

La recherche de sang occulte dans les selles pour dépister le cancer colorectal

Probabilités de bénéfices et de risques

Valeurs et préférences du patient



Ce document prépare le clinicien à discuter des données scientifiques avec le patient, pour qu'ensemble ils puissent prendre une décision.

Présentation de la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS)

À quoi sert ce test?

La recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) permet d'estimer le risque d'avoir un **cancer colorectal**. Si le test est positif, le médecin offre généralement un test diagnostique, comme la colonoscopie, pour vérifier si la personne a un cancer colorectal.

En quoi consiste-t-il?

Des échantillons de matières fécales sont analysés pour vérifier la présence de sang occulte (caché) une fois par année ou à chaque deux ans.

Qui pourrait considérer le faire?

- ▶ les personnes **entre 50 -75 ans**, incluant celles dont un parent au premier degré a eu des adénomes colorectaux ou un cancer colorectal.
- ▶ les personnes **de moins de 50 ans** dont un des parents au premier degré a développé un cancer colorectal avant 50 ans, ou dont plusieurs parents au premier degré ont développé un cancer colorectal.
 - **Ce test ne s'applique pas** aux individus présentant un **risque plus élevé** de cancer colorectal qui devraient suivre les directives spécifiques à leur histoire personnelle et familiale. Les facteurs qui accroissent les risques de cancer colorectal sont¹: une **maladie intestinale inflammatoire** et certains syndromes héréditaires (**syndrome de Lynch/cancer colorectal héréditaire non polyposique, polypose adénomateuse familiale**).

Pourquoi tenir compte des préférences des patients?

- ▶ Il y a des pour et des contre à utiliser ce test:



POUR: Le dépistage réduit un peu la probabilité de **mortalité** due au cancer colorectal.²

CONTRE: La majorité (**85-90%**) des personnes obtenant des résultats positifs avec la RSOS n'ont pas de cancer colorectal. Pour vérifier si elles ont le cancer colorectal, elles devront subir une **colonoscopie** (et/ou un lavement baryté), et celle-ci peut avoir des effets secondaires graves, quoique rares.³

- ▶ **Faire ou ne pas faire le dépistage sont toutes deux des options acceptables. Nous proposons que:**
 - ① la décision tienne compte des **valeurs et préférences du patient**
 - ② le clinicien **partage la décision** avec le patient

Questions au patient pour identifier ses besoins pour prendre une décision

- ▶ Avez-vous des questions sur les risques et bénéfices de chacune des options?
- ▶ Quels risques et bénéfices sont les plus importants pour vous?
- ▶ Êtes-vous certain de ce qui constitue le meilleur choix pour vous?
- ▶ Qui peut vous soutenir afin de faire votre choix?

État des connaissances - Octobre 2011

Sélection des meilleures études disponibles

Bénéfices du dépistage

① Survie

Pour chaque 1000 personnes dépistées 1 fois par année ou par 2 ans pendant 13 ans, **1 décès (0.1%)** dû au cancer colorectal est **prévenu**.²

② Être rassuré

Pour chaque 1000 personnes dépistées, **974 (97.4%)** sont identifiées à **faible risque** de cancer colorectal.³ Ces personnes sont **rassurées**.

Risques du dépistage

③ Rassuré à tort

Parmi les **974** personnes identifiées à faible risque de cancer colorectal, **3** ont un cancer colorectal.³ Ces personnes auront été **faussement rassurées**.

④ Fausse alarme

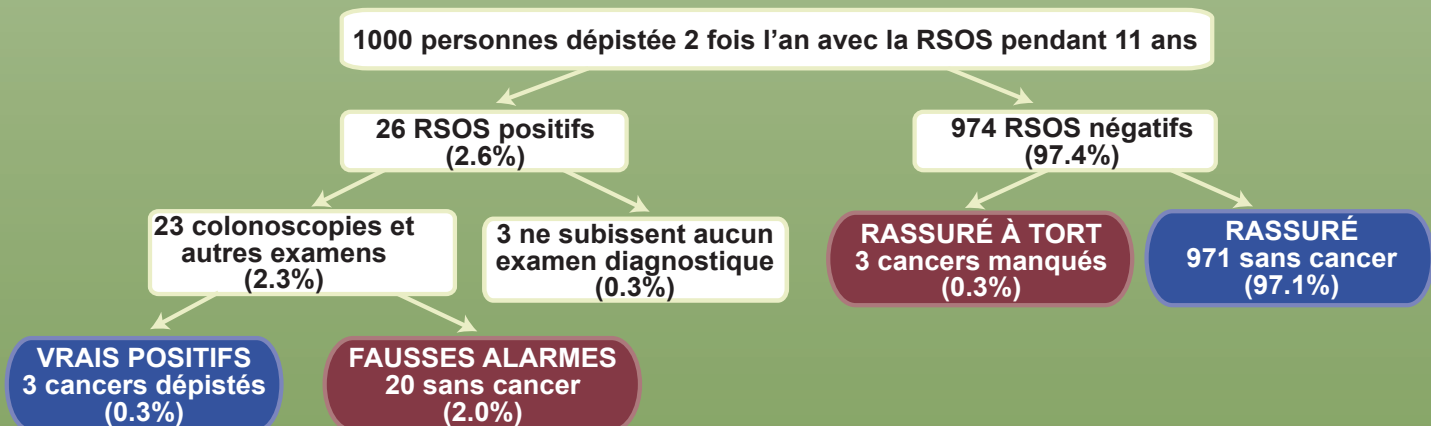
Pour chaque 1000 personnes dépistées chaque 2 ans pendant 11 ans, **26** sont identifiées à **haut risque de cancer colorectal**.³

23 (90%) des personnes à haut risque subiront un **examen diagnostique** (colonoscopie et/ou lavement baryté à double contraste) et on trouvera que **20** d'entre elles n'ont **pas de cancer colorectal**.

Les examens diagnostiques peuvent causer des **complications**.³

- ▶ Moins de **1%** saignent ou subissent une **perforation de l'intestin**.

Performance du dépistage du cancer colorectal par la RSOS



👉 Quelle confiance pouvons-nous avoir en ces résultats?

Survie (#1): **Élevée** Les données sont fondées sur une revue systématique de 4 essais à répartition aléatoire dont les résultats des études sont cohérents entre eux.²

Être rassuré et fausse alarme (#2-4): **Modérée** Les données sont fondées sur les meilleures études disponibles qui ont utilisé une méthode d'analyse plus précise (échantillons non-réhydratés) et qui ont suivi tous les participants satisfaisant aux critères d'inclusion.³ Les résultats des différentes études sont cohérents entre eux, mais imprécis (larges intervalles de confiance) probablement dû aux différents méthode d'analyse des selles (réhydratation ou non des échantillons).²

Descriptions des études et références:

1. **U.S. Preventive Services Task Force.** Ann Intern Med 2008,149(9), 627-37.
2. **Hewitson et al.** Cochrane Database Syst Rev 2007(1), CD001216.
Type d'étude: Revue systématique de 4 études à répartition aléatoire comparant le dépistage avec la RSOS chaque 1-2 ans à aucun dépistage.
Participants: 327,043 personnes de 45-75 ans et provenant des É-U, Royaume Uni, Danemark et Suède. **Durée du suivi:** 8-18 ans.

3. **Scholefield et al.** Gut 2002, 50(6), 840-4.

Type d'étude: Essai à répartition aléatoire comparant une invitation au dépistage par la RSOS chaque deux ans à aucune invitation au dépistage. **Participants:** 152,850 personnes (48% hommes et 52% femmes) de 45-75 ans. **Durée du suivi:** 11 ans. **Suivi à un dépistage positif:** colonoscopie et/ou lavement baryté à double contraste.