

OBSERVATOIRE DE LA COLOSCOPIE Bilan 2018 RESULTATS ENCOURAGEANTS

Bernardini David
Aubagne

Forum Recherche et Développement

Samedi 8 décembre 2018



Le cancer colorectal en FRANCE

→ Pb de santé publique

- REDEVABLE d'un dépistage organisé

→ 43 000 nouveaux cas en 2015

- 55% chez l'homme

- 3° rang chez l'homme, 2° rang chez la femme

→ 18 000 décès annuels

- 2° cause de décès par cancer pour les deux sexes

→ Facteurs de risque difficiles à maîtriser :

- Alimentation, génétique, tabac ...

DEPISTAGE / PREVENTION

➤ COLOSCOPIE de **prévention**

➔ Diagnostiquer et traiter les lésions précancéreuses

➔ Principalement les adénomes précurseurs des CCR sporadiques.

➤ **Le bénéfice de la prévention**

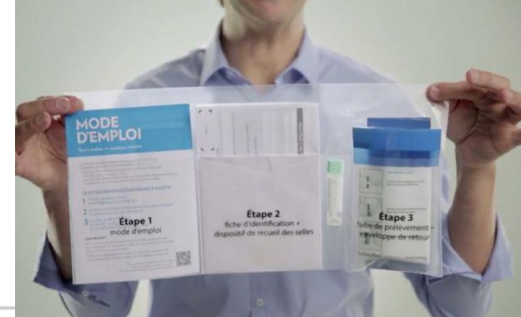
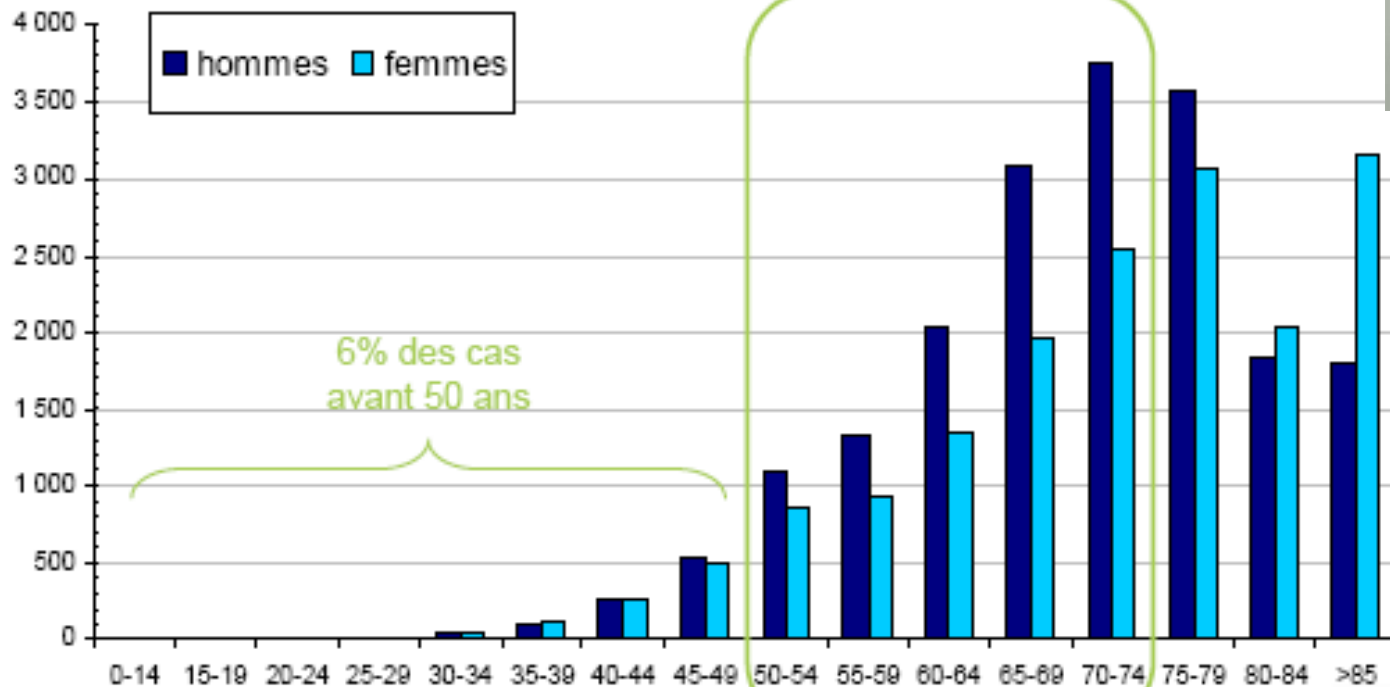
➔ Diminution de l'incidence et de la mortalité.

➔ **Il est différé d'environ une décennie**

= intervalle de temps de la séquence « adénome-cancer ».

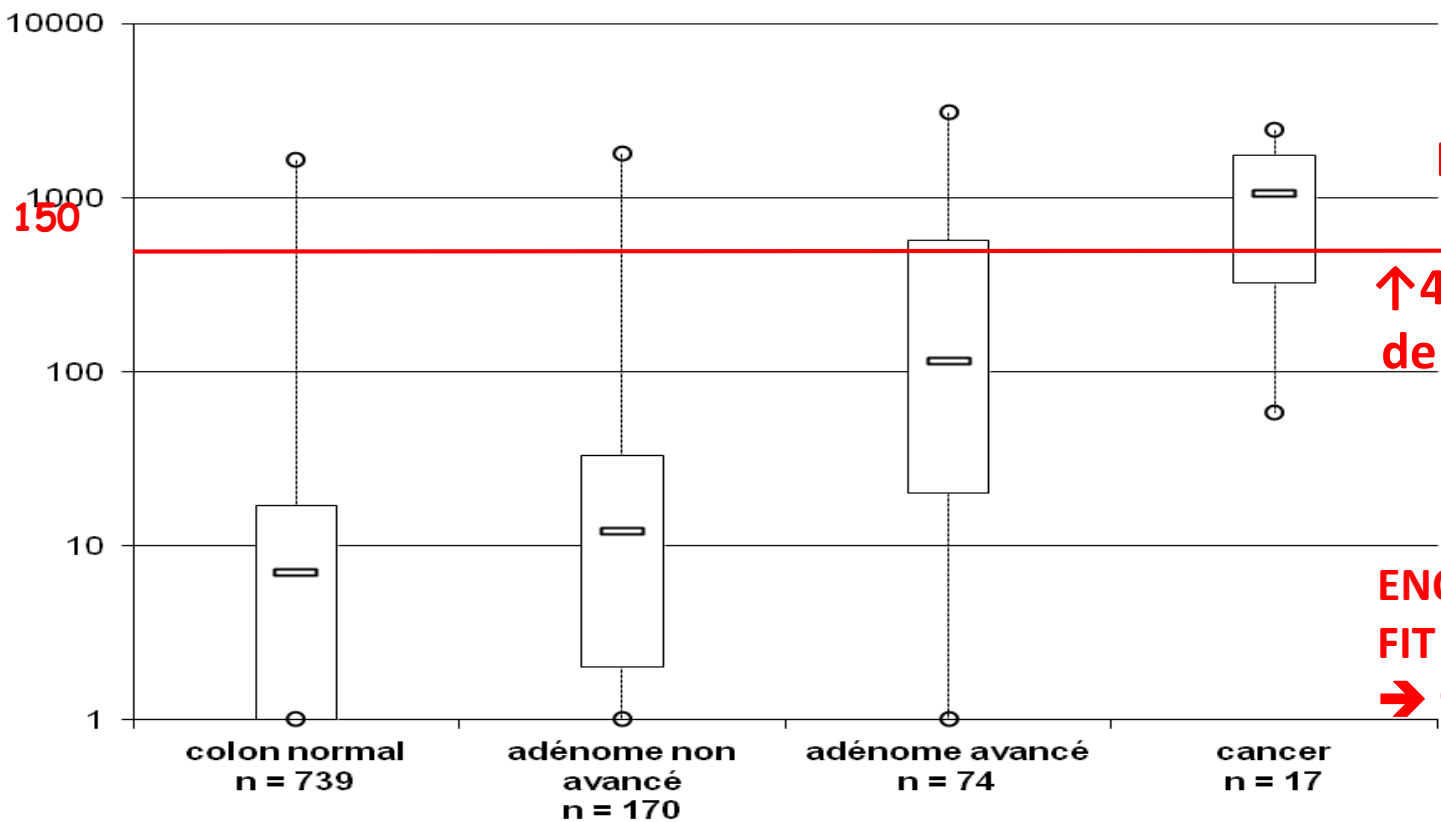
EN FRANCE population → Risque moyen → 18 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans

Incidence élevée



TAUX de participation 31 %

SEUIL de détection / résultats des coloscopies



150

Doublent des coloscopies
↑45.000 pour un taux de réalisation de 85%

ENQUETE SFED
FIT = 8,6% indications
→ 90 000 coloscopies



Prise en charge spécifique pour les patients à risques aggravés

Patient à risque élevé

ATCD personnel de cancer colorectal ou adénome > 10 mm

PROPOSITION SFED
ATCD familial de cancer colorectal ou adénome unique ou multiples au premier degré quel que soit l'âge

un parent 1^{er} degré <65 ans ou deux parents 1^{er} degré (quel que soit l'âge)
ATCD multiples au deuxième ou troisième degré quel que soit l'âge

Maladie inflammatoire chronique RCH ou maladie de Crohn > 10 ans

Consultation gastroentérologie.

Coloscopie.

Patient à risque très élevé

Polypose adénomateuse.

Cancer colorectal héréditaire non polypose (HNPCC ou syndrome de Lynch).

En cas de suspicion de ces maladies [contexte familial & selon âge de survenue et histologie ATCD personnel CCR]

Consultation d'oncogénétique

→ Stratégie thérapeutique et surveillance

Coloscopie

CHROMO +++

CONSENSUS ET POSITION SFED

COLOSCOPIE DE PREVENTION

- **Revue et méta-analyse (2014) des études en population et des études cas--témoins**
 - ➔ **Réduction de la mortalité** par CCR de 67 % (RR) = 0,33
 - Plus marquée POUR cancer du côlon distal (RR = 0,18) / côlon proximal (RR = 0,47)
 - ➔ **Réduction de l'incidence du CCR** significative de 59 % (RR = 0,41)
- **La coloscopie avec ou sans polypectomie = outil performant pour le dépistage et la prévention** du CCR à titre individuel en réduisant durablement, pendant 10 à 15 ans, son incidence et sa mortalité.

CONSENSUS SFED

➔ Une coloscopie de prévention peut être réalisée à titre individuel chez un sujet âgé de plus de 50 ans à risque moyen de CCR après information sur ses avantages et inconvénients et avec son consentement éclairé.

Nishihara R et al N Engl J Med. 2013 ;369:1095-105.

Elmunzer BJ et al . [Gastrointest Endosc.](#) 2015;81:700-709.e3. doi: 10.1016/j.gie.2014.10.033.

Brenner H t al . [BMJ](#) 2014;348:g2467 doi:10.1136/bmj.g2467

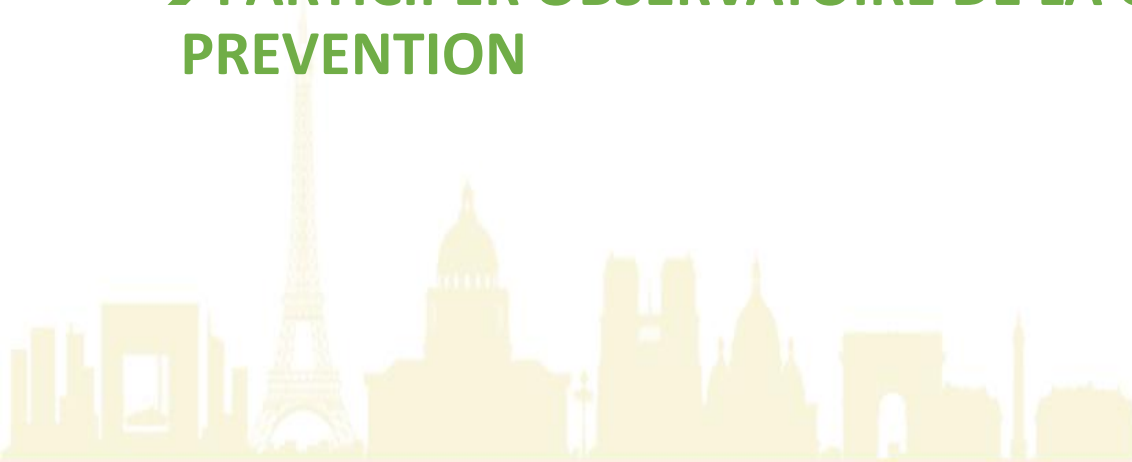
Rôle du gastro-entérologue

➤ Coloscopie de qualité

- CRITERES SFED 2018: COLOSCOPIE QUALITE

➤ Evaluer cette stratégie

➔ PARTICIPER OBSERVATOIRE DE LA COLOSCOPIE DE PREVENTION



Rôle HGE = CRITERES QUALITES COLOSCOPIE SFED 2018

| Domaine | Pré-procédure | Caractère complet de la coloscopie | Identification de la pathologie | Prise en charge de la pathologie | Complications | Ressenti du patient | Post-procédure |
|---|---|------------------------------------|--|--|--------------------------------|------------------------------|---|
| Critères de qualité majeurs (seuil minimal) | Taux de préparation colique adéquate (≥ 90%) | Taux d'atteinte caecale (≥ 90%) | Taux de détection des adénomes (≥ 25%) | Technique de polypectomie appropriée (≥ 90%) | Taux de complications (N/A) | Ressenti du patient (N/A) | Surveillance appropriée après polypectomie (N/A) |
| Critères de qualité mineurs | Plage de temps pour la coloscopie Indication à la coloscopie | | Temps de retrait de l'endoscope Taux de détection des polypes | Taux de récupération des polypes Tatouage du site de résection Evaluation par une technique d'imagerie avancée Description adéquate de la morphologie du polype | | | |

D'après Kaminski MF et al. Endoscopy et UEG J, 2017

Observatoire national de prévention des cancers digestifs

Étude préliminaire prospective d'une approche multimodale dans la prévention du cancer colo-rectal

Vous n'êtes pas encore inscrit

Vous devez créer un compte pour déclarer vos coloscopies de prévention en population standard à risque moyen de cancer colo-rectal.



Inscription

Vous avez un compte



Email



Mot de passe



Connexion

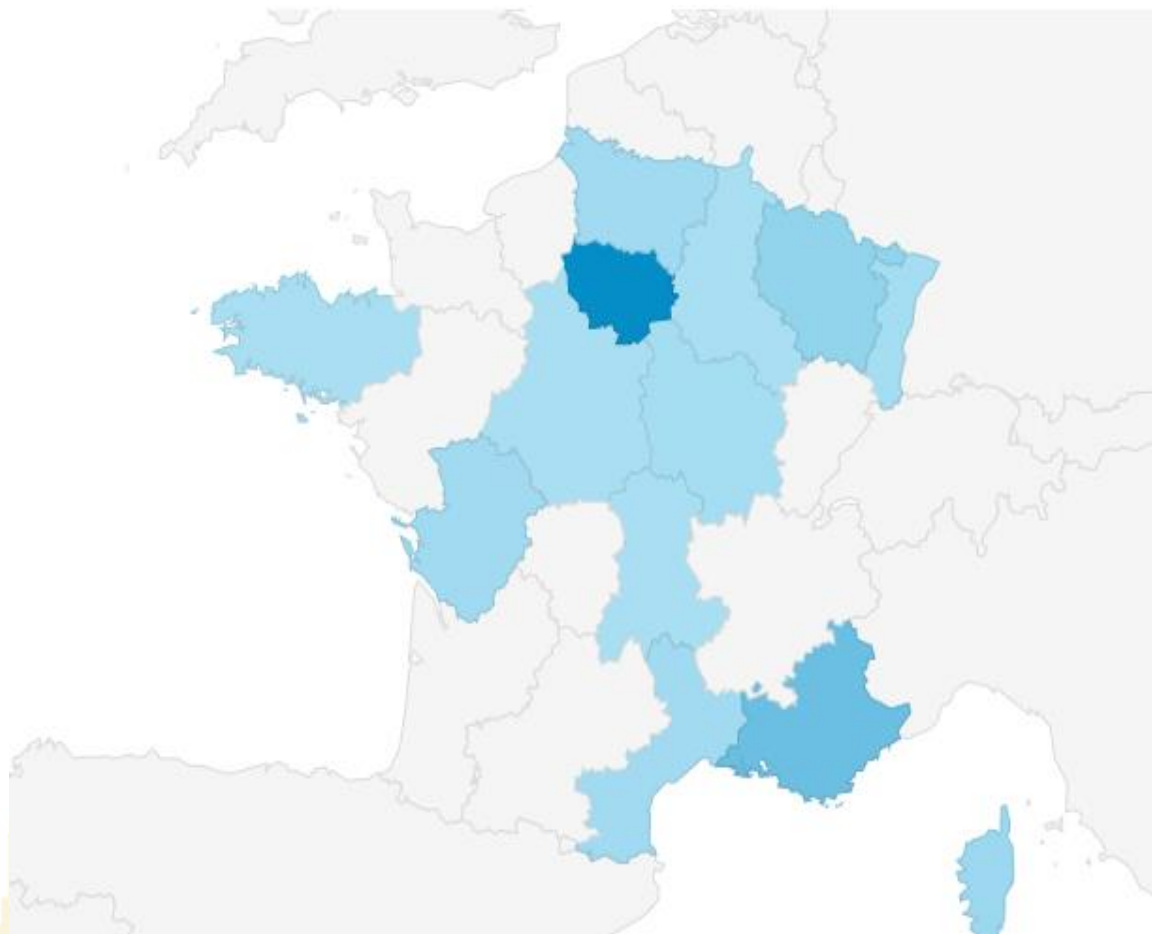
Le Cancer colorectal

Le Cancer colo-rectal (CCR) est une maladie qui évolue depuis une trentaine d'années sur un mode « épidémique » quel que soit le continent, touchant les pays industrialisés consommateurs de viande, plats pré-cuisinés, tabac, alcool, graisses avec une forte prévalence de cas d'obésité et de maladies inflammatoires coliques. L'âge avancé, les antécédents familiaux de polypes ou cancers coliques au premier et second degré, le sexe masculin et certaines maladies génétiques connues ou méconnues car atténuées sont des facteurs de risque de CCR ainsi que l'acromégalie. Les pays à l'écart du monde civilisé semblent momentanément protégés ...

Dépistage & prévention

En population standard, dite à risque «moyen », le dépistage a pour objectif sur 10 ans de diminuer la mortalité de 15% et éventuellement le coût du CCR. La prévention autorise la diminution de 50% de l'incidence même de la maladie et de la mortalité c'est pourquoi les USA, l'Allemagne et d'autres pays ainsi que le CREGG et la SFED ont choisi une approche individuelle multimodale couplant l'action de dépistage et de prévention rendant ainsi chaque citoyen maître de son destin face à cette maladie.

Observatoire de la coloscopie de prévention en population standard

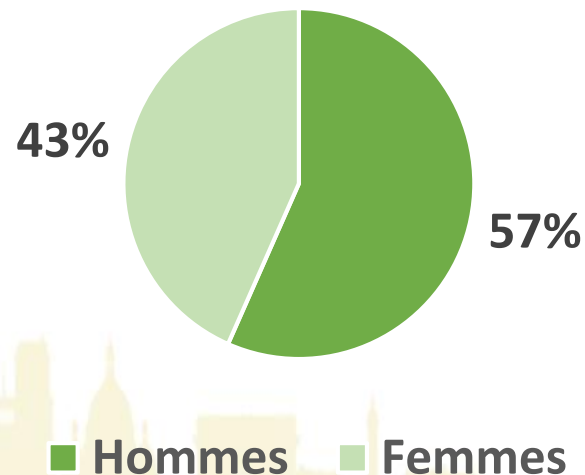


Origine géographique

Résultats 2018 : Observatoire de la coloscopie

- **Nombre de dossiers clôturés au 17 octobre 2018 : 438**
 - Répartition Hommes/Femmes
 - Hommes : 248 - Femmes : 190

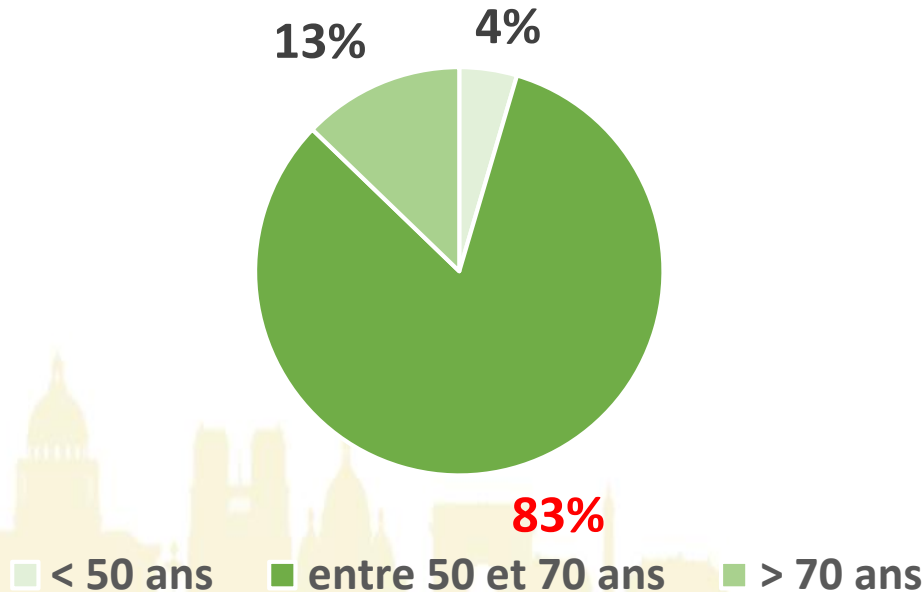
Répartition Hommes/Femmes



Résultats 2018 : Observatoire de la coloscopie

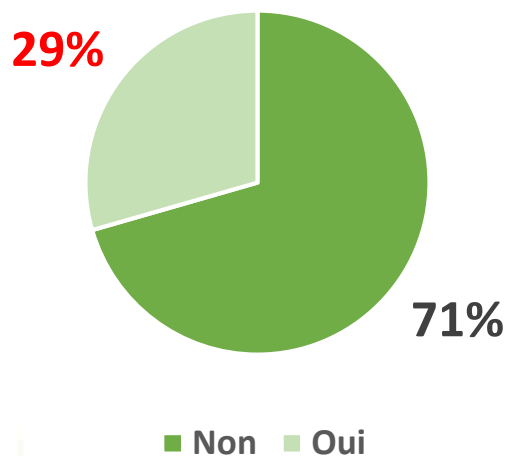
- Age moyen : 61 ans
 - < 50 ans : 20
 - **entre 50 et 70 ans : 362**
 - > 70 ans : 56

Répartition par âge

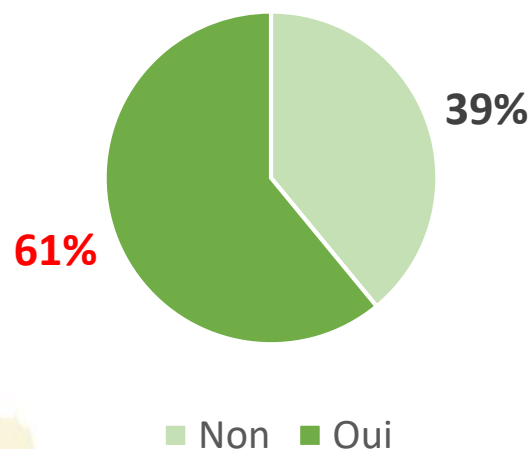


Résultats 2018: Observatoire de la coloscopie

Antécédents de Coloscopie



Coloscopie normale



Résultats 2018: Observatoire de la coloscopie

- **Coloscopies complètes : 432 (98 %)**

Coloscopies incomplètes : 6

- 3 Echecs techniques - 3 Défauts préparation

**STANDARD
SFED
≥ 90 %**

- **Score de Boston :**

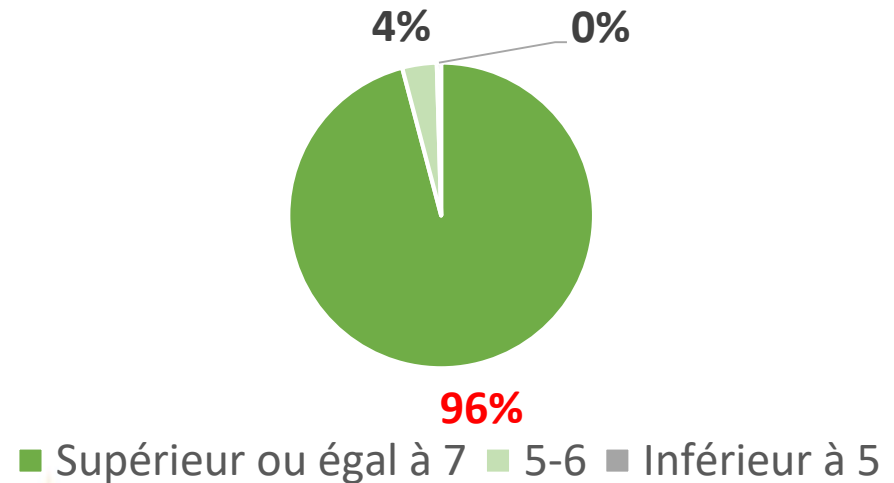
- **Supérieur ou égal à 7 : 420**

- 5-6 : 16

- Inférieur à 5 : 2

**STANDARD
SFED
≥ 90 %**

Score de Boston



Résultats 2018: Observatoire de la coloscopie

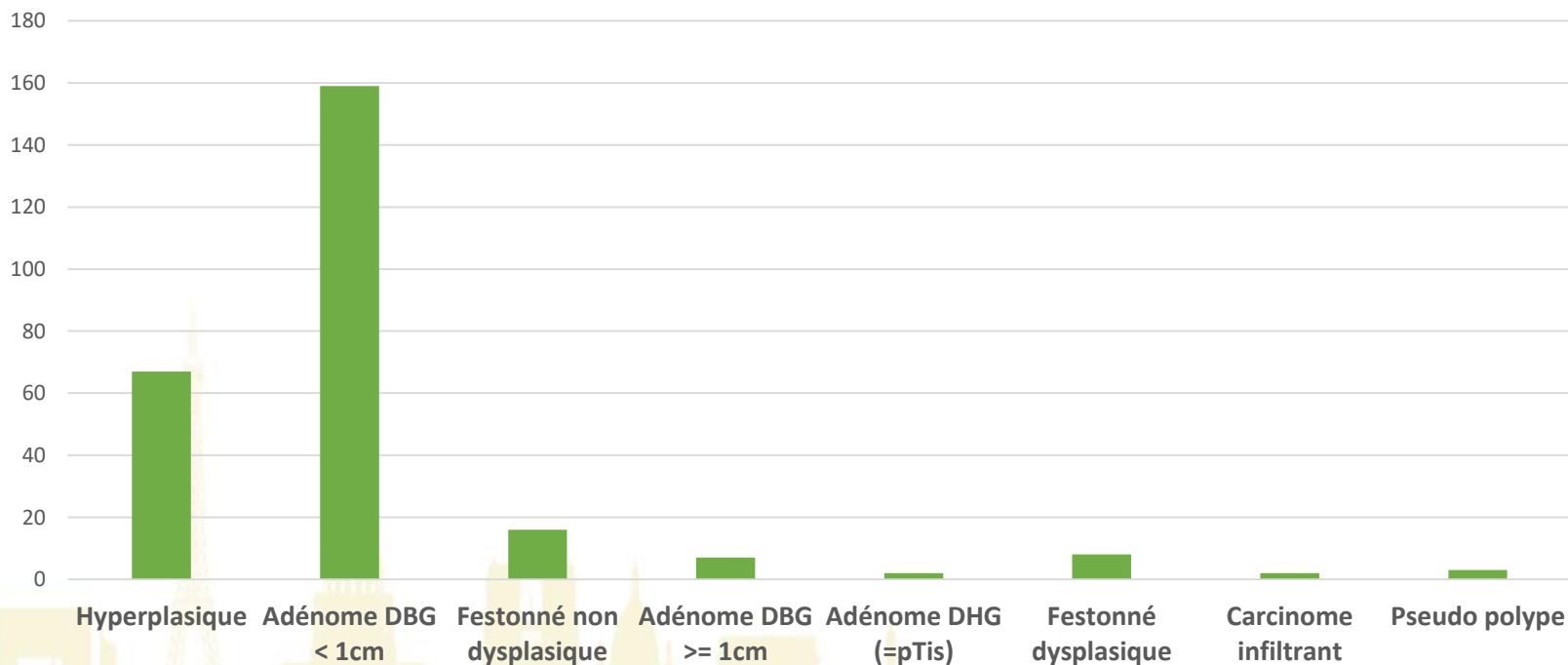
- ❑ Nombre de coloscopies avec au moins un polype réséqué :
 - 38 %
- ❑ Nombre de coloscopie avec au moins un adénome réséqué (TDA)
 - 26 %
- ❑ Nombre de complications :
 - 1 (Hémorragie traitée par voie endoscopique)

**STANDARD
SFED
≥ 25 %**

Résultats 2018: Observatoire de la coloscopie

Type d'histologie :

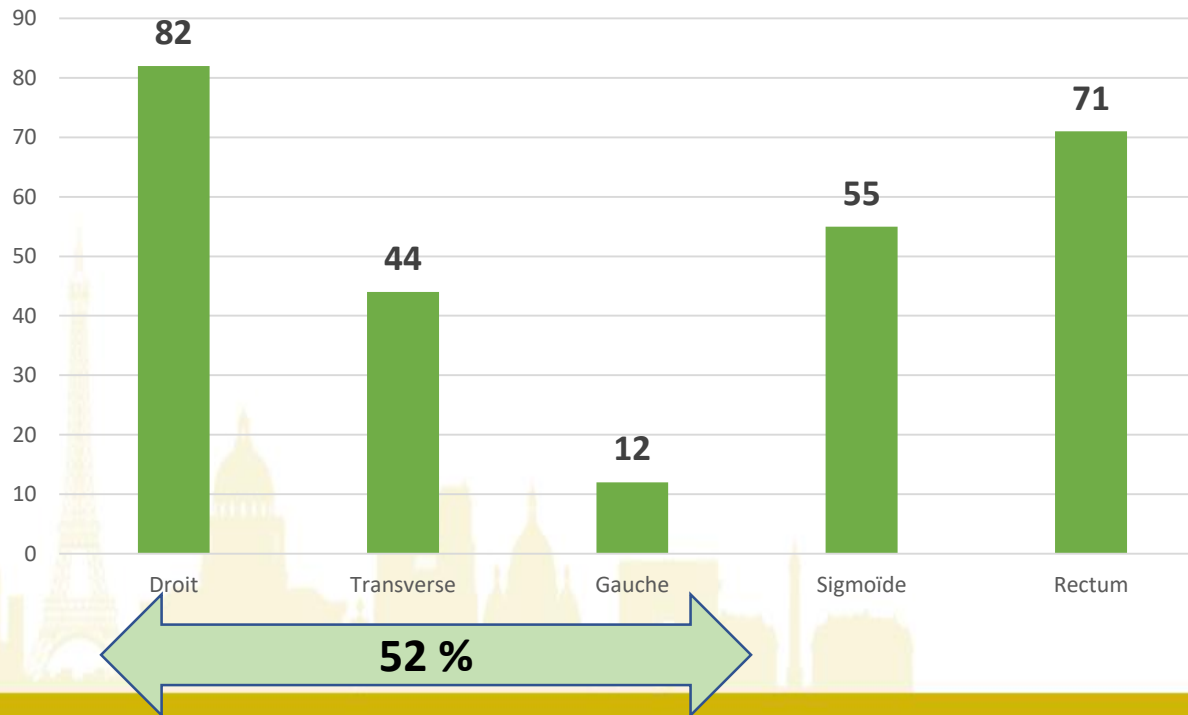
- Hyperplasique : 67
- Adénome DBG < 1cm : 159
- Festonné non dysplasique : 16
- Adénome DBG >= 1cm : 7
- Adénome DHG (=pTis) : 2
- Festonné dysplasique : 8
- Carcinome infiltrant : 2
- Pseudo polype : 3



Résultats 2018: Observatoire de la coloscopie

Siège des polypes : 52 % en amont du sigmoïde

Siège des polypes



CONCLUSION

- Résultats sont encourageants
- Les critères qualités semblent respectés
- IL FAUT INCLURE +++



LE CREGG vous remercie pour votre participation



Forum Recherche et Développement

Samedi 8 décembre 2018

