

Défi diagnostique

La mammographie comme instrument de prévention Deuxième rencontre



Dr Melançon est omnipraticien et compte 29 années d'expérience dont 18 en salle d'urgence. Il a pratiqué en cabinet privé et en CLSC. Il est revenu à ses premiers amours pendant quelques années, soit la médecine d'urgence, la traumatologie et la psychiatrie, mais se consacre désormais à la santé publique, à la relation entre la diète, l'exercice physique et la santé, et à la médecine occupationnelle.

François Melançon, M.D.

Le cas de Magalie

Voilà que Magalie, patiente dont la sœur a souffert d'un cancer du sein traité par chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie, est de retour à votre bureau pour la suite de vos explications concernant l'efficacité de la mammographie, examen auquel Magalie refuse de se soumettre à cause de diverses raisons dont, entre autres, les diagnostics erronés dans trois cliniques de Montréal.

Comment la convaincrez-vous de se faire prendre en charge?

Le manque de fiabilité des mammographies

Les faux négatifs

Ces derniers sont particulièrement fréquents en préménopause en raison de la densité glandulaire augmentée des seins et chez le 20 % de femmes en postménopause qui prennent un supplément œstrogénique et qui développent des densités mammaires.

Les cancers d'intervalle

Le tiers des cancers – et plus chez les femmes en préménopause dont les cancers sont agressifs – deviennent apparents dans l'intervalle entre deux mammographies. Un groupe anglais a même trouvé un taux de cancer d'intervalles de 82 % – s'agirait-il d'une anomalie statistique? Ce résultat demeure cependant très préoccupant. Les femmes qui en souffrent sont donc faussement rassurées par une mammographie normale.

Les faux positifs

Comme les faux négatifs, on les retrouve plus fréquemment chez les femmes en préménopause et chez les femmes postménopausées prenant des suppléments œstrogéniques. Ces résultats malheureux et inévitables en raison de la densité augmentée des seins de ces femmes entraînent une énorme anxiété, des mammographies de contrôle et des biopsies inutiles. Dans le groupe de femmes à haut risque (histoire familiale positive, utilisation prolongée de contraceptifs, ménarche précoce et nulliparité), le risque de faux positifs pourrait atteindre 100 % après 10 ans de dépistage.

Les diagnostics excessifs

Aux États-Unis, sur la foi de mammographies démontrant des calcifications intracanaliculaires, on pose annuellement 40 000 diagnostics de carcinomes

Vente et distribution
L'utilisation non autorisée est formellement interdite
télécharger, afficher, visualiser, imprimer, copier, pour un usage personnel

ductaux in situ. Ceux-ci sont en général retirés par lumpectomie et radiothérapie ou parfois même mastectomie et chimiothérapie. Pourtant, 80 % de ces lésions ne deviennent jamais des cancers invasifs même si on ne les traite pas. De plus, la détection précoce et le traitement agressif de ces lésions ne change pas la mortalité – 1 % – (que la lésion soit traitée précocement ou plus tard lorsqu'elle est devenue un cancer invasif). Ceci vient d'être souligné de façon lumineuse dans une étude tout juste publiée dans le *Annals of Internal Medicine*. L'étude conclut qu'après 10 ans de mammographies aux deux ans pour chaque groupe de 2 500 patientes soumises au dépistage, le taux de surdiagnostic dans l'étude a varié de 18 % à 25 % selon les protocoles ayant pour résultat le surdiagnostic de 6 à 10 femmes, alors que 20 d'entre elles seront diagnostiquées correctement et qu'une mort sera prévenue.

Le problème de contrôle de qualité

Les récents événements malheureux de diagnostics erronés dans la grande région de Montréal pourraient ne pas être des cas isolés. Chez nos voisins du sud, la Food and Drug Administration (FDA) collige les résultats de biopsie et les compare avec l'interprétation de la mammographie par le radiologiste. Mais, ces résultats comparatifs ne sont pas rendus publics. On ignore donc aux États-Unis la corrélation réelle entre les trouvailles radiologiques et les résultats de biopsie.

Réduction de la mortalité par la mammographie et dommages collatéraux

Il existe des évidences selon lesquelles les meilleurs prédicateurs de mortalité du cancer du sein sont l'agressivité de la tumeur et l'intensité de la réponse de défense personnelle. Certains affirment même que « l'évolution de la grande majorité des cancers du sein n'est pas affectée par une détection précoce, soit parce qu'ils sont agressifs, soit parce qu'ils croissent très lentement ».

Pour ou contre le dépistage?

Les conclusions des méta-analyses ont évolué au cours des années. En 2001, (sept études, 500 000 patientes), les

auteurs découvrent des biais majeurs en faveur du dépistage et concluent que « l'évidence présente ne montre pas d'augmentation de survie des patientes en raison d'un programme de dépistage de masse [et l'évidence est non conclusive quant à la mortalité par cancer du sein]. Les femmes, les cliniciens et ceux qui écrivent les politiques de santé devraient sérieusement considérer ces trouvailles avant de participer ou d'encourager des programmes de dépistage ».

En 2006, les chercheurs ont affirmé que « le dépistage réduit la mortalité du cancer du sein. En se basant sur ces essais cliniques, la réduction serait de 20 %, mais comme l'effet bénéfique est le plus faible dans les études de meilleure qualité, un estimé plus raisonnable serait une réduction de 15 % du risque relatif. En se basant sur le niveau de risque de ces femmes dans ces essais cliniques, la réduction du risque absolu serait de 0,05 %. Le dépistage entraîne un surdiagnostic et un surtraitement, avec une augmentation (de ces diagnostics erronés) de 30 %, ou un risque absolu de 0,5 %. Ceci veut dire que pour 2 000 femmes invitées au dépistage pendant 10 ans, une (seule) verra sa vie prolongée. Mais dix femmes en santé qui n'auraient pas reçu de diagnostic erroné de cancer du sein sans programme de dépistage seront diagnostiquées comme porteuses de cancer et traitées sans raison. Il est donc loin d'être clair si le dépistage produit plus de bien que de mal. Les femmes qu'on invite à participer à un programme de dépistage devraient être informées autant des bénéfices que des inconvénients. »

La fin justifie-t-elle les moyens?

Certains diront que sauver la vie d'une femme justifie les effets secondaires qu'elle subira en raison de l'investigation et du traitement et justifie aussi le fait que dix autres femmes seront diagnostiquées à tort du cancer et qu'elles auront à souffrir des investigations et des traitements inutiles. Je n'en suis personnellement pas convaincu. Au lecteur de se faire sa propre opinion.

La question du conflit d'intérêt

Certains ont finalement soulevé la question du conflit d'intérêt, soulignant des liens étroits entre la American

Cancer Society et l'industrie dont les dons généreux remplissent les coffres de cette organisation sans but lucratif et rappelant que cinq radiologistes ont servi de présidents à l'American Cancer Society.

D'autres avenues

Au-delà de la mammographie, existe-t-il d'autres méthodes d'investigation de masses mammaires? L'autoexamen des seins est-il si inefficace? Que penser de l'échographie ou de la résonance magnétique?

L'autoexamen des seins

Plus de 90 % des cancers du sein sont détectés par les femmes elles-mêmes. L'enseignement de l'autoexamen augmente la confiance des femmes dans la qualité de leur examen et le nombre de petites tumeurs découvertes. Ces femmes découvrent des tumeurs plus petites et ont moins de ganglions positifs à la découverte que les femmes qui découvrent leur cancer par hasard. Une étude canadienne a démontré que « pour les femmes du groupe d'âge de 50 à 59 ans, l'addition d'une mammographie annuelle de dépistage à un autoexamen des seins (confirmé par un examen fait par un professionnel de la santé) n'a eu aucun impact sur la mortalité par cancer du sein. » La détection par la mammographie de cancers non palpables n'a pas amélioré la survie, « puisque la majorité de ces petits cancers étaient de pseudo-cancers ou représentaient un surdiagnostic. » À noter que le groupe ayant reçu une

mammographie en plus de l'autoexamen des seins a eu trois fois le taux de faux positifs que le groupe contrôle sans mammographie, le tout provoquant des biopsies inutiles et négatives. Ces résultats positifs de l'autoexamen des seins ont été confirmés par une étude japonaise. Pourtant, en dépit de ces évidences, plusieurs associations et les groupes de radiologistes rejettent l'autoexamen des seins puisqu'il existe une solution « qui a fait ses preuves, la mammographie ». Les études favorables à l'autoexamen des seins sont toutes balayées du revers de la main et on affirme « qu'aucune étude n'a démontré de bénéfices clairs de l'autoexamen des seins ».

L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

Méthode malheureusement coûteuse, l'IRM semble avoir des indications précises. Dans un groupe de femmes à haut risque de cancer du sein, l'IRM a été plus sensible que la mammographie. Ceci étant dit, aucune étude n'a établi si l'utilisation d'IRM avait un effet sur la mortalité causée par le cancer du sein.

L'échographie

Le taux de détection de tumeurs du sein est légèrement inférieur avec l'échographie qu'avec la mammographie. Tout comme avec la mammographie, toute trouvaille suspectieuse devra être biopsiée. Le taux de lésion positive à la suite de ces biopsies a été de 15 %. Ceci a été décrit comme un « taux acceptable » même pour des femmes à risque modéré de cancer du sein. Pour les femmes à haut risque, les auteurs suggèrent une investigation plus approfondie et notent que la combinaison d'échographie et de mammographie pourrait être utile. Pour sa part, une équipe canadienne a suggéré que l'échographie peut détecter des cancers occultes dans des seins radiologiquement denses et qu'elle peut changer le plan de traitement lorsque cette échographie découvre un second cancer dans un sein qui serait par ailleurs apte à une chirurgie conservatrice. Les auteurs suggèrent la biopsie de toute lésion solide, son suivi de façon séquentielle ou les deux.

Références bibliographiques disponibles à : clinicien@sta.ca

Retour sur le cas de Magalie

Avec sa sœur porteuse d'une mutation BRCA1 et atteinte d'un cancer agressif, Magalie est malheureusement à plus haut risque d'être atteinte d'un cancer du sein que la population « normale ». Comme elle n'est pas encore ménopausée, la densité de ses seins rend la mammographie moins sensible et augmente à la fois le risque d'un faux positif ou d'un faux négatif. Après discussion avec vous, elle accepte d'apprendre l'autoexamen des seins et de passer un bilan pour déterminer son statut BRCA1 et BRCA2 et elle accepte aussi de passer une échographie des seins « de base ». Vous discuterez ensuite de ses résultats avec elle et des différentes avenues thérapeutiques.