

LETTRE À LA RÉDACTION... il y a 28 ans

Pourquoi individualiser la cancérologie digestive ?* *A rationale for the individualization of digestive oncology*

J.-P. BADER

Hôpital Henri-Mondor, Créteil (France)

■ Il faut individualiser la cancérologie digestive

– Parce que les cancers digestifs sont, en France, une des causes majeures de mortalité. Ainsi, d'après les statistiques INSERM 75, on comptait cette année-là, en France :

- 560 353 décès,
- 116 927 décès par cancer
- 37 604 décès par cancer digestif
- 15 448 décès par cancer recto-colique
- 14 322 décès par cancer broncho pulmonaire,

– ce qui signifie que les cancers digestifs sont les plus meurtriers des cancers (environ 1/3 des décès),
– et que le cancer du recto-côlon est le cancer d'organe responsable du plus grand nombre de décès.

Il faut individualiser la cancérologie digestive :

– Parce que les cancers digestifs sont des cancers où les résultats thérapeutiques demeurent médiocres.

D'après le registre des cancers digestifs de la Côte-d'Or, les survies globales à 3 ans sont de :

- 6 % pour l'œsophage,
- 15 % pour l'estomac,
- 33 % pour le côlon-rectum,
- 2 % pour le pancréas.

Il faut individualiser la cancérologie digestive :

– Parce que la cancérologie digestive n'a pas à ce jour, dans le champ de la cancérologie générale, la place qu'elle mérite.
– Sur les 766 personnes appartenant aux équipes médicales des 20 Centres anti-cancéreux et figurant dans l'annuaire 1980-1981, 6 sont des médecins gastro-entérologues pleintemps, et aucun des 8 services de cancérologie générale créés par l'Assistance Publique de Paris n'est dirigé par un gastro-entérologue.

Il faut individualiser la cancérologie digestive, parce qu'elle est à peu près inconnue du grand public.

D'une enquête SOFRES commandée par la Ligue Nationale de Lutte contre le Cancer, il ressort que :

– interrogés sur les cancers les plus fréquents chez la femme, 52 % citent les cancers de l'utérus responsables de

4 000 décès annuels et 3 % citent les cancers recto-coliques, responsables de 8 000 décès annuels chez la femme ;

– interrogés sur la possibilité de prévention des cancers colorectaux, 2 % des personnes sont au courant, 5 % connaissent l'endoscopie comme moyen de dépistage, et 1 % savent qu'un polype peut favoriser le cancer.

Pour relever ces 4 défis que sont :

- une mortalité massive,
- un pronostic encore médiocre,
- une place insuffisante dans la cancérologie traditionnelle,
- une ininformation de la population,

La collectivité gastro-entérologique doit se mobiliser.

■ Il faut affirmer notre stratégie dans 5 directions

– une stratégie de *dépistage précoce*, qui dépasse les moyens de la clinique la plus consciencieuse, car aucun des cancers digestifs n'a de séméiologie spécifique et passe par le développement des investigations modernes de l'hépatogastro-entérologie, que sont la *fibroscopie* et l'*échographie* (complétée par le scanner).

Notre équipement dans ce domaine ne doit souffrir ni restriction, ni délai ;

- une stratégie de *traitement multidisciplinaire*, qui associe au besoin, dans les structures départementales, hépato-gastro-entérologue, chirurgiens, radiothérapeutes, et anatomo-pathologistes ;
- une stratégie de *prévention*, orientée sur le dépistage des sujets à risque et des états pré-cancéreux, l'exemple le plus spectaculaire étant celui des polypes recto-coliques ;
- une stratégie de *recherche*, orientée sur tous les secteurs y compris épidémiologie, nutrition, recherche fondamentale, etc. ;
- enfin, une stratégie de *diffusion des informations*.

Voici pourquoi nous avons créé cette Fondation de Cancérologie Digestive.

* *Acta Endoscopica*, 1981; XI(6):459-60