

Intérêt du dépistage organisé du cancer colo-rectal.

Généralités

Le cancer colo-rectal est un problème de santé publique important en France. Avec 40000 nouveaux cas par an, il se situe au 3^{ème} rang des cancers par sa fréquence. Il est responsable de 17000 décès par an. L'âge moyen de survenue est de 70 ans, avec une fréquence qui commence à s'élever à partir de 50 ans.

Les causes de la survenue de ce cancer sont partiellement connues. Pour environ 20% des cas, il existe des facteurs prédisposant à la survenue de la maladie : antécédents familiaux de cancer colique, certaines maladies génétiques, maladies inflammatoires intestinales. Les personnes concernées sont dépistées individuellement par coloscopie en raison de leurs facteurs de risque.

Pour la grande majorité des cas (80%), le cancer du côlon survient par hasard.

Dans la plupart des cas, le cancer se développe sur une lésion pré-cancéreuse : le polype **adénomateux**. (D'autres types de polypes non adénomateux ne présentent habituellement pas ce risque, notamment les polypes hyperplasiques, assez fréquents). Ces lésions pré-cancéreuses sont facilement enlevables au cours d'une coloscopie. On estime que sur 1.000 polypes, 25 se transformeront en cancer, dans un délai de 10 à 20 ans. Statistiquement, sur 10.000 personnes, il existerait 50 cancers du côlon à un stade asymptomatique. Dépistés à un stade précoce, le taux de guérison est proche de 95%.

Intérêt du dépistage

D'une manière générale, le but des examens de dépistage est double. D'un point de vue individuel, il s'agit de dépister et traiter tôt un cancer à un stade curable. Du point de vue de la société dans son ensemble, il s'agit de diminuer les coûts de traitement liés aux cancers, dont la fréquence augmente avec le vieillissement de la population.

Le cancer colorectal est éligible à un dispositif de dépistage organisé car : c'est un cancer fréquent, dans la plupart des cas il existe une lésion pré-cancéreuse facilement enlevable, et les cancers traités à un stade précoce sont de bon pronostic.

La population concernée par le dépistage est celle des personnes de 50 à 74 ans, n'ayant aucun symptôme digestif, ni antécédent familial au premier degré de cancer colique (c'est-à-dire : parents, frères et sœurs, enfants). Ce qui représente environ 17 millions de personnes en France.

La coloscopie est l'examen de référence pour dépister et retirer ces polypes. Cependant cet examen n'est pas adapté à un dépistage de masse du cancer, du fait de la lourdeur de sa mise en place (anesthésie générale dans la plupart des cas, préparation colique), de son coût, et des risques de complications. De même le coloscanner ou la vidéocapsule colique sont des examens coûteux, qui ne dispense pas de la préparation colique.

Les tests de dépistage utilisés actuellement (Test Hemocult® II) ont été développés afin de rendre ce dépistage peu coûteux et simple à réaliser. Il s'agit d'un test recherchant la présence de sang dans les selles. En effet, on considère qu'un polype de grande taille (>2cm), et à fortiori un cancer, sont responsables d'un saignement microscopique au moins 1 fois par semaine.

Déroulement du dépistage

Les personnes âgées de 50 à 74 ans sont contactées par courrier par le centre départemental de dépistage (ADOC 28), et invitées à prendre rendez-vous avec leur médecin traitant. Celui-ci vérifie l'absence de contre-indication à la réalisation du dépistage et remet directement le test au patient.

Le test consiste en 3 plaquettes, sur lesquelles on doit recueillir un petit fragment de selles (taille d'un grain de riz), à l'aide d'une spatule fournie, pendant 3 jours de suite (ou 3 selles consécutives). Ces tests sont ensuite fermés et adressés par voie postale au centre de lecture.

Le patient est ensuite directement informé du résultat par courrier.

En cas de test négatif : le prochain test de dépistage devra être fait dans 2 ans.

En cas de test positif : le patient est invité à se rendre chez son médecin traitant, afin d'être adressé à un Gastro-entérologue pour la réalisation de la coloscopie.

Résultats et limites du dépistage

Sur tous les tests Hémocult II réalisés, seuls 2 à 3 % seront positifs, et entraineront logiquement la réalisation d'une coloscopie. Dans 50% des cas la coloscopie sera normale, et dans 50% on découvrira soit un polype (30-40%), soit un cancer (10%).

Le test Hemocult II n'est pas parfait : en effet sur les 97% d'examen négatifs, on sait qu'il laisse passer environ 3% de cancers ou de gros polypes (c'est ce qu'on appelle un faux-négatif). Un test négatif ne met donc pas à l'abri de façon certaine. Pour cette raison, l'intervalle recommandé entre 2 tests est de 2 ans. L'apparition de symptômes digestifs dans cet intervalle doit faire consulter le médecin traitant (sang dans les selles, douleurs abdominales inhabituelles, troubles du transit).

Le résultat attendu de ces campagnes de dépistage du cancer colo-rectal est une baisse de la mortalité par cancer colo-rectal dans la tranche de population concernée. Si 100% des personnes concernées participaient, on pourrait s'attendre à une diminution de 40% de la mortalité par cancer colo-rectal, en France.

Bien évidemment, toutes les personnes concernées par le test ne le feront pas, et ce pour de multiples raisons. Pour arriver à une diminution de 20% de la mortalité, il faudrait que 50% au moins de la population y participe. Actuellement en France, les chiffres de participation sont plutôt autour de 32%...et 28.7% en Eure-et-Loir.

Conclusion et perspectives

Le cancer colorectal est un cancer fréquent, souvent diagnostiqué à un stade avancé où le pronostic est réservé. Les lésions pré-cancéreuses (polypes adénomateux) ont une durée d'évolution longue avant de se transformer en cancer, période pendant laquelle ils sont aisément retirés lors d'une coloscopie.

Il existe un test de dépistage, certes imparfait, mais simple à réaliser et sans risque qui permet dans un certain nombre de cas de dépister des polypes et des cancers à un stade précoce.

D'autres tests de dépistage sont actuellement à l'étude, avec de meilleures caractéristiques de diagnostic des polypes. Leur limite principale tient encore au fait qu'ils nécessitent une manipulation des selles. Des tests de dépistage à partir d'une simple prise de sang sont également en cours de développement, mais leur utilisation en pratique courante n'est pas encore prévisible.

Benoît Chrysostome

Gastro-entérologue

Centre Hospitalier Victor Jouselin, Dreux