

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

n° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

NOM : KHUNG

Prénom : Suonara

Date et Lieu de naissance : 08/04/1983 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2011

L'Anémie ferriprive du sujet âgé de plus de 65 ans et demande
de coloscopie par les médecins généralistes

Président : Professeur Agathe RAYNAUD-SIMON

Directeur : Docteur Hervé MOULA

DES de médecine générale

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

n° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

NOM : KHUNG

Prénom : Suonara

Date et Lieu de naissance : 08/04/1983 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2011

L'Anémie ferriprive du sujet âgé de plus de 65 ans et demande
de coloscopie par les médecins généralistes

Président : Professeur Agathe RAYNAUD-SIMON

Directeur : Docteur Hervé MOULA

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Raynaud-Simon,
de me faire l'honneur de présider ma thèse,

A Monsieur le Professeur Nougairède,

A Monsieur le Professeur Vinceneux,

pour avoir accepté d'être les membres du jury.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Moula,

pour avoir dirigé ma thèse et avec qui j'ai eu la chance de travailler,

A Madame le Docteur Ikhefoulma,

pour m'avoir proposé le sujet et guidé durant ce travail,

A Monsieur le **Docteur Corcos, Monsieur Clavreuil**, informaticien, ainsi qu'à la direction du laboratoire LCD, sans qui mon travail n'aurait pas pu voir le jour,

Aux **médecins généralistes** qui ont pris de leur précieux temps pour me répondre,

A ma famille,

A tous mes amis pour votre soutien immanquable, à **Armand** et à **Claire**, pour votre motivation, votre accompagnement tout au long de la thèse jusqu'à la relecture.

Table des matières

<u>1. INTRODUCTION</u>	5
Rappels.....	7
1.1 L'anémie et le sujet âgé de plus de 65 ans.....	7
1.2 Les complications de l'anémie chez la personne âgée.....	8
1.3 La carence martiale, l'anémie ferriprive.....	11
1.4 Généralités sur le cancer colorectal du sujet âgé (de plus de 65 ans)	19
<u>2. METHODE</u>	23
2.1 Le type d'enquête.....	23
2.2 Le recueil des données.....	23
2.2.1 La première partie : l'étude quantitative principale.....	23
2.2.1.1 L'échantillon – les critères d'inclusion.....	24
2.2.1.2 Procédures du recueil des données.....	24
2.2.1.3 Elaboration du questionnaire.....	25
2.2.1.4 Confidentialité des données, éthique et déontologie.....	26
2.2.1.5 Critères d'exclusion des médecins	26
2.2.3 Outils utilisés pour les résultats et l'interprétation statistique.....	27
2.2.4 Outils utilisés pour la recherche bibliographique.....	27
2.3 Deuxième partie : étude qualitative complémentaire.....	28
2.3.1 Elaboration du questionnaire.....	28
2.3.2 Critères de sélection des médecins généralistes et déroulement de l'étude qualitative.....	29
<u>3. RESULTATS</u>	30
3.1 De l'étude quantitative principale.....	30
3.1.1 Effectif de l'échantillon des patients.....	30

3.1.2 Taux de réponse.....	31
3.1.3 Caractéristiques de l'échantillon des patients.....	32
3.1.4 Résultats exploitables.....	33
3.2 Résultats de l'étude qualitative complémentaire.....	36
3.2.1 Taux de participation.....	36
3.2.2 Résultats du questionnaire téléphonique.....	37
<u>4. DISCUSSION</u>	45
4.1 Les limites de l'étude.....	45
4.1.1 Les limites et biais de l'étude quantitative.....	45
4.2 Les forces de l'étude.....	47
4.3 Discussion sur les résultats de l'étude quantitative.....	48
4.4 Les biais de l'étude qualitative complémentaire.....	49
4.5 Confrontation des résultats aux données de la littérature.....	49
4.6 Quelques pistes d'amélioration.....	65
<u>5. CONCLUSION</u>	68
<u>6. BIBLIOGRAPHIE</u>	70
<u>ANNEXE 1</u>	79
<u>ANNEXE 2</u>	80
<u>ANNEXE 3 : Indice de Karnofsky et OMS</u>	82
<u>7. RÉSUMÉ</u>	83
<u>8. MOTS-CLES</u>	84

1. INTRODUCTION

La recherche de la lésion cancéreuse ou précancéreuse colorectale est un enjeu de santé publique. L'incidence et la létalité du cancer colorectal en font un problème majeur de santé publique dans les pays industrialisés.

L'exploration colorectale constitue un acte diagnostique, lorsqu'elle est motivée par divers symptômes évocateurs, ou bien un acte préventif, lorsqu'elle vise à dépister précocement une lésion cancéreuse ou pré-cancéreuse. L'incidence du cancer colorectal augmente significativement avec l'âge à partir de 50 ans. Le pronostic de la maladie est meilleur lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade très précoce : 93% de survie à 5 ans au stade I, 78% de survie à 5 ans au stade II, 64% de survie à 5 ans au stade III et 8% de survie à 5 ans au stade IV selon l'American Cancer Society. La survie à 5 ans tout stade confondu est de 40 %.

Selon le guide – « affection longue durée cancer colorectal » de la haute autorité de santé (HAS) de février 2008, les signes évocateurs de lésion précancéreuse ou cancéreuse colorectale sont une anémie ferriprive, des rectorragies, des troubles du transit ou des douleurs abdominales. La HAS recommande dans ces cas la réalisation d'une coloscopie totale avec biopsie à partir de l'âge de 50 ans.

Les patients âgés sont souvent polypathologiques avec une polymédication. Leur prise en charge est multidisciplinaire et recouvre de nombreux domaines.

L'âge est le principal facteur de risque des cancers colo-rectaux. Chez le sujet âgé, la maladie est diagnostiquée à un stade plus avancé que chez le sujet jeune [1]. Selon Singh, le taux de patients symptomatiques nécessitant une exploration mais qui n'a pas été réalisée augmente avec l'âge [2]. L'incidence du cancer colorectal est de 188,7 pour 100 000 pour la tranche des 65-69 ans et on atteint 493,6 pour

100.000 chez les plus de 85 ans.

Notre travail s'intéresse à la démarche diagnostique par les médecins généralistes devant une anémie ferriprive asymptomatique soit de découverte fortuite soit lorsque son exploration a été motivée par des signes d'alerte du cancer colorectal. L'anémie ferriprive constitue rarement la plainte principale du patient car son installation progressive reste longtemps asymptomatique. Il est donc indispensable de mener des explorations digestives hautes et basses dès la découverte d'une anémie ferriprive chez un sujet âgé.

Les médecins généralistes, qui sont les médecins consultés en premier recours, demandent-ils systématiquement une coloscopie totale avec biopsies pour leurs patients gériatriques dès la découverte d'une anémie ferriprive ? Quels facteurs limitent la demande d'une coloscopie pour les patients âgés de plus de 65 ans présentant une anémie ferriprive ?

Pour les besoins de l'étude, nous fixerons l'âge d'inclusion des patients à plus de 65ans.

Rappels

1.1 L'anémie et le sujet âgé de plus de 65 ans

La réduction du taux d'hémoglobine ne fait pas partie d'un processus physiologique lié à l'âge. L'anémie sénile n'existe pas.

L'anémie est définie par une diminution de la concentration en hémoglobine inférieure à un seuil limite qui varie en fonction de l'âge et du sexe. D'après l'organisation mondiale de la santé, ce seuil est fixé à 12g/dL chez les femmes non enceintes et 13 g/dL chez les hommes [3].

La prévalence de l'anémie augmente avec l'âge : d'après l'étude de Guralnik [4], une anémie est retrouvée chez 4 à 7% de la population jeune, chez 8% des personnes de 65 à 75 ans, chez 10 à 15% des personnes entre 75 et 85 ans et chez 20 à 25 % des personnes de plus de 85 ans.

L'anémie est donc une pathologie courante chez les personnes âgées.

Les signes cliniques reflétant une anémie sont la pâleur cutanéomuqueuse et la symptomatologie fonctionnelle hypoxique. Les signes fonctionnels fréquemment associés à l'anémie sont l'asthénie, la dyspnée d'effort puis de repos, les vertiges, les céphalées, la tachycardie, le souffle cardiaque anorganique, la décompensation ou l'aggravation d'une pathologie pré-existante : angor, claudication intermittente, insuffisance cardiaque. La présence ou non de ces symptômes dépend avant tout, quel que soit l'âge, de la vitesse de constitution de l'anémie [6].

L'anémie d'installation progressive peut rester longtemps bien tolérée et des anémies profondes peuvent être découvertes tardivement chez le vieillard en cas d'installation progressive et en l'absence d'effort physique. Les signes cliniques peuvent également être masqués par des pathologies associées ou des prises médicamenteuses. Par exemple, la dyspnée due à une anémie peut être mise sur le compte d'une poussée d'insuffisance cardiaque, ou l'utilisation de bêta-bloquants

peut masquer une tachycardie. Une anémie peut être démasquée secondairement après une réhydratation d'une personne âgée hospitalisée.

Le syndrome anémique clinique du sujet âgé est donc plus difficile à repérer.

1.2 Les complications de l'anémie chez la personne âgée

Les complications recensées sont le déclin cognitif par une hypoxie cérébrale relative, un syndrome confusionnel, des accidents iatrogéniques en raison des modifications de la biodisponibilité des médicaments, des hospitalisations, des complications cardiaques, une altération de la qualité de vie, un doublement de la mortalité, une aggravation de la fragilité, une augmentation du risque de chutes et de fractures associées [5]. La morbi-mortalité de l'anémie est donc élevée.

L'anémie a des répercussions sur l'autonomie des personnes âgées.

Selon le modèle du « 1+2+3 » proposé par JP Bouchon en 1984 sur la décompensation fonctionnelle de la personne âgée, l'anémie peut être un facteur favorisant (2) ou déclenchant (3) d'un dysfonctionnement. Elle s'ajoute aux modifications dues au vieillissement (1), allant dans le sens d'une réduction des capacités des réserves.

➤ La mortalité cardiovasculaire

L'étude d'Ezekowitz [7] a montré que l'anémie est un facteur indépendant favorisant la mortalité à 1 an et 5 ans, en comparant deux groupes de sujets avec une insuffisance cardiaque congestive, l'un avec des sujets anémiés, l'autre avec des sujets non anémiés. Le risque relatif pour la mortalité cardiovasculaire est de 1,34 (1,24 -1,46) s'il existe une anémie.

➤ La morbidité cardiovasculaire

Selon Abassade, dont l'étude était basée sur 132 patients hospitalisés en cardiologie, séparés en deux groupes, anémiques et non anémiques, la présence d'une anémie était un facteur défavorable en terme d'allongement de la durée de séjour et du nombre de réhospitalisations [8].

➤ La morbidité neuro-psychiatrique

Dans une revue de la littérature effectuée par Peters, l'anémie serait un des facteurs à prendre en compte pour le risque de démence. Cependant la preuve d'une corrélation nécessite des études supplémentaires [9].

Une étude prospective réalisée à Stockholm réalisée sur 1435 patients non déments âgés de 75 à 95 ans a montré un risque relatif à 3 ans de démence de 1,6 intervalle de confiance à 95% (IC 95%) [1,1 - 2,4] chez les patients anémiques définis par les critères de l'OMS [10].

L'anémie est un facteur de risque de démence potentiellement évitable.

➤ L'hospitalisation

Une étude publiée dans Blood en 2006 [11] a suivi pendant 3 ans 17 030 sujets âgés de 66 ans et plus. Un groupe de patients anémiques a été surveillé concernant le risque de décès, le risque d'hospitalisation en général et d'hospitalisation dans un service de cardiologie. Les résultats suggèrent que l'anémie constitue un facteur important de risque de décès, avec un risque relatif de 4,29 IC 95% [3,55-5,12], le risque d'hospitalisation est accru avec un risque relatif de 2.16 IC 95% [1,88-2,48].

Les risques d'hospitalisation étaient les plus faibles pour des valeurs d'hémoglobine

comprises entre 130 et 150 g/L pour les femmes et 140 à 170 g/L pour les hommes. Cependant, l'étude ne permet pas de conclure sur une amélioration de l'espérance de vie ni de la qualité de vie en corrigeant l'anémie.

➤ L'autonomie

Dans une revue de la littérature réalisée par Balducci [12], l'anémie du sujet âgé entraîne une perte d'autonomie, une dégradation de la capacité à accomplir les actes de la vie quotidienne (IADL) et une réduction de la mobilité. L'étude Chianti s'est intéressée à un échantillon de 1.156 personnes de plus de 65 ans dont 11.1% d'hommes et 11.5% de femmes avaient une anémie définie selon les critères de l'OMS. La performance physique a été évaluée sur une série de tests physiques (4m walk, balance, and chair stands) ainsi que la force musculaire.

Les résultats après correction de l'âge, du mini-mental state (MMS), de l'indice de masse corporelle (IMC), du sexe, montrent une baisse des performances physiques dans le groupe anémié.

➤ Les risques de complications thérapeutiques

L'anémie est un facteur de risque indépendant des complications de la cytotoxicité de la chimiothérapie. Le changement de biodisponibilité des agents thérapeutiques serait modifié et mal toléré en cas d'anémie [12].

➤ Les chutes

Une étude rétrospective menée par Pandya, basée sur un échantillon de patients en long séjour a mis en évidence une augmentation du risque de chute lorsqu'il existe une association entre une anémie et la prise de médicaments

psychotropes [13].

L'étude de Dharmarajan a montré une augmentation du risque de chute en cas d'anémie. Un échantillon de 362 patients âgés de 59 à 104 ans hospitalisés pour une pathologie aiguë non liée à une chute a été comparé à un échantillon contrôle d'âge similaire. Selon l'étude, le risque de chute augmente de 22% à chaque baisse d'hémoglobine de 1 g/dL [14].

Les études actuelles ne permettent pas de conclure aux éventuels effets protecteurs de la correction de l'anémie.

1.3 La carence martiale, l'anémie ferriprive

Définition

La carence martiale évolue en deux étapes :

- une diminution des réserves en fer sans anomalie de l'hémogramme.
- puis un retentissement de la carence en fer sur l'érythropoïèse avec l'apparition d'une anémie

La carence en fer est la première cause d'anémie selon Espanel [15].

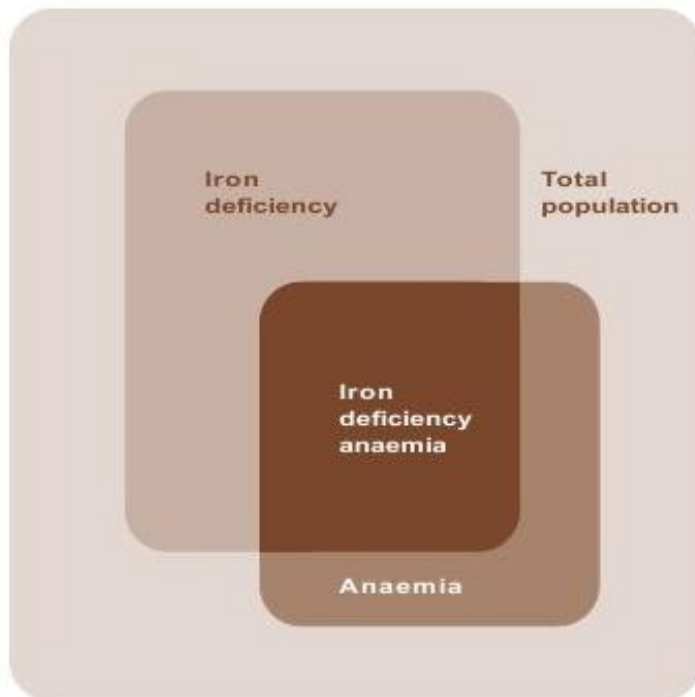


Figure 1 : Schéma de l'OMS [3] montrant la corrélation entre la carence martiale et l'anémie dans une population hypothétique.

Le diagnostic d'une anémie ferriprive est biologique.

La diminution de la quantité d'hémoglobine est accompagnée d'une microcytose, correspondant à une diminution du volume globulaire moyen (VGM) en dessous de 80 microns. La microcytose est un bon marqueur pour le dépistage de la carence martiale, même si elle n'est pas immédiate [15]. La microcytose ne permet pas à elle seule d'affirmer la présence d'une carence martiale. Quatre causes sont associées à la microcytose : la carence martiale, tout syndrome inflammatoire, les anémies sidéroblastiques et les syndromes thalassémiques.

Une thrombocytose secondaire à une carence martiale peut être observée [16]. La thrombocytopénie de la carence martiale est rare [17].

➤ L'exploration du métabolisme du fer

Selon l'OMS, il n'existe à l'heure actuelle aucun test sérique permettant à lui seul de juger avec fiabilité une carence martiale. Le dosage de plusieurs marqueurs sériques comble partiellement les limites de chaque marqueur. L'OMS ne recommande pas le dosage en routine de tous les marqueurs, en partie en raison de leur coût relativement élevé.

La concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine (CCMH) et la teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine (TCMH) sont deux indicateurs sensibles, lorsqu'ils sont diminués, d'un stade tardif dans l'évolution d'une carence martiale.

Le myélogramme avec la coloration de Perls est le Gold Standard pour affirmer la carence martiale dès lors qu'il existe une absence de fer dans les macrophages. Le geste est invasif et il n'est pas réalisé en pratique courante.

La ferritinémie : sa valeur correspond aux réserves de fer de l'organisme. Son dosage, très spécifique, constitue un examen de référence. L'abaissement de la ferritinémie affirme une carence martiale, même au stade précoce [15].

La spécificité est faible, la ferritinémie peut s'élever malgré une carence en fer, lors d'une cytolyse par relargage de ferritine des hépatocytes, par exemple dans le cas des hépatites virales. La synthèse de ferritine par les macrophages est augmentée dans tout syndrome inflammatoire, le syndrome d'activation macrophagique, la maladie de Still. La consommation d'alcool, une dysthyroïdie, un diabète d'installation récente, les tumeurs malignes solides ou hématologiques sont des causes d'élévation secondaire de la ferritinémie [18].

Le fer sérique : sa concentration diminue en cas de carence en fer

La transferrine sérique (ou sidérophiline) augmente dans une carence martiale.

Le coefficient de saturation de la transferrine (CS) est abaissé et la capacité totale de fixation de la transferrine (CTF) est augmentée. Selon l'OMS, les patients

ayant une carence martiale ont habituellement une saturation de la transferrine inférieure à 16%.

La C-reactive protein (CRP) permet la recherche d'une inflammation.

Le récepteur soluble à la transferrine : son dosage augmenterait en cas de carence martiale et ne serait pas modifié lors d'une anémie inflammatoire. La seule exception est l'existence d'une érythropoïèse accélérée (anémie mégalo-blastique, thalassémie).

Selon l'OMS, la méthode de différenciation d'une anémie par carence martiale ou inflammatoire par le dosage du récepteur soluble de la transferrine est controversée.

➤ Inconvénients

La variation du fer sérique et de la transferrine sérique est considérable au cours du nyctémère. L'intérêt du dosage de ces marqueurs pour le diagnostic d'une carence martiale est faible [3].

En conclusion, le diagnostic d'une anémie par carence martiale ne peut pas se faire avec un unique marqueur biologique. L'OMS propose la combinaison suivante : le dosage de l'hémoglobine, du récepteur soluble de la transferrine et de la ferritinémie.

➤ Enquête étiologique devant une anémie ferriprive de l'adulte

La quantité de fer présent dans l'organisme est de 4g, dont 70% sont contenus dans l'hémoglobine.

Le métabolisme du fer est contrôlé à son absorption et sa sécrétion. Tout déséquilibre doit faire rechercher une cause sous-jacente.

-chez la femme non ménopausée sans symptômes digestifs, une supplémentation par fer et une surveillance sont possibles. Les ménorragies constituent la première

cause de carence martiale.

-dans tous les autres cas, une endoscopie oeso-gastro-duodénale et une coloscopie sont recommandées [19].

L'examen clinique est une étape importante.

L'interrogatoire permet de rechercher des antécédents digestifs familiaux ainsi que des signes fonctionnels digestifs. Un pyrosis, des douleurs épigastriques, une dysphagie orientent vers une pathologie digestive haute oeso-gastro-duodénale. Un méléna, des douleurs abdominales, une alternance diarrhée/constipation, des rectorragies orientent vers une pathologie digestive basse colique.

Les prises médicamenteuses sont à faire préciser telles que les anti-inflammatoires pour leur toxicité gastro-duodénale, les anticoagulants et les anti-agrégants qui favorisent les saignements [20].

L'examen clinique cherche une masse tumorale au toucher rectal. L'examen abdominal peut déceler une masse abdominale, des adénopathies ou une ascite.

Les signes cliniques d'une carence martiale sont rarement observés : une perlèche, une glossite avec une langue rouge et lisse liée à une atrophie des papilles linguales, des ongles mous, cassants, striés en cupules (koïlonychies), une dysphagie avec un anneau oesophagien (syndrome de Plummer-Vinson).

Les symptômes cliniques digestifs ont une mauvaise sensibilité pour situer l'origine d'un saignement digestif [17].

➤ Les étiologies

Les causes physiologiques

Les carences d'apport sont rares chez le sujet âgé. L'alimentation des pays industrialisés permet un apport suffisant de fer. L'alimentation apporte 10 à 15 mg de fer par jour [19], les besoins quotidiens sont de 1 mg/j, avec une absorption intestinale de 5 à 10%, pouvant être augmentée à 30% en cas de carence. Il existe

une diminution du fer héminique dans l'alimentation du sujet âgé (14 à 18% contre 21 à 27% chez les sujets plus jeunes) [6]. L'article explique cette différence par des modifications alimentaires, liées au statut socio-économique et à la dentition de la personne âgée. L'hypo ou l'achlorhydrie gastrique diminuent l'absorption du fer non héminique. Les causes physiologiques expliquent rarement à elles seules une carence en fer.

Les causes pathologiques

La carence martiale est secondaire à une perte excessive et souvent chronique de fer par saignement. Les causes les plus fréquentes chez l'homme et chez la femme ménopausée sont les saignements d'origine digestive.

Les causes digestives des anémies ferriprives peuvent être classées par localisation [6]

Lésions digestives hautes	Lésions du grêle	Lésions coliques
oesophagite érosions intra-herniaires, varices oesophagiennes, cancer de l'œsophage ulcère gastro duodéal érosions gastriques angiodyplasies et ectasies vasculaires antrales gastrectomie partielle gastropathie d'hypertension portale cancer gastrique polypes gastriques ou duodénaux lymphome gastrique ou duodéal atrophie villositaire en rapport avec une maladie coeliaque [17] ou une lambliaose.	malformations artérioveineuses (angiodyplasie) tumeurs bénignes ulcérations secondaires à la prise d'anti- inflammatoires non stéroïdiens (AINS) les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) lymphomes et autres tumeurs malignes diverticule de Meckel grêle radique parasitoses. le pica [6] une consommation excessive de thé par chélation du fer au niveau digestif	cancer du colon, surtout du colon droit polypes de taille supérieure à 15 mm ulcères coliques colites radiques MICI parasitoses saignements hémorroïdaires répétés (controversé).

Les causes plus rares sont les saignements d'origine utérine (fibrome, endométriose, cancer), les malabsorptions, l'hémosidérose pulmonaire, le syndrome de Goodpasture, la pathomimie (syndrome de Lathénie de Ferjol ou de Munschhausen) et des saignements urinaires [17].

Chez le sujet âgé, on note que l'anémie par carence martiale révèle dans 16% des cas une double atteinte de l'appareil digestif haut et bas, d'où l'intérêt de la réalisation d'une endoscopie haute et basse combinée [21].

Selon l'étude de Mukhopadhyay, sur un échantillon de 656 patients d'une moyenne d'âge de 77 ans ayant pratiqué une coloscopie, les étiologies les plus fréquemment constatées étaient : des maladies diverticulaires dans 31% des cas, des polypes

adénomateux bénins dans 24% et un adénocarcinome colique dans 6% des cas [22].

Au terme de ce bilan, aucune cause n'est identifiée dans 30 à 50% des cas [19]. En l'absence de symptômes orientant vers une origine grêlique, une supplémentation en fer peut être proposée avec une surveillance clinique et biologique.

En l'absence de correction de l'anémie ou en cas de récurrence, le bilan de deuxième ligne fera appel à l'entéroscopie ou à la vidéo capsule après avoir éliminé une sténose du grêle.

➤ Traitement de l'anémie par carence martiale

Il est étiologique avant tout quand il est possible.

Chez l'adulte, les sels ferreux à la dose de 150 à 300 mg/j sont la base du traitement. Ils sont à prendre en dehors des repas pour améliorer l'absorption. L'absorption est faible, estimée à 15 % ; l'acide ascorbique (vitamine C) améliore le rendement à 30%.

Les effets secondaires concernent la tolérance digestive : nausées, diarrhées, douleurs abdominales et coloration noire des selles. La dose peut être diminuée en présence de ces symptômes. Il est possible de recourir à une perfusion intraveineuse de fer.

La durée du traitement est de 3 mois minimum. Elle est prolongée jusqu'à la normalisation de la ferritinémie. Lorsque la cause du saignement n'a pas été déterminée ou ne peut être supprimée, un traitement martial cyclique ou au long cours est nécessaire.

1.4 Généralités sur le cancer colorectal du sujet âgé (de plus de 65 ans)

Le cancer colorectal représente un important problème de santé publique.

Il représente la troisième cause de cancer dans toute la population selon l'institut de veille sanitaire, l'InVs. Le nombre estimé de nouveaux cas de cancer colorectal en 2005 est de 37 413, avec 19 913 cas chez l'homme et 17 500 cas chez la femme.

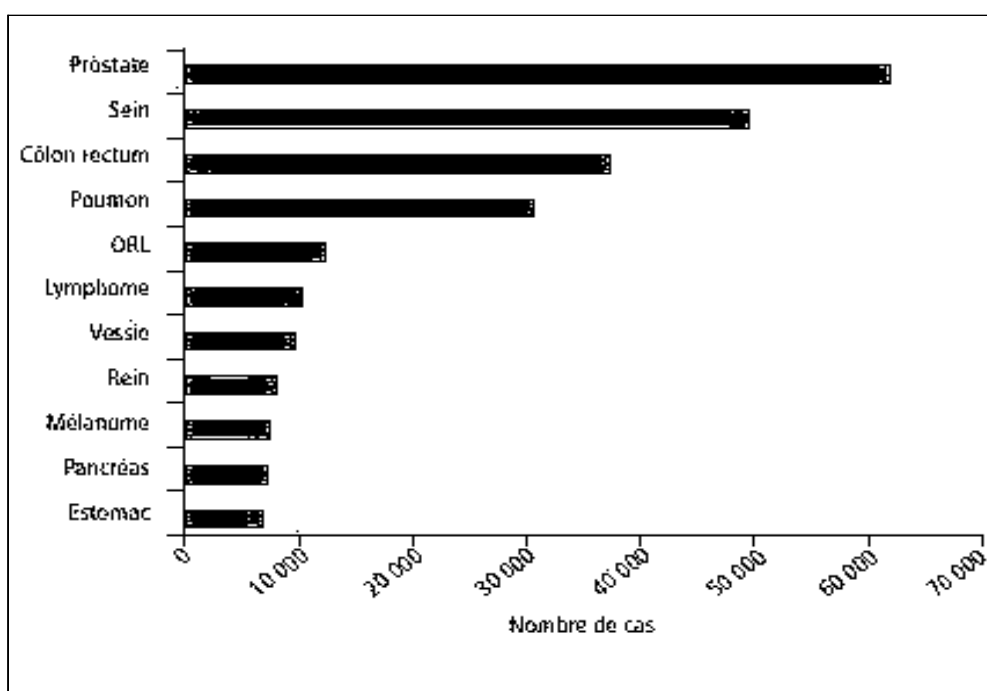


Figure 2 : Place du cancer colo rectal parmi les 10 cancers les plus fréquents en France en 2005 (source InVs) [23]

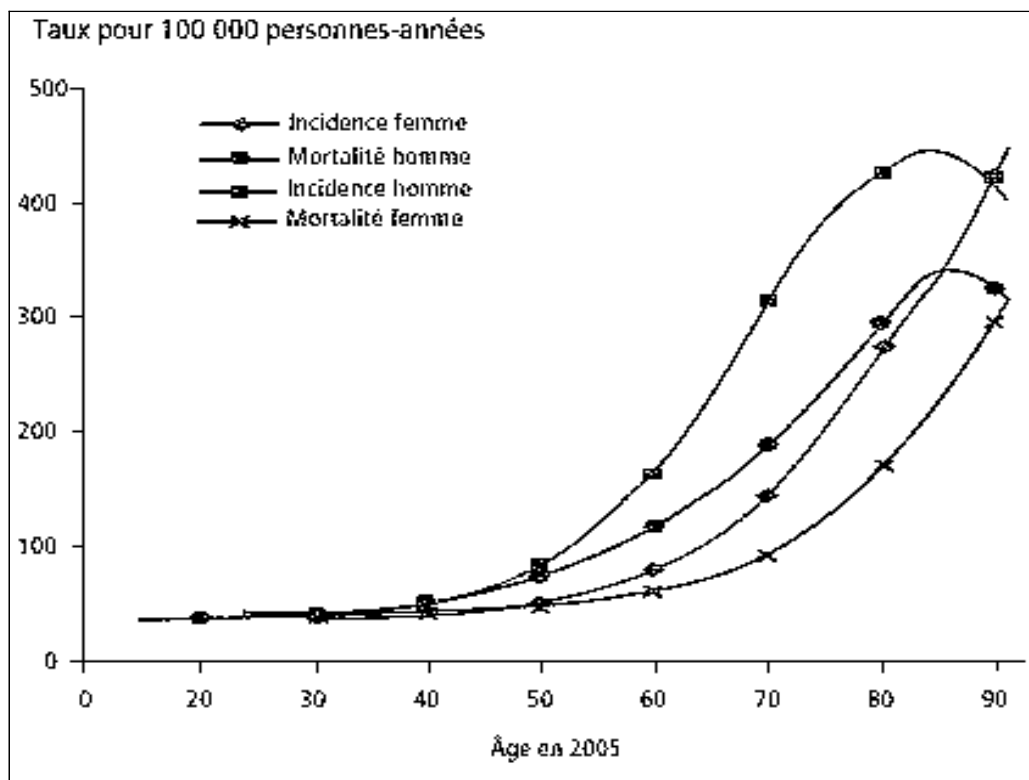


Figure 3: Incidence et mortalité par âge en 2005 en France du cancer colorectal, source InVs [23]

Le cancer colorectal est une maladie grave et fréquente. Seul un cancer sur deux guérit à l'heure actuelle. Le cancer colorectal se développe lentement : en moyenne, une tumeur bénigne se transforme en cancer en 10 ans en moyenne. La prévention est obtenue par la détection précoce des adénomes et leur exérèse.

Depuis 2008, une campagne de dépistage de masse du cancer colorectal est organisée. Elle cible la population de 50 à 74 ans, à risque moyen, soit 16 millions de personnes, identifiées à partir des fichiers de l'assurance maladie. Le taux de participation moyen est estimé à 42 %.

En 2008, le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est estimé à 38 923 dont 9 822 surviennent chez des patients âgés de 65 à 74 ans (soit 25%) et 17 920 chez des personnes âgées de 75 ans et plus (soit 46%), d'après le réseau FRANCIM tenant les registres du cancer [24].

➤ La prise en charge des cancers colorectaux des sujets âgés.

Chez les personnes âgées, le traitement du cancer colo rectal reste identique aux sujets jeunes. Le traitement chirurgical reste le seul traitement curatif. La chirurgie offre aussi la possibilité d'un traitement à visée palliative lorsque le cancer est découvert à un stade trop avancé en particulier en cas de sténose digestive. L'objectif est alors d'améliorer la qualité de vie.

Les facteurs de mauvais pronostic du traitement chirurgical ont été étudiés. Selon Shankar, la découverte des cancers colorectaux des sujets âgés est plus tardive. La chirurgie est souvent plus lourde ou réalisée en urgence. Ce facteur, associé aux co-morbidités, augmente la morbidité et la mortalité péri-opératoire [25].

Les bénéfices d'une chimiothérapie adjuvante chez le sujet âgé paraissent controversés. La toxicité des traitements augmente avec l'âge. Les études disponibles à l'heure actuelle ne permettent pas de conclure à un intérêt des chimiothérapies chez les sujets âgés.

La radiothérapie, utile pour le cancer rectal, est moins pratiquée plus l'âge des patients est avancé.

Les soins après l'intervention chirurgicale concernent :

-la dénutrition : elle est aggravée par l'état de stress lié au cancer, à l'intervention chirurgicale et à la toxicité des traitements, entraînant une aggravation du pronostic de survie. Les complications liées à l'hospitalisation et les complications de décubitus sont majorées.

-la douleur : elle est moins exprimée, moins relayée pour les personnes isolées. Elle altère la qualité de vie.

La prise en charge du cancer colorectal chez le sujet âgé est un enjeu de santé publique. Chez les patients âgés dépistés précocement et après une évaluation gériatrique, il est raisonnable de proposer des traitements curatifs dont l'objectif serait d'augmenter la survie, la qualité de vie et l'autonomie. Des études spécifiques aux sujets âgés sont peu nombreuses et seraient nécessaires.

Ce qui a amené à poser la question est qu'un retard diagnostique du cancer colorectal est fréquent aux Etats-Unis en cas de signe d'alerte, dont une anémie ferriprive, selon une étude de Singh [2]. L'étude a montré sur un échantillon de 513 patients présentant un cancer colorectal que l'âge supérieur à 75 ans ou la présence d'une anémie ferriprive étaient les signes les plus fréquemment associés à un retard pour une exploration par une coloscopie avec une médiane de 393 jours.

Pour en comprendre les raisons, j'ai réalisé une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes.

2. METHODE

2.1 Le type d'enquête

L'étude consiste en une enquête observationnelle descriptive.

Elle s'est déroulée en deux étapes successives.

La première partie est une étude quantitative visant à estimer le taux de demande de coloscopie par les médecins généralistes dans un échantillon de personnes âgées de plus de 65 ans ayant une anémie ferriprive en ville.

La deuxième partie est une étude qualitative complémentaire réalisée par téléphone afin de compléter les éléments de l'enquête quantitative.

2.2 Le recueil des données

2.2.1 La première partie : l'étude quantitative principale

Le recueil des données s'est effectué entre septembre 2010 et novembre 2010. L'objectif était de constituer un échantillon de patients âgés de plus de 65 ans, présentant une anémie ferriprive, puis de contacter le médecin généraliste prescripteur pour déterminer si le patient a bénéficié d'une coloscopie, puis d'estimer le taux de demande de coloscopie dans l'échantillon.

Le laboratoire d'analyse biologique médical a été choisi à proximité du lieu d'exercice de mon directeur de thèse, Paris 18ème, à l'aide du service électronique des PagesJaunes®

Le laboratoire du groupe LCD a accepté de participer après avoir présenté le projet de recherche au médecin biologiste et à la direction. Le groupe représente dix-neuf laboratoires répartis en Ile-de-France, dont les prescripteurs sont des médecins

généralistes, spécialistes de ville et des médecins hospitaliers.

La documentation concernant le déroulement de l'étude a été envoyée en août 2010.

Les conditions de la participation à l'étude comportaient :

-un maintien de la confidentialité des données par le médecin biologiste, avec une transmission des données nominatives par fax directement entre celui-ci et les médecins généralistes.

-la suppression des données nominatives par le médecin généraliste avant le retour par fax au thésard.

-une liste de médecins a été transmise au thésard pour qu'il puisse les contacter.

-le thésard n'a pas disposé de liste nominative de patients.

2.2.1.1 L'échantillon – les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des patients étaient :

-homme ou femme âgés de plus de 65 ans

-ayant une numération formule sanguine associée à un dosage de la ferritinémie

-dont le taux d'hémoglobine est strictement inférieur à 12g/dL chez la femme et strictement inférieur à 13g/dL chez l'homme selon la définition de l'OMS

-et une ferritinémie strictement inférieure à 20 µg/L selon la norme du laboratoire.

-sur une période de mars 2010 à août 2010, les données techniques du laboratoire ne permettant pas de remonter plus loin dans le temps.

2.2.1.2 Procédures du recueil des données

Le laboratoire a fourni une liste comportant le nom et le prénom des médecins prescripteurs qui avaient des patients ayant les critères d'une anémie ferriprive.

Aucune liste nominative de patients n'a été transmise au thésard.

La recherche des adresses et des numéros de téléphone des médecins a été réalisée par le service internet des PagesJaunes® en entrant le nom et le prénom du praticien, en précisant la profession de médecin généraliste et le lieu d'exercice en Ile-de-France.

Chaque cabinet médical a été contacté par téléphone afin d'obtenir le numéro de fax et l'accord oral du médecin généraliste pour la participation à l'étude.

Une liste des noms de médecins avec leur numéro de fax a été élaborée.

Lorsque le médecin disposait d'un remplaçant, un nouvel appel téléphonique était réalisé au retour du médecin titulaire à son cabinet.

2.2.1.3 Elaboration du questionnaire

Des formulaires vierges (Annexe 1) ont été fournis au médecin biologiste. Ces formulaires intégraient un tableau à sept colonnes. Les quatre premières colonnes ont été complétées par le médecin biologiste. La première colonne contient les données nominatives des patients, la deuxième colonne l'âge, la troisième colonne le sexe et la quatrième colonne le taux d'hémoglobine en g/dL.

La cinquième colonne correspondait à des cases à cocher (oui/non) selon la demande de la coloscopie, la sixième colonne selon le même principe sur la réalisation de la coloscopie, et la septième colonne vide permettait au médecin d'inscrire en texte libre le motif de non demande ou de non réalisation de la coloscopie.

Le formulaire comportait un texte expliquant l'objectif de l'étude avec la mention d' « effacer les noms avant retour ». Les formulaires complétés ont été envoyés par le médecin biologiste aux médecins généralistes par fax.

Une information sur la méthodologie de l'étude ainsi que le respect de la confidentialité des données a été envoyée en parallèle par le thésard à l'ensemble

des médecins généralistes concernés à partir du fax de l'hôpital René Muret-Bigottini à Sevran. (Annexe 2).

Le retour du formulaire anonymisé a été réalisé par fax entre les médecins généralistes et le thésard. Les médecins ont complété par les données médicales sur la prescription ou non d'une coloscopie, les motifs de non réalisation le cas éventuel, puis effacé les noms des patients avant retour par fax.

2.2.1.4 Confidentialité des données, éthique et déontologie

Le conseil départemental de l'ordre des médecins de Paris a été contacté par téléphone.

La procédure employée est validée par le conseil de l'ordre des médecins. Le thésard ne dispose pas du nom des patients. La communication des données confidentielles se fait directement entre le médecin biologiste et les médecins généralistes pour leurs patients.

Les données de l'étude reviennent anonymisées envoyées par les médecins généralistes au thésard.

Aucune donnée nominative n'étant utilisée, il n'a pas été nécessaire de réaliser une déclaration à la CNIL.

2.2.1.5 Critères d'exclusion des médecins

Les critères d'exclusion des médecins ont été :

- médecins spécialistes libéraux – hématologues, gastro-entérologues, cardiologues, endocrinologues
- les médecins dont les coordonnées n'ont pas pu être identifiées dans les pages

jaunes, dont les médecins remplaçants.

-les médecins ayant cessé leur activité, les médecins remplaçants

-les médecins ne disposant pas de matériel permettant l'envoi ni la réception par fax

-les médecins disposant d'une adresse mail n'ont pas été inclus du fait de l'impossibilité technique et confidentielle de l'envoi de mails par le médecin biologiste

-les médecins ayant exprimé leur désaccord ou leur impossibilité de participer à l'étude

-les médecins prescripteurs issus des hôpitaux

2.2.3 Outils utilisés pour les résultats et l'interprétation statistique

Les données concernant l'âge, le sexe, la valeur de l'hémoglobine, la prescription d'une coloscopie, la réalisation de la coloscopie et les motifs de non réalisation ont été consignés dans un tableau du tableur LibreOffice® Calc.

Les fonctions intégrées au tableur sont le calcul de la moyenne, de l'écart-type et de l'intervalle de confiance en indiquant un risque alpha de 5%. Il a été considéré que la population des médecins généralistes est tirée au sort et représentative de l'ensemble de la population des médecins généralistes.

2.2.4 Outils utilisés pour la recherche bibliographique

Les moteurs de recherche de bibliographie médicale ont été utilisés :

-PubMed avec la base de données MeSH en utilisant les filtres suivants : age +65 years, humans

-Google® Scholar

-refdoc.fr

-les articles complets ont été consultés à la bibliothèque inter universitaire de médecine BIUM et sur le site Espace Numérique de Travail de l'université paris 7 Denis Diderot.

Le logiciel de référencement bibliographique Zotero® pour Firefox® a été utilisé.

2.3 Deuxième partie : étude qualitative complémentaire

2.3.1 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire à visée qualitative a été élaboré devant le caractère succinct des réponses à la première partie de l'étude. L'objectif a été de compléter les motifs de non-demande d'une coloscopie chez le sujet âgé de plus de 65 ans en cas d'anémie ferriprive.

Le nombre de médecins à inclure a été défini à 30, afin d'obtenir suffisamment de réponses et d'atteindre une saturation des données. Le questionnaire était de type téléphonique.

L'élaboration du questionnaire a tenu compte des critères suivants :

-court, d'une durée inférieure à 5 minutes

-avec une présentation de la justification de l'étude et de la méthodologie orale selon le souhait des médecins généralistes afin de raccourcir au maximum la durée de l'entretien téléphonique.

Il était précisé systématiquement que l'étude ne visait pas à juger la pratique personnelle du groupe repère, mais cherchait à avoir une idée globale de la pratique des médecins généralistes. L'anonymat des réponses et l'analyse des données étaient explicités.

Le questionnaire comportait 6 questions dont 2 questions avec des réponses libres et 4 questions fermées.

Il a été relu par le directeur de thèse et par un médecin gériatre.

Une phase de pré-test a été réalisée parmi des internes de médecine générale afin d'évaluer la clarté des questions et sa durée.

Les réponses étaient libres et non guidées.

2.3.2 Critères de sélection des médecins généralistes et déroulement de l'étude qualitative

Les médecins généralistes ont été choisis dans l'annuaire des Pages Jaunes[®], autour de l'hôpital Bichat, dans les quartiers de Paris 18, Paris 10ème et la ville de St-Ouen.

Après une présentation du sujet de la thèse, les médecins me répondaient soit immédiatement ou soit me donnaient un horaire pour les rappeler.

Je cochais pendant l'entretien le questionnaire et notais en même temps les éventuelles remarques des médecins dans un formulaire du traitement de texte LibreOffice[®] Writer.

Les données ont ensuite été intégrées dans le tableur LibreOffice[®] Calc pour l'analyse statistique et la réalisation de diagrammes.

3. RESULTATS

3.1 De l'étude quantitative principale

3.1.1 Effectif de l'échantillon des patients

169 patients avaient les critères d'une anémie ferriprive et âgés de plus de 65 ans. Les prescriptions étaient issues de médecins de toutes spécialités confondues. Notre étude concernant les médecins généralistes, il a fallu exclure les patients dont les prescripteurs n'étaient pas des médecins généralistes soit :

- 23 médecins hospitaliers
- 18 médecins de spécialité de ville autre que la médecine générale

Les médecins généralistes qui, pour des raisons matérielles, ne pouvaient pas participer à l'étude, ont été exclus, soit :

- 14 médecins généralistes dont les coordonnées n'ont pas pu être identifiées
- 30 médecins généralistes ne disposant pas de matériel de fax, n'exerçant plus ou refusant de participer.

Il restait 35 médecins généralistes éligibles à l'étude.

Au final, 52 patients ayant une anémie ferriprive ont reçu une prescription issue du groupe des 35 médecins généralistes éligibles.

L'échantillon contient donc 52 patients. Dans cet échantillon, chaque médecin généraliste a en moyenne 1,48 patient.

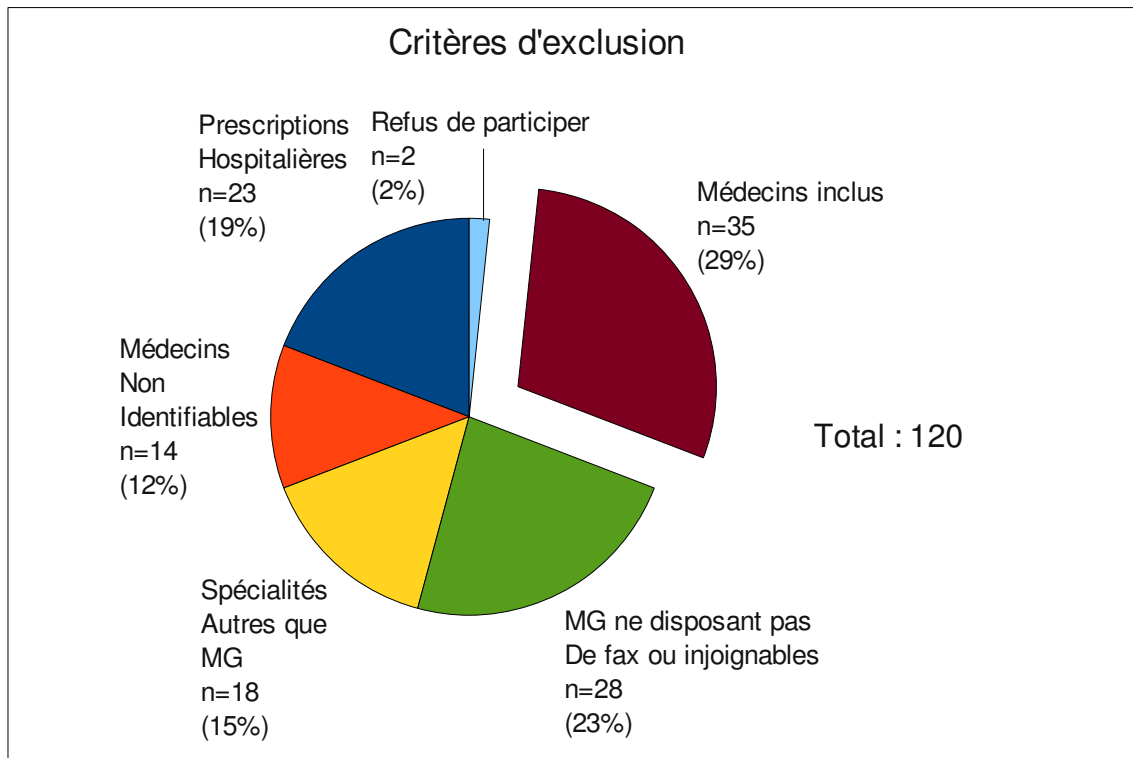


Figure 4 : Critères d'exclusion des médecins

3.1.2 Taux de réponse

Le formulaire nominatif a été envoyé par le médecin biologiste par fax du laboratoire à l'ensemble des 35 médecins. Le formulaire précisant la méthodologie de l'étude a été envoyé à l'ensemble des 35 médecins par fax à partir de l'hôpital René Muret par le thésard.

Après une période d'attente de 3 semaines, le nombre de réponses exploitables chez les médecins est de 17. **Le taux de réponse est de 48,57%**

Les motifs évoqués pour l'absence de réponse sont :

- le manque de temps pour répondre (n=14)
- les problèmes liés à la transmission du questionnaire : fax non reçu ou fax illisible (n=3)

-le refus de remplir le questionnaire car il contient des données nominatives même si elles sont secondairement anonymisées et qu'il faut l'accord des patients (n=1)

On dispose finalement de **26 données patients exploitables**.

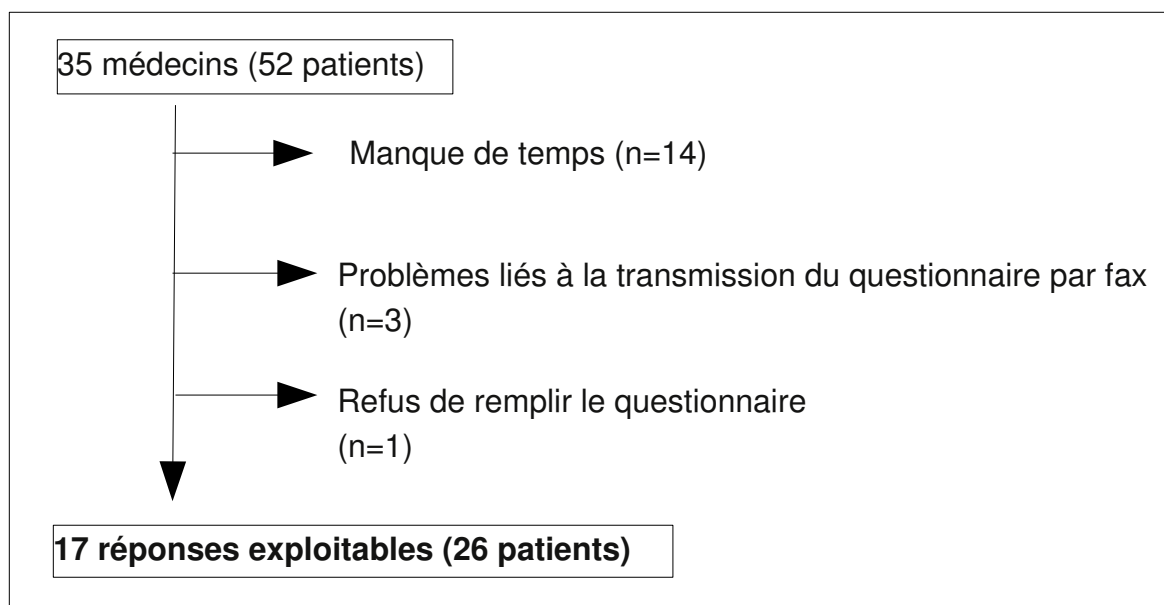


Figure 5 : Motifs de non participation

3.1.3 Caractéristiques de l'échantillon des patients

L'échantillon comporte 26 patients : 13 femmes et 13 hommes. La répartition est équilibrée entre les sexes dans l'échantillon. L'âge moyen des patients tous sexes confondus est de 79,4 ans. Le taux d'hémoglobine moyen est de 10,95 g/dL.

La répartition des patients par tranche d'âge tous sexes confondus montre :

8 patients âgés de 65 à 74 ans

10 patients âgés de 75 à 84 ans

8 patients âgés de plus de 85 ans

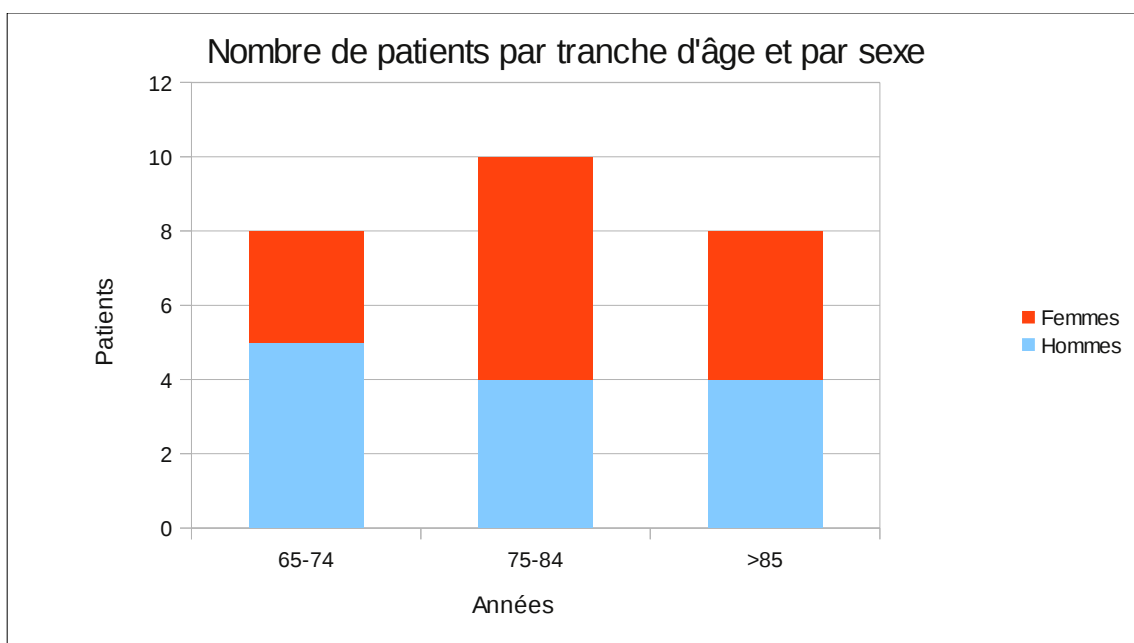


Figure 6 : Nombre de patients par tranche d'âge et par sexe

3.1.4 Résultats exploitables

Sur l'échantillon des 26 patients, 17 coloscopies ont été demandées.

9 coloscopies n'ont donc pas été proposées. 2 patients présentaient une étiologie pouvant expliquer une anémie ferriprive signalée spontanément par le médecin : un cancer du cardia (1 cas), la présence d'angiomes gastriques (1 cas).

Ces 2 patients n'ont pas d'indication à une coloscopie selon les recommandations de la HAS : la recommandation précise la réalisation d'une coloscopie en cas d'anémie ferriprive d'origine indéterminée.

Coloscopie demandée (n=17)		Coloscopie non demandée (n=9)	
Réalisée (n=13)	Non réalisée (n=4)	Coloscopie non indiquée (n=3)	Coloscopie indiquée (n=6)
	Refus du patient (n=1)	Cancer du cardia (n=1)	Polypathologie et âge (n=3)
	Récusée par anesthésiste / gastro entérologue (n=2)	Hémorragies digestives sur angiodysplasies / localisation non précisée (n=2)	Coloscopie normale il y a 10 ans (n=1)
	Hospitalisation – coloscanner (n=1)		Sans motif (n=2)

Tableau 1 : Répartition des patients selon la demande ou non de coloscopie, précisant les motifs de non réalisation et de non demande de coloscopie.

Au final, l'indication d'une coloscopie était posée chez 24 patients de l'échantillon.

Ainsi, le taux de coloscopies demandées dans l'échantillon est de 17/24, soit 70,83%.

Tranches d'âge	65-74 ans	75-84 ans	> 85 ans
Taux de demande de coloscopie en cas d'indication	75%	77%	66%

Tableau 2 : Taux de demande d'une coloscopie par tranche d'âge dans l'échantillon.

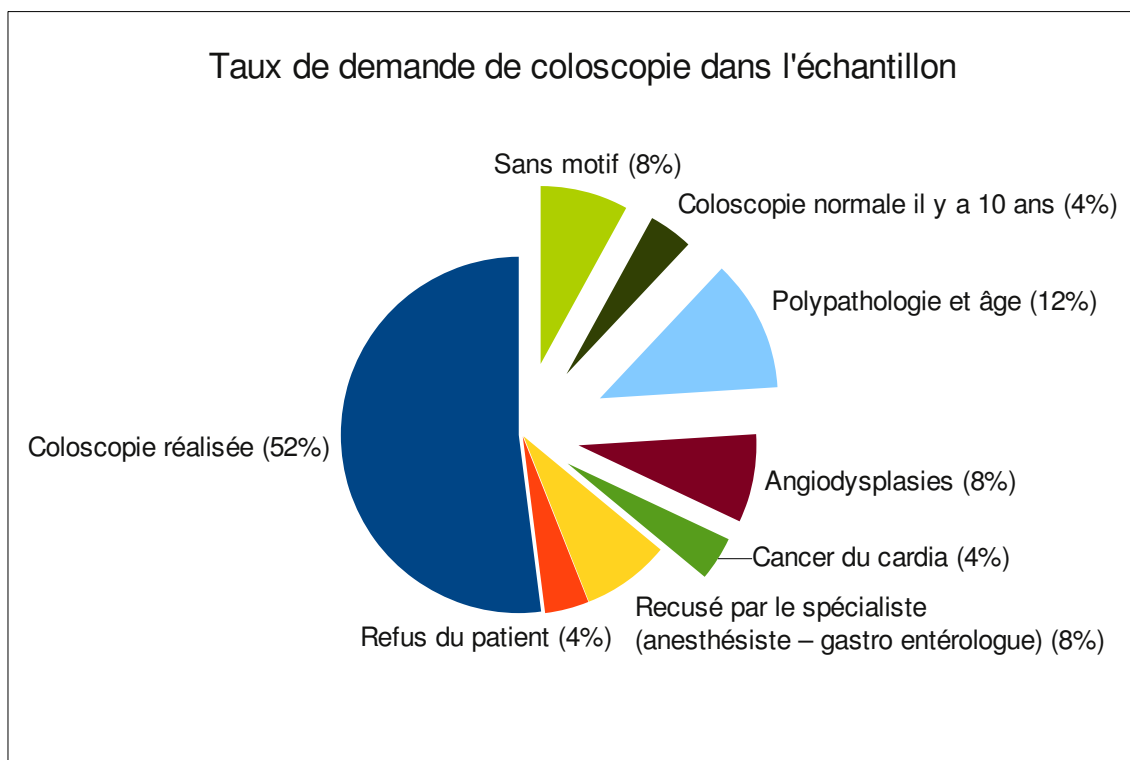


Figure 7 : Répartition par fréquence des coloscopies réalisées, et en fonction des motifs pour celles non réalisées et non demandées dans l'échantillon.

	Coloscopie demandée (n=17) (65%)	Coloscopie non demandée (n=9) (35%)
Moyenne d'âge	78,47 ans	81,2 ans
Taux moyen d'hémoglobine	10,72 g/dL	11,36 g/dL

Tableau 3 : Comparaison de la moyenne d'âge et du taux moyen d'hémoglobine selon la demande d'une coloscopie.

3.2 Résultats de l'étude qualitative complémentaire

3.2.1 Taux de participation

145 médecins généralistes ont été contactés par téléphone. 31 médecins ont accepté de répondre. Le taux de réponse est de 21,3%. Les motifs de refus invoqués sont :

- le manque de temps pour répondre : 37,2% (n=54)
- médecins injoignables, filtrage de la secrétaire, autres : 31,0% (n=45)
- les médecins qui n'exercent plus ou qui sont en maladie : 6% (n=9)
- les médecins qui ne veulent pas répondre pas aux questions ou disent ne pas suivre de personnes âgées) : 4% (n=6)

La durée du questionnaire était en moyenne de 4 minutes.

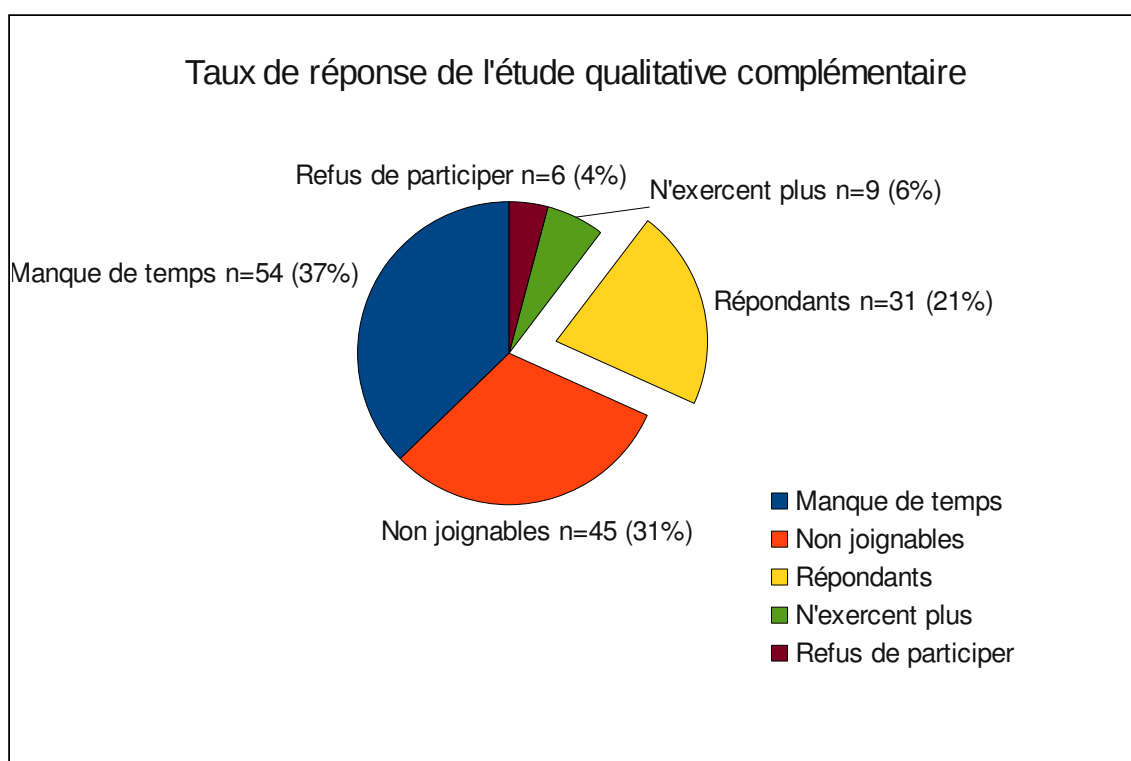


Figure 8 : Répartition par fréquence des motifs de non participation à l'étude qualitative.

3.2.2 Résultats du questionnaire téléphonique

Question 1 : En dessous de quelle valeur d'hémoglobine définiriez-vous l'anémie du sujet âgé ?

Les valeurs citées sont comprises dans un intervalle entre 8 et 12 g/dL.
La moyenne des valeurs citées est de 10,58 g/dL. Le mode est de 11g/dL avec un effectif de 10.

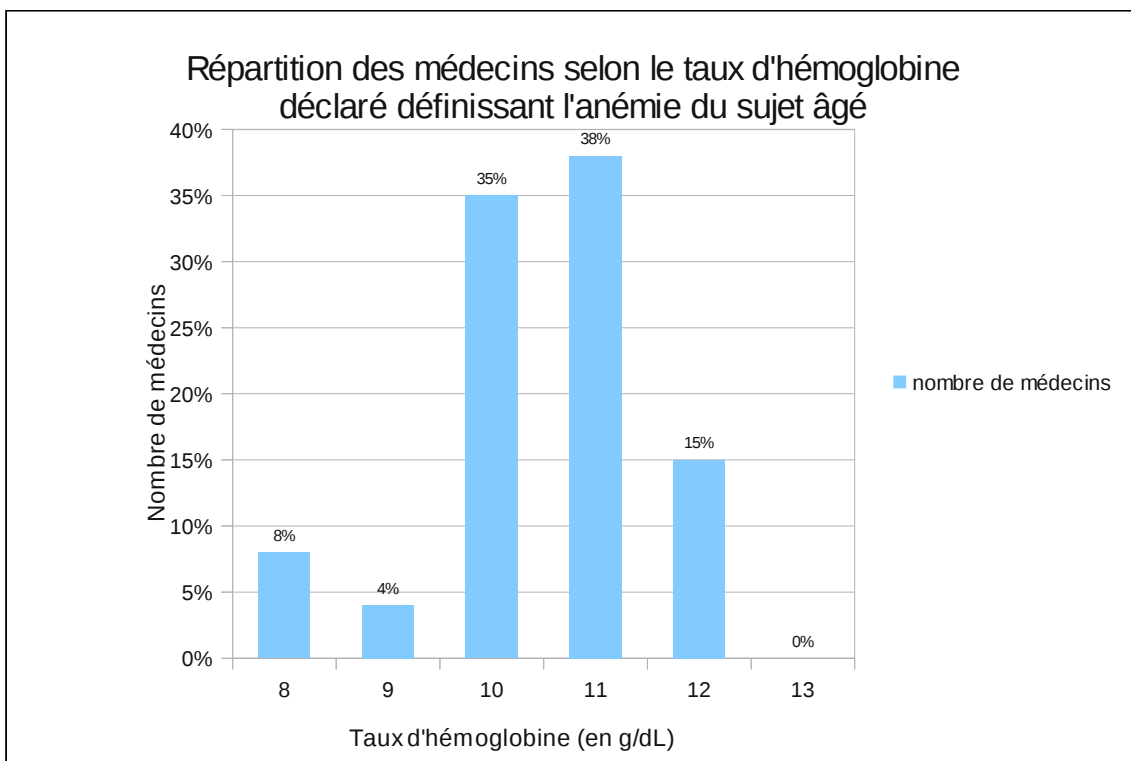


Figure 9 : Fréquence des valeurs seuil du taux d'hémoglobine déclarées par les médecins comme définissant l'anémie du sujet âgé.

Question 2 : Quel(s) marqueur(s) du fer dosez-vous ?

1 médecin n'a pas répondu.

Le fer sérique est dosé dans 53% des cas (n=16).

La ferritinémie est dosée dans 90% des cas (n=27).

Le coefficient de saturation de la transferrine est dosé dans 3% des cas (n=1).

La capacité totale de fixation de la transferrine est dosée dans 3 % des cas (n=1).

Le fer sérique seul est dosé dans 3% des cas (n=1).

Aucun des médecins interrogés n'a proposé le dosage des autres marqueurs sériques du fer comme le récepteur soluble de la transferrine.

L'association de la ferritinémie et du fer sérique était citée dans 11 cas, soit 35% des cas.

Dans un cas, le dosage du fer sérique associé au coefficient de saturation de la transferrine et de la capacité totale de fixation de transferrine a été cité.

Dans un cas, l'association de la ferritinémie, fer sérique et coefficient de saturation de la transferrine a été citée.

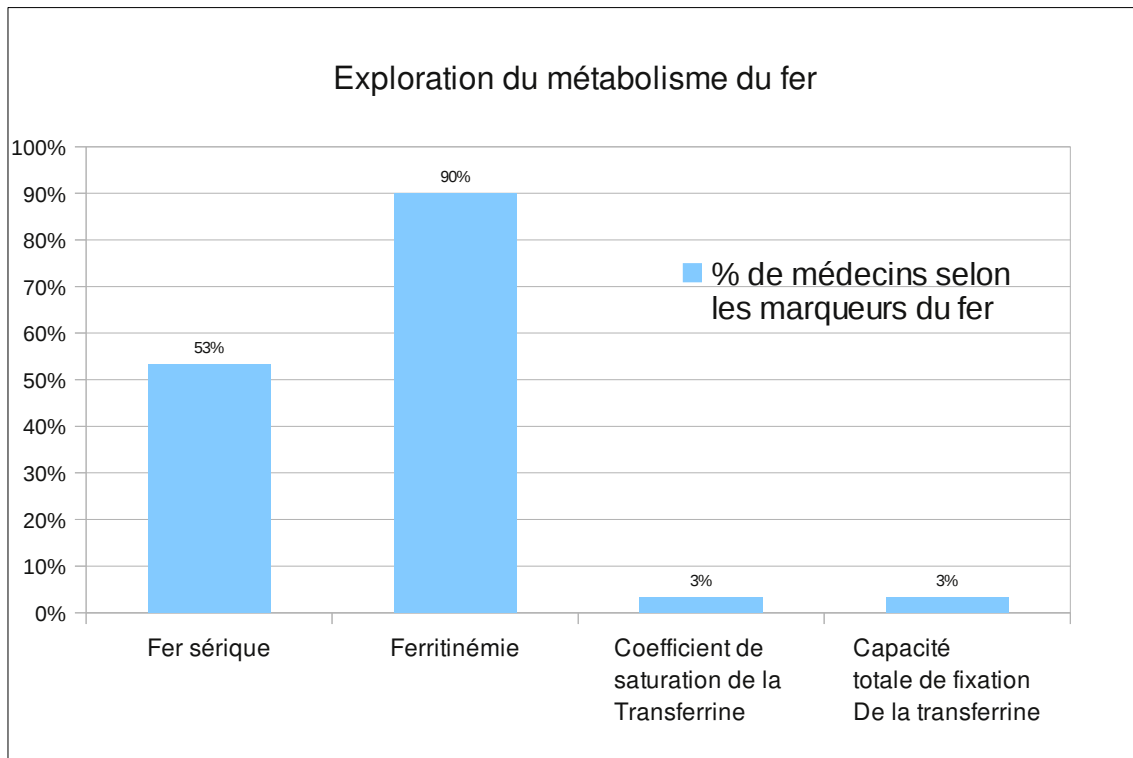


Figure 10 : Fréquence de la demande des différents marqueurs sériques de l'exploration du métabolisme du fer dans l'échantillon.

Question 3 : Dosez-vous systématiquement le fer avant d'instaurer une supplémentation en fer ?

74% (n=23) des médecins interrogés déclarent doser systématiquement un marqueur du métabolisme du fer avant l'instauration d'une supplémentation en fer.

13% (n=4) réalisent parfois ce bilan, et dans 10% (n=3) des cas jamais.

1 médecin n'a pas répondu à la question (3%)

(NSPP : ne se prononcent pas)

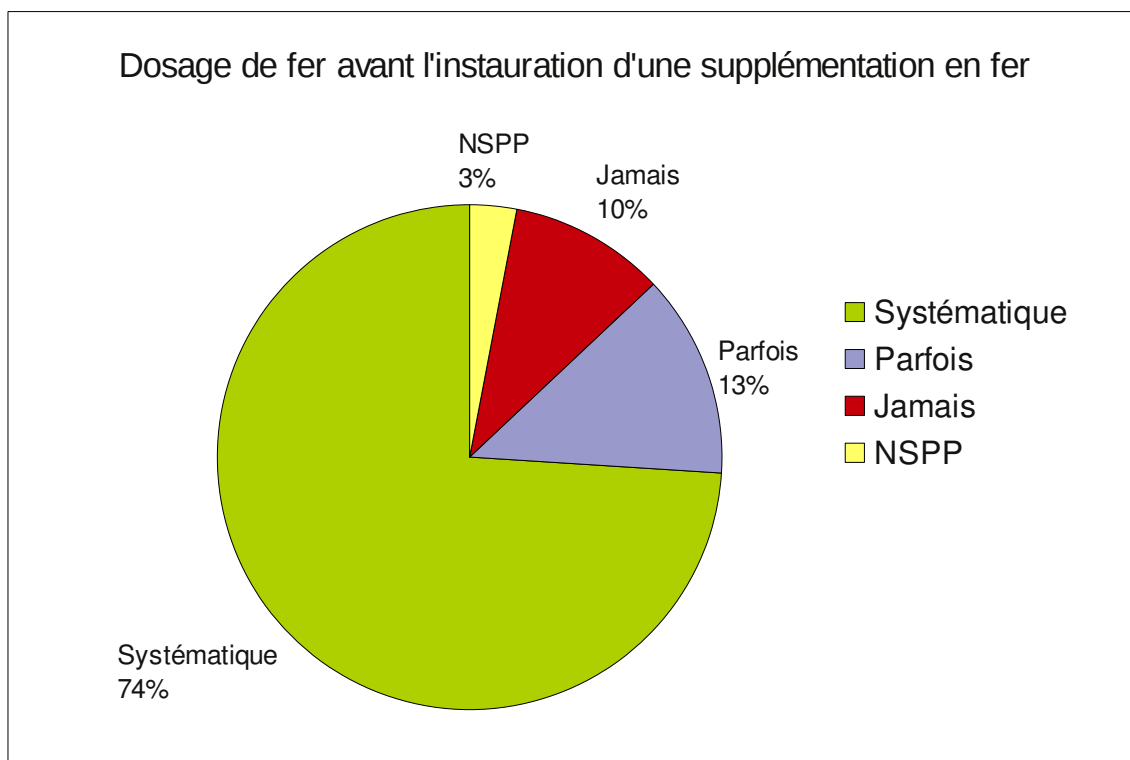


Figure 11 : Evaluation de la demande d'une exploration du métabolisme du fer avant une instauration d'une supplémentation.

Question 4 : Demandez-vous d'autres examens complémentaires devant une anémie ferriprive du sujet âgé de plus de 65 ans ?

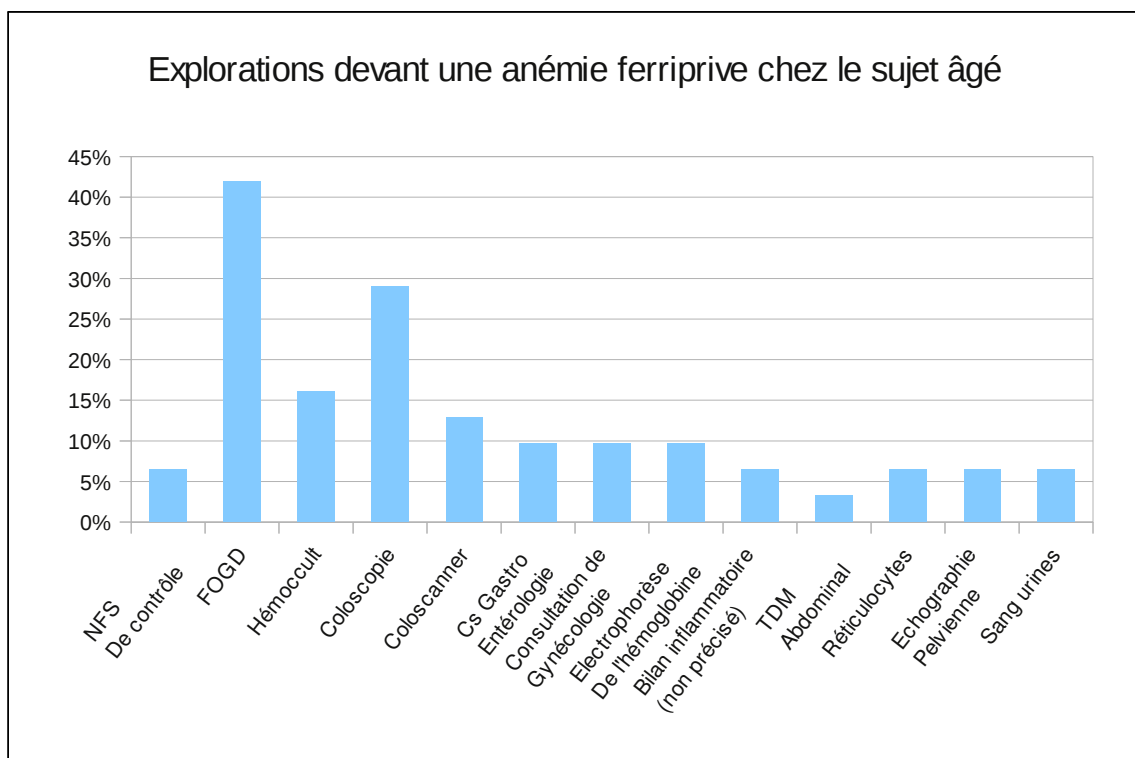
90,32% des médecins généralistes interrogés poursuivent des investigations devant une anémie ferriprive chez un sujet âgé de plus de 65 ans.

Quelles explorations supplémentaires demandez-vous ?

Les réponses obtenues sont celles citées spontanément, les médecins pouvaient exprimer plusieurs réponses.

Examens complémentaires	%	n
NFS de contrôle	6,45%	2
Fibroscope oesogastro duodénale	41,94%	13
Hémocult	16,13%	5
Coloscopie	29,03%	9
Coloscaner	12,90%	4
Consultation de gastro-entérologie	9,68%	3
Consultation de gynécologie	9,68%	3
Electrophorèse de l'hémoglobine	9,68%	3
Bilan inflammatoire (non précisé)	6,45%	2
Scanner abdominal	3,23%	1
Réticulocytes	6,45%	2
Echographie pelvienne	6,45%	2
Hématurie	6,45%	2

Tableau 4 : Liste des examens complémentaires demandés pour une anémie ferriprive avec leur fréquence.



A cette question ouverte, certains médecins n'ont pas donné de nom d'examen complémentaire précis mais des propositions de lignes de conduite :

-des médecins interrogés préfèrent commencer par les explorations les moins invasives : les prélèvements veineux, débiter une supplémentation martiale en surveillant l'efficacité par un contrôle à 3 mois. En cas d'échec de la première ligne de conduite, ils proposent de continuer les explorations par des examens plus invasifs tels que les endoscopies.

-parmi les réponses citées, une consultation spécialisée de gastro-entérologie ou de gynécologie est directement demandée, sans préciser les explorations à réaliser. Les médecins laissent le choix au spécialiste de réaliser ou non les explorations invasives.

-des médecins selon le contexte hospitalisent leurs patients âgés ayant une anémie ferriprive.

Question 5 : La prescription d'une coloscopie chez le sujet âgé est-elle limitée ?

La question est de type fermée (oui/non).

67,74% des médecins interrogés limitent leur prescription de coloscopies chez le sujet âgé.

Pour quel motif ?

Les réponses recensées sont spontanées et non guidées.

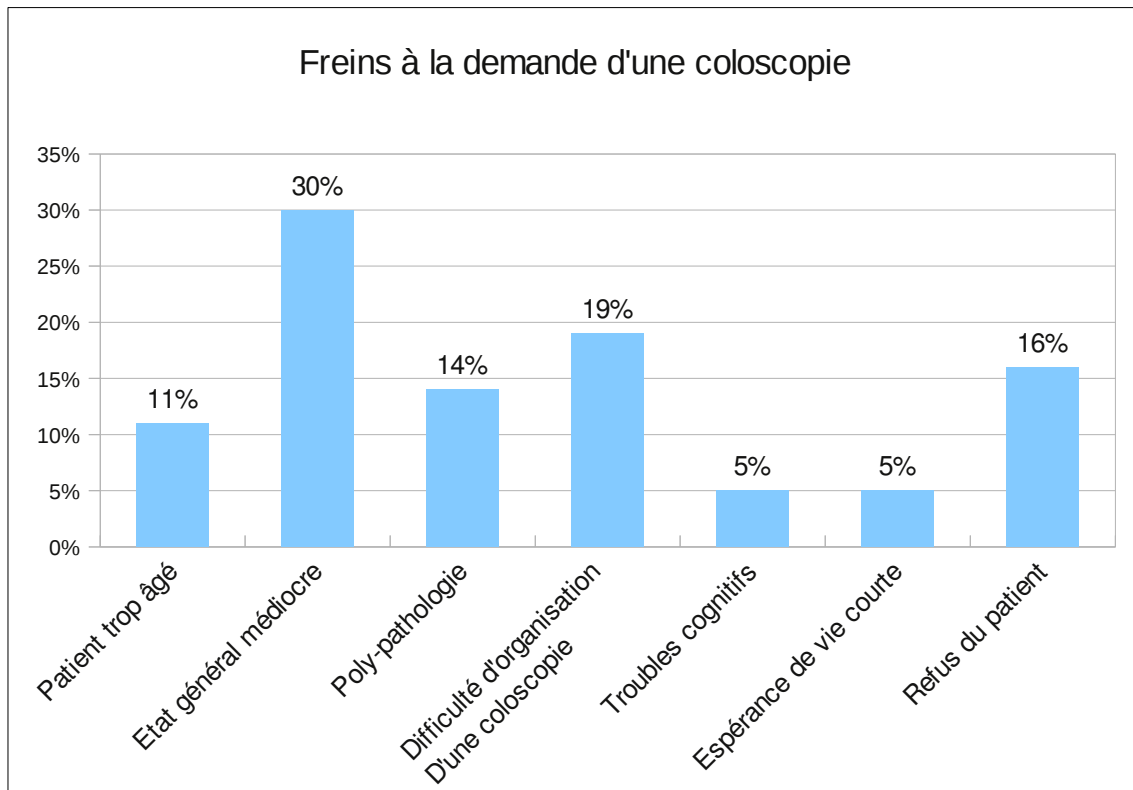


Figure 12 : Motifs déclarés constituant un frein à la demande d'une coloscopie chez les sujets âgés de plus de 65 ans.

Les réticences des patients décrites par les médecins sont d'ordres multiples : des douleurs les empêchant de se déplacer, la prise de médicaments supplémentaires, alors qu'ils estiment en prendre déjà beaucoup, la crainte de l'hospitalisation, des risques liés à l'anesthésie, au geste en lui-même, la préparation colique et l'absorption de grandes quantités de liquide de préparation colique et les contraintes techniques pour amener le patient jusqu'au lieu de l'exploration.

Question 6 : Une anémie ferriprive vous évoque-t-elle un cancer colorectal ?

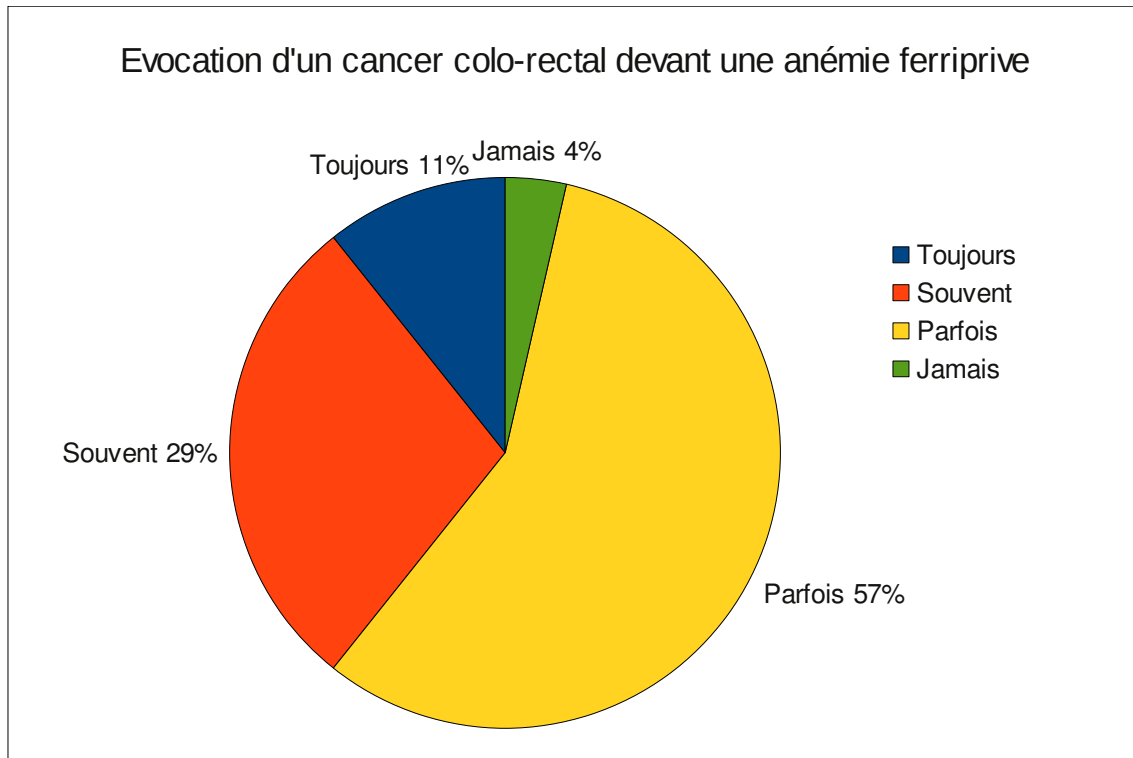


Figure 13 : Evocation d'un cancer colorectal devant une anémie ferriprive chez le sujet âgé de plus de 65 ans.

4. DISCUSSION

4.1 Les limites de l'étude

4.1.1 Les limites et biais de l'étude quantitative

Il existait des limites au recrutement. La taille de l'échantillon a été réduite par l'exclusion de 30 médecins généralistes - soit 23 % de l'échantillon initial - car ils ne disposaient pas de matériel de fax. Le fax était l'outil le plus facilement utilisable et choisi pour l'étude. Le fax reste à l'heure actuelle un des outils utilisés pour la communication de données entre les laboratoires, les médecins généralistes et les hôpitaux. Dans notre cas, seul le biologiste était en possession des formulaires nominatifs et le seul habilité à les transmettre aux médecins. L'envoi des formulaires par voie postale aurait été coûteux pour le laboratoire ou pour l'étude. Je n'avais de toute façon pas la possibilité de les poster moi-même car les formulaires n'étaient pas à ma disposition. Le téléphone avait les mêmes limites, de même que l'utilisation du mail.

Seuls les médecins généralistes volontaires à la participation ont été sélectionnés. On peut penser que les médecins qui avaient eu une prise en charge adaptée aux recommandations étaient plus enclins à répondre. Il existe donc un biais de non réponse. Il est difficile de savoir si les individus qui répondent et ceux qui ne répondent pas ont les mêmes caractéristiques, du fait du manque d'informations disponibles sur ces derniers.

L'échantillon de patients est petit. La faible prévalence de l'anémie ferriprive chez les sujets âgés de plus de 65 ans a contribué à réduire la taille de l'échantillon.

La prévalence de l'anémie ferriprive est estimée entre 3.5% et 7.6% chez les sujets de plus de 65 ans dans la littérature hospitalière [4-22-26]. Une étude s'approche des conditions ambulatoires. Elle a été réalisée dans des centres de santé en France [27]. Elle a estimé la prévalence de la carence martiale à 2.3% dans un échantillon de 6644 sujets âgés de plus de 60 ans. Une anémie était retrouvée chez 3.3% des sujets.

Les résultats issus de notre échantillon ne permettent pas d'obtenir une statistique globale de l'ensemble de la pratique des médecins généralistes.

➤ Les critères de sélection des patients

Le recrutement a présenté des faiblesses. Des patients ayant une anémie ferriprive ont échappé au recrutement :

- les patients qui n'ont pas reçu de prescription de numération formule sanguine
- les patients dont le bilan martial n'inclut pas la ferritinémie.

L'hypoferritinémie est un marqueur spécifique mais peu sensible de la carence martiale. Dans notre étude, l'hypoferritinémie était définie par une valeur inférieure à 20 µg/L. Il s'agit de la norme du laboratoire. On peut conclure que les patients avaient une carence martiale avec une spécificité élevée, mais que leur nombre était limité par la faible sensibilité du marqueur, avec de nombreux faux négatifs. Les autres dosages sériques du métabolisme du fer ne disposent pas d'une spécificité comparable à la ferritinémie pour juger d'une carence martiale. Ils n'ont donc pas été pris en compte.

Le choix de la valeur définissant l'hypoferritinémie était celle qui paraissait la plus

adaptée. Cependant, les valeurs normales de la ferritinémie du laboratoire restent inchangées quelque soit l'âge des patients. Or, les patients âgés sont souvent polyopathologiques et ont une ferritinémie artificiellement normale ou élevée. Des auteurs retiennent des valeurs de la ferritinémie plus élevées (45 voire 75 µg/L) [21-28]. En dessous de 45 µg/L, 84 % des sujets ayant un examen de moelle osseuse n'ont plus de réserves en fer [29].

Il n'existe pas de consensus portant sur la valeur de la ferritinémie définissant la carence martiale chez le sujet âgé de plus de 65 ans pour l'instant.

➤ Les faux positifs

La HAS recommande la réalisation d'une coloscopie totale avec biopsie pour les patients présentant une anémie ferriprive d'origine indéterminée.

Il se peut que des patients ayant une étiologie expliquant leur anémie ferriprive mais non déclarée par le médecin aient été classés à tort comme nécessitant une coloscopie.

4.2 Les forces de l'étude

Même si l'effectif de l'échantillon est réduit, l'étude a l'avantage d'avoir été réalisée en milieu ambulatoire où il n'existe pas d'étude publiée à l'heure actuelle.

Les critères d'inclusion sont basés sur des dosages biologiques stricts. L'échantillon de patients obtenu avait une anémie ferriprive avec une spécificité proche de 100%. On sait que, pour ces patients, l'indication à une coloscopie avec biopsie était nécessaire.

4.3 Discussion sur les résultats de l'étude quantitative

Le taux de demande de coloscopie ou de consultation de gastro-entérologie en cas d'anémie ferriprive chez le sujet âgé de plus de 65 ans est estimé à 70%.

Ce chiffre paraît satisfaisant et supérieur à celui retrouvé dans d'autres études. Selon Spyckerelle [27], la fréquence de la réalisation d'une coloscopie en cas d'hypoferritinémie en centre de santé en France était de 33/113, soit 30 % de leur échantillon de patients. Une affection digestive basse avec des diverticules, des polypes et des cancers était constatée dans 14 cas (37%), dont 3 cas de cancer colorectal (CCR) soit 8% et/ou une autre affection dans 7 cas (angiodysplasie, hémorroïdes) soit 19%.

Dans notre étude, les 7 patients qui n'ont pas bénéficié d'une coloscopie ont une moyenne d'âge supérieure à celle de l'échantillon où une coloscopie a été demandée (81,2 ans vs 78,47 ans) et un taux d'hémoglobine moyen plus élevé (11,36 g/dL vs 10,72 g/dL).

La tendance serait que les demandes de coloscopies soient moins fréquentes chez les patients les plus âgés et chez les patients présentant une anémie peu profonde. Ces résultats sont à nuancer par la faible taille de l'échantillon.

2 patients présentant une anémie ferriprive avaient des pathologies pouvant être la cause de leur anémie ferriprive : un cancer du cardia et une angiodysplasie. On peut affirmer dans ces deux cas que le médecin généraliste a orienté utilement les patients puisqu'ils ont eu un suivi spécialisé.

4.4 Les biais de l'étude qualitative complémentaire

➤ Analyse du taux de réponse

Le taux de non-réponse s'élève à 79%. Plusieurs raisons expliquent cette proportion. Le recueil des données s'est déroulé pendant la période épidémique hivernale. L'argument évoqué principal est le manque de temps. L'étude pourrait mettre mal à l'aise les médecins qui pourraient se sentir jugés de leur pratique, même si cet élément n'a pas été ouvertement exprimé. Les résultats sont donc biaisés par cette forte proportion de non-réponse.

Le but de l'étude qualitative était de compléter les arguments de non demande d'une coloscopie en cas d'anémie ferriprive chez les sujets âgés de plus de 65 ans. Bien qu'il n'y ait pas de règle stricte quant à la taille de l'échantillon en recherche qualitative, la sélection des interviewés doit se poursuivre jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ne semble plus pouvoir être obtenue. Les derniers entretiens sont venus principalement confirmer les informations déjà obtenues. 31 médecins généralistes ont été interrogés.

4.5 Confrontation des résultats aux données de la littérature

Le seuil définissant l'anémie

Dans l'échantillon, 84 % des médecins définissent le seuil d'hémoglobine en dessous de 11g/dL. Aucun des médecins n'a distingué le sexe pour la valeur de l'hémoglobine définissant l'anémie chez le sujet âgé de plus de 65 ans.

Même si les seuils définissant l'anémie sont différents selon les organismes : 13 g/dL chez l'homme, 12 g/dL chez les femmes pour l'OMS, 12g/dL pour les deux sexes pour certains médecins hématologues gériatres [5], l'anémie reste sous diagnostiquée.

La stratégie de l'exploration du métabolisme du fer

74 % des médecins réalisent au préalable un bilan martial avant d'instaurer une supplémentation en fer. A part le cas des femmes non ménopausées, il est recommandé d'explorer toute suspicion de carence en fer.

Dans les cas où les médecins réalisent un bilan martial, quatre marqueurs ont été cités : la ferritinémie dans 90% des cas, le fer sérique dans 53% des cas, la capacité de fixation de la transferrine et le coefficient de saturation de la transferrine dans 5% des cas.

Dans l'étude de Ruivard [30], différents marqueurs de l'exploration du fer ont été comparés au prélèvement médullaire qui est le gold standard. 21 patients étaient inclus dans le groupe témoin, 33 patients dans le groupe contrôle. Le recrutement a été réalisé à partir de patients hospitalisés. Selon l'étude, le dosage de la ferritinémie reste l'examen de première intention pour porter le diagnostic de carence en fer. Le couplage ferritinémie / récepteur soluble de la transferrine est le plus performant (sensibilité 81% / spécificité 97%). Cette combinaison est conseillée par l'OMS [3]. La sensibilité de tous les autres marqueurs dont le fer sérique était inférieure à 60 %.

La ferritinémie est cotée B55 à l'heure actuelle (14,85€) [31], le fer sérique B20 (5,40€), le dosage du récepteur soluble de la transferrine B60 (16,20€) [32]. La capacité totale de saturation en fer de la transferrine B20 (5,40€). L'acte de biologie B correspond à 0,27€.

Les médecins interrogés tendent à privilégier le dosage de la ferritinémie en cas de suspicion de carence en fer. Par contre, le dosage du fer sérique seul augmente le risque de méconnaître une carence martiale.

Discussion sur l'intérêt des autres examens complémentaires demandés

La consultation de gynécologie chez la femme ménopausée est intéressante en cas de point d'appel, les causes gynécologiques arrivant après les causes digestives dans la population féminine âgée de plus de 65 ans. L'échographie pelvienne a été citée dans cette optique.

Une confusion entre anémie ferriprive et anémie microcytaire a pu s'instaurer au vu des autres examens cités par les médecins :

-une électrophorèse de l'hémoglobine. Elle permet l'exploration d'une microcytose par la recherche d'une anomalie de l'hémoglobine.

-le dosage des réticulocytes : le dosage est contestable en cas d'anémie microcytaire, le nombre de réticulocytes est souvent inférieur à 80-100 G/L [33]

Aucun médecin de l'échantillon ne prescrit de lavement baryté pour rechercher une masse colique. Selon ADECA (Association pour le dépistage du cancer colorectal en Alsace) [34], cet examen est de moins en moins utilisé et ne vit plus que des échecs ou des contre-indications de la coloscopie. Le lavement baryté n'est pas un examen de dépistage du CCR car sa sensibilité est médiocre. Il ne détecte que la moitié des gros polypes. Sa spécificité est de l'ordre de 85 %. Son efficacité sur la réduction de la mortalité ou de l'incidence du CCR n'a pas été évaluée par des études randomisées. L'examen est coûteux et l'acceptabilité est moyenne.

16% des médecins interrogés réaliseraient une recherche de saignement occulte dans les selles (RSOS) par le test Hémocult II®.

Il s'agit d'un test au Gaïac qui met en évidence l'activité péroxydasique de l'hème intacte. Hémocult II est le test de référence, le mieux évalué et le plus largement utilisé.

La sensibilité dans le cadre d'un dépistage en population est de l'ordre de 50 % pour les cancers avec une spécificité de 96 à 99% (chiffres ADECA) et de 20 % à 30 % pour les adénomes à haut risque. La révélation repose sur une lecture visuelle non automatisable. Enfin, une proportion non négligeable de tests (2 à 3 %) n'est pas analysable du fait principalement d'un excès de dépôt de selles.

La recherche de saignement occulte dans les selles n'est pas un examen permettant d'orienter la prise en charge d'un patient ayant une anémie ferriprive en France.

Devant la multiplication des explorations à visée autre que digestive, les médecins ne se focalisent pas à tout prix sur le cancer colorectal, mais sur toute localisation possible d'un saignement chronique. La priorité des médecins est de commencer par des explorations non invasives au maximum, de revoir les patients régulièrement et de poursuivre par des explorations plus invasives par la suite comme des endoscopies.

Les facteurs influençant la demande d'une coloscopie par les médecins généralistes

➤ L'état général du patient

L'état général médiocre fait récuser la demande de coloscopie par les médecins généralistes dans 30 % des cas. L'étude n'a pas permis de préciser les outils d'évaluation de l'état général utilisés par les médecins.

L'état général s'évalue par des outils spécifiques de type performance status de l'OMS [35] ou le score de Karnofsky [36] (Annexe 3). Cependant, il s'agit d'un jugement au préalable de l'aptitude du patient à supporter le geste ou une prise en charge lourde.

➤ L'âge

11% des médecins interrogés indiquent que l'âge avancé est un facteur limitant à une demande de coloscopie en cas d'anémie ferriprive. Aucun médecin n'a défini de limite d'âge empêchant toute exploration endoscopique. L' « âge physiologique » a été abordé, mais cette entité reste mal définie.

Dans notre enquête, le taux de demande d'une coloscopie tend à diminuer pour les tranches d'âge de plus de 85 ans (tableau 2).

Selon l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), « en gériatrie, l'indication de l'endoscopie digestive basse est posée en fonction de la sévérité des comorbidités et du résultat de l'évaluation gérontologique multidisciplinaire (degré d'autonomie) du patient (accord professionnel). L'âge (> 75 ans) n'est pas un critère en soi pour le choix des modalités d'exploration endoscopique du côlon [37] ».

L'American Society for Gastro intestinal Endoscopy rejoint les principes de l'ANAES concernant la réalisation d'endoscopies chez le sujet âgé en 2006 [38]. « L'âge n'influence pas la réalisation d'une endoscopie digestive. Elle devrait être réalisée lorsque le résultat a une incidence sur la prise en charge ultérieure ».

L'espérance de vie d'un sujet âgé est difficile à estimer. En France, elle est de 10 à 15 ans pour une femme de 70 ans et de 8 à 10 ans pour un homme du même âge. Les trois quarts des personnes de 80 ans et plus restent parfaitement autonomes, sans handicap notable [1].

L'âge serait un facteur indépendant du pronostic du cancer colorectal chez le sujet âgé selon une revue de la littérature publiée dans The Lancet [39]

L'âge ne constitue donc pas à lui seul un facteur limitant à la demande d'une coloscopie [25].

➤ Les comorbidités ou la polypathologie.

Ce facteur est évoqué dans 14% des cas. La courte durée des entretiens n'a pas permis de préciser les critères définissant la polypathologie. Des entretiens dirigés sur ce point précis auraient été nécessaires. Certaines pathologies ont été énoncées : la présence d'escarres et l'insuffisance cardiaque.

La polypathologie est en lien avec une polymédication. Les modifications thérapeutiques délicates et les risques iatrogéniques sont des facteurs limitants évoqués par les médecins interrogés avant le geste par coloscopie. Parmi eux, ont été cités :

le risque d'interaction médicamenteuse avec l'anesthésie

le risque d'aggravation de troubles cognitifs suite à l'anesthésie

le risque d'un déséquilibre d'un traitement anti-coagulant avec le risque hémorragique

la difficulté à ré-équilibrer le traitement anticoagulant suite au geste

L'interaction entre la polypathologie du sujet âgé et le diagnostic d'un cancer colorectal a été étudiée. Les résultats varient selon les études.

Dans l'article de Singh [2], des patients âgés de plus de 65 ans hospitalisés pour un cancer colorectal ont été classés rétrospectivement en deux groupes :

1 groupe ayant bénéficié des explorations nécessaires pour le diagnostic d'un cancer colorectal ;

1 groupe qui n'a pas bénéficié des explorations nécessaires : non réalisation d'une endoscopie digestive alors qu'il existe une anémie ferriprive, un trouble du transit ou une perte de poids. Les co-morbidités étudiées étaient l'insuffisance cardiaque, les maladies coronaires, l'hypertension artérielle, le diabète, la BPCO et la démence.

La comparaison des deux groupes n'a pas permis de conclure à une différence suivant la présence ou non d'une des co-morbidités sur l'exploration du cancer colorectal chez les sujets âgés.

Une revue de la littérature du Lancet [39] sur 28 articles a montré que les patients ayant des co-morbidités comme le diabète, l'hypertension artérielle, les pathologies pulmonaires et les maladies cérébro-vasculaires ont plus de risques d'être diagnostiqués tardivement. Leur probabilité de subir une intervention chirurgicale en urgence était plus importante. La chirurgie curative était moins réalisée que chez les sujets jeunes.

Le risque de mortalité post-opératoire est majoré, passant de 5 à 20% en cas d'association de deux co-morbidités ou de chirurgie en urgence [40]. La mortalité péri opératoire dans le cadre d'une colectomie réglée ou en urgence est de 11% chez 202 malades âgés de plus de 75 ans [1-41].

La polypathologie est donc un facteur nécessitant une évaluation préalable rigoureuse afin d'anticiper les risques et estimer la capacité du patient à supporter un dépistage invasif.

Il serait intéressant de tenter de classer, comme le propose Balducci sur une base théorique, les patients gériatriques en 3 catégories [42]

-le groupe 1 : des patients au vieillissement harmonieux, totalement autonomes, dépourvus de toute co-morbidité, dont les réserves fonctionnelles sont peu ou pas modifiées. Ils représentent plus de la moitié des 70-75 ans et près du

quart des 80-85 ans.

-le groupe 3 : des patients fragiles, ayant 3 des quatre critères de fragilité suivants : âge supérieur à 85 ans, au moins 3 comorbidités, présence d'un syndrome gériatrique, dépendance pour une activité quotidienne de base (ADL). Ces patients fragiles ont une espérance de vie plus faible que celle de leur classe d'âge et ont un fort risque de mauvaise tolérance médicamenteuse du fait de réserves fonctionnelles très diminuées.

-le groupe 2, un groupe intermédiaire de patients vulnérables, le plus difficile à évaluer, chez lesquels l'évaluation et surtout l'intervention gériatrique sont essentielles pour permettre un traitement adapté et efficace du cancer.

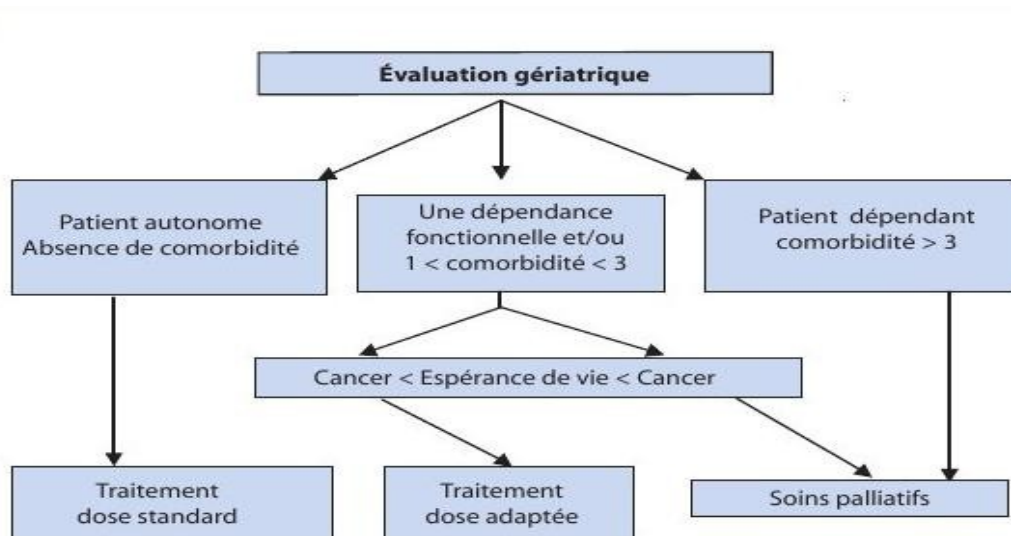


Figure 14 : L'évaluation gériatrique globale selon Balducci [12]

Une évaluation gériatrique globale [1-43] est exhaustive. Elle est organisée par des équipes gériatriques pluri-disciplinaires. L'inconvénient est qu'elle est chronophage, donc peu aisée à réaliser, mais possible par des médecins

généralistes en consultation.

Une évaluation exhaustive gériatrique globale répondra à certaines questions essentielles : quelle sont les réserves fonctionnelles restantes, quelle est l'espérance de vie estimée, le patient supportera-t-il les effets secondaires toxiques de la thérapeutique, l'anesthésie ? Si une intervention chirurgicale est nécessaire, quelle capacité aura le patient à maintenir un pronostic fonctionnel satisfaisant ?

Composante	Eléments du diagnostic
Évaluation médicale	Liste des problèmes Comorbidités et leurs degrés de sévérité Comédications Statut nutritionnel
Évaluation fonctionnelle	Activités quotidiennes de base (échelle ADL) Activités quotidiennes instrumentales (échelle IADL) Activités quotidiennes/exercice physique Démarche et équilibre
Évaluation psychocognitive	Statut cognitif (MMS) État émotionnel
Évaluation sociale	Besoins et ressources financiers Prise en charge médicale et sociale
Évaluation du cadre de vie	Sûreté du cadre de vie Accès aux soins (transport) et/ou télésurveillance

Tableau 5. Composantes de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle [44]

➤ la démence

La démence a été évoquée comme motif de rejet de la demande d'une coloscopie dans 5% des cas. Il n'existe que peu d'études à ce sujet.

Une étude [45] a analysé une banque de données, le SEER file aux Etats-Unis de 1993 à 1996. La base contenait 17,507 individus atteints d'un cancer colorectal de stade I à IV.

6,8% des patients avaient un diagnostic de démence, sans autre précision.

L'étude épidémiologique révèle qu'un cancer colorectal était exploré avec une histologie deux fois moins fréquemment chez les personnes ayant le diagnostic de démence que dans le reste du groupe. Il en est de même pour la résection chirurgicale. L'étude comporte des biais dont l'absence de notion de sévérité de la démence.

Le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie chez les personnes démentes va rendre cette situation clinique de plus en plus fréquente en médecine ambulatoire.

➤ La tolérance de la coloscopie chez le sujet âgé

L'avantage de la coloscopie totale permet en théorie la visualisation de l'ensemble du colon [25]. Il s'agit de l'examen de référence pour la détection des cancers colo-rectaux. Ses performances diagnostiques ne sont pas absolues. L'exploration complète du colon échoue dans 5 % des cas, 4% des cancers du colon droit ne sont pas détectés (chiffres ADECA).

La tolérance et la rentabilité de la coloscopie chez les sujets âgés ont été évaluées.

Une étude anglaise [46] dans un service spécialisé de gastro entérologie a

été menée.

Pour des indications validées de la coloscopie – dont une anémie – sur 316 coloscopies, le taux de demande de coloscopies pour les patients âgés de plus de 85 ans a été de 92 %. Le taux de coloscopies réalisées avec succès a été de 69%. Les échecs ont été liés à une mauvaise préparation ou un obstacle (20%). Les patients récusés de coloscopie avaient une diverticulose colique sévère, mais l'étude ne précise pas les autres motifs de non-réalisation de la coloscopie. L'étude conclut en l'absence de complications significatives du geste technique de la coloscopie et l'intérêt de la coloscopie même chez les sujets âgés de plus de 85 ans.

Une étude autrichienne [47] a examiné rétrospectivement 781 coloscopies chez des sujets âgés de plus de 80 ans : une coloscopie complète jusqu'au caecum a pu être réalisée dans 71% des cas. Les coloscopies anormales sont fréquentes et ont mis en évidence des maladies diverticulaires dans 42 % des cas, des polypes dans 27% des cas et un cancer colorectal dans 8% des cas. Le taux de complication était de 0,6% avec des saignements après polypectomie, une perforation après dilatation d'une tumeur sténosante et un accident ischémique transitoire.

Dans le groupe atteint d'un cancer colorectal, 55% des patients ont pu bénéficier d'une chirurgie curative et 9% d'une chirurgie palliative.

L'équipe de Duncan E. [48] a analysé dans une étude rétrospective 1199 coloscopies réalisées entre 1999 et 2003 chez des patients âgés de plus de 80 ans dans un centre d'explorations digestives. 8 complications étaient dues à la coloscopie (soit 0,6%). Aucune n'a entraîné la mort.

Ces résultats encourageants méritent d'être nuancés. Des éléments pourraient améliorer les résultats des études par rapport à d'autres centres de coloscopie tels que des équipes entraînées à la réalisation de coloscopies chez les sujets âgés, des opérateurs performants ou une forte activité.

Selon Pr Gay sur une revue de la littérature [49], des facteurs favorisant des accidents de la coloscopie ont été identifiés :

-les facteurs liés à l'opérateur : formation initiale, réalisation d'un nombre suffisant de coloscopies

-les facteurs inhérents au malade et à sa pathologie.

Le taux de perforation colique est constant quelque soit l'âge. Par contre, le risque hémorragique retardé après polypectomie en particulier est accru chez les patients âgés de plus de 65 ans : 3,62% contre 1,8%, probablement en raison de l'athérosclérose des vaisseaux de la paroi colique.

➤ L'organisation de la coloscopie en général et en particulier en ville

Une consultation d'anesthésie est nécessaire avant la réalisation d'une coloscopie. Des demandes de coloscopies peuvent être récusées à cette étape, comme l'un des patients de la première partie de notre étude. Il serait intéressant de mener une enquête auprès des anesthésistes afin de déterminer leurs critères empêchant l'anesthésie en vue d'une coloscopie. Ces motifs recueillis pourraient être recherchés durant une évaluation gériatrique globale.

La préparation colique commence 3 jours avant le geste par un régime sans résidu. Des difficultés apparaissent quant aux possibilités de la réalisation d'un tel régime chez les personnes dépendantes. Il convient de vérifier les conditions socio-économiques favorables et de demander un avis d'une assistante sociale, l'intégration des régimes spéciaux sans résidus dans le portage de repas au domicile, la capacité de la personne âgée à ingérer les aliments et le produit de lavage colique, l'aide éventuelle d'une tierce personne pour la préparation colique.

La préparation colique est habituellement réalisée avec 4 litres de

polyéthylène glycol (PEG), nécessitant une ingestion de volumes importants. Elle peut comporter des effets délétères par la variation importante des volumes qu'elle induit : une insuffisance rénale ou une défaillance cardiaque [49].

Chez le sujet âgé, l'utilisation du X Prep[®] diminue le volume total ingéré [50].

Au cours de l'enquête qualitative complémentaire, des médecins généralistes ont évoqué le problème de la préparation colique au domicile des personnes âgées : « les personnes âgées ont plus de mal à se déplacer et pour aller aux toilettes régulièrement, il y a un grand risque de chute ».

L'enjeu d'une bonne préparation colique est très important, une préparation incomplète fait perdre la rentabilité de la coloscopie, voire rend le geste inutile.

Une bonne préparation colique réalisée à l'hôpital vaut-elle mieux qu'une mauvaise préparation réalisée au domicile ?

Il est légitime de réfléchir sur l'hospitalisation systématique des patients âgés pour la préparation colique.

➤ Le refus et la crainte du patient

La gestion de la crainte des patients concernant les risques de l'anesthésie, de la coloscopie, de l'hospitalisation est confiée aux médecins généralistes. La moindre défaillance viscérale peut entraîner une dégradation rapide de l'état général, conduisant facilement à la prolongation de l'hospitalisation.

Le praticien est tenu d'informer le patient sur les risques et les bénéfices de la réalisation des examens complémentaires. Il s'agit du rôle de médecin de convaincre le patient à réaliser les examens, tout en lui laissant le libre-arbitre.

➤ Les avantages de l'hospitalisation

L'hospitalisation, par la mise à disposition d'une chambre, favorise l'accès des personnes âgées dépendantes aux spécialistes, quel que soit leur degré de dépendance. Peu de spécialistes se rendent au domicile des patients.

Le patient peut bénéficier d'une consultation d'anesthésie sans se déplacer.

Le bilan pré-opératoire peut être plus facilement réalisé.

Le spécialiste gastro-entérologue peut donner son avis au chevet du malade.

Le régime sans résidu est commandé à l'avance les 3 jours précédant la coloscopie.

La préparation colique est administrée sous la surveillance d'un personnel soignant.

Les risques d'une mauvaise préparation colique sont réduits et la rentabilité de la coloscopie améliorée. Les effets secondaires après le geste peuvent rapidement être traités si nécessaire.

➤ Les inconvénients de l'hospitalisation

L'hospitalisation fait encourir un risque d'infection nosocomiale ou thrombo-embolique en cas d'alitement anormalement prolongé.

On peut se demander si les services de gastro-entérologie sont prêts à accueillir des patients âgés fragilisés qui peuvent décompenser à tout moment et prolonger l'hospitalisation. L'impact financier des hospitalisations n'est pas négligeable.

- Quelles conditions en ville rendent l'organisation d'une coloscopie difficile ?

En milieu ambulatoire, l'organisation d'une coloscopie est plus difficile dès lors qu'il existe un défaut de compréhension du patient, un isolement social ou une perte d'autonomie.

Le transport des patients est problématique : prévoir une consultation spécialisée demande à ce que le médecin prenne les rendez-vous et prépare les bons de transports. Une telle organisation ambulatoire décentralisée nécessite beaucoup de temps « administratif ». On peut alors s'interroger sur la motivation des médecins généralistes à organiser eux-mêmes une coloscopie.

L'argument financier n'est pas à négliger. Une coloscopie totale avec franchissement de l'orifice iléocolique est remboursée 153,6 euros par l'assurance maladie [51], sans compter les frais liés à l'anesthésie.

Le paiement des transports et des médicaments pourrait freiner les possibilités de la réalisation d'une coloscopie par les patients.

L'hospitalisation semble la voie de recours chez les personnes fragiles avec un déclin cognitif et une perte d'autonomie. L'acceptabilité de l'examen et de l'hospitalisation sont nécessaires.

- le coloscanner

Dans notre étude, une patiente a été récusée d'une coloscopie, dont le motif de refus n'a pas été précisé. Une coloscopie virtuelle a été programmée.

Quelle est la place à l'heure actuelle du coloscanner dans la stratégie de la recherche d'un cancer colorectal ?

La HAS a publié en janvier 2010 une méta-analyse des performances diagnostiques, des indications et des conditions de réalisation de la coloscopie virtuelle [52].

Il s'agit d'un examen tomodensitométrique développé depuis 1994. L'examen se déroule en 4 phases successives qui sont la préparation colique, la distension du côlon par un gaz (insufflation à l'air ou au CO₂), l'acquisition-reconstruction tomodensitométrique et enfin lecture d'examen à l'aide de logiciels dédiés.

La préparation colique associe un régime sans résidu 1 à 2 jours et la prise orale d'un produit de lavage colique.

La revue de la littérature ne rapporte pas d'événement létal associé à la coloscopie virtuelle. La fréquence des complications non létales est de 0,5 pour mille. La perforation colique représentait la complication principale grave.

Les indications de la coloscopie virtuelle selon la HAS en janvier 2010 sont :

- la coloscopie incomplète (5% des cas) (accord professionnel).
- le refus d'exploration par coloscopie après information complète et loyale du patient, pour faire le diagnostic de symptômes coliques
- les co-morbidités, essentiellement cardio-respiratoires, compromettant la sécurité de la coloscopie.

La coloscopie virtuelle n'est pas actuellement un test de première ligne de dépistage organisé des patients à risque moyen et à haut risque selon la HAS. La coloscopie doit être proposée en première intention. L'objectif du coloscanner est d'identifier toute présence de polype ou de masse colorectale. Le coloscanner ne permet pas de prédire le caractère à risque d'une lésion colorectale visualisée. Un examen anatomopathologique de la lésion reste indispensable.

Les contre-indications absolues à la procédure d'insufflation concernent les

situations de suspicion de perforation colique, de syndrome occlusif complet, de sigmoïdite diverticulaire, de colite aiguë, de phase de cicatrisation après polypectomie supracentimétrique ou mucosectomie endoscopique.

D'autres situations nécessitent une appréciation particulière comme les antécédents récents de chirurgie abdominale, herniaire ou de résections colorectales partielles datant de moins de 3 mois, les maladies inflammatoires chroniques intestinales, les lésions proctologiques susceptibles de compromettre la tolérance de l'introduction d'une sonde rectale, une incontinence anale compliquant la phase d'insufflation colique, des troubles mentaux ou une insuffisance respiratoire sévère compromettant la coopération du patient.

La coloscopie virtuelle est moins invasive que la coloscopie et mieux tolérée par les patients. Elle peut être proposée pour l'exploration digestive des personnes âgées fragiles [53].

Interprétation des résultats du coloscanner

La découverte d'un polype de plus de 6 mm ou plus à l'issue d'une coloscopie virtuelle nécessite d'orienter le patient vers une exérèse ou biopsie de cette lésion. Il n'y a pas de consensus pour la conduite à tenir face à un polype de moins de 6 mm.

4.6 Quelques pistes d'amélioration

1- Mieux repérer les sujets âgés anémiques âgés de plus de 65 ans.

Il faudrait informer les médecins généralistes sur le seuil défini de l'anémie afin de débiter les explorations nécessaires précocement, soit 12g/dL chez la femme et 13 g/dL chez l'homme. Les moyens utilisés pourraient être des congrès de formation

médicale continue (FMC), l'envoi de brochures d'informations simples, la mise en place d'alerte sur les résultats des laboratoires par exemple. Toute carence martiale dans la population âgée nécessite des explorations complémentaires digestives.

2- Informer les médecins généralistes que l'âge pris isolément ne constitue pas un critère de non-demande d'une coloscopie.

3- Il paraît indispensable de ne réaliser des explorations invasives comme la coloscopie que chez les patients ayant les réserves fonctionnelles suffisantes et capables de supporter les traitements.

Le médecin généraliste n'a pas forcément le temps de réaliser une évaluation gériatrique globale. L'intérêt de la création d'une échelle d'évaluation serait de classer rapidement les patients en trois catégories comme le propose Balducci afin de déterminer les patients à adresser directement au gastro-entérologue pour une coloscopie, à un gériatre avant une intervention ou à récuser de toute exploration invasive.

4- La création d'un réseau en ville englobant des spécialistes gastro-entérologues entraînés à s'occuper de personnes âgées, anesthésistes, médecins généralistes, assistantes sociales, pharmaciens, gériatres, infirmières et transporteur pourrait optimiser la prise en charge ambulatoire. Le médecin généraliste de premier recours découvre au décours d'un prélèvement sanguin qu'il existe une anémie ferriprive soit de découverte fortuite, soit lorsque la demande a été motivée par des symptômes évocateurs. Il contacterait le réseau afin de mettre en place une prise en charge multi-disciplinaire. Un gériatre évaluerait la balance entre le bénéfice et le risque du traitement chez la personne âgée grâce à des outils d'évaluation

spécialisés tels que l'évaluation globale gériatrique. Un gastro-entérologue serait ensuite contacté qui déciderait de l'hospitalisation pour le geste.

La préparation serait réalisée soit au domicile, soit à l'hôpital, encadrée par du personnel soignant.

Le système pourrait lever quelques obstacles identifiés : l'entraînement des équipes du réseau permettrait d'obtenir des résultats plus performants. Le refus et la crainte du patient pourraient être levés par la rencontre de plusieurs acteurs permettant de rassurer le patient : médecin généraliste, anesthésiste, gériatre et gastro-entérologue.

Il reste le problème financier d'un tel dispositif et la mise à la disposition de moyens humains.

5- Il serait intéressant de compléter notre enquête sur les justifications émanant des spécialistes récusant la réalisation d'une coloscopie à la recherche d'un cancer colorectal afin de savoir s'il s'agit de difficultés techniques liées aux personnes âgées, une contrainte de responsabilité ou d'autres motifs.

5. CONCLUSION

La fréquence de la demande d'une coloscopie par les médecins généralistes est estimée à 70% dans un échantillon de 26 patients âgés de plus de 65 ans évalués en ambulatoire ayant les critères biologiques d'une anémie ferriprive. Ces résultats méritent d'être nuancés au vu des biais, du faible taux de réponse à l'enquête et de la taille réduite de l'échantillon.

Une étude qualitative téléphonique complémentaire auprès de 31 médecins généralistes révèle que la non-demande d'une coloscopie par les médecins généralistes est influencée par la polyopathie, l'état général altéré, la difficulté à l'organisation d'une coloscopie, les troubles cognitifs et l'âge avancé.

L'âge avancé à lui seul ne doit pas être un critère récusant la demande de coloscopie. La polyopathie, le mauvais état général sont des freins à la demande d'une coloscopie et nécessitent une évaluation gériatrique globale préalable avant une intervention.

Des améliorations sont suggérées. Une information sur les valeurs seuils définissant une anémie ferriprive du sujet âgé permettrait aux médecins généralistes de cibler plus largement les patients, en incluant les sujets ayant une anémie peu profonde, c'est à dire 12g/dL chez la femme et 13g/dL chez l'homme. Une alerte du laboratoire d'analyses biologiques pourrait signaler sur les résultats l'indication à la réalisation d'une coloscopie en cas d'anémie ferriprive chez un sujet âgé de plus de 65 ans. Un programme d'information des médecins permettrait de limiter la demande d'examen complémentaires peu utiles pour le diagnostic et l'exploration d'une anémie ferriprive chez le sujet âgé de plus de 65 ans, tels que la recherche de saignement occulte dans les selles ou le dosage du fer sérique.

La difficulté de l'organisation d'une coloscopie pourrait être améliorée par la création d'un réseau pluri-disciplinaire médico-social avec des médecins généralistes, gériatres, spécialistes gastro-entérologues, mais dont l'inconvénient serait le coût de

l'investissement matériel et humain.

L'hétérogénéité de la population âgée et l'absence d'outils d'évaluation simples des réserves fonctionnelles des patients rendent la demande de coloscopie variable selon la pratique des médecins généralistes interrogés.

Pour les personnes âgées fragilisées, les progrès du coloscanner rendent cet examen intéressant en cas de difficultés pour la réalisation une coloscopie.

Le recensement des motifs récusants une coloscopie chez les sujets âgés de plus de 65 ans par les spécialistes pourrait faire l'objet d'une étude complémentaire qui pourrait expliquer les raisons du nombre moins important de coloscopies réalisées par rapport au nombre de coloscopies demandées par les médecins généralistes dans notre enquête.

Il faut cependant garder à l'esprit que toutes les personnes âgées ne sont pas candidates à une prise en charge invasive d'un cancer colorectal révélé par une anémie ferriprive. Il paraît indispensable de réserver la coloscopie aux patients ayant les réserves fonctionnelles suffisantes et capables de supporter les traitements, sans altérer leur qualité de vie.

6. BIBLIOGRAPHIE

[1] PIGNON, T., RAFARAMINO, F., SCALLIET, *Cancer et sujets âgés.*

Prise en charge. Aspects décisionnels. Rev Méd Interne, 2000, vol.21, p.765-76

[2] SINGH, H. *Missed Opportunities to initiate endoscopic Evaluation for Colorectal Cancer Diagnosis.* Am J Gastroenterol, 2009, vol.104, p.2543-2554.

[3] WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS UNIVERSITY/UNICEF.

Geneva: WHO. *Iron deficiency anaemia, assessment, prevention and control: a guide for programme managers.* [consulté le 25 avril 2011]. Mis à jour en 2001.

Disponible sur

<http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf>

[4] GURALNIK, J., ERSHLER, W., SCHRIER, S., et al. *Anemia in the elderly : a*

public health crises in Hematology. American Society of Hematology. [consulté le 24 avril 2011]. Disponible sur

<<http://asheducationbook.hematologylibrary.org/cgi/reprint/2005/1/528.pdf>>

[5] PAUTAS, E. [En ligne]. *Anémie du sujet âgé.* [consulté le 25 avril 2011]. Mis à jour

le 17 février 2010. . Disponible sur

<<http://www.longuevieetautonomie.com/ww/1266393042933918.pdf>>

[6] BORNAND-ROUSSELOT, A., MAGNIER, G. *Les anémies du sujet âgé.* Annales de biologie clinique, juillet août 1997, vol.55, n°4, p.305-309.

[7] EZEKOWITZ, J., Mc ALISTER, F., ARMSTRONG, P. *Anaemia is common in heart failure and is associated with poor outcomes: insights from a cohort of 12,065 patients with a new-onset heart failure*. Circulation, 2003, vol.107, p.223–225

[8] ABASSADE, P., RABENIRINA, F., GARCON, P., et al. *L'anémie dans l'insuffisance cardiaque*. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie, November 2009, Vol.58, Issue 5, p.289-292

[9] PETERS, R., BURCH, L., WARNER, J., et al. Haemoglobin, anaemia, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. BMC Geriatr., 2008 Aug 8, Vol.8, p.18.

[10] ATTI, A.R., PALMER, K., VOLPATO, S., et al. *Anaemia increases the risk of previous dementia in cognitively intact elderly*. Neurobiology of Aging, February 2006, Vol.27, Issue 2, p.278-284

[11] CULLETON, B., MANNIS, B., ZHANG, J., et al. *Impact of anemia on hospitalization and mortality in older adults*. Blood, 15 May 2006, Vol.107, N°10, p.3841-3846.

[12] BALDUCCI, L., EXTERMANN, M. *Management of cancer in the older person : a practical approach*. Oncologist 2000, vol.5, p.224-37.

[13] PANDYA, N., BOOKHART, B., MODY, S., FUNK ORSINI, P., et al. *Study of anemia in long-term care (SALT): prevalence of anemia and its relationship with the risk of falls in nursing home residents*. Current Medical Research and Opinion, 2008, Vol.24, N°8, p.2139-2149

[14] DHARMARAJAN, T.S., AVULA, S., NORKUS, E.P. *Anemia Increases Risk for Falls in Hospitalized Older Adults: An Evaluation of Falls in 362 Hospitalized, Ambulatory, Long-Term Care, and Community Patients*. Journal of the American Medical Directors Association March 2007, Vol.8, Issue 3 SUPPL. 2, p.e9-e15

[15] ESPANEL, C., KAFANDO, E., HERAULT, B., et al. *Anémies ferriprives : signes d'appel, diagnostic et prise en charge*. Transfusion Clinique et Biologique, 2007, vol.14, p.21–24

[16] Zandecki, M. *Thrombocytoses réactionnelles et thrombocytémie essentielle* [consulté le 25 avril 2011]. Mis à jour en janvier 2007. Disponible sur http://www.med.univ-angers.fr/discipline/lab_hema/PATHOL2007/LEUCO/20TE.htm

[17] JOLOBE, OMP. *Does this elderly patient have iron deficiency anaemia, and what is the underlying cause?* Postgraduate Medical Journal, 2000, vol.76, p.195-198.

[18] BARBARE, J.C. *Hyperferritinémie à saturation transferrine normale*. Association nationale des hépato-gastro-entérologues des hôpitaux généraux. [consulté le 25 avril 2011]. Mis à jour le 15 Octobre 2004, disponible sur <http://www.angh.org/hyperferritinemie/saturation-transferrine-normale.html>

[19] – NAHON, S. AGRET, S. *Bilan digestif des patients ayant une anémie ferriprive*. Hépatogastro, septembre 2003, Vol.10, N°5, p.353-9, mini revue1

[20] HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE – ABRÉGÉS CONNAISSANCES ET PRATIQUE. *Item 297 – Anémie*. Editions Masson – Elsevier, 30 avril 2009, chapitre 31, p1-9. [Consulté le 25 avril 2011]. Disponible sur http://www.snfge.asso.fr/05-Interne-Chercheurs/0B-internes-etudiants/abrege/PDF/CDU_31_item_297.pdf

[21] MAGNIER, G., PAUTAS, E., BORNAND-ROUSSELOT, A. *Faisabilité, tolérance et intérêt de la gastroscopie et coloscopie couplées chez le sujet de plus de 80 ans*. La Revue de gériatrie, 1998, vol.23, n°10, p.885-890.

[22] MUKHOPADHYAY, D., MOHANARUBAN, K. *Iron deficiency anaemia in older people: investigation, management and treatment*. Age and Ageing, 2002, vol.31, p.87-91.

[23] Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. *Dépistage organisé du cancer colorectal en France*. [consulté le 25 avril 2011]. Mis à jour le 13 janvier 2009, N° 2-3. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2009/02_03/beh_02_03_2009.pdf

[24] APARICIO, T. *Prise en charge des cancers colorectaux chez le sujet âgé : actualités*. Oncologie, 2010. Vol.12, n.10, p.609-614.

- [25] SHANKAR, A., TAYLOR, I. *Treatment of colorectal cancer in patients aged over 75*. Eur J Surg Oncol, 1998, vol.24, p.391-5.
- [26] – COBAN, E., TIMURAGAOGLU, A., MERIÇ, M. *Iron Deficiency Anemia in the Elderly : Prevalence and Endoscopic Evaluation of the Gastrointestinal Tract in Outpatients* . Acta Haematol, 2003, vol.110, p.25–28
- [27] SPYCKERELLE, Y. *Carence martiale chez les sujets de plus de 60 ans – Etude descriptive dans la population consultant les centres d'examens de santé*. Gastroenterol Clin Biol, 2000, vol.24, p.709-713.
- [28] GUYATT, GH., PATTERSON, C., ALI, M., et al. *Diagnosis of iron-deficiency anemia in the elderly*. Am J Med, 1990, vol.88, p.205-9.
- [29] HOLYOAKE, TL., STOTT, DJ., MCKAY, PJ., et al. *Use of plasma ferritin concentration to diagnose iron deficiency in elderly patients*. J Clin Pathol, 1993, vol.46, p.857-60.
- [30] RUIVARD, M., et al. *Diagnostic de la carence en fer : évaluation du rapport « récepteur soluble de la transferrine/ferritine*. La Revue de Médecine Interne, Octobre 2000, vol.21, N° 10, p.837-843.
- [31] AMELI.FR [en ligne] *Points de repère n° 19 - les données 2007 du codage de la biologie médicale*. [consulté le 25 avril 2011]. Mis à jour en octobre 2009. Disponible sur <http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_19.pdf>

[32] BIOLOGIE MEDICALE NOMENCLATURE DES ACTES [en ligne]. [consulté le 25 avril 2011]. Disponible sur

<www.codage.ext.cnamts.fr/f_mediam/fo/nabm/DOC.pdf>

[33] FMC - *Anémie microcytaire* [en ligne]. [Consulté le 25 avril 2011]. Disponible sur

<<http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/Hemato/DES/B3.pdf>>

[34] ADECA. *Lavement baryté*. [en ligne]. [Consulté le 25 avril 2011]. Disponible sur

<http://www.adeca68.fr/prevention_et_depistage/le_depistage_du_cancer_colorectal/radiologie/lavement_baryte.104.html>

[35] OKEN, M.M., CREECH, R.H., TORMEY, D.C., et al. *Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group*. Am J Clin Oncol, 1982, vol.5, p.649-655.

[36] European Society for Medical Oncology. Performance scales (Karnofsky, ECOG-WHO-Zubrod). [consulté le 26 avril 2011]. Disponible sur

<<http://www.esmo.org/career/practice-tools/non-interactive-practice-tools/karnofsky-ecog-scores.html>>.

[37] HAS – Haute Autorité de santé [En ligne]. *Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population. Recommandations*. [consulté le 25 avril 2011]. Mis à jour en avril 2004. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/endoscopie_2004_recommandations_mise_en_forme_2006.pdf>

[38] AMERICAN SOCIETY FOR GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY GUIDELINE.

Modifications in Endoscopic Practice for the Elderly - Gastrointestinal Endoscopy, 2006, vol.63, p.566-569.

[39] SIMMONDS, PD., et al. *Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review*. The Lancet, 16 septembre 2000, vol.356, N° 9234 , p.968-974.

[40] MITRY, E. *Cancer colorectal et sujets âgés*. Bulletin du Cancer, 2007, Vol.95, p.70-3.

[41] HESSMAN, O., BERKVIST. L., STRÖM, S. *Colorectal cancer in patient over 75 years of age - determinant of outcome*. Eur J Surg Oncol, 1997, vol.23, P.13-19.

[42] CHAIBI, P., TAGZIRT, M., PIETTE, F.. *L'évaluation gériatrique des patients âgés atteints d'affections malignes : une démarche graduée*. Oncologie, 2007, vol.9, p.209–213

[43] PASETTO, L-M., MONFARDINI, S. *Colorectal cancer screening in elderly patients: When should be more useful?* Cancer Treatment Reviews, octobre 2007, vol.33, n° 6, p.528-532.

[44] FALANDRY, C., et al., *L'évaluation gériatrique est-elle adaptée à la radiothérapie ?* Cancer/Radiothérapie, novembre 2008, vol.12, n° 6-7, p.541-547.

[45] GUPTA, S., LAMONT, B. *Patterns of Presentation, Diagnosis, and Treatment in Older Patients with Colon Cancer and Comorbid Dementia*. Journal of the American Geriatrics Society, 2004, vol.52, N° 10, p.1681-1687.

[46] YOONG, KKY., HEYMANN T. *Colonoscopy in the very old: why bother ?* Postgrad Med J, 2005, vol.81, p.196–197

[47] A. KIRCHGATTERER, D. HUBNE, G. ASCHL, et al. *Colonoscopy and Sigmoidoscopy in Patients Aged Eighty Years or Older*, 2002, vol.40, N° 12, p.951-956

[48] DUNCAN, J., et al. *Colonoscopy in the Elderly: Low Risk, Low Yield in Asymptomatic Patients*. Diseases of the Colon & Rectum, 2006, vol.49, n.5, p.646-651.

[49] GAY, G. *Les complications de la coloscopie*. Acta Endoscopica, 2000, Vol.30, n°3, p.203

[50] ABITBOL, V. *Intérêts et risques de la coloscopie chez la personne âgée*. La Revue de gériatrie, 1998, vol. 23, n° 9, p.817-822

[51] AMELI.FR [en ligne] *CCAM en ligne version 23*. [consulté le 25 avril 2011]. Mis à jour le 25 janvier 2010. Disponible sur http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAMV23.pdf

[52] – HAS – haute autorité de santé [en ligne] - *COLOSCOPIE VIRTUELLE - Méta-analyse des performances diagnostiques - indications et conditions de réalisation - avis sur les actes* - mis à jour en janvier 2010. [consulté le 24 avril 2011]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/avis_coloscopie_virtuelle.pdf>

[53] MC CORMICK, L., DAVID, S. *Anemia in elderly patients*. Clin Med, 2007, vol.7, p.501-504

ANNEXE 1

formulaire type complété par le médecin biologiste et envoyé par le médecin biologiste aux médecins généralistes

M. Suonara KHUNG, le 12 octobre 2010

via le Laboratoire LCD – Supervision par Dr Corcos – Médecin biologiste

TRAVAIL DE THESE - MEDECINE GENERALE

Cher confrère,

Je suis interne pour le DES de médecine générale à Paris VII.

-Ma thèse vise à estimer le taux de demande d'une coloscopie par les médecins généralistes chez des patients âgés de plus de 65 ans présentant une anémie ferriprive et les motifs de non réalisation

-La HAS (février 2008) recommande une coloscopie avec biopsie pour tout patient âgé de plus de 50 ans présentant une anémie ferriprive.

-Je cible mon travail à la population gériatrique.

Le tableau indique le(s) patient(e)s présentant une anémie ferriprive.

	Age	sexe	Hb g/dL	Coloscopie demandée (1)	Coloscopie réalisée (2)	<u>Si non</u> , motif de non demande ou de non réalisation
Mme XXX	80	F	10,5	Oui - Non	Oui - Non	
M. XXX	70	M	11,2	Oui – Non	Oui - Non	
Mme XXX	78	F	9,8	Oui - Non	Oui - Non	

(1) coloscopie demandée : une lettre au spécialiste ou une ordonnance pour coloscopie a été rédigée

(2) coloscopie réalisée : une coloscopie a été demandée et elle a été réalisée (remplir oui) ou n'a pas été réalisée (refus du spécialiste par exemple)

Merci de bien vouloir EFFACER LA PREMIERE COLONNE COMPORTANT LES NOMS DES PATIENTS avant retour (noircir la première colonne).

Retour :

fax : numéro du fax - Hôpital René Muret, service de gériatrie aiguë, Sevran

mail : adresse mail

MERCI pour votre PARTICIPATION.

Bien confraternellement,
Suonara KHUNG, thésard

ANNEXE 2

méthodologie de l'étude envoyée aux médecins généralistes par le thésard

EXPEDITEUR : M. Suonara KHUNG – (*numéro du fax*) le 21/10/2010

Interne en médecine générale à Paris 7, UFR Bichat

Tél :

Mail : A l'attention du Dr.

TRAVAIL DE THESE – METHODOLOGIE

Cher(e) confrère,

merci de recevoir le détail de la méthodologie de ma thèse sur l'anémie ferriprive du sujet âgé.

Directeur de thèse :

Dr Hervé Moula, médecin généraliste, maître de stage à la faculté paris VII Bichat
(*adresse téléphone*)

Avis favorable de la commission des thèses Paris VII du 15/09/2010.

Objectif :

déterminer en médecine ambulatoire la fréquence de réalisation d'une coloscopie chez des patients âgés de plus de 65 ans présentant une anémie ferriprive par les médecins généralistes et les motifs de non réalisation.

Justification :

La [HAS - février 2008](#) recommande la réalisation d'une coloscopie chez les patients âgés de plus de 50 ans présentant une anémie ferriprive.

Je concentre mon travail sur le groupe des patients gériatriques âgés de plus de 65 ans.

Méthode utilisée :

1- au niveau du laboratoire : constitution d'un échantillon de patients âgés de plus de 65 ans,

présentant une anémie ferriprive Hb<12g/dL chez la femme, Hb<13g/dL chez l'homme et ferritinémie abaissée (< aux normes du laboratoire) rétrospectivement sur les 5 dernières années, avec le nom du médecin généraliste qui a prescrit la numération.

Important : Je ne dispose pas de liste nominative de vos patients. Seule une liste des médecins généralistes ayant des patients dans ces critères m'a été transmise.

2- Je contacte les médecins généralistes.

Je transmets les numéros de fax des médecins généralistes au médecin biologiste.

3- Le médecin biologiste envoie directement à partir du laboratoire aux médecins généralistes volontaires un formulaire intégrant une liste nominative de leurs patients.

4- Le tableau est complété par les données médicales : coloscopie demandée oui/non, coloscopie réalisée oui/non, motif de non demande ou de non réalisation de la coloscopie.

5- Le médecin généraliste efface la partie nominative et me renvoie le tableau anonymisé sur le fax de l'hôpital gériatrique R. Muret à Sevran (93) : (*numéro du fax*).

Détails sur la confidentialité des données :

L'expédition du formulaire intégrant la liste nominative des patients se fait uniquement entre le médecin biologiste et le médecin généraliste à partir du fax du laboratoire.

Le médecin généraliste effaçant les noms, je récupère donc un tableau anonymisé sur lequel je peux alors commencer mon travail statistique. Dans la thèse, aucun nom de médecin généraliste ne sera cité.

Le formulaire avec la liste nominative vous a été envoyé à partir du laboratoire d'analyse médicale - cf. bordereau d'envoi- (adresse) par Dr Corcos, médecin biologiste (*numéro du fax*).

Je n'ai pas connaissance du nom de vos patients de ce formulaire.

Je reste à votre disposition pour d'autres précisions et vous remercie pour votre éventuelle participation.

bien confraternellement,

Suonara KHUNG, thésard.

ANNEXE 3 : Indice de Karnofsky et OMS.

Status	Karnofsky	Grade	ECOG
Normal, no complaints	100	0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
Able to carry on normal activities. Minor signs or symptoms of disease	90	1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
Normal activity with effort	80		
Care for self. Unable to carry on normal activity or to do active work	70	2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
Requires occasional assistance, but able to care for most of his needs	60		
Requires considerable assistance and frequent medical care	50	3	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
Disabled. Requires special care and assistance	40		
Severely disabled. Hospitalization indicated though death nonimminent	30	4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
Very sick. Hospitalization necessary. Active supportive treatment necessary	20		
Moribund	10		
Dead	0	5	Dead

European Society for Medical Oncology. Performance scales (Karnofsky, ECOG-WHO-Zubrod). [consulté le 26 avril 2011]. Disponible sur <<http://www.esmo.org/career/practice-tools/non-interactive-practice-tools/karnofsky-ecog-scores.html>>

7. RÉSUMÉ

L'anémie ferriprive touche 3,5% à 7,6% des sujets âgés de plus de 65 ans. Elle révèle un cancer colorectal dans 6% à 8% des cas. Ce cancer se place au troisième rang des cancers selon l'InVS. Son incidence augmente avec l'âge à partir de 50 ans. Une coloscopie totale est recommandée par la Haute Autorité de Santé.

Selon Singh, un retard à la réalisation d'une coloscopie d'une médiane de 393 jours ayant entraîné un retard diagnostic a été constaté dans leur échantillon de sujets âgés de plus de 65 ans alors qu'ils présentaient au préalable une anémie ferriprive.

Notre étude a consisté à estimer la fréquence de la demande d'une coloscopie dans un échantillon de 26 patients suivis en ville ayant les critères biologiques d'une anémie ferriprive. Nous avons ensuite interrogé les 17 médecins généralistes qui les suivaient. Dans notre échantillon, une coloscopie ou une consultation de gastro-entérologie ont été proposées dans 70% des cas. Notre étude a comporté des limites liées à la faible taille de l'échantillon et à un taux de réponse de 48%.

Une étude complémentaire par téléphone auprès de 31 médecins généralistes a montré que la polyopathie, l'état général altéré, la difficulté à l'organisation d'une coloscopie, les troubles cognitifs et l'âge avancé tendent à limiter la demande de coloscopie par les médecins généralistes chez les sujets âgés de plus de 65 ans ayant une anémie ferriprive.

Une information des médecins généralistes sur les seuils définissant l'anémie, des alertes des laboratoires d'analyses biologiques, la création d'un réseau prenant en charge les personnes âgées ayant une indication à une coloscopie par une équipe pluridisciplinaire seraient des améliorations envisageables.

8. MOTS-CLES

Anémie ferriprive, Médecine générale, Coloscopie, Cancer colorectal.

7. RÉSUMÉ

L'anémie ferriprive touche 3,5% à 7,6% des sujets âgés de plus de 65 ans. Elle révèle un cancer colorectal dans 6% à 8% des cas. Ce cancer se place au troisième rang des cancers selon l'InVS. Son incidence augmente avec l'âge à partir de 50 ans. Une coloscopie totale est recommandée par la Haute Autorité de Santé.

Selon Singh, un retard à la réalisation d'une coloscopie d'une médiane de 393 jours ayant entraîné un retard diagnostique a été constaté dans leur échantillon de sujets âgés de plus de 65 ans alors qu'ils présentaient au préalable une anémie ferriprive.

Notre étude a consisté à estimer la fréquence de la demande d'une coloscopie dans un échantillon de 26 patients suivis en ville ayant les critères biologiques d'une anémie ferriprive. Nous avons ensuite interrogé les 17 médecins généralistes qui les suivaient. Dans notre échantillon, une coloscopie ou une consultation de gastro-entérologie ont été proposées dans 70% des cas. Notre étude a comporté des limites liées à la faible taille de l'échantillon et à un taux de réponse de 48%.

Une étude complémentaire par téléphone auprès de 31 médecins généralistes a montré que la polyopathie, l'état général altéré, la difficulté à l'organisation d'une coloscopie, les troubles cognitifs et l'âge avancé tendent à limiter la demande de coloscopie par les médecins généralistes chez les sujets âgés de plus de 65 ans ayant une anémie ferriprive.

Une information des médecins généralistes sur les seuils définissant l'anémie, des alertes des laboratoires d'analyses biologiques, la création d'un réseau prenant en charge les personnes âgées ayant une indication à une coloscopie par une équipe pluridisciplinaire seraient des améliorations envisageables.

8. MOTS-CLES

Anémie ferriprive, Médecine générale, Coloscopie, Cancer colorectal.