Le dépistage organisé du cancer colorectal

Présentation aux médecins généralistes

Sommaire

- Pourquoi cette réunion ?
- Les conditions de la généralisation
- La dynamique en France
- Les acteurs du dépistage organisé
- Les conduites à tenir
- Le déroulement du dépistage
- La remise du test en consultation
- La rémunération des médecins
- Conclusions

Pourquoi cette réunion ?

- Les conditions sont réunies pour que le dépistage organisé du cancer colorectal soit généralisé en France

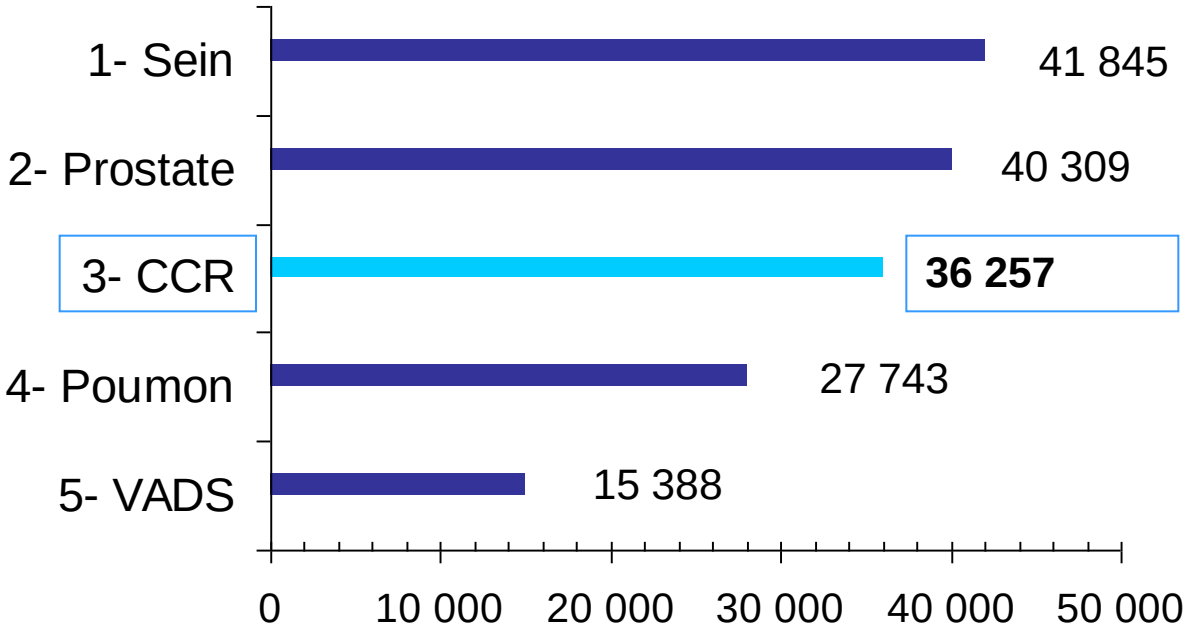
- Le médecin généraliste est indispensable à la réussite de ce dépistage

Les conditions de la généralisation

1. Incidence élevée
2. Pronostic grave
3. Histoire naturelle connue
4. Intérêt établi d'un diagnostic précoce
5. Absence de prévention ciblée
6. Test adapté
7. Efficacité avérée

Les conditions de la généralisation

1. Incidence élevée



Nombre estimés de cas de cancers par localisation en France en 2000, Remontet et al.

Les conditions de la généralisation

1. Incidence élevée

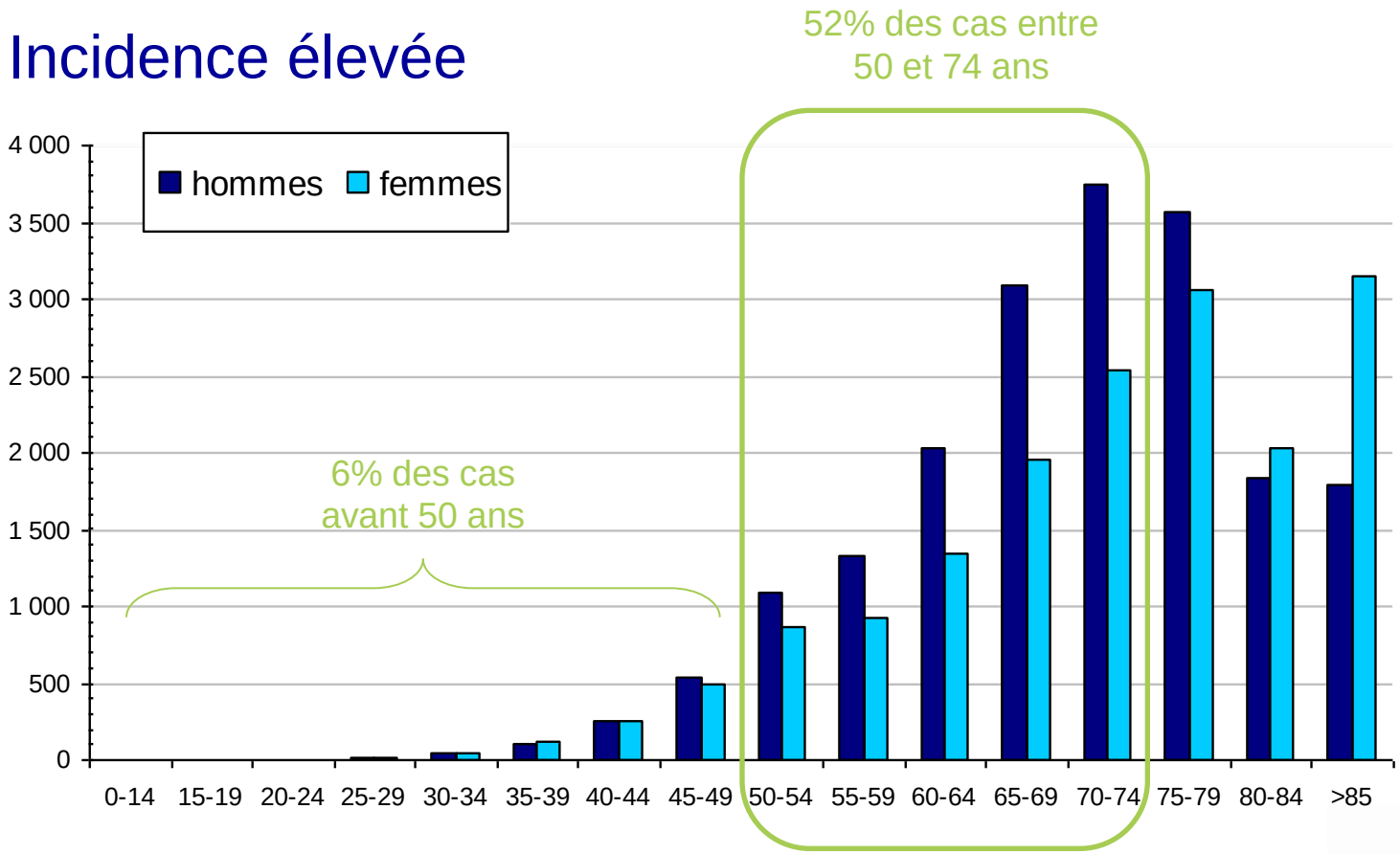
1975	1985	1995	2000
24 900	26 200	33 400	36 300

+ 50%

Nombre estimés de cas de cancers par en France, Remontet et al.

Les conditions de la généralisation

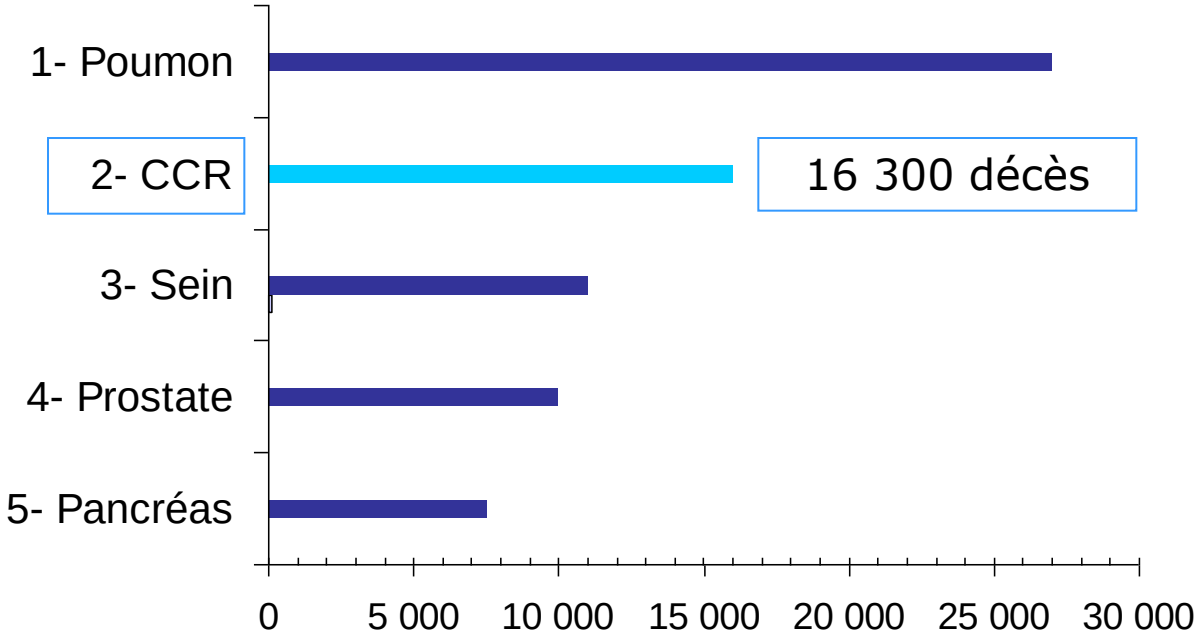
1. Incidence élevée



Nombre estimés de cas de CCR par tranche d'âge et par sexe en France en 2000, Remontet et al.

Les conditions de la généralisation

2. Pronostic grave

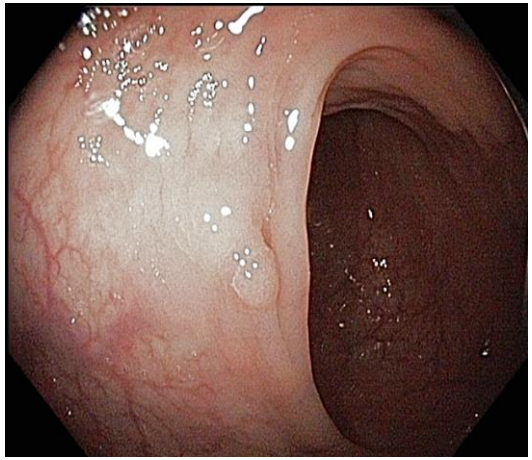


Mortalité des cancers en France en 2000, Remontet et al.

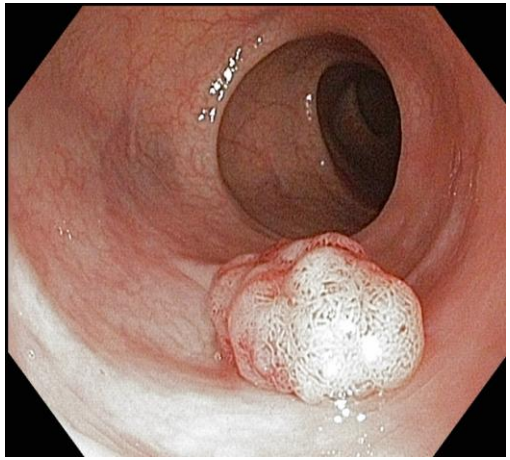
Les conditions de la généralisation

3. Histoire naturelle connue

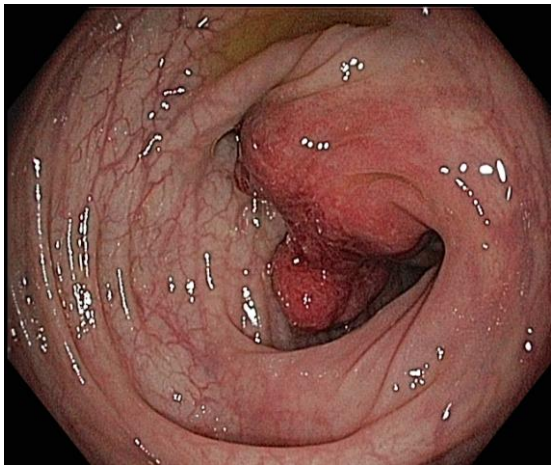
0 → 10 ans



1 000
adénomes



100
adénomes >1cm
composante villeuse
dysplasie sévère



25
cancers

Les conditions de la généralisation

4. Intérêt établi d'un diagnostic précoce

- Survie relative à 5 ans : 57% (1)
- Survie relative à 5 ans selon le stade au diagnostic (2)

	extension	survie relative à 5 ans
stade I	superficielle	94%
stade II	paroi du côlon	80%
stade III	ganglions régionaux	47%
stade IV	métastases	5%

(1) Survie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres du réseau Francim. 2007.
(2) Étude Francim menées sur 1 708 cas diagnostiqués en 1990 venant de 7 registres

Les conditions de la généralisation

5. Absence de prévention ciblée

- Augmentation de l'activité physique
- Augmentation de la consommation de légumes
- Diminution de l'apport calorique

→ Des conseils d'hygiène de vie générale :

« faites du sport – mangez équilibré »

Les conditions de la généralisation

6. Test adapté (1)

Les critères de choix

- Le test s'adresse à une population à risque moyen en bonne santé
- Il doit être simple, acceptable, sans danger, peu couteux et d'efficacité démontrée en population
- Sa spécificité doit être élevée

  → Eviter les faux positifs (coloscopies réalisées inutilement, exposition au risque de cet examen)
- Sa sensibilité doit être élevée

  → Permettre le diagnostic précoce d'un maximum de cancers

Les conditions de la généralisation

6. Test adapté (2)

Une stratégie en deux temps

- Recherche de sang occulte dans les selles
  - → la plupart des cancers ou des gros polypes saignent de façon intermittente (2/3 saignent au moins 1 fois/semaine)
  - → test au Gaïac, réaction colorée bleue avec révélation par l'eau oxygénée

- Coloscopie si le test est positif
  - → soit 2 à 3% des cas

Les conditions de la généralisation

6. Test adapté (3)

Les caractéristiques du test

- En population à risque moyen, le test est positif dans 2 à 3% des cas
- Sa sensibilité est de 50%, soit diagnostic d'un cancer sur 2
  → un test de sélection de la population
- Sa spécificité est de 98%, soit une positivité erronée dans 2% des cas
  → limite les coloscopies inutiles
- Sa valeur prédictive positive est élevée : si test positif,
  → 1 coloscopie sur 10 découvre un cancer
  → 3 à 4 coloscopies sur 10 découvrent un adénome

Les conditions de la généralisation

7. Efficacité avérée

- Quatre études contrôlées en population (10 ans de recul)

UK	Nottingham	*Hardcastle – Lancet 1996*
DANEMARK	Funen	*Kronborg – Scand J Gastroenterol 2004*
FRANCE	Bourgogne	*Faivre - Gastroenterology 2004*
SUEDE	Göteborg	*Kewenter - Cancer 1988*

- Réduction de la mortalité par cancer colorectal
  - dans la population totale : 15-20%
  - dans la population ayant réalisé le test : **33%**

La dynamique en France

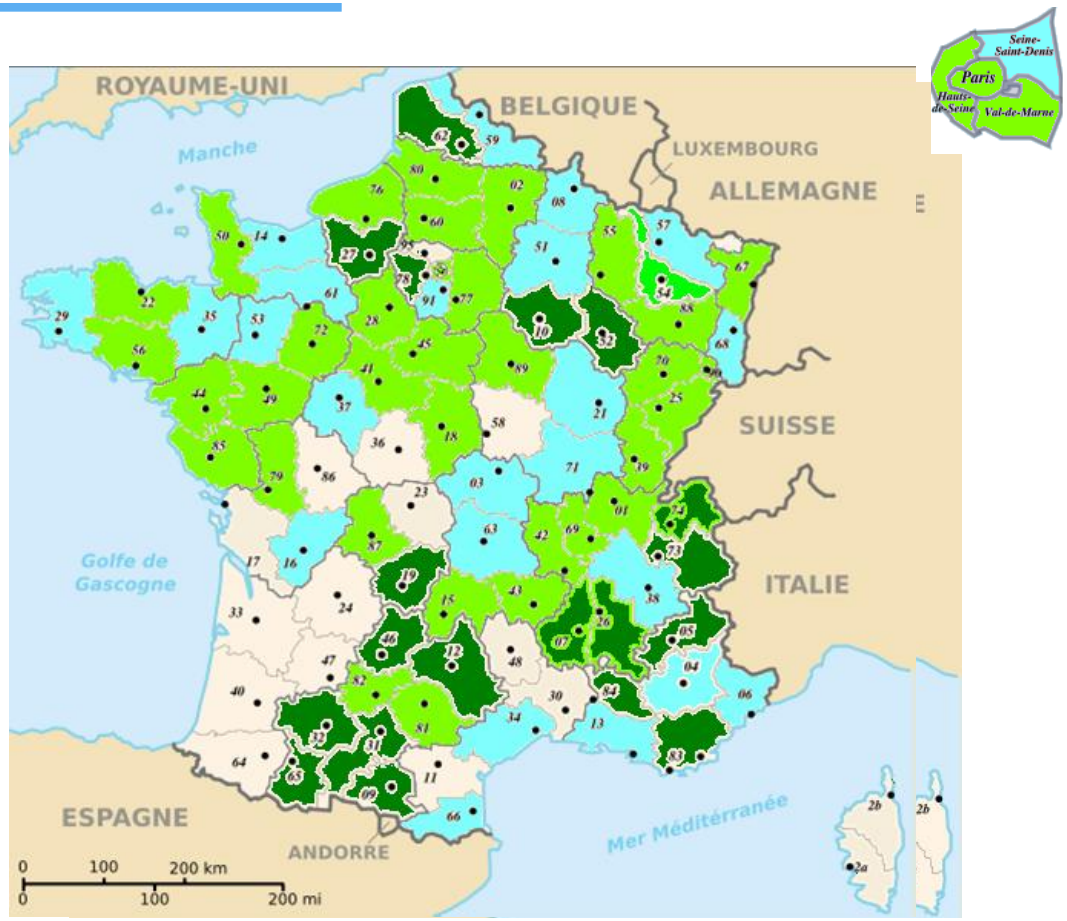
- avant 2002 : phase expérimentale
- 2002-2005 : 23 départements pilotes
- 2005-2007 : généralisation au territoire national

La dynamique en France

2002-2005

juin 2007

novembre 2007



Conduites à tenir

1. Détection en présence de symptômes
2. Dépistage selon le niveau de risque

Conduites à tenir

1. Détection en présence de symptômes

- Présence de sang rouge ou noir dans les selles
- Troubles du transit d'apparition récente : diarrhée ou constipation inhabituelle
- Douleurs abdominales d'apparition récente (surtout après 50 ans)
- Amaigrissement inexpliqué

Coloscopie

Conduites à tenir

2. Dépistage en fonction du niveau de risque

Sujet à risque moyen

Hommes et femmes de de 50 ans à 74 ans asymptomatiques

Test au gaïac

négatif → - Surveiller les symptômes
- Renouveler 2 ans plus tard

positif → **Coloscopie**

dépistage organisé

Sujet à risque élevé

- ATCD personnel de CCR ou adénome
- ATCD familial de CCR ou adénome (1 parent 1er degré<65ans, ou 2 parents 1er degré quel que soit âge)
- ATCD maladie inflammatoire chronique (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn)

→ **Coloscopie**

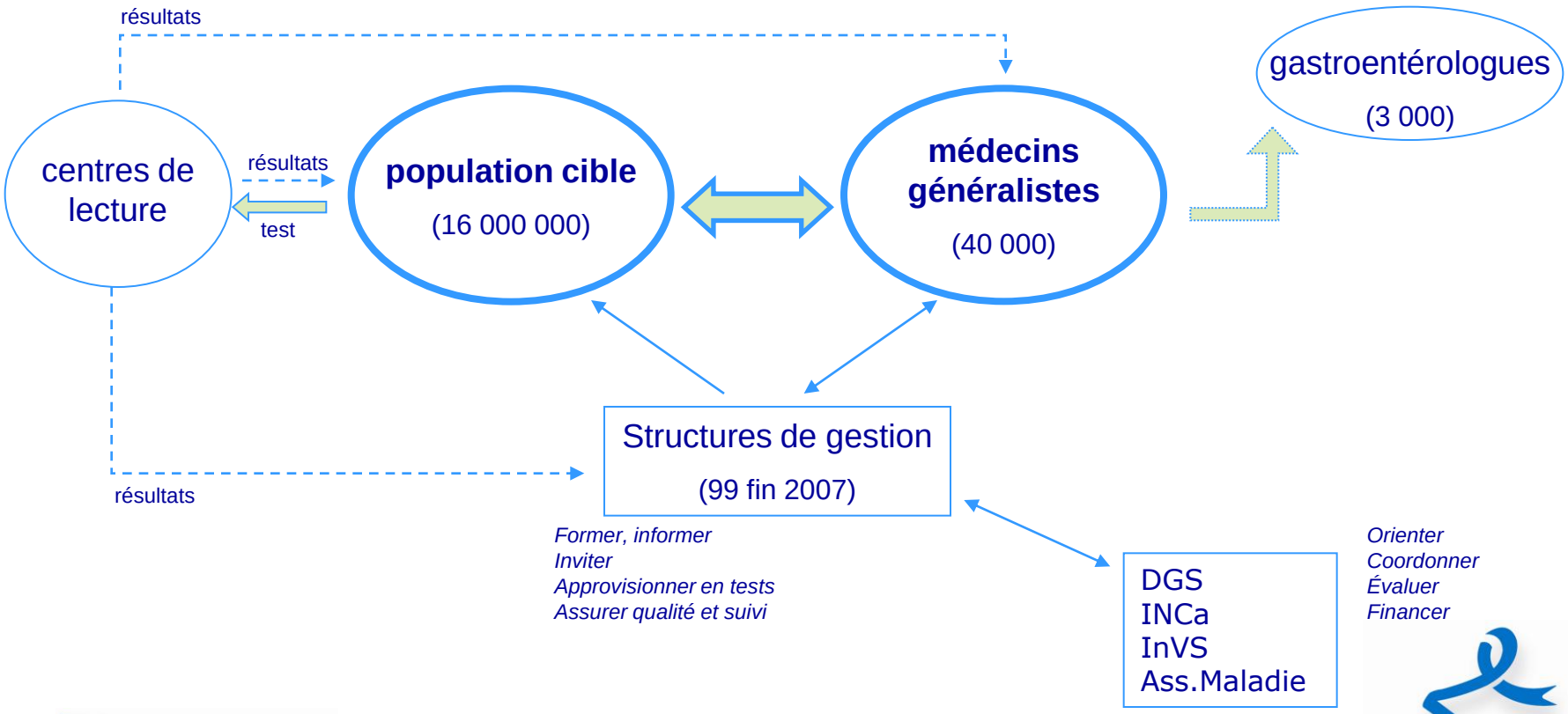
Sujet à risque très élevé

- Polypose adénomateuse familiale
- Cancer colorectal héréditaire non polypoïde (HNPCC ou syndrome de Lynch)

→ **Consultation d'oncogénétique**

dépistage individuel

Les acteurs du dépistage organisé



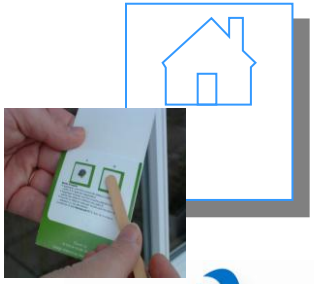
Déroulement d'une campagne de dépistage

Structure de gestion

1 → Lettre d'information et d'invitation à consulter le MG → hommes et femmes 50 à 74 ans → médecin généraliste

2 → Lettre de relance avec invitation à consulter le MG → hommes et femmes 50 à 74 ans → médecin généraliste

3 → Lettre de relance avec envoi du test au domicile → hommes et femmes 50 à 74 ans



ENSEMBLE CONTRE
le cancer.

Centre de Coordination
des Dépistages des Cancers
CHRU de Tours
37044 Tours Cedex 9
Tél. : 02 47 47 98 91
Tél. : 02 47 47 98 92
Fax : 02 47 47 98 93
E-mél : depistage37@chu-tours.fr

M. Exemple Specimen
Résidence Exemple
00, rue de l'Exemple
00000 – Exempleville

Specimenville, le XX/XX/XX

Les partenaires du programme

Logo

Logo

Madame, Monsieur,

Aujourd'hui, on pourrait guérir beaucoup plus de cancers colorectaux (appelés aussi cancers de l'intestin) s'ils étaient détectés plus tôt. On pourrait même en éviter un grand nombre : ils se développent souvent à partir de petites lésions qu'il suffit de repérer et de soigner, avant qu'elles ne deviennent des cancers.

C'est pourquoi il est important, à partir de 50 ans, de se surveiller régulièrement.

Le ministère chargé de la Santé a donc engagé un programme national de dépistage. Nous l'organisons dans votre département en relation avec votre médecin traitant.

Dès votre prochaine visite chez votre médecin traitant, nous vous invitons à lui présenter cette lettre. Il vous conseillera et vous remettra, s'il le juge indiqué, un test de recherche de sang dans les selles. Ce test est simple et à faire chez vous. Il est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

En vue de ce rendez-vous, nous vous recommandons de lire attentivement le dépliant joint.

Dr Jérôme Viguier, médecin coordonnateur
du Centre de Coordination des Dépistages des Cancers

Présentez cette lettre et vos étiquettes au médecin en début de consultation.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.78 CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations personnelles vous concernant.
Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier.

Exemple de lettre d'invitation

L'importance du médecin généraliste

- Si distribution du test par le médecin généraliste
  → 86% sont réalisés

- Si distribution par envoi postal ou officine
  → moins de 30% des tests sont réalisés

(campagnes CPAM Aquitaine et Nord Picardie)

La remise de test en consultation

Trois étapes

1. Identifier la population cible
2. Expliquer le mode d’emploi du test
3. Informer sur la conduite à tenir selon le résultat

La remise de test en consultation

1. Identifier la population cible

- Remplir la fiche exclusion
- Envoyer à la structure de gestion
- Ne pas oublier les étiquettes

Les critères d'exclusion (1)

- Saignement digestif, douleur abdominale d'apparition récente, modification récente du transit intestinal

  → gastroentérologue pour coloscopie

- Antécédents personnels de cancer ou d'adénomes colorectaux

  → gastroentérologue pour contrôle endoscopique programmé

- Antécédents familiaux :
  - parent au 1er degré (père, mère, frère, sœur, enfant) atteint de cancer colorectal ou d'adénome colorectal avant l'âge de 60 ans
  - ou plusieurs (au moins deux) parents du 1er degré ayant eu un cancer colorectal ou adénome colorectal après l'âge de 60 ans

  → gastroentérologue pour coloscopie et recherche d'une forme familiale de cancer colorectal

Les critères d'exclusion (2)

- Antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique)

  → gastroentérologue pour contrôle endoscopique programmé

- Test Hemoccult II® depuis moins de un an

- Coloscopie complète normale depuis moins de 5 ans

  → Mentionner la date de la dernière coloscopie……..

- Maladie grave exclusion définitive … ou temporaire …

- Refus

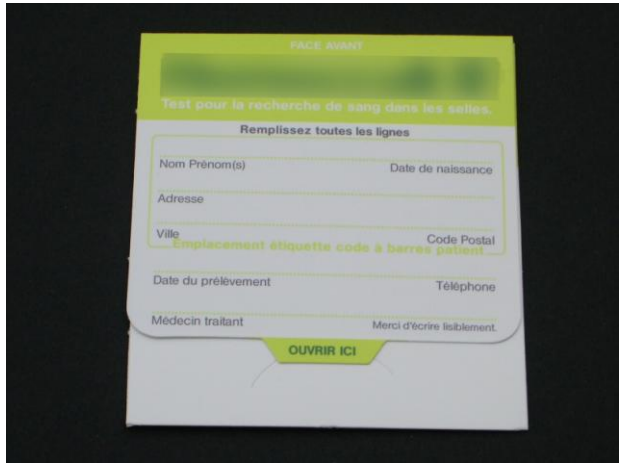
La remise de test en consultation

2. Expliquer le mode d'emploi du test

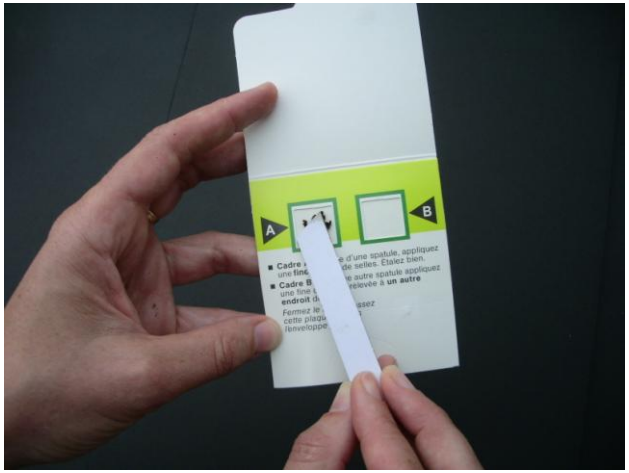
- Selles émises sur un support sec
  - Pot de chambre, journal, sac plastique
- Prélèvements
  - À 2 endroits différents de la même selle
  - De la taille d'une lentille ou d'un grain de riz
  - A renouveler sur 3 selles consécutives, sur une durée de 1 à 15 jours maxi
  - Si > 15 jours, prise en charge de la constipation, laxatifs, par de contre-indication
- Conservation des plaquettes
  - À température ambiante, 15 jours maxi

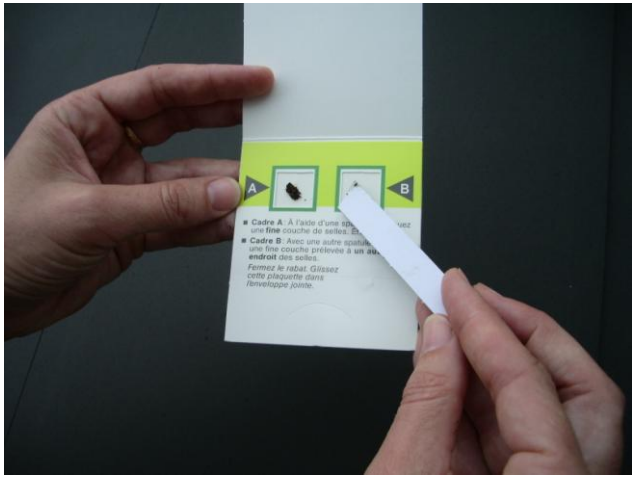
SKD France
Pochette de protection
SKD France
1269
2009 - 04

SKD France
1269
2009 - 04


FACE AVANT
Test pour la recherche de sang dans les selles.
Remplissez toutes les lignes
Nom Prénom(s)
Date de naissance
Adresse
Ville
Code Postal
Emplacement étiquette code à barres patient
Date du prélèvement
Téléphone
Médecin traitant
Merci d'écrire lisiblement.
OUVRIR ICI

A
B
Cadre A : À l'aide d'une spatule, appliquez une fine couche de selles. Étalez bien.
Cadre B : Avec une autre spatule appliquez une fine couche prélevée à un autre endroit des selles.
Fermez le rabat. Glissez cette plaquette dans l'enveloppe jointe.


A
B


A
B
Cadre A : À l'aide d'une
une fine couche de selles.
Cadre B : Avec une autre spatule
une fine couche prélevée à un
endroit des selles.
Fermez le rabat. Glissez cette plaquette dans l'enveloppe jointe.

La remise de test en consultation

2. Expliquer le mode d'emploi du test

- Pas de régime alimentaire

- Pas d'interférence avec :
  - aspirine à faible dose
  - anticoagulants
  - fer

⚠ Éviter :
  - aspirine > 1 gr (risque de faux positifs)
  - vitamine C > 1 gr (risque de faux négatifs)

La remise de test en consultation

3. Informer sur la conduite à tenir selon le résultat

- Si le test est <u>négatif</u> (97 à 98% des cas)

• Cela signifie qu'aucun saignement n'a été détecté.
• Mais une lésion ne saigne pas tout le temps.
• Ce qui explique que le test ait pu 'manquer' une lésion.
• Donc il est très important :
1) de refaire le test 2 ans plus tard (les lésions évoluent lentement)
2) de surveiller les signes d'alerte dans l'intervalle (en présence de symptômes, coloscopie)

La remise de test en consultation

3. Informer sur la conduite à tenir selon le résultat

- Si le test est <u>positif</u> (2 à 3% des cas)

• Cela signifie que du sang a été détecté dans les selles.
• Il faudra donc pratiquer un examen complémentaire, une coloscopie, pour en déterminer l'origine.
- dans 6 cas sur 10 : rien
- dans 3 cas sur 10 : adénome (qui pourra être retiré durant la coloscopie, évitant ainsi qu'il ne se transforme en cancer)
- dans 1 cas sur 10 : cancer (qu'on soignera d'autant mieux qu'il est détecté à temps)

La remise de test en consultation

Cas particuliers

- Coloscopie mal préparée
  → À refaire
- Coloscopie incomplète
  → À refaire ou compléter par imagerie (ex : coloscanner)
- Coloscopie impossible
  → Faire une imagerie (coloscanner)
- Test positif alors que coloscopie récente
  → Consultation gastroentérologue pour indication nouvelle coloscopie

La remise de test en consultation

Les risques de la coloscopie

- Taux de complication (tous types) : 1 à 2/1000

- Principales complications (sur population à risque moyen)
  - Perforation : 1/10 000
  - Hémorragie : 2/1000 (transfusion ou chirurgie : 7%)
  - Complications de l'anesthésie
  - Décès : < 1/10 000

- Projection en population dépistée
  - Perforation : 2,5/1 000 000 tests
  - Hémorragie : 50/1 000 000 tests

La remise de test en consultation

En conclusion de la consultation

- *Le cancer colorectal est fréquent et grave*
- *Le dépistage est un bon moyen :*
  - *d'éviter des cancers colorectaux en détectant et retirant des lésions précancéreuse*
  - *ou de soigner très bien des cancers débutants*
- *Environ 3 000 décès sont évitables chaque année*
- *Le test est simple, sans danger, à faire tranquillement chez soi*
- *Il est peu onéreux, son coût et sa lecture sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie*

La rémunération des médecins

Nb de tests réalisés / an	10 à 20	21 à 50	51 à 100	> 100
Montant forfaitaire	60 €	180 €	430 €	1 030 €

- 7 min de consultation (évaluer, remettre, expliquer)
- Rester mobilisé même quand les tests sont négatifs
- Transmettre l'information à la structure de gestion

Conclusion

Participation		Réduction de la mortalité
100%	→	40%
50%	→	20%
10%	→	4%

Conclusion

- X médecins généralistes dans le département
- Population cible : x en 2 ans

→ si 50% de participation

- X test remis / an / MG
- X tests réalisés / an / MG
- X tests positifs / an / MG
- X cancers / an / MG
- X porteurs de polypes / an / MG