

CALENDRIER DU DÉPISTAGE DES CANCERS

Document destiné aux professionnels de santé - État des connaissances au 28 février 2014

| | 25 ans | 50 ans | 65 ans | 74 ans |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| Cancer colorectal | | ➔ Proposer le test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans à risque moyen. Le test et toutes les informations sur ce dépistage sont disponibles auprès des structures de gestion du dépistage organisé dans votre département. | | |
| Cancer du sein | | ➔ Recommander un dépistage par mammographie tous les 2 ans aux femmes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen. En cas de non-participation dans les 2 ans précédents, proposer à la femme concernée de contacter la structure de gestion du dépistage organisé dans son département. | | |
| Cancer du col de l'utérus | ➔ Effectuer ou préconiser un frottis cervico-utérin tous les 3 ans, après deux frottis normaux à 1 an d'intervalle, pour les femmes entre 25 et 65 ans. | ➔ Bien qu'il existe des vaccins, le dépistage régulier reste indispensable : vaccinées ou non, les femmes doivent continuer à faire régulièrement des frottis. | | |
| Mélanome | ➔ 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 l'autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ; - l'informer sur les risques de l'exposition solaire et de l'exposition aux UV artificiels. | ➔ En cas de lésion suspecte, adresser le patient sans délai à un dermatologue. | | |

Les coordonnées des structures de gestion du dépistage organisé dans les départements

sont disponibles sur : www.e-cancer.fr ou auprès des téléconseillers de **CANCERINFO 0810 810 821**
prix d'un appel local



Cancer colorectal

- 42 000 nouveaux cas et 17 500 décès en 2012 en France
- rare avant 50 ans (< 5 % des cas)
- détecté au stade I, le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90 %
- le dépistage organisé doit permettre de réduire la mortalité par cancer colorectal de l'ordre de 15 %, si au moins 50 % de la population concernée y participe régulièrement

CONDUITES À TENIR

En présence de symptômes

(présence de sang dans les selles ou noir, troubles du transit ou douleurs abdominales d'apparition récente, amaigrissement inexpliqué...)

→ **Coloscopie**

En l'absence de symptômes

Personnes à risque moyen

- Hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans sans risque élevé ou très élevé

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

Personnes à risque élevé

- Antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome
- Antécédent familial de cancer colorectal ou d'adénome avancé (1 parent du 1^{er} degré < 65 ans, ou 2 parents du 1^{er} degré quel que soit l'âge)
- Antécédent de maladie inflammatoire chronique (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn)

→ **Coloscopie**

Personnes à risque très élevé

- Polypose adénomateuse familiale
- Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch)

En cas de suspicion de ces maladies

→ **Consultation d'oncogénétique :**
recherches de mutation

Si le risque très élevé est confirmé (mutation avérée)

→ **Chromocoloscopie**

Cancer du sein

- 49 000 nouveaux cas et 11 900 décès en 2012 en France
- l'incidence augmente rapidement après 50 ans
- lorsque la taille de la tumeur est inférieure à 1 cm, sans envahissement ganglionnaire, les chances de survie à 5 ans sont supérieures à 90 %
- le dépistage organisé doit permettre de réduire de 15 à 20 % la mortalité par cancer du sein, si au moins 70 % des femmes concernées y participent régulièrement

CONDUITES À TENIR

En présence de symptômes

(tuméfaction, rétraction cutanée ou mamelonnaire, inflammation, écoulement mamelonnaire, adénopathie axillaire...)

→ **Mammographie de diagnostic**

En l'absence de symptômes

Femmes entre 50 et 74 ans asymptomatiques et ne présentant pas de risques particuliers

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

Femmes soumises à une surveillance en raison d'une image anormale, traitées pour un cancer du sein ou faisant l'objet d'une surveillance après traitement, présentant des facteurs de risques importants (existence d'une néoplasie lobulaire ou d'une hyperplasie épithéliale atypique)

→ **Surveillance personnalisée, le plus souvent mammographie annuelle**

Femmes chez qui on suspecte une forme familiale de cancer du sein

→ **Consultation d'oncogénétique**

→ **Surveillance mammographique adaptée**

Cancer du col de l'utérus

- 3 030 nouveaux cas et près de 1 100 décès en 2012 en France
- pic d'incidence à 40 ans pour les cancers invasifs
- en 35 ans en France, l'incidence est passée de 18 pour 100 000 à 7 pour 100 000 grâce au dépistage par frottis
- un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence des cancers invasifs de 90 %

RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

Stratégie de dépistage

Le frottis cervico-utérin est recommandé tous les trois ans après deux frottis annuels normaux chez les femmes âgées de 25 à 65 ans (sauf chez les femmes hystérectomisées ou n'ayant jamais eu de rapports sexuels)

Conduites à tenir selon le résultat de l'examen

Frottis normal

→ **Nouveau frottis à programmer en respectant le calendrier**

ASC-US ou présence d'atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée

→ **Contrôle du frottis à 6, 18 et 30 mois, ou « triage » par test HPV, ou coloscopie**

Coloscopie/biopsie, qui s'impose si persistance des anomalies cytologiques ou si test HPV positif

Lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade

→ **Contrôle du frottis à 6, 12 et 24 mois ou coloscopie**

Coloscopie/biopsie, qui s'impose si persistance des anomalies cytologiques

Lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade, ou ASC-H (atypies ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade)

→ **Coloscopie/biopsie**

Anomalies des cellules glandulaires

→ **Coloscopie/biopsie, curetage de l'endocol**

Mélanome

- 11 800 nouveaux cas de mélanomes et 1 670 décès en 2012 en France
- l'incidence a triplé ces 20 dernières années
- le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90 % lorsque la taille de la tumeur est < 1 mm (indice de Breslow)

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)

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)

Évolutivité : toute tache pigmentée qui change d'aspect

Plus d'informations sur l'ensemble de ces dépistages sur www.e-cancer.fr, rubrique dépistage.