

Stop ou encore ?

Le dépistage du cancer du sein en 2016

Dr Claire Dillenbourg-Wertz

Radiologue /
Centre de Coordination des Programmes
de Dépistage des cancers



L'histoire de la mammographie est fascinante. Un test médical a rarement atteint un tel degré de controverses. Entre les « croyants » et les « sceptiques », le débat est assidu. L'enchevêtrement des arguments politiques et scientifiques, la publicité de débats parfois médiocres et l'influence du marketing déstabilisent le grand public, qui y perd son latin sur l'attitude à adopter à titre individuel.

Avant d'aborder les controverses liées au dépistage du cancer du sein, il est utile d'en retracer brièvement l'histoire.

Dès la fin du 19^{ème} siècle, les opérations d'ablation mammaire ont sauvé la vie de quelques femmes atteintes du cancer du sein. Les informations insistaient déjà sur l'importance d'un traitement instauré au stade précoce. C'est le principe fondateur du dépistage du cancer du sein : détecter et soigner le cancer à un stade débutant, faute de moyens pour empêcher son apparition.

Au début du 20^{ème} siècle ont commencé aux USA les campagnes incitant les femmes à réagir par une visite médicale en cas de symptôme suspect, comme une masse au niveau du sein. Le « bistouri précoce », seul traitement disponible à l'époque, était le grand vainqueur de cette vision évolutive du cancer.

Les premières pièces de mastectomie ont été étudiées aux rayons X à Berlin, en 1913. Les années 50-60 voient l'essor des techniques d'imagerie des seins aux rayons X. Le Dr Gerson-Cohen a démontré aux USA que l'on pouvait, par mammographie, mettre en évidence des tumeurs non palpables.

A la même époque, le Dr Pinkus élabore la pilule contraceptive. Le combat des femmes pour le droit à disposer de leur corps, par le biais notamment de la contraception et de l'avortement, enflamme le monde occidental... ce sont ces mêmes femmes, âgées de 20-30 ans dans les années 60, qui se battront dans les années 80-90 afin que soient disponibles, pour toutes, le dépistage des cancers féminins et leurs traitements.

En 1963, à New York, commence l'étude HIP (Health Insurance Plan), avec comme objectif de démontrer l'impact d'un dépistage systématique sur la mortalité par cancer du sein. Le résultat fut : après 10 ans, la mortalité par cancer du sein avait diminué de 30 % dans le groupe des femmes de 50 à 59 ans ; l'effet bénéfique n'était pas aussi clair pour les femmes plus jeunes, mais cette limitation a été négligée : le bénéfice du dépistage systématique pour les femmes de moins de 50 ans a été simplement extrapolé puis considéré comme un fait acquis.

Le thème de la lutte contre le cancer est venu bien à point aux autorités politiques américaines des années

70, empêtrées dans les controverses liées à la guerre du Vietnam : une autre guerre, menée contre le cancer, allait détourner l'attention de la population. Des ressources financières impressionnantes furent allouées aux campagnes anti-cancer et à la recherche. En 1974, des personnalités connues, Betty Ford et Happy Rockfeller, parlent publiquement de leur cancer du sein, ce qui sort la maladie du statut de sujet tabou, et booste l'intérêt de la population pour les mammographies. Ce sera aussi le cas de Nancy Reagan en 1987 et récemment l'actrice Angelina Jolie.

En 1975, les premiers nuages surviennent : des radiophysiciens démontrent la possibilité de cancers radioinduits suite aux mammographies et des contrôles démontrent que de nombreux appareils délivrent des doses trop élevées.

Durant les années 80, les mammographies s'améliorent. Le nombre d'appareils passe aux USA de 200 en 1982 à 10000 en 1992... le dépistage soutient un commerce florissant. La recherche en imagerie médicale développe les premières images d'IRM mammaire au milieu des années 80.

En Europe, le suédois L.Tabar démontre en 1985 une diminution de 30 % de mortalité par cancer du sein après 5 ans de dépistage systématique. En 88, les autorités européennes lancent le programme « Europe against cancer ». Le Luxembourg instaure dès 1992 son programme de dépistage.

La décennie 90 sera celle des débats sur l'âge du début du dépistage : 40 ans ou 50 ans ? Le monde politique s'en mêle, et les scientifiques défendant le « +50 » sont accusés de soutenir des politiques de restriction budgétaire. Pourtant, la question est bien médicale : les cellules mammaires de jeunes femmes, soumises à de petites doses de RX, réparent

moins bien les dommages causés sur leur ADN que les cellules de femmes plus âgées ; de plus, les mammographies des femmes jeunes sont souvent plus difficiles à lire et les délais entre 2 mammographies doivent être plus courts.

En 2000, le débat prit un nouveau tournant avec le rapport des médecins danois P. Gøtzsche et O. Olsen. En analysant une série de publications sur les dépistages de cancer du sein, ils ont conclu que certaines études étaient fondées sur des méthodes peu précises, que les dépistages n'avaient pas atteint l'effet annoncé sur la mortalité, et que le dépistage souffrait de sérieux effets délétères. Panique dans les services de sénologie, les institutions publiques, les universités et les médias. Une marée de critiques s'éleva alors contre ces 2 médecins, le débat devint ardent et les praticiens ne surent plus que dire à leurs patientes. Une spécialité discrète reprit la main et essaya d'élever le débat : l'épidémiologie. En effet, les analyses statistiques sont extrêmement complexes et ne sont pas toujours suffisamment maîtrisées par les médecins cliniciens et encore moins par les acteurs médiatiques. Les publications de Gøtzsche et Olsen, bien que décriées sur le plan méthodologique, ont eu le mérite d'ouvrir les yeux sur l'importance des effets délétères du dépistage et sur l'importance de l'information à la population.

La même décennie a vu l'apparition des mammographes numériques, envoyant aux oubliettes les films, les loupes et les négatoscopes. Cette technique permet une meilleure détection des lésions, ce qui a incité les radiologues à acheter ces nouveaux mammographes, pour le plus grand bonheur de l'industrie médicale. La technique progresse encore, avec l'étude en 3 dimensions de la glande mammaire grâce à la tomosynthèse.



Les bénéfices et les effets délétères du dépistage par mammographie

Aujourd'hui, il reste admis qu'une détection précoce du cancer du sein donne à la femme de meilleures chances de rémission. Or, les petites tumeurs sont rarement palpables : un examen d'imagerie est indispensable à la détection, et la mammographie bien réalisée reste le meilleur examen, qui permet de détecter 60 à 90 % des lésions.

Malheureusement, aucun test de dépistage n'est parfait ...

On accuse les mammographies répétées de provoquer des cancers du sein. Le sein est en effet un organe radiosensible, l'âge étant le paramètre le plus important de la radiosensibilité. Les risques de cancer radio-induit sont déduits de modèles épidémiologiques et

radiobiologiques car à titre individuel, il est impossible de prouver le rapport de cause à effet entre un cancer survenu et les mammographies antérieures. Le risque de cancers radio-induits liés aux mammographies pourrait être, dans la tranche d'âge du dépistage (50-70 ans) de l'ordre de 1 à 20 cas pour 100.000 femmes participant régulièrement au programme. Le recours à la mammographie tous les deux ans permettrait donc d'éviter plusieurs dizaines à plusieurs centaines de décès par cancer du sein pour un décès par cancer radio-induit.

Qu'en est-il du surdiagnostic ? On sait que des femmes peuvent vivre avec un cancer du sein méconnu : certaines lésions n'évoluent pas, et peuvent même régresser. La femme peut souffrir d'une autre maladie ou mourir dans d'autres circonstances. La découverte d'un cancer par dépistage systématique n'a alors aucun effet sur la survie. Des études récentes estiment que maximum 10 % des cancers pourraient être concernés. Malheureusement, le dépistage ne prédit pas l'avenir : dans un cadre individuel, le médecin ne peut pas prévoir de quoi sa patiente décèdera, et ne peut pas laisser sa patiente sans soins sous prétexte que, peut-être, le cancer n'évoluera pas. De plus, on ne peut pas à la fois demander aux radiologues de détecter les plus petits cancers possibles, et en même temps leur reprocher d'en trouver trop ...

Pourtant, la recherche avance, non pas pour prédire l'avenir, mais pour affiner le diagnostic de la tumeur, et estimer quel avantage la patiente tirera du traitement envisagé : l'identification de biomarqueurs d'évolution des tumeurs vise une désescalade thérapeutique en évitant des traitements non indispensables.

A contrario, certains cancers ne sont pas visibles sur une mammographie, et sont détectés quelque temps plus tard : ce sont les cancers d'intervalle, redoutés dans tous les types de dépistage. Environ 20 à 30 % des cancers diagnostiqués pour les femmes participant au dépistage le sont entre deux mammographies. Certaines lésions ne sont détectables que par examen clinique : c'est ici que l'œil attentif du médecin doit intervenir. Parfois, le cancer se développe quelques mois plus tard et est alors palpé par la femme elle-même. Enfin, il arrive que l'image du cancer n'ait pas attiré l'attention du radiologue, ou que le cancer soit masqué par une épaisse zone de tissu normal : ce sont les faux négatifs. Ceci est minimisé grâce à la relecture par un second expert, mais il serait malhonnête d'affirmer que cela n'arrive jamais.

Enfin, il arrive que l'on confonde les images de cancers potentiels avec celles de lésions bénignes : ce sont les faux positifs. Après la mammographie, d'autres examens sont nécessaires pour clarifier la situation. Ceux-ci doivent faire preuve d'une qualité irréprochable et doivent répondre clairement à la question posée par la mammographie : l'angoisse éveillée par ces bilans doit être apaisée par des éléments concluants. Chez nous, sur les 18.000 femmes participant en un an au Programme, environ 950 sont dans cette situation. Finalement un cancer sera confirmé pour 10-11 % d'entre elles.

A la lecture de toutes ces réserves, on est tenté de remplacer les mammographies par d'autres techniques, mais ce n'est pas encore possible. L'échographie et l'IRM n'utilisent pas de RX. Mais de nombreuses anomalies

sont interprétées à tort comme des lésions suspectes, ce qui augmente le nombre faux positifs. C'est en partie pourquoi ces techniques sont réservées, dans le cadre du dépistage, à des catégories définies de femmes à risque élevé de cancer du sein.

L'évolution du dépistage

Face à toutes ces réserves, le dépistage plie mais ne rompt pas. Il évolue. Les dépistages systématiques, visant toutes les femmes indépendamment de leur situation individuelle, feront progressivement place à des investigations plus ciblées en fonction des facteurs de risque de cancer du sein, et non limitées à la mammographie. Le principal facteur de risque est l'âge de la femme : 75 à 80 % des cancers apparaissent après 50 ans. Le risque est aussi influencé par des circonstances personnelles et familiales. En pondérant le risque de chaque femme individuellement, le médecin pourra lui proposer un dépistage adapté. Cette pondération devra être fondée sur des arguments scientifiques reconnus, ceux-ci faisant encore l'objet d'études épidémiologiques à grande échelle. De nouveaux guides de contrôle qualité devront être appliqués. Les résultats et les coûts de ces dépistages individualisés devront être enregistrés et évalués. Ces nouvelles perspectives donnent un nouveau souffle au dépistage : c'est par une recherche constante de la qualité, par une utilisation équilibrée des ressources publiques, par un dialogue constructif avec les partenaires cliniciens que le dépistage de cancer du sein assurera sa crédibilité et sa légitimité envers la population. /

Le recours à la mammographie tous les deux ans permettrait d'éviter plusieurs dizaines à plusieurs centaines de décès par cancer du sein pour un décès par cancer radio-induit.