

L'ÉDITO...

LA CHASSE AUX POLYPPES EST OUVERTE !

Alors que la deuxième campagne de dépistage du CCR a déjà commencé, nous vous livrons dans ce numéro les résultats de celle qui s'est achevée. Si nous n'avons pas à en rougir, il n'y a pas non plus motif à s'en réjouir, car la participation reste insuffisante. Les principaux freins, côté population, sont la peur des résultats et le sentiment, fréquent, de n'être pas concerné par une maladie considérée comme héréditaire. Ce qui démontre que l'information n'atteint toujours pas sa cible. Les médecins généralistes ont, sur ce point, un rôle clé à jouer. Certes, c'est un nouvel effort qui leur est demandé, et qui n'est pas valorisé. Mais, en attendant que les pouvoirs publics apportent des réponses à cette problématique, il est de notre devoir de continuer ce combat pour la vie que représente le dépistage.

LE SOMMAIRE...

2 ▶ DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

- Les résultats dépistage 2006 - 2007

3 ▶ DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

- Résultats de la 1^{ère} campagne de dépistage 06 du cancer colorectal

4 ▶ VRAI-FAUX

- L'agenda des formations

ACTUALITÉS

“Cancer du sein”

QUAND FAUT-IL PENSER À UNE PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE ?

Par précaution, beaucoup de praticiens prescrivent à des femmes chez lesquelles ils suspectent une hérédité, des mammographies de contrôle. Ces examens ne devraient en réalité être réalisés qu'après une enquête génétique.

On a volontiers tendance à confondre risque épidémiologique et risque génétique. Ils reposent pourtant sur des situations bien distinctes, comme le précise le Dr Marc Fréney, oncologue et spécialiste en génétique au Centre Antoine Lacassagne : « Le risque épidémiologique se définit généralement par l'existence d'un parent au premier degré atteint par un cancer du sein. Une situation qui appelle la réalisation de mammographies de dépistage un peu plus fréquentes que pour la population générale. Mais, ce risque reste très en deçà du risque génétique dont il faut le distinguer, et la prise en charge relève d'une discussion entre le médecin et sa patiente ».

Les recommandations sont nettement plus précises concernant les 5 à 10% de cancers du sein héréditaires (environ 2000 nouveaux cas par an en France), associés à des mutations dans des gènes de susceptibilité : « Ces mutations exposent à des risques extrêmement élevés de cancers du sein (50-80% à l'âge de 70 ans) et de l'ovaire (15 à 40%) et justifient des mesures spécifiques de dépistage et de prévention, ainsi qu'une prise en charge pluridisciplinaire comprenant un accompagnement psychologique ».

L'enquête génétique clinique

Première étape : repérer ces personnes à risque génétique. C'est souvent au médecin généraliste, familier de ses patientes, qu'incombe cette mission. « Il n'est pas nécessaire de disposer de bases scientifiques.

Il faut mener un long interrogatoire pour reconstituer l'histoire familiale : antécédents de cancer, fréquence dans la famille (en séparant les branches parentales), âge de survenue, localisation, degré de parenté des personnes malades, ... (voir encadré « Indications d'une consultation d'oncogénétique »). Si ces réponses orientent vers une prédisposition génétique, le médecin doit alors adresser sa patiente à un oncogénéticien ». L'enquête proprement dite va alors commencer, très longue, puisqu'elle va rechercher tous les antécédents familiaux, en essayant de récupérer les comptes-rendus anatomopathologiques : « C'est seulement au terme de cette enquête génétique que l'on discute de l'indication d'un test génétique, recherchant la présence de mutations dans l'un des deux gènes majeurs de prédisposition, BRCA1 ou BRCA2 ».

Si le diagnostic moléculaire est positif chez une femme jeune, il est recommandé d'effectuer un examen IRM une fois par an, un examen gynécologique et une échographie pelvienne 1 à 2 fois par an. « Il devient légitime d'évoquer la prévention chirurgicale, en l'occurrence la mammectomie bilatérale prophylactique chez les femmes de plus de 35 ans et l'ovariectomie après 40 ans si les femmes ne souhaitent plus de grossesse. Tout ceci bien sûr, avec un accompagnement médical et psychologique ».

LA CAMPAGNE « SEIN »

2

LE DOSSIER... DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Ces données chiffrées concernent les deux départements, celui des Alpes Maritimes et celui des Alpes de Haute Provence.

Le taux de participation est bien meilleur dans le département 04 pour plusieurs raisons :

- ▶ Le programme 04 plus récent n'a pas pâti de la mauvaise image de programme expérimental (« mammo sécu ») qu'a vécue le département 06 expérimental ;
- ▶ Les radiologues ont tous dès le départ décidé de jouer le jeu à fond et d'inciter les femmes à profiter du dispositif ;
- ▶ Les médecins généralistes et les gynécologues ont été informés par un visiteur de santé publique dès 2004 qu'il était possible de prescrire une mammographie dans le cadre du

dépistage sans attendre que l'invitation arrive par la poste.

Les indicateurs de qualité, taux de positifs en première et deuxième lecture sont très similaires dans les deux départements et dans le cadre des normes européennes et des données françaises.

Les indicateurs d'efficacité

Le pourcentage de cancers trouvés en lecture 2 peut sembler plus important dans le département 04 mais ce n'est que le fait des faibles effectifs ; l'intervalle de confiance à 95% du pourcentage va de 4,2% à 17,8%.

INDICATEURS	RÉFÉRENCES EUROPÉENNES	DONNÉES FRANCE 2004-2005	DÉP. 04 2006-2007	DÉP. 06 2006-2007
Taux de participation	> 70 %	40,8 %	55,1%	36,5%
Taux de positifs en L1 après Bilan diag. imméd.	nd	4,3%	3,5%	3,5%
Taux de positifs en L2 avant bilan	nd	1,5%	1,7%	1,7%
Taux de cancers	> 0,5%	0,71%	0,66%	0,61%
Taux de cancers in situ (non lobulaires)	> = 10%	13,7 %	17%	15%
Taux d'invasifs < = 10mm	> = 25%	36,8%	33%	32%
Taux d'invasifs N-	> = 75%	72% (2004)	63%	71%

➤ RÉSULTATS DÉPISTAGE 2006-2007

	Département 06		Département 04	
	164 138	Population cible Insee	22 536	
Taux de participation 36,5%	59 866	Mammographies réalisées	12 422	Taux de participation 55,1%
	2 113	Tests positifs en lecture 1	439	
0,61% des tests faits	334	Cancers dépistés suite à lecture 1	73	0,66% des tests faits
	57 753	Mammographies relues à Aprémas	11 983	
	962	Tests positifs en lecture 2	205	
8,5% des cancers dépistés en L2	31	Nombre de cancers dépistés en lecture 2	9	11% des cancers dépistés en L2

INDICATION D'UNE CONSULTATION D'ONCOGÉNÉTIQUE : EN BREF

Susceptibilité fondée sur l'histoire familiale

- ▶ 3 cas ou plus de cancer du sein appartenant à une même branche parentale, unis par un lien au 1^{er} ou 2^e degré
- ▶ 2 cas de cancer du sein dont 1 cas < 40 ans ou un cas masculin, unis au 1^{er} degré
- ▶ 1 cancer du sein et 1 cancer de l'ovaire liés au 1^{er} degré
- ▶ 2 cas de cancer de l'ovaire quelque soit l'âge
- ▶ Cancer du sein chez une femme ashkénaze

Susceptibilité fondée sur les caractéristiques individuelles

- ▶ Age de survenue entre 30 et 35 ans (6-13%)
- ▶ D'autant que RH et faible différenciation (9-37%)
- ▶ Histologie : cancer médullaire (11-25%)
- ▶ Ashkénaze (7%)
- ▶ Cancer du sein chez l'homme

EN PRATIQUE...

▶ Vous voulez éditer une prise en charge pour votre patiente pour sa mammographie ? Rien de plus simple :

1- Faites la demande de mot de passe à direction@apremas.org ou secretariat@apremas.org Par retour de mail nous vous l'adressons mais il faut 24h pour l'activer.

2- Le lendemain

- Se connecter sur le site d'Aprémas : www.apremas.org

- Aller dans la rubrique : « professionnels de santé »

- Saisir votre N° adeli et votre mot de passe (attention il faut respecter les minuscules et majuscules). Choisissez de conserver l'information lorsque votre navigateur vous pose la question.

- Cliquer sur « connexion »

Sur l'écran patient

- Saisir le numéro de sécurité sociale qui figure sur la carte vitale
- Le système vous indique alors la date à laquelle doit être fait le prochain test, c'est-à-dire à 21 mois du dernier test fait pour le dépistage cancer du sein et 23 mois pour le dépistage du cancer colo rectal.

DÉPISTAGE CANCER COLORECTAL

3 ▶

LE DOSSIER...

RÉSULTATS DE LA 1^{ÈRE} CAMPAGNE DE DÉPISTAGE 06 DU CANCER COLORECTAL

La population cible des 50-74 ans compte 307 413 personnes parmi lesquelles 43 740 exclusions médicales ont été recensées grâce à l'information donnée par les médecins ou directement par les patients. La population à risque moyen concernée par le dépistage organisé dans les Alpes-Maritimes est donc de 263 673 sujets.

Participants 1^{ère} campagne	80 624
Taux de participation	30,6%

▶ 150 CANCERS ET 723 POLYPES DÉPISTÉS

Au total cette première campagne de dépistage a permis la détection de 150 cancers, soit un taux de 1,8 cancers pour 1 000 personnes dépistées. Le référentiel pour une première campagne est de 1 à

2 cancers pour 1 000 personnes dépistées. Sur les 723 polypes dépistés, 287 étaient de plus de 1cm, soit près de 40% des polypes dépistés.

PARTICIPATION PAR VILLES	POPULATION INSEE	EXCLUSIONS	TESTS LUS	PARTICIPATION
Mandelieu	5 674	1 203	2 172	48,6%
Grasse	10 731	2 202	3 792	44,5%
Cannes	20 926	3 646	6 535	37,8%
Saint-Laurent-du-Var	7 420	1 333	2 163	35,5%
Le Cannet	12 598	2 183	3 515	33,7%
Cagnes-sur-Mer	13 261	2 135	3 650	32,8%
Antibes	21 270	3 173	5 953	32,9%
Vallauris	7 329	941	1 880	29,4%
Nice	96 680	14 111	24 139	29,2%
Menton	8 186	1 135	2 060	29,2%
Département	307 413	43 738	80 624	30,6%

On note une participation hétérogène selon les villes du département avec un fort gradient Ouest Est au détriment de l'Est comme pour la participation au dépistage du cancer du sein. Lors de cette première campagne, 1 140 médecins

généralistes ont participé. Le nombre moyen de tests lus par médecins était de $63,2 \pm 42,5$, la médiane était de 57 tests lus. Un quart des médecins ont eu plus de 90 tests lus par leurs patients et un quart moins de 30 sur 2 ans.

EN PRATIQUE...

ATTENTION !!

Si vous avez encore des tests Hemoccult II[®] provenant de la première campagne, ils sont peut être périmés. Dans ce cas le laboratoire ne les lira pas et vos patients devront refaire le test.

Prenez quelques minutes pour vérifier les fonds de votre sacoche !

LA DATE DE PÉREMPTION FIGURE AU DOS DU TEST.



VRAI-FAUX SUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

4

Mon patient est sous anticoagulant (ou Kardegic), je ne peux pas lui proposer le test Hemocult II®, il risquerait d'être faussement positif.

FAUX AUCUN médicament n'est incompatible avec ce test de dépistage ; c'est aussi valable pour les régimes alimentaires.

Certes, les anticoagulants favorisent les saignements, mais ils n'en sont pas la cause. Aussi, est-il important en cas de positivité du test, de rechercher la lésion qui en est l'origine.

Après un premier test positif, il est préférable de valider ce résultat par un nouveau test avant de faire passer une coloscopie.

FAUX Les saignements liés à des polypes ou des cancers étant intermittents, on prend le risque en prescrivant un second test qu'il soit négatif, ce qui rassurerait à tort le patient. En prescrivant un test hors dépistage organisé, la responsabilité du prescripteur est engagée en cas de faux négatif. Inversement c'est la responsabilité d'Aprémas et du centre de lecture qui est engagée en cas de résultat faussement négatif. Les techniciens du centre de lecture doivent être formés spécifiquement pour la lecture des tests et leurs résultats

doivent être régulièrement évalués.

A savoir : un test positif signe une fois sur deux l'existence d'une lésion colique (polype ou cancer).

Mon patient a dû refaire le test, simplement parce qu'il avait omis d'indiquer la date du prélèvement.

VRAI Le centre de lecture des Hemocult II® n'a pas légalement le droit de lire un test dès lors que le délai entre le prélèvement et la lecture du test est supérieur à 15 jours (résultat non fiable). Aussi, tout prélèvement non daté n'est pas interprétable et un nouveau test est renvoyé au patient.

Les tests immunologiques réalisés dans les laboratoires de ville sont identiques à ceux qui sont en cours d'expérimentation dans le cadre du dépistage organisé.

FAUX Même si le principe de base est le même (utilisation d'anticorps dirigés contre l'hémoglobine humaine), les techniques sont totalement différentes. À l'inverse du test en cours d'évaluation dans le cadre du DO, les tests de ville ne sont pas normés, ce qui signifie que selon la quantité prélevée, les résultats peuvent être positifs ou négatifs.

Je n'ai pas besoin d'attendre que mon patient reçoive une invitation d'Aprémas pour le faire participer au dépistage.

VRAI Certains patients peuvent échapper au dépistage parce qu'ils ne sont pas enregistrés dans le fichier de la Caisse d'Assurance maladie ou, tout simplement parce qu'ils ont jeté l'invitation sans prendre garde. Ainsi, dès l'instant où votre patient est âgé de 50 à 74 ans, vous pouvez lui proposer de faire le test.

En tant que médecin généraliste, j'ai un rôle essentiel à jouer dans l'adhésion du patient au dépistage.

VRAI Cela a été prouvé par plusieurs études, dont une très récente réalisée sur la patientèle de 50 médecins à Nice. Si une majorité de ces 50 médecins est convaincue que la nature du test (désagréable) et la crainte des résultats constituent les principaux freins, de leur côté, 220 de leurs patients avancent comme première explication, le fait que leur médecin ne leur a tout simplement pas proposé le test. Les autres raisons invoquées sont le « sentiment de ne pas être concerné », et de « ne pas avoir d'antécédents familiaux ».

L'AGENDA DES FORMATIONS...

Généralistes du département 04, inscrivez-vous aux formations pour le démarrage du dépistage du cancer colorectal.

► **le 8 OCTOBRE**
MANOSQUE - (19-21h) Best Western
L. BAILLY - 1 MG (JP BAUSSON) - 1 GASTRO (JP HEYRAUD)

► **le 9 OCTOBRE**
CHATEAU ARNOUX - (19-21h) Oustaou de la Four
C. GRANON - 1 MG (JP BAUSSON) - 1 GASTRO (G BORDES)

► **le 14 OCTOBRE**
MANOSQUE - (19-21h) Best Western
C. GRANON - 1 MG (P AMZALLAG) - 1 GASTRO (B BERANGER)

► **le 21 OCTOBRE**
DIGNE - (19-21h) Casa Rossi (Champtmercier)
L. BAILLY - 1 MG (P AMZALLAG) - 1 GASTRO (G BORDES)

► **le 22 OCTOBRE**
FORCALQUIER - (19-21h) Le Colombier
C. GRANON - 1 MG (JP BAUSSON) - 1 GASTRO (G BORDES)

► **le 28 ou 29 ou 30 OCTOBRE**
CHATEAU ARNOUX - (19h-21h) Oustaou de la Four
C. GRANON - 1 MG (JP BAUSSON) - 1 GASTRO (P ESTEYRIES)

APRÉMAS

**Centre de coordination
du dépistage des cancers 04 et 06**

► 227, avenue de la Lanterne - 06200 Nice
Tél. : 04 92 29 72 81
Fax : 04 92 29 72 80

► Vos déléguées :
Natacha Didier : 06 82 07 19 42
Vanessa Barba : 06 73 08 93 71

► secretariat@apremas.org
direction@apremas.org

MISSIONS

Sous l'autorité du Ministère de la Santé et de l'Institut National du Cancer :

► proposer un dépistage du cancer du sein ou du cancer colorectal à toutes les personnes susceptibles d'en tirer bénéfice en leur délivrant une information objective et validée.

► garantir la qualité du dépistage (réalisation et interprétation des tests, suivi des personnes dépistées) et en évaluer les résultats en toute transparence.

NEWS Aprémas

N°3 | OCTOBRE 2008

► **Directeur de la Publication :**

Professeur Moïse Namer

► **Rédaction :**

Carla Journo

► **Avec la participation de :**

Docteur Claire Granon

Docteur Laurent Bailly

► **Conception :**

OPS2.com

Aprémas