

LE DÉPISTAGE ET LA PRÉVENTION DU CANCER COLO-RECTAL A L'ÉPREUVE DES NOUVELLES TECHNOLOGIES ...

Le cancer colo-rectal (CCR) est la deuxième cause de décès par cancer aux USA. En 2004, 150 000 nouveaux cas seront diagnostiqués. Tous stades confondus, la survie à 5 ans est estimée à 62%. Bien que le coût de ce dépistage ne dépasse pas celui du traitement de l'HTA et soit très inférieur à celui du dépistage des cancers du sein, le CCR est devenu un important problème de santé publique aux USA.

Quoi de neuf dans le dépistage du CCR aux USA ?

La *recherche d'un saignement occulte dans les selles* permet de réduire l'incidence du CCR de 15 à 20%. Terdiman rapporte une bonne spécificité de ces tests avec cependant une sensibilité assez faible de 12 à 24%. La réduction de la mortalité observée est de 15 à 33% selon que cette recherche soit effectuée chaque année ou tous les 2 ans. Le choix proposé par cet auteur est de réaliser ce test chaque année pour la population cible habituelle.

L'apparition des *tests génétiques de dépistage* est venu envahir les symposium de l'AGA 2004. Ahlquist a exposé les modalités et les performances d'un test récemment commercialisé sous le nom de **PREGEN PLUS**. Le principe de ce test fécal est basé sur l'exfoliation de cellules dans la lumière intestinale en cas de cancer et sur la possibilité d'en rechercher l'ADN. Aucune restriction alimentaire ou médicamenteuse ni aucune préparation n'est nécessaire à la pratique de ce test. La stabilité de l'ADN permet un envoi postal vers un laboratoire de référence rendant ainsi ce test très accessible. Chez des patients sélectionnés, la sensibilité de ce test varie de 70 à 90% pour le CCR et de 50 à 70% pour les gros adénomes avec une spécificité de 93 à 100%. Le siège de la lésion cancéreuse ne semble pas affectée les résultats de ce test. Deux études sont actuellement en cours ; les résultats préliminaires de l'une d'entre elle montre une très haute spécificité avec une sensibilité de 57% pour les CCR curable contre 13% pour l'HEMOCCULT ($p < 0,003$). Le rapport coût bénéfice des premières études semble supérieur à celui du dépistage habituel. Bien que cette principale application ne soit pas encore totalement validée, Ahlquist y voit déjà des applications futures (recherche de cancers supra coliques, surveillance de dysplasie dans les MICI et les endobrachyœsophages ...)

La coloscopie vit-elle ses dernières heures ?

L'étude de Pickhardt (NEJM 2003) est venue bouleverser le monde de la gastro-entérologie en annonçant une sensibilité de la *coloscopie virtuelle* de 89 à 94% pour le diagnostic des polypes contre 88 à 92% pour la coloscopie conventionnelle. Ces résultats sont cependant tempérés par ceux de Colton (JAMA 2004), où la sensibilité varie de 39 à 55% des cas. Les résultats plus détaillés de plusieurs travaux révèlent de grandes variations inter-observateurs. Malgré les progrès technologiques (10 min de temps d'examen, acquisition 3-D, logiciel « nettoyeur » gommant les préparations imparfaites, ...), l'optimisme des radiologues doit donc être tempéré et la coloscopie virtuelle ne donne pas encore la réponse attendue.

Les polypes plans et les CCR T1 ne doivent plus être une spécialité japonaise. L'utilisation plus large de la chromoendoscopie permet de retrouver plus fréquemment, en Europe comme au Japon, des « petits » cancers. La **chromoendoscopie avec utilisation d'endoscope à fort grossissement** ouvre de nouvelles voies. En effet, si elle ne remplace pas encore l'histologie, cette technique endoscopique permet de prédire le type histologique des polypes avec une précision diagnostique de 79 à 92% (Apel et Togashi AGA 2004). Matsuda (AGA 2004) va encore plus loin en démontrant les bienfaits médico-économiques de cette technique par rapport à l'histologie. La chromoendoscopie avec utilisation de zoom permet également, avec une précision diagnostique de 94 à 98% (Bianco, Fukutomi et Kashida AGA 2004), de distinguer les CCR au stade T1, accessible à une mucosectomie, (risque très faible d'invasion ganglionnaire) des CCR au stade T2, relevant d'une chirurgie (10 à 15% de N+).

Le suivi endoscopique des RCH est difficile. Messmann a montré l'intérêt de la **fluoroscopie** après injection d'ALA permettant de guider les biopsies vers les zones rouges fréquemment dysplasiques (sensibilité 43% - spécificité 73%).

Surveillance après polypectomie ou ces patients qui nous échappent ...

En attendant le nouveau consensus français, l'AGA 2004 nous a livré quelques débats sur la surveillance après polypectomie. Le récent consensus américain a essentiellement modifié celui de 1997 en déterminant un **groupe de patients à risque faible** (moins de 2 adénomes, ≤ 1 cm, absence d'antécédent familial de CCR) où la surveillance coloscopique ne doit intervenir qu'à 3 ans. Par ailleurs, on retiendra que l'**observance des patients vis à vis de la surveillance** est fonction du suivi mis en place par l'équipe médicale (Appel et Veerappan AGA 2004).

Que doit on manger ? Les conseils de l'oncle Sam ...

Si les vitamines, les fibres et les repas allégés n'ont pas montré de bénéfice, en revanche, la prise quotidienne de 1200 mg de Ca diminue modérément le risque de polype (risque relatif (RR) = 0,85). Par ailleurs, la prise d'aspirine, bien qu'associé à un RR relatif plus faible de CCR, n'est pas actuellement indiquée dans la chimioprophylaxie du CCR. (Giardello AGA 2004)