

LE DÉPISTAGE MAMMOGRAPHIQUE CHEZ LES FEMMES DE 50 À 74 ANS DU CANCER DU SEIN CONFORTE PAR LES EXPERTS DE L'OMS

Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), l'agence de L'OMS spécialisée dans le cancer vient de publier dans le New England of Medicine viennent de publier des données actualisées sur le dépistage généralisé du cancer du sein. Les conclusions sont claires : **Les bénéfices du programme de santé publique surpassent les risques chez les femmes âgées de 50 à 74 ans avec une mortalité par cancer du sein diminuée de 23 % pour les 50-69 ans.**

Depuis les premières publications de Goetche et Olsen mettant en cause la pertinence du dépistage organisé du cancer du sein les polémiques n'ont jamais cessé. Des études épidémiologiques s'appuyant sur des données complexes ont été relayés dans la presse non spécialisée et médiatisées. Les détracteurs ont mis en cause les bénéfices en termes de mortalité et mis en avant les effets indésirables (faux positifs, risques liés à l'irradiation, sur diagnostic, procédures invasives inutiles) jetant ainsi le trouble dans l'esprit des médecins et des femmes.

Les experts du CIRC ont fait une sélection de 20 études de cohorte et de 20 études cas-témoin menées en Australie, au Canada et aux Etats-Unis. L'analyse des données confirme l'efficacité du dépistage mammographique puisque les femmes qui pratiquent régulièrement une mammographie ont une mortalité spécifique diminuée de 40 % et de plus le risque de décès par cancer du sein s'observe aussi pour les femmes de 70 à 74 ans ce qui est une donnée nouvelle. Ces résultats convergent avec ceux de l'étude norvégienne publiée en 2014 dans le BMJ mais les experts du CIRC ont aussi analysé les risques associés au dépistage :

- Le risque cumulé de faux positifs est de 20 % mais moins de 20 % de ces faux positifs engendrent une procédure invasive. (Ces faux positifs entraînent toutefois des conséquences psychologiques négatives qu'il faut gérer au mieux et dont les médecins doivent rester conscients)
- Le risque de cancer radio-induit lié aux mammographies se situe entre 1 et 10 pour 100000 femmes selon les modalités et la durée du dépistage mais reste inférieur d'un facteur 100 au risque de décès aurait été lié cancer du sein évité. Il est toutefois de première nécessité de réduire l'irradiation au minimum possible sans altération de la qualité de l'image
- Toutefois en ce qui concerne le sur-diagnostic le débat reste ouvert En 2012 L'Euroscreen Working Group l'estime entre 1 et 10 % ce qui est une fourchette relativement large alors que d'autres études l'estiment plus élevé. Pour l'instant nous manquons encore d'éléments scientifiques déterminants mais ceci ne remet pas en cause le rapport bénéfice-risque favorable du dépistage mammographique du cancer du sein. Ce risque de sur-diagnostic doit rester en mémoire et doit impérativement être pris en compte dans le dialogue avec les femmes auxquelles nous sommes tenus de donner une information éclairée et lorsque nous communiquons avec elles et lors des campagnes d'information.

En ce qui concerne les autres méthodes de dépistage du cancer du sein : la palpation par le praticien permet la détection de tumeurs petites et néanmoins déjà palpables, mais la réduction de mortalité n'est pas démontrée. L'autopalpation ne permet pas de réduire la mortalité.

Pour toutes les techniques plus récentes (Tomosynthèse, IRM, Echographie, tomographie par émission de positons...) les données sont insuffisantes pour avancer des conclusions. L'IRM est en évaluation actuellement chez les femmes à haut risque et en particulier chez celles parmi lesquelles des mutations ont été retrouvées.

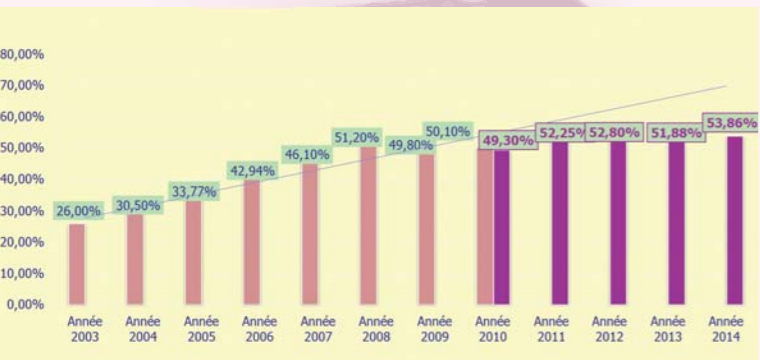
En attendant des données nouvelles la stratégie française de dépistage organisé du cancer du sein est confortée. Une communication honnête avec les femmes est indispensable et il faut essayer de réduire au minimum les effets adverses liés à ce dépistage. Le dépistage à titre individuel ne permet pas aux femmes de bénéficier de la double lecture et si la pratique du dépistage organisé est remise en cause, il faut aussi en premier lieu remettre en cause celle du dépistage individuel. Les autres méthodes de diagnostic n'ont pour l'instant pas fait leur preuve dans la population générale. Rappelons enfin que grâce au dépistage organisé nous avons en France considérablement fait évoluer les pratiques en généralisant la qualité des examens assurée en même temps qu'une maîtrise des doses d'irradiation et amélioré d'une manière ou d'une autre le diagnostic et le traitement des cancers du sein diagnostiqués à un stade plus précoce et donc plus faciles à traiter.

Lauby-Secretan B et coll. : Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group N Engl J Med., 2015 ; publication avancée en ligne le 3 juin. DOI: 10.1056/NEJMsr1504363
Weedom-Fekjaer W et coll. : Modern mammography screening and breast cancer mortality BMJ 2014 ; 348 : G3701. Doi : 10.1136/bmj.g3701.

Les chiffres actualisés du DOCS

La 2^{ème} lecture des mammographies de dépistage est réalisée par 13 radiologues experts dans les locaux d'ADECA 54. Sur les 2114 cancers diagnostiqués entre 2003 et 2014, 1836 cancers détectés en 1^{ère} lecture et 278 cancers uniquement par la 2^{ème} lecture, soit 13,15 % des cancers du sein.

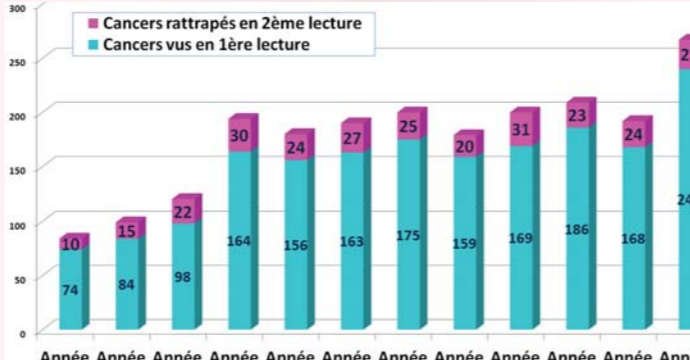
Taux participation INSEE en Meurthe-et-Moselle
En 2014 la participation est de 53,86 % et de 51,88 % en 2013.



Population cible INSEE 2014 (projection Omphale) : 105 843 femmes - Population cible INSEE 2013: 104 663

Taux de participation INSEE / DEFINITION
- Numérateur = nombre de mammographies réalisées
- Dénominateur = population INSEE projection Omphale divisée par 2

Nombre de cancers de 2003 à 2014 en Meurthe-et-Moselle : 278 cancers détectés uniquement en 2^{ème} lecture



Info-dépistages - ISSN 11969-3893 - Directeur de publication : Dr F. DIDIER - Mise en page : tamisonchabome.com 2015 - 4000 ex. imprimés - Imprimerie Moderne.



La lettre pour les professionnels de santé

> Edito

Le passage au test immunologique : un réel progrès pour le dépistage du cancer colorectal.



Le cancer colo-rectal est responsable de plus de 17 000 décès par an en France. La preuve de l'efficacité du dépistage pour réduire la mortalité par cancer colo-rectal à l'échelle d'une population a été apportée il y a plus de 20 ans mais ce n'est qu'en 2008 que ce dépistage a été généralisé en France. Malgré tous les espoirs suscités par la mise à disposition du test Hemocult, les résultats sont mitigés en raison notamment d'un taux de participation de la population insuffisant autour de 30 %.

Depuis le 14 avril 2015, le test Hemocult a été remplacé par un test immunologique. Il s'agit d'un test spécifique de l'hémoglobine humaine dont l'analyse est réalisée par des automates qui déterminent la concentration d'hémoglobine dans les selles. Les caractéristiques principales de ce test sont performance, fiabilité et simplicité.

Performance car au seuil retenu en France de 150 ng/ml, le taux de positivité attendu du test se situera autour de 4 % et on détectera 2 fois plus de cancers et 2.5 fois plus d'adénomes à haut risque de transformation cancéreuse. Pour un taux de participation de 50 %, on pourrait ainsi passer de 2 500 décès évités par an grâce au test Hemocult à 5 400 avec le test immunologique. L'augmentation de la détection des lésions précancéreuses peut aussi laisser espérer pour la

première fois, comme cela a été montré en Italie, une baisse de l'incidence de ce cancer.

Fiabilité car plus spécifique puisque ce test repose sur la détection dans les selles d'hémoglobine humaine grâce à l'utilisation d'anticorps spécifiques de la partie globine de l'hémoglobine humaine. Par ailleurs, l'automatisation de sa lecture garantit à la fois la fiabilité et la reproductibilité des résultats.

Simplicité car contrairement au test Hemocult qui reposait sur 6 prélèvements réalisés sur 3 selles différentes, le test immunologique ne nécessite qu'un seul prélèvement avec un matériel plus ergonomique et une manipulation plus simple.

Les qualités de ce test peuvent laisser espérer une augmentation de la participation de 15 %, nous permettant d'approcher l'objectif des 50 % de participation.

Mais, pour le test immunologique comme pour tout dépistage, les performances des tests ne permettront pas de lutter contre le 2^{ème} cancer le plus meurtrier en France en l'absence de participation de la population.

La plus belle fille du monde ne peut donner que ce qu'elle a !! Le reste nous incombe !

Dr Laurence Choné
Conseillère scientifique CCR ADECA 54
Gastroentérologue au Service hépatogastroentérologie CHU BRABOIS

Concertation citoyenne sur le dépistage du cancer du sein organisée par l'INCa site www.concertation-depistage.fr (ouvert jusqu'au 15 mars 2016).

AGENDA

- 16-19 octobre 2015 - Paris : Journées Françaises de Radiologie (SFR)
- 11-13 novembre 2015 – Bordeaux : Congrès de sénologie (SFSPM)
- 3 décembre 2015 à 20h30: Actualités sur le cancer colorectal réunion organisée par AMPPU 54, ADECA 54 et CDOM 54, lieu : CDOM Vandœuvre-lès-Nancy

INFORMATIONS PRATIQUES

Publication de l'INCa :



• **Mon Info Dépistage** plaquette très complète et accessible à tout public sur le cancer colo-rectal et l'actualité de son dépistage.



• **Cancer du sein - Quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes ?**
Ce document indique les modalités de dépistage recommandées selon l'âge et le niveau de risque.

Documents téléchargeables sur www.e-cancer.fr ou demander à ADECA 54

• Nutrition et cancer :



Documents téléchargeables sur www.e-cancer.fr

Le nouveau test est disponible



> LE CANCER COLORECTAL (CCR)

C'est le 3^e cancer le plus fréquent :

- 2^e chez la femme, après le cancer du sein
- 3^e chez l'homme, après les cancers du poumon et de la prostate

C'est le 2^e cancer le plus mortel : 42 152 cas/an, responsable de 17 722 décès

Son taux d'incidence est relativement stable (baisse de 3 % depuis 2000) avec un taux de mortalité en baisse (baisse de 15 % depuis 2000).

Il survient majoritairement après 50 ans (95 %).

Il se développe lentement, habituellement à partir de polypes préexistants.

La survie est directement liée à la précocité du stade évolutif lors du diagnostic :

Stades des lésions détectées		Survie à 5 ans
Précoces	0 - In situ	90 %
	1 - Superficielle	
	2 - Paroi du colon	
Régional	3 - Ganglions	70 %
Métastatique	4 - Métastases	13 %

> LE DÉPISTAGE DU CCR

Le dépistage organisé (DOCCR) s'adresse à la population générale, des hommes et des femmes âgées de 50 à 74 ans, sans symptôme et n'entrant pas dans le groupe des personnes à risque élevé ou très élevé (antécédents familiaux, pathologies intestinales, prédispositions héréditaires, ...) qui requièrent une surveillance individuelle, spécifique et adaptée.

Il repose sur la détection de sang occulte dans les selles, manifestation du saignement d'une lésion de la paroi intestinale (polype essentiellement) qui nécessitera la réalisation d'examen spécifique (coloscopie principalement). C'est l'objet du test au Gaïac initial (Hemoccult), maintenant remplacé par le test Immunologique.

> LES BÉNÉFICES DU DOCCR :

Il permet la détection des cancers à un stade plus précoce, et donc la mise en place de traitements plus efficaces avec de meilleures chances de guérison (réduction de la mortalité). Les traitements seront moins lourds, en réduisant les séquelles (impact sur la morbidité).

Il permet la détection des lésions précancéreuses, avant leur dégénérescence.

De plus, il améliore la qualité des pratiques de dépistage et participe également à la lutte contre les inégalités en santé.

Programme national du dépistage organisé du cancer colorectal : passage au test immunologique

LE NOUVEAU TEST IMMUNOLOGIQUE : OÙ EN EST-ON ?

- **Commande** des tests possibles à compter du 14 Avril 2015
- **Premier approvisionnement** des médecins par ADECA 54 : mai 2015
- **Approvisionnements ultérieurs** doivent être fait directement sur le site AMELI
- **Envoi d'une clef USB** contenant les informations nécessaires au démarrage du nouveau programme à tous les médecins : mai 2015
- **Reprise des invitations** : mai 2015 . Les personnes qui vont atteindre ou ont atteint leur 75 ans (pendant la période d'arrêt du programme) sont invitées en priorité. Au 15 octobre 2015 : 84 000 invitations envoyées. Tests immunologiques réalisés au 15 octobre : plus de 13 000.
- **Centre de lecture des tests** : Laboratoire CER-BA à Saint Ouen en Ile de France (un centre unique pour tous les départements)
- **Les Délégués de l'Assurance Maladie** sont missionnés pour rencontrer en mai et juin tous les médecins généralistes pour leur présenter la nouvelle campagne et les modalités de réapprovisionnement via le site AMELI.



> ÉVALUATION DU DOCCR AVEC LE TEST AU GAÏAC

Un taux de participation insuffisant : 30 % au niveau national (2013-2014) - 28 % pour les hommes et 31,5 % chez les femmes (recommandation européenne = 45 % minimum).

Un taux de positifs en baisse depuis 2009 : 2,2 % en 2013-2014 (450 000 positifs de 2009 à 2014)

Le taux de réalisation de la coloscopie après test positif = 87 %

- 6,9 % de cancers détectés après coloscopie (2010-2011). 27 500 cancers détectés (2009-2014)
- 18 % d'adénomes avancés détectés après coloscopie (2010-2011). 72 500 détectés (2009-2014).

> DU TEST AU GAÏAC AU TEST IMMUNOLOGIQUE

Le remplacement du test au Gaïac (Hémocult) par le test Immunologique présente un certain nombre d'avantages, résumés dans le tableau suivant :

TEST AU GAÏAC	TEST IMMUNOLOGIQUE
Non spécifique de l'hémoglobine humaine Basé sur l'activité peroxydasique de l'hème	Spécifique de la globine de l'Hb humaine
Lecture visuelle	Lecture automatisée. Résultats quantitatifs avec un seuil de positivité réglable
Sensibilité cancer = 35 à 40 % Sensibilité adénomes avancés = 10 %	Sensibilité cancer = 65 à 75 % Sensibilité adénomes avancés = 25 %
Spécificité = 98 %	Spécificité = 96 à 98 %
Taux de positifs = 2,2 % (InVS 2013-2014)	Taux de positivité cible = 4 % (majoration du nombre de coloscopies)

> LES « PLUS » DU TEST IMMUNOLOGIQUE

- Plus performant** : au seuil de 150 ng HB/ml
 - 2 fois plus de cancers détectés
 - 2,5 fois plus d'adénomes
 - Plus simple** :
 - 1 seul prélèvement de selles
 - 1 test plus ergonomique, plus simple et rapide d'utilisation
 - Plus fiable** :
 - Lecture automatisée
 - Ajustement possible du seuil de positivité
- Au total, une meilleure participation de la population cible est attendue, évaluée entre 10 et 15 %.

LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT est essentiel dans le dépistage du cancer colorectal.

- Il propose la modalité du dépistage selon un suivi adapté au niveau de risque du patient.
- Il oriente vers le dépistage organisé si le patient est éligible : explication du principe du dépistage, information sur ses avantages et limites, négociation sur les éventuelles réticences, remise du kit de dépistage avec explication du mode d'emploi.
- **Si le résultat du test est négatif** : rappelle la nécessité de consulter en cas de symptomatologie évocatrice et préconise le renouvellement du test 2 ans plus tard.
- **Si le résultat du test est positif** : oriente vers le gastro-entérologue, évoque et détaille la coloscopie, assure le suivi.

7 années de test Hemoccult

Indicateurs de suivi en Meurthe-et-Moselle

Nb de coloscopies : 3 751
Taux de coloscopies réalisées : 91 %
Taux de référence national > 90 %

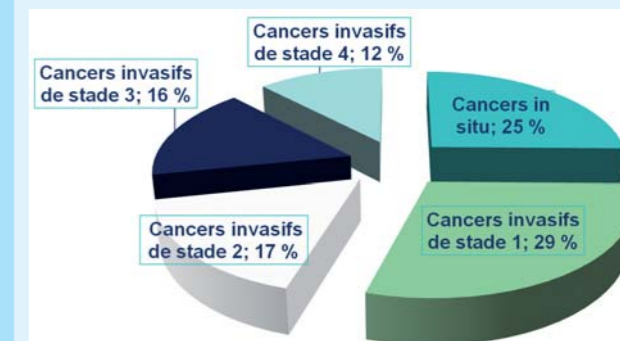
Adénomes : 31,5 % (Nb : 1182)

Taux de référence nationale :
• **Cancer > 10 %**
• **Adénome : 30 à 40 %**

TESTS POSITIFS RÉALISÉS de 2008 à 2014

Résultat de la coloscopie	N	%
Cancer	344	9.2
Adénomes à risque (> 1 cm ou villex)	802	21.4
Adénomes simples	380	10.1
Polypes Hyperplasiques à risque (>1 cm)	22	0.6
Polypes Hyperplasiques	252	6.7
Normal	1887	50.3
Polypes SAI (non récupéré)	45	1.2
Diagnostic en attente	19	0.5

STADES DES CANCERS DÉPISTÉS DE 2008 À 2014



- **STADE I** : atteinte superficielle de la paroi intestinale
- **STADE II** : atteinte de la paroi intestinale au delà de la couche musculuse
- **STADE III** : atteinte des ganglions
- **STADE IV** : métastase (propagation à d'autres organes)

- Pendant cette période 356 000 tests ont été lus par le laboratoire de l'UC-CMP avec des résultats conformes aux recommandations nationales et avec un partenariat quotidien. Nos remerciements à toute l'équipe du laboratoire.

Mars bleu 2015

La campagne nationale de communication sur le DOCCR a été cette année reportée en mai en raison du passage au test immunologique. La plupart des municipalités ont cependant proposé des actions en mars, dont voici un aperçu :

- Le colon tour, organisé par La Ligue contre le cancer 54 a été installé cette année dans les villes de Baccarat et Mont-Saint-Martin les 26 et 27 février et à Tomblaine le 13 juin.
- La ville de Saint-Max a organisé un stand d'information au supermarché Match début mars et une information a été donnée le lundi 23 mars au conseil municipal
- La ville de Margaux CREUTZ- LEROY Interne en santé publique et stagiaire au Service Santé de la Ville de NANCY avec le soutien de la Faculté de Médecine et des chefs de services hospitaliers.
- Le match en partenariat avec le SLUC Basket a eu lieu encore cette année, le 21 mars. Beaucoup de monde bien sûr.
- Une réunion d'information le samedi, 23 mai à la mairie de Maxéville.
- Un stand d'information à Einville au Jard à l'occasion de l'inauguration de la Voie Verte.
- « Docteur colon et docteur rectum en action », vendredi 20 mars 2015. Cette action a été initiée



NANCY : les joueurs, les gastroentérologues et l'ADECA 54



Docteur colon et docteur rectum en action