

Devrait-on offrir aux Canadiens le dépistage systématique du cancer colorectal?

OUI

Gilles Pineau MD

En 2007 au Canada, 20 800 personnes ont appris qu'elles étaient atteintes d'un cancer colorectal, dont 9 400 femmes et 11 400 hommes. Durant la même année, 8 700 personnes sont mortes de ce cancer, 4 000 femmes et 4 700 hommes. Au Canada, depuis 25 ans, le taux d'incidence normalisé de ce cancer est stable, et le taux de mortalité normalisé montre une légère baisse. Le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer au pays, après le cancer du poumon. C'est aussi le troisième type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué tant chez les femmes que chez les hommes¹.

La plupart des cancers du côlon prennent naissance dans un polype adénomateux dont les cellules évoluent vers un cancer sur une période de plusieurs années par un processus qui n'est pas encore clairement établi. L'excision chirurgicale est l'approche thérapeutique standard, couplée selon l'extension de la lésion, à de la chimiothérapie ou de la radiothérapie. Le pronostic est directement fonction du stade du cancer.

Au Canada, la survie relative à 5 ans est de 60% pour le cancer colorectal. De manière plus précise, le taux de survie à 5 ans va de plus de 90% pour une lésion de stade T1N0M0 à 5% pour une lésion TxNxM1. Il est donc de la plus grande importance d'intervenir le plus tôt possible avant que le cancer n'ait dépassé la séreuse et envahi les ganglions^{2,3}.

Caractéristiques d'un programme organisé de dépistage efficace du cancer

Le dépistage vise à détecter une lésion cancéreuse ou précancéreuse avant que celle-ci ne se soit manifestée par des symptômes. Un tel dépistage peut être incorporé dans un programme organisé lorsque la situation présente les caractéristiques suivantes^{4,5}.

- Le test de dépistage réduit la mortalité.
- Le test de dépistage permet de détecter la maladie à un stade préclinique.

- Le test permet de prédire exactement si une personne souffre d'un cancer (degré élevé de sensibilité) ou n'en souffre pas (degré élevé de spécificité).
- Le test est considéré sûr et n'expose pas la personne à un risque inacceptable.
- Si un cancer est détecté au moyen du dépistage, un traitement efficace est disponible à un coût abordable.

Application au cancer colorectal

Le dépistage du cancer colorectal rencontre les conditions énumérées précédemment. Environ 90% des cas de cancer colorectal sont diagnostiqués chez des Canadiens de plus de 50 ans. On estime que si un programme organisé du cancer colorectal était offert à la population des hommes et des femmes de 50 à 74 ans et si 70% de cette population y participait, on pourrait réduire la mortalité reliée à ce cancer d'au moins 17%. Les modalités de ce dépistage consistent en une recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans suivie, si ce test est positif, soit d'un lavement baryté, soit d'une colonoscopie^{4,6-8}.

On peut comparer cette approche à celle du dépistage du cancer du sein, qui consiste comme première intervention en une mammographie tous les 2 ans suivie par une biopsie si la mammographie a soulevé la possibilité d'une lésion maligne. Dans le cas de la recherche de sang occulte, un test positif sur 10 s'avérera par la suite être un cancer. Dans le cas du cancer du sein, une lésion sur 18 détectée à la mammographie sera cancéreuse.

Le test de recherche de sang dans les selles ne comporte pas de risque, mais provoquera une inquiétude inutile chez 9 personnes sur 10, tout comme chez 17 femmes sur 18 qui ont une lésion mammaire à la mammographie. Par contre, le lavement baryté tout comme la colonoscopie comporte certains risques en plus d'un inconfort certain. L'avantage de guérir presque à coup sûr le patient porteur d'une lésion cancéreuse prise tôt dans son évolution ou de prévenir l'évolution de polypes bénins en lésions malignes

suite à la page 510


This article is also in English on **page 504**.

Les auteurs pourront de réfuter les arguments de leur opposant dans réfutation d'un prochain numéro.

OUI suite de la page 508

l'emporte sur les risques de ces procédures, ces derniers pouvant être enlevés par colonoscopie ou sigmoïdoscopie avant qu'ils ne deviennent cancéreux.

Conclusion

Il n'existe pas à l'heure actuelle au Canada une longue expérience d'un programme organisé de dépistage du cancer colorectal. Récemment, les provinces de l'Ontario, du Manitoba et de l'Alberta ont lancé des initiatives en ce sens. Il faudra donc suivre avec attention l'évolution des expériences en cours dans les provinces déjà impliquées tout comme les développements technologiques. La diminution de la mortalité par cancer du sein et du col de l'utérus due en partie à la participation des femmes à un dépistage précoce nous incite à passer à l'action de manière réfléchie par une concertation des autorités de la lutte au cancer, des autorités de santé publique et de la profession médicale^{2,9,10}. 

D^r Pineau est vice-président de la Division québécoise de la Société canadienne du cancer.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance à: D^r Gilles Pineau, 453 Wiseman, Outremont, QC H2V 3J9; téléphone 514 272-3800; courriel gpineau@bellnet.ca

Références

1. Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*. Toronto, ON: Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada; 2007.
2. Kasper DL, Harrison TR. *Harrison's principles of internal medicine*. 16th ed. New York, NY: McGraw-Hill, Medical Publishing Division; 2005.
3. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer: principles and practice of oncology*. 7th ed. London, Engl: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
4. Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2006*. Toronto, ON: Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada; 2006.
5. Pollock RE, Doroshow JH, rédacteurs. *UICC manual of clinical oncology*. 8th ed. Hoboken, NJ: Wiley Liss; 2004.
6. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996;348:1472-7.
7. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet* 1996;348:1467-71.
8. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med* 1993;328(19):1365-71. Erratum dans: *N Engl J Med* 1993;329(9):672.
9. Singh H, Turner D, Xue L, Targownik LE, Bernstein CN. Risk of developing colorectal cancer following a negative colonoscopy examination: evidence for a 10-year interval between colonoscopies. *JAMA* 2006;295(20):2366-73.
10. Mandel JS. Which colorectal cancer screening test is best? *J Natl Cancer Inst* 2007;99(19):1424-5. Epub 2007 Sept 25.

CONCLUSIONS FINALES

- Le cancer colorectal présente toutes les caractéristiques nécessaires à l'établissement de programmes de dépistage efficace.
- Ces programmes permettraient de diminuer d'au moins 17% la mortalité due à ce cancer responsable de 8 700 décès par année au Canada.
- Les médecins de famille doivent appuyer l'établissement de programmes de dépistage structurés et encourager leurs patients à y participer.

