



PAGE 2

CANCER COLORECTAL

Résultats détaillés pour la période 2009-2010



PAGE 3

CANCER DU SEIN

Les positifs (vrais et faux) du dépistage



PAGE 4

COMMUNICATION

Octobre rose 2012 : une mobilisation de plus en plus importante

La lettre de l'AMODEMACES

N° 6 • 2^e semestre 2012

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

Édito



Dr Lehair

Vice-Président de l'Amodemaces

Dix ans déjà que l'Amodemas, créée en 1993 pour organiser le dépistage du cancer du sein, est devenue l'Amodemaces pour postuler au dépistage du cancer colorectal. Depuis, l'association a évolué afin d'assurer au mieux ses fonctions. Après 2011 et le changement de centre de lecture des Hémoccult II, 2012 voit le changement de société de routage et la modification des statuts pour simplifier les prises de décision. L'objectif principal, lui, n'a pas changé : atteindre un taux de couverture de 50 %.

Le Dr Spycykerelle nous rappelle le bien fondé de participer et de recommencer tous les 2 ans : en effet, si le taux de positif diminue test après test, la valeur prédictive positive reste identique pour les adénomes et adénocarcinomes. Les résultats complets de la campagne 2009-2010 confirment la découverte précoce des cancers, au taux de survie élevé tout en limitant le recours aux traitements les plus agressifs.

À partir des résultats honorables de la première campagne, nous avons espéré une amélioration mécanique progressive, un effet d'entraînement. Il n'en est rien. Les multiples actions d'informations, tant nationales que locales auprès de la population, ou réunions visant à cibler les populations précieuses moins participantes, n'auront tout au plus permis que de limiter l'érosion... Auprès des professionnels de santé, l'Amodemaces poursuit ses missions d'évaluation et d'information en permettant d'apprécier au mieux la mise en place effective du dépistage dans leur patientèle.

Mars bleu, c'est demain et nous recherchons déjà de nouvelles approches de communication avec la Ligue contre le cancer auprès des collectivités territoriales qui restent des relais irremplaçables, auprès des nouveaux hôpitaux mosellans, et leurs halls devenus espaces de santé, auprès des pharmacies d'officine lieux d'éducation thérapeutique et de prévention... Toute proposition est bienvenue.



À LA UNE

Fidélité au dépistage : une nécessité raisonnable

Rappelons encore si nécessaire que le dépistage organisé du cancer colorectal repose sur un test de recherche de sang dans les selles qui doit être répété tous les deux ans pour assurer l'efficacité de la campagne.

Le caractère biennal du dépistage est un compromis entre « ne pas dépister trop souvent », car le nombre de malade risque d'être trop faible, et « ne pas dépister trop tard », car le nombre de cancer apparaissant dans l'intervalle devient trop important. Ce rythme biennal est choisi en fonction de la performance du test, dont on sait la faible sensibilité, et la cinétique hétérogène des cancers qui est lente dans sa séquence adénome-cancer.

La Moselle, engagée depuis 2004 dans le dépistage organisé du cancer colorectal, ne dispose pas de registre des cancers permettant de connaître avec précision les cancers dits d'intervalle, mais présente maintenant un recul suffisant pour apprécier l'intérêt de cette fidélisation biennale. Ainsi, parmi les 165 972 personnes ayant fait au moins un test de dépistage au 31 décembre 2011, on sait que 60 % ont pu le répéter au moins une fois, 34 % deux fois et près de 10 % (8,3 %) trois fois...

Si le taux de positivité diminue régulièrement avec le rang du test, les cas prévalents ayant été a priori diagnostiqués, on constate que la valeur prédictive positive (VPP), probabilité de diagnostiquer un cancer ou un adénome en cas de test positif, ne varie pas de façon significative avec le rang du test ; il en est de même si on considère le taux d'adénome et de cancer découverts pour 1 000 personnes dépistées : on retrouve autant de cancer ou d'adénomes avancés en pourcentage quel que soit le rang du test.

Ces résultats mosellans rejoignent ceux publiés dès 1999 par l'équipe bourguignonne du professeur Jean Faivre qui a inspiré le cahier des charges du dépistage du cancer colorectal.

Ils montrent ainsi une fois encore la nécessité de répéter le test de dépistage tous les deux ans pour permettre cette avance au diagnostic qui conduira à une réduction de la mortalité spécifique par cancer colorectal attendue de 20 %.

Résultats observés en Moselle selon le rang du test

Rang	Dépistés	Positifs (%)	Cancers	Adénomes avancés*	Adénomes - Cancers	
					VPP	Taux** 0/00
01	165 972	4 524 (2,7)	331	817	25,4	6,9
02	100 695	2 484 (2,5)	146	462	24,5	6,0
03	56 972	1 302 (2,3)	93	259	27,0	6,2
04	13 753	299 (2,2)	24	47	23,7	5,2

* Adénomes avancés : taille >= 10 mm, dysplasie de haut grade, contingent vilieux.

** Taux pour mille personnes dépistées.

Résultats détaillés pour la période 2009-2010

Nous présentons les résultats pour la cohorte des personnes invitées au cours de la période 2009-2010, délai permettant un recul suffisant pour apprécier la prise en charge, notamment des personnes ayant eu un test positif.

Au cours de cette période 2009-2010, un total de 139 511 femmes et 134 882 hommes a ainsi reçu une invitation au dépistage du cancer colorectal. Parmi celles-ci, nous avons dénombré :

- un ensemble de 18 396 réponses postales en provenance des professionnels de santé, des personnes elles-mêmes ou de la Poste pour adresse erronée. Le nombre **d'exclusions médicales** temporaires ou définitives enregistrées est de 11 904, soit **4,3 % des personnes invitées** ;

- 89 938 personnes ont réalisé le test de dépistage.

Le taux de **participation**, en prenant en compte les exclusions justifiées (sauf les refus), est de **35,3 %, soit 4 % plus bas que lors de la période 2007-2008** ; rappelons que le taux de participation attendu est de 50 %.

La répartition par cantons du taux de participation montre des variations importantes sur le territoire mosellan, passant de 26,5 % à 40,2 % selon les cantons. On retrouve ces mêmes variations d'une campagne à l'autre. Les résultats des analyses des tests présentés dans le tableau ci-dessous indiquent un **taux de positivité de 2,19 %** en recul par rapport à la campagne précédente (2,63 %).

	Hommes	Femmes
HTI	259	353
Négatif	39 796	47 559
Positif	1 059	912

À notre connaissance, parmi l'ensemble des personnes ayant un test positif, 820 femmes et 974 hommes ont effectué ensuite une coloscopie, soit respectivement 89,9 % et 92,0 % (taux attendu : 90 %). Parmi les personnes n'ayant pas fait de coloscopie, on peut estimer que six voire sept d'entre elles présentent une lésion cancéreuse évolutive. Les résultats des examens complémentaires sont présentés dans le tableau suivant.

Résultat	Hommes	Femmes
Normale, lésion bénigne	412 (42,3 %)	527 (64,3 %)
En attente...	2	-
Polype SAI (non récupéré)	26	20
Polype hyperplasique	80	56
Adénomes simples	96 (9,8 %)	67 (8,2 %)
Adénomes avancés*	259 (26,6 %)	116 (14,1 %)
Cancers	105 (10,8 %)	41 (5,0 %)

* Adénome de taille >= 10 mm, et/ou dysplasie de haut grade, et/ou avec un contingent villosus.

La VPP adénome cancer est ainsi de 47,2 % chez les hommes vs 27,3 % chez les femmes. Le taux de personnes ayant un adénome détecté pour 1 000 personnes dépistées est de 538/89 938, soit 6 pour 1 000.

Le taux de personnes ayant un cancer détecté pour 1 000 personnes dépistées est de 146/89 938, soit 1,6 pour 1 000.

Répartition des cancers par stade

Stade in situ (pTis) : 30 soit 20,5 %
 Stade I (pT1T2N0) : 42 soit 29,4 % ou 36,2 % des cancers invasifs
 Stade II (pT3T4N0) : 19 soit 13,0 % ou 16,4 % des cancers invasifs
 Stade III (pTN1N2) : 36 soit 26 % ou 32,8 % des cancers invasifs
 Stade IV (pTNM1) : 15 soit 10,3 % ou 12,9 % des cancers invasifs
 Inconnus ou T0 : 4

Ces chiffres sont conformes à ceux attendus, excepté le taux de participation qui reste inférieur à 50 % 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 résultats obtenus.

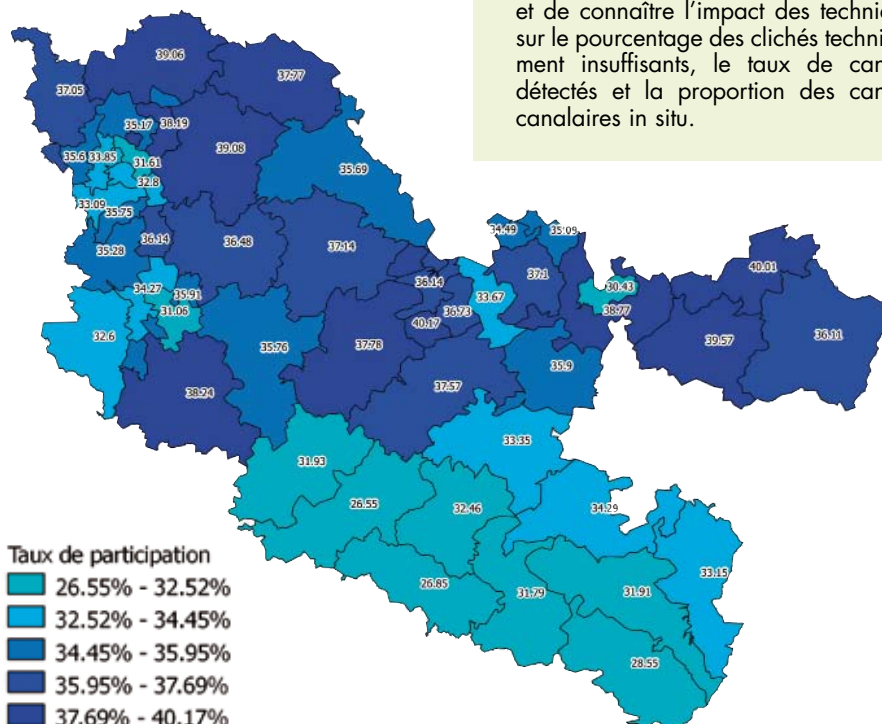
Les cancers de l'intervalle

Tel était le thème du Forum du dépistage qui vient d'avoir lieu à Paris au cours des Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire. Ces cancers surviennent dans les deux ans qui suivent une mammographie de dépistage normale ou présentant des images bénignes. Ils se caractérisent par des facteurs histopronostiques en général plus défavorables que les cancers dépistés en termes de taille, d'envahissement ganglionnaire et de grade. Le manque d'exhaustivité dans le recueil des données est un inconvénient pour connaître réellement la sensibilité du programme de dépistage. Et l'impossibilité de relire les clichés après un diagnostic de cancer de l'intervalle ne permet pas de distinguer entre les cancers manqués par la 1^{re} et la 2^e lecture et les cancers radio-ocultes.

Évolution du parc des mammographes en Moselle

La mammographie numérique a été introduite dans le dépistage organisé en 2008. En 5 ans, le parc des mammographes s'est profondément modifié en Moselle comme ailleurs en France au bénéfice des équipements numériques. Fin 2011, sur les 33 centres de radiologie agréés de Moselle, 18 % étaient analogiques, 33 % numériques plein champ et 49 % numériques à plaques CR. En termes de mammographies, la prédominance des mammographies CR observée depuis 2009 tend à diminuer et, en 2012, le nombre de mammographies numériques plein champ est devenu supérieur aux numériques CR. La DGS a lancé fin 2012 une 3^e vague d'enquête afin de répertorier les types d'appareils analogiques et numériques et de connaître l'impact des techniques sur le pourcentage des clichés techniquement insuffisants, le taux de cancers détectés et la proportion des cancers canaux in situ.

Dépistage du cancer colorectal en Moselle, taux de participation campagne 2009-2010



Les positifs (vrais et faux) du dépistage

Dans toute procédure de dépistage, le risque existe d'obtenir des tests positifs alors que la personne n'a, en réalité, pas la maladie. Cette probabilité est d'autant plus grande que le dépistage ne cible pas une population à haut risque d'être atteinte par la maladie et que la valeur intrinsèque (sensibilité, spécificité) du test de dépistage n'est pas excellente. L'exemple du dépistage organisé du cancer du sein par la mammographie en est une illustration.

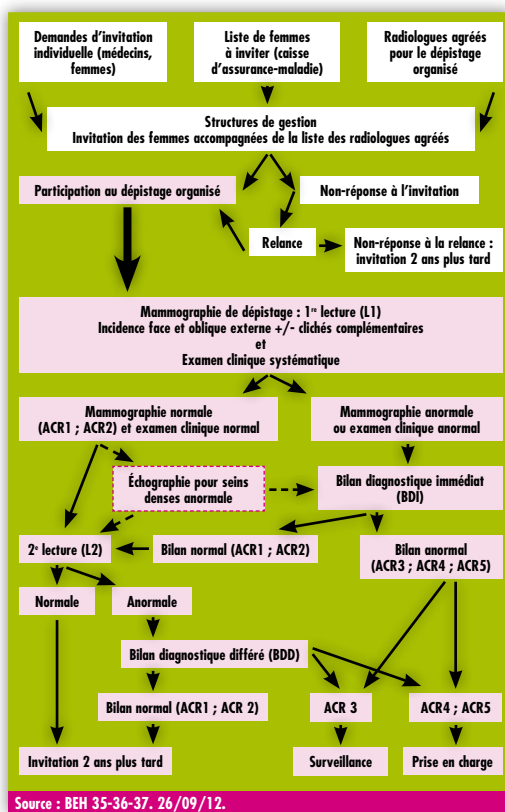
Le dépistage du cancer du sein par mammographie avec au moins 2 incidences et examen clinique des seins tous les 2 ans est généralisé depuis 2004. En Moselle, le dépistage a commencé dès 1997, sous forme expérimentale, comprenant 1 mammographie avec 1 incidence par sein et un intervalle de 3 ans entre deux tests, puis, à partir de 2002 selon les modalités toujours en vigueur aujourd'hui.

Le dépistage se déroule en plusieurs séquences (cf. schéma) au cours desquelles le test peut être interprété comme positif par le(s) radiologue(s) qui analyse(nt) les images. Plusieurs indicateurs sont calculés : le taux de positifs avant bilan diagnostique immédiat (BDI), le taux de positifs après BDI, le taux de positifs après 2^e lecture. Se rajoute encore le taux d'échographies suspectes, échographies pratiquées quand la mammographie est normale mais sur des seins de densité élevée.

Parmi l'ensemble des tests positifs, une partie seulement s'avérera être un cancer du sein à l'issue de la procédure diagnostique. Ce sont ce qu'on appelle dans le vocabulaire du dépistage des vrais positifs. Les autres tests positifs, les plus nombreux, seront a contrario des faux positifs.

Ainsi, en 2011, 35 564 mammographies ont été réalisées. 2 341 tests (6,5 %) ont été positifs à un moment donné du déroulement du dépistage. À la phase finale du dépistage, on comptait 1 700 tests positifs (4,8 %) et, sur ces examens positifs, 273 cancers ont été diagnostiqués (7,7 %). On peut donc estimer que 2 068 cas étaient des faux positifs, ayant entraîné des actes de mammographie et/ou d'échographie, ou des examens diagnostiques invasifs, prélèvements percutanés ou procédure chirurgicale pour une affection bénigne. Autrement dit, sur 1 000 femmes se soumettant à un examen de dépistage, on a détecté un cancer chez 7 d'entre elles, mais 58 ont eu un dépistage faussement positif nécessitant un bilan diagnostique immédiat ou à distance de l'examen initial, et ce bilan comprenait un geste invasif pour 6 de ces femmes.

Dans une procédure de dépistage de masse, s'adressant à une population tout entière, sans autre sélection que la seule tranche d'âge, comme c'est le cas pour le dépistage organisé du cancer du sein, la valeur prédictive positive (VPP) du test de dépistage est faible (définie comme le nombre de cancers



détectés par rapport au total des tests positifs). Cependant, on observe que la performance du DO s'améliore au cours du temps, signe de l'expérience acquise par les acteurs du dépistage : entre 2005 et 2011, la VPP est passée de 7 % à 11,6 %. Et la VPP de la biopsie chirurgicale (nombre de cancers détectés par rapport au total d'actes chirurgicaux) est passée de 71,5 % à 88,3 %. Le dépistage du cancer du sein doit se répéter tous les deux ans. Une femme pourra ainsi subir une douzaine de mammographies entre 50 et 75 ans et, à chaque nouvel examen de dépistage, être susceptible d'avoir un résultat positif. En Moselle, le risque cumulé d'avoir un résultat faussement positif, estimé sur 10 402 femmes qui ont réalisé 4 mammographies successives entre 2004 et 2011, est de 10 %. En extrapolant sur une participation régulière au DO tout au long de sa vie, 1 femme sur 5 pourrait donc être confrontée à un résultat faussement positif. C'est un argument de plus pour souligner l'importance d'apporter une information claire et complète sur les enjeux du dépistage, à la fois en termes de bénéfices et d'effets adverses.

Journée de l'ostéoporose

L'Amodemaces était présente à la Journée de l'ostéoporose qui s'est tenue à L'Arsenal de Metz le jeudi 15 novembre 2012.

Formation pour les professionnels de santé

À la demande de la CAMIEG (Caisse d'assurance-maladie des industries électriques et gazières), une formation sur le dépistage des cancers colorectal et du sein a été effectuée pour les professionnels de santé à la centrale de Cattenom le 26 novembre 2012.

Séminaire territorial d'échanges

Le Séminaire territorial d'échanges sur la réduction des inégalités de santé organisé par l'IREPS Lorraine se déroulera le mardi 4 décembre 2012 à Metz.

Conseil scientifique et technique pour le dépistage du cancer colorectal

Le prochain Conseil scientifique et technique pour le dépistage du cancer colorectal aura lieu le jeudi 6 décembre 2012 à Metz, avec une intervention programmée du Dr Éric Kull du CHR de Metz-Thionville.

Comité des radiologues seconds lecteurs

Le Comité des radiologues seconds lecteurs se réunira, pour la période du 2^e semestre 2012, le mardi 11 décembre prochain dans les locaux de L'Amodemaces, 16 rue Graham-Bell.

Octobre rose 2012

Cette année encore, le mois d'octobre a mobilisé celles et ceux qui veulent s'engager dans la lutte contre le cancer du sein en promouvant son dépistage.

Outre la distribution de plus de 20 000 flyers dans les rues, les magasins et lieux animés d'une douzaine de villes, 4 marches dites des générations se sont déroulées à Metz, Thionville, Sarreguemines et Saint-Avold, voulant ainsi mettre l'accent sur l'importance des liens générationnels pour convaincre au sein de la famille les femmes encore hésitantes à participer au dépistage. Dans l'organisation comme dans la participation, de nombreux partenaires se

sont investis à titre individuel ou collectif. Citons les municipalités, les organismes de protection sociale, les clubs de marche, le Comité de promotion de la santé de Metz-Borny, le Club Soroptimist, les établissements de santé, l'école de sage-femme, les professionnels de santé, le comité départemental de la Ligue contre le cancer. Les dons offerts par les participants aux marches, d'un montant de près de 1 600 euros, ont été versés à l'association Vivre comme avant.



Différents supports de communication ont été mis en œuvre par l'Amodemaces pour sensibiliser les Mosellannes à l'importance d'une participation régulière au dépistage organisé du cancer du sein.

TOUS CONCERNÉS PAR LE DÉPISTAGE

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN
s'adresse à toutes les femmes entre 50 et 74 ans, sans symptôme apparent ni antécédent de cancer du sein.

UN DÉPISTAGE SIMPLE
Tous les 2 ans, entre 50 et 74 ans, vous êtes invitée par courrier à faire le dépistage.

UN DÉPISTAGE DE QUALITÉ
Toutes les mammographies jugées normales font l'objet d'une seconde lecture par un radiologue expert.

UN DÉPISTAGE GRATUIT
Vous bénéficiez d'un examen clinique et d'une mammographie, sans avance de frais.

Détectés tôt, 90% des cancers du sein sont guéris.

LA MARCHÉ DES GÉNÉRATIONS
tous concernés par le dépistage

Venez marcher en famille pour soutenir la lutte contre le cancer du sein

DIMANCHE 7 OCTOBRE
THONVILLE SAINT-AVOLD
SARREGUEMINES METZ

Plus de renseignements : www.amodemaces.fr ou sur notre page facebook

N°Vert 0 800 400 407

LA LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

VIE DE L'ASSOCIATION

Quelques changements...

Changement de routeur

L'ensemble des impressions et routage des courriers d'invitations et relances aux dépistages pour la région Lorraine a été confié à une nouvelle société (Paragon) plus compétitive sur le marché et œuvrant déjà pour 23 structures de gestion.

Changement de statut

Des modifications du statut de l'association sont en cours d'étude et seront proposées aux membres lors d'une assemblée générale extraordinaire. Ces modifications doivent permettre un fonctionnement plus souple de l'Amodemaces créée voilà bientôt 20 ans.

En bref...

Mars bleu

Alors que les projecteurs s'éteignent sur Octobre rose, le bleu (de travail) est mis sur le prochain mois de mars pour sensibiliser au dépistage du cancer colorectal avec l'agence TEMA et le soutien de la Ligue contre le Cancer.

Toutes les « bonnes » idées seront les bienvenues.

Publication de l'InCa : l'éthique dans le cadre du dépistage organisé

L'Institut national du Cancer vient de publier un rapport et une synthèse sur l'éthique dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein. Les principales conclusions mettent l'accent sur le rôle du médecin traitant et du gynécologue dans l'information et dans la prise en charge des populations dans leurs spécificités. La communication doit nécessairement développer le niveau de connaissance des femmes et de la société sur tous les aspects du dépistage, qu'il s'agisse des bénéfices, des risques ou des incertitudes.



La lettre de l'Amodemaces

N° 16 • 2^e semestre 2012

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 : Imprimerie Socos'print, 36 route d'Archettes, 88000 Épinal
• Conception éditoriale et graphique : TEMA/presse (03 87 69 18 08)
• Dépôt légal : décembre 2012 • **ISSN :** 1777-1064.