

Place de la coloscopie dans le dépistage du cancer colorectal

Philippe Godeberge

Clinique du Trocadéro

Institut Mutualiste Montsouris

Université Paris V

Séminaire Agela 2016 – Alger Octobre 2016



Plan

- Dépistage organisé et coloscopie
- Coloscopie et dépistage individuel
 - Dans des populations ciblées
 - En population générale
- Polypectomie et dépistage
 - TDA
 - Localisation des lésions détectées
 - Critères de qualité de la polypectomie
- Critères de qualité de la coloscopie pour un dépistage optimal

Dépistage organisé et coloscopie

- Dépistage de masse
- Non dépistage vs dépistage de masse:
 - Asymptomatique; sans ATCD (perso.;famil.);
 - < 50 ans vs > 50 ans
 - Autres -> ne relève pas du dépistage organisé
- En deux temps : sélection , exploration
- En un temps : coloscopie sous sédation
 - Une fois à 55 ans
 - Tous les 10 ans à partir de 50 ans

Dépistage organisé et coloscopie

- Dépistage de masse
- Non dépistage vs dépistage de masse:
 - Asymptomatique; sans ATCD (perso.;famil.);
 - < 50 ans vs > 50 ans
 - Autres -> ne relève pas du dépistage organisé
- En deux temps : sélection, exploration
- En un temps : coloscopie sous sédation
 - Une fois à 55 ans
 - Tous les 10 ans à partir de 50 ans

Dépistage organisé et coloscopie

- Dépistage de masse
- Non dépistage vs dépistage de masse:
 - Asymptomatique; sans ATCD (perso.;famil.);
 - < 50 ans vs > 50 ans
 - Autres -> ne relève pas du dépistage organisé
- En deux temps : sélection , exploration
- En un temps : coloscopie sous sédation
 - Une fois à 55 ans
 - Tous les 10 ans à partir de 50 ans

Sélection avant une coloscopie dans le cadre d'un dépistage organisé

- Recherche de SOS (taux participation)

➤ Rationnel pour l'utilisation du test Hémocult™

Etude contrôlée

Mortalité

Mandel (*NEJM 1993;328:1365-71*)

Minnesota (1993)

-33% à 13 ans
Test réhydraté-annuel

Krönborg (*Lancet 1996;348:1437-74*)

Funen (1996)

-18% à 10 ans

Hardcastle (*Lancet 1996;348:1472-77*)

Nottingham (1996)

-15% à 8 ans

Faivre (*Gy 2004;126:1674-80*)

Bourgogne (2004)

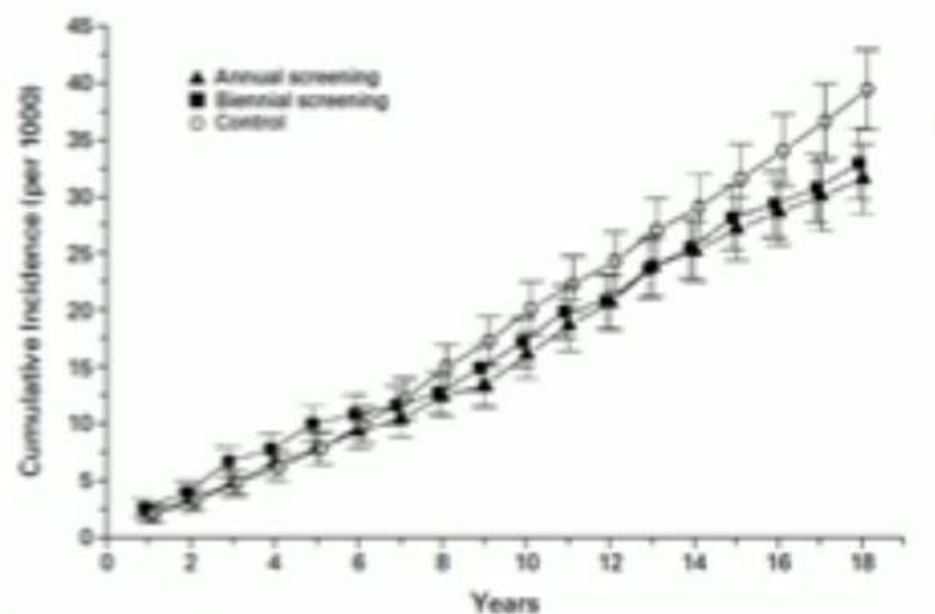
-16% à 11 ans

Lindholm (*Br J Surgery 2008;95:1029-36*)

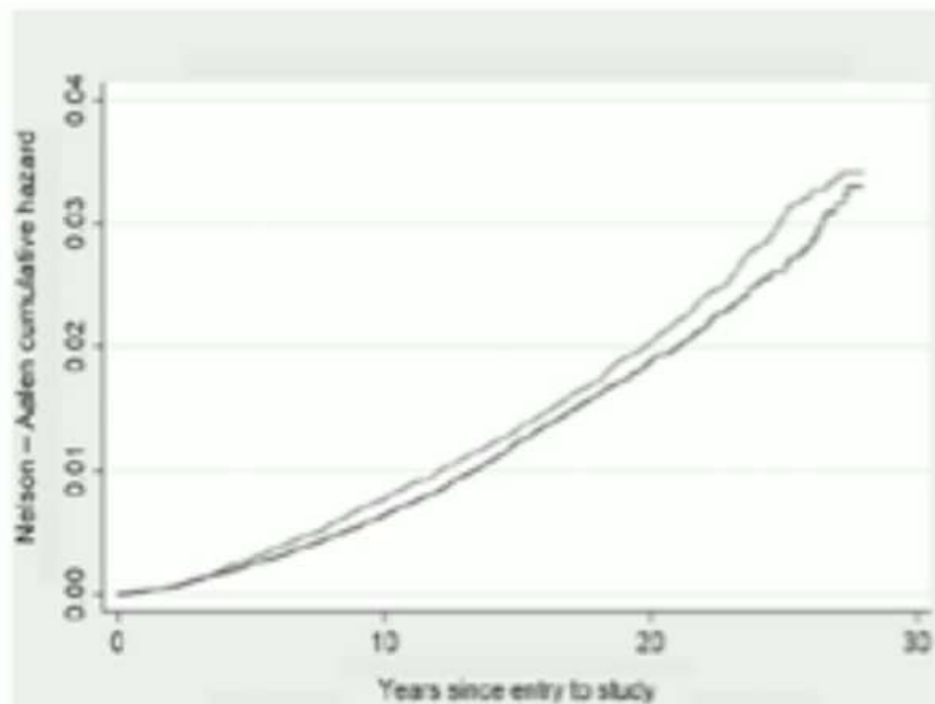
Göteborg (2008)

-16% à 9 ans

➤ Résultats à **20 ans** du test Hémoccult™ : Incidence



MINNESOTA (1)
-17 à 20% à 18 ans



NOTTINGHAM
NS à 19 ans

	MINNESOTA	NOTTINGHAM
Mortalité	-33% à 13 ans -22 à -32% à 30 ans	-13% à 11 ans
Incidence	-17 à 20% à 18 ans	NS à 19 ans
Méthodologie	Annuel/Biannuel Test réhydraté	Biannuel Test NON héhydraté
Participation	75 à 78%	57%
Taux positivité test	9.8%	2.1%
Taux de coloscopie (population invitée)	22%	5%

Sélection avant une coloscopie

- Recherche de SOS (taux participation)
 - >oui mais avec % colo élevé
- Calcul de score

Scores prédictifs en population

Tableau 1 Critères retenus pour définir le risque *individuel* de néoplasie colorectale.

Facteurs et scores	Score Lin et al. [11]	Score Driver et al. [12]	Score Ma et al. [13]	Score Yeoh et al. [14]	Score Tao et al. [15]	Score Kaminsky et al. [16]	Score Cai et al. [17]	Score Wong et al. [18]
Risque	AA et CCR	CCR	CCR	AA et CCR	AA et CCR	AA et CCR	AA et CCR	AA et CCR
Âge	+	+	+	+	+	+	+	+
ATCD familial	+	Non	Non	+	+	+	Non	+
Sexe	+	Non	Non	+	+	+	+	+
Tabac	Non	+	+	+	+	+	+	+
IMC	Non	+	+	+	+	+	Non	+
Diabète	Non	Non	Non	Non	+	Non	+	+
Alcool	Non	+	+	Non	+	Non	Non	Non
Diététique	Non	Non	Non	Non	+	Non	+	+
ATCD polype coloscopie	Non	Non	Non	Non	+	Non	Non	Non

CCR : cancer colorectal ; AA : adénome avancé.

Scores prédictifs en population

Tableau 1 Critères retenus pour définir le risque *individuel* de néoplasie colorectale.

Facteurs et scores	Score Lin et al. [11]	Score Driver et al. [12]	Score Ma et al. [13]	Score Yeoh et al. [14]	Score Tao et al. [15]	Score Kaminsky et al. [16]	Score Cai et al. [17]	Score Wong et al. [18]
Risque	AA et CCR	CCR	CCR	AA et CCR	AA et CCR	AA et CCR	AA et CCR	AA et CCR
Âge	+	+	+	+	+	+	+	+
ATCD familial	+	Non	Non	+	+	+	Non	+
Sexe	+	Non	Non	+	+	+	+	+
Tabac	Non	+	+	+	+	+	+	+
IMC	Non	+	+	+	+	+	Non	+
Diabète	Non	Non	Non	Non	+	Non	+	+
Alcool	Non	+	+	Non	+	Non	Non	Non
Diététique	Non	Non	Non	Non	+	Non	+	+
ATCD polype coloscopie	Non	Non	Non	Non	+	Non	Non	Non

CCR : cancer colorectal ; AA : adénome avancé.

Score	0	1	2	3	Score
Âge	40–49 ans	50–54 ans	55–59 ans	> 60 ans	//
ATCD familial	Aucun	CCR 1 ^{er} degré et ≥ 60 ans	CCR 1 ^{er} degré et < 60 ans	2 CCR au 1 ^{er} degré	//
Sexe	Femme	–	Homme	–	//
Tabagisme	< 11 paquets-année	≥ 11 paquets-année	–	–	//
IMC	< 30	≥ 30	–	–	//
				Total =	//

Score total

**Risque d'adénome avancé
et/ou CCR**

Score 0 à 2

< 5 %

Score 3–4

5 à 10 %

Score ≥ 5

10 à 20 %



Score	0	1	2	3	Score
Âge	40–49 ans	50–54 ans	55–59 ans	> 60 ans	//
ATCD familial	Aucun	CCR 1 ^{er} degré et ≥ 60 ans	CCR 1 ^{er} degré et < 60 ans	2 CCR au 1 ^{er} degré	//
Sexe	Femme	–	Homme	–	//
Tabagisme	< 11 paquets-année	≥ 11 paquets-année	–	–	//
IMC	< 30	≥ 30	–	–	//
				Total =	//



Score total	Risque d'adénome avancé et/ou CCR
Score 0 à 2	< 5 %
Score 3–4	5 à 10 %
Score ≥ 5	10 à 20 %

Sélection avant une coloscopie (dépistage organisé)

- Recherche de SOS
- Calcul de score
- rectosigmoidoscopie

➤ Etudes sur la Rectosigmoïdoscopie (RSS)

	Atkins (1) UK (2010)	Segnan (2) Italie (2011) SCORE	Hoff (3) Holme (5) Norvège (2009 2013) NORCCAP	Schoen (4) USA (2012) PLCO trial
Méthode	1994-1999 RSS 11 ans	1995-1999 RSS 10,5 ans	1999-2000 RSS 11 ans	1993-2001 2 RSS 12 ans
Population randomisée	57.230 (55-64 ans)	17.140 (55-64 ans)	13.820 (55-64 ans)	77.450 (55-74ans)
Participation	71%	58%	65%	83,5%
Tx Coloscopie	5%	8,4%	13%	22%
Incidence	-23%	-18%	-17%	-21%
Mortalité	-31%	NS	-29%	-26%

1) Atkins Lancet 2010, 2) Segnan J Natl Cancer Inst 2011, 3) Hoff BMJ 2009, 4) Schoen NEJM 2012,
2) 5) Holme United European Gastroenterology Journal 1(S1) A69

Dépistage organisé et coloscopie, avec examen de sélection

- L'impact sur la mortalité et l'incidence du CCR est directement lié au taux de participation
- Quel que soit le mode d'arrivée à la coloscopie c'est le % de coloscopie dans la population cible qui est associé aux réductions les plus significatives de mortalité/incidence
- peut-on envisager une coloscopie première ?
 - Aucune étude
 - Mais.....

Réduction du risque de CCR après **coloscopie normale**

		RR	Délai
Nashihira	2013 <i>NEJM 2013 ;369(12):1095-05</i>	0.44 Colon Dt : 0.73 Colon G : 0.24	22 ans
Brenner	2010 <i>Gy 2010;138:870-876</i>	0.00	12 ans 16 ans
Singh	2006 <i>JAMA 2006:295:2366-73</i>	0.28	10 ans
Brenner	2006 <i>Gut 2006;55:1145-50</i>	0.26 Colon Dt : 0.40	> 20 ans



Réduction du risque de 75% à 10/15ans

Coloscopie première ?

- Adhésion > 30 %
- Efficacité en cours d'évaluation (premier résultats 2021)
- Résultat de l'approche pragmatique des USA

Dépistage individuel

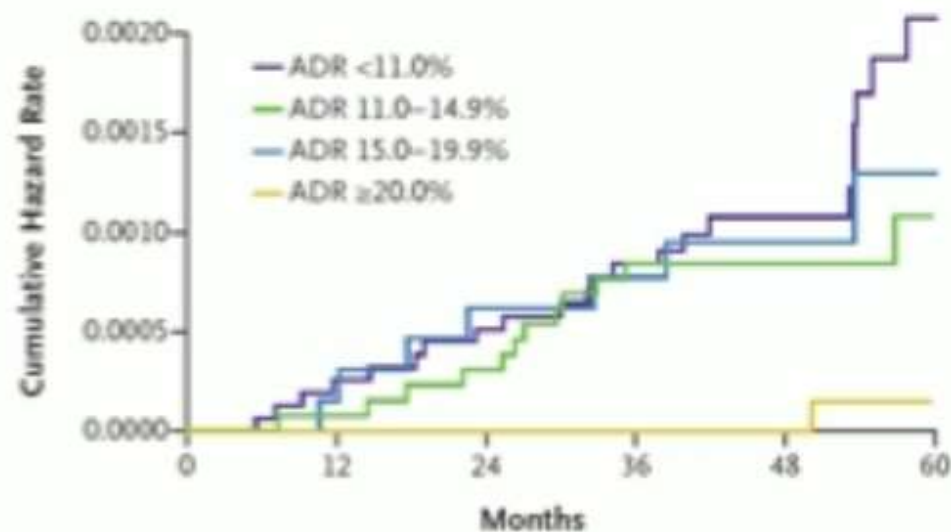
- En cas de patient à risque élevé ou très élevé
 - En cas d'atcd personnel
 - En cas d'antécédent direct < 60ans
- Demande individuelle
 - Déplacement/inquiétude
 - couverture sociale/impossibilité de suivre
- Exploration morphologique (test direct)
 - Coloscanner
 - coloscopie

Critères de qualité

Pour l'endoscopie et pour l'endoscopiste

- Le taux de détection des adénomes

- Risque de cancer d'intervalle après coloscopie corrélé au rendement de l'endoscopiste (Taux de détection des adénomes) (*Kaminski M NEJM 2010*)



risque cumulé de cancer de l'intervalle selon le taux de détection des adénomes de l'endoscopiste

➤ Impact de la polypectomie

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

SEPTEMBER 26, 2013

Long-Term Colorectal-Cancer Incidence and Mortality
after Lower Endoscopy

Suivi pendant **22 ans** d'une cohorte de **88.900**
infirmières et professionnels de santé
après endoscopie basse entre 1988 et 2008

RR	Global	Proximal	Distal
Incidence	0.57	0.83	0.40
Mortalité (*)	0.32	0.47	0.18
(*) : Coloscopie de dépistage incluant l'exérèse de polypes			

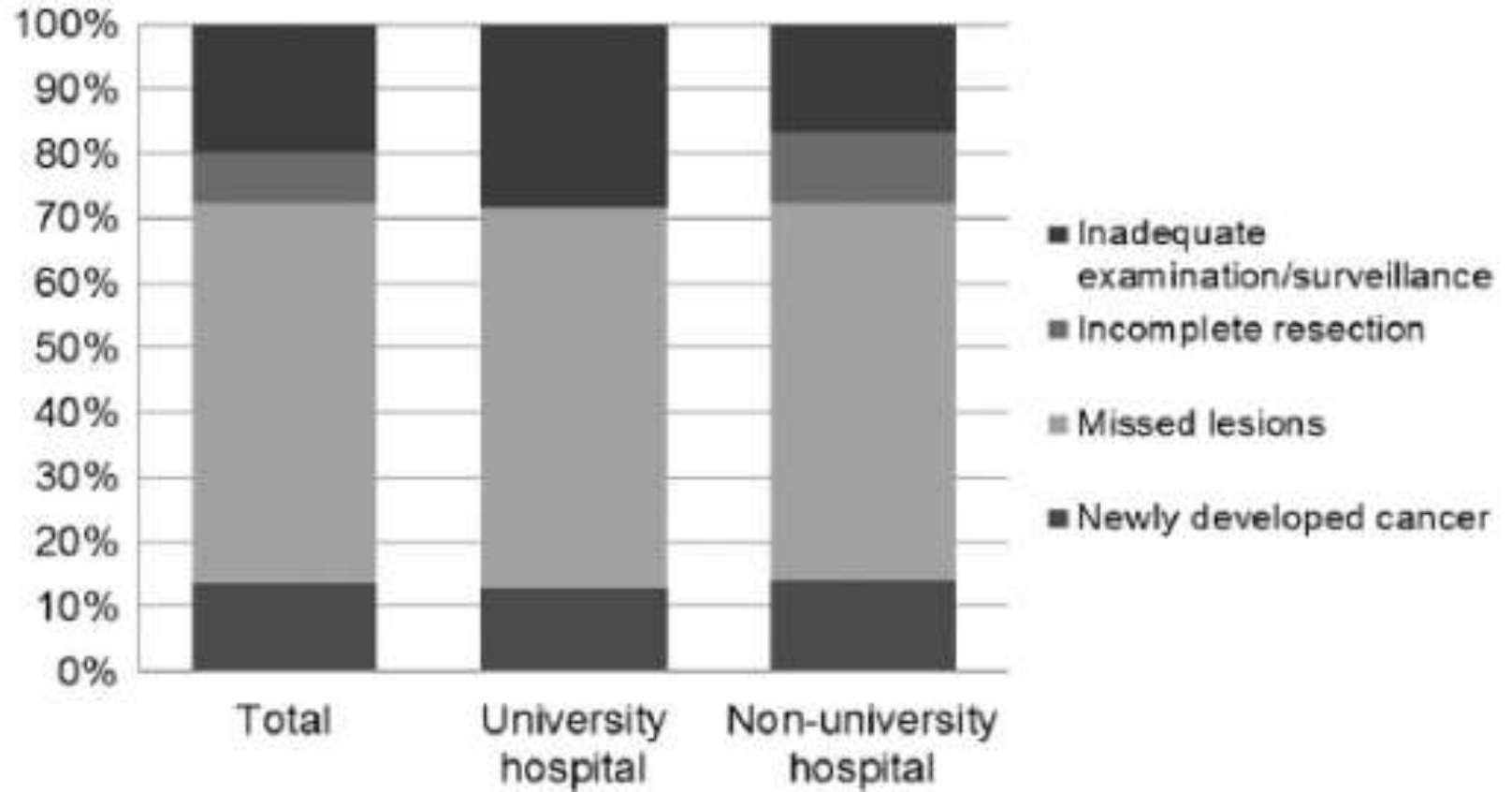
➤ Comparaison France / Allemagne

Cible : 17M	France (1)	Allemagne (2)
Période	2 ans	6 / 10 ans
Participation	33%	16%
Nb coloscopies / cible	114.000 0.67%	2.800.000 16%
Nb CCR / dépistés	8458 0.17%	26.000 X 5 0.92%
CCR stades I+II	64%	70%
Nb PA / dépistés	23.700 0.44%	580.000 X 47 20.7%

(1) INVs Résultats 2009-2010

(2) Pox Gastroenterology 2012;142:1460-67

% de ccr d'intervalle - causes



Optimiser le dépistage

- Préparation dépendant (côlon droit)
 - Qualité de la préparation (split)
 - CS préalable
 - Respect des procédures
 - Boston < 6 (segment <2) → refaire
- Se méfier du patient
 - ATCd de polypectomie
 - comorbidité

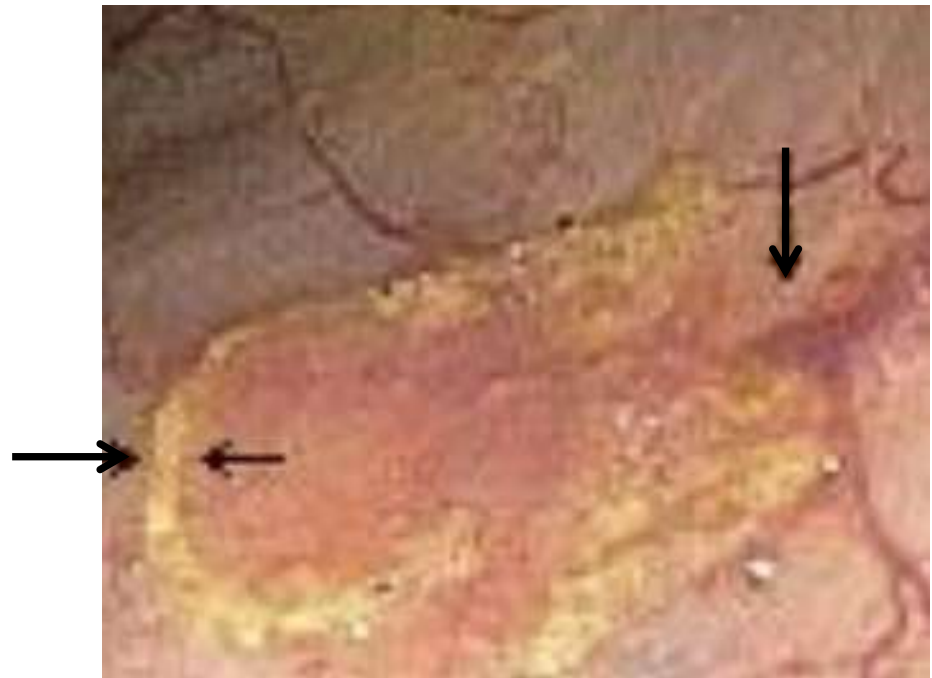
Optimiser le dépistage

- Se méfier du côlon
 - Diverticulose
 - Côlon droit
 - Lésions planes (cancérogène)
- Se méfier de soit
 - (de l'endoscopiste): chirurgie/interniste/GE
 - Temps de retrait; complet?
 - TDA
 - Savoir reconnaître les lésions planes



30% de reliquat après
polypectomie pour
adénome festonné

Pohl Gy 2013



conclusions

- Le CCR est un problème de société ET de santé individuelle
- La place de la coloscopie est validée dans le dépistage:
 - dans les dépistages en deux temps car le taux de recours est un déterminant essentiel de l'efficacité
 - comme examen morphologique de première ligne
- Le bénéfice du dépistage est immédiat
- Le bénéfice de la prévention est décalé de 10ans
- L'efficacité passe par une augmentation du taux de coloscopies quel que soit le moyen pour y parvenir