

Module 10 Cancérologie Oncohématologie		Auteur : Pr Velten
Titre	<b>PREVENTION DES CANCERS</b>	
<b>Objectifs pédagogiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Connaître les principales mesures de prévention des cancers (prévention primaire et prévention secondaire) et leur impact potentiel ;</li> <li>○ Connaître les principes du dépistage des cancers et les conditions à respecter pour qu'un dépistage soit efficace ;</li> <li>○ Connaître les cancers pour lesquels le dépistage peut être recommandé et ceux pour lesquels un dépistage n'est pas recommandé ;</li> <li>○ Situer la place des différents intervenants dans la réalisation d'une action de dépistage des cancers.</li> </ul>	
<b>ENC Item 138</b>	Cancer : épidémiologie, cancérogenèse, développement tumoral, classification	
<b>Objectifs ENC :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Décrire l'épidémiologie des 5 cancers les plus fréquents au plan national chez l'homme et la femme (incidence, prévalence, mortalité); expliquer leurs principaux facteurs de cancérogenèse et les conséquences sur la prévention.</li> <li>○ Décrire l'histoire naturelle du cancer.</li> <li>○ Expliquer les bases des classifications qui ont une incidence pronostique.</li> </ul>	

**La prévention des cancers comporte, d'une part, la prévention primaire qui consiste à soustraire les personnes à l'exposition aux facteurs de risque, permettant ainsi d'éviter la survenue d'un cancer et, d'autre part, la prévention secondaire qui consiste à dépister ou à diagnostiquer le cancer à un stade précoce, à un stade où il n'a pas encore diffusé, permettant ainsi d'éviter l'évolution de la maladie vers le décès.**

## **I. PRÉVENTION PRIMAIRE**

Sachant que plus de 80 % des cancers sont liés à l'environnement, il est logique d'affirmer qu'elle est la plus intéressante et la plus efficace. La majorité des cancers ont une étiologie multi-factorielle et les études épidémiologiques permettent d'estimer avec une relative bonne précision la fraction d'incidence évitable. Pour de nombreuses localisations cancéreuses, la fraction d'incidence évitable dépasse 50 %, et dans certains cas 75 %. Il suffit d'observer les grandes variations géographiques de l'incidence des cancers pour constater que ces évaluations ne sont pas des hypothèses gratuites mais bien la réalité. Ainsi, quand on constate (Tableau I) que les cancers de la bouche et du pharynx (langue + bouche + oropharynx + hypopharynx) sont 4,4 fois plus élevés dans le département

du Bas-Rhin qu'à Bâle, 5,3 fois plus élevés qu'à Zürich, 2,8 fois plus élevés que dans le département du Tarn et 2,3 fois plus élevés qu'en Sarre, l'on prend la mesure du nombre de cas qui pourraient être évités dans le Bas-Rhin si cette population acceptait de modifier ses consommations de tabac et d'alcool. La mise en évidence de susceptibilités individuelles d'origine génétique ne saurait conduire à négliger l'action des facteurs de risque environnementaux. La susceptibilité individuelle ne fait, le plus souvent, que moduler leurs effets.

	Langue	Bouche	Oropharynx	Hypopharynx	Total
Bas-Rhin	8	12,4	11,9	13,9	46,2
Tarn	3,6	2,8	5,5	4,7	16,6
Bâle	3	3	2,4	2,2	10,6
Zürich	2,1	2,6	2,3	1,7	8,7
Sarre	4,1	5,3	3,1	3,5	16

Tableau I : Incidence de certains cancers dans divers registres

Des estimations de la proportion des cancers que l'on pourrait éviter ont été faites par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) (Tableau II).

Cancer	Mesure de prévention	Potentiel de réduction de l'incidence (en %)
Bouche et pharynx	• suppression tabac et réduction alcool	60-80
Œsophage	• suppression tabac et réduction alcool • amélioration nutrition (micronutriments)	75 ?
Estomac	• forte consommation de fruits et légumes frais	< 50
Côlon/rectum	• diminution de la consommation de graisses et protéines animales • forte consommation de fruits et légumes	< 35
Foie	• réduction alcool	15
Pancréas	• suppression tabac	30
Larynx	• suppression tabac	85
Poumon	• suppression tabac	80-90
Vessie	• suppression tabac	30-70
Rein	• suppression tabac	30-40

Tableau II : Réduction théorique attendue de certaines actions de prévention

**Il est donc évident que la lutte contre le tabagisme doit représenter la priorité de toute prévention, d'autant plus que ce facteur de risque a un rôle étiologique pour de nombreuses autres pathologies (infarctus du myocarde, bronchite chronique, etc.). L'alcool, bien que ses effets soient quantitativement inférieurs à ceux du tabac, occupe également une place importante, d'autant plus que pour de nombreuses localisations**

**cancéreuses (bouche, pharynx, oesophage) ses effets sont multiplicatifs avec le tabac (c'est-à-dire que si une personne buvant 1 litre de vin a un risque de 10 de développer un cancer et celle fumant 10 cigarettes a également un risque de 10, la personne qui boit 1 l de vin et fume 10 cigarettes par jour a un risque de  $10 \times 10 = 100$ , et non de  $10 + 10 = 20$ ).**

Le rôle de l'alimentation dans la survenue des cancers est bien établi, mais mal connu. **Une alimentation riche en fruits et légumes frais ainsi qu'une diminution de la consommation de graisses animales pourraient avoir un impact tout à fait considérable dans le sens d'une diminution de la fréquence des cancers.**

L'action prioritaire est, de toute évidence, la prévention primaire, puisqu'en l'état actuel de nos connaissances plus de la moitié des cancers pourrait être évitée grâce à quelques règles de vie simples, rappelées dans le **Code européen contre le cancer**.

## **II. PRÉVENTION SECONDAIRE**

La probabilité de guérison est directement fonction du stade d'extension de la maladie lors de son traitement. Depuis plusieurs décennies, des efforts considérables ont été réalisés pour mettre au point et généraliser des procédures permettant de détecter plus précocement les cas, à un stade pré-clinique, ou même à un stade de lésion précancéreuse. De grands espoirs ont ainsi été placés dans le dépistage des cancers.

**Le dépistage des cancers est une action de santé publique qui consiste à identifier, à l'aide d'un ou de plusieurs tests, d'application aisée, acceptables et peu coûteux, les sujets atteints d'un cancer ou d'une lésion précancéreuse, asymptomatiques, passés jusque là inaperçus. Il s'adresse à une population apparemment indemne de l'affection que l'on entend dépister et doit permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé, mais qui sont probablement atteintes d'un cancer, et celles qui en sont probablement exemptes.** Il n'a pas pour but de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont dits positifs ou douteux doivent subir des examens diagnostiques pour vérification. Ce n'est qu'après cette étape qu'un traitement peut être entrepris.

Si, a priori, le dépistage apparaît comme une action très bénéfique dans la lutte contre le cancer, on sait maintenant, d'une part, que peu de cancers se prêtent au dépistage, d'autre part, que pour les cancers pour lesquels le dépistage est bénéfique, les difficultés liées à la mise en place de ce dernier sont énormes. **L'analyse des données épidémiologiques disponibles montre que la preuve d'un gain en vie humaine par le dépistage n'a été apportée que pour trois cancers : le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer du côlon et du rectum.**

Idéalement, avant de recommander un dépistage, un essai d'intervention contrôlé et randomisé, utilisant la mortalité comme principal indicateur, doit avoir apporté la preuve que le dépistage est efficace, bénéfique et efficient. Cette démonstration est difficile à obtenir pour plusieurs raisons : 1) même pour des cancers fréquents, les essais d'intervention nécessitent plusieurs dizaines de milliers de personnes examinées et suivies pendant plusieurs années pour observer des résultats significatifs, 2) ils posent des problèmes éthiques (effets délétères possibles sur une population bien portante, groupe témoin évincé d'un test éventuellement efficace pendant plusieurs années, 3) ils sont très coûteux, 4) les techniques de dépistage peuvent évoluer pendant la période de l'étude.

À ce jour, seuls le dépistage du cancer du sein et celui du cancer colo-rectal ont bénéficié de la démonstration de leur intérêt par des essais randomisés. L'efficacité du dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervical, si largement diffusé, n'a jamais été prouvé par un essai randomisé. La justification du dépistage de certains cancers repose donc sur d'autres types d'arguments, notamment sur des enquêtes d'observation.

Les études et essais qui ont permis de montrer l'efficacité du dépistage ont également mis en évidence que tout dépistage, quelles qu'en soient les modalités, nécessite une grande qualité de réalisation, d'autant que l'on demande plus à un test de dépistage (examen simple et unique à partir duquel il faut prendre une décision) qu'à un examen de diagnostic qui, lui, peut être répété ou complété.

Le dépistage est donc une entreprise difficile, nécessitant de respecter de nombreuses exigences d'ordre technique, sociologique, éthique et économique. Aussi, avant d'envisager une action de dépistage, faut-il vérifier qu'elle réunit un certain nombre de conditions que nous allons examiner maintenant.

- **Le dépistage ne s'adresse qu'à une affection fréquente, responsable d'une mortalité ou d'une morbidité substantielles.** Il faut que le cancer dont on cherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique. De nombreux cancers, soit par leur fréquence élevée, soit par leur gravité ou leur mauvais pronostic, répondent à ce critère. Le dépistage doit donc être apprécié par l'importance de la diminution de la mortalité, voire de l'incidence, ou par la diminution du nombre d'années potentielles de vie perdues.
- **Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie,** notamment son évolution, de la phase de latence à la phase symptomatique. Le dépistage pris au sens large du terme, suppose que toute tumeur présente au cours de son développement une phase pré-cancéreuse, puis une phase localisée, suffisamment longues pour permettre un diagnostic pendant ces deux périodes. Le dépistage n'a d'intérêt que s'il survient avant la dissémination de la tumeur.
- **Il faut disposer d'un test efficace, sensible et spécifique,** permettant de détecter la maladie à un stade précoce sans trop de faux positifs. La validité du test est liée à son pouvoir discriminant, à savoir sa capacité à identifier correctement les sujets sains et les sujets malades. Cette qualité d'un test est caractérisée par sa sensibilité et sa spécificité. Cependant, en pratique clinique, le praticien est surtout intéressé par le nombre de sujets positifs pour

le test et, parmi ces derniers, par le nombre de fausses alarmes (faux positifs). La proportion de malades parmi les sujets positifs est appelée la valeur prédictive positive (VPP) du test ; capacité d'un test positif à prévoir la présence de la maladie (inversement, la valeur prédictive négative est la proportion de sujets sains parmi les sujets négatifs pour le test). La VPP est la caractéristique la plus intéressante pour le médecin et le malade, mais elle peut varier considérablement d'un lieu d'exercice à l'autre car elle dépend de la prévalence de la maladie dans la population dépistée. Plus la prévalence est élevée, plus la VPP est élevée. C'est pourquoi, un test est plus performant dans un service hospitalier spécialisé que dans une population générale consultant un médecin généraliste.

- **Le test de dépistage doit être facilement accepté par la population.** Il doit être sans danger, simple et non douloureux. Un gros effort d'informations est donc nécessaire avant le début de la campagne et doit être poursuivi durant tout le programme.
- **Le test doit pouvoir être réalisé par un nombre suffisant d'acteurs (médecins et techniciens) expérimentés.** L'efficacité dépend de la qualité du cliché et de son interprétation. Dans le cas où le dépistage est pratiqué par l'ensemble des radiologues d'un pays, il est nécessaire d'assurer une formation de l'ensemble de ces spécialistes à la mammographie de dépistage qui est différente de la mammographie de diagnostic.
- **La maladie dépistée doit pouvoir être diagnostiquée et traitée ;** il faut qu'un traitement d'efficacité démontrée puisse être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée : si pour les lésions du col de l'utérus diagnostiquées au stade in situ on peut obtenir une guérison de l'ordre de 100 %, il n'en est pas de même pour un cancer bien plus fréquent, comme le cancer du poumon pour lequel on n'a pas pu prouver à l'heure actuelle que le dépistage améliorerait le pronostic des cas dépistés. De plus, il convient de ne pas oublier d'apprécier la réalisation pratique et l'acceptabilité du traitement correspondant à la lésion dépistée. Si le patient n'est pas correctement suivi, s'il ne lui est pas clairement indiqué qu'un traitement est nécessaire après le dépistage ou s'il ne l'accepte pas, ce dépistage n'aura pas rempli son rôle. Il faut se rappeler que le patient dépisté est un sujet qui ne formule aucune plainte et qui risque d'accepter difficilement, non seulement le dépistage, mais surtout le traitement de la lésion dépistée.
- **Il faut que les populations à dépister soient bien ciblées.** Plus la prévalence de la maladie est élevée, plus la valeur prédictive positive du test sera élevée et plus le dépistage sera efficace. Le dépistage doit rester limité aux populations pour lesquelles les études épidémiologiques ont montré que l'action pouvait avoir une efficacité. Ainsi, pour le cancer du sein, tous les essais de dépistage randomisés ont montré que seule la mammographie réalisée chez les femmes entre 50 et 70 ans pouvait réduire la mortalité. Avant cet âge, il n'y a aucun gain significatif de mortalité et les effets délétères de l'action sont extrêmement importants.
- **Le dépistage doit être « bénéfique » et « ne pas nuire ».** Le bénéfice ne se limite pas seulement à un diagnostic et un traitement plus précoces, mais il doit se traduire par une diminution de la mortalité. On a beau dépister par des radiographies systématiques du thorax des cancers du poumon totalement asymptomatiques : ceci ne

s'accompagne pas de la moindre réduction de la mortalité. Le seul résultat obtenu est d'avoir mis en évidence le cancer du poumon 1 ou 2 ans plus tôt, et on a ainsi probablement altéré la qualité de vie du sujet et de sa famille pendant toute cette période. Pour des raisons d'efficacité, d'éthique, l'action de prévention ne doit pas avoir d'inconvénients majeurs. Par exemple, dans le dépistage du cancer du sein, les inconvénients et les effets délétères ne sont pas négligeables : la valeur prédictive positive du dépistage est très faible dans la majorité des programmes. À la première vague de dépistage, entre 5 % et 10 % des femmes sont rappelées pour un résultat positif nécessitant des examens diagnostiques. Aux vagues ultérieures, le taux de positivité varie entre 2,5 % et 5 %. On s'apercevra ainsi, qu'au bout de 20 ans, soit environ après 10 vagues de dépistage, le nombre de femmes considérées faussement positives au dépistage est au minimum 7 à 10 fois supérieur aux femmes chez lesquelles on a réellement dépisté un cancer.

Les vrais positifs au dépistage peuvent aussi constituer un inconvénient non négligeable au dépistage. Il y a d'abord tous les cas considérés comme de vrais positifs mais qui sont en fait les victimes d'un dépistage qui détecte des lésions à bon pronostic qui n'auraient jamais évolué vers un stade symptomatique ou qui n'auraient jamais conduit au décès de la patiente. Il y a aussi les vrais positifs qui, malgré le dépistage, vont cependant mourir de leur cancer. La réduction de la mortalité n'est au maximum que de 30 % parmi les femmes dépistées, c'est-à-dire que plus de 70 % des décès surviendront quand même malgré le dépistage. Les femmes de ce dernier groupe n'auront comme seul résultat du dépistage qu'une durée fictivement allongée de la vie altérée par la connaissance du diagnostic d'un cancer.

Les faux négatifs, c'est-à-dire les femmes pour lesquelles le test de dépistage s'avère négatif alors qu'elles avaient une lésion cancéreuse dans leur sein au moment du dépistage, représentent un autre effet négatif du dépistage.

- **Le dépistage doit être efficient.** Le parcours d'obstacles nécessaire à la validation d'un dépistage en vue de son application généralisée ne s'arrête pas à l'évidence de son efficacité, il faut par ailleurs qu'il soit efficient, c'est-à-dire que le coût ne doit pas être disproportionné en regard des bénéfices escomptés. Des analyses coût-efficacité sont réalisées lorsque l'efficacité réelle du dépistage est démontrée. Il faut rappeler que les soins préventifs n'entraînent pas nécessairement des économies et que leur unique but est d'éviter les décès prématurés et d'apporter la meilleure qualité de vie à une population. Le principe d'efficacité vise donc la recherche de l'allocation optimale des ressources disponibles. Il est indispensable de prendre conscience de l'effort et des dépenses nécessaires à une action de dépistage et de poser la question s'ils ne seraient pas utilisés plus judicieusement dans d'autres domaines de la santé. Il conviendrait de donner la priorité à des mesures dont le rendement serait supérieur.
- **Le dépistage doit être organisé.** Trop de personnes s'imaginent encore que, dès lors que l'on a la preuve expérimentale de l'efficacité du dépistage d'un cancer, il suffit de le mettre en place pour obtenir une réduction de sa mortalité. Beaucoup d'exemples montrent que le dépistage de masse, non seulement n'atteint pas l'efficacité des études expérimentales, mais se traduit souvent par une efficacité quasi nulle avec de nombreux effets délétères.

Ceci est presque toujours lié à un problème d'organisation du dépistage. Ainsi, si le dépistage du cancer du col de l'utérus permet théoriquement une diminution de l'incidence cumulative, et donc de la mortalité, de plus de 90 % grâce à un frottis tous les trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans, seuls certains pays ont réduit de manière tout à fait remarquable l'incidence de ce cancer comme la Finlande et l'Islande.

### III. QUELS CANCERS DÉPISTER ? MODALITÉS DU DÉPISTAGE

#### a) Cancer du col de l'utérus :

Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, **on dispose d'un test efficace, le frottis cervico-vaginal de Papanicolaou**. Ce test est connu et utilisé depuis plus de 50 ans. C'est un examen simple, efficace, peu onéreux, d'une innocuité totale. Il ne nécessite aucun équipement important et son apprentissage est relativement aisé. Comme l'indiquait la **Conférence de consensus de Lille**, « **le frottis cervical est le seul test de dépistage du cancer du col de l'utérus que l'on doit utiliser** ».

Preuves de l'efficacité du dépistage par frottis cervical : de nombreuses études épidémiologiques, des études cas-témoins, des études de cohorte, des comparaisons historiques, ont montré une réduction de la mortalité et de l'incidence des cancers du col de l'utérus dans les populations où le dépistage a été organisé de manière systématique. **Ainsi un dépistage qui débute chez les femmes de 25 ans**, s'accompagne d'une diminution de l'incidence cumulée de 93 %, lorsque **le frottis est réalisé tous les 3 ans** d'une diminution de l'incidence de 91 %, s'il est réalisé tous les 5 ans d'une diminution de 82 % et s'il est réalisé tous les 10 ans la diminution reste de près de 64 %. La diminution tout à fait considérable de l'incidence et de la mortalité par cancer du col de l'utérus dans les populations où des campagnes efficaces de dépistage ont été mises en place est une preuve supplémentaire de l'efficacité de ce dépistage. Ainsi en Finlande, à raison d'un frottis tous les 5 ans entre 30 et 55 ans, aux Pays-Bas tous les 6 ans chez les femmes de 30 à 72 ans, on a observé une diminution de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus de trois fois en l'espace de 25 ans, entre 1962 et 1987.

## b) Cancer du sein

Modalités pratiques du dépistage du cancer du sein : **la mammographie a prouvé sa supériorité par rapport aux autres méthodes.** La plupart du temps elle est utilisée sans examen clinique associé. Celui-ci peut être conseillé comme l'auto-examen dans l'intervalle entre les mammographies. Deux incidences (oblique externe et face) sont réalisées et une double lecture des clichés est recommandée. L'intervalle entre les mammographies se situe entre 2 et 3 ans. **Un intervalle de 2 ans semble le plus efficace chez les femmes de plus de 50 ans.** Avant cet âge, l'efficacité pourrait être améliorée en rapprochant les tests.

**La tranche d'âge pour laquelle l'efficacité est la meilleure est celle de 50 à 70 ans** avec un taux de participation suffisant. La plupart des experts sont d'accord pour ne pas recommander de dépistage de masse pour les femmes de moins de 50 ans. L'assurance de qualité et la formation des intervenants sont des impératifs absolus.

## c) Cancer du côlon et du rectum

Une **conférence de consensus tenue à Paris en Janvier 98** (Gastroenterol. Clin. Biol., 1998, 22, S289-S295) donne les recommandations suivantes :

### - Dépistage chez les sujets à risque moyen

Deux études contrôlées et randomisées réalisées dans la population générale chez des personnes âgées de 45 à 74 ans, ont démontré qu'un **programme de dépistage basé sur le test Hemoccult II répété tous les deux ans et suivi de coloscopie en cas de positivité**, peut diminuer la mortalité par CCR de 15 à 18 %, 8 à 10 ans après sa mise en place. Pour obtenir ces résultats, le test Hemoccult II doit être réalisé dans le cadre d'un programme régulièrement évalué ; sa lecture doit être centralisée et effectuée par des équipes entraînées. La participation de la population concernée doit être d'au moins 50 % et maintenue pendant toute la durée du programme. Pour atteindre cet objectif, la collaboration des médecins généralistes et des médecins du travail est indispensable.

La rectosigmoïdoscopie souple et la coloscopie totale ont une sensibilité élevée, mais ne satisfont pas aux critères d'acceptabilité et d'innocuité d'un test de dépistage de masse.

## RECOMMANDATIONS

Le dépistage du CCR est possible par la recherche de saignement occulte dans les selles, dans le cadre de campagnes de dépistage de masse soumises à des conditions strictes de réalisation. Le dépistage du CCR par la recherche du sang occulte dans les selles ne saurait être proposé à titre individuel par un médecin à son patient en dehors du cadre de campagnes de dépistage organisées. La demande individuelle formulée par un patient doit être appréciée dans le cadre de la relation médecin-malade, en fonction des facteurs de risque. Elle ne relève en aucun cas de dépistage.

- *Surveillance des sujets à risque très élevé ou élevé*

***Risque très élevé***

**RECOMMANDATIONS**

*Elles sont fondées sur des consensus d'experts et de rares études contrôlées :*

- 1) proposition d'une consultation de génétique oncologique,*
- 2) recherche de la mutation chez le sujet index et chez les apparentés après leurs consentements,*
- 3) les sujets ayant bénéficié d'un test génétique et non porteurs de la mutation familiale doivent être suivis comme la population générale,*
- 4) la mise en place de laboratoires de biologie moléculaire chargés de rechercher les mutations en routine est souhaitable. Les prélèvements histologiques doivent être fixés dans du formol.*
- 5) dans la PAF, la détection se fait par la rectosigmoïdoscopie souple annuelle à partir de la puberté jusqu'à l'âge de 40 ans où l'expressivité de la maladie est voisine de 1.*
- 6) dans le HNPCC, remplissant les critères d'Amsterdam, les recommandations internationales actuelles de surveillance sont les suivantes :*
  - coloscopie totale tous les 2 ans dès l'âge de 25 ans ou 5 ans avant l'âge au moment du diagnostic du cas le plus précoce dans la famille*
  - examen gynécologique annuel après l'âge de 30 ans avec échographie endo-vaginale complétée d'un frottis aspiratif.*

*La surveillance des autres cancers digestifs ou des voies urinaires ne fait pas l'objet de consensus clair du fait de leur moindre fréquence.*

***Risque élevé***

**RECOMMANDATIONS**

- 1) Il est conseillé une coloscopie de dépistage chez tout apparenté au premier degré d'un malade atteint de CCR avant 60 ans, ou si deux parents au premier degré sont atteints d'un CCR quel que soit l'âge du diagnostic. La coloscopie est faite à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index. Après une coloscopie*

*normale, une surveillance tous les 5 ans est suffisante. En cas de CCR après 60 ans chez le sujet index, il est difficile de conseiller une stratégie dans l'état actuel des connaissances.*

- 2) *Le risque théorique lorsque les apparentés ont des adénomes, même si leur taille est supérieure à 1 cm, n'atteint pas un niveau de preuve suffisant pour que le jury puisse faire une recommandation sur la stratégie de dépistage à utiliser.*

*Sujets à risque élevé du fait d'antécédents personnels :*

*Les sujets ayant des antécédents personnels d'adénome, de CCR ou de maladie inflammatoire de l'intestin (RCUH et maladie de Crohn) sont également à risque élevé.*

### **RECOMMANDATIONS**

- 1) *Dans le cas d'antécédents de CCR ou d'adénome supérieur à 1 cm, d'adénomes avec contingent vilieux, une coloscopie est effectuée à 3 ans et, si la coloscopie est normale, 5 ans après,*
- 2) *En cas de pan-colite, une endoscopie est conseillée tous les 2 ans après quinze à vingt ans d'évolution de la maladie. »*

#### **d) Exemple de cancer à ne pas dépister : le cancer de la prostate**

**Le dosage du PSA sérique n'est pas recommandé dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate, qu'il soit de masse, dirigé vers l'ensemble de la population intéressée, ou qu'il soit opportuniste, au cas par cas.**

Dans le cadre du diagnostic précoce du cancer de la prostate localisé, il n'est pas recommandé de doser le PSA sérique chez un patient sans facteur de risque de cancer de la prostate si son âge est inférieur à 50 ans.

Le dosage du PSA sérique, associé aux données du toucher rectal, peut être proposé à un patient à partir de 50 ans, lorsqu'il souhaite savoir s'il est atteint d'un cancer de la prostate. Cependant, le patient doit être informé des limites du dosage du PSA sérique et des incertitudes actuelles concernant la prise en charge du cancer de la prostate au stade localisé.

**Le dépistage du cancer de la prostate a une efficacité très faible comme le montre une étude réalisée par le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec à partir de l'ensemble des données existant dans ce domaine.** En effet, pour éviter un décès par cancer de la prostate il faut réaliser un dosage du PSA chez 12400 hommes tous les ans entre 50 et 69 ans. Quinze décès ne seront pas évités. Plus de 800 sujets vont avoir à un moment donné un résultat positif, ce qui va conduire à 320 biopsies et à 87 prostatectomies.

Par contre la morbidité et la mortalité liées à ce dépistage sont importantes. En effet, les 87 prostatectomies vont donner lieu aux complications suivantes :

Lésion rectale nécessitant un traitement de longue durée ou une colostomie	0,26
Thrombose veineuse profonde, embolie pm, infection, plaie, fistule fécale, fuite urinaire, augmentation de l'hospitalisation	6,1
Sténose urétrale	3,5
Toute incontinence urinaire	8,7
Incontinence urinaire grave	1,74
Impuissance	49,6
Mortalité opératoire à 30 jours	0,26