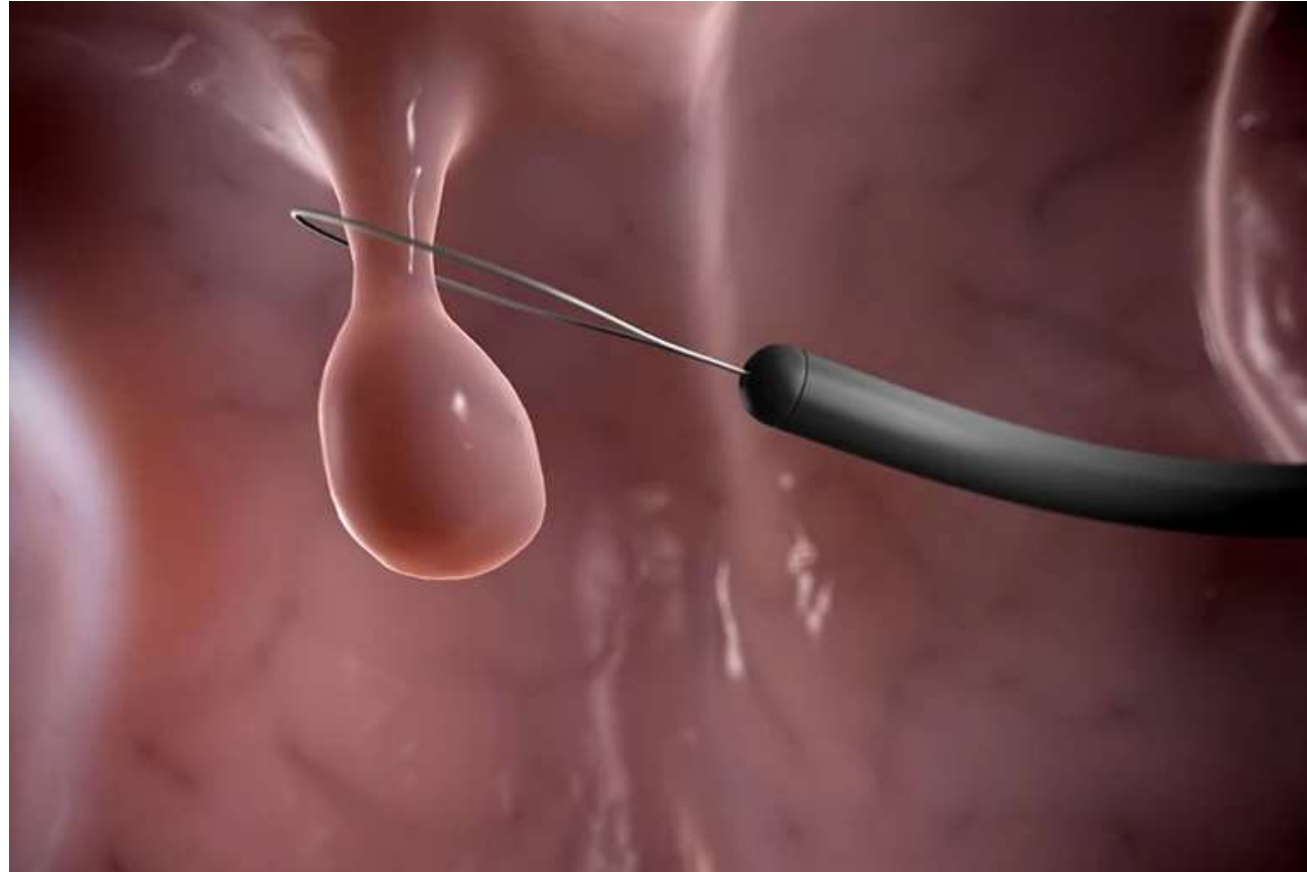


SURVEILLANCE APRES POLYPECTOMIES RECOMMANDATIONS



Intérêt du dépistage : repérer un polype avant qu'il n'évolue en cancer ou repérer un cancer à un stade très précoce pour augmenter les chances de guérison.

Détecté tôt, un cancer colorectal se guérit 9 fois sur 10

Taux de participation insuffisant : 34,6 % en France en 2020-2021.

L'augmentation de cette participation permettrait d'éviter chaque année 5 700 cancers colorectaux avec un taux de participation à 65 %.

Niveau de risque

- Personne à risque moyen

- Femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans sans facteur de risque.



- Personne à risque élevé

- Antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome.

- Antécédent familial de cancer colorectal (1 parent du 1er degré < 65 ans, ou au moins 2 parents du 1er degré quel que soit l'âge).

- Antécédent de maladie inflammatoire chronique (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn).



- Personne à risque très élevé

- Suspicion : cancer avant 50 ans, récurrence familiale

- Avéré : mutation identifiée (Polypose adénomateuse familiale, cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch).



Évaluation du **niveau de risque** de cancer colorectal (CCR)

Risque moyen

Risque très élevé

Risque élevé

(risque CCR vie entière 3-4 %)

(risque CCR vie entière 40-100 %)

(risque CCR vie entière 4-10 %)

Dépistage organisé

Dépistage individualisé et suivi adapté au niveau de risque

- **dépistage national organisé** : réalisation d'un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles en cas de résultat positif, réalisation d'une coloscopie

- **dépistage individualisé** coloscopie + cs oncogénétique pour les risques très élevés

En pratique, comment se procurer le kit ?

A commander en ligne sur le site monkit.depistage-colorectal.fr muni du numéro d'invitation qui figure sur la lettre d'invitation ;

A retirer auprès du médecin généraliste à l'occasion d'une consultation ou auprès du pharmacien



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

Antécédent familial de CCR au 1er degré :

Coloscopie à partir de 45 ans (ou 10 ans avant l'âge de diagnostic du cas index)

Tous les 5 ans.

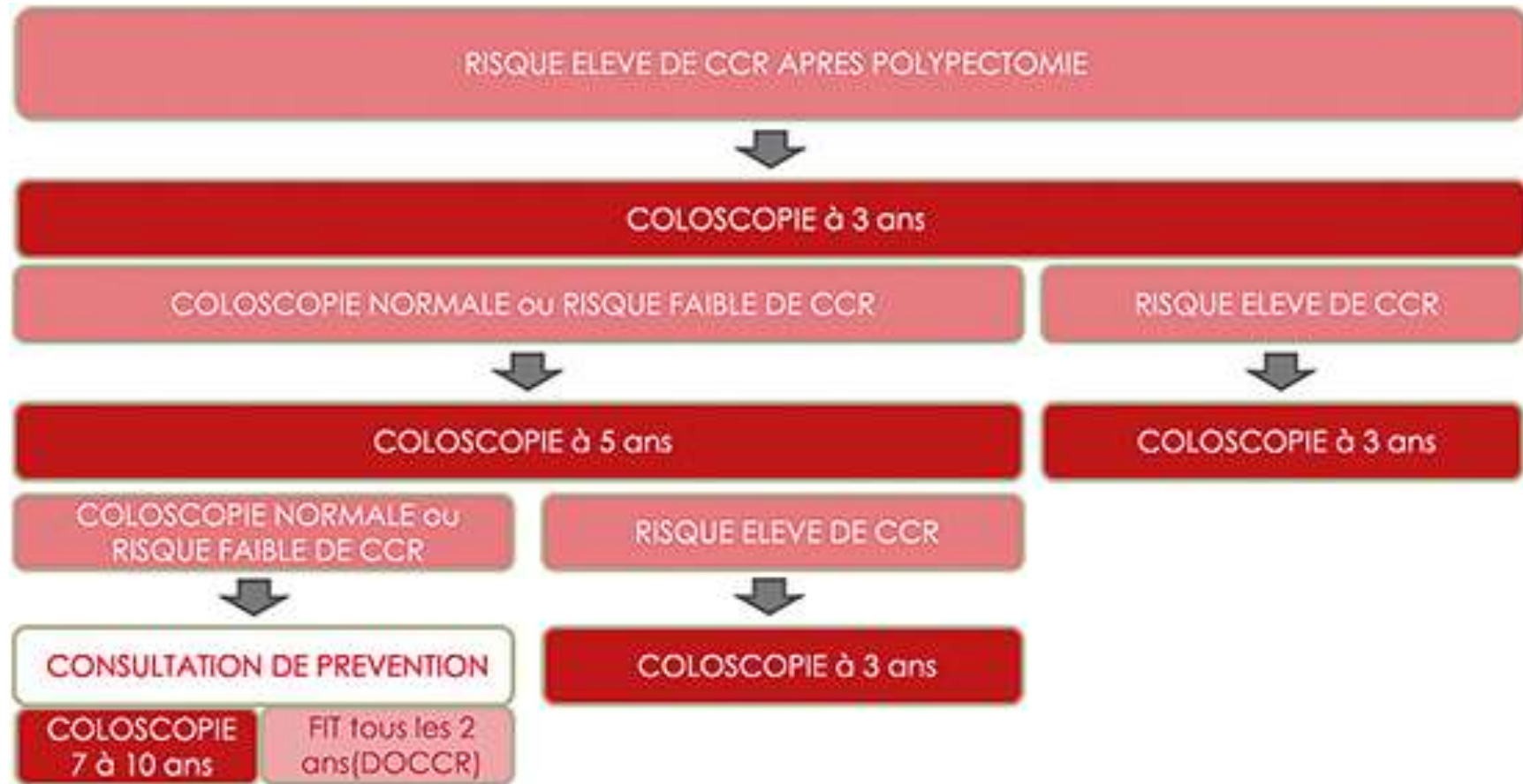
Suivi après polypectomies /niveau de risque

Les sujets ayant un **niveau de risque élevé** sont ceux qui ont subi l'exérèse :

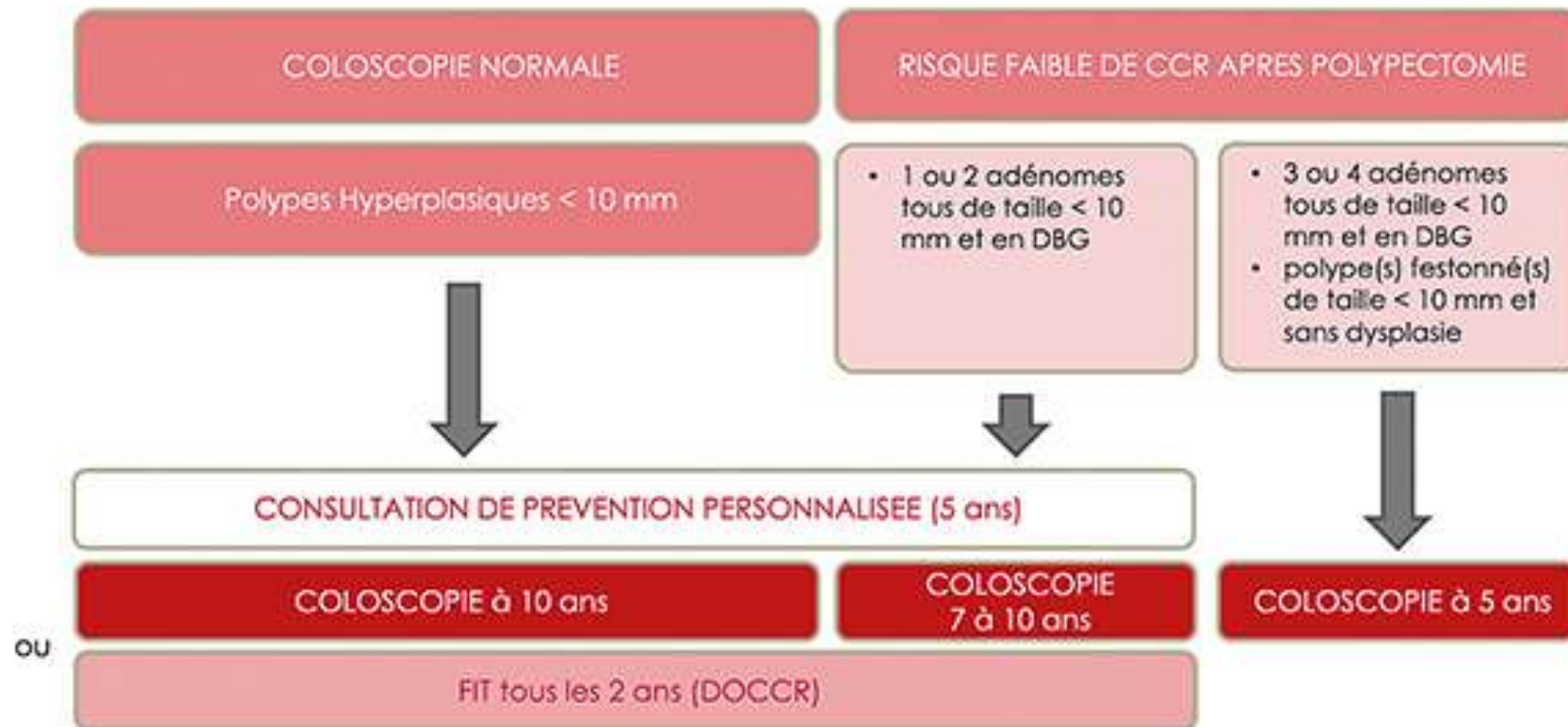
- de 5 adénomes ou plus ;
- d'au moins un adénome de taille supérieure ou égale à 10 mm ou en dysplasie de haut grade (y compris pTis) ;
- d'au moins un polype festonné de taille supérieure ou égale à 10 mm ou comportant des lésions de dysplasie (y compris polype hyperplasique).

Les sujets ayant un **niveau de risque faible** sont ceux qui ont subi l'exérèse :

- de moins de 5 adénomes, tous de taille < 10 mm et en dysplasie de bas grade ;
- d'un ou de plusieurs polype(s) festonné(s), tous de taille inférieure à 10 mm et ne comportant pas de dysplasie.



Intervalles de surveillance chez les sujets ayant un niveau de risque élevé de CCR après polypectomie



Intervalles de surveillance chez les sujets ayant un niveau de risque faible de CCR après polypectomie

Surveillance après chirurgie du cancer colorectal

Chez les patients ayant eu une exérèse chirurgicale à visée curative d'un cancer colorectal

- une coloscopie péri-opératoire de bonne qualité dans les 6 mois suivant la chirurgie en l'absence de coloscopie totale de bonne qualité avant la chirurgie colorectale ;
- une première coloscopie de contrôle 1 an après la chirurgie pour le cancer colorectal ; une deuxième coloscopie de contrôle 3 ans plus tard, et une troisième 5 ans après la deuxième ;
- si de nouveaux polypes sont détectés lors des coloscopies de contrôle, des intervalles de surveillance plus courts peuvent être envisagés (coloscopie de contrôle à 3 ans en cas de polype(s) ≥ 10 mm ou en dysplasie de haut grade, ou de 5 adénomes ou plus, ou de tout polype festonné ≥ 10 mm ou avec dysplasie).

En conclusion

Dépistage du CCR adapté au niveau de risque

Suivi après polypectomie adapté au niveau de risque