

BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

Le dépistage par Hémocult® réduit la mortalité par cancer colorectal Résultats de l'étude de Bourgogne

Mots clés :

cancer,
dépistage,
colorectal,
mortalité,
essai
contrôlé

Le dépistage du cancer colorectal (CCR) par recherche du sang occulte dans les selles concerne la population de 50 à 74 ans, à l'exclusion des personnes à risque, pour lesquelles la coloscopie doit être utilisée d'emblée¹. Ainsi défini, il a prouvé son efficacité sur la mortalité par CCR dans 3 essais contrôlés, américain, britannique et danois, effectués dans l'environnement de systèmes de santé très différents du nôtre. Les résultats de l'essai français en cours depuis 1988 en Bourgogne viennent d'être publiés². Ils confirment que ces résultats favorables peuvent être obtenus en France, à condition de respecter des règles de réalisation très strictes. Celles-ci ont par ailleurs été précisées dans le cahier des charges national qui encadre les dépistages organisés dès à présent dans 22 départements français. Dans ce premier numéro, *Bibliomed* présente la synthèse des résultats de l'étude bourguignonne.

Une étude sur 45 642 personnes suivies 11 ans

Le dépistage a été proposé tous les 2 ans dans 12 cantons de Saône et Loire à toute les personnes nées entre 1914 et 1943. Une population similaire de Côte d'Or servait de témoin. Le test Hémocult® était remis par le généraliste ou le médecin du travail, à défaut adressé par voie postale, avec si besoin une lettre de rappel après un mois. En cas de test positif, les patients étaient invités à consulter leur généraliste qui conseillait une coloscopie totale. En cas de test négatif, ils étaient informés des limites du test et de la nécessité de consulter en cas d'apparition de symptômes digestifs.

Une participation satisfaisante

Sur l'ensemble des tests proposés dans les 6 vagues de dépistage, 55% ont été réalisés (au moins 1 test pour 70% de la population invitée, 5 ou 6 pour 38%). Le nombre des tests remis par les généralistes a augmenté avec le temps, passant de 35% des personnes invitées à la première vague à 45% pour les suivantes ; ils étaient réalisés dans 85% et 91% des cas, alors que les tests envoyés par voie postale n'étaient réalisés que dans 34% et 28% des cas.

1988 tests positifs après 6 dépistages, 196 CCR

Les tests positifs étaient 2,1% lors de la 1^{ère} vague, 1,4% lors des suivantes. Sur l'ensemble, 1298 coloscopies complètes ont été réalisées, concernant 79% des tests positifs lors des premières vagues, 92% lors des 2

dernières, acceptation sans doute facilitée par le confort lié à l'extension de l'anesthésie. Il n'y a eu aucune complication sévère. Aucun CCR n'a été diagnostiqué dans l'année suivant l'examen, 7 deux à cinq ans plus tard.

En moyenne la valeur prédictive positive d'un test a été de 11,5% pour les CCR (196 au total), 16,8% pour les gros adénomes, 11,4% pour les petits adénomes.

Les « ratés » du dépistage

Ils sont de deux types :

- chez les 245 personnes avec test positif qui n'ont pas fait de coloscopie (13%) : 11 CCR ont été découverts ultérieurement (4,5%).

- chez les patients dépistés avec test négatif (96% des dépistés) : 285 CCR de l'intervalle ont été observés (1,14%).

Pronostic et mortalité améliorés par le dépistage

Il y a eu 699 CCR dans le groupe étude : 196 avec test positif, 285 cancers de l'intervalle, 218 chez les non répondants au dépistage. L'incidence a été identique dans le groupe témoin (698 CCR). Mais les CCR de stade 1 étaient plus fréquents pour le groupe des personnes à test positif (42%) que pour celui des cancers de l'intervalle (30%), des non participants (17%) et du groupe contrôle (24%). Par rapport au groupe témoin, sur 11 ans, la mortalité par CCR était réduite de 16% pour l'ensemble de la population invitée au dépistage, et de 33% pour les seuls participants à ce dépistage.

Les résultats sont semblables à ceux des études précédentes :

- **réduction de mortalité de 16%** : elle était de 14% après 6,7 ans dans l'étude anglaise (39% pour les participants), 18% après 10 ans dans l'étude danoise (33% pour les participants), 21% dans l'étude américaine (qui n'incluait que des volontaires).

- **pas de réduction de l'incidence des CCR malgré l'ablation des adénomes** : il faudrait probablement un suivi plus long pour la mettre en évidence² : l'étude américaine a rapporté un tel résultat après 18 années de suivi.

- **La participation au dépistage est le premier élément indispensable à une réduction de mortalité**. Elle nécessite l'implication forte des médecins généralistes^{3,4}.

- **Les conditions d'utilisation du test et sa validité sont la seconde exigence**.

Nous reviendrons prochainement sur ce qu'impliquent ces « nouvelles » pratiques pour le médecin généraliste.

Références :

- 1 – Collectif. Dépistage du cancer colo-rectal. Conditions d'efficacité. Place du médecin généraliste. *Bibliomed* 2002 : 272.
- 2 – Faivre J. et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a french controlled study. *Gastroenterology* 2004 ; 126 : 1674-80.
- 3 – Gallois P, Lamour J, Mura Ph. Cancer colo-rectal : Pourquoi impliquer les généralistes dans le dépistage. *Rev Prescrire* 2002 ; 231 : 631-2.
- 4 – Collectif. Dépistage des cancers : à quelles conditions est-il efficace ? Comment impliquer patients et médecins ? *Bibliomed* 2003 : 323.