



PAGE 2
**DÉPISTAGE DU CANCER
COLORECTAL**

Le cancer colorectal
en Europe



PAGE 3
**DÉPISTAGE DU
CANCER DU SEIN**

Quelle modalités
de dépistage pour
quelles femmes ?



PAGE 4
**VIE DE
L'ASSOCIATION**

Octobre : un mois rose !

La lettre de l'**AMODEMAGES**

N° 22 • 2^e semestre 2015

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

Édito



Dr P. Lehair
Vice-Président de
l'Amodemages

Soyons acteurs de notre santé !

L'an dernier à la même époque, nous vivions les aventures à rebondissements du test OC Sensor. Cette fois, c'est fait, depuis mai les Français à risque moyen en disposent... Mais la nouvelle star du dépistage confirmera-t-elle ses qualités ? Au-delà du surcroît de participation espéré, quelle est sa valeur prédictive positive ? C'est l'objet de l'étude menée par B. Denis et al. dans 16 départements dont les dix de la future grande région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne. Ailleurs, à l'échelle de l'Europe, quelles pratiques de dépistage sont adoptées ou non par nos voisins ? Les différences observées expliquent-elles les disparités extrêmes de la mortalité par cancer colorectal entre l'est et l'ouest du continent rapportées par une récente analyse des données de l'OMS ? Du côté du dépistage organisé du cancer du sein, jamais octobre n'aura été aussi rose en Moselle ! De nombreuses actions ont été organisées dans différentes villes de Moselle, mais aussi le « Voyage au cœur du sein » qui a particulièrement marqué les villes de Thionville et Metz... Facebook a chauffé ! Espérons la poursuite de l'été indien en novembre avec le deuxième épisode 2015 de la campagne nationale du dépistage du cancer colorectal qui bénéficie souvent moins de l'attention des médias. Il faudra redoubler d'imagination tout en poursuivant la promotion des activités physiques qui, associées à une alimentation saine, à la prévention de la surcharge pondérale, au sevrage tabagique et à une consommation modérée d'alcool, crée les conditions pour une prévention primaire, venant s'ajouter au bénéfice du dépistage. Et si les médias viennent de découvrir la déjà classique majoration de risque de cancer – notamment colorectal – attribuée à la consommation de charcuterie et de viande rouge, rappelons que le chiffre de 34 000 décès qui y sont attribués dans les recherches citées par l'OMS est faible en comparaison avec le million de décès annuels liés au tabac et les plus de 200 000 décès annuels imputés à la pollution de l'air. Soyons acteurs de notre santé autant que faire se peut !

À LA UNE

Rendement des coloscopies du DOCCR

Le test OC Sensor® tient-il ses promesses ?

Le principal objectif de la coloscopie est de réduire la mortalité et l'incidence du cancer colorectal, mais ces résultats ne sont obtenus qu'après de nombreuses années, de sorte qu'il est nécessaire de recourir à des indicateurs intermédiaires de substitution pour évaluer précocement l'impact de la coloscopie. Ces indicateurs reposent sur le rendement diagnostique de la coloscopie évalué en termes de lésions néoplasiques dépistées. Le plus souvent, c'est le diagnostic de néoplasie avancée (cancer invasif + adénome avancé) que l'on retient comme pertinent.

La coloscopie réalisée pour test positif de recherche de sang occulte dans les selles est l'indication qui offre le meilleur rendement. En cas d'Hemoccult positif, le rendement (évalué par la valeur prédictive positive (VPP) pour une néoplasie avancée) est de l'ordre de 25 à 30 %.

Un des atouts des tests immunologiques quantitatifs est d'offrir une valeur prédictive positive VPP équivalente, voire supérieure, malgré un taux de positivité plus élevé. De petites études ont estimé la VPP du test

OC-Sensor® au seuil de 30 µg Hb/g autour de 35 à 40 %. Cela mérite confirmation, ce d'autant que le programme actuel n'arrive pas en terrain vierge, mais succède à de nombreuses années de dépistage organisé du cancer colorectal par Hemoccult. L'enjeu est de pouvoir informer « loyalement » la population invitée au dépistage organisé du CCR ainsi que les professionnels de santé concernés, au premier chef les médecins généralistes, du rapport bénéfiques/risques du dépistage proposé. Sans compter l'enjeu financier et l'impact qu'aura cette VPP en termes de santé publique.

Une étude à l'échelle de la future grande région

Une étude menée par le docteur Bernard Denis et les médecins coordinateurs des structures de dépistage à l'échelle de la super-région Alsace-Lorraine-Champagne-Ardenne et de six autres départements volontaires, permettra, en colligeant toutes les coloscopies pour OC-Sensor® positif au seuil de 30 µg Hb/g, d'évaluer les premiers résultats du programme de dépistage organisé du CCR par test OC-Sensor®, en particulier la VPP pour une néoplasie avancée. Notons que la population cible des 16 départements est évaluée à 3 millions de personnes, soit un sixième de la population nationale. Au 30 septembre 2015, un million d'invitations et 18 000 tests avaient été envoyés et 93 000 tests avaient été lus (de 700 à 16 000 selon les départements, 63 000 en ALCA). Les résultats de ce premier travail collaboratif, déjà très intéressants bien que préliminaires, ont été soumis aux Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive et feront l'objet d'un nouveau point d'évaluation en janvier 2016 en vue d'une présentation au congrès.



Le cancer colorectal en Europe

En 2014, dans le monde, le nombre de cancers colorectaux (CCR) est passé de 1 million à 1,3 million, et la mortalité de 500 000 à 700 000 par an. En Europe, le CCR représente la deuxième cause de mortalité par cancer après le cancer du poumon. Il a été estimé que près de 490 000 Européens auront un CCR en 2015 et 240 000 en décéderont.

En parallèle, plusieurs études montrent une tendance à la réduction de la mortalité imputable au CCR dans la région européenne de l'OMS : de 20,36 décès pour 100 000 habitants en 1995, à 18,86 décès pour 100 000 habitants en 2009.

Mortalité par cancer colorectal : une tendance à la baisse dans les pays de l'ouest et du nord de l'Europe

Il existe cela dit de grandes disparités, d'après une récente étude rétrospective des données de l'OMS*, notamment entre les pays du nord et de l'ouest de l'Europe, et le reste du continent, mais aussi entre pays européens plus comparables, en particulier selon l'existence, ou non, de programmes de dépistage organisés.

Ainsi, entre 1989 et 2011, 15 pays européens enregistraient une diminution d'au moins 10 % du nombre de décès par cancer colorectal et 15 autres pays une augmentation de plus de 10 %. Des réductions de la mortalité par CCR de plus de 25 % chez les hommes et de 30 % chez les femmes sont observées en Autriche, Suisse, Allemagne, Royaume-Uni, Belgique, République tchèque, Luxembourg et Irlande, alors qu'en Europe centrale ces réductions sont mineures voire inexistantes. A contrario, la mortalité par CCR augmente sensiblement chez les hommes dans la majorité des pays d'Europe de l'Est notamment en Croatie, Roumanie et Macédoine. Ces disparités sont telles qu'on a enregistré en Autriche une

chute de la mortalité par cancer colorectal de 44 % alors que la Roumanie enregistrait une augmentation de 102 %, essentiellement chez les hommes.

Des disparités liées à la pratique du dépistage du cancer colorectal ?

Cette dynamique d'évolution des taux de mortalité est liée à une meilleure connaissance des facteurs de risque du cancer, au recul de la consommation alcool-tabagique, à l'évolution des protocoles thérapeutiques mais également à la pratique du dépistage. Durant les deux dernières décennies, l'offre en modalités de dépistage a permis le déploiement de programmes de prévention suivant des recommandations et « guidelines » internationaux, notamment dans les pays de l'Ouest où l'incidence du cancer colorectal est plus élevée et les moyens financiers alloués aux politiques de santé publique plus importants. Toutefois, ces programmes ne couvrent qu'une mince proportion de la population cible et les stratégies de dépistage varient entre expériences pilotes, dépistage opportuniste, et dépistage organisé dans vingt-quatre des pays de l'UE.

Le dépistage organisé par recherche de sang dans les selles chez la population à risque moyen est généralisé en Finlande, en France, en Slovénie et au Royaume Uni, alors qu'il est en cours de déploiement en Belgique, dans les Pays-Bas, le Danemark, l'Irlande, l'Espagne et l'Italie, et seulement en phase d'expérimentation pilote en Norvège, au Portugal et en Suède. Pour autant, la diminution des chiffres de mortalité aux Pays-Bas par exemple est moins importante qu'en Allemagne ou en Autriche (pour une incidence de la maladie similaire) ou le dépistage est de type opportuniste : choix individuel entre un test de recherche de sang tous les 2 ans ou une coloscopie tous les 10 ans, comme aux États-Unis où la mortalité a reculé de 39,8 % chez les hommes et de

► Contrat local de santé

La Ville de Metz travaille en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé de Lorraine et le Conseil régional de Lorraine à la mise en œuvre d'un Contrat Local de Santé. L'objectif : construire une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, pour fédérer les initiatives locales et répondre aux besoins de la population. Ce sera le troisième contrat en Moselle, après Thionville et l'agglomération de Forbach-Porte de France, où l'Amodemaces est engagée sur le terrain avec les partenaires locaux.

► Un clip pour les femmes

Dans le cadre du contrat local de santé de Forbach-Porte de France, le média local TV8 a été pressenti pour réaliser un clip vidéo destiné à un public vulnérable, les femmes issues de l'immigration, sur le dépistage organisé du cancer du sein et l'examen de dépistage, la mammographie.

► Concertation citoyenne et scientifique

Que vous soyez une femme, une patiente, un professionnel de santé ou tout simplement un citoyen intéressé par le sujet, le site concertation-depistage.fr vous invite à donner jusqu'au 15 mars 2016 votre point de vue, votre témoignage et vos suggestions pour améliorer le dépistage du cancer du sein. Une conférence réunissant 20 femmes et une conférence d'une quinzaine de professionnels auront lieu au printemps 2016 pour établir des recommandations, sur lesquelles s'appuiera le ministre des Affaires sociales et de la Santé pour faire évoluer le programme de dépistage de ce cancer.

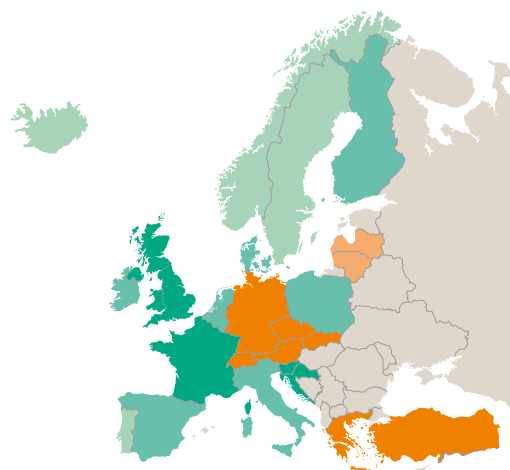


38,8 % chez les femmes entre 1989 et 2011. Ce qui ne manquera pas de relancer le débat sur la place de la coloscopie dans le dépistage du CCR.

D'autres pays, comme la Bulgarie la Roumanie, la Russie et même la Slovaquie, où le taux de CCR est le plus élevé en Europe, ne disposent pas de programmes de dépistage.

En conclusion à leur étude, les auteurs tablent sur une baisse de la mortalité dans tous les pays à condition d'étendre le dépistage aux pays de l'est et du sud de l'Europe, et de favoriser la participation dans les pays de l'ouest, notamment par l'utilisation de nouvelles modalités de dépistage... En matière de dépistage, les Français bientôt bons élèves ?

*Trends in colorectal cancer mortality in Europe : retrospective analysis of the WHO mortality database ; BMJ 2015 ; 351 (October 2015).



- No screening or unknown
- Opportunistic: gFOBT/FIT-based
- Opportunistic: colonoscopy (+gFOBT/FIT)
- Population-based organised, pilot
- Population-based organised, roll-out ongoing
- Population-based organised, roll-out complete

gFoBT : guaiac faecal occult blood test.
FIT : faecal immunochemical test for hemoglobin.

Vue d'ensemble des programmes de dépistage du cancer colorectal dans les pays de l'Europe en 2014.

Source : 'Colorectal cancer screening : a global overview of existing programmes.'

Quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes ?

Le dépistage organisé du cancer du sein est proposé à toutes les femmes sans facteur de risque à partir de 50 ans sur la base d'une mammographie et d'un examen clinique des seins bisannuels, pris en charge à 100 % par l'Assurance-maladie. Des recommandations publiées par la HAS en 2014 précisent les stratégies de dépistage à adopter selon le niveau de risque. Un guide d'aide à la pratique édité par l'INCa est proposé aux médecins, voici les principaux éléments.

Le risque de développer un cancer du sein est gradué en risque faible, élevé ou très élevé. Le niveau de risque augmente en présence d'antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein. L'âge d'entrée dans le dépistage, la fréquence et le type d'examen de dépistage, ainsi que la durée du suivi varient selon chaque type d'antécédents.

Antécédents personnels

Trois situations sont à distinguer :

- les antécédents personnels de cancer du sein invasif ou de cancer canalaire in situ ;
- les antécédents d'hyperplasie atypique ou de néoplasie lobulaire in situ ;
- les antécédents d'irradiation thoracique à haute dose.

ATCD de : cancer du sein ou carcinome canalaire in situ	ATCD de : hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire	ATCD de : irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin)
<p>Les modalités de suivi :</p> <p>Un examen clinique tous les 6 mois pendant les 2 ans suivant la fin du traitement, puis, tous les ans.</p> <p>Et une mammographie annuelle unilatérale ou bilatérale, suivie ou non d'une échographie.</p>	<p>Les modalités de suivi :</p> <p>Une mammographie annuelle pendant 10 ans, suivie ou non d'une échographie</p> <p>À la fin des 10 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ la patiente a plus de 50 ans : elle est dirigée vers le dépistage organisé ; ▶ la patiente a moins de 50 ans : mammographie avec ou sans échographie tous les 2 ans jusqu'à 50 ans. 	<p>Les modalités de suivi :</p> <p>Un examen clinique et IRM tous les ans, à partir de 8 ans après la fin de l'irradiation.</p> <p>Et une mammographie annuelle (incidence oblique) et une éventuelle échographie en complément recommandées (au plus tôt à 20 ans pour l'examen clinique et 30 ans pour l'IRM).</p>

Antécédents familiaux

Le score d'Eisinger d'analyse de l'arbre généalogique permet facilement au médecin, face à une patiente présentant un ou plusieurs cas de cancers dans sa famille, de valider l'indication d'une consultation d'oncogénétique, et en l'absence de mutation, de graduer le risque de prédisposition génétique en risque élevé ou très élevé.

Devant un score inférieur à 3, la patiente est orientée si elle a plus de 50 ans vers le dépistage organisé. Avant cet âge, un examen clinique des seins sera pratiqué dès 25 ans. Devant un score supérieur ou égal à 3, le niveau de risque élevé ou très élevé sera déterminé par l'oncogénéticien selon l'âge de la patiente, son arbre généalogique et la présence ou non d'une mutation BRCA1 ou BRCA2.

Pour calculer le score d'Eisinger, les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale		
Mutation BRCA1/2 identifiée dans la famille	5	RÉSULTATS : ▶ 3 ou + : consultation d'oncogénétique ▶ inférieur à 3 : dépistage organisé
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans	4	
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3	
Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans	2	
Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans	1	
Cancer du sein chez un homme	4	
Cancer de l'ovaire avant 70 ans	4	

En présence de risque élevé ou très élevé, les modalités de suivi clinique devront débuter plus tôt, à partir de 20 ans. Le suivi par imagerie mammaire commencera à l'âge de 30 ans pour les risques très élevés à une fréquence annuelle, et par IRM, mammographie +/- échographie. Dans les situations de risque élevé, la surveil-

lance commencera au plus tôt à 40 ans par mammographie +/- échographie, et à partir de 50 ans, la patiente sera orientée vers le dépistage organisé. La diffusion très large de ces nouvelles recommandations ainsi que l'annonce par la ministre des Affaires sociale et de la Santé du remboursement à 100 % des actes

Comité des seconds lecteurs

Les 12 radiologues seconds lecteurs se réuniront pour leur réunion semestrielle au cours de la 1^{re} semaine de décembre dans les locaux de l'Amodemaces.

Conseil d'administration de l'Amodemaces

Le 4^e et dernier conseil de l'année se déroulera le 3 décembre à 18 h 30 dans les locaux de l'Amodemaces.

Assemblée générale d'ACORDE

L'Association des médecins coordinateurs des structures de dépistage organisé des cancers se réunira à Paris le 7 décembre.

Cours d'imagerie du sein

Les 10 et 11 décembre à l'Espace Saint-Martin à Paris, le cours d'imagerie du sein traitera des pièges, trucs et astuces au quotidien.

Conseil scientifique pour le DOCCR

Une réunion est prévue à ce sujet courant janvier 2016 dans les locaux de l'Amodemaces.

6^{es} rencontres de l'INCa

Le 4 février 2016, à mi-parcours du troisième Plan Cancer, experts scientifiques et responsables institutionnels aborderont les questions liées à l'avancement du Plan, aux liens entre cancer et environnement, à la santé connectée, aux évolutions dans le champ des médicaments ainsi qu'à la médecine personnalisée.

Colon tour en Moselle

Les 26 et 27 février 2016, le Colon tour sera de retour en Moselle dans deux villes du département.

Journées francophones d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive

Elles seront organisées à Paris du 17 au 20 mars 2016 avec l'environnement pour thématique. Une intervention lors de la session cancer colorectal sera consacrée aux premiers résultats du programme organisé de dépistage du cancer colorectal.

d'imagerie pour les femmes à risque élevé et très élevé dès le printemps 2016, devraient améliorer le repérage de toutes les femmes à haut risque et faciliter leur orientation vers un suivi adapté à leur situation.

Octobre : un mois rose !



Le dispositif de communication 2015 visait deux objectifs : entrer davantage en dialogue avec les parties prenantes de ce programme de santé publique grâce à la mise en place d'une concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein et poursuivre la démarche d'information des publics cibles.

Pour répondre à ce deuxième objectif, l'Amodemaces a vu plusieurs projets d'info-sensibilisation se concrétiser avec succès. Ceci grâce au soutien financier, logistique, et une excellente collaboration avec ses partenaires reconnus comme le Comité Mosellan de la Ligue contre le cancer, la Caisse Primaire d'Assurance-maladie de Moselle... mais aussi l'ensemble de ses autres partenaires (établissements de santé, communes, centres sociaux, associations, services santé au travail...).

Il y a tout d'abord eu notre présence à la 80^e Foire internationale de Metz aux côtés du Comité Mosellan de la Ligue contre le cancer du 25 septembre au 5 octobre. Puis la seconde édition de « Dépistage du cancer du sein : une action rose = une femme sensibilisée », regroupant de nombreuses actions sur l'ensemble du territoire mosellan (répertoriées sur notre page Facebook), sans oublier les

journées de sensibilisation dans les hôpitaux et organismes d'assurance maladie. Et pour la première fois, l'accueil de « Voyage au cœur du sein » à Thionville le 14 octobre et à Metz le 15 octobre, véritable œuvre d'art inaugurée en 2014 à Toulouse. Impressionnante par ses dimensions spectaculaires, les spectateurs ont pu y vivre une expérience unique tout en recevant une information médicale de qualité sur le cancer du sein et l'importance de son dépistage précoce. Dans le village santé, des spécialistes apportaient leurs recommandations en matière de prévention de la maladie. Cette exposition a remporté un très vif succès avec près d'un millier de visiteurs sur les deux villes, des retours très positifs de la part de ces derniers ainsi que des partenaires associés.

Un grand merci à tous ceux qui ont contribué à la réussite de ces démarches d'information-sensibilisation des femmes de Moselle !

Vie de l'association

Des témoignages qui font du bien

Après avoir de nouveau été mis sous les feux de la rampe par les détracteurs du dépistage, à l'occasion de la campagne d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein, nous apprécions particulièrement de recevoir des témoignages comme celui de M^{me} T. M. Oui, le dépistage sauve des vies et permet de réduire la lourdeur des traitements ! Merci à elle pour ces quelques mots.

Je tenais à vous remercier vivement pour vos compétences car suite à une mammographie et une échographie vérifiées par vos soins en mars 2015 dans le cadre de la seconde lecture, vous avez constaté une tumeur à mon sein gauche qui s'est révélée cancéreuse. Le radiologue qui s'est occupé de la première lecture n'avait rien décelé et me conseillait de refaire un nouvel examen de contrôle dans 2 ans. Grâce à vous, mon cancer a pu être diagnostiqué et soigné à temps et ce, sans chimiothérapie. J'ai subi au mois de juin une mastectomie du sein. Je vous remercie une nouvelle fois pour vos compétences et votre sérieux car grâce au dépistage, je peux continuer à vivre.

Cordialement,
Mme T. M.

ORSAS : étude sur le territoire de Forbach

L'Amodemaces, en tant qu'acteur territorial impliqué dans la prévention, le dépistage et le parcours de soin des cancers, a été consulté par l'ORSAS Lorraine dans le cadre d'une étude nationale pilotée par les ORS sur les déterminants de santé en lien avec les disparités territoriales de la mortalité par cancer. Le secteur géographique mosellan concerné par l'étude couvre une vaste zone du nord au sud du département allant de Creutzwald et Forbach au Nord aux communes du Saulnois aux confins de la Meurthe-et-Moselle, qui compte 77 000 personnes de 50 à 74 ans.

Rejoignez-nous sur Facebook!

Pour suivre en direct toute l'actualité de l'Amodemaces, nos actions, manifestations locales et bien plus, suivez-nous sur : [facebook.com/amodemaces](https://www.facebook.com/amodemaces)

La lettre de l'Amodemaces

N° 22 - 2^e semestre 2015.

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 Myriam Guerbaz-Sommi, Médecins Coordinateurs.

Photos: droits réservés. Impression: Socosprint Imprimeurs, 36 route d'Archettes, 88000 Épinal.

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

Dépôt légal: décembre 2015. ISSN: 1777-1064.

