Dépistage, prévention et information : ni trop, ni trop peu

D. Heresbach

© Springer-Verlag 2009

À l'heure où le dépistage du cancer colorectal chez le sujet à risque moyen par recherche de saignements occultes dans les selles entame sa troisième campagne dans certains départements, associé à une discussion sur la transition d'un test biologique (guaiac) à un dosage immunologique de l'hémoglobine, à la mise en place d'un groupe de travail par l'HAS sur les prérequis technologiques et de formation pour utiliser en pratique quotidienne la coloscopie virtuelle, et des premiers résultats multicentriques français de la coloscopie virtuelle et aux premiers résultats de la vidéo-capsule colique, une discussion concernant le dépistage des sujets à risque élevé avec antécédents personnel ou familial de cancer ou d'adénome a récemment animé un forum professionnel de discussion. L'intérêt de cette discussion est qu'elle peut se généraliser pour l'ensemble des segments du tube digestif qui font l'objet d'un dépistage ou d'une prévention endoscopique et qui nécessite des surveillances ultérieures à un rythme recommandé (adénome ou adénocarcinome colique, œsophage de Barrett ou dysplasie de bas-grade sur endobrachyœsophage, métaplasie intestinale gastrique diffuse, TIPMP des canaux secondaires pancréatiques, rectocolite ancienne, mais également toutes les pathologies avec prédisposition génétique conférant généralement un risque très élevé).

En effet, la question d'un de nos collègues était de savoir s'il était nécessaire, licite, ou souhaitable d'envoyer à ces patients une lettre de relance pour assurer le suivi endoscopique ou morphologique et si cette attitude était déontologique ou au contraire commerciale. Cette question a suscité

une trentaine d'échanges ce qui est inhabituel sur ce forum de discussion démontrant que cette question est d'actualité. Les avis apparaissaient partagés sans qu'il y ait au total une conclusion si ce n'est la demande d'une information pour qu'une Société savante type SFED statue sur la question. Les arguments vont de l'absence de nécessité de relance lorsque l'on écrit au médecin traitant ou plus exactement référent dont la charge est de coordonner le suivi du patient à la nécessité d'assurer le suivi de ses propres actes médicaux et donc d'avertir le patient à la date échue, trois mois, trois ans ou cinq ans pour résumer les situations du contrôle endoscopique colique. Entre ces deux extrêmes, certains concluaient que la mention à l'issue de l'examen, soit dans le compte rendu de coloscopie (mais la donnée anatomopathologique est manquante), soit lors d'un courrier adressé au médecin traitant et/ou un double au patient lui faisant part de la date de contrôle à prévoir, était une information suffisante. Parmi ces trois attitudes d'information et de responsabilité (celle du médecin référent, celle du gastroentérologue avec nouvelle convocation à date échue ou celle du patient informé du résultat histologique et de la conduite à tenir suivant son examen), la deuxième et la troisième propositions ont posé des questions intercurrentes : pour la seconde solution, la question en cas d'absence de relance de quelques patients (car personne n'est parfait), la mise en cause du gastroentérologue pour défaut de moyen par absence de contrôle de qualité et d'exhaustivité, et pour la troisième solution un défaut d'obligation de moyen en cas de patient qui ne se présenterait pas à son contrôle et qui développerait un cancer non pas d'intervalle mais consécutif à un contrôle omis.

Sans préjuger de la réponse que fourniront la Commission Juridique et la Commission Recommandation de la SFED, la première solution est logique puisque le médecin référent qui adresse le patient est en charge de son parcours

Pr D. Heresbach (✉)

Rédacteur en chef

Service des maladies de l'appareil digestif,

CHU de Pontchaillou,

F-35033 Rennes cedex 9

E-mail : denis.heresbach@chu-rennes.fr

de soins et que l'information après réception du résultat histologique est adressée au médecin référent. À défaut, l'envoi au médecin dit « médecin traitant » avec un courrier adressé au patient lui signalant l'échéance du prochain contrôle (ou qu'il doit voir son médecin traitant pour s'en informer), paraît être une attitude adaptée. En effet, une relance systématique à date échue sans paraître choquante ou commerciale (comme certains l'ont évoqué) nécessite du temps et des moyens que peu ou aucun d'entre nous ne dispose, d'autant qu'il nécessiterait alors la mise en place d'un contrôle qualité pour faire la preuve que toutes les relances à la bonne date ont été réalisées de façon exhaustive.

Il apparaît important que la SFED se positionne sur cette question à la fois scientifiquement et juridiquement, car au-delà du contrôle par coloscopie des sujets à risque

élevé par antécédent personnel ou familial de néoplasie ou d'adénome colique, l'attitude retenue peut se décliner pour tout état inflammatoire ou dysplasique précancéreux même s'ils sont moins fréquents en pratique quotidienne.

Acta Endoscopica, revue officielle de la SFED, se doit, par l'option prise par le comité de rédaction, de publier majoritairement en français sous forme d'articles originaux ou cas cliniques en laissant une large place à la FMC, afin de répondre au besoin d'apprentissage, de formation et d'actualisation des connaissances et de répondre aux préoccupations des endoscopistes ou de ses lecteurs. Alors lisez la réponse dans le prochain numéro !

Le rédacteur en chef
pour le comité de rédaction