

Dépistage du cancer du sein

QUEL DÉPISTAGE OPTIMAL AUJOURD'HUI?

Dr Dominique-Jean Bouilliez, d'après une interview du Pr Martine Berlière (Clin. Univ. St-Luc)

Participant au projet européen MyPeBS (*My Personal Breast Screening*, www.mypebs.eu) qui teste une nouvelle approche personnalisée de dépistage basée sur l'estimation du risque individuel de cancer du sein, le Pr Martine Berlière (coordinatrice de la clinique du sein aux Cliniques Universitaires St-Luc, UCL) évoque avec nous la place du généraliste dans ce dépistage, dont l'impact sur la qualité de vie ne peut être négligé.

Fort implanté dans l'inconscient collectif, l'auto-examen des seins ne fait pas partie des recommandations formelles de dépistage car cet examen peut être fort anxiogène, notamment chez la femme dont les seins sont fort nodulaires ou la femme qui a été opérée et irradiée et dont les seins sont fibreux. «*Par contre, on peut demander à la patiente de regarder ses seins à la recherche d'une anomalie de couleur, d'une déformation du sein, d'une rétraction ou d'une ombilication du mamelon.*»

Quel dépistage proposer dans ces conditions?

Les mammographies de dépistage dépistent essentiellement des lésions *in situ* et fort peu de tumeurs débutantes agressives, ce qui pose question dans de nombreux pays



Pr Martine Berlière

quant à la pertinence de cet examen systématisé, «*d'autant que l'on sait à présent que la diminution constante de mortalité par cancer du sein que l'on observe est liée essentiellement aux progrès thérapeutiques*», signale le Pr Berlière. Dans ce contexte, une réflexion sur la modification du mode de dépistage s'imposait avec pour objectif de

MS14376F

Le projet européen MyPeBS teste une nouvelle approche personnalisée de dépistage basée sur l'estimation du risque individuel de cancer du sein.

dépister correctement les patientes à haut risque et ne pas imposer de démarches contraignantes aux autres. L'étude MyPeBS permettra aussi de savoir que proposer aux patientes qui se situent dans la zone grise, celle pour laquelle on ne sait pas très bien comment organiser le suivi: faut-il faire plus (avec une échographie et une IRM avec un délai plus rapproché)? Ou faire moins, ce qui permettrait de réduire le nombre de cancers radio-induits et l'anxiété liée au dépistage et aux éventuels examens complémentaires?

Dans cette étude, chaque femme recevra un calendrier de dépistage pour ses 4 années de participation à l'étude, qui sera personnalisé selon son propre risque avec, en plus d'un contrôle clinique annuel chez le généraliste, en cas de:

- risque faible: une mammographie au bout de 4 ans;
- risque moyen: une mammographie et une échographie (en cas de densité mammaire élevée) tous les 2 ans;
- risque élevé: une mammographie et une échographie (en cas de densité mammaire élevée) tous les ans;
- risque très élevé: une mammographie par an et une IRM par an jusque l'âge de 60 ans.

Le risque individuel de chaque patiente de développer un cancer du sein dans les 5 années suivantes sera estimé pour chaque femme sur la base de ses antécédents médicaux personnels (traitement de substitution par exemple) et familiaux, de sa densité mammaire et de l'analyse ADN d'un échantillon de salive. Les résultats de cette étude sont attendus pour 2025 «*et nous espérons que les généralistes nous aideront dans le recrutement de ces femmes…*».

En attendant ces résultats, que doit faire le généraliste?

«*Son premier rôle est de réaliser une bonne anamnèse*», souligne le Pr Berlière. *L'histoire familiale (y compris chez le père) peut, à ce titre, aisément être recueillie lors de la prescription de pilules contraceptives ou de traitements de substitution (qui protègent, rappelons-le, contre le cancer de l'ovaire et le cancer de l'endomètre). L'examen clinique est également important et l'attitude différente selon que les seins sont polykystiques ou pas. En l'absence de facteurs de risque, le mammotest suffit généralement tandis qu'on préconise un examen sénologique complet en présence de ces facteurs. Sur le plan sémantique, les femmes qui ont des antécédents de cancer du sein ne font plus de dépistage mais suivent un programme de surveillance. Ces programmes sont mis sur pied pour les femmes à haut risque: antécédents de cancer, porteuses d'une mutation oncogène ou de lésions hyperplasiques précancéreuses ainsi que les femmes qui ont subi une radiothérapie thoracique.*

Quant aux hommes, «*qui représentent environ 1% des cancers du sein*», ils doivent également bénéficier d'un dépistage attentif, certainement dès qu'une anomalie (induration, croûtes…) est présente au niveau du sein, et être référés pour une mammographie et une échographie.

Jusque quel âge réaliser ce dépistage?

«*Aujourd'hui, on se base sur l'âge physiologique de la patiente pour déterminer l'intérêt d'un dépistage*». Cela dit, les programmes de dépistage s'arrêtent généralement à l'âge de 70 ans pour éviter d'augmenter l'anxiété des patientes alors qu'on n'améliore pas franchement la survie. Après cet âge, on parlera donc plutôt de médecine personnalisée, en fonction des comorbidités, de l'activité physique, de l'état général, du maintien de la qualité de vie…

Que sait-on aujourd'hui de la prévention, primaire ou secondaire?

«*La littérature signale que l'on peut éviter 40% environ des cancers, tous organes confondus. Cette prévention n'est pas différente pour le cancer du sein des autres cancers,* signale le Pr Berlière*, notamment avec la réduction de la consommation d'alcool et de tabac*». On sait par ailleurs que la pilule augmente légèrement le risque dans la population générale. Dans ces conditions, on ne la conseillera pas en utilisation prolongée pour les groupes à risque. La même remarque vaut pour les traitements de substitution. Il faut par ailleurs s'assurer, en cas d'antécédents, que la patiente continue à effectuer un suivi attentif. La nutrition, en particulier la réduction de la consommation de graisses, et l'activité physique sont également importantes en prévention primaire. Quant aux femmes qui ont eu un cancer du sein, elles sont généralement suivies très longtemps (jusque 10 ans et plus) lorsqu'elles suivent une hormonothérapie. Au-delà, un suivi clinique, biologique et sénologique doit être réalisé aussi longtemps que la patiente peut se déplacer.

Que retenir d'essentiel à ce propos?

«*La place du généraliste est capitale, non seulement pour inciter les patientes à effectuer un examen de dépistage selon les recommandations mais aussi à débusquer les facteurs de risque et les conduire dans ce cas à effectuer un suivi régulier et attentif*», conclut le Pr Berlière. ■