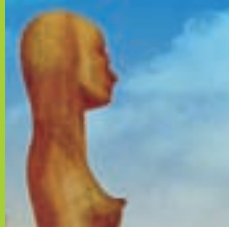


PAGE 2

**CANCER
COLORECTAL**Résultats
du dépistage
du CCR
en 2007-2008

PAGE 3

**CANCER
DU SEIN**Docteur,
suis-je une femme
« à risque » ?

PAGE 4

**VIE DE
L'ASSOCIATION**L'Amodemaces
et la Ville de Metz
partenaires

La Lettre de l'**A**MODEMACES

N° 12 • 2^e semestre 2010

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

Édito

**Dr Pierre Lehair**

Vice-président de l'Amodemaces

À la Une, le Dr Aubry ne nous annonce pas de révolution pour le dépistage du cancer colorectal qui devrait encore durablement se baser sur un test de sélection par analyse de selles avant la coloscopie diagnostique pour les positifs ! Pour autant, les jours de l'Hemocult II® semblent comptés, et l'avenir appartenir au test immunologique, même si la valeur seuil de positivité est toujours aussi difficile à déterminer ; une meilleure sensibilité se faisant au détriment de la spécificité. Pas de surprise dans le bilan de la deuxième campagne : le taux de participation est stable à 39,3 %, de même que le taux de positif, de lésions découvertes. Les stades précoces permettant la baisse de mortalité sont au rendez-vous, y compris les 18 % de cancers in situ, guérissables, sauf exception, par la seule endoscopie. Si nous nous situons dans la moyenne nationale, l'objectif d'atteindre les 50 % reste la priorité. Cette année, nous donnons par courrier le moyen au médecin référent de vérifier quels sont ses patients qui n'ont pas participé. L'occasion de les solliciter dès que possible ou de nous signifier des exclusions. Enfin, grâce au Dr Gross-Nanty, La Lettre de l'Amodemaces passe en revue les situations à risque de cancer du sein du fait de lésions précancéreuses et/ou de prédispositions héréditaires.

À LA UNE

Dépistage organisé du CCR Évolution vers les tests immunologiques, la biologie moléculaire ?

La généralisation du dépistage du CCR, effective depuis 2008, repose sur la recherche de saignement occulte dans les selles par l'utilisation du test chimique Hemocult II®. Qu'en est-il de l'avenir de ce procédé ?

Ce dépistage organisé avec l'appui des Centres de référence, garants d'une utilisation dans des conditions standardisées strictes, permettait de contrebalancer les critiques formulées sur ce test en termes de sensibilité et spécificité. Sa fiabilité a donc été jugée adaptée au dépistage car associant répétition du test et lecture en centre agréé. Cependant, une tendance s'est dessinée ces dernières années, demandant une révision du protocole et la volonté de changer d'outil de dépistage. Des tests de technologies différentes sont ou seront disponibles.

Tests basés sur la recherche de sang dans les selles

Des tests immunologiques spécifiques de l'hémoglobine humaine, tel que le test Magstream®, sont en cours de validation. L'automatisation du test et le choix d'un seuil adapté offrant un meilleur équilibre sensibilité-spécificité devraient permettre une réduction des coûts de lecture à long terme. Malheureusement, ce test annoncé comme imminent ne l'est pas encore ; des problèmes de stabilité en fonction de la température et dans le temps (8 jours entre recueil et lecture) doivent être solutionnés.

Tests en biologie moléculaire

- **ADN fécal** : la technique consiste à isoler l'ADN présent dans les selles et à

rechercher des mutations ; elle est prometteuse : supériorité de l'analyse de l'ADN fécal en termes de sensibilité et spécificité sur la technique classique Hemocult II®. Néanmoins, malgré son pouvoir discriminant élevé, restent à résoudre des problèmes tant en matière de coût que sur le plan analytique et pré-analytique (conditions de recueil des selles, transport...). Les réticences psychologiques dues à la manipulation de selles restent un frein à tous ces tests.

- **Tests sanguins** : des recherches sont en cours sur la mise au point de tests visant à la recherche d'altérations d'ADN dans le sang. Ces tests devraient permettre une meilleure acceptabilité de la population dans le cadre du dépistage. L'avenir du dépistage réside dans la recherche de méthodes alternatives simples, efficaces, non invasives et performantes au rapport coût/bénéfice acceptable. L'évolution devra se faire vers des tests plus sensibles et plus simples à réaliser. La standardisation et le professionnalisme apportés par les centres de lecture agréés restent garants de la fiabilité de la partie analytique tandis que le médecin généraliste, par ses contacts avec ses patients, joue un rôle primordial dans cette stratégie de dépistage.

Dr Béatrice Aubry

Résultats du dépistage en 2007-2008

Les résultats présentés ci-après portent sur la cohorte des personnes invitées une seule fois au cours de la période du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008, permettant un recul suffisant pour apprécier la prise en charge notamment des personnes ayant eu un test positif.

Un total de 138315 femmes et de 133281 hommes a ainsi reçu une invitation au cours de cette période. Parmi celles-ci, nous avons enregistré un ensemble de réponses postales provenant des professionnels de santé, des personnes elles-mêmes ou de La Poste en cas de retour du courrier pour adresse erronée. Le nombre **d'exclusions médicales** temporaires ou définitives notifiées est de 12672, soit **4,7 % des personnes invitées**.

99 228 personnes ont réalisé un test

Le taux de **participation** calculé en prenant en compte les exclusions est de **39,3 %**. Il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (41,8 % chez les femmes contre 36,7 % chez les hommes). Rappelons que le taux de participation attendu est de 50 %.

La répartition du taux de participation par cantons montre d'importantes variations géographiques qui ne se superposent pas toutefois à celles observées pour le dépistage du cancer du sein. Les résultats des tests réalisés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

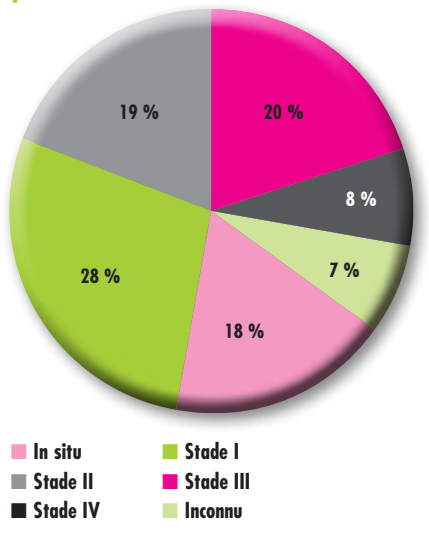
	HOMMES	FEMMES
HTI	262	403
Négatif	43 692	52 256
Positif	1 376	1 239
Total	45 330	53 898

Le taux de positivité est de 2,63 %

Parmi l'ensemble des personnes ayant un test positif, 1097 femmes et 1232 hommes ont effectué ensuite une coloscopie à notre connaissance, soit respectivement 88,5 % et 89,5 % (taux attendu: 90 %). Les résultats des examens complémentaires sont présentés dans le tableau suivant.

RÉSULTAT	HOMMES	FEMMES
Normale, lésion bénigne	532 (43,2 %)	671 (61,2 %)
En attente...	5	8
Polype SAI (non récupéré...)	39	22
Polype hyperplasique	93	96
Adénomes simples	117 (9,5 %)	84 (7,7 %)
Adénomes avancés*	336 (27,3 %)	157 (14,3 %)
Cancers	111 (9,0 %)	60 (5,8 %)

Répartition des cancers par stades



La VPP adénome cancer est ainsi de 45,8 % chez les hommes contre 27,1 % chez les femmes. Le taux de personnes ayant un adénome détecté pour 1000 personnes dépistées est de 7 pour 1000. Le taux de personnes ayant un cancer détecté pour 1000 personnes dépistées est de 1,7 pour 1000.

Ces chiffres sont conformes à ceux attendus, excepté le taux de participation qui reste inférieur à 40 % malgré tous les

efforts de sensibilisation et de communication auprès des personnes concernées par le dépistage des cancers.

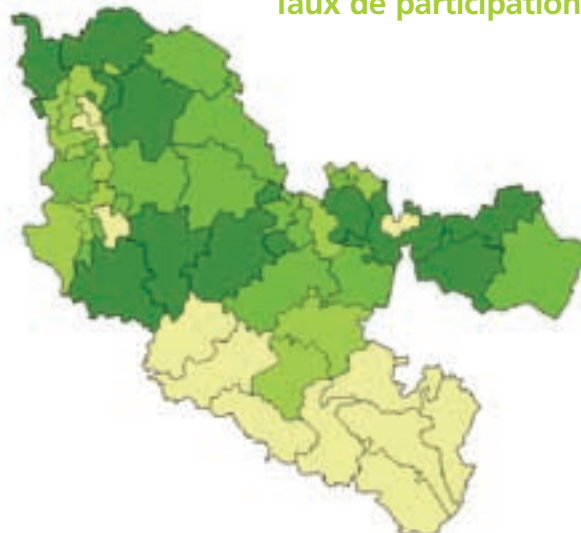
Il nous faut persévérer afin de convaincre plus de personnes de l'intérêt du dépistage quand on observe les gains obtenus.

Projet de dématérialisation de la seconde lecture

L'Amodemaces s'est rapproché de l'Adeca54 et du groupement de coopération sanitaire Télé Santé-Lorraine pour répondre à l'appel à projets lancé par l'INCa sur la dématérialisation des mammographies de dépistage, rendue désormais possible depuis l'entrée du numérique dans le dépistage organisé. L'objectif de cet appel à projets répond à l'action 16.4 du Plan cancer 2009-2013 qui recommande de définir les modalités techniques permettant d'exploiter pleinement les possibilités offertes par les mammographes numériques pour le dépistage du cancer du sein. Le projet proposé s'appuie sur une architecture déjà fonctionnelle en Lorraine, pilotée par le GCS, qui assure les transferts de données et d'images d'une structure de santé à une autre. Six cabinets d'imagerie médicale dont deux en Moselle sont volontaires pour participer à cette expérimentation. L'analyse des dossiers est actuellement en cours à l'INCa. Une réponse devrait parvenir avant la fin de l'année.

Dépistage du cancer colorectal

Taux de participation 2007-2008



Taux de participation :

- 28,8 % à 35,4 %
- 35,4 % à 39,4 %
- 39,4 % à 41,7 %
- 41,7 % à 46,3 %

* ADÉNOME DE TAILLE >=10 MM, ET/OU DYSPLASIE DE HAUT GRADE, ET/OU AVEC UN CONTINGENT VILLEUX.

Docteur, suis-je une femme « à risque » ?

L'appréhension contrôlée de la menace que représente le cancer du sein chez la femme nécessite de maîtriser, pour nous médecins, les facteurs dits de risque, afin de transmettre à nos patientes une information qui ne soit ni négligente, ni inquiétante quand chacune d'elles a une perception différente de sa menace.

Les antécédents familiaux

Un antécédent familial matri ou patrilinéaire de cancer du sein augmente le risque ultérieur de faire un cancer du sein. Le risque relatif dépend du degré de parenté, de la bilatéralité, du caractère pré ou post-ménopausique et de l'âge d'apparition chez l'apparenté atteint. Pour évoquer une « famille à cancer du sein », il doit exister **3 antécédents au premier degré** en ligne directe (même branche parentale) ou 2 cas seulement dont l'un est bilatéral et/ou survenu avant l'âge de 40 ans, un cancer du sein chez un homme ou un cancer de l'ovaire. Une consultation oncogénétique doit alors être envisagée pour rechercher les femmes porteuses d'une **mutation** (gènes BRCA1 et BRCA2, et syndrome de Li et Fraumeni). Ce risque génétique, très élevé, ne concerne que 5 à 10 % des femmes atteintes d'un cancer du sein.

La notion d'une pathologie mammaire bénigne

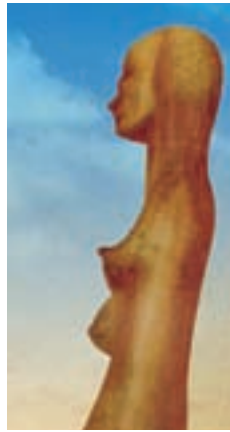
On entend par « lésions mammaires à risque » les mastopathies proliférantes qui sont caractérisées par l'**hyperplasie épithéliale** atypique (HA) ou non (HSA). Elles sont actuellement de diagnostic plus fréquent en raison du dépistage mammographique et de l'exérèse des foyers de microcalcifications.

Le risque relatif de survenue d'un cancer du sein est compris entre 1 et 2 pour les lésions d'HSA et varie de 2 à 5 selon les études pour les lésions d'HA ; lequel s'élève en cas d'antécédents familiaux et/ou chez la femme de moins de 50 ans.

Il a été montré par ailleurs que les femmes porteuses d'hyperplasie recevant un THS par œstrogènes seuls ne présentent aucune augmentation de risque de cancer du sein, y compris en cas d'antécédent familial.

La densité mammaire

Elle reflète le rapport entre le tissu fibroglandulaire radio-opaque (Birads 4) et le tissu graisseux radio-transparent (Birads 1). Elle est influencée par des facteurs physiologiques et exogènes, notamment hormo-



naux. Cette densité radiologique est un facteur de risque important de développer un cancer du sein : plus le sein est dense, plus le risque est élevé (multiplié par 5-6 pour des **seins Birads 4 ou 3 hétérogènes**) ; mais son indépendance en tant que facteur de risque n'est pas encore admise (diminution de la sensibilité de la mammographie dans les seins denses, « faux seins denses »).

Autres facteurs de risques

Il y a d'une part ceux liés à la vie génitale (âge des premières règles et de la ménopause, parité, allaitement, THS) et ceux dits environnementaux liés au mode de vie ; ces facteurs restent de faible niveau de risque. Un risque non négligeable à rechercher est celui induit par **les irradiations de la paroi thoracique pendant l'enfance** ou l'adolescence (lymphomes hodgkiniens) : il est maximal 15 à 20 ans après l'irradiation. Durant les vingt années à venir, près d'un million de femmes seront atteintes d'un cancer du sein. Le dépistage organisé en permet une détection précoce dans la population générale.

Les femmes à haut risque seront celles qui ont des antécédents multiples de cancer du sein au premier degré dont celles porteuses d'une mutation génétique authentifiée, les patientes chez qui des lésions d'hyperplasie canalaire atypique ont été diagnostiquées, celles ayant eu une irradiation de la paroi thoracique à un jeune âge et on doit retenir également les femmes dont la densité mammaire radiologique est élevée.

L'identification de ces femmes qui peuvent bénéficier d'un dépistage et/ou d'une prévention ciblée (dépistage annuel, IRM, hormonoprévention) doit être, dans notre activité de sénologue, un objectif important pour réduire de façon optimale la mortalité par cancer du sein chez la femme.

Dr Sabine Gross-Nanty

« LES FEMMES À HAUT RISQUE DE CANCER MAMMAIRE », JOURNÉES ANNUELLES DE LA SOFMIS, ARCACHON, MAI 2010.

Agenda

Conseil technique et scientifique (CCR)

Le 4^e Conseil technique et scientifique du dépistage du cancer colorectal aura lieu à Metz le 14 décembre.

Séminaire sur les dépistages organisés

Un séminaire sur les dépistages des cancers organisés se tiendra à Paris les 6, 7 et 8 décembre. Informations des institutionnels et échanges avec les acteurs concernés sont au programme de ces journées.

Semaine médicale de Lorraine (SML)

L'Amodemaces et les trois structures de coordination de Lorraine étaient présentes à la 45^e SML en participant à la séance thématique de formation sur le dépistage organisé du cancer colorectal le lundi 22 novembre.

En bref...

Partenariat avec l'Ametra Metz

Les médecins du travail s'engagent dans la sensibilisation aux dépistages organisés des cancers du sein et colorectal. Un questionnaire en amont de la consultation du médecin du travail permettra de mieux cibler leur intervention auprès de la population concernée. À suivre...

Moins de « listings » pour les médecins généralistes

L'envoi de « listings » mensuel de patients ayant eu un test Hemocult II[®] négatif va être abandonné en fin d'année. Ces résultats seront adressés soit par courrier électronique (pour les médecins ayant Apicrypt) soit par courrier papier pour les autres. Une évolution conforme aux souhaits des médecins. L'envoi de rapport d'activité annuel sur les prescriptions et les résultats a également remplacé l'envoi de « listings » au second semestre 2010.

Octobre rose 2010

Sixième édition de la campagne nationale sur le dépistage du cancer du sein relayée au plan local par l'Amodemaces, « Octobre rose 2010 » s'est inscrit dans la continuité au plan visuel, pour permettre au plus grand nombre de faire le lien entre le ruban rose et le dépistage organisé du cancer du sein.

En Moselle, la priorité a été donnée à l'affichage dans les villes, les gares, les espaces publics et sur les bus. La sensibilisation au dépistage du cancer du sein s'est également faite sur la toile grâce au site Internet www.oui-au-depistage.com.

Alors que les ballons roses s'étaient envolés dans le ciel depuis la place Saint-Jacques à Metz en 2009, ils sont revenus se poser pendant une semaine d'octobre dans les vitrines des magasins du centre-ville de Metz.

Autre histoire de ballon : le 9 octobre, c'est l'Amodemaces qui a donné le coup d'envoi du match de Coupe de France de handball féminin ! En effet, l'équipe de joueuses de Metz-Handball apporte cette année son soutien au dépistage organisé du cancer du sein, en rappelant sur son site Internet et sur son calendrier 2010-2011, l'importance de faire une mammographie de dépistage tous les deux ans. Soulignons que ce parrainage s'inscrit complètement dans la communication de l'Institut national du cancer qui veut mobiliser les proches des femmes de 50-74 ans, et notamment leurs filles, pour qu'ils les incitent à participer.



VIE DE L'ASSOCIATION

Partenariat avec la Ville de Metz

Le rapprochement amorcé entre la Ville de Metz et l'Amodemaces en 2009 à l'occasion de la campagne « Octobre rose » s'est concrétisé en 2010 par l'élaboration d'une charte d'objectifs visant à développer l'information et la sensibilisation de la population messine au dépistage organisé du cancer du sein.



De nombreux acteurs de la vie socio-professionnelle viennent apporter leur soutien à cette action : la Chambre de commerce, d'industrie et de services de la Moselle (CCI), la Chambre de métiers et de l'artisanat de la Moselle (CMA), la Mutualité française, les bailleurs sociaux (Metz Habitat Territoire, Batigère Sarel, LogiEst), l'Inspection académique, la Ligue départementale contre le cancer. Pour lancer officiellement ce partenariat, l'ensemble des partenaires a été réuni le 13 octobre en mairie pour signer la charte d'objectifs.

Ainsi, chacun consacrera, selon son propre mode de fonctionnement, un volet de communication sur le dépistage du cancer

du sein, à travers ses médias habituels. Des actions pédagogiques innovantes portant sur le dépistage du cancer du sein seront déployées par la Chambre de métiers et de l'artisanat de la Moselle ainsi que la Chambre de commerce, d'industrie et de services de la Moselle pour leurs élèves, lesquels pourront être à leur tour relais d'information dans leur famille. Une action similaire est envisagée auprès des élèves des lycées professionnels, généraux et technologiques. Par ailleurs, la formation d'acteurs relais et la mise en place d'actions de sensibilisation au cœur des quartiers, réalisées par l'Amodemaces, la Ligue contre le cancer et la Mutualité française, auront pour but d'approcher les publics moins favorisés.

Évaluation qualitative du DOCS

Après avoir présenté l'objectif de l'étude et sa méthodologie, les principales conclusions viennent de paraître. Ainsi, il apparaît que le contexte d'implantation a un impact sur le taux de participation, un faible taux étant associé à un faible niveau socio-économique et à une précarité populationnelle, une forte démographie professionnelle des radiologues et des gynécologues, et une forte urbanisation.

Le rôle fondamental de l'adhésion des professionnels de santé pour faire participer les femmes est mis en évidence, alors que la perception de ce rôle par les professionnels eux-mêmes est insuffisante.

Globalement, les structures de gestion remplissent leurs missions sans dysfonctionnement, appliquent le cahier des charges de manière homogène sur l'organisation des lectures, de façon beaucoup moins standardisée sur la communication et sur les démarches en direction des professionnels. Enfin, la première cause de non-participation au DOCS est le dépistage individuel, identifié à la fois par les réponses des femmes et par l'ensemble des acteurs.

Médecin traitant déclaré : c'est parti...

Le projet « médecin traitant déclaré », développé en partenariat avec la Caisse primaire d'assurance-maladie de Moselle (CPAM), voit le jour au cours du 4^e trimestre 2010 (cf. La Lettre de l'Amodemaces n° 11). Le nouveau mode d'action est le suivant : dans un premier temps, envoi de la situation de la patientèle au regard des deux dépistages organisés, puis association aux prochains courriers d'invitation du nom du médecin traitant afin de personnaliser encore plus ces courriers.

La lettre de l'Amodemaces

N° 12 • 2^e semestre 2010

Édition : Amodemaces - 16 rue Graham Bell - 57000 Metz - Tél. : 03 87 76 08 18 • **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 (03 87 69 18 08) • **Dépôt légal :** novembre 2010 • **ISNN :** 1777-1064.