



D14 : Corrélation entre la fréquence du dépistage et le pronostic des cancers du sein

Titre

Français : Corrélation entre la fréquence du dépistage et le pronostic des cancers du sein
Anglais : Correlation between the frequency of screening and the prognosis of breast cancer

Auteurs

S Murgo (1), S Lessage (2), C Juvent (3), C Longo (1), AC Gérard (3), C Raulier (4), C Demoulin (1), M Dramaix (5)
(1) Imagerie médicale, CHR Mons-Hainaut, Avenue Baudouin de Constantinople, 5, 7000, Mons, Belgique
(2) Faculté polytechnique, UMon, Rue de Houdeng, 9, 7000, Mons, Belgique
(3) Clinique du sein, CHR Mons-Hainaut, Avenue Baudouin de Constantinople, 5, 7000, Mons, Belgique
(4) Direction, CHR Mons-Hainaut, Avenue Baudouin de Constantinople, 5, 7000, Mons, Belgique
(5) Ecole de santé publique, ULB, 808, route de Lennik, 808, 1070, Bruxelles, Belgique

Responsable de la présentation

Nom : Murgo
Prénom : Salvatore
Adresse professionnelle : Avenue Baudouin de Constantinople, 5
Code postal : 7000
Ville : Mons
Pays : Belgique
Newsletter :

Mots clés

Français : cancer du sein, dépistage, mammographie, fréquence, surdiagnostic,
Anglais : breast cancer, screening, mammography, frequency, overdiagnosis

Spécialité

Principale : Imagerie (radiologie, médecine nucléaire...)
Secondaire : Dépistage

Texte

Contexte

Le dépistage du cancer du sein reste un sujet de controverse (1-2). L'âge de début et la fréquence optimale du dépistage font encore l'objet de recommandations très variables (3-4).

Objectifs

Déterminer s'il existe une corrélation entre le pourcentage de cancer du sein de stade I et la fréquence du dépistage. Quantifier le risque de surdiagnostic lié à la détection de carcinomes in-situ en fonction de l'âge des patientes.

Méthodes

Entre mars 2010 et mai 2015, 25 318 patientes se sont présentées dans notre unité de sénologie pour un dépistage ou examen diagnostique. Chacune de ces patientes a bénéficié d'une mammographie et/ou d'une échographie en cas de seins denses (BIRADS > B) et/ou d'anomalies cliniques ou mammographiques.

Quatre groupes de patientes ont été constitués en fonction du délai entre le diagnostic de cancer et la précédente mammographie : groupe I (délai ≤ 18 mois), groupe II (délai > 18 mois et ≤ 30 mois), groupe III (> 30 mois et ≤ 48 mois) et groupe IV (> 48 mois).

Chaque cancer a été stratifié à partir de la classification TNM.

Résultats

438 patientes étaient porteuses d'un cancer du sein. Parmi celles-ci, 261 femmes étaient adressées pour dépistage (59,5 %) et 177 pour diagnostic (40,5 %). Cinq pourcents des cancers du sein ont été détectés avant 40 ans, 15 % entre 40 et 49 ans, 49 % entre 50 et 69 ans et 31 % à 70 ans et plus.

Les carcinomes in-situ représentent 20 %, 15 %, 15 % et 6 % des cancers détectés chez les femmes respectivement de moins de 40 ans, de 40 à 49 ans, de 50 à 69 ans et de 70 ans et plus. Le test Chi2 de tendance démontre une corrélation inverse et significative ($p = 0.0049$) entre le pourcentage de cancer in-situ et l'âge des patientes.

Le pourcentage de stade I variait en fonction du groupe de la manière suivante : groupe I, 74% ; groupe II, 64% ; groupe III, 50 % et groupe IV, 41%. Pour les patientes adressées pour diagnostic, sans mammographie de dépistage depuis plus de 5 ans, le pourcentage de stade I était de 16%. Le test de Pearson Chi2 démontre une forte corrélation inverse ($p < 0,001$) entre le groupe et le pourcentage de cancer du sein de stade I.

Discussion

Il existe peu de données dans la littérature sur la fréquence optimale du dépistage du cancer du sein. Ce manque explique la diversité des recommandations. La corrélation observée entre le pourcentage de cancers de bon pronostic et le délai entre le diagnostic de cancer du sein et la précédente mammographie apporte une réponse originale à cette problématique.

Conclusion

Il existe une corrélation inverse et significative entre le pourcentage de cancer de stade I et le délai entre le diagnostic de cancer du sein et la précédente mammographie. Par ailleurs, le risque de surdiagnostic lié à la détection de carcinomes in-situ est faible pour les femmes de 40 ans et plus et diminue significativement avec l'âge.

Bibliographie

1. Welch HG, Prorok PC, O'Malley AJ, Kramer BS. (2016). Breast-Cancer Tumor Size, Overdiagnosis, and Mammography Screening Effectiveness. N Engl J Med. 375(15):1438-1447.
2. Bleyer AI, Welch HG. (2012). Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. N Engl J Med. 367(21):1998-2005.
3. Niell BL, Freer PE, Weinfurter RJ et al (2017). Screening for Breast Cancer. Radiol Clin North Am. 55(6):1145-1162.
4. Chetlen A, Mack J, Chan T. (2016). Breast cancer screening controversies: who, when, why, and how? Clin Imaging. 40(2):279-82.