polyposes adénomateuses familiales			
• Mutation APC identifiée	A partir puberté (10-12 ans)	Chromoendoscopie • Tous les 1 à 2 ans à adapter selon contexte (nombre polypes, contexte familial) et jusqu'à la chirurgie	• Rectosigmoïdoscopie souple tous les 3 ans (exérèse adénomes duodénaux)
• Mutation bi-allélique MYH identifiée	A partir de 20-30 ans	Chromoendoscopie • Une coloscopie puis selon contexte et prise en charge	Autres examens • Rectosigmoïdoscopie souple tous les 3 ans (exérèse adénomes duodénaux)
• 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	Chromoendoscopie • à adapter selon contexte (nombre polypes, contexte familial)	

1. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013

 **Pour mémoire, critères généraux¹ pouvant faire suspecter un cancer colorectal héréditaire :**

- S'il y a eu des cancers colorectaux avant 50 ans
- Si il y a eu un cancer colorectal chez 2 apparentés au 1^{er} degré (parents, frères, soeurs, enfants)
- Si le même sujet a eu 2 cancers colorectaux

 **Envisager l'orientation vers une consultation oncogénétique**

1. voir critères d'Amsterdam II et critères Bethesda

 **Pour mémoire, symptomatologie pouvant faire suspecter un cancer colorectal :**

- Masse abdominale palpable
- Anémie ferriprive
- Rectorragies, un melæna
- Modification du transit intestinal, syndrome rectal (faux besoins, ténésmes, épreintes), coliques violentes
- Signes fonctionnels non spécifiques (amaigrissement récent inexpliqué, douleurs abdominales inexpliqués)



En savoir plus

- Haute Autorité de Santé (HAS) : www.has-sante.fr
- Institut National du Cancer (INCa) : www.e-cancer.fr
- Associations de patients :
 - Association France Côlon : www.france-colon.fr
 - Association François Aupetit www.afa.asso.fr

Grille de lecture

COMMENTAIRES SUR LA FORME		
Eléments (+)	Eléments (-)	Proposition de modification
<p><u>Ligue nationale contre le cancer</u> La fiche est plutôt claire, compréhensible par tous.</p> <p><u>Association France Côlon</u> Claire et concise</p> <p><u>CNP de radiologie (G4)</u> Clair</p> <p>Facile à lire</p> <p><u>Société française du cancer</u> Excellent</p> <p>Facile de trouver ce que l'on recherche</p> <p><u>INCa</u> <i>(Note de lecture : dans ce document, les formulations en italique et en couleur sont les propositions rédactionnelles INCa)</i></p> <p>L'organisation graphique permet de faire une lecture par différentes entrées.</p>	<p><u>CMG</u> Encore plusieurs « fautes » orthographe</p> <p><u>Ligue nationale contre le cancer</u> Il faut réorganiser la hiérarchie des facteurs de risque ;</p> <p>Dans les tableaux, certains renvois * à supprimer car manque de clarté (détaillés plus bas)</p> <p><u>Association France Côlon</u> Trop de style télégraphique. Il reste des éléments pouvant créer de la confusion dans la colonne « Début de la surveillance » sur l'âge.</p> <p><u>CNP de radiologie (G4)</u> Aucun</p> <p><u>Société française du cancer</u> Quelques ambiguïtés à signaler</p> <p><u>INCa</u> Les sigles sont parfois non détaillés au moins une fois dans le document</p> <p>Tableaux multiples et redondants.</p> <p>Dans le tableau « Un suivi spécialisé chez le sujet à risque élevé » des * sont des renvois à la colonne « Particularités », mais il existe aussi des * en bas de tableau. L'ordre retenu pour l'organisation des lignes sur les motifs de risque élevé (colonne 1 du tableau) doit correspondre à celui du chapitre qui précède : « dépistage selon le niveau de risque ».</p>	<p>Modifications : Les mises en forme et corrections orthographiques sont intégrées ; une relecture typographique et orthographique externe complètera le processus en fin de projet</p>
COMMENTAIRES « CONTEXTE »		
<p><u>Ligue nationale contre le cancer</u> 3^e paragraphe, préciser : 3^e cancer le plus fréquent en France chez l'homme, et le 2^e chez la femme.</p> <p>1 renvoi sur la biblio – Les cancers en France – donnée INCa : à actualiser avec les + récentes (avril 2016 à minima) - et si les prochaines données d'avril 2017 sont publiées avant la sortie de la fiche, les indiquer.</p>		<p>Modification : Actualiser les références données INCa à avril 2016</p> <p>Modification : Formulation : Ajouter « fréquemment » sans symptômes avant-</p>

Association France Côlon

Il est dit que le CCR évolue « sans symptômes avant-coureurs », mais suit une liste de symptômes certes non spécifiques, mais tout à fait avant-coureurs... Modifier la formulation ?

CNP de radiologie (G4)

Nous rajouterions le mot « fréquemment »

Le CCR évalue fréquemment sans symptômes avant-coureurs, mais peut être accompagné de rectorragies, d'une anémie ferriprive, voire de signes fonctionnels aspécifiques : douleurs abdominales, modifications du transit abdominal, amaigrissement.

Société française du cancer

Parfait

INCa

- Les formulations sur l'histoire naturelle du cancer colorectal mériteraient d'être améliorées.

« Le CCR évolue sans symptôme ... » : il s'agit de la phase infraclinique initiale.

La rectorragie est un symptôme alors que la qualification d'anémie ferriprive est un signe biologique.

L'explication gagnerait en clarté en discriminant plus nettement la phase infraclinique initiale, les signes cliniques et /ou symptômes et les signes /investigations biologiques.

« le CCR se développe à son début sans symptôme, mais ensuite s'accompagne de signes cliniques. Ainsi, la présence de sang rouge (rectorragies) ou noir (mélaena) dans les selles, des troubles du transit ou douleurs abdominales d'apparition récente ou d'un amaigrissement inexpliqué doivent évoquer un possible CCR, de même que la découverte d'une anémie ferriprive. La nature inhabituelle et persistante des symptômes est à prendre en compte »

- Plutôt que d'évoquer des chiffres pour les cancers sporadiques, il serait plus pédagogique de prendre les pourcentages en référence au niveau de risque

« Le risque de développer un cancer colorectal est principalement lié à l'âge (plus de 50 ans) et/ou à l'existence d'antécédents personnels ou familiaux de certaines maladies intestinales chroniques ou de prédispositions génétiques particulières. Trois niveaux de risque ont ainsi été définis : « moyen » (80 % des cancers), « élevé » (15 à 20 % des cancers) ou « très élevé » (1 à 3 % des cancers). »

- Il serait souhaitable d'ajouter un paragraphe sur l'histoire naturelle de la maladie, avec la notion de polype, d'adénome et l'évolution progressive vers le cancer. Cela facilitera la lecture de la suite de la fiche.

CNP HGE (extrait)

Concernant quelques points particuliers dans le Memo, on peut rajouter au 2^{ème} paragraphe :

« voir des signes fonctionnels : Douleurs abdominales, modification du transit abdominal, amaigrissement qui apparaissent tardivement.

Dans le 3^{ème} paragraphe : « les cancers colorectaux sont « sporadiques », terme de santé publique à préciser de manière plus explicite, peut-être peut-on dire les cancers colorectaux surviennent dans 80% des cas sans facteurs de risque familiaux particuliers.

coureurs

Modification : Distinction des deux catégories « signes fonctionnels » et « signes cliniques »

Modification : la partie Contexte doit rester synthétique ; les données sur l'évolution, la classification des signes/symptômes peuvent être reprises/à reprendre dans encadré spécifique

COMMENTAIRES « DEPISTAGE EN FRANCE »	
Paragraphe dépistage	
<p>CMG polypectomie, /virgule/ Symptômes) des patients /des/ Ligue nationale contre le cancer correction orthographique dernier paragraphe les médecins traitants (...) des patients (et non les patients) Renvoi biblio 2. Idem remettre les données actualisées de l'INCa. CNP de radiologie (G4) OK Société française du cancer Parfait INCa L'organisation du texte doit s'articuler avec, en premier, la définition de ce qui est entendu par dépistage, puis les conduites à tenir selon les facteurs de risque et les stratégies organisationnelles. Ainsi, il n'est pas souhaitable de commencer ce paragraphe par les notions de recours à la coloscopie. L'approche doit être plus lisible et mettre en avant l'analyse scientifique justifiant les affirmations. Titre à compléter : « <i>dépistage et modalités de suivi</i> » Définition du dépistage : il serait opportun de prendre la définition de l'OMS (en mettant la référence) : <i>« Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour vérification du diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d'un traitement. »</i> Ainsi, de façon pragmatique, l'objectif du dépistage pourrait ensuite être formulé de la façon suivante : <i>« Le dépistage consiste à détecter une lésion à un stade précoce, cancéreuse ou précancéreuse et potentiellement curable, le traitement précoce reposant sur une exérèse endoscopique des polypes recto-coliques. »</i> Sur les stratégies de dépistage, il serait pédagogique de ne pas opposer « dépistage organisé » et « dépistage individualisé », mais de préférer le terme de suivi individualisé. Les personnes ayant des symptômes ne sont pas dans le cadre du dépistage, mais doivent consulter un gastroentérologue, cela entre dans le champ du soin. « <i>En France, les stratégies de dépistage reposent sur la stratification de la population en groupes à risque moyen, élevé et très élevé de CCR avec :</i> • <i>Le programme national de dépistage organisé du CCR qui concerne les personnes à risque moyen de CCR et repose sur la réalisation d'un test de recherche de sang occulte dans les selles, puis, en cas de test positif, la réalisa-</i></p>	<p>Modification : titre complété par « dépistage <u>et prévention</u> en France »</p> <p>Modification : initier le paragraphe par la définition/objectif du dépistage + basculer le recours coloscopie en 2^e ligne du paragraphe.</p> <p>Modification : Compléter le dépistage organisé par l'information sur le test de recherche de sang et coloscopie en cas de résultat positif</p> <p>Modification : supprimer « personnes asymptomatiques »</p> <p>Modification : remplacer « patient » par personnes »</p>

<p><i>tion d'une coloscopie.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Des stratégies spécifiques de suivi individualisé pour les personnes à risque élevé ou très élevé de CCR reposent majoritairement sur la réalisation d'une coloscopie. Pour les personnes à risque très élevé, un dispositif national d'oncogénétique organisé autour de consultations sur l'ensemble du territoire et de laboratoires en charge de la réalisation des tests génétiques est disponible.</i> <p><i>Les personnes présentant des symptômes ne sont pas concernées par le dépistage, mais doivent consulter un gastroentérologue pour bénéficier d'un parcours de diagnostic et de soins. »</i></p> <p>Pour le recours à la coloscopie, la rédaction pourrait être : <i>« La méta-analyse menée en 2014 établit que le recours à la coloscopie et, si nécessaire, à la polypectomie diminue l'incidence du CCR et sa mortalité. »</i></p> <p>Certains termes pourraient être revus : le mot « patients » fait référence à la maladie, alors que, par définition, le dépistage concerne des personnes sans symptôme.</p> <p><i>« Les médecins traitants ont un rôle clé à jouer pour évaluer le niveau de risque de CCR des personnes (antécédents personnels et familiaux, existence ou non de symptômes), puis orienter en proposant la stratégie de dépistage ou de suivi la plus adaptée. »</i></p> <p>La référence ©Les cancers en France, Les Données, INCa, janvier 2014. Les cancers en France, édition 2014 l'essentiel des faits et chiffres pourra être prochainement actualisée, une version avec les chiffres 2016 étant prévue pour publication en avril 2017.</p>	
<p>Schéma « évaluation du niveau de risque par le médecin traitant »</p>	
<p><u>CNP de radiologie (G4)</u></p> <p>OK</p> <p><u>Société française du cancer</u></p> <p>Parfait</p> <p><u>INCa</u></p> <p>Comme évoqué ci-dessus, ne pas opposer « dépistage organisé » et « dépistage individualisé » : mettre « <i>suivi individualisé selon le niveau de risque</i> ».</p>	<p>Modification : remplacer « dépistage individualisé » par « suivi individualisé selon niveau de risque »</p>
<p>COMMENTAIRES « FACTEURS DE RISQUE »</p>	
<p>Paragraphe : « Quels sont les facteurs de risque de CCR ? »</p>	
<p><u>CMG</u></p> <p>Mettre aussi en gras : « cumule les facteurs de risque »</p> <p><u>Ligue nationale contre le cancer</u></p> <p>réorganiser la hiérarchie des facteurs de risque :</p> <p>1- Facteurs de risque liés à l'âge</p>	<p>Modification : réorganisation de l'ordre des catégories de facteurs de risque</p> <p>Modification : mise en exergue par la typographie (orange gras) de la cumulation des facteurs de risque + voir lors de la PAO (étape finale)</p>

<p>2- Facteurs de risque liés à un antécédent personnel ou familial 3- Facteurs de risque liés à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin MICI 4- Facteurs de risque liés à une mutation génétique</p> <p>Déplacer les facteurs de risque liés au mode de vie (mais le laisser en caractères gras) après la phrase : Au niveau individuel, le risque s'accroît à mesure qu'on cumule les facteurs de risque...</p> <p><u>CNP de radiologie (G4)</u> L'acromégalie, certes rare, a été oubliée</p> <p><u>Société française du cancer</u> Parfait</p> <p><u>INCa</u> Compte tenu de la pluralité des mutations constitutionnelles, la notion de mutation génétique pourrait être remplacée par « <i>prédisposition génétique</i> ».</p> <p><u>CNP HGE (extrait)</u> Concernant les facteurs de risque liés au mode de vie, l'HAS reconnaît en accord avec la position du CA de la SFED que plusieurs ont fait l'objet de recherche et ont été identifiés. De nombreuses études ont également établi des scores de risque permettant de mieux cibler le niveau de risque de ces personnes considérées à tort à risque moyen. Il nous semble souhaitable de diffuser ces données scientifiques afin de permettre à cette population d'être identifiée. Nous avons retenu le score de Kaminsky pour sa simplicité,</p> <p>d'autres peuvent être utilisés. Ces scores permettent une évaluation chiffrée du niveau de risque et permettent ainsi une prise de conscience. Le CA de la SFED regrette que l'HAS n'ait pas retenu l'utilisation de ces scores comme une méthode simple d'identifier un groupe à risque élevé au-dessus de 5% afin de permettre aux personnes concernés une prévention efficace.</p>	<p>Modification : intégration de deux phrases sur l'existence de modèles de scores de risque qui pourront faire évoluer la définition des niveaux de risque</p>								
<p>Paragraphe : « Un dépistage défini selon le niveau de risque »</p>									
<p><u>CMG</u> dans le tableau p. 3 : La situation « cumul des facteurs de risque » devrait apparaître avec le dépistage défini ; Expliquer ce qu'est la Chromoendoscopie</p> <p><u>Ligue nationale contre le cancer</u></p> <table border="1" data-bbox="203 1295 1529 1425"> <tr> <td>Commentaires :</td> <td>Moyen</td> <td>Elevé (<i>peut-être préciser ici : antécédent personnel ou familial</i>)</td> <td>Très élevé (idem : PAF ou Lynch)</td> </tr> <tr> <td>Personnes</td> <td>Remplacer</td> <td>Réorganiser la hiérarchie :</td> <td>Prédisposition héréditaire</td> </tr> </table>	Commentaires :	Moyen	Elevé (<i>peut-être préciser ici : antécédent personnel ou familial</i>)	Très élevé (idem : PAF ou Lynch)	Personnes	Remplacer	Réorganiser la hiérarchie :	Prédisposition héréditaire	<p>Modification : remplacement « prise en charge » par « stratégie de dépistage »</p> <p>Modification : Insertion d'une note de tableau* sur la coloscopie virtuelle comme alternative disponible</p> <p>Modification : Insertion d'une note de tableau** sur la définition de la Chromoendoscopie</p>
Commentaires :	Moyen	Elevé (<i>peut-être préciser ici : antécédent personnel ou familial</i>)	Très élevé (idem : PAF ou Lynch)						
Personnes	Remplacer	Réorganiser la hiérarchie :	Prédisposition héréditaire						

concernées	« population générale » par : Femme et Homme . 50 à 74 ans . asymptotique	Antécédents d'adénome(*) ou de CCR (astérisque après adénome qui ne renvoie sur rien ? à supprimer) . Personnel . familial (1 ^{er} degré) Antécédents personnel de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) . Maladie de Crohn colique . Rectocolite hémorragique	(préciser Lynch et PAF comme suit) . Polyposes adénomateuses familiales (PAF) . Cancer colorectal héréditaire non polyposique (Lynch)	Modification : souligner dans fiche mémo la possibilité du cumul des facteurs de risque + information sur le développement de modèles de scores de risque
Prise en charge	. Dépistage organisé (test de recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans) (supprimer s à test)	. Dépistage individuel . Consultation gastroentérologie . Coloscopie <i>Ajouter :</i> . Suivi spécialisé	. Dépistage individuel . Consultation oncogénétique (recherche mutation APC ou MYH) . Chromoendoscopie (<i>Attention, faire le choix du terme à utiliser partout : Chromoendoscopie ou chromocoloscopie, car cité ailleurs</i>) <i>Ajouter :</i> . Suivi spécialisé	

CNP de radiologie (G4)

Proposer la coloscopie virtuelle en cas de vidéo-coloscopie incomplète ou contre-indication au geste lié à la comorbidité

Société française du cancer

Dans tableau, difficile de comprendre quelle est la signification dans élevé et très élevé de la signification de dépistage individuel au même niveau que les autres points ; Le dépistage individuel consiste dans élevé à consultation de gastro-entérologie et coloscopie et dans très élevé à consultation d'oncogénétique, cs de gastro- et Chromoendoscopie. C'est un problème de paragraphe : il faut mettre dans élevé consultation de gastro-entéro et coloscopie entre parenthèses et non derrière un point ; dans Très élevé, il faut consultation d'oncogénétique avec recherche de mutation, consultation de gastro-entéro et Chromoendoscopie entre parenthèses et non derrière un point.

INCa

Il s'agit d'un processus séquentiel, et la notion de conduite à tenir guidé par le niveau de risque améliore la lisibilité du message. Proposition de titre : « Une conduite à tenir définie selon le niveau de risque ».

La définition des niveaux de risque est un peu succincte dans le texte, tant sur les bornes d'âge que sur les antécédents. Il faut que les éléments du tableau et le texte soient en accord.

« Risque moyen :

- homme ou femme âgée de 50 à 74 ans, sans histoire familiale ni antécédents personnels de cancer colorectal ou d'adénome et ne présentant pas de symptôme évocateur

Risque élevé :

- personne ayant un antécédent personnel de cancer colorectal ou d'un (ou plusieurs) adénomes
- personnes dont un parent au 1^{er} degré (père, mère, frère, sœur, enfant) a été atteint d'un cancer colorectal ou d'un adénome de plus de 1 cm de diamètre avant 65 ans
- personne dont deux parents au 1^{er} degré ont été atteints de ce type de cancer, quel que soit leur âge au moment du diagnostic
- personne atteinte d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), étendue au moment du diagnostic et évoluant depuis plus de 20 ans.

Risque très élevé

- En lien avec une prédisposition héréditaire :
 - polypose adénomateuse familiale (PAF), pathologie caractérisée par la présence de nombreux adénomes dans le tube digestif et principalement liée à des mutations des gènes APC ou MUTYH ;
 - syndrome de Lynch, un cancer colorectal héréditaire non polyposique lié à des mutations des gènes MMR. »

Dans le tableau, mettre en accord les formulations prévues dans le texte (cf. ci-dessus), et il est proposé de modifier les termes « prise en charge » par « stratégie de dépistage ou de suivi »

Une proposition de tableau est présentée ci-après, issu d'un support de formation à destination des médecins lors du passage au test immunologique, ce travail ayant fait l'objet d'une validation avec les sociétés savantes concernées <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Diaporama-de-formation-sur-le-passage-au-test-immunologique>

Concernant le risque moyen, la stratégie de dépistage organisé doit être affichée de façon globale : « test de recherche de sang dans les selles tous les 2 ans, suivi de la coloscopie en cas de test positif ».

Comme déjà évoqué, ne pas opposer « dépistage organisé » et « dépistage individualisé », mettre : « suivi individualisé »

NIVEAU DE RISQUE	MOYEN	ÉLEVÉ	TRÈS ÉLEVÉ
Personnes concernées	Population générale : ▪ 50 à 74 ans ▪ sans symptôme	Antécédent d'adénome « avancé » (AA) ou de CCR : ▪ personnel ▪ un parent 1 ^{er} degré < 65 ans ou deux parents 1 ^{er} degré (quel que soit l'âge) Antécédent personnel de MICI (maladie inflammatoire chronique intestinale) : ▪ maladie de Crohn ▪ rectocolite hémorragique	Prédisposition héréditaire : ▪ polypose adénomateuse familiale ▪ cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch)
Risque de cancer colorectal vie entière	3 à 4 %	4 à 10 %	40 à 100 %
% des cancers colorectaux diagnostiqués	≈ 80 %	15 à 20 %	1 à 3 %

CNP HGE (extrait)

Nous constatons que l'HAS reconnaît que « la coloscopie avec ou sans polypectomie est l'outil le plus performant pour le dépistage et la prévention du CCR à titre individuel en réduisant son incidence et sa mortalité dans les études les plus récentes. A ce jour, la coloscopie reste l'examen de référence de l'exploration colorectale »

En accord avec la position de la SFED publiée fin 2016 l'HAS reconnaît que la coloscopie est un outil de prévention du cancer colorectal dont l'efficacité est établie.

Dans ses priorités, le plan cancer 2014-2019 (action 1.6) recommande d'accroître l'efficacité des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal. Dans cette perspective, la coloscopie doit avoir un rôle élargi en particulier vers le groupe des personnes présentant des facteurs de risques liés au mode de vie dont les scores de risques peuvent permettre assez justement d'en évaluer l'importance et de décider avec plus de pertinence de la méthode de dépistage ou de prévention adaptée.

Dans une perspective de prévention du CCR recommandé par le plan cancer le CA de la SFED incite l'HAS ainsi que les autorités de santé publique (comité stratégique, CTP de l'Inca, DGS, assurance maladie) à étendre les possibilités de prévention du CCR au groupe à risque moyen en laissant la possibilité aux personnes de choisir le test immunologique ou la coloscopie comme méthode adaptée à leur souhait. Même si nous considérons souhaitable une étude médico-économique nous nous étonnons que celle-ci soit mise en œuvre si tardivement une fois que la stratégie par test immunologique de recherche de sang dans les selles ait été décidée. La politique nationale de dépistage du CCR doit évoluer vers un objectif de prévention qui peut permettre raisonnablement, comme cela est observé aux USA actuellement une réduction d'incidence de 3%/an soit 10 000 cas annuels à 10 ans dans notre pays. Cet investissement sera compensé par les économies réalisées sur les coûts de traitement du CCR.

COMMENTAIRES « Un suivi spécialisé chez le sujet à risque élevé »

Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

Ligue nationale contre le cancer

Commentaires	Début surveillance	Suivi/rythme	Particularités
<p>Maladie inflammatoire chronique (MICI), etc.</p> <p>OK</p>	OK	<p><i>Attention, bien mettre en regard de chaque description de la colonne particularités, sinon on n'y comprend rien !</i></p> <p>Coloscopie *</p> <p>. tous les 1 à 2 ans (risque élevé**)</p> <p>. tous les 3 à 4 ans (risque intermédiaire***)</p>	<p>* Chromoendoscopie, etc.</p> <p>**<u>Risque élevé</u> :</p> <p>***<u>Risque intermédiaire</u> :</p>

CNP de radiologie (G4)

Il est dommage de ne pas avoir mentionné que, si la coloscopie est incomplète ou impossible, il est recommandé de la compléter par un coloscanner (ou coloscopie virtuelle).

Modification : individualisation des « cases » avec les niveaux de risque pour meilleure lisibilité

Modification : le suivi pour « antécédents personnel d'adénome » est déplacé avant celui pour « antécédent personnel de CCR »

Modification : Insertion d'une note de tableau* sur la coloscopie virtuelle comme alternative disponible

Modification : Insertion d'une note de tableau** sur la définition de la Chromoendoscopie

Société française du cancer

Parfait

INCa

Colonne 2 : Suivi/rythme la notion de « risque élevé » ou « intermédiaire » ou « pas de sur-risque » crée une confusion de lecture. Il conviendrait de définir les seuils (RR de cancer) qui justifient ces rythmes de surveillance et mettre une référence.

CNP HGE (extrait)

Concernant les MICI, le consensus nord-américain Scenic mérite inclus dans les recommandations de bonne pratique et dans les tableaux.

Le début du dépistage apparaît discordant dans le texte « 6-8 ans » ou « 7-10 ans » ou « 8-10 ans ».

Le message devrait être selon nous :

1. le risque de CCR est significativement accru d'emblée en cas d'association de la MICI à une cholangite sclérosante primitive (CSP).

A partir 8-10 ans d'évolution en cas de MICI colique étendue au delà de l'angle colique gauche, et à partir de 15 ans pour une atteinte limitée au côlon gauche, au sein d'éventuelles sténoses coliques

2. En dehors du cas particulier de la CSP où l'indication de dépistage annuel par coloscopie est posé d'emblée, une coloscopie de référence doit être réalisée à 6-8 ans d'évolution de toute MICI (quelle qu'en soit la localisation initiale) pour juger de l'extension colique de la maladie et de son caractère inflammatoire, aux échelles endoscopique et histologique. Elle n'amènera pas nécessairement à faire entrer le patient dans une stratégie de dépistage si aucun facteur de risque n'est identifié ou si il n'y a pas d'atteinte colique.

<p>3. les patients atteints de MICI colique étendue doivent rentrer dans une stratégie de dépistage par coloscopie avec coloration ou biopsies étagées,</p> <ul style="list-style-type: none"> - dès le diagnostic en cas de CSP, puis tous les ans (y compris après transplantation hépatique) - à partir de 8-10 ans d'évolution, et tous les 1 à 4 ans, selon les autres facteurs de risque identifiés (antécédent familial de CCR au 1er degré avant 50 ans ; antécédent personnel de dysplasie colique; extension de la maladie colique macro- ou microscopique au delà de l'angle gauche; persistance d'une activité inflammatoire macro- ou microscopique malgré les traitements ; présence de pseudopolypes ou sténoses. <p>Le terme « biopsies étagées » (c'est-à-dire réalisées selon un protocole systématique) nous semble mieux approprié que celui de « biopsies aléatoires » (qui sous-entend que les biopsies sont faites au hasard).</p> <p>Il mérite d'être souligné que la chimioprophylaxie par aminosalicylés, quoique démontrée comme diminuant significativement le risque de dysplasie, ne lève pas les indications de coloscopie de dépistage.</p>	
<p>Antécédents personnel de CCR</p>	
<p>CMG</p> <p>In particularités : « autres examens suivi ccr non abordé » : on n'y comprend rien !!!!!</p> <p><u>Ligue nationale contre le cancer</u></p> <p>Inverser l'ordre +++ des deux paragraphes (après antécédent d'adénome). D'abord, Antécédent adénome, puis antécédent de CCR, merci. Le reste est OK.</p> <p><u>Association France Côlon</u></p> <p>Typo (résultats précédentEs)</p> <p><u>CNP de radiologie (G4)</u></p> <p>Il est dommage de ne pas avoir mentionné que, si la coloscopie est incomplète ou impossible, il est recommandé de la compléter par un coloscanner (ou coloscopie virtuelle). Proposer la coloscopie virtuelle comme alternative diagnostique en cas de vidéo-coloscopie incomplète ou contre-indication au geste lié à la comorbidité.</p> <p><u>Société française du cancer</u></p> <p>Parfait</p> <p><u>INCa</u></p> <p>La colonne 1 ne peut pas être « vide », a minima indiquer « suite à polypectomie ou traitement »</p>	<p>Modification : l'indication pour « antécédent familial d'adénomes avancé > 1 cm » est réinsérée</p> <p>Modification : suppression « autres examens suivi CCR non abordé » ou réécrire</p> <p>Modification : ajout « après résection »</p>
<p>Antécédents personnel d'adénomes</p>	
<p><u>Ligue nationale contre le cancer</u></p>	<p>Modification : ajout « après résection »</p>

Inverser l'ordre des paragraphes dans le tableau (avant antécédent personnel CCR):

<p>Antécédent personnel d'adénome 1 (attention : numérotation des renvois plus gros et en gras, car orange sur orange, peu visible)</p>	<p>Coloscopie</p> <p>. Coloscopie de contrôle à 3 ans, puis tous les 3 à 5 ans selon les résultats et le niveau de risque 2 (nombre, taille, type polype, antécédents familiaux) (Idem, renvoi 2 plus gros et en gras)</p> <p>. Après deux coloscopies normales : 5 à 10 ans, ou arrêt à discuter selon l'âge du patient (à ajouter)</p>	<p>Supprimer les astérisques PA* et PF**. Il y a la place de mettre directement :</p> <p>Nombre < 3 et taille < 1 cm et polype adénomateux (PA) de dysplasie bas grade ou polype festonné (PF) sans dysplasie</p> <p>Tout le reste OK.</p>
--	---	--

CNP de radiologie (G4)

Il est dommage de ne pas avoir mentionné que, si la coloscopie est incomplète ou impossible, il est recommandé de la compléter par un coloscanner (ou coloscopie virtuelle). Proposer la coloscopie virtuelle comme alternative diagnostique en cas de vidéo-coloscopie incomplète ou contre-indication au geste lié à la comorbidité.

Société française du cancer

Parfait

INCa

La colonne 1 ne peut pas être « vide », a minima indiquer « suite à polypectomie ».

L'emploi des termes « Adénome ou polype » doit être introduit dans le paragraphe « contexte »

Pour la notion « d'arrêt à discuter », il faut indiquer les références et les acteurs de la décision et donner des précisions sur les critères retenus.

Dans les recommandations, les tailles sont exprimées en mm et non en cm. Ainsi, il paraît préférable pour la lisibilité et l'harmonisation des messages de mettre 10 mm plutôt que 1 cm.

La pédagogie du document construit par la SFED en 2013 pourrait être intéressante à reprendre : http://www.sfed.org/files/documents_sfed/files/recommandations/Surveilpostpolypect.pdf

Antécédent familial de CCR au 1^{er} degré et adénome avancé

Ligue nationale contre le cancer

<p>Antécédent familial de CCR au 1^{er} degré</p>	<p>À partir de 40-45 ans (10 ans avant l'âge de diagnostic du cas index)</p>	<p>OK</p>	
--	---	------------------	--

Association France Côlon

À partir DE 45 ans (colonne Début surveillance)

Pas clair. À partir de 45 ans OU 10 ans avant l'âge de diagnostic du cas index ?

CNP de radiologie (G4)

Il est dommage de ne pas avoir mentionné que, si la coloscopie est incomplète ou impossible, il est recommandé de la

Modification/clarification GT :
notion d'antécédent familial d'adénome avancé > 1 cm à réinsérer dans la fiche mémo + rapport

compléter par un coloscanner (ou coloscopie virtuelle).

Proposer la coloscopie virtuelle comme alternative diagnostique en cas de vidéo-coloscopie incomplète ou contre-indication au geste lié à la comorbidité.

Société française du cancer

Parfait

CNAMTS (extrait)

Par courrier du 6 février 2017 vous sollicitez l'avis de la CNAMTS concernant la fiche mémo sur le thème « Cancer colorectal : modalités de dépistage des sujets à risque élevé et très élevé ».

Je vous prie de trouver ci-joint le « questionnaire fiche mémo » comprenant nos remarques et commentaires sur le document transmis et les remarques principales suivantes :

- Le principal changement identifié dans cette fiche mémo par rapport aux recommandations précédentes de la HAS (Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé, 2013) est la définition des risques élevés en cas d'antécédents familiaux de CCR :

- o auparavant (recommandation HAS 2013) le risque était considéré comme élevé lors d'un antécédent familial au 1er degré de cancer colorectal ou d'adénome > 10 mm identifié chez le parent avant l'âge de 65 ans ou bien deux ou plusieurs antécédents familiaux au 1er degré de cancer colorectal quel que soit l'âge de survenue chez le parent
- o désormais le risque est considéré comme élevé dès qu'il existe un antécédent familial de CCR au 1^{er} degré **quel que soit l'âge**. Cette notion devrait peut-être davantage être mise en avant dans la fiche mémo

- o Par ailleurs la notion de risque élevé en cas d'**antécédent familial d'adénome** au 1^{er} degré apparaît dans le 1^{er} tableau page 3 mais pas dans le texte au-dessus, ni dans les tableaux suivants, est-ce un oubli ? il faudrait clarifier ce point

- La chromoendoscopie est désormais l'acte recommandé pour la surveillance des risques très élevé de CCR (syndrome de lynch, polyposes adénomateuses familiales): A noter, la chromoendoscopie était déjà recommandé dans les précédentes recommandations HAS de 2013, seulement dans certaines circonstances pour les syndromes de Lynch Cet acte est inscrit à la CCAM mais sans valorisation.

<p>CNP HGE (extrait)</p> <p>Concernant le risque élevé, le Conseil d'Administration de la SFED est en accord avec la plupart des conclusions mais nous sommes surpris de voir disparaître l'antécédent familial d'adénome colorectal. Dans une méta-analyse compilant 9 études (Johns LE, Houlston RS. <i>A systematic review and meta-analysis of familial colorectal cancer risk. Am J Gastroenterol</i> 2001;96:2992–3003), le risque relatif de CCR est de 2 et ce risque augmente là aussi avec la précocité du cas index. Ce risque relatif demeure significativement augmenté à 1,65 lorsque le cas dans la famille est survenu après 60 ans, qu'il s'agisse d'adénomes avancés ou non avancés. De plus une étude récente (Tuohy TM, Rowe KG, Mineau GP, Pimentel R, Burt RW, Samadder NJ. <i>Risk of colorectal cancer and adenomas in families of patients with adénomas. Cancer</i> 2014;120:35-42) a montré qu'en cas d'antécédent d'adénome au premier degré, le risque relatif de CCR est augmenté (RR = 1,68) ; le risque relatif de CCR est plus important lorsque l'adénome chez le cas index est diagnostiqué avant 60 ans (RR = 1,41) mais reste significativement augmenté s'il survient après 60 ans (RR = 1,23). L'augmentation du risque d'adénome avancé est du même ordre de grandeur que celle du CCR en cas d'antécédent au premier degré d'adénome (RR = 1,65). Dans ces études, il n'y a pas d'argument statistique suffisant pour limiter le sur-risque aux seuls antécédents d'adénomes avancés. De manière pragmatique un ATCD familial d'adénome avancé ou de grande taille d'autant que le cas index est jeune présente un risque très élevé de dégénérescence et doit constituer un facteur de risque élevé.</p>	
<p>COMMENTAIRES « Un suivi spécialisé chez le sujet à risque très élevé »</p>	
<p>Syndrome de Lynch</p>	
<p>CMG à l'issue de /de/</p> <p>Ligue nationale contre le cancer</p> <p>Syndrome de Lynch (SL) (à ajouter) 2^e paragraphe : . suspicion familiale de SL sans mutation identifiée à l'issue de la consultation génétique (à ajouter ici, plutôt que de faire un renvoi avec astérisque, et à supprimer de la colonne « autres examens ». Simplifie la lecture)</p> <p>Association France Côlon À partir DE (âge) (colonne Début surveillance) ou à partir de LA puberté Pas clair. À partir de 20-25 ans OU 5 ans avant l'âge de diagnostic du cas index ?</p> <p>CNP de radiologie (G4) Il est dommage de ne pas avoir mentionné que, si la coloscopie est incomplète ou impossible, il est recommandé de la compléter par un coloscanner (ou coloscopie virtuelle).</p>	<p>Modification : déplacement du bloc « *à l'issue de la consultation génétique »</p> <p>Modification : Insertion d'une note de tableau** sur la définition de la Chromoendoscopie</p>

<p>Proposer la coloscopie virtuelle comme alternative diagnostique en cas de vidéo-coloscopie incomplète ou contre-indication au geste lié à la comorbidité.</p> <p>Société française du cancer</p> <p>Parfait</p>	
<p>Polyposes adénomateuses familiales</p>	
<p>Ligue nationale contre le cancer</p> <p>OK</p> <p>Association France Côlon</p> <p>Idem ci-dessus et mettre des articles définis avant parents, frères, etc.</p> <p>CNP de radiologie (G4)</p> <p>Il est dommage de ne pas avoir mentionné que, si la coloscopie est incomplète ou impossible, il est recommandé de la compléter par un coloscanner (ou coloscopie virtuelle). Proposer la coloscopie virtuelle comme alternative diagnostique en cas de vidéo-coloscopie incomplète ou contre-indication au geste lié à la comorbidité.</p> <p>Société française du cancer</p> <p>Je ne comprends pas, dans autres examens, dans Mutation APC identifiée et Mutation bi-allélique MYH identifiée : rectosigmoïdoscopie souple tous les 3 ans (exérèse adénomes duodénaux) à remplacer par Une surveillance digestive haute par endoscopie est recommandée tous les 3 ans (pour exérèse des adénomes duodénaux).</p>	<p>Modification : ajout d'articles ou de prépositions manquants</p>
<p>Encadrés : « Pour mémoire »</p>	
<p>Paragraphe : « aide-mémoire : critères généraux pouvant faire suspecter un CCR héréditaire »</p>	
<p>CMG</p> <p>s'il / ; espace/</p> <p>Ligue nationale contre le cancer</p> <p><i>Correction : supprimer – avant (parents, frères, sœurs, enfants)</i></p> <p>Association France Côlon</p> <p>S'il y a eu UN OU des cancers colorectaux avant 50 ans ? (quelle différence avec le 3^e item « Si le même sujet a eu deux cancers colorectaux » ?</p> <p>À quoi renvoie « 1. voir critères d'Amsterdam II et critères Bethesda » ???</p> <p>CNP de radiologie (G4)</p> <p>Proposer la coloscopie virtuelle comme alternative diagnostique en cas de vidéo-coloscopie incomplète ou contre-indication au geste lié à la comorbidité.</p> <p>Société française du cancer</p> <p>Modifier Si le même sujet a eu deux cancers colorectaux ; à remplacer par : Si le même sujet a eu deux cancers colorectaux,</p>	<p>Modification : ajout du critère « ou un cancer colorectal et un autre cancer entrant dans le cadre d'un syndrome de Lynch (endomètre, ovaire, intestin grêle, uretère.) »</p> <p>Modification : supprimer « voir critères d'Amsterdam II et critères Bethesda »</p>

<p>ou un cancer colorectal et un autre cancer rentrant dans le cadre du Lynch (endomètre, ovaire, intestin grêle, uretère, etc.)</p> <p>INCa</p> <p>Il faut que les aide-mémoires soient des outils de synthèse d'éléments de la fiche mémo. Pour exemple, ici, le risque moyen est défini uniquement par sa borne inférieure (> 50 ans), ce qui est trop restrictif.</p> <p>Il convient de ne pas introduire de notion non abordée (ex. : Bethesda ou Amsterdam), et, si ces notions sont nécessaires, les introduire dans les chapitres <i>ad hoc</i>.</p>	
<p>Paragraphe : « aide-mémoire : symptomatologie pouvant faire suspecter un cancer colorectal »</p>	
<p>Ligue nationale contre le cancer</p> <p>OK</p> <p>Association France Côlon</p> <p>Rectorragies, un maelena</p> <p>CNP de radiologie (G4)</p> <p>OK</p> <p>Société française du cancer</p> <p>Parfait</p> <p>INCa</p> <p>Même commentaire que précédemment</p>	<p>Modification : réorganisation en « signes cliniques » et « signes fonctionnels »</p>
<p>Paragraphe : « en savoir plus »</p>	
<p>Ligue nationale contre le cancer</p> <p>OK</p> <p>CNP de radiologie (G4)</p> <p>Citer le site de la HAS et de l'INCa est trop vague, des liens plus spécifiques vers les recommandations concernant le cancer colorectal au sein de la HAS ou de l'INCa seraient plus utiles.</p> <p>Société française du cancer</p> <p>Parfait</p>	<p>Modification : ajout de la Ligue contre le cancer dans l'encadré « en savoir plus »</p>
<p>AUTRES COMMENTAIRES (RAPPORT ELABORATION, PRATIQUES, ETC.)</p>	
<p>AFA Association François Aupetit (Maladie de Crohn et RCH)</p> <p>Bonjour, pas de remarque pour nous, très beau travail, très cordialement</p> <p>CMG</p> <p>Insister plus sur le cumul des « nouveaux » facteurs de risque, simplement cités <i>in</i> mode de vie p. 2, qui, cumulés, peuvent amener à changer le mode de dépistage</p>	<p>Modification : souligner dans fiche mémo le cumul des facteurs de risque + réintégration d'une information sur les modèles de scores de risque (mention supprimée par le GT en réunion)</p>

Ligue nationale contre le cancer

Même commentaire que pour la fiche, **réorganiser toute la partie de la hiérarchie des risques**, telle que décrite plus haut.

Interrogation page 23/24 sur le score de Kaminski. Est-il utilisé par toute la profession ? Apparemment, pas de consensus sur son utilisation ? Si ce score est validé, alors il faudrait soit détailler son algorithme, et indiquer par qui, et comment s'en servir : médecin généraliste ou gastroentérologue seulement ? Le résultat de ce score devant servir d'indicateur au praticien pour la conduite à tenir et/ou orienter le patient en consultation d'oncogénétique.

Pas d'autre commentaire.

Pour information, la Ligue contre le cancer a édité un dépliant destiné au grand public en janvier 2017 : « Modalités de dépistage du cancer du côlon et du rectum selon l'âge et le niveau de risque ».

CNP de radiologie (G4)

Il est dommage de ne pas avoir mentionné que, si la coloscopie est incomplète ou impossible, il est recommandé de la compléter par un coloscanner (ou coloscopie virtuelle).

Ne pas hésiter à proposer la coloscopie virtuelle comme alternative diagnostique en cas de vidéo-coloscopie incomplète ou contre-indication au geste lié à la comorbidité.

Société française du cancer

Le mémo est cohérent avec le texte qui est très détaillé, précis, même s'il envisage diverses stratégies selon l'origine des pays.

Une ambiguïté qui est rapportée : la conservation ou non de l'impact du caractère vilieux d'un polype (oui aux États-Unis et au Royaume-Uni ; abandonné dans la dernière mise au point SFED/HAS). Cette ambiguïté n'est pas rapportée dans le mémo, et je pense que c'est mieux ainsi, car cohérent avec la position adoptée en France.

INCa

Une information est attendue pour les bénéfices/risques des stratégies et sensibilité/spécificité pour la coloscopie et le test immunologique de dépistage.

Le document n'aborde pas le sujet des alternatives à la coloscopie traditionnelle : vidéo-coloscopie, la coloscopie virtuelle ou coloscanner.

Cela ne constitue pas un standard des stratégies de dépistage ; cependant, leur utilisation est parfois proposée en cas de contre-indication médicale ou dans des situations spécifiques.

Une information est attendue dans cette fiche mémo sur la place des techniques et les limites de leurs performances.

CNP HGE (SFED) extraits

professionnelles) n'aient participé à aucun groupe de travail. Le groupe de travail cité est anonyme ce qui est contraire aux règles élémentaires d'un travail scientifique et risque d'en limiter la portée.

Modification : la composition du GT et les autres informations sur le projet sont insérés dans le rapport d'élaboration en fin de projet. Selon les règles actuellement en vigueur à la HAS, la confidentialité sur les acteurs et la non-diffusion des documents intermédiaires est assurée jusqu'à la validation par le Collège de la HAS.

Modification : les modifications proposées pour le rapport d'élaboration ont été intégrées, sauf celles (ex. : remarques p. 21, p. 39, sous-section 6.1 et 6.2, p. 40, p. 42) qui concernent le texte de recommandations déjà publiées ou d'autres textes cités (référentiel HAS 2013, SFNGE 2014) et qui ne peuvent être modifiées.

Modification : la conférence de consensus SCENIC 2015 a été intégrée au rapport d'élaboration dans la section autres données MICI dans la section 6.2. :

Texte :

En 2015, une conférence de consensus (75) a été développée et publiée par le groupe international SCENIC (Surveillance for Colorectal Endoscopic Neoplasia Detection and Management in Inflammatory Bowel Disease Patients: International Consensus Recommendations). Elle intègre six recommandations dans le cadre de la détection de dysplasie par suivi coloscopique (modalités optimales selon les coloscopies disponibles : en lumière blanche, standard ou haute définition, à bande étroite, chromoscopie) ainsi que trois recommandations sur la prise en charge des dysplasies (colectomie ou surveillance coloscopique et expérimentation du spécialiste).

Remarques ponctuelles :

Tableau 2, page 15, European Crohn's and Colitis Organisation 2013 : corriger grammaire
« Toutes endoscopies dans diagnostic, caractérisation MICI et suivi »

Page 18 : il nous semble important de préciser au décours de l'introduction sur les MICI :
« Elles seraient secondaires à une prédisposition génétique à laquelle peuvent s'associer des cofacteurs immunologiques et environnementaux. Le risque de cancer colorectal au cours des MICI est lié à la survenue d'une dysplasie de la muqueuse colique dont la pathogénie et l'aspect sont différents de ceux des adénomes sporadiques précurseurs du CCR dans la population non atteinte de MICI. Les lésions dysplasiques liées aux MICI sont souvent planes, subtiles et multifocales. Ceci appelle à une méthode de dépistage par coloscopie avec coloration et/ou biopsies étagées différente de celle proposée dans la population à risque moyen. »

Page 21 (texte « risque élevé » et tableau 3) : une MICI atteignant initialement le rectum seul ou l'iléon seul peut secondairement s'étendre (et éventuellement à tout le côlon). Ce n'est pas l'extension initiale qui détermine le facteur de risque « extension », mais une atteinte dépassant l'angle colique gauche au cours des 6 à 8 premières années (d'où la nécessité d'une coloscopie de référence à 6-8 ans chez tout patient atteint de MICI). Le risque de CCR apparait significativement accru au-delà de 8-10 ans d'évolution. Nous proposons de corriger le texte pour « Les personnes atteintes de maladie inflammatoire chronique de l'intestin étendue (au delà de l'angle colique gauche) et ancienne (au moment du diagnostic et évoluant depuis plus de 8-10 ans.) »

Section 6, p 39

Corriger svp le titre de la section : « Antécédent personnels de maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI) »

Sous section 6.1 :

Chez les personnes à risque élevé de cancer colorectal sur d'autres arguments que la MICI, la coloscopie de dépistage sera préconisée d'emblée sans réaliser au préalable un test de recherche de sang occulte dans les selles.

Sous section 6.2 :

Nous vous proposons de corriger, pour

« *Au cours de la maladie de Crohn colique ou de la rectocolite hémorragique, (notamment en cas de forme étendue, c'est à- dire avec une atteinte colique au-delà de l'angle colique gauche, il existe un sur-risque significatif de transformation néoplasique après 8-10 ans d'évolution, ou d'emblée en cas de pancolite (qui est une inflammation de la totalité du côlon).*

Chez les personnes ayant un antécédent personnel de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique, une coloscopie sera effectuée tous les 5 ans après 10 ans d'évolution de la maladie. Selon le niveau de risque, une coloscopie de dépistage de dysplasie colique et de CCR pourra être indiquée tous les 1 à 4 ans (voir section, ...). »

Tableau 9 : Rajouter les recommandations Scenic

Page 40 : certains appels à des recommandations hors champs du dépistage du CCR pourraient être supprimés, comme :

Indications du suivi endoscopique au cours des MICI (à l'exception du diagnostic)

- En cas de MICI active ou avant un changement de traitement
- Pour évaluer la cicatrisation muqueuse, si cela implique une modification thérapeutique
- Dans les 6-12 mois suivant une résection chirurgicale (évaluation de la présence et la sévérité d'une récurrence endoscopique)
- En cas de MICI affectant le côlon après 6-8-10 ans d'évolution (réévaluation de l'étendue des lésions et dépistage de la dysplasie).

En 2013 la Commission sur les MICI de la SFED a aussi publié de quatre fiches de recommandations complémentaires dans la prise en charge et le suivi des personnes atteintes de

MICI:

- Entéroscopie haute et basse dans les MICI
- Vidéo-capsules endoscopiques de l'intestin grêle et du côlon en cas de MICI ou de suspicion de

MICI

- Cicatrisation muqueuse endoscopique
- Sténoses intestinales du côlon et du grêle au cours des MICI

Page 42 :

On propose de modifier pour :

"Toutes les lésions suspectes résecables lors de la coloscopie peuvent être résecuées (sinon prélevées) d'emblée et étiquetées dans un pot séparé, avec des biopsies en cadran au pourtour de la lésion."

13. Validation

13.1 Adoption par le Collège de la HAS

Lors de la délibération du 31 mai 2017, le Collège de la HAS a donné un avis favorable à la fiche mémo avec demande de modifications mineures qui ont été intégrées.

14. Glossaire

Adénocarcinome : tumeur cancéreuse qui se développe sur la muqueuse de certains organes internes. Elle est formée de cellules glandulaires, qui ont pour fonction de produire une sécrétion (fonction sécrétoire). L'adénocarcinome est en cause dans 90 % des cas de cancer colorectal.

Adénome ou polype adénomateux : un adénome est, par définition, une dysplasie intra-épithéliale dont le degré (bas ou haut), le diamètre (< 10 mm ou > 10 mm) et la nature histologique caractérisent son risque de transformation maligne.

Adénome bénin : l'adénome bénin est, par définition, un adénome de dysplasie de bas grade.

Adénome avancé : l'adénome avancé est, par définition, un adénome à haut risque de transformation maligne. Il a un des critères suivants : taille \geq 10 mm de diamètre, ou contingent vilieux ou dysplasie de haut grade.

Adénome transformé : adénome contenant un foyer localisé ou étendu d'adénocarcinome, quel que soit le niveau d'infiltration. Si celui-ci ne dépasse pas la musculaire muqueuse, il s'agit d'un carcinome intra-muqueux pour lequel le risque d'extension ganglionnaire ou métastatique n'existe pas. Au-delà de la musculaire muqueuse, il s'agit d'adénocarcinome invasif.

Adénome plan : adénome dont l'épaisseur ne dépasse pas le double de celle de la muqueuse saine adjacente (définition microscopique). Il correspond à une surélévation de la muqueuse d'une hauteur inférieure à l'épaisseur d'une pince à biopsie standard fermée (définition macroscopique).

Adénome festonné : adénome se caractérisant par un aspect festonné des glandes rappelant le polype hyperplasique (définition microscopique). Comme tout adénome, il est au minimum en dysplasie de bas grade.

Chromo-endoscopie : endoscopie colique utilisant l'indigo carmin comme colorant de la muqueuse colique afin de repérer plus facilement les adénomes plans et de mieux préciser les limites d'une lésion identifiée par coloscopie sans coloration.

Colectomie : opération chirurgicale ayant pour finalité l'ablation totale ou partielle du côlon. Elle peut être faite au cours d'une chirurgie ouverte ou par laparoscopie. Dans ce cas, plusieurs petites incisions sont pratiquées sur l'abdomen, dans lesquelles on introduit, d'une part, le laparoscope (tube mince et souple muni d'une lumière et relié à une caméra vidéo qui guide le médecin pendant l'opération), et, d'autre part, les instruments chirurgicaux.

Dysplasie : terme utilisé pour décrire les anomalies cellulaires, nucléaires et cytoplasmiques, et architecturales qui précèdent la survenue du cancer.

Indice de masse corporelle (IMC) : indice permettant d'évaluer la corpulence d'un individu. Il est calculé en divisant le poids (en kg) par la taille (en m) au carré.

Maladie de Crohn : maladie inflammatoire chronique pouvant toucher tous les segments du tube digestif (l'iléon, le côlon et l'anus étant les segments le plus fréquemment atteints). Elle évolue par poussées entrecoupées de périodes de rémission. Les lésions sont habituellement segmentaires, asymétriques et séparées par des zones saines.

Microbiote colique : ensemble des bactéries peuplant le côlon. Le microbiote colique est indispensable au bon fonctionnement du tractus digestif. Il permet, entre autres, la dégradation de certains composants non dégradables par les cellules humaines, l'absorption des nutriments libérés et la protection vis-à-vis d'agents pathogènes.

Mucosectomie : la mucosectomie endoscopique est une résection sous contrôle endoscopique de la muqueuse et de la sous-muqueuse de la paroi colorectale.

Polype adénomateux (ou polyadénome ou adénome) : tumeur épithéliale bénigne, qui résulte de la prolifération des cellules des glandes de Lieberkühn, ayant le potentiel de progresser en

tumeur maligne et caractérisée par différents degrés de dysplasie. Il peut être pédiculé, sessile ou être à peine en relief dans le cas de l'adénome plan. Par définition, un adénome est considéré comme étant dysplasique.

Polype rectocolique : excroissance en surface de la muqueuse rectocolique faisant saillie dans la lumière intestinale dont la forme peut être pédonculée (base étroite avec un lobe terminal plus large) ou sessile (base large). Le type histologique d'un polype peut être bénin (inflammatoire, hyperplasique, festonné, hamartomateux) ou adénomateux (villeux, tubuleux, tubulovilleux, plan) ou malin (néoplasique, cancéreux).

Polypose adénomateuse familiale (PAF) : maladie à transmission autosomique dominante ou récessive, caractérisée par le développement dans la deuxième décennie d'adénomes du rectum ou du côlon par centaines ou par milliers, dont le risque de transformation en cancer colorectal est très élevé (une dizaine d'années après l'apparition des adénomes).

Polypose juvénile : la polypose juvénile est définie par la présence de multiples polypes hamartomateux typiques du côlon et du rectum débutant dans l'enfance associée à une augmentation du risque de cancer colorectal et, dans 50 % des cas, à une mutation du gène SMAD4. Le nombre de polypes permettant d'isoler la polypose juvénile du polype juvénile sporadique est de trois.

Rectocolite hémorragique (RCH) : maladie inflammatoire chronique du côlon évoluant par poussées. Elle débute toujours par le bas du rectum et s'étend d'un seul tenant vers le haut et peut toucher l'intégralité du côlon. L'intestin grêle et l'anus ne sont jamais atteints.

Syndrome de Lynch ou cancer colorectal sans polypose ou HNPCC (*hereditary non-polyposis colorectal cancer*) : forme héréditaire de cancer colorectal défini par les trois critères suivants : 1) au moins trois sujets atteints de cancers du spectre HNPCC (côlon-rectum, endomètre, ovaire, grêle, uretère ou cavités excrétrices rénales) histologiquement prouvés ; 2) ces sujets doivent être unis deux à deux par un lien de parenté au 1^{er} degré sur deux générations ; 3) un de ces cancers doit avoir été diagnostiqué avant l'âge de 50 ans.

Syndrome de Peutz-Jeghers : syndrome héréditaire autosomique dominant à forte pénétrance défini par la présence de polypes hamartomateux de l'intestin grêle, du côlon et du rectum associés à une pigmentation mucocutanée et par l'anomalie moléculaire STK11 localisée sur le chromosome 19q13.

Annexe 1. Recherche documentaire

Stratégie documentaire

La stratégie d'interrogation des bases de données précise pour chaque question et / ou types d'étude les termes de recherche utilisés, les opérateurs booléens et la période de recherche.

Les termes de recherche utilisés sont soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

La recherche a porté sur les publications en langues anglaise et française.

Elle a porté sur la période de janvier 2010 à juin 2016.

Le tableau ci-dessous présente de façon synthétique les étapes successives de cette interrogation dans la base de données Medline.

Tableau Stratégie de recherche base de données Medline :

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période	Nombre de références
Dépistage du cancer colorectal			
	Recommandations	01/2010– 06/2015	72
Etape 1	Colorectal Neoplasms!/de OR (colorectal neoplasm* OR colorectal cancer* OR colorectal carcinoma* OR colorectal tumor* OR colonic neoplasm* OR colonic cancer* OR colonic carcinoma* OR colonic tumor* OR colon neoplasm* OR colon cancer* OR colon carcinoma* OR colon tumor* OR rectal neoplasm* OR rectal cancer* OR rectal carcinoma* OR rectal tumor* OR rectum neoplasm* OR rectum cancer* OR rectum carcinoma* OR rectum tumor*)/ti,ab		
ET			
Etape 2	(Mass Screening! OR Early Detection of Cancer)/de OR screen*/ti,ab OR (test OR tests OR testing OR detection*)/ti		
ET			
Etape 3	(recommendation* OR guideline* OR statement* OR consensus OR position paper)/ti OR Health Planning Guidelines/de OR (Practice Guideline OR Guideline OR Consensus Development Conference OR Consensus Development Conference, NIH)/pt		
Dépistage du cancer colorectal chez les patients à risque élevé à très élevé			
	Méta-analyses, revues systématiques	01/2010– 05/2016	116
Etape 4	(Colorectal Neoplasms!/de OR (colorectal neoplasm* OR colorectal cancer* OR colorectal carcinoma* OR colorectal tumor* OR colonic neoplasm* OR colonic cancer* OR colonic carcinoma* OR colonic tumor* OR colon neoplasm* OR colon cancer* OR colon carcinoma* OR colon tumor* OR rectal neoplasm* OR rectal cancer* OR rectal carcinoma* OR rectal tumor* OR rectum neoplasm* OR rectum cancer* OR rectum carcinoma* OR rectum tumor*)/ti,ab) AND (Mass Screening! OR Early Detection of Cancer)/de OR screen*/ti,ab OR (test OR tests OR testing OR detection*)/ti) AND ((Risk Management! OR Risk Assessment! OR Risk! OR Risk Factors)/de OR risk*/ti,ab) OR ((Colorectal Neoplasms!/de OR (colorectal neoplasm* OR colorectal cancer* OR colorectal carcinoma* OR colorectal tumor* OR colonic neoplasm* OR colonic cancer* OR colonic carcinoma* OR colonic tumor* OR colon neoplasm* OR colon		

cancer* OR colon carcinoma* OR colon tumor* OR rectal neoplasm* OR rectal cancer* OR rectal carcinoma* OR rectal tumor* OR rectum neoplasm* OR rectum cancer* OR rectum carcinoma* OR rectum tumor*)/ti) AND ((Mass Screening! OR Early Detection of Cancer)/de OR (screen* OR test OR tests OR testing OR detection*)/ti))

ET

Etape 5 (metaanalys* OR meta-analys* OR meta analysis OR systematic review* OR systematic overview* OR systematic literature review* OR systematical review* OR systematical overview* OR systematical literature review* OR systematic literature search)/ti OR meta-analysis/pt OR cochrane database syst rev/ta

de : descriptor ; ti : title ; ab : abstract ; ta : journal title ; pt : publication type

Le nombre total de références obtenues par interrogation des bases de données bibliographiques est 217.

Sources

Les sources suivantes ont été interrogées (*dernière consultation : novembre 2016*) :

- pour la littérature internationale ;
- pour la littérature francophone ;
- la Cochrane Library ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

Ci-dessous, la liste des sites consultés :

- Bibliothèque médicale Lemanissier
- Catalogue et index des sites médicaux francophones – CISMef
- Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques – CEDIT
- Evaluation des technologies de santé pour l'aide à la décision (Fédération hospitalière de France) – ETSAD
- Expertise collective INSERM
- Institut national du cancer – INCa
- Société française de médecine générale – SFMG
- Société nationale française de gastro-entérologie – SNFGE

- Adelaide Health Technology Assessment – AHTA
- Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research – AHFMR
- Alberta Medical Association
- American College of Gastroenterology – ACG
- American College of Physicians – ACP
- American Gastroenterological Association – AGA
- American Society of Clinical Oncology – ASCO
- American Society of Colon and Rectal Surgeons
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy – ASGE
- Australia and New Zealand Horizon Scanning Network
- Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical
- Blue Cross Blue Shield Association - BCBS - Technology Evaluation Center
- BMJ Clinical Evidence
- British Columbia Cancer Agency
- British Society of Gastroenterology – BSG
- California Technology Assessment Forum – CTAF
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH
- Canadian Task Force on Preventive Health Care
- Cancer Care Ontario – CCO
- Centers for Disease Control and Prevention

- Centre fédéral d'expertise des soins de santé – KCE
- Centre for Clinical Effectiveness – CCE
- Centre for Reviews and Dissemination databases
- Clinical Practice Guidelines Portal
- CMA Infobase
- Cochrane Library
- College of Physicians and Surgeons of Alberta – CPSA
- European Crohn's and Colitis Organisation
- European Society of Gastrointestinal Endoscopy – ESGE
- European Society for Medical Oncology – ESMO
- Euroscan
- Guideline Advisory Committee – GAC
- Guidelines and Protocols Advisory Committee – GPAC
- Health Services Technology Assessment Text – HSTAT
- Institute for Clinical Evaluative Sciences – ICES
- Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – INESSS
- Institute for Health Economics Alberta – IHE
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment – INAHTA
- Medical Services Advisory Committee – MSAC
- National Comprehensive Cancer Network – NCCN
- National Coordinating Centre for Health Technology Assessment – NCCHTA
- National Guideline Clearinghouse – NGC
- National Health and Medical Research Council – NHMRC
- National Horizon Scanning Centre – NHSC
- National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE
- New Zealand Guidelines Group – NZGG
- NHS Evidence
- New Zealand Health Technology Assessment – NZHTA
- Ontario Health Technology Advisory Committee – OHTAC
- Public Health Agency of Canada - Diseases Prevention and Control Guidelines
- Royal College of Radiologists
- SAGE Directory (Standards and Guidelines Evidence)
- Santé et Services Sociaux Québec - Pratique clinique en oncologie
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network – SIGN
- Singapore Ministry of Health
- State of the art Oncology in Europe
- Tripdatabase
- UK National Screening Committee
- U.S. Preventive Services Task Force
- Veterans affairs, Dep. Of Defense Clinical practice guidelines
- West Midlands Health Technology Assessment Collaboration – WMHTA
- World Gastroenterology Organisation – WGO

Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'à décembre 2016 sur les sites Internet énumérés ci-dessus et sur Medline à partir des équations du tableau 1.

► Résultats

Nombre références identifiées : 372

Nombres de références analysées : 247

Nombre de références retenues : 106

Annexe 2. Tableaux

Liste des tableaux

Tableau 1. Principales recommandations de bonnes pratiques et rapport HTA émises depuis 2013	12
Tableau 2. Classification des niveaux de risques de CCR et stratégie de dépistage organisé et dépistage individuel, recommandations INCa HAS 2013.....	20
Tableau 3. Recommandations sur le suivi endoscopique chez le patient à risque élevé de CCR : antécédent personnel de CCR	24
Tableau 4. Évaluation du risque de récurrence d'un ou plusieurs polypes ou de survenue d'un cancer colorectal (CCR) en fonction des caractéristiques du (des) polype(s) enlevé(s)	28
Tableau 5. Proposition de calendrier de suivi en cas de polypes à bas risque (PBH) et polypes à haut risque (PHR)	28
Tableau 6. Cas particulier du suivi en présence de polypes hyperplasique PH	29
Tableau 7. Recommandations sur le suivi chez le patient à risque élevé de CCR : antécédents personnel d'adénomes	30
Tableau 8. Recommandations sur le suivi chez le patient à risque élevé de CCR : Maladie inflammatoire chronique MICI (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn).....	36
Tableau 9. Dépistage et suivi endoscopique des colites, SNFGE 2014	38
Tableau 10. Recommandations sur le suivi chez le patient à risque élevé de CCR : antécédent familial de CC.....	41
Tableau 11. Recommandations sur le suivi du patient à risque très élevé de CCR héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch SL)	49
Tableau 12. Recommandations sur le suivi du patient à risque très élevé de CCR : Polypose adénomateuse familiale	53
Tableau 13. Conseils minimum et conduite à tenir en fonction du niveau de risques de cancer colorectal (EPS HAS, 2013)	56

Annexe 3. Critères d'Amsterdam et critères de Bethesda

Il a été établi des critères cliniques pour orienter le patient vers une consultation d'oncogénétique ou mettre en œuvre une analyse complémentaire, génétique et immunohistochimique de la tumeur (précriblage somatique).

Critères d'Amsterdam II préconisant l'orientation directe vers une consultation d'oncogénétique :

- au moins trois cas de cancers colorectaux ou de cancers du spectre du syndrome de Lynch ;
- chez des apparentés au 1^{er} degré ;
- sur au moins deux générations successives ;
- dont au moins un cas diagnostiqué avant 50 ans ;
- une polypose adénomateuse familiale ayant été exclue.

Critères de Bethesda révisés préconisant la mise en œuvre préalable d'un précriblage somatique :

- cancer colorectal diagnostiqué avant 50 ans ;
- cancer colorectal diagnostiqué entre 50 ans et 60 ans avec histologie évocatrice ;
- cancers multiples (synchrones ou métachrones) du spectre du syndrome de Lynch chez un même patient, quel que soit son âge ;
- cancer colorectal chez un patient avec antécédents familiaux de cancer(s) du spectre du syndrome de Lynch (chez au moins un apparenté au 1^{er} degré diagnostiqué avant 50 ans ou chez au moins deux apparentés, au 1^{er} ou 2nd degré, quels que soient les âges).

Références

1. Institut national du cancer. Éthique et dépistage organisé du cancer colorectal. Analyse du dispositif français, collection appui à la décision. INCa; 2016. http://www.e-cancer.fr/content/download/150672/1897167/file/Ethique-et-depistage-organise-du-cancer-colorectal_2016.pdf
2. Institut national du cancer. Les cancers en France, Les Données. Boulogne-Billancourt: INCa; 2016. <http://www.e-cancer.fr/content/download/148692/1867381/file/Les-cancers-en-France-edition-2015.pdf>
3. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1637246/fr/actualisation-du-referentiel-de-pratiques-de-l-examen-periodique-de-sante-eps-depistage-et-prevention-du-cancer-colorectal
4. Haute Autorité de Santé. Cancer colorectal. Adénocarcinome. Guide affection longue durée. Guide médecin. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1228361/fr/ald-n-30-guide-medecin-sur-le-cancer-colorectal-revision-janvier-2012
5. Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Warren R, Kenny M, Sherifali D, Raina P. Screening for colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Colorectal Cancer* 2016.
6. Pan J, Xin L, Ma YF, Hu LH, Li ZS. Colonoscopy reduces colorectal cancer incidence and mortality in patients with non-malignant findings: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2016;111(3):355-65.
7. Mitchell ED, Pickwell-Smith B, Macleod U. Risk factors for emergency presentation with lung and colorectal cancers: a systematic review. *BMJ Open* 2015;5(4):e006965.
8. Tang V, Boscardin WJ, Stijacic-Cenzer I, Lee SJ. Time to benefit for colorectal cancer screening: survival meta-analysis of flexible sigmoidoscopy trials. *BMJ* 2015;350:h1662.
9. Elmunzer BJ, Singal AG, Sussman JB, Deshpande AR, Sussman DA, Conte ML, *et al.* Comparing the effectiveness of competing tests for reducing colorectal cancer mortality: a network meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2015;81(3):700-9 e3.
10. Brenner H, Stock C, Hoffmeister M. Effect of screening sigmoidoscopy and screening colonoscopy on colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. *BMJ* 2014;348:g2467.
11. Holme Ø, Bretthauer M, Fretheim A, Odgaard-Jensen J, Hoff G. Flexible sigmoidoscopy versus faecal occult blood testing for colorectal cancer screening in asymptomatic individuals. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9:CD009259.
12. Shaikat A, Mongin SJ, Geisser MS, Lederle FA, Bond JH, Mandel JS, *et al.* Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2013;369(12):1106-14.
13. Nishihara R, Wu K, Lochhead P, Morikawa T, Liao X, Qian ZR, *et al.* Long-term colorectal-cancer incidence and mortality after lower endoscopy. *N Engl J Med* 2013;369(12):1095-105.
14. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for colorectal cancer in primary care. *CMAJ* 2016;188(5):340-8.
15. Peyrin-Biroulet L, Bouhnik Y, Roblin X, Bonnaud G, Hagege H, Hebuterne X. French national consensus clinical guidelines for the management of ulcerative colitis. *Dig Liver Dis* 2016;48(7):726-33.
16. Gomollon F, Dignass A, Annese V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO, *et al.* 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016. Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohns Colitis* 2016;11(1):3-25.
17. Gionchetti P, Dignass A, Danese S, Magro Dias FJ, Rogler G, Lakatos PL, *et al.* 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016. Part 2: Surgical management and special situations. *J Crohns Colitis* 2016;11(2):135-49.
18. Del Giudice E, Vella ET, Hey A, Simunovic M, Harris W, Levitt C. Lignes directrices sur l'aiguillage des cas soupçonnés de cancer colorectal par un médecin de famille ou autre professionnel des soins primaires. *Le Médecin de famille canadien* 2014;60:e383-e90.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Colorectal cancer screening strategies. Committee opinion n°609. Washington: ACOG; 2014.
20. Société française d'endoscopie digestive, Peyrin-Biroulet L, Bonnaud G, Bourreille A, Chevaux JB, Faure P, *et al.* Endoscopy in inflammatory bowel disease: recommendations from the IBD Committee of the French Society of Digestive Endoscopy (SFED). *Endoscopy* 2013;45(11):936-43.

21. National Comprehensive Cancer Network. Colon cancer. Version 1.2017. Fort Washington: NCCN; 2016.
22. Cancer Care Ontario. Follow-up Care, Surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer: guideline recommendations [Actualisé en 2016]. Toronto: CCO; 2012.
<https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileID=124839>
23. American Society of Colon and Rectal Surgeons, Steele SR, Chang GJ, Hendren S, Weiser M, Irani J, *et al.* Practice Guideline for the Surveillance of Patients After Curative Treatment of Colon and Rectal Cancer. *Dis Colon Rectum* 2015;58(8):713-25.
24. Garcia-Carbonero R, Vera R, Rivera F, Parlorio E, Pages M, Gonzalez-Flores E, *et al.* SEOM/SERAM consensus statement on radiological diagnosis, response assessment and follow-up in colorectal cancer. *Clin Transl Oncol* 2016.
25. Société suisse de gastroentérologie, Dorta G, Mottet C. Suivi postpolypectomie colique et suivi des cancers colorectaux après opération curative. *Swiss Medical Forum* 2016;16(7):164-7.
26. Société française d'endoscopie digestive. Prévention du cancer colo-rectal par coloscopie, en dehors du dépistage en population. Consensus et position de la SFED [En ligne]. Paris: SFED; 2016.
http://www.sfed.org/files/files/Coloscopie_prevention.pdf
27. U.S. Preventive Services Task Force, Lin JS, Piper MA, Perdue LA, Rutter CM, Webber EM, *et al.* Screening for colorectal cancer: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016;315(23):2576-94.
28. US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, Kahi CJ, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, *et al.* Colonoscopy surveillance after colorectal cancer resection: recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol* 2016;111(3):337-46.
29. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of colorectal cancer. Edinburgh: SIGN; 2011.
<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign126.pdf>
30. Société française d'endoscopie digestive, Lachaux A. Endoscopie digestive et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin en pédiatrie. *Acta Endosc* 2015;45(6):325-30.
31. National Institute for Health and Clinical Excellence. Suspected cancer: recognition and referral. London: NICE; 2015.
<http://www.nice.org.uk/guidance/ng12/resources/suspected-cancer-recognition-and-referral-1837268071621>
32. National Institute for Health and Clinical Excellence. Colonoscopic surveillance for prevention of colorectal cancer in people with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas. London: NICE; 2011.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg118/chapter/introduction>
33. American College of Gastroenterology, Syngal S, Brand RE, Church JM, Giardiello FM, Hampel HL, *et al.* ACG clinical guideline: Genetic testing and management of hereditary gastrointestinal cancer syndromes. *Am J Gastroenterol* 2015;110(2):223-62; quiz 63.
34. American Gastroenterological Association Institute, Rubenstein JH, Enns R, Heidelbaugh J, Barkun A. American Gastroenterological Association Institute guideline on the diagnosis and management of Lynch syndrome. *Gastroenterology* 2015;149(3):777-82; quiz e16-7.
35. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Colonoscopy surveillance in patients with colon cancer: clinical effectiveness and guidelines. Ottawa: CADTH; 2015.
<https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/apr-2015/RB0824%20Colonoscopy%20Surveillance%20in%20Colon%20Cancer%20Final.pdf>
36. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline. Adult preventive services (age ≥ 50). Southfield: MQIC; 2015.
http://www.mqic.org/pdf/mqic_adult_preventive_services_ages_50_to_65plus_cpg.pdf
37. National Comprehensive Cancer Network. Colorectal cancer screening. Version 1.2015. Fort Washington: NCCN; 2015.
38. National Comprehensive Cancer Network. Genetic/familial high risk assessment: colorectal. Version 2.2016. Fort Washington: NCCN; 2016.
39. American Society of Clinical Oncology, European Society of Clinical Oncology, Stoffel EM, Mangu PB, Gruber SB, Hamilton SR, *et al.* Hereditary colorectal cancer syndromes: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline endorsement of the familial risk-colorectal cancer: European Society for Medical Oncology Clinical Practice Guidelines. *J Clin Oncol* 2015;33(2):209-17.
40. Alberta Health Services. Stages II and III colorectal cancer surveillance : AHS; 2014.
<http://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cancer/if-hp-cancer-guide-gi002-colon-surveillance.pdf>
41. American Gastroenterological Association, American College of Gastroenterology, American Society for Gastrointestinal Endoscopy, Giardiello FM, Allen JI, Axilbund JE, *et al.* Guidelines on genetic evaluation and management of Lynch syndrome: a consensus statement

by the US Multi-Society Task Force on colorectal cancer. *Gastroenterology* 2014;147(2):502-26.

42. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Oncogenetic testing for Lynch syndrome and familial adenomatous polyposis. Brussels: KCE; 2014.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_220_Oncogenetic%20testing.pdf

43. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Colon cancer: diagnosis, treatment and follow-up. Brussels: KCE; 2014.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_218_Colon_cancer.pdf

44. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Colon cancer: diagnosis, treatment and follow-up - Appendix. Brussels: KCE; 2014.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_218S_Colon_cancer_Supplement.pdf

45. Alberta Medical Association. Colorectal cancer screening. Clinical Practice Guideline. Edmonton: TOP Alberta; 2013.

http://www.topalbertadoctors.org/download/1009/colorectal_guideline.pdf

46. American College of Radiology. Colorectal cancer screening. ACR appropriateness criteria. Reston: ACR; 2013.

<https://acsearch.acr.org/docs/69469/Narrative/>

47. American Society of Clinical Oncology, Meyerhardt JA, Mangu PB, Flynn PJ, Korde L, Loprinzi CL, *et al.* Follow-up care, surveillance protocol, and secondary prevention measures for survivors of colorectal cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline endorsement. *J Clin Oncol* 2013;31(35):4465-70.

48. Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland, Williams JG, Pullan RD, Hill J, Horgan PG, Salmo E, *et al.* Management of the malignant colorectal polyp: ACPGBI position statement. *Colorectal Dis* 2013;15 Suppl 2:1-38.

49. British Columbia Medical Services. Follow-up of colorectal polyps or cancer. Victoria: BCMS; 2013.

http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/colorectal_followup.pdf

50. European Crohn's and Colitis Organisation, Annese V, Daperno M, Rutter MD, Amiot A, Bossuyt P, *et al.* European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis* 2013;7(12):982-1018.

51. European Society for Medical Oncology, Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Mosconi S, Mandala M, *et al.* Early colon cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013;24 Suppl 6:vi64-72.

52. European Society for Medical Oncology, Balmana J, Balaguer F, Cervantes A, Arnold D. Familial risk-colorectal cancer: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2013;24 Suppl 6:vi73-80.

53. European Society for Medical Oncology, Glimelius B, Tiret E, Cervantes A, Arnold D. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013;24 Suppl 6:vi81-8.

54. Finnish Medical Society Duodecim. Screening and prevention of colorectal cancer : FMSD; 2013.

55. Gastroenterological Society of Australia. Australian guidelines for general practitioners and physicians : inflammatory bowel disease (IBD). Victoria: GESA; 2013.

56. Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice 8th edition. 9.6 Colorectal cancer (CRC). Victoria: RACGP; 2013.

57. Société nationale française de gastro-entérologie. Chapitre 3. Cancer du côlon. Dans: Société nationale française de gastro-entérologie, ed. *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*.: TNCD; 2011.

http://www.snfge.org/sites/default/files/recommandations/tncd_chap-3-cancer-colon_2011-07-20.pdf

58. Société nationale française de gastro-entérologie. Chapitre 5. Cancer du rectum. Dans: Société nationale française de gastro-entérologie, ed. *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*: TNCD; 2016.

http://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/TNCD/tncd_rectum_v_finale_2016_0.pdf

59. Société nationale française de gastro-entérologie. Chapitre 5. Cancer du rectum. Dans: Société nationale française de gastro-entérologie, ed. *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*: TNCD; 2013.

http://www.snfge.org/sites/default/files/recommandations/tncd_chap-5-cancer-rectum_2013-07-01.pdf

60. Vasen HF, Blanco I, Aktan-Collan K, Gopie JP, Alonso A, Aretz S, *et al.* Revised guidelines for the clinical management of Lynch syndrome (HNPCC): recommendations by a group of European experts. *Gut* 2013;62(6):812-23.

61. European Society of Gastrointestinal Endoscopy, Hassan C, Quintero E, Dumonceau JM, Regula J, Brandao C, *et al.* Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2013;45(10):842-51.

62. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hereditary cancer syndromes and risk assessment. Committee opinion n°634. Washington: ACOG; 2015.

<http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Genetics/co634.pdf?dmc=1&ts=20150703T1004586200>

63. Liang PS, Chen TY, Giovannucci E. Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer* 2009;124(10):2406-15.

64. Institut national du cancer. Les traitements du cancer du côlon. Boulogne Billancourt: INCa; 2010.

65. Johnson CM, Wei C, Ensor JE, Smolenski DJ, Amos CI, Levin B, *et al.* Meta-analyses of colorectal cancer risk factors. *Cancer Causes Control* 2013;24(6):1207-22.

66. Win AK, Macinnis RJ, Hopper JL, Jenkins MA. Risk prediction models for colorectal cancer: a review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21(3):398-410.

67. Ma GK, Ladabaum U. Personalizing colorectal cancer screening: a systematic review of models to predict risk of colorectal neoplasia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014;12(10):1624-34 e1.

68. Usher-Smith JA, Walter FM, Emery JD, Win AK, Griffin SJ. Risk prediction models for colorectal cancer: a systematic review. *Cancer Prev Res* 2016;9(1):13-26.

69. Heresbach D, Bulois P. Risque de néoplasie colorectale, comorbidités et facteurs environnementaux. Faut-il revoir les recommandations de dépistage en 2014 ? *Acta Endosc* 2014;44(5):17.

70. Carpentier MY, Vernon SW, Bartholomew LK, Murphy CC, Bluethmann SM. Receipt of recommended surveillance among colorectal cancer survivors: a systematic review. *J Cancer Surviv* 2013;7(3):464-83.

71. National Colorectal Cancer Screening Network, Canadian Partnership against Cancer. National Colorectal Cancer Screening Network. Classification of benign polyps. Toronto: CAP; 2011.

http://cap-acp.org/cmsUploads/CAP/File/Classification_of_Benign_Polyps_-_Pathology_Working_Group_National_Colorectal_Cancer_Screening_Network.pdf

72. British Society of Gastroenterology, Association of Coloproctologists of Great Britain and Ireland, Rutter MD, Chattree A, Barbour JA, Thomas-Gibson S, *et al.* British Society of Gastroenterology/Association of Coloproctologists of Great Britain and Ireland guidelines for the management of large non-pedunculated colorectal polyps. *Gut* 2015;64(12):1847-73.

73. Senore C, Lorenzetti R, Bellisario C, Hassan C. Colonoscopy surveillance: guidelines for polyps and IBD. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2016.

74. Jover R, Bretthauer M, Dekker E, Holme O, Kaminski MF, Loberg M, *et al.* Rationale and design of the European Polyp Surveillance (EPoS) trials. *Endoscopy* 2016;48(6):571-8.

75. Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, McQuaid KR, Subramanian V, Soetikno R. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2015;148(3):639-51 e28.

76. Société nationale française de gastro-entérologie. Conseil pratique. Suivi endoscopique des colites. Paris: SNFGE; 2014.

77. Duchesne C, Faure P, Kohler F, Pingannaud MP, Bonnaud G, Devulder F, *et al.* Management of inflammatory bowel disease in France: a nationwide survey among private gastroenterologists. *Dig Liver Dis* 2014;46(8):675-81.

78. Bonnaud G, Haennig A, Levy J, Sigur N, Ledit A, Cabarrot P, *et al.* Implementation of the French national consensus for the management of ulcerative colitis into clinical practice. *Dig Liver Dis* 2016.

79. Lowery JT, Ahnen DJ, Schroy PC, 3rd, Hampel H, Baxter N, Boland CR, *et al.* Understanding the contribution of family history to colorectal cancer risk and its clinical implications: A state-of-the-science review. *Cancer* 2016;122(17):2633-45.

80. Henrikson NB, Webber EM, Goddard KA, Scrol A, Piper M, Williams MS, *et al.* Family history and the natural history of colorectal cancer: systematic review. *Genet Med* 2015;17(9):702-12.

81. Taylor DP, Burt RW, Williams MS, Haug PJ, Cannon-Albright LA. Population-based family history-specific risks for colorectal cancer: a constellation approach. *Gastroenterology* 2010;138(3):877-85.

82. Tuohy TM, Rowe KG, Mineau GP, Pimentel R, Burt RW, Samadder NJ. Risk of colorectal cancer and adenomas in the families of patients with adenomas: a population-based study in Utah. *Cancer* 2014;120(1):35-42.

83. Samadder NJ, Curtin K, Tuohy TM, Pappas L, Boucher K, Provenzale D, *et al.* Characteristics of missed or interval colorectal cancer and patient survival: a population-based study. *Gastroenterology* 2014;146(4):950-60.

84. Samadder NJ, Curtin K, Tuohy TM, Rowe KG, Mineau GP, Smith KR, *et al.* Increased risk of colorectal neoplasia among family members of patients with colorectal cancer: a population-based study in Utah. *Gastroenterology* 2014;147(4):814-21 e5; quiz e15-6.

85. Institut national du cancer. Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique. Syndrome HNPCC / Lynch. Boulogne Billancourt: INCa; 2009. http://www.e-cancer.fr/content/download/58349/531968/file/chir_proph_y_predi_gene_sein.pdf.
86. Institut national du cancer. Oncogénétique en 2014. Consultations, laboratoires & prise en charge, collection Appui à la décision. INCa; 2016. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Oncogenetique-en-2014-Consultations-laboratoires-et-prise-en-charge>
87. Institut national du cancer. Bilan des expériences pilotes pour la prise en charge multidisciplinaire des personnes prédisposées héréditairement au cancer. Années 2010 et 2011 (1er janvier – 31 mai). Boulogne Billancourt: INCa; 2012. <http://www.e-cancer.fr/content/download/85207/868523/file/BILEXPIL12.pdf>.
88. Institut national du cancer. Oncogénétique [En ligne]. Boulogne Billancourt: INCa; 2015. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique/>
89. National Comprehensive Cancer Network. Genetic/familial high risk assessment: colorectal. Version 1.2015. Fort Washington: NCCN; 2015.
90. Jenkins MA, Dowty JG, Ait Ouakrim D, Mathews JD, Hopper JL, Drouet Y, *et al*. Short-term risk of colorectal cancer in individuals with lynch syndrome: a meta-analysis. *J Clin Oncol* 2015;33(4):326-31.
91. Barrow P, Khan M, Laloo F, Evans DG, Hill J. Systematic review of the impact of registration and screening on colorectal cancer incidence and mortality in familial adenomatous polyposis and Lynch syndrome. *Br J Surg* 2013;100(13):1719-31.
92. Sharaf RN, Myer P, Stave CD, Diamond LC, Ladabaum U. Uptake of genetic testing by relatives of lynch syndrome probands: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013;11(9):1093-100.
93. Buecher B. Colorectal adenomatous polyposis syndromes: Genetic determinism, clinical presentation and recommendations for care. *Bull Cancer* 2016;103(2):199-209.
94. Reynolds LM, Consedine NS, Pizarro DA, Bissett IP. Disgust and behavioral avoidance in colorectal cancer screening and treatment: a systematic review and research agenda. *Cancer Nurs* 2013;36(2):122-30.
95. Wortley S, Wong G, Kieu A, Howard K. Assessing stated preferences for colorectal cancer screening: a critical systematic review of discrete choice experiments. *Patient* 2014;7(3):271-82.
96. Wools A, Dapper EA, Leeuw JR. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *Eur J Public Health* 2016;26(1):158-68.
97. van der Heide I, Uiters E, Jantine Schuit A, Rademakers J, Fransen M. Health literacy and informed decision making regarding colorectal cancer screening: a systematic review. *Eur J Public Health* 2015;25(4):575-82.
98. Honein-AbouHaidar GN, Kastner M, Vuong V, Perrier L, Daly C, Rabeneck L, *et al*. Systematic review and meta-study synthesis of qualitative studies evaluating facilitators and barriers to participation in colorectal cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2016;25(6):907-17.
99. Honein-Abouhaidar GN, Kastner M, Vuong V, Perrier L, Rabeneck L, Tinmouth J, *et al*. Benefits and barriers to participation in colorectal cancer screening: a protocol for a systematic review and synthesis of qualitative studies. *BMJ Open* 2014;4(2):e004508.
100. Ait Ouakrim D, Lockett T, Boussioutas A, Keogh L, Flander LB, Hopper JL, *et al*. Screening participation predictors for people at familial risk of colorectal cancer: a systematic review. *Am J Prev Med* 2013;44(5):496-506.
101. Atkinson TM, Salz T, Touza KK, Li Y, Hay JL. Does colorectal cancer risk perception predict screening behavior? A systematic review and meta-analysis. *J Behav Med* 2015;38(6):837-50.
102. Escoffery C, Rodgers KC, Kegler MC, Ayala M, Pinsky E, Haardorfer R. A grey literature review of special events for promoting cancer screenings. *BMC Cancer* 2014;14:454.
103. Edwards AG, Naik G, Ahmed H, Elwyn GJ, Pickles T, Hood K, *et al*. Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2:CD001865.
104. Department of Veterans Affairs, Lillie SE, Partin MR, Rice K, Fabbri AE, Greer NL, *et al*. The effects of shared decision making on cancer screening. A systematic review. Washington DC; 2014.
105. Barret M, Boustiere C, Canard JM, Arpurt JP, Bernardini D, Bulois P, *et al*. Factors associated with adenoma detection rate and diagnosis of polyps and colorectal cancer during colonoscopy in France: results of a prospective, nationwide survey. *PLoS One* 2013;8(7):e68947.
106. Société française d'endoscopie digestive, Bernardini D, Robaszekiewicz M, Canard JM, Chaussade S, Barthet M, *et al*. La coloscopie en 2015 : de la préparation au diagnostic. Résultats de l'enquête annuelle de la Société Française d'Endoscopie Digestive. *Acta Endosc* 2016;2016(46):257-65.

Participants

Les organismes professionnels et association de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans le groupe de travail.

- AFA Association François Aupetit (Maladie de Crohn et RCH)*
- Association France Côlon*
- Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation (CNPAR)*
- Conseil national professionnel d'hépatogastroentérologie (CNP HGE)*
- Conseil national professionnel d'oncologie médicale*
- Conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive (CNP-CVD)*
- Conseil national professionnel de radiothérapie oncologique
- Conseil professionnel de la radiologie française - G4*
- Collège de la médecine générale*
- Société française du cancer*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour participer au groupe de travail

► Groupe de travail

Mme Sophie Blanchard-Musset, chef de projet HAS, Saint-Denis

Dr Jean-Pierre Bongiovanni, anesthésiste-réanimateur, Lyon

Dr Mourad Boudiaf, radiologue, Paris

Mme Anne Buisson, représentant d'association de patients, Paris

Dr Lucie Bunge, médecin généraliste, Saint-Denis

Pr Bernard Flourié, hépatogastroentérologue, Pierre Bénite

M. Stéphane Korsia-Meffre, représentant d'association de patients, Saint-Aubin Château-Neuf

Dr Julien Le Breton, médecin généraliste, La Courneuve

Pr Olivier Lucidarme, radiologue, Paris

Dr Léon Maggiori, chirurgien digestif, Clichy

Pr Jean-Christophe Saurin, hépatogastroentérologue, Lyon

Pr Emmanuel Tiret, chirurgien digestif, Paris

► Parties prenantes

Les parties prenantes suivantes ont été consultées pour avis.

- AFA Association François Aupetit (Maladie de Crohn et RCH)*
- Association France Côlon*
- Collectif interassociatif sur la santé (le Ciss)
- Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation (CNPAR)
- Conseil national professionnel d'hépatogastroentérologie (CNP HGE)*
- Conseil national professionnel d'oncologie médicale
- Conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive (CNP-CVD)
- Conseil national professionnel de radiothérapie oncologique
- Conseil professionnel de la radiologie française - G4*
- Collège de la médecine générale*
- Ligue nationale contre le cancer*
- Société française du cancer*
- Union nationale des associations de parents d'enfants atteints de cancer ou de leucémie (Unapeclé)*

(*) Cette partie prenante a rendu un avis officiel sur la fiche mémo

► **Les organismes institutionnels**

- Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA)
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*
- Direction de la sécurité sociale (DSS)
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- Direction générale de la santé (DGS)
- Institut national du cancer (INCa)*
- Régime sociale des indépendants (RSI)

(*) Cet organisme a rendu un avis officiel sur la fiche mémo

Remerciements

La HAS tient à remercier le Dr Philippe Cabarrot pour sa relecture.

Fiche descriptive

	Fiche mémo : Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé
Méthode de travail	Prévention chez le patient à risque élevé et très élevé de cancer colorectal
Objectif(s)	Actualisation du référentiel de pratique de la prise en charge de l'examen périodique de santé (EPS) chez la personne à risque élevé et très élevé de CCR
Patients ou usagers concernés	Sujets à risque élevé et très élevé de cancer colorectal
Professionnel(s) concerné(s)	Médecins généralistes, gastro-entérologues, radiologues, anesthésistes, chirurgiens viscéraux
Demandeur	Saisine DGS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Mme Sophie Blanchard Musset, Ph.D., chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Sladana Praizovic
Recherche documentaire	De 01/2010 à 11/ 2016 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe) Réalisée par Sophie Despeyroux, avec l'aide de Yasmine Lombry (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs du rapport d'élaboration	Mme Sophie Blanchard Musset, Ph.D., chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, parties prenantes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en mois année
Actualisation	L'actualisation de cette fiche mémo sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Rapport d'élaboration et fiche mémo, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr