

DEPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

B. De Korvin, radiologue, Institut Rennais du Sein,
Centre Eugène Marquis Rennes



- I. Dépistage organisé
- II. Dépistage organisé et cancer du sein
- III. Les premières expériences étrangères
- IV. Le dépistage organisé du cancer du sein en France
- V. Le dépistage du cancer du sein en pratique sur le terrain
 - V.1. Associations de dépistage
 - V.2. Méthodologie du dépistage
 - V.3. Contraintes du dépistage
- VI. Evaluation
 - VI.1. Objectifs
- VII. Conséquences du dépistage organisé du cancer du sein

2



I. DÉPISTAGE ORGANISÉ

○ Objectifs:

- Détecter les cancers à un stade précoce chez des personnes asymptomatiques
- Identifier à l'aide de tests des sujets atteints d'une maladie passée jusque là inaperçue. Ce ne sont pas des tests diagnostiques mais permettant un tri binaire suspect/non suspect, positif/négatif
- Faire la différence entre des sujets en bonne santé atteints d'une maladie donnée et ceux non atteints

But final: Diminuer à terme la mortalité

3

CRITÈRES OMS DES DÉPISTAGES ORGANISÉS (WILSON ET YOUNGER 1968)

- 1. Pathologie fréquente et grave, problème majeur de SP
- 2. Histoire naturelle de la maladie à dépister connue
- 3. Examen Dg capable de reconnaître un stade précoce
- 4. Résultat du TTT précoce > TTT tardif
- 5. Test sensible (faux -) spécifique (faux +)
- 6. Acceptabilité du test par la population
- 7. Moyens adéquats pour Dg et TTT des anomalies dép
- 8. Répétition du test à intervalle régulier selon hist nat
- 9. Nuisances physiques et psychologiques < aux bénéfices attendus
- 10. Coût économique d'un programme compensé par les bénéfices attendus

4

CARACTÉRISTIQUES DU DMO

- Ciblé sur une population définie
- Garantie d'équité d'accès et de qualité
- Gratuit
- Évalué

5

II. DEPISTAGE ORGANISÉ ET CANCER DU SEIN

- Le cancer du sein répond aux 10 critères OMS

6

II.1.CANCER FRÉQUENT ET GRAVE CHEZ LA FEMME

- Cancer du sein = 1er rang des cancers féminins (**36% des cancers de la femme**)
- **3/4 des cancers du sein = après 50 ans**
 - 50% des cancers de la femme de moins de 50 ans
 - 20% des cancers de la femme de plus de 75 ans
- Incidence = Nombre de nouveaux cas de cancers du sein par an pour 100.000 Femmes
- **50 000 nouveaux cas en 2014: X2 entre 1978 et 2000**
(14000 nouveaux cas K Colon)

7

- L'incidence a augmenté de 2,1% par an en France (1,5% avant 50 ans et 2,5% après 50 ans) (voir 4% aux USA) jusqu'en 2004
- mais le nombre de cancers du sein diminue de -4,3% entre 2004 et 2005 et -3,3% entre 2005 et 2006. Cette diminution ne concerne que les femmes de plus de 50 ans et correspondrait à la diminution de la prescription de THS depuis 2002 de 62%.

H Allemand, B Séradour, A Weill, P Ricordeau, Bulletin du Cancer, 2008, vol 95, N°1

- Incidence: augmente avec l'âge jusqu'à 45-50 ans puis diminue dans les pays à faible risque (Europe du Sud, Asie, Japon, Afrique) et continue à augmenter dans les pays à risque élevé (Europe du Nord, Canada, USA, Suisse)
- Mode de vie occidental: surconsommation de graisses et protéines animales, nullipare, grossesse tardive
- Migrations géographiques: les Japonaises migrant aux USA rejoignent le risque des Américaines au bout d'une génération

8

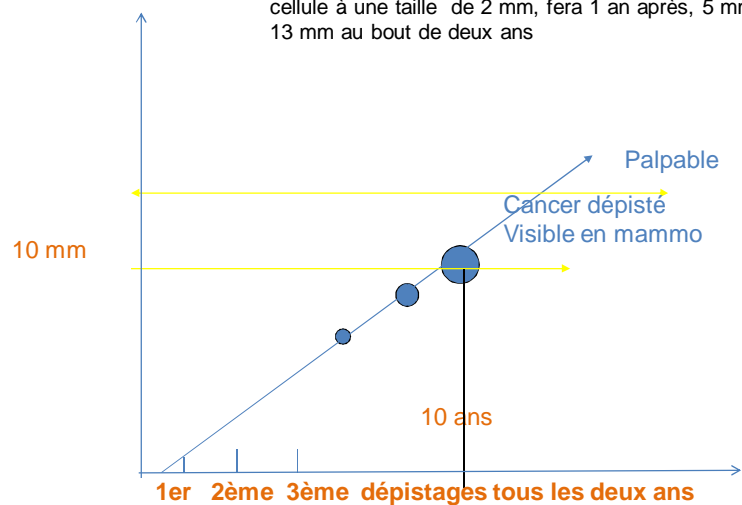
CANCER GRAVE

- **Cancer du sein = 1ère cause de mortalité chez la femme**
- **Première cause de décès** par cancer chez la femme avant les cancers colorectaux
- **(11 600 cas de décès annuels/K sein)** (7500 décès par K colon)
- **Mortalité**
 - la plus forte en GB(28 DC pour 100.000 F), Pays-Bas, Danemark, Suisse
 - En France (18,6 pour 100.000 F)
 - Pays méditerranéen (13,5 à 14,5 pour 100.000 F)

9

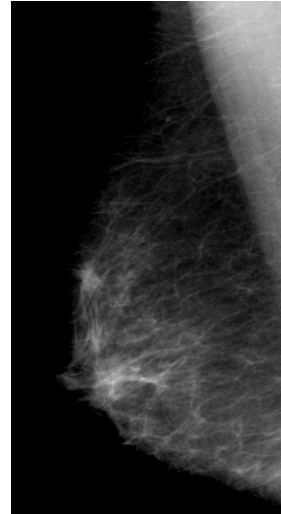
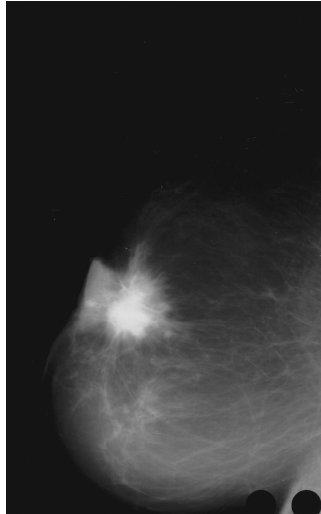
II.2.HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU SEIN CONNUE

Temps de doublement d'une cellule = 100 jours
Une tumeur mettra 6 à 7 ans pour passer de la première cellule à une taille de 2 mm, fera 1 an après, 5 mm, puis 13 mm au bout de deux ans



10

II.3.MAMMOGRAPHIE = TEST DE DÉPISTAGE ET EXAMEN DIAGNOSTIQUE



11

II.4.PLUS CANCER DU SEIN TRAITE PETIT ET TÔT, MEILLEUR EST LE PRONOSTIC

○ TAILLE de la tumeur au moment du diagnostic T

- Cancer < 1 cm 95% survie à 10 ans
- Cancer <2cm 87% survie à 5 ans
- 2cm<Cancer<5cm 76% « «
- **Cancer>5cm 61%** « «

○ ENVAHISSEMENT Ganglionnaire N

- sans ganglion 80% « «
- avec ganglion 40% « «
- La gravité augmente avec le nombre de ganglions envahis

12

II.5. MAMMOGRAPHIE =TEST SENSIBLE ET SPECIFIQUE

○ Sensibilité et spécificité

	Femme sans cancer du sein	Femme avec cancer du sein	
Mammographie Négative	VRAI NEGATIF	FAUX NEGATIF	VPN
Mammographie positive	FAUX POSITIF	VRAI POSITIF	VPP
	SPECIFICITE	SENSIBILITE	

13

DIMINUTION DE SENSIBILITÉ ET SPÉCIFICITÉ DANS LES SEINS DENSES

- *Impact de la densité mammaire sur le dépistage, B Séradour, SFSPM, Nancy, Novembre 2004*
- La sensibilité de la mammographie a été analysée par Kerlikowskie en 1996: 98,4% si seins gras et 83,7% si seins denses type C et D
- Plus grand nombre de cancers d'intervalle donc de faux négatifs dans les seins denses dans la majorité des études
- La spécificité a été analysée par Carney en 2003 : 96,9% si seins gras et 89,1% si seins denses type C et D

14

II.6. MAMMOGRAPHIE BIEN ACCEPTÉE, MALGRÉ DOULEURS PARFOIS CHEZ LES FEMMES LES PLUS JEUNES

15

II.7. MOYENS DIAGNOSTIQUES ET DE TRAITEMENTS EXISTENT POUR LES PETITS CANCERS DU SEIN

- Macro et microbiopsies sous anesthésie locale
- Repérages de lésions non palpables
- Technique du ganglion sentinelle à la place du curage
- Tumorectomie au lieu de mammectomie
- Chimiothérapie non systématique

16

II.8. TEST MAMMOGRAPHIQUE RÉPÉTÉ À INTERVALLES RÉGULIERS

- **Risque de cancer radio induit très faible**
- La compression diminue l'irradiation
- Les doses utilisées en mammographie sont technologiquement de plus en plus faibles (2 à 5 mGray)
- *(INVS 2006: Après 50 ans, 50 vies sauvées pour 1 décès radioinduit si diminut° de 25% de la mortalité par le dépistage)*

Discussion sur les femmes à risque génétique de cancer du sein démarrant un dépistage mammographique annuel à 30 ans (cassures de l'ADN alors que gène BRCA impliqué dans la réparation de l'ADN)

17

DÉPISTAGE ET CANCERS RADIO-INDUITS INCA INVS RAPPORT SEPTEMBRE 2006

- **Le risque de cancer radio-induit est très faible et il est négligeable comparativement aux bénéfices escomptés (sauf chez la femme à risque génétique), en particulier dans le cadre d'un respect des recommandations nationales. De plus, les nouvelles technologies font appel à des doses d'exposition de plus en plus faibles.**
- Les cancers radio-induits font référence, dans le cadre du dépistage, aux cancers provoqués par l'irradiation reçue au cours des mammographies de dépistage. D'après le CIRC [1], les cancers radio-induits représentent 1 à 5 décès pour 100000 femmes réalisant une mammographie tous les deux ans à partir de l'âge de 50 ans pour une irradiation standard (de 2 à 5 mGys), et de 10 à 20 décès si le dépistage débute à 40 ans. Ces chiffres sont à mettre en rapport avec le nombre potentiel de vies sauvées grâce au dépistage. Compte tenu de la mortalité par cancer du sein, et en supposant une estimation basse de la réduction de la mortalité de 25 % grâce au dépistage à partir de 50 ans, cela représente plus de 50 vies sauvées pour un décès radio-induit. Il est important de noter que les doses d'exposition, suite au contrôle qualité mis en place et à l'évolution des technologies, sont en 2006 jusqu'à cinq fois plus faibles qu'il y a dix ans. Aussi les cancers radio-induits seront de plus en plus rares.

18

II.9. NUISANCES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES INFÉRIEURES AU BÉNÉFICE ATTENDU

LE DEPISTAGE EST INUTILE POUR :

- Les femmes (les plus nombreuses) qui n'auront pas de cancer du sein
- Les femmes qui après détection d'une image anormale n'auront pas d'examen complémentaire et/ou pas de traitement adjuvant
- Les femmes qui présentent un cancer d'intervalle
- Les femmes qui mourront de leur cancer, malgré le dépistage. La connaissance de ce diagnostic péjoratif plusieurs années avant sa révélation clinique est susceptible d'engendrer une dégradation prolongée de leur qualité de vie
- Les femmes dont le cancer n'aurait pas été détecté avant leur mort lésions qui n'auraient peut-être jamais fait parler d'elles

Source MH Dilhuydy

19

LES EFFETS DÉLÉTÈRES SONT MAL CONNUS

Les faux positifs entraîneront des « rappels » pour mammographie de contrôle et aboutira à des examens complémentaires inutiles allant jusqu'à la biopsie chirurgicale ;

- l'anxiété induite et l'impact psychologique de l'annonce d'un résultat suspect et des examens ultérieurs, en particulier en cas de faux positifs, sont mal connus et ne doivent pas être sous-estimés;
- Les faux négatifs vont rassurer à tort la patiente et il peut y avoir un retard au diagnostic de ces cancers quand ils surviennent

20

DU SURDIAGNOSTIC AU SURTRAITEMENT

- Parmi les cancers dépistés, 20% sont des cancers intracanalaires dont on ne sait pas lesquels évoluent vers le cancer infiltrant.
- Certains cancers invasifs n'évolueront pas.
- 10% de nouveaux cas dépistés/ an seraient concernés par ce surdiagnostic
- Une fois dépistés et diagnostiqués, ces cancers sont systématiquement traités par tumorectomie et radiothérapie
- Tant qu'on en sait pas plus sur le potentiel évolutif des cancers, il est difficile de s'abstenir

21

TRAITEMENT OU SURTRAITEMENT ?

- Il y a eu de grandes améliorations dans la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein
- la tumorectomie + radiothérapie a remplacé dans de nombreux cas la mammectomie
- La technique du ganglion sentinelle évite un grand nombre de curages axillaires qui avaient des effets plus délétères parfois que le traitement du cancer lui-même.
- Où commence le surtraitement?

22

CONSÉQUENCES DES DISCUSSIONS SCIENTIFIQUES SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

- Même si on ne connaît pas la part respective du dépistage et des nouveaux traitements dans la diminution de mortalité, il n'y a pas de remise en cause de l'efficacité du dépistage sur cette baisse de mortalité (INVS 2006)
- Amélioration certaine de la qualité à tous les niveaux
- Une meilleure information des patientes sur les effets positifs et négatifs du dépistage est indispensable

23

II.10. COÛT DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

- Le moyen le plus efficace pour améliorer la rentabilité est d'augmenter le taux de participation
- *Exemple de budget*: 35000 mammographies de dépistage à Zm41 (soit une année de dépistage en Ille et Vilaine) = 2.324.700 euros payés aux radiologues (pour l'acte radiologique et l'interprétation)+700.000 euros de fonctionnement (dont 140.000 euros de paiement de secondes lectures)

24

III. EXPERIENCES ÉTRANGÈRES DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

- Études internationales (TP > 60%)
 - USA (BCDDP, HIP study) 1963- 1973
 - SUEDE (étude des 2 comtés, Malmö, Göteborg) 1977
 - PAYS-BAS (Nimègues, Utrecht) 1975
 - Canada (National Breast Screening Study)
- Seul un dépistage mammographique régulier permet de diminuer la mortalité par cancer du sein de 30% chez la femme de 50 à 69 ans

25

Programme année	Âge nombre de cas D	modalités	résultats
HIP study 63-66	40-64 ans D 31.000	Ex cl Mg/3ans+2inc	TP66,7% DM30% 2,3K/°°
BCDDP 73	35-74 ans D 280.000	Ex cl Mg/1an+2inc	TP? 6K/°°
Suède2Comtés 77-86	40-74 ans D 94.000	Mg/33mois>50 +1inc Mg/24mois>40+1inc	TP85% DM31% 5K/°°
Malmöe 75-86	45-69 ans D 21.088	Mg/18-24mois+2inc	TP87% DM20%>50 11,5K/°° pour >50 ans
Nimègues 75-88	35-65 ans D 30.000	Mg/2ans+1inc	TP83%entre 50-65ans DM52% 5,6K/°°entre 50-65
GrandeBretagne 79-86	45-64 ans D 300.000	Ex cl Mg +2inc puis 1inc/an	TP 72%à30% DM20% 5,2K/°°
Canada 80-85	40-59 ans D 23.101	Ex cl Mg/an 2inc	TP100% puis 80% 8K/°°
			TP Taux de participation DM Diminution de mortalité

Source: Thèse de médecine 1990 Anne Tassin, Rennes

6

IV. LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN EN FRANCE

- Début années 80: début dépistage individuel
- 1989: DMO sous l'égide de la CNAMTS:
 - 6 départements (dont l'Hérault, les Bouches du Rhône, le Bas Rhin, le Rhône) puis 11 en 1991
- 1994: la DGS lance le programme national de dépistage systématique du cancer du sein
 - 1ère campagne en Ile et Vilaine en 1995
 - 32 départements en 2000

27

- Mais participation variable, car un seul cliché par sein sans examen clinique du radiologue. Manque d'adhésion des spécialistes d'où augmentation du dépistage individuel.
- En 2000: **Plan Cancer** de la DGS: priorité au dépistage de masse organisé
 - nouveau cahier des charges avec 2 clichés par sein en 2002
 - **couverture nationale depuis 2004**
 - **Mammographe numérique autorisé depuis 2006**

28

QUI ORGANISE LE DMO ?

- Direction Générale de la Santé en lien avec l'INCA
- CAHIER des CHARGES des CAMPAGNES 2006
- CNAM: financement des actes médicaux Zm41 + participation aux frais de fonctionnement des associations
- 13 euros par mammographie par les caisses d'assurance maladie pour le fonctionnement
- Association pour le dépistage des cancers en Ile et Vilaine: loi 1901 avec subventions de fonctionnement ADECI35

29

CAHIER DES CHARGES NATIONAL DES CAMPAGNES DE DEPISTAGE

*Journal Officiel de la République Française ,
arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programme de dépistage des cancers*

- ANNEXE 1
 - les missions de la structure de gestion (sensibilisation et information des populations et médecins, organisation de la mise en place des campagnes; évaluation)
 - Les moyens de la structure de gestion
- ANNEXE 2
 - Transmission des éléments financiers et administratifs par la structure de gestion
- ANNEXE 3 : cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein
 - Cahier des charges des structures de gestion
 - Cahier des charges des radiologues
- ANNEXE 4 cahier des charges du cancer colorectal

30

CAHIER DES CHARGES NATIONAL DES CAMPAGNES DE DEPISTAGE

*Journal Officiel de la République Française ,
arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programme de dépistage des cancers*

- ANNEXE 3 : cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein
 - Cahier des charges des structures de gestion

- Stratégies d'invitation des femmes
- Organisation du dépistage et des lectures
- Transmission des résultats et des clichés
- Contrôle de qualité des installations
- Procédures de suivi après dépistage anormal ou techniquement insuffisant
- Indicateurs d'évaluation et de pilotage du programme national pour les CPAM et l'Etat

31

CAHIER DES CHARGES NATIONAL DES CAMPAGNES DE DEPISTAGE

*Journal Officiel de la République Française ,
arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programme de dépistage des cancers*

- ANNEXE 3 : cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein
 - Cahier des charges des radiologues
- PRE REQUIS ET ENGAGEMENTS DES RADIOLOGUES POUR PARTICIPER AU PROGRAMME DE DEPISTAGE
- Population cible
- Réalisation pratique des examens (cotation de l'acte)
- Contrôle de qualité des installations
- Retour d'information pour les radiologues

32

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN EN PRATIQUE.....

B. De Korvin, radiologue, IRS, Centre Eugène Marquis
Rennes



V. DÉPISTAGE ORGANISÉ EN FRANCE EN PRATIQUE

- Association
- Méthodologie
- Contrôles Qualités



V.I. ADECI35

ASSOCIATION POUR LE DÉPISTAGE DES CANCERS EN ILLE ET VILAINE

- Association Loi1901 formée d 'un Conseil d 'administration (CA) et de membres
- regroupe l' Association de dépistage des cancers du colon et des cancers du sein
- CA =
 - moitié financeurs (CPAM, MSA,CMR,UMIV,LCC)
 - moitié médecins publics et privés et usagers (radiologues, gastroentérologues, médecins ttt, gynécologues, biologistes, anatomopathologistes etc..)
- Coordination :
 - Médecins de Santé publique et radiologue



V.2. METHODOLOGIE DU DÉPISTAGE

- V.2.A.Critères d'inclusion
- V.2.B.Critères d'exclusion
- V.2.C.Organisation du dépistage
- V.2.D.Contrôle qualité



V.2.A. QUI EST CONCERNÉ PAR LE DÉPISTAGE DE MASSE DU CANCER DU SEIN ? CRITÈRES D 'INCLUSION

- Toutes femmes de la tranche d'âge 50 à 74 ans
- Même si Symptômes découverts par le radiologue
- Même si port de prothèse, ATCD de chirurgie plastique, ou pour lésion bénigne, ATCD de traumatismes
- Même si difficultés d 'analyse (calcifications diffuses ou seins denses)



V.2.B. CRITÈRES D 'EXCLUSION

- Femmes hors de la tranche d'âge (<50 ans,>74 ans)
- Femmes adressées pour un symptôme découvert par le médecin ou la femme
- Femmes ayant fait une mammographie depuis moins de 1 an (seront invitées ultérieurement)
- Femmes en traitement pour un cancer du sein ou surveillées après traitement d 'un cancer.
- Femmes en surveillance pour une image anormale
- Femmes ayant des facteurs de risque importants



V.2.B. CRITÈRES D'EXCLUSION (SUITE)

FACTEURS DE RISQUE PERSONNELS

- ATCD de néoplasie lobulaire ou d'hyperplasie épithéliale atypique
- Existence d'un gène de prédisposition découvert lors d'un examen de génétique
- ATCD familiaux:
 - 3 ATCD fam au 1er et 2ème degré dans la même branche
 - ou 2 ATCD dont l'un est survenu avant 40 ans ou est bilat
 - ou d'un cancer du sein et d'un cancer de l'ovaire ou de plusieurs cancers de l'ovaire



V.2.B. QUE VA T -ON PROPOSER

À CES FEMMES EXCLUES DES DO ?

- Prise en charge particulière des femmes à risque génétique
- Mammographie +-échographie sur prescription médicale
- A Toute femme avec un risque familial , 5 ans avant l'âge de survenue du cancer dans la famille
- Aux femmes à risque entre 40 et 50 ans
- Aux femmes de plus de 74 ans



V.2.C. MODALITES DES CAMPAGNES DE DEPISTAGE EN FRANCE DEPUIS 2004

- GRATUIT
- Invitations par lettre et relances, prescriptions
- Dépistage mammographique tous les 2 ans de 50 à 74 ans avec deux incidences par sein F+O DG, examen clinique, CRD oral+écrit
- Pour les cas négatifs: 2ème lecture
- Résultats définitifs par courrier à la femme et au médecin avec radios rendues à femme

Prescription
médicale

+

Courrier
d'information

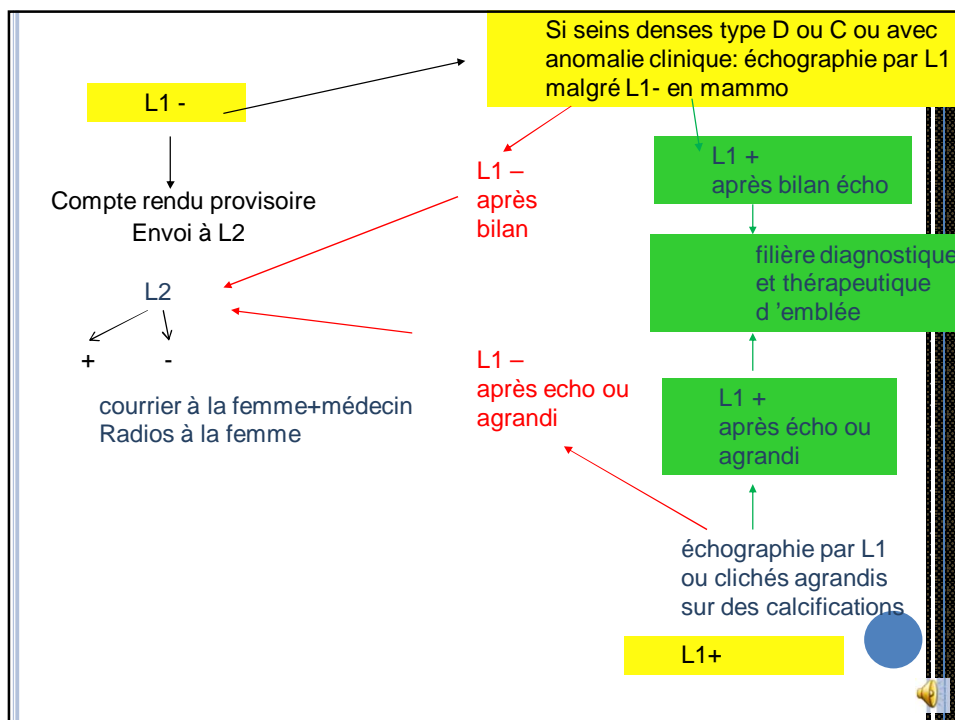
4 mois

1^{ère} relance avec
prise en charge

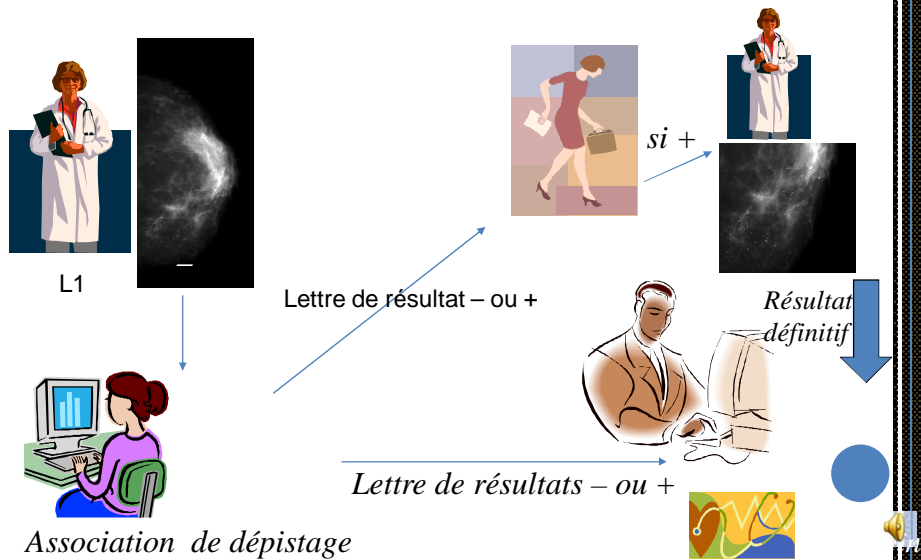
4 mois

2^{ème} relance avec
prise en charge

- Pour cas suspects: bilan complété d 'emblée par échographie +-ponction et biopsie,CRD
- Pas de deuxième lecture des cas positifs
- Clichés rendus à la patiente



DEPISTAGE NEGATIF L1



TEST NÉGATIF OU POSITIF

Test négatif =====ACR1 OU ACR2

RETOUR AU DEPISTAGE DANS 2 ANS

Test positif =====ACR3 / ACR4 /ACR5

BILAN DIAGNOSTIQUE D'EMBLEE OU SECONDAIRE
PUIS PRISE EN CHARGE TTT

V.3. CONTRAINTES DU DÉPISTAGE

DMO = RÉFÉRENTIELS DE QUALITÉ

- *Contrôles et référentiels communs*
- Qualité du matériel
- Qualité de réalisation des clichés
- Qualité de l'interprétation

QUALITÉ DU MATÉRIEL

- Contrôles semestriels sur base de cahier des charges national
- PAR ORGANISME EXTERIEUR
- du mammographe (+hebdomadaire)
- de la développeuse (+ journalier) ou de l'imprimante
- des cassettes et écrans
- des conditions de lecture, des écrans de consoles
- du mammoscope

SI NON CONFORMITE GRAVE, ARRÊT immédiat de l'exploitation de l'installation

QUALITÉ DE RÉALISATION DES CLICHÉS

- CRITERES DE QUALITE
- Insuffisants techniques refusés par deuxième lecteur



QUALITÉ DE L 'INTERPRÉTATION

- Classification ACR
- Formations validantes obligatoires pour les radiologues et pour les MER et remplaçants
- Nombre minimal de mammographies par an : 500 pour L1 et 2000 pour L2



VI. EVALUATION DES DÉPISTAGES ORGANISÉS

- Objectifs des dépistages organisés



OBJECTIFS DES DÉPISTAGES ORGANISÉS

- 1. 60% de participation en 2 ans
- 2. Taux de positif < 10% en L1 et 3% en L2
- 3. Délai de réponse < 8 jours
- 4. Taux de suivi des examens complémentaires >90%
- 5. Taux de biopsie = 1%
- 6. Taux de cancers dépistés =6 à 7 pour mille
30% de K invasifs<1cm,70%de K invasifs sans GG, 20% de CCIS maximum



VII. CONSÉQUENCES DU DÉPISTAGE

- grâce à l'ÉVALUATION
 - conséquences positives
 - conséquences négatives



APRÈS LE DÉPISTAGE, LES CONSÉQUENCES + DÉPISTAGE PRÉCOCE DE PETITS CANCERS

- 2004-2005: 405 cancers en letV en 5^{ème} campagne soit 6,8K%0 femmes dépistées dont 30% de cancers de moins de 10mm



APRÈS LE DÉPISTAGE, LES CONSÉQUENCES + FEMMES RENTRENT DANS UNE DÉMARCHE DE DÉPISTAGE

- Habitude d'examen régulier tous les deux ans
- Extension du dépistage au cancer du colon et au col de l'utérus dans un second temps.



APRÈS LE DÉPISTAGE, LES CONSÉQUENCES + SUIVI DE FEMMES NON MÉDICALISÉES

- Sur les 60% de participation des femmes en I&V
 - 25 % venues sur prescription du médecin
 - 35 % venues sur lettre d'invitation ou relance



CONSÉQUENCES DU DÉPISTAGE DES PETITES LÉSIONS DU SEIN

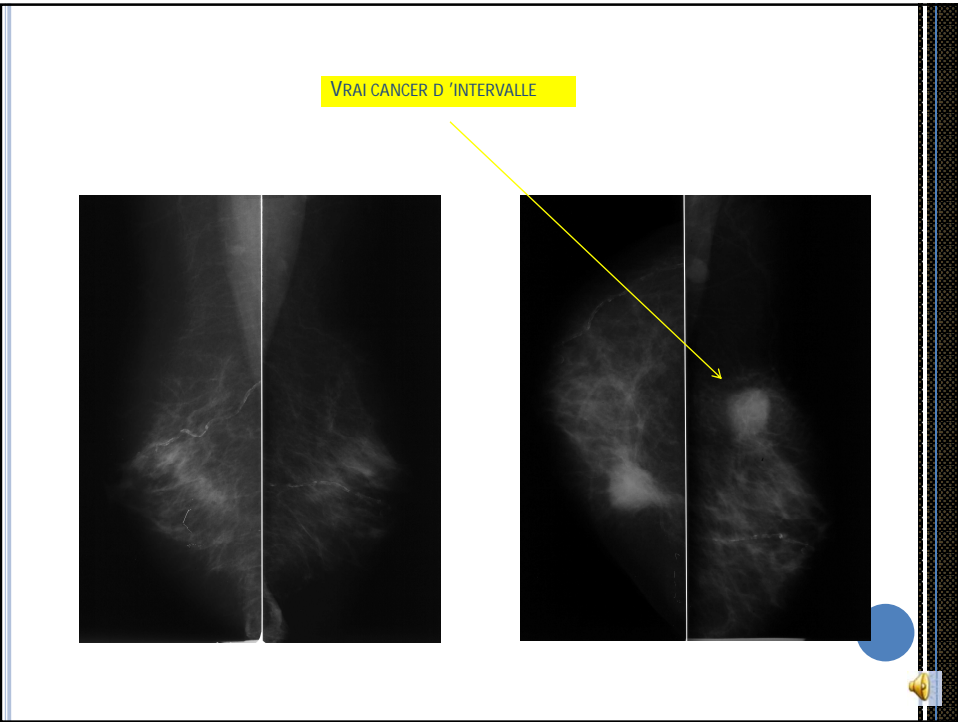
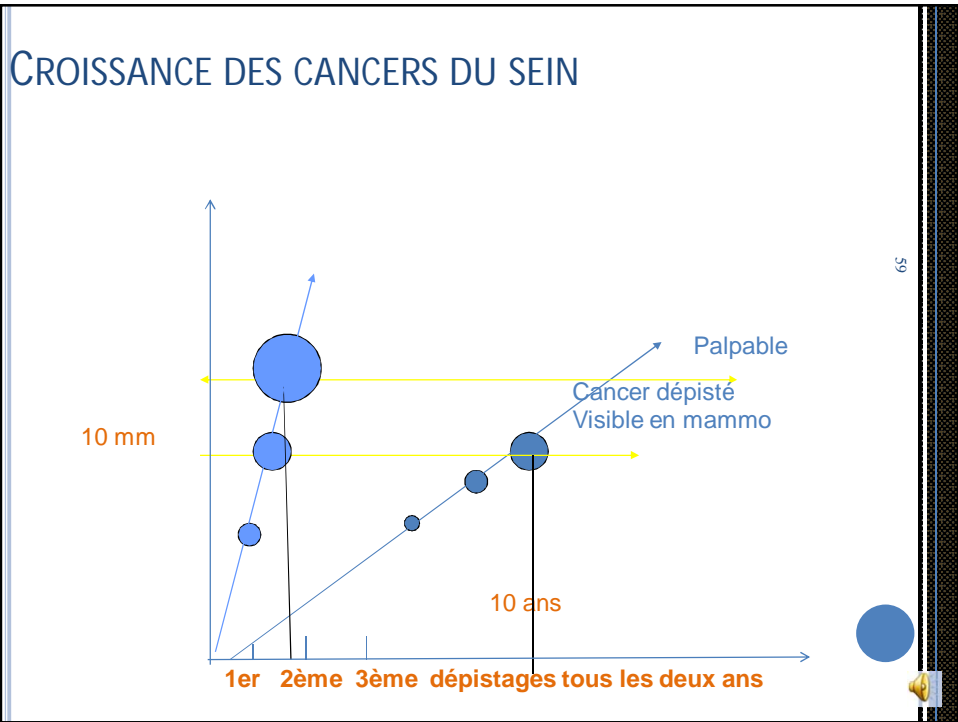
- Sur les campagnes de dépistage
 - Affiner la sémiologie, classification ACR
 - Formation obligatoire et standardisée des radiologues à la mammographie
- Sur les pratiques médicales
 - Développement de techniques de prélèvements histo sous contrôle radio sous AL



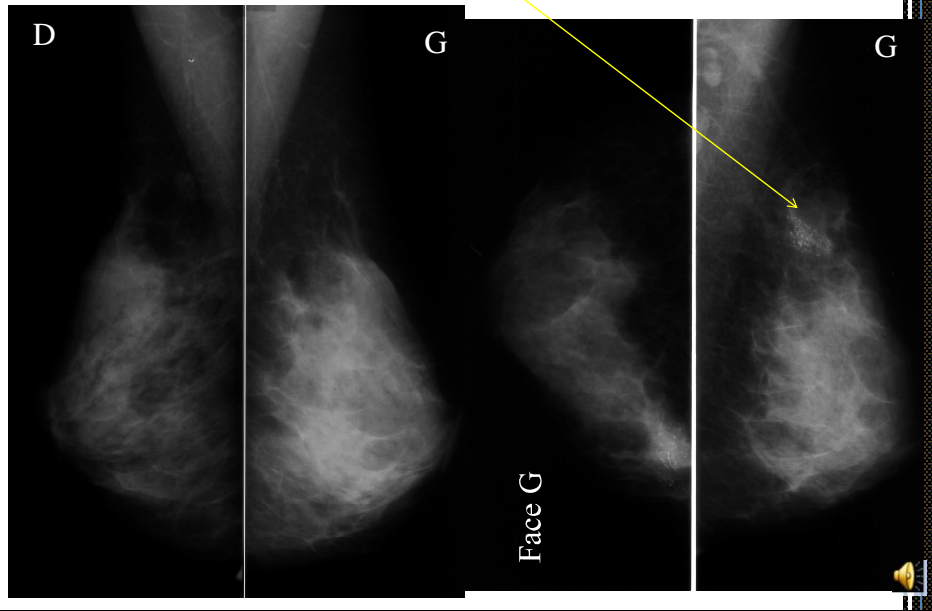
APRÈS LE DÉPISTAGE, CONSÉQUENCES - LES CANCERS D'INTERVALLE

- Définition: Cancer apparu cliniquement après un test négatif et avant le test suivant (dans les deux ans)
- Classification
 - Vrai cancer d'intervalle
 - Cancer sans signe spécifique
 - Cancer occulte
 - Faux négatif ou erreur de lecture

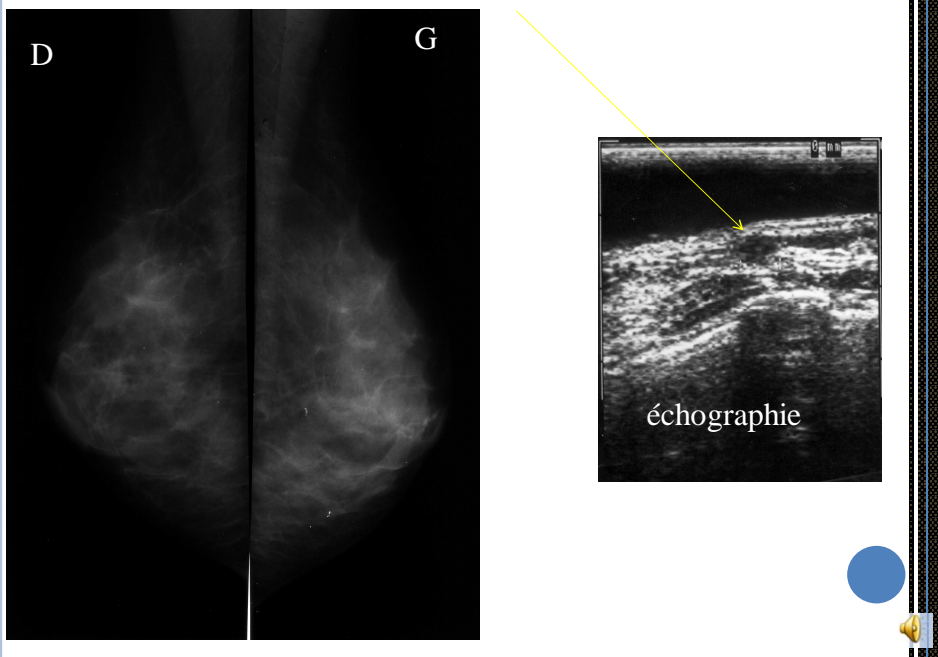




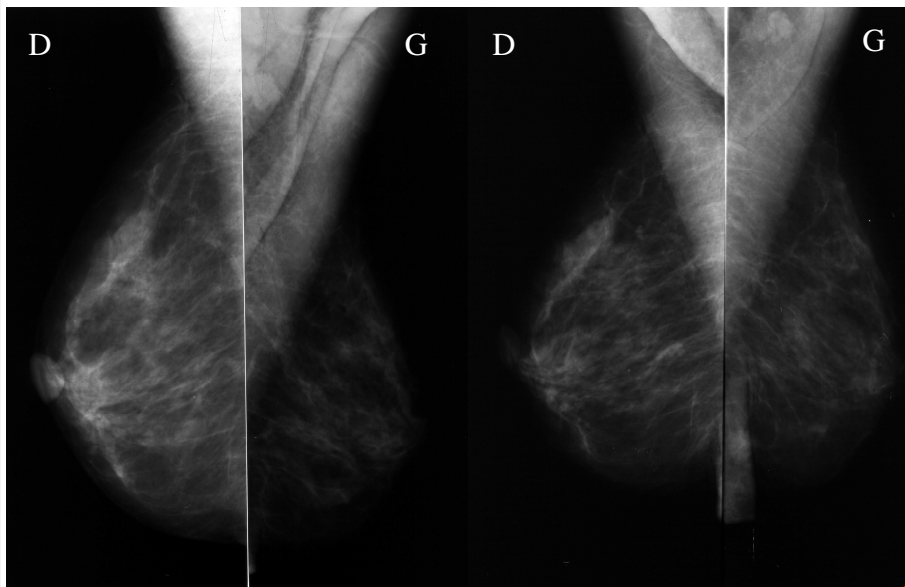
VRAI CANCER D'INTERVALLE



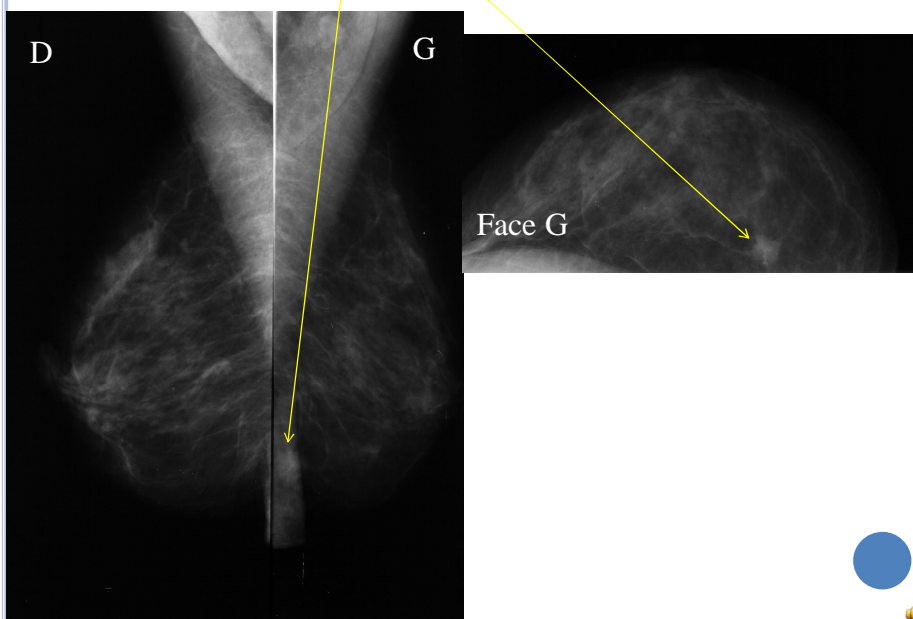
CANCER OCCULTE



FAUX NÉGATIF



CANCER SURTOUT VU DE FACE



CANCERS D'INTERVALLE

- 6 cancers environ sont dépistés pour 1000 femmes qui passent leur mammographie de dépistage dans le cadre de la campagne organisée
- Il y a 10 ans avec 1 cliché/sein tous les 3 ans:
= 3 cancers d'intervalle/1000 dépistages
- Actuellement, Avec 2 clichés/sein tous les 2 ans:
<<< 1 cancer d'intervalle/1000 dépistages

93



CONSÉQUENCES SUR LES COMPORTEMENTS MÉDICAUX

- Après un dépistage négatif, Rester vigilant devant toute anomalie clinique
- Devant un cancer apparaissant après un dépistage négatif, savoir expliquer à la patiente que son cancer n'est pas forcément du à une erreur de lecture de la part du radiologue lors du dépistage.

94



CONCLUSION

Responsabilité de chaque intervenant

- Taux de **participation** (60 %)
- Taux global d'examens complémentaires **stable**
 - Taux de bilans pour densité élevée en augmentation avec faible taux de cancers dépistés
- Taux de **biopsie stable**
- Taux global de **cancers élevé**

Chaîne de qualité avec beaucoup de maillons

Dépistage numérique autorisé depuis 2008

ETUDE DMIST (DIGITAL MAMMOGRAPHIC IMAGING SCREENING TRIAL)

DIAGNOSTIC ACCURACY OF DIGITAL VERSUS FILM MAMMOGRAPHY D.PISANO,E HENDRICK,MJ YAFFE ET COLL RADIOLOGY 2008;246:376-383

- Dans 33 centres , 49528 femmes ont bénéficié à la fois d'une mammographie analogique et d'une mammographie numérique. Le cancer du sein a été analysé chez 42760 femmes.
- Ont été individualisées les populations avant 50ans, entre 50 et 65 ans et après 65 ans
- Ont été analysés les seins denses et les non denses
- Ont été analysées les femmes pré ou périménopausées et les femmes ménopausées
- Résultats: Nombre de cancers détecté identique chez les femmes ménopausées et après 65 ans ou avec les seins grassex
- Supériorité du numérique en pré ou périménopause chez les femmes de moins de 50 ans et avec les seins denses Sensibilité du numérique= 59% et analogique 27% dans cette population particulière