

# **Cancer colo-rectal**

## **Problématiques et Défis: Dépistage**

### **Pr. Iradj Sobhani**

Service d'Hépatogastroentérologie  
& Oncologie médicale-CHU H. Mondor  
Email : [iradj.sobhani@aphp.fr](mailto:iradj.sobhani@aphp.fr)

**17 Juin 2017**

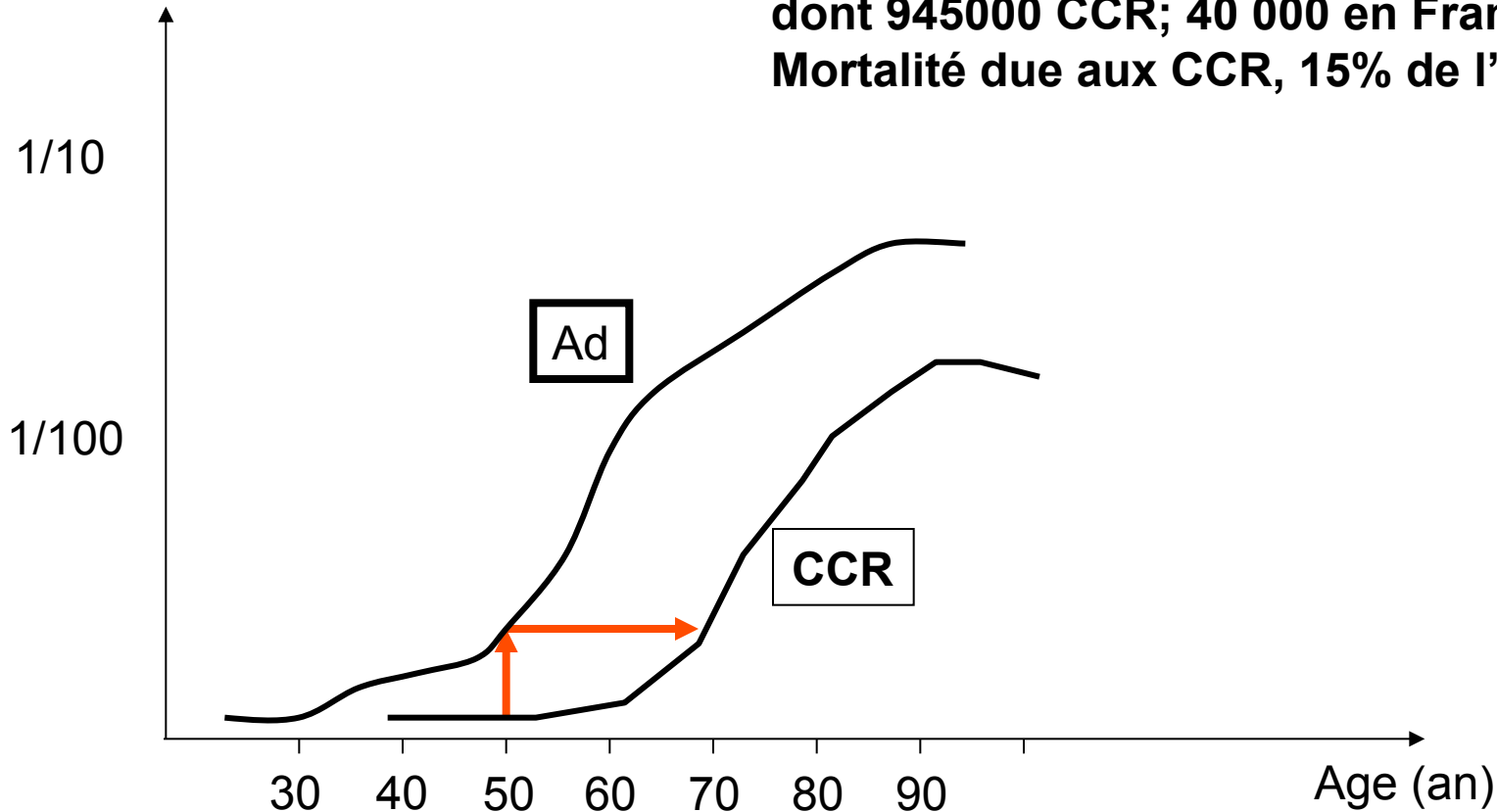
# Plan d'exposé

- Pourquoi dépister les CCRs ?
- Comment se fait le dépistage actuellement en IdF ?
- Quel(s) Résultat(s) depuis le FIT?
- Quelle(s) piste(s) d'amélioration ?
- Quelle(s) contrainte(s) ?
- Quelle(s) proposition(s) ?

# Dépistage, Quand et Pourquoi?

- Muqueuse normale → Polype → Cancer

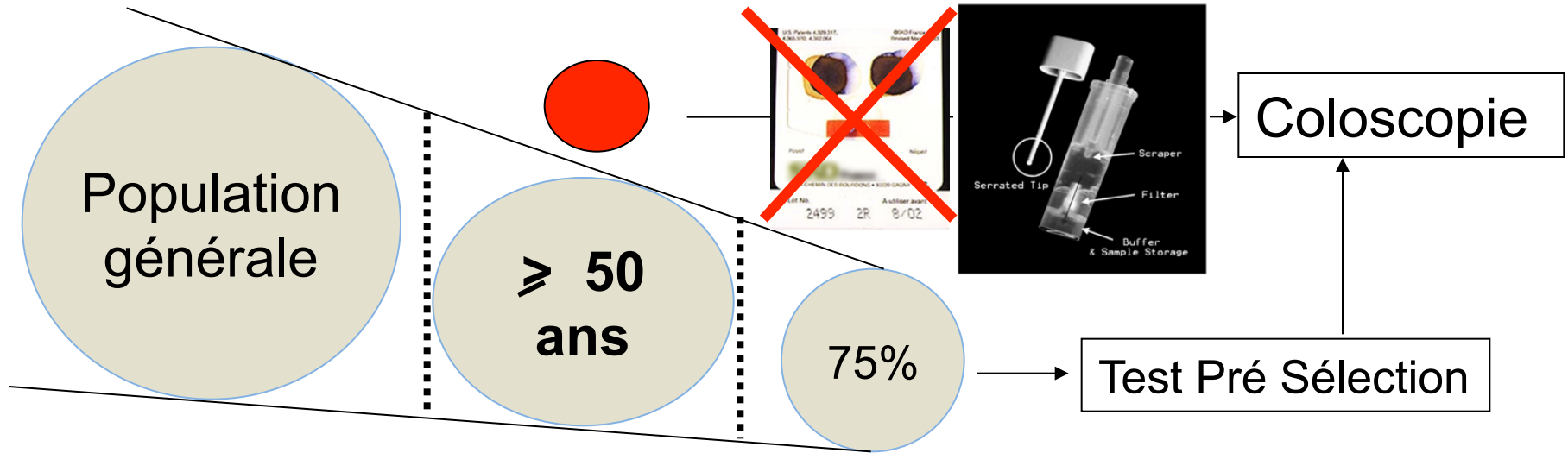
En 2002, 22 M de Cancers dans le monde,  
dont 945000 CCR; 40 000 en France/an  
Mortalité due aux CCR, 15% de l'ensemble



# Enjeux de santé publique et économique

- Sujets Asymptomatiques > 50 ans → 5/100 avec lésions coliques tumorales tous stades confondus (T. bénigne → T. maligne)
- Coloscopie de dépistage systématique → 95 « inutiles » versus 5 « utiles »
  - Test de pré sélection pour Coloscopie
  - Simple, peu coûteux, acceptable, fiable

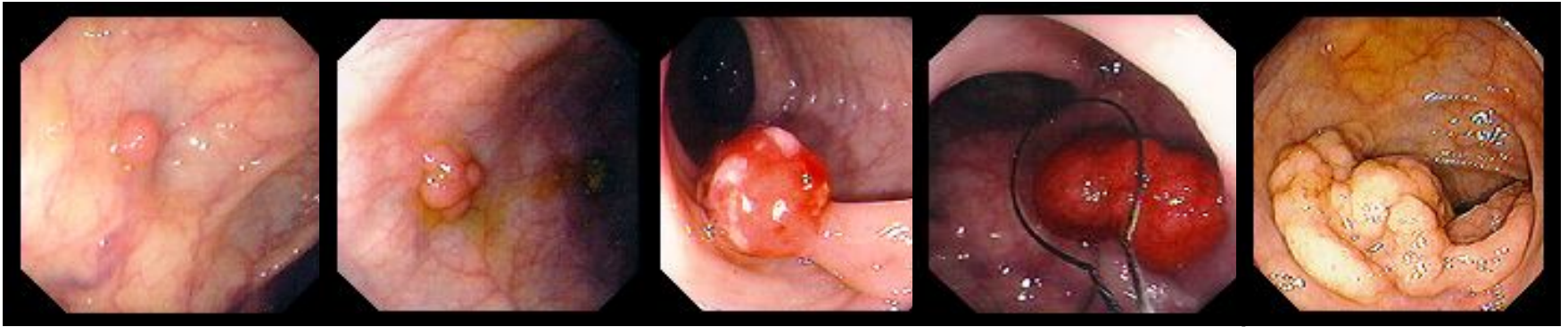
# Dispositif de dépistage en France



**Financement** : CNAM, CPAM, Régions, Associations caritatives

**Acteurs** : Structure de dépistage, MG, GE

# Dépistage Pourquoi et Comment?

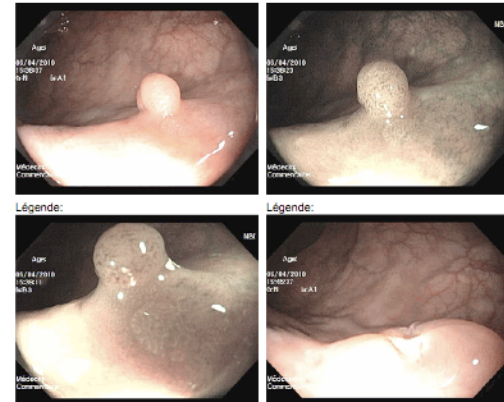


Le test d'Hemoccult (HC) en 2007

L'HC avait atteint moins de 30% de taux de participation et a impliqué plus de 800 médecins généralistes (MG).

Le test immunologique de dépistage (FIT) des cancers colorectaux (CCR) a été introduit en 2015

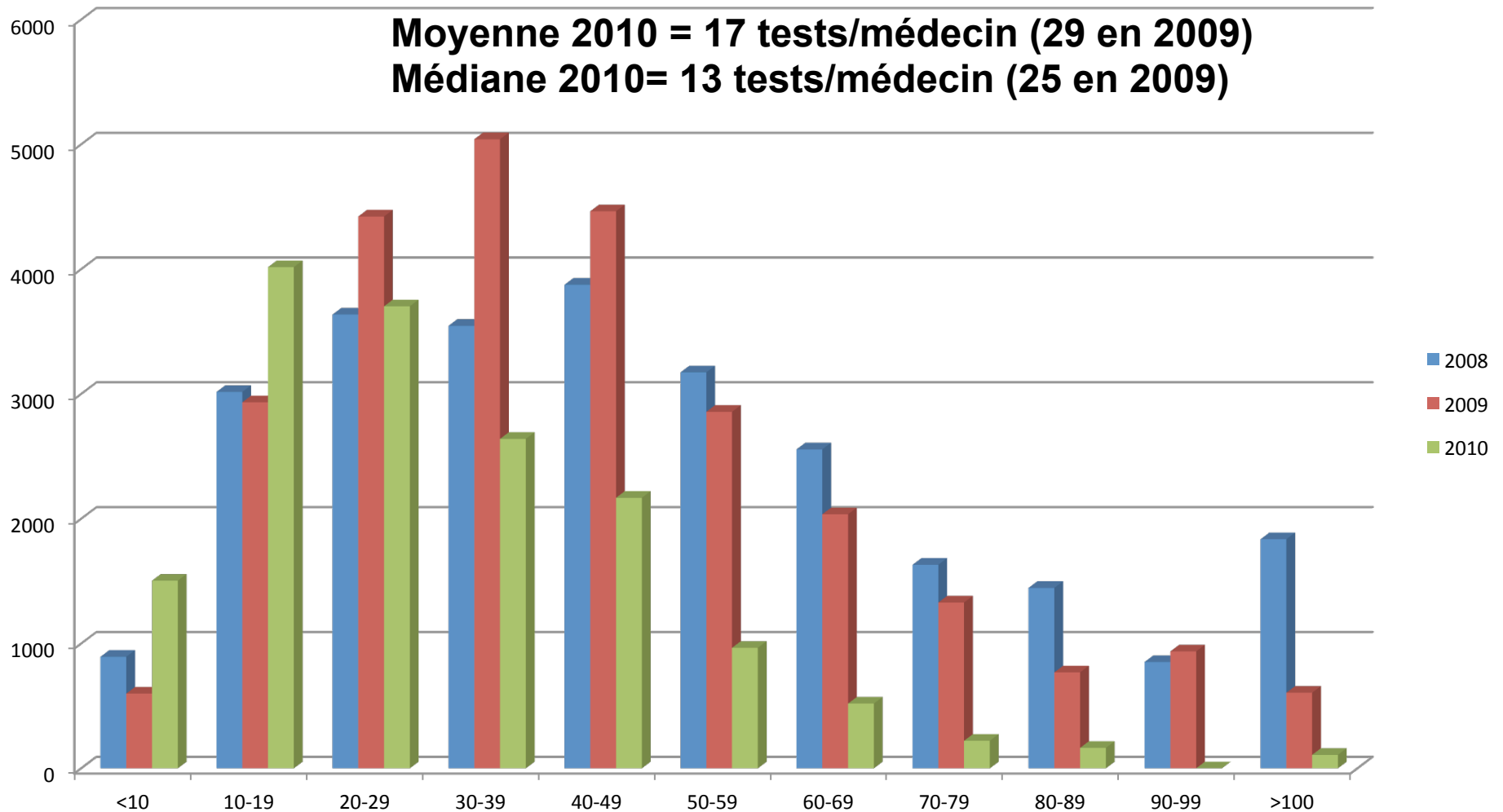
Traitement  
chirurgical



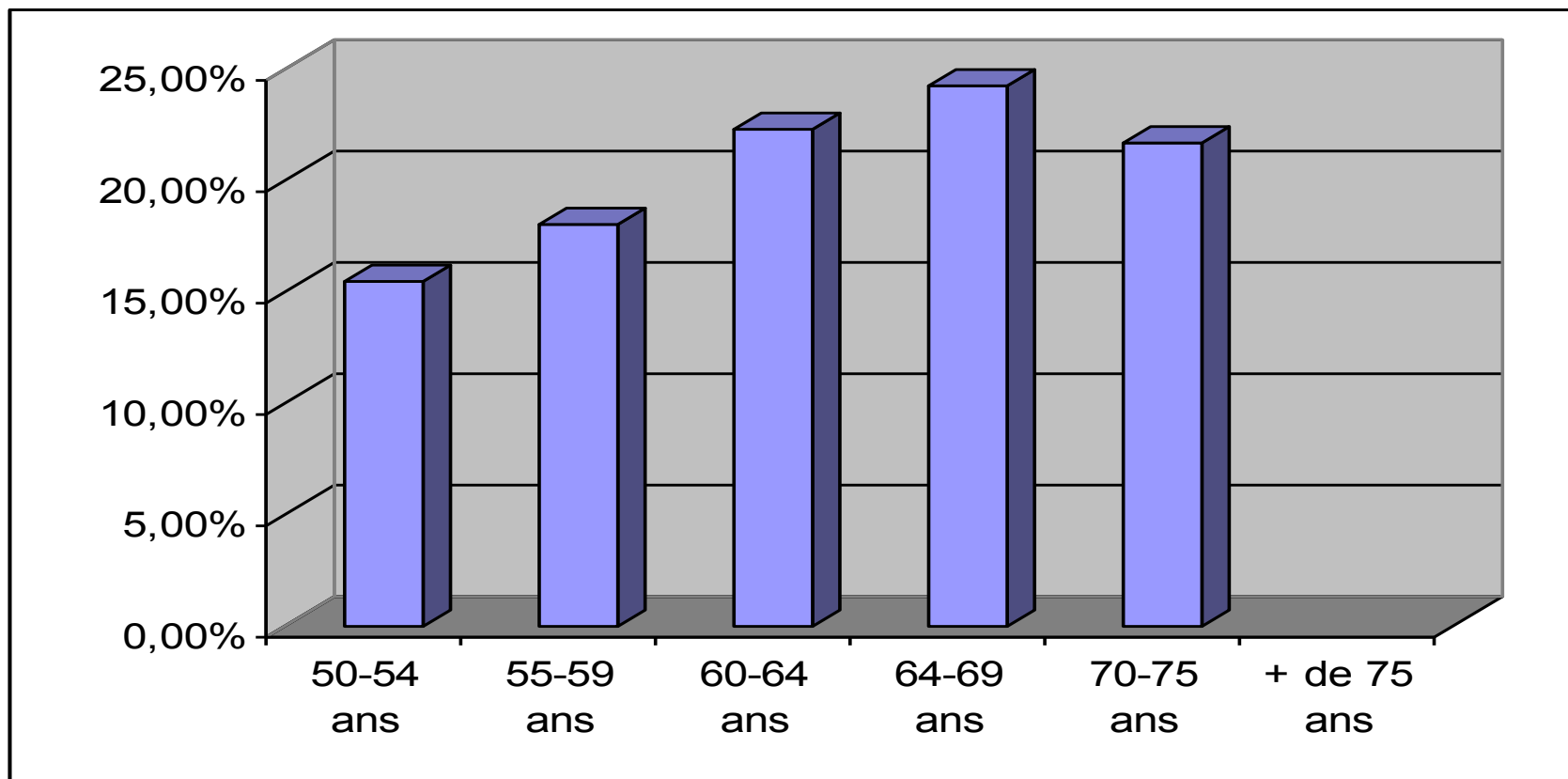
# Impact des MG 94

- En 2010 émoussement des gros prescripteurs

**volume de tests prescrits en fonction des tranches de prescription**



# Taux de participation: impact participant



Les femmes et les retraités participent plus



# Résultats IdF: 1/2015 - 8/2016

## Population Cibles IdF

75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
563 905	355601	382481	320606	395398	362087	343764	302524	3026366

Individus testés le 30/6/2016: 450120 (participation à 31%)

Fin 2014: 24,6%

Taux de positivité 4,56 (4,18 - 4,96)

HC: 1,82 %

Répartition	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	HC
Coloscopie normale	41,89	34,67	36,48	30,19	35,88	34,15	33,09	34,86	<b>35,10</b>	41,7
Polype hors DHG	46,31	50,93	49,71	57,86	51,95	53,26	50,70	52,66	<b>51,78</b>	45,1
Cancer et DHG	11,81	14,39	13,82	11,95	12,17	12,59	16,22	12,48	<b>13,13</b>	11,2

# Résultats IdF: 1/2015 - 8/2016

	N
nb de tests positifs	20538
nb de coloscopies faites	15048
nb de résultats de coloscopies	13440
coloscopie normale	4717
polype hors DHG	6959
cancer et DHG	1764

## Coloscopies analysées(n=15048),

**Femme:** 54.5% (vs Homme 45.5%; p=0,001)

**Taux de positivité** femme: 3.7% (vs Homme 5.5%; p=0.001).

**Coloscopies Normales:** 31% (vs 41% avec HC ; p<0.01),

**Taux incidents de DHG+Cancer:** 15,9 (vs 13,2 ; p=0,01)

**Polypes:** 52% (vs. 37.7%; p = 0.00051).

**Polypes avancés:** H>F (14.5% vs 11.3% p=0.001)

**Coloscopies Normales:** H<F (27.2% vs 44.7%; p=0.001).

**Taux de non interprétable:** 9,8% (vs 9,2%; NS)

# Conclusion

Le nouveau test a emporté une meilleure adhésion sans doute en raison de sa simplicité et une distribution plus large.

Le taux de coloscopies normales, avec ce test confirme sa meilleure performance dans la détection des lésions précoces.

Les hommes sont les principaux bénéficiaires de ce changement.

Le dépistage reste en dessous des objectifs car  
Il s'appuie sur une structuration nationale complexe

# Avenir: Microbiote & Dépistage?

ORIGINAL ARTICLE

Quantitation of faecal *Fusobacterium* improves  
faecal immunochemical test in detecting advanced  
colorectal neoplasia

*Gut* 24 Oct. 2016

Sunny H Wong,<sup>1,2,3</sup> Thomas N Y Kwong,<sup>1,2</sup> Tai-Cheong Chow,<sup>1,2</sup> Arthur K C Luk,<sup>1,2</sup>

