

la vie en face





CANCER DU SEIN

LA MAMMO Mise en EXAMEN

Voilà plusieurs années que la tempête enflé au sujet de la mammographie qui dépiste le cancer du sein, conseillée aux femmes de 50 à 74 ans, tous les deux ans. L'orage a fini par éclater : selon certains professionnels, elle ferait plus de mal que de bien. Enquête au cœur de la polémique.

Par Véronique Houguet

S

Supposée sauver la vie des femmes en permettant le diagnostic ultra-précoce de tumeurs au sein – 48 800 nouveaux cas en 2012 –, la mammographie cristallise une controverse d'une complexité abyssale. A coup d'études contradictoires, les experts se livrent une bataille de chiffres afin d'évaluer ses bénéfices avérés en regard des désagréments qu'elle occasionne, qui seraient plus importants qu'envisagés à l'origine. De quoi est-elle incriminée ? Cela tient en quatre points : 1) le dépistage entraîne des diagnostics alarmistes pour des microcancers, les surdiagnostics, lesquels induisent des surtraitements jugés inutiles par ses détracteurs. 2) La répétition, année après année, de l'exposition aux rayons émis génère un risque de cancers radio-induits. 3) La fiabilité de certains appareils mammographes est également pointée du doigt ; tous ne détecteraient pas à l'identique les cancers. 4) Enfin, contrairement à l'objectif initial qui a prévalu à la mise en place du dépistage organisé, ce dernier ne réduirait pas, ou trop peu, la mortalité par cancer du sein. Parce que rien n'est simple en médecine et qu'il n'y a pas non plus de certitudes

absolues et définitives, les partisans du dépistage eux-mêmes reconnaissent la réalité de certaines de ses limites et de certains risques. Tout en nuancant : « La mammo n'est pas magique, et le risque zéro n'existe pas en médecine, reste que plus on traite à un stade précoce, plus les chances de guérir sont grandes, et si on peut éviter des traitements lourds aux femmes, c'est tout bénéfique. Je persiste à penser que la balance bénéfice-risque penche en faveur du dépistage », clarifie le professeur Marc Espié, oncologue et directeur du Centre des maladies du sein de l'hôpital Saint-Louis, à Paris. De leur côté, les détracteurs du dépistage s'appuient sur ces mêmes limites pour le remettre en cause. Ni procureur ni avocat de la défense, mais au nom d'une information équilibrée et pondérée, passons au scanner les avis critiques des uns et des autres.

CHEF D'ACCUSATION N° 1 LA MAMMO ENTRAÎNE DES SURDIAGNOSTICS QUI OCCASIONNENT DES SURTRAITEMENTS INUTILES

C'est le cœur de la polémique. Et, en quelque sorte, le revers de la médaille. C'est précisément parce que la mammo détecte des microcancers à un stade très précoce qu'elle engendre aussi des surdiagnostics, estimés entre 10 et 15 % par la cancérologue Jérôme Viguier, directeur du pôle santé publique et soins à l'Institut national du cancer (INCa), autant dire le « Monsieur dépistage » en France. Le problème : ces surdiagnostics oscillent de 5 à 54 %, selon les études ! Lesquelles ne sont guère comparables entre elles (les modalités d'investigation et les paramètres d'évaluation diffèrent). Cela alimente la controverse.

Pourquoi parle-t-on de surdiagnostic ? Le dépistage repère 15 % de très petits cancers « in situ », c'est-à-dire circonscrits localement, non invasifs. Ces cancers détectés par la mammo sont traités. Or certains d'entre eux n'auraient peut-être pas évolué et seraient restés latents, en l'état, sans jamais s'étendre ni développer la maladie. De là est née la polémique sur les « surtraitements », jugés inutiles par les détracteurs de la mammo. A un « détail » vital près : « On n'est pas capable de déterminer scientifiquement quel cancer "in situ" va évoluer rapidement, avec un pronostic méchant, et lequel n'évoluera pas. Or ce n'est pas parce que c'est petit que c'est anodin, donc on traite », insiste la radiologue Brigitte Séradour, qui a orchestré la po-

ET LES CANCERS QUI APPARAISSENT ENTRE DEUX MAMMOGRAPHIES ?

Ils sont rares, moins de 2 femmes sur 1 000 en développeront un. Certains ne sont pas toujours visibles, car trop petits ou mal placés (près du sternum, sous le sein), d'autres ont pu être manqués par le radiologue. D'où l'intérêt, dans le dépistage organisé, de la deuxième lecture, par un autre radiologue, qui détecte 7 à 8 % des tumeurs passées inaperçues. Il arrive aussi que certains cancers flambent, du fait de leurs particularités biologiques. Soyez attentives à tout changement : grosseur au niveau de l'aisselle ou dans le sein, rétraction de la peau ou du mamelon, rougeur, œdème, aspect « peau d'orange », écoulement mammaire.

litique nationale du dépistage organisé. « Un cancer reste un cancer, renchérit le chirurgien-oncologue Daniel Zarca. Oui, sans doute y a-t-il un “surtraitement” pour des patientes dont la maladie n’aurait peut-être pas progressé défavorablement. Mais ne pas les traiter condamnerait un grand nombre de femmes à évoluer vers des cancers qui pourraient les tuer. On soigne des femmes qui seraient mortes de leur maladie, donc on sauve des vies. »

Sur 1 000 femmes dépistées, 7 à 9 auraient ainsi la vie épargnée, tandis que 4 seraient surdiagnostiquées⁽¹⁾. Des conclusions qui trouvent un tout autre écho chez le professeur Peter Gotzsche⁽²⁾, directeur du Centre Cochrane nordique de Copenhague, regroupant des scientifiques indépendants qui s’attachent à mesurer l’intérêt et l’efficacité des dépistages dans le monde. Selon lui, « le surdiagnostic est l’effet nocif le plus grave. Si 2 000 femmes sont examinées régulièrement pendant dix ans, 1 seule bénéficiera du dépistage en évitant la mort par cancer du sein. Et 10 femmes en bonne santé deviendront, à cause du dépistage, des cancéreuses, et seront traitées inutilement. »⁽³⁾

Le Pr Gotzsche dénonce aussi une inflation de « 20 % de mastectomies » et de traitements lourds imputables au surdiagnostic. « C’est faux ! s’insurge le Dr Zarca. Nous ne pratiquons pas de mastectomie sur les très petits cancers “in situ”. On fait une tumorectomie, à savoir une petite chirurgie conservatrice du sein où seule la tumeur est retirée. La mastectomie, c’est lorsque la maladie est très étendue, sur de vastes cancers “in situ”. » Pas de surenchère non plus côté traitements. Ni chimio ni hormonothérapie. La radiothérapie complète la tumorectomie, point. Parfois même, il y a des exceptions : « Bien sûr, on donne le traitement qui offre le maximum de chances de guérir, insiste le



Dr Espié. Mais au cas par cas. Pour certains petits cancers “in situ” spécifiques, on ne fait pas systématiquement de radiothérapie si les femmes sont d’accord pour continuer une surveillance très attentive et très régulière. On enlève la tumeur et c’est tout. Mais on est hors des consensus internationaux... »

L’étape suivante, qui concentre tous les espoirs, c’est la recherche en cours pour élaborer des marqueurs moléculaires d’agressivité et de pronostic qui permettront de distinguer les tumeurs “in situ” non évolutives des autres. Et de clore la polémique.

CHEF D’ACCUSATION N° 2 LA MAMMO ENTRAÎNE DES RISQUES DE CANCERS RADIO-INDUITS

« Le risque est très faible, mais il existe », confirme le Dr Viguier. Et personne ne le nie. Il est lié aux doses de rayons X reçues au fil des ans lors des mammos. Concrètement ? « Le risque est de 14 cancers radio-induits pour 100 000 femmes passant une mammo tous les deux ans, de 50 à 59 ans », décrypte le professeur Martin Yaffe, chercheur à l’université de Toronto⁽⁴⁾. Plus on commence tôt, plus les examens sont rapprochés dans le temps, plus le risque s’élève. Ainsi, ce dernier grimpe à 86 cancers radio-induits pour une mammo passée chaque année de 40 à 55 ans, puis tous les deux ans jusqu’à 74 ans. Résultat : c’est le point de crispation entre pro-mammos. Les avis divergent sur l’âge auquel les femmes peuvent débiter cet examen et sa fréquence, afin de minimiser le risque de cancer lié à l’irradiation. La position des autorités de santé s’exprime par la ►

UN T-SHIRT IRO POUR LA BONNE CAUSE

Cette année, les frères Laurent et Arik Bitton, créateurs de la marque Iro, s’associent à Marie Claire pour aider la recherche contre le cancer du sein. Pour l’occasion, ils ont créé un T-shirt, symbole fort de la marque. Où l’acheter Dès maintenant, dans toutes les boutiques Iro, en France et à l’étranger et sur www.iro.fr. La totalité des bénéfices sera reversée à l’association « Le Cancer du Sein, Parlons-en ! »

CARNET D’ADRESSES

Institut national du cancer :
www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-du-sein/espace-grand-public.
Cancer Info : 0 810 810 821
(prix d’un appel local).
Europa Donna : www.europadonna.fr,
01 44 30 07 66.



voix du Dr Viguié : « Avant 50 ans, parce que le sein est jeune, il est très radio-sensible. De plus, les seins sont denses, et cela oblige parfois à augmenter la dose d'irradiation pour avoir des clichés lisibles. C'est pourquoi – en l'absence de facteurs de risque personnels – le dépistage est préconisé à partir de 50 ans au rythme d'une mammo tous les deux ans. » Pas si simple dans la réalité des consultations... « Aujourd'hui, les grosses tumeurs que je vois ne sont plus que chez les femmes jeunes. Ce sont elles qui arrivent avec une boule dans le sein, déplore le Dr Espié. Beaucoup pensent qu'elles n'ont pas l'âge d'avoir un cancer, et elles ne savent pas qu'il faut surveiller leurs seins avant 50 ans... » 1 cancer du sein sur 5 touche, en effet, une femme de moins de 50 ans, et 1 sur 10 en meurt⁽⁵⁾. D'où l'importance de l'auto-palpation et d'une visite régulière chez le gynéco.

Que faire, alors ? « Une première mammo à 40 ans puis, au cas par cas, selon les facteurs de risque de chacune – seins denses, antécédents du côté maternel et paternel (mère, grand-mère, tante, sœur), obésité... –, un examen tous les dix-huit mois jusqu'à 50 ans, éventuellement couplé à une échographie, puis on intègre le dépistage organisé au rythme d'une mammo tous les deux ans », conseille l'oncologue.

CHEF D'ACCUSATION N° 3 LA FIABILITÉ DES MAMMOGRAPHES NE SERAIT PAS ÉQUIVALENTE, ET TOUS NE DÉTECTERAIENT PAS LES CANCERS

L'information a fait l'effet d'une bombe, en 2009 : certains mammographes numériques fournissent des clichés de

« EN L'ABSENCE DE FACTEURS DE RISQUE PERSONNELS, LE DÉPISTAGE EST PRÉCONISÉ À PARTIR DE 50 ANS, AU RYTHME D'UNE MAMMO TOUTS LES DEUX ANS. »

JÉRÔME VIGUIER, CANCÉROLOGUE

qualité insuffisante et « ratent » des cancers. La fiabilité de détection n'est pas équivalente entre tous les appareils présents sur le marché. C'est la Dre Sérador, alors présidente de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire, qui a lancé l'alerte auprès des autorités de santé. Verdict, en juillet 2010 : selon le type d'appareils numériques et leur marque, le taux de détection varie, notamment de 3,6 à 5,7 cancers pour 1 000 mammographies de type « CR »⁽⁶⁾.

En effet, deux technologies coexistent, celle dite « DR » et la « CR ». La première détectant mieux – 6,5 cancers pour 1 000 mammographies réalisées – que la deuxième – 5,24 cancers sur 1 000. Or, même s'il y a de plus en plus d'appareils DR en France, les CR restent majoritaires. De quoi sérieusement pâlir... La mammo cache-t-elle une loterie qui ne dit pas son nom ? La lanceuse d'alerte se veut rassurante : « Les choses ont bougé. D'abord, le ministère de la Santé a imposé de relever le niveau de qualité des appareils dits CR. Ensuite, cela a forcé l'Agence

nationale de sécurité du médicament et des produits de santé à instaurer des contrôles qualité plus contraignants et plus sévères, qui ont évincé les machines les moins performantes. Depuis 2011, les appareils ont été renouvelés. Et partout en France les mammographes sont systématiquement vérifiés tous les six mois, tant pour la qualité des clichés que pour la dose de rayons délivrée. »

Certes, mais faut-il s'inquiéter de la pertinence des résultats des mammographies antérieures ? « 90 % des cancers n'ont pas besoin d'une qualité exceptionnelle pour être détectés, beaucoup se voient très bien. Les principales bénéficiaires de la qualité de ces nouveaux appareils sont surtout les femmes de moins de 50 ans dont les seins sont denses et opaques », poursuit le radiologue. Quant au taux de détection des appareils, « il s'est resserré dans une fourchette très mince, se félicite le Dr Viguié. On a, en France, des mammographies d'un niveau de qualité que peu de pays européens sont à même d'aligner. »

CHEF D'ACCUSATION N° 4 LE DÉPISTAGE NE RÉDUIRAIT PAS LA MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN

11 886 femmes en sont mortes en 2012 en France. Eviter que le cancer du sein ne tue, c'est le but du dépistage. La guerre macabre des chiffres atteint ici son paroxysme : de 1 à 34 % de réduction de la mortalité. Dans les rangs des grands déçus, avec une évaluation pour la France de 11 %, on compte le professeur Philippe Autier, épidémiologiste à l'Institut international de recherche et de prévention, à Lyon, qui a publié deux études d'envergure sur le sujet⁽⁷⁾ : « Pendant quinze ans, j'ai œuvré pour la mammo de dépistage. Les données scientifiques me font changer d'avis, car l'incidence sur des cancers du sein à un stade avancé, ceux qui tuent, ne diminue pas. Si le dépistage était efficace, ils devraient diminuer. Ce n'est le cas dans aucun pays. La baisse de la mortalité observée est plus liée aux progrès des traitements, et le fait que la mammo entraîne autant de surdiagnostics et de surtraitements m'embête en tant que médecin. Dans ces conditions-là, je dirais stop. Trouvons des alternatives à la mammo. »

Les partisans du dépistage reconnaissent une baisse de la mortalité en deçà des 30 % initialement espérés, mais autour de 20 ou 21 %⁽⁸⁾, ce qui n'est pas rien... Et surtout, « il y a moins de cancers avancés », ne décolère pas la Dre Séradour face aux anti-mammos : « C'est criminel ce qu'ils disent ! Ils veulent casser le dépistage, mais que proposent-ils à la place ? Qu'on revienne trente ans en arrière, à l'époque où les femmes n'avaient que des gros cancers qui métastasaient et des mutilations importantes ? Aujourd'hui, 30 à 40 % des cancers mesurent 10 mm ou moins, ils

ne sont pas décelables à la palpation, et on voit moins de ganglions atteints. C'est capital pour les chances de guérir : 9 cancers sur 10 le sont lorsqu'ils sont détectés tôt. »

Plutôt que de balayer la mammo, il faudrait peut-être affiner le dépistage pour qu'il soit ultra-ciblé, intimement corrélé aux facteurs de risque de chacune, pour une surveillance « à la carte ». La Haute Autorité de santé planche sur cette évolution et devrait rendre ses conclusions cet automne. « Le ciblage du dépistage, qui se fait par la tranche d'âge, prendrait en compte d'autres facteurs. C'est assez compliqué, mais il pourrait être porté dans le Plan Cancer III, annonce le Dr Viguier. Pour le faire évoluer vers une meilleure prise en compte des risques individuels et proposer aux femmes la modalité la plus adaptée. »

En attendant, restons partie prenante de la surveillance de nos seins et établissons un « compagnonnage » médical avec le gynécologue. « Les femmes sont les meilleures garantes de leur santé, soyez proactives, encourage le Dr Zarca. Définissez avec votre médecin une stratégie de surveillance. » Au nom de la vie. ■

1. Source : « *Journal of Medical Screening* », septembre 2012. 2. Auteur de « *Mammography screening, Truth, lies and controversy* » (éd. Radcliffe). 3. Source : « *Screening for breast cancer with mammography* » (éd. The Cochrane Library). 4. « *Radiology* », janvier 2011. 5. Etude de la docteure Florence Molinié, réseau Francim, 2010. 6. Enquêtes INCa, juillet et décembre 2010. 7. « *British Medical Journal* », 2010 et 2011. 8. Institut de veille sanitaire, septembre 2012, et « *The Lancet* », novembre 2012.

Réagissez
à cet article
sur les forums
de marieclaire.fr

« LE CANCER DU SEIN, PARLONS-EN ! »

Des fondateurs vigilants A l'instigation d'Evelyn H. Lauder – qui a lancé l'opération ruban rose il y a plus de vingt ans aux Etats-Unis –, Estée Lauder Companies et Marie Claire ont créé en 1994 l'association « Le Cancer du Sein, Parlons-en ! ». Celle-ci œuvre sans relâche pour encourager le dépistage précoce et soutient la recherche en remettant, depuis dix ans, en octobre, les prix « ruban rose ».

De précieux soutiens Toutes ces actions sont réalisées avec le précieux soutien de nombreux partenaires : Cora, Curves, Institut Lilly, Kiabi, KitchenAid, Les Demoiselles du Bugatti, Les Givrées, Louis Pion, LPG, Parfumeries Marionnaud, PNY Technologies, The Evian Championship, Trophée Roses des Sables, Tupperware France, Venedim Group, Women's Garden Executive Club. D'autres actions sont menées par nos supporters, notamment l'Arc Club d'Issy-les-Moulineaux, N&N Golf, des mairies et collectivités...

A leurs côtés, médias et personnes privées participent aussi à cet événement en octobre, mois officiel de la prévention et du dépistage dans le monde.

Des événements de qualité Comme chaque année, des illuminations en rose de lieux prestigieux sont prévues dans plusieurs grandes villes.

En soutien à la campagne de dépistage précoce, Estée Lauder Companies a aussi organisé, du 15 mai au 20 août derniers, son deuxième concours photo : l'Estée Lauder Pink Ribbon Photo Award, qui avait pour thème « So pink ». Une exposition des meilleurs clichés aura lieu durant Octobre rose, et trois d'entre eux seront récompensés.

Une mobilisation essentielle Octobre rose, parlez-en autour de vous, engagez-vous à nos côtés, afin qu'une vague de vigilance et de solidarité rappelle à toutes que la mobilisation concerne toute la planète. Infos sur www.cancerdusein.org.