

Les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal en Lorraine

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau ONCOLOR conformément aux données acquises de la science au **28 octobre 2011**.

1. Généralités

- Les **dépistages organisés** du cancer du sein et du cancer colorectal s'adressent à la **population générale** ne présentant pas de facteur de risque particulier. Les **populations à risque** relèvent de modalités de **surveillance spécifique**.

2. Les structures de dépistage

- Le **dépistage est organisé** sur l'ensemble du territoire français et géré localement à l'échelle du département le plus souvent, par des structures de gestion.
- En Lorraine, **4 structures de gestion** organisent le dépistage des cancers (sein et colorectal).
- Leurs **missions** sont :
 - Sensibilisation et information des professionnels et de la population (communication, campagnes, conférences, actions de proximité...)
 - Constitution et gestion des fichiers de la population concernée et des personnes dépistées
 - Envoi des lettres d'invitation au dépistage et des relances
 - Relations avec les personnes dépistées (invitations, résultats, entretiens téléphoniques)
 - Relations avec les professionnels de santé collaborant aux dépistages organisés
 - Collecte des données pour le pilotage et l'évaluation du programme de dépistage à l'échelle départementale et nationale (Institut national de Veille Sanitaire InVS).
- En outre, elle sont garantes :
 - des aspects réglementaires du programme et notamment, de la confidentialité et d'une assurance qualité optimale
 - du suivi et de la validité du processus de dépistage
 - d'une gestion optimale des moyens financiers octroyés par l'État et l'Assurance Maladie.

2.1. Meurthe-et-Moselle

- Association pour le dépistage des cancers en Meurthe-et-Moselle

ADECA 54

La Résidence

2 rue du Doyen Jacques Parisot

54519 Vandoeuvre-les-Nancy

Tél : 03 83 44 87 08

Fax : 03 83 44 87 95

Mail : adeca54@adeca54.org

Site web <http://www.adeca54.org>

- L'ADECA 54 diffuse l'**infodépistage**, une brochure destinée principalement aux professionnels de santé du département et aux partenaires institutionnels. Ce document est disponible sur le site web de l'ADECA 54.

2.2. Meuse

- Association meusienne pour la prévention médicale

AMPM

31 rue du Four

55000 Bar le Duc

Tel : 03 29 46 46 00
Fax : 03 29 46 46 54
Mail : ampm55@wanadoo.fr

- L'AMPM diffuse 1 à 2 fois par an la "Lettre du Dépistage" à tous les médecins généralistes, gynécologues, radiologues, gastroentérologues et autres professionnels de santé pour les informer régulièrement du déroulement des campagnes et des nouveautés.

2.3. Moselle

- Association mosellane pour le dépistage des maladies cancéreuses

AMODEMACES

16 rue Graham Bell

57070 METZ

N° vert : 0800 400 407

Fax : 03 87 76 11 70

Mail : amodemaces@amodemaces.fr

Site web : <http://www.amodemaces.fr>

- La [lettre de l'AMODEMACES](#) semestrielle est diffusée aux professionnels de santé et partenaires institutionnels. Ce document est à télécharger sur le site de l'Amodemaces.

Il existe dans les départements 54-55-57 un **site d'éligibilité**. Ce site (lordepistage.org) permet aux médecins, au moyen d'un mot de passe délivré par les structures de gestion, de se connecter sur la base et de vérifier l'éligibilité de leur patient en direct et d'éditer une prise en charge.

Pour le département 55, les médecins traitants peuvent remplir en ligne les fiches d'inclusion/exclusion pour le dépistage du cancer colorectal.

2.4. Vosges

- Association vosgienne pour le dépistage des cancers

AVODECA

12 rue Entre les Deux Portes

88000 Epinal

Tel : 03 29 68 28 39

Fax : 03 29 68 28 34

Mail : maire.avodeca@magic.fr

Dépistage du cancer du sein

2.5. Généralités

- Le cancer du sein est le **cancer féminin le plus fréquent**, le nombre de nouveaux cas étant estimé à plus de 50 000 en 2010. Il reste la **première cause de décès par cancer chez la femme en France** avec plus de 11 000 décès par an.

2.6. Facteurs de risque

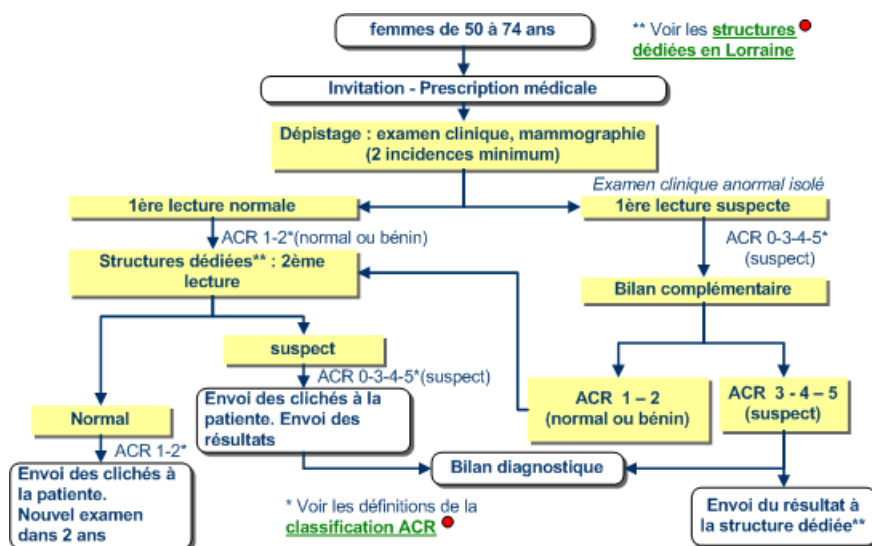
- Les **deux principaux facteurs de risque sont le sexe féminin et l'âge**. On estime ainsi qu'une femme sur 8 sera susceptible au cours de sa vie d'être atteinte d'un cancer du sein.
- L'existence d'antécédents familiaux augmente le risque.
- D'autres facteurs peuvent influencer modérément le risque d'apparition du cancer du sein : l'absence de grossesse, l'âge tardif de la femme au 1er enfant, une ménopause tardive, une alimentation riche en graisses et un excès de boissons alcoolisées.
- La démarche du dépistage du cancer du sein se décline selon le facteur de risque principal, l'**âge** :

[utiliseArbre::Arbre:SeinDepistage](#)

* La mammographie comporte au moins 2 incidences par sein (face et oblique externe) et des clichés complémentaires si nécessaire. la comparaison avec les clichés antérieurs fait partie de l'examen.

2.7. Organisation du dépistage

- Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé à toute la France en 2004.
- Il est coordonné au niveau local par une **structure de gestion** couvrant un ou plusieurs départements.
- Les structures de gestion sont chargées de l'envoi des invitations, de l'information des femmes et des médecins, de la double lecture des mammographies et de l'évaluation du programme de dépistage.
- L'**examen de dépistage** comprend un **examen clinique des seins et une mammographie** avec au moins deux incidences par sein, face et oblique externe. La mammographie est réalisée avec un appareil analogique ou numérique.
- Si le radiologue détecte une image radiologique ou si l'examen clinique est anormal, il réalise d'emblée un bilan complémentaire pour préciser l'anomalie.
- En cas d'interprétation normale ou avec anomalies bénignes, la mammographie est relue dans un deuxième temps à la structure de gestion par un autre radiologue.
- Les modalités du dépistage organisé sont schématisées dans l'arbre suivant :



2.7.1. Classification des anomalies mammographiques adaptées du référentiel Birads de l'ACR (American College of Radiology)

- Investigations complémentaires nécessaires (Birads-ACR 0)
- Mammographie normale (Birads-ACR 1)
- Anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire (Birads-ACR 2)
- Anomalie probablement bénigne justifiant une surveillance à court terme (Birads-ACR 3)
- Anomalie indéterminée ou suspecte nécessitant une vérification histologique (Birads-ACR 4)
- Anomalie évocatrice d'un cancer (Birads-ACR 5)

- [Accès à la classification détaillée.](#)

2.7.2. Conduite à tenir devant des anomalies de stades ACR 3, ACR 4 ou ACR 5 (Recommandations ANAES 1998)

2.7.3. 1. Il s'agit d'une anomalie probablement bénigne => ACR 3

- Une surveillance clinique et radiologique est recommandée, sous réserve qu'il n'existe pas de facteur de risque particulier et que la surveillance soit possible. Il est souhaitable que la décision de surveiller soit prise de façon collégiale en associant le médecin traitant et en bénéficiant de l'avis d'un radiologue expert en sénologie. Les modalités de la surveillance et le rythme sont précisés sur le compte rendu en clair du radiologue.
- En présence de facteurs de risque élevé de cancer du sein ou si les conditions ne sont pas réunies pour permettre une surveillance, les anomalies doivent être explorées selon les recommandations du paragraphe suivant.

2.7.4. 2. Il y a une anomalie indéterminée ou suspecte => ACR 4

- Ces images devraient faire l'objet d'un prélèvement cytologique ou histologique.

L'exérèse chirurgicale peut être préférée aux prélèvements non chirurgicaux si les prélèvements percutanés sont techniquement impossibles ou si le contexte de risque est particulier.

- La conduite à tenir devrait être discutée de façon collégiale avec le médecin traitant et en bénéficiant de l'avis d'un radiologue expert en sénologie. La prise en charge de ces anomalies doit être confiée à des structures multidisciplinaires publiques ou privées disposant des compétences et des moyens nécessaires à la prise en charge des lésions mammaires.

2.7.5. 3. Il y a une image évocatrice d'un cancer => ACR 5

- Il est recommandé de réaliser systématiquement une biopsie ou une exérèse. Les techniques interventionnelles non chirurgicales peuvent être utilisées à titre stratégique afin de préciser les modalités thérapeutiques. La prise en charge de ces anomalies devrait être confiée à des structures multidisciplinaires publiques ou privées disposant des compétences et des moyens nécessaires à la prise en charge des cancers du sein.

2.7.6. Classification de la densité mammaire en mammographie

- Type 1 : seins clairs (quasi-totalement grassex)
- Type 2 : il persiste quelques reliquats fibro-glandulaires
- Type 3 : seins denses de répartition hétérogène (il persiste de la graisse, focalement le sein est dense)
- Type 4 : seins extrêmement denses de façon homogène, l'analyse mammographique est gênée par la densité (absence complète de graisse rétro-glandulaire).

2.7.7. Récapitulatif des inclusions et exclusions au dépistage organisé

- **Critères d'inclusion au dépistage organisé tous les 2 ans** : femmes âgées de 50 à 74 ans y compris les antécédents de traumatisme, le port de prothèse, les antécédents de chirurgie (plastie, lésion bénigne) et les seins denses.
- **Critères d'exclusion (surveillance individuelle)**
 - Surveillance d'une image anormale
 - Antécédents de néoplasie lobulaire *in situ* ou d'hyperplasie canalaire atypique
 - Antécédents personnels de cancer du sein
 - 3 antécédents familiaux de cancer du sein au premier et deuxième degré dans la même branche ^[1]
 - 2 antécédents familiaux dont l'un au moins avant 40 ans, ou cancer bilatéral, ou cancer du sein et cancer de l'ovaire, ou plusieurs cancers de l'ovaire^[1]
 - Antécédents familiaux de cancer du sein chez l'homme^[1]

1. ↑ ^{1,0}, ^{1,1} et ^{1,2} Ces antécédents familiaux doivent faire proposer à la personne concernée une consultation d'oncogénétique.

2.8. Surveillance des personnes à risque

- Plusieurs situations sont envisagées :

2.8.1. Patientes à risque familial

- La surveillance mammaire des patientes à risque familial est décrite dans le [référentiel Sein](#), chapitre "surveillance spécifique".

2.8.1.1. Patientes avec mutation en particulier BRCA1 ou BRCA2

- L'[INCa](#) recommande pour les femmes porteuses d'une mutation BRCA1 ou BRCA2, un suivi clinique biannuel à partir de 20 ans et une surveillance radiologique annuelle à partir de 30 ans, "avec réalisation sur une période n'excédant pas 2 mois, d'une mammographie, d'une échographie en cas de seins denses et d'un examen par IRM. Idéalement, l'examen IRM doit être réalisé en premier, ce qui permet d'orienter le bilan standard en cas d'anomalie détectée.
- Dans l'état des connaissances actuelles, il n'y a pas de limitation dans le temps de ce suivi clinique. Il en est de même pour le dépistage par imagerie à l'exception des femmes ayant eu une mastectomie bilatérale, prophylactique ou non.
- Il est important que la prise en charge soit organisée, coordonnée et conduite par un médecin référent travaillant dans une équipe pluridisciplinaire prenant en charge les formes héréditaires de cancer et que le suivi soit fait par les mêmes équipes au cours du temps."

2.8.1.2. Patientes sans mutation retrouvée aux tests génétiques ou chez un cas index

- avec évaluation du risque en consultation oncogénétique (calcul de probabilité d'être cas génétique)
- Les indications dépendent du niveau de risque et sont détaillées dans la partie [Oncogénétique du référentiel](#)

Sein :

- Patientes à risque <10 % : surveillance habituelle
- Patientes à risque compris entre 10 % et 20 % : proposition de surveillance IRM annuelle après décision en RCP associant les radiologues et après information de la patiente
- Patientes à risque >20 % : proposition de surveillance IRM après information éclairée de la patiente.

2.8.1.3. Patientes non testées

- avec évaluation du risque en consultation oncogénétique : calcul de probabilité d'être porteuse d'une mutation.

2.8.2. Patientes à risque personnel histologique

2.8.2.1. Définition

- Femmes pour lesquelles une biopsie a montré l'existence d'une néoplasie lobulaire *in situ* ou d'une hyperplasie canalaire atypique.

2.8.2.2. Méthode du dépistage

- Mammographie bilatérale annuelle (à partir de la date de la biopsie) avec 2 incidences par sein minimum (face et oblique) complétée éventuellement par une échographie.

2.9. Classification BI-RADS de l'ACR des images mammographiques infracliniques (J.O. du 21 décembre 2006 n°295 p 32018 annexe 2)

- La classification BI-RADS des images mammographiques est **basée sur l'estimation de la VPP (Valeur Prédictive Positive)** des images détectées. La quatrième édition du BI-RADS mammographie de l'ACR a été publiée en 2003, accompagnée d'un BI-RADS échographie et IRM.
- La traduction française a été publiée sous l'égide de la Société française de radiologie en 2004 (deuxième édition française pour la mammographie). La classification BI-RADS/ACR mammographie (deuxième édition française) : cette dernière présentation de la classification est plus explicite que la précédente dans sa terminologie mais ne modifie ni ses objectifs ni les modalités de son utilisation.
 - **Mammographie en attente d'un bilan de diagnostic (classée ACR 0).**
 - **Mammographie normale (classée ACR 1).**
 - **Sont considérées comme bénignes (classées ACR 2, VPP de cancer = 0 %) :**
 - masses rondes avec calcifications grossières (adénofibrome ou kyste)
 - ganglion intra-mammaire
 - masse(s) ronde(s) correspondant à un/des kystes typique(s) en échographie
 - masse(s) de densité mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux)
 - cicatrice(s) connue(s)
 - calcifications cutanées, vasculaires
 - grandes calcifications en bâtonnets, à centre clair, pariétales, à type de lait calcique, dystrophiques, fils de suture calcifiés
 - calcifications rondes régulières diffuses.
 - **Sont considérées comme probablement bénignes (classées ACR 3, VPP de cancer < 2 %) :**
 - calcifications rondes ou amorphes, peu nombreuses, en petits amas ronds isolés
 - petit(s) amas rond(s) ou ovale(s) de calcifications polymorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome
 - masse(s) bien circonscrite(s), ronde(s), ovale(s) ou discrètement polycyclique(s) sans microlobulation, non calcifiée(s), non liquidienne(s) en échographie
 - asymétrie focale de densité à limites concaves et/ou mélangée à de la graisse.
 - **Sont considérées comme suspectes (classées ACR 4, VPP > 2 % et < 95 %) :**
 - calcifications rondes nombreuses et/ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales
 - calcifications amorphes ou poussiéreuses, groupées et nombreuses
 - calcifications grossières hétérogènes ou fines calcifications polymorphes peu nombreuses
 - distorsion(s) architecturale(s) en dehors d'une cicatrice connue et stable
 - masse(s) non liquidienne(s) ronde(s) ou ovale(s) aux contours microlobulés, ou masqués par du tissu fibroglandulaire normal, ou ayant augmenté de volume
 - asymétrie(s) focale(s) de densité à limites convexes ou évolutive (s).

- **Sont considérées comme malignes (classées ACR 5, VPP > 95 %) :**
 - calcifications fines linéaires, ou fines linéaires ramifiées
 - calcifications grossières hétérogènes ou fines calcifications polymorphes nombreuses et groupées en amas
 - calcifications groupées quelle que soit leur morphologie, dont la distribution est linéaire ou segmentaire (topographie intragalactophorique)
 - calcifications associées à une distorsion architecturale ou à une masse
 - calcifications groupées ayant augmenté en nombre ou calcifications dont la morphologie et la distribution sont devenues plus suspectes
 - masse de contour flou ou irrégulier
 - masse de contour spiculé.
- **A noter :** la dernière édition du BI-RADS introduit une septième classe, BI-RADS/ACR 6 pour les images dont l'histologie maligne est déjà connue par prélèvement percutané, qui ne concerne donc pas les mammographies de dépistage. Elle propose également une subdivision facultative de la classe 4, qui recouvre un large éventail de VPP, en trois sous-catégories a, b et c, dont l'utilisation ne modifie pas la conduite à tenir.
- Ces modifications sont donc sans objet pour le programme français et ne modifient ni le classement des images ni l'utilisation de la fiche d'interprétation selon le modèle national.

3. Dépistage du cancer colorectal

3.1. Généralités

- Le cancer colorectal représente par sa fréquence et sa gravité un **problème de santé publique**. Son **incidence** est en **constante augmentation** avec plus de 40 000 nouveaux cas par an dont 65 % sont localisés au côlon.
- Le cancer colorectal est la **deuxième cause de décès par cancer** en France.

3.2. Facteurs de risques

- Plusieurs facteurs de risque pour ce cancer ont été identifiés, **les plus fréquents** sont :
 - l'âge (au-delà de 50 ans),
 - les polypes coliques (adénomes),
 - les antécédents personnels et familiaux de cancer colorectal ou de polypes,
 - les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin...
- Ces facteurs de risque ont permis d'identifier plusieurs **groupes à risque de cancer colorectal** :
 - **Risque moyen** : hommes et femmes de plus de 50 ans sans facteur de prédisposition connu.
 - **Risque élevé** :
 - antécédent familial de cancer colorectal ou d'adénome.
 - antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome.
 - maladies inflammatoires de l'intestin : rectocolite hémorragique et maladie de Crohn.
 - acromégalie.
 - **Risque très élevé** :
 - Polypose adénomateuse familiale.
 - Syndrome de Lynch : il existe une association française dédiée aux formes familiales des cancers colorectaux : HNPCC France (**H**ereditary **N**on **P**olyposis **C**olorectal **C**ancer ou **syndrome de Lynch**) <http://hnpcc-lynch.com>. Elle **s'adresse principalement aux patients et à leur famille** et propose aussi des actualités scientifiques et des recommandations destinées aux **professionnels de santé**.

3.3. Dépistage

- Le cancer colorectal est un cancer qui se prête particulièrement au dépistage car :
 - il est fréquent et grave,
 - il existe une lésion précancéreuse identifiable (les polypes adénomateux),
 - son pronostic est considérablement amélioré s'il est diagnostiqué précocément
 - il existe un test de dépistage, le **test Hemocult II®** : simple, non invasif, non douloureux, qui a prouvé son efficacité et qui permet une avance au diagnostic.

- Le dépistage des cancers colorectaux s'adresse à toutes les personnes (hommes et femmes) de **50 à 74 ans**. Son objectif est de diminuer la mortalité liée à ce cancer par un diagnostic précoce mais aussi de diminuer son incidence par le diagnostic et le traitement des lésions pré-cancéreuses.
- Le dépistage du cancer colorectal est **généralisé en France depuis la fin de l'année 2008**.
- Son organisation est confiée aux **structures de gestion** qui gèrent en particulier l'envoi des invitations, organisent la lecture des tests et l'évaluation du dépistage.
- La mise en oeuvre de ce dépistage est réalisée par les **médecins généralistes** qui déterminent si le test est approprié et le remettent au patient ou orientent celui-ci vers une consultation spécialisée.

3.4. Le test Hemoccult II®

- Le **test Hemoccult II®** est un test de **recherche de sang occulte dans les selles**. Il doit être réalisé **tous les 2 ans**.

3.4.1. Réalisation du test

- En pratique, le test consiste à **réaliser sur 3 jours, 2 prélèvements de selles** de la taille d'un grain de riz à **déposer sur une plaquette**. Cette plaquette est ensuite **envoyée au centre de lecture agréé** (grâce à l'enveloppe préaffranchie fournie avec le test). Les résultats sont transmis à la personne, au médecin généraliste et à la structure de gestion dans la semaine.

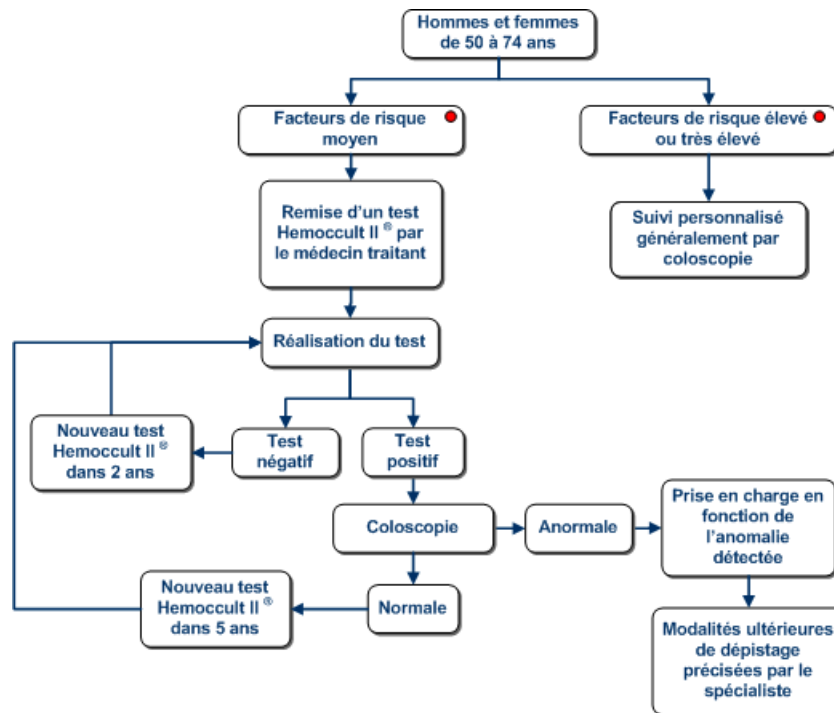
3.4.2. Résultats du test

- Le résultat est **positif** ou **négatif** :
 - Un **test négatif signifie qu'aucun saignement n'a été détecté**. Le renouvellement du test se fera **tous les 2 ans**.
Dans l'intervalle, si des troubles digestifs (modification du transit intestinal, saignement, douleur...) apparaissent, il est nécessaire de consulter son médecin traitant. Il peut arriver que certains polypes ou cancers ne soient pas identifiés par le test car ils ne saignent pas au moment des prélèvements.
 - Un **test positif signifie que du sang a été détecté dans les selles (2 à 3 % des tests lus)**.
Le médecin traitant adressera le patient à un gastroentérologue pour réaliser une coloscopie (seul examen validé pour explorer un test positif).

3.4.3. Performances du test

- Dans les études actuellement disponibles, la **réduction de mortalité liée au cancer colorectal se situe entre 15 et 33 %**, grâce à la réalisation d'un test Hemoccult II® tous les 2 ans pendant au moins 10 ans.
- A la suite **d'un résultat de test Hemoccult positif exploré par coloscopie** :
 - un **cancer** sera détecté dans environ 10 % des cas souvent au stade de début
 - des **polypes** (dont la résection pourra être réalisée le plus souvent pendant la coloscopie) seront dépistés dans 30 à 40 % des cas.

3.5. Les étapes du dépistage du cancer colorectal



4. Bibliographie

- Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers
- www.has-sante.fr : rubrique études d'évaluation des programmes et politiques de santé publique :
 - Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France - 2008
 - Place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein - 2006
 - Opportunité d'étendre le programme national de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans – 2004
- www.invs.sante.fr : rubrique Cancers
- www.e-cancer.fr : rubrique Dépistage