Un objectif réaliste : diminuer la mortalité par cancer colorectal par la prévention et le dépistage

R. Benamouzig

© Lavoisier SAS 2015

Le dépistage organisé du cancer colorectal a débuté en France dans les années 2000. Il a été progressivement déployé pour toucher l'ensemble du territoire dans les années 2006. Cette action a permis de diagnostiquer à un stade précoce, accessible à un traitement avec un excellent espoir de guérison, plusieurs dizaines de milliers de patients atteints de cancer colorectal.

La participation à cette campagne est actuellement de 30 % soit 20 % de moins que l'objectif initialement fixé. Cette participation est encore insuffisante pour observer une réelle diminution de la mortalité spécifique à l'échelon d'une population.

Une nouvelle génération de tests dits « immunologiques » a été développée dès les années 1990-2000. Ces tests immunologiques sont spécifiques pour l'hémoglobine humaine. Ils ont comme principal intérêt d'être quantitatifs et de lecture automatique. Le pourcentage de positivité peut ainsi être « choisi ». Le test est réglable selon la volonté d'accepter un taux plus ou moins élevé d'explorations endoscopiques.

Des expérimentations de grande envergure menées initialement dans le Calvados, puis en Hollande, ont confirmé l'intérêt en termes de sensibilité et de spécificité de ces tests. Ces études ont aussi montré la possibilité d'utiliser un seul prélèvement fécal avec une sensibilité considérée comme équivalente à celles de prélèvements répétés. Les résultats de ces études ont justifié un avis favorable pour le déploiement de ce nouveau type de test dès 2008. Cette simplification (un seul prélèvement fécal) et la capacité d'adapter le système a permis la mise en place de ce test au niveau national au printemps 2015.

Le test immunologique est conditionné dans des usines en Asie, arrive sur des plateformes au Danemark puis est fourni aux médecins traitants via un système électronique

de commande. Les tests sont ainsi pré-identifiés au nom des médecins. Les patients sont convoqués par lettre avec un système d'étiquettes fournies qui permet d'identifier les tests réalisés. Ce système d'information par code barre devrait permettre un rendu individualisé des résultats rapide et fiable. La centralisation sur un seul laboratoire (CERBA), choisi pour une période de 4 ans, a permis une nette diminution du coût attendu.

Cette action devrait permettre de dépister plus de 70 % des lésions cancéreuses à un stade précoce ainsi que 30 % des adénomes avancés. C'est pourquoi l'amélioration de la participation est un enjeu clé à la fois en termes éthique, de santé publique mais aussi politique puisque notre profession s'est complètement engagée pour soutenir cette action. Un défaut de participation serait un échec important et pourrait faire remettre en question les importants moyens mobilisés par la collectivité nationale.

Parallèlement au déploiement de ce nouveau dispositif, l'action en cours permettra aussi de mieux faire reconnaître le risque élevé et très élevé de cancer colorectal par les généralistes et la population. Les personnes présentant ce niveau de risque relèvent d'une prise en charge par le gastro-entérologue et le plus souvent d'une prévention par coloscopie d'emblée. Il reste encore à mieux structurer la prise en charge de cette population. Le développement d'un système d'information centralisé qui permettrait d'identifier et de suivre ces patients reste à venir. La prise en charge du risque très élevé qui repose sur les consultations d'oncogénétique maintenant déployées sur tout le territoire sera aussi favorisée.

Il nous faut convaincre pour atteindre un niveau élevé de participation. Les hollandais sont déjà à 60 %. A nous de faire au moins aussi bien...

R. Benamouzig (✉)
Service de gastro-entérologie, Hôpital Avicenne,
Université Paris 13, 93000 Bobigny
e-mail : robert.benamouzig@aphp.fr