



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Du dépistage de masse au dépistage stratifié selon le risque



Breast screening: From an organized system to a stratification according the risk

Isabelle Thomassin-Naggara^{a,b,*},
Nathalie Chabbert-Buffet^b, Isabelle Trop^c

^a Institut universitaire de cancérologie, université Pierre-et-Marie-Curie, Sorbonne universités, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^b Service d'imagerie et de gynécologie et obstétrique, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^c Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM), 1000, rue Saint-Denis, Montréal, Québec, H2X 0C1, Canada

Reçu le 9 novembre 2017 ; reçu sous la forme révisée le 15 novembre 2017 ; accepté le 5 janvier 2018

Disponible sur Internet le 17 mars 2018

MOTS CLÉS

Dépistage ;
Cancer du sein ;
Risque

Résumé Historiquement, le dépistage du cancer du sein s'est basé quasi exclusivement sur le facteur de risque âge pour déterminer la stratégie d'exploration par mammographie. En France, le critère densité mammaire a également été pris en considération pour décider d'ajouter une échographie mammaire en cas de seins de type denses ou très denses. L'émergence de la tomosynthèse mammaire associée à la mammographie reconstruite devrait permettre d'optimiser le nombre de cancers du sein détectés tout en réduisant un grand nombre de faux positifs et en limitant la dose d'irradiation, facteurs à l'origine d'une importante controverse actuelle sur la valeur du dépistage mammographique par tomosynthèse. Hormis, la catégorie des patientes à très haut risque (risque génétique identifié) où une stratégie spécifique par IRM mammaire est validée, il est actuellement difficile d'affiner de façon objective la stratégie d'exploration en se basant sur la combinaison de facteurs de risque de plus faible impact (antécédents familiaux, nulliparité, imprégnation alcoolique, etc.). Aussi, de nouvelles stratégies basées sur une évaluation du risque plus personnalisée (s'intégrant dans une médecine dite de précision) sont à l'étude en Europe (étude « My PEBS ») et aux États-Unis (étude « WISDOM ») afin de mieux adapter les examens de dépistages à chaque patiente pour maximiser le nombre de cancers détectés en diminuant le nombre de faux positifs.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : isabelle.thomassin@aphp.fr (I. Thomassin-Naggara).

KEYWORDS

Breast cancer;
Screening;
Risk

Summary Historically, breast screening has exclusively been based only on the age of women to begin systematic mammography. In France, breast density is a key factor to add breast ultrasonography to mammography. Emerging technique such as digital breast tomosynthesis with synthetic mammography would allow both to optimize the number of detected breast cancer and to decrease the number of false positives and radiation dose. Except the group of very high-risk women (genetic mutation) who are screened with breast MR imaging, no precise strategy is validated in lower risk women with different lower risk factors such as family history of breast cancer, nulliparity, alcoholic impregnation... Thus, new strategies are in evaluation combining these factors in prediction models for a more personalized screening in Europe (« My PEBS » study) and United States (WISDOM study) to optimize the diagnostic strategy.
© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Partie I : dépistage de masse

Données historiques et controverse

Le dépistage de masse ou dépistage organisé a pour origine les données de huit essais prospectifs historiques publiées entre 1960 et 1985 ayant démontré que la réalisation systématique d'une mammographie analogique tous les 2 à 3 ans pendant 11 ans permettait de réduire la mortalité par cancer du sein de façon significative [1]. Cette diminution était variable selon l'âge d'entrée dans le dépistage. Ainsi, entre 40 et 49 ans, la diminution du risque relatif était de 15 %, entre 50 et 59 ans de 18 % et entre 60 et 69 ans ou 70 et 74 ans de 32 %.

À la lumière de ces données, de nombreux pays européens ont mis en place des campagnes de dépistage organisé du cancer du sein en se basant quasi exclusivement sur l'âge des patientes comme seul facteur de risque. En 2001, la publication d'une méta-analyse de la Collaboration Cochrane a lancé une grande vague de controverse contre le dépistage systématique du cancer du sein en concluant que le dépistage du cancer du sein n'induisait pas de diminution de la mortalité spécifique [2]. Par la suite, plusieurs revues de la Cochrane en 2003, 2011 et 2013 ont soutenu ces premiers résultats en soulignant les effets potentiellement néfastes du dépistage [3–5]. Leur analyse des données révélait que, pour 2000 femmes dépistées sur une base annuelle, on sauverait une vie au prix de 200 faux positifs et dix cancers surtraités car surdiagnostiqués.

La notion de « surdiagnostic » est une entité définie par le diagnostic d'un cancer qui n'aurait pas de potentiel évolutif impactant la vie des patientes. L'estimation du nombre de cancers potentiellement surdiagnostiqués est basée sur des modèles mathématiques de probabilité. Or, si l'on regarde attentivement l'ensemble de la littérature ayant trait à la problématique du surdiagnostic lié au dépistage du cancer du sein, on peut séparer deux types de résultats en fonction de la présence ou non d'un ajustement correct ou non du modèle mathématique utilisé. Ainsi, Raichand et al. ont récemment démontré que les publications utilisant un modèle mathématique adéquat présentait un taux de surdiagnostic autour de 10 %, alors que les publications utilisent un modèle mathématique inadéquat publiaient des taux de surdiagnostic autour de 40 % [6]. L'ajustement plus ou moins correct de ces modèles serait à l'origine de ces variations d'interprétation. Durant les 15 dernières années,

la littérature scientifique s'est déchirée entre les pro- et les anti-dépistage, ayant conduit à toute une littérature moins scientifique mais beaucoup plus largement diffusée auprès des femmes dans la grande presse induisant une vraie méfiance vis-à-vis de toute campagne de dépistage mammographique organisée.

Limites potentielles du dépistage de masse

Les trois critiques principales du dépistage de masse sont l'absence potentielle d'impact pronostique, le risque potentiel induit par l'irradiation et le nombre excessifs de faux positifs induisant biopsies inutiles et anxiété chez les femmes.

Si l'on reprend point par point ces trois éléments de controverse, on peut argumenter de la façon suivante :

- en ce qui concerne l'absence potentielle d'impact sur le pronostic, une étude publiée en 2011 dans le *British Journal of Cancer* portant sur 19 000 femmes anglaises et comparant un groupe de femmes dépistées à un groupe de femmes non dépistées de façon systématique mais évaluées par mammographie à l'apparition de symptômes, a démontré que le nombre de cancers de taille supérieure à 2 cm était plus de deux fois supérieur dans le groupe des femmes symptomatiques, avec une diminution de la survie, évaluée à 48 % contre 56 % dans le groupe des femmes asymptomatiques dépistées [7]. La taille tumorale étant le principal facteur pronostique de cancer du sein, cette étude confirme bien l'impact positif d'un dépistage du cancer du sein afin de détecter des tumeurs de plus petite taille ;
- en ce qui concerne l'impact négatif potentiel en termes de nombre de cancers radio-induits, deux publications récentes ont estimé le risque-bénéfice de la mammographie de dépistage. Une étude pratiquée sur une large cohorte de 1,7 million de femmes anglaises et publiée dans le *British Journal of Radiology* en 2016 a montré qu'une campagne de dépistage du cancer du sein permettait de sauver entre 156 et 312 vies pour un cancer potentiellement radio-induit [8]. Par ailleurs, Miglioretti et al. ont estimé qu'un dépistage annuel de 100 000 femmes entre 40 et 74 ans produirait 125 cancers du sein radio-induits, dont 16 causeraient la mort, contre 968 morts évitées pour l'ensemble des femmes dépistées [9] ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8606671>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8606671>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)