

Suivi des personnes à haut risque de cancer colorectal par coloscopie après polypectomie

Etude interventionnelle randomisée

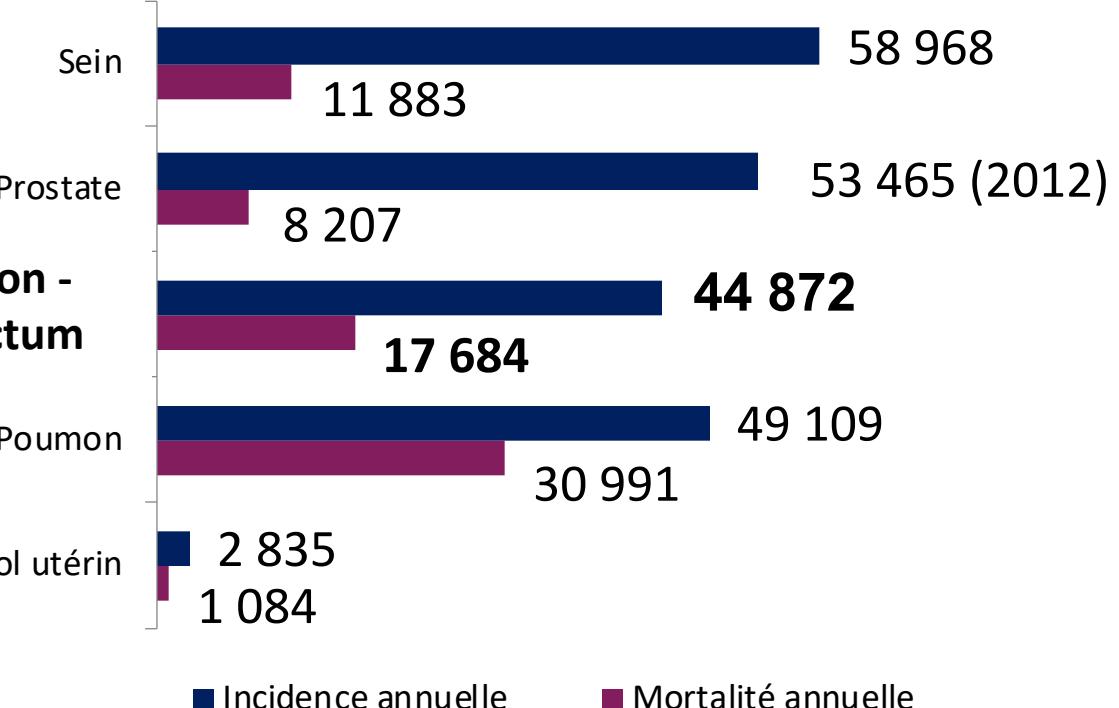
Léa Vecchiato, Dr Patricia Soler-Michel, Christian de Peretti,
Pr Thierry Ponchon

Contexte

- 2^{ème} cancer le plus meurtrier
- 3^{ème} cancer le plus fréquent chez ♂ et 2^{ème} chez la ♀
- 90 % de survie à 5 ans pour les stades I et II

Incidence et mortalité des cancers les plus fréquents en France – Projection 2017

(Francim SPF/InVS INCa HCL)



Source Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p.

Dépistage du cancer colorectal en fonction du risque

Population générale :

- 50 à 74 ans
- Asymptomatique

Estimation
6700 KC/an

Antécédent d'adénome « avancé » (AA) ou de CCR :

- personnel
- un parent 1^{er} degré < 65 ans ou deux parents 1^{er} degré (quel que soit l'âge)

Antécédent personnel de MICI (maladie inflammatoire chronique intestinale) :

- maladie de Crohn
- rectocolite hémorragique

Prédisposition héréditaire :

- polyposse adénomateuse familiale
- cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch)

Risque moyen

Risque CCR vie entière 3 - 4 %
80 % des cancers

Dépistage Organisé

Risque élevé

Risque CCR vie entière 4 – 10 %
15 à 20 % des cancers

Dépistage Individualisé
et suivi adapté au niveau de risque

Risque très élevé

Risque CCR vie entière 40 – 100 %
1 à 3 % des cancers

Triple constat :

- Dépistage organisé (DO) uniquement pour les personnes à risque moyen de cancer colorectal.
- Interruption du suivi par les structures de dépistage une fois la personne identifiée à risque élevé.
- Insuffisance dans l'identification des personnes exclues du dépistage organisé.
 - Erreur d'orientation dans le dépistage, test ou coloscopie à tort. (Evaluation du registre de l'Isère, 36% des cancers colorectaux détectés dans le DO correspondent à des personnes ayant un niveau de risque élevé).

Bibliographie

Auteur	Journal/Année	Pays	Population cible	Modèle étude	Résultats
Cottet V	Alimentary Pharmacology et therapeutics/ 2006	France	Personne ayant un ATCD au 1er degré d'adénome de + 1 cm	Etude interventionnelle	18 % des participants à l'étude accepte de réaliser une coloscopie de surveillance
Hoffmeister M	International Journal of Cancer/ 2018	Allemagne	Personne devant réaliser une coloscopie de surveillance	Etude descriptive	44 % des personnes ayant un adénome à bas risque et 39 % ayant un adénome à haut risque n'ont pas refait leur coloscopie au bout de 6 ans
Van Heijningen E-MB	GUT / 2015	Pays Bas	Personne ayant eu un adénome	Etude descriptive	53 % des personnes ont une surveillance en retard ou pas de surveillance
Otero I	Gastroenterología y Hepatología	Espagne	Personne ayant eu un adénome à haut risque	Etude descriptive	83,7 % des personnes ont réalisé une coloscopie de surveillance 57,7 % l'ont réalisée en respectant les délais
Vecchiato L	Congrès JFHOD / 2018	France	Personne ayant eu une coloscopie avec polypectomie	Etude descriptive	79,9 % à 91,9 % des personnes ont réalisé une coloscopie de surveillance 62,4 % l'ont réalisée en respectant les délais

Bibliographie

Auteur	Journal/Année	Pays	Population cible	Modèle étude	Résultats
Lowery J-T	Cancer Epidemiol Biomarkers Prev / 2014	USA	Personne ayant un ATCD au 1er degré d'adénome ou de CCR	Etude interventionnelle randomisée	32 % de coloscopies réalisées en plus dans le groupe avec appel téléphonique
Leffler D-A	Gastroenterology / 2011	USA	Personne devant réaliser une coloscopie de surveillance	Etude interventionnelle randomisée	44,7 % des personnes du groupe intervention (envoi de courrier + tél) ont réalisé leur coloscopie contre 22,6 % pour les personnes du groupe témoin.

Projet Tempo-Colo

Appel à projet de l'INCa : DEPREV 2015

Tempo-Colo

- Améliorer la stratégie de dépistage du cancer colorectal
 - la prise en charge des personnes à risque élevé, en organisant leur suivi par les structures de gestion du dépistage
 - la connaissance de la population à risque moyen du dépistage
- Enregistrer les coloscopies réalisées par les personnes de plus de 50 ans, habitant dans le Rhône ou la Métropole de Lyon
- Adresser un courrier de rappel, 3 mois avant la date de leur prochaine coloscopie

Etude Rétrospective

Etat des lieux du suivi par coloscopie des personnes de plus de 50 ans, habitant le Rhône et la Métropole de Lyon.

Aujourd'hui,
zoom sur cette étude

Etude Interventionnelle

Suivi des personnes à haut risque de cancer colorectal avec ou sans rappel par courrier de leur coloscopie

Etude interventionnelle : Suivi des personnes à haut risque de cancer colorectal par coloscopie après polypectomie

Objectif :

Mesurer le taux de réalisation d'une coloscopie de surveillance dans le respect du délai avec ou sans rappel de la date par courrier.

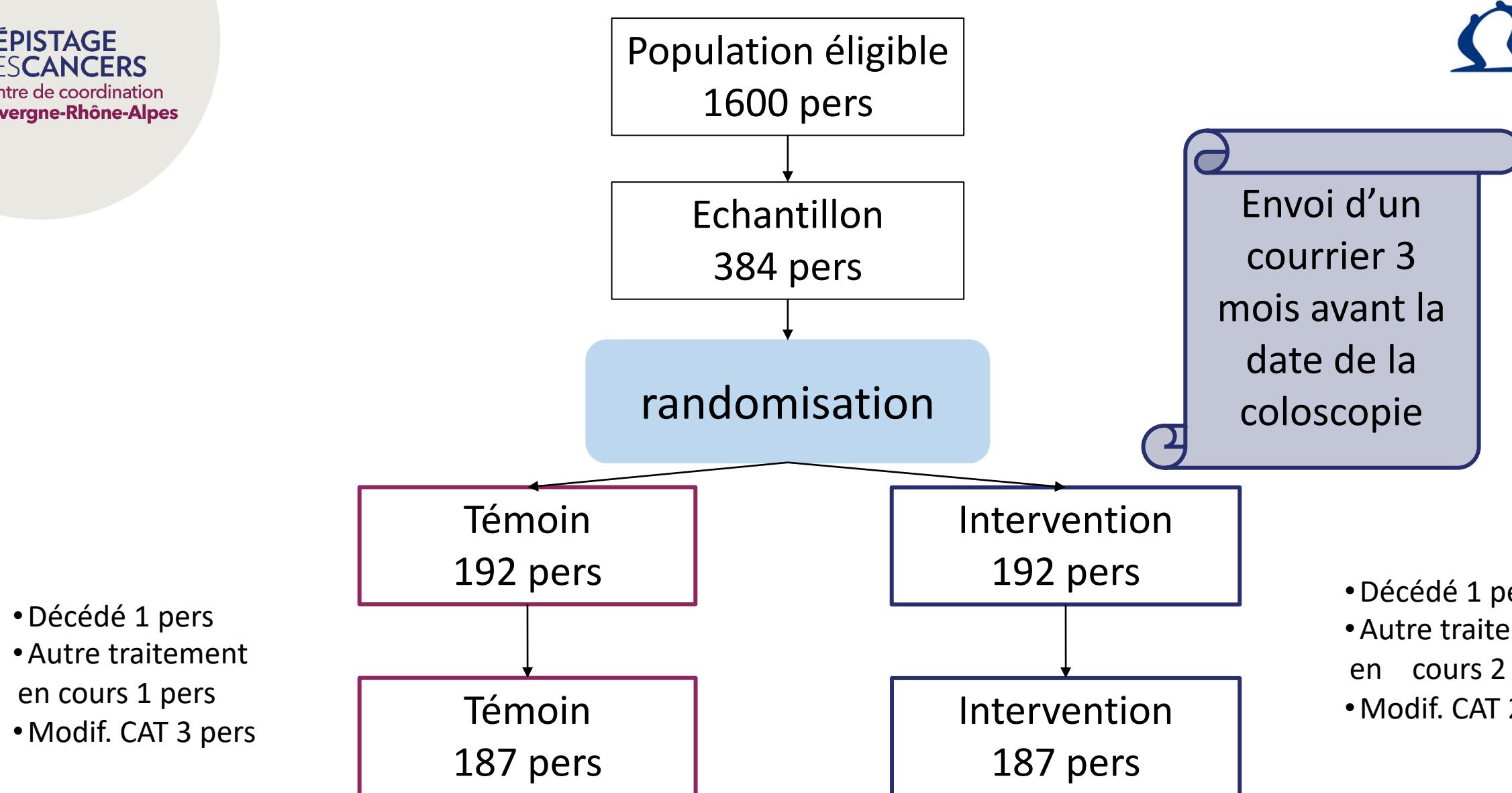
Critères d'évaluation :

1 Taux de participation à la coloscopie de surveillance, avec ou sans rappel de la date par courrier.

2 Taux de participation à la coloscopie de surveillance dans le respect du délai, avec ou sans rappel de la date par courrier

Méthodes

- Essai prospectif randomisé
- 50 ans ou +, exclus du DO
(Sauf MICI, cancers opérés et très haut risques)
- Deux groupes stratifiés sur :
 - l'âge
 - le type histologique de la (des) lésion(s) de la coloscopie de référence
 - en 3 strates :
 - 1 : polype hyperplasique/adénome de bas grade;
 - 2 : adénome de haut grade;
 - 3 : cancer In situ réséqué par endoscopie.



Résultats Analyse descriptive

	Population échantillon	Groupe Témoin	Groupe Intervention
Age moyen (an)	66	66,2	65,8
Sexe (%)			
Femme	44,9	42,6	47,3
Homme	55,1	57,4	52,7
Personnes appartenant aux strates : (%)			
1 : polype hyperplasique ou adénome de bas grade	94,7	96,8	92,5
2 : adénome de haut grade	4,5	3,2	5,9
3 : cancer In situ, réséqué en endoscopie	0,8	0	1,6
Conduite à tenir : (%)			
1 an	3,5	3,2	3,8
3 ans	17,4	18,1	16,7
5 ans	79,1	78,7	79,6

Résultats : 1

Taux de réalisation de la coloscopie de surveillance

Ensemble de la population : 54 %

Groupe Témoin : 44,7 %

Groupe Intervention : 63,4 %

Résultats : 1

Facteurs de réalisation de la coloscopie de surveillance

	N (374)	% réalisation	OR	IC (95 %)	P
Bras Courrier	186	63,4	2,11	(1,39 – 3,20)	0,000
Sexe (Femme)	168	58,9	1,44	(0,94 – 2,20)	ns
CAT (1 an)	13	53,8	1,02	(0,32 – 3,22)	ns
CAT (3 ans)	65	53,8	1,07	(0,61 – 1,86)	ns
Âge (51 – 60)	77	51,9	1,28	(0,69 – 2,37)	ns
Âge (61 – 70)	202	58,4	1,64	(0,99 – 2,71)	ns

Régression logistique

Résultats : 2

Taux de réalisation de la coloscopie de surveillance
dans le respect du délai.
(+/- 6 mois de la date préconisée par l'HGE)

Ensemble de la population : 72,2 %

Groupe Témoin : 60,6 %

Groupe Intervention : 83,1 %

Résultat : 2

Facteurs du respect du délai de la coloscopie

Coloscopie réalisée à +/- 6 mois de la préconisation de l'HGE : Oui

	N (227)	% respect du délai	OR	IC(95 %)	P
Bras Courrier	118	83,1	3,22	(1,73 ; 5,98)	0,000
Sexe (Femme)	111	74,8	1,23	(0,67 ; 2,26)	ns
CAT (1 an)	8	87,5	2,80	(0,32 ; 24,68)	ns
CAT (3 ans)	40	75	1,21	(0,54 ; 2,73)	ns
Âge (51 – 60)	46	76,1	1,26	(0,48 ; 3,27)	ns
Âge (61 – 70)	129	70,5	0,96	(0,45 ; 2,03)	ns

Régression logistique binaire

Conclusion

- L'envoi d'un courrier de rappel 3 mois avant la date de la coloscopie de surveillance semble augmenter :

- 1 la réalisation de la coloscopie de surveillance.
- 2 le respect des recommandations données par les HGE.

Limites et Discussion

- Echantillon :
 - Personnes de plus de 50 ans seulement
 - Avec lésion(s), pas les personnes présentant un antécédent familial
- Tempo-Colo : Extension aux autres structures de dépistage organisé
 - Adhésion également des hépato gastroentérologues et de leurs équipes
- Evaluation médico-économique (en cours)

Je remercie les hépato gastroentérologues du Rhône et de la
Métropole de Lyon pour leur contribution.
Merci pour votre attention