



Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Clientèle à risque de cancer colorectal

Algorithmes de prise en charge
et de surveillance en fonction du risque
et de la condition

Programme québécois de cancérologie

Pour renseignements et commentaires, s'adresser à :

Direction générale adjointe du Programme québécois de cancérologie
1075, chemin Sainte-Foy, 8^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-83595-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2023

Encadrement et orientation

D ^r Jean Latreille	Programme québécois de cancérologie (PQC) Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
M ^{me} Cathy Rouleau	Direction générale adjointe du PQC MSSS
M ^{me} Marie-Noëlle Vallée	Direction des dépistages en cancérologie (DDC) – PQC MSSS

Coordination et rédaction

D ^r Alan Barkun	Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
M. Oronzo De Benedictis	DDC – PQC MSSS

Révision^a

Membres du Comité consultatif de dépistage et d'investigation en cancérologie colorectale

D ^r Alan Barkun	CUSM
D ^{re} Geneviève Beaulieu-Boire	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie- Ouest
D ^{re} Mélanie Bélanger	Association des gastro-entérologues du Québec
M. Oronzo De Benedictis	DDC – PQC MSSS
D ^r Jean Dubé	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)
M. Wilhelm Dubuisson	Direction générale de la santé publique MSSS
D ^r Brian Gore	Sainte Catherine Medical Group
D ^{re} Lyne Laliberté	Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
D ^r Charles Ménard	CIUSSS de l'Estrie – CHUS
D ^{re} Carole Richard	Centre hospitalier de l'Université de Montréal

^a Nous remercions tous les autres collaborateurs ayant participé à l'élaboration des versions antérieures du document portant sur les normes de pratique clinique relatives à la coloscopie.

INTRODUCTION

Les algorithmes présentés dans ce document ont été élaborés pour faciliter la prise en charge et la surveillance des patients en fonction de leur niveau de risque et de leur condition. Il est à noter que seul l'algorithme de surveillance pour les personnes ayant des antécédents personnels de polypes (figure 4) a été modifié du document initial. De plus, cette mise à jour a amené l'élaboration de l'algorithme de prise en charge selon les nouveaux résultats de chaque coloscopie de surveillance (figure 6) et des recommandations de suivi des patients sans histoire de famille significative ou syndrome génétique (figure 7). Les autres figures feront l'objet d'une mise à jour éventuelle. En appliquant les nouvelles recommandations de prise en charge et de surveillance présentées dans ce document, les médecins omnipraticiens et les coloscopistes s'assurent non seulement d'offrir aux usagers le meilleur suivi possible, mais aussi d'utiliser les ressources du réseau de la santé et des services sociaux de la façon la plus efficiente.

- Figure 1 Algorithme de prise en charge des personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal
- Figure 2 Schéma récapitulatif du suivi clinique recommandé à la suite d'un test de RSOSi (personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal)
- Figure 3 Algorithme de prise en charge des personnes présentant un risque légèrement ou modérément accru de cancer colorectal (en fonction des antécédents familiaux)
- Figure 4 Algorithme de surveillance pour les personnes ayant des antécédents personnels de polypes
- Figure 5 Algorithme de surveillance pour les personnes ayant des antécédents personnels de cancer colorectal
- Figure 6 Algorithme de prise en charge selon les nouveaux résultats de chaque coloscopie de surveillance
- Figure 7 Recommandations de suivi des patients sans histoire de famille significative ou syndrome génétique

DÉFINITIONS

Les définitions qui suivent sont tirées du document [Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie](#).

Un **résultat positif au test de RSOSi** équivaut à un test où la concentration en hémoglobine humaine dépasse le seuil préalablement fixé.

Une **coloscopie normale (ou négative)** se définit comme une coloscopie répondant aux critères suivants :

- La préparation intestinale est adéquate : un score total du *Boston Bowel Preparation Scale* égal ou supérieur à 6 avec un score segmental de 2 ou 3 dans chaque segment;
- La coloscopie a permis de visualiser le cæcum, comme le prescrivent les normes (à moins d'une antécédente chirurgie du colon);
- La coloscopie pratiquée en était une de qualité avec un temps de retrait d'au moins 6 minutes;
- Les actes thérapeutiques appropriés, si l'état du patient les requérait, ont pu être effectués dans le respect des normes (ex. : polypectomie ou biopsie);
- Aucun adénome ou polype (lésion) festonné ou cancer n'est diagnostiqué à la suite d'une polypectomie ou d'une biopsie (ce qui inclut le diagnostic de polypes hyperplasiques, de diverticulose et d'hémorroïdes).

Toutefois, certaines exceptions peuvent justifier une coloscopie effectuée dans un intervalle plus rapproché (dans les six mois ou moins suivant la première coloscopie). Seules les raisons suivantes sont acceptées et doivent être détaillées au dossier :

- Résection incomplète d'un polype;
- Présence de polypes multiples non excisés complètement;
- Biopsie requise;
- Symptômes inexpliqués;
- Intervention thérapeutique subséquente requise (ex. : détection d'un cancer ou d'un polype complexe réséqué ou d'une dysplasie de haut grade);
- Coloscopie incomplète (impossibilité d'atteindre le cæcum ou préparation colique inadéquate ou inspection et durée de retrait inadéquates).

À ce jour, aucune donnée scientifique n'établit clairement le suivi le plus approprié lorsqu'une **coloscopie négative suit un test positif de RSOSi**. Parmi les programmes ou projets pilotes pour lesquels l'information est disponible, certains prévoient une reprise du dépistage par RSOSi après deux ans (France, Colombie-Britannique) ou cinq ans (Australie, France, Manitoba), tandis que d'autres ne recommandent aucun test pour une période de dix ans (Alberta, Ontario). Sur la base de ces informations, le groupe de travail a adopté la modalité suivante : **passation d'un test de RSOSi dans les dix ans suivant une coloscopie négative chez des patients présentant un risque moyen de développer un cancer colorectal**. Toutefois, cette modalité doit être revue périodiquement en fonction des nouvelles preuves scientifiques disponibles.

Remarques importantes

Les modifications aux présents algorithmes tiennent pour acquis que toute coloscopie antérieure complétée respecte les critères de qualité suivants :

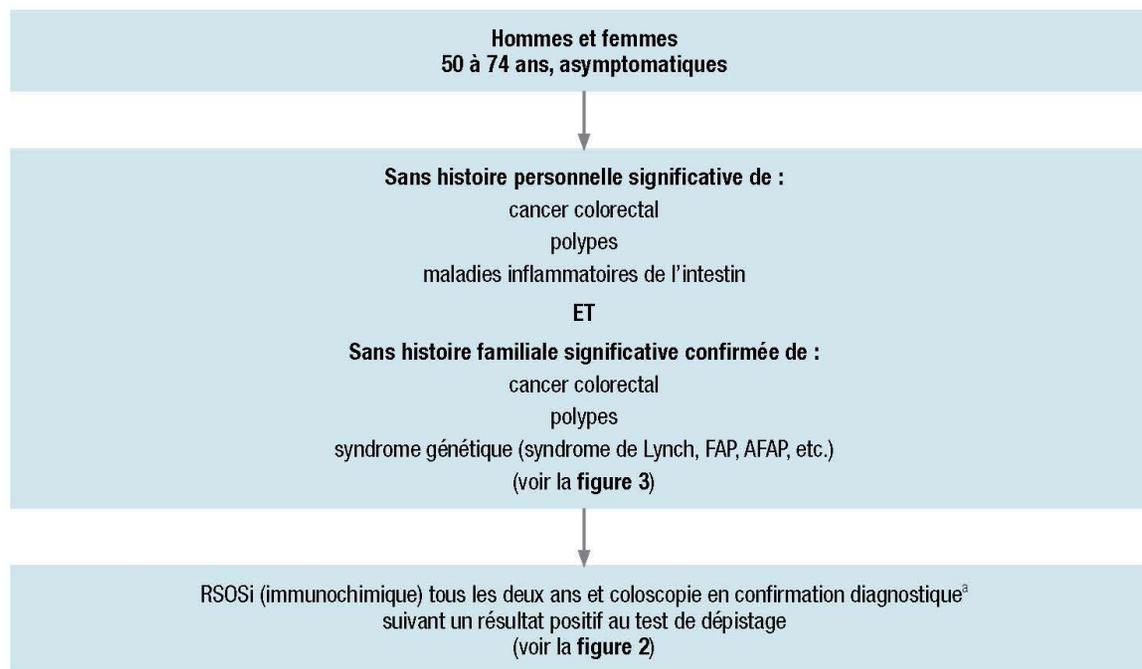
- Avoir atteint le cæcum (à moins d'une ablation chirurgicale antérieure);
- Avoir eu une préparation intestinale adéquate (un score total du *Boston Bowel Preparation Scale* égal ou supérieur à 6 avec un score segmental de 2 ou 3 dans chaque segment);
- Avoir eu un temps de retrait d'au moins 6 minutes;
- Avoir eu une résection complète des lésions identifiées.

Pour tout patient dont la prise en charge a été déterminée avant la publication des présentes modifications aux algorithmes (décembre 2022), il est recommandé d'avoir une approche individualisée basée sur le contexte clinique qui comprend :

- La qualité de l'examen;
- L'histoire personnelle de polypes;
- La préférence du patient de maintenir ou de modifier le nouveau délai de prise en charge.

ANNEXE 1 – FIGURES 1 À 7

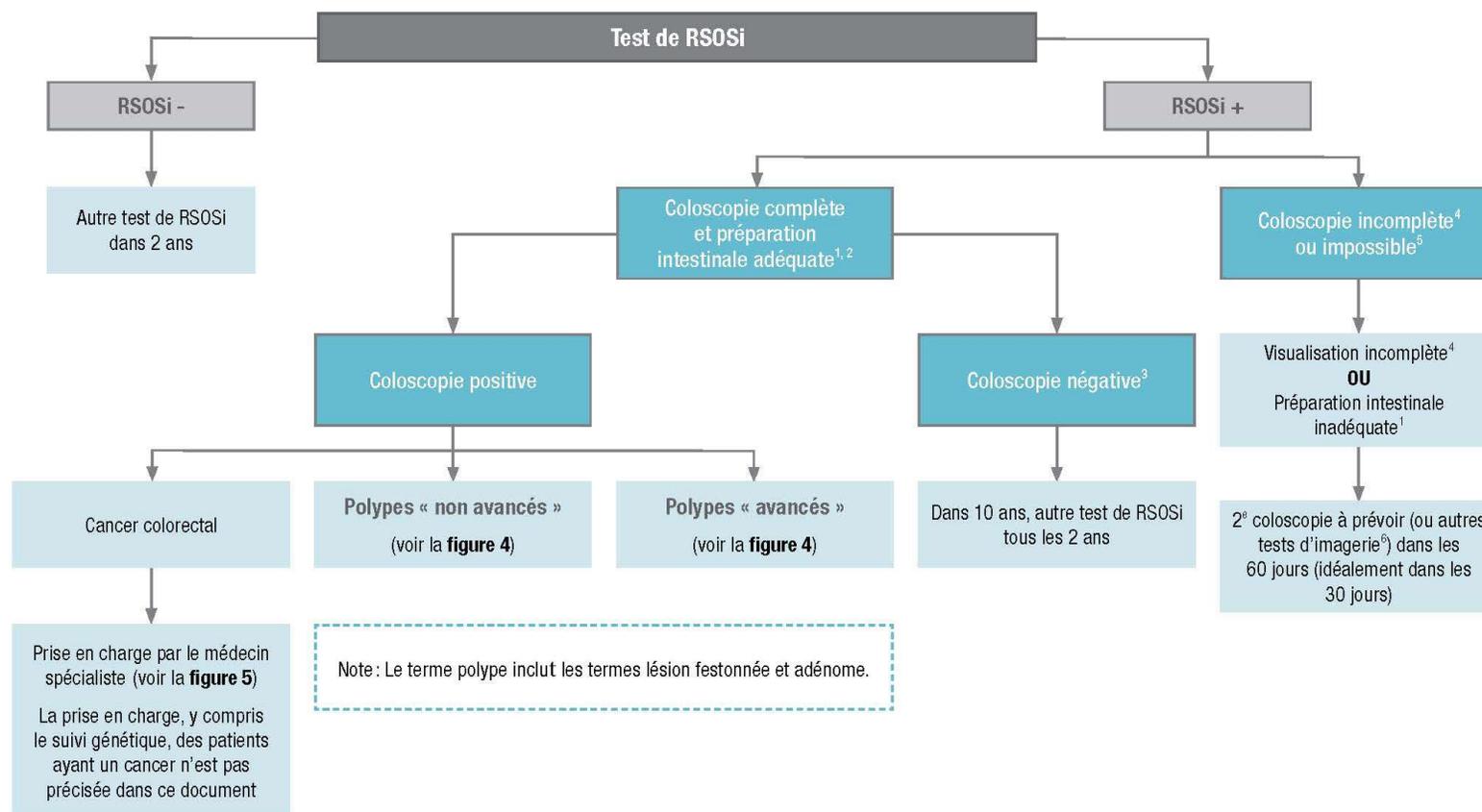
Figure 1 - Algorithme de prise en charge des personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal



^a Si la coloscopie est impossible, envisager plutôt la sigmoïdoscopie ou la coloscopie virtuelle. Si les résultats de la coloscopie sont négatifs et que celle-ci a été faite selon les critères de qualité, la personne doit subir un autre test de RSOSi dans dix ans.

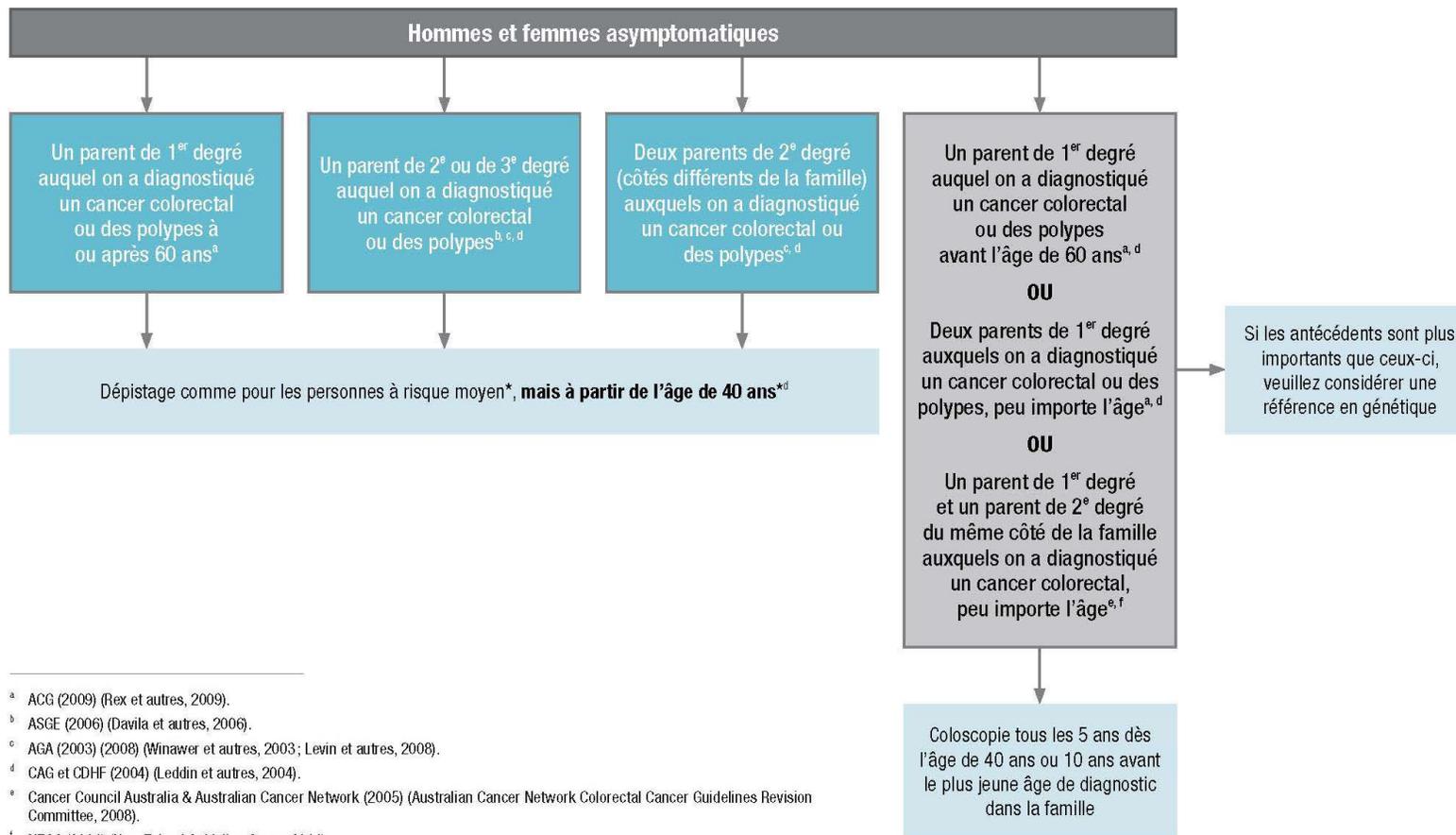
Source : (Lee et autres, 2014)

Figure 2 - Schéma récapitulatif du suivi clinique recommandé à la suite d'un test de RSOSi (personnes présentant un risque moyen de cancer colorectal)



1. Voir la fiche 1.5 du document *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie (2018)* sur la qualité de la préparation intestinale pour les définitions des catégories.
2. La coloscopie a permis d'exclure les pathologies importantes ou évidentes.
3. Selon la définition adoptée dans le cadre du PQDCCR (fiche 1.15 du document *Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie (2018)*).
4. Non-atteinte du cæcum.
5. Condition clinique du patient ne lui permettant pas de subir une coloscopie.
6. Par exemple, la coloscopie virtuelle ou le lavement baryté en double contraste.

Figure 3 - Algorithme de prise en charge des personnes présentant un risque légèrement ou modérément accru de CCR (en fonction des antécédents familiaux)



^a ACG (2009) (Rex et autres, 2009).

^b ASGE (2006) (Davila et autres, 2006).

^c AGA (2003) (2008) (Winawer et autres, 2003; Levin et autres, 2008).

^d CAG et CDHF (2004) (Leddin et autres, 2004).

^e Cancer Council Australia & Australian Cancer Network (2005) (Australian Cancer Network Colorectal Cancer Guidelines Revision Committee, 2008).

^f NZGG (2004) (New Zealand Guideline Group, 2011).

* Étant donné que le niveau de risque est similaire à celui des personnes à risque moyen, la modalité de dépistage retenue est la RSOSi immunochimique tous les deux ans.

 Risque légèrement accru (deux fois plus grand). Toutefois, environ 90 % des gens de ce groupe ne développeront jamais de CCR.

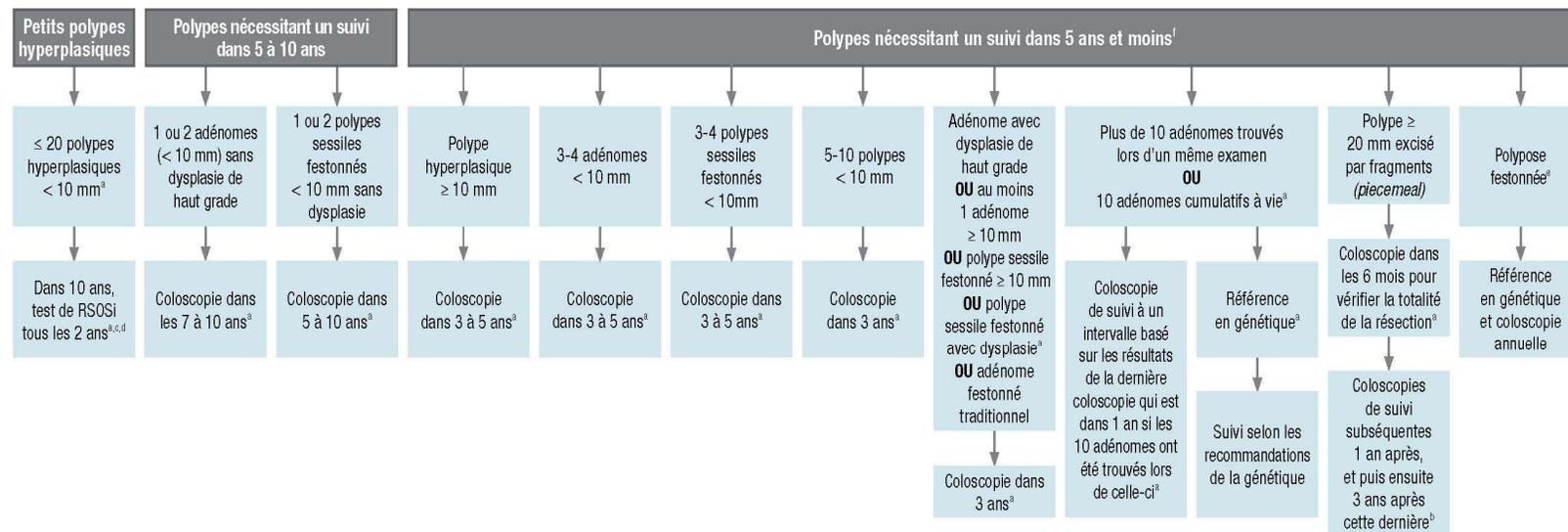
 Risque modérément accru (trois à six fois plus grand). Toutefois, 70 à 90 % des gens de ce groupe ne développeront jamais de CCR.

Parent de 1^{er} degré : parent, enfant ou frère ou sœur.

Parent de 2^e degré : grand-parent, oncle ou tante, neveu ou nièce.

Parent de 3^e degré : cousin ou cousine, arrière-grand-parent ou arrière-petit-enfant.

Figure 4 - Algorithme de surveillance pour les personnes ayant des antécédents personnels de polypes



Ajuster le suivi selon les nouveaux résultats de chaque coloscopie de surveillance^a (voir Figure 6)

Note: Le terme polype inclut les termes polype sessile festonné et adénome festonné.

^a Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Kaltenbach T, Robertson DJ, Shaikat A, Syngal S, Rex DK. Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol*. 2020 Mar;115(3):415-434. doi: 10.14309/ajg.0000000000000544. PMID: 32039982; PMOD: PMC7393611.

^b Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Gupta S, Lieberman D, Robertson DJ, Shaikat A, Syngal S, Rex DK. Endoscopic Removal of Colorectal Lesions: Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol*. 2020 Mar;115(3):435-464. doi: 10.14309/ajg.0000000000000555. PMID: 32058340.

^c US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (Lieberman et autres, 2012).

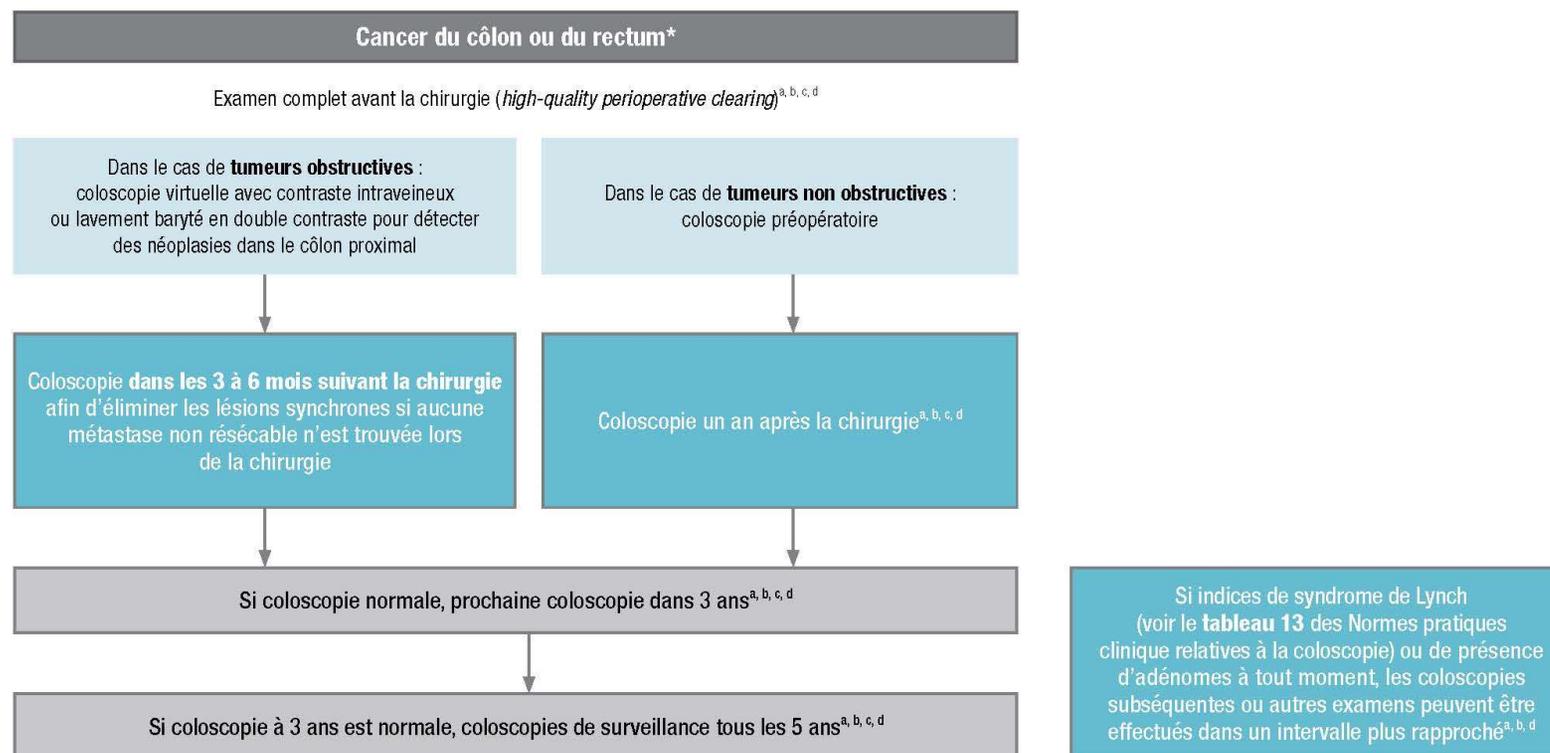
^d AGA (2003) (2008) (Winaver et autres, 2003; Levin et autres, 2008).

^e Selon l'Organisation mondiale de la santé, une polypose festonnée se définit par l'un de ces critères (Bosman ST, 2010) : 1) au moins 5 polypes sessiles festonnés situés en proximal du sigmoïde, dont 2 ou plus ≥ 10 mm ; 2) au moins 1 polype sessile festonné situé à un emplacement proximal au sigmoïde et avec un historique familial de polypose festonnée ou 3) > 20 polypes sessiles festonnés de n'importe quelle taille dans le côlon. (Bosman ST, 2010) Les trouvaillies de polypose juvénile (> 10) ou de polypes Peutz-Jeghers (> 2) évoquent la possibilité de polypose et nécessitent une référence en génétique et un suivi endoscopique plus étroit.

^f Il est à noter que la présence d'une histologie villeuse en elle seule n'est pas un critère d'adénome avancé en conformité avec la position européenne, et contrairement aux recommandations nord-américaines.

- Notes importantes :**
1. S'il existe une indication de suivi par coloscopie, il n'y a aucune indication de faire usage d'un test de RSOSi en suivi.
 2. Pour les patients chez qui des indications de suivi existent étant attribuables à une histoire de famille de cancer du côlon en même temps qu'une histoire personnelle de polypes, le suivi par coloscopie avec le plus court intervalle de temps devrait être adopté.
 3. L'algorithme de surveillance ci-dessus ne s'applique pas à des cas particuliers tels que chez un patient avec des antécédents personnels ou familiaux de cancers colorectaux héréditaires, de cancer du côlon sporadique, de polypose festonnée, de polype malin, de maladie inflammatoire des intestins. Il est plutôt recommandé de consulter les algorithmes dédiés pour de tels patients.

Figure 5 - Algorithme de surveillance pour les personnes ayant des antécédents personnels de cancer colorectal



^a ASGE (2006) (Davila et autres, 2006).

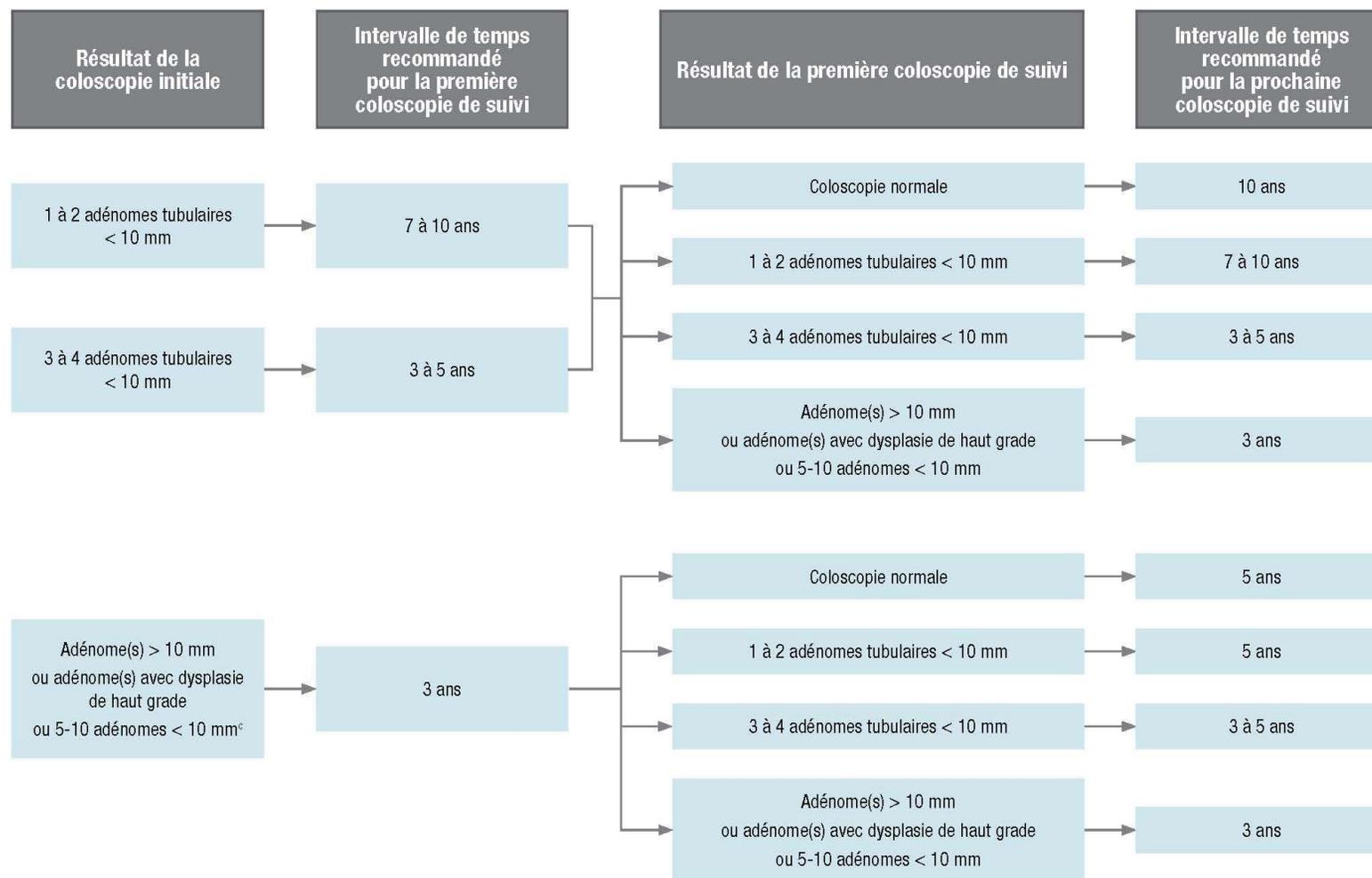
^b AGA (2003; 2008) (Winawer et autres, 2003; Levin et autres, 2008).

^c CAG & CDHF (2004) (Leddin et autres, 2004).

^d ACS & US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (Rex et autres, 2006).

* Chez un patient ayant eu une chirurgie radicale avec anastomose pour un cancer du rectum, il est recommandé d'effectuer un examen périodique du rectum restant pour déceler une récurrence locale de cancer tous les 3 à 6 mois pendant 2 ou 3 ans (par rectoscopie flexible ou rigide, toucher rectal ou ultrasons)^{a, b, d}

Figure 6 - Algorithme de prise en charge selon les nouveaux résultats de chaque coloscopie de surveillance pour patient avec adénome(s)^{a, b}

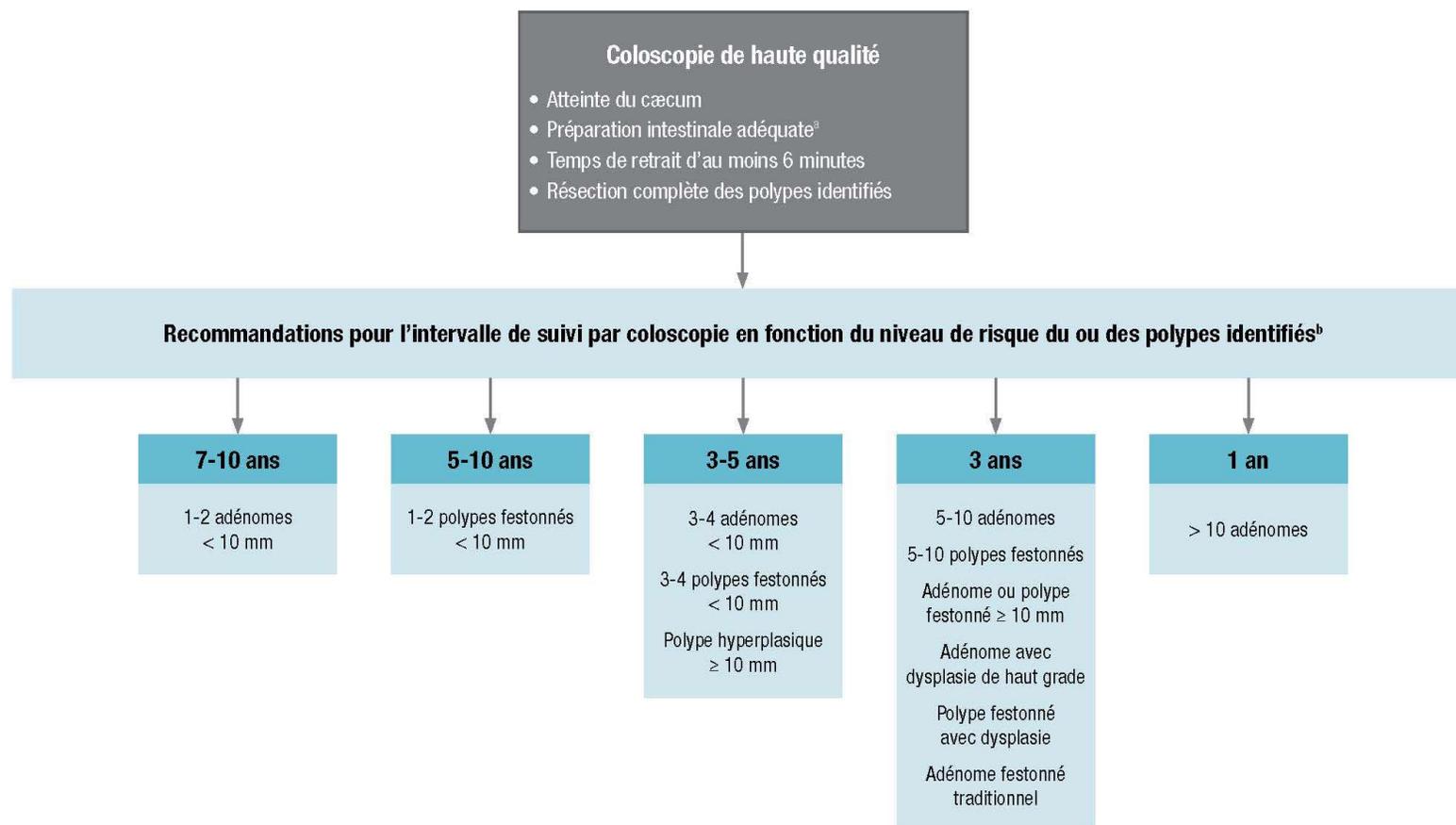


^a Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Kaltenbach T, Robertson DJ, Shaikat A, Syngal S, Rex DK. Recommendations for Follow Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi Society Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol. 2020 Mar;115(3):415434. doi : 10.14309/ajg.0000000000000544. PMID : 32039982; PMCID : PMC7393611.

^b Les meilleures approches pour les patients avec lésions festonnées sont à définir et non connues à ce jour.

^c Pour polype ≥ 20mm excisé par fragments : Coloscopie dans les 6 mois pour vérifier la totalité de la résection. Coloscopie de suivi subséquente 1 an après et puis ensuite, 3 ans après cette dernière.

Figure 7 - Recommandations de suivi des patients sans histoire de famille significative ou syndrome génétique



^a Un score total du Boston Bowel Preparation Scale de ≥ 6 avec un score segmental de 2 ou 3 dans chaque segment.

^b ≤ 20 polypes hyperplasiques < 10 mm, dans 10 ans, test de RSOSI tous les 2 ans