

MEDI-SPHERE

est une publication
réservée aux généralistes
et gastro-entérologues.

HEBDOMADAIRE
24 numéros/an
Tirage: 10.500 exemplaires

RÉDACTEUR EN CHEF:
Alex Van Nieuwenhove

RÉDACTION:
Pierre Dewaele
Jean-Yves Hindlet

ASSISTANTES DE RÉDACTION:
Elie Devillé
Julie Gueulette
redac@rmnet.be

SALES MANAGER:
France Neven
f.neven@rmnet.be

PRODUCTION:
Pierre-Yves Derkenne

MEDICAL DIRECTOR:
Dominique-Jean Bouilliez

ÉDITEUR RESPONSABLE:
Vincent Leclercq

ABONNEMENT ANNUEL PAPIER:
€420 (Belgique)

ABONNEMENT ANNUEL DIGITAL:
€420

WEB:
www.medi-sphere.be
Tous droits réservés, y compris
la traduction, même partiellement.
Paraît également en néerlandais.

COPYRIGHT
PromoHealth asbl
12, avenue Marie-Antoinette
1410 Waterloo



Membre de l'Union
des Editeurs de
la Presse Périodique

L'éditeur ne pourra être tenu pour
responsable du contenu des articles
signés, qui engagent la responsabilité
de leurs auteurs. En raison de l'évolution
rapide de la science médicale,
l'éditeur recommande une vérification
extérieure des attitudes diagnostiques
ou thérapeutiques recommandées. Le
contenu des lectures rapides n'engage
pas la responsabilité des auteurs.

ÉDITO

«Mais, est-ce que je vais mourir, docteur?»

Perception du risque chez les patientes et les médecins en présence d'un carcinome canalaire in situ

Après avoir vu la campagne «Octobre Rose», Marianne, une caissière de 51 ans, est convaincue de l'utilité d'une mammographie de dépistage et, comme de nombreuses autres femmes âgées de 50 à 69 ans, se fait examiner les seins. Lors de sa toute première mammographie, de petites calcifications suspectes sont observées dans son sein droit... Une biopsie échoguidée est pratiquée. L'examen histopathologique révèle un carcinome canalaire in situ (CCIS) de bas grade. Marianne, complètement désemparée, consulte son médecin généraliste: «Docteur, vais-je mourir d'un cancer du sein?»

Des femmes comme Marianne, il y en a beaucoup chaque année en Belgique. En 2024, environ une tumeur du sein sur cinq détectée lors d'une mammographie de dépistage est un CCIS. Dans les années 1970, un seul cancer du sein sur deux cents était un CCIS. Ces patientes présentaient un CCIS symptomatique avec écoulement mamelonnaire, masse palpable et/ou rétraction cutanée. L'introduction du dépistage du cancer du sein a fait augmenter de manière exponentielle le nombre de CCIS asymptomatiques ces dernières décennies.

Le CCIS est une prolifération de cellules atypiques qui reste limitée aux canaux galactophores, sans infiltration des tissus adipeux et conjonctifs voisins. Comme la membrane basale des canaux galactophores reste intacte, un CCIS ne peut, par définition, pas engendrer de métastases, que ce soit dans les ganglions lymphatiques régionaux ou les organes à distance. Le cancer du sein invasif, en revanche, se caractérise par une infiltration du tissu de soutien du sein par des cellules atypiques et est donc capable d'infiltrer les vaisseaux lymphatiques et sanguins et, ainsi, de causer des métastases.

Comme le CCIS est considéré comme un précurseur non obligatoire du cancer du sein invasif, le traitement consiste actuellement en une exérèse chirurgicale, souvent suivie d'une radiothérapie, et éventuellement d'un traitement hormonal (en fonction de la présence ou de l'absence de récepteurs hormonaux dans le CCIS). Le traitement du

CCIS, qui est une tumeur non invasive, est donc relativement similaire à celui du cancer du sein invasif à un stade précoce ! La littérature limitée, essentiellement anglo-saxonne, sur la perception du risque relatif au CCIS montre que ce traitement comparable est à l'origine d'une perception faussée du risque, à la fois chez les patientes atteintes d'un CCIS et chez leurs médecins, avec une surestimation du risque de décès des suites d'un cancer du sein (1-3).

Il n'existe aujourd'hui aucune étude à grande échelle sur la perception du risque chez les patientes atteintes d'un CCIS et les prestataires de soins en Europe (3). Une future étude menée à l'aide de questionnaires devrait cartographier cet aspect, afin de mieux répondre aux besoins actuels des patientes et des prestataires de soins. À l'heure actuelle, les nombreuses incertitudes qui accompagnent le CCIS compliquent fortement la communication entre la patiente et son médecin. Bien que le CCIS soit considéré comme un précurseur non obligatoire du cancer du sein invasif, il est toujours impossible, de nos jours, de prédire quel CCIS peut potentiellement évoluer ou non vers un cancer du sein invasif s'il n'est pas opéré (4). Si un tel test diagnostique existait, le traitement «universel» actuel pourrait évoluer vers une thérapie personnalisée (4). La surveillance active («*watchful waiting*») pourrait même être une option valable pour les patientes «à faible risque». Des études à venir devront combler ces lacunes dans nos connaissances.

Dr Mieke Van Bockstal

Département de Pathologie,
Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles

Références

1. Ruddy KJ, Meyer ME, Giobbie-Hurder A, et al. Long-term risk perceptions of women with ductal carcinoma in situ. *Oncologist* 2013;18(4):362-8.
2. Partridge A, Adloff K, Blood E, et al. Risk perceptions and psychosocial outcomes of women with ductal carcinoma in situ: longitudinal results from a cohort study. *J Natl Cancer Inst* 2008;100(4):243-51.
3. Riggi J, Galant C, Vernaëve H, Vassiliou M, Berlière M, Van Bockstal MR. Risk perception of patients with ductal carcinoma in situ (DCIS) of the breast and their healthcare practitioners: The importance of histopathological terminology, and the gaps in our knowledge. *Histol Histopathol* 2024 Sep 3:18806.
4. Van Bockstal MR, Agahozo MC, Koppert LB, van Beurzen CHM. A retrospective alternative for active surveillance trials for ductal carcinoma in situ of the breast. *Int J Cancer* 2020;146(5):1189-97.