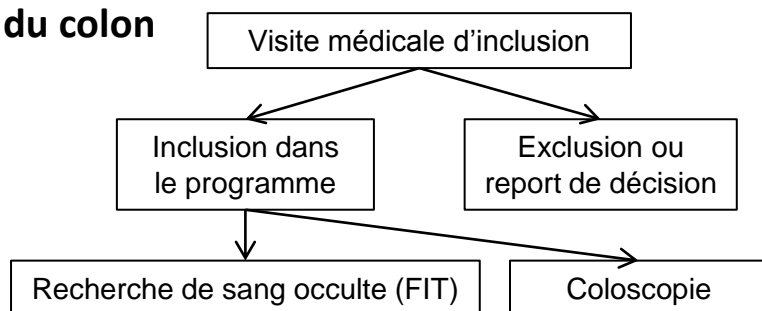


# Fiche d'information et d'aide à la décision pour le Programme vaudois de dépistage du cancer du colon

Document est destiné aux médecins et résumant les données clés dans le cadre d'une *décision partagée* avec leur patient-e



## Quelle est la fréquence du cancer colorectal (CCR) dans le canton de Vaud ?

- Environ 5% des hommes et 3% des femmes reçoivent un diagnostic de CCR avant 80 ans.<sup>1</sup>
- Environ 2% des hommes et 1% des femmes en meurent avant 80 ans.

## Quel pourcentage de la population vaudoise est à jour avec le dépistage et quel son bénéfice ?

- 14% de la population vaudoise de 50 à 69 ans serait à jour avec le dépistage pour le CCR soit par recherche de sang occulte dans les selles (FOBT) ou par endoscopie (coloscopie et sigmoïdoscopie).<sup>1</sup>
- On estime que la pratique régulière d'un dépistage permet une réduction absolue de la mortalité par cancer colorectal de 1% avant l'âge de 80 ans (de 2/100 à 1/100).

## Quelle personne est ELIGIBLE pour le programme de dépistage ?

- Le dépistage est destiné à la population sans facteurs de risque de 50 à 69 ans.<sup>5</sup>

## Quelle personne est EXCLUE du programme de dépistage (temporaire ou définitive, selon contexte) ?

➤ Pour les *populations à risque élevé ou très élevé*, la coloscopie d'emblée est recommandée. L'âge de début du dépistage ainsi que la fréquence dépend de la maladie sous jacente (à discuter avec le gastroentérologue).

- *Risque élevé* de CRC:

- Antécédents personnels: CCR **ou** polype (>1 cm, adénome villosus ou tubuleux-villosus, dysplasie haut degré)
- Antécédents familiaux (parenté de 1er degré) : CCR **ou** polype < 60 ans
- Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn après 8-10 ans (pancolite) ou 15-20 ans si colite gauche
- Autres: Irradiation abdominale dans enfance (>30Gy), Acromégalie

- *Risque très élevé* de CRC: Polypose Adénomateuse Familiale (PAF), Syndrome de Lynch (HNPCC), autre.

➤ Maladie intercurrente grave

➤ Symptômes digestifs récents ou rectorragie macroscopique -> coloscopie diagnostique nécessaire

## Quels examens de dépistage sont disponibles et remboursés dans le cadre du programme de dépistage ?

### Quels sont les coûts pour les patients ?

- Une coloscopie auprès d'un-e gastro-entérologue OU le test de FIT dans un laboratoire sont reconnus par le programme et pris en charge par les caisses maladies. Si la franchise d'une personne n'est pas atteinte, les frais sont pris en charge par le programme cantonal de dépistage.
- Reste à charge des patients (10% de quote-part) :
  - Visite chez le médecin de famille : de 7 à 18 CHF (selon la durée).
  - Coloscopie : de 80 CHF (examen diagnostique) à ~160 CHF (si polypectomies).
  - Test immunologique de recherche de sang dans les selles (FIT) : 4.60 CHF.

## Questions destinées aux patients pour faciliter la prise de décision au sujet du dépistage.

- Quels sont les éléments les plus importants pour prendre votre décision ?
- Quelle autre personne pourrait vous aider à faire votre choix ?
- Est-ce que vous pouvez me dire ce que vous avez retenu de notre discussion ? (*Teach-back*)

## Sources et références

<sup>1</sup>Registre vaudois des tumeurs/IUMSP

<sup>2</sup>Quintero et al. *N Engl J Med* 2012;366:697-706

<sup>3</sup>Pox et al. *Gastroenterology* 2012;142:1460-1467.

<sup>4</sup>Zauber et al. *Ann Intern Med.* 2008;149:659-669.

<sup>5</sup>Bulliard J.-L. et al. *Rev Med Suisse* 2012;8:1464-7.

<sup>6</sup>Brenner et al. *BMJ* 2014; 348:g2467.

<sup>7</sup>Rutter MD et al. *Endoscopy* 2014 ;46(02):90-97

## Recherche de sang occulte dans les selles par méthode immunologique (FIT)

• Consiste pour le-la patient-e à se procurer un kit en pharmacie, recevoir des explications pour ce test en pharmacie, prélever un échantillon de matière fécale, le placer dans un kit prévu à cet effet et envoyer le kit au laboratoire central.

### Pourquoi le test immunologique OC Sensor et pas le test guaiac?

• La performance du FIT est meilleure que le test guaiac : meilleure sensibilité (moins de faux négatifs), nécessite un seul prélèvement tous les deux ans, sans précaution diététique particulière.

### Niveau de preuve :

• Données sur la mortalité extrapolées d'essais randomisés contrôlés (ERC) faits avec le test guaiac.

### Bénéfices et avantages du dépistage par FIT:

• **Diminue** le risque de **décès** attribuable au CCR. Diminution risque relatif estimée: entre 20% et 50% (selon contexte, fréquence et adhérence au test).

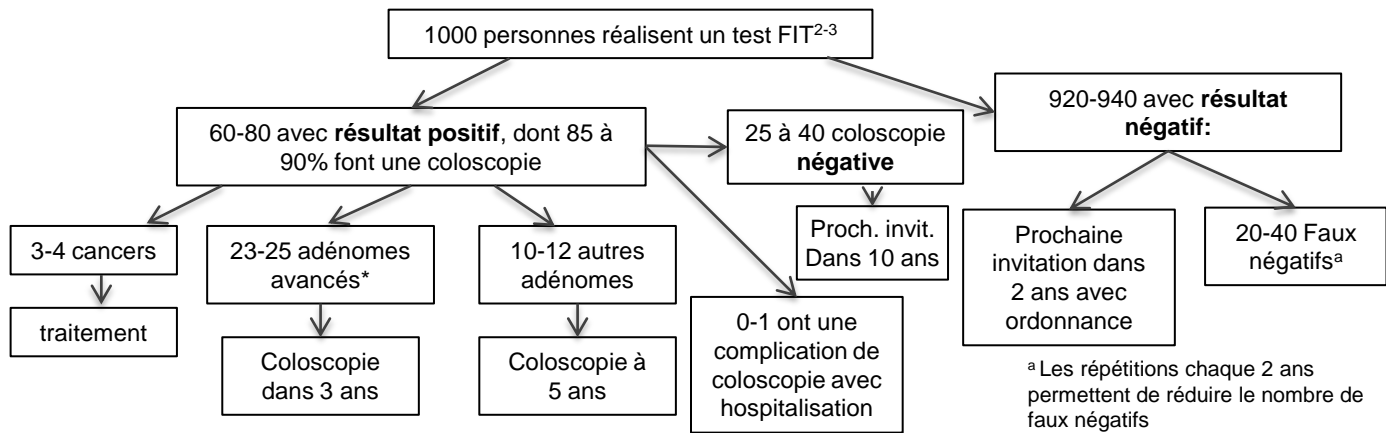
• **Évite** d'avoir à se soumettre à un examen invasif: seuls 6-8% ont besoin de se soumettre à une **coloscopie**<sup>2</sup>.

• Sensibilité 83-88% pour les cancers et 10-20% pour les adénomes<sup>4-5</sup>.

### Risques et désavantages du dépistage par FIT:

• **Être rassuré-e à tort**: 2-4% des personnes ont une lésion précancéreuse ou cancer malgré un FIT négatif (Faux négatif). Une partie de ces faux négatifs pourront être détectés aux contrôles suivants (chaque 2 ans)<sup>4</sup>.

• **Être inquiet-e à tort** : 40 à 50% des patients auront une coloscopie sans cancer ou adénome malgré un FIT positif (Faux positif) en raison d'un saignement d'autre origine<sup>2</sup>.



## Coloscopie de dépistage

• Préparation d'une alimentation restrictive 1-2 jours auparavant puis laxatifs la veille.

• Coloscopie par un-e gastroentérologue expérimenté-e avec polypectomie directe si polypes trouvés, suivi de pathologie.

### Quels sont les risques d'une coloscopie?

• Le taux de complication ou d'examen incomplet : 1.4% à 2.4% (~1/50 coloscopies)<sup>3,7</sup>:

- Taux de perforation 0.06 à 0.2%
- Taux d'hémorragie 0.3 à 0.7%

### Niveau de preuve :

• Uniquement des études observationnelles (pas d'ERC) pour la coloscopie, multiples ERCs de haute qualité pour la sigmoidoscopie<sup>6</sup>. ERC avec coloscopie en cours en Europe<sup>2</sup>.

### Bénéfices du dépistage par coloscopie

• **Diminue** le risque de **décès** attribuable au CCR. Risque relatif estimé: entre 50% et 70%.

• **Diminution** du risque relatif de **développer** un CCR approcherait 70%<sup>6</sup>.

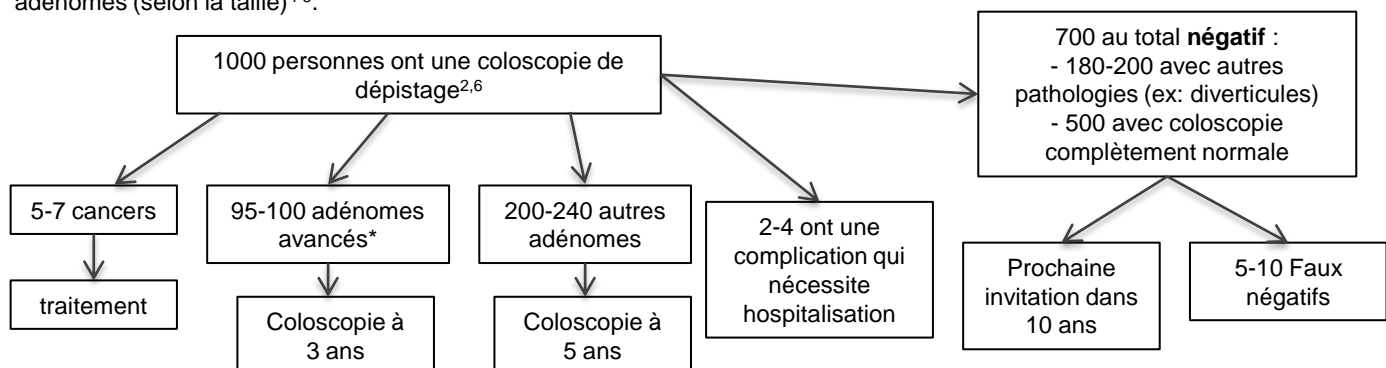
• Sensibilité de 95% pour CCR et 80-95% pour les adénomes (selon la taille)<sup>4-5</sup>.

### Risques du dépistage par coloscopie:

• **Sédation** lors de l'examen.

• **Risque** de complication sévère (2-4/1000).

• **Rassuré à tort**: moins de 1% ont une lésion précancéreuse ou un cancer malgré coloscopie négative (Faux négatif).



\* Selon Quintero et al<sup>2</sup>, adénomes avancés: adénome tubulaire >1cm, adénome villos, dysplasie sévère ou carcinome dans un polype.