

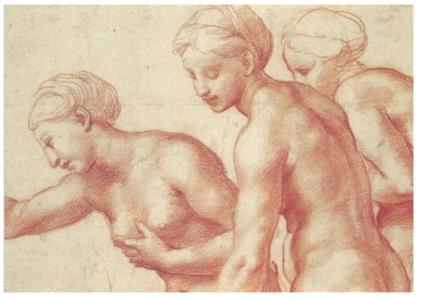
Raphaël, les trois grâces (collection de la Reine Elisabeth)

Analyse du plan d'action ministériel pour la rénovation du dépistage organisé

Dr Magali LACROIX-TRIKI

Gustave Roussy, Villejuif





...ou comment un pathologiste averti en vaut deux!

Raphaël, les trois grâces (collection de la Reine Elisabeth)

Dr Magali LACROIX-TRIKI

Gustave Roussy, Villejuif





Conflits d'intérêt

- Roche SAS
- Myriad Genetics
-aucun avec le Ministère!





De quoi parle-t-on?

- Cancer du sein : le plus fréquent chez la femme
- ~12 000 décès par an
- Si détecté tôt, guéri dans 9 cas sur 10

enjeu majeur

Dépistage =

 Rénovation du programme de dépistage initiée par la Ministre Marisol TOURAINE en octobre 2016, s'appuyant sur l'INCa

PLAN D'ACTION POUR LA RÉNOVATION DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN







AVRIL 2017



Les grandes lignes







- Mise en place d'une consultation à 50 ans dédiée à la prévention et au dépistage
- Amélioration de l'information délivrée
- Formation des professionnels de santé
- Amélioration accès au dépistage organisé
- Amélioration de la qualité de prise en charge
 - Accueil plus humain et personnalisé
 - Amélioration qualité en radiologie et en anapath
- Développer la recherche



Ce qui nous concerne





8. La qualité en radiologie et en anatomo-cytopathologie sera améliorée

- Par ailleurs, en anatomo-cytopathologie, une reconnaissance de la compétence en sénologie des anatomo-cytopathologistes sera mise en place en s'appuyant sur une formation spécifique et un contrôle de qualité externe, se référant à des valeurs seuil de pratique.
 - Une expérimentation d'une double lecture anatomo-cytopathologique des lésions frontières à fort risque de surdiagnostic sera lancée par l'INCa dans les trois prochaines années. Ces lésions, dont la fréquence est faible, le diagnostic délicat et l'évolutivité difficile à évaluer, ne constituent pas une urgence thérapeutique. La confirmation ou l'infirmation diagnostique via une 2^{nde} lecture régionale par des structures régionales expertes peut ainsi être organisée dans des délais raisonnables.
 - Enfin, une définition de comptes-rendus standardisés d'anatomo-cytopathologie, accompagnée d'une organisation de la diffusion automatisée de comptes-rendus aux structures de gestion du dépistage permettant l'évaluation des pratiques et du programme, sera faite par un groupe de travail réunissant les représentants des professionnels concernés (sociétés et syndicats d'anatomo-cytopathologie).





Anticipons!

- Groupe de travail mis en place août 2017
- Initiative SMPF
- Pathologistes du privé, CHU, CLCC
- Coordination: Christophe Sattonet
- Objectif: élaborer et rédiger une contre-proposition réaliste et argumentée pour la mise en place d'un contrôle de qualité en anapath pour le diagnostic des lésions frontières dans le cadre du dépistage
- Validation: sociétés savantes et SMPF
- Destinataire: INCa
- Timeline (idéal): fin 2017

C. Sattonet (Nice)

J. Chetrit (Nantes)

L. Arnould (Dijon)

B. Poulet (Paris)

R. Duprez-Paumier (Toulouse)

M. Lacroix-Triki (Villejuif)





Prouver que nous sommes compétents

1

Par ailleurs, en anatomo-cytopathologie, une reconnaissance de la compétence en sénologie des anatomo-cytopathologistes sera mise en place en s'appuyant sur une formation spécifique et un contrôle de qualité externe, se référant à des valeurs seuil de pratique.

- Justifier d'une formation initiale et continue
 - ≥1 semestre dans un service à forte orientation sénologique
 - EPU et formations (quel rythme ?)
- Justifier d'une file active de patients (seuil) : combien??
 - Intérêt d'une base nationale lésions frontières: comparaison statistique
- Justifier d'une qualité technique
 - Accréditation (15189) ?
 - Contrôles externes (AFAQAP): HES, qualité du bloc en paraffine (quel rythme?)





Double lecture?

2

Une expérimentation d'une double lecture anatomo-cytopathologique des lésions frontières à fort risque de surdiagnostic sera lancée par l'INCa dans les trois prochaines années. Ces lésions, dont la fréquence est faible, le diagnostic délicat et l'évolutivité difficile à évaluer, ne constituent pas une urgence thérapeutique. La confirmation ou l'infirmation diagnostique via une 2^{nde} lecture régionale par des structures régionales expertes peut ainsi être organisée dans des délais raisonnables.

- Utilité démontrée (nous y avons spontanément recours depuis longtemps)...
- ... mais effets secondaires du caractère systématique!
 - Comment définir centres experts?
 - Saturation des centres
 - Logistique de circulation
 - Communication encadrée des résultats statistiques
- Reproductibilité inter et intra-observateur imparfaite pour les lésions frontières



Impact of immunohistochemical markers, CK5/6 and E-cadherin on diagnostic agreement in non-invasive proliferative breast lesions



G MacGrogan, L Arnould, ¹ I de Mascarel, A Vincent-Salomon, ² F Penault-Llorca, ³ M Lacroix-Triki, ⁴ F Bibeau, ⁵ M C Baranzelli, ⁶ V Fridman, ⁷ M Antoine, ⁸ V Bécette, ⁹ V Brouste, ¹⁰ J Jacquemier, ¹¹ S Mathoulin-Pélissier ¹⁰ & the GEFPICS group*

20 pathologistes 105 lésions

73 pièces et 32 macrobiopsies

2 rounds de lecture HES HES + IHC

	Prevalence (%)	First round κ values	Second round κ values	P-value
Diagnostic category Overall		0.47	0.53	0.15 (NS)
Usual ductal hyperplasia	15.2	0.5	0.63	
Flat epithelial atypia	6.0	0.44	0.44	
Atypical ductal hyperplasia	13.3	0.36	0.43	
Atypical lobular hyperplasia	14.3	0.39	0.44	
Atypical ductal hyperplasia and atypical lobular hyperplasia	4.8	0.12	0.24	
Lobular carcinoma in situ	10.5	0.51	0.59	
Ductal carcinoma in situ non-high grade	14.3	0.5	0.53	
Ductal carcinoma <i>in situ</i> non-high grade and lobular carcinoma <i>in situ</i>	1.0	0.25	0.35	

→ Reproductibilité moyenne...
...mais perfectible (EPU, formations...)



Lésions frontières

- Liste?
- Codage?
- Fréquence

lésion	ADICAP	Fréquence -
Atypie épithéliale plane (métaplasie cylindrique atypique)	N'existe pas! 6415 : MCS Inclus dans 6830	1,1-1,9%
Hyperplasie canalaire atypique	6830	3,5-3,7%
CCIS de bas grade	A5B2	0,3-0,8%
Hyperplasie lobulaire atypique	6840	0,8-1,2%
CLIS	A5B1	0,8%
Papillome	A0P4	2,8-3,4%
Cicatrice radiaire	6773	0,6%
Tumeur phyllode	A0P6, A4P6, A7P6	0,6-0,7%

Source: sondage 1^{er} semestre 2017
GEFPICS 3241 biopsies
(7 centres)
PACA 4600 biopsies
(4 centres)

Total: 11,8-12,3% soit 401-542 biopsies sur seulement 6 mois !





Des garde-fous et des pistes...

- → Rôle de la RCP pré-thérapeutique +++
 - Standardiser la formule conclusive
 - 3

Enfin, une définition de comptes-rendus standardisés d'anatomo-cytopathologie, accompagnée d'une organisation de la diffusion automatisée de comptes-rendus aux structures de gestion du dépistage permettant l'évaluation des pratiques et du programme, sera faite par un groupe de travail réunissant les représentants des professionnels concernés (sociétés et syndicats d'anatomo-cytopathologie).

- Indiquer dans la conclusion la nécessité d'un passage en RCP
- Possibilité de cas « simples » enregistrés ?
- Restreindre les indications de relecture à des cas précis ?
 - Par exemple si chirurgie/traitement radical
 - Sur demande de la RCP
- Privilégier les co-lectures intra-site ou réseaux régic
 - → travail de rédaction en cours
 - → validation SFSPM, SFP, SMPF

