

Dépistage selon les risques

(hors densité mammaire)

Collège Gynécologie

E du Rouchet
Centre de Sénologie
CHR Orléans

Pour en savoir plus

- Recommandations de St Paul / Nice
www.cours-rpc-nice-stpaul.fr
- SFSPM
www.senologie.com
- InVS
www.invs.santé.fr

Présentation du problème

- Le cancer du sein est un problème majeur
incidence augmente bcp, mortalité diminue peu
- Les FdR sont peu accessibles à la prévention primaire (quoique !) donc le dépistage est a priori la solution pour réduire la mortalité par K du sein
Mais, en France le tx de couverture du DO est < 50% avec un DI en dh de toute contrainte.
De plus, il y a peu de registres.
- Donc, il est difficile d'estimer l'efficacité du DO en population générale en France
(d'où le travail collaboratif mis en œuvre par InVS)

Quelques chiffres

Par 100.000/an	1980	1990	1995	2000	2005
Incidence	56,8	72,8	82	91,5	101,5
Mortalité	19,4	20	19,8	18,9	17,7

En 25 ans, augmentation de 78% de incidence

En 25 ans, diminution de 9% de la mortalité

En 2005, 12.413 cas de K dépistés entre 50 et 74 ans, soit 42% du total

Données Invs

Les indicateurs

- Les indicateurs finaux posent le pb du délai
Survie : Pb de l'avance au diagnostic
Mortalité spécifique : Pb de la qualité du recueil
Stade : est moins pertinent
- Les indicateurs intermédiaires
Impact : taux de participation
Qualité : tx de rappel, tx de biopsie, VPP de la bp
Efficacité : tx de K, tx de Kis, tx de K de bon pronostic

Au total

- Sur 11 essais, les résultats sont favorables sur 8 essais critiquables :
 - qualité des mammos (HIP)
 - 2 à 3 vagues de dép (Stockolm, 2 Comtés)
 - long intervalle (2 Comtés)
 - invitation rapide du groupe T (Suède)
- Les 4 essais considérés comme plus fiables ne montrent pas d'amélioration de la mortalité spécifique :
 - mammo vs rien de 44 à 68 ans (Malmö 1)
 - clin + mammo vs rien de 40 à 49 ans (NBSS 1)
 - clin + mammo vs clin de 50 à 59 ans (NBSS 2)
 - mammo vs rien de 40 à 50 ans (UKCCCR)
- *De plus, ne pas oublier que les thérapeutiques s'améliorent*

Analyse de l'AETMIS

Femmes > 50 ans

- Essai Malmö 1 RR 0,73 (0,48 – 1,11)
- Essai NBSS 2 la mammo n 'améliore pas le RR
- Cumul de Malmö / Stockholm / Göteborg
RR 0,76 (0,59 – 0,98)
- Cumul de tous les essais RR 0,71 (0,63 – 0,80)

Analyse des programmes

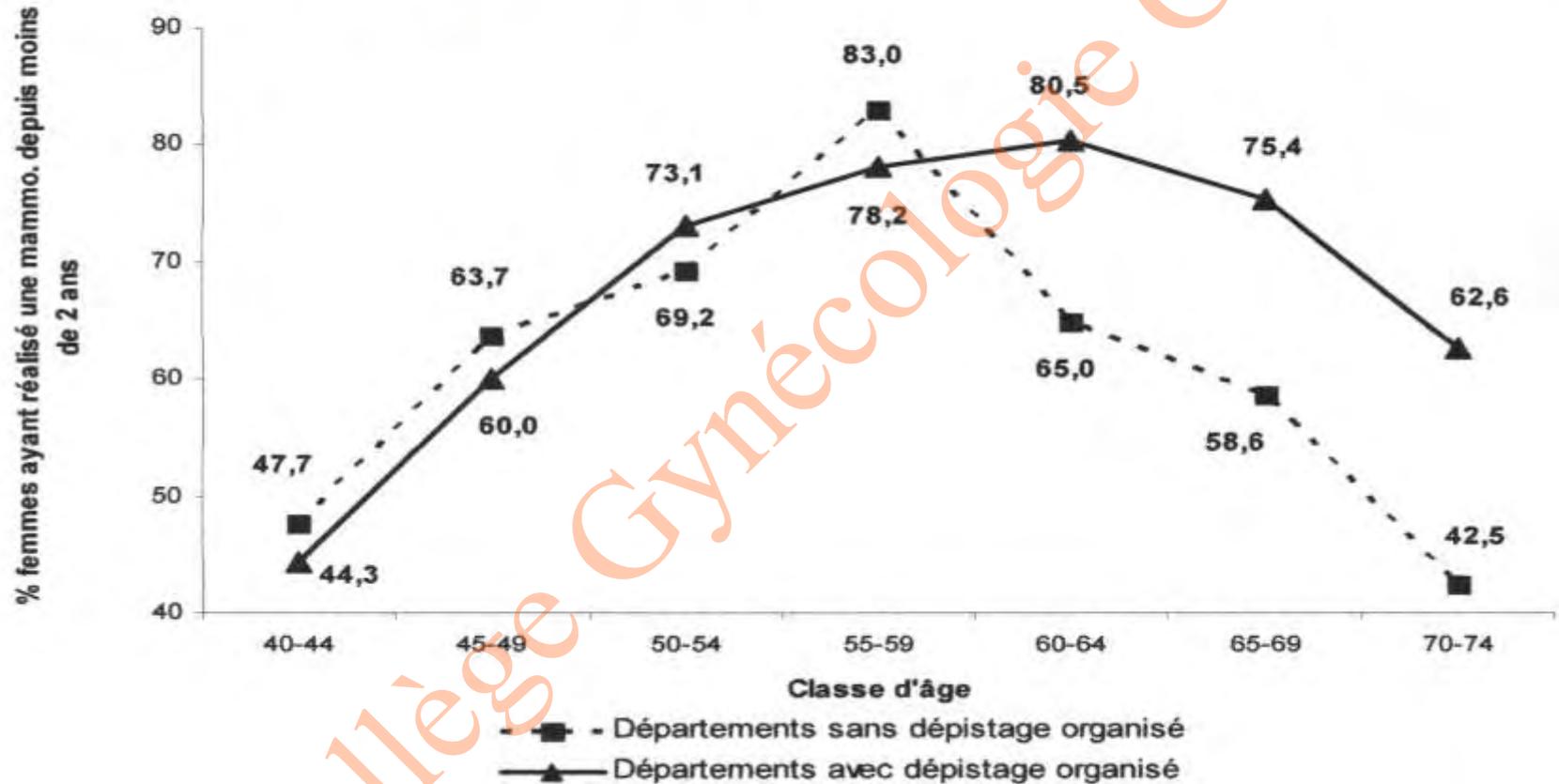
- Plusieurs articles concernant la Suède, la Finlande, l'Italie
- Programme de Florence
 - femmes de 50 à 69 ans
 - période de référence : 1985/1986 suivi jusqu'en 1991
 - période 1990/1996 suivi jusqu'en 1999
 - groupe « invité » vs « non invité » et
« dépisté » vs « non dépisté »
 - RR analyse de l'incidence des tumeurs fatales à 8 ans :
0,75 (0,54 – 1,04) entre « inv » et « non inv »
(Paci 2002)

Pratiques de la mammographie

11 juin 2009

Collège de Gynécologie Centre Val
de Loire

Figure 5.3. Pourcentage de femmes ayant effectué une mammographie depuis moins de deux ans, selon l'existence ou non d'un programme de dépistage organisé dans le département de résidence. Données sources : Enquête santé et protection sociale 2002. Analyse : InVS



Baromètre Santé 2004 / 2005

Enq téléphonique 30.514 femmes de 12 à 75 ans dont 6048 femmes de 50 à 54 ans

Au moins 1 mammo : 94,9% 50/69 a. 64,6% 70/74 a. Mammo < 2 a. : 70% vs 52,3% < 50 a.

Origine du dép :

55% *médecin* : dont 72% suivi régulier (34% chez 18/39 a. !)

20% *patiente* : dont 18,5% si atcd fam et 34% *invitation*

Réticences au dépistage (chez les femmes sans mammos)

50 / 74 a. « pas besoin » ds la ½ des cas surtout si > 70 a.

50 / 59 a. « manque de tps » 32% coût et éloignement tj < 1%

Facteurs favorisant le dep

existence d'un DO avt 2004, revenus, nb de Cs chez MG ≥ 2 / an et 1 Cs chez gynéco ds l'année

Evolution 2000 / 2005

Chez les 60/74 a. : on passe de 42,3 à 63,2 %

Chez les 50/74 a. : on passe de 52,2 à 65,4% en 10 a., gain de 31% chez 70 / 74 a.

De plus, le gain est max chez les défavorisés (rev < 900€) et écart entre fav et défav est passé de 17,8% à 9,4%

Chez les < 49 a. : stabilité

Analyse de DI

- Activité d'un Cbt portant sur 24544 mammos entre 85 et 92
 2517 mammos de dép 45% âge < 50 ans
 38% âge entre 40 et 49 ans
 723 K, 12,6% dep 10% entre 40 et 49 ans
 15% entre 50 et 59 ans
 18% entre 60 et 69 ans
 K dep vs K dg T moy : 9 mm vs 19 mm
 pN+ : 9,3% vs 40%
- Caractéristiques des K dep de 40 à 69 ans de 91 à 96
 19.100 mammos dont 7400 de 40 à 49 ans (39%)

40 à 44 ans	1,7 pm
45 à 49 ans	5,8 pm
50 à 59 ans	6,6 pm
60 à 69 ans	10,3 pm

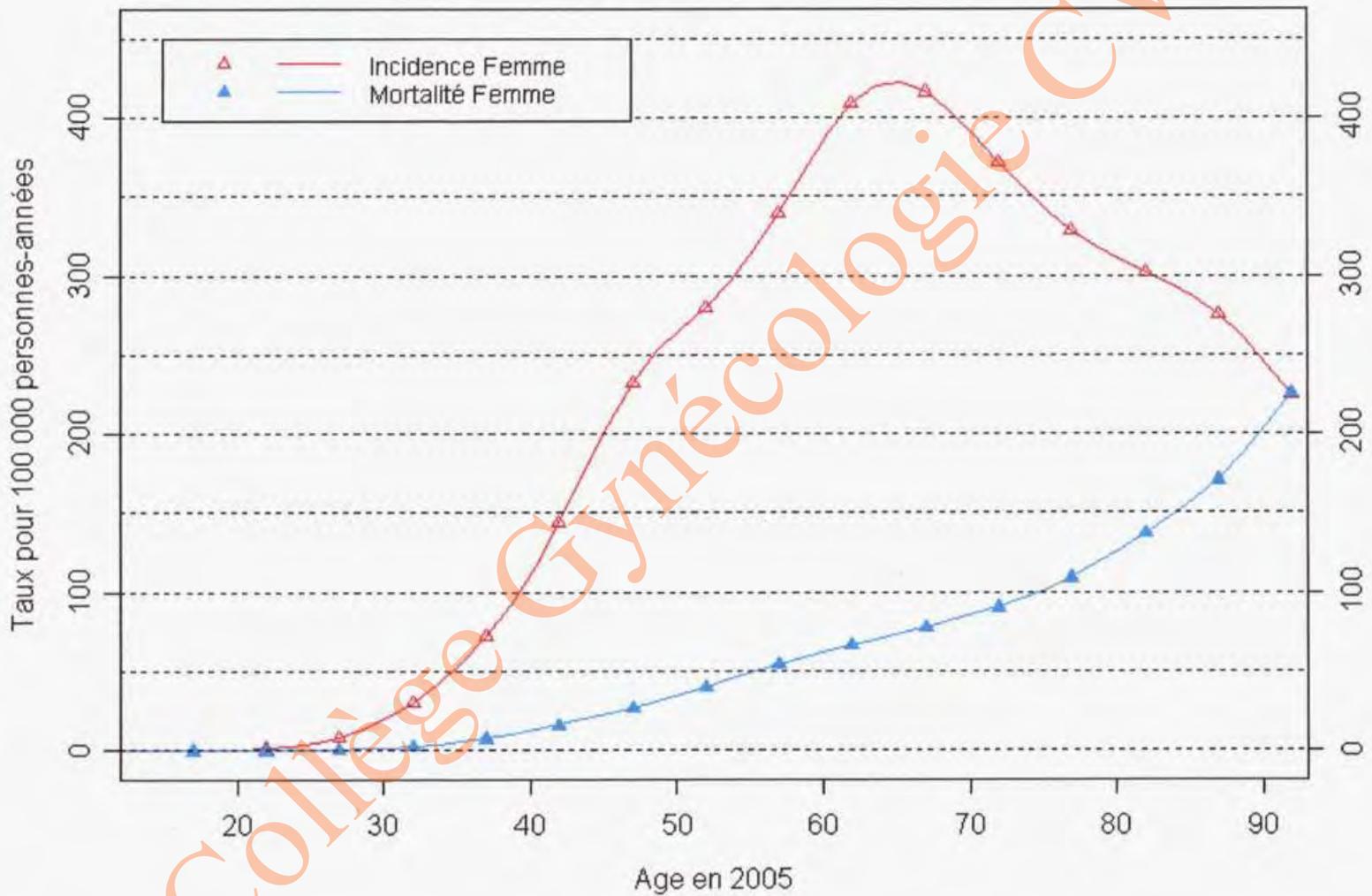
Avt 50 ans et après : Tx CCIS 26% vs 17%
 T < 10 mm 48% vs 27%
 pN- 86% vs 72%

Caractéristiques des examens

- Mammographie Se 68 à 85% Spec 92 à 99%
Ht risque : Se 25 à 50% Mutées : 13 à 40%
Car DM , K intervalle, K plus agressif
Narod écarte le risque de K radio-induits
DMIST souligne intérêt numérique
- Echo
Ht risque Se 13 à 40%
Assoc Mammo + Echo :
 Popul générale Se : 92% (Kolb)
 Ht risque Se : env 50% (Kuhl)
- IRM
 Se 70 à 100%
 Faible Spec sauf chez Ht Risque

Risque du à l'âge

Figure 1: Incidence et Mortalité par âge en 2005



CANCER DU SEIN

ESTIMATIONS EN 2005 : REPARTITION PAR AGE

[\[retour \]](#) [\[graphique \]](#)

Nombre de cas et de décès par tranche d'âge et par sexe en France en 2005

Age		[00;14]	[15;19]	[20;24]	[25;29]	[30;34]	[35;39]	[40;44]	[45;49]	[50;54]	[55;59]	[60;64]	[65;69]	[70;74]	[75;79]	[80;84]	[85;89]	[90;94]	[95;++]
Incidence	Femme	0	3	24	153	643	1565	3194	5017	5894	7082	5732	5597	5143	4241	3272	1384	683	187
Mortalité	Femme	0	1	2	11	55	168	364	592	850	1146	938	1048	1256	1416	1489	861	686	318

Taux pour 100 000 personnes-années par tranche d'âge et par sexe en France en 2005

Age		[00;14]	[15;19]	[20;24]	[25;29]	[30;34]	[35;39]	[40;44]	[45;49]	[50;54]	[55;59]	[60;64]	[65;69]	[70;74]	[75;79]	[80;84]	[85;89]	[90;94]	[95;++]
Incidence	Femme	0	0.2	1.2	8	30.7	72.4	144	232.4	280	339.1	409.1	416	371.2	328.4	302.2	275.2	224.7	168.2
Mortalité	Femme	0	0.1	0.1	0.6	2.6	7.8	16.4	27.4	40.4	54.9	66.9	77.9	90.7	109.6	137.5	171.2	225.7	286

Essai UKCCCR

- Essai randomisé de 161.000 femmes de 39 à 41 ans
- Début en 1991 jusqu'en 1997
- GI : 1/3 des femmes mammo / an pdt 10 ans
GT : rien A 50 ans, toutes intègrent le programme nat
- Suivi moyen : 10,7 ans
- Mortalité par K du sein : 18 / 100.000 vs 22 / 100.000
IC 95% = 0,66 – 1,04
- Tx FP : 5% la 1° vague, 3% ensuite
17.030 femmes qui ont eu au moins 7 mammos
23% ont eu 1 FP cumulé 1% cyto 0,7% bp chir

Méthodologie rigoureuse mais financement public qui a abouti à l'interruption du recrutement et une baisse de la puissance statistique

Mammo : 2 clichés la 1° vague / 1 cliché ensuite

Risque hormonal

- ***Durée d'exposition aux estrogènes endogènes***
+ 3% / an
- ***Parité et allaitement ont un effet protecteur***
- 8% / enfant (après la ménopause)
Le risque >> pdt la grossesse et les années suivantes
Risque sup 1° grossesse après 30 ans / nullipare
- ***Contraception orale***
risque annulé à 10 ans
- ***THM***
représente 3 à 5% des cas entre 40 et 65 ans
RR 1,2 à 1,5 selon le ttt
- ***DMO***
relation indp entre DMO élevée et K du sein
RR 2 à 4 chez les 25 à 30% femmes à DMO >>
Mais seult chez les femmes âgées +++

Clavel-Chaperon SFSPM 2008

Trémollières SFSPM 2008

Risque environnemental

- ***Surpoids et faible activité physique***

augmentation du risque après la ménopause (EPIC/NHS)
activité physique de 5h00/sem réduit le risque par 2
WINS : régime pauvre en graisses réduit le risque de rechutes chez RE- à 60 mois

- ***Alcool : oui Tabac : ??***

- ***Radiations ionisantes chez femme < 40 ans***

Penser à la Rxth chez Hodgkin

Clinique / Mammo Echo / IRM annuel

Ttt avt 17 ans : début 25 ans

Ttt après 17 ans : début 8 ans après fin

Consensus experts

Femmes à risque héréditaire et familial

Indications Cs Oncogénétique

- Dans la même branche parentale
 - 3 K du Se
 - 1 ou 2 K du Se + 1 K ovaire
 - 1 K du Se chez homme
 - 1 K du Se bilat ou < 40 ans
- Des facteurs personnels
 - K du Se < 30 ans
 - K du Se + Ovaire / Prostate / Pancréas
 - K du Se ou Ovaire + 2 autres K
(hors tabac, HPV, ou basocellulaire)

Score de Bignon expertise nationale 2004

Situation	Poids
Mutation constitutionnelle de BRCA identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme 30-40 ans	3
Cancer du sein chez une femme 40-50 ans	2
Cancer du sein chez une femme 50-70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire	3

6

**Selon le score familial obtenu,
l'indication d'une consultation d'oncogénétique est :**

- 5 et plus : excellente indication
- 3 et 4 : indication possible
- 2 et moins : utilité médicale faible

Les modèles de calcul

De Pauw SFSPM 2008

- **Modèle de Gail**

le plus ancien ne prend pas en compte la génétique

- **Modèle de Claus**

1° modèle conçu pour le risque génétique mais ne prend pas en compte l'ovaire et l'homme
plusieurs logiciels différents dont on a tiré des tables pour estimation à un âge donné ds des situations simples

- **Modèle BRCAPRO**

considère que ce qui n'est pas BRCA est sporadique

- **Modèle BOADICEA**

intègre sein et ovaire mais pas les FdR individuels

- **Modèle IBIS**

prend en compte les données familiales et individuelles

Quelques exemples

Mère Se 48 ans	12,5% Claus	15% Ibis
Tante pat Se 40 ans GM pat Se 54 ans	13% BRCAPRO	17,2% Claus
Mère Se 40 ans GM mat Se 54 ans GM pat Ov 55 ans	13,3% BRCAPRO	26,9% Claus
Sœur Se 34 ans Tante pat Se 40 ans GM pat Ov 54 ans	15,5% Claus	33,5% Ibis

Plus les variations selon histoire personnelle : Ex 1 15 à 62% selon Ibis !

Conclusions sur les modèles

- Les derniers modèles demandent encore à être validés. Il n'y a pas de modèle recommandé +++
- Pas utilisation en pratique courante.
- Pb de détermination du seuil :
 - USA : 20 à 25% avec quel modèle ?
 - R-U : modéré, > 17%, > 30%

Au total, la clinique et l'analyse des facteurs individuels associés est importante

Observations tirées du programme de DO

- Atcd familiaux ?
Enq sur 24 dpts 2001 à 2006
- Il existe au moins 1 atcd du 1^o degré
chez 11% des invitées
6.38% des mammos +
9.7 pm des K

il y a donc un sur-risque / popul générale

Com. Libres SFSPM 2008

Dépistage 1

Identification BRCA 1 ou 2

**Pas de BRCA mais estimation confirmée à ht risque
cas le + fréquent**

*RR sup à 2, soit > 20% risque cumulé à 70 ans
(Pour BRCA 1 le risque est de 65% !)*

● Clinique	dès 25 ans	6 mois
● Echo	dès 25 ans	annuelle
● Mammographie (numérique)	dès 30 ans	annuelle
● IRM	dès 30 ans	annuelle

Dépistage 2

Patientes dont histoire familiale n'est pas évocatrice d'une prédisposition génétique, mais dont le calcul de risque est estimé intermédiaire entre 1 et 2.

(Intérêt des modèles de Gail et Barlow)

A partir de 40 ans ou 5 ans avt le 1° K

Clinique ts les 6 mois

Mammo +/- Echo ts les ans

IRM non validé

Reco St Paul 2007

- Etude de Kriege 2004

1909 femmes de 25 à 70 ans, réparties en 3 groupes

Gr risque modéré (15 à 29%)

Gr risque intermédiaire (30 à 49%)

Gr risque fort (50 à 85%)

Clinique ts les 6 mois Mammo + IRM ts les ans

Suivi 2,9 ans 51 K soit tx moyen 9,5 pm

Risque faible tx de 7,8 pm

Risque fort tx de 26,5 pm

Pour l'instant, pas de données sur la survie spécifique tant chez les femmes mutées que risque intermédiaire

Risque histologique

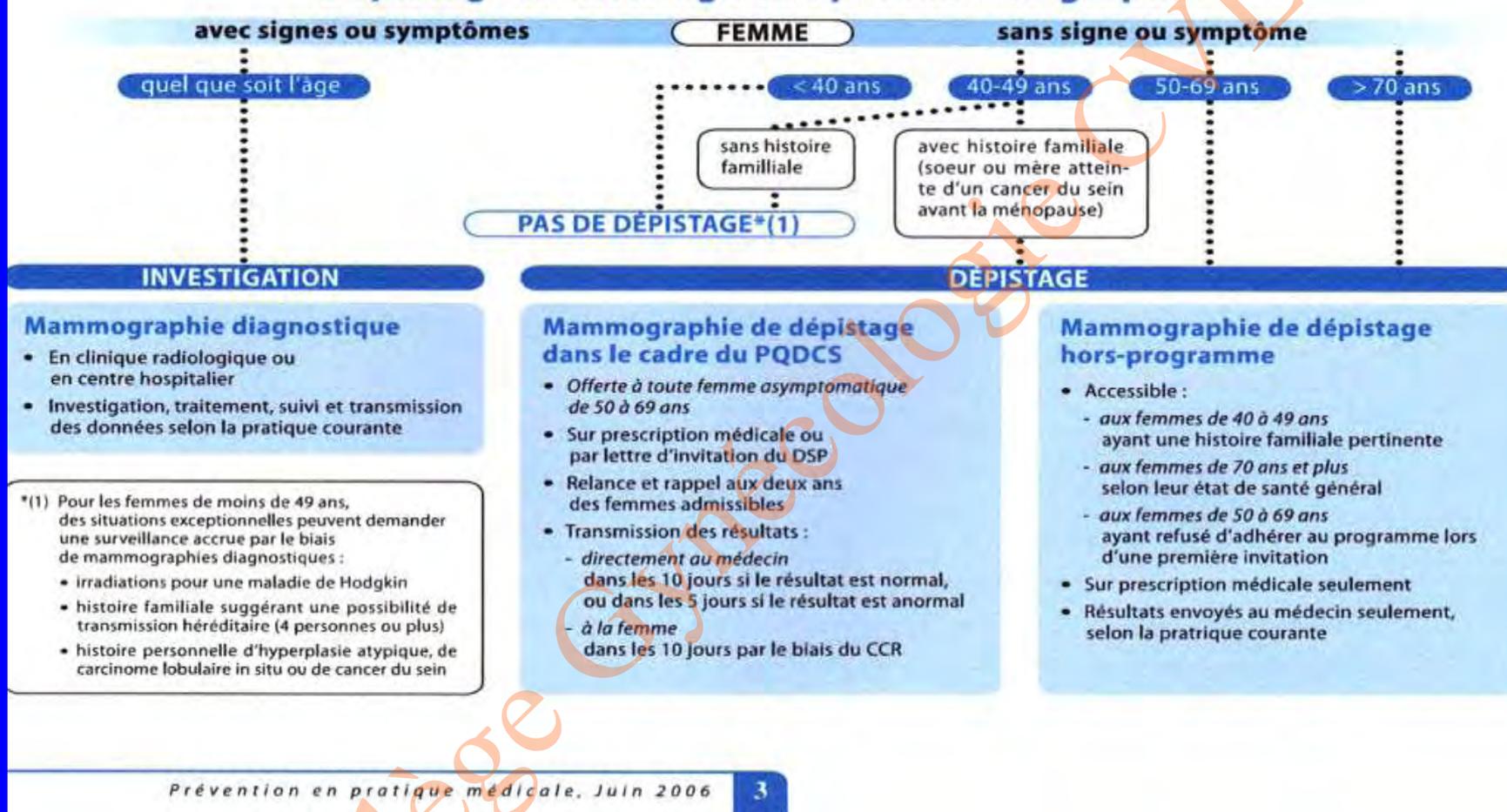
Collège Gynécologie CVL

Surveillance

- Clinique + Mammo (numérique) + Echographies tous les ans donc hors DO
- IRM non car trop de FP
- Pas de THS
- Attention aux assoc de facteurs de risque :
lésions atypique + atcd fam : 40% de K ds les
25 ans

Le dépistage du cancer du sein à Montréal

Dépistage et investigation par mammographie



14 CDD (Centre de Dépistage Désignés)

5 CRID (Centre de Référence pour Investigations Désignés)

11 juin 2009

L'agglomération de Montréal représente 3.695.800 habitants (2006)

Collège de Gynécologie Centre Val de Loire

35