



PAGE 2

CANCER COLORECTAL

Exploration du côlon : vidéo capsule 2, le retour ?



PAGE 3

CANCER DU SEIN

Résultats de la campagne pour les femmes invitées en 2007 et 2008



PAGE 4

COMMUNICATION

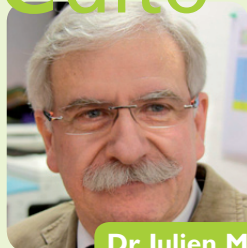
« Oui au dépistage ! » Mars 2010, mois de mobilisation Avril 2010 pour une campagne de presse

La lettre de l'AMODEMACES

N° 11 • 1^{er} semestre 2010

Le rendez-vous des professionnels de la lutte contre les cancers du sein et colorectal

Édito



Dr Julien Melchior
Président de l'Amodemaces

La préoccupation majeure des responsables de l'organisation du dépistage des cancers, et plus particulièrement en Moselle, reste le taux de participation de la population. Source de critiques, de déclarations pessimistes et de doutes quant à la capacité du département à se mobiliser pour faire évoluer favorablement la situation, il est aujourd'hui plus que justifié de relever qu'enfin le taux de participation au dépistage du cancer du sein a dépassé la barre des 40 % pour atteindre 44,3 % en 2009. Parallèlement, la position de la Région Lorraine a progressé dans le classement national. Il faut cependant rester extrêmement vigilant. En effet, la participation doit continuer à progresser dans les années à venir, ce qui ne semble pas gagné d'avance. Et certains signes incitent à la réserve. Des professionnels de santé n'ont toujours pas donné la priorité au dépistage organisé du cancer du sein par rapport au dépistage individuel alors que, faut-il le rappeler, le dépistage organisé permet de détecter 10 % de cancers supplémentaires grâce à la 2^e lecture des mammographies. De même, comme aurait tendance à le prouver la stagnation de la participation au dépistage du cancer colorectal, les populations concernées n'ont pas encore toutes intégré dans leur projet de vie le dépistage des cancers comme un acte responsable. Mais ne boudons pas notre plaisir et parions sur la capacité des professionnels de santé que nous sommes à faire perdurer cette dynamique désormais enclenchée et participer ainsi à l'amélioration du pronostic et à la réduction de la mortalité de ces cancers.

À LA UNE

Pour un nouvel élan dans la lutte contre le cancer

Le nouveau Plan cancer 2009-2013 a été annoncé en novembre dernier par le président de la République, marquant ainsi l'importance donnée à la lutte contre le cancer dans notre pays.

Le premier Plan cancer lancé en 2003 avait été un des trois chantiers de la présidence de la République. Cet engagement au plus haut niveau de l'État avait alors suscité une forte mobilisation de tous les acteurs dans le champ de la prévention, du dépistage, des soins et de la qualité de vie. Dans le domaine du dépistage, le premier Plan cancer a ainsi permis la généralisation des dépistages sur tout le territoire national du dépistage du cancer du sein en 2004 et du dépistage du cancer colorectal en 2008. Cette généralisation s'est faite dans le respect de la qualité, passant par le contrôle des appareillages, par la formation des personnels des cabinets de radiologie, par la formation des médecins généralistes, par un contrôle de qualité rigoureux des centres de lecture des tests. Qu'en est-il du second Plan cancer ? Il s'appuie en totalité sur les recommandations du rapport du Professeur Grünfeld, intitulé « pour un nouvel élan », signifiant ainsi que ce second Plan doit s'inscrire dans la continuité du premier, en consolidant ses acquis mais aussi en s'engageant dans des voies nouvelles pour répondre à trois priorités : mieux prendre en compte les inégalités de santé, mieux comprendre et prendre en compte les facteurs individuels et comportementaux, et enfin, renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge de la personne. Décliné en 5 axes, le Plan cancer comprend 30 mesures et 118 actions. L'axe Prévention-Dépistage comprend 8 mesures, 4 pour la

prévention et 4 pour le dépistage, et 37 actions. La mesure 14 qui vise à lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages est l'une des 6 mesures « phare » de ce second Plan cancer. Tout ce qui sera mis en place pour favoriser l'adhésion et la fidélisation de la population dans les programmes de dépistage, pour réduire les inégalités d'accès et de recours aux dépistages, entre dans les actions retenues dans le nouveau Plan cancer. Le renforcement du dispositif des programmes de dépistage des cancers fait l'objet d'une autre mesure de l'axe Dépistage. Il s'agira de rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion, appelées centres de coordination des dépistages des cancers. Enfin, le rôle clé du médecin traitant est réaffirmé dans la mesure 16 relative aux dépistages. Toutes les actions visant à améliorer l'inclusion des personnes dans les programmes de dépistage des cancers par les médecins traitants sont à développer. De même la mise à disposition d'outils pertinents de formation, d'information, et d'inclusion fait partie des actions à mettre en œuvre, en partenariat avec eux, pour faciliter l'implication des médecins traitants dans le dépistage des cancers. L'Amodemaces, centre de coordination de la Moselle, s'inscrit totalement dans ces nouvelles orientations, et notamment à travers le projet du médecin traitant déclaré en partenariat avec l'Assurance maladie.

Exploration du côlon: vidéo capsule 2, le retour?

La coloscopie est l'arme essentielle du dépistage et de la prévention du cancer colorectal: elle détecte et traite les lésions précancéreuses et décèle les cancers au stade préclinique.

Bien que « gold standard », l'endoscopie est cependant imparfaite: elle oublie jusqu'à 10 % de polypes, elle ne bénéficie pas d'une image très positive auprès des patients et de leurs médecins (préparation, hospitalisation...). C'est, de plus, un acte invasif dont le taux de complications est de l'ordre de 2/1 000. Pour ces raisons entre autres, elle ne peut être proposée systématiquement mais réservée à une population à risque et pour la détection de masse, après sélection par le test HémocultII®. Deux autres méthodes d'imagerie du côlon se sont développées.

La coloscopie virtuelle (CV)

Principalement par colo scanner et présentée comme concurrente de la coloscopie, elle bénéficie d'avantages certains: le colo scanner explore toute l'épaisseur de la paroi du côlon et de l'ensemble de la cavité péritonéale, il ne nécessite ni hospitalisation ni anesthésie et c'est une méthode très sensible pour les gros polypes. La coloscopie virtuelle bénéficie d'une image très favorable renforcée par un marketing médiatique efficace. Cependant, elle est très peu sensible pour les petits polypes et inefficace pour les polypes plans. Parfois mal tolérée (insufflation), elle n'est pas dénuée de risques (irradiation, injection d'iode).

Elle impose une préparation colique parfaite et nécessite un scanner et un programme performants ainsi qu'un radiologue formé et disponible. Enfin et surtout, la coloscopie virtuelle ne traite aucune lésion qu'elle détecte et impose dans 17 % des cas une coloscopie complémentaire. C'est pourquoi, en janvier 2010, l'HAS a recommandé que « la CV ne constitue pas un examen de première ligne d'exploration colique mais une alternative à la vidéo coloscopie dans des situations particulières ».

Vidéo capsule du côlon

Cette exploration du côlon repose sur l'expérience clinique de près de 10 ans de la vidéo capsule du grêle, particulièrement bien implantée en Nord Lorraine depuis l'organisation originale du réseau Caplor. En théorie, la capsule du côlon dispose d'atouts déterminants: pas d'hospitalisation, pas d'anesthésie, pas d'insufflation; le risque nosocomial est très faible (pas d'infection, blocage exceptionnel de la capsule). Une première génération a été développée au cours des deux dernières années et les études multicentriques ont confirmé la faisabilité et la sécurité de la capsule mais sa sensibilité pour détecter des lésions coliques est trop faible (60 %).



Une deuxième génération de capsule est développée depuis peu

et les résultats préliminaires sont beaucoup plus favorables. La capsule Pillcam Côlon II (photo) est similaire aux autres capsules: merveille de technologie, elle mesure 11 x 31 mm et contient une batterie très performante, un émetteur, deux flashes et possède deux caméras (une à chaque extrémité) dont le champ de vision est de 172° chacune, soit pratiquement une visualisation à 360°.

Après une préparation intestinale drastique, elle est ingérée par la bouche et progresse dans le tractus digestif sous l'effet du péristaltisme. Au cours de son « voyage intérieur », elle transmet des images sous forme de données informations à un enregistreur que le patient porte en « holter ».

Cette capsule capture ainsi des images à une fréquence qu'elle sait adapter. Au ralenti dans le grêle avec 14 images émises par minute mais dès le passage du côlon, elle fixe entre 4 images par seconde lorsqu'elle est stationnaire et 35 images par seconde lorsqu'elle est en mouvement. La capsule est éliminée naturellement en général 8 heures après l'ingestion. L'enregistrement est transféré sur une station de lecture, la durée d'interprétation par le médecin dépasse rarement 30 minutes. L'étude pilote en comparaison avec la coloscopie apporte des résultats très favorables: la sensibilité s'est nettement améliorée (88 % pour tous les polypes) et la spécificité varie de 76 à 89 % selon la taille des lésions¹.

Les premières capsules ne sont utilisables expérimentalement en France que depuis quelques semaines. Il est donc trop tôt pour préciser la place de ces différentes imageries dans le dépistage et la prévention du cancer colorectal mais, à ce jour, la coloscopie reste l'examen de référence dans la détection et restera la méthode essentielle du traitement des lésions précancéreuses et des cancers au début.

Dr A. Courier

¹ R. Eliakim et al (2009), Prospective multicenter performance evaluation of the second-generation colon capsule compared with colonoscopy. Endoscopy 41: 1026-31.

Évaluation qualitative du DOCS... Suite

L'objectif de ce travail piloté par l'Institut national du cancer a été présenté dans le numéro précédent et les résultats étaient annoncés pour mars 2010. L'analyse approfondie des 25 sites retenus pour la phase de l'étude a été plus longue que prévue, et les conclusions et propositions seront finalement remises fin juin. La Moselle fait partie de ces 25 sites. Entretiens avec l'équipe de l'Amodemaces, avec ses principaux partenaires, recueil du point de vue de femmes participant et ne participant pas au dépistage organisé ont permis à la mission d'enquête de compléter la connaissance des caractéristiques organisationnelles locales du dépistage du cancer du sein.

Rapport de l'Institut national du cancer sur la survie des patients atteints de cancers en France

Ce travail, publié en avril et disponible sur le site internet de l'INCa, présente un état des lieux de la survie attendue des adultes atteints de cancer pour les 25 localisations les plus fréquentes des cancers. Le taux de survie est lié à la localisation du cancer et à son stade au moment du diagnostic. Les différentes localisations se répartissent en trois classes: cancers de bon pronostic avec une survie supérieure à 80 % à 5 ans, de pronostic intermédiaire entre 20 et 80 % et de mauvais pronostic avec une survie inférieure à 20 %. L'analyse des taux de survie selon le stade démontre tout l'intérêt du dépistage et du diagnostic précoce des cancers.

Partenariat avec Oncolor

Un partenariat entre le réseau Oncolor et les 4 structures de gestion du dépistage organisé va être engagé en 2010. Une réunion de travail afin d'en définir les modalités est prévue le 29 mai 2010. Nous vous informerons de la suite donnée à ce projet.

Résultats de la campagne pour les femmes invitées en 2007 et 2008

La participation des femmes au DOCS augmente régulièrement chaque année: le taux de participation est ainsi passé de 30 % en 2006 à 44 % en 2009, soit 32 461 mammographies de plus. Afin de tenir compte de l'ensemble des données médicales collectées pour les mammographies positives, les résultats présentés sont issus des dépistages effectués par les femmes ayant été invitées au cours des années 2007 et 2008.

Réponse à l'invitation

L'ensemble de la population cible doit être invité durant une campagne de dépistage qui dure deux ans. Pour le DOCS, la population cible en 2007 et 2008 était de 143 000 femmes, d'après les données de l'Insee. 141 000 femmes ont été invitées durant cette période. Celles qui n'avaient pas répondu dans les 6 mois, soit 83 000 femmes, ont été relancées. Une mammographie de dépistage a été faite pour 53 418 femmes. Dans 75 % des cas, la mammographie a été réalisée dans les suites de l'invitation, et dans le quart restant, après une lettre de relance.

CHIFFRES CLÉS	CAMPAGNE 2007-2008
Invitées	140 707
Relancées	83 490
Réponses postales	23 121
Dont mammographies < 2 ans	15 513
Absence de réponse	64 168
Dépistages	53 418

Parmi les réponses postales, une date de mammographie récente est le motif le plus fréquent de non-participation et a concerné 15 000 femmes. À signaler: près de 1 900 femmes ont répondu ne pas participer en raison d'antécédents personnels de cancer du sein.

Résultats des dépistages

Plus de 95 % des mammographies ont été jugées normales ou bénignes. 114 mammographies, soit 0,2 %, ont été jugées par les seconds lecteurs de qualité insuffisante, et ont été renvoyées au radiologue pour être refaites.



Les mammographies positives en première lecture ne sont pas passées en deuxième lecture. Elles représentent les 2/3 des tests

positifs de la campagne. À l'issue du bilan diagnostique, 346 cancers (cancers lobulaires in situ exclus) ont été diagnostiqués et pris en charge. Sur les mammographies relues par un second radiologue, moins de 2 % (842) ont fait l'objet d'un avis discordant avec le premier lecteur et les femmes ont été rappelées pour effectuer un bilan complémentaire immédiat, ou informées qu'une surveillance mammographique était recommandée à court terme. Pour les 709 femmes qui ont effectué ce bilan différé, le résultat s'est avéré normal dans 55 % des cas. Mais pour 36 d'entre elles, les examens diagnostiques ont révélé un cancer. Les cancers dépistés par la seconde lecture représentent pour cette campagne 9,4 % de l'ensemble des cancers dépistés.

Les cancers dépistés

Les cancers dépistés sont le plus souvent invasifs: 286 canalaux et 41 lobulaires. Les 52 carcinomes canaux in situ représentent 13 % de l'ensemble des cancers dépistés, conformément aux valeurs attendues dans un programme de dépistage. Quant à la proportion de cancers invasifs de bon pronostic, elle est de 32 % pour les invasifs de petite taille et de 75 % pour les cancers sans envahissement ganglionnaire. Ces deux critères d'efficacité d'un programme de dépistage du cancer du sein sont là encore satisfaisants au regard des valeurs cible.

Délais de prise en charge

Une autre information recueillie, en aval de la procédure proprement dite du dépistage, est le délai de prise en charge de la patiente, mesuré entre la date de la mammographie de dépistage et la date de l'intervention chirurgicale. Elle est en moyenne pour tous les cancers dépistés de 81 jours, 70 jours pour ceux qui sont dépistés par le premier lecteur, et 184 jours pour ceux dépistés par le deuxième lecteur. D'où l'importance de respecter un délai raisonnable dans la remise des résultats après la deuxième lecture. En améliorant les procédures internes et l'organisation de la structure de gestion, ce délai qui était de 35 jours au cours de la campagne 2007-2008 a pu être ramené à 13 jours dans le premier trimestre 2010.

Conseil scientifique du DOCS

Le conseil scientifique du DOCS se tiendra le 17 juin au restaurant El Theatris de Metz. Après quelques années d'interruption, le conseil va donc reprendre son activité, avec une grande partie de ses membres renouvelée.



Séminaire Acorde

Le séminaire annuel d'Acorde, l'Association nationale des coordonnateurs des dépistages des cancers, aura lieu à Paris le 1^{er} juin prochain. Les dernières évolutions des trois dépistages organisés, sein, côlon-rectum et col de l'utérus, seront abordées.



Comité des radiologues 2^{es} lecteurs

Une rencontre régionale des seconds lecteurs des 4 départements lorrains aura lieu à Nancy, au Centre Alexis Vautrin, le 27 mai.

La réunion semestrielle des radiologues seconds lecteurs de l'Amodemaces aura lieu au cours de la dernière semaine de juin dans les locaux de l'Amodemaces.

« Oui au dépistage ! »



Mars 2010, mois de mobilisation

L'INCa a lancé le mois national de mobilisation contre le cancer colorectal avec un programme d'information en direction des populations et des professionnels de santé. L'Amodemaces a relayé cette information en diffusant les affichettes auprès des professionnels de santé mais aussi des collectivités locales.

« Mars bleu » avec Fileris

Le mois de mars fut également une occasion de mettre à disposition « Le café bleu » pour sensibiliser au plus près la population au dépistage du cancer colorectal.

Avril 2010, lancement d'une campagne de presse

L'Amodemaces, en partenariat avec le Comité mosellan de la Ligue contre le Cancer, a développé une campagne de presse dans le but de renforcer l'idée, auprès de la population, que le dépistage est un geste simple pouvant sauver de nombreuses vies.

Rencontre avec la municipalité de Metz

Depuis la signature d'une convention de partenariat entre l'Amodemaces et la Ville de Metz fin 2009, plusieurs réunions de travail se sont déroulées. La dernière a eu lieu le 20 mai sur les actions de communication pour le mois d'octobre rose. En marge de ce temps fort de communication, il est prévu de mettre en place des actions de proximité au cœur des quartiers.

Site web relooké

Le site www.amodemaces.fr est en refonte depuis le mois de mars 2010 et sera prochainement en ligne. En attendant, vous pouvez consulter le site www.oui-au-dépistage.com mis en place à l'occasion des mois de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal et du sein.

Médecin traitant déclaré

En 2010, nous espérons pouvoir associer à chaque personne de notre base de données le nom du médecin traitant déclaré afin d'améliorer la gestion du dépistage en Moselle. Ce projet a été approuvé par la commission paritaire locale en novembre 2009. Un courrier a été adressé en mars 2010 à chaque médecin généraliste afin de recueillir son accord à la transmission de cette information par la CPAM de Moselle dans un premier temps. Nous pourrions ainsi associer le médecin généraliste aux courriers des dépistages organisés et l'informer sur le statut de ses patients à l'égard du dépistage du cancer du sein et colorectal.

VIE DE L'ASSOCIATION

À la rencontre des « délégués de l'Assurance maladie »

« Interlocuteur privilégié des professionnels de santé, le délégué de l'Assurance maladie développe la coopération professionnelle utile à la maîtrise du système de soins, en vue de soigner mieux en dépensant mieux. » Au-delà de cette stricte définition, le DAM a un rôle de sensibilisation et d'information sur les programmes de prévention.

Dans ce cadre et en 2010, l'INCa et l'Assurance maladie se mobilisent afin d'informer via une campagne de visites des délégués de l'Assurance maladie près de 45 000 médecins généralistes sur le dépistage organisé des cancers. Au préalable, une matinée d'échanges et de formation des DAM de Moselle sur les dépistages organisés a eu lieu dans les

locaux de l'Amodemaces. Elle a permis à chacun des partenaires de mieux se connaître et de préciser les aspects pratiques du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

Ceci doit permettre aux DAM de remplir au mieux leur mission d'information auprès des médecins généralistes au-delà de la simple remise d'un « kit d'information ».

La lettre de l'Amodemaces

N° 11 • 1^{er} semestre 2010

Édition : Amodemaces - 16 rue Graham Bell - 57000 Metz - Tél. : 0387760818 • **Directeur de la publication :** Dr Julien Melchior - Président de l'Amodemaces • **Rédacteurs en chef :** Dr Françoise Deshayes, Dr Yves Spycykerelle; Médecins Coordinateurs • **Impression :** Groupe Socosprint Imprimeurs (88000 Épinal) - Imprimé sur papier PEFC/10-31-1260 • **Conception éditoriale et graphique :** TEMA/presse (0387691808) • **Dépôt légal :** juin 2010 • **ISSN :** 1777-1064.