

# Mammographie et dépistage

**Dr Anne-Sophie AZUAR**

# Epidemiologie

**En France, une femme sur 8 sera confrontée au cancer du sein au cours de sa vie.**

- 49000 nouveaux cas / an de cancer du sein chez la femme
- Le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme
- 12 900 décès en 2012
- 1/2 diagnostiqués entre 50 et 69 ans,
- +1/4 diagnostiqués après 69 ans
- **Age > 50 ans : 1er facteur de risque de cancer du sein chez la femme**

# Places des mammographies

- **Mammographies et dépistage systématique : recommandations**
- **Mammographie spécifique**
- **Suivi de lésions bénignes**

Dépistage systématique :  
quelles recommandations

## Quid entre 40-50 ans

- American Cancer Society : tous les ans à partir de 40 ans
- **NCCN** : tous les ans à partir de 40 ans
- **National Cancer Institute (NCI)** : tous les ans ou deux ans dès 40 ans
- American college of radiology: tous les ans à partir de 40 ans
- **National Health Service U.K. (NHSUK)** : tous les trois ans 47-73 ans

+++ Mammographie de référence à partir de 45 ans - adapter le rythme de la surveillance en fonction des facteurs de risque

# Controverse autour du dépistage avant 50 ans

- **Diminution des décès** par cancer du sein
  - 32% entre 70-74 ans
  - 21% entre 50-69 ans
  - **15% entre 40-49 ans**
  - Pour éviter 1 décès il **faut dépister 2100 femmes entre 40-49 ans**  
> **10 surdiagnostics et 700 mammographies positives à tort**
  - Pour éviter 1 décès il faut dépister 720 femmes entre 50-69 ans  
> 4 surdiagnostics et 200 mammographies positives à tort
  - Pour éviter 1 décès il faut dépister 450 femmes entre 70-74 ans  
> 2 surdiagnostics et 90 mammographies positives à tort

# Controverse autour du dépistage collectif

**Réduction de 28% de la mortalité, 18%** serait attribuées majoritairement aux **progrès thérapeutiques** et **10% au DO** soit un tiers [Kalager NEJM 2010].

# Controverse autour du dépistage collectif

## **Cancers radio induits**

**Vies sauvées: 350 /100 000**



**Cancer radio-induit : 10/100000**



# Controverse autour du dépistage collectif

***SURDIAGNOSTIC : 10% maximum après dépistage organisé.***

Ce taux augmente significativement pour les mammographies effectuées avant 50 ans : réticences à l'abaissement de l'âge du début du DO [Hofvind, 2012]

**SUR-TRAITEMENT :**

- Risques de sur-traitements induits par les sur-diagnostics : proposer une désescalade thérapeutique

Dépistage spécifique :  
quelles recommandations

# Stratégies de dépistage spécifique

- Antécédent personnel de cancer du sein et CCIS
- Antécédent personnel HCA, HLA, CLIS
- Antécédent d'irradiation thoracique haute dose (antécédent Hodgkin)
- Score d'Eisinger  $\geq 3$  ET pas de mutation BRCA1 ou 2
- BRCA1-2, PALB2

# Stratégies de dépistage spécifique

- **Antécédent personnel de cancer du sein et de CCIS**
  - Mammographie annuelle +/- échographie mammaire
  - Sans limite de durée

# Stratégies de dépistage spécifique

- **Antécédent personnel HCA, HLA, CLIS**
  - Mammographie annuelle pendant **10 ans**
  - Si, après 10 ans, + 50 ans ou plus : dépistage organisé.
  - Si, après 10 ans, - 50 ans : tous les 2 ans jusqu'à l'âge de 50 ans. Puis dépistage organisé.

# Stratégies de dépistage spécifique

- **Antécédent d'irradiation thoracique haute dose (Hodgkin)**
  - IRM mammaire 1/an (après 30 ans et au moins 8 ans après la fin de la RTE)
  - IRM, mammographie annuelle (incidence oblique) + échographie mammaire
  - Sans limite de durée

# Stratégies de dépistage spécifique: Prédisposition et haut risque génétique

Le Score d'Eisinger	
Antécédents familiaux	Cotation
Mutation BRCA1 ou 2 identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme < 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3
Cancer du sein chez une femme 40 et 49 ans	2
Cancer du sein chez une femme 50 et 70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire	3
Score = 5 ou plus : excellente indication	
Score = 3 ou 4 : indication possible	
Score = 1 ou 2 : utilité médicale faible	

- Algorithmes : <http://ccge.medschl.cam.ac.uk/boadicea/>  
**(Breast and Ovarian Analysis of Disease Incidence and Carrier Estimation Algorithm)**
- BOADICEA ([Antoniou et al. 2008](#); [Lee et al. 2014](#), [Riley et al. 2012](#); [Smith et al. 2012](#))

# Stratégies de dépistage spécifique

- **PAG (score d'Eisinger)  $\geq 3$  ET BRCA1 ou 2 négatif**

*Cas de risque très élevé :*

- Apparentées au premier degré : surveillance mammaire identique à BRCA1/2



# Stratégies de dépistage spécifique

- **BRCA1 ou 2**
  - A partir de 30 ans
  - IRM
  - Mammographie ± échographie en cas de seins denses, et, le tout sur une période n'excédant pas 2 mois

# Quand prescrire hors mammographie systématique

- Sein inflammatoire
- Ecoulement mamelonnaire unilatéral unipore : mammo +/- IRM
- Palpation lésion nodulaire femme de plus de 40 ans
- Echographie première sinon

# Quid des anomalies bénignes

- Kyste : sauf kyste atypique, pas de surveillance rapprochée (ponction)
- FA : après microbiopsie initiale surveillance échographique
- Micro calcifications : après macrobiopsie, surveillance classique ou cas par cas

# Messages

- Réinsister sur l'importance du dépistage collectif
- Antécédents personnels ou haut risque génétique (recours oncogénétique)
- Lésion palpable si suspecte : biopsie et pas de tergiversation mammographique

Merci de votre attention

# Controverse autour du DO

- Taux de dépistage de 7,6 cancers pour 1000 mammographies
- Etude Européenne cas témoins [Euroscreen 2012] confirme l'intérêt du dépistage avec **430 décès évités pour 100 000 femmes dépistées.**
- **AMELIORATION DE LA SURVIE PRINCIPALEMENT LIEE AUX PROGRES THERAPEUTIQUES PLUTOT QU'AU DEPISTAGE**
  - diagnostic précoce
  - réduction de la taille des lésions dépistées
  - envahissement ganglionnaire moindre

Pour une **réduction de 28% de la mortalité**, **18%** serait attribuées majoritairement aux **progrès thérapeutiques** et **10% au DO** soit un tiers [Kalager NEJM 2010].