DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL – MARS BLEU

DR DOMINIQUE CHASLIN FERBUS - GASTROENTÉROLOGUE

DR SYLVAIN TEILLET - MÉDECIN COORDONNATEUR CRCDC CVL

CPTS'O
COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ ORLÉANAISE

Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Loiret

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination
Centre-Val de Loire

LA LIGUE CONTRE LE CANCER

LES DÉPISTAGES ORGANISÉS

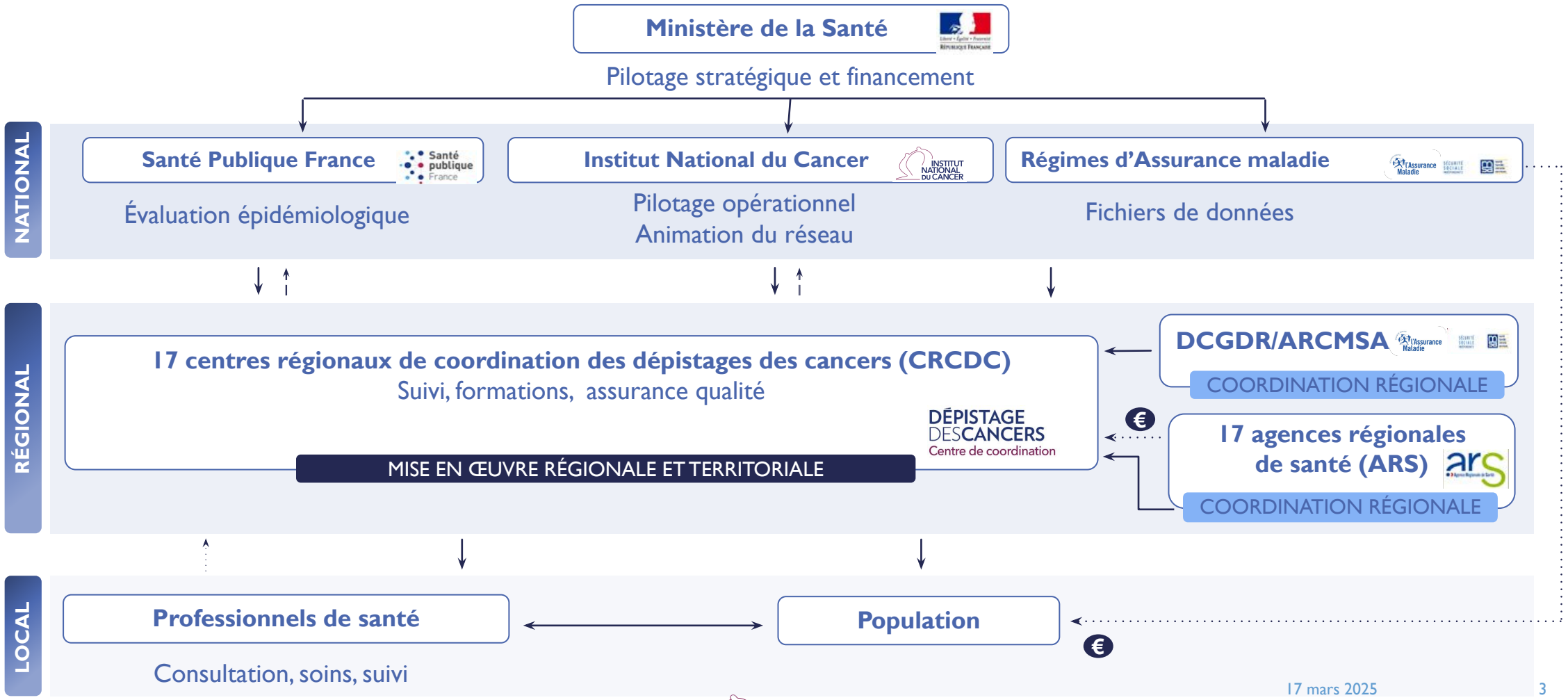
- 3 Cancers ciblés par un programme national de dépistage :

- cancer du sein
- cancer colorectal
- cancer du col de l'utérus

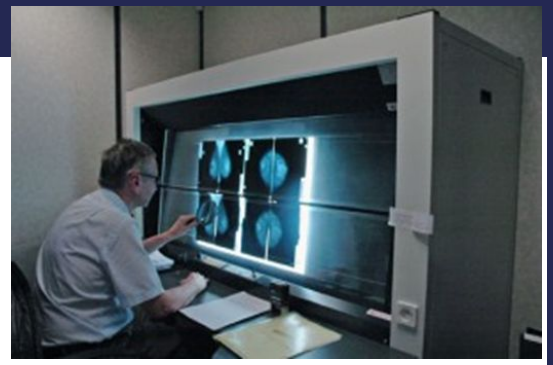
Pourquoi ces trois cancers?

- Ce sont des cancers fréquents, entrainant une forte mortalité.
- Des traitements sont possibles.
- Des moyens de dépistage sont connus : ils sont acceptables, fiables, sans danger et peu couteux.

L'ORGANISATION DU PNDO



RÔLES DU CRCDC



Centre de deuxième lecture pour les mammographies

Vérification des formations des radiologues et des contrôles de leurs appareils

Recueil des résultats et suivi des dossiers positifs

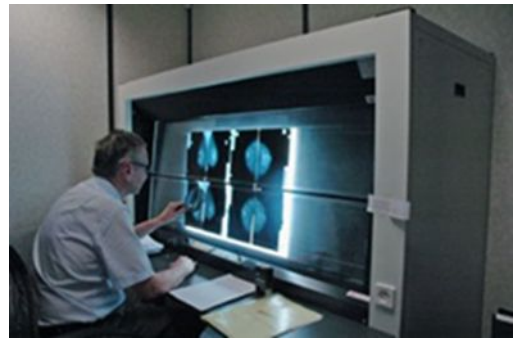
Information des professionnels de santé et sensibilisation du grand public

Transmission des données à Santé Publique France pour l'évaluation nationale des programmes.

- Les missions du CRCDC sont encadrées par un cahier des charges.

- Intégration dans la base de données de tous les résultats des tests de dépistages : mammographie, test de recherche de sang dans les selles, test cytologique, test HPV
- Recueil des examens réalisés suite aux dépistages positifs et enregistrement des examens dans la base de données : mammographie/échographie complémentaire, coloscopie, anapath de la biopsie
- Recueil et enregistrement des traitements réalisés : anapath de la chirurgie, radio/chimiothérapie.
- Contact des professionnels ou des patients en cas de contrôle non réalisé.
- Transmission de ces données pseudonymisées à SPF pour évaluation des programmes.

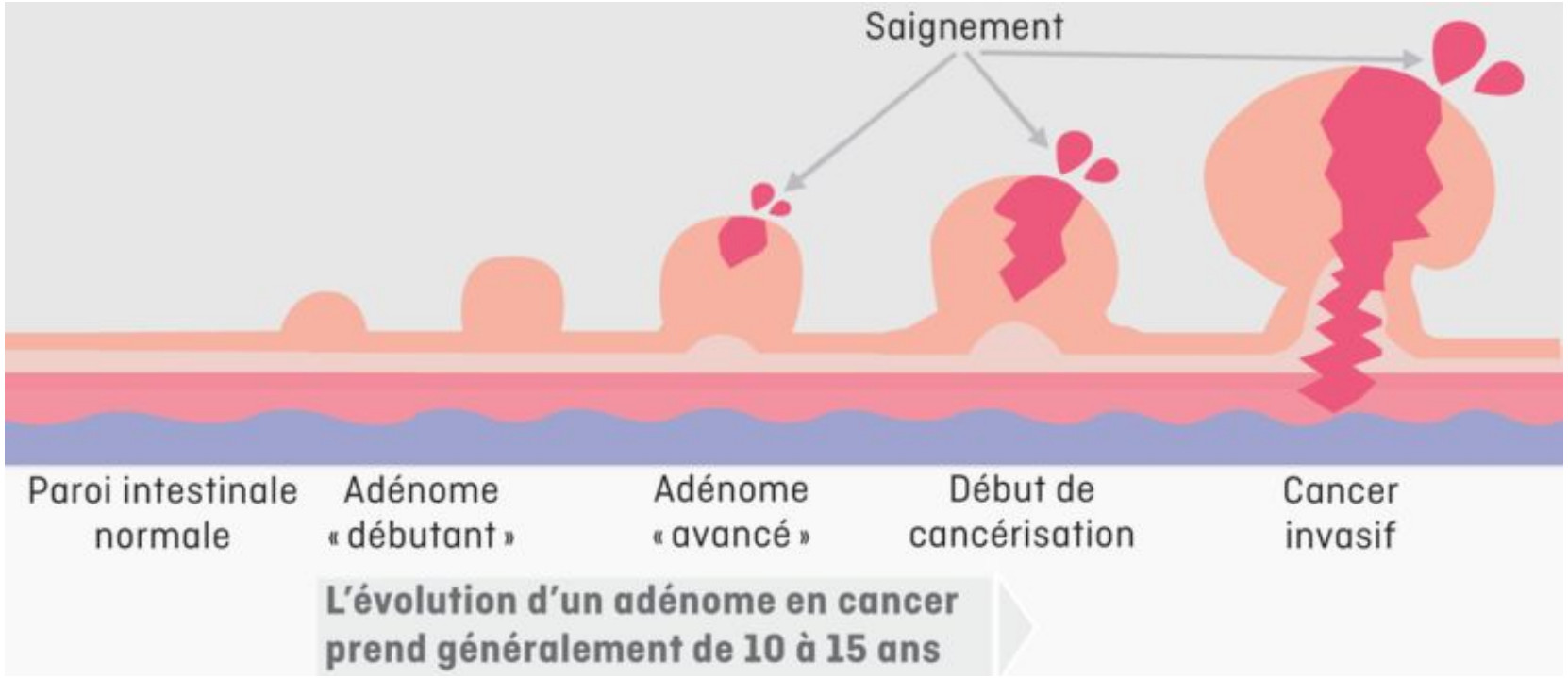
- Organisation de la seconde lecture des mammographies de dépistage.
- Contrôle qualité des dispositifs liés au dépistage.
- Information et formation des professionnels de santé
- Information, sensibilisation de la population
- Actions de lutte contre les inégalités de santé et actions d'aller-vers



PARADOXES du cancer colorectal

- CANCER TRES FREQUENT et TRES GRAVE : 30 à 40 morts par jour en France, soit plus que les accidents de voitures
- 2ème cause de cancer chez la femme, 3ème chez l'homme mais 1ère cause de mortalité par cancer dans le monde
- Par comparaison :
  - 60 000 cancers du sein, 12 000 décès
  - 23000 cancers du colon chez les femmes, 8000 décès
- POURTANT cancer évitable : seul cancer où l'on sait ce qu'il y a AVANT
- AVANT le cancer, il y a une tumeur bénigne le polype qui met 5 à 10 ans à devenir un cancer, si on ôte le polype (et ceci peut se faire par les voies naturelles) on évite le cancer, mais le polype ne donne aucun symptôme

DEVELOPPEMENT D'UN CANCER COLORECTAL



QUIZZ 1

- 1/ Mortalité par cancer colorectal ? 30 à 40 morts/jour (supérieure aux accidents de voiture)

  VRAI ou FAUX

- 2/ tests immunochimiques QUALITATIFS (réalisés par les laboratoires de biologie type hemoccult) doivent être considérés comme obsolètes

  VRAI ou FAUX

- 3/ Pour trouver une néoplasie colique avancée il faut : **2,5 FIT** (test immunologique QUANTITATIF de recherche de sang dans les selles) ou **14 coloscopies**

  VRAI ou FAUX

QUIZZ 2

FIT+ diminue le risque de mortalité spécifique par CCR de :

- 70%
- 40%
- 15%

FIT+ diminue l incidence du CCR de :

- 72%
- 40%
- 18%

QUIZZ 3

- Cancers invasifs détectés à un stade précoce

  soit stades locaux 1 et 2 (RAPPEL SURVIE A 5 ANS 90,2%)

  - détectés par coloscopie : 20% ? 45% ? 70% ?
  - détectés par FIT+ : 20 % ? 45% ? 70% ?

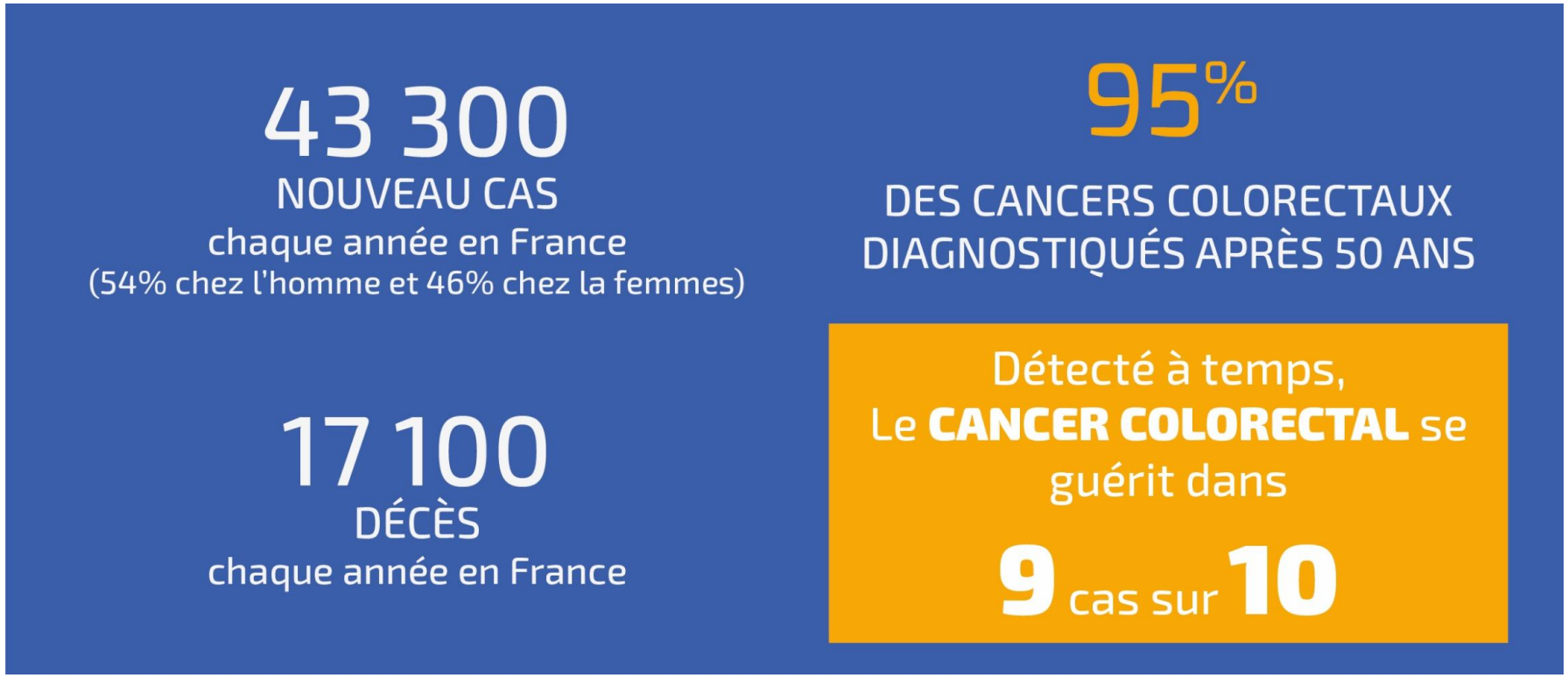
EPIDEMIOLOGIE 1

- CCR 1,9 million de nouveaux cas par an, 900 000 décès/an dans le monde
- France 2023 47582 cas (26212 hommes, 21370 femmes)
  - âge médian au diagnostic 71 a (h), 72 a (f)
  - 3ème cause de cancer chez homme, 2éme chez femme (11% des K féminins)
  - Mortalité (2018) 17100 (9200 h, 7900 f)
  - Depuis 1980 diminution de la mortalité (de 5%) mais augmentation incidence (x2)
  - FRANCE (225 registres 54 pays) : est parmi les pays ayant les meilleurs taux de survie
  - Survie à 5ans 63% (54% entre 1989 et 1997)

EPIDEMIOLOGIE 2

- Seul 1 cancer sur 5 dépisté à un stade précoce
- La plupart se développe sur lésions précancéreuses
  - polypes adénomateux avancés cad >10mm et/ou DHG et/ou contingent villeux >25%
  - polypes festonnés>1cm et/ou dysplasiques
- Exceptionnellement lésion de novo directement cancéreuse
- REPARTITION: 80% sporadiques, 15%cancers familiaux (risque élevé), 5%génétique (risque très élevé) cf infra

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL



Programme national de dépistage organisé depuis 2008

LES FACTEURS DE RISQUE

L'âge

- Plus de 50 ans

Mutations génétiques

- Syndrome de Lynch
- Polypose adénomateuse familiale

Maladies inflammatoires chronique de l'intestin (MICI)

- Maladie de Crohn
- Rectocolite hémorragique

Antécédents familiaux

- Adénome rectocolique > 10 mm chez un ou plusieurs parents du 1er degré
- Cancer colorectal chez un parent 1er degré ou plusieurs parents du 1er degré quelque soit l'âge (ou plusieurs parents du 2éme degré si un de moins de 60 ans)

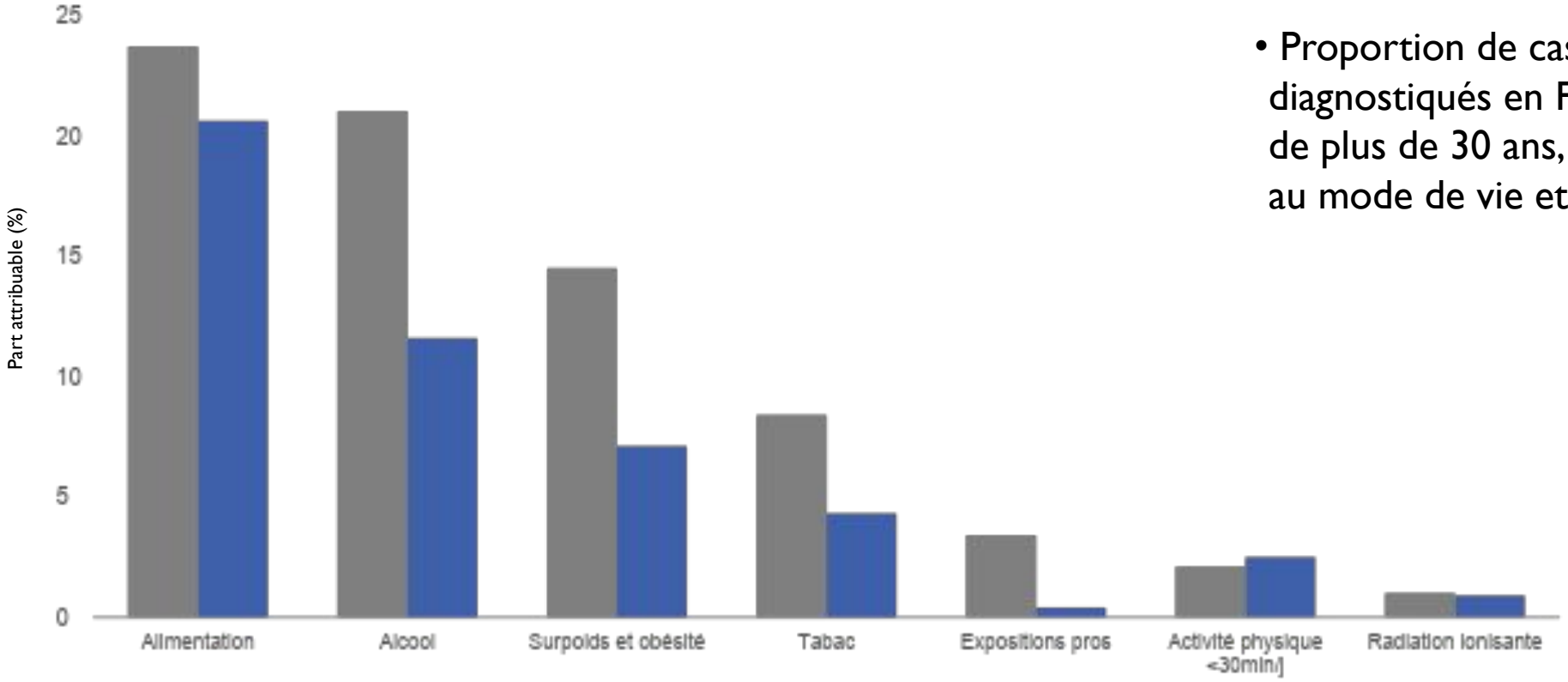
Antécédents personnels

- Adénomes de diamètre > 10 mm, ou exérèse d'au moins deux adénomes, quels que soient leur taille.
- Cancer colorectal
- Acromégalie

Source : Fiche mémo – Cancer colorectal : modalité de dépistage et prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé, HAS, 2017

LES FACTEURS DE RISQUE

Part attribuable (%) au mode de vie et à l'environnement

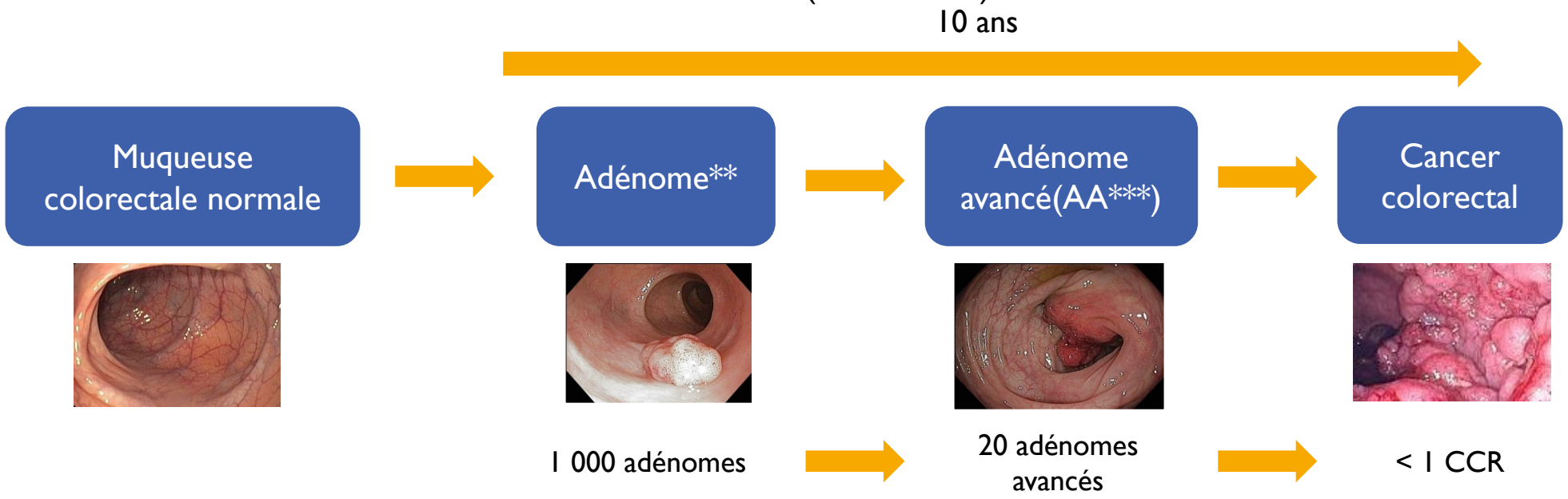


- Proportion de cas de cancers incidents diagnostiqués en France en 2015 chez les adultes de plus de 30 ans, attribuables à des facteurs liés au mode de vie et à l'environnement

Source : Proportions de cas de cancers incidents diagnostiqués attribuables à des facteurs liés au mode de vie et à l'environnement, CIRC, 2018

L'HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE

- 1 personne sur 20 à 30 va développer un cancer colorectal dans sa vie
- Le CCR touche 4 % des hommes et 2 % des femmes (vie entière)

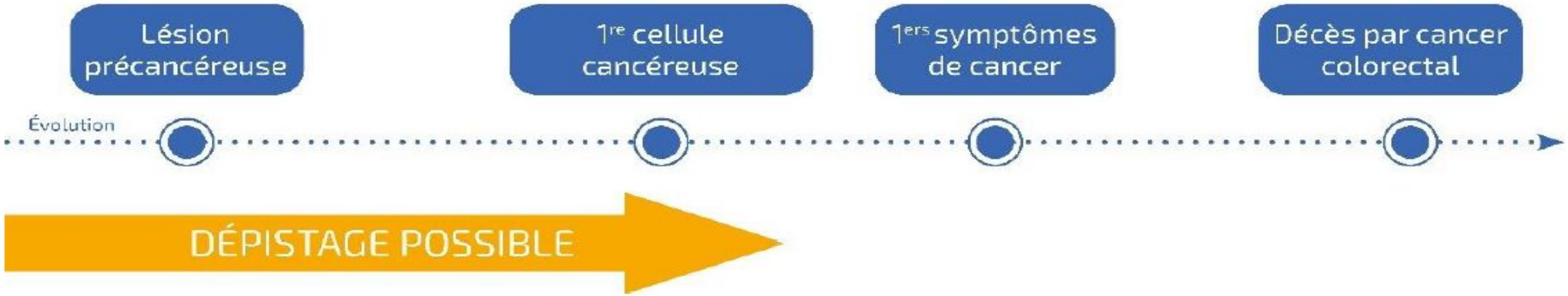


*Taux de transition annuel médian
** L'adénome est une tumeur épithéliale bénigne : ses critères morphologiques (taille, composante villeuse, degré de dysplasie) influencent le risque de survenue de cancer
*** L'adénome avancé est un adénome de taille ≥ 10 mm ou un contingent villeux supérieur à 25 %, ou avec une dysplasie de haut grade, ou un carcinome in situ. Ceux qui se transforment sont appelés adénocarcinomes (tumeur maligne)

Source : Li et al., A systematic review of worldwide natural history models of colorectal cancer: classification, transition rate and a recommendation for developing Chinese population-specific model, 2017
Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018, Francim / HCL / SpF / INCa, 2019

DÉPISTAGE DESCANCERS
Centre de coordination
Centre-Val de Loire

E DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL



AVANTAGES DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

- Cancers évités grâce à la détection de lésions précancéreuses (les adénomes)
- Traitements moins lourds et plus efficaces
- Séquelles moindres
- Années de vie préservées
- Décès évités

ADIEU TEST QUALITATIF ! VIVE LE FIT

En France début dépistage 2009 avec Hemoccult/passage test immunologique quantitatif en 2015

Exemple d'une étude comparant Hemoccult/FIT/coloscopie

Hemocult + 29% de néoplasies avancées,

3,5 colo pour trouver une néoplasie avancée (57% de colo inutiles)

FIT + 40% de néoplasies avancées,

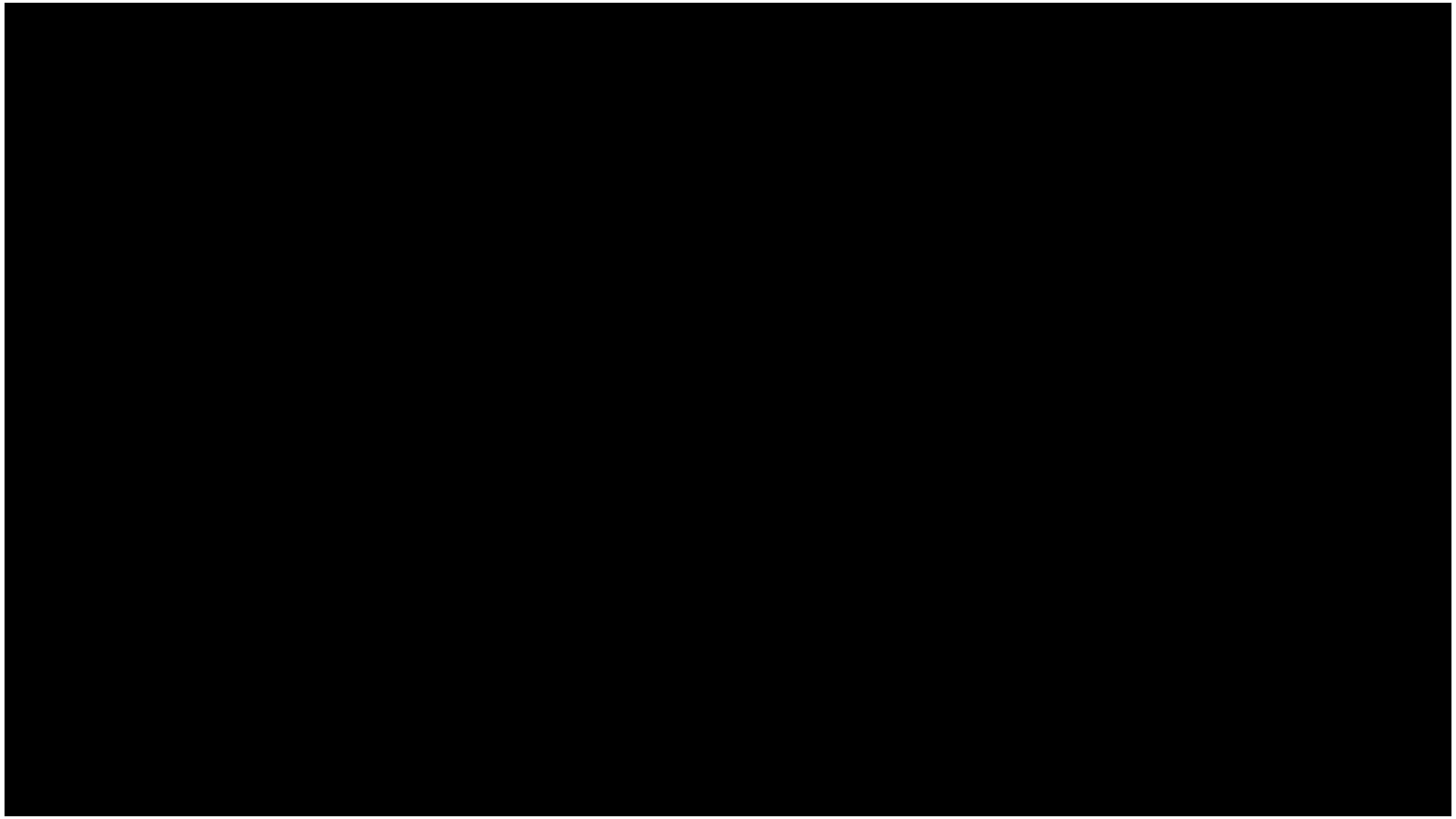
2,5 colo pour une néoplasie avancée(43% de colo inutiles)

Coloscopie : 14 coloscopies pour 1 néoplasie avancée, 78% de colo inutiles

LE DEPISTAGE ORGANISE

- Un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans
- Test remis par le médecin généraliste, le gastro-entérologue, le gynécologue, le pharmacien, ou commandé sur monkit.dépistage-colorectal.fr
- Hommes et Femmes 50-74 ans
- Pris en charge à 100%
- Lecture centralisée des tests
- Coloscopie si le test est positif

UN TEST SIMPLE A FAIRE CHEZ SOI



https://www.youtube.com/watch?v=ltaQxJnRkMI

LE DO CCR : QUI EST CONCERNÉ ?

Tous les hommes et les femmes de 50 à 74 ans à risque moyen

Sans symptôme

Sans antécédent personnel et/ou familial

Sans facteur de risque particulier

Sans contre-indication

Source : Dépistage et prévention du cancer colorectal - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS), HAS, 2013

LE DO CCR : QUI N'EST PAS CONCERNÉ ?

Personne ayant réalisé un test et/ou eu une exploration digestive	•Test de recherche de sang occulte dans les selles < 24 mois •Coloscopie < 5 ans •Coloscanner ou coloscopie incomplète suivie d'un coloscanner < 24 mois
Personne nécessitant une exploration coloscopique	•Rectorragies, melæna •Douleurs abdominales inexpliquées d'apparition récente •Troubles du transit d'apparition récente (diarrhée, constipation, inhabituelle) •Anémie ferriprive •Amaigrissement récent inexpliqué
Personne à risque élevé de CCR nécessitant un suivi spécifique	•Antécédents personnels d'adénomes ou de CCR •Antécédents familiaux d'adénomes ou de CCR (parents du 1er degré) •Antécédents personnels de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique
Personne à risque très élevé de CCR nécessitant un suivi spécifique	•Antécédents familiaux de polypose adénomateuse familiale ou de syndrome de Lynch ou autre

Source : Fiche mémo - Cancer colorectal : modalités de dépistage et prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé, HAS, 2017

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination
Centre-Val de Loire

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL EN PRATIQUE :

J'ai entre 50 et 74 ans

Je reçois une invitation par ma caisse d'Assurance maladie

OU

Je retire le test chez mon médecin. Celui-ci peut vous le remettre directement à l'occasion d'une consultation

Je commande gratuitement le test sur le site monkit.depistage-colorectal.fr. Si vous êtes éligible, le test vous sera envoyé par la poste.

Je retire gratuitement le test chez mon pharmacien (sous réserve de mon éligibilité au dépistage organisé).

JE FAIS LE TEST CHEZ MOI

Je vérifie la date de péremption du test et je note la date du prélèvement

Je mets mon prélèvement et la fiche d'identification dans l'enveloppe préaffranchie

Ce test est fiable, simple et rapide. Il permet de prélever de manière très hygiénique un échantillon de vos selles.

Chez moi, je lis le mode d'emploi

Je poste l'enveloppe dans les 24H qui suivent. (hors WE et veille de jours fériés)

Je reçois mes résultats dans les 15 jours ou je les consulte sur Internet (www.resultat-depistage.fr)

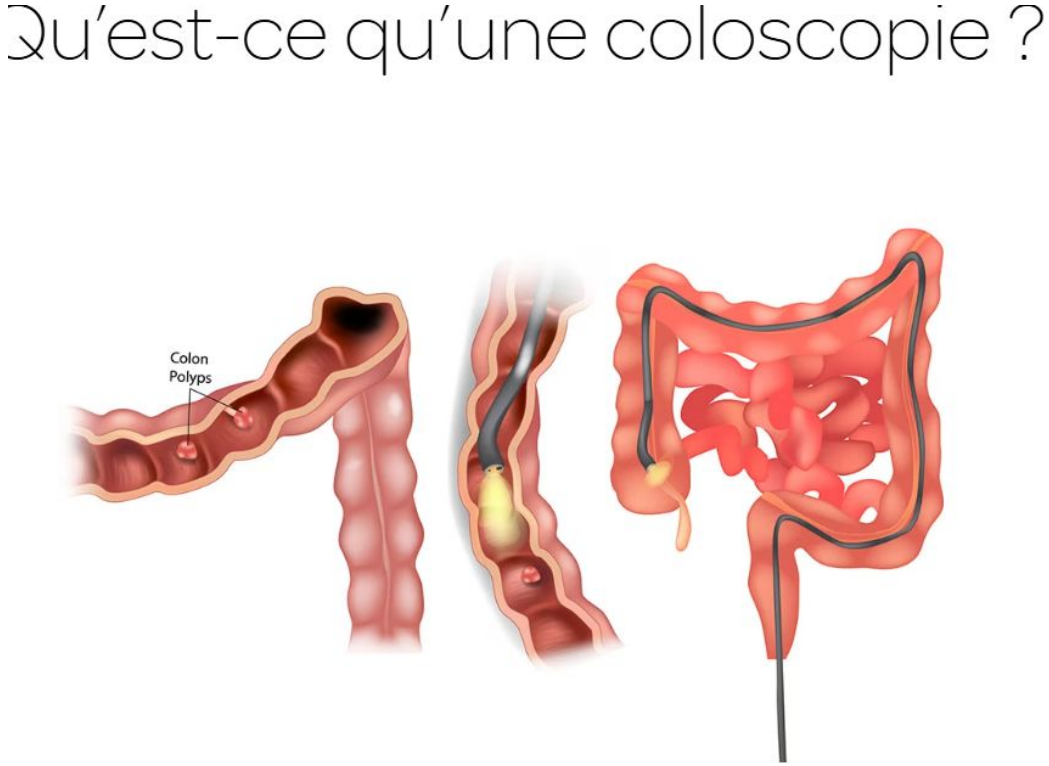
RÉSULTAT NÉGATIF
Je recevrai une nouvelle invitation dans 2 ans

RÉSULTAT POSITIF
Je consulte mon médecin pour un suivi personnalisé

LE TEST est POSITIF: que doit-t-on faire? **Une coloscopie**

C’est un examen simple : grâce à un tube souple (coloscope muni de fibres vidéo) on « visite » l’intérieur du gros colon.

Si besoin on peut faire des prélèvements (biopsies) ou même ôter des polypes grâce à des pinces spéciales qui passent dans les différents canaux de l’appareil



COLOSCOPIE suite

Pour réaliser l'examen il faut que l'intestin soit propre : on ingère une purge la veille ou le matin selon heure examen.

Il faut une anesthésie légère (sans intubation) sinon l'examen est douloureux, le réveil est immédiat après l'examen et la sortie se fait au bout de 2 à 3h (on reprend son activité le lendemain).

Toutes les biopsies et polypes sont analysés, ce qui permet de décider de l'attitude ultérieure (date du prochain contrôle; exceptionnellement traitement complémentaire)

Coloscopie intérêt

Elle permet de retirer les polypes , c’est-à-dire de futurs cancers

Si le polype est déjà cancéreux, si sa base n’est pas envahie : son exérèse lors de la coloscopie est suffisante

Si le cancer a dépassé le pied du polype, il faudra un geste chirurgical complémentaire (colectomie segmentaire) ;souvent quand le polype est découvert avec le FIT l’envahissement est très limité (cancer au stade précoce), et la chirurgie sera l’unique traitement.

Rappel : avec le FIT 70% des lésions sont à un stade précoce avec une guérison de 90 à 100%

APRÈS UN TEST POSITIF

- Aucune anomalie détectée : 3/10 cas
- Lésions précancéreuses bénignes détectées et retirées : 5/10 cas
- Cancer dépisté à un stade précoce et guérissable sans radiothérapie ni chimiothérapie : < 1/10 cas
- Cancer à un stade avancé : < 1/10 cas

Risques liés à la coloscopie*

- Complications liées à la sédation
  - Cardiorespiratoire 1% (sévère 0,3%)
  - Risque d'infection : 1/1 800 000 examens
- Complications liées à la technique
  - Perforation : 0,3 à 1/1000
  - Hémorragie 1/1000 (1,14% si polypectomie)
- Complications modérées à sévères : 1 à 4,5% coloscopies (surtout après procédure thérapeutique)
- Décès consécutifs aux complications : 1/10 000 à 18 000 coloscopies

Cancers détectés:

7 à 8 %

des tests positifs

Adénomes avancés détectés

26 à 40 %

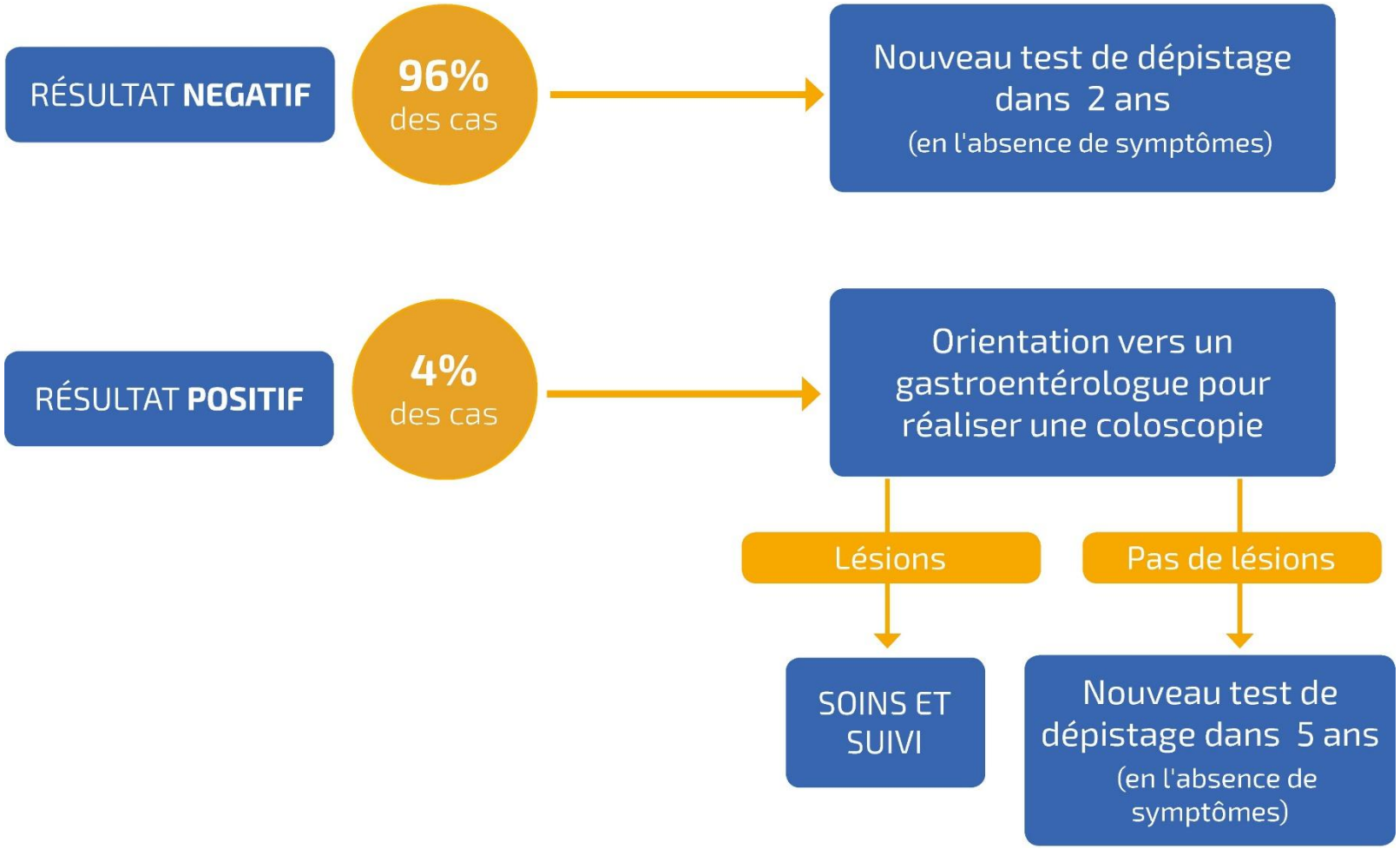
des tests positifs

*Toutes coloscopies

Source : une semaine de coloscopie en France ;résultats 2017 de l'enquête de la SFED.Lavoisier 2017;242-251

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination
Centre-Val de Loire

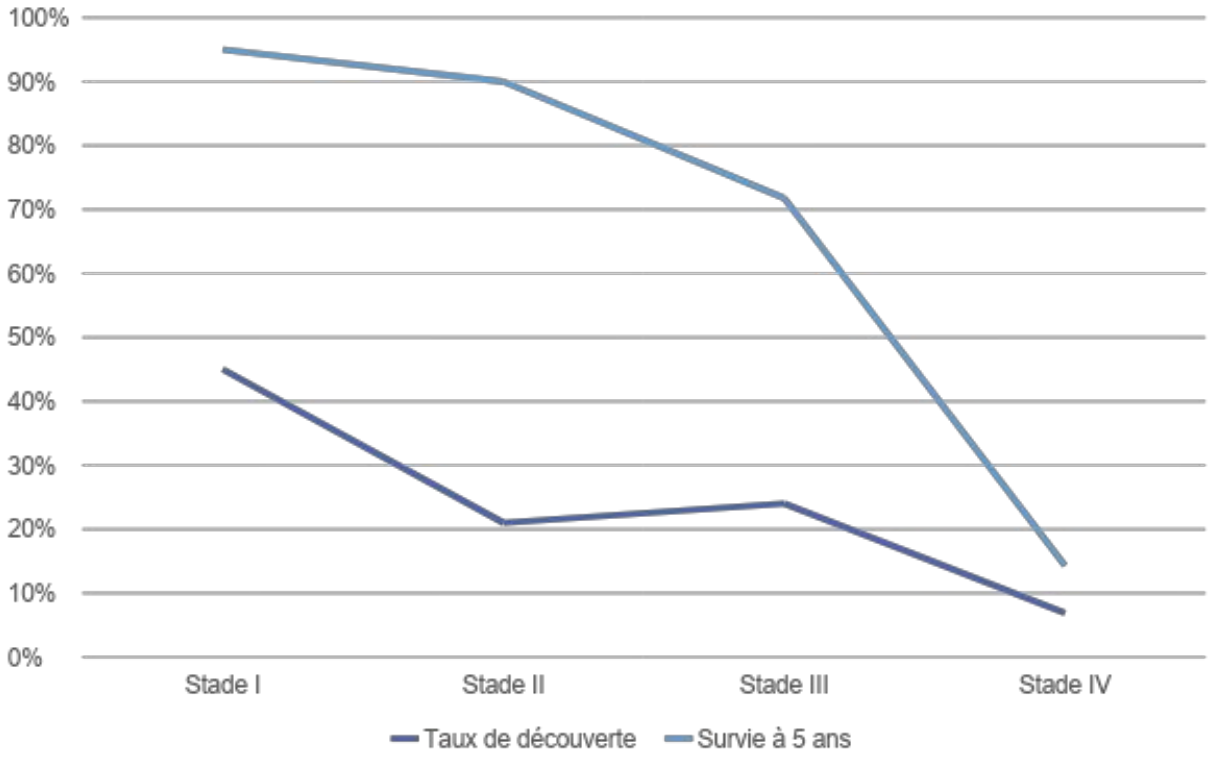
LE RÉSULTAT DU TEST DE RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES



INTÉRÊT DU DÉPISTAGE

- Le cancer colorectal représente un paradoxe consternant
  - C'est le cancer le plus dépistable
  - Mais le moins dépisté
- Pourtant pas de sur diagnostic
- Bon ratio cout-efficacité du dépistage organisé, même avec participation insuffisante (avec taux de participation de 30% , 2600 décès par CCR sont évités par an, si participation à 65% on atteindrait 6600 décès évités)

FIT: STADE CANCER DÉCOUVERT



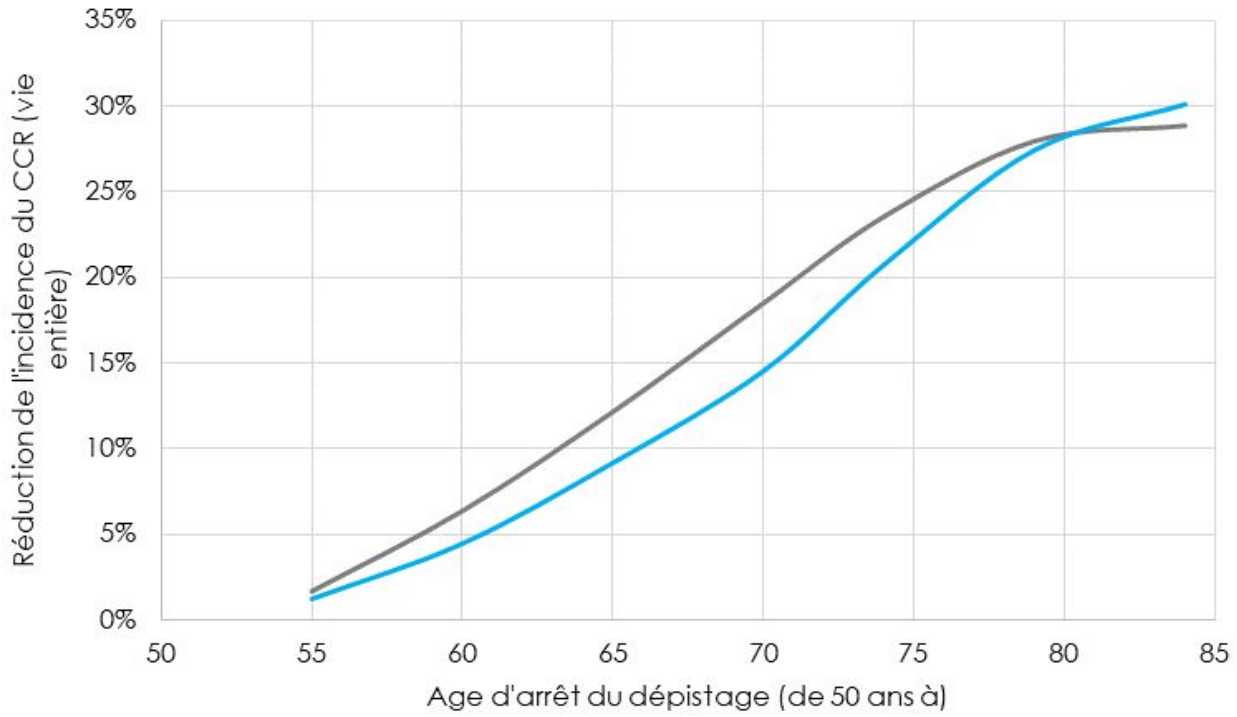
Stades des lésions détectées par coloscopie et par FIT :

- stades 1 et 2 : 45% vs **70 % avec FIT,**

à ces stades guérison à 90% voire 100%

- stade 4 : 34% vs 6,9% avec FIT

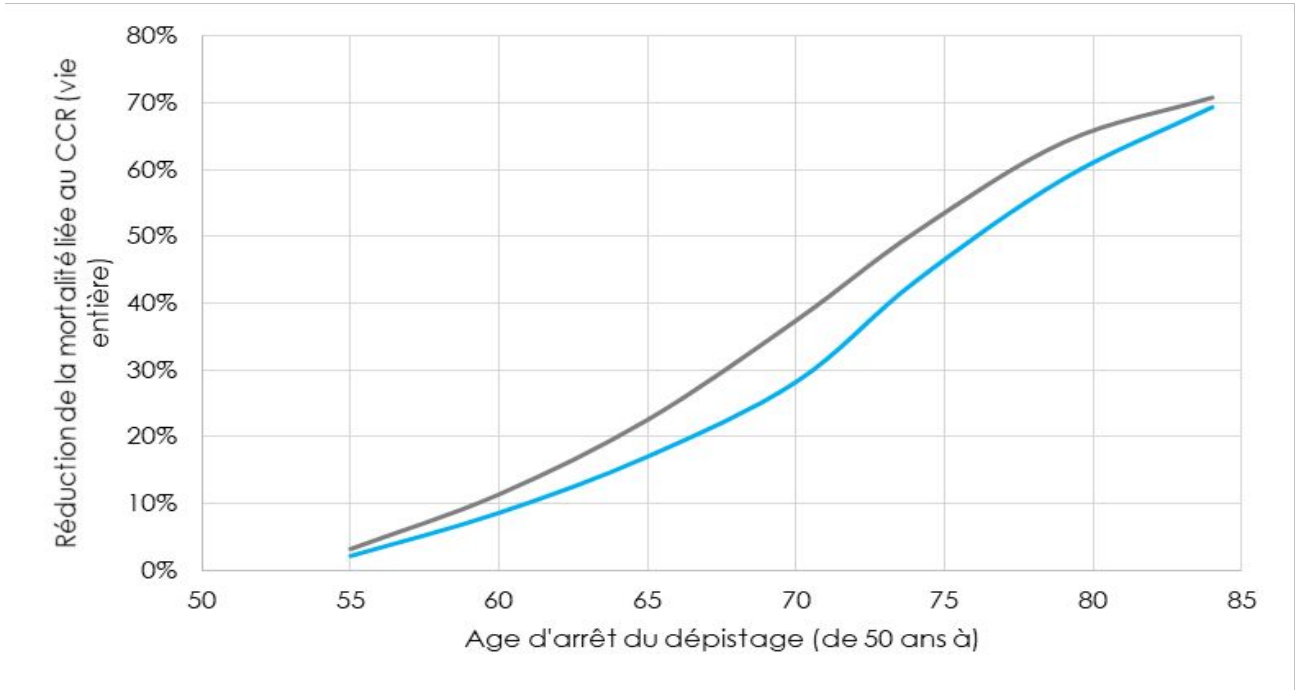
Réduction du risque individuel de CCR
Selon l'âge d'arrêt



FIT tous les 2 ans de 50 à 74 ans
Réduction de 21 à 24% du risque de CCR au cours de sa vie entière.

Source : Etude médico-économique INCa 2018

Réduction du risque individuel de décès par CCR selon l'âge d'arrêt



FIT tous les 2 ans de 50 à 74 ans
Réduction de 43 à 51% du risque de décéder d'un CCR au cours de sa vie.

Source : Etude médico-économique INCa 2018

LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

Participation 2022 – 2023

Cher : 38,8%

Eure-et-Loir : 34,8%

Indre : 34,9%

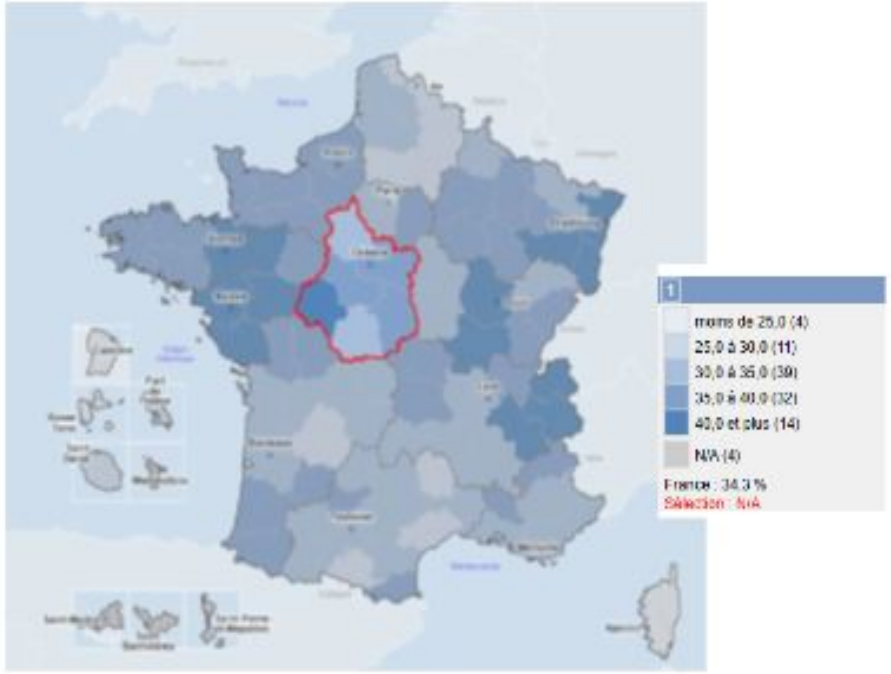
Indre-et-Loire: 43,2%

Loir-et-Cher : 41,2%

Loiret : 36,6%

Région CVL : 38,4%

National : 34,2%



Objectif national => 65%

ALTERNATIVE AU FIT

- Toutes les études montrent équivalence entre FIT/rectosigmoisocopie/coloscopie en termes de réduction de mortalité par CCR
- MAIS FIT reste la stratégie la plus rentable en terme coût/efficacité
- FIT+ diminue mortalité par CCR de 14 à 16%
  - diminue incidence CCR de 18%

ALTERNATIVE A LA COLOSCOPIE

- COLOSCOPIE VIRTUELLE ou COLOSCANNER a l'air
- Visualisation de la muqueuse colique en 2 ou 3D
- Sans sédation
- Sans injection de produit de contraste
- Préparation simple : RSR, la veille laxatif
  - et ingestion mélange baryum
  - le jour même insufflation CO_2 avec sonde rectale
  - 30', deux incidences (DL dt et G ou decubitus/procubitus)

ALTERNATIVE COLOSCOPIE 2

- Coloscopie virtuelle
- Sensibilité : détection lésions>10 mm: 85-90%
- Problèmes pour lésions planes ou <5mm
- Ce n'est pas acceptable en dépistage en raison du coût (et de la disponibilité des TDM)
- MAIS UTILE si CI à la coloscopie : comorbidité (pb cardio vasculaire)
  - si échec coloscopie ou coloscopie incomplète
  - pour détection d'amont si lésion obstructive
  - si refus de la coloscopie réelle par le patient

RECHERCHE D'ADN TUMORAL: ALTERNATIVE SÉDUISANTE AU FIT?

- ADN tumoral circulant tumoral correspond aux fragments d'ADN libérés par les cellules tumorales dans la circulation sanguine (permet l'étude d'une large gamme d'altérations génétiques de façon rapide et non invasive)
- BIOMARQUEUR IDEAL ? À chaque étape, dépistage ? pronostic ? maladie résiduelle ? Détection anomalie génétique prédictive efficacité traitement ?
- DEPISTAGE = détection stade précoce donc faible volume tumoral et faible relargage ADN

  cohorte de 7941p risque moyen :sensibilité pour AD avancé 11%

  cohorte de 215 p sensibilité et spécifie pour CCR 81 et 95%

Mais qualité des études et populations étudiées insuffisantes pour conclure et pb COUT

APPROCHE PERSONNALISEE

Dans le futur, et ceci se fait déjà dans certains pays, on rajeunira l'âge du 1er FIT

On tiendra compte des facteurs de risque nouveaux : (40% des cancers) pour faire le test avant 50 ans

- Alimentation
- OH
- Tabac
- Surpoids obésité
- Activité physique
- Environnement

MARS BLEU

Le dépistage du cancer colorectal :

- C'est facile
- C'est chez soi
- C'est rapide et indolore
- C'est gratuit
- C'est tous les 2 ans de 50 à 74 ans

CONCLUSION

- VOUS AVEZ de 50 à 74 ans FAITES VOUS DEPISTER
- Si non INCITER VOS PROCHES CONCERNES A LE FAIRE

- SI LA PARTICIPATION AUGMENTAIT à 65%, ON EVITERAIT 6000 DECES par an en France

MERCI POUR

VOTRE ATTENTION

Mail : s.teillet@depistage-cancer.fr

Web : cancer.fr