



Données sur l'efficacité du dépistage du cancer du sein en France.

Le dépistage organisé (DO) du cancer du sein va être généralisé en France pour les femmes de 50 à 74 ans. Il trouve sa principale justification dans une réduction de 25 à 30%, après 5 ans de suivi, de la mortalité spécifique dans cette tranche d'âge, démontrée par plusieurs grandes études randomisées internationales. Une méta-analyse danoise en 2001 avait contesté ces résultats. L'évaluation minutieuse de cette méta-analyse par l'ANAES permet de ne pas en retenir les conclusions négatives¹. Pour les femmes de 40-49 ans, le bénéfice reste incertain: la réduction de mortalité est à la limite de la significativité et, en raison de nombreux faux positifs, le rapport bénéfice/risque incertain. Un numéro du BEH² apporte des données françaises.

La méthode.

Elle a varié selon les campagnes. Le protocole initial concernait les femmes de 50 à 69 ans, avec une mammographie (MMG) tous les 3 ans et une incidence par sein. Après double lecture, les MMG suspectes étaient rappelées pour bilan complémentaire. Le nouveau protocole, prenant en compte les remarques de l'ANAES, inclut les femmes de 50 à 74 ans, tous les deux ans, avec deux incidences par sein. La MMG est réalisée par tous les radiologues qui acceptent les engagements de qualité (contrôle des appareils, formation, recueil des données, double lecture). Le radiologue fait un examen clinique et en cas de doute, d'emblée le bilan complémentaire. Tous les clichés négatifs sont soumis à une double lecture.

Les indicateurs précoces³.

Données de 32 départements (10 avec DO depuis plus de 10 ans), comparées au référentiel européen (RE).

* Indicateurs d'impact.

Le taux de participation au DO est de 43 % (20 à 60% selon les départements). Il va en croissant de campagne en campagne. Il est inférieur au RE (70%), mais en prenant en compte les dépistages individuels (DI), plusieurs enquêtes ont montré un taux global de dépistage (DO+DI) de 50 à 77%, rejoignant ainsi le RE.

Parmi les femmes dépistées, 27 % n'avaient jamais eu de MMG, 18 % une MMG plus de 3 ans avant, 48% une moins de 3 ans avant. Ainsi le DO "récupère" 45% des femmes.

* Indicateurs de qualité.

Le taux de bilans complémentaires est de 7% (3,7 à 11,4 selon les départements) à la première campagne, 4,4% ensuite. Pour le RE il doit être < 7% et < 5%. Il est important d'approcher le RE pour limiter le nombre des faux po-

sitifs (mais sans augmenter les faux négatifs).

La valeur prédictive positive de l'indication de biopsie est de 53% à la première campagne, 65% ensuite. (RE : 50%) Ceci témoigne du bon escient des indications de biopsies.

* Indicateurs d'efficacité.

Cancers du sein décelés: 5,6 ‰ (3 à 9‰ selon les départements) à la 1^{ère} campagne, 4,2 ‰ ensuite. (RE 5‰).

Parmi ceux-ci les pourcentages de petits KS sont:

- in situ : 14,3 % (7,8 à 22,5 selon les départements) à la 1^{ère} campagne. (RE 15%).

- invasifs 10mm : 35% (29 à 52 selon les départements) à la 1^{ère} campagne, 37% ensuite. (RE 20 et 25%).

- sans envahissement ganglionnaire: 71%. (RE 70%)

- 10mm sans envahissement ganglionnaire : 29%

Ces données montrent un taux de petits KS élevé (35%), supérieur au RE, et à celui des KS décelés en dehors d'un programme (27%).

Evolution de la mortalité⁴.

La mortalité par cancer du sein chez les femmes de plus de 30 ans a été analysée à partir des données statistiques nationales. Les données des 10 départements ayant mis en place un DO avant 1994 ont été comparées à celles des 85 autres. Sur les 215 000 décès par cancer du sein relevés entre 1978 et 1999, il y a, dans le groupe des 10 départements avec DO ancien, une réduction significative de 7,7% de la mortalité par cancer du sein entre les périodes 1988-92 et 1995-99, et une stabilité dans les autres (diminution non significative de 1%).

Ces données qui n'ont pas la valeur d'une étude randomisée, doivent être reçues avec prudence. Elles sont cependant encourageantes. Il est prévu de développer une méthode plus spécifique pour l'indicateur de mortalité.

On commence à avoir des données françaises sur l'impact et même l'efficacité du DO du KS. On peut retenir l'amélioration de la qualité des MMG, l'augmentation du nombre des femmes bénéficiaires, le dépistage de cancer du sein à un stade plus précoce. Il y a cependant de grosses différences entre les départements. Nous analyserons dans un prochain numéro les données publiées dans le même BEH sur les opinions et comportements des femmes et des médecins, qui peuvent aider à améliorer la qualité des DO.

1- ANALES. Dépistage du cancer du sein par la mammographie. Évaluation de la méta-analyse de Gotzsche et Osent. ANALES. janvier 2002.

2- Ancelle-Park R et al. Dépistage organisé du cancer du sein. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) 2003;4:13-28

3- Ancelle-Park R et al. Programme organisé de dépistage du cancer du sein. Tendance des indicateurs précoces. BEH. 2003; 4:14-16

4- Uhry Z et al. Mortalité par cancer du sein dans les départements ayant mis en place depuis 1990 un programme de dépistage organisé du cancer du sein. BEH. 2003;4:19-21

Mot-clé: sein, cancer, dépistage, efficacité, évaluation

Numéro 297 du 13 mars 2003

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>