

Étude concernant l'impact d'une information sur le dépistage primaire du cancer colorectal

Jean-François Colin, gastro-entérologue, cliniques Europe et **Gérard Stibbe**, médecin généraliste, Institut médecine générale et cancer.

Article paru dans La Revue de la Médecine Générale n°224 de juin 2005.

Étude concertée entre l'Institut médecine générale et cancer et des centres hospitaliers de gastro-entérologie.

.....

L'étude présentée par les D^r Colin et Stibbe constitue un exemple concret de l'impact de l'information sur un problème de santé (ici, le cancer du rectum et du colon). Dans une première phase, des généralistes ont été sensibilisés à ce problème, puis invités à y sensibiliser leur patient et à leur proposer une endoscopie de dépistage.

.....

L'adénocarcinome colorectal est, en Belgique, parmi les trois cancers les plus fréquents. Il survient dans 90 % des cas après l'âge de cinquante ans. L'intérêt d'un dépistage adapté est de permettre le diagnostic précoce des cancers en vue d'en améliorer le pronostic et de prévenir le cancer en réséquant les adénomes colorectaux avant leur transformation néoplasique. Il n'existe à l'heure actuelle pas de consensus concernant les méthodes de dépistage individualisé chez le patient à risque moyen de cancer colorectal (CCR).

Objectifs

Le but de la démarche était d'étudier la faisabilité du dépistage par endoscopie dans une patientèle habituelle de médecine générale. L'objectif primaire de l'étude était d'évaluer le taux d'acceptation d'un examen endoscopique (rectosigmoïdoscopie ou coloscopie) de dépistage parmi des patients ayant reçu de leur médecin généraliste une information concernant les risques de cancer colorectal et les avantages possibles d'un dépistage endoscopique. Les objectifs secondaires étaient d'analyser les lésions observées, de déterminer le taux de complications inhérent à l'acte endoscopique et de déterminer la tolérance subjective des patients à l'acte endoscopique.

Les lecteurs moins intéressés par les aspects techniques de l'étude sont invités à passer directement au paragraphe *Discussion*.

Matériel et méthodes

Les promoteurs étaient l'Institut médecine générale et cancer (IMGC) et des centres hospitaliers de Gastro-entérologie. Des médecins généralistes ont été contactés par l'Institut médecine générale et cancer, renseignés par les centres hospitaliers impliqués dans l'étude. Le médecin généraliste, en accord avec son patient, gardait l'entière liberté de travailler en collaboration avec le centre de son choix. Il était implicitement signalé qu'un examen de dépistage ne devait pas être exclusivement réalisé dans un des centres cités. L'étude avait obtenu l'accord du comité d'éthique de la Société scientifique de médecine générale.

Le seul critère d'inclusion était d'être âgé de cinquante à septante ans. Les critères d'exclusion étaient les suivants : avoir été soumis à un examen endoscopique du côlon il y a moins de cinq ans, être atteint d'une pathologie colique chronique connue hormis le syndrome du côlon irritable, présenter une contre-indication à un examen de dépistage endoscopique, souffrir d'une pathologie limitant le pronostic vital à un an.

La durée de l'étude avait été fixée à six semaines ou cinquante patients informés, vus au cabinet du médecin généraliste. Avant le début de l'étude, dans chaque centre, était réalisée une séance d'information des généralistes. Des feuilles de renseignements concernant le dépistage du risque moyen de cancer colorectal leur étaient alors remises.

L'information du patient était annoncée dans la salle d'attente. Elle était effectuée par le médecin généraliste à l'aide de feuillets remis aux patients. Une feuille attestant de l'interrogatoire et de l'information donnée au patient devait être remplie par le généraliste. Un consentement éclairé oral du patient à la participation à l'étude était demandé. En cas de refus, le questionnaire n'était pas rempli. La

Mots clefs : prévention, information.



sélection des patients, avec ou sans facteurs de risques de risque moyen de cancer colorectal, présentant des symptômes digestifs ou non, était faite grâce au questionnaire rempli par le généraliste.

La proposition d'un examen de dépistage était la suivante :

- pour les patients sans facteurs de risque : proposition d'une rectosigmoïdoscopie (ou d'une coloscopie totale si le patient le désirait après explication de l'intérêt des deux techniques)
- pour les patients avec facteurs de risque : proposition d'une coloscopie.

Les facteurs de risque étaient définis comme suit :

- des antécédents personnels de polypes ;
- des antécédents familiaux de polypes et/ou de risque moyen de cancer colorectal ;
- une histoire familiale de polypose adénomateuse familiale ou de cancer colique héréditaire non polyposique.

L'examen de dépistage devait être effectué endéans les trois mois après la proposition.

L'analyse statistique des résultats a été effectuée par Patrick Mullie (Eenheid voor Epidemiologie, Preventie en Screening, Jules Bordet Instituut) à l'aide du logiciel SimStat for Windows version 1.3.1.

Résultats

● Population globale

Des dix centres hospitaliers, de Bruxelles ou de Wallonie, cinq ont participé. Ils ont contacté et informé de l'étude 172 médecins généralistes. Selon les centres, l'étude a débuté entre février et juin 2002. Seulement 48 généralistes (27,9 %) ont participé à l'étude. Ils ont inclus 773 patients (dont 13 % âgés de plus de 70 ans). Il s'agissait de 440 femmes d'un âge moyen de 61,2 ans (4279) et de 333 hommes d'un âge moyen de 60,8 ans (40-83). Onze généralistes (6,4 %) ont inclus moins de quatre patients.



Après information, 283 patients (36,6 % de la population totale) ont exprimé leur refus de participer à l'étude. Il s'agissait de 154 femmes et 129 hommes.

Parmi les 490 participants à l'étude, l'interrogatoire permettait de retrouver des antécédents familiaux de risque moyen de cancer colorectal chez 14 % des patients, un antécédent personnel de polype chez 4,9 % des patients et un antécédent familial de polype chez 7 % des patients. Des symptômes digestifs (pertes de sang par l'anus, troubles du transit, douleurs abdominales) étaient signalés par 24,1 % des patients.

● Population dépistée

Suite à la proposition d'un examen endoscopique de dépistage, 158 patients (20,4 % de la population totale) ont effectué un examen endéans la durée de l'étude. Comme le montre le tableau, 61 hommes (18,5 %) d'un âge moyen de 61 ans, effectuaient soit une rectosigmoïdoscopie (7 patients), soit une coloscopie (54 patients). À la même proposition, 97 femmes (24,7 %) répondaient positivement et effectuaient soit une rectosigmoïdoscopie (14 patientes) soit une coloscopie (83 patientes). La réalisation d'un examen de dépistage était, en analyse univariée, uniquement corrélée à la présence de symptômes digestifs ($p = 0,003$) et

Étude concernant l'impact d'une information sur le dépistage primaire du cancer colorectal

à l'existence d'un antécédent familial de risque moyen de cancer colorectal ($p = 0,03$). N'étaient point corrélés le sexe, l'âge, les antécédents familiaux ou personnels de polype.

● Endoscopies

La tolérance à l'examen endoscopique était jugée excellente par 98 patients (62,1 %), bonne par 47 (29,7 %) patients, à peine acceptable par 7 patients (4,4 %) (7 coloscopies) et mauvaise par 6 patients (3,8 %) (5 coloscopies, 1 rectosigmoïdoscopie). La tolérance était comparable pour les coloscopies et les rectosigmoïdoscopies. Il est cependant à noter que de nombreuses coloscopies ont été pratiquées sous sédation. La seule complication consistait en un malaise vagal survenu avant le début d'une coloscopie, qui n'a pas été pratiquée.

Des lésions prolifératives, parfois multiples, ont été retrouvées chez 43 patients (27,2 % de la population ayant fait l'objet d'un dépistage). Il s'agissait de polypes chez 41 patients, dont 10 polypes « avancés » (villeux ou d'une taille d'au moins un cm), d'un cancer du rectum, sténosant, et d'un cancer du côlon. La localisation des lésions était proximale chez 11 patients, distale chez 23 patients, proximale et distale chez 9 patients. Parmi les patients ayant eu une rectosigmoïdoscopie, 6 présentaient des polypes ou un cancer justifiant une coloscopie totale, réalisée chez 4 patients.

D'autres lésions étaient observées chez 8 (5 %) patients : 1 rectite médicamenteuse, 1 ulcère solitaire du rectum, 3 diverticulites sigmoïdiennes, 1 colite radique, 1 angiodyplasie cœcale et une maladie de Crohn iléale.

Discussion

Le cancer colorectal remplit les conditions nécessaires pour qu'un dépistage soit justifié. Il est fréquent. Il reste grave. Un dépistage permet de prévenir la survenue de certains cancers ou d'en améliorer le pronostic. Il existe des tests de dépistage performants. Pour qu'un dépistage soit efficace, la participation de la population doit être importante. L'organisation doit être rigoureuse. Le dépistage doit être coordonné et faire l'objet d'une évaluation

régulière. Il en est de même de la prise en charge des lésions dépistées. Il faut aussi disposer du financement et des moyens nécessaires.

Actuellement, il est démontré que la recherche de sang occulte dans les selles par le test Hemoccult II est efficace dans le cadre d'un dépistage de masse de la population, avec réduction de l'incidence du risque moyen de cancer colorectal. Le test est réalisé sans régime alimentaire et est lu sans réhydratation. La lecture du test doit être centralisée. Néanmoins, vu la faible sensibilité de ce test, on ne peut le considérer comme le test de dépistage de choix à l'échelon individuel. D'autre part, sa positivité impose la réalisation d'une coloscopie totale. C'est pourquoi l'Institut médecine générale et cancer a développé un programme de dépistage systématique basé sur l'endoscopie. C'est ce programme qui a été testé auprès d'un groupe de médecins de famille et de leurs patients. Dans notre étude, les endoscopies effectuées ont montré la présence de lésions chez 27 % des patients, dont 7,6 % de lésions significatives, soit un pourcentage globalement retrouvé dans la littérature. Malheureusement, les chiffres de participation de la population investiguée (20,4 %) et des médecins généralistes (28 %), quoique sensibilisés à la problématique du risque moyen de cancer colorectal, sont décevants. Il est possible que la participation effective de la population ait été sous-estimée, certains patients préférant postposer l'examen de dépistage. Ces résultats ne permettent pas de dépistage efficace du risque moyen de cancer colorectal. Ils peuvent s'expliquer par des résistances liées au patient ou au médecin généraliste.

Parmi les résistances liées au patient, il s'agit notamment de l'appréhension d'un examen de dépistage, de l'acceptabilité du test de dépistage proposé (caractère invasif, préparation désagréable, risques de complications), de l'absence de perception du bénéfice d'un dépistage du risque moyen de cancer colorectal, et de l'absence de symptômes digestifs. Parmi les résistances liées au médecin, il s'agit surtout de l'insuffisance de données scientifiques en termes de santé publique et, ce qui était le plus contraignant dans notre étude, du temps nécessaire à l'information du consultant sur le cancer colorectal, son dépistage, et l'étude proposée. Jouent également la charge administrative,



l'appréhension d'exams invasifs et la perception d'une faible motivation de la population.

Un dépistage efficace du risque moyen de cancer colorectal devrait d'abord impliquer une information adéquate de la population permettant de la sensibiliser au dépistage, à ses risques et bénéfices. Ensuite une information et une formation préalable des médecins généralistes et des médecins du travail seraient nécessaires, comme le démontrent les études effectuées en France. Par contre pour les sujets à risque élevé, la sensibilisation est meilleure et des arguments existent en faveur de la coloscopie de première intention. Le médecin généraliste joue là un rôle essentiel dans la sélection de ces patients. Cependant une stratégie de dépistage limitée aux patients à risque ne pourrait avoir qu'un effet modeste en termes de santé publique dans la mesure où le risque moyen de cancer colorectal apparaît dans près de 75 % des cas chez des patients n'appartenant pas à un groupe à risque.

Conclusion

L'étude menée démontre les difficultés pratiques d'un dépistage systématique du risque moyen de cancer colorectal basé sur l'endoscopie dans une patientèle habituelle de médecine générale.

En termes de santé publique, dans l'attente d'études complémentaires intégrant notamment la coloscopie virtuelle, il reste préférable de développer un programme de dépistage basé sur la recherche du sang occulte dans les selles. Ce test non invasif permet de sensibiliser le patient et, en cas de positivité, d'inciter à la réalisation d'une coloscopie. Cette politique de santé implique cependant un financement et des moyens adaptés. ●

La bibliographie est disponible sur simple demande

HOMMES						
	Proposition		Acceptation		Réalisation	
	n	%	n	%	n	%
Rectosigmoïdoscopie	43	27.2	19	9.3	7	11.5
Coloscopie	115	72.8	66	32.4	54	88.5
Refus d'un examen endoscopique			119	58.3		
Pas de données	175		129			
Total	333		333		333	
18 % des hommes effectuent un examen de dépistage						
FEMMES						
	Proposition		Acceptation		Réalisation	
	n	%	n	%	n	%
Rectosigmoïdoscopie	33	15.8	15	5.2	14	14.4
Coloscopie	176	84.2	94	32.9	83	85.6
Refus d'un examen endoscopique		177	61.9			
Pas de données	231		154			
Total	440	440	440			
22 % des femmes effectuent un examen de dépistage						

Tableau 1 : Endoscopie de dépistage

Lexique

Adénocarcinome : Une forme fréquente de cancer, développé à partir de tissu glandulaire.

Colorectal : touchant le rectum (partie terminale de l'intestin conduisant à l'anus) et/ou le colon (ou gros intestin).

Coloscopie : examen médical consistant à introduire un endoscope (tuyau souple pouvant amener divers instruments d'optique ou de prélèvement de tissus) dans le colon. La coloscopie « totale » explore toute la longueur du colon.

Rectoscopie : même examen, limité au rectum.

Rectosigmoidoscopie : même examen, limité au rectum et au sigmoïde, qui est la dernière partie du gros intestin (le colon descendant)

Polype : excroissance charnue implantée dans la paroi de l'intestin et se projetant dans le conduit intestinal ; il existe des polypes bénins (non cancéreux) et malins (cancéreux) ; tout polype, même bénin, peut un jour se transformer en cancer.

Prévalence : nombre total de personnes touchées par une maladie à un moment donné dans une population donnée.

Sang occulte : sang non visible à l'œil nu (parce que, dans le cas présent, mêlé en petite quantité aux selles).