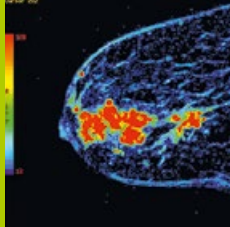




PAGE 2
**CANCER
COLORECTAL**

Dépistage organisé :
les exclus



PAGE 3
**CANCER
DU SEIN**

La place de l'IRM
du sein en 2013



PAGE 4
COMMUNICATION

Mars bleu
2013

La lettre de l'**AMODEMACES**

N° 17 • 1^{er} semestre 2013

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

Édito



Dr Julien Melchior
Président de l'Amodemaces

2013, vingtième année de la création d'Amodemaces!

Le dépistage organisé du cancer du sein est passé en 10 ans du non-sens à l'excellence. En 1994, le mammoth pour les femmes de 50 à 69 ans voit le jour, alors que le dépistage individuel avait déjà largement pris son essor avec tout ce qu'il comportait d'irrationnel en termes de consommation de moyens et d'efficacité. En 2004, l'État et l'Assurance Maladie offrent à la population des femmes de 50 à 74 ans plus qu'un simple dépistage, un diagnostic précoce. L'avènement du numérique à petits pas au milieu de la dernière décennie s'est accéléré de façon fulgurante ces deux dernières années sous la pression du contrôle de qualité améliorant ainsi la détection des images infra-cliniques, objectif premier du dépistage. On pourrait aller plus vite et plus loin. Tous les moyens existent pour dématérialiser l'image, simplifiant ainsi son transport et son stockage et par là même, pour faciliter la réalisation de la 2^e lecture avec un impact positif direct sur le coût des structures de gestion. Mais la conjoncture actuelle ne permet pas l'investissement financier requis. Il faudra attendre des jours meilleurs, d'autant que le retour sur investissement attendu ne se fait toujours pas... La participation malgré tous les efforts consentis reste très insuffisante et stagne en Moselle comme dans le reste du pays. Le rapport coût/efficacité finira par discréditer le dépistage. Ne devrions-nous pas, toutes disciplines confondues, manifester une attitude collectivement affirmée en faveur du dépistage afin que les femmes invitées n'aient plus à se poser la question du bien-fondé de celui-ci et participe ainsi activement et sans réserve? À quand les 70 % minimum de participation? Si l'objectif ultime du dépistage est la réduction de la mortalité, la réduction des coûts de prise en charge de la maladie en la diagnostiquant à un stade précoce est pour la société d'aujourd'hui plus qu'un challenge, c'est un impératif.

Sommes-nous capables d'effectuer cette démarche responsable, professionnels de santé et public concernés réunis? Ou faudra-t-il encore attendre vingt ans?

À LA UNE

Dépistage organisé du cancer du sein : le changement dans la continuité ?

Le dépistage organisé du cancer du sein, à l'heure des changements technologiques, repose toujours sur ses fondamentaux définis en 2006 : un examen clinique des seins, associé à une mammographie comprenant au moins 4 incidences, systématiquement relue par un second lecteur en cas de clichés jugés normaux ou bénins, la deuxième lecture devant être centralisée.

La révolution numérique dans le dépistage organisé est en marche depuis maintenant plus de 5 ans, à la suite de la publication au Journal officiel en janvier 2008 du texte autorisant l'introduction de la technologie numérique pour les mammographies de dépistage.

La transformation du parc de mammographes s'est faite rapidement, et fin 2011, plus des trois quarts du parc en France était passé en numérique, dont 25 % pour le numérique plein champ. Fin 2012 en Moselle, on ne comptait plus que 7 installations analogiques sur les 30 centres d'imagerie agréés, et à ce jour, le nombre de mammographes plein champ dépasse celui des mammographes numériques à plaques.

La suite logique de cette évolution technologique devrait être la dématérialisation des images de mammographies et leur transfert entre le centre d'imagerie et la structure de gestion qui organise la seconde lecture, via un réseau Internet, entraînant une transformation radicale du métier des structures de gestion. Mais les choses ne sont pas si simples.

Un appel à projet lancé en 2010 par l'Institut national du cancer sur la dématérialisation, et auquel la Moselle avait répondu, n'a eu aucune suite; l'INCa invoquait dans sa lettre de refus une hétérogénéité des

installations numériques vis-à-vis du contrôle de qualité, nécessitant d'attendre une stabilisation du parc.

Trois ans après, aucune annonce ne semble vouloir modifier le fonctionnement actuel du dépistage organisé. La remise en cause éventuelle de la seconde lecture centralisée n'est pas non plus d'actualité, ses avantages étant démontrés chaque année par la détection de cancers du sein ayant échappé à la première interprétation.

Les radiologues seconds lecteurs interprètent les clichés sur des négatoscopes motorisés à grande capacité d'affichage installés dans les locaux de la structure de gestion.

Ces équipements vont donc encore être au service des seconds lecteurs au cours des prochaines années, c'est la raison pour laquelle l'Amodemaces s'est engagée dans le renouvellement en 2013 de ses deux appareils, qui avaient été achetés en 2004 et marquaient des signes de faiblesse. Cela représente un investissement financier conséquent pour l'Amodemaces.

Reste à souhaiter une augmentation de la participation des Mosellanes pour que les avantages du dépistage organisé, et la seconde lecture en particulier, profitent au plus grand nombre.

« Les exclus du dépistage organisé... »

Faut-il répéter encore après huit années de pratique de dépistage organisé (DO) du cancer colorectal en Moselle que ce dernier s'adresse aux personnes a priori à « risque moyen », les autres en étant exclus car justifiant d'une surveillance régulière par coloscopie ou une coloscopie d'emblée ?

Ces exclusions médicales définies dans le cahier des charges et rappelées dans le carnet de campagne du médecin sont listées dans le tableau ci-dessous; leur nombre enregistré par la structure de gestion au cours de la campagne 2010-2011 est précisé pour chacune des causes.

La connaissance par la structure de gestion (SG) des exclus au DO est primordiale pour une meilleure gestion des invitations de la population en évitant des courriers inutiles voire inopportuns, mais aussi sur un plan statistique dans le calcul du taux de participation. En France le taux d'exclusion varie selon les départements de 5,7 % à 17,5 % pour la campagne 2010-2011.

Les sources d'information sont doubles:

- Les personnes invitées en adressant à la SG leur motif de non-participation au DO à l'aide du questionnaire au verso du courrier; dans ce cas, le motif de la coloscopie n'est pas retenu pour ne pas exclure à tort.
 - Les professionnels de santé
- Le médecin traitant à l'aide et le plus souvent des fiches de liaison du carnet de

campagne ou du courrier adressé au patient → Le spécialiste hépato-gastro-entérologue (HGE) en adressant les comptes rendus d'endoscopie réalisée chez les patients informés.

Ce système d'information reposant sur le volontariat n'apparaît pas suffisant ni satisfaisant. Une optimisation de cette gestion des exclus pour la SG passe par une meilleure prise en compte des actes de coloscopie réalisée. Sachant que la plupart des coloscopies sont réalisées en milieu hospitalier, et les actes recensés par les départements d'information médicale (DIM), plusieurs SG ont mis en place une transmission de ces actes pour les intégrer dans leur base de données du DO.

À défaut de voir une mise en place d'un « Observatoire d'endoscopie digestive » en Moselle, la réflexion s'engage actuellement vers une procédure d'échanges d'information avec les DIM; ceci nécessite de respecter certains préalables, informatiques et juridiques... afin de convaincre de l'intérêt pour tous d'une bonne gestion des exclusions médicales.

« Tests Immunos!! »

Annoncés pour 2013 les tests immunologiques pour le dépistage organisé du cancer colorectal (voir n° 15 de la lettre de l'Amodemaces) voient leur mise en place reportée au premier semestre 2014! Rappelons qu'il s'agit de tests plus sensibles permettant de détecter 2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés que le test au guaiac... En attendant, on continue avec le test Hémocult II®.

Pratiques des coloscopies

Lors du séminaire sur les dépistages organisés de janvier 2013 la CNAMTS a présenté une étude sur la pratique des coloscopies à partir des données du SNIIRAM de 2010. Elle indique que plus 1 273 113 coloscopies ont été réalisées (code CCAM) avec une grande disparité départementale. Plus de 60 % des coloscopies sont faites dans la tranche d'âge 50-74ans dont 5,5 % de l'ensemble dans le cadre du dépistage du cancer colorectal. Ceci souligne l'intérêt de la transmission de ces actes aux structures en charge du DO du cancer colorectal. Enfin, le taux de complication est voisin de celui enregistré dans des pays comparables soit 4 à 10 perforations sur 10000 actes et 10 à 11 hémorragies sévères sur 10000.

Exclusions médicales enregistrées par la SG chez les personnes invitées en 2010-2011

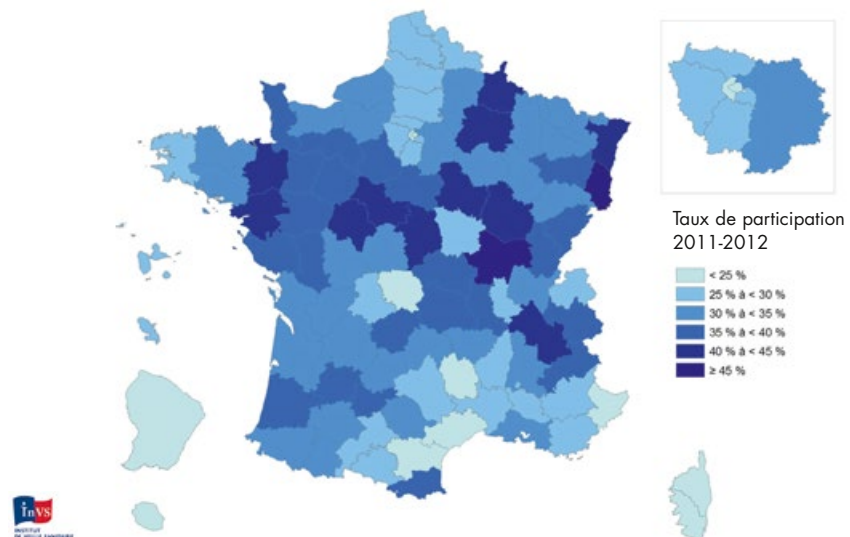
Motifs d'exclusion	Source patient	Source médecin	Total
Sujet présentant une symptomatologie digestive d'apparition récente	0	84	84
Sujet ayant réalisé une coloscopie complète, normale depuis moins de cinq ans	3262	5524	8786
Sujets ayant des antécédents personnels de cancer ou d'adénomes colorectaux	2	681	683
Sujet présentant une pathologie colique nécessitant un contrôle par coloscopie programmé	1	43	44
Sujet ayant un parent au 1 ^{er} degré atteint d'un CCR avant 65 ans ou au moins deux parents au 1 ^{er} degré atteints	0	288	288
Sujet présentant une pathologie grave extra-intestinale, sujet ou le dépistage est inopportun, autre*	462*	394	856
Sujet ayant réalisé un test de dépistage du CCR datant de moins d'un an	595	339	934

*dont coloscopie prévue.

Résultats de la campagne 2011-2012 en Moselle

Indicateur clé d'efficacité du dépistage le taux de participation est apprécié par le rapport du nombre de personnes dépistées sur la population Insee de la tranche d'âge diminuée des exclusions médicales connues. **En Moselle**, pour la campagne 2011-2012, le taux de participation est de 34,1 % (vs 34,8 % en 2010-2011), en léger recul mais encore supérieur au taux national de 31,7 %. Rien n'est acquis; gageons qu'en 2014 le test immunologique en remplacement du test au guaiac permettra une augmentation du taux de participation.

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal • Années 2011-2012
Taux de participation départementaux standardisés (population de référence: France 2009)



Sources InVS, 01/03/2013 (fond de carte: IGN GéoFLA 2009) • Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

La place de l'IRM du sein en 2013

L'IRM est une technique très sensible (environ 90 %) mais de spécificité moyenne (environ 60 %). Le nombre d'IRM a été multiplié par 9 en 8 ans. Les indications de référence sont données par les guidelines publiés.

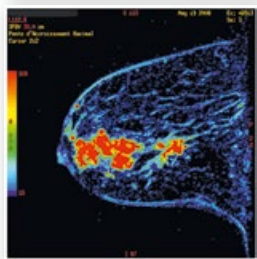
Place de l'IRM dans le dépistage

Deux indications :

- chez les femmes à risques
→ mutation BRCA 1 (+++) et BRCA 2 ou antécédents familiaux chargés
→ radiothérapie du manteau avant 30 ans

Le bilan associera annuellement, à partir de 30 ans (25 ans chez les femmes mutées), une IRM suivie de 2 clichés mammographiques et d'une échographie, dans cet ordre chronologique.

- devant une adénopathie axillaire tumorale avec un bilan sénologique normal



Place de l'IRM dans la caractérisation des lésions

L'IRM ne doit jamais être utilisée comme une alternative à la biopsie. Il n'y a donc **pas d'indication** de l'IRM dans :

- les microcalcifications (à *macrobiopsie*),
- les nodules (à *microbiopsie sous écho*),
- les cicatrices radiaires ou adénose sclérosante (à *biopsie sous écho ou chirurgie*).

L'IRM n'est utilisée qu'en cas de doute ou de discordance, comme aide au diagnostic et intégrée dans un bilan global :

- discordance radio/clinique : *relief palpable, écoulement unipore, sanglant ou verdâtre, sein inflammatoire persistant sous antibiothérapie*,
- discordance radio/biopsie : *quand la lésion est suspecte mais la biopsie est négative*,
- doute sur des situations mammo/écho complexes : *asymétrie de densité, distorsion architecturale sur une seule incidence, lésions multiples*.

Place de l'IRM dans le bilan préthérapeutique

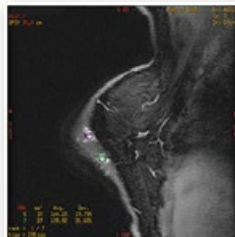
Non systématique car il y a de nombreux faux positifs, mais utilisée principalement dans deux cas de figure :

- Lorsque le risque de multifocalité ou bilatéralité est important, avec pour conséquence des modifications de la stratégie thérapeutique.

C'est le cas : pour le cancer lobulaire infiltrant ; chez les femmes de moins de 40 ans ; pour certaines formes de carcinome canalaire in situ ; pour des cancers reconnus comme particulièrement agressifs, de grade 3 et/ou triple négatif.

- Dans les chimiothérapies néoadjuvantes.

L'IRM peut aider à juger de l'efficacité de la chimiothérapie mais l'examen doit être interprété avec beaucoup de prudence car il y a de nombreux faux positifs et faux négatifs.



Place de l'IRM dans la surveillance des seins traités

C'est l'examen de choix, à ne pas utiliser en systématique mais uniquement en cas de doute, car **tout rehaussement, quelle que soit sa courbe, est suspect après radiothérapie** : à condition de respecter les délais (un an après la radiothérapie) et en se méfiant des aspects parfois atypiques des kystes de cytotéatonécrose.

En conclusion, l'IRM est une excellente technique dès lors qu'elle est utilisée à bon escient, en respectant les directives nationales.

Dr. Anne CHAPUIS, radiologue

Agenda

■ Contrat local de santé de la communauté d'agglomération de Forbach

L'Amodemaces est conviée par l'ARS et la communauté d'agglomération à deux réunions les 16 mai et 27 juin dont le but est la mise en œuvre locale du projet régional de santé.

■ Réunion avec l'IREPS

Une réunion de travail avec l'Institut régional pour l'éducation et la promotion de la santé de Lorraine et la délégation territoriale 57 de l'ARS est prévue le 11 juin afin d'identifier les actions à mettre en œuvre pour améliorer l'accès au dépistage organisé des cancers en Moselle.

■ Conseil scientifique du DOCS

La rencontre annuelle du conseil scientifique pour le dépistage du cancer du sein aura lieu le 20 juin à Metz à 20 heures.

■ Comité des radiologues seconds lecteurs

La première réunion de l'année des radiologues seconds lecteurs aura lieu à l'Amodemaces le 11 juin à 19 heures.

■ Renouvellement des négatoscopes à l'Amodemaces

Le négatoscope motorisé est l'équipement indispensable de toutes les structures de gestion qui assurent la deuxième lecture des mammographies, parce qu'il possède une grande capacité d'affichage et assure des conditions d'utilisation et d'ergonomie optimales. L'Amodemaces en possède deux, installés depuis 2004. Des pannes récurrentes survenues au cours des dernières années rendent nécessaire le renouvellement de ces appareils. Deux nouveaux négatoscopes seront livrés et installés fin juin dans les locaux, pour un coût global de 90000 euros TTC.

Mars bleu 2013

Cette année encore, le mois de mars a mobilisé celles et ceux qui veulent s'engager dans la lutte contre le cancer colorectal en promouvant son dépistage.

Comme en 2012, l'Amodemaces a relayé la campagne nationale INCa de sensibilisation au cancer colorectal réaffirmant que « *dépisté à temps un cancer colorectal se guérit neuf fois sur dix* ». Avec le soutien de la Ligue contre le cancer, des opérations de colportage se sont déroulées dans plusieurs villes de Moselle permettant la distribution de plusieurs milliers de flyers auprès de la population. En partenariat avec plusieurs hôpitaux de Moselle et de la CPAM de Moselle, nous avons cette année développé des journées de rencontres à l'intérieur même de ces établissements pour porter le message de l'intérêt du dépistage du cancer colorectal. Merci à tous ceux et celles qui nous ont aidés à faire de ces journées la réussite que l'on connaît. Une démarche largement reprise par les médias locaux et à renouveler sûrement.



« Championnes! »



L'Amodemaces a reçu le soutien de l'équipe de cross-country « cadette » de l'Athlétisme Metz Métropole qui a brillamment porté les couleurs du dépistage en remportant le championnat de France de cross-country 2013.

VIE DE L'ASSOCIATION

De nouveaux statuts pour l'Amodemaces

L'AMODEMACES a vingt ans. Les statuts qui avaient été rédigés au moment de sa création, s'avèrent inadaptés au contexte actuel. À l'origine, il avait été nécessaire de rassembler un grand nombre de membres susceptibles d'apporter leur contribution à notre association naissante. Aujourd'hui, certains de ces membres n'existant plus en tant que tel ou n'intervenant plus (représentant du Conseil Général, représentants de caisses ayant fusionné, DRASS, URCAM...) et les membres praticiens étant nombreux, il devenait de plus en plus difficile de les réunir, et

surtout d'obtenir le quorum lors de nos assemblées. L'activité, le personnel et la gestion journalière s'étant accrues, il était nécessaire de mieux préciser les rôles de chacun. Aussi fallait-il faire évoluer ces statuts pour améliorer le fonctionnement de notre association. Pour la rédaction de ceux-ci et afin de s'assurer d'une bonne couverture juridique, nous avons fait appel à un avocat spécialiste. Au terme de plusieurs réunions du Conseil, ils ont pu être adoptés à l'unanimité lors de l'assemblée générale Extraordinaire du 30 janvier 2013.

En bref...

Les femmes se lancent dans la course contre le cancer du sein



Le 1^{er} mai une vague rose a déferlé dans les rues de Metz pour la deuxième édition de La Messine. Cette année, 3000 femmes ont participé: trois fois plus qu'en 2012! Sur le village de la course, installé Place d'armes, un stand était réservé à l'Amodemaces et au comité 57 de la Ligue contre le cancer, pour informer sur le dépistage. Et dans la course même, en portant un tee-shirt (rose bien sûr!) d'Amodemaces « Le dépistage, pourquoi? comment? », elles étaient une dizaine, dont des radiologues, à relayer l'information. Le 2 juin, c'était au tour de Thionville de se lancer dans l'aventure d'une course féminine pour soutenir la lutte contre le cancer du sein. L'Amodemaces a répondu présent en y tenant un stand d'information sur le dépistage du cancer du sein.

La lettre de l'Amodemaces

N° 17 • 1^{er} semestre 2013

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 & graphique:
TEMA/presse (03 87 69 18 08)

Dépôt légal: juin 2013.

ISSN: 1777-1064.

