

# DÉPISTAGE DES CANCERS : RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

## › CANCER COLORECTAL

- **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 à la commande sur votre Espace Pro d'Ameli.fr ou auprès de votre centre régional de coordination des dépistages des cancers.
- **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

Effectuer ou préconiser un dépistage **tous les 3 ans** (après 2 tests normaux réalisés à 1 an d'intervalle), **pour les femmes entre 25 et 65 ans**. Bien qu'il existe des vaccins, **le dépistage régulier reste indispensable**.

## › CANCER DU SEIN

- **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 centre régional de coordination des dépistages des cancers.
- **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.

## › 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'auto-examen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ;
  - en cas de lésion suspecte, adresser le/la patient(e) sans délai à un dermatologue.

## 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 asymptotique vous sollicite, vous pouvez lui remettre la brochure « Dépistage du cancer de la prostate : s'informer avant de décider », disponible sur e-cancer.fr.

DÉTAIL DES  
CONDUITES  
À TENIR  
AU VERSO



## CANCER COLORECTAL

45 000 nouveaux cas et 18 000 décès par an<sup>(1)</sup>.

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

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

### ➤ CONDUITES À TENIR

#### EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES

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.

#### EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES

##### • 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 de cancer colorectal ou d'adénome avancé (1 parent du 1<sup>er</sup> degré < 65 ans, ou au moins 2 parents du 1<sup>er</sup> degré quel que soit l'âge).

– 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.

## CANCER DU SEIN

59 000 nouveaux cas et 11 900 décès par an<sup>(1)</sup>.

L'incidence augmente rapidement après 35 ans.

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

### ➤ CONDUITES À TENIR

#### EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES

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

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

#### EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES

##### • 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...).

## CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence des cancers invasifs de 90%.

3 000 nouveaux cas et près de 1 100 décès par an<sup>(1)</sup>.

Pic d'incidence à 40 ans pour les cancers invasifs.

### ➤ RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

#### STRATÉGIE DE DÉPISTAGE

Le dépistage est recommandé tous les 3 ans après 2 tests annuels dont les résultats sont 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 : «triage» par test HPV ou double immunomarquage (option pour les moins de 30 ans).

→ Colposcopie/biopsie si test HPV ou double immunomarquage positif.

– Lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade.

→ Colposcopie/biopsie ou «triage» par double immunomarquage (option).

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

→ Colposcopie/biopsie.

– Anomalies des cellules glandulaires.

→ Test HPV et, pour les plus de 45 ans, exploration endo-utérine.

## CANCER DE LA PEAU (MÉLANOME)

15 500 nouveaux cas de mélanome et 1 800 décès par an<sup>(1)</sup>.

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).

#### 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 auto-examen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE);
- 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).
- Évolution : toute tache pigmentée qui change d'aspect.

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

(1) Données publiées dans « Les Cancers en France – INCa Édition 2017 ».