

Editorial du Président



En 25 ans, le fonctionnement de l'ODLC s'est adapté aux différents programmes de dépistage organisé des cancers. En 2002, les nouveaux cahiers des charges ont validé les 2 incidences par sein, une périodicité de 2 ans, un allongement du dépis-

tage jusqu'à 74 ans et une extension du dépistage colorectal aux hommes. Ces mesures répondaient à des bouleversements : multiplication en 20 ans par 2 du nombre annuel de cancers du sein (42 000) et par 1,5 de ceux du colon (36 000), allongement de 5 ans de l'espérance de vie des Français.

Simultanément les médecins ont intégré de nombreuses avancées diagnostiques et thérapeutiques alors que le décryptage du génome s'accompagnait de la découverte des gènes impliqués dans le développement des cancers (BRCA1 & BRCA2 et quatre autres aujourd'hui).

Leur pratique de prévention et de dépistage s'est enrichie avec de nouvelles méthodes et d'autres pathologies. L'Isère a choisi dès 1990, de confier ce dépistage aux médecins. Malgré l'alourdissement de leurs tâches, les professionnels de santé ont voulu s'impliquer plus fortement dans l'organisation du programme en Isère. Cela a permis à l'ODLC de faire évoluer ses statuts pour favoriser la circulation des informations (expériences de pratique, attentes, suggestions, objections) entre les médecins du réseau isérois et les organismes de tutelles.

Chaque année 150 000 isérois et iséroises sont invités à vous consulter. Vous êtes en première ligne, votre avis est indispensable à l'ODLC. Directement ou par l'intermédiaire des nouvelles instances, exprimez-vous pour continuer à faire évoluer le programme isérois.

Qui dit nouveau programme et nouveaux statuts dit aussi accroissement de l'activité qui nécessitera à partir du 1^{er} octobre, une délocalisation de l'ODLC dans des locaux plus grands situés à Maupertuis 17, chemin de la Dhuy. Cette adresse ODLIC est la vôtre, vous y êtes bienvenus !

Dr Philippe Winckel

Quelle est la place des médecins dans les décisions de l'ODLC ?

Les récentes modifications des statuts de l'ODLC (association loi 1901), entérinées le 29 mars 2007, achèvent un processus d'évolution initié début 2004. Elles résultent des priorités dégagées fin 2003 dans l'étude "Communication entre ODLIC et professionnels de santé" réalisée en partenariat avec le Ministère de la santé, la CNAM et la Ligue contre le cancer. Les axes d'actions proposés portaient sur les modalités de participation des médecins aux décisions de l'ODLC et la mise en place de nouveaux moyens et outils. Depuis, des changements fonctionnels et opérationnels sont intervenus régulièrement.

Une concertation initiale des professionnels de santé a eu lieu en octobre 2004. Les 1 200 médecins isérois impliqués dans le programme de dépistage organisé (généralistes et spécialistes) ont été invités à 2 réunions plénières au cours desquelles ont été désignés les représentants du Comité Médical, composé de généralistes, gynécologues, radiologues, gastroentérologues et anatomo-cytopathologistes.

Le rôle des médecins au sein du **Comité Médical** est de constituer un pôle ressources permettant de discuter des projets majeurs de l'ODLC. Ses membres apportent propositions, contradictions et réflexions. Organisé sur la base du volontariat,

il élit ses représentants au Conseil d'Administration et au Conseil de Gestion.

Au **Conseil d'Administration**, qui se réunit au moins tous les 6 mois, participent 5 médecins issus du Comité Médical (voir tableau ci-dessous). Leur rôle au sein de cette instance est de représenter chacune des spécialités médicales, et de créer un lien opérationnel entre le terrain et le fonctionnement de l'ODLC.



Le **Conseil de Gestion** est formé du Bureau, des représentants de l'Assurance Maladie, du Conseil général de l'Isère, des médecins coordonnateurs de l'ODLC et de 3 médecins désignés par le Comité Médical (un

généraliste, un gynécologue et un autre spécialiste). Chaque mois ils participent en interne au fonctionnement de l'ODLC et valident les orientations choisies (stratégie, communication, budget, etc.).

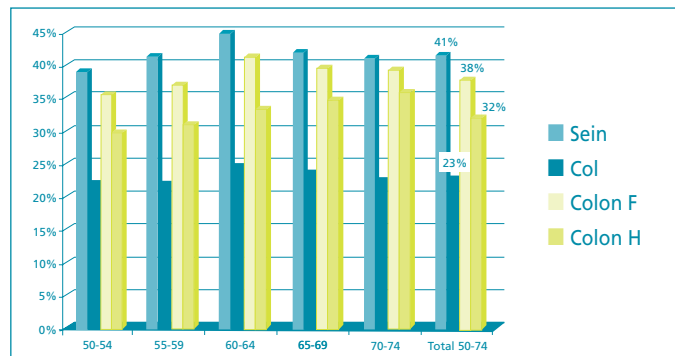
Depuis la création de l'ODLC, la représentation professionnelle des médecins isérois est assurée au niveau de l'**Assemblée Générale** de l'ODLC par les Syndicats de médecins, membres de droit.

Les projets débattus en Conseil d'Administration par les médecins membres feront l'objet d'une nouvelle rubrique dans la Lettre d'Info ODLIC.

Médecins membres du Conseil d'Administration ODLIC

Spécialité du médecin	Nom du médecin titulaire	Nom du médecin suppléant
Généraliste	Alain EL SAWY	Laurent JOURNET, Bertrand JOUET
Gynécologue	Martine POLLAK	Agnès BOURDARIAT, Antoinette AZZOPARDI
Radiologue	Jean Michel TOURNEGROS	Marie Françoise BON
Anatomopathologiste	François LE MARC'HADOUR	Muriel NEY
Gastroentérologue	Patrice BUREAU DU COLOMBIER	

Participation 2006 au programme de dépistage organisé des cancers en Isère



● A 41 % en 2006 contre 24 % en 2004 et 33 % en 2005, la participation est en nette augmentation pour les dépistages des cancers du sein.

Cette progression, si elle se maintient, devrait permettre d'approcher les 50 % visés au niveau régional. Un effort supplémentaire

reste pourtant nécessaire pour atteindre l'objectif national de 70 % notamment en proposant systématiquement aux femmes la mammographie de dépistage organisé qui les fait bénéficier d'une double lecture.

● Les dépistages des cancers colorectaux sont encore insuffisants avec un taux de 35 % en 2006, hommes et femmes confondus. A noter la plus faible participation des hommes de moins de 60 ans auxquels une attention particulière est à porter.

A vos agendas...

XXII^{èmes} JOURNÉES GRENOBLOISES DE CANCÉROLOGIE

4 et 5 octobre 2007

CHU Grenoble
Salle G. Faure - Pavillon Vercors

● Deux journées pour explorer le lien entre "Environnement et Cancer" au cours desquelles l'ODLC, partenaire de l'événement interviendra et tiendra un stand d'information.

Renseignements et/ou inscription :
Centre de coordination en cancérologie - C. Demillio & M. Pellissier
Tél. 04 76 76 58 84
ou 04 76 76 54 36
CDemillio@chu-grenoble.fr
MPellissier@chu-grenoble.fr

**50 patients dépistés
par an et par médecin
=
50 % de participation
au DO CCR**

DO Dépistage Organisé
CCR Cancer Colo-Rectal

VISITES DES D.A.M.

● De février à avril 2007, les Délégués de l'Assurance Maladie (D.A.M.) ont contacté près de 350 médecins sur le thème de la prévention du cancer du sein. Ce thème est repris dans l'avenant 23 à la convention nationale des médecins, avec un objectif de 80% de dépistage chez les femmes de 50 à 74 ans. Les D.A.M. ont délivré aux médecins un profil personnalisé qui leur permet de situer leur patientèle par rapport au dépistage organisé. Cette action se conjugue avec celles menées par l'ODLC.

Si vous souhaitez obtenir votre profil, vous pouvez contacter le Service Relations Extérieures de la CPAM au 04 76 68 50 78.

Résultats 2006 des tests réalisés

Dépistage des cancers du sein 30 952 mammographies

Classification finale des mammographies effectuées en DO

Taux	Conduites à tenir
ACR 1/ACR 2 : 91,8%	Mammographie ODLC à refaire dans 2 ans
ACR 3 : 4,6%	Surveillance rapprochée
ACR 4/ACR 5 : 1,5%	Biopsie ou chirurgie à faire
ACR 0 : 2,0 %	Examens complémentaires à faire (échographie, clichés supplémentaires, cyto-ponction, IRM)

ACR : American College of Radiology

Le taux de tests positifs après les deux lectures est de 8,1 % dont 2,4 % classés en ACR1 et ACR 2 en 1^{ère} lecture puis positifs par le 2nd lecteur. 190 dossiers, soit 0,7 % des clichés ont été jugés techniquement insuffisants (CTI) par le 2^{ème} lecteur et ont été refaits pour permettre une interprétation fiable. Ce faible taux témoigne d'une amélioration constante de la qualité des examens réalisés.

Dépistage des cancers du col de l'utérus 17 008 frottis réalisés

Le taux de frottis positifs est de 1,1%. Il est proche de 2% chez les femmes âgées de 50 à 60 ans et diminue avec l'âge. Les frottis sont de bonne qualité, 53 seulement soit 0,3% n'ont pas pu être interprétés.

Les ASCUS représentent plus de 55% des anomalies présentes

sur ces frottis.

Taux des différents types d'anomalies :

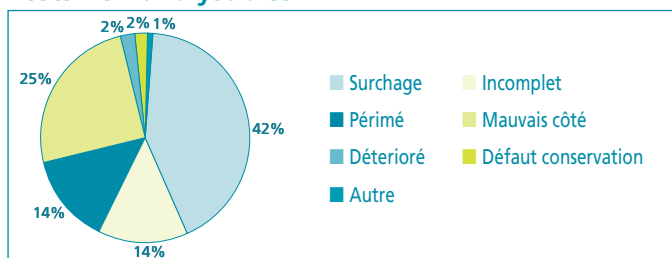
57,3% d'atypies type ASCUS
7,8% d'atypies type AGUS
20,8% de lésions de Bas Grade
6,8% de lésions de Haut Grade
7,3% de cellules endométriales
On observe l'absence de frottis

évoqueurs de lésions cancéreuses, (ni malpighien, ni glandulaire). Cet aspect confirme la tendance déjà constatée en 2004 et 2005 d'une raréfaction des pathologies invasives dans le programme de l'ODLC.

Dépistage des cancers du colon 48 244 tests Hémocult réalisés

La compréhension des modalités de réalisation des tests est globalement bonne. Dans 3% des cas, les tests n'étaient pas analysables. Parmi ceux-ci 80% des tests ont été refaits dans de bonnes conditions. Les causes d'ininterprétabilité sont dans 42% dues à une surcharge de matière.

Tests non analysables



Taux des positifs	50-54 ans	55-59 ans	60 à 64 ans	65 à 69 ans	70 à 74 ans
Femmes	1,1%	1,3%	1,7%	1,6%	1,9%
Hommes	1,9%	1,7%	2,2%	2,1%	2,9%

Le taux de tests positifs 1,7 % est conforme aux recommandations du cahier des charges. Il augmente avec l'âge dans la population masculine, à l'image de la fréquence des polypes et des cancers colo-rectaux.

Suivi des examens de dépistages positifs 2004 / 2005

L'analyse du suivi des tests positifs porte sur les dépistages des cancers du sein et colo-rectaux effectués en 2004 et 2005 pour lesquels le recueil des informations est exhaustif. Les données pour le suivi des cancers du col de l'utérus en 2005 étant incomplètes, elles seront fournies dans une prochaine Lettre d'Info de l'ODLC.

SEIN

Pour cette période, 293 cancers du sein ont été diagnostiqués pour 41129 participantes (soit 7,4 pour mille) dont 34 (12 %) en 2^{ème} lecture.

Ces cancers du sein étaient in situ dans 19,8 % des cas. Parmi les 235 cancers invasifs, 84 % étaient au stade pT1 (inférieur ou égal à 2 cm) et 72 % pNo (sans envahissement ganglionnaire).

A noter, le taux des cancers inférieur à 1 cm et sans envahissement ganglionnaire est de 40,5 % en Isère, à comparer avec le taux national de 36,9 %. Ceci traduit l'apport des examens faits en dépistage organisé sur la précocité du diagnostic, dans notre département.

COLON-RECTUM

31744 tests HémoCCult réalisés en 2004 pour 506 positifs et 48 533 en 2005 pour 681 tests positifs.

Après un test positif, 89 % des patients ont fait une coloscopie, ce qui reste encore insuffisant

Lésions découvertes après test positif	Femmes	Hommes
Cancers	3,2 %	11,26 %
Polypes avancés (*)	10,4 %	21,4 %
Petits polypes adénomateux	8,6 %	10,6 %

(*) polypes adénomateux supérieur ou égal à 10 mm et/ou présentant un contingent vilieux et/ou avec dysplasie sévère.

Les coloscopies ont conduit au diagnostic d'une pathologie dans 22 % des cas chez les femmes et 43 % chez les hommes. Le nombre de pathologies élevé dans la population masculine s'explique par la fréquence de la maladie mais surtout par le début tardif du programme qui a été lancé en

2002. En effet, depuis 1991, le dépistage organisé chez les femmes a permis de découvrir et de traiter une grande partie des lésions présentes dans la population participante. Parmi ces cancers 59 % sont au stade I, très localisé et sans extension métastatique.

Le frottis reste un examen indispensable

La vaccination qui va protéger contre certains virus HPV ne remplacera pas le dépistage cytologique par frottis cervico-utérin.



L'infection à HPV ou papilloma-virus est en règle générale asymptomatique. Le plus souvent le corps l'élimine mais il arrive que sa persistance provoque des lésions susceptibles d'évoluer vers un

cancer. Un vaccin contre les sérotypes 6, 11, 16 et 18, préventif, c'est-à-dire efficace avant tout contact, est commercialisé depuis fin 2006 en France. Les HPV 6 et 11 sont responsables de condylomes

acuminés, bénins mais très gênants par leur côté récurrent. Les HPV oncogènes 16 et 18 sont responsables d'environ 70 % des cancers du col. Le CSHPF* recommande le vaccin aux jeunes filles de 14 ans ainsi qu'à celles entre 15 et 23 ans, qui n'auraient pas commencé leur vie sexuelle, ou au plus tard dans l'année suivant le début de celle-ci. Cet espoir dans la lutte contre le cancer du col, ne doit pas faire oublier que, même si 100 % des femmes étaient vaccinées, la protection ne serait pas totale, et que le dépistage reste nécessaire, pour elles et bien sûr, pour toutes les femmes plus âgées non concernées par le vaccin.

* Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France

Nouveau...

VOTRE ACTIVITÉ ODLIC

● A compter du mois de juin, un envoi annuel de votre activité individuelle dans le cadre du programme vous sera adressé par l'ODLC. Vous y trouverez vos résultats personnalisés. Pour chacun des cancers dépistés, vous recevrez d'abord un récapitulatif individuel avec le nombre exact de tests réalisés par vos patients (HémoCCult, mammographie et frottis), puis un autre sur le suivi détaillé des cancers découverts parmi ceux-ci avec nombre, pourcentage et type de positifs.

HÉMOCCULT MODE D'EMPLOI



● Une nouvelle notice illustrée de photos a été réalisée en collaboration avec le Département de Biologie Intégrée, centre de lecture des tests au CHU de Grenoble, pour simplifier encore l'explication des médecins ainsi que la compréhension des bénéficiaires du programme. Cette notice fera désormais partie du kit HémoCCult remis aux bénéficiaires.

Pour obtenir des blocs encollés, format ordonnance, appelez au 04 76 41 42 71 ou contact@odlc.org

Le ganglion sentinelle apport d'une nouvelle technique dans le traitement du cancer du sein

Dr François Le Marc'Hadour - Anatomopathologiste

Le traitement chirurgical du cancer du sein consiste en une exérèse de la tumeur, mais également des ganglions lymphatiques de l'aisselle, ceux-ci étant les premiers susceptibles de faire l'objet d'une métastase tumorale. Or, si le plus souvent ces ganglions se révèlent normaux, le curage ganglionnaire n'en constitue

complet sera réalisé dans un second temps. Cependant, ce ganglion devra faire l'objet d'une étude anatomopathologique complexe et rigoureuse afin de limiter au maximum le risque de faux négatif.

Le repérage du ganglion sentinelle se fait par deux techniques, l'une consistant à

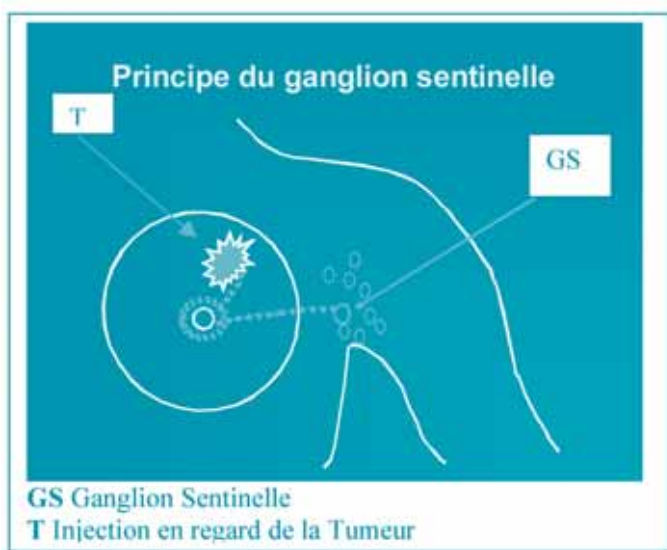
une sensibilité de détection supérieure à 95 %.

Une fois réséqué, le ganglion peut faire l'objet d'une étude extemporanée, d'abord macroscopique, puis microscopique. De nombreuses équipes préconisent une étude cytologique par appositions plutôt qu'une évaluation histologique : la congélation nécessaire à cet examen compromet la qualité du prélèvement pour l'étude histologique définitive. La positivité de l'examen extemporané amènera à la réalisation immédiate d'un curage complet.

Le ganglion est ensuite fixé, puis coupé en tranches de 1,5 à 2 mm d'épaisseur, chacune de ces tranches faisant ensuite l'objet d'une coupe colorée tous les 150 à 250 μ , soit 7 à 8 coupes par tranche (une seule coupe par tranche dans la technique standard).

d'antécédent de chirurgie mammaire lourde susceptible d'avoir perturbé le réseau lymphatique du sein. Enfin, compte tenu du risque de métastase dans les tumeurs volumineuses, la technique du ganglion sentinelle est en général réservée aux tumeurs de moins de 2 cm.

En conclusion, la technique du ganglion sentinelle, bien que plus lourde et contraignante techniquement, représente un apport incontestable dans le traitement du cancer du sein en réduisant les complications du curage traditionnel. La diminution du volume tumoral moyen au moment du



pas moins un geste parfois lourd de conséquences : risque de section nerveuse ou de plaie vasculaire, séquelles motrices et douloureuses que le curage peut générer à court terme, et survenue d'un 'gros bras'.

Afin de limiter ces complications, la technique du ganglion sentinelle consiste à ne réséquer que le premier ganglion susceptible d'être colonisé par le cancer. Si ce ganglion n'est pas envahi, le reste des ganglions est considéré comme normal, alors que si ce ganglion est métastatique, un curage

injecter en péri tumoral un colloïde radioactif au technétium qui, suivant le réseau lymphatique, ira marquer le ou les premiers ganglions axillaires ou mammaires internes, avec une sensibilité de l'ordre de 90 %. Cette technique nécessite bien sûr la présence à proximité d'un service de médecine nucléaire. L'autre méthode, plus souple mais un peu moins sensible, consiste à injecter une substance colorée au bleu, le ganglion étant alors repéré visuellement par le chirurgien. L'association de ces deux méthodes permet

Afin de réduire encore le risque de faux négatif, les micrométastases passées inaperçues à l'examen histologique seront recherchées par une étude immunohistochimique à l'aide d'un anticorps anti kératine.

L'indication de cette technique est récusée dans les stades cliniques N1 (ou ganglion palpé). De même, cette technique ne sera pas utilisée en cas

diagnostic, rendue possible par une généralisation du dépistage organisé, devrait permettre un usage très large de cette technique.



Plus proche de vous !

