

Tom Poelman  
Vakgroep Huis-  
artsgeneeskunde  
en Eerstelijnsge-  
zondheidszorg,  
UGent

Texte sous la  
responsabilité  
de la rédaction  
néerlandophone

Références : voir  
site web

### Comment évolue la science concernant la mammographie de dépistage ?

La revue *Minerva* suit, depuis longtemps, la littérature scientifique qui traite de l'utilité de la mammographie de dépistage. En 1998, nous avons analysé l'étude d'Elmore et nous avons attiré l'attention sur le nombre élevé de résultats faux positifs<sup>1,2</sup>. Comme causes possibles, nous avons mentionné les limites de la réalisation technique de l'examen lui-même et celles de l'interprétation des images radiologiques obtenues. Actuellement, on ignore si une meilleure technique radiologique donnerait moins de faux positifs. En effet, les résultats des études cliniques comparant la précision diagnostique de la mammographie numérique et celle de la mammographie conventionnelle sont contradictoires<sup>3</sup>. Les programmes avec double lecture centralisée des mammographies sont toutefois mieux notés<sup>4</sup>. Quelle que soit l'évolution de cette discussion, nous devons continuer à tenir compte d'une croissance cumulée du nombre de faux positifs chez toute femme qui passe un dépistage tous les deux ans. L'étude d'Elmore avait ainsi montré que le risque de résultat faux positif, qui est de 6,5 % au cours d'un seul examen de dépistage, passe pour chaque femme à 50 % après 10 mammographies successives<sup>1,2,5</sup>. En 2000, nous avons pour la première fois commenté une étude contrôlée randomisée qui, en termes de mortalité par cancer du sein, ne montrait pas de bénéfice significatif d'un examen clinique des seins annuel avec mammographie tous les deux ans par rapport à la prise en charge habituelle chez les femmes de 45 à 64 ans. Devant la différence de statut socio-économique entre le groupe intervention et le groupe témoin, nous avons attiré l'attention sur le danger d'un biais de randomisation dans ces études contrôlées randomisées complexes<sup>6</sup>. Dans leur méta-analyse, en 2000 également, Gøtzsche et Olsen avaient clairement montré l'importance de cet élément<sup>7,8</sup>. La randomisation était correctement effectuée dans seulement 2 des 8 études cliniques des programmes actuels de dépistage du cancer du sein en Europe et aux États-Unis chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. Contrairement au résultat sommé de l'ensemble des études, celui des études pour lesquelles la randomisation avait été correctement effectuée n'a plus montré de diminution ni de la mortalité liée au cancer du sein ni de la mortalité totale. Dans les discussions portant sur les études publiées plus récemment<sup>9-12</sup> ainsi que sur une étude abordée dans le présent numéro<sup>13</sup>, nous faisons remarquer qu'il est de plus en plus difficile de démontrer un effet cliniquement significatif de la mammographie de dépistage. Les hypothèses avancées pour expliquer cet échec seraient que le dépistage opportuniste dans les groupes témoins est de plus en plus fréquent, et que le traitement (multidisciplinaire) du cancer du sein est de plus en plus efficace.

### Est-il justifié de poursuivre la recherche sur le programme actuel de dépistage du cancer du sein ?

La revue *Minerva* a publié en 2001 un éditorial dans lequel nous écrivions déjà que le médecin a pour tâche importante d'informer les femmes qu'il est impossible de leur garantir que le dépistage du cancer du sein leur permettra de vivre plus longtemps, et qu'a fortiori, il ne leur garantit pas une meilleure qualité de vie<sup>14</sup>. L'aug-

mentation du nombre d'études et l'amélioration de la qualité méthodologique des études récentes ne font que renforcer notre doute concernant un effet favorable du dépistage du cancer du sein par mammographie sur la mortalité. A l'heure actuelle, il est donc justifié de nous demander si une recherche plus poussée sur le programme de dépistage avec mammographie systématique tous les deux ans est encore nécessaire et modifierait encore les preuves dont on dispose actuellement. Les études de ce type sont en effet complexes et coûteuses, et elles requièrent un suivi de longue durée. Il serait possible d'opposer à cet argument l'importance de l'impact social du cancer du sein : 18 % des décès entre 50 et 59 ans sont dus au cancer du sein, ce qui est plus important que les décès cardiovasculaires (17 %) dans cette tranche d'âge<sup>5</sup>. Comme pour tout traitement médical, ce débat-ci ne doit pas non plus oublier l'aspect économique. Des chercheurs britanniques ont récemment fait une tentative pour étudier ce sujet<sup>15</sup>. Un modèle mathématique comparant une cohorte de femmes qui ont eu la possibilité de passer une mammographie de dépistage et un groupe de femmes qui n'ont pas eu cette possibilité a montré que seulement 45 % des différents programmes de dépistage (différences dans les tranches d'âge et la fréquence des mammographies) étaient « rentables ». De plus, le nombre de QALY gagnés était minime lorsque l'on tenait également compte des résultats faux positifs, des surdiagnostics et des surtraitements. Dans leur commentaire, les auteurs mentionnent également que, par l'amélioration constante des traitements, nous pouvons nous attendre à ce que la rentabilité de la mammographie de dépistage ne s'améliore pas dans le futur. En conséquence de cette (r)évolution thérapeutique, ils proposent donc d'évoluer pour passer d'un dépistage selon l'âge à un dépistage selon le niveau de risque individuel. N'effectuer un dépistage que chez les femmes présentant un risque accru pourrait en effet augmenter les avantages et diminuer les inconvénients ainsi que les coûts. Cette piste de réflexion ouvre la voie à une recherche plus poussée sur les autres facteurs (par exemple les gènes BRCA1 et BRCA2) prédictifs d'apparition et de comportement biologique du cancer du sein. Cette évolution demanderait aussi une profonde réforme du programme actuel de dépistage. Le rôle du médecin généraliste qui gère le DMG (+) devra également être réévalué quant à la décision de recommander d'effectuer ou non ce dépistage ciblé.

### Conclusion

Le cancer du sein reste une cause importante de décès parmi les femmes ménopausées. C'est à juste titre que la société souhaite dépister précocement cette maladie. Mais l'utilité d'un dépistage systématique du cancer du sein par mammographie est mise en doute par les preuves actuellement disponibles : gain minime pour la santé, perte de qualité de vie pour un groupe de femmes important et rapport bénéfices-coûts probablement négatif. Ne recommander d'effectuer le dépistage que chez les femmes présentant un risque accru de cancer du sein serait donc probablement justifié. Mais ceci demande une recherche plus approfondie.