

Quels sont aujourd'hui les risques de mourir de cancer du sein ?

Mots clés :
Cancer du sein
Dépistage
Mammographie
Morbimortalité

Tous les débats – et controverses - sur le dépistage du cancer du sein portent sur la réduction du risque de mortalité due à ce cancer, éventuellement sur la mortalité toutes causes qui lui est associée. On sait depuis longtemps que le risque absolu (la probabilité) de mourir d'un cancer du sein dépend notamment de l'âge et d'autres facteurs de risque¹⁻³. Ce n'est que par rapport à ce risque absolu que l'on peut rendre compte de l'intérêt du dépistage et en peser les avantages attendus au regard des inconvénients possibles. Les récentes publications statistiques françaises et américaines⁴⁻⁶, après le tollé soulevé aux USA par les recommandations 2009 de l'*US Preventive Services Task Force (USPSTF)*⁶, apportent des éléments importants pour la réflexion des professionnels en première ligne de ce dépistage.

Les facteurs de risque de cancer du sein

Ils sont multiples et ne sont pas tous connus : effet protecteur des grossesses précoces et allaitement ; risque accru des premières grossesses après 30 ans, du traitement hormonal de la ménopause, des fortes imprégnations estrogéniques (règles précoces, ménopause tardive), de l'alcool et du surpoids ; formes héréditaires (dont 20% BRCA1 et 2) dans 6 à 10% des cas¹. Une méta-analyse ancienne, toujours d'actualité, montrait que le risque de développer un cancer du sein et d'en mourir entre 20 et 80 ans augmentait en cas d'histoire familiale, mais surtout après 50 ans, quel que soit l'âge de survenue chez la parente, 8 femmes sur 9 ne développant alors jamais de cancer du sein elles-mêmes. La plupart des cas surviennent sans antécédents familiaux².

Le risque absolu de décès par cancer du sein

Welch rappelle qu'il se calcule d'après les statistiques des registres des décès³ : on sait ainsi, pour n'importe quel âge, *qui* est mort et *de quoi*. Par exemple, le risque d'une femme de 60 ans de mourir d'un cancer du sein au cours des 10 prochaines années est le *ratio* du nombre de décès par ce cancer entre 60 et 69 ans et du nombre de femmes ayant 60 ans dans l'année. Il était aux USA de 9 pour 1000 en 2007 (6/1000 à 50 ans, 13 à 70 ans) ; ce qui signifie que le bénéfice attendu du dépistage ne peut concerner au mieux qu'une partie de cette petite minorité : les 991 autres, en dehors du fait d'être « rassurées » par le dépistage, ne peuvent en attendre que les éventuels inconvénients.

Que conclure pour notre pratique ?

Pour identifier précocement quelques cancers du sein, il faut tester un grand nombre de femmes. Le bénéfice attendu, un gain sur la mortalité spécifique de ce cancer, ne concerne qu'une très petite minorité, ce qui implique bien entendu que le « prix à payer » par la majorité non concernée ne soit pas trop élevé. Il s'agit là de l'un des premiers éléments objectifs de l'information à apporter aux patientes souhaitant ce dépistage, à plus forte raison si c'est le médecin qui le suggère.

Les tendances épidémiologiques de ces dernières décennies confirment à la fois l'augmentation régulière et importante de l'incidence de ce cancer et la diminution de sa mortalité spécifique. Le dépistage n'est que l'une des composantes de ce paradoxe, dont l'importance et les conséquences commencent seulement à être mieux évaluées. Nous y reviendrons.

Tendances épidémiologiques

L'incidence du cancer du sein a plus que doublé en France ces 30 dernières années, passant de 21 804 nouveaux cas en 1980 à 49 814 en 2005⁴. Parallèlement, le taux de mortalité de ce cancer a baissé de 20,0 à 17,4 pour 100 000 entre 1993-97 et 2003-07 (estimation 2010 : 16,2)⁵, soit une baisse moyenne de 13% qui concerne toutes les classes d'âge sauf les plus de 85 ans. Les diminutions les plus importantes sont observées entre 30 et 59 ans (16 à 21% selon l'âge), plus modérées ensuite (de 3 à 14%). Ces tendances sont identiques dans les autres pays où le système de santé dispose de moyens comparables.

Comment expliquer une telle évolution ?

Une partie de ces tendances (importante pour l'incidence, en débat pour la mortalité) est attribuable au dépistage. Les améliorations de prise en charge (extension de pratiques standardisées de la chirurgie, de la radiothérapie, de l'hormonothérapie et de la chimiothérapie) ont nettement contribué au gain de mortalité⁵. Selon la dernière revue systématique faite pour l'*USPSTF*⁶, le gain de mortalité par cancer du sein associé au dépistage serait de l'ordre de 15% (entre 39 et 49 ans) à 30% (entre 60 et 69 ans), non évaluable au-delà. Ces données ne préjugent en rien du « prix à payer » pour ce bénéfice, mais éclairent l'exemple d'une femme de 60 ans évoqué plus haut : le dépistage peut être bénéfique à 70% au mieux de ces femmes, soit 6 sur les 9/1000 concernées.

Références

- 1- INCA. Rapports et synthèses. La situation du cancer en France en 2009. Octobre 2009.
- 2- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101986 women without the disease. *Lancet*. 2001; 358: 1389-99.
- 3- Welch HG. Dois-je me faire tester pour le cancer ? Peut-être pas et voici pourquoi. Trad Turcotte F. Laval: Université; 2007.
- 4- Inserm/INVS. Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005. Sur www.invs.sante.fr
- 5- Maraninchi D et al. Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. *Inca*. Novembre 2010.
- 6- Nelson HD et al. Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009; 151: 727-37.