

NDLR : cette analyse n'aborde pas l'utilité d'un dépistage de masse.

La revue Minerva vous a déjà présenté une analyse¹ d'une étude évaluant de manière comparative 3 méthodes d'imagerie dans la détection de polypes coliques de grande taille et du cancer colorectal dans une cohorte de patients à haut risque : cette étude² montrait une sensibilité et une spécificité supérieures de la coloscopie versus lavement baryté avec double contraste et versus tomographie computerisée multibarrette en deux dimensions (sans permettre de situer l'intérêt et la place de la recherche de sang occulte dans les selles).

Une synthèse méthodique avec évaluation économique³, évalue plus précisément l'intérêt de la tomographie computerisée du colon en termes de sensibilité et de spécificité pour la détection de polypes et de cancer colorectal versus colonoscopie. Elle ne donne pas d'évaluation versus hémocult. Les études étant hétérogènes, rares et avec des données insuffisantes, seule une synthèse qualitative a pu être réalisée. La tomographie computerisée semble de sensibilité et de spécificité inférieures pour la détection de polypes inférieurs à 10 mm mais équivalentes pour le dépistage du cancer colorectal et des polypes d'au moins 10 mm. Les auteurs concluent qu'un dépistage par colonoscopie est celui qui a le meilleur rapport coût-efficacité, étant celui qui apporte le meilleur gain en QALY malgré un coût plus élevé (40\$ par patient). Soulignons que les auteurs signalent eux-mêmes la faiblesse des études cliniques. Pour la Belgique, le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé concluait⁴ : « Il n'existe des preuves suffisantes de haute qualité que le dépistage réduit la mortalité liée au cancer colorectal que pour le gFOBT [NDLR : gaïac Fecal Occult Blood Test ou recherche de sang occulte dans les selles par

gaïac]. La diminution estimée de cette mortalité est d'environ 15% dans les méta-analyses des essais contrôlés randomisés (RCT). Pour les autres techniques qui peuvent être considérées comme tests de dépistage primaires comme le iFOBT (immunochemical FOBT), la sigmoidoscopie flexible, la coloscopie, la coloscopie virtuelle et la détection de l'ADN dans les selles, il n'y a pas encore actuellement de données probantes directes garantissant que le dépistage de masse réduise la mortalité liée au cancer colorectal ».

Cette synthèse conclut que la tomographie computerisée colorectale est aussi performante que la coloscopie pour le dépistage du cancer colorectal et des polypes d'au moins 10 mm mais moins pour les polypes plus petits. La faiblesse et l'hétérogénéité des sources ne peuvent remettre en question les recommandations belges.

Références

1. De Jonghe M, Chevalier P. Lavement baryté, scanner ou coloscopie pour le dépistage du cancer colorectal ? MinervaF 2006;5(9):137-40.
2. Rockey DC, Paulson E, Niedzwiecki D, et al. Analysis of air contrast barium enema, computed tomographic colonography, and colonoscopy: prospective comparison. Lancet 2005;365:305-11.
3. Ho C, Heitman S, Membe SK, et al. Computed tomographic colonography for colorectal cancer screening in an average risk population: Systematic review and economic evaluation [Technology report number 114]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2008.
4. De Laet C, Neyt M, Vinck I, et al. Health Technology Assessment. Dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaire pour la Belgique. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 45 B.

● Dépistage du cancer colorectal et médicaments à risque de saignement

P. Chevalier

La revue Minerva vous a déjà présenté¹ une analyse d'une recherche évaluant l'intérêt d'un test d'ADN anormal spécifique dans les selles versus Hémocult pour la recherche d'un cancer colorectal². Cette étude ne permettait pas de déterminer une place éventuelle pour ce test ADN dans une stratégie de dépistage.

Une étude récente³ concerne un autre test, l'iFOBT (immunochemical Fecal Occult Blood Test ou recherche de sang occulte dans les selles par technique immunochimique, spécifique de l'hémoglobine humaine). Elle évalue spécifiquement l'effet de la prise d'aspirine à faible dose, d'AINS et d'anticoagulants sur la précision de ce test pour le dépistage d'un cancer colorectal ou de polype adénomateux (d'au moins 1 cm ou avec histologie montrant >20% de lésions dysplasiques villosités ou de haut grade). Elle inclut 1 221 patients ambulants subissant une colonoscopie. La spécificité du test n'est pas affectée par la prise de ces médicaments. En fixant un seuil quantitatif pour le test (100 ng/ml), la sensibilité du test est meilleure sous aspirine/AINS : 66,7 vs 46,5%, p=0,09. Le nombre de patients sous anticoagulant était trop faible pour pouvoir conclure. Les auteurs en concluent qu'il n'est sans doute pas nécessaire d'arrêter ces médicaments avant la réalisation d'un iFOBT en dépistage. Pouvons-nous en retirer un enseignement sur la pratique de l'Hémocult (gaïac FOBT) ? L'influence de la prise d'aspirine/AINS sur la précision de ce test n'a pas été évaluée. Le Centre Fédéral d'Expertise⁴ soulignait l'absence actuelle de données probantes directes garantissant que le dépistage de masse par iFOBT (entre autres) réduise

la mortalité liée au cancer colorectal. Ce rapport Health Technology Assessment montrait que le dépistage du cancer colorectal avec test gaïac FOBT répété tous les 2 ans, suivi par une colonoscopie lorsque le test est positif, peut être un programme de dépistage coût efficace pour les individus de 50 ans et plus. Il concluait aussi à la nécessité de la mise sur pied, dans un premier temps, de programmes pilotes, pouvant, de manière optionnelle, évaluer entre autres la performance de l'iFOBT dans la pratique.

Cette étude montre que la prise d'aspirine/AINS ne nuit pas à la précision d'un test immunochimique de détection d'hémoglobine spécifiquement humaine dans les selles en dépistage du cancer colorectal. L'utilité de ce test en dépistage de masse reste à évaluer.

Références

1. De Jonghe M. ADN spécifique versus sang occulte dans les selles pour le dépistage du cancer colorectal. MinervaF 2006;5(7):100-2.
2. Imperiale TF, Ransohoff DR, Itzkowitz SH, et al. Fecal DNA versus fecal occult blood for colorectal-cancer screening in an average risk population. N Engl J Med 2004;351:2704-14.
3. Levi Z, Rozen P, Hazazi R, et al. Sensitivity, but not specificity, of a quantitative immunochemical fecal occult blood test for neoplasia is slightly increased by the use of low-dose aspirin, NSAIDs, and anticoagulants. Am J Gastroenterol 2009;104:933-8.
4. De Laet C, Neyt M, Vinck I, et al. Health Technology Assessment. Dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaire pour la Belgique. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006. KCE reports 45 B.