

Dépistage du cancer du sein et recherche de qualité.

Le bénéfice du dépistage systématique du cancer du sein en terme de mortalité évitée est démontré dans la tranche d'âge 50-69 ans. Avant 50 ans le bénéfice est moins net, le rapport avantage inconvénient incertain. Après 70 ans, les études sont rares, l'extension du dépistage à la tranche 70-74 paraît prématurée, mais la poursuite du dépistage pour les femmes déjà inscrites dans un programme est recommandée.^{1,2}

Si le praticien admet facilement le principe d'un dépistage systématique, ses craintes portent sur les modalités de réalisation d'un dépistage organisé: sont-elles aussi performantes que celles du dépistage individuel classique, n'entraîne-t-on une perte de chances pour les patientes ?

Notre but ici n'est pas de rediscuter le problème du bénéfice individuel face au bénéfice collectif, mais de chercher une réponse à l'inquiétude des médecins, en particulier à propos de deux modalités techniques :

- **la périodicité**: initialement de trois ans elle était insuffisante. Les diverses études ont montré que les cancers "d'intervalle" étaient alors nettement plus nombreux qu'avec une périodicité plus courte. L'ANAES recommande une périodicité de 2 ans, que le gouvernement a décidé d'inscrire dans le cahier des charges.

- **le nombre d'incidences**: le cahier des charges actuel du programme de dépistage français est basé sur la réalisation d'une seule incidence en oblique externe, (la mammographie diagnostique, comprend en général trois incidences et une échographie). Plusieurs études anglaises récentes rappelées par l'ANAES ont montré que la réalisation de deux incidences au cours de la première ou des deux premières vagues de dépistage augmentait environ de 25% le nombre de cancers dépistés et réduisait peut-être le nombre de rappels pour examen complémentaire. L'ANAES conseille la réalisation de deux incidences au moins lors des deux premières vagues, ce que le gouvernement semble devoir accepter.

Au delà de ces deux aspects, **les modalités de lecture des clichés** influent largement sur le taux de détection des cancers. Une étude anglaise récente permet des comparaisons entre simple et double incidence d'une part, lecture unique et double lecture d'autre part³.

Le programme anglais a introduit en 1995 une double incidence pour la première vague. La question se pose pour les vagues suivantes. Les auteurs ont analysé 60 programmes britanniques de dépistage du cancer du sein, basés sur une mammographie avec une seule incidence, et une lecture des clichés soit simple, soit double. La double lecture, en cas de discordance, conduit à trois modalités différentes de rappel pour bilan complémentaire: soit automatique si un des lecteurs le demande, soit après réalisation d'un consensus entre les deux lecteurs, soit après arbitrage par une troisième lecture indépendante. Les auteurs ont évalué pour ces 60 programmes les effets attendus en terme de coût efficacité de l'introduction d'une double incidence au delà de la première vague.

Les résultats en terme de coût comme d'efficacité privilégient la double lecture avec arbitrage. Un tableau montre l'ordre croissant d'efficacité selon les modalités du dépistage par rapport au mode "une incidence, simple lecture"

Changer le système de base vers	Nb de Kc suppl détectés
1 incidence, double lecture, rappel syst	11
2 incidences, simple lecture	12
1 incidence, double lecture, consensus	14
2 incidences, double lecture, rappel syst	16
2 incidences, double lecture, consensus	19
1 incidence, double lecture, arbitrage	21
2 incidences, double lecture, arbitrage	26

Cette étude confirme la supériorité en terme de nombre de cancers détectés de la mammographie en double incidence. Cette supériorité est cependant relative et, plus que le nombre de clichés, ce sont les modalités de lecture qui font la différence. **La double lecture systématique des clichés**, et ses divers modes (notamment l'arbitrage en cas de discordance), représentent sans doute un des acquis les plus importants du dépistage organisé qui est en train de se mettre en place.

Il s'agit ici d'une des **procédures d'assurance qualité** que peut promouvoir un dépistage organisé, avec tous les intervenants: médecins traitants généralistes et gynécologues (formation spécifique concernant le dépistage et son suivi); radiologues (surveillance régulière du matériel, formation des manipulateurs et des médecins, double lecture), chirurgiens et cyto-pathologistes (élaboration de protocoles communs..). Au delà du bénéfice spécifique du dépistage, il s'agit là d'une importante retombée professionnelle.

1 - ANAES. Le dépistage du cancer du sein dans la population générale. Recommandations professionnelles. ANAES, 1999;35p

2 - Anonyme. Faut-il dépister le cancer du sein avant 50 ans BIBLIOMED 1999;156

3 - Johnston K, Brown J. Two view mammography at incident screens: cost effectiveness analysis of policy options. B M J. 1999;319:1097-102

Mots clé: sein, cancer, dépistage, mammographie, assurance-qualité

Numéro 168 du 13 janvier 2000