

## Dépistage Individuel Organisé

« **LA LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER** a clairement manifesté depuis plusieurs années, son soutien aux actions de prévention et de dépistage, et l'importance qu'elle attache au rôle capital du médecin généraliste.

La ligue a décidé de soutenir les efforts des médecins généralistes pour une meilleure régulation du dépistage individuel.

Voici quelques années, ce dépistage était appelé « inorganisé » et parfois même « sauvage ».

La Ligue n'intervient pas à titre d'expert, mais pour inciter les pratiques de dépistage individuel à se rapprocher progressivement des recommandations des experts en santé publique »

*Professeur Henri Pujol*

### SOMMAIRE :

**Le Dépistage Individuel Organisé : un concept, un raisonnement, un comportement**

**DIO : concept et définitions**

**DIO : critères de qualité**

**DIO / DMO : différences et complémentarité**

**DIO : pertinence et originalité du médecin généraliste**

**Recommandations de DIO 1995**

**Cancer colo-rectal**

**Cancer de la prostate**

**Cancer du col**

**Cancer de la bouche et de l'oropharynx**

**Cancer de la peau : mélanome**

**Cancer de la peau : épithéliomas baso et spino cellulaires**

**Cancer du sein**

**Le Passeport Prévention Santé**

**Bibliographie**

## **LE DÉPISTAGE INDIVIDUEL ORGANISÉ : UN CONCEPT, UN RAISONNEMENT, UN COMPORTEMENT**

Nous ne redirons jamais assez que le tissu professionnel capable de gagner le challenge de la Santé Publique des années 2000 existe. Les 60000 MG, répartis sur l'ensemble du territoire national, mettent leur accessibilité (contact utile avec 50% de la population chaque année) et l'éclectisme de leurs interventions professionnelles au service de TOUS nos concitoyens. L'Histoire, quant à elle, dira la responsabilité d'une politique qui ne se serait pas prioritairement appuyée sur cette réalité quand la consommation sanitaire est justement au faite des aspirations individuelles.

MG FRANCE, pour sa part, engage constamment sa responsabilité dans l'affermissement permanent de la compétence professionnelle des MG. MG FORM en est le catalyseur. OSMOSE FORMATION l'un des vecteurs. Elle ouvre ses colonnes aux travaux du Groupe Médical de Diffusion du Passeport Prévention Santé qui a organisé le 21 janvier 1995 à Paris la journée du DÉPISTAGE INDIVIDUEL ORGANISÉ, placé sous l'égide de MG CANCER, et du Haut Comité de Santé Publique.

Col, sein, poumon. Il y a les organes et il y a les chiffres de la vie et de la mort : ils se mélangent dans les concepts abstraits (incidence, valeur prédictive) et les tableaux abscons (courbe de coût, courbe de survie), ils se confondent derrière la qualité de vie et la quantité de jours, ils télescopent les préventions primaire, secondaire et tertiaire, ils superposent la relation affective et le contrat thérapeutique.

Le cancer du col in situ traité guérit toujours. Le cancer du poumon tue la plupart du temps. L'histoire du cancer du sein dépend de la précocité du diagnostic.

Ces trois exemples sont au cœur de notre pratique : le col et le sein justifient une stratégie précise de dépistage ; le poumon justifie un travail convaincu de prévention primaire.

La cohérence du dépistage qu'il soit individuel ou de masse nécessite avant tout de la rigueur.

Rigueur dans la réalisation de la procédure et ce, à tous les niveaux s'il y a plusieurs intervenants ; rigueur dans le recueil des résultats et leur interprétation ; rigueur dans le suivi ; on comprend aisément que l'efficacité de la procédure n'a d'intérêt que régulièrement renouvelée dans une stratégie codifiée et pertinente.

Le Dépistage de Masse Organisé (DMO) est d'autant plus performant qu'il fait intervenir les généralistes : ceci est parfaitement démontré et trop rarement systématique. Mais notre propos est ici l'action du généraliste dans son activité médicale quotidienne.

Cette action s'exprime dans le cadre du Dépistage Individuel Organisé (DIO) dont le concept repose sur les trois étapes suivantes

1/ Recherche de facteurs de risque

2/ Détermination des groupes à risque ou des comportements à risque

3/ Mise en place d'une stratégie standardisée adaptée à cette classification.

Étant entendu que ce fonctionnement n'a d'efficacité que dans la prise en compte de toutes les rencontres et dans la régularité du suivi.

Il impose donc la tenue d'un Dossier Médical personnalisé rappelant les principaux gestes à effectuer et leur périodicité.

Le DIO s'intègre tout naturellement aux tâches professionnelles du généraliste.

La MG permet un polydépistage individuel irremplaçable grâce à la personnalisation du contact et à la sensibilisation au suivi.

Ce fascicule vous propose des repères simples, directement utilisables et conformes aux recommandations scientifiques de 1995. Leur efficacité dépend cependant avant tout de la constance dans l'action du plus grand nombre possible de médecins généralistes auprès du plus grand nombre possible de patients.

- Dr Olivier ROZAND Responsable des séminaires DIO MG FORM

Association Prévention Santé Languedoc Roussillon

- Dr René LADREYT Passeport Prévention Santé

- Dr Marie France LE GOAZIOU Association prévention Santé Rhône

- Dr Jean François MASSE OSMOSE FORMATION

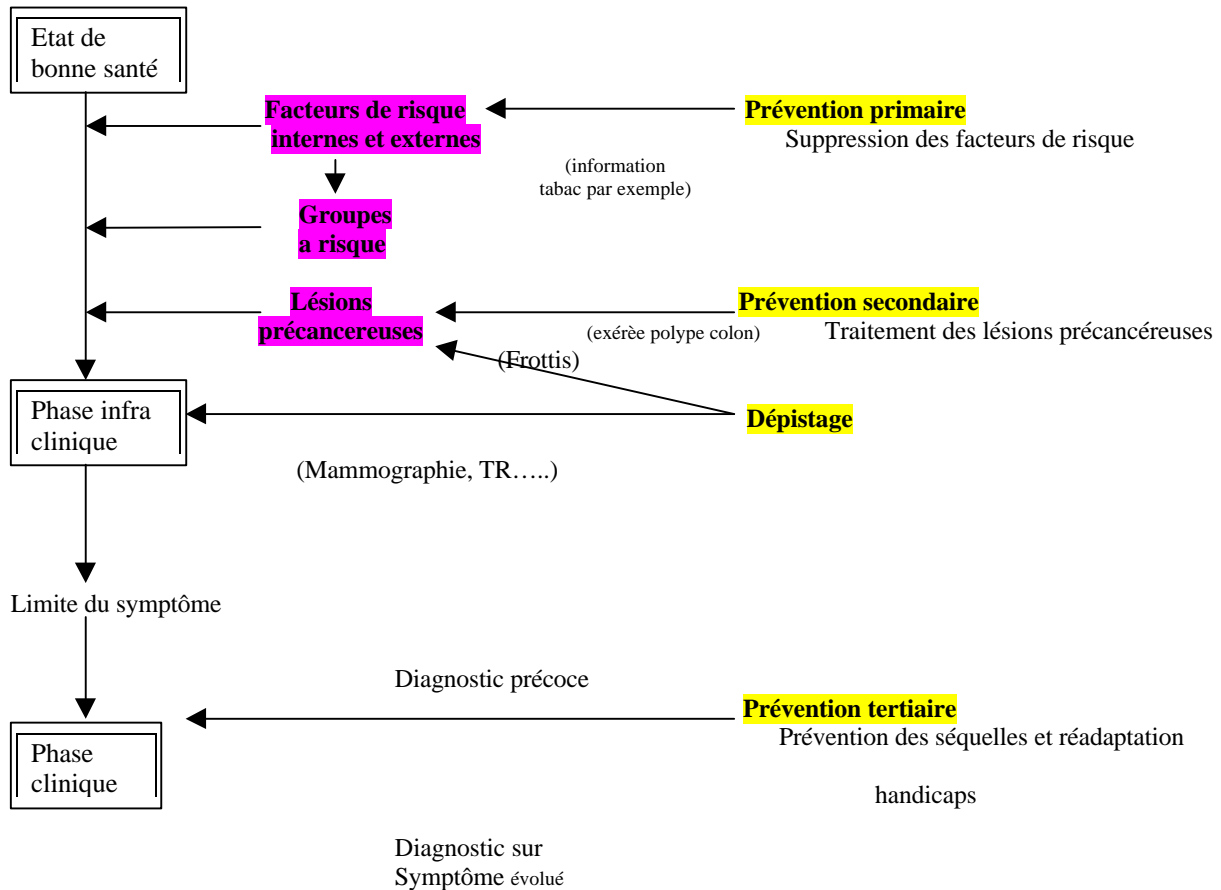
# Dépistage Individuel Organisé: concept et définitions

## Le dépistage : sa place, son intérêt définitions

L'étude épidémiologique d'une maladie peut se faire à partir de deux critères :

- la **morbidité** : nombre de malades dans une population donnée, définie par deux paramètres :
  - \* la *prévalence*, c'est à dire le nombre total de cas dans cette population à un moment donné
  - \* l'*incidence*, c'est à dire le nombre de nouveaux cas annuels dans cette même population
- la **mortalité** : nombre de décès dus à la maladie au cours de l'année.

Les moyens d'intervention sur l'histoire d'une maladie (ici le cancer) peuvent être schématisé ainsi:



## Un facteur de risque

modifie la probabilité d'être atteint d'une maladie. Il peut être *interne* (sexe, âge, hérédité) ou *externe* (tabac, soleil, virus). Il peut être *protecteur* (consommation de fibres chez les mormons: effet protecteur vis à vis du cancer colo-rectal) ou *aggravant* (tabagisme sur le cancer bronchique ou l'infarctus du myocarde).

**Le risque relatif** se définit ainsi comme *l'incidence de la maladie* chez les sujets exposés au facteur de risque par rapport aux non-exposés il permet de quantifier l'importance du facteur de risque pour la maladie.

**La prévention primaire** agit sur *l'incidence*: en luttant contre les facteurs de risque, elle diminue le nombre de nouveaux cas.

## La prévention secondaire

a pour objectif de réduire l'évolution vers la maladie : elle agit donc sur la *prévalence* (ex: traitement des dysplasies du col => diminution des cancers in situ)

**La prévention tertiaire** tente d'améliorer la *qualité de vie* en aval de la maladie (ex: prévention d'escarres après accident vasculaire cérébral => diminution des complications de décubitus)

**Le dépistage**, c'est la réalisation d'un test ou d'un geste systématisé et standardisé, à une population ou un individu asymptomatique, afin d'identifier une probabilité élevée d'être porteur d'une maladie.

**Le diagnostic** intervient lui au niveau du symptôme pour en préciser la cause, ou dans la phase après le dépistage, pour explorer lorsque le test est positif. Exemple : le *frottis du col dépiste*, la *biopsie diagnostique*

Dr Olivier Rozand

## Critères de qualité d'un dépistage

Le **dépistage organisé**, c'est la mise en place de procédures  
visant à réaliser le dépistage :  
de **pathologies** pouvant en bénéficier , avec des **tests** répondant à des critères de qualité,  
dans des **populations** concernées

Il peut s'agir de Dépistage de Masse Organisé (DMO) ou de Dépistage Individuel Organisé (DIO)  
Ils s'opposent au dépistage sauvage, qui ne concerne pas de façon rigoureuse les pathologies,  
les populations, les techniques ou les critères de qualité adéquats.  
Le dépistage sauvage peut concerner autant un dépistage individuel que de masse.

### 1/ Critères liés à la **pathologie**:

Une maladie, pour justifier un dépistage doit être :

- *importante* : poser un problème de santé publique par sa fréquence et/ou sa gravité
- *curable* : le bénéfice du traitement doit être connu et sa réalisation à un stade plus précoce être préférable.
- *diagnosticable* au cours d'une phase de latence ou à la phase précancéreuse. L'histoire naturelle de la maladie doit donc être connue.

### 2/ Critères liés au **test**:

Un test idéal est *simple*, reproductible, peu onéreux *acceptable*, non dangereux, non douloureux *fiable* (pouvoir discriminant) , *valide* (référence à la meilleure procédure diagnostique disponible)

La fiabilité du test repose sur son pouvoir discriminant à isoler les individus malades des individus non malades.  
Ceci fait intervenir deux notions

- *la sensibilité*: capacité à identifier les malades. *Un test dont la sensibilité est de 90% signifie que sur 100 malades 90 seront positifs et 10 seront faussement négatifs;*
- *la spécificité*: capacité à identifier les non malades. *Un test dont la spécificité est de 50% signifie que sur 100 bien portants 50 seront négatifs et 50 seront faussement positifs.*

Sensibilité et Spécificité sont fonctions de la valeur scientifique du test et de la valeur seuil de positivité. La variation de la valeur seuil de positivité fait varier inversement sensibilité et spécificité : plus on abaisse le seuil, plus la sensibilité augmente et plus la spécificité diminue. Ces indices sont utiles en recherche, pour définir les tests les plus performants et les valeurs seuil de positivité optimales.

### 3/ Critères liés à la **population**:

Un dépistage peut être proposé à un individu ou une population

- *si le besoin est ressenti*. Sinon une sensibilisation doit être réalisée
- *si la démarche est acceptable* sur les plans éthique, social et culturel
- *si le dépistage est accessible* humainement, techniquement, économiquement

Dans la pratique du dépistage, le médecin n'est pas confronté à des patients malades ou non malades, mais plutôt à des patients dont le test est positif ou négatif "**Devant ce patient appartenant à telle population, et qui a un test positif, quelle est la probabilité qu'il soit malade ?**"

Le praticien utilise donc préférentiellement

- La **valeur prédictive positive** c'est à dire la probabilité d'être malade lorsque le test est positif  
*Un VPP de 98% signifie que sur 100 positifs 98 seront malades (vrais positifs) et 2 ne seront pas malades (faux Positifs)*
- La **valeur prédictive négative** c'est à dire la probabilité d'être non malade lorsque le test est négatif  
*Une VPN de 80% signifie que sur 100 négatifs 80 ne seront pas malades (vrais négatifs) et 20 seront en fait malades (faux négatifs)*

Ces valeurs prédictives dépendent:

- de la valeur intrinsèque du test (sensibilité, spécificité)
- de la prévalence de la maladie dans la population étudiée.

**PLUS LA PRÉVALENCE  
EST ÉLEVÉE  
PLUS LA VPP  
EST ÉLEVÉE**

Pour le dépistage des cancers, la prévalence étant basse dans la population générale, il est souhaitable d'augmenter cette prévalence en ciblant les populations à risque par la détection des facteurs de risque (âge, sexe, antécédents ... ).

SYNTHESE (1)			
	Malades	Non Malades	
TEST POSITIF	VP = Vrais Positifs	FP = Faux Positifs	$VPP = \frac{VP}{VP + FP}$
TEST NEGATIF	FN = Faux Négatifs	VN = Vrais Négatifs	$VPN = \frac{VN}{VN + FN}$
	Sensibilité = $\frac{VP}{VP + FN}$	Spécificité = $\frac{VN}{VN + FP}$	

(1) "Ce tableau a fait frémir des générations de FMCistes. Mais savoir que l'essentiel est d'établir l'appartenance d'un patient à un groupe à risque, justifié par ces magnifiques équations, peut permettre de l'oublier" René LADREYT.

## Dépistage Individuel Organisé ; Dépistage de Masse Organisé : différences et complémentarité

La **différence** conceptuelle entre DIO et DMO repose sur le mode de recrutement des intéressés par convocation pour le DMO à l'occasion d'un contact avec le médecin pour le DIO :

dépistage opportuniste si la consultation portait au départ sur un autre problème  
dépistage programmé si le DIO a été prévu lors d'une précédente consultation

Les **Objectifs** sont communs : comme tout dépistage, ils visent à intervenir à un stade asymptomatique pour abaisser la mortalité et/ou la morbidité.

- le DMO s'adresse à une population avec des retombées positives pour les individus qui la composent
- le DIO s'adresse à des individus avec des retombées positives pour les populations qu'ils composent

Les **acteurs** sont **intriqués** :

- Les MG interviennent dans le DMO: - pour améliorer l'acceptabilité et la participation des populations
- parfois comme acteur principal (ex : la campagne hémocult en Bourgogne)
  - pour assurer le suivi des cas dépistés et permettre l'évaluation des actions

Les **structures institutionnelles** soutiennent le DIO pour l'établissement de recommandations actualisées (*Ligue contre le cancer*) ; et l'on peut envisager leur intervention pour la diffusion des actions, leur évaluation, ou pour l'aide au recrutement des patients participant au DIO.

### Il y a donc **complémentarité DIO - DMO**

L'idéal étant de combiner les deux types de dépistage pour améliorer :  
la couverture, l'acceptabilité, le criblage  
la qualité des tests  
la répétition des examens, la globalité de l'action  
le suivi, l'évaluation de l'action

## **DIO : pertinence et originalité du médecin généraliste**

### **Le MG améliore le rendement du dépistage :**

- par sa *répartition* géographique homogène, permettant d'améliorer la couverture de l'action
- en exerçant dans la *durée*, il dispose du temps nécessaire pour expliquer de façon personnalisée, informer et motiver ses patients au moment opportun : il améliore ainsi l'acceptabilité des tests.
- par sa *connaissance* des patients, il affine l'identification des facteurs de risque, permettant de définir des groupes à risque chez qui la prévalence est accrue (donc la VPP du test améliorée).

### **Le MG pratiquant ainsi le DIO devient source d'économie :**

- réalisant à la fois (mais pas forcément simultanément) *les différentes actions* de dépistage (cancérologiques et non cancérologiques), permettant une prise en charge globale du capital santé de ses patients
- assurant la synthèse des actions préventives et de dépistage, il permet :
  - une régulation dans le temps pour éviter les répétitions inutiles ou trop rapprochées des examens
  - une régulation sélective pour éviter les examens inutiles au patient ou au dépistage en général (radio du thorax, marqueurs tumoraux ... )

Pour assurer cette fonction de *synthèse*, le MG garde en mémoire les examens pratiqués pour le DIO, dans le *dossier médical*, permettant l'évaluation des actions: nombre d'examens proposés nombre d'examens réalisés qualité des examens suivi des cas dépistés incidence des cancers intervallaires

**Le DIO nécessite une harmonisation des pratiques. Pour cela, il est nécessaire de définir des stratégies de recommandations cohérentes, validées et admises par les MG.**

La synthèse des ces stratégies est l'objet de ce fascicule pour les principaux cancers pouvant bénéficier du DIO.



## Recommandations de DIO 1995

		GROUPES à RISQUE	Dépistage Clinique	Dépistage para-clinique	1 <sup>er</sup> avis ou examen complémentaire si dépistage positif
SEIN	Risque Moyen R+	Age > 35 ans	Examen médical annuel des seins et auto-examen après 35 ans	Mammographie standard à 50 ans ou à la ménopause, puis tous les 2 ans jusqu'à 70 ans	si anomalie clinique → mammographie si anomalie radio → avis spécialisé
	Risque Majoré R++	Un antécédent familial direct (mère, sœur) Ou absence de grossesse Ou 1 <sup>ère</sup> grossesse après 35 ans	Examen médical annuel des seins et auto-examen après 25 ans	Mammographie standard à 40 ans, puis annuelle jusqu'à 50 ans, puis tous les 18 mois à 2 ans jusqu'à 70 ans	
	Risque Important R+++	Antécédents familiaux ≥2 Antécédents personnels de cancer du sein ou mastopathie avec hyperplasie atypique ou EOA in situ	→ co-surveillance avec le spécialiste		
COL UTERIN	Risque Moyen R+	Activité sexuelle	Examen du col au début de l'activité sexuelle, puis tous les ans	Frottis cervical dans l'année du premier rapport, puis un an après, puis tous les 3 ans jusqu'à 65 ans	Si examen anormal du col et/ou du frottis → colposcopie - biopsie
	Risque Majoré R++	Précocité de l'activité sexuelle Partenaires multiples MST, en particulier HPV Antécédents de dysplasie du col		Frottis cervical tous les ans tant que les risques persistent	
	Risque Important R+++	Immuno déprimées HIV greffées	Examen du col tous les 6 mois	Frottis cervical tous les ans	
PROSTATE	Risque moyen R+	Age > 50 ans	Toucher rectal à 50 ans, puis une fois par an jusqu'à 70 ans		Si TR suspect → dosage PSA +/- echo transrectale et/ou avis spécialisé
Cancer de la BOUCHE et OROPHARYNX	Risque moyen R+	Age > 40 ans	Examen de la bouche (inspection/palpation) + palpation ganglions cervicaux à 40, 50, 70 ans		Si clinique anormale → avis spécialisé
	Risque Majoré R++	Age > 40 ans Et Alcool ou tabac	Examen de la bouche (inspection/palpation) + palpation ganglions cervicaux une fois par an		
	Risque Important R+++	Age > 40 ans Et alcool et tabac Et/ou ATCD personnel de cancer ORL	Examen de la bouche (inspection/palpation) + palpation ganglions cervicaux au moins deux fois par an		Avis spécialisé au moindre doute

		<b>GROUPES à RISQUE</b>	<b>Dépistage Clinique</b>	<b>Dépistage para-clinique</b>	<b>1<sup>er</sup> avis ou examen complémentaire si dépistage positif</b>
Cancer de la peau : <b>EPITHELIOMAS</b>	Risque Moyen R+	Age >50ans	Examen de la peau à 50, 60 et 70 ans		Si lésion suspecte → biopsie-exérèse Si lésion précancéreuse → traitement
	Risque Majoré R++	Dyskératose sénile(solaire) Cicatrice de brûlures Exposition professionnelle (rayons X, hydrocarbures, activité de plein air	Examen de la peau Et Surveillance des lésions à partir de 50 ans, puis une fois par an		
Cancer de la peau : <b>MELANOME</b>	Risque Moyen R+	Plus de 30 naevus acquis > à 5mm Ou Plus de 10 naevus cliniquement atypiques Ou Phénotype sensible au soleil	Surveillance annuelle de la peau + information sur les dangers du soleil + autosurveillance		Si modification d'un naevus ou apparition d'une tumeur noire en peau saine : avis spécialisé pour biopsie exérèse au moindre doute
	Risque Majoré R++	Antécédent familial de mélanome Et Plus de 30 naevus acquis > à 5mm Ou Plus de 10 naevus cliniquement atypiques Ou Phénotype sensible au soleil	Co-surveillance avec le spécialiste + information sur les dangers du soleil + autosurveillance		
	Risque Important R+++	Grand naevus congénital Ou Mélanose de Dubreuilh			Biopsie – exérèse
<b>COLO-RECTAL</b>	Risque Moyen R+	Age > 45 ans	Toucher rectal à 45 ans, puis 1 fois par an	Hémocult à 45 ans, puis tous les ans	Si hémocult positif → coloscopie longue
	Risque Majoré R++	Antécédents : familial de tumeur colorectale (cancer ou polype) personnel de polype colorectal personnel d'irradiation de cancer gynécologique	Toucher rectal à 45 ans, puis 1 fois par an	Coloscopie à 40 ans, puis tous les 5 ans	Co-surveillance avec le spécialiste
	Risque Important R+++	Antécédent personnel : Cancer colorectal Rectocolite hémorragique Maladie de Crohn Polypose recto-colique familiale Cancer colique familial		Coloscopies itératives	Co-surveillance avec le spécialiste

# Cancer colo-rectal

## Savoir :

Face au cancer colo-rectal, on dispose de quatre éléments : l'interrogatoire, le toucher rectal, l'Hémoccult II et la coloscopie

Le cancer colo-rectal se développe le plus souvent à partir d'un polype adénomateux, et la phase de latence est suffisante pour justifier un dépistage personnalisé.

**L'interrogatoire** est le temps essentiel pour déterminer le niveau de risque

**Le toucher rectal** doit s'intégrer à l'examen clinique complet annuel de tout patient de plus de 45 ans, d'autant que les tumeurs rectales sont peu sensibles à l'hémoccult.

**L'Hémoccult II** est à la base du dépistage dans la population tout venant. Il a démontré son efficacité pour réduire la mortalité par cancer du colon et la mortalité totale. Il convient cependant de l'éviter en cas de risque important ou majoré du fait des faux négatifs.

Son utilisation reste controversée, mais on peut néanmoins retenir les éléments consensuels suivants :

- pour être efficace dans le cadre d'un dépistage de masse, le test doit être réalisé chez plus de 50% de la population cible.
- Pour être efficace en terme de santé publique, le test doit être renouvelé tous les ans
- Un test positif doit impérativement conduire à la coloscopie

Ces trois points ne sont possibles qu'avec l'intervention des médecins généralistes.

**La coloscopie** : cet examen paraclinique contraignant doit rester au cœur de la stratégie et de la négociation.

Elle sera utilisée en première ou en seconde intention selon les situations.

## Savoir faire :

La stratégie dépend donc du risque

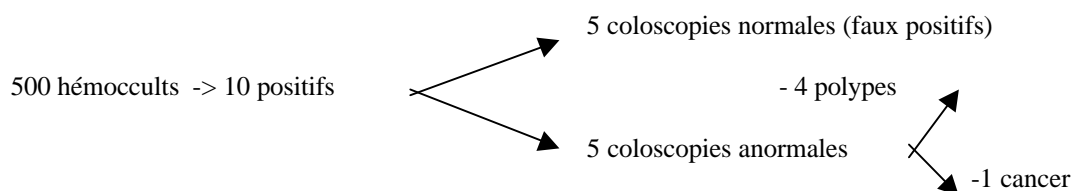
### **Le risque est moyen**

Pour **tous les patients de plus de 45 ans**

Le dépistage repose ici sur le *TR annuel* associé à l'hémoccult (en principe annuel lui aussi)

La coloscopie est impérative au moindre doute clinique et devant tout hémoccult positif.

Pour une activité moyenne par médecin de 250 hémoccult par an, on peut espérer :



### *Le risque est majoré en cas*

D'antécédent *familial de tumeur colo-rectale: cancer ou polype*

D'antécédent *personnel de polype colorectal*

*d'irradiation d'un cancer gynécologique*

Dans cette situation le dépistage repose sur la *coloscopie en première intention* à partir de 40 ans puis tous les 3 à 5 ans.

### **Le risque est important en cas**

D'antécédent *personnel de cancer colo-rectal*

*de recto-colite hémorragique*

*de maladie de Crohn*

*de polypose rectocolique familiale*

Dans cette situation le suivi justifie une *co-surveillance* avec le gastro entérologue.

L'hémoccult est contre indiqué (du fait des faux négatifs).

Les coloscopies itératives seront adaptées à chaque cas.

## **Savoir être :**

### **Vis à vis des patients :**

**Le toucher rectal** sera facilité par une information précise sur son intérêt (rectum, prostate) et ses modalités.

Il sera volontiers (si possible) annoncé lors d'une précédente consultation.

Il clôturera l'examen clinique de façon à laisser au patient un temps d'intimité (essuyage, habillage) dont la nécessité a été confirmée par plusieurs enquêtes.

Selon les cas, on choisira le décubitus dorsal ou le genu pectoral.

**L'Hémocult II** doit obligatoirement axer la négociation autour de la coloscopie.

Il importe ici de clarifier les modalités de cette coloscopie, ses contraintes et ses apports. Notamment l'importance de la qualité de la préparation (1)

Les compétences techniques et relationnelles du gastro-entérologue sont ici déterminantes notamment en cas de coloscopies itératives.

### **Vis à vis des pouvoirs publics :**

**La place de l'Hémocult doit définitivement se préciser** tant dans le dépistage de masse avec intervention des médecins traitants que dans le dépistage individuel avec adaptation des modalités - notamment de lecture - du test

La réalisation de l'hémocult par le médecin généraliste traitant doit apparaître dans une nomenclature adaptée, en tant que geste technique dissocié de l'examen clinique.

(1) éviter notamment pendant les deux à trois jours qui précèdent l'examen : les fruits à pépin (raisin, tomates), les légumes à enveloppe (maïs, petits pois, lentilles), le pain complet, les viandes fibreuses (bœuf bourguignon, jarret)

## Cancer de la prostate

# Savoir

De cause(s) inconnue(s), le cancer de la prostate justifie un dépistage individuel chez **TOUS LES HOMMES DE PLUS DE 50 ANS**.

Le seul test validé est clinique, c'est le **TOUCHER RECTAL**.

## Savoir faire

### CHEZ QUI ?

Le toucher rectal doit être pratiqué **annuellement** chez tout homme de plus de 50 ans, et ce, sans attendre l'apparition des signes urologiques.

### COMMENT ?

L'examen se fera de préférence en décubitus dorsal, vessie vide, à distance de toute pathologie proctologique évolutive

L'avant bras de l'examineur doit rester collé au plan de la table, tandis que la main abdominale déprime l'hypogastre afin de faciliter le contact prostate-index.

L'examen de la glande doit explorer de façon systématique :

Le pourtour

Les deux lobes (taille, forme, consistance)

Le sillon médian

Une pronosupination de 180° permettra dans le même temps l'exploration d'une ampoule rectale vide

L'examen du doigtier élimine d'éventuelles selles noires (signe de saignement occulte)

### *ET ENSUITE*

Le TR est normal : il sera contrôlé l'année suivante, sauf fait nouveau

Le TR est anormal : il justifie un **AVIS SPECIALISE** avec dosage des PSA réalisé à distance (>15 jours) du TR. Le spécialiste décidera de l'indication d'une **BIOPSIE** guidée par l'**ECHOGRAPHIE**

## Savoir être

### Vis à vis des patients :

Des campagnes d'information devraient banaliser l'examen prostatique à l'instar de ce qui est fait pour le frottis du col, sans qu'il soit nécessaire de créer une spécialité andrologique non chirurgicale ...)

L'examen sera si possible annoncé dans le cadre d'un DIO programmé. Cet examen clinique est parfois difficile, notamment chez les sujets pléthoriques auxquels on demandera d'accroître la poussée abdominale en ramenant avec les mains, les genoux fléchis sur le thorax.

Le dossier médical mentionnera la description clinique de la glande (il ne suffit pas de comparer des dates)

### *Vis à vis des pouvoirs publiques et de la presse*

Le dépistage du cancer de la prostate est controversé depuis quelques années au nom de l'absence d'effet sur la mortalité. En terme de DIO, le défaitisme est inadapté voire irresponsable. Les messages de santé publique sont à nuancer dans le cadre d'une pratique individuelle.

### *Vis à vis de l'urologue*

On retrouve là, comme souvent, l'irremplaçable dialogue médecin traitant – spécialiste consultant, qui permettra : un retour clinique « sans concession » sur l'analyse prostatique (seul moyen de perfectionnement ...)

De préciser quel bilan préalable est souhaitable avant l'avis spécialisé.

# Cancer du col

## Savoir :

Le cancer du col se développe à la jonction de la muqueuse glandulaire cylindrique de l'endocol et de la muqueuse malpighienne de l'exocol.

Il est tout d'abord superficiel (intra épithélial) avant d'évoluer vers l'envahissement, puis les métastases.

L'objectif du frottis cervical est donc d'obtenir des cellules superficielles provenant de cette zone jonctionnelle.

## **UN FROTTIS N'EST INTERPRETABLE QUE S'IL RETROUVE DES CELLULES GLANDULAIRES OU CYLINDRIQUES ENDOCERVICALES.**

La plupart des cancers du col sont précédés d'une modification de l'épithélium glandulaire endocervical d'un ectropion en épithélium malpighien exocervical.

Cette phase intermédiaire est le « talon d'Achille » du col du fait notamment de sa sensibilité aux virus qui favorisent la déviation du processus vers la transformation dysplasique.

60% des dysplasies légères (CIN1) évoluent vers un cancer in situ (CIN3) en 3 à 5 ans.

100% des cancers in situ guérissent avec une intervention limitée

En absence de traitement, le cancer in situ va devenir cancer invasif en 5 à 10 ans.

## Savoir faire :

### **CHEZ QUI ?**

#### **Le frottis est inutile :**

- chez la femme vierge (risque de cancer nul)
- chez la femme de plus de 65 ans régulièrement suivie et dont les 2 derniers frottis étaient normaux (risque évolutif très faible)

#### **A quel moment:**

De préférence en 2<sup>e</sup> partie du cycle et avant un toucher vaginal  
A distance d'un rapport sexuel ou d'une toilette vaginale : 48h

#### **Le frottis est indispensable dans tous les autres cas :**

- à débiter dans l'année des premiers rapports
- à renouveler 1 an plus tard (du fait de faux négatifs)
- puis tous les 3 ans jusqu'à 65 ans et en cas de *risque moyen* : activité sexuelle
- mais chaque année en cas de *risque majoré* :
  - o précocité de l'activité sexuelle
  - o partenaires multiples
  - o MST (dont HPV)
  - o Antécédents de dysplasie du col
- et en cas de *risque important* (immuno déprimées HIV ou greffées)

### **A QUEL MOMENT ?**

- De préférence en 2<sup>ème</sup> partie du cycle, avant le toucher vaginal
- A distance d'un rapport sexuel ou d'une toilette vaginale : 48h
- A distance d'un frottis précédent à contrôler : 3 mois
- A distance d'un accouchement : 3 à 6 mois
- En l'absence de saignement (dont la présence prolongée justifierait une colposcopie)

### **COMMENT ?**

L'objectif est de prélever au niveau de la jonction exoco-endocol qu'il est impossible de situer avec certitude à l'œil nu.

Les principes généraux sont les suivants :

- bonne maîtrise de la pose du spéculum introduit avec une légère pression vers le périnée et une inclinaison en bas et en arrière à 45° (un examen douloureux expose à une légitime réticence vis à vis des contrôles ultérieurs)
- essuyer sans insister un col trop sécrétant
- L'étalement se fait sans écraser, d'un seul mouvement, dans le sens de la longueur de la lame.

- La fixation immédiate (<1min) au spray à 20 cm permet une lecture fiable pendant plusieurs mois.

Le premier prélèvement se fait avec la partie bilobée de la spatule d'Ayre : introduire légèrement dans l'endocol, elle balaye sans appuyer toute la surface de l'exocol avec une rotation à 360° sur un seul passage.

Le deuxième prélèvement se fait avec la partie effilée de la spatule d'Ayre introduite dans l'endocol, soit au coton tige, ou à la cytobrosse par cathétérisme du canal sur 1 cm et rotation sur 360°

L'étalement (ou le déroulement) et la fixation se font comme précédemment.

**ET ENSUITE ?**

## **TOUT FROTTIS ANORMAL DOIT CONDUIRE A LA COLPOSCOPIE**

- Le frottis dépiste
- La colposcopie repère
- La biopsie diagnostique

### **Savoir être :**

#### **Vis à vis de la patiente :**

Conviction et motivation seront souvent nécessaires, tout particulièrement en médecine générale, pour proposer un frottis à une patiente pusillanime venue consulter pour un tout autre motif.

D'autant que la probabilité de découvrir une dysplasie ou un cancer in situ est très faible : les 5000 diagnostics annuels représentent 1 pour 1000 des 5 millions de frottis réalisés chaque année.

**Mais il importe bien davantage de faire l'examen au plus grand nombre de femmes plutôt que de le faire souvent chez la même patiente.**

Chez la femme ménopausée non traitée par oestro progestatif, il sera opportun de proposer une imprégnation locale préalable (par exemple : COLPOTROPHINE : 1 ovule/jour, pendant 10 jours). Par ailleurs, la cytobrosse sera souvent utile pour accéder à un endocol rétracté.

#### *Vis à vis de l'anatomopathologiste*

Un contact direct est indispensable pour lui demander une lecture des lames « sans concession », c'est à dire en précisant bien si l'interprétation du prélèvement est fiable.

En lui demandant en outre une définition du vocabulaire de son compte rendu ; pour qu'en miroir du prélèvement, ce compte rendu soit lui aussi interprétable (+++)

#### **Vis à vis des pouvoirs publics**

Pour une adaptation de la nomenclature conforme aux difficultés techniques et relationnelles de ce geste médical fondamental.

# Cancer de la bouche et de l'oropharynx

## Savoir :

Leur incidence française est la plus élevée du monde !

**L'ALCOOLISME ET LE TABAGISME SONT LES RISQUES MAJEURS**

## Savoir faire :

### Chez qui ?

L'examen de la bouche et de l'oropharynx doit être systématique **à partir de 40 ans.**

### Quand ?

Tous les 10 ans en l'absence de facteur de risque

Tous les ans en cas de tabagisme et/ou d'alcoolisme, en cas de leucoplasie et d'érythroplasie.

### Comment ?

Ce *dépistage clinique* a trois temps :

- *L'inspection* en sachant que les cancers de la bouche se répartissent entre la langue (50%), le plancher (20%), les joues (10%), les gencives (10%), les lèvres (10%).

Toute lésion ne cicatrisant pas est suspecte.

- *La palpation* notamment le toucher endobuccal à la recherche d'une induration
- *L'étude des aires ganglionnaires*

### Et ensuite

Le moindre doute justifie un avis spécialisé (stomato ou ORL) pour frottis ou biopsie notamment en cas de lésions précancéreuses.

**La leucoplasie** est une lésion muqueuse blanche débutant entre 40 et 50 ans

**L'érythroplasie** est une zone érosive rouge débutant entre 50 et 70 ans

## Savoir être :

### Vis à vis des patients

La prévention primaire s'adresse aux conduites addictives (tabac, alcool) mais aussi à l'hygiène dentaire (dès le jeune âge... mais aussi à tous âges)

Quand ce type de cancer devient un motif de consultation, la survie à 5 ans sera inférieure à 20%.

Ceci rend à l'examen clinique régulier, adapté, noté, un rôle de dépistage irremplaçable.

### Vis à vis de la société

Face au tabac et à l'alcool le médecin généraliste n'a-t-il pas une place privilégiée dans la cité ?

Qu'il s'agisse de travail en réseau, d'interventions aux côtés des comités d'éducation pour la santé, ou de toutes autres interventions (bénévoles...) il y a là souvent des tremplins où parler de la médecine générale en parlant de la santé.



# Cancer de la peau : mélanome

## Savoir :

Cette tumeur « noire » dont la fréquence augmente, s'observe entre 40 et 60 ans.  
Elle se développe soit à partir de cellules naeviques (50%), soit de novo (50%)

**LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE PRÉCOCE SONT LES SEULS MOYENS DE FAIRE RÉGRESSER LA MORTALITÉ.**

En effet, l'exérèse chirurgicale avant 0,5 mm d'épaisseur permet la guérison ; alors que pour une épaisseur > 3mm, la survie à 5 ans tombe à 50%

## On distingue :

**les naevus congénitaux** : naevus mélaniques présents à la naissance.

**les naevus acquis communs** : limite régulière, coloration régulière, petite taille

**atypiques** : limite irrégulière, coloration irrégulière, > 5mm, dysplasiques à l'histologie

**LA MODIFICATION D'UNE LÉSION PIGMENTÉE CHEZ L'ADULTE OU L'APPARITION D'UNE TUMEUR NOIRE EN PEAU SAIN DOIT FAIRE SUSPECTER UN MÉLANOME ET IMPOSE L'EXÉRESE.**

D'autant que l'exérèse d'un naevus n'a jamais induit de mélanome.

Mais ceci ne justifie pas d'enlever systématiquement les naevus communs de petite taille, ni même les naevus atypiques.

A la différence des grands naevus congénitaux dont l'ablation systématique est conseillée.

## Savoir faire :

*Devant un **risque moyen** :*

*Plus de 30 naevus acquis communs > 5 mm*

***ou***

*Plus de 10 naevus acquis atypiques*

***Ou***

*Pbénotype sensible au soleil (et/ou exposition intense et répétée)*

*→ Examen annuel + informations sur les dangers du soleil*

*→ Au moindre doute (du médecin et/ou de patient) : avis spécialisé*

*Devant un **risque majoré** :*

*Mêmes paramètres + antécédent familial de mélanome*

*→ co-surveillance avec spécialiste*

*Devant un **risque important** :*

*Grand naevus congénital*

*Mélanome de Dubreuilh (visage, > 60 ans)*

*→ exérèse*

## Savoir être :

**Vis à vis des patients :**

*Plusieurs recommandations sont importantes*

- *Noter systématiquement sur le carnet de santé du nouveau-né les tailles et place des naevus congénitaux.*
- *Avertir les parents de la nécessité d'un avis spécialisé ou de la surveillance à long terme.*

- Limiter les expositions solaires notamment brutales et tout particulièrement pendant l'enfance jusqu'à la puberté.
- Informer de l'intérêt d'une autosurveillance selon le phénotype et/ou l'existence de naevus. Préciser notamment que toute modification (surtout rapide) de forme, de taille, de consistance, de sensibilité etc... doit être un motif de consultation

#### **Vis à vis de la stratégie thérapeutique**

*L'exérèse d'une lésion cutanée suspecte par le généraliste est affaire d'expérience.*

*Ce qui suppose d'être capable d'efficacité carcinologique autant que de rançon cicatricielle minime.*

*On se souviendra par ailleurs que sur le plan médico légal, il n'existe pas de "petite chirurgie". Ce qui implique une obligation de moyens: compétence théorique et gestuelle, matériel adapté (y compris de réanimation).*

#### **Vis à vis de la société**

*Les généralistes doivent en toutes occasions être les relais des campagnes d'information*

**C'est la grande originalité du DIO : co-impliquer patient et médecin dans le dépistage, du plus grand nombre possible le plus longtemps possible.**

# Cancer de la peau épithéliomas baso et spino cellulaires

## Savoir :

**L'ÉPITHÉLIOMA BASO CELLULAIRE** représente 80% des tumeurs épithéliales.

De malignité purement locale, il survient essentiellement à la face. Il épargne les muqueuses, les paumes, les plantes.

La suspicion est clinique mais la biopsie est indispensable (excisionnelle et curatrice pour une petite lésion)

**L'ÉPITHÉLIOMA SPINOCELLULAIRE**, de malignité locorégionale, *complicque* le plus souvent une *lésion précancéreuse*.

Les facteurs de risque ont un large éventail

- *Rayons X : radiologue, manipulateurs*
- *Hydrocarbures polycycliques* :
  - suie: ramoneurs
  - bitume: travaux publics
  - amines aromatiques: industrie des colorants, du caoutchouc
- UVB : agriculteurs, marins, montagnards, tous travaux en plein air, notamment s'il s'agit de sujets blancs aux yeux clairs
- *Microtraumatismes* répétés
- *Cicatrice* de brûlure

Les lésions précancéreuses sont bien identifiées :

- *La dyskératose sénile* ou solaire ou actinique, caractérisée par la survenue, après 50 ans, d'un placard jaunâtre qui se recouvre progressivement d'une couche cornée, dont la base s'infiltré, et qui apparaît en zones constamment exposées au soleil
- *La maladie de bowen* considérée comme un cancer au stade intra épithélial.

## Savoir faire :

Le dépistage repose ici sur

**L'EXAMEN COMPLET DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES À PARTIR DE 50 ANS**

*En l'absence de facteurs de risque*, l'examen clinique est à renouveler tous les 10 ans

*En présence de facteurs de risque* il doit être annuel

L'observation d'une lésion précancéreuse caractéristique impose son traitement

L'observation d'une lésion suspecte impose l'avis spécialisé aux fins de biopsie-exérèse.

## Savoir être :

**Vis à vis des patients**

L'examen de la peau ne saurait se limiter aux mains et au visage.

La chirurgie dermatologique réalisée par le généraliste lui même est préférable à l'abstention en cas de refus de patient âgé de consulter un spécialiste (parfois éloigné), sous réserves d'un minimum d'apprentissage technique, et d'une collaboration précise et incontournable avec l'anatomo-pathologiste.

## Cancer du sein

### Savoir :

Justement redouté du fait de sa fréquence et de son pronostic, le cancer du sein est sans doute celui dont le dépistage pose le plus de problèmes stratégiques.

On dispose de trois procédures :

#### **L'AUTO-EXAMEN PAR LA PATIENTE, L'EXAMEN CLINIQUE PAR LE MÉDECIN ET LA MAMMOGRAPHIE.**

Toutes les trois sont controversées dans leur intérêt et leur place. Raison de plus pour personnaliser le dépistage en adaptant les choix tant de la méthode que du moment

### Savoir faire :

La stratégie est donc adaptée au risque

#### **Le risque est moyen**

*dans tous les cas à partir de 35 ans. Ici la surveillance clinique annuelle sera complétée par la mammographie tous les 2 ans de la ménopause à 70 ans.*

#### **Le risque est majoré en cas**

- d'antécédent familial direct de cancer du sein: soeur, mère
- d'antécédent personnel de grossesse tardive (> 35 ans) ou d'absence de grossesse.

*L'examen des seins (médical + autopalpation) doit débuter dès 25 ans.*

*Au moindre doute la mammographie s'impose avec éventuel avis spécialisé.*

*En l'absence d'anomalie clinique mammographie de référence à 40 ans Puis tous les ans jusqu'à 50 ans. Puis tous les 2 ans jusqu'à 70 ans.*

#### **Le risque est important en cas**

- d'antécédent familial de cancer du sein chez 2 ou davantage membres de la famille
- d'antécédent personnel de cancer du sein

*Ce contexte justifie co-surveillance avec le spécialiste, adaptée au cas par cas*

#### **L'auto examen :**

*Il devrait être systématiquement "enseigné" (au moins une fois) pour les raisons suivantes :*

- Encore actuellement 90% des cancers sont découverts par la femme elle-même !
- La survie à 5 ans est significativement plus élevée chez les femmes qui s'autoexaminent régulièrement.
- Enseigner et rappeler l'auto-examen est une bonne façon de réaliser un bon examen clinique.

*Cet apprentissage devra cependant tenir compte :*

- de la participation ou de l'angoisse de la patiente
- du degré de compréhension de l'examen lui même et de l'objet de sa recherche
- du fait qu'il peut générer des examens superflus ou, au contraire, une fausse réassurance.

#### **L'examen clinique par le médecin :**

*Il reste déterminant pour un diagnostic précoce, mais seulement pour les tumeurs de taille supérieure à 0, 5 cm.*

*C'est un examen d'autant plus long et difficile que le sein est gros et dystrophique.*

*Les 4 temps classiques ne changent pas :*

- **Inspection** bras ballants puis bras levés du galbe et du mamelon à la recherche d'une asymétrie, d'une fossette, d'une rétraction...
- **Palpation assise**, orientée par l'inspection avec recherche d'un écoulement.
- **Examen des aires ganglionnaires axillaires** et sus claviculaires
- **Palpation couchée** systématisée, quadrant après quadrant.

#### **La mammographie :**

*C'est la seule procédure permettant de découvrir les tumeurs infra-cliniques .*

*Le risque de cancer radio induit est proche de zéro.*

*La localisation permet une éventuelle ponction.*

### Savoir être :

## Vis à vis des patientes

*On ne saurait occulter la symbolique, plus ou moins massivement investie, du sein.*

*Au delà de la difficulté "technique" de l'examen, il importe pour le clinicien d'être capable de gérer "l'obstacle des émotions".(1)*

*D'autant qu'en médecine générale cet examen n'aura parfois aucune relation directe avec le motif de consultation.*

*Ceci explique peut être que les femmes les moins bien dépistées sont celles que l'on voit souvent et depuis longtemps.*

*La motivation du praticien peut cependant s'appuyer sur le fait que la femme lui en saura toujours gré, dès l'instant où l'explication précède l'examen et la délicatesse l'accompagne.*

*Le retour d'âge est souvent l'âge du retour vers le généraliste : il importe, du fait notamment des deux pics de fréquence (de part et d'autre de la ménopause) de ne pas en rater le départ ni le suivi.*

## Vis à vis des correspondants

*Le choix n'est pas toujours simple entre radiologue (éventuellement spécialisé en mammographie), gynécologue (obstétricien) et cancérologue.*

*D'autant que le rôle du médecin traitant sera parfois, paradoxalement, celui d'un médecin "conseil" sollicité par une patiente chargée d'avis spécialisés spontanément consultés (et parfois contradictoires...).*

*(1) selon l'heureuse formule de Denis POUCHAIN*

# Le passeport Prévention Santé

## 1988

Rédaction de la grille des stratégies par concertation entre le Groupe de Formation Médicale Continue de valence (Dr Francis Fauconnier) et la commission de Médecine générale de l'Université de Lyon (Pr Louis Descos)

## 1990

Elaboration de la stratégie de dépistage des mélanomes par concertation entre le Groupe Médical de Diffusion du Passeport Prévention Santé et le Pr J.J. Bonerandi (Marseille)

## 1992

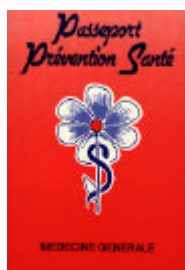
Revalidation des stratégies de dépistage en concertation avec le Pr Bernard Saint Aubert et Pr Henri Pujol du Centre Régional de lutte contre le Cancer de Montpellier

## 1993-94

Réactualisation de l'ensemble des stratégies de dépistage des cancers en médecine générale en concertation avec MG Cancer, la Ligue Nationale de lutte contre le Cancer et ses comités départementaux.

## 1995 : Colloque de synthèse à Paris

Le 21 janvier 1995 le concept DIO devient une réalité. Les médecins généralistes et les universitaires présents à cette journée mettent à la disposition de l'ensemble des confrères un document indispensable pour faciliter le dépistage auprès de leur patient : **les recommandations de DIO 1995**



**Le passeport prévention santé** est un document remis au patient. En le sensibilisant au DIO, le passeport le co-responsabilise dans la gestion de son capital santé.

La fiche de suivi prévention est un document qui s'intègre tout naturellement au dossier papier. C'est un outil de facilitation de la gestion du DIO dans le temps

**Ce numéro spécial d'OSMOSE a été édité  
avec le concours de :**

**LA LIGUE**

LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER  
ET LES COMITÉS  
DÉPARTEMENTAUX :

AIN ; CALVADOS, CHARENTE-MARITIME, DEUX-SEVRES, DROME,  
HÉRAULT, INDRE-ET-LOIRE, MEURTHE-ET-MOSELLE, SARTHE, TARN

**MGC**

MEDECINE GENERALE ET CANCER

**PRÉVENTION SANTE DANS LE RHONE  
ASSOCIATION PRÉVENTION SANTÉ LANGUEDOC ROUSSILLON**

## Ont participé à la progression du concept DIO

1/ Les organisateurs, animateurs, experts et participants de la synthèse DIO 95 organisé à PARIS le 21 janvier 1995 par Gilles ERRIEU, MG CANCER

2/ Le Groupe Passeport Prévention Santé de Valence depuis 1984 sous l'impulsion de René LADREYT

3/ Les organisateurs, animateurs, experts et participants aux séminaires DIO de MG FORM (1993-1994) grâce au dynamisme d'Oliver ROZAND

## Ont participé plus particulièrement à la rédaction de ce document

Olivier ROZAND (34)  
(17)

René LADREYT (26)

Jean François Masse

Marie France LE GOAZIOU (69)

Eugène CASTELAIN (62)

Mise en page Nicole BEZ (69)

