

Quelle prévention du cancer colorectal en 2026 ?

 **Robert BENAMOUZIG**

 Hôpital Avicenne (AP-HP), Université Paris Nord - La Sorbonne 125 rue de Stalingrad – 93000 BOBIGNY (France)
 robert.benamouzig@aphp.fr

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les moyens de prévention primaire et secondaire du CCR
- Connaître la place du FIT en population standard
- Connaître les utilisations du FIT hors dépistage
- Connaître les places respectives du FIT et de la coloscopie dans le dépistage du CCR
- Connaître les pistes envisagées pour améliorer le dépistage du CCR

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en relation avec sa présentation.

MOTS-CLÉS

Cancer colorectal ; Prévention primaire ; Dépistage.

ABRÉVIATIONS

CCR : Cancer colorectal

FIT : Fecal Immunochemical Test : Test Immunochimique Fécal

Hb : Hémoglobine

IMC : indice de masse corporelle

GLP-1 : Glucagon like peptide 1

Introduction

L'incidence et la prévalence du cancer colorectal (CCR) ont notablement augmenté au cours des 4 dernières décennies. Le nombre de nouveaux cas mondiaux annuels est estimé à 1,9 million avec 12 millions de cas prévalents au lieu de 4 millions en 1990 (prévalence standardisée de 134 pour 100 000) (1,2). Le CCR est actuellement responsable de près d'un million de décès chaque année. En France, le CCR touche 47 500 nouvelles personnes et est responsable de plus de 17 000 décès chaque année (Santé Publique France 2025). Cette augmentation est principalement liée à la croissance démographique et au vieillissement de la population puisque plus de 40 % des cas de CCR surviennent après 70 ans avec une part croissante des cas de plus de 80 ans (3). Une augmentation préoccupante des cas est aussi observée chez les moins de 50 ans (4,5). Les projections disponibles suggèrent une poursuite de cette augmentation au niveau mondial jusqu'en 2050. En France, une stabilisation de l'incidence et une diminution de la mortalité spécifique (-2 %) sont

observées depuis quelques années. D'importantes variations géographiques, en lien avec le niveau socio-économique et le mode de vie, suggèrent un rôle important de facteurs environnementaux. L'avancée de nos connaissances permet une prévention adaptée aux conditions locales et aux différents systèmes de santé.

Prévention primaire

La prévention primaire vise à réduire l'incidence d'une pathologie en agissant sur des facteurs de risque modifiables. Les facteurs de risque de cancer font l'objet d'une analyse systématique régulière du World Cancer Research Fund/American Institute for cancer Research (tableau 1) (6). Les facteurs de risque modifiables pourraient expliquer la survenue de plus de 50 % des cas de CCR (7-9). Il s'agit d'un levier majeur pour des actions de prévention. Pour définir les actions prioritaires, la fraction attribuable qui évalue la proportion de CCR évitable si on supprimait le facteur de risque considéré est

Tableau 1 : Principaux risques nutritionnels et niveau de preuve selon le WCRF (14)

Facteur	Risque	Niveau de preuve	Commentaires
Viande rouge (bœuf, porc, agneau)	Augmentation	Probable	Consommation régulière associée à un risque accru de cancer colorectal.
Viande transformée (charcuterie, jambon)	Augmentation	Convaincant	Même en petites quantités, le risque augmente significativement.
Alcool (toutes boissons alcoolisées)	Augmentation	Convaincant	Effet dose-dépendant, surtout chez les hommes.
Surpoids et obésité	Augmentation	Convaincant	L'excès de masse grasse corporelle est fortement lié au cancer colorectal.
Activité physique	Diminution	Probable	L'exercice régulier réduit le risque, en particulier pour le cancer du côlon.
Fibres alimentaires	Diminution	Probable	Une alimentation riche en fibres protège contre le cancer colorectal.
Produits laitiers	Diminution	Probable	Les apports en calcium via les produits laitiers semblent avoir un effet protecteur.
Calcium	Diminution	Probable	Le calcium pourrait inhiber la croissance des cellules cancéreuses.

un paramètre important à considérer (calcul reposant sur la prévalence à l'exposition au facteur de risque et le risque relatif lié à cette exposition).

- Une activité physique régulière est protectrice. Trois heures de marche ou une demi-heure d'effort intense par semaine sont associées à une diminution du risque de CCR de respectivement 15 et 20 % (10,11). Lorsque cette activité a été pratiquée jeune, l'effet protecteur persiste à l'âge adulte (12). Au contraire, une augmentation de 2 heures par jour du temps sédentaire est associée à un risque accru de 8 % et un temps sédentaire de plus de 10 heures par jour à un risque accru de 50 % (6). Le manque d'activité au cours de l'adolescence est associé à un risque accru à l'âge adulte (13). Près de 25 % de la population française était insuffisamment active en 2016. Le manque d'activité physique expliquerait à lui seul au moins 2 % des CCR en France (14), 8 % des CCR en Allemagne (15) et plus de 15 % aux USA (16).

La promotion de l'activité physique régulière avec par exemple 30 minutes de marche 5 fois par semaine et la lutte contre la sédentarité sont des facteurs de prévention du CCR

- La prise de poids et l'obésité, en particulier l'obésité abdominale, sont des facteurs de risque de CCR. Une élévation du risque de cancer du côlon de 18 % chez les hommes et 12 % chez les femmes est observée pour chaque augmentation de 5 kg/m² de l'IMC (17). Chaque augmentation de 10 cm du tour de taille est associée à un risque accru de 10 % (18). Le risque est moindre pour le cancer du rectum. L'obésité à l'adolescence est associée à un risque accru à l'âge adulte (19). En France, la fraction de nouveaux cas de cancer du côlon attribuable de l'obésité est estimée à 13 % et celle du cancer du rectum à 7 % (14). La réalisation d'une chirurgie bariatrique est associée à une réduction du risque de 30 % (20).

- Le diabète de type 2 augmente le risque de CCR de 20 %, indépendamment de l'IMC, de l'activité physique ou de la présence d'autres comorbidités (21). Un traitement par metformine est associé à une réduction du risque de 20 % (22). Les agonistes du GLP-1, notamment la sémaglutide et le liraglutide, sont associés à une réduction du risque de 30 % (23).

L'identification des patients en surpoids, obèses ou diabétiques constitue un levier pour une prévention ciblée du CCR.

- La consommation de viandes transformées et de viande rouge est associée au risque de CCR. Chaque portion quotidienne de 50 g de viande transformée augmente le risque de 18 % (14,24). Celle de viande rouge est associée à une élévation de 9 à 18 % selon le niveau de consommation, avec un effet plus marqué pour le bœuf que pour le porc ou l'agneau et pour le côlon que pour le rectum (14,25). Les fibres alimentaires, en particulier issues des céréales complètes, ont un effet protecteur. Une augmentation de 10 g/jour de fibres est associée à une diminution de 10 % du risque de CCR (14,26). Une consommation élevée de produits laitiers et un apport suffisant en calcium (> 700 mg/jour) sont associés à une diminution du risque de 10 à 15 % (14,27). En France, la consommation de viande transformée et de viande rouge serait responsable de respectivement 10 et 4 % des cas de CCR. Une faible consommation de fibres et de produits laitiers serait responsable de 6 et 2 % des cas de CCR (14).
- Les aliments ultra-transformés sont un facteur de risque indépendant avec un risque accru de 15 % dans les populations les plus exposées (28). Un profil nutritionnel dit occidental, riche en viandes rouges et transformées, en sucres ajoutés, en graisses saturées et pauvre en fibres, est associé à une augmentation du risque de 30 à 40 % par rapport à un régime méditerranéen (29). À l'inverse, les régimes riches en végétaux, légumineuses et grains entiers sont associés à une diminution du risque.

La diminution de la consommation de viandes transformées et de viande rouge ainsi que celle d'aliments ultra-transformés et l'augmentation de l'apport en fibres, en produits laitiers et en calcium ainsi que l'adoption d'un régime équilibré de type méditerranéen doivent être envisagés au moment de la consultation et promus par des politiques de santé publique.

- La consommation d'alcool est associée à un risque accru de CCR avec une relation dose-réponse continue allant de 4 à 48 % (30). L'augmentation du risque est observée dès le seuil d'un verre/jour (10–12 g éthanol). Le tabagisme est un facteur de risque établi du CCR. Un effet dose-réponse lié à l'intensité et à la durée de la consommation est observé avec un risque accru de 14 à 17 % chez les fumeurs actuels et passés vs. jamais-fumeurs (31). L'arrêt du tabac réduit progressivement ce risque mais un excès résiduel persiste pendant plus de 20 ans. En France, la part attribuable à l'alcool est de 16 % et celle du tabac de 7 % (14).

La réduction de la consommation d'alcool et le sevrage tabagique devraient être proposés lors de la consultation. Les politiques de santé publique (taxation, restriction de publicité, étiquetage, programmes d'arrêt) sont des leviers pour réduire l'incidence de CCR.

Prévention secondaire et dépistage

Le développement de la carcinogenèse colique sur une séquence temporelle longue permet le dépistage du CCR chez les patients asymptomatiques. L'objectif de ce dépistage est de réduire la mortalité spécifique par la détection à un stade précoce des CCR et de certaines lésions précancéreuses (adénomes avancés, lésions festonnées).

Stratégie en deux temps

Pour la population à risque moyen, âgée de 50 à 75 ans sans antécédent de néoplasie colorectale personnel ou familial ni autre facteur de risque, la réalisation régulière d'un test de première intention avec coloscopie en cas de test positif est une stratégie efficiente. Le test le plus utilisé est une recherche de sang occulte fécal par méthode immunologique (FIT). La sensibilité du FIT pour détecter le CCR est de 65 à 75 % avec une spécificité de 95 %. En France, le FIT est proposé tous les 2 ans avec un seuil de positivité fixé à 30 µg Hb/g de selles. Le taux de participation a été de 34 % en 2022–2023. Le taux de positivité est de 3,3 %. Ce taux va être diminué à 25 µg Hb/g de selles avec une positivité attendue à 4 %. La participation au dépistage par FIT reste inférieure à l'objectif européen d'au moins 45 %. La multiplication des voies de distribution avec possibilité de commande du kit en ligne (monkit.depistage-colorectal.fr), l'implication de certains pharmaciens, la politique de relance avec envoi postal d'un kit en relance 2 pourraient augmenter la participation. D'autres actions restent à envisager : modalités alternatives de retrait du kit, implications d'autres professionnels de la santé, communication et relance *via* les réseaux sociaux. La

réalisation régulière des tests est associée à une diminution du risque de CCR de 21 % chez les femmes et de 24 % chez les hommes. Le bénéfice du dépistage diminue après 75 ans et auparavant en cas de comorbidité associée.

De nombreux autres tests, le plus souvent fécaux ou sanguins, ont été développés. La sensibilité de ces tests pour détecter le CCR est le plus souvent inférieure à celle du FIT. Une sensibilité proche ou supérieure à celle du FIT est observée pour certains tests moléculaires mais leur spécificité est moindre que celle du FIT (32–34). Une meilleure sensibilité pour le dépistage des adénomes avancés et des lésions festonnées est observée pour certains de ces tests (35,36). Leur coût qui reste supérieur à celui du FIT empêche leur large implémentation.

La réalisation d'une sigmoïdoscopie proposée à un rythme quinquennal, avant éventuelle coloscopie, est associée à une diminution de 29 % de l'incidence du CCR à 15 ans et une diminution du CCR distal de 48 % (37). Cette stratégie est moins coût-efficace que la stratégie reposant sur le FIT en France (38).

Stratégie en un temps

La seconde stratégie repose sur la réalisation d'une coloscopie d'emblée avec surveillance adaptée. Les résultats observationnels du National Polyp Study group suggéraient une réduction après coloscopie de l'incidence du CCR à 10 ans de 76 à 90 % et de la mortalité spécifique à 15 ans de 53 % (39,40). Ces résultats initiaux ont été reproduits dans différentes populations (41) mais restaient d'un degré de preuve modéré en l'absence d'essais randomisés menés sur de larges cohortes. Les résultats récents de 2 essais randomisés européens ont permis de mieux préciser la place de la coloscopie. Dans un essai mené dans les pays scandinaves, en Pologne et en Hollande, l'effet de la proposition de coloscopie (taux de réalisation de la procédure de 42 % dans ce groupe) vs. soin courant (coloscopie possible si jugée nécessaire) était associée à une diminution de l'incidence du CCR à 10 ans de 18 % et de la mortalité spécifique de 10 % (différence non significative) (42). L'analyse « per protocole » de cet essai montrait une diminution de l'incidence du CCR à 10 ans de 35 % et de la mortalité spécifique de 50 % (43). Le taux de réalisation de la coloscopie étant en règle inférieur à celui du FIT (44), une comparaison directe des deux stratégies restait à effectuer. Un essai mené en Espagne a montré que le FIT proposé tous les 2 ans (taux de réalisation 40 %) n'était pas inférieur à la coloscopie (taux de réalisation 32 %) ni pour le nombre de CCR dépistés (1,22 % vs. 1,13 %) ni pour la mortalité spécifique à 10 ans (0,24 % vs. 0,22 %) (45).

En France, certaines coloscopies sont réalisées dans le cadre d'une stratégie de prévention. La prise en compte des coloscopies réalisées chez les personnes âgées de 50 à 75 ans augmente le taux de couverture de la population qui serait supérieur à 45 % (46). Le rapport coût-efficacité des deux stratégies est en faveur de la stratégie FIT.

La coloscopie d'emblée et la prévention par test FIT régulier apportent un bénéfice équivalent à 10 ans. En France, la réalisation d'une coloscopie de prévention est envisageable lorsque le souhait en est exprimé et que la connaissance de la balance bénéfique/risque est bien appréhendée. Le rapport coût-efficacité est en faveur de la stratégie FIT.

Chimio-prévention

La chimio-prévention du cancer colorectal vise à utiliser des agents naturels ou synthétiques pour inverser ou arrêter le processus de cancérogenèse. Une prise régulière d'aspirine à faible dose est associée à une moindre incidence de CCR et à une moindre récurrence des adénomes (47). Aucune chimio-prévention n'a fait à ce jour la preuve de son intérêt chez les personnes à risque moyen, notamment l'aspirine en raison d'un rapport bénéfice/risque incertain. L'intérêt d'une chimio-prévention chez les patients à risque accru reste discuté et fait l'objet d'évaluations en cours.

Autres usages du test FIT

Tri avant éventuelle coloscopie chez les patients symptomatiques

Le test FIT utilisé avec un seuil de positivité de 10 µg Hb/g de selles est recommandé en Grande-Bretagne comme test de tri avant éventuelle de la coloscopie afin de contrôler les délais de la prise en charge. Ce tri est proposé chez les patients de moins de 50 ans présentant une perte de poids ou des douleurs abdominales inexplicables et chez les patients de moins de 60 ans présentant un trouble du transit inhabituel ou une carence martiale (48). Cette approche semble aussi intéressante en cas de rectorragies (49). Lorsque le test est négatif et que la coloscopie n'est pas réalisée, les patients bénéficient d'une information spécifique et d'un suivi régulier voire d'un second test FIT à titre de filet de sécurité. Certains centres ont élargi l'usage ce type de tri pendant la période COVID (50). Cette stratégie est coût-efficace dans le contexte britannique.

En France, la réalisation d'un test FIT chez un patient symptomatique est considérée comme un mésusage du test.

Apport du test FIT dans les populations à risque accru

Lorsque qu'après test FIT positif, la coloscopie s'avère normale, la probabilité de lésion néoplasique digestive haute à 3 ans est de 0,6 % vs. 0,4 % en cas de test négatif (51). Malgré cette différence de 50 %, la faible incidence ne plaide pas en faveur de la réalisation d'une endoscopie haute systématique après coloscopie normale dans cette situation.

Après résection d'adénome ou diagnostic de CRC, la surveillance préconisée repose sur la coloscopie selon des délais adaptés. Une surveillance par test FIT, réalisée tous les 1 à 3 ans, à un seuil adapté, serait une stratégie coût-efficace qui permettrait d'éviter 15 à 41 % des actes endoscopiques (52,53).

En cas d'antécédent familial de néoplasie digestive, l'intérêt d'un dépistage et d'une surveillance par test FIT a été évaluée avec des résultats initialement prometteurs (54). Cette stratégie avec des tests FIT réalisés à un rythme annuel ou tous les 2 ans et un seuil de positivité abaissé à 10 µg Hb/g de selles est inférieure à la coloscopie pour la détection de lésions avancées (55,56).

Utilisation FIT chez les patients hors du dépistage organisé en raison de leur âge (avant 50 ans, au-delà de 75 ans)

L'augmentation de la prévalence du CCR chez les sujets de moins de 50 ans, initialement observée aux États-Unis et ultérieurement caractérisée en Europe, a justifié des recommandations de début du dépistage par coloscopie dès 45 ans par différents groupes nord-américains. En France, un dépistage systématique n'est pas recommandé mais une vigilance particulière est à développer dans cette population en cas de symptômes.

Malgré un risque accru de CCR chez les sujets de plus de 75 ans, la poursuite d'un dépistage systématique n'est pas recommandée. Pour les sujets sans facteur de risque, sans comorbidité de moins de 80 ans, la réalisation d'un dépistage par test FIT pourrait être justifiée, en particulier si ce dépistage n'a pas été réalisé auparavant. Cette possibilité n'est pas ouverte en France. La surveillance des sujets avec antécédents de néoplasie peut être poursuivie en tenant compte des comorbidités associées.

Perspectives et conclusion

Une part notable des CCR est évitable. Une prévention primaire efficace et un dépistage bien conduit pourrait diminuer ce fardeau de près de 70 %. Une éducation ciblée des acteurs de la santé et de la population, la proposition d'un test FIT dans des programmes organisés et la réalisation de coloscopies de qualité restent les piliers de cette prévention. L'intégration de l'intelligence artificielle et le développement de nouveaux tests comme ceux reposant sur l'analyse du microbiote actuellement en cours d'évaluation ouvrent la voie à une personnalisation de cette prévention.

Bibliographie

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263.
2. He Y, Wang X, Zhou M, Li L, Han T, He J, Mai W, Li X. Global, regional and national burden of colon and rectum cancer: a systematic analysis of prevalence, incidence, deaths and DALYs from 1990 to 2021 using data from the Global Burden of Disease Study 2021 with projections to 2036. *BMJ Open.* 2025;15(10):e100042.
3. Shah R, Battisti NML, Brain E, Gnanon FHR, Kanesvaran R, Mohile S, et al. Updated cancer burden in oldest old: A population-based study using 2022 Globocan estimates. *Cancer Epidemiol.* 2025;95:102716.
4. Patel SG, Karlitz JJ, Yen T, Lieu CH, Boland CR. The rising tide of early-onset colorectal cancer: a comprehensive review of epidemiology, clinical features, biology, risk factors, prevention, and early detection. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2022 Mar;7(3):262-274.
5. Du M, Drew DA, Goncalves MD, Cao Y, Chan AT. Early-onset colorectal cancer as an emerging disease of metabolic dysregulation. *Nat Rev Endocrinol.* 2025;21(11):686-702.

6. <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2024/11/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>
7. Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, *et al.* Approche et méthodologie générale pour l'estimation des cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;21:432-42.
8. Lukic M, Licaj I, Laaksonen MA, Weiderpass E, Borch KB, Rylander C. The burden of colon cancer attributable to modifiable factors-The Norwegian Women and Cancer Study. *Int J Cancer.* 2023;152(2):195-202.
9. Islami F, Marlow EC, Thomson B, McCullough ML, Runggay H, Gapstur SM, *et al.* Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States, 2019. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(5):405-432.
10. Eaglehouse YL, Koh WP, Wang R, Aizhen J, Yuan JM, Butler LM. Physical activity, sedentary time, and risk of colorectal cancer: the Singapore Chinese Health Study. *Eur J Cancer Prev.* 2017;26(6):469-475.
11. Zou D, Xin X, Xu Y, Xu H, Xu T. A cross-sectional study on the association between physical activity and the risk of colon cancer based on NHANES 2007-2018. *Sci Rep.* 2025;15(1):3297.
12. Ballin M, Berglind D, Henriksson P, Neovius M, Nordström A, Ortega FB, *et al.* Adolescent cardiorespiratory fitness and risk of cancer in late adulthood: A nationwide sibling-controlled cohort study in Sweden. *PLoS Med.* 2025;22(5):e1004597.
13. Sassano M, Nalini M, Seyyedsalehi MS, Roshandel G, Poustchi H, Khoshnia M, *et al.* Body size and occupational physical activity during the life course and gastrointestinal cancers. *Am J Epidemiol.* 2024:kwae438.
14. IARC (2018). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. Lyon: International Agency for Research on Cancer. http://gco.iarc.fr/resources/paf-france_fr.php
15. Schäber K, Leitzmann M, Pukrop T, Quentin W, Stein MJ, Jochem C. Burden of cancer attributable to sedentary behaviour in Germany: an epidemiological analysis of survey data. *BMJ Open.* 2025;15(1): e094304.
16. Lynch BM, Bassett JK, Milne RL, Patel AV, Rees-Punia E, Lee IM, *et al.* Estimating cancer incidence attributable to physical inactivity in the United States. *Cancer.* 2025;131(4):e35725.
17. Ren J, Tang C, Wang J, Wang Y, Yang D, Sheng J, *et al.* Association of overweight/obesity and digestive system cancers: A meta-analysis and trial sequential analysis of prospective cohort studies. *PLoS One.* 2025;20(4):e0318256.
18. Dong Y, Zhou J, Zhu Y, Luo L, He T, Hu H, *et al.* Abdominal obesity and colorectal cancer risk: systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Biosci Rep.* 2017;37(6):BSR20170945.
19. van Zutphen M, Verkaar AJCF, van Duijnhoven FJB, Voortman T, Baskin ML, Chowdhury R, *et al.* Early-life anthropometry and colorectal cancer risk in adulthood: Global Cancer Update Programme (CUP Global) systematic literature review and meta-analysis of prospective studies. *Int J Cancer.* 2025;157(6):1094-1109.
20. Pararas N, Pikouli A, Dellaportas D, Nastos C, Charalampopoulos A, Muqresh MA, *et al.* The Protective Effect of Bariatric Surgery on the Development of Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(5):3981.
21. Ling S, Brown K, Miksza JK, Howells LM, Morrison A, Issa E, *et al.* Risk of cancer incidence and mortality associated with diabetes: A systematic review with trend analysis of 203 cohorts. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2021;31(1):14-22.
22. Rokkas T, Portincasa P. Colon neoplasia in patients with type 2 diabetes on metformin: A meta-analysis. *Eur J Intern Med.* 2016;33:60-6.
23. Figlioli G, Piovani D, Peppas S, Pugliese N, Hassan C, Repici A, *et al.* Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and risk of gastrointestinal cancers: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pharmacol Res.* 2024;208:107401.
24. Ungvari Z, Fekete M, Varga P, Lehoczki A, Munkácsy G, Fekete JT, *et al.* Association between red and processed meat consumption and colorectal cancer risk: a comprehensive meta-analysis of prospective studies. *Geroscience.* 2025;47(3):5123-5140.
25. Woon JY, Vidanapathirana G, Lam AK, Gopalan V. Systematic Analysis of the Differential Effects of Red Meat on Colorectal Cancer Risks: A Meta-Analytic Approach. *J Gastrointest Cancer.* 2025;56(1):170.
26. Oh H, Kim H, Lee DH, Lee A, Giovannucci EL, Kang SS, *et al.* Different dietary fibre sources and risks of colorectal cancer and adenoma: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Br J Nutr.* 2019;122(6):605-615.
27. Barrubés L, Babio N, Becerra-Tomás N, Rosique-Esteban N, Salas-Salvadó J. Association Between Dairy Product Consumption and Colorectal Cancer Risk in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Epidemiologic Studies. *Adv Nutr.* 2019;10:S190-S211.
28. Meine GC, Picon RV, Espírito Santo PA, Sander GB. Ultra-Processed Food Consumption and Gastrointestinal Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol.* 2024;119(6):1056-1065.
29. Chu AH, Lin K, Croker H, Kefyalew S, Becerra-Tomás N, Dossus L, *et al.* Dietary patterns and colorectal cancer risk: Global Cancer Update Programme (CUP Global) systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2025;121(5):999-1016.
30. Jun S, Park H, Kim UJ, Choi EJ, Lee HA, Park B, *et al.* Cancer risk based on alcohol consumption levels: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Health.* 2023;45:e2023092.
31. Botteri E, Borroni E, Sloan EK, Bagnardi V, Bosetti C, Peveri G, *et al.* Smoking and Colorectal Cancer Risk, Overall and by Molecular Subtypes: A Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol.* 2020 Dec;115(12):1940-1949.
32. Barnell EK, Wurtzler EM, La Rocca J, Fitzgerald T, Petrone J, Hao Y, *et al.* Multitarget Stool RNA Test for Colorectal Cancer Screening. *JAMA.* 2023;330(18):1760-1768.
33. Chung DC, Gray DM 2nd, Singh H, Issaka RB, Raymond VM, Eagle C, *et al.* A Cell-free DNA Blood-Based Test for Colorectal Cancer Screening. *N Engl J Med.* 2024;390(11):973-983.
34. Shaukat A, Burke CA, Chan AT, Grady WM, Gupta S, Katona BW, *et al.* Clinical Validation of a Circulating Tumor DNA-Based Blood Test to Screen for Colorectal Cancer. *JAMA.* 2025;334(1):56-63.
35. Wisse PHA, de Klaver W, van Wifferen F, van Maaren-Meijer FG, van Ingen HE, Meiqari L, *et al.* The multitarget faecal immunochemical test for improving stool-based colorectal cancer screening programmes: a Dutch population-based, paired-design, intervention study. *Lancet Oncol.* 2024;25(3):326-337.
36. Ebner DW, Johnson HA, Estes C, Johnson WK, Khan RS, Thompson G, *et al.* Multi-Target Stool DNA and the Fecal Immunochemical Test: A Systematic Review and Meta-Analysis on Test Performances. *Am J Prev Med.* 2025;69(2):107654.
37. Brenner H, Heisser T, Cardoso R, Hoffmeister M. The underestimated preventive effects of flexible sigmoidoscopy screening: re-analysis and meta-analysis of randomized trials. *Eur J Epidemiol.* 2024;39(7):743-751.
38. Benamouzig R, Barré S, Saurin JC, Leleu H, Vimont A, Taleb S, *et al.* Cost-effectiveness analysis of alternative colorectal cancer screening strategies in high-risk individuals. *Therap Adv Gastroenterol.* 2021;14:17562848211002359.
39. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, *et al.* Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med.* 1993;329(27):1977-81.
40. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Hankey BF, *et al.* Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med.* 2012;366(8):687-96.

41. Rex DK. Colonoscopy Remains an Important Option for Primary Screening for Colorectal Cancer. *Dig Dis Sci*. 2025;70(5):1595-1605.
42. Bretthauer M, Løberg M, Wieszczy P, Kalager M, Emilsson L, Garborg K, *et al*. Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death. *N Engl J Med*. 2022;387(17):1547-1556.
43. Shi J, Løberg M, Kalager M, Wieszczy P, Pilonis ND, Adami HO, *et al*. Effect of colonoscopy screening on risks of colorectal cancer and related death: instrumental variable estimation of per-protocol effects. *Eur J Epidemiol*. 2025;40(4):419-425.
44. Dhungana R, Gautam N, Duwadee P, Ranabhat K, Paudel B, Shrestha S. Screening Uptake and Diagnostic Yield of One-time Fecal Immunochemical Testing Vs. One-time Colonoscopy for Colorectal Cancer: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gastrointest Cancer*. 2025;56(1):166.
45. Castells A, Quintero E, Bujanda L, Castán-Cameo S, Cubiella J, Díaz-Tasende J, *et al*. Effect of invitation to colonoscopy versus faecal immunochemical test screening on colorectal cancer mortality (COLONPREV): a pragmatic, randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet*. 2025;405(10486):1231-1239.
46. Seitz JF, Lapalus D, Arlotto S, Gentile S, Etori F, Rinaldi Y, *et al*. Colorectal cancer screening by fecal immunochemical test or colonoscopy in France: how many people are actually covered? Focus on the Provence-Alpes-Côte d'Azur region. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2022;34(4):405-410.
47. Heer E, Ruan Y, Mah B, Nguyen T, Lyons H, Poirier A, *et al*. The efficacy of chemopreventive agents on the incidence of colorectal adenomas: A systematic review and network meta-analysis. *Prev Med*. 2022; 162:107169.
48. Harnan S, Navega Biz A, Hamilton J, Whyte S, Simpson E, Ren S, *et al*. Quantitative faecal immunochemical tests to guide colorectal cancer pathway referral in primary care. A systematic review, meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess*. 2025;29(46):1-210.
49. Shah F, Gunn F, Dunlop MG; Edinburgh Colorectal Group; Din FVN, Gerrard AD. Single and double faecal immunochemical test strategies are effective in risk stratification for patients with symptoms of per rectal bleeding suggestive of colorectal cancer. *BJS Open*. 2025;9(5):zraf100.
50. Walker G, Balasubramanya S, Bowen J, Debab N, Bethune R, Faux W, *et al*. Triaging colorectal urgent referrals in the COVID-19 era using faecal immunochemical testing: a prospective UK real-world multicentre cohort study. *BMJ Open Gastroenterol*. 2025;12(1):e001749.
51. de Klaver W, van der Vlugt M, Spaander MCW, Bossuyt PM, Dekker E. Risk of Cancers Proximal to the Colon in Fecal Immunochemical Test Positive Screenees in a Colorectal Cancer Screening Program. *Gastroenterology*. 2024;167(4):788-797.e2.
52. Zhao J, Liu C, Yang J, Huang Y, Xu L, Xiao Q, *et al*. Fecal immunochemical test surveillance in colorectal cancer following adenoma resection: A longitudinal, population-based linked cohort study in China. *PLoS Med*. 2025;22(9):e1004687.
53. Carvalho B, de Klaver W, van Wifferen F, van Lanschoot MCJ, van Wetering AJP, van der Zander QEW, *et al*. Stool-Based Testing for Post-Polypectomy Colorectal Cancer Surveillance Safely Reduces Colonoscopies: The MOCCAS Study. *Gastroenterology*. 2025;168(1):121-135.
54. Katsoula A, Paschos P, Haidich AB, Tsapas A, Giouleme O. Diagnostic Accuracy of Fecal Immunochemical Test in Patients at Increased Risk for Colorectal Cancer: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(8):1110-1118.
55. González-López N, Quintero E, Gimeno-García AZ, Bujanda L, Banales J, Cubiella J, *et al*. Screening uptake of colonoscopy versus fecal immunochemical testing in first-degree relatives of patients with non-syndromic colorectal cancer: A multicenter, open-label, parallel-group, randomized trial (ParCoFit study). *PLoS Med*. 2023;20(10):e1004298.
56. Karna R, Bilal M, Nayfeh T, Beran A, Paladiya R, Khataniar H, *et al*. Performance of Fecal Immunochemical Test in Individuals With Personal history of Polyps and Family History of Colorectal Cancer: A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2025;S1542-3565(25)00804-3.

5

Les cinq points forts

- L'activité physique régulière, la lutte contre la sédentarité, la prise en charge du surpoids, de l'obésité et du diabète constituent des leviers pour la prévention du cancer colo-rectal (CCR).
- La diminution de la consommation de viandes transformées, de viande rouge, d'aliments ultra-transformés ainsi que l'augmentation de l'apport en fibres, en produits laitiers et en calcium et l'adoption d'une alimentation de type méditerranéen sont protecteurs. La réduction de la consommation d'alcool et le sevrage tabagique devraient être proposés.
- La réalisation régulière du FIT est associée à une diminution du risque de CCR de 21 % chez les femmes et de 24 % chez les hommes.
- En France, la réalisation d'un test FIT chez un patient symptomatique est considérée comme un mésusage du test.
- La coloscopie apporte un bénéfice équivalent à celui du FIT à 10 ans. La réalisation d'une coloscopie de prévention est envisageable chez des patients informés. En France, la réalisation régulière du FIT est plus coût-efficace.