

Traitement et suivi de patients porteurs d'un cancer du côlon : enquête de pratique en régions Champagne-Ardenne et Lorraine (à l'exception de la Moselle)

A Survey of Care Given to Patients with Cancer of the Colon in the Champagne-Ardenne and Lorraine Regions of France (Excluding Moselle)

Cherrier C (*), Baudin E (**), Ferry J-M (***), Sciortino V (****)

Résumé

Objectif : Déterminer en pratique les modalités de traitement et de suivi des patients atteints de cancer du côlon au regard des recommandations établies, en 1995, par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.

Méthodes : Enquête portant sur 213 patients relevant du régime général de l'assurance maladie de la Champagne-Ardenne et de la Lorraine (à l'exception de la Moselle), atteints d'un cancer du côlon et exonérés du ticket modérateur à ce titre. Recueil des informations médicales auprès des praticiens traitants.

Résultats : Les recommandations en matière de protocole chirurgical sont, sauf exception, respectées et il en est de même pour la chimiothérapie pour 8 patients sur 10. Trois sujets sur 4 ont bénéficié d'une coloscopie dans l'année suivant le traitement curatif du cancer. Seule la moitié des sujets non suivis par coloscopie a bénéficié d'un contrôle échographique. La spécialité du praticien, le niveau de technicité de l'établissement ne sont pas des facteurs discriminants dans le suivi de ces recommandations.

Conclusion : Les auteurs soulèvent, d'une part, le problème de la diffusion et de l'appropriation par les professionnels de santé des recommandations de pratique et, d'autre part, celui de la coordination des soins entre médecins libéraux et hospitaliers. Ils insistent sur l'intérêt que pourrait représenter la mise en place des réseaux de soins dans l'amélioration de la coordination des soins.

Rev Med Ass Maladie 2000;4:9-17

Mots clés : cancer du côlon, recommandation de pratique, traitement, suivi.

Summary

Aims: To determine if the treatment and follow-up given to patients with cancer of the colon follow the 1995 guidelines of the National Federation of Centers Against Cancer.

Methods: 213 patients affiliated with the general scheme of French National Health Insurance (régime général de l'assurance maladie) in the Champagne-Ardenne and Lorraine regions (excluding Moselle) were enrolled in the study. They all had cancer of the colon and were exempted from making co-payments for care related to that disorder. Data was obtained directly from the concerned attending physicians.

Results: The guidelines covering surgical protocols were generally followed; chemotherapy guidelines were followed in 8 patients out of 10. Three out of 4 patients had a colonoscopy during the year following the initiation of treatment. Only one-half of those patients who did not have a colonoscopy were followed by echo-doppler. The physicians' specialties and the availability of up-to-date equipment were unrelated to the degree to which the guidelines were followed.

Conclusion: The authors underscore the difficulties encountered in the promulgation and acceptance of guidelines in the medical community and the coordination of care between full-time hospital and office-based physicians. They emphasize that health-care networks could produce better coordination in delivered care.

Rev Med Ass Maladie 2000;4:9-17

Key words: colon cancer, practice guidelines, treatment, follow-up.

(*) Médecin-conseil chef de service, Echelon régional du service médical du Nord-Est (CNAMTS), 85, rue de Metz, 54073 Nancy cedex. E-mail : claude.cherrier@ersm-nordest.cnamts.fr (pour correspondance).

(**) Statisticienne, Echelon régional du service médical du Nord-Est (CNAMTS), Médecin-conseil chef de service, Echelon régional du service médical du Nord-Est (CNAMTS).

(***) Médecin-conseil chef de service, Echelon régional du service médical du Nord-Est (CNAMTS), Statisticienne, Echelon régional du service médical du Nord-Est (CNAMTS).

(****) Médecin-conseil régional, Echelon régional du service médical du Nord-Est (CNAMTS).

INTRODUCTION

Les cancers colo-rectaux représentent 15 % de l'ensemble des cancers en France, ce qui en fait la pathologie maligne la plus fréquente en terme de morbidité et la seconde, derrière le cancer du poumon, en terme de mortalité par cancer [1].

A partir de cinq registres (Calvados, Doubs, Isère, Côte-d'Or, Bas-Rhin), le taux d'incidence annuel du cancer du côlon peut être estimé à 31 pour 100 000 habitants en France ; le taux d'incidence annuel, standardisé sur la population européenne, de la mortalité liée à cette pathologie est estimé à 18,5 pour 100 000 [2]. Ce taux semble en augmentation (+ 4 % par an en Côte-d'Or entre 1976 et 1985) [3].

Une analyse de la mortalité réalisée en Lorraine en 1984 [4] mettait en évidence une surmortalité liée d'une façon générale aux pathologies cancéreuses et, plus particulièrement, aux cancers colo-rectaux, avec un rapport standardisé de mortalité Lorraine/France de 1,16. Cette surmortalité reste inexplicite à ce jour.

Dans cette région, la mortalité des femmes par cancer colo-rectal est supérieure à celle par cancer de l'utérus après 55 ans et très largement supérieure à la mortalité liée au cancer du sein après 75 ans. Chez les hommes, le cancer du côlon est la deuxième cause néoplasique de décès après le cancer du poumon avant 74 ans, puis la troisième cause derrière le cancer de la prostate et celui du poumon après cet âge [5].

Les constats faits par l'observatoire régional de la santé en Champagne-Ardenne [6] diffèrent partiellement. En effet, on ne note pas de surmortalité par cancer colo-rectal dans cette région. Cependant, la répartition des causes tumorales de décès par sexe est identique à celle de Lorraine.

La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) édite régulièrement les *Standards, options et recommandations* (SOR) en cancérologie. Ces SOR sont élaborés selon une procédure rigoureuse, en groupes de travail multidisciplinaire, et fondés sur une analyse critique de la littérature scientifique. Ils sont gradués selon le niveau de certitude du conseil donné, émanent de la profession elle-même et peuvent être qualifiés de bonnes pratiques en cancérologie. Ils constituent un guide d'aide à la décision [7]. En 1995, ont été publiés les SOR concernant les cancers digestifs, dont le cancer du côlon [8].

La grande majorité des cancers du côlon sont des adénocarcinomes. La classification de ces tumeurs se fait en fonction de leur extension en profondeur, de l'envahissement ganglionnaire et de l'existence de métastases. Ce classement a une grande valeur pronostique.

Il existe plusieurs classifications. La classification *tumor-node-metastasis* (TNM) édictée en 1997 par l'Union internationale contre le cancer (UICC) est recommandée, mais les classifications de Dukes et celles d'Astler et Collier restent encore largement utilisées [8] (tableau I).

La présente étude rapporte les résultats d'une enquête de pratiques professionnelles [9] dans le domaine du traitement et du suivi des patients relevant du régime général de l'assurance, atteints d'un cancer du côlon et exonérés du ticket modérateur à ce titre. Cette étude, réalisée par le service médical de la région du Nord-Est, porte sur les assurés de son ressort territorial, c'est-à-dire les quatre départements de Champagne-Ardenne (Ardennes, Aube, Haute-Marne et Marne) et trois des quatre départements de Lorraine (Meurthe-et-Moselle, Meuse et Vosges, le département de la Moselle étant rattaché au service médical de la région Alsace-Moselle).

Les résultats sont confrontés aux recommandations publiées en 1995 par la FNCLCC [8].

MÉTHODES

Au 31 décembre 1996, la région Champagne-Ardenne comptait 1 351 000 habitants affiliés à un régime d'assurance maladie (dont 79,9 % au régime général) et la Lorraine, dans les trois départements précités, 1 293 000 habitants (dont 84,2 % au régime général) [10].

1. Population étudiée et échantillonnage

L'échantillon a été constitué à partir de cette population de bénéficiaires du régime général.

Les services médicaux des sept départements de la région du Nord-Est ont sélectionné, en série continue, les dossiers des patients pour lesquels a été accordée une exonération du ticket modérateur pour cancer du côlon entre le 1^{er} février et le 31 juillet 1997, soit 213 dossiers. En effet, les assurés atteints de certaines affections graves et coûteuses (dont les cancers) peuvent, sur leur demande et après avis du service médical, voir les prestations en rapport avec leur pathologie prises totalement en charge par l'assurance maladie [11, 12].

2. Recueil des données

A un an de la demande d'admission, dans chaque échelon local, le médecin-conseil chargé de l'étude a renseigné, pour chaque patient, un questionnaire relatif à certaines caractéristiques socio-démographiques et médicales (âge, antécédents), à la pathologie (stade du cancer), aux modalités de traitement du cancer du côlon (lieu, spécialité du médecin ayant traité le cancer et nature du traitement) et aux modalités de suivi sur un an (lieu, spé-

cialité du médecin assurant le suivi et nature de ce suivi).

Ces éléments ont été obtenus par contact avec les médecins signataires du protocole interrégime d'examen spécial (PIRES). Si ce praticien ne suivait plus le patient, le médecin assurant le suivi de la maladie cancéreuse était également contacté. Cette demande a été faite à l'aide d'un courrier normalisé ou par contact direct avec le(s) professionnel(s) de santé. Les renseignements recueillis dans cette enquête concernant le traitement et le suivi des patients sont ceux déclarés par les praticiens.

3. Traitement des données

Les données – anonymisées, qu'il s'agisse du patient, du professionnel ou de l'établissement – ont été saisies régionalement sur un masque réalisé sous logiciel ACCESS®. Le traitement a été réalisé à l'aide du logiciel SPSS® (*Statistical Package for Social Science*), version 9.0.

Les moyennes et pourcentages sont exprimés avec un intervalle de confiance à 95 %. Le risque α des tests utilisés pour les comparaisons de pourcentages (test du χ^2 ou test exact de Fisher) et pour les comparaisons de moyennes (test de Student ou test non paramétrique) est fixé à 5 %.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

L'échantillon se composait de 107 hommes (50,2 ± 6,7 %) et de 106 femmes (49,8 ± 6,7 %).

L'âge moyen était de 69,4 ± 1,7 ans ; il existait une différence statistiquement significative entre les âges moyens selon le sexe. En effet, les hommes étaient plus jeunes, en moyenne 67,0 ± 2,4 ans, que les femmes (71,7 ± 2,3 ans).

Au cours de la première année qui a suivi le traitement, 43 patients (20,2 ± 5,5 %) sont décédés. Ces patients apparaissaient statistiquement plus âgés en moyenne (76,4 ± 3,4 ans versus 67,6 ± 1,8 ans).

Près de 8 patients sur 10 (77,0 ± 5,7 %) vivaient en milieu urbain. Aucune différence significative sur l'âge n'a été mise en évidence selon que le patient habitait en ville ou en zone rurale.

Parmi les 205 patients pour lesquels l'information sur l'existence d'antécédents personnels a été obtenue, 12 étaient porteurs de polypes coliques, 2 avaient des antécédents de cancer colique et 1 de maladie inflammatoire du tube digestif, soit au total 15 patients (7,3 ± 3,6 %). 26 patients (12,8 ± 4,6 %) avaient des antécédents familiaux de cancers (23 cas) ou de polyposes (3 cas) ; dans 10 cas, l'information n'a pu être recueillie. Contrairement aux patients présentant un antécédent personnel, ceux ayant des antécédents familiaux étaient en moyenne plus jeunes, 59,0 ± 6,7 ans versus 70,5 ± 1,6 ans ($p < 5\%$).

2. La pathologie

Parmi les 206 patients pour lesquels le stade de la pathologie était connu, le cancer du côlon a été diagnostiqué au stade A de Dukes pour 29 patients (14,1 ± 4,8 %), au stade B pour 61 patients (29,6 ± 6,2 %), au stade C pour 62 patients (30,1 ± 6,3 %) et au stade D pour 54 patients (26,2 ± 6,0 %).

44 patients en stade D (81,5 ± 10,4 %) présentaient une métastase hépatique, et 9 (16,7 ± 9,9 %) une métastase pulmonaire. Aucun cas de métastase cérébrale n'a été rapporté, mais 16 autres localisations ont été mentionnées par les praticiens, dont 1 osseuse, 1 ovarienne et 2 gastriques. 13 patients (24,1 ± 11,4 %) étaient porteurs de plusieurs localisations métastatiques.

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée quant au stade de la tumeur lors du

Tableau I
Classification des adénocarcinomes coliques [8]

Atteinte	Stade de Dukes	Stade d'Astler Coller	UICC (TNM) 1997
Sous muqueuse	A	A	T1 (stade I)
Musculeuse	A	B1	T2 (stade I)
Sous-séreuse, séreuse ou graisse péricolique	B	B2	T3 (stade II)
Organes de voisinage	B	B2	T4 (stade II)
1 à 3 adénopathies péricoliques	C	C1 ou C2*	N1 (stade III)
> 3 adénopathies péricoliques	C	C1 ou C2*	N2 (stade III)
Adénopathies centrales ou Métastases à distance	C D	C1 ou C2* D	N3 (stade III) M1 (stade IV)

*C1 : adénopathies et B1 ; C2 : adénopathies et B2.

diagnostic, selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence (urbain ou rural) ou la présence d'antécédents personnels ou familiaux.

Le stade du cancer était connu pour 39 des 43 patients décédés. 36 d'entre eux souffraient d'un cancer de stade C ou D et 3 de stade A ou B. Ainsi, $31,0 \pm 6,3 \%$ des patients porteurs d'un cancer de stade C ou D et $3,3 \pm 2,4 \%$ de ceux en stade A ou B sont décédés au cours de la première année, différence statistiquement significative.

3. Le traitement

Dix patients ont été perdus de vue. Il s'agit de patients traités et suivis hors des régions Lorraine et Champagne-Ardenne ou dont les médecins n'avaient pas conservé les dossiers médicaux, en particulier en cas de décès. Ces 10 patients sont statistiquement plus âgés ($80,5 \pm 7,2$ ans versus $68,8 \pm 1,7$ ans, $p = 0,003$) et décédés durant la première année pour la moitié d'entre eux. Les résultats suivants portent donc sur 203 sujets.

A. Lieu du traitement

La majorité des patients (123, soit $60,9 \pm 6,7 \%$) a été traitée dans un établissement privé. 54 ($26,7 \pm 6,1 \%$) ont été hospitalisés dans un centre hospitalier (CH), 21 ($10,4 \pm 4,2 \%$) dans un centre hospitalier régional (CHR) et 4 dans un centre de lutte contre le cancer (CLCC). Au-delà du statut de ces établissements, nous avons distingué les établissements bénéficiant de compétences et d'un plateau technique permettant la prise en charge complète du traitement des pathologies cancéreuses. Il s'agit des établissements comportant un service de chirurgie, un service de radiothérapie et réalisant les chimiothérapies, dits « sites à technicité élevée ». Les autres établissements ont été dénommés « sites non spécialisés ».

Le tableau II donne la répartition des patients en fonction du degré de gravité de leur affection (stade de Dukes) et de la technicité de l'établissement dans lequel ils ont été soignés.

Parmi les 197 sujets ayant été traités chirurgicalement, 124 ($62,4 \pm 6,8 \%$) ont été opérés par un chirurgien généraliste et 65 ($33 \pm 6,6 \%$) par un chirurgien viscéral. Dans 9 cas, nous n'avons pu obtenir l'identité du chirurgien ayant opéré le patient.

B. Les modalités du traitement du cancer colique

La FNCLCC préconise, pour les cancers non compliqués, de réaliser une exérèse de la tumeur avec des marges de côlon sain, associée à l'exérèse des vaisseaux et du mésocôlon. En fonction de la localisation de la tumeur, l'intervention sera une hémicolectomie (droite ou gauche), une résection du côlon transverse, une sigmoïdectomie ou une résection antérieure du rectosigmoïde. En cas de cancer compliqué (occlusion, perforation...), l'intervention se déroule en deux temps : résection de la tumeur et réalisation d'une stomie puis rétablissement de la continuité. La chirurgie des métastases hépatiques peut être envisagée mais ne doit pas être palliative.

197 des 203 patients de notre échantillon ($97,0 \pm 2,3 \%$) ont subi une ablation chirurgicale de la tumeur colique (tableau III).

Les 6 interventions non individualisées dans le tableau III consistent en une association d'une hémicolectomie droite avec une résection du sigmoïde, une colectomie segmentaire (stade C) et en deux résections par voie endoscopique (au stade A) ; dans 2 cas, la nature exacte de l'intervention n'a pu être obtenue. Cinq interventions se sont déroulées par voie coelioscopique. Elles ont été pratiquées par 4 chirurgiens différents (2 chirurgiens généralistes et 2 chirurgiens digestifs) exerçant en établissement privé (2 cas), en CH (1 cas) et en centre hospitalier universitaire (1 cas).

Un geste chirurgical complémentaire sur une métastase a été effectué sur 8 des 53 patients ($15,1 \pm 9,6 \%$) au stade D de Dukes ; dans la moitié des cas, il s'agit de l'exérèse d'une métastase hépatique,

Tableau II
Répartition des patients en fonction du stade du cancer et de la technicité de l'établissement ($n = 201$)

Équipement de l'établissement lieu du traitement	Stade du cancer*				Total
	Stade A	Stade B	Stade C	Stade D	
Site à technicité élevée (Chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie)	6 21,4 %	15 24,6 %	17 28,3 %	7 13,5 %	45 22,4 %
Site non spécialisé	22 78,6 %	46 75,4 %	43 71,7 %	45 86,5 %	156 77,6 %

p : NS **

* Classification de Dukes. ** NS : non significatif.

Tableau III
Type d'interventions d'exérèse des cancers du côlon ($n = 203$)

Type d'intervention	Stade du cancer*				Total N (% ± IC)
	Stade A	Stade B	Stade C	Stade D	
Hémi-colectomie D	5	20	23	10	58 (28,6 ± 6,2)
Hémi-colectomie G	6	7	16	7	36 (17,7 ± 5,3)
Résection du côlon transverse	0	4	1	0	5 (2,5 ± 2,2)
Sigmoïdectomie isolée	1	1	2	0	4 (2,0 ± 1,9)
Résection ant. du rectosigmoïde	14	27	18	20	79 (38,9 ± 6,7)
Chirurgie palliative	0	1	0	8	9 (4,4 ± 2,8)
Autre type d'intervention	2	1	1	2	6 (3,0 ± 2,4)
Pas de chirurgie	0	0	0	6	6 (3,0 ± 2,4)

* Classification de Dukes.

Tableau IV
Place de la chimiothérapie dans le traitement des cancers coliques
Utilisation et protocole selon le stade du cancer ($n = 203$)

	Stade du cancer (classification de Dukes)				Total (% total***)
	Stade A	Stade B	Stade C	Stade D	
	Nombre (% colonne***)				
Chimiothérapie	0*	18	42	32	92
dont :	–	(29,5 % ± 11,5)	(72,4 % ± 11,5)	(64,0 % ± 13,3)	(46,7 % ± 7,0)
– 5FU seul	0	1	4	5	10
– 5FU+ acide folinique (AF)	0	14**	32*	15	61
– 5FU+lévamisole	0	0**	1*	3	4
– Raltitrexed (TOMUDEX®)	0	0	2	2	4
– Acide folinique	0	2	1	1	4
– 5FU+oxaliplatine+AF	0	0	1	2	3
– Autre protocole	0	1	1	4	6
Pas de chimiothérapie	28*	43*	16	18	105
	(100 %)	(70,5 % ± 11,5)	(27,6 % ± 11,5)	(36,0 % ± 13,3)	(53,3 % ± 7,0)
Données manquantes	0	0	3	3	6

Suivi conforme aux recommandations (standard* ou option**) de la FNCLCC pour les stades A à C.

*** Les pourcentages sont calculés sur les données connues.

complétée, pour une patiente, d'une exérèse d'une métastase ovarienne.

Selon les recommandations de la FNCLCC, l'opportunité d'une chimiothérapie adjuvante est fonction du stade tumoral. Pour les cancers de stade C de Dukes, la chimiothérapie est recommandée (standard) en utilisant une association de 5-fluorouracile (5FU)-acide folinique (AF) ou de 5FU-lévamisole. Pour les cancers de stade B, la FNCLCC ne préconise pas de traitement adjuvant par chimiothérapie en standard. Toutefois, en option, elle pourrait être proposée dans ce stade. Enfin, la chimiothérapie doit être proposée dans le traitement palliatif des cancers non opérables. Le traitement

recommandé associe alors 5 FU-AF ou 5 FU-méthotrexate (MTX).

Le tableau IV reprend les traitements chimiothérapeutiques selon le stade du cancer.

En dehors des protocoles détaillés dans le tableau IV, on relève des associations de 5 FU avec de l'oxaliplatine ou du raltitrexed seuls ou associés à une troisième spécialité.

La radiothérapie et l'immunothérapie ne font pas partie des traitements recommandés par la FNCLCC. 22 patients (10,8 ± 4,3 %) ont bénéficié d'une radiothérapie complémentaire. Dans 19 cas, cette radiothérapie fait suite à une résection rectocolique. Il s'agit de 11 sujets de stade B, 3 de stade

C et 5 de stade D. Un seul patient, de stade D, a été traité par immunothérapie.

Au total, parmi les 150 patients en stade A, B ou C, les praticiens ont suivi les recommandations de la FNCLCC en matière de chimiothérapie (standard ou option) dans 118 cas ($78,7 \pm 5,6 \%$). Il apparaît que plus le stade du cancer est important, moins ces recommandations sont suivies ($p < 0,0001$ et coefficient de corrélation < 0). Une analyse prenant en compte l'opportunité et les modalités de la chimiothérapie adjuvante n'a pas mis en évidence de corrélation entre la présence d'une pathologie associée, cancéreuse ou non, et le suivi des recommandations ($p = 0,35$). Elle ne retrouvait pas de différence significative quant au suivi des recommandations que les traitements aient été effectués par un chirurgien généraliste ou par un chirurgien viscéral ($p = 0,48$) ou que la prise en charge ait été faite dans un site à technicité élevée ou dans un site non spécialisé ($p = 0,89$).

C. Le suivi

Les renseignements sur le suivi à un an ont été obtenus pour 195 des 203 patients : 28 au stade A, 60 au stade B, 58 au stade C et 49 au stade D. Dans les 8 autres dossiers, le médecin ayant demandé l'exonération du ticket modérateur pour cancer colique un an auparavant avait perdu de vue le patient. 33 sujets ($16,9 \pm 5,3 \%$) sont décédés au cours de l'année suivant l'intervention.

La surveillance est assurée dans un site à technicité élevée dans 41 cas ($21,4 \pm 5,8 \%$), dans un établissement non spécialisé dans 75 cas ($39,1 \pm 6,9 \%$) ; 76 patients ($39,6 \pm 6,9 \%$) étaient suivis en ambulatoire. Dans 3 cas, le praticien n'a pas précisé le lieu du suivi. Le médecin assurant le suivi était un médecin généraliste dans 73 cas ($37,6 \pm 6,8 \%$), un gastro-entérologue ou un médecin interniste dans 54 cas ($29,9 \pm 6,4 \%$) et un chirurgien dans 28 cas ($14,4 \pm 4,9 \%$). Pour 28 patients ($14,4 \pm 4,9 \%$), un spécialiste en électroradiologie a déclaré assurer le suivi ; un oncologue suivait 6 patients et un néphrologue prenait en charge un patient ayant par ailleurs une atteinte rénale. Dans un dossier, aucun médecin traitant n'a pu être identifié.

La FNCLCC recommande, après une chirurgie curative, de surveiller les patients afin de détecter les éventuelles récurrences. Cette surveillance comporte un examen clinique (foie, toucher rectal, aires ganglionnaires) tous les 3 mois et une coloscopie dans l'année suivant l'intervention quel que soit le stade. Dans les stades B et C de Dukes, il est possible (option) de compléter ce suivi par un dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) tous les 3 mois et un bilan radiologique (échographie hépatique tous les 3 mois et radiographie pulmonaire annuelle).

Le tableau V illustre la fréquence de la surveillance durant l'année suivant le traitement en fonction du stade du cancer et sa conformité aux recommandations de la FNCLCC. Les 33 sujets décédés au cours de cette première année n'ont pas été pris en

Tableau V
Nature et fréquence des examens de surveillance durant l'année suivant l'intervention pour cancer du côlon ($n = 162$)

		Stade du cancer (Classification de Dukes)				Total N (% \pm IC)
		Stade A	Stade B	Stade C	Stade D	
Surveillance clinique	aucune	0	3	0	0	3 (1,9 % \pm 2,1)
	1 à 2 fois/an	4	8	14	2	28 (17,4 % \pm 5,9)
	plus de 2 fois/an	22*	48*	39*	21	130 (80,7 % \pm 6,1)
	inconnu	–	–	1	–	1
Coloscopie	aucune	3	16	17	12	48 (31,6 % \pm 7,4)
	1 à 2 fois/an	14*	30*	27*	5	76 (50,0 % \pm 7,9)
	plus de 2 fois/an	9	9	9	1	28 (18,4 % \pm 6,2)
	inconnu	–	4	1	5	10
Echographie hépatique	aucune	8*	14*	7*	5	34 (22,5 % \pm 6,7)
	1 à 2 fois/an	12	34	35	10	91 (60,3 % \pm 7,8)
	plus de 2 fois/an	5	7**	12**	2	26 (17,2 % \pm 6,0)
	inconnu	1	4	–	6	11
Radio pulmonaire	aucune	9*	21*	9*	6	45 (30,6 % \pm 7,4)
	1 à 2 fois/an	5	16**	27**	6	54 (36,7 % \pm 7,8)
	plus de 2 fois/an	9	17	16	6	48 (32,7 % \pm 7,6)
	inconnu	3	5	2	5	15
ACE	aucun	9*	13*	13*	5	40 (27,2 % \pm 7,2)
	1 à 2 fois/an	9	22	25	5	61 (41,5 % \pm 8,0)
	plus de 2 fois/an	8	17**	14**	7	46 (31,3 % \pm 7,5)
	inconnu	–	7	2	6	15

Suivi conforme aux recommandations (standard* ou option**) de la FNCLCC pour les stades A à C.

compte. Ainsi, l'analyse du suivi à un an a porté sur 162 patients. Ces recommandations ne concernant que les tumeurs de stades A à C, seuls ces dossiers ont été ici analysés.

Au total, parmi les 139 patients porteurs d'une tumeur de stades A à C et vivants à un an de l'intervention, 29 (20,9 ± 6,9 %) ont été suivis cliniquement pour cette affection moins de 3 fois par an et 36 (26,9 ± 7,5 %) n'ont pas bénéficié d'une coloscopie. 105 (75,5 ± 7,1 %) de ces sujets ont bénéficié d'au moins une échographie hépatique et 90 (64,7 ± 7,9 %) d'au moins une radiographie pulmonaire. Tous stades confondus, parmi les 98 patients ayant eu une coloscopie, la fréquence de surveillance coloscopique de 27 d'entre eux était supérieure à 2 fois par an. Dans 10 cas (6,2 ± 3,7 %), le médecin traitant ne savait pas si son patient avait bénéficié d'une coloscopie.

Les praticiens ont déclaré surveiller leur patient en réalisant, en plus des examens listés dans le tableau V, des dosages du CA 19.9 (2 cas), des phosphatases alcalines (1 cas) ou un scanner abdominal (27 cas). Parmi les 27 sujets ayant bénéficié d'un scanner abdominal, 1 était porteur d'une tumeur de stade A, 9 de stade B, 6 de stade C et 11 de stade D. Parmi ces derniers, les métastases étaient intra-abdominales dans 9 cas (dont 8 métastases hépatiques).

En janvier 1998, c'est-à-dire pendant le déroulement de cette étude, l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) [11] publiait les résultats d'une conférence de consensus concernant la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers du côlon. L'ANAES ne préconisait plus qu'une coloscopie à 3 ans et concluait à l'intérêt d'une surveillance par échographie abdominale (au rythme de 2 à 4 fois par an pendant les 3 premières années) et par radiographie pulmonaire annuelle. Ces recommandations s'appliquent aux sujets pouvant supporter une réintervention. Au sein des 36 patients porteurs d'une lésion de stade A à C et n'ayant pas bénéficié d'une coloscopie 18 (50 ± 16,3 %) n'ont eu aucune échographie hépatique. L'âge moyen de ces 18 sujets est de 73 ans, le plus jeune ayant 55 ans et le plus âgé 91. 10 d'entre eux sont des hommes, 8 des femmes ; 14 vivent en ville, 4 en zone rurale. 2 sont porteurs d'une tumeur de stade A, 11 de stade B et 5 de stade C. Le suivi de ces patients est assuré par un praticien en cabinet libéral dans 8 cas, par un établissement non spécialisé dans 5 cas et enfin dans un centre à technicité élevée dans 4 cas. Pour un patient, aucun des praticiens contactés n'estime être en charge du suivi.

A contrario, 85 (88,5 ± 6,4 %) des 96 sujets suivis par endoscopie ont eu au moins une échographie hépatique.

L'analyse n'a pas permis de mettre en évidence une liaison entre le respect des recommandations de la FNCLCC et la spécialité du médecin ($p = 0,7$). De même, la proportion de suivis respectant ces recommandations n'est pas différente ($p = 0,4$), que le sujet ait été suivi dans un site à technicité élevée, un site non spécialisé ou en ambulatoire.

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

Ces résultats, fruits d'une étude portant sur un échantillon d'assurés sociaux affiliés au régime général et dépendant d'une des caisses primaires de la Champagne-Ardenne ou de la Lorraine à l'exception de la Moselle, ne sauraient être extrapolés à une population plus large.

La sélection des sujets par une demande administrative d'exonération du ticket modérateur expose à un biais car celle-ci n'est pas obligatoire. Cependant, le traitement du cancer du côlon nécessitant une intervention chirurgicale et donc une hospitalisation, l'exonération du ticket modérateur est demandée par le médecin hospitalier dès l'admission, ce qui réduit considérablement ce biais. Un formulaire spécifique permettant un traitement rapide du dossier est d'ailleurs à la disposition de ces praticiens.

Ces informations ont été recueillies par interrogation des médecins ayant assuré le traitement et le suivi des patients et donc sur un mode strictement déclaratif. Le questionnaire n'a été envoyé au médecin demandeur de l'exonération du ticket modérateur qu'à un an de la demande, soit à un an du début de la prise en charge. Compte tenu de la pathologie, nous avons choisi de ne pas interroger directement les patients. Le recueil des éléments a alors été parfois difficile et a pu nécessiter d'interroger plusieurs praticiens. En effet, dans certains cas, le médecin ayant opéré le patient n'assurait pas le suivi et le praticien traitant actuel ne connaissait pas la nature exacte du traitement réalisé un an plus tôt. Dans 8 cas, nous n'avons pu obtenir de données sur le suivi, le chirurgien ayant perdu de vue le patient et ne connaissant pas son médecin traitant actuel. Ce constat soulève le problème de la coordination des soins.

2. Données épidémiologiques

Notre échantillon comporte 106 femmes pour 107 hommes, soit un sex-ratio très légèrement supérieur à 1, chiffre conforme aux données de la littérature [14, 15]. L'inclusion des patients dans notre échantillon s'est faite au moment de la demande d'exonération du ticket modérateur et correspond, à quelques semaines près, à la date de découverte

du cancer colique. L'âge moyen des sujets de notre étude est de 69,4 ans, et les hommes sont statistiquement plus jeunes que les femmes. Ces chiffres sont conformes aux âges moyens de diagnostic retrouvés dans d'autres études [16]. Dans notre travail, 3 patients sur 10 sont diagnostiqués au stade B de Dukes et autant au stade C ; dans plus d'un quart des cas, le diagnostic n'intervient qu'au stade des métastases, ce que retrouvent d'autres auteurs français [17]. Ce constat relance le débat sur l'opportunité et les modalités d'un dépistage organisé.

Les patients pour lesquels le médecin avait connaissance d'antécédents personnels et/ou familiaux ne sont pas diagnostiqués à un stade plus précoce de la maladie. Pourtant, de nombreuses études [18] montrent l'intérêt d'un dépistage des populations à risque, parmi lesquelles figurent les patients susvisés. Ce constat ne corrobore pas les résultats d'une étude menée par un centre d'examen de santé [19] qui conclut à une pratique de dépistage plus fréquente chez les sujets ayant des antécédents familiaux de cancer colo-rectal.

3. Le traitement

Seuls 2 patients sur 10 sont traités dans un établissement disposant d'un plateau technique permettant la prise en charge complète d'une pathologie cancéreuse (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie). Le stade du cancer ne semble pas être un élément déterminant dans le choix de l'établissement et les sites non spécialisés traitent une proportion égale de cancers de stade B ou C à celle des sites hautement spécialisés.

Le type d'intervention pratiqué permet de déterminer les localisations principales de cette tumeur : dans près de 3 cas sur 10, le côlon droit (traité par hémicolectomie droite) et, dans près de 4 cas sur 10, la jonction recto-sigmoïdienne (nécessitant une résection du recto-sigmoïde). Ces localisations préférentielles ont déjà été largement décrites [20].

Les interventions décrites par les chirurgiens sont, dans la quasi-totalité des cas, conformes aux recommandations de la FNCLCC. Les deux résections endoscopiques de lésions de stade A et la résection colique segmentaire s'il s'agit de techniques ne figurant pas dans les recommandations susvisées, ont été cependant retenues dans la conférence de consensus concernant la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers du côlon organisée en janvier 1998 par la Société nationale française de gastro-entérologie et la FNCLCC selon les règles méthodologiques préconisées par l'ANAES [13].

La coelioscopie pratiquée par des opérateurs entraînés à ce type de technique, bien que ne figurant pas dans les recommandations de la FNCLCC, pourrait, selon certains auteurs, améliorer les suites opératoires immédiates [21]. Les 5 interventions réalisées

par cette voie d'abord l'ont été par 4 chirurgiens différents. Notre échantillon ayant été constitué en série continue sur 6 mois et compte tenu du taux de couverture maladie du régime général (8 habitants sur 10), il ne semble pas s'agir ici de praticiens utilisant de façon habituelle ce type d'intervention.

L'opportunité et les protocoles de chimiothérapie sont conformes aux recommandations de la FNCLCC dans près de 8 cas sur 10. La radiothérapie ne constitue ni un standard ni une option dans le traitement curatif de ce type de tumeur. Seules quelques études sembleraient démontrer son intérêt dans la prévention des récurrences locales lors de résection incomplète de la tumeur [8]. Si 22 patients, soit 1 sur 10, ont bénéficié de radiothérapie, il s'agit dans près de 9 cas sur 10 du traitement complétant une chirurgie colo-rectale.

Les praticiens semblent prendre en compte les recommandations concernant le traitement des tumeurs du rectum. Cependant, même dans ce cas, la radiothérapie, en association avec la chirurgie, n'a fait la preuve de son efficacité que dans les cancers du rectum dépassant le stade B de Dukes [22]. Au total, seuls 8 de ces 22 patients répondraient à ces critères.

Globalement, ce constat est proche de celui fait par l'équipe du centre de lutte contre le cancer Léon Bérard de Lyon qui estimait qu'en 1995, dans 70 % des cas, le traitement des patients atteints d'un cancer du côlon hospitalisés dans leur établissement reposait sur des fondements scientifiques [23].

4. Suivi à un an

Si près de 8 patients sur 10 ont bénéficié d'un suivi clinique pluriannuel, dans plus d'un quart des cas le médecin traitant a déclaré n'avoir pas réalisé ou fait réaliser une coloscopie durant l'année suivant le traitement. Les recommandations faites par la conférence de consensus de l'ANAES, publiée en janvier 1998, soit durant la période de surveillance prise en compte dans notre étude, ont pu induire un changement de comportement chez certains praticiens. Cette conférence ne recommandait plus qu'une coloscopie à 3 ans et basait la surveillance sur l'échographie abdominale.

Dans notre étude, trois quarts des patients de stades A à C ont bénéficié d'une échographie hépatique. Lors d'un tel examen, si l'échographiste étudiait l'ensemble de l'abdomen, la surveillance serait alors conforme aux recommandations de l'ANAES. Or, on constate cependant que la moitié des sujets n'ayant pas eu de coloscopie n'a pas été suivie par échographie. Un tiers des sujets porteurs d'une tumeur de stades A à C n'a pas bénéficié d'une radiographie pulmonaire. L'apparition d'une complication ou d'une récurrence chez ces patients risquerait d'être diagnostiquée avec retard.

27 patients ont bénéficié d'un scanner abdominal, alors que son efficacité n'a pas été confirmée dans le suivi de cette affection. Seuls 11 de ces sujets étaient porteurs de métastases pouvant motiver un tel examen. A l'instar de T.J. Smith [24], on peut s'interroger sur l'utilisation d'examen coûteux n'ayant pas fait la preuve de leur utilité.

La coordination des soins semble poser un réel problème. Ainsi, dans 10 cas, le médecin traitant ne savait pas si son patient, toujours en vie et suivi par lui au moment de l'envoi du questionnaire, avait bénéficié de coloscopies depuis son intervention. De même, dans 15 cas, les médecins n'ont pu nous répondre quant à la réalisation d'une radiographie pulmonaire ou d'un dosage d'ACE durant cette période. La prise en charge du cancer du côlon est désormais pluridisciplinaire, faisant intervenir le chirurgien, l'oncologue, le gastro-entérologue, et le généraliste. De nombreuses études ont permis à la FNCLCC en 1995 et à l'ANAES en 1998 d'établir des recommandations concernant la prise en charge de cette pathologie. Si ces recommandations semblent connues par la majorité des praticiens, tous les patients ne bénéficient pas encore d'une prise en charge conforme aux recommandations. La volonté des professionnels de santé et des pouvoirs publics de mettre en place des réseaux coordonnés de soins en favorisant la pluridisciplinarité devrait permettre une optimisation de la prise en charge de cette affection.

Des études seront nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces réseaux.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les D^{rs} Marc Boinette (Bar-le-Duc), Jean-François Derreumaux (Troyes), Corinne Didier (Epinal), Danièle Nouar (Charleville-Mézières), Christine Pierre (Longwy), Max Prudent (Reims), Jean-Luc Simonin (Nancy), Guy Thivoyon (Chaumont), médecins-conseils des échelons locaux du service médical de la région du Nord-Est, qui ont prêté leur concours à la réalisation de ce travail.

RÉFÉRENCES

1. Launoy G, Grosclaude P, Pienkowski P et al. Les cancers digestifs en France. Comparaison de l'incidence dans sept départements et estimation de l'incidence pour la France entière. *Gastroenterol Clin Biol* 1992; 16:633-8.
2. Moller JO, Esteve J, Moller H, Renard H. Cancer in the European Community and its member states. *Eur J Cancer* 1990;26:1167-1256.

3. Pillon D, Boutron MC, Arveux P et al. Evolution de l'incidence du cancer colo-rectal dans le département de la Côte-d'Or entre 1976 et 1985. *Gastroenterol Clin Biol* 1989;13:860-4.
4. Briançon S, Castel O, Hilico C, Schléret Y. Observatoire régional de la santé et des affaires sociales de Lorraine. Atlas de la mortalité en Lorraine. INSEE 1980, 1984, 1989.
5. Observatoire régional de la santé et des affaires sociales (ORSAS) Lorraine. La santé observée. Tableau de bord régional sur la santé. Lorraine, 1994, p.7.4-7.5.
6. Observatoire régional de la santé (ORS) Champagne Ardenne. La santé observée. Tableau de bord régional sur la santé. Champagne Ardenne, 1994, p.7.4-7.5.
7. Esper C, Ferveux B, Philip T. Standards, options et recommandations et responsabilités. *Médecine & Droit* 2000;45:13-20.
8. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) : Standards, options et recommandations pour la prise en charge des patients atteints du cancer du côlon. In : Blackwell A. FNCLCC. Cancers digestifs ; 1995, p.85-139.
9. Pazart L. Les enquêtes de pratiques. In : Matillon Y, Durieux P, eds. L'évaluation médicale. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 1994, p.43-7.
10. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Indicateur statistique. Résultats. Paris ; 1999. 228 p.
11. Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social, JO 5 février 1995.
12. Décret n° 93-676 du 27 mars 1993 modifiant le décret n° 86-1380 du 31 décembre 1986 portant sur la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, JO 28 mars 1993.
13. Société nationale française de gastro-entérologie. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. Conférence de consensus, janvier 1998. Paris : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).
14. Barth X, Leclercq T. Cancer du côlon. Epidémiologie, anatomie pathologique, stades de Dukes, physiopathologie, diagnostic, évolution, principes du traitement et prévention. *Rev Prat* 1997;47:1575-81.
15. Liabeuf A. Epidémiologie des cancers colo-rectaux. In J. Faivre. Le cancer colo-rectal (1) Impact Médecin. Les dossiers du praticien 1994;222:III-V.
16. Ducreux M., Boige V, Faivre J. Epidémiologie et prévention. Un dépistage dès janvier 2001. *Impact Médecin Hebdo* 2000;499:4-6.
17. Piedbois P. Cancers colo-rectaux évolués. Avant-propos. *Rev Prat* 1997;47:55.
18. Melville A, Sheldon TA, Gray R, Sowden A. Management of colorectal cancer. *Quality in Health Care* 1998;7:103-8.
19. Eisinger F, Giordanella JP, Didelot R et al. Pratiques de dépistage et antécédents familiaux de cancer colorectal. Une enquête en population volontaire. *Gastroenterol Clin Biol* 1996;20:627-32.
20. Eschwege F, Grandjouan S, Eschwege P. Cancer du côlon. Epidémiologie, anatomie pathologique, diagnostic, évolution, traitement et prévention. *Rev Prat* 1992;42,14:1823-6.
21. Boudet MJ, Perniceni T, Gayer B, Trébuchet G, Launois B. La coelioscopie pour la chirurgie du cancer colo-rectal ? *Concours Médical* 1998;120,6:410-3.
22. Bossot JF, Meneveau N, Pavy JJ. Radiothérapie du cancer du rectum. *Rev Prat* 1994;44:2728-32.
23. Ray-Coquard I, Philip T, Lehmann M et al. Impact of a clinical guidelines program for breast and colon cancer in a french cancer center. *JAMA* 1997;278,19:1591-5.
24. Smith TJ. Standard follow-up of colorectal cancer patients : finally, we can make practice guidelines based on evidence. *Gastroenterology* 1998;114:211-3.