



# Coloscopie de dépistage du cancer colorectal familial

## Screening colonoscopy for familial colorectal cancer

Martin Sokpon<sup>1</sup>, Kaoutar Znati<sup>2</sup>, Mouna Salioun<sup>1</sup>, Laïla Amrani<sup>1</sup>, Nawal Kabbaj<sup>1</sup>

1. Service des Explorations Fonctionnelles Digestives en Hépato-Gastroentérologie (EFD-HGE),

2. Service d'anatomo-pathologique, CHU Ibn Sina, Université Mohamed V, Rabat (Maroc)

msokpon@yahoo.fr

### Résumé

**Introduction :** Le cancer colorectal (CCR) est l'un des cancers les plus fréquents, avec 30 000 nouveaux cas par an en France. Son pronostic reste mauvais, les taux de survie à 5 ans en Europe étant de 46 % pour le cancer du côlon et 43 % pour le cancer du rectum. Au Maroc, il représente la 3<sup>e</sup> cause de mortalité par cancer après le cancer du poumon et du sein avec une incidence de 3,8 et 2,6 pour 100 000 respectivement chez les hommes et les femmes, selon le registre de Rabat (2006-2008). Le CCR pose un véritable problème de santé publique. Le but de notre travail est d'étudier les différents aspects endoscopiques et histologiques retrouvés à la coloscopie de dépistage chez les apparentés au 1<sup>er</sup> degré de cancer colorectal.

**Matériel et méthodes :** Tous les patients ayant un antécédent familial de cancer colorectal ont été inclus de mars 2009 à 2014 et ont bénéficié d'une coloscopie totale. Les données démographiques, cliniques et endoscopiques ont été collectées à partir des registres de coloscopie.

**Résultats :** 63 patients ont été inclus dont 39 femmes et 24 hommes avec une prédominance féminine : 62 %. L'âge moyen était de 48 ans  $\pm$  12. La coloscopie était normale chez 27 patients (43 %), et a révélé des lésions dans 36 cas (57 %) : des polypes coliques dans 41,2 % des cas, une diverticulose colique dans 7,9 %, un processus ulcéro-bourgeonnant du rectum dans 3,1 %, 1 cas de polypose colique, 1 cas de polypose rectosigmoïdienne et 1 cas de polype rectal. L'étude anatomopathologique des polypes recto-coliques a conclu à un polype hyperplasique dans 58,3 %, un adénome en dysplasie de bas grade dans 13,8 %, un adénome en dysplasie de haut grade dans 8,3 %. L'étude anatomopathologique des processus ulcéro-bourgeonnants a retrouvé un adénocarcinome peu différencié dans 5,5 %.

**Conclusion :** Le cancer colorectal reste un cancer de mauvais pronostic. Dans notre série, la coloscopie de dépistage a objectivé des lésions dans 57 % des cas, notamment des polypes coliques et un adénocarcinome dans 5,5 %. La coloscopie reste l'examen de 1<sup>ère</sup> intention dans la prévention, la surveillance et le dépistage précoce du cancer colorectal chez les apparentés au 1<sup>er</sup> degré.

### Mots-clés

Coloscopie ; Dépistage ; Cancer colorectal familial

### Abstract

**Introduction:** Colorectal cancer is one of the most common cancers, with 30,000 new cases per year in France. Its prognosis remains poor with a 5-year survival in Europe of 46% for colon cancer and 43% for rectal cancer. In Morocco it is the third leading cause of cancer death after lung cancer and breast cancer with an incidence of 3.8 and 2.6 per 100,000 respectively for men and women, according to the register from Rabat (2006-2008). CCR is a real public health problem. The aim of our work is to study the different endoscopic and histological aspects found in screening colonoscopy for colorectal cancer in first-degree relatives.

**Materials and methods:** All patients with a family history of colorectal cancer were enrolled from March 2009 to 2014 and were submitted to a total colonoscopy. Demographic, clinical and endoscopic data were collected from colonoscopy registers.



Results: 63 patients were enrolled, including 39 women and 24 men with a female predominance (62%). The mean age was  $48 \pm 12$  years. The colonoscopy was normal in 27 patients (43%), and revealed lesions in 36 cases (57%): colonic polyps in 41.2% of cases, diverticular disease in 7.9%, rectal ulcerative budding process in 3.1%, 1 case of colonic polyposis, 1 case of rectosigmoid polyposis and 1 case of rectal polyp. Histological study of rectocolic polyps confirmed hyperplastic polyps in 58.3%, adenoma with low-grade dysplasia in 13.8%, adenoma with high-grade dysplasia in 8.3%. The histological study of ulcerative budding processes found poorly differentiated adenocarcinoma in 5.5%.

Conclusion: Colorectal cancer remains a cancer of poor prognosis. In our series, screening colonoscopy revealed lesions in 57%, including colonic polyps and adenocarcinoma in 5.5%. Colonoscopy remains the first gold tool in the prevention and early detection of colorectal cancer in 1<sup>st</sup> degree relatives.

## Keywords

Colonoscopy; Screening; Family colorectal cancer

## Introduction

Le cancer colorectal (CCR) est l'un des cancers les plus fréquents, avec 30 000 nouveaux cas par an en France [1]. Son pronostic reste mauvais, les taux de survie à 5 ans en Europe étant de 46 % pour le cancer du côlon et 43 % pour le cancer du rectum [2]. Au Maroc, il représente la 3<sup>e</sup> cause de mortalité par cancer après le cancer du poumon et du sein avec une incidence de 3,8 et 2,6 pour 100 000 respectivement chez les hommes et les femmes, selon le registre de rabat (2006-2008). La majorité des cancers se développe à partir d'un adénome, une tumeur bénigne facile à diagnostiquer et à traiter en coloscopie. L'exérèse endoscopique des adénomes réduit l'incidence du cancer de 76 à 90 % [3]. Le délai de transformation d'un adénome en cancer est relativement long (une dizaine d'années en moyenne) permettant un dépistage efficace [4]. Le dépistage de masse est basé sur la recherche de sang occulte dans les selles suivie d'une coloscopie en cas de positivité chez les personnes âgées de 45 à 75 ans, et ce, tous les 2 ans. Dans les groupes à risque élevé, comme les personnes ayant un antécédent familial au 1<sup>er</sup> degré de cancer colorectal, le dépistage repose sur la coloscopie première.

Le but de ce travail est d'étudier les différents aspects endoscopiques et histologiques au cours de la coloscopie de dépistage des apparentés au 1<sup>er</sup> degré de cancer colorectal.

## Matériels et méthodes

Tous les patients ayant un antécédent familial de cancer colorectal ont été inclus de mars 2009 à mars 2014. Les données démographiques, cliniques et endoscopiques ont été collectées à partir des registres de coloscopie du service.

Ont été exclus les patients ayant un risque particulier : maladie inflammatoire chronique de l'intestin, antécédent personnel de CCR, antécédent familial de polypose adénomateuse familiale (PAF) et ceux ayant un syndrome de Lynch.

La coloscopie était totale chez tous les patients.

## Résultats

63 patients ayant un antécédent familial de CCR au premier degré ont été inclus. L'âge moyen était de 48 ans  $\pm$  12 ans. Il s'agissait de 39 femmes et 24 hommes, donc une prédominance féminine (62 %, sex-ratio:1,6).

Globalement, la coloscopie totale retrouvait des lésions chez 36 patients (57 %), et elle était normale chez 27 patients (47 %). Les principales lésions retrouvées étaient dominées par les polypes coliques dans 41,2 % (Fig. 1), suivis des diverticuloses coliques 7,9 %, un processus ulcéro-bourgeonnant du rectum dans 3,1 % (Fig. 2), 1 cas de polypose colique, 1 cas de polypose rectosigmoïdienne et 1 cas de polype rectal.

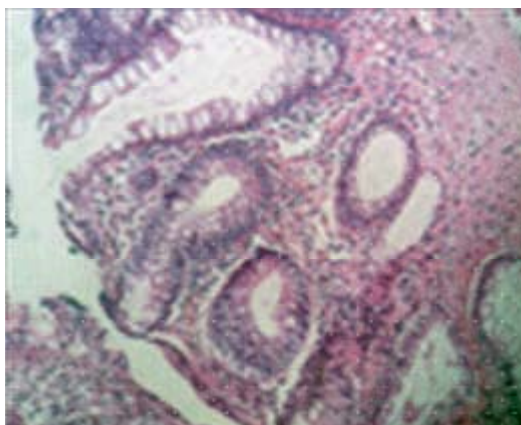
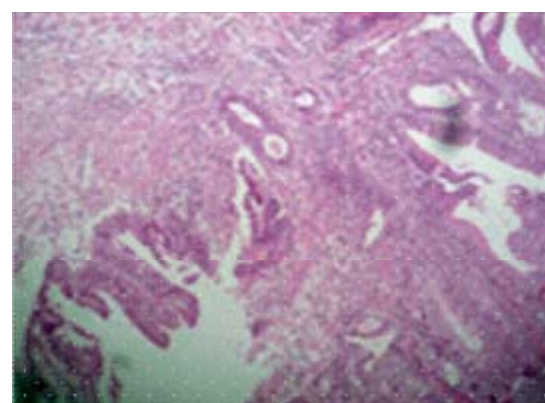
**Tableau 1. Topographie des lésions**

Type de lésions	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Polype colique	26	41,2
Diverticulose colique	5	7,9
Processus rectal	2	3,1
Polypose colique	1	-
Polypose rectosigmoïdienne	1	-
Polype rectal	1	-

**Tableau 2. Histologie des lésions**

Type de lésions	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Polype hyperplasique	21	58,3
Adénome en DBG	5	13,08
Adénome en DHG	3	8,3
ADK rectal	2	5,5


**Figure 1**  
 Polype colique

**Figure 2**  
 Processus ulcéro-bourgeonnant

**Figure 3**  
 Adénome en DBG

**Figure 4**  
 Adénocarcinome colique



L'étude anatomo-pathologique des différentes lésions objectivait en majorité des polypes hyperplasiques dans 58,3 % des cas, un adénome en dysplasie de bas grade (DBG) dans 13,8 % (Fig. 3) et un adénome en dysplasie de haut grade (DHG) dans 8,3 %. L'étude histologique des processus rectaux était en faveur d'un adénocarcinome peu différencié dans 5,5 % des cas (Fig. 4).

## Discussion

La coloscopie est l'examen indispensable pour le diagnostic et le traitement des polypes coliques. En 1993, le National Polyp Study montrait que la polypectomie au décours d'une coloscopie permettrait la réduction de l'incidence du CCR de 76 à 90 % [3]. Dans un modèle mathématique d'espérance de vie, la quantité d'années de vie gagnées par coloscopie de dépistage est deux fois plus élevée que la rectosigmoïdoscopie (RSS) et trois fois plus élevée que la recherche de sang dans les selles [5]. La coloscopie est l'examen de référence pour le dépistage du CCR chez les patients ayant un antécédent familial (les apparentés au premier degré atteints de CCR avant 65 ans ou deux parents au premier degré). Les sujets ayant un ou plusieurs parents au premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant) atteint d'un cancer colorectal ont un risque d'être atteints de ce cancer beaucoup plus élevé que la population générale [6]. L'âge moyen de notre série était de  $48 \pm 12$  ans avec une prédominance féminine (62 %). Une étude multicentrique prospective menée dans le département de l'Isère en 2002 par Catherine Exbrayat *et al.*, rapportait des résultats similaires [7]. La coloscopie était normale dans 43 % de notre série, et des lésions étaient retrouvées dans 57 %. En revanche, l'équipe de C. Exbrayat retrouvait une coloscopie normale dans 68,1 % et des lésions dans 31,9 % [7]. Cette différence peut s'expliquer par la taille de l'échantillon et la méthodologie utilisée. Les lésions endoscopiques retrouvées dans notre série étaient en majorité des polypes dans 41,2 % et un processus ulcéro-bourgeonnant dans 3,1 %. L'étude de C. Exbrayat rapportait des résultats similaires [7]. L'étude histologique des lésions retrouvait dans notre étude, en majorité des polypes hyperplasiques (58,3 %), des adénomes en dysplasie de bas grade (13,8 %), un adénome de haut grade (8,3 %) et un adénocarcinome dans 5,5 %. Une vingtaine d'études menées de 1990 à 2005 rapportaient des résultats similaires [8,9].

Le calcul de risque et le suivi des patients n'ont pas été abordés dans notre étude.

## Conclusion

Le cancer colorectal reste un cancer de mauvais pronostic. Dans notre série, la coloscopie de dépistage a objectivé des lésions dans 57 % des cas, notamment des polypes coliques et un adénocarcinome dans 5,5 %. La coloscopie reste l'examen de première intention dans la prévention, la surveillance et le dépistage précoce du cancer colorectal chez les apparentés au premier degré.

## Références

1. Ménégoz F, Black RJ, Arveux P, Magne V, Ferlay J, Buémi A, et al. Cancer incidence and mortality in France in 1975-1995. *Eur J cancer Prev* 1997;6:442-66.
2. Berrino F, Capocaccia R, Estève J, Gatta G, Hakulinen T, Micheli A, et al. Survival of Cancer patients in Europe: the Eurocare-2 Study. IARL Scientific Publication n° 151, Lyon, France, 1999.
3. Winawer SJ, Zauber AG, HoMN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *N Engl J Med* 1993;329:1977-83.
4. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godler F, Stolar MH, Mulrow CD et al. Colorectal cancer screening-clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology* 1997;112:594-642.
5. Inadomi JM, Sonnenberg A. The impact of colorectal cancer screening on life expectancy. *Gastrointest Endosc* 2000;51:517-23.
6. Boutron MC, Faivre J, Quipourt V, Senesse P, Michiels C. Family history of colorectal tumours and implication for the adenoma-carcinoma: a case control study. *Gut* 1995;37:830-4.
7. Exbrayat C, Garnier A, Billette de Villemeur A, Colonna M, Winckel P, Fournet J, Bureau P, Du Colombier J, Bolla M, Jestin C. Résultat des coloscopies selon leurs indications et conséquences pour le dépistage des polypes et des cancers colorectaux. Enquête prospective dans le département de l'Isère. *Gastroenterol Clin Bio* 2002;26:225-30.
8. Johnson DA, Guney MS, Volpe RJ, James DM, Von Ness MM, Chobonon SJ et al. A prospective study of the prevalence of colonic neoplasm in asymptomatic patients with an age related risk. *Am J Gastroenterol* 1990;85:960-74.
9. Schoenfeld P, Cash B, Flood A. Colonoscopic screening of average-risk women for colorectal neoplasia. *N Engl J Med* 2005;352:2061-8.

**Liens d'intérêt : aucun**