

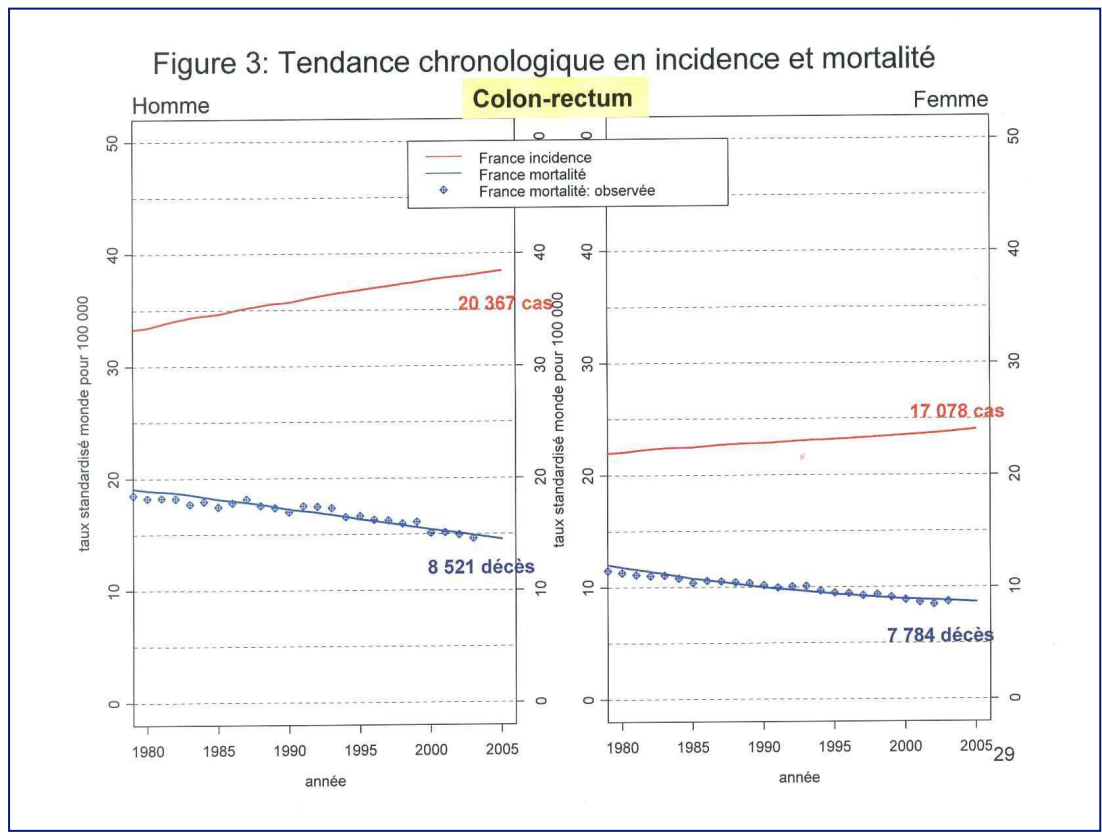
Dépistage du cancer colorectal

Résultats nationaux et perspectives

Dr. Jérôme VIGUIER
Responsable du Département Dépistage
Institut National du Cancer

Dépistage organisé du cancer colorectal

- **37 413 nouveaux cas et 16 865 décès en 2005**
(19 900 hommes, 17 500 femmes)
- **Population cible**
 - femmes et hommes âgés entre 50 et 74 ans (16 millions de personnes concernées)
- **Structure de gestion départementale :**
 - structure identique à celle qui gère le dépistage organisé du cancer du sein
- **Cahier des Charges**
- **Généralisation du dépistage du cancer colorectal**
 - Mars 2008 → 98 départements inclus dans le programme



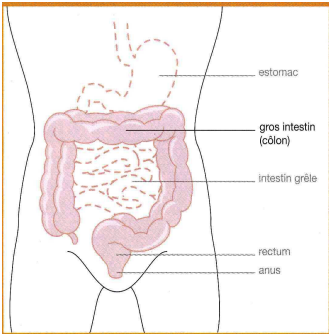
37 400 nouveaux cas /an*

→ **3^{ème}** cancer population

17 000 décès/an*

→ **2^{ème}** cause de DC par cancer

* estimation 2005



2/3 colon, 1/3 rectum

Histoire naturelle du CCR



1000
adénomes



100
adénomes >1cm



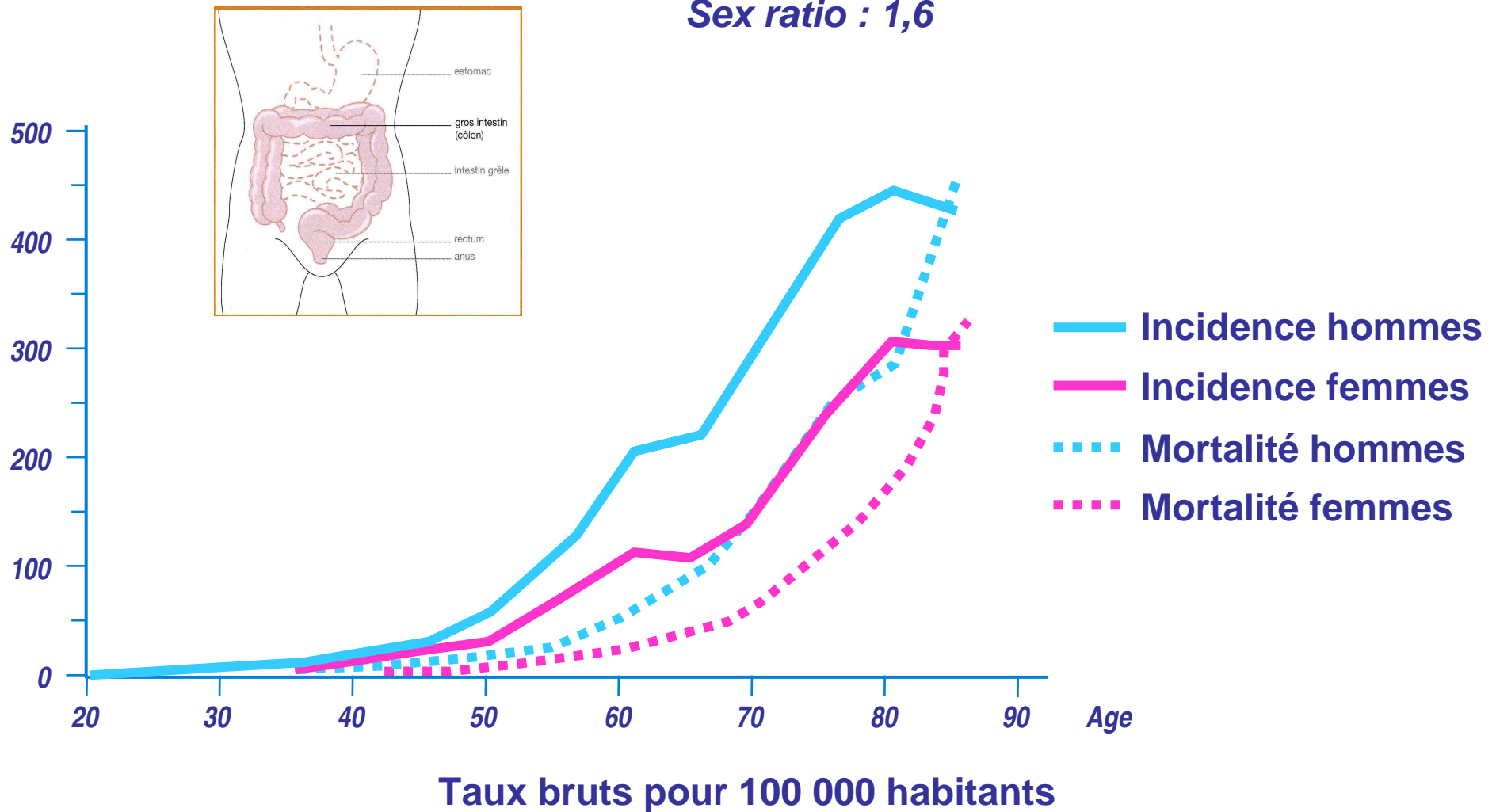
25
cancers

0

10 ans

Incidence et de la Mortalité du Cancer Colorectal en fonction de l'Age

Sex ratio : 1,6



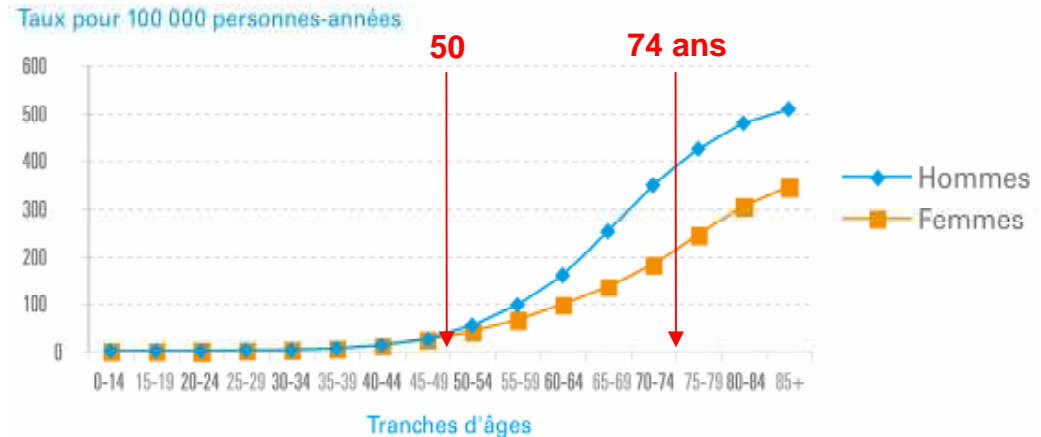
	Extension	Survie relative à 5 ans
Stade I	Paroi jusqu'à la musculieuse	94%
Stade II	Paroi au-delà de la musculieuse, organe adjacent	80%
Stade III	Ganglions envahis	47%
Stade IV	Métastases viscérales	5%

Survie : 57% à 5 ans

Population à risque moyen :

- Sans symptôme
- Sans antécédents de polype
- Sans antécédent de cancer

16 millions hommes et femmes



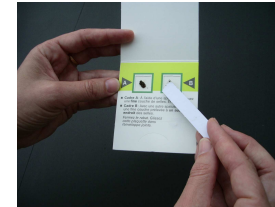
Population à risque élevé : **Coloscopie**

- Antécédent personnel ou familial de polype ou de cancer
- Maladie inflammatoire intestinale

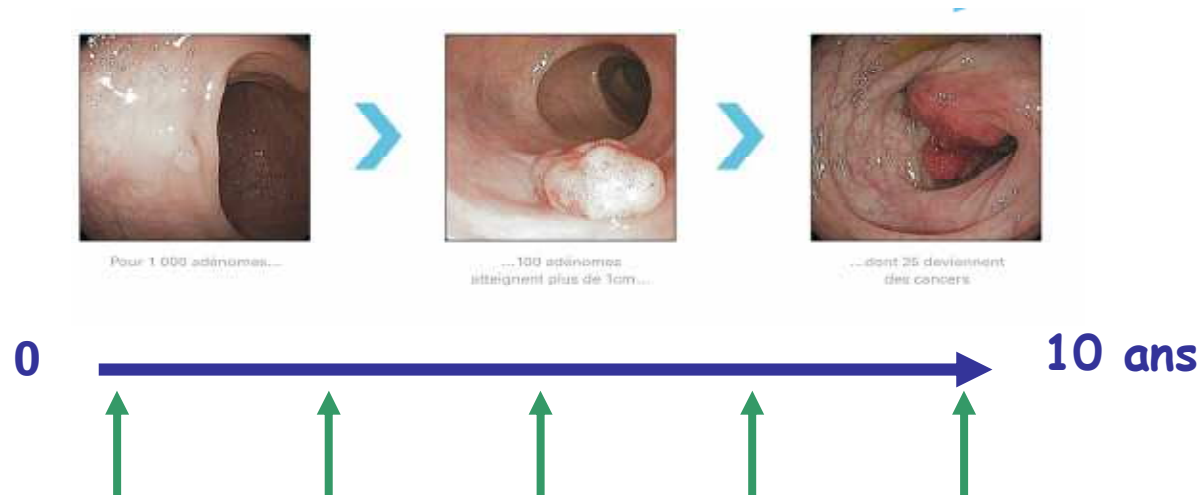
Population à risque très élevé : **Chromocoloscopie, oncogénétique**

- Prédisposition génétique

- Recherche de sang dans les selles



- Si positive (2,6%) → Coloscopie



- Taux participation (> 50%)
- % positifs (< 3%)
- % coloscopie (> 90%) + complications
- VPP cancers (10%), adénomes (30 à 40%)
- Caractéristiques adénomes
cancers

Résultats des sites pilotes

Généralisation

Participation à la 1^{ère} campagne

Population
cible 50-74 :

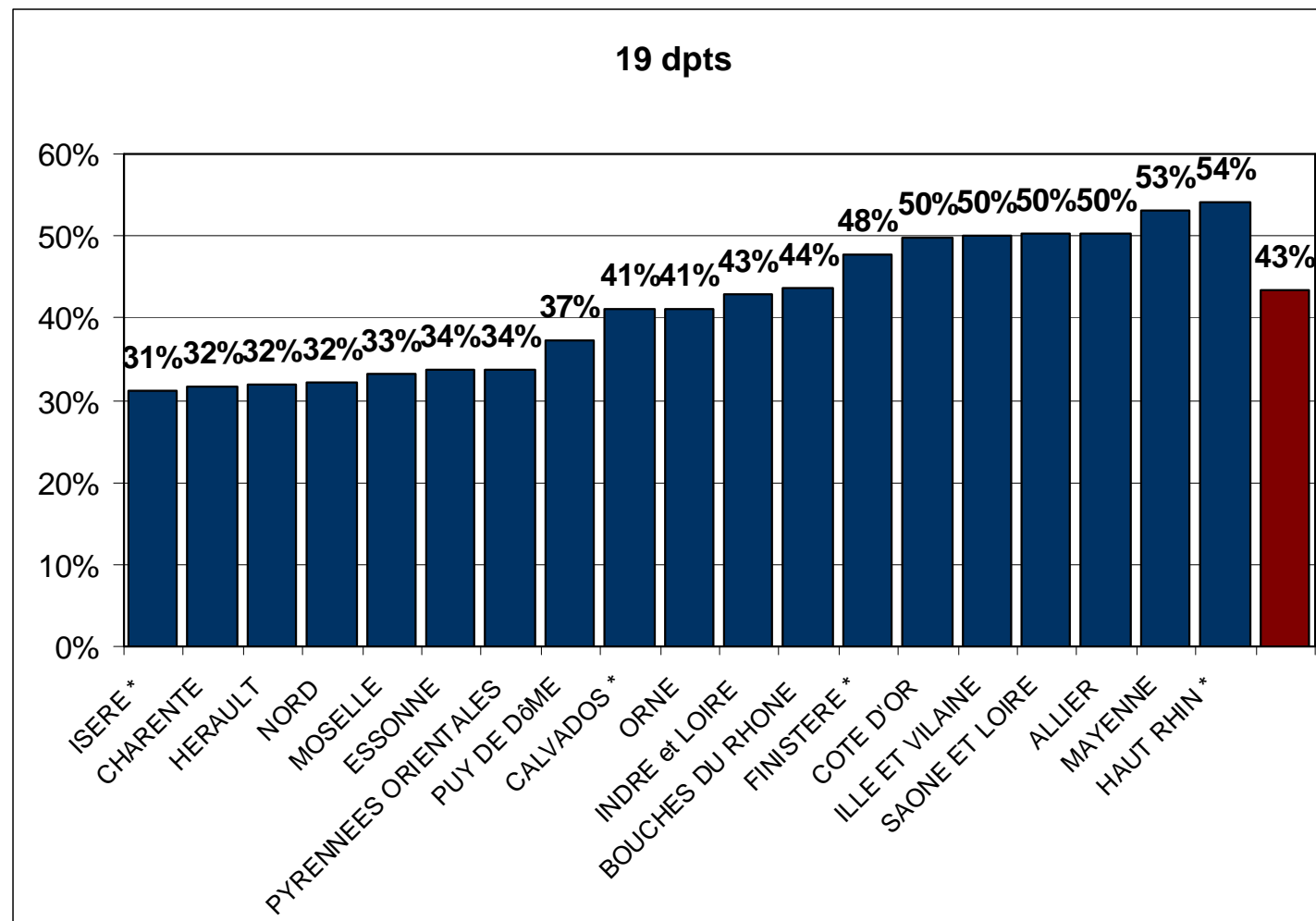
3 917 279

Nbre de
tests:

1 566 190

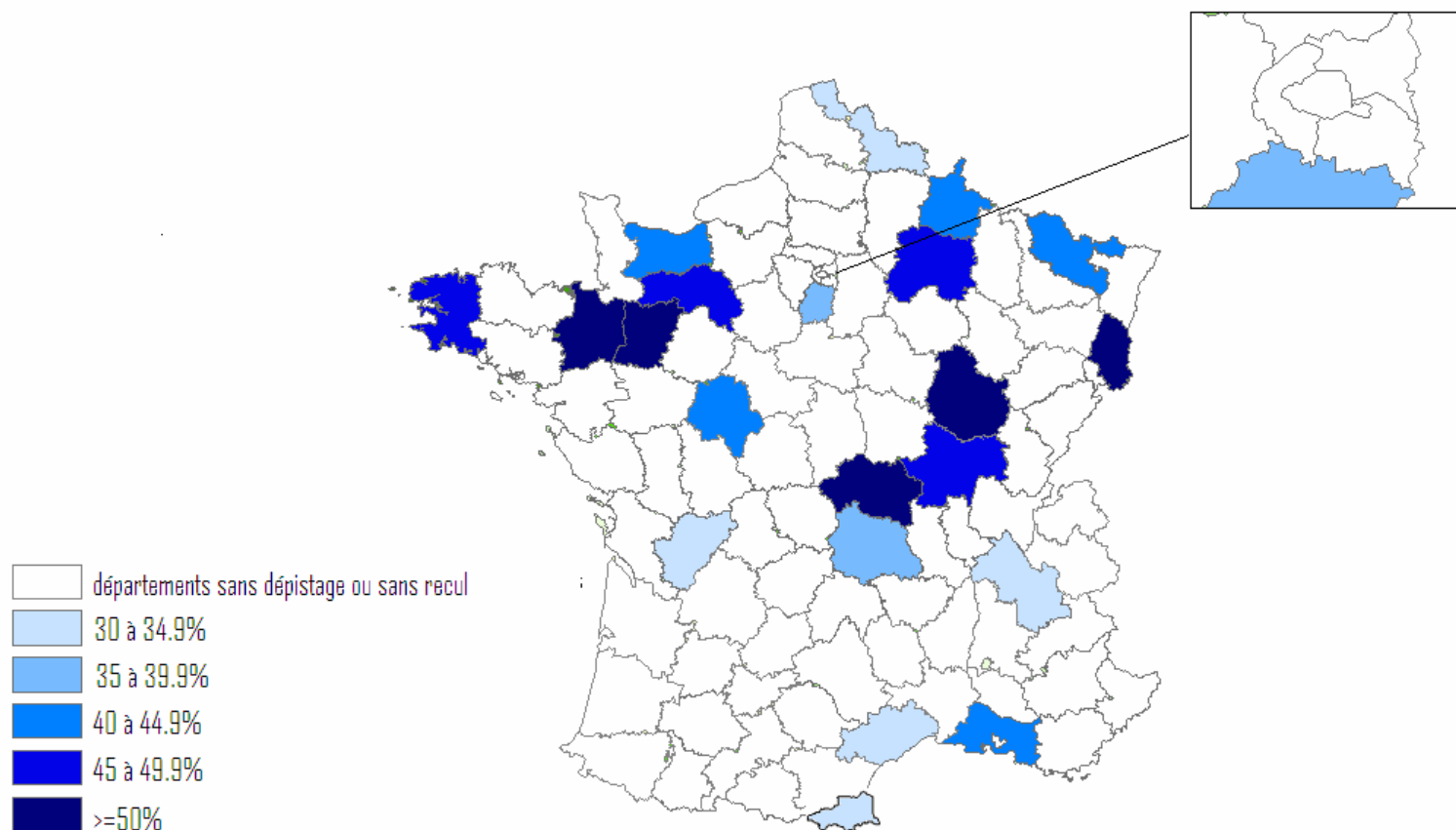
Participation

43%



Participation à la 1^{ère} campagne

Participation au dépistage du cancer colo rectal - 1^{ère} campagne
Situation au 01/11/2007





Taux de participation à la 1 ère campagne selon le sexe

Nombre personnes
ayant fait un test :

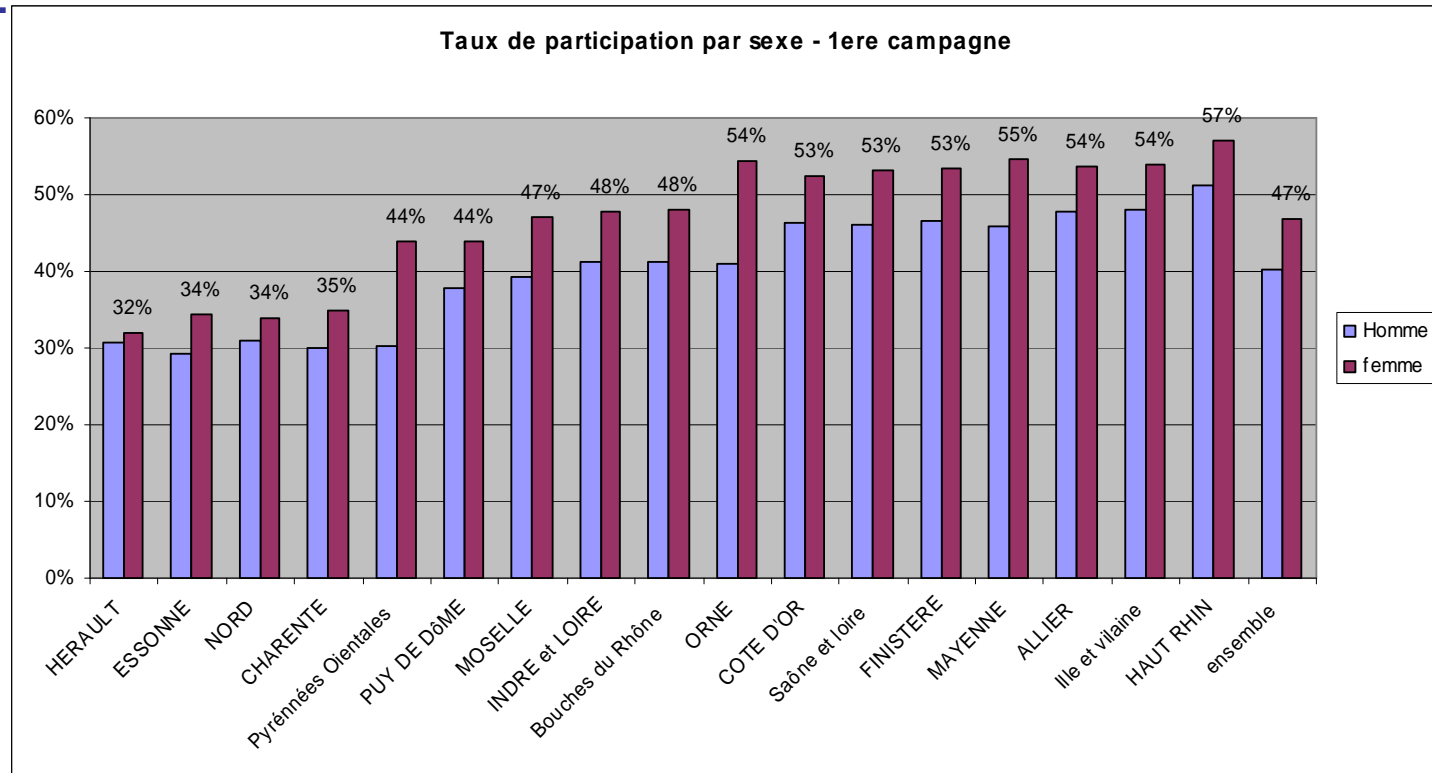
1 566 190

Taux de
participation :
43%

Hommes :
40 %

Femmes :

47%



8 000 000 personnes invitées chaque année

4 000 000 tests réalisés (50%)

104 000 tests positifs (2,6%)

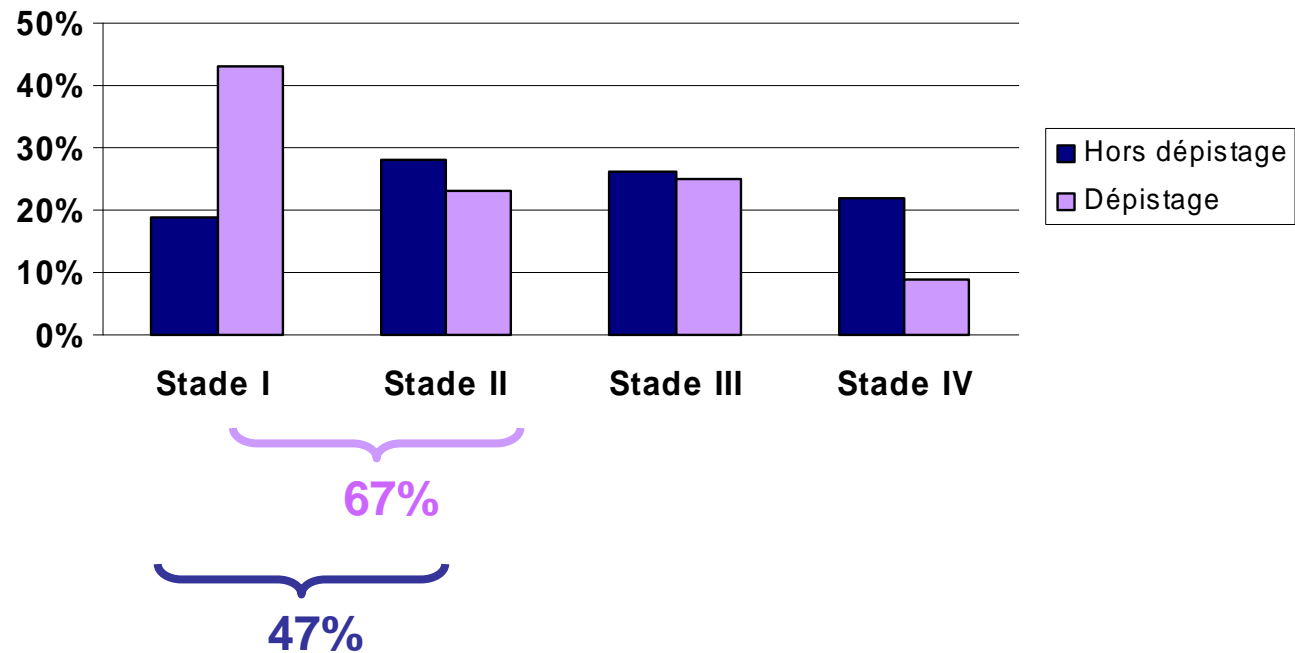
90 500 coloscopies (86%)

39 200 lésions «curables» (43%) { - 30 800 adénomes (34%)
- 8 500 cancers (9,4%)

*La mortalité diminue de **33%** chez les personnes ayant réalisé au moins un test*

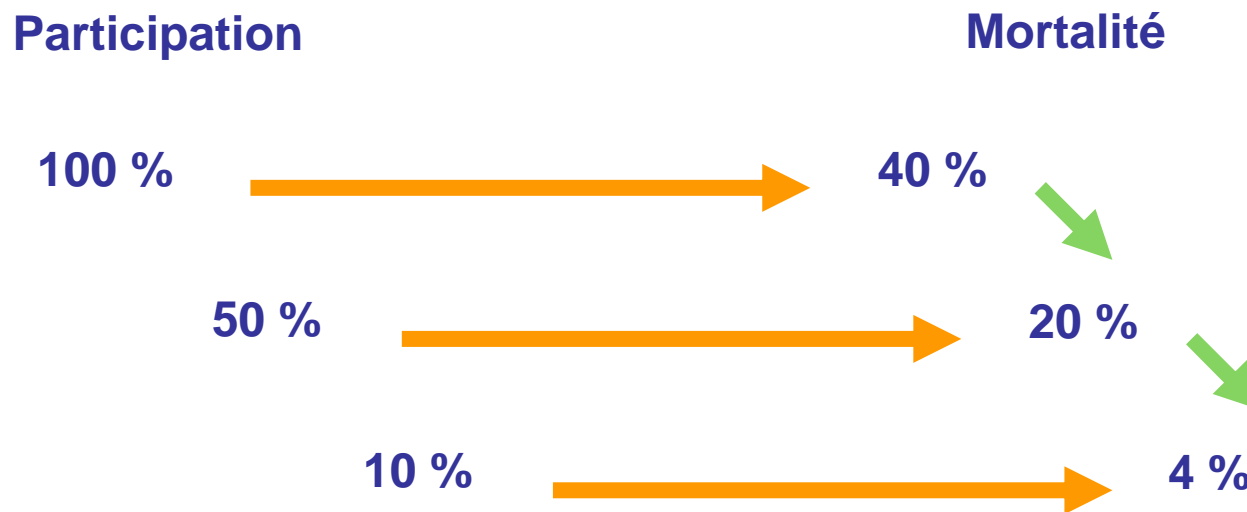
*projeté à partir expériences pilotes pour une campagne, sur deux ans

Stade des cancers au diagnostic

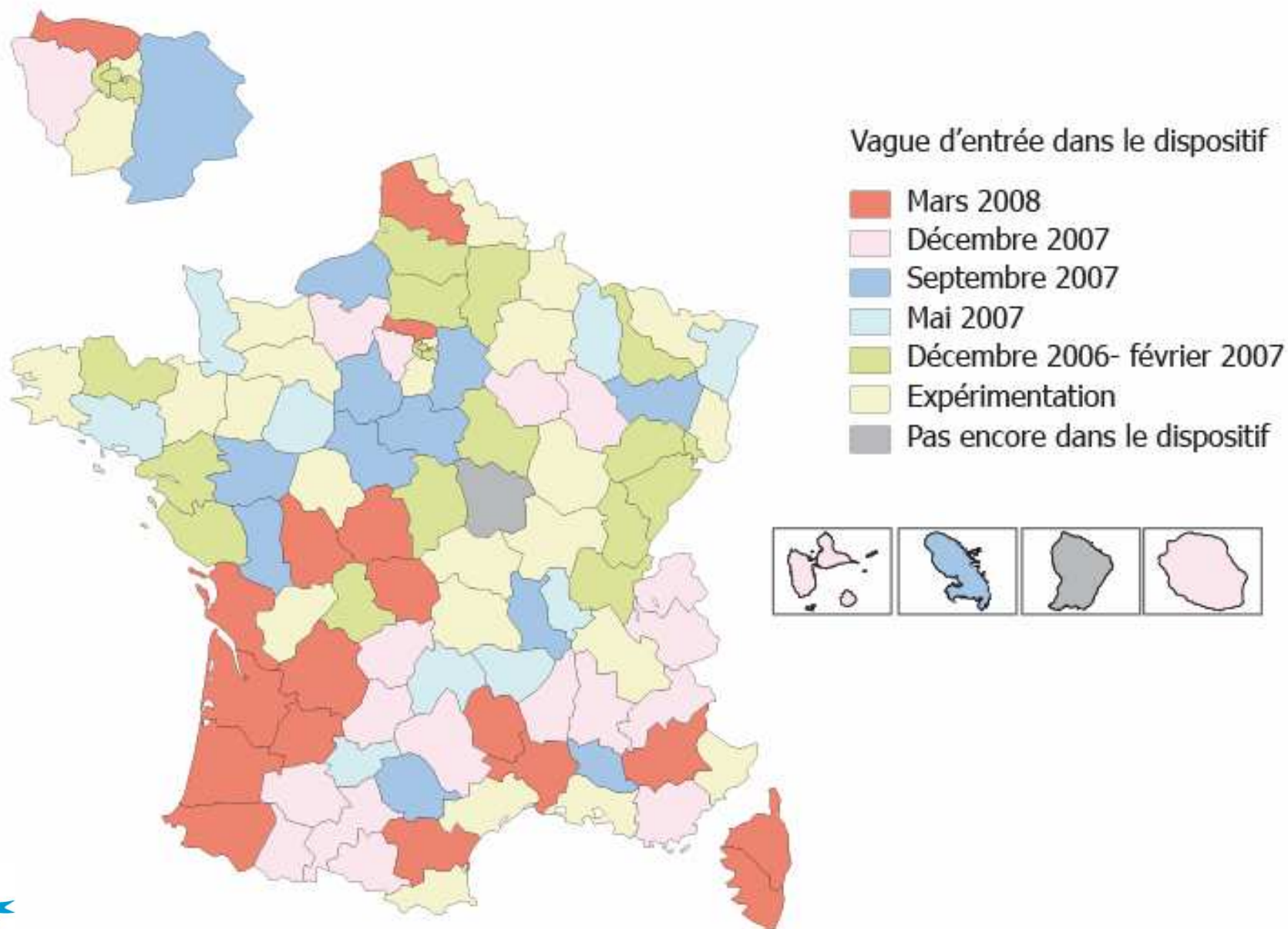


	Survie relative à 5 ans
Stade I	94%
Stade II	80%
Stade III	47%
Stade IV	5%

La réussite dépend de la participation de la population



Date d'entrée dans le dispositif du dépistage organisé du cancer colorectal



Essais contrôlés européens

Hémocult tous les 2 ans

	Danemark	Angleterre	France
Population	62000	153000	92000
Âge	45-75	45-74	45-74
% participation	46	38	51
% test +	0,8-1,8	1,2-2,1	1,3-2,1
% coloscopie	4	4	5
↘ mortalité	18%/10ans	15%/8ans	16%/10ans

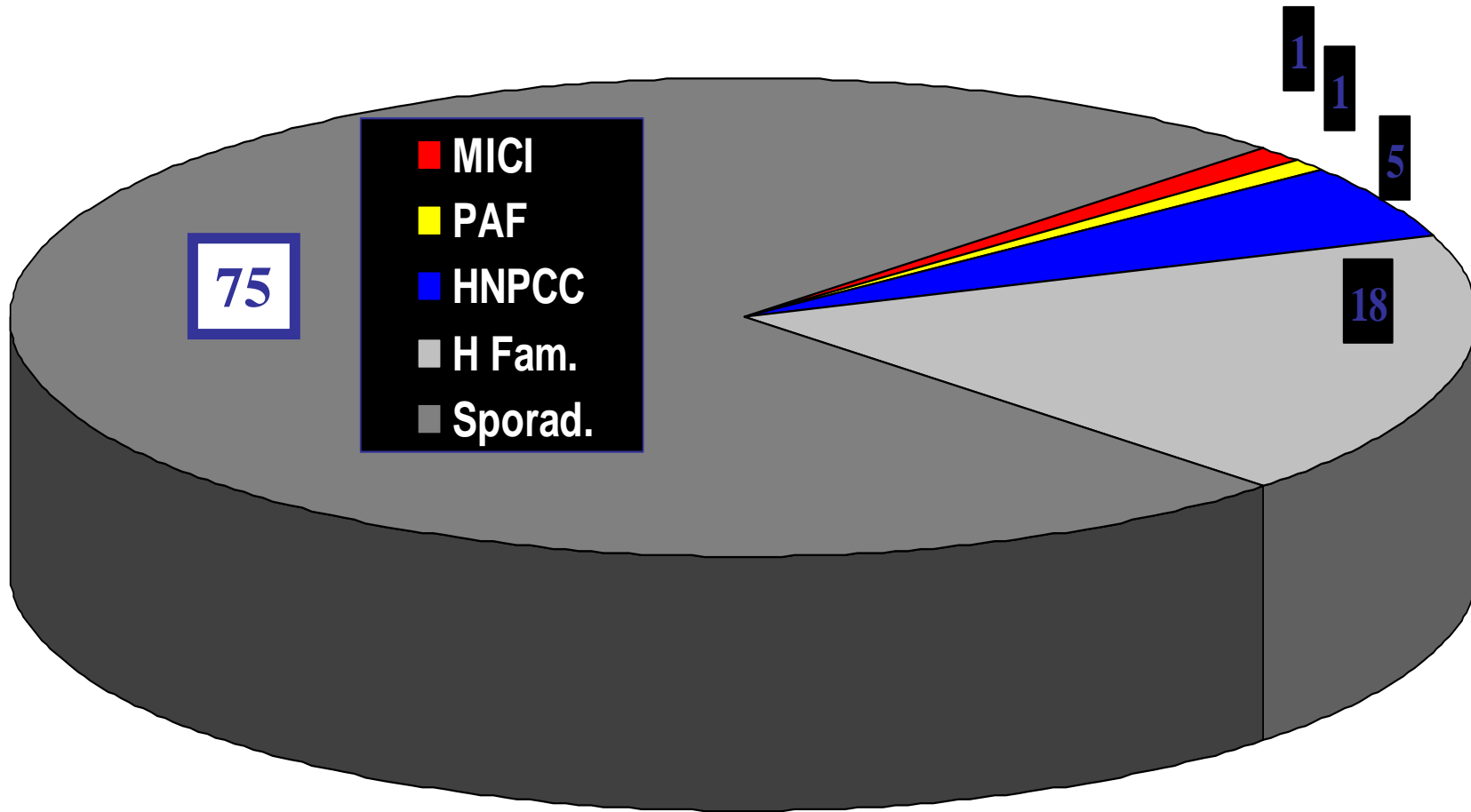
Niveaux de risque de cancer colorectal

Risque moyen Sujets > 50 ans
Risque cumulé 0-74 ans : 3.5%

Risque élevé ATCD familiaux adénome ou CCR
ATCD personnels adénome ou CCR
Maladie inflammatoires

Risque très élevé
Maladies héréditaires (HNPCC, PAF).

Fréquence des groupes à risque



Risque relatif de CCR

Risque Relatif

■ Apparentés 1 ^{er} degré	
• 1 parent atteint	2
• 1 parent atteint avant 45 ans	4
• 2 parents atteints	4
■ Antécédent personnel de cancer colorectal	2
■ RCH ou Crohn	15-20
■ Polypose familiale	30
■ Syndrome HNPCC*	30

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

positif

- Surveiller les symptômes
- Renouveler 2 ans plus tard

Coloscopie

dépistage organisé

Sujet à risque élevé

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

Coloscopie

dépistage individuel

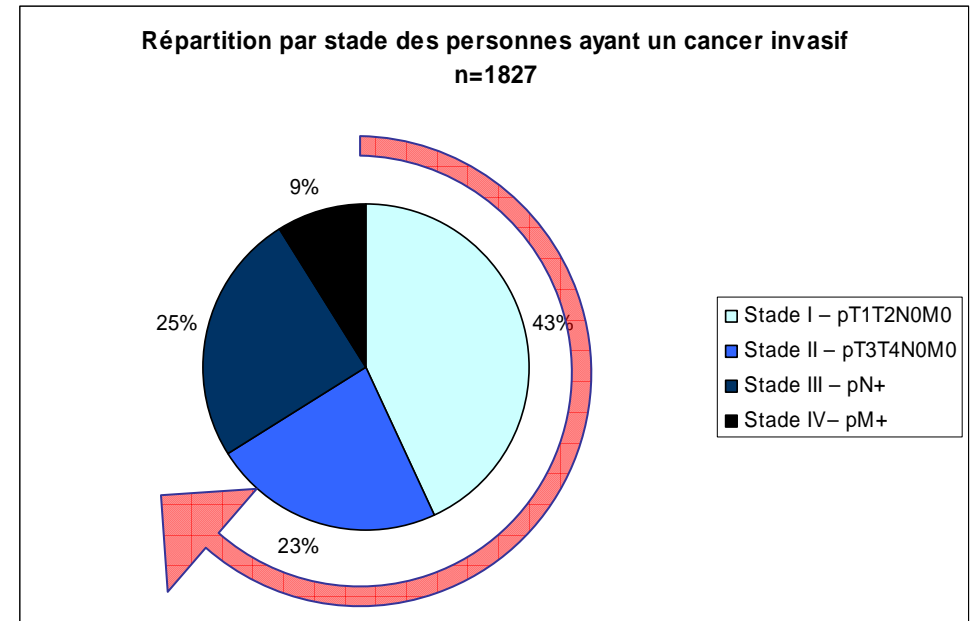
Sujet à risque très élevé

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

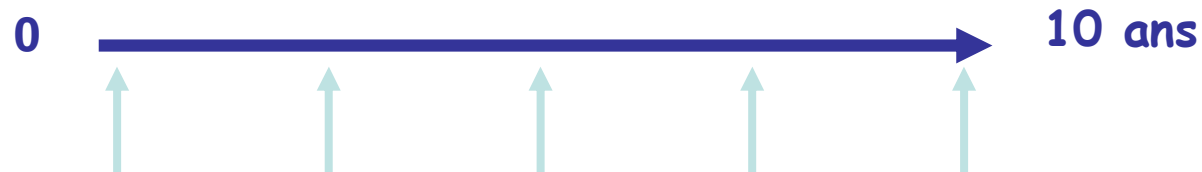
**Consultation
d'oncogénétique
Chromocoloscopie**

Bénéfice / Risque

- Bénéfice :
 - Traitement
 - 67% : ni rayon
ni chimiothérapie
 - Pronostic :
 - 18% mortalité population
 - 33% mortalité participant



- Risque :
 - Faux négatif (Se 50%)



- Faux positif : coloscopie inutile (stratégie en deux temps)

Risques de la coloscopie

- Principales complications (sur population à risque moyen) :
 - Perforation : **1/10 000**
Waye JD, GECNA 1996
 - Hémorragie : **2/1000**
Anderson ML, Am J Gastroenterol 2000
 - Nécessitant transfusion: **1/7000**
Nelson DB, Gastrointest Endosc 2002
 - Nécessitant chirurgie: **1/7000**
Imperiale TF, N Engl J Med 2000
 - Complications de l'anesthésie
Sung JJY, Gastroenterology 2003
 - Décès
Lieberman DA, N Engl J Med 2000

- Projection en population dépistée :
 - Taux de positif : 2,5%
 - Complications par hémorragie : **50/1 000 000 (1/20 000 dépistages)**
 - Complication par perforation : **2,5/1 000 000 (1/400 000 dépistages)**

Effet de l'acceptabilité sur le coût d'une année de vie gagnée

Participation	mortalité	coût année vie gagnée
participation 55%	18%	3 357 €
↗ 10%	22%	- 20%
↘ 10%	13%	+ 31%
↘ 20%	9%	+ 86%

Lejeune et al, *Int J Technol Asses Health Care* 2004

Pour le chirurgien...

- Moins de chirurgie
- Moins de chirurgie en urgence :
 - Occlusion, ...
- Exérèse plus facile, :
 - Facilite chirurgie coelioscopique
 - Métastases rarissimes
 - Chirurgie R0
- Moins de traitement complémentaires :
 - Chimio, RT, ...
- Meilleure identification des formes génétiques :
 - Chirurgie prophylactique

Tests :

- Spécifique de l'hémoglobine humaine

Etude du Calvados (Guy Launoy)

- Population de 30 000 personnes, comparaison à l'hémocult
- Test plus sensible mais problème de spécificité selon le seuil
- Au seuil de positivité choisi, plus performant pour les adénomes à risque
- Deux études en cours testant les 3 tests immunologiques disponibles
- À 20ng/ml → 6% positifs

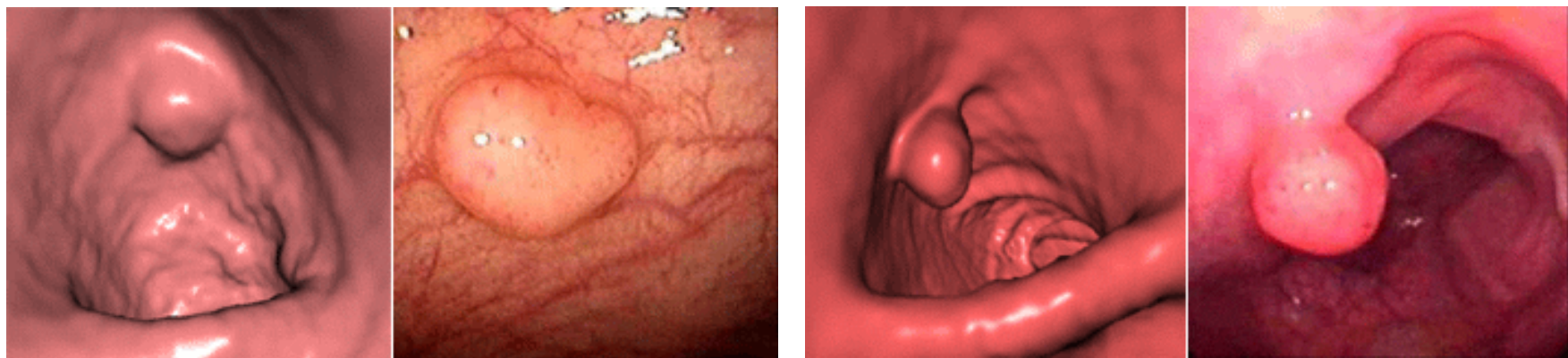
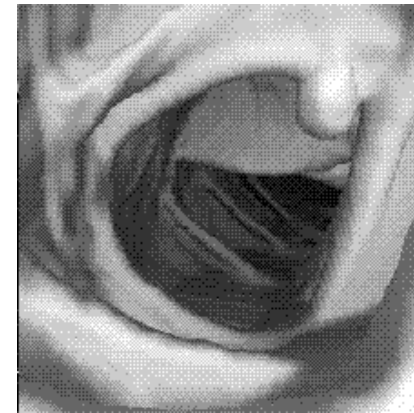
Précisions à apporter :

- Seuil optimal
- Nombre de prélèvement (acceptabilité)
- Stabilité à la chaleur
- Transport, automatisation
- Intérêt du dépistage des petits adénomes

Coloscopie impossible *les alternatives*

Exploration radiologique :

- Coloscopie virtuelle, coloscanner
- Nécessite aussi une préparation !
- Aussi performant pour le cancer, moins pour les adénomes (petits et plans → omet **26% si <5mm**)



Autres types de test :

- Test ADN (recherche de mutation)

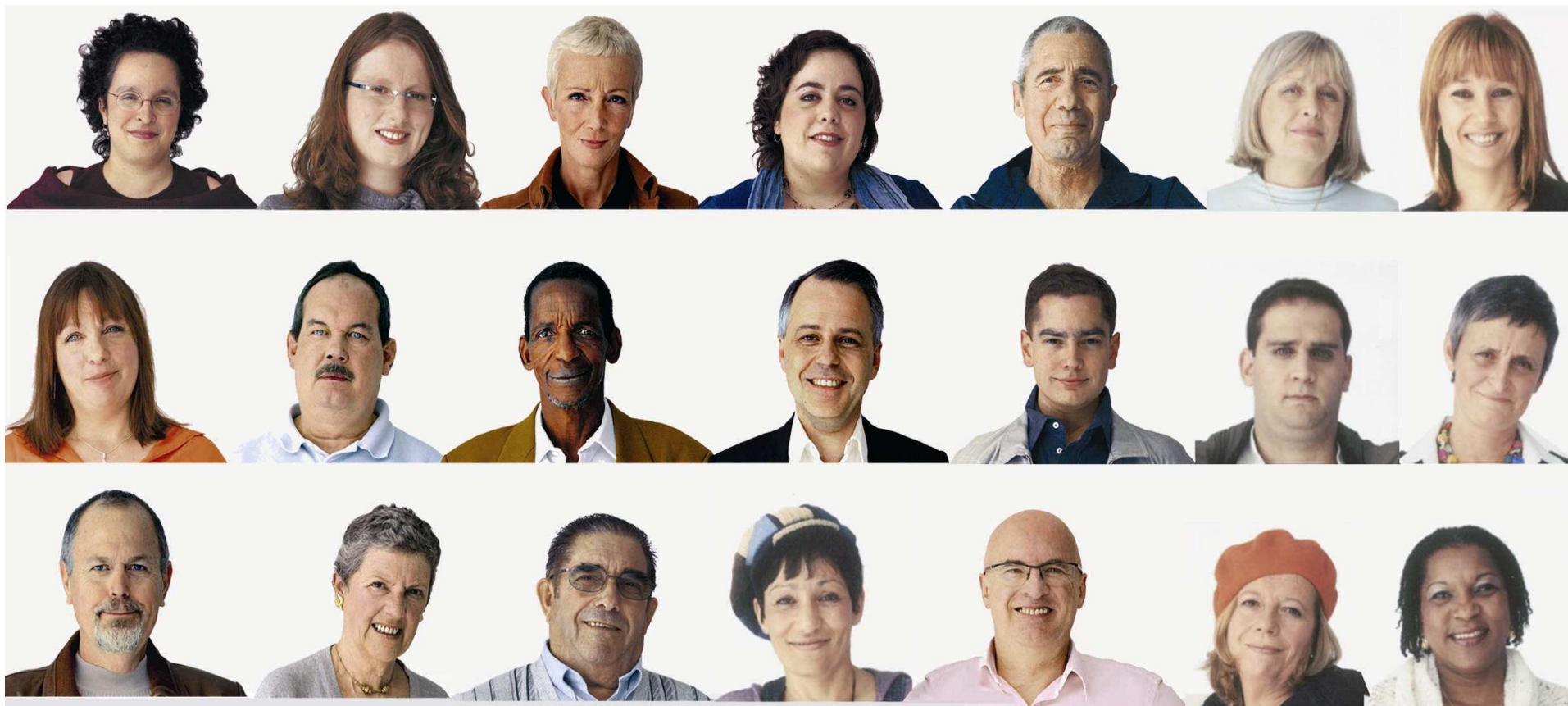
Autres technologies :

- Capsule colique

Autres stratégies :

- Coloscopie tous les 10 ans
- Sigmoidoscopie + test de recherche de sang dans les selles





C'est pour eux que nous agissons