

Recommandations sur le dépistage du cancer colorectal 2016

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)



Mettre la prévention
en pratique

Canadian Task Force on Preventive Health Care
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Utilisation du jeu de diapositives

- Ces diapositives sont mises à la disposition du public en tant qu'outil pédagogique pour faciliter la diffusion, l'adoption et la mise en œuvre des lignes directrices dans la pratique des soins de première ligne.
- Une partie ou l'ensemble des diapositives de ce jeu peuvent être utilisés dans des environnements pédagogiques.

Membres du groupe de travail du GECSSP

Membres du GECSSP :

- Maria Bacchus (présidente)
- Rick Birtwhistle
- Jim Dickinson
- Gabriela Lewin
- Harminder Singh*
- Scott Klarenbach*
- Marcello Tonelli

Réseau national de dépistage du cancer colorectal :

- Verna Mai*

Agence de la santé publique :

- Lesley Dunfield*
- Sarah Connor Gorber*
- Nathalie Holmes*

Centre d'analyse et de synthèse des données probantes de l'université McMaster :

- Donna Fitzpatrick-Lewis*
- Ali Usman*

**membres sans droit de vote*

Aperçu de la présentation

- Toile de fond du cancer colorectal
- Méthodes du GECSSP
- Principaux résultats et recommandations
- Mise en œuvre de nos recommandations
- Conclusions
- Questions et réponses

Dépistage du cancer colorectal

TOILE DE FOND

Toile de fond

- Le cancer colorectal (CCR) est la deuxième cause la plus fréquente de mortalité liée au cancer chez les hommes et la troisième chez les femmes ; sur l'ensemble de la vie, la probabilité de mourir de CCR chez les hommes et les femmes est respectivement de 3,5 % et 3,1 %.
- On estime que 25 000 Canadiens ont reçu un diagnostic de CCR en 2015 (incidence de 49 pour 100 000 habitants) et que 9 300 sont morts de la maladie (mortalité de 17 pour 100 000 habitants).
- La plupart des CCR semblent provenir de polypes coliques, qui se développent lentement et montrent parfois une évolution cancéreuse.
- À l'heure actuelle, tous les programmes canadiens recommandent une recherche de sang occulte dans les selles par méthode au gaïac (RSOSg) ou un test immunochimique fécal (TIF), avec une coloscopie pour le suivi de résultats de dépistage positifs.

Tests de dépistage du cancer colorectal

- Recherche de sang occulte dans les selles (RSOS)
 - Les tests comprennent la recherche de sang occulte dans les selles par méthode au gaïac (RSOSg) et le test immunochimique fécal (TIF).
 - Le patient fournit un échantillon de selles dans lequel sera recherché du sang ne pouvant être distingué à l'œil nu.
- Endoscopies
 - Les tests comprennent la sigmoïdoscopie flexible et la coloscopie.
 - Un long tube flexible équipé d'une lampe et d'une caméra est inséré dans l'anus, le rectum et la partie inférieure du côlon du patient afin de détecter des polypes.
 - Avant la procédure, l'intestin du patient doit être nettoyé au moyen de lavements ou de laxatifs.

Dépistage du cancer colorectal

MÉTHODES

Méthodes du GECSSP

Le GECSSP est un

- Groupe indépendant
 - de cliniciens et spécialistes de la méthodologie ;
 - possédant une expertise dans la prévention, les soins primaires, les synthèses de la littérature, l'évaluation critique.
 - appliquant des données probantes dans la pratique et les politiques.
- Groupe de travail sur le cancer colorectal
 - comptant 7 membres du GECSSP ;
 - créant des questions de recherche et établissant un cadre analytique.

Méthodes du GECSSP

Le GT a basé sa recommandation sur le travail accompli par le centre d'analyse et de synthèse des données probantes (CASDP) de l'université McMaster, qui a

- entrepris un examen systématique de la littérature basé sur le cadre analytique ;
- préparé un examen systématique des données probantes en utilisant les tableaux GRADE ;
- participé aux réunions du groupe de travail et du GECSSP ;
- obtenu l'opinion d'experts.

Procédure d'examen du GECSSP

- Procédure d'examen interne impliquant le groupe de travail de la ligne directrice, le GECSSP, les agents scientifiques et les employés du CADSP.
- Procédure d'examen externe impliquant des intervenants clés tels que :
 - intervenants généralistes et spécialisés dans la maladie ;
 - intervenants fédéraux et P/T
- Le JAMC a entrepris un examen indépendant des lignes directrices par les pairs.

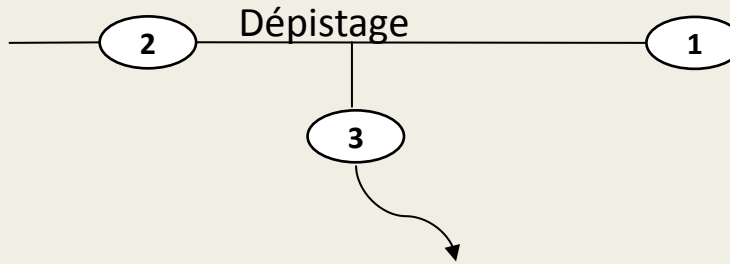
Questions de recherche

- L'examen systématique du dépistage du cancer colorectal avec un outil de dépistage quelconque comprenait :
 - (3) questions de recherche centrales avec (2) sous-questions ;
 - (4) questions supplémentaires ou contextuelles.

Pour des informations plus détaillées, veuillez consulter l'examen systématique sur www.canadiantaskforce.ca

Cadre analytique : dépistage

Adultes
asymptomatiques
ne présentant pas
de risque élevé de
cancer colorectal



Inconvénients du dépistage
(complications du test ou
du suivi ; faux positif ; faux
négatif ; surdiagnostic)

Mortalité (toutes causes
confondues et due au
cancer) ; incidence de
cancer colorectal de
stade avancé

Types d'études admissibles

- **Population** : Adultes (18 ans et plus) asymptomatiques ne présentant pas de risque élevé de cancer colorectal. Étaient exclus les adultes à haut risque, les patients ayant des symptômes suggérant un cancer colorectal sous-jacent et ceux porteurs de mutations génétiques connues pour être associées à un risque accru de cancer colorectal.
- **Langue** : Anglais, français.
- **Type d'études** : Essais randomisés contrôlés (ERC), études de cohorte (avec groupe de comparaison) et cas-témoins.
- **Résultats** : Pour les avantages : mortalité due au CCR, mortalité toutes causes confondues et incidence de CCR de stade avancé. Pour les inconvénients : complications du test/test de suivi, faux positif, faux négatif et surdiagnostic.

Comment les données probantes sont-elles évaluées ?

Système « **GRADE** » :

- **G**rating of **R**ecommendations, **A**ssessment, **D**evelopment & **E**valuation

Qu'évaluons-nous ?

1. Qualité des données probantes

- Degré de confiance que les données probantes disponibles reflètent fidèlement l'effet réel théorique de l'intervention ou du service.
- Élevée, modérée, faible, très faible.

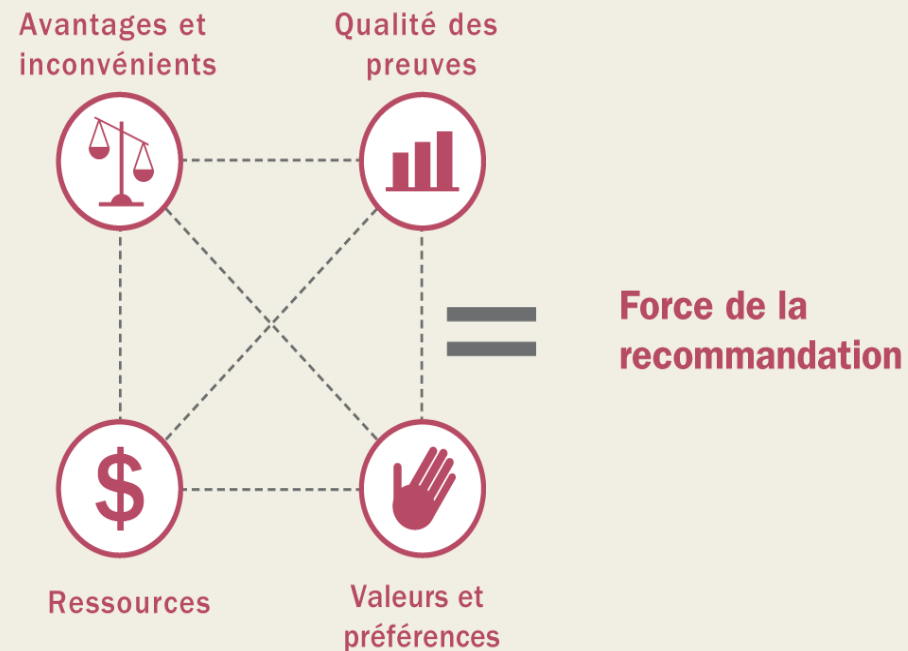
2. Force de la recommandation

- L'équilibre entre les effets désirables et indésirables ; la variabilité ou l'incertitude des valeurs et préférences des citoyens ; et si l'intervention représente une utilisation judicieuse des ressources.
- Forte et faible.

Comment la force des recommandations est-elle déterminée ?

La force des recommandations (forte ou faible) se base sur quatre facteurs :

- **Qualité** des données probantes à l'appui.
- Degré de certitude quant au **rapport entre les effets désirables et indésirables**.
- Degré de certitude/variabilité des **valeurs et préférences** des personnes.
- Degré de certitude quant au **bien-fondé de l'utilisation des ressources** par l'intervention.



Ce tableau constitue un guide pour l'

interprétation des recommandations

Implications	Recommandation forte	Recommandation faible
Pour les patients	<ul style="list-style-type: none">• La plupart des personnes souhaiteraient suivre le plan d'action recommandé.• Seule une faible proportion ne le souhaiterait pas.	<ul style="list-style-type: none">• La majorité des personnes dans cette situation souhaiteraient suivre le plan d'action suggéré, mais de nombreuses autres ne le souhaiteraient pas.
Pour les cliniciens	<ul style="list-style-type: none">• La plupart des personnes devraient bénéficier de l'intervention.	<ul style="list-style-type: none">• Le fait que des patients différents peuvent requérir des choix différents est reconnu.• Les cliniciens doivent aider les patients à prendre des décisions de prise en charge compatibles avec leurs valeurs et préférences.
Pour les responsables des politiques	<ul style="list-style-type: none">• La recommandation peut se traduire par une politique dans la plupart des situations.	<ul style="list-style-type: none">• L'élaboration de politiques exigera un débat de fond et la participation de divers intervenants.

Dépistage du cancer colorectal

**PRINCIPAUX RÉSULTATS
ET RECOMMANDATIONS**

Résumé des principaux résultats

Outil de dépistage	Âge	Rapport de risque			
		Mortalité due au CCR	IC à 95 %	Incidence de CCR de stade avancé	IC à 95 %
RSOS (méta-analyse de 4 ERC)	45-80	0,82	0,73-0,92	0,92	0,85-0,99
Sigmoïdoscopie flexible (analyse groupée, 4 ERC)	55-74	0,72	0,65-0,81	0,75	0,66-0,86

- Aucun ERC ne fournit de résultats sur les bénéfices en termes de mortalité du dépistage par coloscopie, colonographie par TDM, lavement baryté, TR ou recherche d'ADN fécal.
- Aucun test de dépistage n'a réduit la mortalité toutes causes confondues.

Lignes directrices 2015 sur le cancer colorectal

Ces lignes directrices fournissent des recommandations aux professionnels sur le dépistage préventif dans les établissements de soins de première ligne :

- Ces recommandations s'appliquent aux **adultes âgés de 50 ans et plus** ne présentant **pas de risque élevé** de CCR.
- Ces recommandations ne s'appliquent pas aux adultes ayant :
 - présenté des polypes ou un CCR par le passé ;
 - une maladie inflammatoire chronique de l'intestin ;
 - des signes ou symptômes de CCR ;
 - des antécédents de CCR chez un ou plusieurs parents au premier degré ;
 - des syndromes héréditaires prédisposant au CCR, comme une polypose adénomateuse familiale ou un syndrome de Lynch.

Dépistage par RSOS ou SigFlex

Recommandation 1 : Nous recommandons de dépister le CCR chez les adultes âgés de 60 à 74 ans par RSOS (RSOSg ou TIF) tous les deux ans OU par sigmoïdoscopie flexible tous les 10 ans.

• *Recommandation forte ; données probantes de qualité moyenne*

Recommandation 2 : Nous recommandons de dépister le cancer colorectal (CCR) chez les adultes âgés de 50 à 59 ans par RSOS (RSOSg ou TIF) tous les deux ans OU par sigmoïdoscopie flexible tous les 10 ans.

• *Recommandation faible ; données probantes de qualité moyenne*

Dépistage par RSOS ou SigFlex : âge 50-74

Fondement de la recommandation :

- De l'avis du GECSSP, la RSOS et la sigmoïdoscopie flexible sont toutes deux des tests de dépistage raisonnables chez les patients âgés de 50 à 74 ans d'après les données probantes issues d'ERC.
- La formulation de recommandations de dépistage distinctes pour deux groupes d'âge attribue une valeur relativement plus élevée au rapport différent entre avantages et inconvénients en fonction de l'âge et une valeur relativement plus basse au surcroît de complexité que suppose la publication de deux recommandations plutôt qu'une.
- Bien que les avantages relatifs soient similaires pour les groupes de patients plus âgés (60-74) et plus jeunes (50-59), les avantages absolus sont plus réduits pour la tranche d'âge 50-59 en raison de l'incidence plus faible. Ceci justifie une recommandation faible du dépistage chez les patients âgés de 50 à 59 ans, tandis que la recommandation est forte entre l'âge de 60 et 74 ans.

Pas de dépistage pour les adultes de 75 ans et plus

Recommandation 3 : Nous déconseillons le dépistage du cancer colorectal (CCR) chez les adultes âgés de 75 ans et plus.

- *Recommandation faible ; données probantes de faible qualité*

Fondement de la recommandation :

- Manque de données d'ERC sur les avantages du dépistage dans ce groupe d'âge (les âges maximaux inclus étaient variables, mais s'établissaient à 64 ans, 74 ans, 75 ans et 80 ans pour la RSOSg, et à 64 ans et 74 ans pour la sigmoïdoscopie flexible).
- Espérance de vie réduite dans les groupes d'âge plus vieux.
- Les adultes de plus de 74 ans qui sont en bonne santé (espérance de vie plus longue) et sont moins préoccupés par le manque d'avantages rapportés ou par les inconvénients potentiels peuvent choisir de se soumettre au dépistage.

Pas de dépistage par coloscopie

Recommandation 4 : Nous déconseillons la coloscopie comme test de dépistage du cancer colorectal (CCR).

- *Recommandation faible ; données probantes de faible qualité*

Fondement de la recommandation :

- Bien que la coloscopie puisse offrir des avantages cliniques similaires ou supérieurs à ceux associés à la sigmoïdoscopie flexible, on manque actuellement de données probantes directes issues d'ERC sur son efficacité par comparaison aux autres tests de dépistage (en particulier le TIF).
- Outre le manque de données probantes, les listes d'attente, les contraintes de ressources et un potentiel supérieur d'inconvénients sont eux aussi source de problèmes.
- Les patients moins préoccupés par les inconvénients potentiels de la coloscopie et/ou plus intéressés par un test prévoyant un intervalle de dépistage plus long peuvent malgré tout demander un dépistage par coloscopie.

NND pour la mortalité par CCR par groupes d'âge, risque de base sous-jacent variable

Résultat	Test de dépistage	Groupe d'âge (années)	RAR	NND	NND (IC à 95 %)
Mortalité due au CCR	RSOSg bisannuelle	< 60 (45 à 59)	0,0377 %	2 655	150
Mortalité due au CCR	RSOSg bisannuelle	≥ 60 (60 à 80)	0,2032 %	492	326-1 157
Mortalité due au CCR	Sigmoïdoscopie flex	< 60 (45 à 59)	0,0540 %	1 853	1 441-2 713
Mortalité due au CCR	Sigmoïdoscopie flex	≥ 60 (60 à 80)	0,2912 %	343	267-503

Inconvénients du dépistage

- Pas d'études de haute qualité évaluant les inconvénients du dépistage pour le cancer colorectal
- Les inconvénients potentiellement associés au dépistage comprennent :
 - décès ;
 - perforation ;
 - saignement (avec ou sans hospitalisation) ;
 - faux positif ou faux négatif ;
 - surdiagnostic

Comparaison des recommandations de dépistage du cancer colorectal

- Nos recommandations sont en accord avec la précédente ligne directrice du GECSSP de 2001.
- Les programmes de dépistage provinciaux recommandent le dépistage par RSOS (TIF, dans la plupart des cas) tous les un à deux ans.
- Actuellement, aucune province ne recommande le dépistage par sigmoïdoscopie flexible.
- L'USPSTF a publié en 2008 des recommandations (en cours de mise à jour) conseillant la RSOS, la sigmoïdoscopie flexible ou la coloscopie.

Comparaison : ligne directrice du GECSSP vs. projet de ligne directrice de l'USPSTF

LIGNE DIRECTRICE	GECSSP (2015)		PROJET DE L'USPSTF (2015)	
GROUPE D'ÂGE ET RECOMMANDATIONS	50-59 ANS	DÉPISTER (FAIBLE)	50-75 ANS	DÉPISTER – Grade A
	60-74 ANS	DÉPISTER (FORTE)		DÉPISTER – Grade A
	> 75 ANS	NE PAS DÉPISTER (FAIBLE)	76-80 ANS	DÉPISTER – Grade C
MODALITÉS ET INTERVALLES DE DÉPISTAGE DU CCR	RSOSg ou TIF	Tous les 2 ans	RSOSg ou TIF	Tous les ans
	Sigmoïdoscopie flexible	Tous les 10 ans	Sigmoïdoscopie flexible	Tous les 10 ans plus TIF chaque année
	Coloscopie	Déconseiller	Coloscopie	Tous les 10 ans

Dépistage du cancer colorectal

**MISE EN ŒUVRE DES
RECOMMANDATIONS**

Ressources

- Nous prévoyons que la plupart des Canadiens feront l'objet d'un dépistage par TIF ou RSOSg en raison des problèmes d'accès et de disponibilité de la sigmoïdoscopie flexible.
- Bien que la sigmoïdoscopie flexible soit rarement utilisée à des fins de dépistage dans de nombreux territoires/provinces, elle pourrait mériter un examen plus attentif. Elle peut en effet être réalisée dans les mêmes établissements que la coloscopie au moyen d'équipements similaires, mais sans exiger l'intervention d'un spécialiste tel qu'un gastroentérologue.
- Les programmes de dépistage devraient comparer les implications en termes de formation des prestataires, de préparation intestinale des patients et de ressources nécessaires de la création d'établissements de dépistage par sigmoïdoscopie flexible et par RSOS.

Valeurs et préférences

- Une enquête canadienne sur les préférences quant aux tests de dépistage a révélé que les personnes interrogées étaient préoccupées par le caractère invasif, le niveau de préparation requis et la douleur associée au test.
- D'après une étude américaine, les priorités des patients étaient la prévention du cancer (55 %), l'absence d'effets secondaires du test (17 %), la minimisation des faux positifs (15 %) et la combinaison de la fréquence de dépistage, la préparation au test et les procédures de test (14 %).
- Lorsque les patients ont le choix entre plusieurs tests de dépistage, les besoins de sédation, la fiabilité perçue du test, la confiance dans la réalisation du test, la préparation intestinale et la fréquence du test peuvent influencer la décision.

Outils d'application des connaissances

- Le GECSSP crée des outils d'AC facilitant la transposition des lignes directrices dans la pratique clinique.
- Un tableau de recommandations à l'intention des cliniciens et une FAQ pour les patients ont été élaborés pour la ligne directrice sur le cancer colorectal.
- Ces outils peuvent être téléchargés gratuitement tant en français qu'en anglais sur le site Internet : www.canadiantaskforce.ca

Dépistage du cancer colorectal

CONCLUSIONS

Conclusions

- Le GECSSP recommande que les prestataires de soins primaires parlent de l'option de test la plus appropriée avec les patients âgés de 50 ans et plus envisageant de se soumettre au dépistage.
- Le dépistage du CCR par RSOS ou sigmoïdoscopie flexible réduit la mortalité par CCR chez les personnes âgées de 50 à 74 ans ; les inconvénients directs de ces tests sont minimaux.
- La recommandation forte de procéder au dépistage chez les adultes de 60 à 74 ans par RSOSg, TIF ou sigmoïdoscopie flexible signifie que les prestataires de soins primaires devraient offrir ce service à toutes les personnes de ce groupe d'âge.

Conclusions

- La recommandation faible de procéder au dépistage chez les adultes de 50 à 59 ans par RSOSg, TIF ou sigmoïdoscopie flexible signifie qu'une discussion plus nuancée des avantages et inconvénients sera nécessaire.
- À partir de l'âge de 75 ans, les prestataires de soins primaires doivent aborder les préférences de dépistage individuelles.
- Les valeurs et préférences du patient, la disponibilité des tests et l'espérance de vie sont autant de facteurs à considérer lors de l'établissement de la meilleure option de dépistage pour une personne donnée.
- Le GECSSP déconseille d'utiliser la coloscopie comme outil de dépistage pour le moment. Quatre essais examinant l'intérêt en matière de mortalité du dépistage par coloscopie sont en cours. Ils seront pris en compte par le GECSSP une fois leurs résultats publiés.

L'application mobile du GECSSP est à présent disponible



- Cette application contient des résumés des lignes directrices et recommandations, des outils d'application des connaissances et des liens vers des ressources supplémentaires.
- Les principales fonctionnalités comprennent des marque-pages facilitant l'accès aux sections, l'affichage du contenu en anglais ou en français et la modification de la taille de police.

Pour plus d'informations

Pour plus de détails sur cette ligne directrice, veuillez consulter :

- Site Internet du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs :

<http://canadiantaskforce.ca/?content=pcp>

Questions et réponses :

Merci