

Coloscopie virtuelle Evaluation d'un test de diagnostic ou de dépistage.

La coloscopie est largement utilisée dans le dépistage des polypes et du cancer coliques. Elle n'est pas sans inconvénients ni risques: douleurs nécessitant le plus souvent une anesthésie générale, risque de perforations (0,2 et 0,4%)¹. Une technique mieux tolérée apparaît donc intéressante. La coloscopie virtuelle répond à cet objectif; elle réalise une exploration colique avec le scanner spiralé après insufflation colique.

Un article paru dans la grande presse à ce sujet nous a valu de nombreux appels. Depuis nous avons colligé plusieurs études d'évaluation comparant cette technique au lavement baryté et à la coloscopie conventionnelle. Nous ferons le point à partir d'une étude ² et de trois synthèses récentes^{3,4,5}.

L'étude² a étudié prospectivement 100 patients à haut risque de cancer colorectal (60 hommes et 40 femmes, âge moyen 62 ans). La coloscopie virtuelle (CV) a été effectuée immédiatement avant une coloscopie conventionnelle (CC). Une préparation classique (régime sans résidu et purge) était effectuée. L'insufflation d'air colique était effectuée par sonde rectale au niveau maximum que le patient tolérait. Une injection IV de 1mg de glucagon était pratiquée pour diminuer le péristaltisme et réduire l'inconfort. L'endoscopiste qui réalisait la CC, comme le radiologue effectuant la CV, ignoraient le résultat de l'examen fait par l'autre méthode.

Le colon était exploré totalement par 87 CV et 89 CC. La CC était normale chez 51 patients. Chez les 49 autres, étaient identifiés au total 115 polypes et 3 cancers.

La CV a identifié les 3 cancers, 82 des 115 polypes (71%). Cette sensibilité varie avec la taille des polypes: étaient détectés 20 des 22 polypes de plus de 10 mm (91%), 33 des 40 de 6 à 9 mm (82%), 29 des 53 de 5 mm ou moins (56%). Il y avait 19 faux positifs de polypes et aucun faux positif de cancer. Ces faux positifs étaient soit des haustrations coliques, soit des résidus stercoraux. Les faux négatifs, à l'analyse rétrospective étaient liés soit aux limites de la technique, soit à une interprétation erronée comme haustration ou résidu stercoral.

Aucun des patients n'a demandé l'arrêt de l'examen en raison de son inconfort. L'injection de glucagon entraînait le plus souvent des nausées. Le temps requis pour la CV était de 20 mn pour l'examen, 30mn pour l'analyse de l'image et 10 mn pour l'interprétation

Il nous a paru intéressant d'analyser les études à partir d'une grille d'évaluation d'un examen diagnostique.

La validité du test a-t-elle été évaluée à partir de critères diagnostiques reconnus? La comparaison a-t-elle été faite à l'aveugle? La comparaison a été faite à partir de la CC qui a été considérée comme le "gold standard", tout en sachant que sa sensibilité n'est pas parfaite avec 10 à 20% de faux négatifs pour les polypes^{1,2}. La comparaison a bien été effectuée "à l'aveugle".

Rapporte-t-on la précision du test, la reproductibilité de son interprétation? L'amélioration des données de sensibilité et de spécificité au niveau des études successives montre l'importance de la formation et de l'expérience des radiologistes dans la réalisation et l'interprétation de l'examen³.

Rapporte-t-on la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive d'un résultat anormal? La sensibilité est autour de 70% (comparée à la CC), mais de 91% pour les gros polypes, les plus importants².

Les études ont-elles été menées dans des milieux de patients comparables aux vôtres? Les études ont été faites chez des sujets à haut risque de cancer colique. Leur extrapolation à une population tout venant diminuerait considérablement la valeur prédictive².

Discute-t-on l'acceptabilité, l'utilité et le coût du test dans l'ensemble de la démarche ?

La CV n'est pas un examen diagnostique: en cas d'anomalie décelée une CC est nécessaire pour confirmation, prélèvement ou traitement local. Une étude coût-efficacité montre un léger avantage pour la CC dans le dépistage du cancer colique⁵. Du point de vue du patient la CV semble devancer la CC.

En pratique, tous les auteurs sont d'accord pour dire que des études et des perfectionnements techniques sont encore nécessaires pour une large utilisation de la CV. Mais bientôt, si les patients souhaitent un test peu invasif, réduisant des 3/4 le recours à la coloscopie, la CV sera une solution utilisable.

1-ANDEM. Recommandations et références médicales. Endoscopies digestives basses. Concours Médical 1996, 39(suppl):23-37

2-Fenlon HM et al. A comparison of virtual & conventional colonoscopy for the detection of colorectal polyps. N Engl J Med. 1999;341:1469-503

3- Bond JH. Virtual colonoscopy. Promising, but not ready for widespread use. N Engl J Med. 1999;341:1540-42

4 -Halligan S, Fenlon HM, Virtual colonoscopy. BMJ 1999;319:1249-52

5 -Morris MM et al. Virtual colonoscopy.: a kinder, gentler colorectal cancer screening test? The Lancet. 1999;354:1948-49

Mots-clé: coloscopie, colorectal, cancer, dépistage, examen complémentaire, diagnostic, évaluation

Numéro 169 du 20 janvier 2000