

À propos du mammothest

- a. Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles
- b. Clinique Saint-Pierre, Ottignies
- c. Clinique Notre-Dame de Grâce, Gosselies & Institut Bordet, Bruxelles
- d. Institut Médical Edith Cavell
- e. CHR Mons - Hainaut

Auteur correspondant :
 Dr Isabelle LECONTE
 Département d'imagerie médicale
 Cliniques universitaires Saint-Luc
 1200 Bruxelles
 Tel. : 02/764.29.13
isabelle.leconte@uclouvain.be

L'article des Drs Vandembroucke, Gordower et Blaude intitulé « Dépister le cancer du sein : chez quelles femmes et comment ? » a le mérite d'insister sur une prise en charge adaptée en fonction du risque de développer un cancer du sein. Néanmoins, nous souhaitons éclaircir certains points et notamment le rôle de l'échographie, examen non-irradiant et non invasif. La détection de cancers par échographie a fait l'objet de nombreuses publications depuis 15 ans et des papiers sur le sujet continuent à être publiés concluant à une augmentation du taux de détection du cancer du sein. Le dernier « state of the art », paru en septembre 2013 dans Radiology conclut que l'échographie en association avec la mammographie, particulièrement dans les seins denses, est de plus en plus pratiquée aux États-Unis suite aux résultats des études sur le rôle de l'échographie¹. Il est parfaitement ILLUSOIRE de penser qu'actuellement la mammographie suffit pour détecter un cancer du sein dans les seins denses, à savoir les seins de catégorie BI-RADS 3 et 4. Un autre examen doit être réalisé, et l'échographie reste le plus accessible et le moins cher, en comparaison à l'IRM. Il faut aussi rappeler que les cancers du sein détectés par échographie avec une mammographie normale concerne les cancers invasifs, de moins de 1 cm et sans métastase ganglionnaire : le bénéfice de la patiente est optimal (pas de surtraitement). Enfin, l'utilisation des nouvelles technologies échographiques comme l'élastographie permet de diminuer les biopsies inutiles et le taux de rappel. Les chiffres de faux positifs précédemment publiés ne sont donc plus d'actualité².

Concernant les femmes de 40-49 ans, il faut rappeler que plus de 25% des cancers du sein touche les femmes de moins de 50 ans, la majorité entre 40 et 49 ans. Bien que la diminution de la mortalité de 17% n'ait pas été rapportée comme significative en 2006, récemment l'efficacité d'un dépistage dans cette tranche d'âge a été démontrée^{3,4}. Les doses RX utilisées pour la mammographie sont de plus en plus faibles ce qui à terme, va aussi entraîner une diminution du risque théorique de cancers radio-induits.

par les Drs Isabelle LECONTE^a, Latifa FELLAH^a, Marième SY^a,
 Anne-Pascale SCHILLINGS^b, Anne-Sophie CARDINAEL^c,
 Véronica MENDEZ^d, Caroline DEMOULIN^e et Salvatore MURGO^e

Références

1. Hooley RJ, Scoutt LM, Philpotts LE. Breast ultrasonography: state of the art. Radiology 2013; 268 : 642-658
2. Berg WA et al. Shear-wave elastography improves the specificity of breast US: the BE1 multinational study of 939 masses. Radiology 2012; 262 : 435-49
3. Van Schoor G et al. Effective biennial mammographic screening in women aged 40-49. Eur J Cancer. 2010; 46 : 3137-40
4. Gunsoy NB, Garcia-Closas M, Moss SM. Modelling the overdiagnosis of breast cancer due to mammography screening in women aged 40 to 49 in the United Kingdom. Breast Cancer Res. 2012; 14 : R152

Réponses des auteurs de l'article

Réponse au Docteur Leconte

En réponse au Dr Leconte et collègues, nous désirons faire la mise au point suivante. Concernant l'échographie, d'une part, on peut lire dans une récente publication de la Cochrane Library¹: *On ne dispose actuellement d'aucunes données de bonne qualité méthodologique justifiant l'utilisation systématique de l'échographie comme outil de dépistage complémentaire chez les femmes présentant un risque moyen de cancer du sein*. L'échographie présente par ailleurs de nombreux inconvénients. Le plus important d'entre d'eux est une faible spécificité qui engendre un nombre très important de biopsies bénignes. En outre, l'échographie est un examen «opérateur dépendant», pour lequel il n'existe pas de contrôle de qualité, de double lecture ni de protocole standardisé. En conséquence, les performances de l'échographie sont inégales et il existe un risque de fausse réassurance²⁻³. L'élastographie, quant à elle, est une technique prometteuse mais qui doit encore être validée dans d'autres études⁴. Par ailleurs, l'analyse des données du programme de dépistage par Mammotest nous permet d'affirmer qu'une densité BI-RADS 3 ou 4 n'empêche pas la détection d'un cancer à la mammographie. En effet, 89% des cancers détectés dans des seins de catégorie BI-RADS 3 ou

BI-RADS 4 ont été identifiés suite à la mise en évidence d'une anomalie radiologique.

Concernant les femmes de 40-49 ans, d'autre part, et selon le Registre du cancer, en 2011, 15,8% du total des cancers du sein sont survenus chez des femmes de 40-49 ans. Aucune étude n'a démontré un effet significatif sur la mortalité. Le taux de cancers de l'intervalle est très élevé⁵, les faux négatifs et les faux positifs sont plus fréquents⁶.

Références

1. Gartlehner G et al. Mammography in combination with breast ultrasonography versus mammography for breast cancer screening in women at average risk. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, 4: CD009632.
2. Berg WA et al. Combined Screening with Ultrasound and Mammography vs Mammography alone in Women at Elevated Risk of Breast Cancer. WA. JAMA 2008; 299: 2151-63.
3. Nothacker M et al. Early detection of breast cancer: benefits and risks of supplemental breast ultrasound in asymptomatic women with mammographically dense breast tissue. A systematic review. BMC Cancer 2009; 9: 335.
4. Berg WA et al. Shear-wave elastography improves the specificity of breast US: the BE1 multinational study of 939 masses. Radiology 2012; 262: 435-49.
5. Gunsoy NB et al. Modelling the overdiagnosis of breast cancer due to mammography screening in women aged 40 to 49 in the United Kingdom (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/23194032>). Breast Cancer Res 2012; 14: R152.
6. ETMIS. Mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans: mise à jour. Québec ETMIS 2009; vol. 5 :n°8.

À propos la chirurgie bariatrique et de ses complications

L'article des Drs Magera et Dapri publié dans la RMG n°307 de novembre 2013, et traitant de la chirurgie bariatrique et de ses complications à long terme, ne mentionne pas une complication, pourtant redoutable, de ce type de chirurgie, à savoir l'augmentation du risque de suicide. Un taux plus élevé de suicide a en effet été observé après un suivi de 10 ans chez les patients opérés de by-pass^{1,2}. En 2007 déjà, un article du NEJM³ signalait ainsi que même si les mortalités par diabète, problèmes cardiaques et cancers avaient diminué, on retrouvait des taux de suicide plus élevés chez les patients qui avaient bénéficié de ce type de chirurgie.

Références

1. Tindle HA et al. Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. Am J Med 2010; 123: 1036-42.
2. Peterhansel C et al. Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review. Obes Rev 2013; 14: 369-82.
3. Adams TD et al. Long-Term Mortality after Gastric Bypass Surgery. N Engl J Med 2007; 357: 753-61.

Pol THOMAS, Médecin generaliste à Jette