

Le cancer du sein au Chili : un changement est-il possible ?

Breast cancer in Chile: is a change possible?

M. Gallardo, C. Carvajal, V. López, N. Russo et C. Moisés

Mots clés : cancer du sein au Chili, changement de paradigme, problèmes non résolus, propositions

Keywords: breast cancer in Chile, paradigm change, unresolved problems, proposals

Introduction

En 1984, le Congrès de la SFSPM à Montpellier a consacré le traitement conservateur (TC) comme alternative pour nos patientes, aussi performant que la mastectomie totale (MT) dans le traitement locorégional du cancer du sein, mais moins lourd et moins cher. Presque 30 ans plus tard, nous avons voulu savoir si le changement de paradigme (Halsted/Fisher) avait impacté la prise en charge des patientes au Chili et si ces modifications avaient ou non influencé l'histoire de cette pathologie.

Matériel et méthode

Nous avons examiné 1 204 dossiers cliniques de l'Institut de Radiomédecine (IRAM) à Santiago du Chili, institut créé en 1977. Ces dossiers correspondaient à des patientes de toutes conditions économiques, ayant des assurances de l'état ou privées.

L'analyse a été faite sur deux périodes : période A = 1978-1981 avec 223 femmes ; et période B = 2001-2004 avec 981 femmes. Trois médecins ont

sélectionné les patientes venues, après chirurgie, pour une radiothérapie adjuvante à visée curative d'un cancer du sein. La plupart ont été discutées en RCP avant et après la chirurgie. Nous avons exclu les stades métastatiques et, pour chaque question, les dossiers avec donnée manquante ont été exclus. Ainsi pour le mode de suspicion : période A = 209 femmes ; période B = 963 femmes ; total = 1 172 femmes. Délai suspicion/dg : 1 059 femmes. Type histologique : période A = 180 femmes ; période B = 973 femmes ; total = 1 153 femmes. Taille tumorale : période A = 170 femmes ; période B = 945 femmes ; total = 1 115 femmes. Chirurgie : période A = 209 femmes ; période B = 962 femmes ; total = 1 171 femmes.

Données recueillies :

- Date et mode de suspicion (examen physique, mammographie).
- Délai entre suspicion et confirmation diagnostique.
- Taille tumorale.
- CCIS.
- Traitement chirurgical.
- Analyse statistique faite par STATA (calcul x 2).

Résultats

Mode de diagnostic

Au cours de la période A, 99,5 % des lésions ont été découvertes par un examen physique, le diagnostic par images n'existant pas encore et la mammographie n'étant pas encore disponible. Il y a eu un seul cas diagnostiqué par mammographie. En revanche, lors de la période B, 40 % des lésions ont été découvertes par une mammographie et 60 % par un examen physique (tableau I).

Délai entre suspicion et confirmation diagnostique

Il y a eu une diminution significative de ce délai entre les deux périodes : 98 jours de médiane lors de la période A et seulement 41 jours lors de la période B (tableau I).

Tableau I. Rapport période A vs période B.

Périodes		A	B
Mode de suspicion*	Clinique	99,5 % (208)	60 % (575)
	Mammographique	0,5 % (1)	40 % (388)
	Total	100 % (209)	100 % (963)
Délai suspicion/diagnostic*	Jours	98	41
Type histologique*	CCIS	6 % (11)	18 % (175)
	Infiltrant	94 % (169)	82 % (798)
	Total	100 % (180)	100 % (973)
Taille tumorale*	T1	39 % (67)	55 % (516)
	T2-T4	61 % (103)	45 % (429)
	Total	100 % (170)	100 % (945)
Chirurgie*	Mastectomie totale	49 % (102)	21 % (198)
	Traitement conservateur	51 % (107)	79 % (764)
	Total	100 % (209)	100 % (962)

* $p < 0,001$

Taille de la tumeur

Les T1 représentaient 39 % des tumeurs lors de la période A tandis qu'ils représentaient 55 % lors de la période B. En revanche, les T2-T4 étaient 61 % pendant la période A et ils diminuent à 45 % pendant la période B (tableau I).

Carcinome canalaire in situ

Les CCIS ont été multipliés par 3 (6 %->18 %) entre la période A et la période B (tableau I).

Chirurgie

Mastectomie totale : lors de la période A = 49 % ; mais seulement 21 % lors de la période B. Traitement conservateur = 51 % lors de la période A, chiffre qui augmente à 79 % pendant la période B (tableau I).

Discussion

Oui, il est possible de changer et cela au bénéfice direct de nos malades et de l'économie du pays. Entre la période A et la période B on a constaté : une réduction de la taille tumorale, l'augmentation des CCIS et l'augmentation des indications du TC avec une diminution du délai entre la suspicion et la confirmation diagnostique. L'incorporation progressive de la mammographie dans le service public à partir de l'année 2001 et la disponibilité de la radiothérapie jouent, sans doute un rôle dans cette évolution. De plus, dans notre centre, la plupart des patientes diagnostiquées par mammographie ont bénéficié d'un TC [1, 2] ; la chirurgie conservatrice constitue, à présent, la recommandation de la Sociedad Chilena de Mastología pour le contrôle locorégional du cancer du sein. Pour mieux évaluer cette évolution et la placer dans son contexte, voici quelques particularités de la situation « Cancer du Sein au Chili ».

- Prise en charge : « dès la suspicion d'un cancer du sein... » par : le service public : 71 %, les assurances privées : 16 %, et autres : 14 % [4].
- Programme National du Cancer du Sein : début 1995. Bénéficiaires : toute femme à partir de 15 ans. But prioritaire : réduction du taux de mortalité par le cancer du sein. But secondaire : instaurer un traitement locorégional moins lourd et moins cher [4].
- Programme AUGÉ : prend en charge le diagnostic, le traitement et le suivi à partir de l'année 2005.
- Mammographie : a été incorporée progressivement dans le service public à partir de l'année 2001. Le reste est opportuniste ou diagnostique [3].
- Examen de médecine préventive : accordé aux femmes entre 50 et 54 ans : UNE seule mammographie gratuite, UNE seule fois (2009) [3].
- Pas de programme de dépistage, pas de registre national du cancer.
- Incidence : pas de données fiables. Estimation : 37,7 pour 100 000 femmes.

Il faut mentionner que les cas de stades III-IV représentent plus de 30 % des cas ; et que, par définition, le Programme national du cancer du sein arrive trop tard (« dès la suspicion d'un cancer... » ; et, du fait de l'absence d'un programme de dépistage, la plupart des tumeurs sont supracentimétriques). Cependant, le taux de mortalité est en hausse (12/13 x 100 000 femmes dans les années 1990 ; 14,5 pour 100 000 femmes en 2008 et 15,7 pour 100 000 femmes en 2009) [3].

D'autre part, nous avons montré que le changement Halsted/Fisher a été fait, mais nous croyons qu'il nous faut encore des modifications. Voici trois propositions :

- 1^{re} : Éducation en cancer du sein : à partir de l'école (prévention de l'obésité, de l'alcoolisme, du tabagisme ; élimination des craintes et information sur les étapes à suivre pour le diagnostic, le traitement et le suivi).
- 2^e : Registre national du cancer : il nous faut des chiffres fiables à la base de tout programme anti-cancer.
- 3^e : Dépistage modulé. Ceci implique un dépistage « ciblé », sur des groupes à haut, à moyen et à bas risque. Rythme de suivi mammographique adapté à chaque groupe (intervalle à discuter). Bénéficiaires : femmes entre 50 et 75 ans (mortalité maximale au Chili : femmes > 65 ans). Le niveau de risque serait défini suivant les antécédents personnels déjà validés (âge, ethnie, antécédents de cancer dans la famille, obésité, alcoolisme, nulliparité, etc.) ; nous avons choisi la densité mammaire comme critère mammographique.

Conclusion

Les changements sont possibles et l'évolution, inévitable et bénéfique. Ainsi le montrent les données de notre étude.

Le taux de mortalité par cancer du sein est en hausse. Cela veut dire que les modifications précédentes ne sont pas suffisantes.

Le cancer du sein au Chili se passe dans un contexte économique autre que celui des pays développés. Donc, il nous paraît indispensable d'adapter vos standards à notre réalité épidémiologique et budgétaire. En changeant les outils et quelques définitions de notre Programme national du cancer et en créant un Registre National du Cancer, nous devrions pouvoir changer le devenir de ce cancer dans notre pays.

Références

1. Baeza MR, Arraztoa J, Solé J, Rodríguez R (1982) Conservative Surgery Followed by Radical Radiotherapy in the Management of Stage I Breast Carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 8: 1775-80
2. Hepp R, Baeza MR (1999) Tratamiento Conservador del CDIS de la Mama. *Rev Méd Chile* 127: 1351-6
3. Serra CI, Maya GD (2011) Cáncer de Mama en Chile : Tardanza en su atención médica. *Cuadernos Médicosociales* 51 : 2

4. Peralta MO (2002) Cáncer de Mama en Chile : Datos epidemiológicos. Rev Chil Obstgynecol 67: 439-45

Pour en savoir plus

Bleyer A, Welch G (2012) Effect of Three Decades of Screening Mammography in Breast Cancer Incidence. N England J Med 367: 1998-2005

Fisher B, Anderson S, Bryant J *et al.* (2002) Twenty-Year Follow-Up of a Randomized Trial Comparing Total Mastectomy, Lumpectomy And Lumpectomy Plus Irradiation for the Treatment of Invasive Breast Cancer. N England J Med 347: 1233-41

Woloshin S, Schwartz L (2010) The Benefits and Harms of Mammography Screening: Understanding the Trade-Offs. JAMA 303: 2