



ENQUÊTE

ANTÉCÉDENT FAMILIAL DE CANCER COLO-RECTAL ET HÉMOCCULT II R Évaluation de 2 méthodes de dépistage avec le concours du médecin de famille

D. FALAISE ⁽¹⁾, J.-P. CARPENTIER ^(1, 2), J. COGNEAU ⁽³⁾, S. VOL ⁽¹⁾, H. LE CLÉSIAU ⁽¹⁾, É. CACÈS ⁽¹⁾, J. TICHET ⁽¹⁾

INTRODUCTION

Première cause de mortalité par cancer en France, tous sexes confondus, le cancer colorectal (C.C.R.) répond aux critères qui autorisent le développement d'une stratégie préventive efficace, les modalités précises d'une telle stratégie ne sont pas encore fixées. En dépistage de masse, le test actuellement considéré comme le plus satisfaisant et dont l'efficacité a été évaluée est l'hémocult II R. L'existence d'un antécédent familial de 1^{er} degré (père, mère, frère, sœur), (A.T.C.D.) de C.C.R. multiplie par 2 à 3 le risque par rapport à la population générale [1]. Sa présence serait donc l'indication d'un dépistage endoscopique [2]. L'efficacité de ce dépistage est encore contestée et mal connue. Les objectifs de ce travail ont été d'évaluer les performances de dépistage de 2 modes de sélection : la recherche d'un saignement occulte dans les selles par hémocult II R à celle d'A.T.C.D. de C.C.R., de 1^{er} degré, par un autoquestionnaire validé a posteriori par le médecin de famille.

SUJETS - MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Population

25.145 assurés du régime général de la sécurité sociale âgés de 45 ans et plus ont bénéficié d'un examen de santé entre le 15-2-1992 et le 4-6-1993 dans 5 départements : Indre, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Orne et Sarthe, à l'Institut régional pour la Santé. De périodicité quinquennale, cet examen comporte entre autres un test hémocult II R à partir de 45 ans, ainsi qu'un autoquestionnaire. La démarche qui a amené le sujet au centre a été individuelle et volontaire.

2. Méthode

● L'hémocult II R :

Les plaquettes de recueil de selles et leur mode d'emploi étaient adressés à chaque volontaire dans le même courrier que l'autoquestionnaire médical. Après usage, les plaquettes sont ramenées, le jour de l'examen. À l'Institut, la révélation des tests hémocults était centralisée selon une procédure standardisée.

● L'autoquestionnaire médical du consultant :

Rédigé à son domicile, il a permis de retenir l'existence d'un A.T.C.D. Dans la rubrique antécédents familiaux « concernant seulement vos père, mère, frères et sœurs » la question : « parmi eux quelqu'un a-t-il présenté un cancer du colon (gros intestin) ou du rectum ? » était exploitée.

● L'enquête de suite et le médecin de famille

Lorsque l'A.T.C.D. était présent et/ou lorsque l'hémocult II était positif, une procédure informatique a déclenché l'envoi simultané d'un courrier au patient et au médecin de famille de son choix. Joint au dossier, un questionnaire simple a permis l'analyse informatique des réponses du praticien aux questions suivantes :

- risque familial confirmé : oui non
- coloscopie :
effectuée récente < 5 ans non faite
- résultats :
normale adénome ≥ 2 cm
diverticulose dysplasie
adénome < 2 cm cancer (classification)

La réalité de l'A.T.C.D. de 1^{er} degré de C.C.R. a pu être vérifiée par le praticien qui a également prescrit la coloscopie, puis a consigné les résultats sur le courrier adressé par le centre. Éventuellement, un entretien téléphonique avec un médecin de l'institut a permis de compléter ou de corriger les réponses insuffisantes ou inexactes. Des honoraires correspondant à C 1,5 étaient réglés par la C.P.A.M. Mise en place en janvier 1986, cette procédure dite de « Suite d'examen de santé » permet au médecin de famille de devenir l'interlocuteur du centre.

RÉSULTATS

1. Population concernée

12 407 hommes et 12 738 femmes, âgés de 45 ans et plus ont participé à l'enquête. 95 % de ces volontaires à l'examen avaient 60 ans et moins.

2. Résultats du test hémocult II R : acceptabilité et positivité

L'acceptabilité du test dans la population des consultants de 45 ans et plus a été de 80,8 % (20 310 tests réalisés sur 25 145 consultants. Plus forte chez l'homme que chez la femme ($p < 0,001$), elle a augmenté avec l'âge ($p < 0,001$) dans les 2 sexes.

Le test hémocult II était positif chez 598 consultants (2,9 % des tests effectués). Plus fréquemment chez l'homme (3,5 %) que chez la femme (2,4 %) ($p < 0,001$). La tendance à l'augmentation de la positivité avec l'âge n'est pas statistiquement significative dans la population étudiée.

3. Réponses à l'autoquestionnaire

Sur les 25 145 consultants, 22 182 ont répondu à la question posée (88 %). 2 042 questionnaires ont exprimé l'A.T.C.D. (9,2 %). En raison des réponses erronées (8,1 %), la fréquence de l'A.T.C.D. validé a posteriori par le médecin de famille était de 8,5 %, identique dans les 2 sexes quel que soit l'âge.

4. Influences croisées des antécédents de C.C.R. et du test hémocult II R

L'acceptabilité du test hémocult II est sensiblement améliorée par l'existence d'un antécédent : 83,6 % des sujets porteurs d'A.T.C.D. ont réalisé le test, contre 81,6 % des patients sans ($p < 0,05$). La positivité du test hémoc-

(1) Institut régional pour la Santé (I.R.S.A.), 45, rue de la Parmentière - BP 122, 37521 La Riche Cedex.

(2) Médecin généraliste, 63, rue Marceau, 37000 Tours.

(3) Médecin généraliste, 66, avenue de la République, 37170 Chambray-les-Tours.

cult II n'a pas été significativement influencée par l'existence d'A.T.C.D. : 2,6 % si A.C.T.D. et 2,9 % si pas d'A.T.C.D.

L'existence simultanée d'un A.T.C.D. et d'un test hémocult positif n'a concerné que 24 hommes et 20 femmes, soit 0,2 % des consultants.

5 Résultats de l'enquête de suite

Acceptabilité de la coloscopie

841 dossiers de consultants ont été validés par le médecin de famille puis colligés et complétés si besoin par le médecin de l'institut. L'analyse statistique a montré que les populations étaient identiques avant et après la procédure, en fonction de l'âge et du sexe.

Proposée par le médecin de famille, la coloscopie a été réalisée dans 628 cas (75 % des cas), 92 % des consultants explorés avaient moins de 60 ans et 98 % moins de 64 ans.

Résultat de la coloscopie

Parmi les 628 endoscopies effectuées : 197 ont été pathologiques (31,4 % - tabl. 1). Les coloscopies pathologiques ont été plus fréquentes après 55 ans chez l'homme ($p < 0,01$) et chez la femme ($p < 0,001$).

Tableau 1. — Résultats des 197 coloscopies pathologiques

	581 A.T.C.D. + (Hémocult -)	237 Hémocult II + (sans A.T.C.D.)	23 A.T.C.D. + (Hémocult +)
	437 coloscopies	168 coloscopies	23 coloscopies
Coloscopies pathologiques :	123 (28 %)	64 (38 %)	10 (43 %)
Cancer :	3	3	1
Adénome \geq 2 cm sans dysplasie :	13	7	2
avec dysplasie :	-	4	-
Adénome $<$ 2 cm sans dysplasie :	78	36	4
avec dysplasie :	12	5	1
Diverticulose isolée :	17	9	1 (+ 1 R.C.H.)

Les adénomes \geq 2 cm, les dysplasies et les cancers sont sensiblement plus fréquents chez les hommes (25 cas) que chez les femmes (9 cas) [$p < 0,05$] ; de même pour la population sélectionnée par l'A.T.C.D. seul : 13 hommes contre 4 femmes ($p < 0,05$).

6 Valeurs prédictives positives (V.P.P.)

L'analyse de chacune des méthodes de dépistage est présentée dans le tableau 2. Un test hémocult positif a dépisté sensiblement plus d'adénomes \geq 2 cm, de dysplasies et de cancers qu'un A.T.C.D. confirmé ($p < 0,05$).

Tableau 2. — Valeurs prédictives positives (%) de chaque méthode de dépistage

	Présence de l'A.T.C.D. seul	Test hémocult II positif seul	Présence des 2 risques
Nombre de coloscopies réalisées	437	168	23
V.P.P. adénome + cancer	24,3	32,7	34,8
V.P.P. adénome simple dont adénome \geq 2 cm	20,8	25,6	26,1
	3,0	4,17	8,7
V.P.P. cancer	0,7	1,8	4,3
V.P.P. des dysplasies	2,7	5,4	4,3
V.P.P. des dysplasies + adénome \geq 2 cm + cancers	6,4	11,3	17,4

$p < 0,05$

NB. — V.P.P. : le pourcentage de « lésions » dépistées, parmi les tests positifs.

DISCUSSION

1. La comparaison des valeurs prédictives d'un test hémocult II R et d'un autoquestionnaire médical validé par le médecin de famille est en fait méthodologiquement discutable : il semble difficile de comparer une prédisposition (un risque 2 à 3 fois plus élevé de voir survenir un C.C.R. tout au long de la vie d'un sujet) à un test qui révèle une hémorragie occulte, qui à un instant précis de la vie du sujet est le témoin d'une lésion néoplastique. D'autre part, les conséquences de la recherche d'un risque élevé et la positivité d'un test hémocult II R sont très différentes : dans le premier cas : coloscopie tous les 5 ans (5 ans avant l'âge où le cancer s'est déclaré chez le parent de 1^{er} degré), dans le second cas : coloscopie immédiate, si le test est positif (renouvellement selon les résultats d'endoscopie).

Même si la comparaison des V.P.P. pour les états précancéreux et cancéreux est en faveur de la recherche d'un saignement occulte dans les selles par le test hémocult II R ($p < 0,05$, tabl. 2), il semble difficile d'établir cette comparaison. Mais, il était intéressant d'évaluer ces 2 méthodes de dépistage parce qu'elles font partie de l'examen de santé et que peu d'études ont concerné la valeur prédictive d'un autoquestionnaire dans le dépistage du C.C.R.

2. L'âge est une variable essentielle dans l'interprétation des résultats. Les consultants de l'institut sont jeunes : 92 % des patients coloscopés ont moins de 60 ans, 98 % moins de 64 ans, les coloscopies pathologiques ont été plus fréquentes après 55 ans chez l'homme ($p < 0,01$) et chez la femme ($p < 0,001$). Les V.P.P. du test hémocult II sont ainsi plus basses que celles des campagnes de Bourgogne comptant 50 % de patients de plus de 60 ans [3]. La population du service de prévention et de dépistage des tumeurs de la ville de Paris [4], plus proche de celle de cette étude (68 % ont moins de 60 ans), présente des V.P.P. du test hémocult II comparables à celles du tableau 2. L'âge intervient de manière encore plus marquée dans l'interprétation des résultats des patients sélectionnés par l'A.T.C.D. : l'existence du gène de prédisposition génétique est nécessaire pour qu'apparaisse l'adénome ou le C.C.R., mais son expressivité est faible (63 % à 80 ans) et les différences observées par rapport aux sujets sans risque familial n'apparaissent que tardivement [5]. La relative faible rentabilité du dépistage endoscopique s'explique par l'âge jeune de la population de cette étude.

3. Dans notre étude, les résultats de V.P.P. du test hémocult II R confirment son intérêt en dépistage de masse : 33 % d'adénomes dépistés dont 11,31 % cancéreux, en dysplasie ou de diamètre \geq 2 cm. Son inconvénient est sa faible sensibilité : équivalente pour les adénomes de plus de 2 cm et les cancers (65 à 80 %), elle n'est plus que de 20 à 35 % pour les adénomes de 1 à 2 cm qui constituent pourtant des états précancéreux. La répétition régulière du test devrait permettre de dépister les lésions restées silencieuses lors de dépistages antérieurs. Dans les centres d'exams de santé, ses conditions d'utilisation sont optimales : forte acceptabilité du test, lecture centralisée par une équipe entraînée, rôle incitatif à la coloscopie par le médecin de famille. Un programme de répétition de l'hémocult (tous les ans ou tous les 2 ans) pourrait améliorer la qualité du dépistage en centre d'exams de santé.

4. Présent chez 8,5 % des consultants, l'A.T.C.D. confirmé de C.C.R. parmi les parents de 1^{er} degré a permis de découvrir à la coloscopie 24,25 % d'adénomes dont 6,4 % étaient cancéreux, en dysplasie ou de diamètre \geq 2 cm. En dépistage individuel, il repère les sujets à risque élevé et permet de les surveiller de façon rigoureuse : une coloscopie tous les 5 ans, 5 ans avant l'âge où le cancer s'est déclaré chez le parent de 1^{er} degré. Le médecin de famille connaît bien ce facteur, puisqu'il avait déjà repéré ce risque chez 44 % des consultants (avec A.T.C.D.) et la coloscopie avait été réalisée dans les 5 ans précédant notre intervention.

CONCLUSION

Les résultats obtenus dans notre évaluation confirment l'intérêt du test hémocult II R en dépistage de masse. En aucun cas, le questionnaire envoyé par la poste ne saurait être utile en dépistage de masse, par contre, son intérêt en pratique individuelle, chez le médecin de famille ou du travail, en centre d'exams de santé doit être rappelé. La recherche par l'interrogatoire d'A.T.C.D. de C.C.R. de 1^{er} degré est le complément de la stratégie basée sur la recherche de sang dans les selles. Le C.C.R. est un problème de santé publique pour lequel tous les partenaires concernés doivent se mobiliser : assurance maladie, médecins de famille et du travail. L'intervention des médecins est essentielle et permet l'aboutissement du dépistage (informations préventives et incitation à la coloscopie).

RÉFÉRENCES

- [1] ANDERSON D.E. — Risk in families of patients with colon-cancer. — *In* : colorectal cancer : prevention, epidemiology. Eds Winawer S.; Schottenfeld D.; Sherlock P, Raven, New York, 1980 : 109-15.
- [2] EDDY D.M., NUGENT F.W., EDDY J.F., COLLIER J., GILBERTSEN V., GOTTLIEB L.S. et al. — Screening for colorectal cancer in a high risk population. Results of a mathematical model. — *Gastroenterology* 1087 ; 92 : 682-92.
- [3] BEDENNE et col. — Résultats préliminaires d'une campagne de dépistage de masse du cancer colo-rectal. — *Gastroentérol. Clin., Biol.*, 1990 ; 14 : 140-45.
- [4] ZUMMER K., SOUQUES M. — Le test hémocult dans le dépistage des lésions recto-coliques, résultats de 10 années d'utilisation. — *B.E.H.* 1992 ; 4 : 14-15.
- [5] CANNON-ALBRIGHT L.A., SKOLNICK M.H., BISHOP T., LEE R.G., BURT R.W. — Common inheritance of susceptibility to colonic adenomatous polyps and associated colorectal cancers. — *N. Engl. J. Med.*, 1988 ; 319 : 533-37.

REMERCIEMENTS

À tous les médecins de famille des départements de l'Indre, de l'Indre-et-Loire, de l'Orne et de la Sarthe qui ont répondu à nos interrogations et ont permis l'aboutissement de ce travail.