

BIBLIOMED

Les analyses du Centre de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

Dépistage du cancer colorectal : Enjeux et difficultés pour le médecin généraliste

Mots clés :

cancer,
dépistage,
colorectal,
essai
contrôlé
médecine
générale

La publication récente des résultats de l'essai bourguignon¹ ne peut qu'inciter les généralistes à s'impliquer dans les programmes de dépistage en cours. C'est pour l'essentiel de cette implication forte que dépend le succès ou l'échec du programme, parce que c'est la condition *a priori* d'une participation suffisante de la population au dépistage. Les contraintes liées au test lui-même, à sa réalisation et au suivi des tests positifs sont ensuite en cause. L'enjeu fondamental – une réduction de la mortalité par cancer colo-rectal (CCR) – en dépend. C'est une « nouvelle » pratique que cela implique, centrée autant sur la personne que nous rencontrons que sur la population au milieu de laquelle nous exerçons.

Obtenir une participation suffisante au dépistage

Dans les études anglaise et danoise, 53 à 66% de la population a participé au dépistage dès la première vague, en complétant éventuellement la proposition du médecin par l'envoi postal et des courriers de rappel. Pour atteindre ce résultat en Bourgogne, il a fallu « adapter » préalablement le système de santé à un contexte plus communautaire, avec formation spécifique, cohésion du corps médical (notamment généralistes et gastro-entérologues), information régulière durant toute la campagne, rémunération forfaitaire des généralistes selon le nombre de tests proposés et réalisés.

Tenir compte de la validité limitée du test

La principale limitation du test Hémocult[®] est sa – relative – faible sensibilité, aux environs de 60%. Dans l'étude bourguignonne, 196 CCR ont été dépistés. Il y a eu 285 cancers de l'intervalle dont on peut supposer, au moins pour leur majorité, qu'il s'agissait de faux négatifs du dépistage, compte tenu de la filiation très longue entre l'adénome et le cancer. Le risque de fausse réassurance doit être soigneusement pris en compte dans l'information de la population dépistée.

Garantir la fiabilité de la lecture du test

Le faible taux de positivité (moins de 2%, comme dans les études anglaise et danoise) assure une valeur prédictive positive de 10 à 15% pour les cancers et de 30 à 40% pour les adénomes sans aucun régime ou précaution particuliers. La fiabilité de la lecture a été assurée par un centre de lecture unique : le test doit être lu immédiatement après révélation,

l'interprétation de la couleur bleue des tests positifs demande beaucoup de pratique. Faute de cela le nombre des faux positifs augmente, et ainsi le nombre de coloscopies inutiles.

Assurer le suivi des tests positifs

Le rôle du médecin est d'insister sur l'importance de la coloscopie totale en cas de test positif. Ceci était obtenu à la fin de l'étude bourguignonne pour 92% des examens complémentaires effectués. Mais près de 15% ont refusé tout examen complémentaire, comme dans l'étude du Calvados², alors que ces refus n'étaient que de 6% dans les études anglaise et danoise. Il est d'autant plus important de comprendre ce groupe de « refusants » qui est l'un des groupes à risque élevé (4,5% de cancers !)

Bien comprendre et informer sur les bénéfiques.

La sensibilité limitée du test a conduit certains à considérer que ce dépistage n'était pas fiable et a retardé sa généralisation. Pourtant c'est le seul qui ait prouvé une réduction de la mortalité par CCR. De plus l'utilisation pour la population non à risque d'un test simple de débrouillage permet de réduire considérablement le nombre de coloscopie qui reste un examen coûteux, non dénué de dangers, bien qu'aucun incident sévère n'ait été relevé dans les 1298 coloscopies de cette étude. La réduction de mortalité a été obtenue avec moins de 5% de coloscopies, sans entraîner de « perte de chance » pour les CCR non dépistés : les stades de découverte des cancers de l'intervalle ont été plus favorables dans le groupe dépisté que dans le groupe témoin.

Quels enseignements en tirer pour la pratique :

- **L'implication du généraliste apparaît le facteur principal de la participation.** Il ne s'agit pas simplement de distribuer un test, mais d'en expliquer l'utilité, la mise en œuvre et la nécessité du suivi. Tout cela demande temps et disponibilité et justifie une rémunération spécifique. Son caractère forfaitaire, lié non seulement au nombre de tests distribués, mais à ceux effectivement réalisés par le patient, est novateur par son lien aux résultats de l'action médicale.

- **Plus encore que dans l'activité soignante, la démarche de dépistage suppose l'acceptation des imprécisions du « tamis ».** Le test de dépistage n'est pas un test diagnostique : sa positivité suppose des examens complémentaires qu'il faut présenter dès sa proposition, sa négativité ne doit pas pour autant réduire la vigilance ultérieure. Dans les deux hypothèses, la décision doit être expliquée et partagée.

- **Participer à un programme de dépistage suppose un travail « communautaire » tout autant qu'« individuel ».** Le dépistage suppose une organisation qui ne peut être de la seule responsabilité de chaque médecin, à la fois pour l'invitation de la population, la centralisation de la lecture des tests, le suivi épidémiologique. Il suppose aussi pour un certain nombre des acteurs la rareté, voire l'absence, de résultats positifs, et la possibilité de faux négatifs, parfois les deux.

Nous devons nous habituer à raisonner dans ce domaine autant en terme de communauté que de notre seule patientèle. Ce rôle d'acteur de santé publique va aller inéluctablement en augmentant. Il doit être reconnu et faire l'objet d'une rémunération adaptée^{3,4}.

Références :

- 1 – Faivre J. et al. *Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood bscreening in a french controlled study.* *Gastroenterology* 2004 ; 126 :1674-80.
- 2 – Launoy G et al. *Le dépistage de masse du cancer colo-rectal dans le Calvados. Expérience auprès de 165 000 personnes dans le Calvados.* *Gastroenterol Clin Biol* 1996 ; 20 : 228-36.
- 3 – Collectif. *Dépistage du cancer colo-rectal. Conditions d'efficacité. Place du médecin généraliste.* *Bibliomed* 2002 : 272.
- 4 – Gallois P, Lamour J, Mura Ph. *Cancer colo-rectal : pourquoi impliquer les généralistes dans le dépistage.* *Rev Prescrire*, 2002, 22, 231, 631-32