
**Contraception orale et cancer du sein.
Un risque familial à prendre en compte.**

Les prescripteurs et les utilisatrices de contraception orale par estroprogestatifs (CO) ont été longtemps préoccupés par le risque de favoriser un cancer du sein. Une méta-analyse de 50 études parue en 1996 avait montré que si ce risque existait, il était faible.¹ Mais qu'en est-il chez les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein. Une étude vient de paraître sur cette question.² Nous rappellerons la méta-analyse et présenterons la dernière étude.²

CO et cancer du sein en général.¹ La méta-analyse de 1996 regroupait 54 études impliquant 53.297 femmes atteintes d'un cancer invasif du sein et 100.239 femmes indemnes. Toutes les analyses ont été stratifiées selon les données liées à l'âge

Le risque relatif (RR) de cancer du sein chez les utilisatrices actuelles de CO était légèrement supérieur à celui des non utilisatrices à 1,24. Ce RR diminuait après l'arrêt de la CO: 1,16 chez celles qui avaient arrêté depuis 1 à 4 ans, 1,07 chez celles ayant arrêté depuis 5 à 9 ans; il disparaissait après 10 ans d'arrêt de la CO (RR à 1,01).

En raison de la relative rareté du cancer du sein chez la femme jeune, le risque absolu reste faible, évalué à un cancer supplémentaire pour 20.000 utilisatrices âgées de 20 à 25 ans. De plus les cancers chez les utilisatrices actuelles et anciennes étaient moins évolués au moment du diagnostic que chez les non utilisatrices.

La durée de la CO, l'âge de son début, la dose et le type de CO n'ont eu que peu d'effet sur le risque.

CO et cancer du sein en cas de risque familial.²

L'étude a concerné les familles de 426 femmes ayant eu un cancer du sein entre 1944 et 1952. L'enquête, menée entre 1991 et 1996, a cherché à établir le nombre de cancers du sein survenu chez les 6150 apparentées, selon qu'elles étaient utilisatrices de CO ou non.

Le risque était augmenté (RR à 3,3) chez les soeurs et filles des 426 femmes par l'usage de la CO; l'augmentation n'était pas retrouvée chez les petites-filles et nièces (RR à 1,2, non différent des alliées par mariage). Les résultats n'étaient pas modifiés en fonction de la durée de la CO, de la parité, de l'âge de la première grossesse, des premières règles ou de la ménopause. Il n'est pas possible de dire si le risque diminue avec les CO faiblement dosées, le nombre de filles et soeurs les ayant utilisés étant trop réduit.

Dans les familles à haut risque, définies par les antécédents de cancer du sein ou de l'ovaire, le risque augmente plus: RR à 4,6 pour au moins 3 antécédents, RR à 11,5 pour au moins 5, encore uniquement pour filles et soeurs .

Ces études sont intéressantes, en particulier la seconde par sa durée d'observation (36,6 ans en moyenne). Mais elles ont des limites. Leur relative ancienneté ne permet pas d'évaluer de façon satisfaisante l'effet de la réduction des doses hormonales de la CO sur le risque de cancer du sein. Les parents au second degré (petites filles et nièces) avaient un âge moyen de 45 ans dans la seconde étude, ce qui peut laisser échapper un certain nombre de cancers. De ces deux études retenons cependant:

- **une très faible augmentation globale du risque de cancer du sein par la CO** et le stade moins évolué des cancers décelés au cours de son utilisation; cette détection précoce pourrait expliquer une partie des cancers supplémentaires.³ Ce risque très faible n'influe pas sur la décision. Doit-on en informer les femmes, ou plutôt répondre à leurs interrogations ?

- **une augmentation nette du risque de cancer du sein par la CO**, en fonction des antécédents familiaux, (prenant en compte sein et ovaire), apparemment **limitée aux parents au premier degré**.

A ce risque augmenté, on peut opposer le risque diminué de cancer de l'ovaire. Des questions restent cependant sans réponses. Les basses doses d'hormones, limitent-elles le risque? Estrogènes, progestatifs ou les deux sont-ils en cause? L'effet est-il applicable à toute femme avec un risque familial augmenté, ou seulement aux porteuses de la mutation *BRCA1* ou *BRCA2* .

Faut-il alors écarter de la CO les femmes à forte histoire familiale de cancer du sein ? Pour Burke, chez ces femmes, la CO ne peut ni être considérée comme un traitement préventif du cancer de l'ovaire, ni formellement contre-indiquée par le risque majoré de cancer du sein. La décision doit être discutée en fonction des données individuelles et des préférences de la patiente. ³ Rajoutons que si l'on choisit la prescription, la surveillance sénologique devra être plus vigilante.

1- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53297 women with breast cancer and 100239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996;347:1713-27

2 - Grabrick DM et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *JAMA* 2000;284(14):1791-98.

3 - Burke W. Oral contraceptives and breast cancer. A note of caution for high-risk women. *JAMA* 2000;284(14):1837-1838

Mots-clé: contraception orale, sein, ovaire, cancer, génétique, risque

Numéro 204 du 7 décembre 2000

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>