

## Dépistage du cancer du sein : quelle information partager ?

Mots clés :  
Cancer du sein  
Dépistage  
Information  
Mammographie  
Morbimortalité

Le dépistage du cancer du sein par mammographie sauve des vies (*Bibliomed précédents*). Mais qu'il s'agisse du gain de mortalité ou des effets du surdiagnostic, les pourcentages en jeu sont extrêmement faibles et dépendent de nombreux facteurs, notamment l'âge de la femme au moment du dépistage. Cette « évidence » est largement méconnue. Il ne s'agit pas pour le médecin de se dégager de la responsabilité de la prise de décision de dépister ou non, mais de partager avec sa patiente une information objective - dépassionnée - permettant une prise de décision commune, quand bien même la meilleure compréhension des avantages et inconvénients contribuerait à diminuer le taux de participation. Les données disponibles permettent de répondre aux questions les plus fréquentes.

### Quel est mon risque de mourir du cancer du sein ?

En 2010, 400 françaises sur 100 000 en meurent à 50 ans, 700 à 60 ans et 900 à 70 ans<sup>1</sup>. On peut attendre d'un dépistage tous les 2 ans pendant 10 ans que ce nombre diminue à 340, 600 et 612 respectivement<sup>2</sup> (après 70 ans, on ne sait pas). Le dépistage ne diminue pas le risque de décès global (toutes causes)<sup>2,3</sup>.

### Il y a des cancers dans ma famille...

La prise en charge des cas familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire liés à des mutations génétiques telles BRCA<sub>1</sub> et <sub>2</sub> sort du cadre du dépistage habituel. En dehors de ces cas, l'âge est le seul facteur de risque cliniquement significatif<sup>2-4</sup>.

### Le dépistage a sauvé ma (sœur, voisine...)

(ou inversement : son cancer a été trouvé trop tard...). Le cas particulier, même s'il est vrai, ne permet jamais de conclure que le dépistage sauve des vies. Il existe des cancers à évolution rapide qui échappent au dépistage (cancers d'intervalle), d'autres qu'il vaudrait mieux ne pas dépister (questions suivantes).

### Est-il utile de faire le diagnostic très tôt ?

La mortalité par cancer du sein a diminué régulièrement en France ces 20 dernières années de 13% par an, sauf chez les femmes de plus de 85 ans<sup>1</sup>. S'il est utile de traiter tôt des cancers débutants, ce que permet parfois le dépistage, les améliorations de prise en charge (pratiques mieux standardisées de chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie et chimiothérapie) ont nettement contribué à la plus grande part des progrès<sup>1,5</sup>.

### Tous les cancers du sein doivent ils être traités ?

Traiter tôt, certes, mais est-ce parfois trop tôt ? On ne

### Que conclure pour notre pratique ?

**Dans tous les cas, le dépistage est un choix personnel.** Les femmes qui souhaitent faire tout leur possible pour éviter un cancer du sein devraient se sentir mieux en participant au dépistage. A l'inverse, certaines peuvent préférer ne pas le faire, ou moins souvent, ou plus tard dans la vie... Les deux options sont tout aussi rationnelles et justifiées.

**Le taux de participation au dépistage ne peut être considéré comme critère de qualité.** Chercher à augmenter ce taux se conçoit, mais ne repose que sur des arguments statistiques limités. Et surtout en aucun cas, la femme ne doit se sentir culpabilisée par son refus de dépistage, ni le médecin considérer ce refus comme un échec.

**Choix personnel, dépistage « organisé » :** il est essentiel de colliger toutes les données, inadmissible de méconnaître encore aujourd'hui, faute de recueil, les résultats du dépistage dit « individuel »...

peut pas répondre simplement. Il est probable que 10 à 30% des cancers dépistés n'auraient jamais donné de symptômes ou même auraient régressé spontanément, notamment au moins la moitié des cancers DCIS<sup>6</sup>. Le dilemme est qu'il n'est pas possible de le prévoir pour chaque cas individuel<sup>6</sup>.

### Pourquoi ne pas commencer avant 50 ans ?

Entre 40 et 50 ans, il faut dépister 2000 femmes pour éviter un décès (1300 entre 50 et 60, 400 entre 60 et 69)<sup>2</sup>, augmentant ainsi le risque de faux diagnostics (plus de 50% après 10 ans), de biopsies (9/1000 femmes à chaque tour de dépistage) et de traitements inutiles<sup>2</sup> (question précédente), mais aussi de manière non négligeable le risque d'irradiation du sein.

### A quel âge arrêter ?

Nous ne savons pas : une seule étude concerne les femmes de 70 à 74 ans ; elle ne permet pas de conclure à un gain sur la mortalité<sup>2</sup>. L'allongement de la durée de vie en « bonne santé » impose de nouvelles recherches pour mieux comprendre l'histoire naturelle du cancer et les avantages et inconvénients du dépistage et du traitement à un âge avancé<sup>7</sup>.

### Pourquoi seulement tous les 2 ans ?

Cet intervalle permet le maximum d'avantages pour le minimum d'inconvénients, en tout cas entre 50 et 69 ans, diminuant de moitié le taux de faux positifs<sup>3,7</sup>.

### Ce dépistage est-il vraiment utile ?

Son efficacité est démontrée, moins importante que ce que l'on pensait, avec un « prix à payer » non négligeable. Le risque de mourir de cancer comme celui de subir les inconvénients du dépistage sont faibles.

#### Références

- 1- Maraninchi D et al. Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. Inca. Novembre 2010.
- 2- Nelson HD et al. Screening for Breast Cancer: An Update for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2009; 151: 727-37.
- 3- USPSTF. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2009; 151: 716-26.
- 4- Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. N°: CD001877.
- 5- Kalager M et al. Effect of Screening Mammography on Breast-Cancer Mortality in Norway. N Engl J Med. 2010; 363: 1203-10.
- 6- McPherson K. Should we screen for breast cancer? BMJ. 2010; 341: 233-5.
- 7- Mandelblatt JS. Effects of Mammography Screening Under Different Screening Schedules. Ann Intern Med. 2009; 151: 738-47.