

Le dépistage du cancer du sein : controverses & perspectives

Suite de la page 3

- **5 % < 40 ans** : la prédisposition génétique concerne, tous âges confondus, 5-10 % des cancers du sein mais 25 % < 30 ans → stratégie de dépistage spécifique.
- **25 % entre 40 et 50 ans** avec moins de stades I et plus de stades II que dans la population cible → étendre le dépistage à cette classe d'âge mais il ne sera aussi efficace qu'à condition de comporter, **chaque année** (car davantage de cancers agressifs), mammo + écho (seins plus denses). Pour 1 000 femmes dépistées annuellement, on évite 1 décès au prix de 160 examens complémentaires.
- **20 % des cas > 70 ans** dont 25 % aux stades III et IV → extension du Mammotest.

Ces aménagements devraient permettre

- ✓ de diminuer la mortalité par cancer du sein de $\geq 40\%$ (> 1 000 femmes sauvées/an) ;
- ✓ de découvrir plus de tumeurs de petite taille → davantage de traitements conservateurs.

Pour améliorer l'efficacité de notre lutte contre le fléau du cancer du sein, il est capital de sensibiliser sans relâche **toute** la population féminine et d'améliorer la complémentarité des deux systèmes de dépistage organisé et individuel. Pour concilier efficacité et qualité de vie, nous devons encore diminuer les faux positifs estimés à 5 % (trop d'examens = surdiagnostic) et les faux négatifs (retard au diagnostic, cancer d'intervalle).

Dr Renaud Paquay • Coordinateur • Clinique du Sein EpiCURA

Concertation citoyenne et scientifique : une expérience en France

Le cancer du sein tue chaque année en France 12 000 femmes. Son dépistage est donc un enjeu majeur de santé publique. En demandant à l'Institut national du cancer français (INCa), à l'occasion d'Octobre Rose 2015, l'organisation d'une concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein, Marisol Touraine, ministre française des Affaires sociales et de la Santé, a souhaité, dans un contexte de tassement de la participation au dépistage depuis plusieurs années, acter la controverse sur le dépistage et ouvrir la réflexion aux femmes et aux professionnels de santé, de sorte à définir les conditions d'amélioration de ce programme de santé publique.

La concertation a porté sur l'intérêt et les limites du dépistage du cancer du sein, sur les objectifs assignables à ce programme, par exemple la lutte contre les inégalités, et sur son organisation. Elle a réuni la constitution d'un comité d'orientation indépendant et pluridisciplinaire, une conférence de citoyennes et une conférence de professionnels de terrain concernés par le dépistage, sans en être des experts. Elle s'est également appuyée sur l'audition d'experts, tant de défenseurs que de détracteurs du dépistage, sur l'avis de parties prenantes du dépistage, via le comité technique du dépistage du cancer du sein, et sur l'analyse de près de 500 contributions déposées sur un site dédié. Une journée de restitution publique des contributions et d'échange s'est tenue en mai 2016. A l'issue de ce processus, le comité d'orientation a produit un rapport d'orientation, remis par l'INCa à la ministre en septembre 2016.

Selon le rapport du comité d'orientation, le programme ne devrait être maintenu que s'il fait l'objet d'une évolution en profondeur ; l'hypothèse de l'abandon du programme de dépistage présentée comme l'un des scénarii possibles est en effet très risquée, génératrice d'inéquités et de pertes de chance. Les principales recommandations d'évolution sont les suivantes :

1. modernisation du programme de dépistage organisé en développant un parcours plus personnalisé, mieux coordonné et impliquant davantage le médecin traitant ;
2. arrêt de tout dépistage du cancer du sein avant 50 ans pour les femmes sans facteur de risque particulier ;
3. mise à disposition d'une information moins incitative et plus équilibrée des femmes de sorte à faciliter la décision de participer en toute connaissance de cause ;
4. réduction des inégalités sociales de santé, objectif réaffirmé du programme de dépistage en insistant sur la nécessaire gratuité totale des examens de confirmation.

Le comité recommande par ailleurs d'en renforcer l'évaluation en prenant en compte d'autres dimensions que la mortalité (par exemple la morbidité, la qualité de vie et la réduction des inégalités) et de poursuivre les efforts de recherche sur les marqueurs d'évolutivité et d'agressivité des cancers du sein, de sorte à réduire le surtraitement.

Au vu de ces orientations, la ministre a annoncé une rénovation profonde du programme de dépistage organisé et a confié à l'INCa et à la Direction générale de la santé le soin d'élaborer d'ici la fin de l'année un plan d'action cohérent avec ces orientations et assorti d'un volet d'évaluation et de recherche.

Cette lettre d'information est disponible gratuitement sur demande écrite à : OSH - rue de Saint-Antoine 1

7021 Havré - Belgique, par téléphone au +32 (0)65 87 96 00, via notre courriel : observatoire.sante@hainaut.be ou téléchargeable sur notre site Internet : <http://observatoiresante.hainaut.be>

Editeur responsable : OSH - Michel Demarteau - rue de Saint-Antoine 1 - 7021 Havré - Belgique - Tirage : 2 300 exemplaires - Edition : Décembre 2016

Hainaut Prévention

Sommaire

Edito	1
Pratique d'un médecin généraliste en matière de dépistage du cancer du sein	1
Fonctionnement et données du Mammotest en Wallonie	2-3
Le dépistage du cancer du sein : controverses & perspectives	3-4
Concertation citoyenne et scientifique : une expérience en France	4

Comité de lecture

- Dr Jean-Paul Meurant, Médecin généraliste
- Dr Vincent Parmentier, Médecin généraliste
- Dr Michèle Vilain, Médecin généraliste

Edito

Ce numéro est consacré au dépistage du cancer du sein.

Ce dépistage peut être effectué de deux manières : par le bilan sénologique ou par le Programme de dépistage organisé, appelé Mammotest. Le bilan sénologique reste le plus prescrit tant par les gynécologues que par les médecins généralistes. Pourquoi si peu d'attrait pour le Programme ?

Objet de controverses, ce dépistage est un examen de qualité dont l'ensemble des modalités sont parfois méconnues. Impliquant moins le médecin généraliste, il est aussi moins personnalisé. Face à cette situation et à l'enjeu de santé publique que représente le dépistage du cancer du sein, une modernisation du programme serait sans doute la bienvenue à l'instar de la concertation citoyenne et scientifique mise en place en France en 2016.

Bonne lecture et excellentes fêtes de fin d'année !

Marie-José Couteau • Observatoire de la Santé du Hainaut

Pratique d'un médecin généraliste en matière de dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein reste la première cause de mortalité entre 50 et 69 ans chez la femme. Une femme sur 10 développera un cancer du sein. La détection précoce permet d'augmenter les chances de guérison et de survie. Ce dépistage peut être effectué par un dépistage personnalisé ou par le Mammotest. Le dépistage personnalisé est un bilan qui comprend l'entretien, l'examen clinique, une mammographie et parfois une échographie mammaire. Le Mammotest est un dépistage de masse. Gratuit, réalisé tous les 2 ans entre 50 et 69 ans dans un centre agréé, il comprend une mammographie lue par 2 radiologues.

Pour la patiente, en effectuant ce dépistage, il y a l'inconvénient d'exposer ses seins, la crainte de la douleur et surtout la peur d'un lourd traitement si le résultat est positif. Pour le généraliste, il existe beaucoup de faux positifs qui engendrent de l'anxiété chez la patiente. Le traitement "des anomalies limites" par des cytoponctions complémentaires provoque une anxiété entamant le moral et la quiétude de vie de la patiente. Par ailleurs, il existe une certaine crainte vis-à-vis du développement du cancer entre ces dépistages. Les faux négatifs procurent une fausse sécurité à la patiente. Même s'ils sont rares, ils sont difficiles à lui expliquer.

L'avantage de la pratique du dépistage est le sentiment d'avoir fait son travail. Malgré ces inconvénients, la mortalité du cancer du sein et la lourdeur du traitement diminuent.

Je reste convaincu de l'efficacité du dépistage du cancer du sein et du rôle que j'exerce dans le dépistage de celui-ci. La pratique du dépistage du cancer du sein doit être perçue comme une habitude de soins dans la consultation courante. Au niveau de la santé publique, cette habitude de soins nous rend incontournable dans toute campagne de prévention du cancer et aussi de vaccination. Si le dépistage n'est pas réalisé, la proposition de faire le point sur un dépistage, quel qu'il soit, est toujours bien perçue par la patiente.

De plus en plus de protocoles de mammographies demandés par les gynécologues nous parviennent et cela permet d'être mieux renseignés sur les dépistages effectués.

Dans le logiciel médical informatisé, les ALERTES émises me permettent de mieux intégrer un dépistage dans cette habitude de soins. Elles ne repèrent pas toutes les mammographies effectuées par certains centres et elles doivent être réanalysées dans le temps de consultation de la patiente qui, le plus souvent, vient pour un autre motif. Les consultations sur rendez-vous sont plus propices à cette démarche. Les rappels de demandes de mammographies ou d'échographies doivent être notés dans les plans d'action hors temps de consultation avec la patiente, ce qui peut être une source d'oubli.

En pratique, le dépistage du cancer du sein est certainement un moyen efficace d'améliorer les chances de guérison et de survie des patientes.

Dr Luc Vansnick • Médecin généraliste • Ransart

Observatoire de la Santé du Hainaut - rue de Saint-Antoine 1 - 7021 Havré - Belgique

Tél. : +32 (0)65 87 96 00 - Fax : +32 (0)65 87 96 79

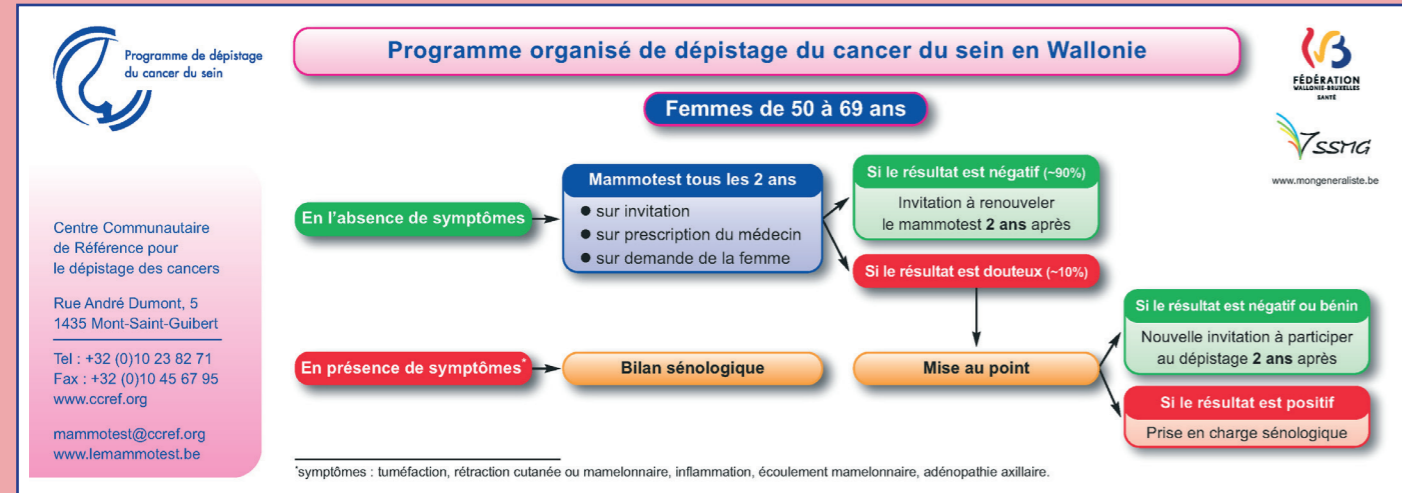
Courriel : observatoire.sante@hainaut.be - Visitez notre site Internet : <http://observatoiresante.hainaut.be>

Fonctionnement et données du Mammotest en Wallonie

En Belgique, en 2014, 10 466 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués¹. C'est le cancer le plus fréquent chez la femme.

Le dépistage précoce du cancer du sein augmente les chances de guérison complète et permet souvent un traitement moins lourd. C'est entre 50 et 69 ans que le dépistage par mammographie est le plus efficace pour diminuer la mortalité. Le dépistage du cancer du sein chez les femmes sans facteur de risque entre 40 et 49 ans est déconseillé car le bénéfice est incertain et les effets secondaires importants². Prolonger le dépistage entre 70 et 74 ans n'est actuellement pas recommandé³. En Wallonie, les femmes entre 50 et 69 ans peuvent bénéficier tous les 2 ans d'une mammographie de dépistage gratuite appelée "Mammotest". Celui-ci fait l'objet d'une assurance de qualité particulière conforme aux "European guidelines"⁴. Cet examen est recommandé tous les 2 ans soit sur prescription du médecin généraliste ou du gynécologue, soit via la lettre d'invitation adressée personnellement et qui vaut prescription. Le Mammotest s'adresse à toutes les femmes de 50 à 69 ans asymptomatiques (pas de signe ou de symptôme au niveau des seins) et qui ne présentent pas de risque particulier de cancer du sein.

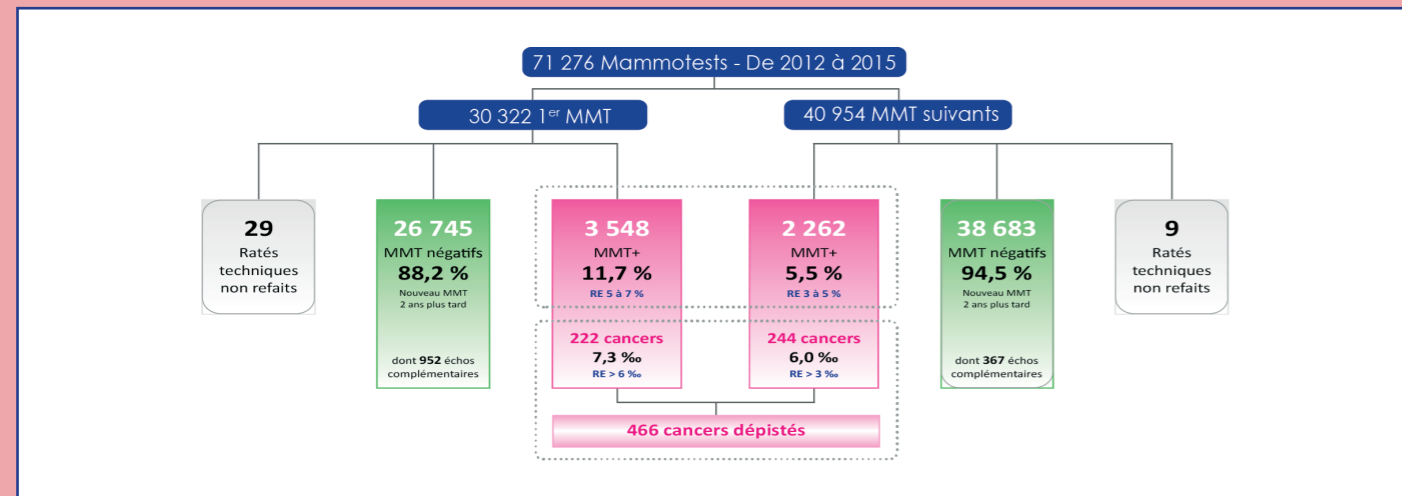
Le fonctionnement du programme est repris dans le schéma suivant :



Tout en délivrant une information claire⁵ sur les effets indésirables du dépistage (faux-positifs, faux-négatifs, surdiagnostic⁶, cancers radio-induits), il faut mettre en avant la plus-value du Programme de dépistage qui garantit un examen dont la qualité est contrôlée. Le dépistage organisé réduit d'une part, le nombre de faux-positifs et de faux-négatifs par rapport au dépistage individuel grâce à une double lecture indépendante et, d'autre part, le nombre d'examens complémentaires inutiles (échographie, ponctions...).

Pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité liée au cancer du sein dans la population, il est nécessaire d'obtenir un taux de participation élevé de la population cible et d'identifier un maximum de cancers (bonne sensibilité). Il est aussi nécessaire de réduire au minimum le nombre de femmes rappelées inutilement (bonne spécificité). En Wallonie, la participation au Programme reste insuffisante, surtout en raison des habitudes des médecins et des femmes de s'orienter vers un dépistage individuel (bilan sénologique), filière qui jusqu'à présent n'est ni soumise aux exigences de qualité européennes ni évaluée selon les indicateurs de performance européens.

Données analysées entre 2012 et 2015 :



Les indicateurs de **qualité** et d'**efficacité** (taux de détection, proportion de cancers ≤ à 10 mm, proportion de cancers dont les ganglions sont négatifs) sont analysés à partir des résultats des mises au point des Mammotests positifs transmis par les unités de mammographie et/ou les médecins référents et spécialistes.

Ces indicateurs sont en adéquation avec les recommandations européennes (RE⁷).

Le **taux de rappel** suite à un Mammotest "ultérieur" (2° ou suivant) est en nette diminution depuis 2012 et en adéquation avec les recommandations européennes depuis 2014. Cette évolution est due au fait que depuis l'utilisation de la mammographie numérique (septembre 2009), les clichés sont archivés au CCR⁸ et une comparaison de plus en plus fréquente peut-être réalisée avec les clichés précédents.

Le délai entre la réalisation du Mammotest et l'envoi du résultat au médecin référent est en moyenne de 5,4 jours calendrier et 92 % des résultats sont transmis endéans les 10 jours calendrier (RE = ≥ 90 %).

Le Mammotest est **performant** en termes de détection de petites tumeurs pour autant que le délai de 24 mois entre 2 Mammotests soit respecté. Le traitement des cancers du sein dépistés est conservateur dans une grande majorité des cas tant pour les cancers invasifs que pour les cancers in situ.

Le Mammotest est un examen de qualité et la procédure de double lecture indépendante permet chaque année de récupérer 10 % de cancers non identifiés par la première lecture.

1. Fondation Registre du Cancer, 2016
2. KCE - Centre Fédéral d'Expertise des soins de Santé - 2010 - rapports 129A et 129B
3. KCE - Centre Fédéral d'Expertise des soins de Santé - 2012 - rapport 176B
4. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition - 2014
5. KCE - Centre Fédéral d'Expertise des soins de Santé - 2014 - rapport 216
6. Sur-diagnostic : détection de cancers qui n'auraient jamais été mis en évidence cliniquement en l'absence de dépistage
7. RE : Recommandations européennes
8. CCR : Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers, en charge du Programme en Wallonie

Michel Candeur • Coordinateur - CCR • Dr Laurence Gordower • Coordinatrice adjointe - CCR

Le dépistage du cancer du sein : controverses & perspectives

Le dépistage précoce du cancer du sein constitue plus que jamais un défi majeur pour notre politique de Santé Publique. La pratique du Mammotest ou de la mammographie avec échographie suscite cependant des réticences, tant dans la population féminine que dans le corps médical, sans parler du souhait des pouvoirs publics de faire des économies. La polémique actuelle s'appuie sur les risques de "sur diagnostic" pouvant entraîner un "sur traitement" (rapport N° 172 du KCE). Néanmoins, la balance bénéfices/risques s'avère toujours favorable et augmente avec l'âge. De plus en plus de femmes, sensibilisées aux facteurs de risque, le sollicitent espérant très souvent que le diagnostic précoce permettra une chirurgie conservatrice sans chimiothérapie et aboutira à la guérison. Ne perdons pas de vue que 75 % des cancers du sein se développent chez des femmes sans facteur de risque avéré.

Le dépistage organisé exige :

1. une maladie fréquente et grave : on estime qu'1 femme/9 en sera atteinte. En Belgique, il y a entre 9 000 et 10 000 nouveaux cas/an avec 2 300 à 2 700 décès/an, ce qui représente la **1^{ère} cause de mortalité féminine par cancer**.
2. un traitement efficace : en 3 décennies, la mortalité tous stades confondus passe de 65 à 35 % à 5 ans (12 % pour les stades précoces) et de 75 à 45 % à 10 ans (21 % pour les stades précoces).
3. un test de dépistage :
 - fiable : la mammographie détecte de petites lésions (2 mm) et peut dans 90 % des cas identifier et caractériser correctement le cancer du sein chez toute femme ;
 - dénué si possible d'inconvénients : 5-10 % d'examens complémentaires anxiogènes (échographie 8 x/10, biopsies 2 x/10) dont 10-20 % peuvent mener au surtraitement ;
 - d'un coût raisonnable : pour obtenir une réduction de > 30 % de la mortalité par cancer du sein, il faut arriver à une participation au dépistage > 70-75 % pour un coût annuel estimé à 30 x 10⁶ € pour le dépistage non organisé et à 15 x 10⁶ € pour le dépistage organisé.
4. un effet sur la mortalité spécifique et/ou la qualité de vie : à 5 ans, mortalité < 6 % pour les stades I et < 20 % pour les stades II. La taille moyenne des tumeurs découvertes par mammo de routine = 1.1 cm ; une première mammo = 1.5 cm ; auto examen régulier = 2.1 cm ; accident = 3.6 cm.

Résultats acquis

Grâce au dépistage, qu'il soit opportuniste ou organisé, la taille des lésions a nettement diminué

- ✓ avec un gain de 15 % (après 10 ans) à 30 % (après 20 ans) de décès par absence de métastases (le décès étant en relation directe avec leur présence) ;
- ✓ et 10-15 % de guérisons supplémentaires grâce aux progrès des traitements systémiques.

Comment faire mieux ?

Age de la population cible :

- **50 % des cancers du sein surviennent entre 50 et 69 ans** (population cible du Mammotest) dont 85 % aux stades I et II ; chez les "jeunes quinquagénaires" aux seins denses (RR 2), libéraliser l'échographie permet de découvrir 5-10 % de cancers infra cliniques en plus (RX négatifs). Pour 1 000 femmes dépistées tous les 2 ans pendant 10 ans, on évite 3 décès dans la tranche 50-59 ans et 4.2 décès dans le groupe 60-69 ans, au prix de 65 examens complémentaires ;