

Dépistage du cancer du sein : controverses ?

Mots clés :

Sein,
cancer,
dépistage,
évaluation

Il est admis que le rapport bénéfice/risque du dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans est largement positif. La qualité des mammographes s'est améliorée ; la formation et l'expérience des radiologues, la double lecture réduisent le nombre des faux négatifs ; les cancers dépistés sont moins évolués, donc de meilleur pronostic ; la mortalité par cancer du sein est réduite chez les femmes dépistées¹. A partir de ces données, le dépistage a été généralisé en France comme dans d'autres pays. Pourtant diverses études parues amènent à se poser deux questions. La réduction de mortalité, objectif de base du dépistage, est-elle vraiment prouvée ? Les cancers détectés par le dépistage auraient-ils tous évolué, en d'autres termes n'y aurait-il pas un sur-diagnostic ?

Dépistage et réduction de mortalité ?

L'ANAES¹ recommande depuis 1997 le dépistage tous les 2 ans entre 50 et 69 ans, avec deux clichés, au vu des études randomisées et de 9 méta-analyses publiées entre 1993 et 1998 qui concluaient à une baisse de mortalité par cancer du sein de 26 à 34% liée au dépistage.

La méta-analyse d'Olsen et Gotsche, de la Cochrane, mettait en cause ces résultats en 2000. En écartant de l'analyse les études de pauvre et mauvaise qualité, la réduction de mortalité n'était pas retrouvée ; en écartant seulement les 2 mauvaises, la réduction de mortalité était de 15% à 7 ans et de 20% à 13 ans. Par ailleurs les femmes dépistées avaient plus de mastectomies et de radiothérapies, mettant en cause le rapport bénéfices/risques du dépistage¹. Largement discutée, cette étude a surtout conduit à prendre en compte dans l'analyse d'un dépistage les traitements qu'il induit¹.

Une étude de cohorte danoise récente² a évalué sur 10 ans (1991 à 2001) le programme de dépistage biannuel de Copenhague (40 000 femmes de 50 à 69). La mortalité par cancer du sein des femmes du programme, comparée avec celle antérieure au programme et avec les régions danoises n'en bénéficiant pas, était réduite de 25%, et de 37% pour les seules femmes participant de façon active à ce programme.

Que retenir pour notre pratique ?

La réduction de la mortalité par cancer du sein observée dans la population générale est liée autant au dépistage qu'au traitement. Il est difficile de les dissocier⁵. Les études comparatives, malgré quelques incertitudes persistantes, attribuent une réduction de mortalité d'environ 25% au dépistage.

Le risque de sur-diagnostic est à prendre en compte dans tout dépistage, en raison des gestes induits, avec leurs inconvénients et leurs risques. Son existence est difficile à affirmer. A titre comparatif, il semble difficile à exclure pour le cancer de la prostate, où l'incidence multipliée par 5 entre 1980 et 2000, sans modification notable de la mortalité, ne semble pouvoir être expliqué que par le dépistage⁶. Pour le sein, les données sont plus incertaines en l'absence d'évaluation précise⁶. Le dépistage organisé facilite cette évaluation. Rappelons que son organisation actuelle respecte l'autonomie de décision du médecin et des patientes et a d'importantes retombées sur la qualité des soins¹. **Inscrire tous les dépistages dans le cadre d'un dépistage organisé est essentiel et bénéfique pour tous.**

Y a-t-il sur-diagnostic dû au dépistage ?

Une étude de cohorte scandinave a analysé l'incidence des cancers du sein en Scandinavie avant et après l'introduction du dépistage organisé. Dans cette cohorte, entre 50 à 69 ans, l'incidence a augmenté de 54% en Norvège, 45% en Suède (et de 80% en incluant les cancers in situ). Il était attendu en conséquence une diminution d'incidence après 69 ans qui n'a pas été constatée. Pour les auteurs, ce sur-diagnostic fait qu'un tiers des cancers invasifs diagnostiqués n'auraient jamais fait parler d'eux sans le dépistage³. Un taux de sur-diagnostic de 30% avait déjà été noté par Olsen et Gotzche, et une augmentation de l'incidence liée au dépistage relevée en Finlande et en Australie.

Quelle balance bénéfice/risque ?

Une analyse australienne a modélisé sur une hypothèse de réduction de 37% de mortalité, les bénéfices et risques du dépistage. Entre 50 et 59 ans, sur 10 ans et 1000 femmes dépistées, il y aurait 242 résultats anormaux, 64 biopsies, 33 cancers détectés (28 invasifs et 5 in situ) ; en cas de refus du dépistage, sur les 10 ans, 20 cancers sont détectés ; ainsi en 10 ans chez 1000 femmes dépistées, il y aurait 2 morts par cancer du sein en moins. Entre 60 et 69 ans chez les femmes dépistées il y aurait 184 résultats anormaux, 56 biopsies, 38 cancers, et 3 morts en moins.

Références :

- 1- ANAES. Dépistage du cancer du sein par mammographie : évaluation de la méta-analyse de Gotzche et Olsen. ANAES, janvier 2002.
- 2- Olsen AH et al. Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening : cohort study. *BMJ*. 2005;330:220-2.
- 3- Zahl PH et al. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening : prospective cohort study. *BMJ*. 2004;328:921-4.
- 4- Baratt A et al. Model of outcomes of screening mammography : information to support informed choices. *BMJ*. 2005;330:936-8.
- 5- Berry DA et al. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med*. 2005;353:1784-92.
- 6- Remontet L et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Rev épid Santé Publique*. 2003;51:3-30.