

DÉPISTAGE DES CANCERS : RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

Les dépistages organisés

> CANCER COLORECTAL *De 50 à 74 ans, tous les 2 ans*

- **Patient(e) à risque moyen*** : proposer le test de recherche de sang occulte dans les selles **tous les 2 ans aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans**. Le test est disponible auprès des médecins (généralistes, gynécologues, gastro-entérologues), auprès des pharmaciens ou à la commande sur : monkit.depistage-colorectal.fr.
- **Patient(e) à risque élevé*** : orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.
- **Patient(e) à risque très élevé (suspecté ou avéré)*** : consultation d'oncogénétique et suivi adapté.

> CANCER DU COL DE L'UTÉRUS *De 25 à 65 ans, tous les 3 ou 5 ans*

Effectuer ou préconiser un dépistage **chez les femmes entre 25 et 65 ans**. Le dépistage ne dépend pas du risque de la patiente mais de son âge.

- **Avant 30 ans** : frottis cervico-utérin à visée cytologique **tous les 3 ans** (après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle) ;
- **Après 30 ans** : test HPV tous les 5 ans. Bien qu'il existe des vaccins, **le dépistage régulier reste indispensable** : les femmes doivent continuer à faire régulièrement des frottis.

> CANCER DU SEIN *De 50 à 74 ans, tous les 2 ans*

- **Patiente à risque moyen*** : recommander un dépistage par mammographie **tous les 2 ans aux femmes âgées de 50 à 74 ans** dans le cadre du dépistage organisé. Si la patiente n'a pas reçu son invitation, lui proposer de contacter le Dépistage des Cancers AuRA de son département.
- **Patiente à risque élevé*** : examens et suivi adaptés selon les antécédents.
- **Patiente à risque très élevé (suspecté ou avéré)*** : consultation d'oncogénétique et suivi adapté.

* Explications au verso

Les autres dépistages

> MÉLANOME

- **En présence d'un(e) patient(e) à risque*** :

- l'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau ;
- lui recommander de pratiquer l'autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ;
- en cas de lésion suspecte, adresser le/la patient(e) sans délai à un dermatologue.

> CANCER DU POUMON

Actuellement pas de dépistage organisé. Les **expérimentations** menées ces dernières années ont toutes confirmé que le scanner faible dose permet de réduire la mortalité par cancer du poumon chez les sujets à risque. Comme le prévoit la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, des **évaluations** sur la **faisabilité** d'un dépistage organisé du cancer du poumon sont actuellement menées.

LE CAS DU DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

En France et à l'étranger, **aucune autorité sanitaire ne recommande le dépistage systématique par dosage du PSA chez les hommes**. La HAS précise qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA, y compris dans des populations considérées comme plus à risque. Toutes les recommandations rappellent que les hommes qui envisagent de passer un dépistage du cancer de la prostate doivent **être clairement informés de ses avantages et de ses inconvénients**.

Un document d'information sur les recommandations actuelles et sur les bénéfices et risques du dépistage du cancer de la prostate est à votre disposition sur e-cancer.fr. Si un patient asymptomatique vous sollicite, vous pouvez lui remettre la brochure « Dépistage du cancer de la prostate : s'informer avant de décider », disponible sur e-cancer.fr.

CANCER COLORECTAL

43 300 nouveaux cas et 17 100 décès par an¹.

Rare avant 50 ans (< 5 % des cas).

Détecté au stade I et II, le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90 %.

CANCER DU SEIN

59 000 nouveaux cas et 12 100 décès par an¹.

L'incidence augmente rapidement après 35 ans.

Lorsque le cancer est détecté à un stade précoce (0, I), les chances de survie à 5 ans sont supérieures à 95 %.

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

3 000 nouveaux cas et près de 1 100 décès par an¹. Environ 35 000 lésions de haut grade opérées chaque année.

Pic d'incidence à 40 ans pour les cancers invasifs. Un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence des cancers invasifs de 90 %.

CANCER DE LA PEAU (MÉLANOME)

15 500 nouveaux cas de mélanome et 2 000 décès par an¹. L'incidence a triplé ces 20 dernières années. Le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90 % lorsque l'épaisseur de la tumeur est < 1 mm (indice de Breslow).

Conduites à tenir en fonction du risque

• Personne à risque moyen

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

→ **Test de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé.**

• Personne à risque élevé

– Antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome.

– Antécédent familial au premier degré de cancer colorectal ou d'adénome avancé

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

→ **Orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.**

• 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).

→ **Consultation d'oncogénétique et suivi endoscopique adapté.**

• Personne à risque moyen

– Femmes âgées de 50 à 74 ans asymptomatiques et ne présentant pas de risque particulier.

→ **Mammographie tous les 2 ans dans le cadre du dépistage organisé.**

• Personne à risque élevé

– Femmes avec antécédent de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ.

→ **Examen clinique tous les 6 mois pendant les 2 ans suivant la fin du traitement, puis tous les ans et mammographie annuelle unilatérale ou bilatérale suivie ou non d'une échographie.**

– Femmes avec antécédent d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire.

→ **Mammographie annuelle pendant 10 ans, suivie ou non d'une échographie.**

À la fin des 10 ans, si la patiente a + de 50 ans : elle est dirigée vers le dépistage organisé ; si elle a – de 50 ans : mammographie ± échographie tous les 2 ans jusqu'à 50 ans.

– Femmes avec antécédent d'irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin).

→ **Examen clinique et une IRM tous les ans, à partir de 8 ans après la fin de l'irradiation, et mammographie annuelle (incidence oblique) et éventuelle échographie en complément recommandées au + tôt (20 ans pour l'examen clinique, 30 ans pour l'IRM).**

• Personne à risque très élevé

– Suspicion : femme chez laquelle on suspecte une forme familiale de cancer du sein (score d'Eisinger supérieur ou égal à 3).

– Avéré : mutation BRCA1 ou 2 identifiée.

→ **Consultation d'oncogénétique et suivi spécifique (IRM, échographie pelvienne...).**

• Personne à risque moyen

– Femmes de 25 à 29 ans

→ **Frottis cytologique**

– Femme > de 30 ans

→ **Test HPV avec triage cytologique si positif**

• Cas particuliers

– Patiente VIH

→ **Examen annuel de dépistage**

– Patiente avec un ATCD de LIEHG

→ **Suivi après conisation par test HPV tous les 3 ans après un 1er contrôle HPV négatif à 6 mois**

– Patiente avec ATCD d'adénocarcinome in situ

→ **Suivi spécialisé tous les ans après un 1er contrôle HPV négatif à 6 mois (Recos INCA Sept 2019 surveillance post thérapeutique des LIE du col)**

Rappels en présence de symptômes

• Pour le cancer colorectal

Présence de sang rouge ou noir dans les selles, troubles du transit ou douleurs abdominales d'apparition récente, amaigrissement inexplicé...

→ **Orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.**

• Pour le cancer du sein

Tuméfaction, rétractation cutanée ou mamelonnaire, inflammation, écoulement mamelonnaire, adénopathie axillaire...

→ **Examens de diagnostic (biopsie, échographie, mammographie...).**

• Pour le cancer du col de l'utérus

Saignements post coïtaux ou métrorragies post ménopausiques, quelque soit le résultat du dernier examen

→ **Adresser à un gynécologue**

RECOMMANDATIONS :

LES FACTEURS DE RISQUE À RECHERCHER

– Antécédent personnel ou familial de mélanome.

– Nombre de nævus atypiques > 2.

– Nombre de lésions mélanocytaires (nævus communs) > 40.

– Antécédent de brûlure solaire.

– Exposition aux UV artificiels.

– Éphélides (taches de rousseur) nombreuses.

– Phototype cutané de type I (peau extrêmement blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts).

– Nævus congénital géant (diamètre > 20 cm).

En présence d'un patient à risque :

– L'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau ;

– Lui recommander de pratiquer un autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE, cf ci-dessous) ;

– L'informer sur les risques de l'exposition solaire et de l'exposition aux UV artificiels.

UNE LÉSION DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME SUSPECTE SI 2 DES CRITÈRES SUIVANTS SONT PRÉSENTS

– Asymétrie : forme non circulaire avec 2 moitiés qui ne se ressemblent pas.

– Bords irréguliers.

– Couleur non homogène.

– Diamètre en augmentation (en général supérieur à 6 mm).

– Evolution : toute tache pigmentée qui change d'aspect.

→ **En cas de lésion suspecte, adresser le patient sans délai à un dermatologue.**

¹ Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1990 et 2018-SPF