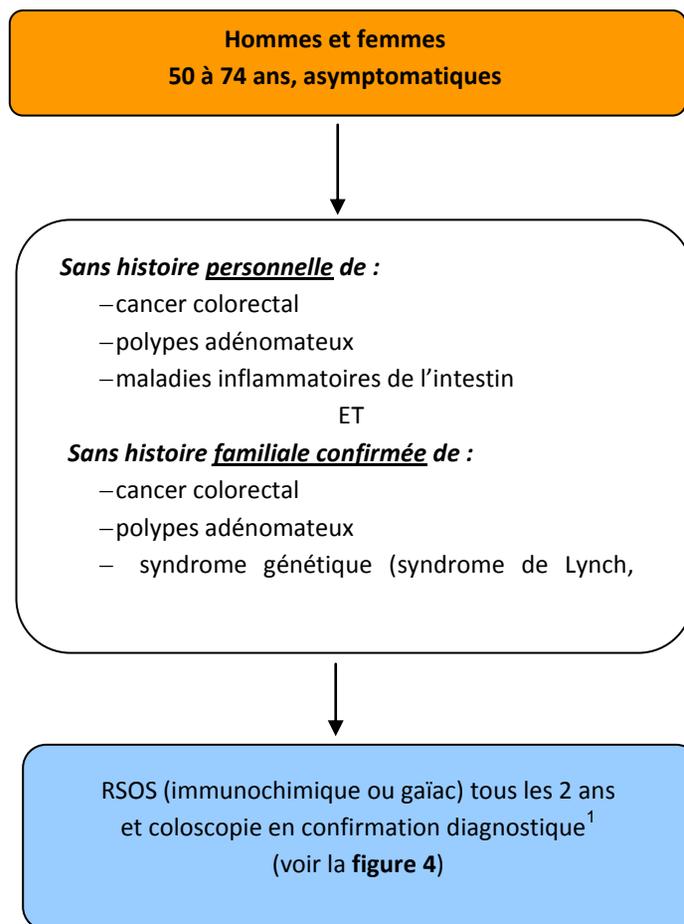
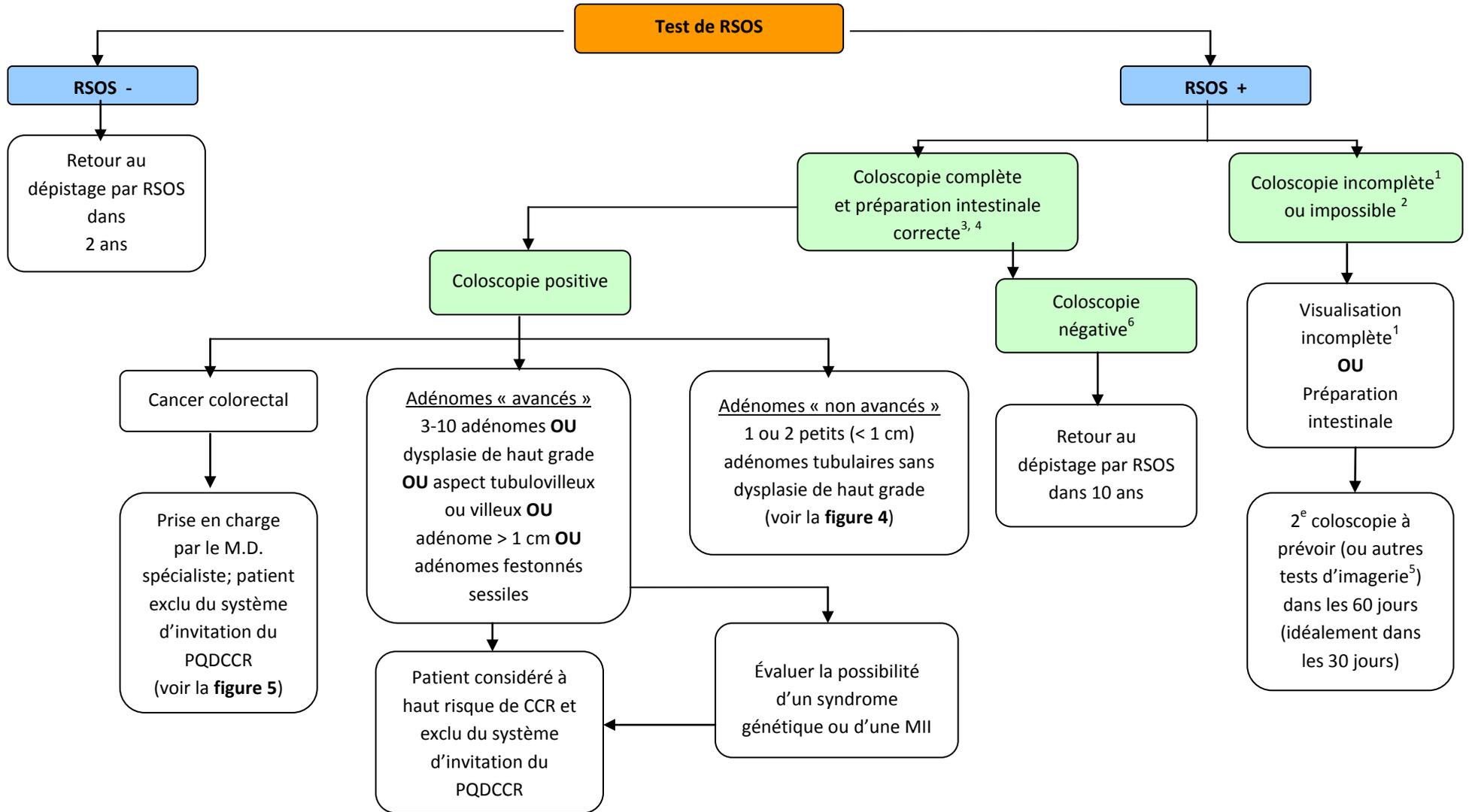


Figure 1. Algorithme de prise en charge des personnes à risque moyen de cancer colorectal



¹Si la coloscopie est impossible, envisager plutôt le lavement baryté en double contraste, la sigmoïdoscopie ou la coloscopie virtuelle. Si les résultats de la coloscopie sont négatifs et que celle-ci a été faite selon les normes de qualité, la personne retourne au dépistage par RSOS dans 10 ans.

Figure 2. Schéma récapitulatif du suivi clinique recommandé à la suite d'un test de RSOS (personnes à risque moyen de CCR)



RSOS : Recherche de sang occulte dans les selles; **CCR** : Cancer colorectal; **MI** : Maladie inflammatoire de l'intestin; **PQDCCR** : Programme québécois de dépistage du cancer colorectal; **M.D.** : Médecin

¹ Non-atteinte du cæcum.

² Condition clinique du patient ne lui permettant pas de subir une coloscopie.

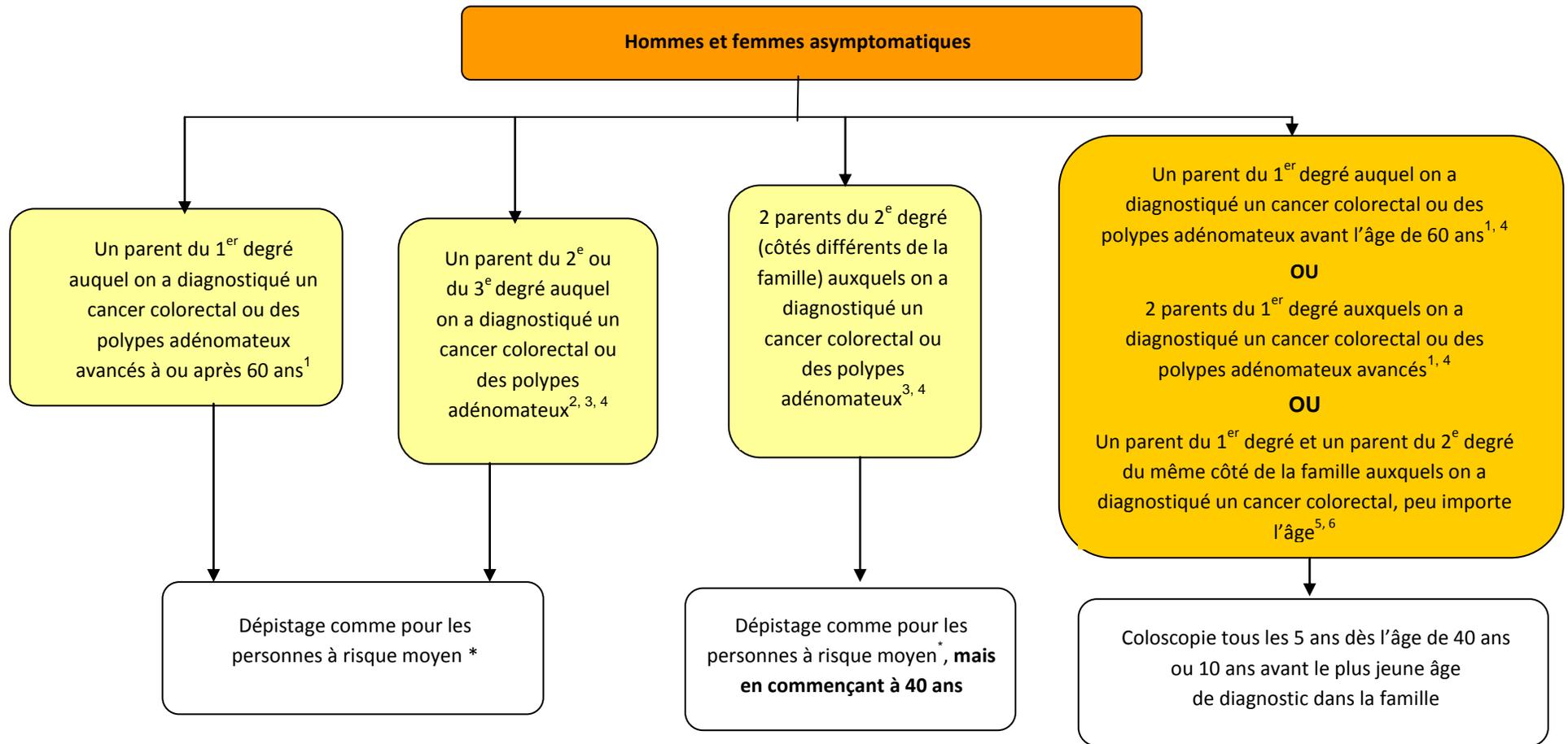
³ Voir la fiche 1.5 sur la qualité de la préparation intestinale pour les définitions des catégories, Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie, septembre 2011.

⁴ La coloscopie a permis d'exclure les pathologies importantes ou évidentes.

⁵ Par exemple, la coloscopie virtuelle ou le lavement baryté en double contraste.

⁶ Selon la définition adoptée dans le cadre du PQDCCR (fiche 1.14), Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie, septembre 2011.

Figure 3. Algorithme de prise en charge des personnes à risque légèrement ou modérément accru de CCR

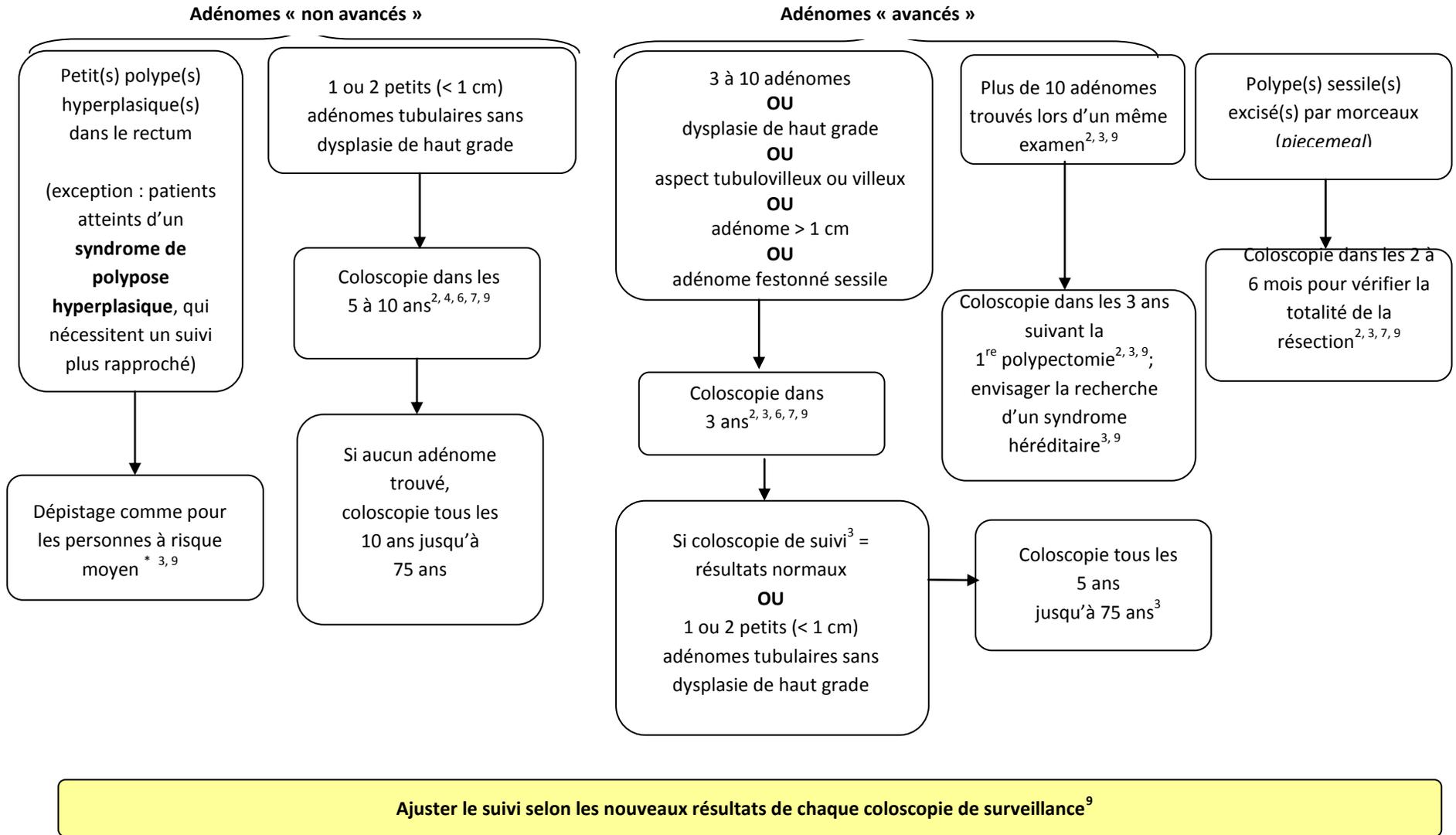


* Étant donné que le niveau de risque est similaire à celui des personnes à risque moyen, la modalité de dépistage retenue est la RSOS (immunochimique ou gaïac) tous les 2 ans.

En jaune : Risque légèrement accru (deux fois plus grand). Toutefois, environ 90 % des gens de ce groupe ne développeront jamais de CCR^{3, 5}.

En orange : Risque modérément accru (trois à six fois plus grand). Toutefois, 70 à 90 % des gens de ce groupe ne développeront jamais de CCR^{3, 5}.

Figure 4. Algorithme de surveillance pour les personnes avec antécédents personnels de polypes



* Étant donné que le niveau de risque est similaire à celui des personnes à risque moyen, la modalité de dépistage retenue est la RSOS (immunochimique ou gaïac) tous les 2 ans.

Figure 5. Algorithme de surveillance pour les personnes avec antécédents personnels de CCR

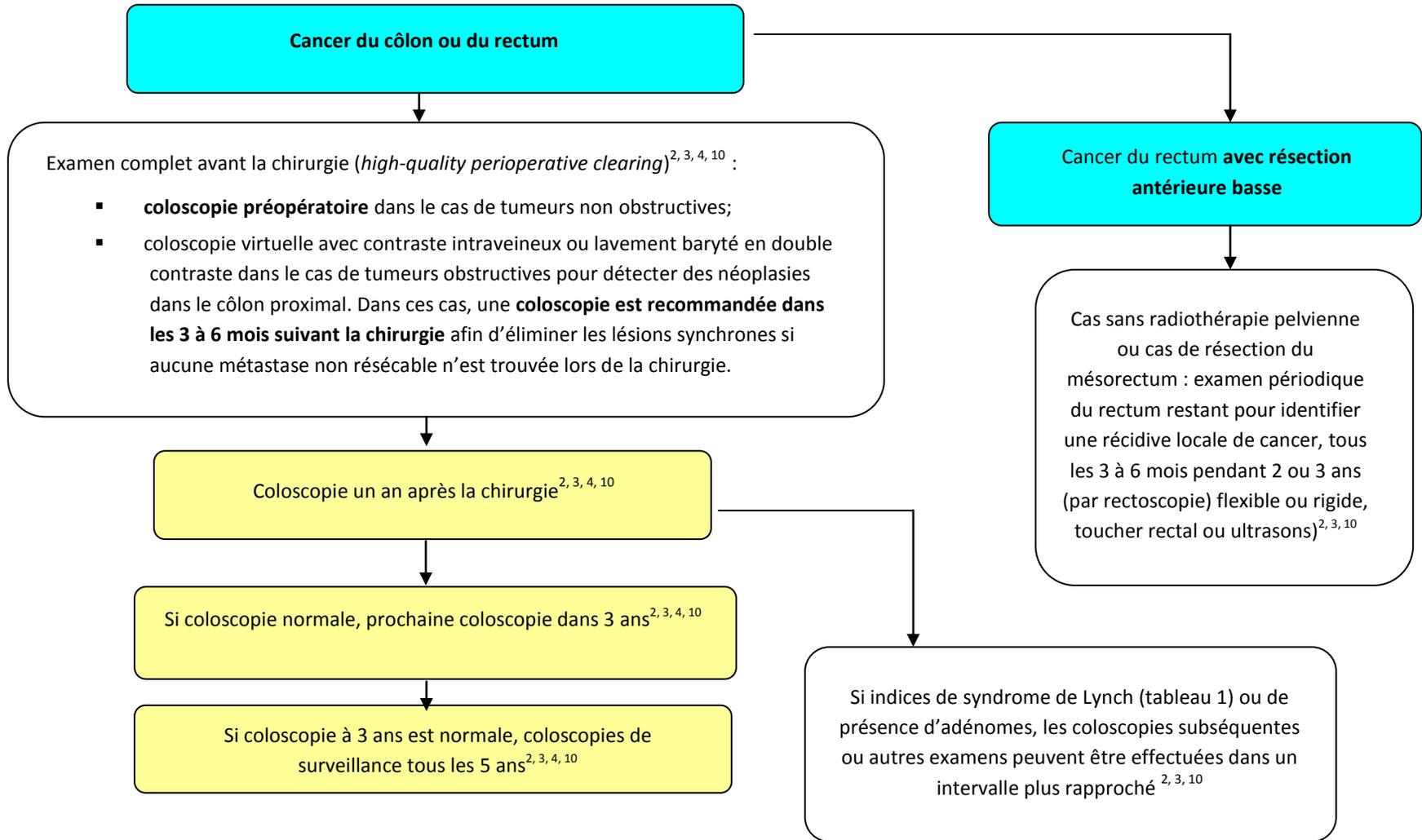


Tableau 1 Critères diagnostiques cliniques du syndrome de Lynch: critères d'Amsterdam II et critères de Bethesda

Amsterdam II

Au moins 3 parents avec un diagnostic de cancer relié au syndrome de Lynch (CCR et cancer de l'endomètre, petit intestin, uretère ou pelvis rénal) en plus de tous les critères suivants :

Un des parents atteints a un lien de premier degré avec les deux autres.

Deux générations successives ou plus atteintes.

Au moins un des parents atteints a reçu un diagnostic de CCR avant l'âge de 50 ans.

Un syndrome FAP a été exclu pour tous les cas de CCR.

Les tumeurs ont été vérifiées par examen anatomopathologique.

Bethesda (Pour l'identification des patients avec un CCR qui devraient faire l'objet d'un test d'instabilité des microsatellites)

B1 – L'individu avec un cancer répond aux critères Amsterdam II

B2 – L'individu a 2 tumeurs reliées au syndrome de Lynch, incluant un CCR synchrone et métachrone ou un cancer autre également relié (endomètre, ovaire, estomac, hépatobiliaire, ou un cancer du petit intestin ou carcinome à cellules transitionnelles du pelvis rénal ou urothéliales)

B3 – L'individu avec un CCR a un parent du premier degré avec un adénome colorectal détecté avant 40 ans, un CCR ou un autre cancer relié au syndrome de Lynch diagnostiqué avant 45 ans

B4 – L'individu a un CCR ou un cancer de l'endomètre qui a été diagnostiqué avant l'âge de 45 ans

B5 – L'individu a un CCR du colon droit d'aspect indifférencié (solide ou cribriforme) diagnostiqué avant l'âge de 45 ans

B6 – L'individu a un CCR diagnostiqué avant l'âge de 45 ans dont la proportion de cellules en forme de bague excède 50 %

B7 – L'individu a un adénome diagnostiqué avant l'âge de 40 ans

Source : Adapté de Winawer, S, Fletcher, R, Rex, D *et al.* (2003) [3].

LISTE DES RÉFÉRENCES

1. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA and Inadomi JM. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 [corrected]. *Am J Gastroenterol*, 2009. 104(3): p. 739-50;
2. Davila RE, Rajan E, Baron TH *et al.* ASGE guideline: Colorectal cancer screening and surveillance. *Gastrointest Endosc*, 2006. 63(4): p.546-557;
3. Winawer S, Fletcher R, Rex DK *et al.* Colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rationale - Update based on new evidence. *Gastroenterology*, 2003.124(2): p. 544-560
Levin B, Lieberman DA, McFarland B *et al.* Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps. *Gastroenterology*, 2008.134: p. 1570-1595;
4. Leddin D, Hunt R, Champion M *et al.* Canadian Association of Gastroenterology and the Canadian Digestive Health Foudation : Guidelines on colon cancer screening. *Can J Gastroenterol* 2004(2): p. 93-99;
5. Australian Cancer Network Colorectal Cancer Guidelines Revision Committee. Guidelines for the prevention, early detection and management of colorectal cancer. The Cancer Council Australia and the Australian Cancer Network, Sydney. 2005:p1-368;
6. New Zealand Guidelines Group. Surveillance and management of groups at increased risk of colorectal cancer, Wellington, New Zealand. 2004: p.1-84;
7. Levin B, Barthel JS, Burt RW R *et al.* Colorectal cancer screnning Clinical Practice Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw* 2006(4): p.384-420;
8. Dunlop MG. Guidance on large bowel surveillance for people with two first degree relatives with colorectal cancer on first degree relative diagnosed with colorectal cancer under 45 years. *GUT* 2002; 51(17): Suppl 5: p.17-20.;
9. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH *et al.* Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: A consensus update by the US Multi-Society Task Force on colorectalCancer. *Gastroenterology* 2006. 130(6): p.1872-85.
10. Rex DK, Kahi CJ, Levin B *et al.* Guidelines for colonoscopy surveillance after cancerresection : A consensus update by the American Cancer Society and the US Multi-Society Task Force on colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2006. 130(6): p. 1865-71.

REMERCIEMENTS

ENCADREMENT ET ORIENTATION

Dr Antoine Loutfi, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux
Mme Brigitte Laflamme, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Dre Marie Rochette, Direction de la prévention des maladies chroniques et des traumatismes, ministère de la Santé et des Services sociaux

COORDONNATRICE DU PROJET

Mme Marlène Champagne, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

RÉDACTION

Dr Alan Barkun, gastroentérologue, Hôpital général de Montréal (CUSM)

Mme Marlène Champagne, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

COLLABORATION À LA RÉDACTION

M. Éric Potvin, Direction québécoise du cancer, ministère de la Santé et des Services sociaux

Élaboration et révision

Groupe de travail sur les normes de pratique clinique

Dr Alan Barkun, président, gastroentérologue, Hôpital général de Montréal (CUSM)

Dr Marc Bradette, gastroentérologue, Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ)

Dre Carole Richard, chirurgienne, Hôpital Saint-Luc (CHUM)

Dr Martin Rouillard, chirurgien, Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Dre Françoise Naud, pathologiste, Hôtel-Dieu de Québec (CHUQ)

Dr Jean-Pierre Émond, biochimiste clinique, Hôpital Notre-Dame (CHUM)

Dr Pierre Chevrier, médecin biochimiste, Hôtel-Dieu de Sherbrooke (CHUS)