

Dépistage du cancer du sein : quel est le « prix à payer » ?

Mots clés :
Cancer du sein
Dépistage
Mammo-
graphie

Les programmes de dépistage du cancer du sein s'adressent aux femmes dont le risque n'est pas particulièrement élevé. En cas de mammographie « positive » (*Bibliomed 612*), des examens complémentaires (imagerie et biopsie) complètent ce premier test. Comme tout dépistage, celui du cancer du sein – ou les examens complémentaires ou interventions qui suivent – peut être douloureux, psychologiquement difficile. Il comprend une part de faux positifs et de faux négatifs, expose au risque de surdiagnostic. Des méta-analyses ou revues systématiques récentes de grande qualité¹⁻³ et diverses publications bien argumentées⁴⁻⁶ permettent de répondre au moins partiellement à ces questions complexes.

Douleur due à la mammographie

La compression du sein est habituellement ressentie comme « inconfortable ». C'est rarement un motif de refus ultérieur¹.

Impact psychologique

Les données (pour la plupart de cohortes) sont discordantes¹. L'annonce immédiate d'un test négatif est la moins anxiogène, mais l'anxiété liée au dépistage ne disparaît pas toujours aussitôt. Les rappels pour examens complémentaires sont plus difficiles à vivre. Les faux positifs n'aggravent pas le niveau général d'anxiété ou de dépression, mais parfois le ressenti et la crainte du risque de cancer du sein, que traduit une plus grande participation aux dépistages ultérieurs^{2...} Selon la revue *Cochrane*³, 10% des femmes dépistées durant 10 ans souffrent d'une détresse psychologique importante et durable du fait des faux positifs.

Faux positifs et négatifs, examens additionnels

Le taux de faux négatifs (donc de fausse ré-assurance) est surtout âge-dépendant, de 1 pour 1000 entre 40 et 49 ans à 1,5 après 70 ans^{1,2}. Ces « faux négatifs » sont toujours difficiles à différencier des cancers d'intervalle, à évolution rapide, survenus entre 2 tours de dépistage. Le taux de faux positifs diminue avec l'âge, de près de 10% entre 40 et 49 ans à moins de 6% après 80 ans, et celui de l'imagerie complémentaire qui en résulte (8,5% entre 40 et 49 ans, 5,6% après 80). Le taux de biopsies varie peu, autour de 1% à tous les âges. Selon les études populationnellesⁱⁿ², avec un dépistage annuel durant 10 ans, 50% des femmes auraient un faux positif, 25% des biopsies². Pour éviter un décès par cancer du sein, il faudrait : *entre 40 et 49 ans*, 9600 mammographies,

avec 10 faux négatifs, 965 rappels dont 940 faux positifs, 89 à 139 biopsies, et parmi les 25 « vrais positifs », 2 à 17 surdiagnostics (voir ci-dessous) ; ensuite les chiffres diminuent se situant *entre 50 et 59 ans*, à 4500, 5, 408, 387, 48 à 61, 21 et 2 à 13 ; *entre 60 et 69 ans*, 1500, 2, 132, 122, 18 à 23, 10 et 1 à 6^{2,4}.

Surdiagnostic et surtraitement

Il y a surdiagnostic¹⁻⁴ lorsque la mammographie (et les tests qui suivent) met en évidence des anomalies qui ne seraient pas devenues cancer-maladie vie durant. C'est difficile à quantifier, donc objet de controverse, notamment en raison des incertitudes sur le devenir des carcinomes canalaux in situ (DCIS) dont environ 80% sont découverts par la seule mammographie³. Dans la plupart des études antérieures à 2006, le surdiagnostic (et le surtraitement qui en résultait) était estimé de moins de 5 à 10%¹ ; dans les études populationnelles, surtout les plus récentes², il varie de 7 à 50%. La méta-analyse *Cochrane* 2009 évalue son taux global dans les essais randomisés à 30%³, la synthèse du *NCI*, sur l'ensemble des études de bonne qualité, à 33%². De plus le dépistage a augmenté de 20% le nombre de mastectomies, malgré l'hypothèse que la détection de cancers à un stade plus précoce limitait le risque d'interventions lourdes³.

Risques potentiels du rayonnement

Aucune étude ne les a mesurés directement. Chaque dépistage (2 clichés) représente 4 à 7 mGy^{1,3}. Le risque de cancer du sein induit est peu augmenté par un dépistage biennal à partir de 50 ans (10 à 50 par million de femmes dépistées), plus si le dépistage, surtout annuel, commence à 40 ans (100 à 300)^{2,3}.

Que conclure pour notre pratique ?

La mise en œuvre de programmes de dépistage du cancer du sein a apporté aux systèmes de soins des bénéfices indéniables en termes de qualité des soins et d'évaluation. Une part de la réduction de la mortalité par cancer du sein dans la population ciblée est attribuable à ces progrès, bien qu'il soit difficile d'évaluer ce qui revient au dépistage lui-même. Les « nuisances » générées ne sont pas négligeables, dont surdiagnostic et surtraitement semblent aujourd'hui les plus importantes. D'autres questions restent sans réponses, dont celle, essentielle, du risque d'accélération de la manifestation de métastases dormantes par la chirurgie précoce⁵.

Il n'existe pas de seuil à partir duquel ce dépistage ne serait que bénéfique⁶. Le bénéfice peut donc apparaître à certaines femmes indiscutable, à d'autres minime au regard des risques encourus. Le rôle du médecin n'est donc certainement pas de convaincre sa patiente d'accepter la mammographie, mais de l'informer pour lui permettre de choisir. Nous y reviendrons.

Références

- 1- Nelson HD et al. Screening for Breast Cancer: Systematic Evidence Review Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Nov 2009.
- 2- National Cancer Institute. Breast Cancer Screening. Mars 2010.
- 3- Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. N°: CD001877.
- 4- Keen JD. Promoting Screening Mammography: Insight or Uptake? *J Am Board Fam Med.* 2010;23:775-82
- 5- Junod B. Cancer du sein: activité chirurgicale, létalité et mortalité en France. Colloque de Lausanne, 13 novembre 2007.
- 6- Quanstrum KH et al. Lessons from the Mammography Wars. *N Eng J M.* 2010;363:1076-9.5-