

SAMEDI
23 NOVEMBRE
2019

Espace Charles Trenet
SALON-DE-PROVENCE

RÔLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DANS LA PRISE EN CHARGE
& LE DÉPISTAGE DES CANCERS

14^E FORUM
DE LA FÉDÉRATION
DE CANCÉROLOGIE
DES PAYS D'AIX, MANOSQUE
& SALON

DEPISTAGE EN ONCOLOGIE DIGESTIVE

Dr BORDES CH Digne les bains, DR CAPELLA CH Salon

DEPISTAGE CANCER COLO RECTAL EPIDEMIOLOGIE

Le cancer colorectal est le 3e cancer le plus fréquent en France :
44872 nouveaux cas en 2017 , augmentation lié au vieillissement,
Age moyen au diagnostic : 70 H et 73 F, 44% apres 75 ans
17 684 décès en 2018 : 2e cancer en termes de mortalité. En diminution depuis 30 ans

Survie globale 5 ans : 60%

S'il est détecté à un stade précoce (stade I ou II), le taux de survie à 5 ans est de 80-90 %,

Stade III (ADP) : 60-70%

Stade IV (Métas) : 10%

Diagnostic : 30 % de métastases synchrones

Dépistage : 90% stade 0, I ou II

DEPISTAGE CANCER COLO RECTAL FACTEURS DE RISQUE

- Non modifiables : âge > 50,
 atcd fam de cancer ou adénome > 1 cm au 1er degré (rr 1.8)
 maladies inflammatoires MICI (rr 2.9)
 polypose, Lynch, autres
- Modifiables : obésité (rr1.1), tabac > 20 pa (rr 1.2), viande rouge > 5/sem (rr1.1)
- Niveau de risque oriente le dépistage :
- Risque élevé : atcd pers d'adénome ou de ccr, fam d'adénome > 1 cm, de ccr, MICI
Risque 10% : dépistage coloscopie (10-20% des ccr.)
- Risque très élevé : maladies génétique : PAF, Lynch...
Risque 40% : coloscopie de contraste, colectomie (1-3% des ccr)
- Risque moyen : les autres ! Asymptomatiques de 50-74 ans, sans fdr
Risque 3.5 % : dépistage organisé (80% des ccr)

DEPISTAGE CANCER COLO RECTAL ARGUMENTS POUR

13-33% de réduction de mortalité avec hemocult II (premier test disponible)

Depuis 2015 : Test immunologiques : détectent 2 fois plus de ccr et adénomes, à un stade plus précoce. Meta analyse : sensibilité 79% spécificité 94%

Après la mise en place du test immunologique, 4 279 cas de cancer colorectal et 16 974 cas d'adénome avancé ont été détectés entre avril et décembre 2015, respectivement 2,4 et 3,7 fois plus qu'avec l'ancien test sur la période 2012-2013.

Diminution de **22% de l'incidence** du ccr **et 41% de mortalité** recul 11 ans, participation 40%

Justification au delà de 74 ans vu épidémiologie et étude bourguignonne

DEPISTAGE CANCER COLO RECTAL EN PRATIQUE

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal, généralisé depuis 2009, s'adresse, tous les deux ans, aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans sans histoire familiale ni antécédents personnels de cancer colorectal ou d'adénome et ne présentant pas de symptôme évocateur

Il s'articule en deux temps : la réalisation d'un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles, suivie d'une coloscopie en cas de positivité du test.

Le rôle du médecin traitant est central dans la participation des patients à ce dépistage.

DEPISTAGE CANCER COLO RECTAL PARTICIPATION

Taux de participation en France faible 33,5 %.

Recommandations européennes : seuil minimum de 45 %

Baisse constatée avec le test immunologique

La participation est plus élevée chez les femmes (34,7 %) que chez les hommes (32,1 %).

21.8% BDR 29% AHP

DEPISTAGE CANCER COLO RECTAL FREINS

Test bien perçu dans la population des patients et médecins

Dépistage vécu plutôt comme une démarche à priori bien acceptée :

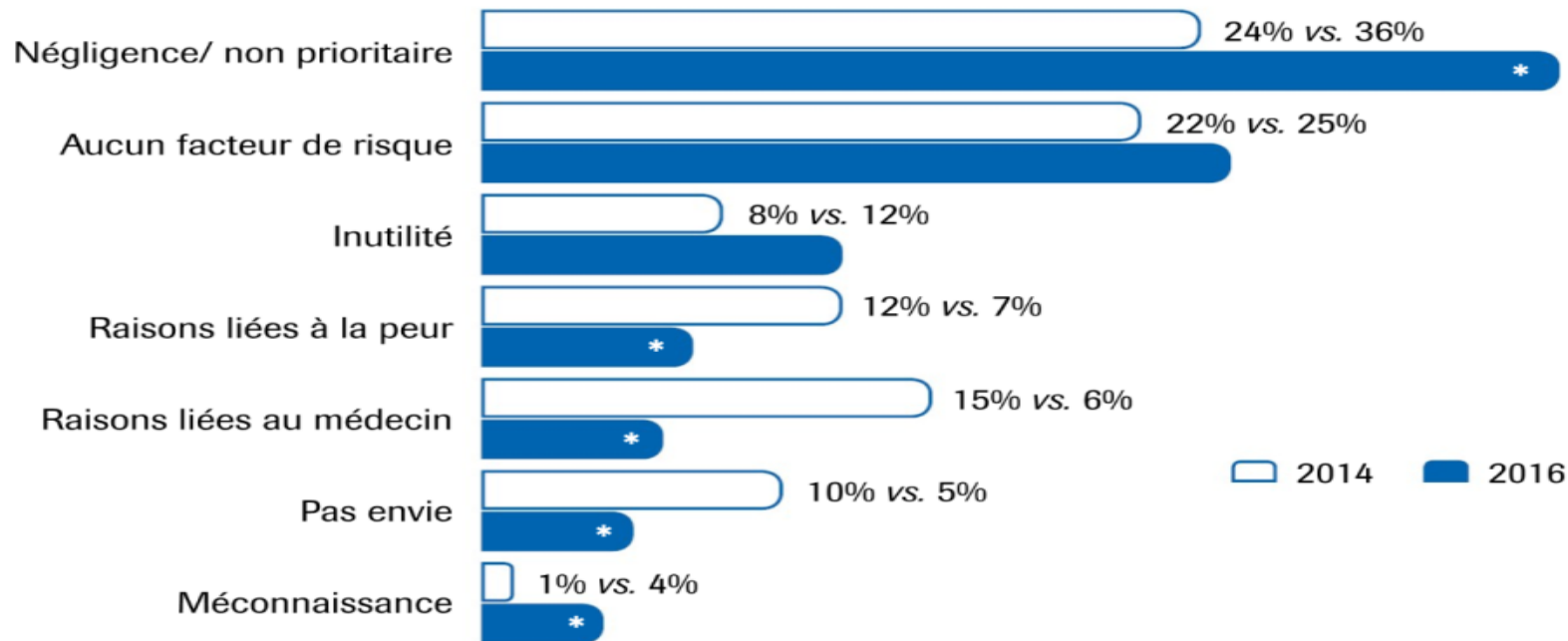
73% se déclarent plus rassurées qu'inquiets par la réalisation d'un test,
79% ont l'intention de réaliser un test dans l'avenir

Le risque de complications graves liées à la réalisation d'une coloscopie, comme une hémorragie ou une perforation de la paroi du côlon ou du rectum, est de l'ordre de 1 à 4,5 pour 1 000 coloscopies. Le risque de décès est estimé entre 1/18 000 et 1/10 000 coloscopies.

DEPISTAGE CANCER COLO RECTAL FREINS

170127- EDIFICE 4- Brochure Synthese- Flipbook

pages : 11 / 24



Type de réponses à la question "pour quelles raisons n'avez-vous jamais fait de dépistage du cancer colorectal ?"

Populations interrogées : personnes de 50-74 ans, sans antécédent de cancer n'ayant jamais réalisé de dépistage du cancer colorectal, en 2014 (N=380) et en 2016 (N=469).

* Différence significative par rapport à l'année précédente $P \leq 0,05$

DEPISTAGE CANCER COLO RECTAL AIDE

Mesure de prévention insuffisamment ancrée dans les pratiques de la population

Rôle important du médecin généraliste pour

- Proposer systématiquement le dépistage (organisé ou coloscopie)

- Surtout si asymptomatique

- Bien informer le patient pour qu'il comprenne les enjeux du dépistage

- Examiner ses réticences, identifier ses connaissances et adapter le discours

- Vérifier à la Cs suivante qu'il a été fait (date péremption...)

Chronophage, à revaloriser.

DEPISTAGE CANCER GASTRIQUE EPIDEMIOLOGIE

6500 nouveaux cas en 2011 ,
4500 décès en 2018 : 5e cancer en terme de mortalité.

FACTEURS DE RISQUE :

80% : Hélicobacter Pylori

Lésion précancéreuse : Gastrite chronique, Biermer, Ménétrier; polypes adénomateux. ATCD
ulcère gastrique, ATCD gastrectomie partielle

Maladies génétiques : Cancer Gastrique diffus héréditaire, PAF, Lynch

DEPISTAGE CANCER GASTRIQUE EN PRATIQUE

Risque augmenté chez les apparentés au 1^{er} degré : recherche HP

< 40 ans : test respiratoire ou sérologie

> 40 ans : FOGD Chromo endoscopie, 5 biopsies HP

Lésion précancéreuse : FOGD

Contrôle selon dysplasie, 3 ans, 1 an, 6 mois

Maladie génétique : recherche mutation si cancer diffus avéré chez 3 apparentés ou 2 si 1 < 50 ans, ou 1 si < 45 ans

Lynch : idem coloscopie