

Cancer

- 65 269 nouveaux diagnostics de cancer (à l'exclusion des cancers de la peau non-mélanomes) ont été enregistrés en Belgique.
- 1 H/3 et 1 F/4 sont confrontés à la maladie avant leur 75 ans.
- 65% des femmes et 76% des hommes ont 60 ans ou plus au moment du diagnostic.

Cancer colorectal

- En 2011, 8.509 nouveaux cas de CCR enregistrés en Belgique.
- un peu plus fréquente chez l'homme
- 2ème cancer chez la femme (après le sein) et 3ème chez l'homme (après prostate et poumon)
- exceptionnel avant 40 ans, sa fréquence augmente nettement avec la cinquantaine.
- Plus de la moitié des cancers du gros intestin se situent dans sa partie terminale (sigmoïde et surtout rectum).

Symptômes

- pas spécifiques
- sigmoïde et rectum
- pertes de sang par l'anus, traces de sang dans les selles ou sur le papier toilette
- changement inexplicable et persistant du rythme des selles (constipation, diarrhée ou alternance des deux), faux besoins ou diminution du calibre des selles
- côlon ascendant
- amaigrissement inexplicable
- maux de ventre persistants
- fatigue (souvent liée à l'anémie)

Dépistage dans la population à risque moyen

Cette population correspond aux individus de plus de 50 ans (6 % des cas surviennent avant 50 ans). À partir de 50 ans l'incidence augmente rapidement avec l'âge.

►► Le dépistage du cancer colorectal par la recherche d'un saignement occulte a fait la preuve de son efficacité à condition que la participation soit élevée (plus de 45 %).

La mise sur le marché de tests immunologiques de dépistage du cancer colorectal, leur facilité accrue d'utilisation et leur sensibilité bien plus élevée que le test au gaïac pourraient contribuer à diminuer fortement la mortalité par cancer colorectal dans la population à risque moyen.

Risque élevé

Les sujets à risque élevé se répartissent en quatre groupes.

Parents du 1^{er} degré de sujets atteints d'un cancer colique : le risque est en moyenne de 2.¹³ Il dépend de l'âge de l'apparenté au moment du diagnostic et du nombre d'apparentés atteints, qui sont des éléments déterminants sur le niveau de risque. Il est multiplié par 4 si l'apparenté avait moins de 50 ans au moment du diagnostic ou s'il y a deux apparentés atteints ; il n'est multiplié que par 1,5 si l'apparenté avait plus de 65 ans au moment du diagnostic. Le dépistage endoscopique est recommandé chez les sujets ayant un apparenté atteint avant 65 ans ou au moins 2 apparentés atteints. Le risque de cancer colique se situe entre 10 et 25 %.

Antécédents familiaux d'adénome colique : l'estimation du risque commun de cancer colique chez les apparentés de patients ayant des adénomes se situe autour de 2.¹⁴ Il ne concerne que les gros adénomes (> 1 cm). Le risque de cancer colique augmente avec le nombre d'apparentés ayant des adénomes et quand l'âge du diagnostic chez le cas index décroît. Les apparentés au 1^{er} degré de patients ayant un gros adénome doivent bénéficier de la même prise en charge que les apparentés du 1^{er} degré de patients ayant un cancer colique.

Antécédents personnels d'adénome ou de cancer colique : le risque de cancer colorectal métachrone est multiplié par 1,5 à 2 et persiste toute la vie. Il est recommandé de faire une coloscopie postopératoire si la coloscopie préopératoire n'a pas été complète, puis à 3 ans et tous les 5 ans.

Chez les sujets ayant un ou plusieurs adénomes de moins de 1 cm de diamètre, le risque ne diffère pas significativement de celui de la population générale. En revanche, il est augmenté après l'exérèse d'un adénome à risque élevé de cancer colorectal. La surveillance endoscopique est importante. Le risque de cancer colorectal est ramené à celui de la population générale avec un suivi de 3 ans dès l'exérèse puis tous les 5 ans. Le risque de cancer colorectal est multiplié par 4 en l'absence de surveillance coloscopique.¹⁵

Maladies inflammatoires : l'association entre la rectocolite ulcéro-hémorragique et le cancer colique est diversement estimée selon les études parce que le risque est fonction de l'étendue de la rectocolite, de sa durée et de l'âge au moment du diagnostic.¹⁶ Après 7 à 10 ans d'évolution, le risque de cancer colique augmente de 0,5 à 1 % par an. Concernant la maladie de Crohn, le risque de cancer colique est aussi bien établi. Dans une

Risque très élevé

Ce risque ne concerne que les maladies héréditaires rares. On estime que 2 à 5 % des cancers colorectaux se développent dans ce cadre, essentiellement dans la polypose adénomateuse familiale et le syndrome de Lynch (*hereditary non polyposis colorectal cancer* ou HNPCC). Plusieurs gènes responsables d'agrégation familiale de cancers colorectaux ont été identifiés. Les altérations génétiques délétères des gènes *hMSH2*, *hMSH6* et *hMLH1* sont responsables du syndrome HNPCC, celles du gène *APC* (*adenomatous polyposis coli*, situé sur le chromosome 5p) sont responsables de la polypose adénomateuse familiale. Pour les mutations du gène *APC*, le risque de cancer est extrêmement élevé, conduisant à pratiquer une coloprotectomie totale au début de l'âge adulte. La pénétrance de l'anomalie génétique est moins forte dans le syndrome HNPCC, ne nécessitant qu'une surveillance rigoureuse. Ces éléments soulignent l'intérêt

PRINCIPAUX SYNDROMES DE PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE, CLASSÉS PAR ORDRE DE FRÉQUENCE

Maladie/syndrome	Gène(s) identifié(s)	Localisation(s) tumorale(s) (risque cumulé)	Modalité de prise en charge	Fréquence estimée des porteurs dans la population générale
Cancer du sein et de l'ovaire	<i>BRCA1</i> , <i>BRCA2</i>	Sein (49-57 % à 70 ans), ovaire (18-40 % à 70 ans), prostate (?), RR augmenté mais RA faible : pancréas, mélanome pour <i>BRCA2</i>	<ul style="list-style-type: none"> IRM, mammographie, échographie dès 30 ans ; option de mastectomie prophylactique Annexectomie prophylactique recommandée entre 35 et 50 ans selon le gène impliqué 	1/500
Syndrome de Lynch (HNPCC)	<i>MLH1</i> , <i>MSH2</i> , <i>MSH6</i> , <i>PMS2</i>	Côlon/rectum (40 % à 70 ans chez les H, 29 % à 70 ans chez les F), endomètre (28 % à 70 ans), estomac (1 % à 70 ans), ovaire (7 % à 70 ans), grêle (1 % à 70 ans), voies biliaires (1 % à 70 ans)	<ul style="list-style-type: none"> Coloscopie avec coloration vitale à l'indigo carmin tous les 2 ans dès l'âge de 20-25 ans Surveillance clinique et échographique de l'endomètre annuelle dès 30 ans ; option d'hystérectomie et d'annexectomie prophylactique entre 35 et 50 ans 	1/500
Polypose adénomateuse familiale	<i>APC</i>	Côlon (100 % à 40 ans), duodénum (4-10 % à 80 ans), tumeurs desmoïdes (20 %). RR augmenté mais RA faible : pancréas, thyroïde, tumeurs cérébrales, hépatoblastome	<ul style="list-style-type: none"> Rectosigmoïdoscopie puis coloscopie annuelle dès l'âge de 10-12 ans ; colectomie ou coloproctectomie en cas de polypose profuse et/ou de polypes avancés Fibroscope OGD 	1/8 000
Mélanome	<i>CDKN2A</i> , <i>CDK4</i>	Mélanome (60 %), pancréas (11-17 %)	<ul style="list-style-type: none"> Éducation et prévention exposition solaire et auto-examen ; examen dermatologique biannuel dès 10 ans et photo corps entier annuel Exérèse des lésions douteuses 	1/10 000
Cancers gastriques à cellules isolées invasifs	<i>CDH1</i>	Estomac (< 1 % à 20 ans, 4 % à 30 ans, 67 % à 70 ans chez les H et 83 % à 70 ans chez les F), sein (lobulaire infiltrant : 39 %)	<ul style="list-style-type: none"> Gastroskopie annuelle avec coloration vitale et biopsies multiples dès l'âge de 16 ans ; gastrectomie totale prophylactique discutée dès l'âge de 16 ans Mammographie et échographie annuelles dès 35 ans (IRM discutée) 	1/10 000 à 1/20 000

F : femme ; H : homme ; HNPCC : *hereditary nonpolyposis colorectal cancer* ; IRM : imagerie par résonance magnétique ; OGD : œso-gastroduodénale ; RA : risque absolu ; RR : risque relatif.

Pronostic

TABLEAU

Taux de survie à 5 ans selon les stades du cancer du côlon

Stade	Groupe selon la classification TNM*			Taux de survie à 5 ans (%)
	Stade T	Stade N	Stade M	
I	T1 ou T2	N0	M0	93,2 %
IIa	T3	N0	M0	84,7 %
IIb	T4	N0	M0	72,2 %
IIIa	T1 ou T2	N1	M0	83,4 %
IIIb	T3 ou T4	N1	M0	64,1 %
IIIc	T	N2	M0	44,3 %
IV	T	N	M1	8,1 %

D'après la 6^e édition de l'*American Joint Committee Cancer*, réf. 1.

Traitement

- Chirurgie
- Radiothérapie ou radio-chimiothérapie
- Traitement systémique (chimiothérapie,,,))