



L'université de Bourgogne  
est membre de

UBFC

UNIVERSITÉ  
BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ



# Cancer colo rectal

Dr Pierre VERDIER-DAVIOUD

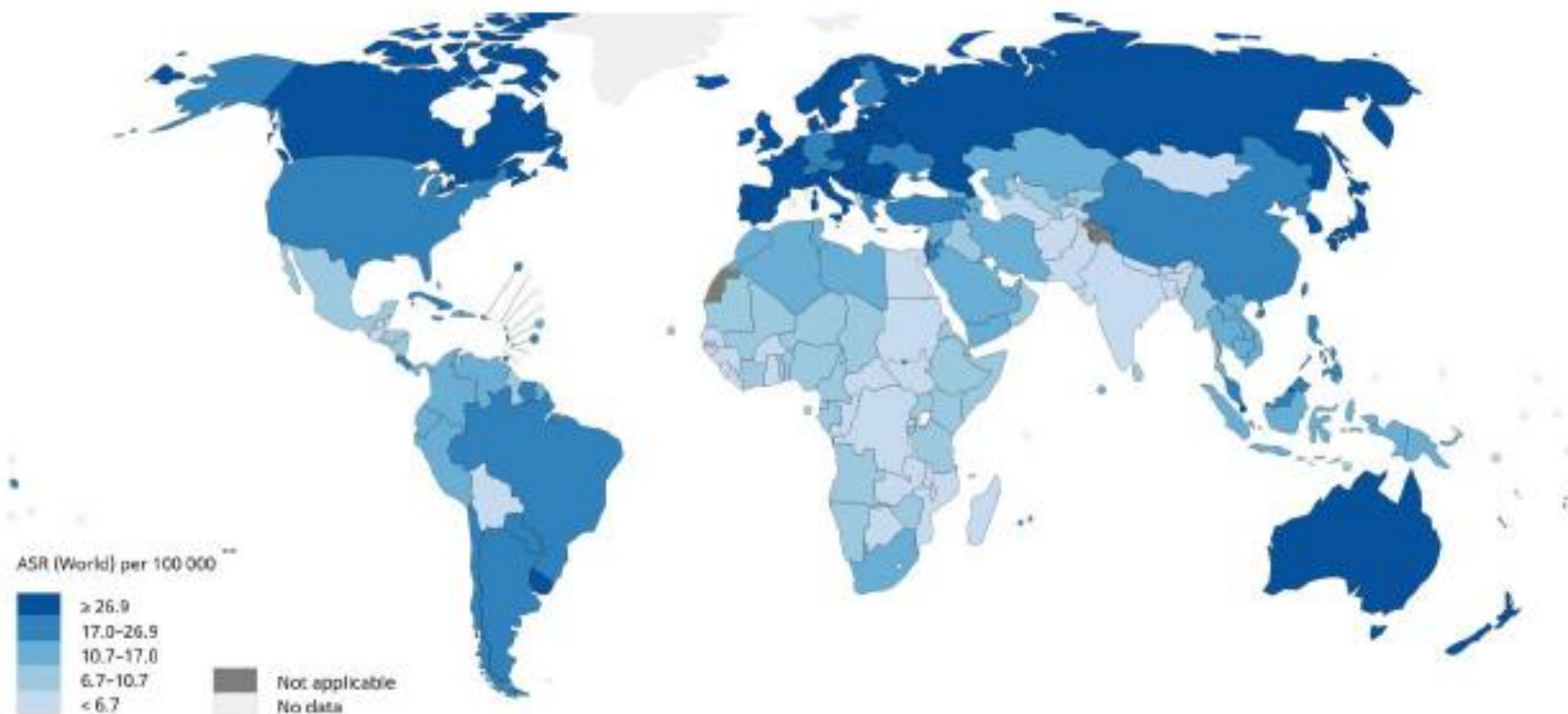
CHU DIJON

Novembre 2022

# 1. Le cancer colorectal : un enjeu de santé publique

# Le cancer colorectal dans le monde

Variation du taux d'incidence au niveau mondial\*



\*Standardisé sur l'âge \*\* Age-Standardised Rate

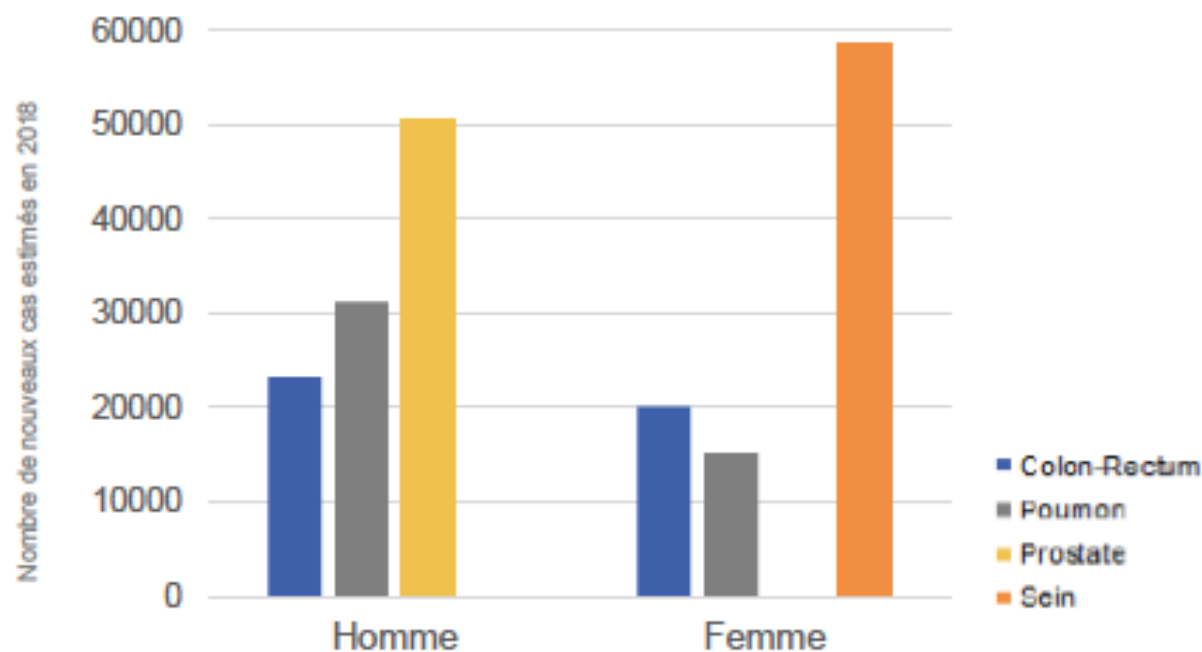


Source : GLOBOCAN 2020

# En France, le cancer colorectal c'est le...

**3<sup>e</sup> cancer**  
en termes d'incidence

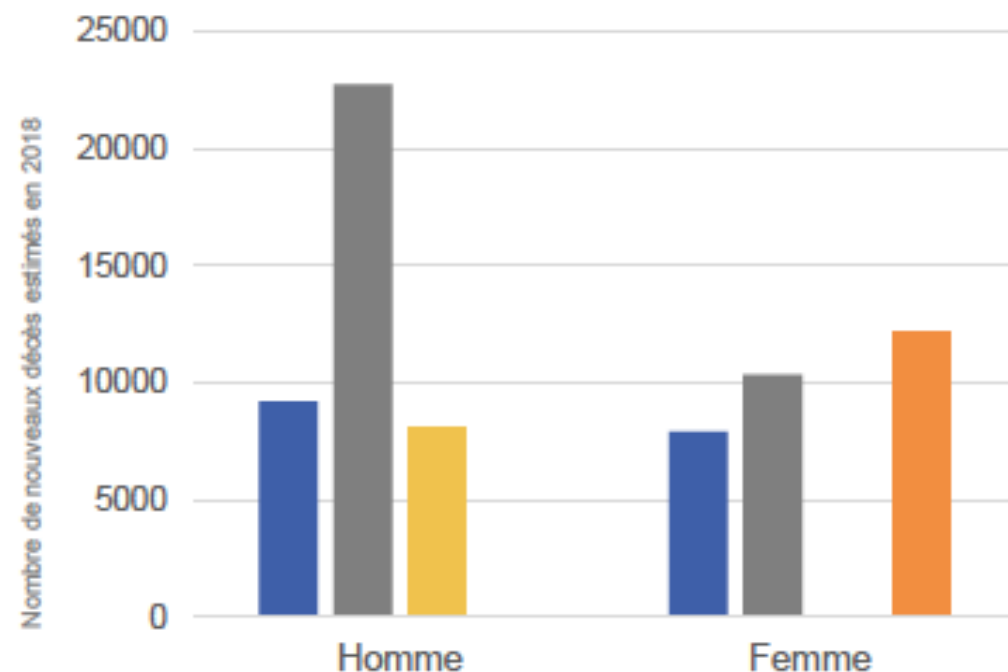
- 3<sup>e</sup> chez l'homme
- 2<sup>e</sup> chez la femme



Prostate : estimation 2015

**2<sup>e</sup> cancer**  
en termes de mortalité

- 2<sup>e</sup> chez l'homme
- 3<sup>e</sup> chez la femme



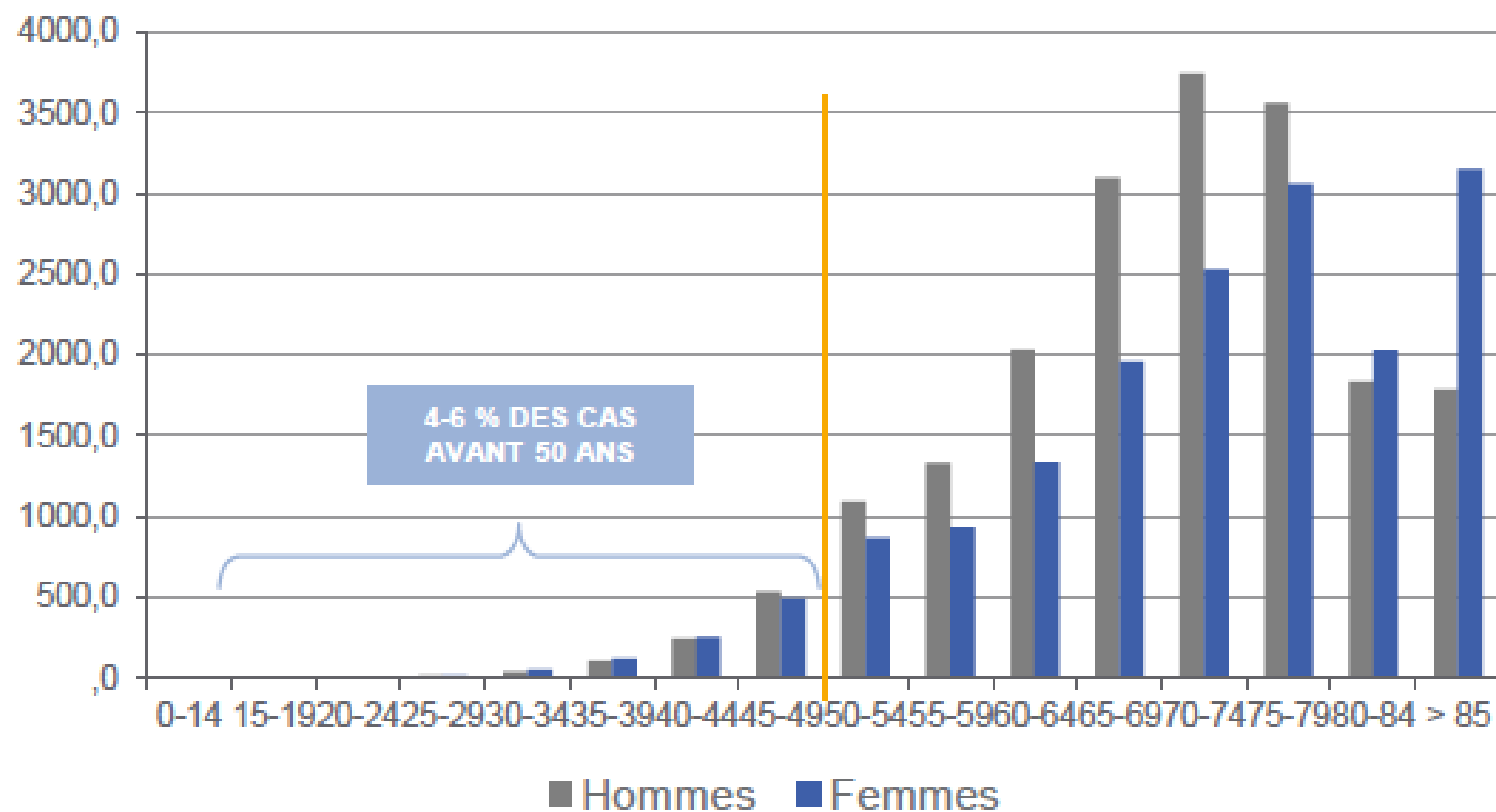
Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Francim / HCL / SpF / INCa, 2019

# En France, le cancer colorectal c'est...



# En France, le cancer colorectal c'est...

- 95 % de CCR diagnostiqués après 50 ans



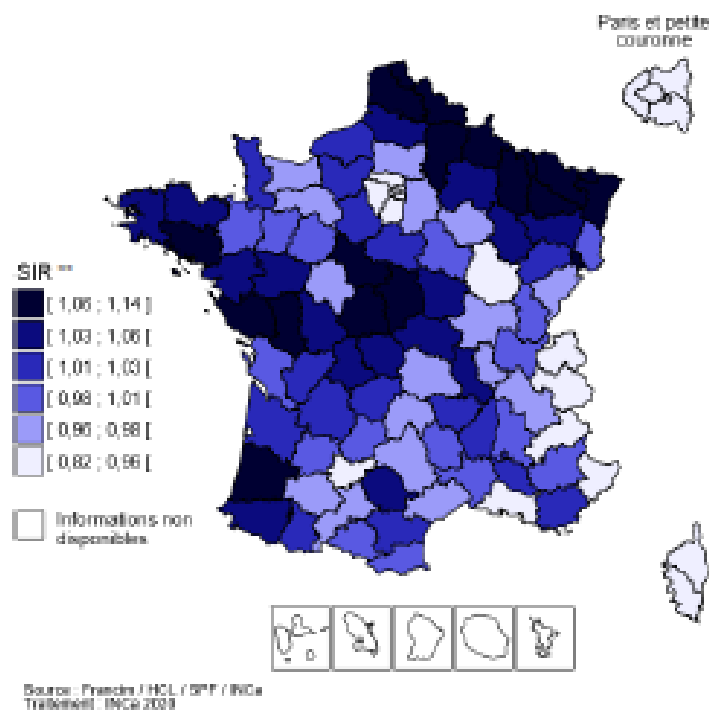
**71 ans**  
âge médian au diagnostic  
chez l'homme

**73 ans**  
âge médian au diagnostic  
chez la femme

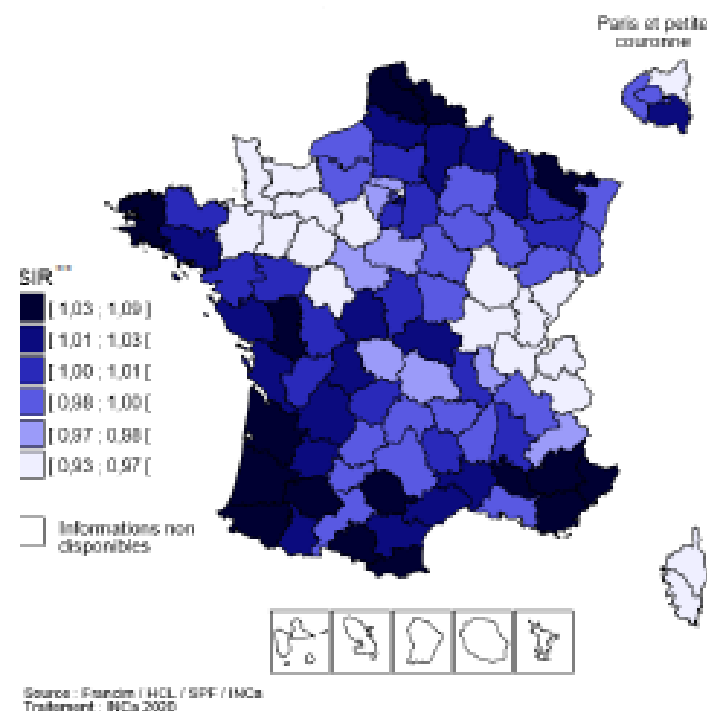
...

# Une situation épidémiologique inégale

Taux d'incidence standardisés du cancer colorectal à l'échelle départementale (2007-2016)\*



Homme



Femme

\*Incidence lissée 2007-2016 France hexagonale.

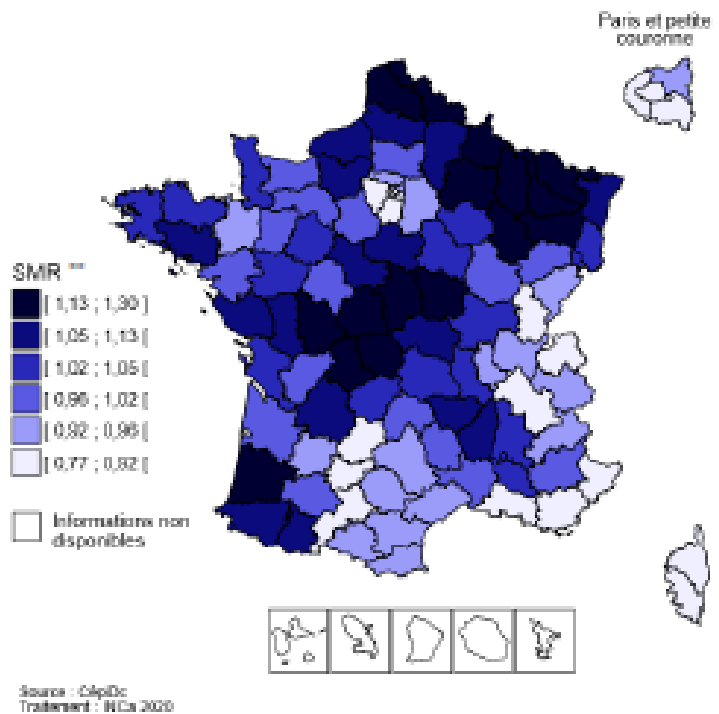
Incidence observée Guadeloupe : 2008-2014, Martinique : 2007-2014, Guyane : 2010-2014

\*\*Ratio standardisé d'incidence.

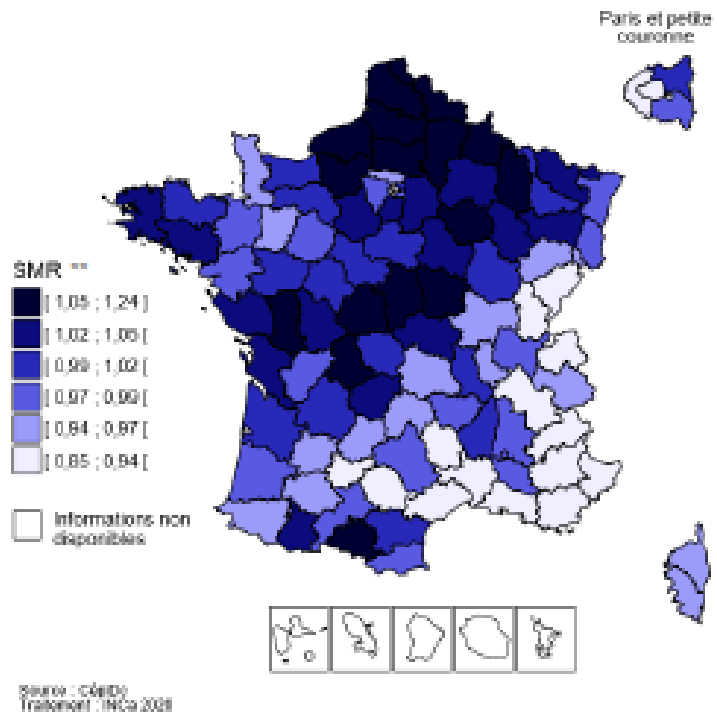
Source : Partenariat Francim / HCL / SpF / INCa : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007- 2016, Traitement INCa, 2020

# Une situation épidémiologique inégale

Taux de mortalité standardisés du cancer colorectal à l'échelle départementale (2007-2014)\*



Homme



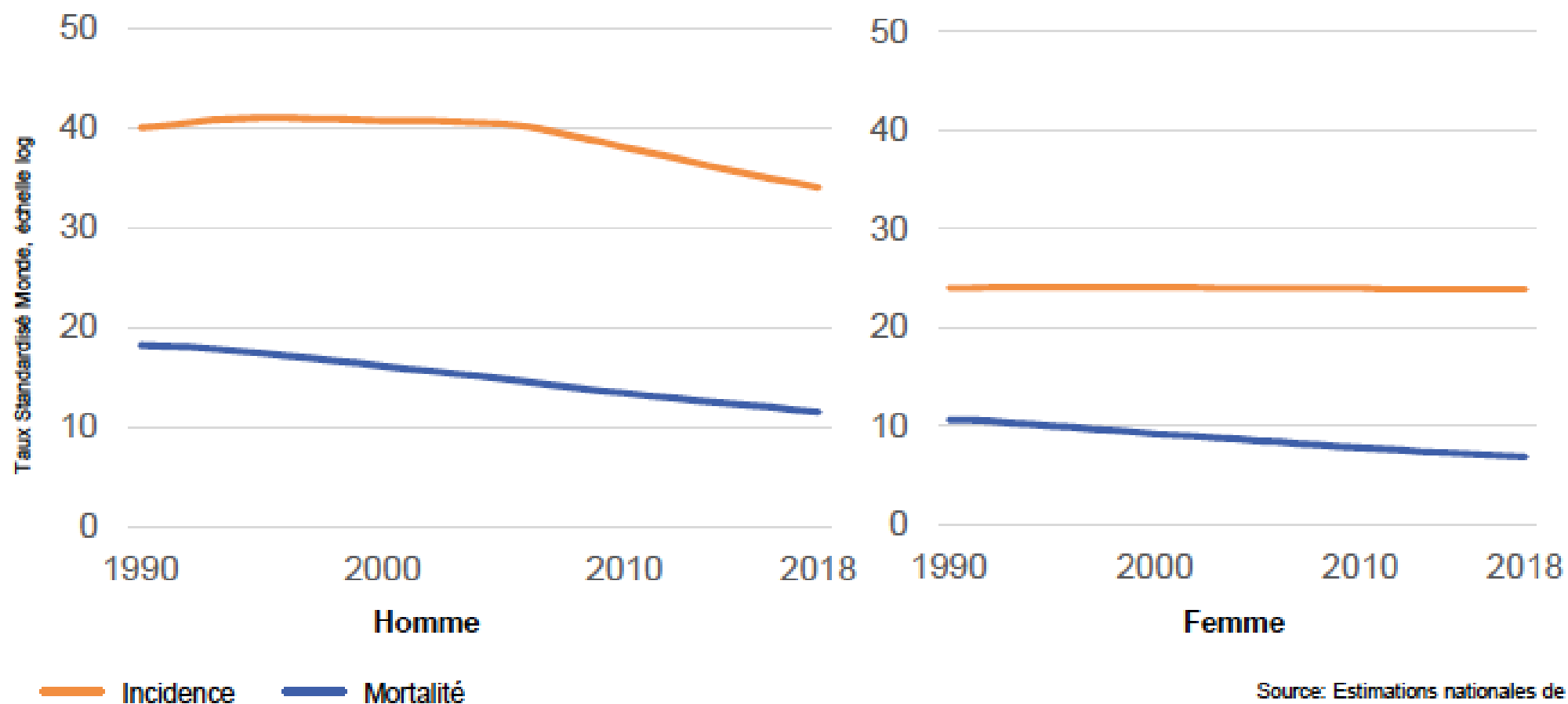
Femme

\*Mortalité lissée 2007-2014 France hexagonale.  
Mortalité observée Guadeloupe : 2007-2014, Martinique: 2007-2014, Guyane: 2007-2014  
\*\*Ratio standardisé de mortalité.



# L'évolution de l'incidence et de la mortalité du CCR

Taux d'incidence et de mortalité standardisés du cancer colorectal en France Métropolitaine



Entre 1990 et 2018

Taux d'incidence  
**-0,6 % / an**  
en moyenne

Taux de mortalité  
**-1,6 % / an**  
en moyenne

Source: Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018, Francim / HCL / SpF / INCa, 2019

# La répartition des formes de CCR

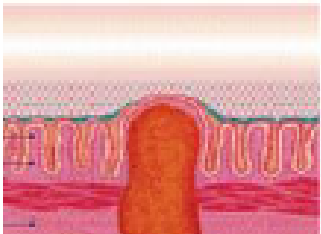






\* Cancers qui se développent sans que l'on ait pu déterminer des facteurs de risque héréditaires

Source : Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risques élevés et très élevés, HAS, 2017

# Le stade au diagnostic

- 95 % de CCR diagnostiqués après 50 ans

		Stades des lésions détectées*	Tous sexes confondus	Homme	Femme	
Muqueuse Tumeur		Local limité	21 %	22 %	20 %	} Stade précoce
Sous-Muqueuse Musculeuse						
Séreuse		Régional	22 %	20 %	23 %	
Ganglion		Avancé**	34 %	34 %	33 %	
Métastases						

\*European Network of Cancer Registries

\*\*Stade métastatique et cancers non réséqués

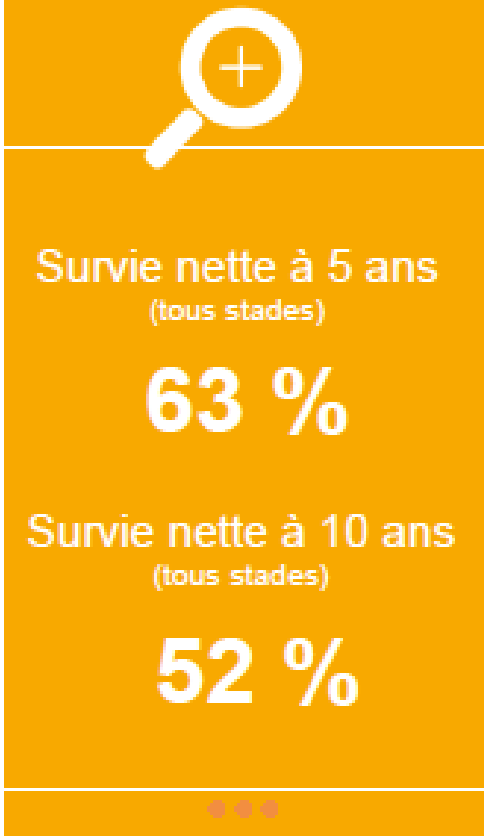
Source : Bouvier et al. Stade au diagnostic des cancers - Sein, côlon et rectum. (période 2009-2012), Partenariat Francim / HCL / SpF / INCa, 2018

# Déecté tât, le CCR peut être guéri dans 9 cas sur 10

- La survie permet d'apprécier d'une part l'amélioration globale du pronostic des personnes atteintes d'un cancer, résultant à la fois du dépistage et des progrès thérapeutiques, et d'autre part l'amélioration de la prise en charge
- Une meilleure survie est observée lors du diagnostic à un stade précoce

Stades des lésions détectées	Survie relative à 5 ans
Local (limité et avancé)	90,2 %
Régional	71,8 %
Avancé (métastases)	14,3 %

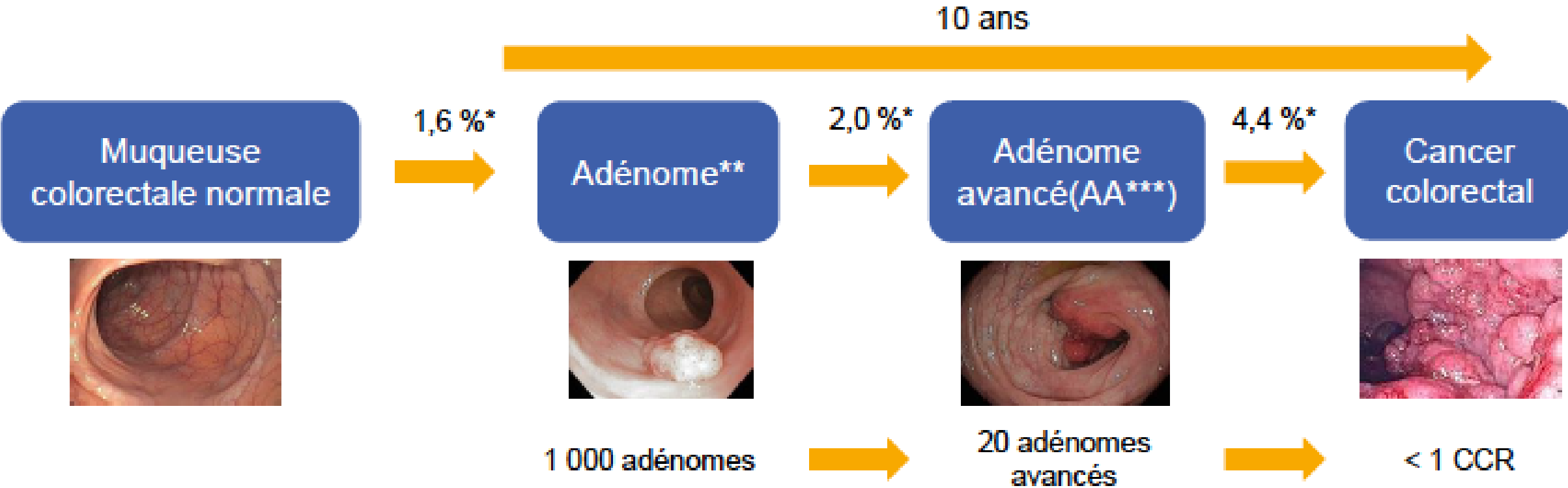
→ **Stade précoce**



Source : Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) 18 Stat Fact Sheets: Colon and Rectum Cancer. (2010-2016), 2020  
Source : Panorama des cancers en France, INCa, 2022  
Source : Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013, Francim / HCL / SpF / INCa, 2019

# L'histoire naturelle

- 1 personne sur 20 à 30 va développer un cancer colorectal dans sa vie
- Le CCR touche 4 % des hommes et 2 % des femmes (vie entière)



# Les facteurs de risque

## L'âge

- Plus de 50 ans

## Mutations génétiques

- Syndrome de Lynch
- Polypose adénomateuse familiale

## Maladies inflammatoires chronique de l'intestin (MICI)

- Maladie de Crohn
- Rectocolite hémorragique

## Antécédents familiaux

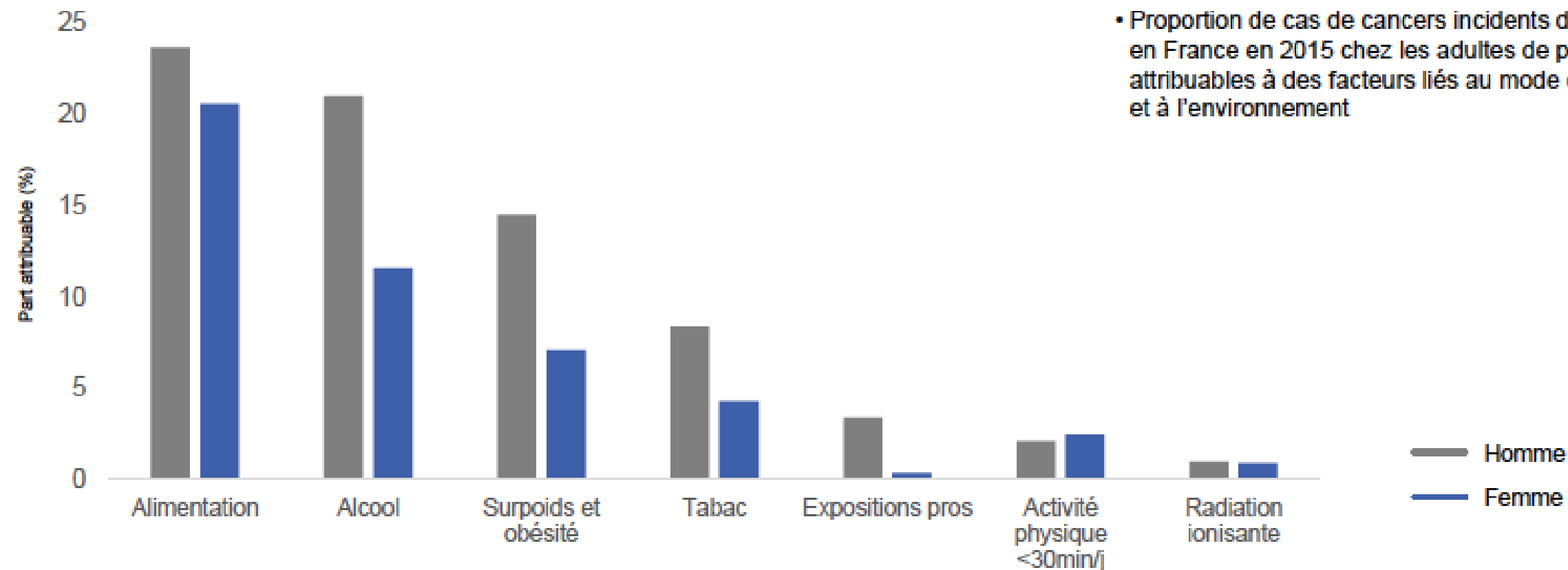
- Adénome rectocolique > 10 mm ou à contingence villeuse chez un ou plusieurs parents du 1<sup>er</sup> degré avant l'âge de 65 ans
- Cancer colorectal chez un parent du 1<sup>er</sup> degré avant l'âge de 65 ans ou plusieurs parents du 1<sup>er</sup> degré quelque soit l'âge

## Antécédents personnels

- Adénomes de structure villeuse ou de diamètre > 10 mm, ou exérèse d'au moins deux adénomes, quels que soient leur taille ou leur caractère vilieux.
- Cancer colorectal depuis moins de 5 ans
- Acromégalie

# Les facteurs de risque

Part attribuable (%) au mode de vie et à l'environnement



• Proportion de cas de cancers incidents diagnostiqués en France en 2015 chez les adultes de plus de 30 ans, attribuables à des facteurs liés au mode de vie et à l'environnement

Source : Proportions de cas de cancers incidents diagnostiqués attribuables à des facteurs liés au mode de vie et à l'environnement, CIRC, 2018

## 2. Le dépistage du cancer du colorectal



# Les recommandations françaises

- Une stratégie de dépistage organisée selon trois niveaux de risque de développer un cancer colorectal

Qui niveau de risque de développer un ccr ?

## Risque moyen

### Population générale :

- 50 à 74 ans
- Sans symptôme
- Sans antécédent personnel et/ou familial

### Dépistage organisé :

- Test de recherche de sang occulte dans les selles
- Tous les 2 ans

## Risque élevé

### Antécédents d'adénomes ou de CCR :

- Personnel
- Familial (1<sup>er</sup> degré)

### Antécédents personnels de MICI :

- Maladie de Crohn
- Rectocolite hémorragique

### Dépistage individuel :

- Consultation chez un gastroentérologue : suivi spécialisé
- Coloscopie / Chromoendoscopie

## Risque très élevé

### Prédispositions héréditaires :

- Polypose adénomateuse familiale
- Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch)

### Dépistage individuel :

- Consultation oncogénétique +/- prélèvement sanguin pour recherche de mutations
- Consultation chez un gastroentérologue
- Chromoendoscopie

Qui est concerné ?

Quelle stratégie de dépistage ?

# Le dépistage du CCR : quels freins ?

## Les freins

▼  
Méconnaissance  
des programmes  
de dépistages

▼  
Méconnaissance  
de la pathologie  
et de son dépistage

▼  
Manque  
d'informations pour  
une décision éclairée

▼  
Ne se sent pas  
concerné(e)  
(âge, symptômes,  
précédent test négatif,  
etc.)

▼  
Gêne à l'égard  
de la localisation  
(sujet tabou,  
partie intime)

▼  
Gêne à l'égard  
du test et de la  
manipulation  
des selles

▼  
Peur du  
résultat

▼  
Peur de la  
coloscopie

▼  
Manque de temps  
des professionnels  
de santé pour donner  
l'information  
sur le dépistage

▼  
Remise du kit sans  
explication

▼  
Indisponibilité du kit  
chez les  
professionnels de  
santé

▼  
Facteurs d'inégalités  
(niveau d'éducation,  
CSP, culture,  
pathologies chroniques,  
obésité, handicap, etc.)

# Le dépistage du CCR : quels leviers ?

## Les leviers

- ▼  
Implication du médecin dans les dépistages
- ▼  
Qualité de la relation médecin-patient\* (confiance et légitimité du médecin)
- ▼  
Information et compréhension de la personne
- ▼  
Bénéfices du test immunologique
- ▼  
Influence de l'entourage familial et amical
- ▼  
Diversification des professionnels de santé pouvant remettre le kit de dépistage
- ▼  
Envoi du kit à domicile en relance 2\*\*

# Les recommandations pour le DO CCR en France



Après une évaluation du niveau de risque

Pour les hommes et les femmes de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un CCR (asymptomatiques et sans antécédents)

Réalisation d'un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles  
Tous les 2 ans

\*\*

En cas de résultat positif, une coloscopie de diagnostic doit être réalisée



# Les objectifs du DO CCR



1

Réduire le nombre de décès par CCR (mortalité)

2

Réduire le nombre de nouveaux cas de CCR (incidence/prévention)

3

Atteindre au minimum 65 % de participation au DO\*

4

Réduire les inégalités d'accès au dépistage



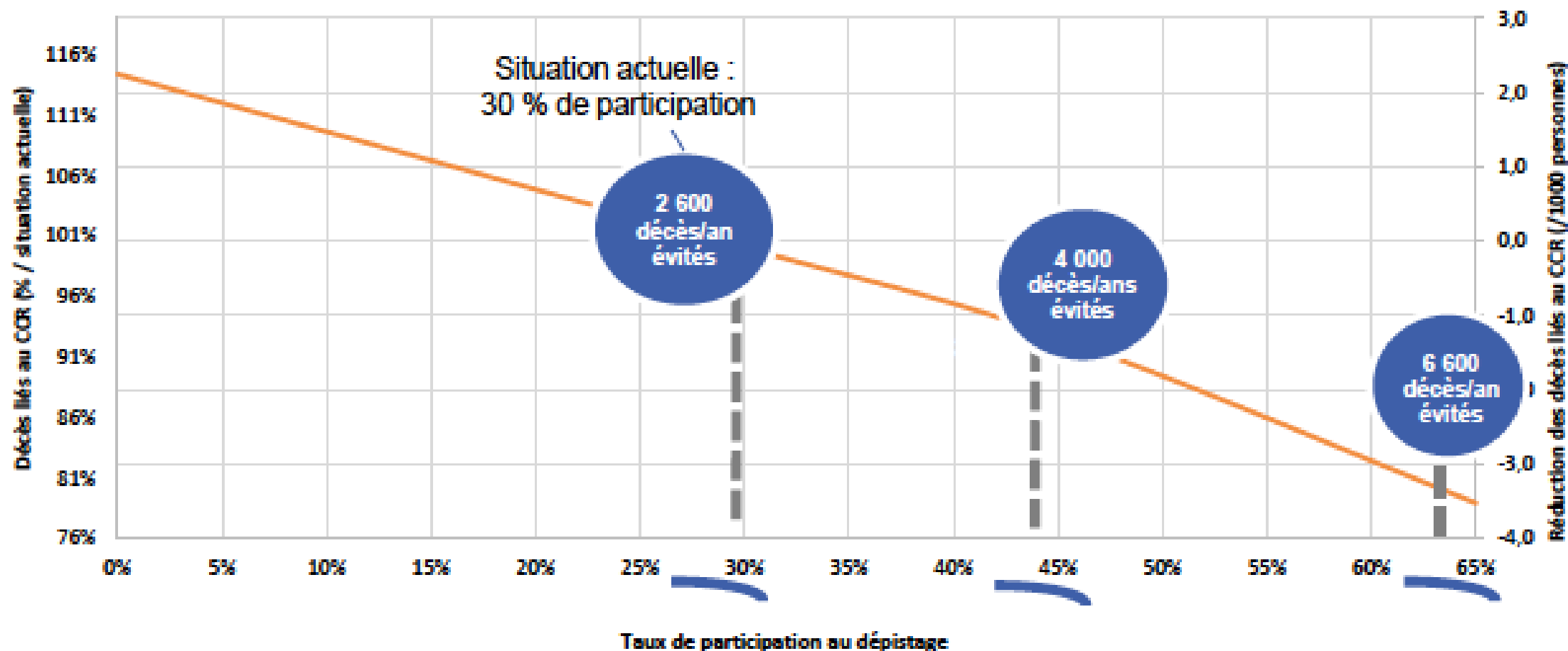
\* Objectif européen recommandé de participation au dépistage

Source : European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis, 2010

# Les objectifs du DO CCR

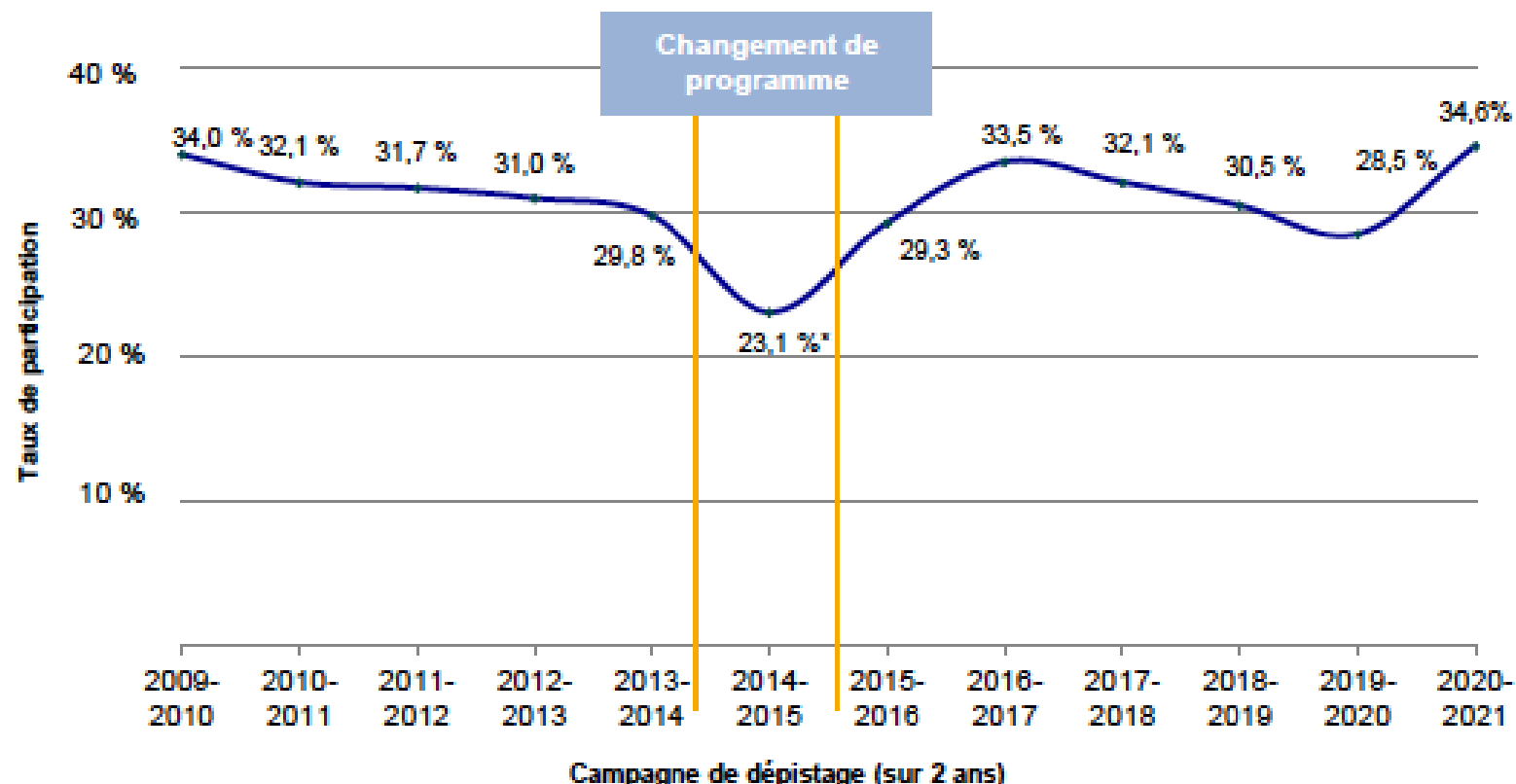
- Réduire le nombre de décès par CCR (mortalité)
- Atteindre 65 % de participation

Modélisation de l'impact du dépistage sur le nombre de décès évités / an en fonction du taux de participation



# Les taux de participation au DO CCR

Taux de participation au DO CCR entre 2009 et 2021



Le taux de participation reste bien inférieur aux recommandations européennes (minimum acceptable 45 % et 65 % recommandé)

Certains pays européens ont des taux de participation bien supérieurs à 45 %

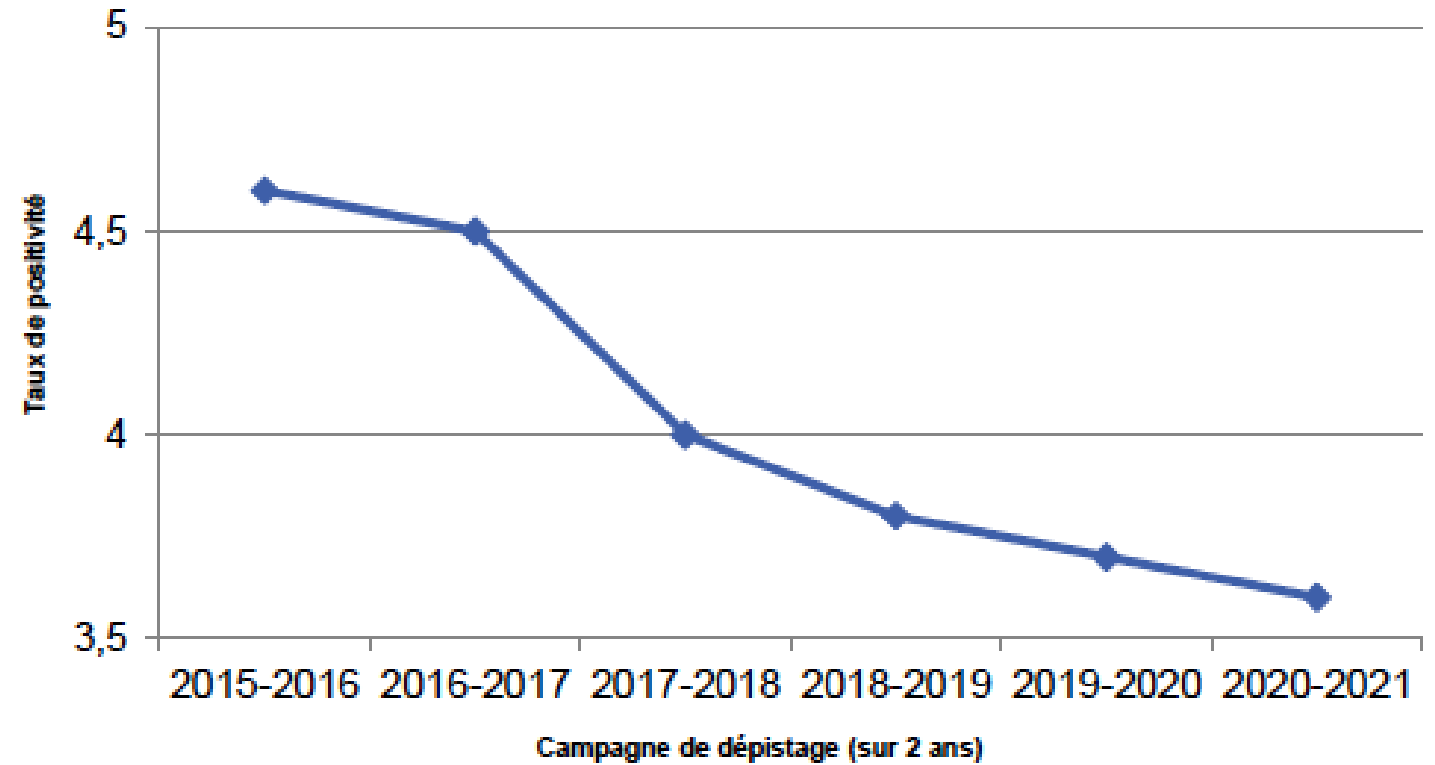


\* Phase de transition liée au passage au test immunologique avec un arrêt d'envoi des invitations en 2014

# Les taux de positivité du test

• Le taux de positivité attendu dans la population française est de l'ordre de 4 % au seuil de positivité retenu de 30 µgHb/g de selles

Taux de positivité entre 2015 et 2019



Source : Santé publique France, Traitement INCa, 2022



# Après un test positif

- Aucune anomalie détectée : 3/10 cas
- Lésions précancéreuses bénignes détectées et retirées : 5/10 cas
- Cancer dépisté à un stade précoce et guérissable sans radiothérapie ni chimiothérapie : < 1/10 cas
- Cancer à un stade avancé : < 1/10 cas

## Risques liés à la coloscopie\*

- Complications liées à la sédation
  - Cardiorespiratoire
  - Risque d'infection : 1/1 800 000 examens
- Complications liées à la technique
  - Perforation : 1/3000 à 5000
  - Hémorragie
- Complications modérées à sévères : 1 à 4,5 ‰ coloscopies (surtout après procédure thérapeutique)
- Décès consécutifs aux complications : 1/10 000 à 18 000 coloscopies



Cancers détectés:  
**7 à 8 %**  
des tests positifs

Adénomes avancés  
détectés :  
**26 à 40 %**  
des tests positifs



# Le DO CCR : qui est concerné ?

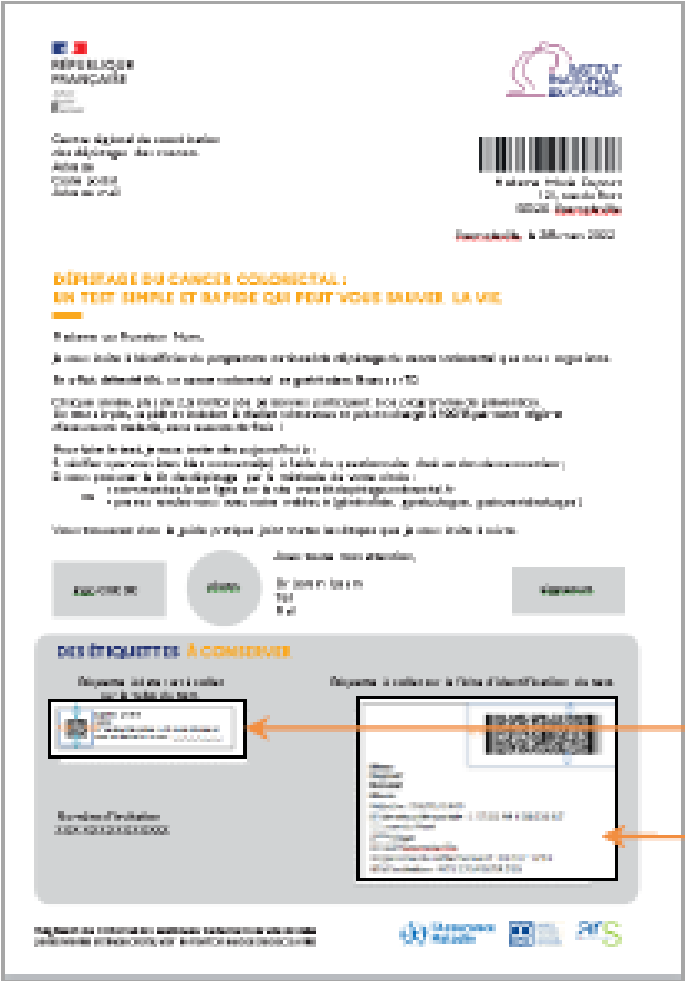
Tous les hommes et les femmes de 50 à 74 ans

Sans symptômes

Sans antécédents personnel et/ou familial

Sans contre-indication

# L'invitation au dépistage par le CRCDC



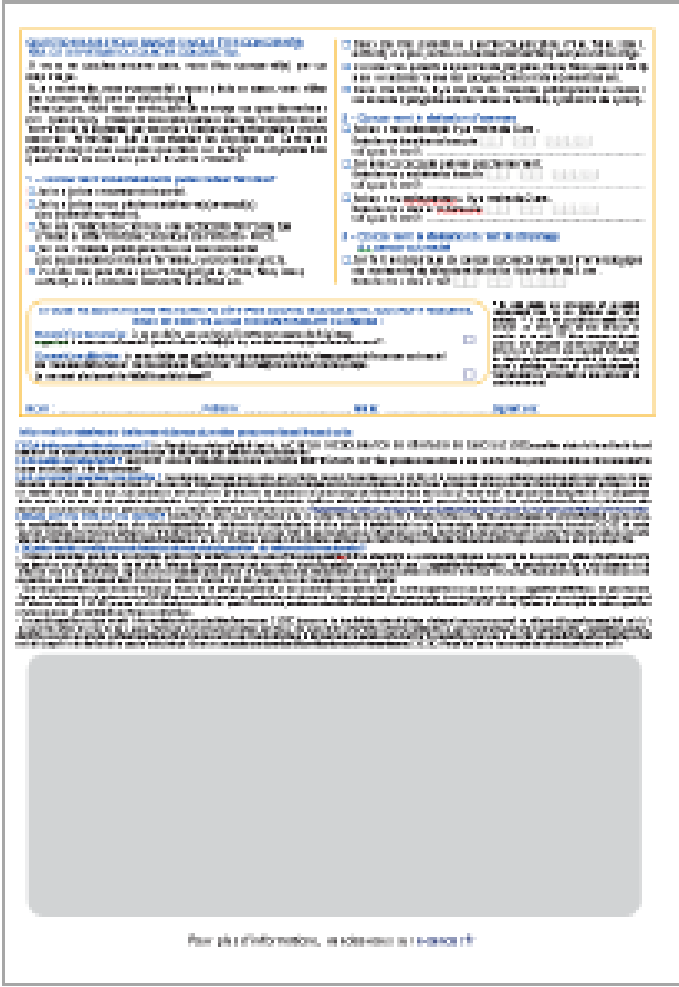
Recto

Questionnaire d'auto-évaluation  
du niveau de risque à renvoyer  
au CRCDC  
si contre-indication au DO  
Expression de l'opposition à  
participer au DO

Mention RGPD

Étiquette d'identification  
à coller sur le tube

Étiquette d'identification à coller  
sur la fiche d'identification



Verso

# Le kit de dépistage : comment l'obtenir ?

## Par un professionnel de santé

Médecin traitant

Médecin généraliste

Gynécologue

Gastroentérologue

Médecin exerçant  
dans un CES\*

Pharmacien

Par un autre professionnel de santé  
dans le cadre d'expérimentation ou de  
recherche\*\*

## Par le CRCDC

Relance 2 avec test  
pour les personnes ayant participé  
au moins une fois à l'une  
des trois dernières campagnes

Par commande en ligne  
via [monkit.depistage-colorectal.fr](https://monkit.depistage-colorectal.fr)

\*Centre d'examens de santé du régime général de l'Assurance maladie

\*\*Conformément à l'arrêté du 19 mars 2018, dès lors qu'un autre professionnel de santé est impliqué dans la remise de tests, il bénéficie d'une formation adaptée à son exercice

# Le kit de dépistage : le test immunologique

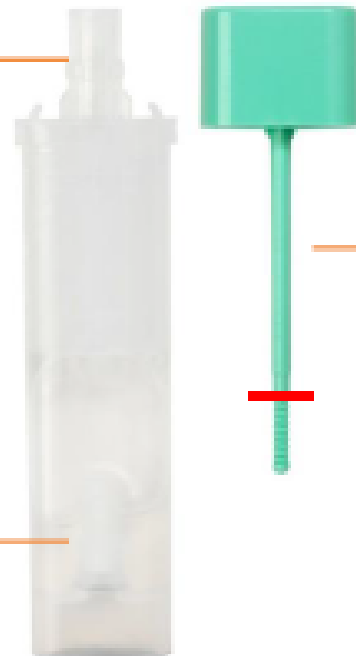
Le test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles retenu a fait l'objet d'études en population dans la situation du programme de dépistage pour la démonstration de son efficacité

## Le septum

- Permet de contrôler et calibrer la quantité de selles introduite

## Le tampon

- Conserve l'échantillon jusqu'à l'analyse. Des agents stabilisants limitent la protéolyse de la globine



## La tige de prélèvement

- Son extrémité est striée et permet la collecte de l'échantillon de selles (jusqu'au trait rouge indiqué ici)

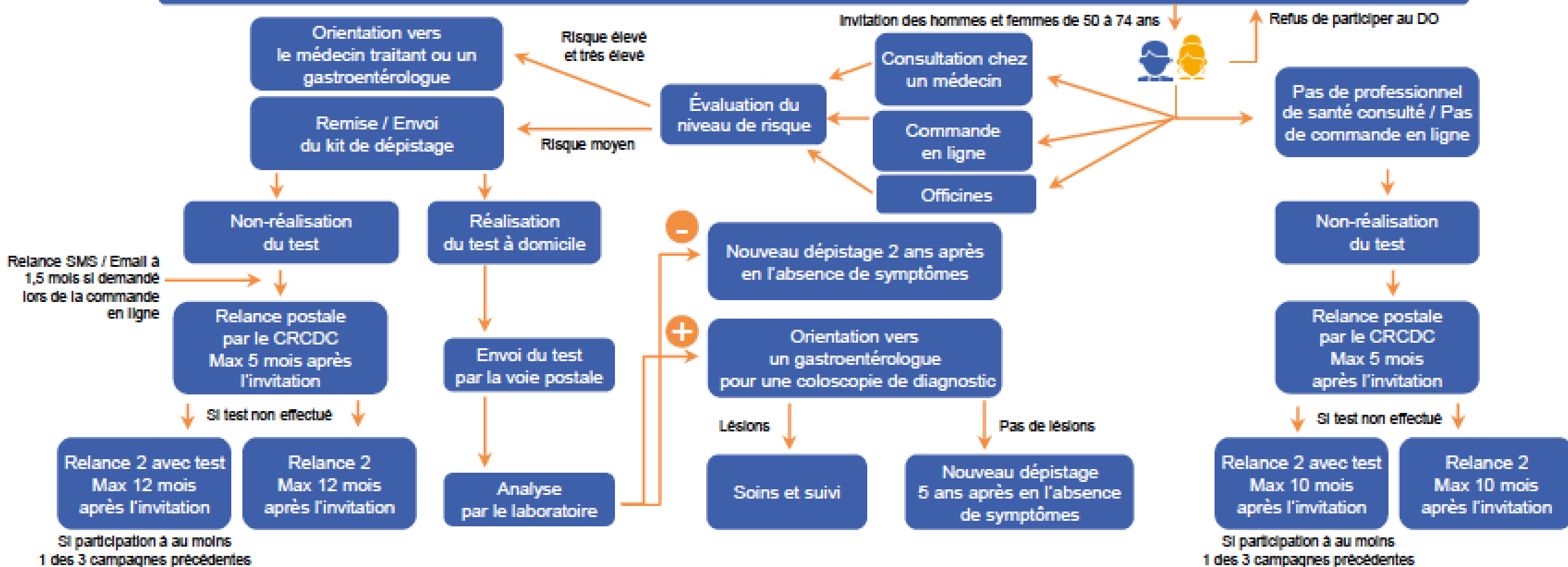
# Le kit de dépistage : le dispositif de recueil de selles (volet 2)

- Facile à déplier
- Fixation sur la lunette des toilettes par des bandes adhésives
- Trous à l'avant pour l'évacuation des urines
- À jeter dans les toilettes après utilisation (délitable)



# L'organisation général du parcours

## CENTRE RÉGIONAL DE COORDINATION DES DÉPISTAGES DES CANCERS



# Les points clés du DO CCR

Pour qui ?

- 17 millions d'hommes et de femmes âgés de 50 à 74 ans sans symptômes, ni antécédents

Pourquoi ?

- Détection précoce des lésions précancéreuses ou cancéreuses
- Éviter le cancer et offrir de meilleures chances de guérison (9 cas sur 10)

Comment ?

- 1 kit de dépistage remis par différents acteurs
- 1 test performant, fiable et simple : test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles
- 1 seul prélèvement à domicile
- Envoi du prélèvement par La Poste pour analyse

Par qui ?

- Médecins généralistes, gastroentérologues, gynécologues, CES, pharmaciens d'officine
- Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers
- Commande en ligne



# 3. La Coloscopie

# Coloscopie

- Consultation **pré endoscopique** obligatoire avec HGE
  - Explication du geste et des risques
  - Prescription de la préparation +/- biologie
- Consultation anesthésiste (si AG)
- Le plus souvent en ambulatoire

# Preparation

- Régime sans résidu 24h avant
- Différents produits (MOVIPREP/CLEANPREP/PICOPREP.....)
- 3 à 4L de liquide, inévitable
- A boire la veille +/- la nuit avant
- Prise fractionnée ++ = Split
- A jeun solide 6h avant / liquide 2h avant (dont tabac/gomme)



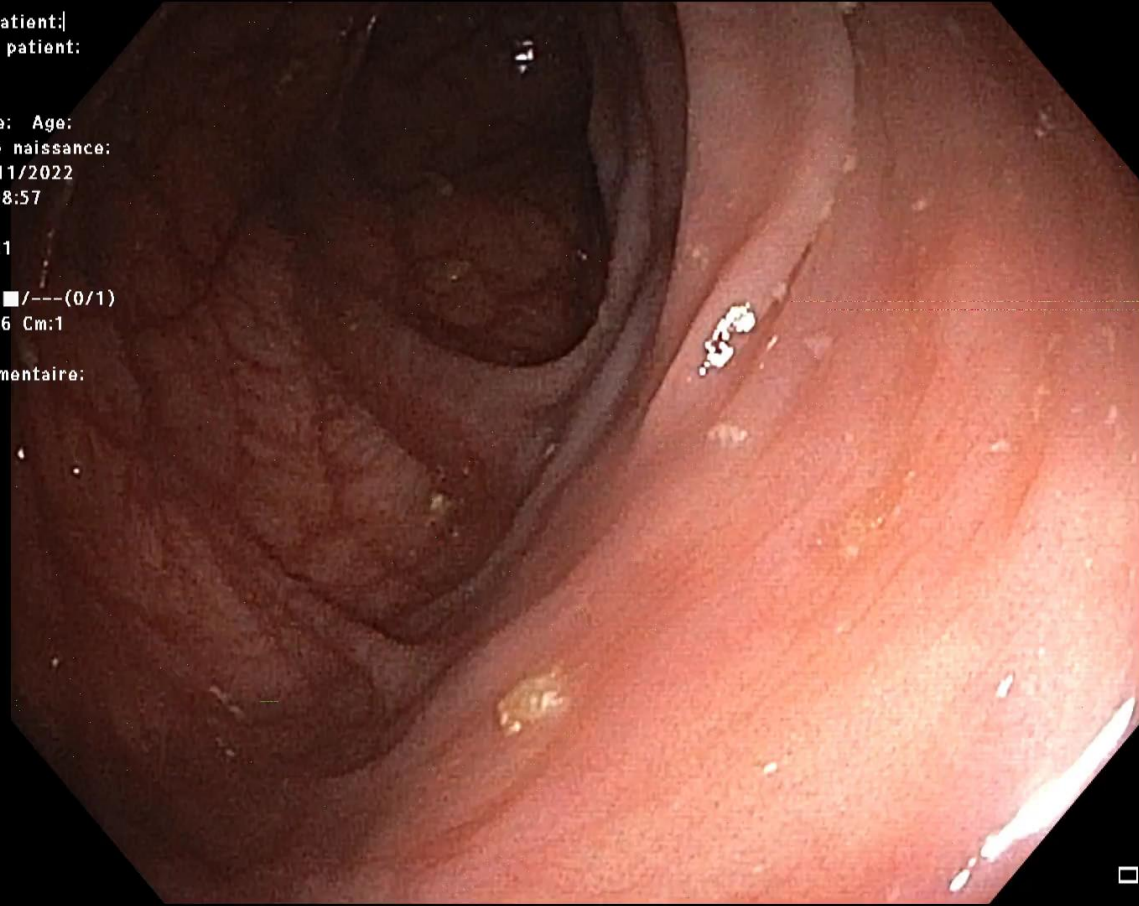
ID patient:  
Nom patient:

Sexe: Age:  
Date naissance:  
21/11/2022  
11:08:57

CVP:1

■■■/---(0/1)  
Eh:A6 Cm:1

Commentaire:



# 4. La Prise en charge

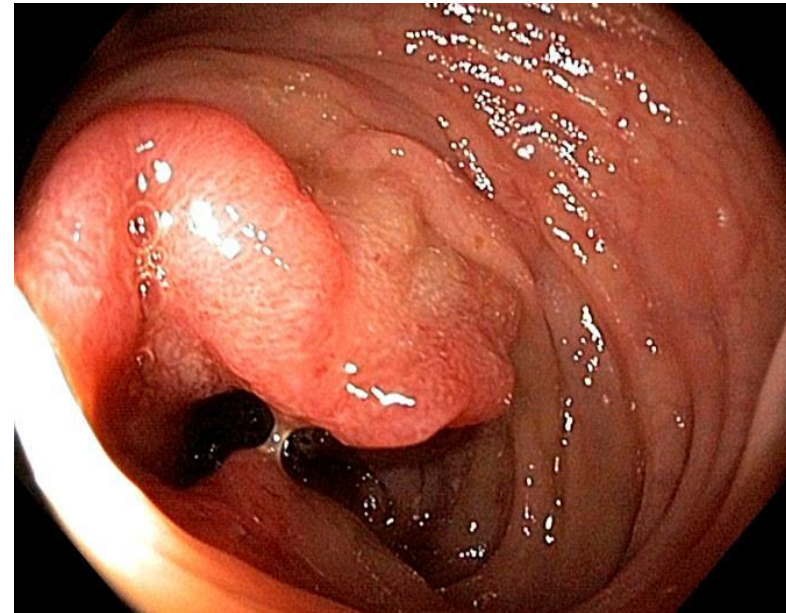
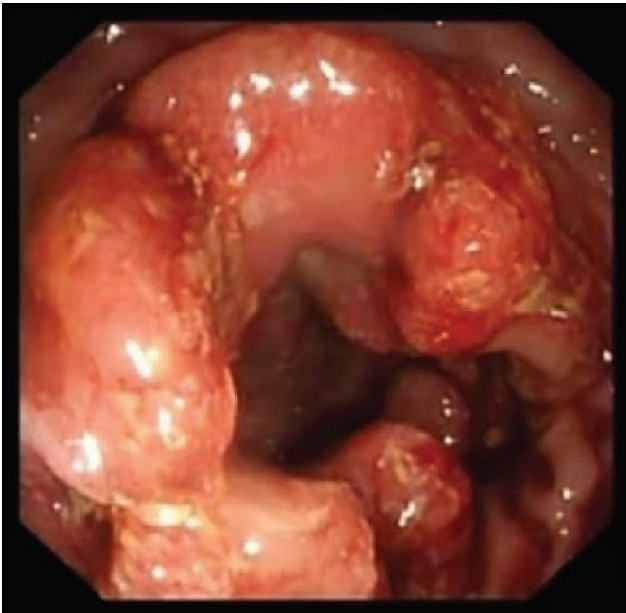
# Clinique

- Douleurs abdominales
- Anémie ferriprive
- Saignement : rectorragies ou rarement méléna (si au dessus de l'angle droit)
- Modification du transit (alternance diarrhée-constipation)
- Altération de l'état général, perte de poids
- Syndrome occlusif, péritonite
- Tumeur abdominale ou foie métastatique
- Cancer du rectum : syndrome rectal

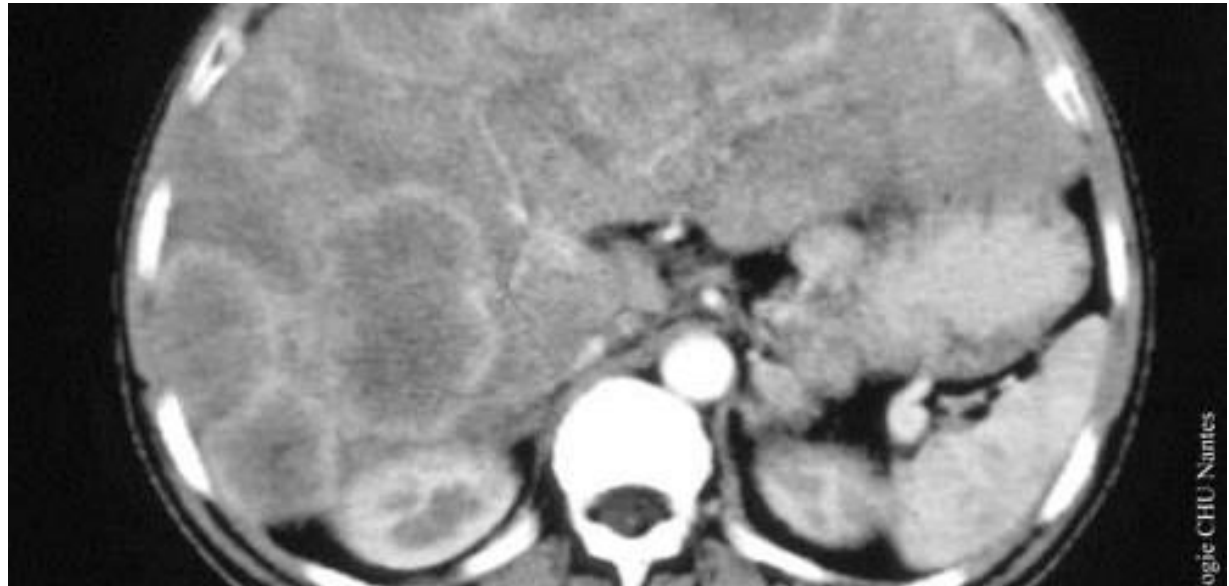
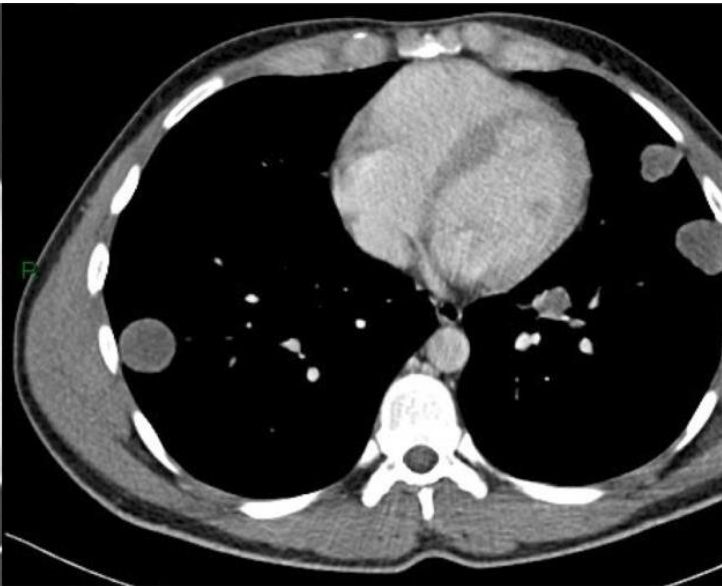
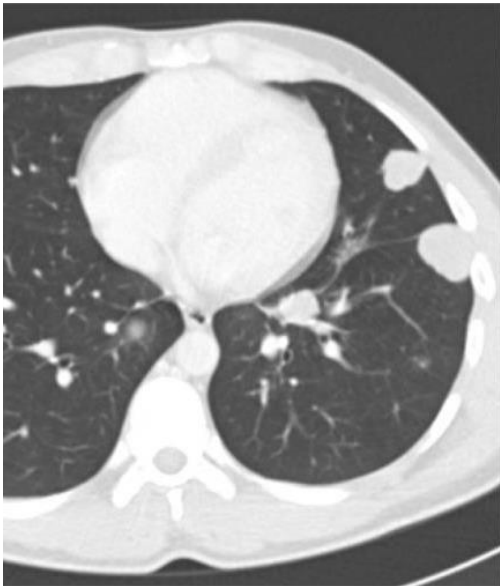
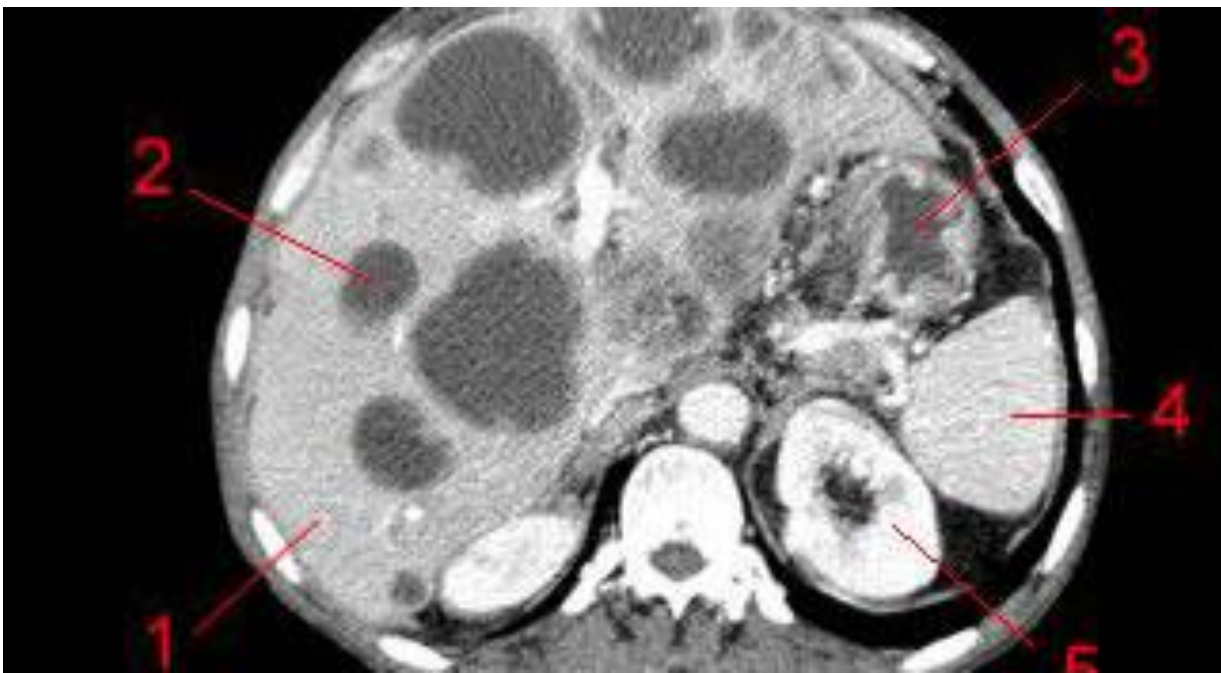


# Diagnostic

- **Coloscopie** : permet de localiser la tumeur, faire des prélèvements pour anatomopathologie , des photos.
- **Scanner** : permet parfois de voir la tumeur et de faire le bilan d'extension (recherche métastase/adénopathie)







Consultation d'annonce et  
présentation en RCP  
**OBLIGATOIRE**  
pour chaque patient pris en charge

# Traitement curatif du cancer colique non métastatique => Chirurgie

**Chirurgie** : coelioscopie ou laparotomie

- Stomie ou rétablissement de continuité immédiat : dépend du stade et de la localisation
- Métastases hépatiques ou pulmonaires : selon la localisation et le nombre

**Curage ganglionnaire** associé

- Chimiothérapie adjuvante pour les stade III et certains stade II

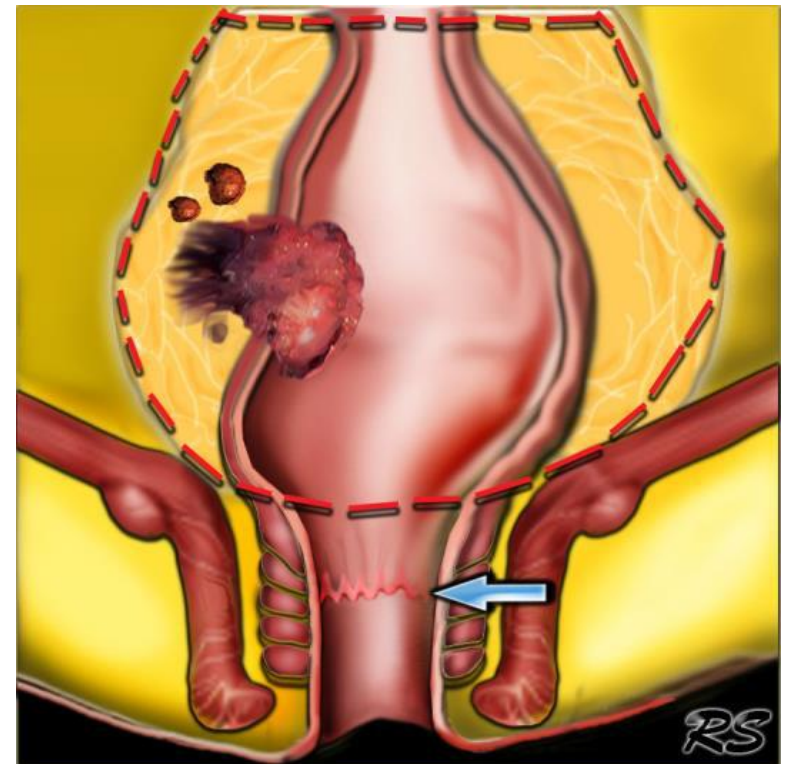
Certains peuvent avoir une **résection endoscopique** seule, permettant une conservation d'organe (dissection sous muqueuse +++ ) et d'éviter la chirurgie.

# Traitement curatif du cancer du rectum non métastatique

Si haut rectum (entre 10 et 15cm de la marge anale) = **Chirurgie**

Si moyen ou bas rectum :

- Chimiothérapie
- Puis Radio-chimiothérapie ( 5 semaines)
- Puis chirurgie avec anastomose colo rectale ou colo anale. Parfois amputation périnéale
- On essaie de conserver la fonction sphinctérienne

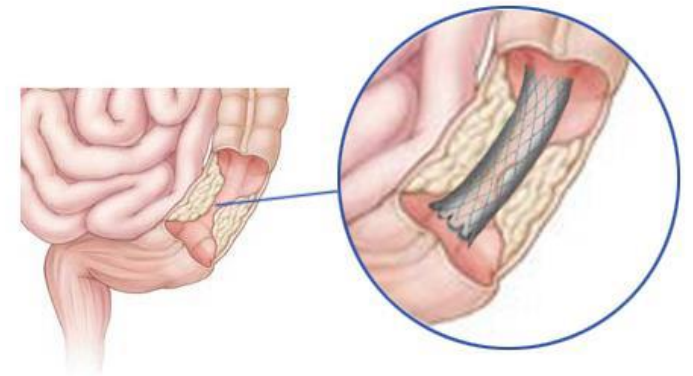
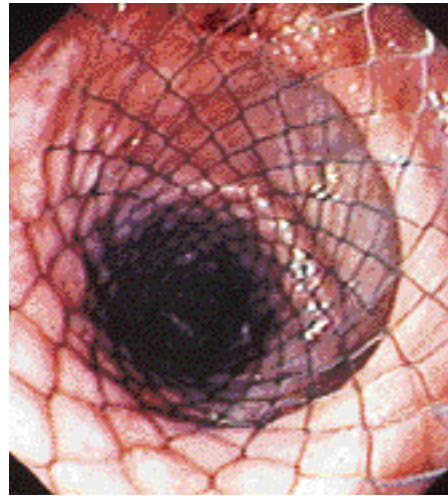


# Traitement des formes métastatiques

- Pour certains cas : Chirurgie avec chimiothérapie pré et post op
- Chimiothérapie dont thérapie orale
- Thérapie ciblée
- Immunothérapie
- Radioembolisation
- Radiothérapie
- Essai clinique

# Traitement palliatif

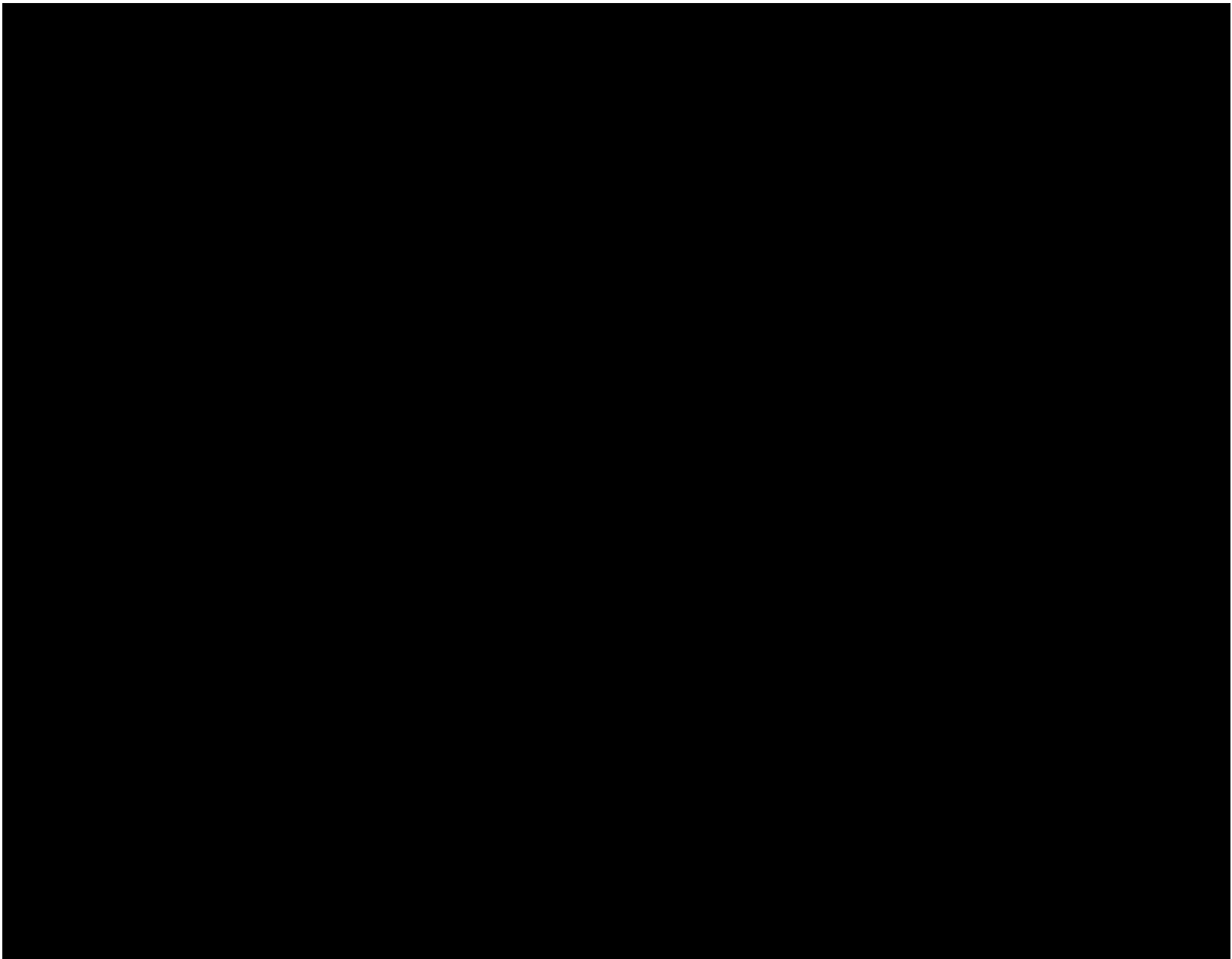
- En d'occlusion = Stomie d'amont ou prothèse colique si patient fragile



- Ensemble des autres soins oncologiques de support

# Surveillance post traitement

- Coloscopie de surveillance
- Consultation avec examen clinique régulier (3 à 6 mois) + imagerie
- Risque de récurrence important dans les 5 premières années d'où une surveillance active.







L'université de Bourgogne  
est membre de

UBFC

UNIVERSITÉ  
BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ



# Cancer colo rectal

Dr Pierre VERDIER-DAVIOUD

CHU DIJON

Novembre 2022