
Synthèse

Gestion des symptômes

Le dépistage clinique, mammographique et/ou échographique du cancer mammaire est l'alternative à la chirurgie mutilante. Quand la lésion n'a pas été détectée par l'imagerie à un stade infraclinique, le diagnostic des cancers de l'intervalle repose sur le dépistage clinique.

- L'examen clinique médical (ECM), bien qu'assez peu efficace, réduit la mortalité par cancer du sein. Certains cancers palpables sont latents radiologiquement, mais les cancers mesurant moins de 6 mm ne sont quasiment jamais palpables.
- L'auto-examen du sein (AES) est l'une des circonstances de découverte des cancers de l'intervalle chez les femmes soumises à un dépistage mammographique, ce qui lui confère un intérêt théorique. Il est possible que son apprentissage, avec un enseignement annuel, puisse contribuer à réduire la mortalité mais cela n'a jamais été prouvé formellement. En cas de prédisposition génétique, des ECM sont en principe effectués très régulièrement et il n'est pas sûr que le bénéfice hypothétique de l'AES surpasse ses inconvénients (anxiété provoquée par la découverte de masses non tumorales).

Les femmes génétiquement prédisposées ayant les seins denses ou volumineux sont les plus exposées aux faux diagnostics mammographiques négatifs et doivent être informées de ce risque. Leur surveillance clinique joue un rôle très important. Le dépistage par l'ECM doit être entrepris très tôt en raison de la précocité d'apparition des cancers. Il peut débuter vers l'âge de 20 ans sur un rythme bisannuel ou trisannuel.

Imagerie du sein

En cas de prédisposition génétique, plus de la moitié des cancers du sein surviennent avant l'âge de 50 ans. La surveillance doit donc débuter tôt, c'est-à-dire à l'âge de 30 ans, voire 5 ans avant l'âge de survenue du cancer familial le plus précoce. L'objectif de l'imagerie est de détecter des cancers cliniquement latents chez des femmes dont 60 % environ ont des seins denses et dont les tumeurs évoluent plus vite qu'après la ménopause.

- Dans la population générale et pour les femmes âgées de 40 à 49 ans, l'indication du dépistage mammographique est controversée, bien que les résultats de la méta-analyse des programmes randomisés incluant cette tranche d'âge, mis à jour lors de la conférence de Falun en mars 1996, aient montré une mortalité relative de 0,76 (IC à 95 % = 0,62-0,93) chez les femmes dépistées¹. Cette diminution significative de 24 % a pu être obtenue malgré les imperfections techniques et le pouvoir statistique insuffisant de ces programmes randomisés.

Les données récentes sur les programmes de dépistage non randomisés du cancer mammaire ont montré que les dimensions et le grade tumoral, le taux des cancers de l'intervalle et de la mortalité étaient similaires pour les femmes de 40-49 ans et pour celles qui avaient dépassé cet âge. Beaucoup de programmes modernes de dépistage avant 50 ans ne sont pas randomisés et la randomisation pose des problèmes éthiques et pratiques insurmontables aux États-Unis, selon le rapport de la conférence de 1994 de l'*American Cancer Society* (ACS), du *National Cancer Institute* (NCI) et de l'*International Union Against Cancer*.

La conférence de consensus sur le dépistage chez les femmes de 40-49 ans, réunie en janvier 1997 à Bethesda par le *National Institute of Health* à l'initiative du NCI, n'a pas abouti à un accord, bien qu'avec un recul plus long, l'efficacité des 8 programmes randomisés soit devenue significative. Les arguments des opposants au dépistage ont été plutôt d'ordre économique que médical (rapport coût-efficacité). A l'issue de la conférence, l'ACS a recommandé le dépistage mammographique annuel par deux incidences, de même que l'ACR. Depuis, le NCI s'est aligné sur ces recommandations, notamment chez les femmes à risque familial.

Chez les femmes âgées de moins de 40 ans, l'efficacité du dépistage mammographique n'a jamais été évaluée, en raison de leur très faible risque relatif de développer un cancer mammaire, mais de nombreuses études ont montré qu'avant 35 ans la mammographie détectait certains cancers non palpables, et notamment des carcinomes canauxaires in situ.

1. En excluant de la méta-analyse le programme *Canadian National Breast Screening Study*, considéré comme inacceptable par la communauté scientifique en raison de sa mauvaise réalisation pendant ses premières années.

Quelles que soient les polémiques pour la population générale, il n'y a pas d'opposant au dépistage mammographique chez les femmes de moins de 50 ans à haut risque familial. Ce dépistage poserait cependant un problème si le processus de la carcinogenèse était accéléré par les rayons X et si les cancers mammaires induits par la mammographie se développaient en majorité parmi elles. Il n'y a actuellement aucune raison de supposer que l'excès du risque chez les femmes génétiquement prédisposées soit plus fort pour les cancers radio-induits que pour le cancer du sein en général et que le rapport risque/bénéfice soit nécessairement très différent. Ce rapport devrait pencher en faveur du bénéfique, si le risque dû aux radiations ionisantes n'était pas élevé de façon disproportionnée.

Le suivi à long terme des enfants et adolescents dont les seins ont reçu de fortes doses de radiations ionisantes dans leur jeune âge a montré que la radiosensibilité mammaire serait très forte de 0 à 19 ans, puis qu'elle chuterait brusquement de 20 à 29 ans et resterait stable ensuite. Il est donc logique de ne commencer le dépistage qu'à partir de l'âge de 30 ans et de l'effectuer dans des structures radiologiques offrant les meilleures garanties de qualité dans la détection des cancers, en limitant au minimum le nombre des incidences et la dose de rayons X.

Pour que le dépistage mammographique ait son efficacité optimale, les conditions techniques à respecter impérativement chez la femme jeune sont très strictes, en raison de leur plus grande densité mammaire et de l'évolution plus rapide de leurs cancers :

- périodicité annuelle systématique ;
- contraintes techniques : mammographes de la dernière génération ; utilisation d'une grille antidiffusante ; couple film-écran adapté ; légère surexposition et développement lent des clichés ; contrôle permanent de la qualité du matériel et des images ;
- deux incidences mammographiques : face et oblique externe ;
- vérification par le radiologiste de la bonne réalisation des incidences et recherche des anomalies radiologiquement latentes sur les incidences standard, ce qui implique une première lecture immédiate des mammographies, en comparant si possible les examens successifs ;
- à l'issue de cet examen clinique et mammographique, pour accélérer la prise des décisions, réalisation d'emblée des incidences mammographiques complémentaires et, éventuellement, de l'échographie mammaire ;
- double lecture des mammographies par un « expert » (à moyen terme, la numérisation des images mammographiques et l'aide automatisée au diagnostic devraient obtenir une qualité de l'interprétation équivalente à celle de la double lecture) ;
- en cas de découverte d'une anomalie mammographique, selon que la bénignité ou la malignité est probable (catégories 3 à 5 de la classification de l'ACR), la décision de surveiller la patiente ou de procéder à des prélèvements guidés ou à une biopsie chirurgicale doit reposer sur un accord collégial.

- L'échographie mammaire est indiquée lorsque la fiabilité de l'examen clinique et mammographique semble insuffisante, ou chez les très jeunes femmes pour préciser la nature solide ou liquide d'un nodule découvert avant qu'elles n'aient atteint l'âge du dépistage mammographique systématique. Il est également logique de l'associer systématiquement à la mammographie chez les femmes ayant des seins denses, cette particularité morphologique constituant un risque supplémentaire de développer un cancer.
- L'IRM ne peut pas être choisie comme seule méthode d'imagerie, car elle ne détecte pas les microcalcifications et son coût actuel est très élevé. En raison de sa grande sensibilité, on peut y avoir recours pour réduire le nombre des biopsies ou pour rechercher les cancers multifocaux.
- Les autres techniques sont plus ou moins prometteuses et encore en évaluation. De même que l'IRM ou certaines techniques de médecine nucléaire, l'échographie Doppler couleur sous produit de contraste visualiserait les flux lents dans les vaisseaux de faible calibre résultant de l'angiogenèse tumorale. Le prix de revient de cette écho-angiographie serait compétitif et les prélèvements écho-guidés sont faciles à réaliser. Le diagnostic électrophysiologique semble également ouvrir des perspectives intéressantes, mais son efficacité reste à confirmer.

Surveillance des seins reconstruits

Après une mastectomie radicale, l'éventualité d'un cancer mammaire n'est pas totalement écartée (9 %) et la reconstruction est susceptible d'induire des complications locales. La surveillance du sein reconstruit a pour objectif de détecter ces lésions et complications.

De même que pour les seins non opérés, la détection des cancers primitifs ou des récurrences tumorales dans les seins reconstruits repose sur la clinique, la sémiologie radiologique et échographique et sur les analyses tissulaires. Quand une prothèse a été utilisée pour la reconstruction, la faible épaisseur des tissus de recouvrement facilite la palpation et l'analyse échographique des nodules de petites dimensions. La réalisation de la mammographie est en revanche plus difficile qu'en l'absence de prothèse. Certaines masses anormales sont latentes ou inaccessibles radiologiquement. Après une reconstruction par un lambeau, sans prothèse, les atteintes tumorales ne peuvent s'observer qu'à la périphérie du lambeau. Elles posent parfois un problème diagnostique avec les cyto-stéato-nécroses. L'IRM avec injection de gadolinium peut être utile, car sa sensibilité pour le diagnostic de la malignité et pour la reconnaissance de la multifocalité est excellente.

La recherche des complications des prothèses est assurée par l'imagerie. Les prothèses préremplies de silicone restent préconisées par de nombreux spécialistes en chirurgie reconstructrice, en raison de leur consistance plus naturelle que celle des prothèses salines. Leur surveillance s'effectue efficacement par la

mammographie numérique et par l'échographie. L'IRM est également fiable pour le diagnostic des ruptures intracapsulaires mais le coût des examens est beaucoup plus élevé.

Une périodicité biennale de la surveillance semble suffisante, en raison de la diminution du risque tumoral obtenue grâce à la mastectomie.

Dépistage des cancers de l'ovaire

L'analyse morphologique des ovaires par l'échographie endovaginale incluant le Doppler couleur, apparaît comme étant la seule méthode radiologique de dépistage des cancers. Quand la masse est considérée indéterminée en échographie conventionnelle, la présence de flux dans la portion échogène indique le caractère en partie solide et la masse est classée maligne. A l'opposé, l'absence de flux couleur dans la portion échogène indique que la masse est entièrement kystique et qu'elle est bénigne. Quand la masse est classée bénigne en échographie conventionnelle, la présence de flux dans une paroi ou une cloison régulière, ou dans une portion à limites régulières n'est pas considérée comme un signe de malignité. En l'absence de flux, la tumeur est considérée comme bénigne.

Chez les femmes prédisposées génétiquement aux cancers du sein et de l'ovaire, ce dépistage échographique doit être annuel, à partir de l'âge de 35 ans².

Un test négatif ne signifie pas qu'il n'y a pas de cancer.

En cas de positivité du test, il paraît justifié de recourir à la tomodensitométrie ou à la résonance magnétique nucléaire, sans et avec injection de produit de contraste, notamment dans les cas où les caractères échographiques de la tumeur ne permettent pas de la classer d'emblée bénigne ou maligne.

2. Le cancer de l'ovaire est en effet rarissime avant cet âge.