

Dépistage du cancer du sein : données d'évaluation

Mots clés :
Cancer du sein
Dépistage
Information
Mammographie
Morbimortalité

Le dépistage du cancer du sein par mammographie est généralisé en France depuis 2004 pour les femmes âgées de 50 à 74 ans. Les modalités en ont été définies par un cahier des charges¹ : formation des radiologues, examen clinique, mammographie sous 2 incidences (face et oblique externe), possibilité d'examen complémentaires immédiats, double lecture, suivi personnalisé par la structure de dépistage qui invite et transmet les résultats. Un arrêté a précisé en 2008 les conditions d'utilisation de la mammographie numérique, largement diffusée en France depuis quelques années². Une récente méta-analyse américaine rappelle les données d'évaluation de la mammographie, mais aussi des autres tests possibles en dépistage du cancer du sein^{3,4}. Les résultats connus du programme français apportent quelques informations supplémentaires⁵.

Mammographie : test de référence

Selon les données du *Breast Cancer Surveillance Consortium (BCSC)* qui concernent les mammographies de dépistage de plus de 600 000 femmes, la *mammographie* a une sensibilité de 77 à 95%, une spécificité de 94 à 97%^{3,4}. De nombreux facteurs, incluant l'âge, le temps passé depuis la dernière mammographie, la densité du tissu mammaire, la qualité de l'équipement et la compétence du radiologue peuvent faire varier ces données. Un essai comparatif *vs mammographie numérique* a montré que les 2 méthodes avaient une acuité diagnostique semblable, la seconde détectant davantage de lésions chez les femmes de moins de 50 ans, préménopausées, ou ayant des seins radiologiquement denses. Les études de *l'IRM* chez les femmes à haut risque mais indemnes de cancer ont montré qu'elle avait une sensibilité de 71 à 100% et une spécificité de 81 à 97%. Cependant, l'IRM n'a jamais été utilisée en dépistage habituel, mais seulement chez les femmes à haut risque.

L'examen clinique (palpation) a une sensibilité de 40 à 69% et une spécificité de 88 à 99%. *L'auto-palpation* a une sensibilité de 12 à 41%, très âge-dépendante.

Résultats de la mammographie

La classification de l'*American College of Radiology Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS)* est la référence pour la classification des mammographies¹⁻⁵. La mammographie est « positive » dans 4 cas : ACR 0 (nécessite une évaluation complémentaire), ACR 3 (probablement bénigne, bilan complémentaire indispensable puis re-examen suggéré à 6 mois), ACR 4 (suspecte) et 5 (suggérant fortement un cancer). Les

rarees données publiées sur les faux + et - viennent des USA³. La probabilité de *faux positifs* a été estimée à 0,9 à 6,5% dans une méta-analyse d'études anciennes. Les données récentes montrent un taux cumulé de faux positifs après 10 dépistages de 21 à 49% en moyenne, 56% chez les femmes âgées de 40 à 49 ans. La sensibilité, le taux de rappels et le taux de détection de cancers augmentent avec l'allongement de la durée entre mammographies, alors que la spécificité diminue. Selon les résultats du *BCSC*, sur un tour de dépistage, il y a 97,8 faux positifs pour 1000 femmes de 40 à 49 ans (le taux décroît régulièrement jusqu'à 59,4 entre 80 et 89 ans) et 1 faux négatif /1000 (le taux augmente après 49 ans jusqu'à 1,5). Le taux d'imagerie additionnelle nécessitée par le test diminue avec l'âge, à l'inverse du taux de biopsies.

Données nationales françaises

Les plus récentes sur ce point datent de 2004 (97 départements) et portent sur 1,6 millions de dépistages⁵. Le taux de mammographies positives était d'environ 11% avant bilan (14,9% entre 50 et 54 ans, 10,7 % entre 70 et 74 ans, taux en rapport avec la densité mammaire), 4,3% après échographie et/ou clichés complémentaires, 1,6% après 2^{ème} lecture. En moyenne 1% des femmes ont eu une biopsie chirurgicale ou extemporanée. Il y a eu 13% de cancers canauxaires in situ (*DCIS*), 37% de cancers invasifs ≤ 10 mm (31% sans envahissement ganglionnaire). Les chiffres 2009 ne portent que sur le nombre global de cancers diagnostiqués (11 827 pour un peu plus de 2 millions de dépistages dans le programme)⁶.

Que conclure pour notre pratique ?

La diversité des essais randomisés - conduits dans les années 1960-70 – prête à débat (*Bibliomed 609*) alors même que la mise en oeuvre généralisée du dépistage a favorisé de grands progrès d'imagerie et de prise en charge. De nouveaux essais randomisés sont inenvisageables aujourd'hui dans les pays industrialisés, notamment parce qu'il serait difficile d'y trouver des populations vierges de tout dépistage. L'évaluation doit donc porter sur d'autres paramètres.

La mortalité due au cancer du sein poursuit régulièrement sa baisse. Le dépistage n'en est que partiellement la cause. La prise de conscience des limites du « test » mammographique doit nous faire mesurer soigneusement le « prix à payer » pour chaque cancer dépisté.

Références

- 1- Cahiers des charges du dépistage organisé du cancer du sein. Mai 2006.
- 2- JORF. Arrêté du 24 janvier 2008 portant introduction de la mammographie numérique dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein.
- 3- Nelson HD et al. Screening for Breast Cancer: An Update for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 727-37.
- 4- USPSTF. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151: 716-26.
- 5- Paty AC et al. Dépistage du cancer du sein. Rapport d'évaluation du suivi épidémiologique. Données 2004. *INVS* 2007.
- 6- INCa. Enquête menée auprès des structures de gestion sur la mammographie numérique. Juillet 2010.