

39

Qualité du diagnostic de cancer du sein et surveillance active par imagerie

B. Junod¹, L. Duperray² et B. Duperray²

L'évaluation des avantages et des préjudices du dépistage du cancer du sein est à l'ordre du jour parce que la morbidité a augmenté avec l'intensité des pratiques diagnostiques sur des tumeurs non progressives [1]. Aussi, l'évaluation du surdiagnostic fait-elle partie des recommandations actuelles [2]. Dans ce contexte, un audit qualité d'un programme pilote de dépistage a été réalisé en Arabie Saoudite. Le but de cette présentation est d'évaluer la qualité du diagnostic dans ce programme pilote et de proposer des pistes d'amélioration en évaluant la pertinence d'un nouveau critère diagnostique : la preuve de la progression de la tumeur avant l'indication à la biopsie [3].

L'audit a examiné l'efficacité des procédures et les résultats obtenus parmi 4126 femmes ayant participé à un dépistage par mammographie organisé depuis 2012 à Riyadh. L'interprétation des résultats et les recommandations tiennent compte des questionnements actuels sur les critères diagnostiques de cancer du sein limités à l'histologie.

À Riyadh, le taux de discordance des lectures radiologiques fut de 20,3 % [intervalle de confiance à 95 % (IC95) 16,6 % ; 23,9 %]. Le taux de rappel fut de 17,4 % [IC95 9,3 % ; 24,7 %] et le taux de cancer confirmé par biopsie fut de 8,5 pour 1 000 [IC95 0,0057 ; 0,0113]. Selon le registre saoudien des tumeurs [4], chez les femmes de mêmes âges n'ayant pas participé au programme de dépistage, le taux correspondant fut de l'ordre de 1 pour 1 000 en 2008, soit 8 fois moins.

Les biais dus au temps de devancement et à la sélection de tumeurs d'évolution lente ainsi que le surdiagnostic peuvent expliquer cette augmentation de la morbidité. Selon la figure 1, l'augmentation de la morbidité par cancer du sein attribuable au dépistage peut résulter d'un diagnostic de cancer fondé sur la biopsie d'une tumeur asymptomatique non progressive, de pronostic favorable

1 La Maison Neuve, 35520 La Chapelle des Fougeretz

2 Rue Hippolyte Bisson 46, 2500 Rueil-Malmaison

sans traitement. Une autre situation de surdiagnostic correspondrait à un cancer progressif diagnostiqué chez une femme qui décèderait d'une autre cause, avant que la tumeur ne devienne symptomatique. Une évaluation du devenir des femmes dont l'interprétation de la mammographie est discordante pourrait contribuer à l'amélioration de la spécificité du diagnostic et, partant, de sa qualité.

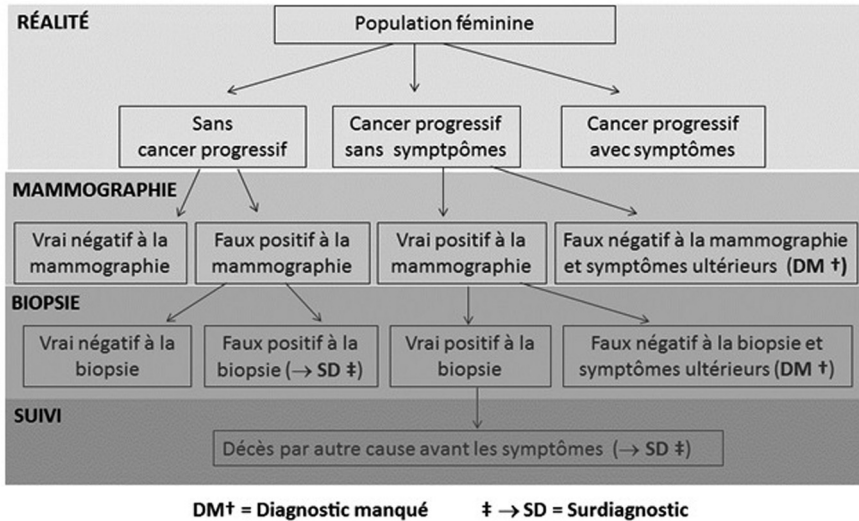


Figure 1 – Dépistage par mammographie et diagnostic par biopsie de cancers non progressifs et progressifs.

Avec leur accord, ces femmes seraient réparties en deux groupes : l'un suivi selon un protocole de surveillance active par imagerie et l'autre recevant les soins usuels. Dans le groupe de surveillance active, seules les tumeurs dont l'imagerie apporterait la preuve d'une progression dans le temps auraient l'indication à la biopsie. La comparaison de la morbidité entre les deux groupes serait une mesure directe de la fréquence d'éventuels surdiagnostics ou de diagnostics manqués. La comparaison de la mortalité permettrait d'estimer si la précocité du diagnostic est un avantage ou non dans le contexte des moyens thérapeutiques actuels.

Références

1. Zahl Ph, Gotzsche PC, Maehlen J (2011) Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. *Lancet Oncol* 12: 1118-24
2. Independent UK Panel on breast cancer screening (2012) The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 380: 1778-86
3. Philip T, Kasparian C, Fagnani F, Moatti JP *et al.* (2005) Le dépistage du cancer du sein en France : bilan et limites. Discussion. *Bull Acad Natl Méd* 189: 321-39
4. Al-Eid HS (2011) Cancer Incidence Report Saudi Arabia 2008. Ministry of Health. Saudi Cancer Registry. 101 p.