

## La pathologie dans le dépistage du cancer colorectal

J. Gourmaud<sup>1</sup>, G. Hanenberg<sup>2</sup>, D. Galasso<sup>3</sup>, N. Dubuis<sup>4</sup>, <sup>1</sup>Institut Central des Hôpitaux (Sion), <sup>2</sup>Centre hospitalier du Haut-Valais SZO (Visp), <sup>3</sup>Hôpital Riviera Chablais HRC (Rennaz), <sup>4</sup>Promotion santé Valais (Sion)

### Introduction

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent en suisse avec quelques 4000 nouveaux cas par année et près de 1600 décès. En valais entre 2013 et 2017, 188 nouveaux cas étaient diagnostiqués par année en moyenne (106 hommes versus 82 femmes) avec 73 décès (42 versus 31). Comme pour d'autres cancers, un diagnostic à un stade précoce est souvent synonyme de meilleur pronostic et donc d'une diminution de la mortalité. Un dépistage et une surveillance au niveau d'une population à risque bien définie sont donc primordiaux.

### Dépistage du cancer du côlon en Valais et dans le Canton de Vaud

Dans le canton de Vaud un programme de dépistage est proposé depuis 2015. Il concerne les personnes âgées de 50 à 69 ans, sur invitation. Deux méthodes sont proposées : un test de recherche de sang occulte dans les selles (test Fit OC-Sensor) ou une coloscopie. Promotion santé Valais propose depuis 2020 également un programme de dépistage qui s'adresse aussi aux personnes âgées de 50 à 69 ans, uniquement sur invitation. Un test de recherche de sang occulte (test Fit OC-Sensor) est réalisé en première intention. En cas de résultat positif, une coloscopie est proposée.

La coloscopie permet la détection et l'ablation des lésions précancéreuses ainsi que le diagnostic des carcinomes à un stade précoce. Le service d'Histocytopathologie de l'Institut Central des Hôpitaux participe aux programmes de dépistage du cancer du côlon du canton de Vaud et du Valais.

Les tests réalisés dans le cadre du programme cantonal sont remboursés à 90% par l'assurance-maladie de base, hors franchise. La quote-part de 10% reste à la charge du participant. Les personnes avec facteurs de risque de développer un cancer du côlon (anamnèse familiale, maladie chronique,...) bénéficient d'une prise en charge spécifique hors programme de dépistage.

### L'histopathologie des lésions pré-néoplasiques

Durant la coloscopie le gastroentérologue peut identifier des lésions (*figure a*) qui seront biopsiées ou reséquées endoscopiquement et soumises au pathologiste pour examen histologique.

Les lésions histologiques les plus fréquemment rencontrées lors d'un dépistage sont : les adénomes, les lésions dentelées et les adénocarcinomes.

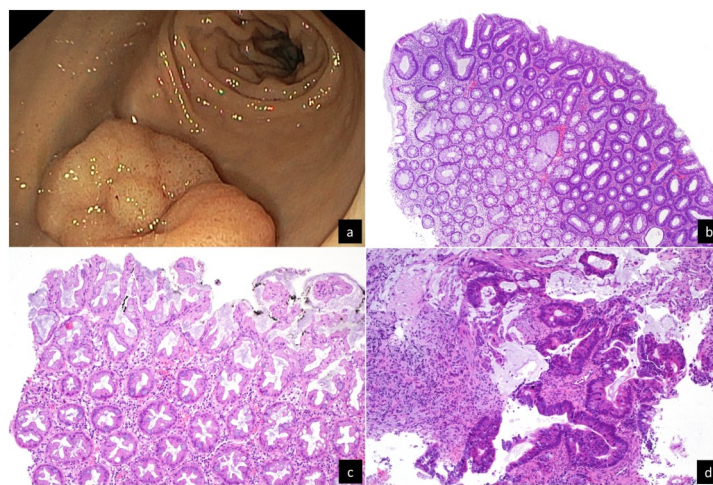
Les adénomes sont les lésions préneoplasiques de la « voie classique » (séquence adénome-carcinome) de la carcinogénèse colique. Il existe plusieurs types histologiques d'adénomes. Les plus fréquents sont les adénomes tubuleux (*figure b : partie supérieure*), qui ont une architecture similaire à celle de la muqueuse colique normale qui est constituée de cryptes parallèles et droites, tapissées par des cellules caliciformes non atypiques – (*figure b : partie inférieure*), villosités (constitués des projections digitiformes) ou tubulovillosités (association de deux architectures). Par définition ces lésions montrent une dysplasie qui peut être de bas grade (pseudo stratification nucléaire avec atypies cytonucléaires légères) ou de haut grade (atypies marquées avec architecture complexe). Chacun d'entre eux, à des niveaux différents, étant un marqueur de risque de développer un cancer du côlon.

Les lésions dentelées sont, quant à elles, les lésions pré néoplasiques dans la voie de carcinogénèse dite dentelée (serrated pathway). Elle se caractérise par une architecture festonnée/dentelée (comme une dentelle (*figure c*)). On reconnaît trois types de lésions dans cette famille, les polypes hyperplasiques (les plus fréquents), les lésions dentelées sessiles et les polypes dentelés traditionnels. Certaines de ces lésions peuvent également être dysplasiques.

### Adénocarcinome

L'adénocarcinome (*figure d*) est l'étape finale de l'évolution des lésions pré-néoplasiques. Il se caractérise par une architecture complexe et désorganisée et un caractère infiltratif avec nécrose et réaction desmoplastique. Lors du diagnostic, l'adénocarcinome peut encore être détecté à un stade localisé, notamment si développé au sein d'un polype (polype cancérisé). Dans ce cas différents éléments histologiques seront évalués

comme le degré de différenciation (grade), la présence ou non d'angiogenèses, l'extension de l'invasion et bien entendu la qualité de la résection (complète ou pas). Ces éléments serviront à déterminer si la résection endoscopique est suffisante ou si une prise en charge chirurgicale oncologique est nécessaire comme pour les cas plus avancés. Des examens immunohistochimiques à la recherche d'expression des protéines de réparation de l'ADN (MMR) sont effectués de manière systématique dans un but prédictif et pronostique, contribuant également au dépistage du syndrome de Lynch. Ces patients sont dirigés ensuite vers une consultation en oncogénétique.



**Fig. 1:** Endoscopie avec polype (a). Histologie d'un adénome et colon normal (b), d'une lésion dentelée (c) et d'un adénocarcinome (d).

### Suivi post-coloscopie

En cas d'endoscopie normale le patient sera re-convoqué dans le cadre du programme de dépistage selon modalités et délais propre à chaque canton.

Si l'endoscopie met en évidence des lésions pré-néoplasiques, le patient sort du programme de dépistage et le suivi sera assuré conformément aux « recommandations pour la surveillance après polypectomie lors d'une coloscopie » de la Société Suisse de Gastroentérologie. En effet, l'attitude et le délai de surveillance dépendront du nombre de lésions observées, de leur taille, du sous-type histologique et de la présence/absence de dysplasie et de sa sévérité (bas v/s haut grade). En cas de cancer, la prise en charge sera onco-chirurgicale et multidisciplinaire sauf pour certaines lésions précoces (polypes cancérisés, pT1) stratifiées par l'histologie et ne présentant pas de facteurs péjoratifs.

### Conclusion

Le dépistage du cancer colorectal est un enjeu de santé publique important, rendu possible grâce à un partenariat entre le canton (via le programme de dépistage), le médecin traitant, le laboratoire, le gastroentérologue et le pathologiste. La pathologie joue un rôle clé dans le dépistage, notamment pour le diagnostic et la stratification du risque qui détermineront le suivi post endoscopie.

### Littérature

- [1] Relevé des cancers en Valais, Registre valaisan des tumeurs, Observatoire valaisan de la santé (OVS), 2020.
- [2] [www.depistagecolon-vs.ch](http://www.depistagecolon-vs.ch)
- [3] <https://www.unisante.ch/fr/promotion-prevention/depistage/programmes-vaudois-depistage-du-cancer/depistage-du-cancer-du-1>
- [4] Dorta G & Mottet C ; Suivi post polypectomie colique et suivi des cancers colorectaux après opération curative ; Forum Med Suisse 2016 ;16(07) :164-167

### Personnes de contact

Dr Jolanta Gourmaud [jolanta.gourmaud@hopitalvs.ch](mailto:jolanta.gourmaud@hopitalvs.ch)  
Dr Gabriele Hanenberg [gabriele.hanenberg@hopitalvs.ch](mailto:gabriele.hanenberg@hopitalvs.ch)  
Dr Domenico Galasso [domenico.galasso@hopitalrivierachablais.ch](mailto:domenico.galasso@hopitalrivierachablais.ch)  
Nadine Dubuis [nadine.dubuis@psvalais.ch](mailto:nadine.dubuis@psvalais.ch)  
Dr Igor Letovanec [igor.letovanec@hopitalvs.ch](mailto:igor.letovanec@hopitalvs.ch)