

# Dépistage organisé du cancer colorectal

Un moyen décisif pour lutter contre  
la 2<sup>e</sup> cause de décès par cancer  
en France

UN CANCER CURABLE  
À UN STADE PRÉCOCE

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ:  
UNE STRATÉGIE  
EN DEUX TEMPS

LE RÔLE DU MÉDECIN  
GÉNÉRALISTE

LE DÉPISTAGE  
DANS LA PRATIQUE

CONDUITES À TENIR  
EN FONCTION DU NIVEAU  
DE RISQUE

DESTINÉ À L'USAGE DES  
PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**E**xpérimenté depuis 2003, le dépistage organisé du cancer colorectal est entré en 2008 en phase de généralisation effective à l'ensemble du territoire national.

Destiné aux 16 millions d'individus âgés de 50 à 74 ans, le programme repose sur la réalisation tous les deux ans d'un test de

recherche de sang occulte dans les selles, suivi d'une coloscopie en cas de résultat positif. L'objectif est de réduire la mortalité par ce cancer aujourd'hui responsable de plus de 17 000 décès annuels.

Les médecins généralistes sont des acteurs déterminants de cette politique de santé publique; c'est avant tout à eux qu'est destiné ce document.

*Des informations sur la mise en œuvre opérationnelle du programme sont disponibles auprès des structures qui organisent le dispositif à l'échelon départemental (coordonnées sur le site de l'Institut National du Cancer [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) ou auprès de Cancer Info Service 0810 810 821, prix d'un appel local).*

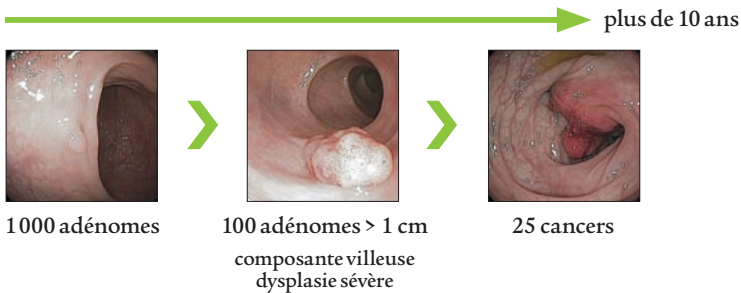
# 1 - Un cancer fréquent et grave mais curable à un stade précoce

Avec une estimation de 37 400 cas incidents en France pour l'année 2005, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent après ceux du sein et de la prostate. Il est rare avant 50 ans (6 % des cas). C'est la deuxième cause de mortalité par cancer après celui du poumon avec près de 17 000 décès en 2005, dont 53 % chez l'homme<sup>(1)</sup>. La survie relative moyenne à 5 ans s'élève à 57 %<sup>(2)</sup>.

La très grande majorité des cancers colorectaux surviennent chez des sujets de plus de 50 ans n'appartenant pas aux groupes à

risque élevé et très élevé<sup>(3)</sup>. Les causes des cancers colorectaux ne sont que partiellement connues. L'excès calorique, la sédentarité, une consommation excessive de viande et de charcuterie sont des facteurs de risque établis, tandis que les légumes jouent un rôle protecteur. Alcool et tabac sont aussi impliqués.

On estime que 60 à 80 % des cancers rectocoliques se développent à partir d'un polype adénomateux dont l'exérèse permet de prévenir la transformation maligne.



(1) Réseau FRANCIM - InVS.

(2) *Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau FRANCIM*, Éd Springer, 2007.

(3) *Antécédents familiaux ou personnels d'adénome ou de cancer colorectal, pancolite inflammatoire (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique) et prédisposition génétique (polypose adénomateuse familiale, syndrome HNPCC).*

Le pronostic associé au cancer colorectal est par ailleurs étroitement lié au stade de développement au moment du diagnostic.

On observe ainsi un taux de survie relative à 5 ans de 94 % pour les cancers diagnostiqués au stade I. Mais seulement un cancer colorectal sur cinq est diagnostiqué à ce stade<sup>(4)</sup>.

STADE (Classification TNM)	EXTENSION	SURVIE RELATIVE À 5 ANS	RÉPARTITION DES DIAGNOSTICS PAR STADE
Stade I	Paroi jusqu'à la musculature	94 %	19 %
Stade II	Paroi au-delà de la musculature, organe adjacent	80 %	28 %
Stade III	Ganglions envahis	47 %	26 %
Stade IV	Métastases viscérales	5 %	22 %

## 2 - Le dépistage organisé, un choix de santé publique en faveur d'une stratégie en deux temps

Les connaissances actuelles n'étant pas assez précises pour définir une politique de prévention primaire, le dépistage organisé du cancer colorectal – en identifiant les individus atteints d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer à un stade curable – est l'un des principaux moyens de réduire la mortalité par ce cancer.

L'expérimentation du dépistage organisé dans vingt-trois départements pilotes à partir de 2003 a permis de mesurer l'amélioration de la précocité du stade au diagnostic. Ainsi dans ce cadre, 43 % des cancers diagnostiqués sont de stade I, 24 % de stade II, 23 % de stade III et 10 % de stade IV.<sup>(5)</sup>

(4) *Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau FRANCIM*, Éd Springer, 2007.

(5) Goulard H, Ancelle-Park R, Julien M, Bloch J, les médecins coordinateurs. *Le cancer colorectal en France : évaluation 2002 à 2004*. [http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer\\_colorectal/cancer\\_colorectal.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_colorectal/cancer_colorectal.pdf).

L'efficacité du dépistage par recherche de saignement occulte dans les selles<sup>(6)</sup> avec un test au gâïac a par ailleurs été démontrée par plusieurs essais randomisés en Suède, en Angleterre, au Danemark et en France.

Il est établi qu'en faisant un test tous les deux ans entre 50 et 74 ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité, il est possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par cancer colorectal si la participation de la population atteint 50 %. La diminution de la mortalité est d'au moins 30 % chez les participants au dépistage<sup>(7)</sup>.

### LE TEST AU GAÏAC

Le test au gâïac présente les critères requis pour un dépistage organisé: simple (à faire chez soi, pas de régime alimentaire recommandé), acceptable, peu onéreux, sans danger.

Il est constitué d'un papier réactif imprégné de gâïac sur lequel est appliqué par l'individu un petit fragment de selle fraîchement émise. La lecture se fait par adjonction d'une solution alcoolique d'eau oxygénée avec réaction colorée bleue si le test est positif.

La sensibilité du test se situe entre 50 et 60 % pour les cancers, ce qui doit conduire à sensibiliser les patients à l'importance d'une pratique régulière tous les deux ans et à la nécessité de ne jamais négliger un signe

d'alerte dans l'intervalle. Sa spécificité s'élève à 98 %, ce qui permet de limiter les coloscopies inutiles. Sa valeur prédictive est élevée. Si le test est positif (2 à 3 % des cas), une coloscopie sur dix découvre un cancer et trois à quatre coloscopies sur dix découvrent au moins un adénome.

Les nouveaux tests immunologiques de recherche de sang dans les selles ont montré une meilleure sensibilité par rapport au test au gâïac, notamment dans une étude conduite en Normandie. Toutefois, des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer les meilleures modalités de leur utilisation dans les années à venir pour le programme français.

### LA COLOSCOPIE

La coloscopie est actuellement l'examen de référence pour mettre en évidence d'éventuelles anomalies du côlon ou du rectum. Elle permet en outre de pratiquer l'exérèse des polypes.

Si elles restent rares, les complications de la coloscopie ne doivent pas être ignorées, ce qui justifie la stratégie en deux temps pour les sujets à risque moyen. Outre les risques inhérents à l'anesthésie, les principales complications sur la population à risque moyen sont la perforation et l'hémorragie estimées de 1 à 2/1 000.

(6) La plupart des cancers ou des gros polypes saignent de façon intermittente (2/3 saignent au moins une fois par semaine).

(7) Le dépistage du cancer colorectal, état des lieux et perspectives, Étienne Dorval, Éd. Springer, 2006.

### 3 - Le rôle du médecin généraliste

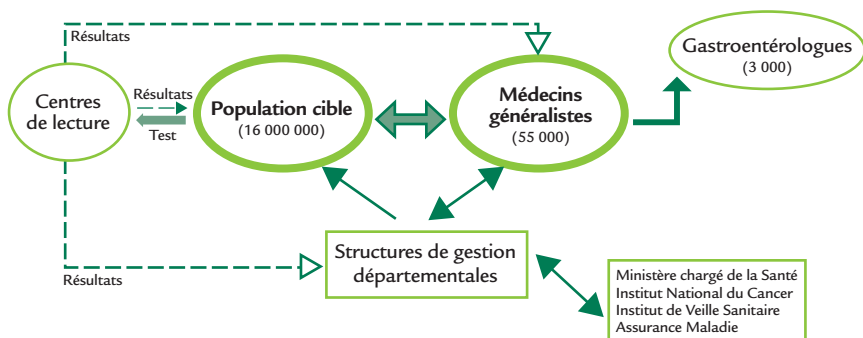
L'implication du médecin généraliste est un facteur décisif de l'adhésion des patients. On a pu mesurer lors des expériences pilotes que le taux de participation à la campagne est multiplié par trois quand le médecin remet le test à son patient<sup>(8)</sup>.

Le temps consacré au dépistage du cancer colorectal au cours d'une consultation a été évalué à 7 minutes en moyenne pendant lesquelles le médecin généraliste:

> évalue la conduite à tenir en fonction du niveau de risque (cf. page 7);

- > remet le test à son patient s'il est éligible au dépistage organisé;
- > explique la finalité du test, son mode d'emploi et la signification du résultat à venir.

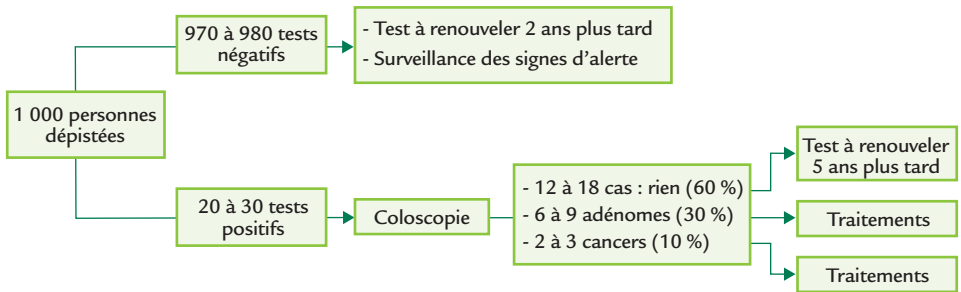
Le médecin généraliste est en lien avec la structure qui organise le dépistage au niveau départemental conformément à un cahier des charges publié au Journal Officiel<sup>(9)</sup>. Campagne d'invitation des patients, formation des médecins, approvisionnement en tests, mais également suivi de la qualité des centres de lecture et évaluation du dispositif comptent au nombre des prérogatives de cette structure.



(8) Faivre et al, *Gastroenterology* 2004.

(9) *Journal Officiel*, n°295, 21/12/2005.

## 4 - Le dépistage organisé du cancer colorectal dans la pratique



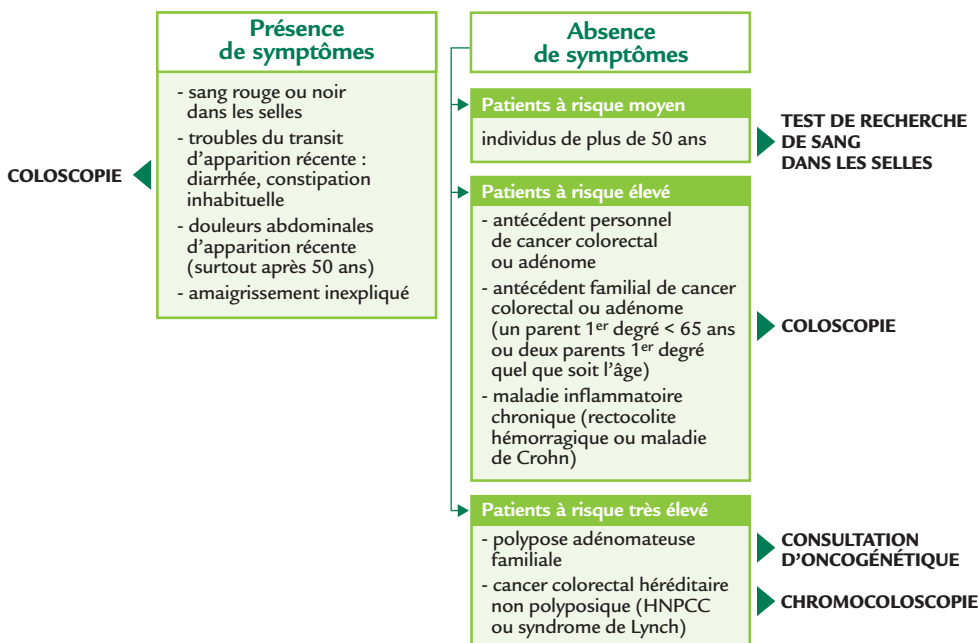
Concrètement, sur la base d'une population cible de 16 millions d'hommes et de femmes, invités par moitié chaque année, avec un taux de participation de 50 %, et un taux de réalisation de coloscopie de 85 % après test positif, cela représente environ chaque année la décou-

verte de 9 200 cancers et de 27 500 adénomes. Soit rapporté à un effectif de 40 000 médecins participant au programme, un peu moins d'une lésion (précancéreuse ou cancéreuse) par an par médecin.

### EN SYNTHÈSE POUR LES PATIENTS ÉLIGIBLES AU DÉPISTAGE ORGANISÉ

- Le cancer colorectal est fréquent après 50 ans et potentiellement de mauvais pronostic.
- Le dépistage est un bon moyen de détecter et traiter un cancer colorectal à un stade précoce (guérison dans plus de neuf cas sur dix au stade I) et même de l'éviter en réalisant l'exérèse du polype qui précède son apparition.
- Le test est non invasif, à faire tranquillement chez soi. Il est peu onéreux. Son coût et sa lecture sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.
- Si le test est négatif (97 à 98 % des cas), cela signifie qu'aucun saignement n'a été détecté. Mais une lésion ne saigne pas tout le temps, ce qui explique que le test peut être pris en défaut. Il est donc très important de le refaire deux ans plus tard et de surveiller tout symptôme dans l'intervalle.
- Si le test est positif (2 à 3 % des cas), cela signifie que du sang a été détecté dans les selles. Il faut donc pratiquer une coloscopie pour en identifier l'origine. Dans 60 % des cas, aucune anomalie n'est détectée. Dans 30 % des cas, on détecte un polype qui peut être retiré durant la coloscopie, évitant ainsi qu'il ne se transforme un jour en cancer. Dans 10 % des cas, on détecte un cancer qu'on traite d'autant mieux qu'il est découvert tôt.

## 5 - Schéma simplifié des conduites à tenir en fonction du niveau de risque



Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'INCa est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été édité en février 2008. Il peut être demandé à l'adresse suivante:

Institut National du Cancer (INCa)  
 52, avenue André-Morizet - 92100 Boulogne-Billancourt  
 Tél.: 01 41 10 70 34 - Fax: 01 41 10 15 89  
 diffusion@institutcancer.fr

Ce document est téléchargeable sur [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

© 2008. Institut National du Cancer

Édité en février 2008  
 par l'Institut National du Cancer  
 Conception/réalisation: Parimage  
 Tous droits réservés - Siren 185 512 777  
 Impression: Comelli  
 DÉPÔT LÉGAL FÉVRIER 2008

Pour en savoir plus :  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

À conseiller à vos patients :  
**CANCERINFOSERVICE 0810 810 821**  
PRIX APPEL LOCAL

Édité en février 2008 par l'Institut National du Cancer en partenariat avec :

