

Commentaire d'article

Article Comment

D. Heresbach

© Lavoisier SAS 2014

Tuohy TM, et al. Risk of colorectal cancer and adenomas in the families of patients with adenomas a population-based study in Utah. Cancer 2014;120:35–42.

Les indications de la coloscopie de dépistage concernent pour 20 à 25 % les patients avec antécédent de néoplasie familiale. Les recommandations françaises datent de 2004 et mériteraient d'être revisitées. Rappelons que celles-ci recommandent une coloscopie de dépistage — en cas d'antécédent familial de cancer colorectal (CCR) de type : un cas au premier degré avant 60 ans ou plusieurs cas au premier degré quel que soit l'âge (dépistage à partir de 45 ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index) et en cas d'antécédent familial d'adénome colique au premier degré avant 60 ans (dépistage à partir de 45 ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index) [1]. Les recommandations anglo-saxonnes prônent les mêmes indications pour les antécédents de CCR aux premier et deuxième degrés, mais ne recommandent une coloscopie de dépistage à 50 ans qu'en cas d'antécédent familial au premier degré d'adénome avancé et non pas de simple adénome [2].

L'étude de Tuohy et al., bien que rétrospective, est la première étude en population qui permet d'évaluer le risque de néoplasie colique en cas d'antécédent au premier degré d'adénome avancé versus simple adénome [3]. Parmi 126 936 coloscopies réalisées entre 1995 et 2005 dans l'État de l'Utah, 43 189 ont eu une première coloscopie montrant un adénome et sont comparés à 41 141 témoins sans adénome, mais appariés en termes d'âge, de sexe et de durée de suivi après coloscopie. Dans la base de données, l'adénome avancé était défini par la présence d'un contingent vilieux

sans pouvoir tenir compte de la taille supérieure à 1 cm et du degré de dysplasie ! Cette étude qui a pu établir le statut colique chez un grand nombre de parents au premier degré (186 000 pour les cas et 1 960 000 pour les témoins) ou au deuxième degré (440 000 pour les cas et 460 000 pour les témoins) montre :

- que le risque relatif [IC 95 %] de CCR chez les apparentés au premier degré de patients avec adénome était significativement augmenté à 1,35 [1,25–1,46] et non différent de celui des apparentés au premier degré de patients avec adénome avancé, 1,68 [1,29–2,18] ;
- que le risque relatif [IC 95 %] de CCR chez les apparentés au deuxième degré de patients avec adénome était significativement augmenté de 1,15 [1,07–1,23], alors que celui des apparentés au deuxième degré de patients avec adénome avancé ne l'était pas ;
- que le risque relatif [IC 95 %] d'adénome chez les apparentés au premier degré de patients avec adénome était significativement augmenté à 1,33 [1,26–1,40] et non différent de celui des apparentés au premier degré de patients avec adénome avancé, 1,15 [1,09–1,20] ;
- que le risque relatif [IC 95 %] d'adénome avancé chez les apparentés au deuxième degré de patients avec adénome avancé était significativement augmenté à 1,65 [1,28–2,14] alors que celui de leurs apparentés au deuxième degré ne l'était pas.

Au total, bien que la définition du caractère avancé de l'adénome soit ici imprécise, cette étude montre :

- que le risque de CCR est augmenté de 35 à 68 % en cas d'antécédent au premier degré de CCR ou d'adénome avancé, mais aussi de 15 et 6 % uniquement en cas d'antécédent de CCR aux deuxième et troisième degrés ;
- que le risque d'adénome est significativement augmenté de 33, 15 et 9 % en cas d'antécédent d'adénome aux premier, deuxième et troisième degrés ;
- que le risque d'adénome avancé est augmenté de 65 % uniquement en cas d'antécédent au premier degré d'adénome avancé.

D. Heresbach (✉)

Unité d'endoscopie et de consultation digestive,
centre hospitalier de Redon, 8, rue Étienne-Gascon,
F-35603 Redon, France
e-mail : denis.heresbach@ch-redon.fr

L'ensemble de ces résultats montrent que le risque est augmenté quel que soit l'âge de survenue (avant ou après 60 ans) lorsque l'antécédent d'adénome ou d'adénome avancé est au premier degré alors que lorsque l'antécédent d'adénome était au deuxième degré, le risque d'adénome n'est augmenté que si cet antécédent survenait avant 60 ans. Il est donc temps de réviser et de redéfinir le groupe à risque élevé de CCR qui, en France, bénéficie d'une coloscopie de dépistage de première ligne.

Références

1. Recommandation pour la pratique clinique. Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population. Service des recommandations professionnelles de l'Anaes. Avril 2004.
2. Burt RW, Cannon JA, David DS, Early DS, Ford JM, Giardiello FM, et al. NCCM guidelines. Version 1.2013 ; colorectal cancer screening. *J Natl Compr Canc Netw* 2013;11:1538-75.
3. Tuohy TM, Rowe KG, Mineau GP, Pimentel R, Burt RW, Samadder NJ. Risk of colorectal cancer and adenomas in the families of patients with adenomas: a population-based study in Utah. *Cancer* 2014;120:35-42.