

*Should colorectal cancer screening be continued after 75 years?*

Robert Benamouzig  
Thomas Aparicio  
Frank Zerbib  
Étienne Dorval

Hôpital Avicenne, Université Paris 13,  
125 rue de Stalingrad, 93000 Bobigny

@ Correspondance : R. Benamouzig  
robert.benamouzig@aphp.fr

## Faut-il poursuivre le dépistage du cancer colorectal après 75 ans ?

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent et la deuxième cause de mortalité par cancer en France. Le dépistage du cancer colorectal est une priorité de santé publique reconnue par les pouvoirs publics en France comme en Europe. Un programme national organisé de dépistage du cancer colorectal a été progressivement mis en place dès le début des années 2000 en France. Ce programme repose sur la réalisation d'un test immunologique de détection de l'hémoglobine dans les selles (FIT OC Sensor<sup>®</sup>) tous les deux ans suivi d'une coloscopie en cas de positivité. Ce programme concerne les personnes à risque moyen âgés de 50 à 74 ans. L'âge d'arrêt du dépistage organisé a été décidé il y a plus de vingt ans sur des bases empiriques. En France, l'espérance de vie actuelle d'un homme de 75 ans est en moyenne de 12 ans et celle d'une femme de 75 ans de 14 ans et 8 mois (INSEE 2017). La fréquence des néoplasies coliques augmente avec l'âge. Dans les séries endoscopiques, elle est de 14 % entre 50 et 54 ans, de 26 % entre 75 et 80 ans et de plus de 29 % au-delà de 80 ans. Plus de 40 % de l'incidence des cancers colorectaux est observée chez les patients de plus de 75 ans en France. Chez les patients âgés, les cancers colorectaux sont plus fréquemment diagnostiqués en urgence et alors associés à une surmortalité.

L'intérêt du dépistage du cancer colorectal après l'âge de 75 ans est encore peu documenté. Les essais randomisés ayant permis de démontrer l'intérêt du dépistage par test de recherche de sang occulte dans les selles sur la survie spécifique ont inclus des sujets de moins de 75 ans. Seul un de ces essais a inclus un très faible nombre de sujets âgés de plus de 75 ans [1]. Le dépistage est possiblement associé à des effets délétères et ceux-ci sont plus fréquents et plus sévères chez des sujets fragiles. Il n'existe pas à ce jour d'évaluation menée sur de larges populations âgées et seules des études de modélisation et/ou de coût-efficacité sont disponibles. Ces études suggèrent l'intérêt de poursuivre le dépistage au-delà de 75 ans. Dans un travail mené sur la base de données nord-américaines en 2001, avec une espérance de vie moindre d'environ deux ans de celles actuellement observées, il était calculé que le dépistage par test fécal permettait d'espérer une réduction d'un décès par cancer colorectal pour 408 femmes et 525 hommes âgés de 75 ans testés. Ces chiffres étaient de 581 et 945 à 80 ans *versus* 340 et 380 à 70 ans ou 263 et 255 à 50 ans [2]. Dans une modélisation nord-américaine plus récente, il était estimé de façon similaire que le dépistage par test fécal permettait d'espérer une réduction d'un décès par cancer colorectal pour 207 femmes et 525 hommes âgés de 75 à 80 ans. Ces chiffres étaient respectivement de 581 et 945 pour les femmes et hommes âgés de 80 à 84 ans *versus* 340 et 380 entre 70 et 74 ans et 263 et 265 entre 50 et 54 ans. Ce travail estimait aussi que le dépistage par coloscopie permettrait d'espérer une réduction d'un décès par cancer pour 82 femmes et 50 hommes âgés de 75 à 80 ans et pour respectivement 140 femmes et 227 hommes âgés de 80 à 84 ans *versus*

Pour citer cet article : Benamouzig R, Aparicio T, Zerbib F, Dorval É. Faut-il poursuivre le dépistage du cancer colorectal après 75 ans ? Hépatogastro et Oncologie digestive 2019 ; 26 : 879-881. doi : 10.1684/hpg.2019.1843

63 femmes et 61 hommes entre 50 et 55 ans [3]. Le dépistage resterait coût-efficace dans la tranche d'âge 75-80 ans [4]. Une étude de coût-efficacité récente menée sur des données françaises a confirmé cet aspect coût-efficace dans cette tranche d'âge (données INCa). Une enquête menée aux Etats unis a montré que les sujets de plus de 70 ans restent désireux d'information sur le cancer et de propositions de dépistage avec seulement 13 % qui se considèrent « trop vieux » [5].

### **■ ■ Des études suggèrent l'intérêt de poursuivre le dépistage au-delà de 75 ans ■ ■**

La population de patients âgés de plus de 75 ans est hétérogène. La présence de comorbidités diminue l'espérance de vie et modifie les possibilités thérapeutiques. L'espérance de vie ainsi n'est plus que de 5 années lorsqu'il existe plus de trois co-morbidités associées. L'évaluation de l'espérance de vie selon des paramètres gériatriques est possible. Le score de Lee évalue l'espérance de vie selon des paramètres gériatriques et permet de prédire la survie attendue. Un score de Lee  $\leq 9$  est associé à un taux de survie de 70 % à cinq ans dans la population française. Une évaluation de ce type pourrait contribuer à sélectionner les sujets de plus de 75 ans qui bénéficieraient le plus du dépistage du CCR. Ainsi, le dépistage du cancer colorectal selon les modalités usuelles pourrait être efficace chez les sujets de plus de 75 ans sans ou avec peu de co-morbidités, en particulier si aucun dépistage n'a été réalisé récemment.

### **■ ■ Le dépistage du cancer colorectal selon les modalités usuelles pourrait être efficace chez les sujets de plus de 75 ans sans ou avec peu de co-morbidités ■ ■**

Plusieurs possibilités sont envisageables au vu des données disponibles : maintenir le statu quo avec arrêt du dépistage organisé à l'âge de 74 ans révolus, adapter l'âge d'arrêt du dépistage organisé aux évolutions démographiques avec amélioration de l'espoir de vie et de l'espoir de vie en bonne santé ainsi que des données de modélisation, maintenir le statu quo avec arrêt du dépistage organisé à l'âge de 74 ans révolus en laissant la possibilité d'une prise en charge du dépistage par test immunologique après avis médical permettant d'en appréhender l'intérêt réel.

Ces pistes de réflexion restent ouvertes et devraient être éclairées par des expérimentations évaluant ces différentes stratégies en population dont l'évaluation sera facilitée par le savoir-faire des différentes institutions et structures déjà impliquées dans ce dépistage.

#### Liens d'intérêts :

RB est membre représentant de la SNFGE au comité national stratégique pour le dépistage des cancers ; TA est vice-président de la FFCD ; FZ est président du CNP-HGE ; ED a été missionné par l'INCa pour rédiger des propositions sur les perspectives d'évolution de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer en France.

#### **Références**

Les références importantes apparaissent en gras.

**1** • Mandel JS, Bond JH, Church TR, *et al.* Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med* 1993 ; 328 : 1365-71.

**2** • Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: A framework for individualized decision making. *JAMA* 2001 ; 285 : 2750-6.

3 • Ko CW, Sonnenberg A. Comparing risks and benefits of colorectal cancer screening in elderly patients. *Gastroenterology* 2005 ; 129 : 1163-70.

4 • van Ballegooijen M, Habbema JDF, Boer R, *et al.* A Comparison of the Cost-Effectiveness of Fecal Occult Blood Tests with Different Test Characteristics in the Context of Annual Screening in the Medicare Population. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality (US) ; 2003. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285640/>.

5 • Lewis CL, Kistler CE, Amick HR, *et al.* Older adults' attitudes about continuing cancer screening later in life: A pilot study interviewing residents of two continuing care communities. *BMC Geriatr* 2006 ; 6 : 10.