

Prévention & Dépistage



P. Étienne Dorval - DR

Le cancer colorectal

Interview du P^r Dorval

Dépistage : «La clé du succès, c'est l'organisation»

Le Professeur Étienne Dorval, hépato-gastroentérologue au CHU Trousseau de Tours (Indre-et-Loire), est aussi secrétaire général de la Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE).

Comment s'organise aujourd'hui le dépistage du cancer colorectal en France ?

Pr Dorval : Précisons d'abord que la méthode diffère selon le niveau de risque des personnes concernées. En cas de risque élevé ou très élevé pour un patient, le dépistage repose sur la réalisation d'une coloscopie. Ces personnes représentent un quart des personnes qui développeront par la suite un cancer colorectal.

Quelles sont ces personnes à risque élevé ou très élevé ?

Lorsqu'il y a un antécédent de cancer colorectal familial au premier degré avant 65 ans, on parle de risque élevé. Quand il s'agit d'une histoire familiale plus importante, avec plusieurs cas sur plusieurs générations, c'est-à-dire les polyposes adénomateuses familiales, ou du syndrome de Lynch ou HNPCC (*Hereditary Non Polyposis Colon Cancer*), alors on parle de risque très élevé. Dans ce cas, l'âge de la première coloscopie dépend essentiellement de cette histoire familiale. Dans les cas extrêmes, elle peut être réalisée chez des patients âgés d'à peine 10 ans.

Comment se déroule cette coloscopie ?

Cet acte se pratique en médecine ambulatoire. Il faut d'abord préparer les intestins

grâce à un régime sans résidus quelques jours auparavant, puis, la veille de l'examen, grâce à une purge par PEG (polyéthylène glycol) ou par un autre laxatif : le côlon doit être exempt de toute matière fécale. La coloscopie est réalisée le plus souvent sous sédation ou neuroleptanalgie. Cela sous-entend qu'avant de pratiquer cet examen, une consultation anesthésique a été réalisée de même que les examens nécessaires. Il est important de rappeler que le patient ne ressent absolument aucune douleur grâce à la sédation. Cet examen dure en moyenne une demi-heure. Si le côlon est tortueux, cela peut être plus long. Il faut en effet examiner attentivement la totalité du gros intestin : rectum, sigmoïde, côlon gauche, transverse et côlon droit jusqu'au caecum.

Quel est l'intérêt de cet acte ?

La coloscopie est non seulement un acte de diagnostic - le plus sensible et spécifique dans ce domaine - mais aussi thérapeutique. Ainsi, au cours de cet examen, si l'on découvre un polype, il peut être immédiatement enlevé car on sait que les polypes adénomateux sont des lésions précancéreuses. Si c'est une lésion plus importante, cancer avéré ou polype dont l'exérèse est impossible par voie endoscopique, celle-ci peut être biopsiée puis analysée par un anatomopathologiste et permettre une prise de décision motivée. Selon le résultat de cette première coloscopie, et l'histoire familiale du patient à risque, il convient de définir le rythme auquel cet examen devra être renouvelé. Ces caractéristiques d'outil diagnostique et thérapeutique confèrent à la coloscopie une place irremplaçable en matière de lutte contre le cancer colorectal.

Qu'en est-il pour les personnes ne présentant pas de risque élevé ?

Rappelons que le cancer colorectal est le cancer le plus fréquent en France, les deux sexes confondus et que le taux de survie à 5 ans n'est que de 50 %. Plus tôt il est

Les données clés

- Avec plus de **36 000 nouveaux cas estimés en 2000**, le cancer colorectal se situe au 3^e rang des cancers diagnostiqués. Il représente 13 % de l'ensemble des cancers incidents, et se situe, par sa fréquence, au 3^e rang chez l'homme et au 2^e rang chez la femme.
- Le cancer colorectal se situe au 2^e rang des décès par cancer avec près de 16 000 décès en 2000, soit **10,6 % de l'ensemble des décès par cancer**.
- L'âge médian de diagnostic est de 72 ans chez l'homme et 75 ans chez la femme (il est très rare avant 50 ans). Si le taux d'incidence est semblable chez les deux sexes jusqu'à 55 ans, il augmente ensuite régulièrement, de façon plus rapide chez les hommes.
- L'évolution de la mortalité par sexe est assez similaire à celle de l'incidence. Le taux de mortalité atteint son maximum pour les malades de 85 ans et plus.
- L'incidence du cancer colorectal a augmenté régulièrement depuis deux décennies. Entre 1978 et 2000, le taux annuel moyen d'évolution de l'incidence est de + 0,99 % pour les hommes et de + 0,83 % pour les femmes. Le nombre de nouveaux cas passe pour les hommes de 12 510 en 1980 à 19 431 en 2000, et pour les femmes de 11 457 à 16 826.
- Sur la même période, la mortalité diminue, de façon plus marquée pour les femmes que pour les hommes. Cependant, à cause du vieillissement de la population, le nombre total de décès augmente dans les deux sexes.
- Selon les registres français, le cancer colorectal n'est pas marqué par de fortes disparités d'incidence entre les départements français.

(D'après les données de l'InVS - août 2003)

Prévention

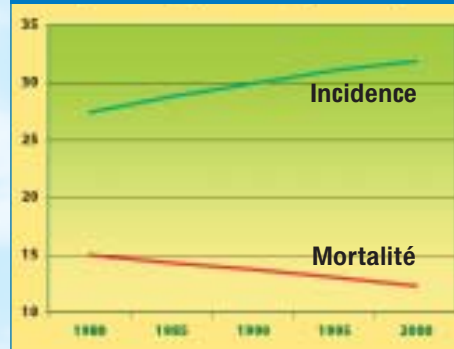
DÉPISTER
LES FORMES HÉRÉDITAIRES

■ **Polypose adénomateuse familiale (PAF ou syndrome de Gardner)** : maladie autosomique dominante en rapport avec une altération du gène APC situé sur le chromosome 5, elle concerne une naissance sur 10 000. Cette pathologie se caractérise par l'apparition, le plus souvent dès la puberté, de centaines de polypes au niveau du rectum et du côlon, qui dégèrent rapidement en cancer vers l'âge de 20 ans. Des adénomes peuvent aussi apparaître au niveau du duodénum. Des signes cliniques oculaires peuvent aussi survenir, dus à une hypertrophie de la couche pigmentaire de la rétine. La maladie génétique étant connue, le diagnostic en est généralement simple et les enfants sont suivis dès leur plus jeune âge. Si la mutation est avérée, la sanction thérapeutique est une exérèse totale du colon à l'âge de la majorité.

■ **Cancer colorectal non précédé de polypose (HNPCC en anglais, ou syndrome de Lynch)** : maladie autosomique dominante en rapport, dans deux tiers des cas, avec des altérations des gènes MSH2, MLH1 ou MSH6, situés sur les chromosomes 2,3 et 7. Elle concernerait 2 % des cancers colorectaux chez les moins de 60 ans. La description clinique étant peu précise, elle est définie selon trois critères dits d'Amsterdam : famille comprenant au moins trois cas de cancer colorectal sur deux générations successives, l'un étant survenu avant 50 ans, et ce en dehors d'une polypose familiale. Pour les personnes à risque de HNPCC, le suivi repose sur une coloscopie biennale à partir de l'âge de 20 ans. Le syndrome de Lynch de type II est parfois associé à des cancers de l'endomètre et de l'ovaire (une surveillance gynécologique est donc conseillée aux femmes de plus de 30 ans), ainsi que de l'estomac et de l'épithélium des voies biliaires.

L'HYGIÈNE DE VIE

L'égalité devant le risque d'un cancer n'existe pas. L'alimentation et le mode de vie peuvent toutefois jouer un rôle protecteur pour le cancer colorectal qui menace, de plus en plus avec l'âge, toutes les personnes. L'effet néfaste d'un apport calorique trop important, de la viande rouge et de la bière est clairement établi, tandis que le rôle protecteur de la consommation régulière de légumes et d'un exercice physique régulier est aussi reconnu comme pouvant diminuer les risques. L'Institut national de recherche agronomique (INRA) mène actuellement de nombreuses recherches pour préciser les aliments ayant une action préventive. Il semblerait par ailleurs que certains anticholestérols comme les statines, et l'aspirine auraient un effet protecteur face au cancer colorectal, mais cela reste à confirmer.

Taux d'incidence et mortalité
en France depuis 20 ans *

* pour 100 000 personnes-ans

Source : IRIUS - août 2003

➔ dépisté, plus les chances de guérison sont fortes, d'où l'importance de prendre ce problème à bras le corps. Les personnes présentant un risque moyen sont les plus de 50 ans sans symptômes et sans antécédent. Pour cette population où surviennent 75 % des cancers colorectaux, il a été mis en place en France depuis 2002 un programme pilote de dépistage de masse dans 23 départements (voir carte). Dans ce cadre, la coloscopie première systématique pour tous n'était évidemment pas la bonne solution, de par son coût, son caractère invasif, ses risques non nuls et son rendement faible dans cette indication.

Comment est réalisé ce dépistage
de masse ?

Dans les départements participant, les personnes à risque moyen reçoivent un courrier les incitant à pratiquer un test de recherche des traces de sang dans les selles : l'Hémoccult II. Ce test de détection chimique est remis gratuitement par leur médecin généraliste qui peut convaincre, expliquer, mais aussi s'assurer qu'il n'existe pas de risque élevé ou très élevé relevant de la coloscopie d'emblée. Le patient utilise alors ce test très simple chez lui : il s'agit de déposer un peu de selles sur un papier buvard, à raison de deux prélèvements par selle trois fois de suite. Les échantillons sont ensuite envoyés par courrier (enveloppe T) dans un centre de lecture agréé.

Quelle est la coordination au niveau
de chaque département ?

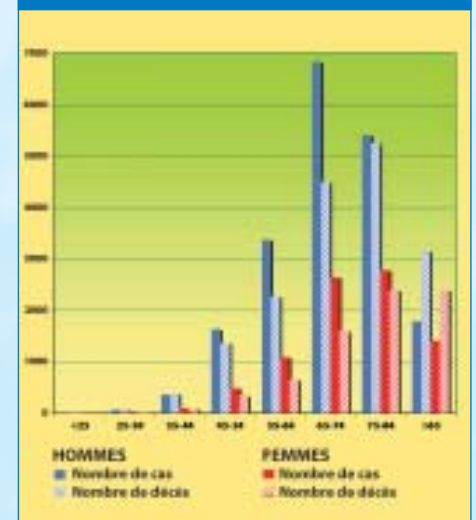
La clé du dépistage de masse, c'est l'organisation. Dans chaque département, outre le centre agréé pour la lecture du test, il y a un centre dédié à la coordination et à la gestion du programme de dépistage de masse, en charge notamment d'adresser les lettres d'invitation à la population-cible, d'envoyer

les résultats de l'Hémoccult au médecin qui l'a prescrit et à son patient, et de gérer les relations avec les gastroentérologues.

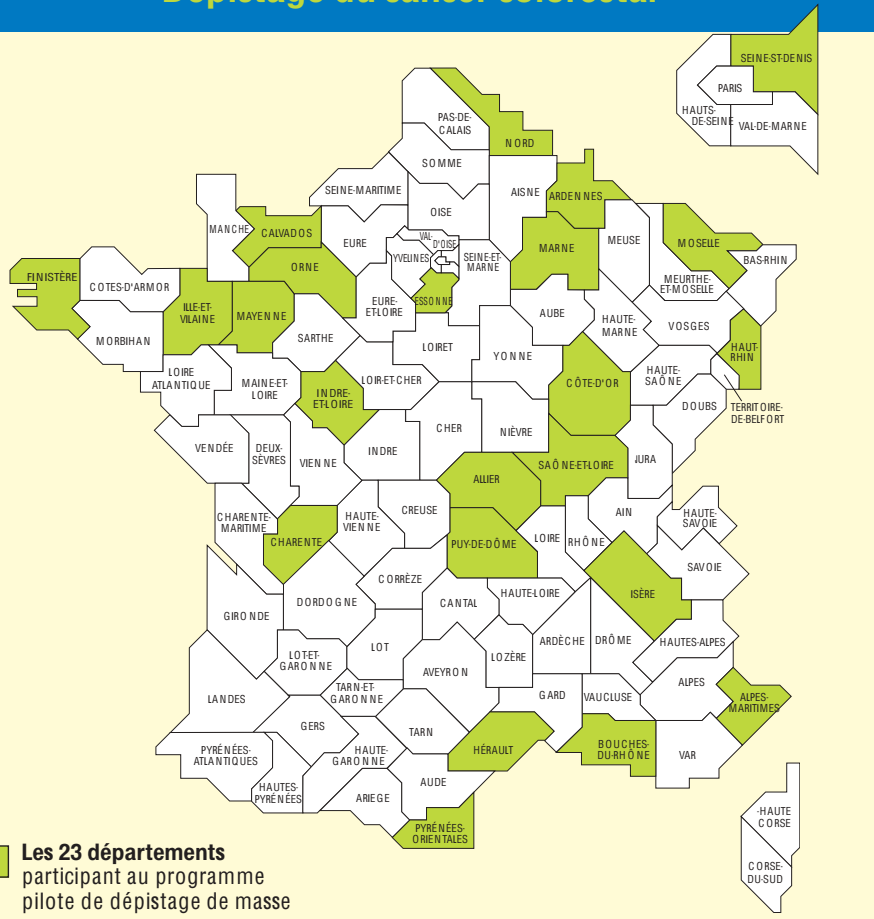
Lorsque le test est négatif, c'est-à-dire dans 98 % des cas, le patient est appelé à renouveler l'opération tous les deux ans. Si le test est positif, alors on pratique une coloscopie. Dans 50 % de ces coloscopies, on détecte un polype (30 à 40 %) ou un cancer souvent au début (10 % des cas). Le rendement de ce dépistage de masse en cas de test positif est donc de 50 %, ce qui est considérable, ce d'autant que finalement très peu de personnes entreront dans le circuit de soins ! Par comparaison, si l'on pratiquait des coloscopies au hasard ou systématiquement dans l'ensemble de la population, le rendement serait probablement inférieur à 1 %. L'efficacité de cette approche Hémoccult positif/coloscopie n'est donc plus à prouver. Avec une participation de 100 %, elle permet de réduire de 30 % la mortalité associée au cancer colorectal. Par son action préventive sur le développement des polypes, ces mesures de dépistage permettent aussi de diminuer l'incidence de ce cancer.

Les Français adhèrent-ils
à cette pratique de dépistage ?

Pour l'instant, on observe un taux de participation autour de 50 %, ce qui permet une réduction de 15 à 20 % de la mortalité associée. C'est à l'évidence significatif mais pas suffisant. Il faut dire qu'en France, nous n'avons pas la culture du dépistage, mais plutôt celle d'une médecine de soins. Cela doit changer. Les gens doivent accepter d'entendre parler de cancer, de dépistage

Nombres estimés de cas
et de décès par âge (2000)

Dépistage du cancer colorectal



du cancer et s'agissant du côlon, de test simple systématique suivi éventuellement de coloscopie.

Quel est l'avenir de ce dépistage de masse ?

Lors des **Journées Francophones de Pathologies Digestives** tenues à Paris en avril dernier, le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, en a annoncé la généralisation en 2007. Il a aussi souhaité que le nombre de départements participant au programme de dépistage organisé atteigne les 50 d'ici à la fin de l'année. De nouveaux appels d'offres vont donc être lancés. Mais il va aussi falloir œuvrer pour améliorer la participation. Pour cela, une vaste campagne de communication doit être lancée à destination de la population mais aussi des médecins généralistes, ainsi qu'une amplification de leur formation sur ce sujet.

Quelles sont les alternatives au duo Hémocult/coloscopie totale ?

Plusieurs pistes se dégagent : des tests immunologiques sont actuellement expérimentés en Normandie. Si leur utilisation est aussi simple que pour l'Hémocult, il s'agit d'en préciser le rapport coût/efficacité par rapport à ce dernier. Il existe aussi des tests

se basant sur la détection de lésions de l'ADN dans les selles, mais c'est pour l'instant inenvisageable en routine, donc pour un dépistage de masse. Ces tests ne remettent pas en cause la stratégie de sélection puis de coloscopie en cas de test positif.

D'autres pistes sont à l'étude, notamment la coloscopie courte, qui explore le rectum et le sigmoïde et n'est complétée dans un second temps par une coloscopie totale que si elle montre des lésions significatives. Dans ce cas, on risque de méconnaître 30 % des lésions situées au-delà de la zone explorée. Par ailleurs son caractère invasif, l'absence de sédation font craindre une moins bonne acceptation de la part du grand public.

Reste enfin la coloscopie virtuelle, ou coloscanner, dont la sensibilité et la spécificité sont équivalentes à celles d'une coloscopie totale classique. Il faut cependant noter que, d'une part, elle ne détecte pas ou mal les lésions inférieures à 8 mm ou les lésions planes, et surtout d'autre part, qu'en cas de lésion, elle ne permet pas d'intervenir.

Enfin à l'heure actuelle, rien n'a été codifié concernant la suite à donner à un coloscanner positif et singulièrement la place à donner à la coloscopie classique... Il reste donc à définir la place de cette coloscopie virtuelle dans le dépistage de masse. ■

Le réseau NACRe

NACRe pour Réseau National Alimentation Cancer Recherche. Ce réseau créé à l'initiative de chercheurs français en 2000 affiche clairement son but : développer la prévention nutritionnelle pour infléchir à terme l'augmentation régulière des cancers. NACRe s'active donc à diffuser les informations nutritionnelles et à organiser la recherche pour progresser dans la connaissance des déterminants nutritionnels des cancers. Le réseau comprend actuellement 27 équipes regroupant 150 chercheurs de divers instituts (INRA, Inserm, CNRS, Universités, AP-HP, CNAM, Institut Curie, CRLC, ENVT, Afssa et CIRC). En 2001, une synthèse bibliographique a été publiée sur le thème «*fibres et cancer colorectal*». On trouve aussi sur le site du réseau une vaste base de données de plus de 500 articles sur les produits efficaces en prévention du cancer colorectal (revue systématique des données expérimentales chez les humains, rats et souris).

www.inra.fr/reseau-nacre/

Participation active de la Ligue contre le cancer

Les modes de vie et le comportement alimentaire ont un rôle non négligeable à jouer en matière de prévention des cancers, et plus particulièrement pour ce qui concerne le cancer colorectal. Depuis 1998, la Ligue contre le cancer édite chaque année un calendrier pour promouvoir une alimentation riche en fruits et légumes. Ce document comporte ainsi de nombreuses idées de recettes privilégiant ces aliments et signées par la célèbre Hélène Darroze, et plus généralement des conseils nutrition élaborés par les experts du réseau NACRe. Ce calendrier est distribué chaque année à plus de 3000 familles françaises, il peut aussi être commandé sur Internet. D'autre part, c'est la Ligue qui a conçu, en partenariat avec la Caisse d'assurance maladie, la brochure d'information sur le cancer colorectal qui, dans le cadre du programme pilote de dépistage de masse, accompagne le courrier envoyé aux personnes de plus de 50 ans les incitant à se faire prescrire un test Hémocult. Dans ce document sont notamment mentionnés les risques liés à la réalisation d'une coloscopie. «*Notre mission est celle d'un relais d'opinion non gouvernemental. C'est tout à fait essentiel, puisqu'une des conditions de la réussite de ce programme de dépistage massif du cancer colorectal repose sur une participation suffisante de la population ciblée*», explique le P^r Henri Pujol, président de la Ligue contre le cancer.

www.ligue-cancer.asso.fr

Prévention & Registre des cancers

La mission pédagogique d'Épidaure

Hébergée par le CRLCC de Montpellier, l'équipe **Épidaure** a pour mission d'informer sur les cancers, plus particulièrement en matière de prévention. À ce titre, elle édite de nombreux outils pédagogiques et héberge une base de données regroupant tous les documents d'éducation à la santé. La direction scientifique est tenue par le P^r Hélène Sancho-Garnier.

Pour en savoir plus :
Tél : 04.67.61.30.00 / Site : www.epidaure.fr

Le forum GastroListe

Créé par la Société française de gastro-entérologie, le forum **GastroListe** est un espace de discussions réservé aux professionnels. Il fonctionne par échange d'e-mails, chaque message est ainsi reçu par tous les inscrits. GastroListe peut être utilisé dans de multiples situations : obtenir des avis sur un cas clinique difficile, connaître l'expérience des confrères sur une technologie, trouver une référence bibliographique, comment appliquer une nouvelle obligation...

www.gastroliste.co

Des contacts pour les patients

■ La mission de l'Association nationale pour le dépistage du cancer colorectal est d'informer et sensibiliser le public et de promouvoir le dépistage.

BP62, 94170 Le Perreux
Tél. : 01.48.72.31.75

Site Web : www.andecaco.org
E-mail : andecaco@wanadoo.fr

■ L'Association pour la prévention, le traitement et l'étude des polyposis familiaux renseigne quant aux recherches scientifiques en cours, œuvre pour favoriser le suivi des patients et peut aussi leur donner des conseils.

12 rue Pasteur, 93250 Villemomble
Tél. : 01.48.94.22.17
E-mail : aptepf@aol.com

■ Dans le cadre du Plan national nutrition en santé (PNNS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a édité un Guide alimentaire pour tous, disponible en kiosque ou sur le site Web. Un guide destiné spécialement aux seniors est en cours de préparation.

42 boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01.49.33.22.00

Site Web : www.inpes.sante.fr
ou pour le grand public
www.mangerbouger.fr



P^r Jean Faivre - DR

Questions au Professeur Jean Faivre, chef du service de gastroentérologie du CHU de Dijon, et président du comité technique

sur le dépistage du cancer colorectal à la DGS.

Quels sont aujourd'hui les facteurs connus de prévention et de risques ?

P^r Faivre : Les études épidémiologiques indiquent que l'alimentation joue un rôle important dans l'étiologie des cancers colorectaux : comme initiateur, promoteur, ou comme inhibiteur de la carcinogenèse. Le rôle protecteur des légumes, le rôle favorisant d'un apport calorique élevé et de la sédentarité sont les faits les mieux établis. Ils interviendraient dans les phases finales de la carcinogenèse. Ceci explique qu'une modification des habitudes alimentaires puisse modifier en quelques années le risque de cancer colorectal. C'est ainsi que les Japonais, en adoptant l'alimentation de type occidental, sont passés en 10 ans d'une région à bas risque de cancer du côlon à une région à haut risque.

Des données suggèrent que le tabac et l'alcool jouent un rôle indirect dans la cancérogenèse colorectale : le tabac favorise l'apparition des adénomes, l'alcool leur augmentation de taille. Ils n'interviennent pas dans les phases finales de la cancérogenèse. Les études d'intervention indiquent que les vitamines antioxydantes n'interviennent ni dans l'apparition des adénomes, ni dans leur augmentation de taille, ni dans leur transformation maligne. Elles suggèrent que le calcium diminue le risque de récurrence des adénomes. Leur rôle dans les phases finales de la cancérogenèse reste à préciser. Au total, les données disponibles permettent de jeter les bases d'un régime ayant une valeur protectrice, mais doivent être précisées.

Comment mettre en place une vraie campagne de prévention ?

À court terme, seule une politique de dépistage de masse peut faire évoluer rapidement

le grave problème que représente le cancer colorectal. Les études indiquent qu'il est possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par cancer colorectal en faisant un test de dépistage tous les 2 ans, à condition que la moitié de la population concernée participe régulièrement au dépistage et qu'une coloscopie soit faite en cas de test positif. Chez les participants au dépistage, la baisse de mortalité se situe entre 33 et 39 % selon les études. La mise en place de dépistage de masse a été annoncée en Angleterre, en Allemagne, en Hollande et en Finlande, et la Commission Européenne incite les autres états membres à en faire de même.

À quoi servent les registres des cancers digestifs ?

Le Registre Bourguignon des Cancers Digestifs collecte depuis 30 ans des informations sur tous les cas diagnostiqués en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire. D'emblée, l'objectif a été non seulement de dénombrer les cas de cancers digestifs, mais également de réaliser un laboratoire de recherche sur l'épidémiologie, la prévention et le traitement de ces cancers. Dans le domaine de l'épidémiologie descriptive, les travaux portent actuellement sur l'évolution de l'incidence des cancers digestifs, l'estimation de l'incidence nationale et régionale, la détermination de la prévalence. Nous continuons à développer l'axe évaluation des pratiques de soins et étude de la survie dans lequel nous avons joué un rôle de pionnier. L'évolution des pratiques médicales est actuellement rapide et l'impact des essais thérapeutiques mal connu au niveau d'une population générale. Dans le domaine du dépistage du cancer colorectal, nos travaux vont se poursuivre sur l'évaluation clinique et économique de nouvelles stratégies de dépistage : tests immunologiques, protéomique, détection de l'ADN altéré dans les selles, coloscopie virtuelle. Les travaux d'épidémiologie biologique reposent quant à eux sur une tumorotheque qui a pour caractéristique d'être constituée sur une base de population. Nous sommes aussi impliqués dans un projet de recherche pour déterminer s'il existe des profils protéiques spécifiques du cancer du côlon pouvant déboucher sur un test sérologique de dépistage ou de surveillance pour détecter une récurrence ou un début. ■

Prévention & Registre des cancers

La mission pédagogique d'Épidaure

Hébergée par le CRLCC de Montpellier, l'équipe **Épidaure** a pour mission d'informer sur les cancers, plus particulièrement en matière de prévention. À ce titre, elle édite de nombreux outils pédagogiques et héberge une base de données regroupant tous les documents d'éducation à la santé. La direction scientifique est tenue par le P^r Hélène Sancho-Garnier.

Pour en savoir plus :
Tél : 04.67.61.30.00 / Site : www.epidaure.fr

Le forum GastroListe

Créé par la Société française de gastro-entérologie, le forum **GastroListe** est un espace de discussions réservé aux professionnels. Il fonctionne par échange d'e-mails, chaque message est ainsi reçu par tous les inscrits. GastroListe peut être utilisé dans de multiples situations : obtenir des avis sur un cas clinique difficile, connaître l'expérience des confrères sur une technologie, trouver une référence bibliographique, comment appliquer une nouvelle obligation...

www.gastroliste.co

Des contacts pour les patients

■ La mission de l'Association nationale pour le dépistage du cancer colorectal est d'informer et sensibiliser le public et de promouvoir le dépistage.

BP62, 94170 Le Perreux
Tél. : 01.48.72.31.75

Site Web : www.andecaco.org
E-mail : andecaco@wanadoo.fr

■ L'Association pour la prévention, le traitement et l'étude des polyposes familiales renseigne quant aux recherches scientifiques en cours, œuvre pour favoriser le suivi des patients et peut aussi leur donner des conseils.

12 rue Pasteur, 93250 Villemomble
Tél. : 01.48.94.22.17
E-mail : aptepf@aol.com

■ Dans le cadre du Plan national nutrition en santé (PNNS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a édité un Guide alimentaire pour tous, disponible en kiosque ou sur le site Web. Un guide destiné spécialement aux seniors est en cours de préparation.

42 boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01.49.33.22.00

Site Web : www.inpes.sante.fr
ou pour le grand public
www.mangerbouger.fr



P^r Jean Faivre - DR

Questions au Professeur Jean Faivre, chef du service de gastroentérologie du CHU de Dijon, et président du comité technique

sur le dépistage du cancer colorectal à la DGS.

Quels sont aujourd'hui les facteurs connus de prévention et de risques ?

P^r Faivre : Les études épidémiologiques indiquent que l'alimentation joue un rôle important dans l'étiologie des cancers colorectaux : comme initiateur, promoteur, ou comme inhibiteur de la carcinogenèse. Le rôle protecteur des légumes, le rôle favorisant d'un apport calorique élevé et de la sédentarité sont les faits les mieux établis. Ils interviendraient dans les phases finales de la carcinogenèse. Ceci explique qu'une modification des habitudes alimentaires puisse modifier en quelques années le risque de cancer colorectal. C'est ainsi que les Japonais, en adoptant l'alimentation de type occidental, sont passés en 10 ans d'une région à bas risque de cancer du côlon à une région à haut risque.

Des données suggèrent que le tabac et l'alcool jouent un rôle indirect dans la cancérogenèse colorectale : le tabac favorise l'apparition des adénomes, l'alcool leur augmentation de taille. Ils n'interviennent pas dans les phases finales de la cancérogenèse. Les études d'intervention indiquent que les vitamines antioxydantes n'interviennent ni dans l'apparition des adénomes, ni dans leur augmentation de taille, ni dans leur transformation maligne. Elles suggèrent que le calcium diminue le risque de récurrence des adénomes. Leur rôle dans les phases finales de la cancérogenèse reste à préciser. Au total, les données disponibles permettent de jeter les bases d'un régime ayant une valeur protectrice, mais doivent être précisées.

Comment mettre en place une vraie campagne de prévention ?

À court terme, seule une politique de dépistage de masse peut faire évoluer rapidement

le grave problème que représente le cancer colorectal. Les études indiquent qu'il est possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par cancer colorectal en faisant un test de dépistage tous les 2 ans, à condition que la moitié de la population concernée participe régulièrement au dépistage et qu'une coloscopie soit faite en cas de test positif. Chez les participants au dépistage, la baisse de mortalité se situe entre 33 et 39 % selon les études. La mise en place de dépistage de masse a été annoncée en Angleterre, en Allemagne, en Hollande et en Finlande, et la Commission Européenne incite les autres états membres à en faire de même.

À quoi servent les registres des cancers digestifs ?

Le Registre Bourguignon des Cancers Digestifs collecte depuis 30 ans des informations sur tous les cas diagnostiqués en Côte-d'Or et en Saône-et-Loire. D'emblée, l'objectif a été non seulement de dénombrer les cas de cancers digestifs, mais également de réaliser un laboratoire de recherche sur l'épidémiologie, la prévention et le traitement de ces cancers. Dans le domaine de l'épidémiologie descriptive, les travaux portent actuellement sur l'évolution de l'incidence des cancers digestifs, l'estimation de l'incidence nationale et régionale, la détermination de la prévalence. Nous continuons à développer l'axe évaluation des pratiques de soins et étude de la survie dans lequel nous avons joué un rôle de pionnier. L'évolution des pratiques médicales est actuellement rapide et l'impact des essais thérapeutiques mal connu au niveau d'une population générale. Dans le domaine du dépistage du cancer colorectal, nos travaux vont se poursuivre sur l'évaluation clinique et économique de nouvelles stratégies de dépistage : tests immunologiques, protéomique, détection de l'ADN altéré dans les selles, coloscopie virtuelle. Les travaux d'épidémiologie biologique reposent quant à eux sur une tumorotheque qui a pour caractéristique d'être constituée sur une base de population. Nous sommes aussi impliqués dans un projet de recherche pour déterminer s'il existe des profils protéiques spécifiques du cancer du côlon pouvant déboucher sur un test sérologique de dépistage ou de surveillance pour détecter une récurrence ou un début. ■