GROUPE HOSPITALIER
DIACONESSES
CROIX SAINT SIMON

G.H.I.F.

Quel dépistage à partir de 50 ans ?
FIT ou coloscopie ?

Conférence du 17/06/2023

Dr Anouk ESCH

Hôpital de la Croix Saint Simon

SOMMAIRE

Introduction

1. Pourquoi dépister ?

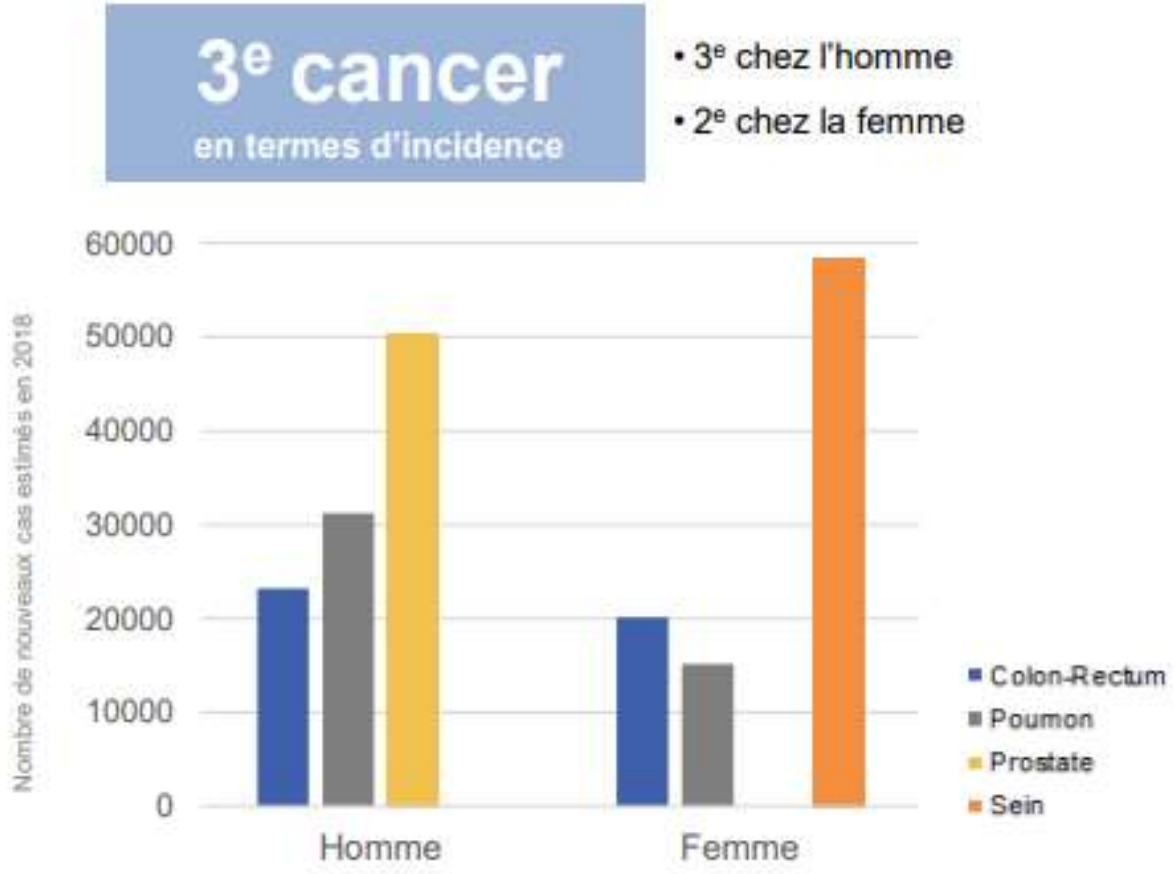
2. Comment dépister : quels moyens à notre disposition ?

3. Recommandations françaises de dépistage du CCR

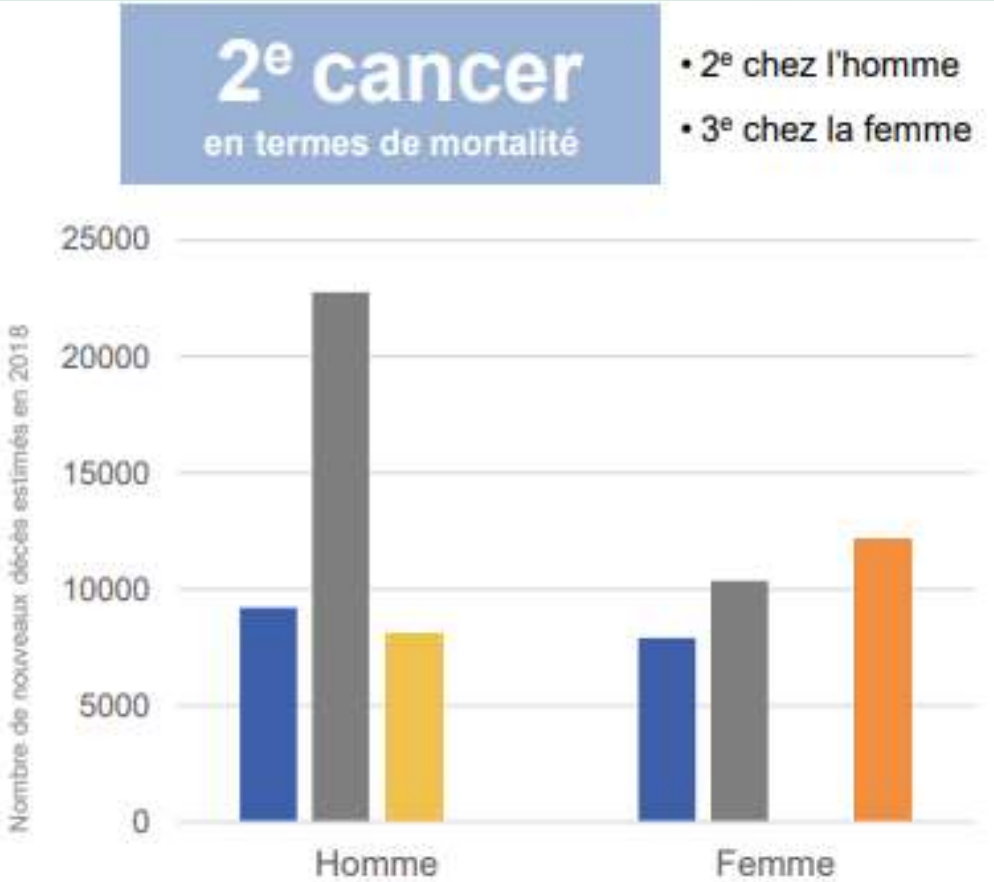
Conclusion - Que recommander à ses patients à partir de 50 ans : coloscopie ou FIT ?

INTRODUCTION - LE CCR : ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

En France, le CCR c'est :



Prostate : estimation 2015



Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Francim / HCL / SpF / INCa, 2019

INTRODUCTION - LE CCR : ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

En France, le CCR c'est :

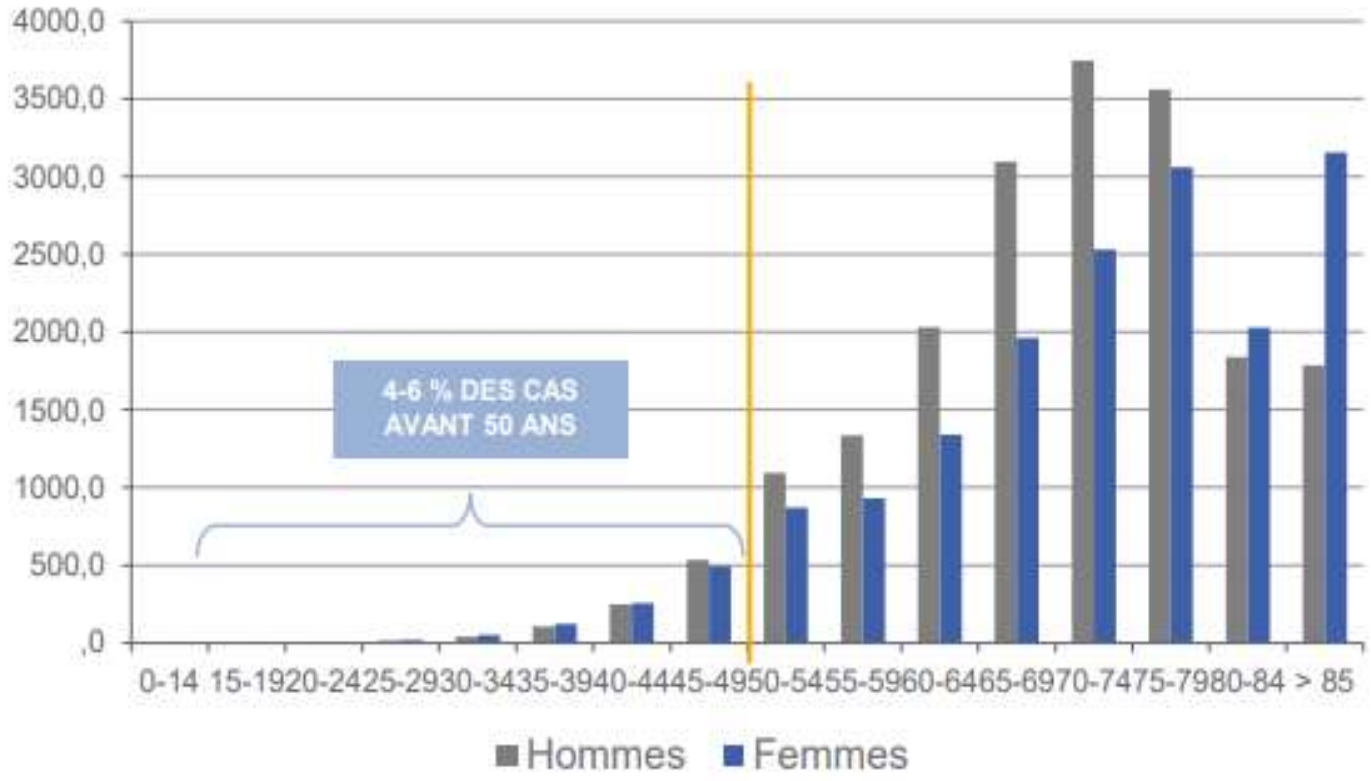
Estimation 2018

Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Francim / HCL / SpF / INCa, 2019

INTRODUCTION - LE CCR : ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

En France, le CCR c'est :

• 95 % de CCR diagnostiqués après 50 ans



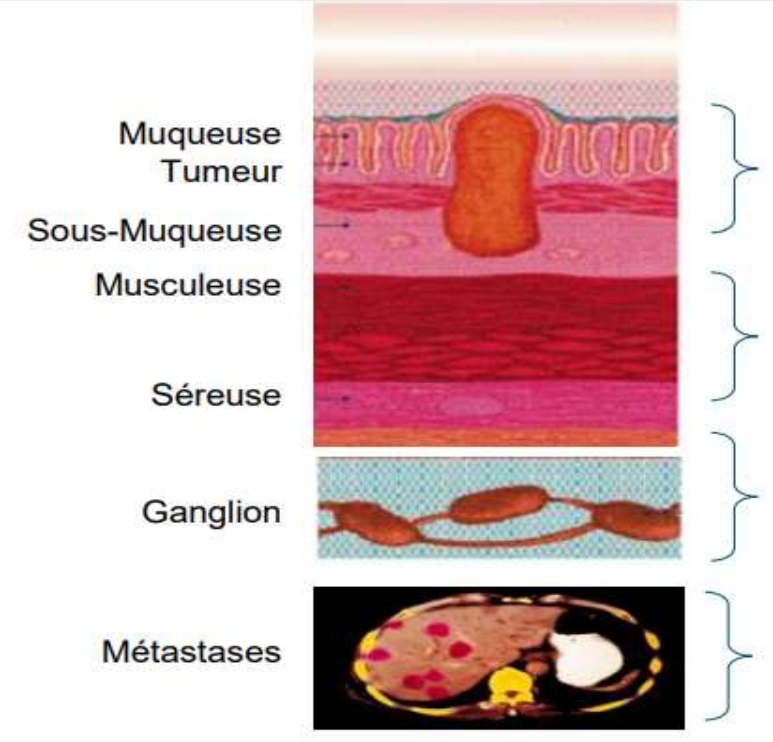
71 ans
âge médian au diagnostic chez l'homme

73 ans
âge médian au diagnostic chez la femme

Source : Panorama des cancers en France, INCa, 2022

I. POURQUOI DEPISTER ?

Le stade au diagnostic en France



Stade des lésions détectées	Tout sexe confondu
Local limité	21 %
Local avancé	24 %
Régional	22 %
Avancé	34%

Stade précoce

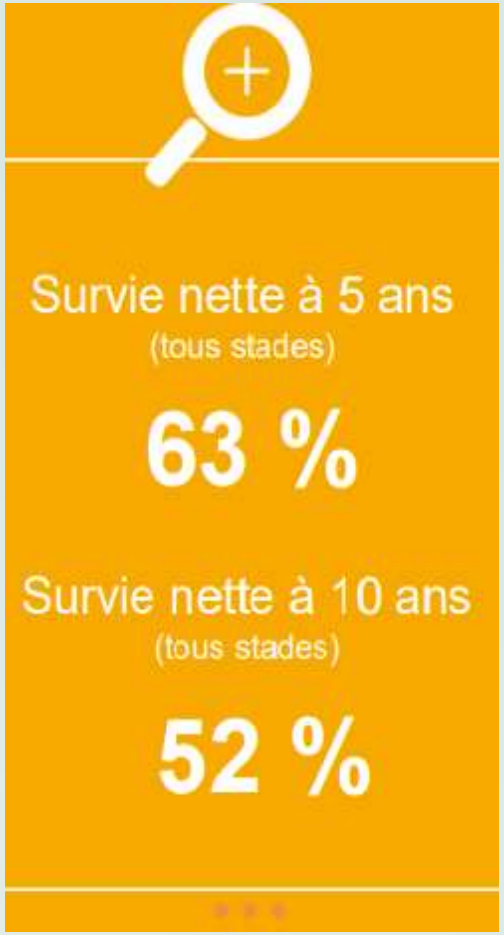
Bouvier et al. Stade au diagnostic des cancers Partenariat Francim / HCL / SpF / INCa, 2018

I. POURQUOI DEPISTER ?

Dépisté tôt, le CCR peut être guéri dans 90% des cas

Stade des lésions détectées	Survie relative à 5 ans
Local (limité et avancé)	90,2 %
Régional	71,8 %
Avancé (métastases)	14,3 %

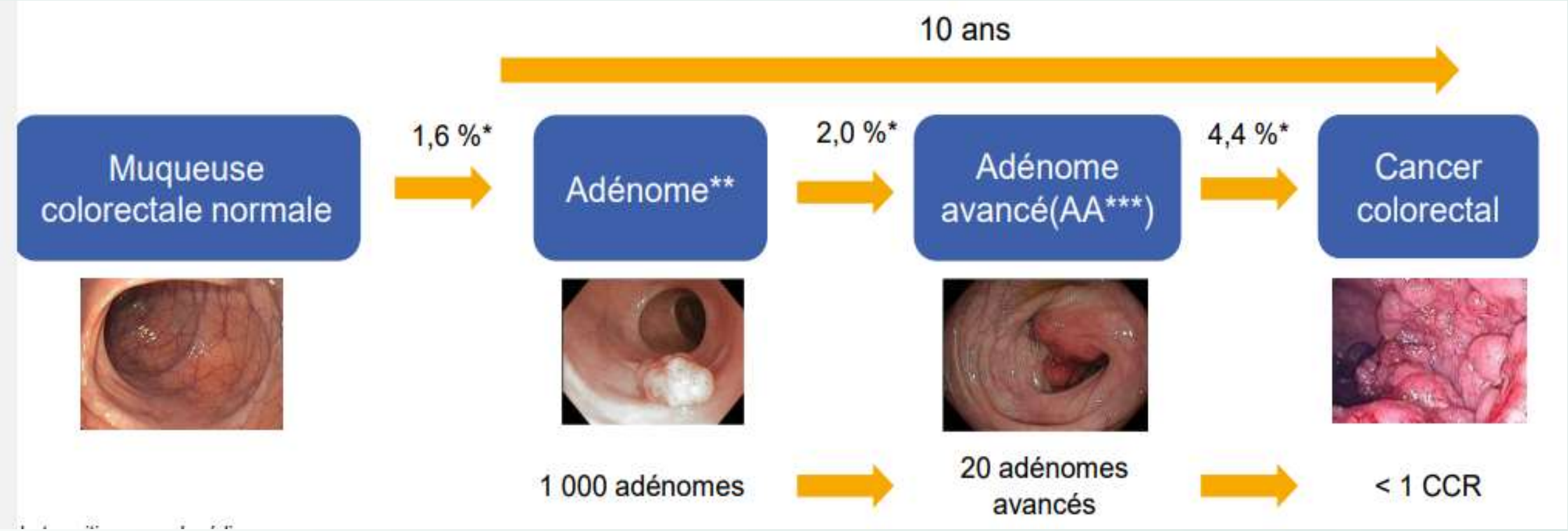
Stade précoce



Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013, Francim / HCL / SpF / INCa, 2019

I. POURQUOI DEPISTER ?

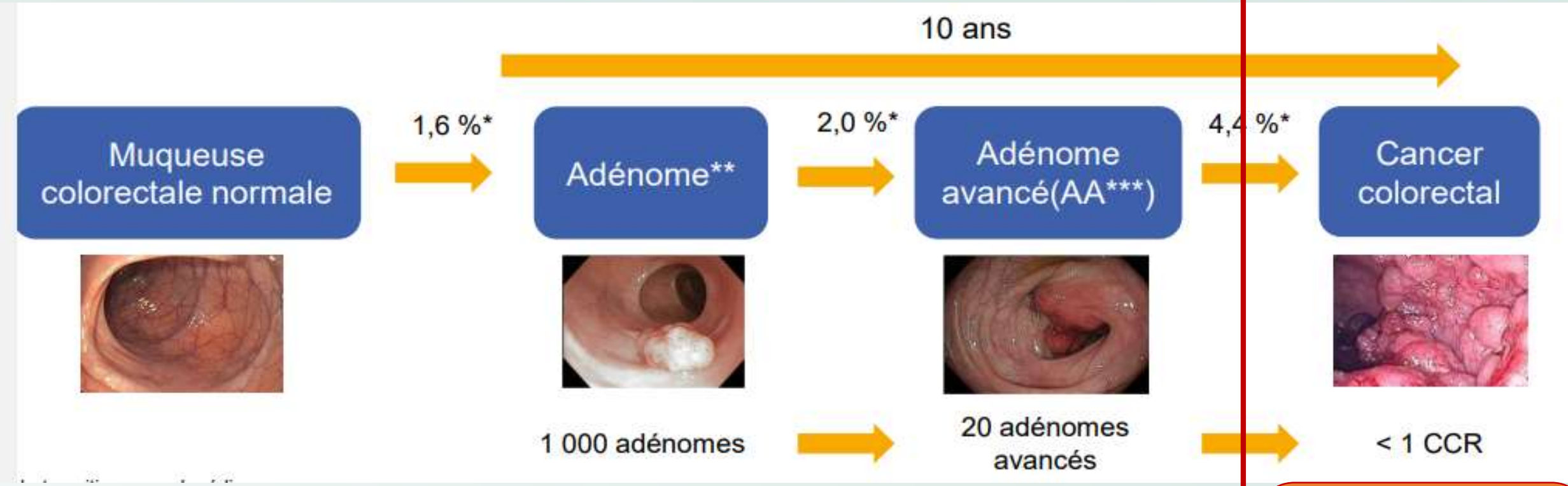
Histoire naturelle des CCR



*Taux de transition annuel médian

Survie Li et al., A systematic review of worldwide natural history models of colorectal cancer: classification, transition rate and a recommendation for developing Chinese population-specific model, 2017

I. POURQUOI DEPISTER ?



DEPISTAGE POSSIBLE

- Diminution incidence
- Diminution mortalité
- Traitements moins lourds et plus efficaces
- Séquelles moindres
- Années de vie préservées

II. COMMENT DEPISTER ?

Beaucoup d’études … Quelques méta-analyses …

Mais très peu de grandes études concernant le dépistage par **coloscopie ou FIT**

Et surtout peu d’études avec suivi > 5 ans

II. COMMENT DEPISTER ?

Colorectal cancer screening with faecal testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a systematic review and network meta-analysis

Henriette C Jodal ,[1,2,3] Lise M Helsingen ,[1,2,3] Joseph C Anderson,[4,5,6] Lyubov Lytvyn,[7] Per Olav Vandvik,[8,9] Louise Emilsson[1,10,11]

- Large Méta-analyse, BMJ 2019
- Evaluation de l'efficacité du dépistage CCR par Test Guaiac / FIT / Rectosigmoidoscopie / Coloscopie dans population saine 50-79 ans
- Un suivi > 5 ans était nécessaire pour l'analyse de l'incidence et mortalité du CCR
- 12 études randomisées

Jodalet al, Colorectal cancer screening with faecal testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a systematic review and network metaanalysis, BMJ 2019

II. COMMENT DEPISTER ?

Colorectal cancer screening with faecal testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a systematic review and network meta-analysis

Henriette C Jodal ,[1,2,3] Lise M Helsingen ,[1,2,3] Joseph C Anderson,[4,5,6] Lyubov Lytvyn,[7] Per Olav Vandvik,[8,9] Louise Emilsson[1,10,11]

Type de dépistage	Incidence CCR	Mortalité CCR	Niveau évidence
Recto-sigmoidoscopie	↘	↘	5 RCT
Hémoccult - Gaiac	↘	=	5 RCT
Coloscopie	⊘	⊘	2 études Pas de suivi > 5 ans
FIT	⊘	⊘	2 études Pas de suivi > 5 ans

Jodalet al, Colorectal cancer screening with faecal testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a systematic review and network metaanalysis, BMJ 2019

II. COMMENT DEPISTER ? DEPISTAGE PAR COLOSCOPIE ?

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 OCTOBER 27, 2022 VOL. 387 NO. 17

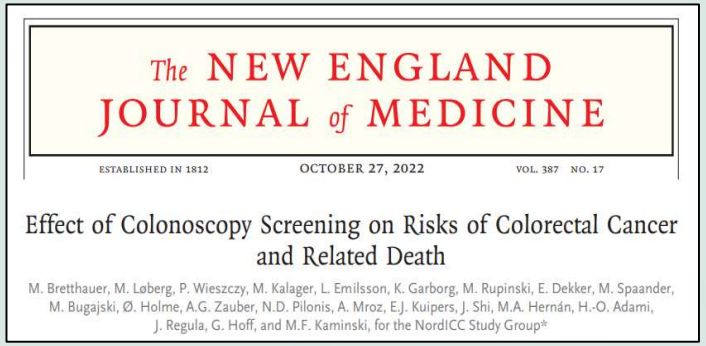
Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death

M. Bretthauer, M. Løberg, P. Wieszczy, M. Kalager, L. Emilsson, K. Garborg, M. Rupinski, E. Dekker, M. Spaander, M. Bugajski, Ø. Holme, A.G. Zauber, N.D. Pilonis, A. Mroz, E.J. Kuipers, J. Shi, M.A. Hernán, H.-O. Adami, J. Regula, G. Hoff, and M.F. Kaminski, for the NordICC Study Group*

- Etude randomisée multicentrique internationale (Pologne, Norvège, Suède et Pays Bas)
- Etude de l'impact du dépistage par invitation à la coloscopie
- 84.585 patients (55-64 ans), suivi 10 ans
- Critère de jugement principal : taux de mortalité par CCR

Bretthauer et al, Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death , N Engl J Med 2022

II. COMMENT DEPISTER ?
DEPISTAGE PAR COLOSCOPIE ?


The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 OCTOBER 27, 2022 VOL. 387 NO. 17

Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death

M. Bretthauer, M. Løberg, P. Wieszczy, M. Kalager, L. Emilsson, K. Garborg, M. Rupinski, E. Dekker, M. Spaander, M. Bugajski, Ø. Holme, A.G. Zauber, N.D. Pilonis, A. Mroz, E.J. Kuipers, J. Shi, M.A. Hernán, H.-O. Adami, J. Regula, G. Hoff, and M.F. Kaminski, for the NordICC Study Group*

Incidence CCR

Réduction de 18% du risque de CCR à 10 ans (RR 0,82)

Mortalité CCR

Pas de différence entre les 2 groupes (RR 0,99)

- Tx de participation 42%
- Pas de pré-sélection : performance de la coloscopie diminuée (TDA 31%)
- Suivi 10 ans : recul trop faible

Bretthauer et al, Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death , N Engl J Med 2022

II. COMMENT DEPISTER ? DEPISTAGE PAR TEST GUAIAC OU FIT ?

Table 3 Comparison of tests sensitivity for advanced neoplasia according to location on the colon

Location[a] and type of the most severe lesion detected	Results of FOBT[b]			RSN[c]
	G^+I^+ ($n = 141$)	G^+I^- ($n = 249$)	G^-I^+ ($n = 887$)	2.63 (2.37–2.92)
Invasive cancer	25	2	16	1.48 (1.16–1.89)
Rectum	11	0	12	2.09 (1.36–3.20)
Distal colon	9	2	3	1.09 (0.74–1.60)
Proximal colon	6	0	1	1.17 (0.86–1.58)
High-risk adenoma	58	21	204	3.32 (2.70–4.07)
Rectum	11	4	40	3.40 (2.12–5.44)
Distal colon	44	11	122	3.02 (2.38–3.82)
Proximal colon	3	6	42	5.00 (2.55–9.82)
Small adenoma	17	40	194	3.70 (2.82–4.87)
Rectum	2	10	44	3.83 (2.08–7.08)
Distal colon	8	18	99	4.12 (2.75–6.15)
Proximal colon	8	13	75	3.95 (2.54–6.14)

[a]Some subjects had several invasive cancers and/or high-risk adenomas and several locations. [b]FOBT = faecal occult blood test; G^+/G^- = positive/negative guaiac FOBT; I^+/I^- = positive/negative immunochemical FOBT. [c]RSN = ratio of sentivities; RSN > 1 = sensitivity of immunochemical FOBT is greater than that of guaiac FOBT.

Guittet et al, Comparison of a guaiac and an immunochemical faecal occult blood test for the detection of colonic lesions according to lesion type and location, British Journal of Cancer 2009

III. RECOMMANDATIONS FRANCAISES DE DEPISTAGE DU CCR

Risque moyen CCR

Population générale :

- 50 à 74 ans
- Pas de symptôme
- Pas d'antécédent familial et/ou personnel

Dépistage organisé :

- FIT
- Tous les 2 ans

Risque élevé CCR

- Antécédents personnel ou familial (1er degré) d'adénomes ou de CCR
- Antécédents personnels de MICI

Dépistage individuel :

- Suivi chez un gastroentérologue
- Coloscopie / Chromo-endoscopie

Risque très élevé CCR

Prédispositions héréditaires :

- PAF
- Syndrome de Lynch

Dépistage individuel :

- Consultation oncogénétique et gastro-entérologue
- Chromo-endoscopie

III. RECOMMANDATIONS FRANCAISES DE DEPISTAGE DU CCR

?

Critères de l'OMS pour la mise en œuvre d'un dépistage

III. RECOMMANDATIONS FRANCAISES DE DEPISTAGE DU CCR

Critères de l'OMS pour la mise en œuvre d'un dépistage ?

	Coloscopie	FIT
Problème de santé publique	✓	✓
Histoire de la maladie connue	✓	✓
Diagnostic de stade précoce : phase de latence ou pré-clinique	✓	✓
Présence de traitements efficaces	✓	✓
Test non invasif simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible	✗	✓
Test acceptable par la population	✗	✓
Balance bénéfices/risques favorable	✗	✓
Stratégie coût-efficacité	?	?

III. RECOMMANDATIONS FRANCAISES

La coloscopie d'emblée est-elle un bon moyen de dépistage ?

263 coloscopies totales

Pour éviter un CCR à 10 ans

→

263 X 734 = 193 042 €

Bretthauer et al, Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death , N Engl J Med 2022

III. RECOMMANDATIONS FRANCAISES

Que coûte le dépistage et la prise en charge du cancer ?

?

Hémoccult 16,25 €	FIT 22,9 €	Coloscopie Normale 733,8 €	Coloscopie Adénome 2827 €
ADK Stade I 17509 €	ADK Stade II 20263 €	ADK Stade III 28852 €	ADK Stade IV 34872 €

Rapport financier INCA 2019

III. RECOMMANDATIONS FRANCAISES

Critères de l'OMS pour la mise en œuvre d'un dépistage ?

	Coloscopie	FIT
Problème de santé publique	✓	✓
Histoire de la maladie connue	✓	✓
Diagnostic de stade précoce : phase de latence ou pré-clinique	✓	✓
Présence de traitements efficaces	✓	✓
Test non invasif simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible	✗	✓
Test acceptable par la population	✗	✓
Balance bénéfices/risques favorable	✗	✓
Stratégie coût-efficacité	✗	✓

CONCLUSION

Que recommander à ses patients à partir de l'âge de 50 ans ?

Dépistage individuel
≠
Dépistage organisé

Risque moyen CCR

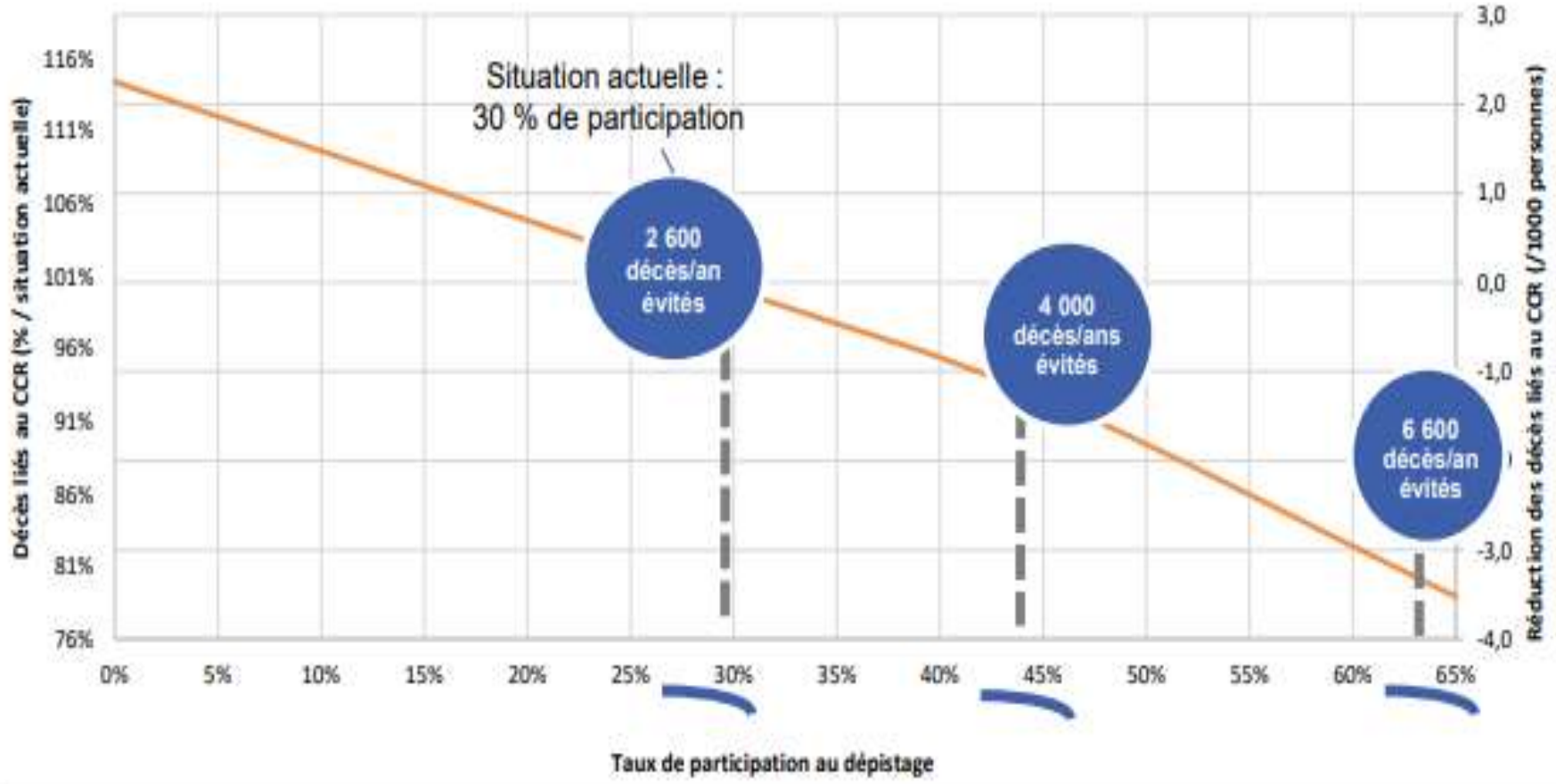
Population générale :

- 50 à 74 ans
- Pas de symptôme
- Pas d'antécédent familial et/ou personnel

Dépistage organisé :

- FIT
- Tous les 2 ans

CONCLUSION



Objectif européen de participation au dépistage :

65%

Source : Évaluation médico-économique du dépistage du cancer colorectal - Rapport technique, INCa, 2019