

## Diagnostic précoce du cancer colo-rectal: problèmes techniques et acceptabilité

J.-J. Gonvers

Policlinique médicale universitaire,  
avenue César-Roux 19, CH-1005 Lausanne

La survie à 5 ans du cancer colique ne s'est pas améliorée ces vingt dernières années et il ne faut pas s'attendre à des progrès spectaculaires de la part de la chirurgie. Seul le diagnostic précoce paraît à l'heure actuelle susceptible d'améliorer le pronostic du cancer colique. Il convient de distinguer deux groupes de patients chez lesquels vont s'appliquer les méthodes de diagnostic précoce:

1. les patients sans facteur de risque particulier si ce n'est un âge supérieur à 40 ans;
2. les patients à risque.

Les patients sans facteur de risque sont de loin les plus nombreux. Il faut donc utiliser chez eux une méthode simple et applicable sur une large échelle. Les patients à risque sont nettement moins nombreux et justifient la mise en œuvre de moyens plus sophistiqués telle la coloscopie. Appartiennent à la catégorie des patients à risque ceux qui ont des antécédents de polypes ou cancer colique, ceux qui présentent une colite étendue de plus de 10 ans d'évolution, ceux qui ont une anamnèse de polypose colique familiale. Ce dernier groupe de patients a un risque de 100 % de développer un cancer colique et doit faire l'objet de coloscopies tous les 3 ans dès l'âge de 12 ans.

Comment faire un diagnostic précoce de cancer colo-rectal chez les patients qui n'appartiennent pas à la catégorie à risque? On peut rechercher chez ces patients les symptômes évocateurs du cancer colo-rectal, la présence de sang occulte dans les selles ou encore les soumettre à des contrôles répétés par rectoscopies ou coloscopies. Farrand et Hardcastle [1] ont étudié les possibilités de diagnostic précoce du cancer colique par la recherche à l'aide de questionnaires de symptômes évocateurs du cancer colique (diarrhées pendant plus d'une semaine, modification du transit, rectorragies, perte de poids supérieure à 3 kg, douleurs abdominales). 34 % seulement des patients ont retourné le questionnaire et dans 24 % des cas, ont fait mention d'un ou de plusieurs symptômes. Ces patients ont été alors investigués par sigmoïdoscopie et lavement baryté en double contraste. Ces deux investigations n'ont entraîné la découverte que d'un polype adénomateux. Cette étude semble démontrer qu'un questionnaire à remplir par les patients sans pathologie colo-rectale connue n'est pas très utile dans le diagnostic précoce du cancer colo-rectal et qu'il entraîne de nombreuses investigations inutiles.

Ces quinze dernières années, un intérêt considérable s'est développé pour la recherche de sang occulte dans les selles à l'aide de tests comprenant des papiers-filtres imprégnés de guaiac. Décrite par Greigor et

proposée dès 1971 [5] pour le dépistage du cancer colo-rectal, cette technique est largement utilisée aux Etats-Unis. Elle a été introduite également sur une large échelle en 1977 en Allemagne fédérale. Une analyse de 14 études parues en Europe entre 1972 et 1982 est résumée dans le tableau 1.

Analyse de 14 études (1972–1982)
Nombre de sujets testés: 101 000
Tests positifs: 1,4–6,6 %
Nombre de cancers diagnostiqués: 345 (3,4‰)
Nombre de polypes: 671 (6,6‰)

Tableau 1. Diagnostic précoce du cancer colo-rectal par l'Hemoccult® en Europe [4].

De ces études, il ressort que la recherche de sang occulte est positive chez 2 à 5 % des sujets de plus de 40 ans, que la compliance des patients se situe aux environs de 50 % (15 à 75 %) et que la valeur prédictive d'un test positif est de 5 à 10 % pour le cancer colo-rectal et de 20 % pour les polypes. Un test faussement négatif n'est pas dû seulement au fait que le saignement est inférieur à la sensibilité du test. Il peut être également la conséquence d'un saignement intermittent, de problèmes d'échantillonnages, d'une transformation de l'hémoglobine en porphyrine qui donne une réaction négative ou de la prise de vitamines C par le patient. Le pourcentage de cancers donnant une réaction faussement négative est en moyenne de 17 %. Un test peut être également faussement positif lorsque la source de spoliation ne provient pas d'un cancer ou d'un polype ou encore lorsque le patient a consommé de la viande rouge ou des légumes crus, riches en peroxydases. Parmi les médicaments susceptibles de fausser un test il convient de signaler le fer et l'Aspirine. Parmi tous ces facteurs, la viande rouge semble jouer le rôle le plus important et la majorité des auteurs recommande, avant et pendant le test, un régime sans viande.

Que nous apporte la recherche de sang occulte dans les selles? Elle permet le diagnostic du cancer colo-rectal à un stade plus précoce. Les patients devraient donc avoir une survie prolongée. A l'heure actuelle, cet élément n'a pas encore été démontré. Rares sont les études qui ont fait appel à des groupes-contrôles [3, 6, 7]. L'étude de Hardcastle [6] a porté sur 20 525 sujets qui ont été répartis au hasard en deux groupes: un groupe test soumis à l'Hemoccult et un groupe contrôle. La compliance dans le groupe Hemoccult a

été de 36,8%. Les cas positifs au nombre de 77 ont été investigués; un cancer a été diagnostiqué chez 12 patients et des polypes chez 27 autres. L'année suivante, il n'a été trouvé qu'un cancer dans le groupe Hemoccult alors que dans le groupe Hemoccult non renvoyé et dans le groupe-contrôle il a été trouvé respectivement 8 et 10 cancers. Cette étude se poursuit pour voir si la recherche de sang occulte dans les selles permet de diminuer la mortalité du cancer colo-rectal. L'étude de Gilbertsen [2] parue en 1974 semble démontrer à première vue qu'il est possible de prévenir le cancer rectal par rectoscopie et polypectomie. Cette étude s'est étendue sur 25 ans et a porté sur plus de 18 000 patients. Seuls 11 cancers, tous à un stade précoce, ont été découverts au lieu des 75 à 80 attendus. Cette étude ne comporte malheureusement pas de groupe-contrôle, ce qui en limite la valeur. A l'heure actuelle, la sigmoïdoscopie au fibroscope tend à remplacer la rectoscopie à l'instrument rigide. La sigmoïdoscopie est une technique simple qui permet d'examiner une longueur de côlon deux à trois fois plus grande. Une étude est en cours au Sloan-Kettering Cancer Centre pour essayer de mieux définir sa place. La question demeure posée néanmoins de savoir s'il est possible de soumettre tout patient asymptomatique de plus de 40 ou 45 ans à une sigmoïdoscopie. La coloscopie totale a d'importants arguments en sa faveur: elle est précise, elle fournit une image en couleur, elle permet la biopsie ou la polypectomie. Néanmoins, la coloscopie est une technique trop coûteuse et trop agressive pour être utilisée comme examen de diagnostic précoce chez le patient sans risque particulier. Elle représente par contre l'examen de choix chez les patients à risque. En conclusion, à l'heure actuelle, la recherche de sang occulte représente malgré toutes ses limites la seule

méthode de diagnostic précoce envisageable chez les patients de plus de 40 ans sans facteur de risque particulier. Chez les patients à risque, la coloscopie est sans conteste la méthode de diagnostic de première intention.

#### Summary

##### Early diagnosis of colorectal cancer: technical problems and acceptability

There has been little change in the survival rate of colorectal cancer over the last 20 years. Earlier diagnosis probably offers the best hope for improving this survival. At the present time, the only practical method of population screening is by the detection of occult blood in the faeces. Almost all published screening trials are uncontrolled. Although cancer detected by occult blood screening tends to be at a relatively early stage, only controlled trials can answer the critical question of whether screening decreases mortality from bowel cancer. High risk patients (prior adenoma or colorectal cancer, extensive colitis of more than 10 years duration, family history of polyposis) should have colonoscopy at regular intervals.

#### Références

- [1] Farrand P.-A., Hardcastle J.D., Colorectal screening by a self-completion questionnaire. *Gut*, 25, 445–447, 1984.
- [2] Gilbertsen V.A., Proctosigmoidoscopy and polypectomy in reducing the incidence of rectal cancer. *Cancer*, 34, 936–939, 1974.
- [3] Gilbertsen V. A., McHugh R. R., Schuman L., et al., The earlier detection of colorectal cancer. *Cancer*, 45, 2899–2901, 1980.
- [4] Gnauck R., Übersicht und Beweiskraft europäischer und amerikanischer Hemoccult-Studien. Dans: P. Frühmorgen, Prävention und Früherkennung des kolorektalen Karzinoms. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, Springer, 1984.
- [5] Greegor D. H., Occult blood testing for detection of asymptomatic cancer. *Cancer*, 28, 131–134, 1971.
- [6] Hardcastle J. D., Farrand P.-A., Balfour T. W. et al., Controlled trial of fecal occult blood testing in the detection of colorectal cancer. *Lancet* II, 1–4, 1983.
- [7] Winawer S. J., Andrews M., Flehinger B. et al., Progress report on controlled trial of fecal occult blood testing for the detection of colorectal neoplasia. *Cancer*, 45, 2959–2964, 1980.