

Vosges qu'en Meurthe-et-Moselle. Cette différence significative se retrouve aussi pour les cancers de la première lecture.

Conclusion

Une forte hétérogénéité caractérise les 4 départements lorrains au regard de certains indicateurs de qualité et d'efficacité du programme. Alors que le taux global de cancers dépistés est sensiblement le même dans les 4 départements, les indicateurs relatifs à la deuxième lecture sont très différents, avec un taux de tests positifs en deuxième lecture très bas en Meuse et une proportion de cancers détectés en

deuxième lecture faible. En Meurthe-et-Moselle, à l'inverse, le taux de cancers détectés en deuxième lecture et la proportion de cancers de la deuxième lecture sont significativement supérieurs aux autres départements lorrains. L'étude comparative, entre départements, des caractéristiques des cancers détectés en deuxième lecture ne montre aucune différence, hormis une taille de la tumeur infiltrante plus petite et une fréquence plus importante des masses à contours spiculés en Meurthe-et-Moselle. L'analyse statistique présente toutefois des limites en raison de la faiblesse des effectifs. Il est probable que la formation initiale et continue mise en œuvre en Meurthe-et-Moselle ait un impact sur la capacité des deuxièmes lecteurs à détecter davantage de cancers que dans les autres départements. ■

Caractéristiques des cancers du sein détectés en deuxième lecture dans le Rhône (2003-2007)

Features of screen-detected breast cancers diagnosed following double reading opinion in the Rhône (2003-2007)

Mots-clés : Dépistage organisé – Cancer du sein – Double lecture.

Keywords: Screening – Breast cancer – Double reading.

P. Soler-Michel*, I. Courtial*, E. Gormand, C. Tourasse***, X. Meyer******

En France, le programme de dépistage organisé du cancer du sein prévoit la relecture de toutes les mammographies interprétées comme négatives par le radiologue premier lecteur qui réalise les clichés face et oblique et, si nécessaire, un bilan complémentaire avant envoi pour relecture. La deuxième lecture, organisée par la structure de gestion, est centralisée et intervient après le diagnostic du premier lecteur. Dans ce contexte particulier, quel est l'apport de ce deuxième avis et quel est le bénéfice pour les femmes? Quelles sont les caractéristiques des cancers de la deuxième lecture, qui représentent en France 6,2% des cancers dépistés en 2005? Ces cancers sont-ils semblables à ceux dépistés par le premier lecteur?

Méthode

Il s'agit d'une analyse rétrospective des 1 928 cancers dépistés par l'Adémas-69 dans le Rhône entre 2003 et 2007. Y sont présentées une description des cancers dépistés en deuxième lecture (L2), puis une comparaison avec les cancers dépistés en première lecture (L1) au cabinet de radiologie choisi par la patiente. Les caractéristiques recherchées ont trait aux femmes (âge, prise ou non de traitement hormonal substitutif [THS], densité mammaire), aux mammographies de dépistage (classification ACR, nécessité d'un bilan complémentaire, type d'image) et aux cancers du sein (taille, envahissement ganglionnaire, histologie, grade SBR, récepteurs hormonaux, traitement).

* Adémas-69, Lyon.

** Infirmerie protestante, Caluire-et-Cuire.

*** Hôpital privé Jean-Mermoz, Lyon.

**** Clinique de la Sauvegarde, Lyon.

Résultats

Entre 2003 et 2007, 1 928 cancers du sein ont été dépistés dans le Rhône pour 1 585 022 femmes examinées en 5 ans, soit un taux de détection de 10%. Treize cas sont passés en deuxième lecture pour avis alors qu'ils étaient déjà considérés comme positifs par le premier lecteur et sont donc exclus de l'analyse.

Les cancers dépistés sont répartis en deux groupes : 1 687 cancers dépistés par les 151 radiologues premiers lecteurs du Rhône (cancers L1), et 228 cancers dépistés par les 15 radiologues seconds lecteurs à l'Adémas-69 (cancers L2). Ces derniers représentent 12% des cancers dépistés. L'âge est similaire dans les deux groupes, avec une moyenne de 63 ans (55,5-70,5) dans le groupe L1 et de 63,5 ans (56,5-70,5) dans le groupe L2. La proportion de cancers canaux in situ (CCIS) est significativement plus élevée parmi les cancers L2 par rapport aux L1, soit 22% (51/228) versus 16% (268/1 687, $p < 0,02$). L'analyse comparative a ensuite porté sur les 1 596 cancers invasifs seuls, soit 177 (11%) découverts en L2, et 1 419 (89%) découverts en L1. Le taux de cancers invasifs dépistés par L2 oscille entre 8,6% des cancers dépistés en 2005 et 15,4% de ceux dépistés en 2004 pour une moyenne à 11,1% sur la période de 5 ans. Dans 70% des cas de cancers L2 (123 cas), le dépistage en L1 n'a mentionné aucune image. Dans 30% des cas (54 cas), une image est notée, et dans 13% des cas (23), cette image a conduit à réaliser un bilan de diagnostic immédiat qui a négativé l'image. Dans 5% des cas de cancers L2 (9 cas), une échographie pratiquée en L1 pour seins denses avec une mammographie ACR1 ou ACR2 n'avait rien révélé. La densité mammaire élevée (type 3 et 4) et la prise de THS n'est pas différente dans les deux groupes. Il y a davantage de femmes pour lesquelles c'était un premier dépistage dans le

groupe des cancers L1 que dans celui des L2, soit 28 % (399 cas) versus 18 % (32) [$p < 0,05$].

Parmi les cancers L2, on note 2 cas (1 %) détectés à la suite de clichés refaits car jugés techniquement insuffisants en deuxième lecture.

Les principales images retenues par L2 sur les données disponibles (154 cas) sont des opacités (42 %), des microcalcifications (16 %) et une rupture architecturale (12 %).

La classification ACR du L2 est la suivante : 56 % d'ACR0, 24 % d'ACR3, 12 % d'ACR4 et 6 % d'ACR5.

Sur les caractéristiques des cancers, on retiendra en particulier :

- une taille inférieure à 1 cm significativement plus fréquente parmi les cancers L2, soit 51 % (88 cas) versus 42 % (575 cas) [$p < 0,02$];
- une absence d'envahissement ganglionnaire plus fréquente parmi les cancers L2, à la limite de la significativité, soit 83 % (145) des cancers L2 versus 73 % (1 032) [$p < 0,07$], NS mais significativement davantage de chirurgies sans curage ganglionnaire, soit 47 % pour les cancers L2 (81 cas) versus 39 % pour les cancers L1 (545) [$p < 0,05$];
- moins de chimiothérapie complémentaire dans le traitement des cancers L2, soit 79 % (130 cas) versus 70 % pour les L1 (954 cas) [$p < 0,02$];

- des caractéristiques anatomopathologiques significativement différentes : plus d'adénocarcinomes lobulaires parmi les cancers L2 versus L1, soit 22 % (38 cas) versus 14 % (195 cas) [$p < 0,02$] et plus de grade SBR1 parmi les L2 versus les L1, soit 41 % (70 cas) versus 30 % (422 cas) [$p < 0,01$];

- le délai entre la mammographie de dépistage et le diagnostic est cependant plus long pour les cancers L2 versus L1 : 128 jours (± 128 jours) versus 47 jours (± 86 jours).

Conclusion

Dans le Rhône, la proportion de cancers détectés par le radiologue deuxième lecteur s'élève à 11 % en moyenne des cancers invasifs dépistés. C'est le principal apport de la deuxième lecture, qui permet notamment de détecter les cancers plus précocement : 13 % avec un bilan négatif en L1, 5 % avec une échographie bénigne pour des seins denses, et 1 % pour des clichés jugés techniquement insuffisants et refaits. Les cancers L2 sont significativement plus petits et leur traitement est moins lourd. Il faudra néanmoins rester vigilant sur la proportion de CCIS et sur le délai entre la mammographie de dépistage et le diagnostic de ces cancers découverts en deuxième lecture. ■

Impact de l'organisation de la deuxième lecture sur les résultats des programmes de dépistage en France

Impact of second reading on results of breast cancer screening programmes in France

Mots-clés : Dépistage – Cancer du sein – Deuxième lecture.

Keywords: Screening – Breast cancer – Second reading.

B. Séradour*

La deuxième lecture a été initiée en France dès le démarrage des premiers programmes pilotes dans les années 1990. Près de 20 ans après, nous proposons une réflexion pour tenter d'éclaircir les raisons de l'hétérogénéité des résultats obtenus par cette deuxième lecture. Les chiffres retenus sont issus des présentations du forum 2009.

En 2009, environ 20 % des premiers lecteurs (L1) sont deuxièmes lecteurs (L2). Quatre-vingt quatre pour cent des deuxièmes lectures sont centralisées sur un seul centre départemental. Ces chiffres montrent une tendance à la centralisation depuis 2004, date de la généralisation, et une évolution vers la diminution du nombre de L2, qui représentaient au démarrage près de 30 % des L1.

Les objectifs du nouveau cahier des charges en 2001 étaient d'améliorer la sensibilité du programme, de reconvoquer peu de

femmes après deuxième lecture (< 3 %) et d'augmenter le nombre de cancers de bon pronostic.

La deuxième lecture pouvait représenter une "spécialisation", fondée à la fois sur la compétence et les volumes de dépistage relus, supérieurs à 1 500 par an. Elle devait permettre de détecter davantage de cancers mais aussi, en France, de surveiller la qualité du programme en refusant les clichés techniquement insuffisants.

L'ensemble des analyses en cours ou présentées lors de ce forum 2009, font état des objectifs atteints :

- le volume moyen de mammographies relues annuellement en L2 est de 2 400 ;
- le nombre de femmes rappelées après deuxième lecture est en moyenne de 1,4 % sur les années 2006-2008 ;
- le pourcentage moyen de cancers détectés en L2 est de 6 à 8 % environ.

* Association Arcades, Marseille.