

# Programmes de dépistage des cancers

Cancer du sein  
Cancer colorectal  
Cancer du col de l'utérus

# Considérations générales

« La compréhension de la logique du dépistage, si différente de la logique médicale traditionnelle, est difficile à intégrer en raison de nos habitudes et de nos convictions »

Dr. Marie-Hélène Dilhuydy  
Institut Bergonié-Bordeaux

# Dépistage - définition

---

Recherche d'une pathologie chez des personnes qui n'en présentent pas de symptômes.

Dépistage ↔ Diagnostic

Dépistage **individuel** ↔ **Programme** organisé de dépistage.

# Diagnostic



# Dépistage

Mise au point d'une  
anomalie

Risque réel

Bénéfice pour  
la plupart

Recherche d'une  
anomalie

Risque faible

Bénéfice pour  
quelques uns

# Dépistage individuel

---

Réalisé à la demande de l'individu ou à l'initiative du médecin,  
**en dehors** d'un programme organisé de dépistage.

# Programme de dépistage organisé

---

- ✓ Réalisé à l'initiative d'une autorité de Santé publique.
- ✓ Soumis à des [procédures de contrôle de qualité](#) afin de réduire au minimum les effets négatifs.
- ✓ [Évalué](#) quant à la qualité et à l'efficacité selon des critères définis au niveau européen.

*European guidelines for quality assurance in cancer screening and diagnosis.*

# Un Programme de dépistage organisé implique...

1. Un programme d'Assurance de Qualité:
  - Efficacité optimale
  - Effets négatifs réduits au minimum
2. Une invitation personnelle de la population «cible» à participer.

*European guidelines for quality assurance in cancer screening and diagnosis.*



# Programme d'Assurance de Qualité

- ✓ **Critères et contrôle de qualité** des procédures et des « tests ».
- ✓ **Enregistrement** des résultats des « tests » et des résultats des examens complémentaires.
- ✓ **Evaluation** - de la qualité  
- de l'efficacité  
selon des **indicateurs définis au niveau européen.**

*Les indicateurs d'efficacité permettent de prédire l'effet du dépistage sur la mortalité spécifique.*

*European guidelines for quality assurance in cancer screening and diagnosis.*

# Programme de dépistage organisé

---

## Objectif:

Réduire la mortalité « spécifique »  
en intervenant précocement dans l'histoire naturelle de  
la maladie, avant le développement de métastases.

≠ “seulement” faire un diagnostic avant l’apparition de  
symptômes.

# Histoire naturelle d'un cancer

- Normal
  - ↑ ↓ ?
- Dysplasie
  - ↑ ↓ ?
- Cancer in situ
  - ↓
- Cancer invasif
  - ↓
- Métastases

# Programme de dépistage organisé

---

## Méthode:

Identifier dans une population apparemment indemne, les sujets atteints d'un cancer ou de lésions précancéreuses.

→ Mise au point, dans un **2<sup>ème</sup> temps**, des anomalies détectées par le « test » de dépistage.

# « Test » de dépistage

---

- o Simple
- o Acceptable
- o Sans danger
- o Sensible
- o Spécifique
- o Coût supportable pour la société
- o Accessible au niveau géographique et financier

# Programme de dépistage organisé

---

## Prérequis

1. **Réduction de la mortalité spécifique** démontrée dans des études randomisées ou cas-témoins.
2. **Bénéfices** en termes de santé > aux effets négatifs.

# Dépistage - bénéfices attendus

---

- Réduire la mortalité spécifique en intervenant précocement dans l'histoire naturelle de l'affection.
- Améliorer la qualité de vie des hommes et des femmes atteints grâce à un traitement moins lourd.
- « Rassurer ».

# Dépistage - effets négatifs

Toute intervention médicale entraîne inévitablement des effets négatifs.



« Il est dès lors indispensable, pour des raisons éthiques, de s'assurer que les **bénéfices seront plus importants que les effets négatifs** ».

*J. Austoker. Cancer prevention in primary care. 1995*



# Dépistage - effets négatifs (1)

## Dépendants du type\* de dépistage

\* Organisé ou individuel

➤ Faux négatif: « test » normal alors qu'un cancer est présent.

→ individu rassuré à tort.

➤ Faux positif: « test » anormal nécessitant une mise au point complémentaire, si celle-ci ne débouche pas sur un diagnostic de cancer.

→ coûts psychologiques et financiers.

*Ces effets négatifs sont moins fréquents dans le dépistage organisé que dans le dépistage individuel.*

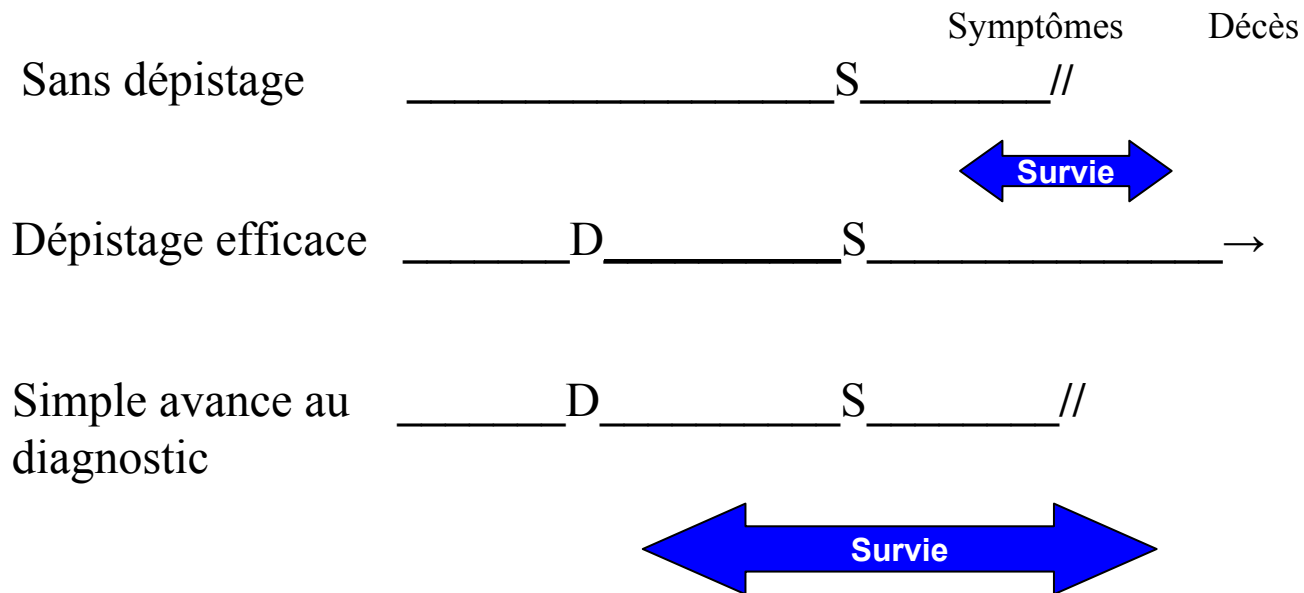
# Dépistage - effets négatifs (2)

**Indépendants** du type\* de dépistage

\*Organisé ou individuel

- Simple avance au diagnostic sans effet sur l'espérance de vie.
- « Surdiagnostic » et « surtraitement ».
- Risque d'utilisation non optimale des ressources publiques.

# Simple avance au diagnostic



Le dépistage augmente toujours la survie mais pas nécessairement l'espérance de vie.

# Surdiagnostic

---

Mise en évidence (et traitement) d'un cancer qui n'aurait jamais causé de problème de santé.

# Dépistage : pour quels cancers ?

- ✓ Cancer du [sein](#) par mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, tous les 2 ans.
- ✓ Cancer [colorectal](#) par test de recherche de sang occulte dans les selles chez les individus de 50 à 74 ans, tous les 2 ans.
- ✓ Cancer du [col utérin](#) en commençant au plus tôt à 20 ans et au plus tard à 30 ans et se terminant entre 60 et 65 ans: Frottis pour examen cytologique tous les 3 à 5 ans.

*Recommandations du Conseil de l'Union Européenne. (2003/878/CE),  
sur base de nombreuses études validées.*

# Exigence et défi du dépistage

---

Sauver les vies de quelques personnes sans soumettre à une contrainte inutile l'ensemble de celles qui n'en retireront pas de bénéfice.



[www.lemammotest.be](http://www.lemammotest.be)  
Mammotest@ccref.org

# Cancer du sein en 2011

Nouveaux cas : 10 490

< 40 ans : 516 (4,9%)

40-49 ans : 1 658 (15,8%)

50-69 ans : 5 043 (48%)

> 70 ans : 3 273 (31,2%)

*[www.registreducancer.org](http://www.registreducancer.org)*



# Risque de Cancer du sein

---

1 femme/ 10 au cours de son existence

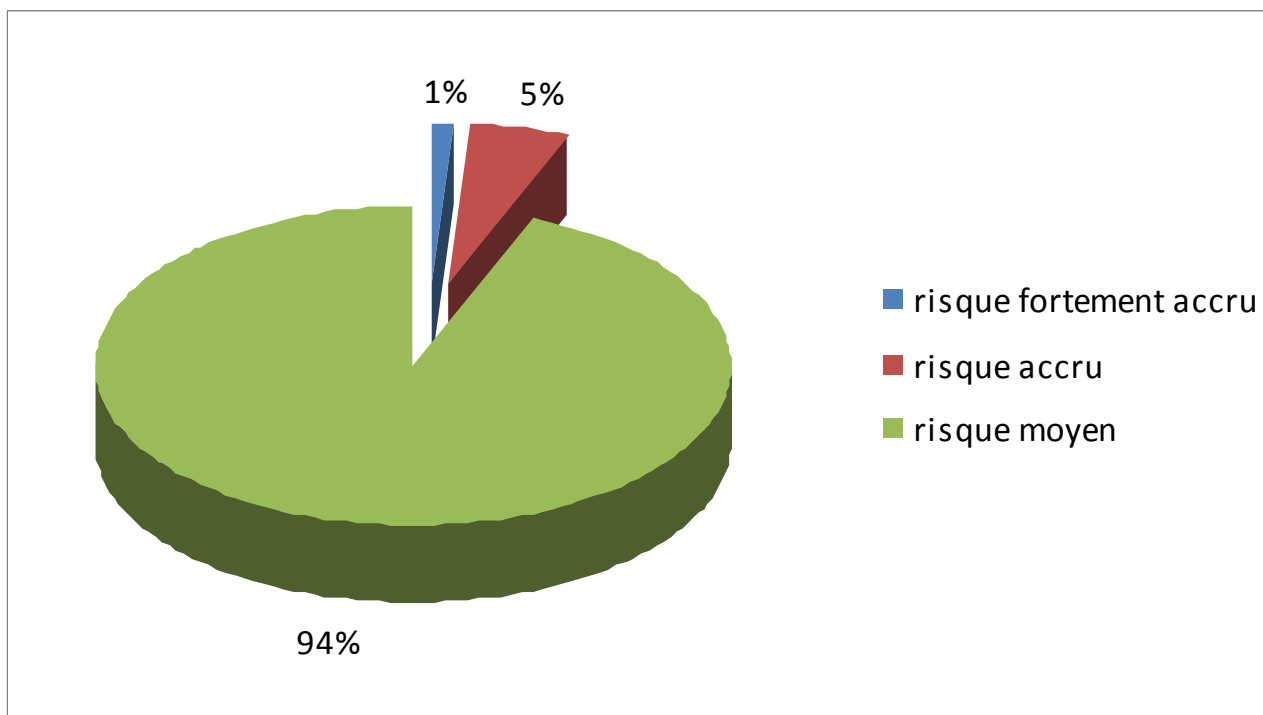
→ 9 femmes/10 ne souffriront pas d'un cancer du sein.

# Niveaux de risque

- Risque **moyen**  
( $< 17\%$  au cours de la vie)
- Risque **accru**  
( $17-30\%$  au cours de la vie)
- Risque **fortement accru** ( $< 1\%$  de la population)  
( $> 30\%$  au cours de la vie)

*KCE Reports 172B*

# Répartition des niveaux de risque



# Risque moyen

< 17% au cours de la vie

- Absence d'antécédents familiaux de cancer du sein.  
ou
- Cancer du sein chez au maximum **une** personne au **1<sup>er</sup>**  
**ou 2<sup>nd</sup> degré**, âgée de **plus de 40 ans**.

1<sup>er</sup> degré: mère, soeur ou fille

2<sup>ème</sup> degré: grands parents, tantes, petite fille

*KCE Reports 172B*

# Risque accru

## 17-30% au cours de la vie

- Cancer du sein chez **une** personne au **1<sup>er</sup>** degré, **avant 40 ans**.
- Cancer du sein chez **2** personnes du **1<sup>er</sup>** ou du **2<sup>nd</sup>** degré de **50** ans ou plus.
- Cancer du sein chez **3** personnes du **1<sup>er</sup>** ou du **2<sup>nd</sup>** degré de **60** ans ou plus.
- Seins très denses (Bi-rads 4)

*KCE Reports 172B*

# Risque fortement accru (1)

> 30% au cours de la vie

- Cancer du sein chez 2 personnes du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>nd</sup> degré avant l'âge de 50 ans\*
- Cancer du sein chez 3 personnes du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>nd</sup> degré avant l'âge de 60 ans\*.
- Cancer du sein chez 4 personnes quelque soit l'âge.\*

\* au moins une personne doit être du 1<sup>er</sup> degré.

*KCE Reports 172B*

# Risque fortement accru (2)

---

- Origine juive
- Histoire familiale de
  - Cancer du sein bilatéral
  - Cancer du sein chez un homme
  - Cancer de l'ovaire
  - Sarcome avant l'âge de 45 ans
  - Cancer dans l'enfance: gliome ou carcinome des surrénales
  - Cancers multiples à un jeune âge
  - Antécédents sévères du côté paternel ( 4 membres ayant eu un cancer du sein avant 60 ans)

*KCE Reports 172B*

# Risque fortement accru (3)

---

## Antécédents personnels

- Irradiation en mantelet pour maladie de Hodgkin.
- Hyperplasie canalaire ou lobulaire.



# Réduction de la mortalité

---

La mortalité liée au cancer du sein peut être réduite de 25 à 35 %,

lorsqu'un programme organisé de dépistage est offert aux femmes de 50 à 69 ans.

*Breast Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention - IARC Press 2002*

# Dépistage du cancer du sein

---

“ Mammography should be the method used in breast cancer screening.

Women without symptoms of breast cancer should be offered mammography examination only in organised screening programmes with quality assurance at all levels”.

Only women aged 50-69 should be invited.

*Recommandations on cancer screening in the European Union. EJC 2000; 36:1473-78.*

# Femmes 40-49 ans

---

- ✓ Faible réduction de la mortalité liée au cancer du sein.
- ✓ Développement de cancers radio-induits.
- ✓ Faux positifs et faux négatifs plus fréquents.
  - Le bénéfice attendu de ce dépistage est incertain et les effets négatifs sont considérables.
- ✓ The USPSTF (USA) recommends against routine screening mammography in women aged 40 to 49 years.

*KCE Reports 129B-2010*

# Femmes 70-74 ans

---

L'invitation systématique des femmes âgées de 70 à 74 ans à participer au dépistage organisé du cancer du sein **n'est pas recommandée**.

Si une personne de plus de 70 ans demande une mammographie dans un objectif de dépistage, il importe que le médecin veille à ce quelle soit bien informée des avantages et des inconvénients potentiels de celle-ci.

*KCE Report 176B*

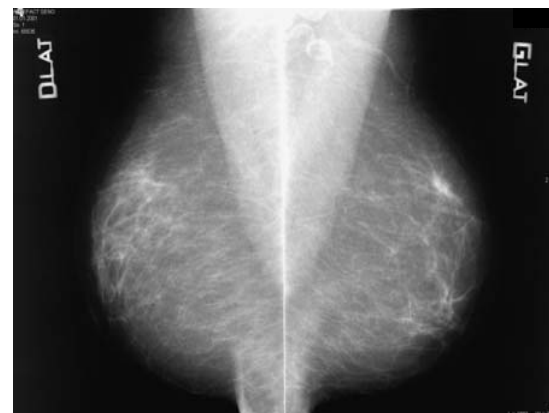
# Contrôle de qualité de la mammographie

## 1. Contrôle des installations

→ la meilleure image avec la plus petite dose d'irradiation.

## 2. Contrôle de la qualité des clichés

- qualité de l'image,
- positionnement du sein.



## 3. Double lecture indépendante des clichés.

# Double lecture - objectifs

- ✓ Contrôler la qualité des clichés.  
La qualité en défaut dans 37% des cancers de l'intervalle. Brémond, 1998
- ✓ Réduire les faux négatifs\*:  
10% de cancers non identifiés à la première lecture.
- ✓ Réduire les faux positifs\*: (examens complémentaires à la mammographie qui ne débouchent pas sur un diagnostic de cancer).

échographie: 4,3% versus 85%

ponction/biopsie: 0,9% versus 3,5%

\*par rapport au dépistage individuel

Rapport n° 7 de l'AIM. [www.nic-ima.be/fr/projects/mammo/reports](http://www.nic-ima.be/fr/projects/mammo/reports)

# Programme organisé-Mammotest

---

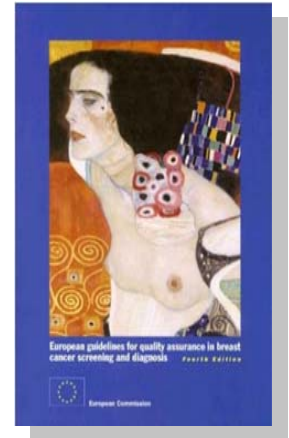
## Objectif:

Identifier dans une population apparemment indemne, les femmes qui présentent à la mammographie une anomalie qui pourrait être le signe d'un cancer débutant ou d'une lésion précancéreuse.

→ Mise au point, dans un **deuxième temps**, après confirmation de l'anomalie ou identification de celle-ci lors de la **double lecture indépendante**.

# Cadre scientifique

- **Recommandations on cancer screening.**  
Advisory Committee on Cancer Prevention – Vienne 1999  
EJC 2000; 36: 1473-78
- **European guidelines for quality assurance in mammography screening and diagnosis.**  
European Communities – Fourth edition - 2006



→ **Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC)**

Official Journal of the European Union L 327/34.



# Cadre législatif

---

- Protocole d'accord entre l'Etat fédéral et les Communautés pour la mise en place d'un dépistage de masse du cancer du sein par mammographie.  
Octobre 2000
- Arrêtés de Gouvernement de la Communauté française  
Janvier 2006, Juillet 2008, Mai 2009, Octobre 2010,  
Octobre 2013

# Protocole d'accord

---

Protocole visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie.

Etat fédéral: budget pour les honoraires  
Communautés: organisation et évaluation.

*Moniteur belge 22 décembre 2000*

# Protocole d'accord - Communautés

---

- ✓ Agréments d'unités de mammographie.
- ✓ Information médecins et population.
- ✓ Gestion des invitations.
- ✓ Enregistrement des variables nécessaires à la gestion ainsi qu'à l'évaluation scientifique.

# Arrêts de Gouvernement

---

- Missions et conditions d'agrément des intervenants:
  - Unités de mammographie
  - Centre de 2ème lecture
  - Centre Communautaire de Référence
- Fonctionnement du Programme

# Conditions d'agrément des unités de mammographie

---

- Installation conforme aux spécifications définies dans les « *European guidelines* » et inscrite dans un programme de certification de la qualité.
- Réussite du test d'évaluation de la qualité des clichés.
- Radiologue(s) avec formation spécifique en sénologie.
- Technologue(s) ayant bénéficié d'une formation portant sur la qualité des clichés.

.....

*European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. EC-2006*

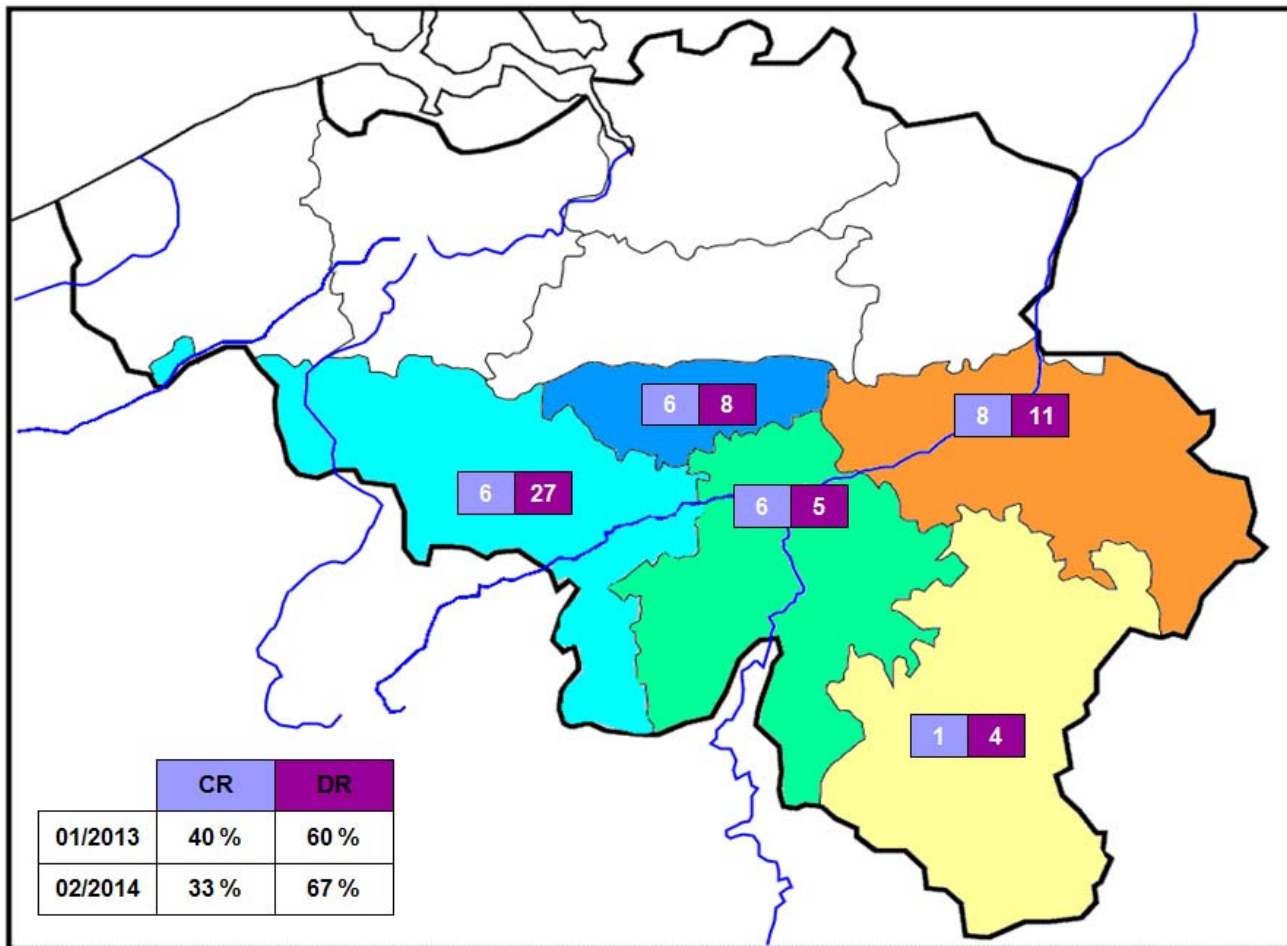
# Fonctionnement du Programme

# Le Mammotest

- Dans une unité de mammographie agréée.
- **Mammographie seule**: 2 clichés par sein.
- Ex.complémentaires (examen clinique – échographie ...) dans un **2ème temps si anomalie confirmée ou identifiée à la double lecture. (5 à 7% des cas).**
- Femmes de 50 à 69 ans - Tous les 2 ans.
- Prescription ou lettre d'invitation.
- Gratuit.

*European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. EC-2006*

# Unités actives: CR et DR





# Prescription

A partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle la femme atteint l'âge de 50 ans, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge de 69 ans.

si pas de Mammotest au cours de l'année précédente.

# Invitation

- ✓ Lettre adressée au cours du mois de l'anniversaire aux femmes qui n'ont pas encore bénéficié d'un Mammotest:
  - année impaire pour les femmes nées un jour impair (née un 1-3-5 .... mars → 2015)
  - année paire pour les femmes nées un jour pair (née un 2-4-6 ... mars → 2014)

et

- ✓ Lettre adressée **2 ans** après le mammotest précédent.

# Fonctionnement du Programme (1)

---

## Prescription ou invitation

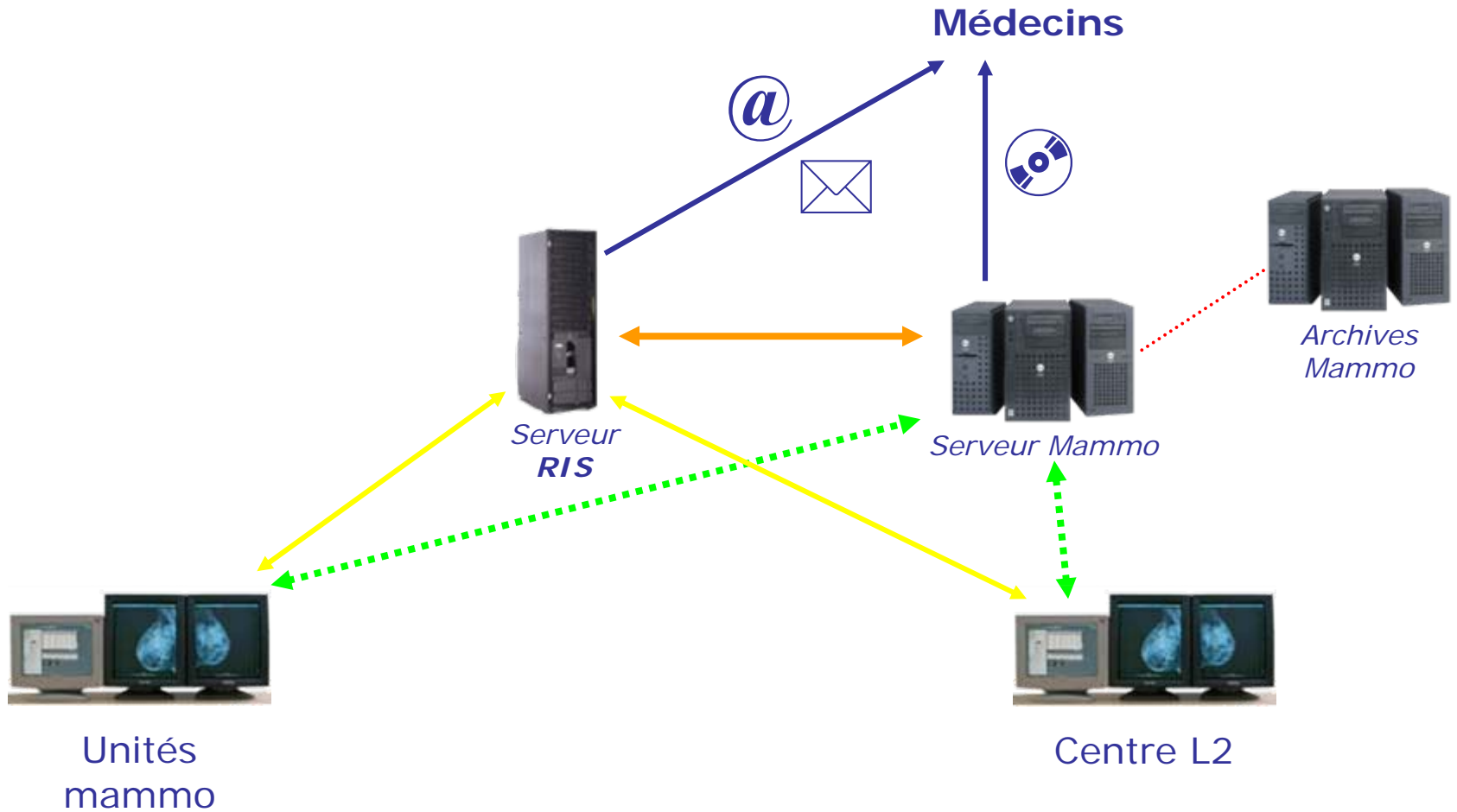
- unité de mammographie agréée: réalisation des clichés et 1<sup>ère</sup> lecture (protocole standardisé).
- transmission des clichés au Centre de deuxième lecture **exclusivement** par **voie électronique sécurisée**.
- 2<sup>ème</sup> lecture « **indépendante** ».
- concordance des lectures? Si non: 3<sup>ème</sup> lecture.
- lettre de résultat au médecin « référent ».

# Fonctionnement du Programme (2)

---

- Suivi administratif et épidémiologique des mammotests +.
- **Evaluation** de la qualité et de l'efficacité selon les indicateurs définis dans les « *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis* », avec la collaboration du Registre du cancer.

# Flux numériques



# Protocole de lecture

---

- ✓ L'analyse de la **densité mammaire**.
- ✓ La présence d'une **anomalie** nécessitant une mise au point.
- ✓ La comparaison aux anciens clichés.
- ✓ La conclusion.
- ✓ La recommandation de suivi.

**1.1 Données administratives** (Vignette de mutuelle ou remplir en imprimé svp)

Numéro NISS : .....  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... / ..... / .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Nom ou numéro de la mutuelle : .....

**1.1a Médecin qui assurera le suivi /  
Prescripteur (Référént)**

Spécialité :  Généraliste  
 Gynécologue  
 Autre

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : .....  
 Commune : .....

**1.1b Autre Médecin**

Spécialité :  Généraliste  
 Gynécologue  
 Autre

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : .....  
 Commune : .....

**1.2. Mammotest**

Avez-vous déjà eu une mammographie ?  Oui  Non

Si oui, en quelle année ? .....

Vous venez suite à une :  Invitation  
 Prescription

Qui vous a décidé à passer un mammotest ?  Généraliste  Courrier d'invitation  
 Gynécologue  Média  
 Amie  Autre

Identification de l'unité de mammographie : .....  
 Code postal de l'unité de mammographie : .....  
 Date du mammotest : ..... / ..... / .....  
 Nom du technologue : .....  
 Nom du lecteur : .....  
 Numéro des clichés : .....  
 Remarque : .....

J'ai pris connaissance du texte mis à ma disposition à l'unité de mammographie qui m'explique le programme fédéral de dépistage du cancer du sein et je marque mon accord pour l'enregistrement, le suivi et le traitement de mes données dans ce cadre.

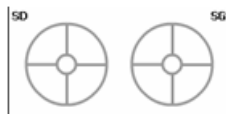
Date : ..... / ..... / .....  
 Signature précédée de la mention « pour accord » : .....

## 2. Informations complémentaires utiles

Anomalies cutanées :

- |                          |                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| SD                       | SG                       |                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cicatrice d'une opération antérieure |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nævus, Verue                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autre : .....                        |

Localisation des anomalies cutanées :



Traitement hormonal substitutif ?  Oui  Non

Positionnement correct impossible ?  Oui  Non

Remarque : .....

### 3.1. Lisibilité des clichés en rapport avec la densité des seins

- Adipeux
- Travées fibroglandulaires dispersées
- Dense hétérogène
- Très dense

### 3.3. Comparaison aux anciens clichés

- Oui  Non  Pas comparable

Date des clichés : ...../...../.....

Clichés :  Analogiques  Numériques

Remarque : .....

### 3.2. Description des anomalies nécessitant une mise au point complémentaire

Incidence	SD	Ext.		Ext.	SG
Cranio-caudale (face)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SD	Int.		Int.	SG
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incidence	SD	Sup.		Sup.	SG
Aillaire (oblique)	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SD	Int.		Int.	SG
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- U : Opacité
- X : Microcalcification
- Δ : Rupture d'architecture
- ◇ : Asymétrie de densité

SD : Sein droit  
SG : Sein gauche  
Ext. : Extérie  
Int. : Intérie  
Sup. : Supérieur  
Inf. : Inférieur

### 3.4. Conclusion

(cocher une seule conclusion par sein)

SD SG

Mammotest négatif

- 1 Négatif  
  2 Anomalie bénigne

Mammotest positif

- 3 Probablement bénin  
  4 Suspect  
  5 Très suspect de malignité

Autres conclusions

- 6 Ininterprétable pour raison technique  
  7 Sein avec prothèse  
  8 Mastectomie  
  9 Sein dense nécessitant une échographie

Les conclusions 3,4 et 5 sont considérées comme positives ! Attention au taux de rappel !

### 3.5. Recommandation de suivi

(cocher une seule suggestion)

- 1 Pas de mise au point complémentaire  
 2 Echographie pour sein dense ou prothèse  
 3 Mise au point complémentaire  
 4 A refaire pour raisons techniques

Date : ...../...../..... Cachet et signature :



# Conclusions et recommandation

---

## Mammotest « négatif »

- 1 Négatif
- 2 Anomalie bénigne  
→ mammotest 2 ans plus tard

## Mammotest « douteux »














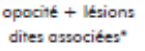
- 3 Probablement bénin
- 4 Suspect
- 5 Très suspect de malignité  
→ examens complémentaires
- 9 Seins denses nécessitant une échographie

# Classification des anomalies



Programme de dépistage  
du cancer du sein  
en Communauté française

## Classification des anomalies mammographiques

Classe	2	3	4	5	
Opacités	 ronde + macroCa++	 ganglion intrammaire	 circonscrite (ronde/ovale)	 circonscrite (ronde/ovale) en $\sphericalangle$	 mal circonscrite à contours flous irréguliers
	 graisseuse ou mixte	 circonscrite et stable	 circonscrite discrètement polylobée	 circonscrite microlobulée	 spiculée
	 multiples ( $\geq 3$ ), circonscrites et bilatérales	 tubulaire ou branchée à bords nets évoquant un galactophore		 d'allure circonscrite, mais 1 bord masqué	 opacité + lésions dites associées*

Docteur Dominique TRUCMUCHE  
Rue André Dumont 5  
1435 Mont Saint Guibert

jeudi 10 mars 2011

**Référence interne : 95105625** [A rappeler dans toute correspondance SVP]  
Médecin Référent : Docteur Dominique TRUCMUCHE  
Copie pour information au Docteur Judith BAZAR

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, votre patiente, Madame **Bernadette DUPONT** née le **xx/xx/xxxx** et domiciliée Rue André Dumont 5 à 1435 Mont Saint Guibert s'est présentée pour un mammothest le 7/03/2011 dans l'unité de mammographie : Cabinet de Mammographie de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx où la première lecture des clichés a été réalisée par le Dr Christian MACHIN.

Les clichés ont été soumis à une double lecture indépendante au Centre de deuxième lecture.

**Ils présentent une (des) anomalie(s) nécessitant une mise au point.**

**Opacité au niveau du quadrant supéro-externe du sein droit**

Auriez-vous l'obligeance d'informer votre patiente de cette recommandation de suivi et de lui remettre une prescription de mise au point complémentaire ainsi que le CD-ROM des clichés numériques annexé à ce courrier ?

Pourriez-vous également transmettre au CCR asbl - Centre de deuxième lecture le talon-réponse ci-joint afin de l'informer que la patiente est avertie et prise en charge ?

Nous vous prions de recevoir, Chère Consoeur, Cher Confrère, nos sincères salutations.

Docteur Jean-Claude ZORGLUB  
Radiologue

*Votre patiente recevra un courrier dans 7 jours l'invitant à prendre contact avec vous.  
 Une copie des clichés numériques est conservée au Centre de deuxième lecture.*

**Document à retourner par courrier ou par télécopie**

**CCR asbl - Centre de deuxième lecture**

Rue André Dumont 5 AxisParc  
1435 MONT-SAINT-GUIBERT  
Téléphone : +32 (0)10 23 82 71  
Télécopie : +32 (0)10 45 67 95  
mammothest@ccref.org

Concerne :

Madame **Bernadette DUPONT**  
Née le **X/XX/XXXX**  
Domiciliée **Rue André Dumont 5 à 1435 Mont Saint Guibert**  
Mammothest du **7/03/2011**  
Unité de mammographie : **Cabinet de Mammographie de XXXX**  
Référence interne : **95105625**

Le Docteur Dominique TRUCMUCHE signale que la patiente précitée est informée de la nécessité d'une mise au point.

Il réfère la patiente pour la mise au point

Au docteur : .....

Dans le centre / l'institution / la clinique / ... : .....

Adresse : .....

Date :

Cachet :

Signature :

# MammoRIAS

Registry Information and Admistration System

les données de tous les mammotests réalisés en Wallonie sont enregistrées dans MammoRIAS depuis le 1er mars 2007.

Unité d'Informatique médicale et Biostatistiques. Département des sciences de la santé publique. Université de Liège - Prof. Albert.

# Éléments d'évaluation

# Participation % de la population éligible

Ref. Agence intermutualiste- 7<sup>ème</sup> rapport

	2000-2001		2002-2003		2004-2005		2006-2007	
	MMT	MMT+Bilan	MMT	MMT+Bilan	MMT	MMT+Bilan	MMT	MMT+Bilan
Région Wallonne	0	<u>47</u>	6,5	53	8,8	55	<b>9,1</b>	<u>56</u>
Région Flamande	7,5	<u>40</u>	33	54	37	58	<b>44</b>	<u>65</u>
Région Bxl Capitale	0,3	<u>48</u>	3,3	50	6,6	51	9,6	54
Total	4,5	<u>43</u>	22	54	25	56	30	61

# Freins à la participation

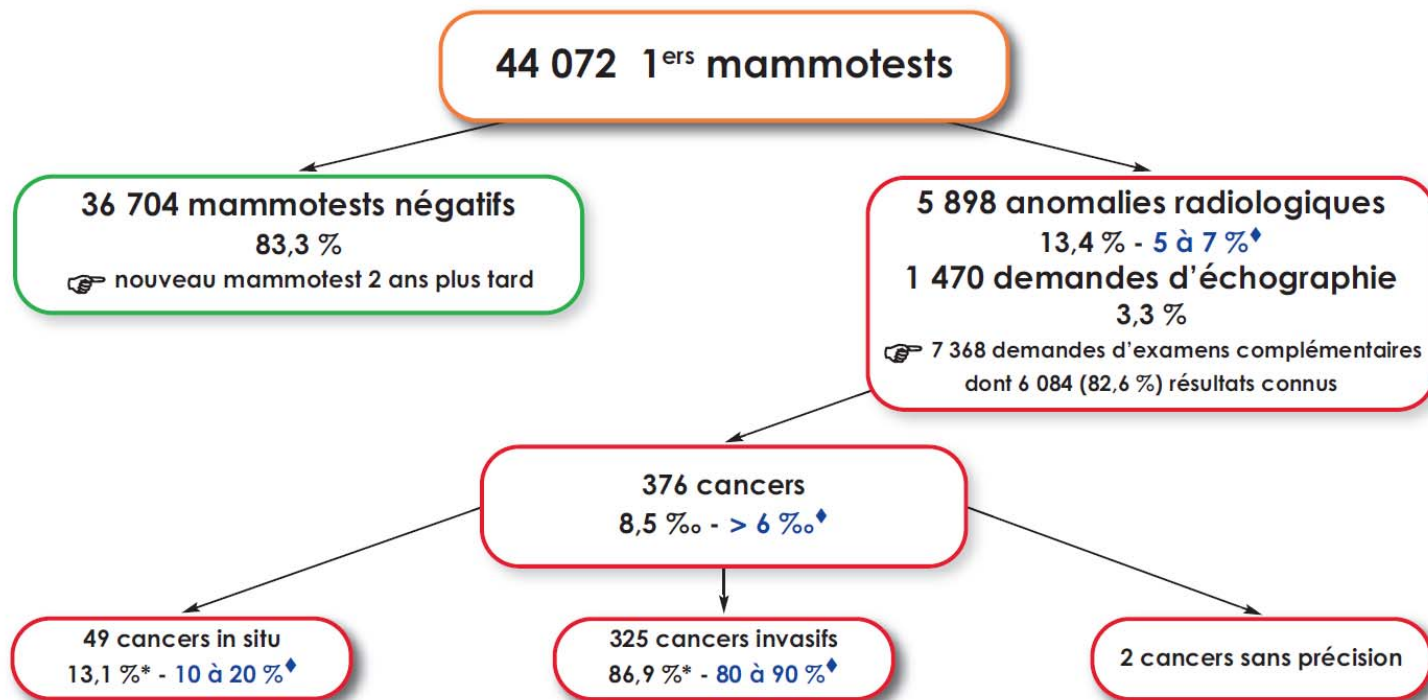
---

- ✓ Méconnaissance de la démarche de Santé publique
- ✓ **Habitudes et convictions** des prestataires, des prescripteurs et des femmes.
- ✓ Peur de conséquences médico-légales
- ✓ Honoraires



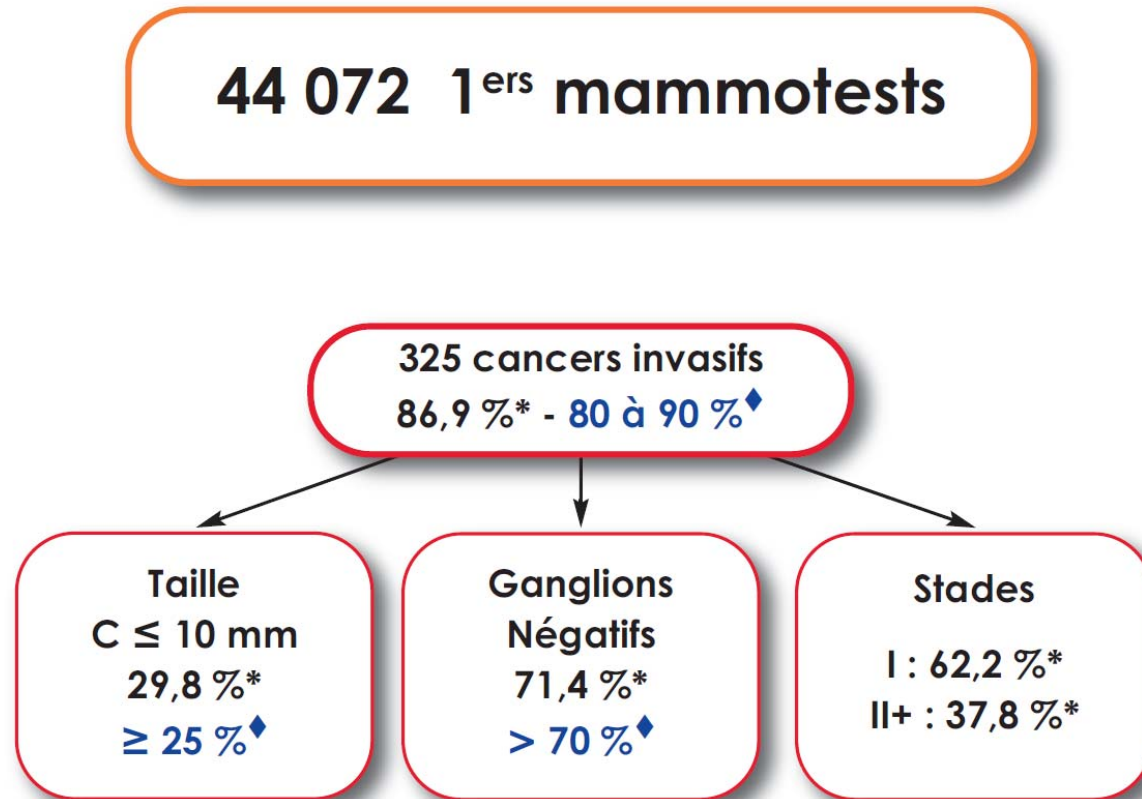
# 99 904 mammotests - 1er janvier 2007 au 31 décembre 2012

Octobre 2013



♦ **Recommandations européennes : taux de rappel pour anomalie(s) radiologique(s)**

\* Calculé sur le nombre de cancers pour lesquels la donnée est connue



♦ **Recommandations européennes : taux de rappel pour anomalie(s) radiologique(s)**

\* Calculé sur le nombre de cancers pour lesquels la donnée est connue

# 99 904 mammotests - 1er janvier 2007 au 31 décembre 2012

Octobre 2013

**44 072 1<sup>ers</sup> mammotests**

**49 cancers in situ**  
13,1 %\* - 10 à 20 %<sup>♦</sup>

**Traitements**

Tumorectomies : 27  
Mammectomies : 12  
Sans précision : 10

**325 cancers invasifs**  
86,9 %\* - 80 à 90 %<sup>♦</sup>

**Traitements**

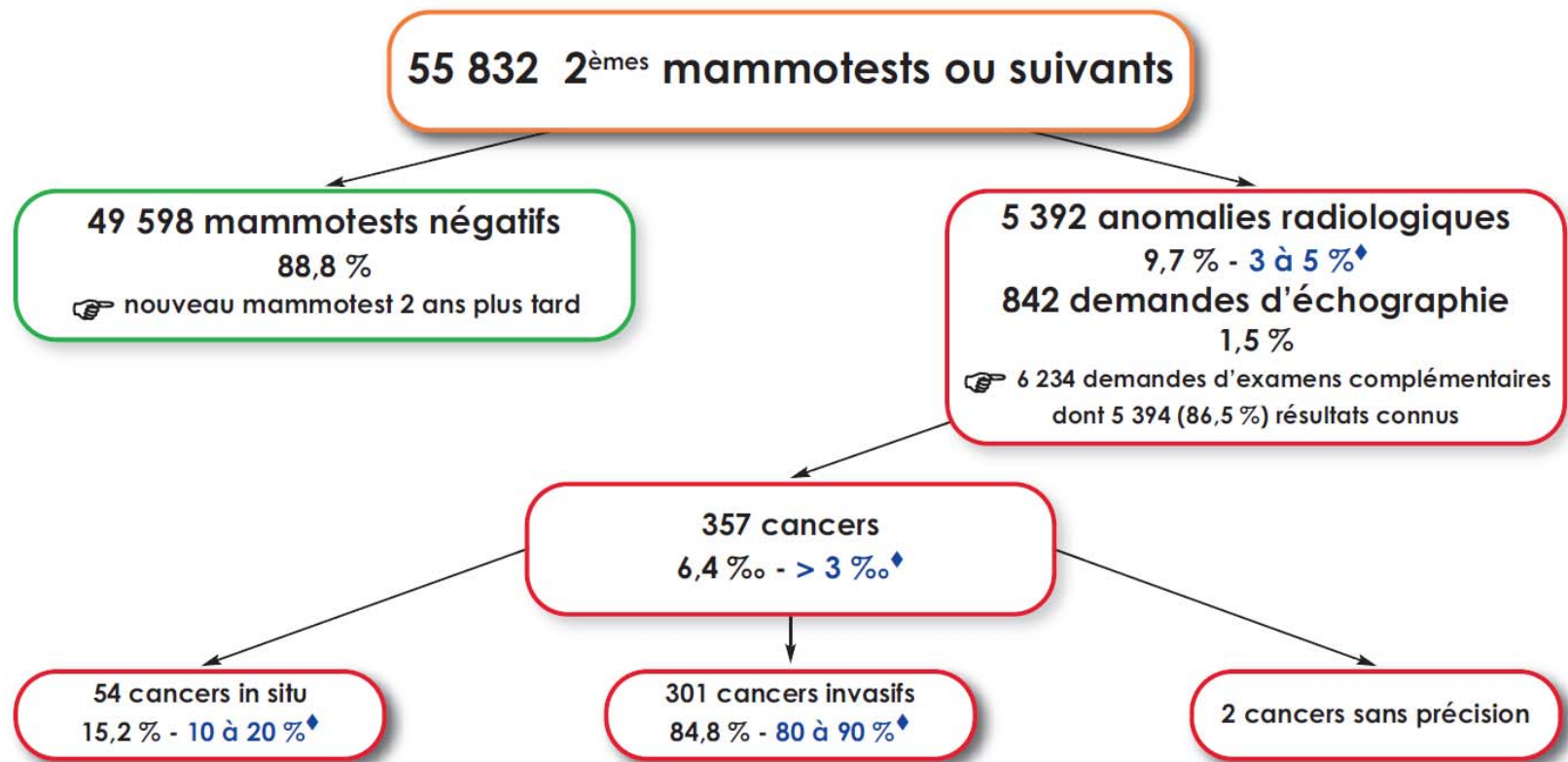
Tumorectomies : 214  
Mammectomies : 73  
Sans précision : 38

<sup>♦</sup> **Recommandations européennes : taux de rappel pour anomalie(s) radiologique(s)**

\* Calculé sur le nombre de cancers pour lesquels la donnée est connue

# 99 904 mammotests - 1er janvier 2007 au 31 décembre 2012

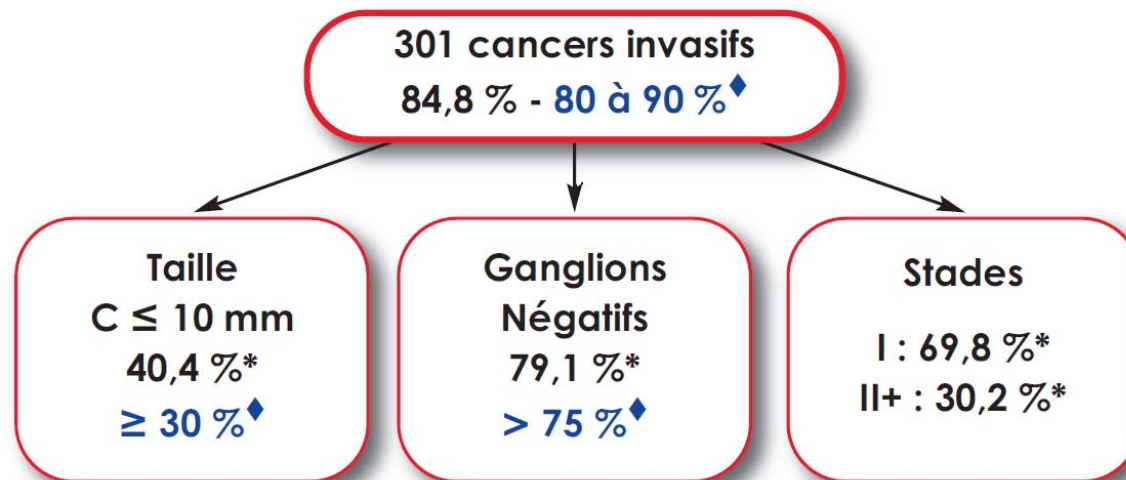
Octobre 2013



♦ **Recommandations européennes : taux de rappel pour anomalie(s) radiologique(s)**

\* Calculé sur le nombre de cancers pour lesquels la donnée est connue

**55 832 2<sup>èmes</sup> mammotests ou suivants**



♦ **Recommandations européennes : taux de rappel pour anomalie(s) radiologique(s)**

\* Calculé sur le nombre de cancers pour lesquels la donnée est connue

**55 832 2<sup>èmes</sup> mammotests ou suivants**

**54 cancers in situ**  
15,2 % - 10 à 20 %<sup>♦</sup>



**Traitements**  
Tumorectomies : 40  
Mammectomies : 7  
Sans précision : 7

**301 cancers invasifs**  
84,8 % - 80 à 90 %<sup>♦</sup>



**Traitements**  
Tumorectomies : 229  
Mammectomies : 39  
Sans précision : 33

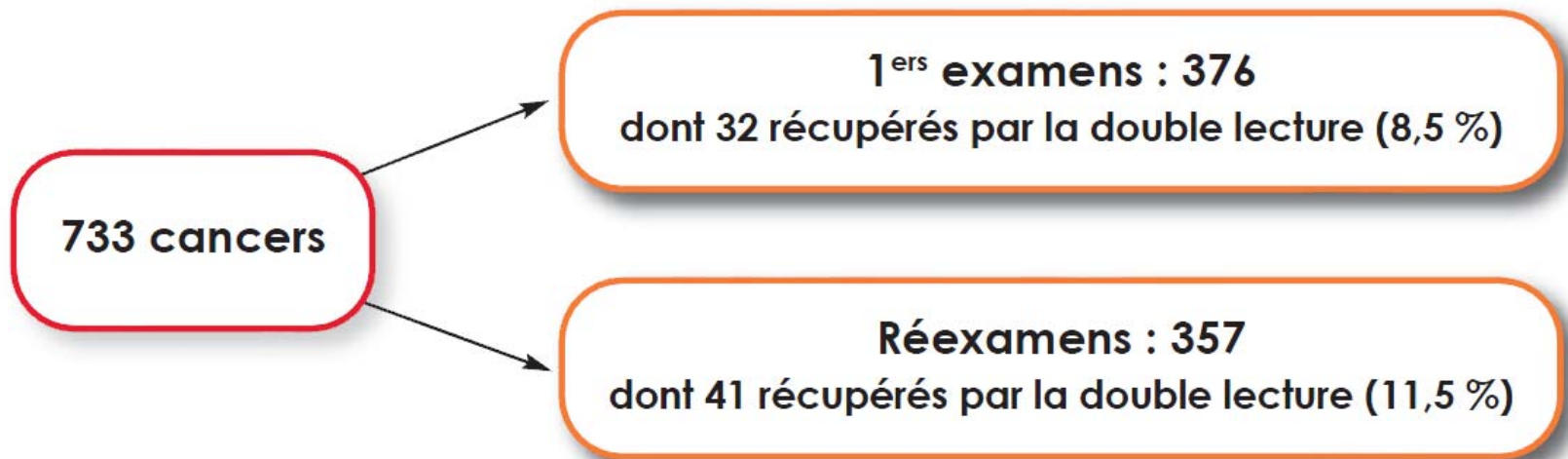
<sup>♦</sup> **Recommandations européennes : taux de rappel pour anomalie(s) radiologique(s)**

\* Calculé sur le nombre de cancers pour lesquels la donnée est connue

# Intérêt de la double lecture

99 904 mammotests - 1er janvier 2007 au 31 décembre 2012

Octobre 2013



# Conclusions

- ✓ Le taux de participation est beaucoup trop faible.
- ✓ Le taux de rappel (mammotests positifs) est trop élevé.
- ✓ Les indicateurs de qualité et d'efficacité (taux de détection, proportion de cancers  $\leq$  à 10 mm, proportion de cancers dont les ganglions sont négatifs) sont conformes aux indicateurs définis dans les « *European guidelines* ».

*European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. EC-2006*



# Conclusions - Efficacité

---

- ✓ Le mammotest est **performant** en terme de détection de **petits cancers**.
- ✓ La **double lecture** a permis de détecter **10%** de cancers supplémentaires.

# Délais moyens entre ...

- ✓ Réalisation du MMT et transmission au Centre L2:  
n= 50 793\*      3,9 jours calendrier
- ✓ Transmission au Centre L2 et double lecture:  
n= 50 793\*      1,2 jours calendrier
- ✓ Double lecture et envoi du résultat au médecin:  
n= 50 793\*      1,3 jours calendrier\*\*

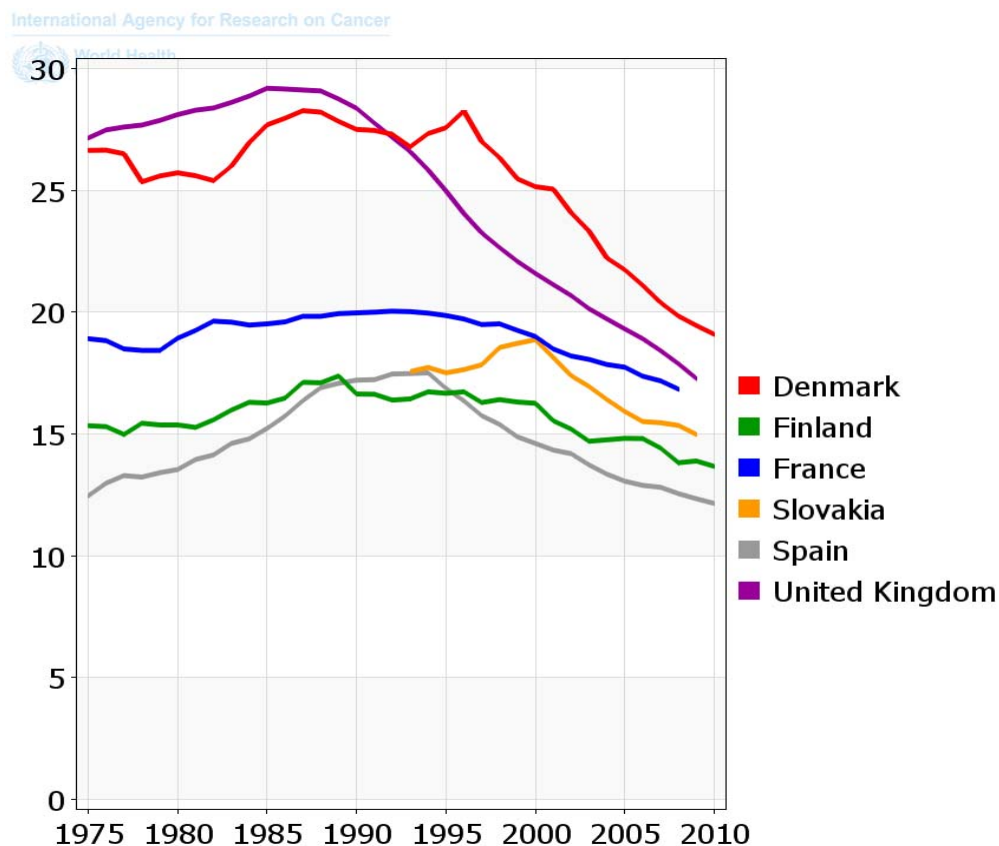
\*années 2010 à 2012

\*\* 3<sup>ème</sup> lecture comprise

# Controverses actuelles

# Réduction de la mortalité liée au cancer du sein

Trends in mortality from female breast cancer in selected countries: age-standardised rate (W) per 100,000



# Réduction de la mortalité

---

Plusieurs études récentes se contredisent sur le rôle réel du **dépistage** et de **l'amélioration des traitements** dans la réduction de mortalité constatée:

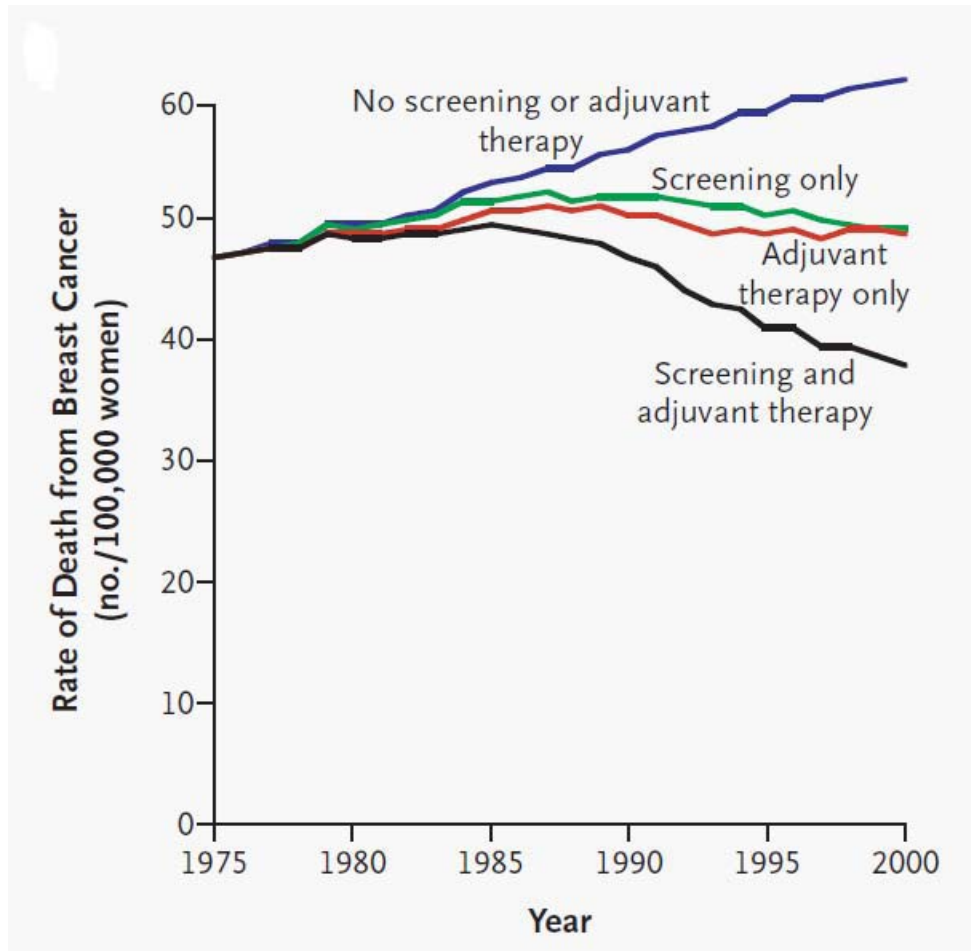
- **76%** lower death risk in women screened as part of an organized program (Paap et al., 2010).
- **nil or minimal** direct effect of screening (Autier et al., 2011a).

# Réduction de la mortalité

---

La mortalité liée au cancer du sein diminue régulièrement depuis quelques années parce que

les traitements sont plus efficaces et que les cancers sont détectés plus précocement.



*Berry D, NEJM 2005; 353: 1784-92*

# Surdiagnostic

---

Mise en évidence (et traitement) d'un cancer **qui n'aurait jamais causé de problème de santé.**

Le risque est faible en cas de cancer invasif.  
Il est significatif en cas de cancer in situ.



# Taux de sur-diagnostic

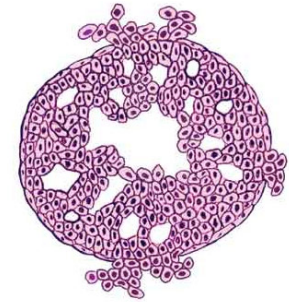
- Varie de 1 à 54 % !!!!!!!!!!!!!!!!
- Dépend entre autres :
  - du dénominateur utilisé (de Gelder R-2011)
  - de la durée de suivi: Pays Bas:
    - 11,4% ( 1990 implémentation) →
    - 2,8% (2006 stady state) (de Gelder R-2011)
  - du caractère invasif ou in situ:
    - invasif: 3,3% - in situ: 31,9% (Seigneurin 2011)



Normal



Cancer in situ



Cancer invasif

[www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org)

# Ne pas confondre...

## Surdiagnostic:

mise en évidence d'un cancer qui ne se serait pas manifesté en l'absence de dépistage.

(femmes atteintes d'un cancer)



## Faux-positif:

tout examen complémentaire à la mammographie qui ne débouche pas sur un diagnostic de cancer.

(femmes non atteintes d'un cancer)

«... Comme elles l'ont toujours fait, les femmes devraient consulter leur médecin si elles trouvent quelque chose d'inhabituel, ..... »

*Peter Gøtzsche*





Cancer découvert par la femme:  
en moyenne: 2 cm.

50% ont des métastases ganglionnaires.

« Il est difficile de guérir les cancers avancés.  
Le message est de **se faire dépister** afin qu'une tumeur éventuelle soit diagnostiquée avant de métastaser. »

*Martine Piccart, Présidente du Breast International Group.*



# Conséquences des interrogations concernant l'effet sur la mortalité et le surdiagnostic

---

→ Favoriser le dépistage organisé, soumis à un contrôle de qualité et évalué.

*« Il est d'une qualité supérieure en termes de qualité et de sécurité des patientes et également en coût/efficacité ». Harousseau - HAS-France*

→ Informer sur les bénéfices et sur les effets négatifs du dépistage afin que les femmes puissent prendre une décision « éclairée ».

Identifier des facteurs de pronostic qui permettent de repérer les cancers peu évolutifs et proposer des traitements adaptés.

Dans un domaine où l'équilibre entre les bénéfices et les effets négatifs est particulièrement fragile, le contrôle de qualité des procédures ainsi que l'évaluation sont cruciales.

*Plan cancer – Promotion de la qualité.*



# La densité mammaire

# La densité mammaire

---

Elle est évaluée, et non mesurée, en 4 classes:

Bi-rads 1: seins gras

Bi-rads 2: présence de travées fibro-glandulaires

Bi-rads 3: seins **denses** hétérogènes

Bi-rads 4: seins **très denses**

## Concordance dans l'évaluation de la densité mammaire entre le 1<sup>er</sup> (L1) et le 2<sup>ème</sup> lecteur (L2) (n = 47 156)

BI-RADS	L1		L2	
<b>1</b> - Adipeux	<b>12 658</b>	→ <b>1</b>	<b>8 404</b>	→ <b>66%</b>
		2	3 999	
		3	43	
		4	1	
		néant*	211	
<b>2</b> - Travées fibro-gland.	<b>23 878</b>	1	3 835	→ <b>71%</b>
		→ <b>2</b>	<b>16 969</b>	
		3	2 341	
		4	73	
		néant*	660	
<b>3</b> - Dense hétérogène	<b>9 545</b>	1	82	→ <b>47%</b>
		2	4 266	
		→ <b>3</b>	<b>4 456</b>	
		4	503	
		néant*	238	
<b>4</b> - Très dense	<b>1 075</b>	1	1	→ <b>33%</b>
		2	134	
		3	559	
		→ <b>4</b>	<b>359</b>	
		néant*	22	

\* le 2<sup>ème</sup> lecteur n'a pas complété l'item.

# Concordance dans l'évaluation de la densité mammaire entre L1 et L2

## Mauvaise concordance

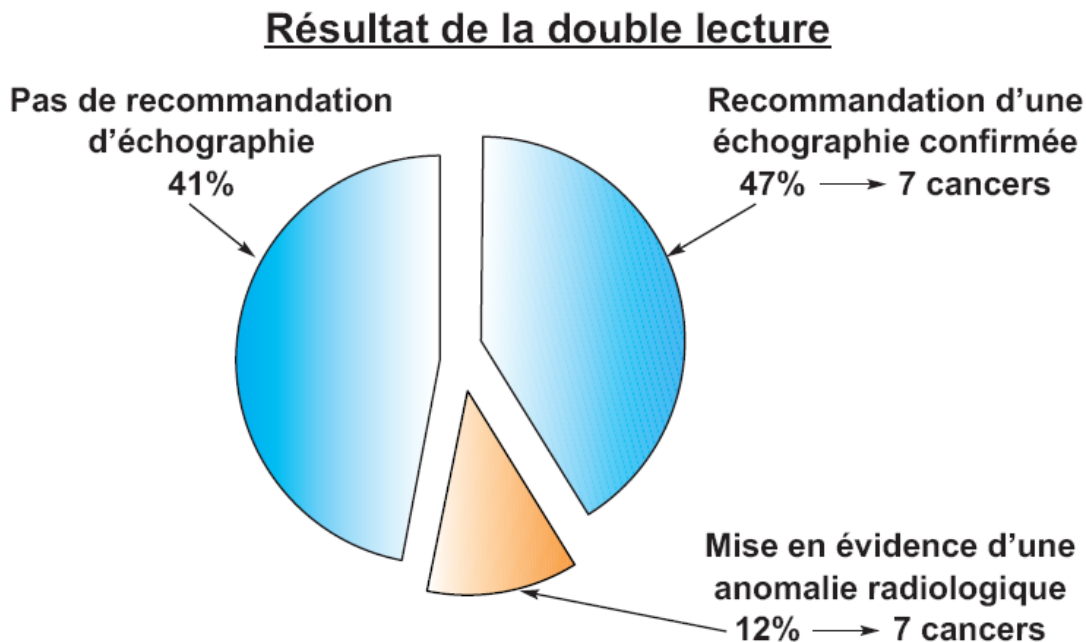
pour la classe BI-RADS 3: 47% et

pour la classe BI-RADS 4: 33%

En conséquence,  
réaliser, avant la double lecture, une « échographie en raison de la densité mammaire » **ne semble pas légitime.**

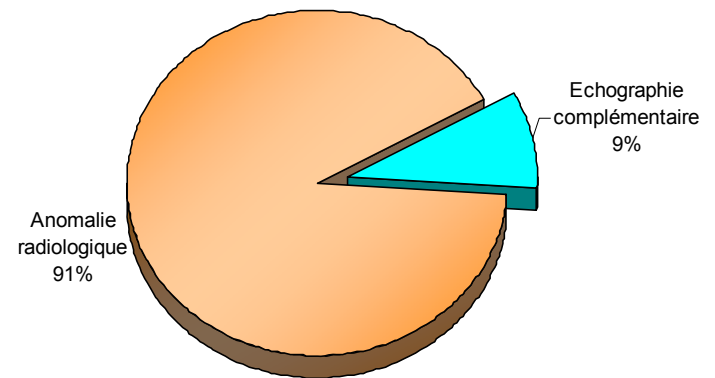
# Recommandation d'échographie en raison de la densité mammaire par L1 (n = 2 190)

La recommandation d'une échographie en raison de la densité mammaire n'est confirmée que dans **un cas sur deux**.

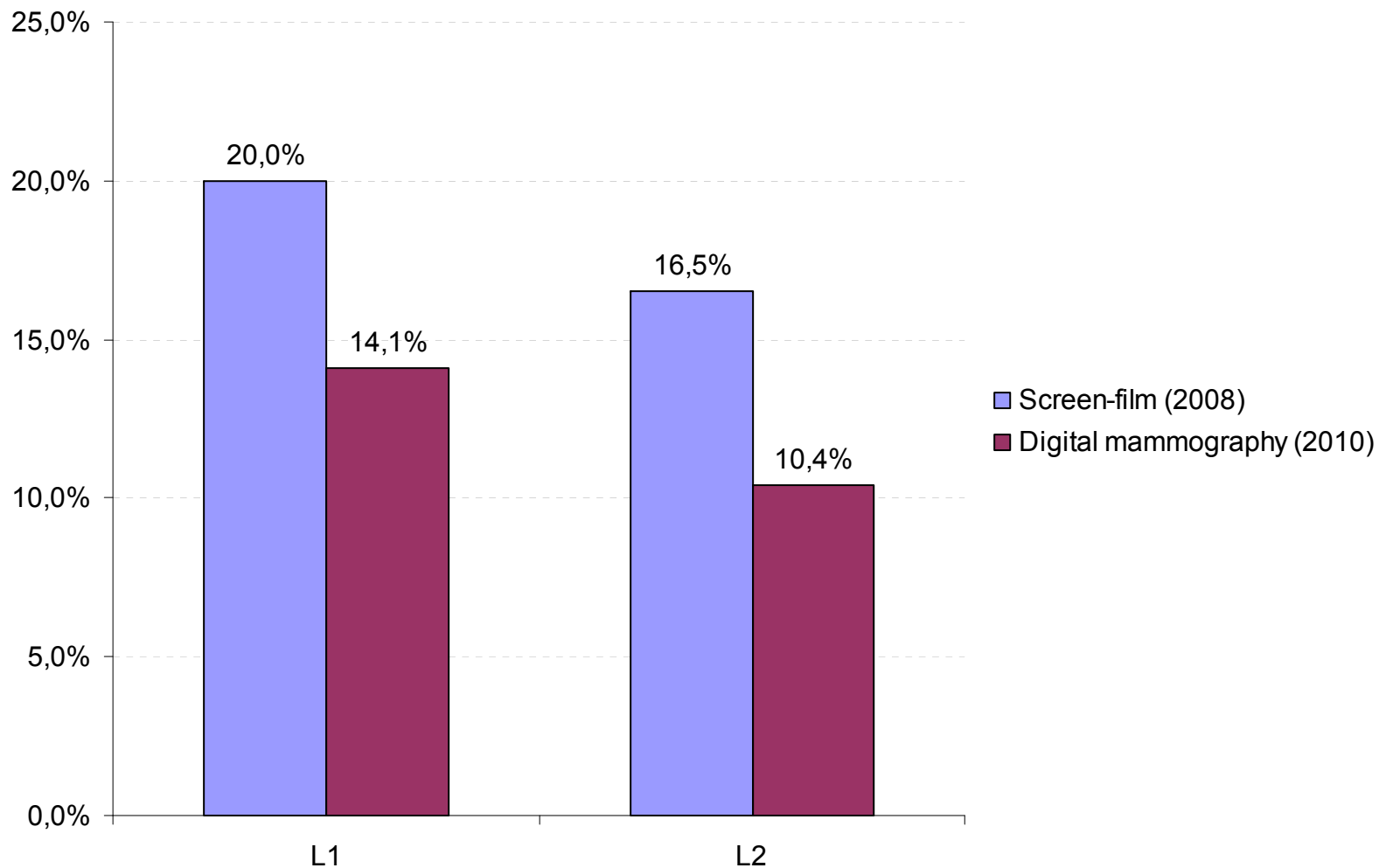


# Seins « denses » et détection de cancer (n=105)

Une densité mammaire « élevée » n'empêche pas de voir un cancer à la mammographie: plus de **90%** des cancers détectés dans les seins denses ont été identifiés par une **anomalie radiologique**.



# Breast density BI RADS 3-4



# Numérisation et évolution de l'évaluation de la densité mammaire

Femmes ayant eu un MMT analogique en 2008 et numérique en 2010		Dense hétérogène	Très dense	Total
		2008 ANALOGIQUE	L1	18,5%
	L2	14,7%	1,8%	<b>16,5%</b> ↓
2010 NUMERIQUE	L1	13,3%	0,8%	<b>14,1%</b> ↓
	L2	9,9%	0,5%	<b>10,4%</b>



# Echographie et dépistage

---

L'échographie détecte **peu de cancers du sein supplémentaires** et est souvent à l'origine de 'fausses alertes' entraînant une anxiété inutile et des examens supplémentaires tels que des biopsies et ponctions.

Par conséquent, le KCE recommande **de ne pas associer systématiquement une échographie à la mammographie** lors d'un dépistage du cancer du sein.

*KCE Report 172B*

# Echographie et seins denses

---

Sur base des données disponibles,

- il n'est **pas recommandé** d'utiliser l'échographie comme examen de dépistage chez les femmes dont le tissu mammaire est **dense**.
- le dépistage par échographie chez les femmes à **très forte densité mammaire (BIRADS 4)** n'est **pas recommandé en dehors du cadre des études cliniques**.

*KCE Report 172B*

**Dépistage organisé  
versus  
dépistage individuel**

	Mammotest	Dépistage individuel
- Age	50-69	Tous
- Intervalle	2 ans	Libre
- Unité agréée	Obligatoire	Pas obligatoire
- Contrôle qualité	Obligatoire	Pas obligatoire
- Double lecture indépendante (DL)	Obligatoire	Pas obligatoire
- Présence du radiologue	Pas obligatoire	Obligatoire
- Prescription	Ou invitation	Obligatoire
- Ex. clinique	Après DL si nécessaire	Oui
- Echo	Après DL si nécessaire	Souvent
- Gratuit	Oui	Non -Ticket modérateur
-Résultat au médecin	5 à 8 jours	Dépend des unités
-Evaluation	Oui	Non

# Faux - Vrai

*Les faux-positifs sont plus fréquents dans le Mammotest que dans le dépistage individuel.*

.....

Les examens complémentaires à la mammographie sont beaucoup moins fréquents dans le Mammotest que dans le dépistage individuel

échographie:	4,3%	versus	85%
ponction/biopsie:	0,9%	versus	3,5%

Données pour l'ensemble de la Belgique

Rapport n° 7 de l'AIM. [www.nic-ima.be](http://www.nic-ima.be)

## *Faux* - Vrai

*Dans le dépistage par Mammotest, il y a plus de cancers « ratés » que dans le dépistage individuel.*

.....

L'efficacité du dépistage individuel n'a jamais été évaluée.

Par contre, la double lecture « indépendante » du Mammotest a « récupéré » 1 cancer/10.

# Recommandation

---

« Toute mammographie de dépistage doit répondre aux exigences européennes en matière de qualité et doit être protocolée par deux lecteurs indépendants.

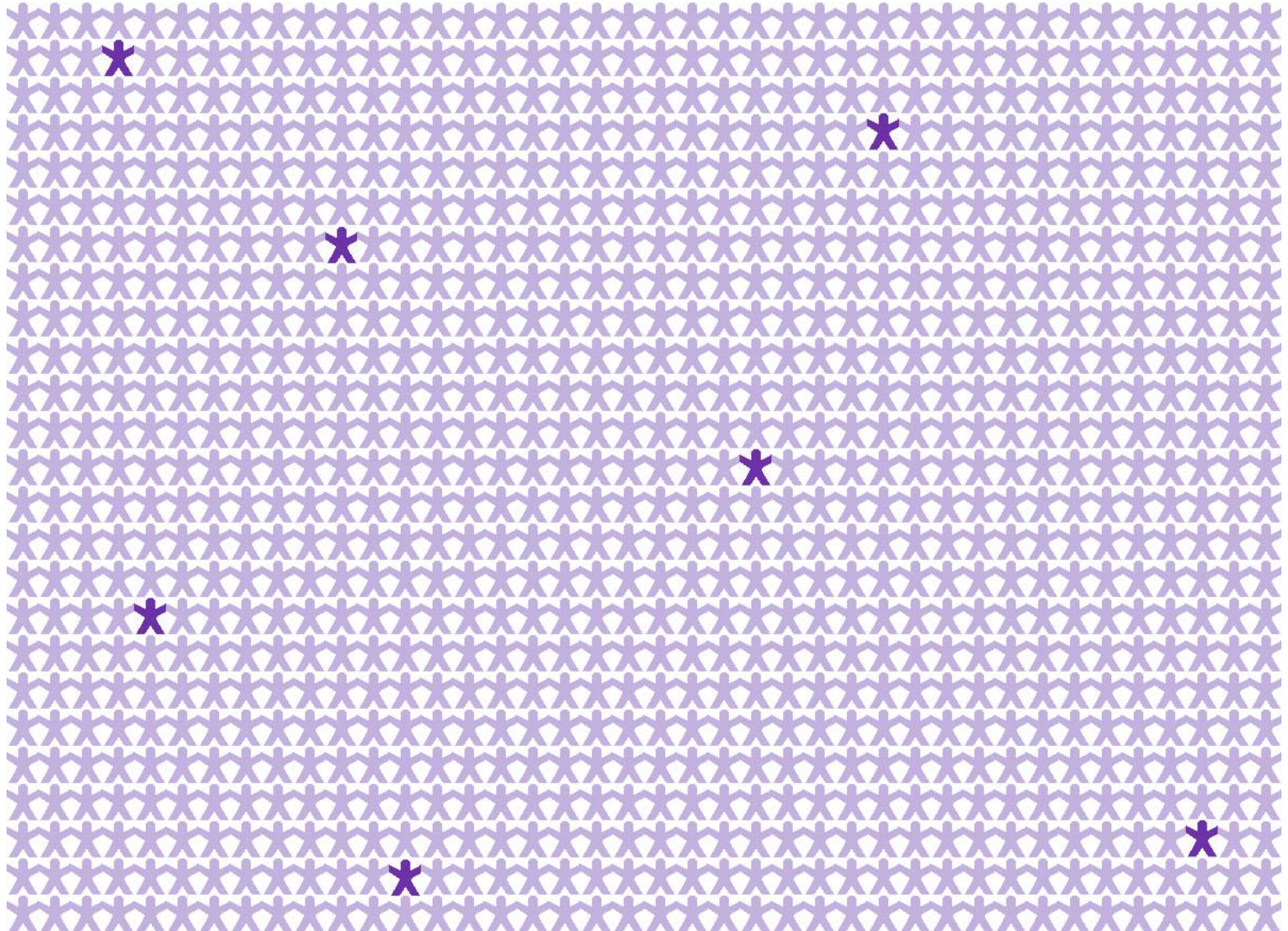
En cas de divergence d'interprétation, la décision finale sera prise sur la base d'un consensus ou d'un arbitrage. »  
*(forte recommandation, niveau de preuve élevé).*

*KCE Report 172B*

« Primum non nocere »



Chaque année, 6 à 8 femmes/1000 sont atteintes d'un cancer du sein



# Défi: sécurité et bien-être

---

Réduire au minimum le risque que

*les 992 à 994 femmes /1000*

*qui ne sont pas atteintes d'un cancer du sein,*

soient soumises à des examens complémentaires,  
source de stress,

sans toutefois prendre le risque de ne pas reconnaître  
certains cancers.

# Le Mammotest

rencontre ces recommandations:

→ les examens complémentaires à la mammographie sont **beaucoup moins fréquents** dans le Mammotest que dans le dépistage individuel.

	↕		↕
échographie:	<u>4,3%</u>	versus	<u>85%</u>
ponction/biopsie:	<u>0,9%</u>	versus	<u>3,5%</u>

→ 10% de cancers supplémentaires ont été « récupérés » par la double lecture.

*Rapport n° 7 de l'AIM. [www.nic-ima.be](http://www.nic-ima.be)*

# Le dépistage individuel

---

n'offre pas les garanties d'accessibilité et de qualité du dépistage organisé et a en outre un coût supplémentaire important pour la société.

*Rapport n° 6 AIM - [www.nic-ima.be](http://www.nic-ima.be)*

# Pour tous les groupes à risque

---

La Mammographie doit être réalisée

- selon les **critères européens** en matière de qualité.
- protocolée par deux lecteurs **indépendants**.

= LE MAMMOTEST

Le recours à **l'échographie** n'est **pas recommandé** car il ne permet de dépister que peu de cas en plus et le nombre **d'examens supplémentaires** et de **faux positifs** est **trop élevé**.

# Pour les groupes à risque fortement accru

< 1% de la population

- détermination individuelle du risque par une anamnèse familiale approfondie et éventuellement l'application d'une échelle informatisée validée\* (modèle de Gail ou de Tirer-Cuzick).
- éventuellement tests génétiques.
- concertation sur la stratégie de dépistage.

\* doit être réalisé par des professionnels qui ont suffisamment d'expertise dans ce domaine et être accompagnée de conseils détaillés.

# Privilégier le Mammotest

Permet de

- ✓ Assurer à chaque femme un dépistage dont la qualité est contrôlée et dont les effets sont évalués,
- ✓ Eviter des examens complémentaires non justifiés,
- ✓ Réduire les coûts liés aux examens non justifiés,
- ✓ Libérer des espaces de rendez-vous dans les unités de mammographie,
- ✓ Laisser aux radiologues et aux sénologues plus de temps pour offrir leur expertise et leur écoute aux femmes qui ont besoin d'une prise en charge diagnostique,
- ✓ Faciliter la communication avec les femmes et les professionnels de santé.



[www.cancerintestin.be](http://www.cancerintestin.be)  
[colorectal@ccref.org](mailto:colorectal@ccref.org)



# Cancer colorectal

## maladie fréquente

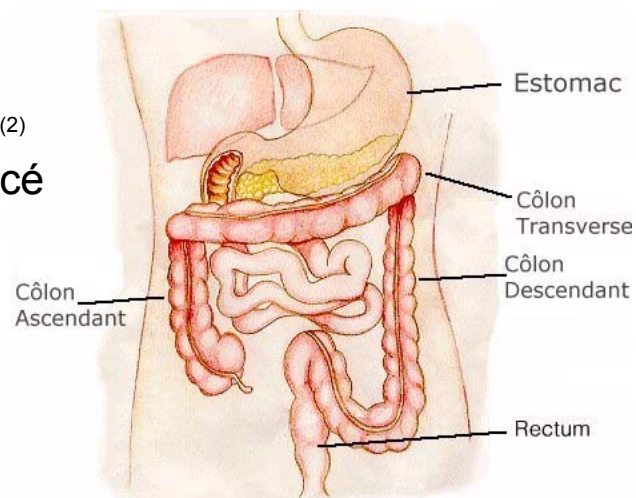
8704 nouveaux cas en 2010<sup>(1)</sup> en Belgique  
Incidence 42/100 000 à 58/100 000 selon régions<sup>(1)</sup>  
cancer digestif le plus fréquent  
3<sup>ème</sup> cancer chez l'homme, 2<sup>ème</sup> chez la femme  
13 % de tous les cancers en Belgique

## maladie grave

mortalité élevée  
seconde cause de décès par cancer  
11,3 % des décès par cancer en 2008<sup>(2)</sup>  
souvent diagnostiqué à un stade avancé

## maladie curable

détection de cancers à stade précoce  
résection endoscopique d'adénomes



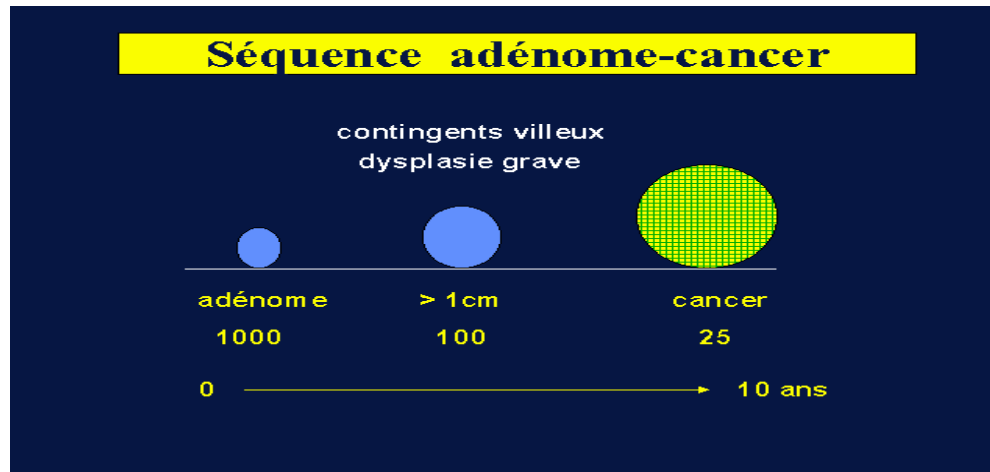
(1) Registre du cancer – 2010

(2) certificats de décès qui ont eu lieu en Wallonie

# Cancer colorectal - objectif

## Réduire la mortalité liée au cancer colorectal

- en détectant le plus tôt possible des lésions cancéreuses débutantes
- en détectant + résection endoscopique de polypes adénomateux (adénomes)



# Cancer colorectal - méthode

## **test de recherche de sang occulte dans les selles** (gFOBT<sup>(1)</sup>)

personnes à **risque moyen** de la population générale,  
suivi d'une coloscopie totale si le test est positif

## **coloscopie d'emblée**

personnes à **risque élevé**

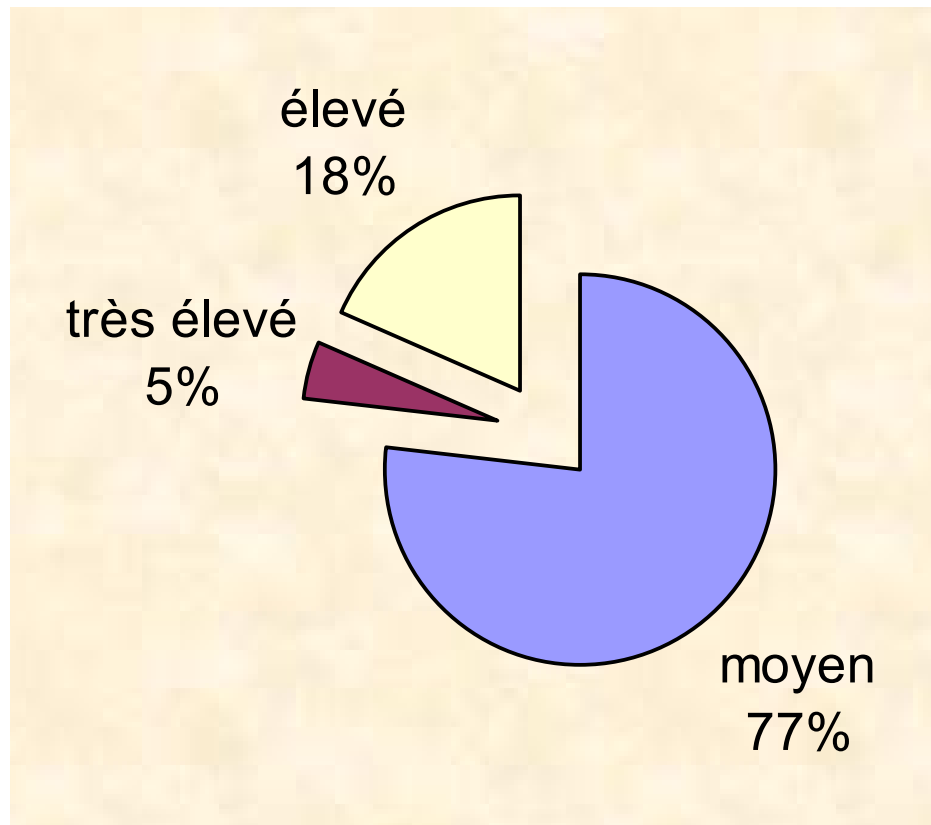
- antécédents personnels ou familiaux d'adénomes ou de cancers colorectaux
- maladie inflammatoire de l'intestin (rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Crohn)

personnes à **risque très élevé**

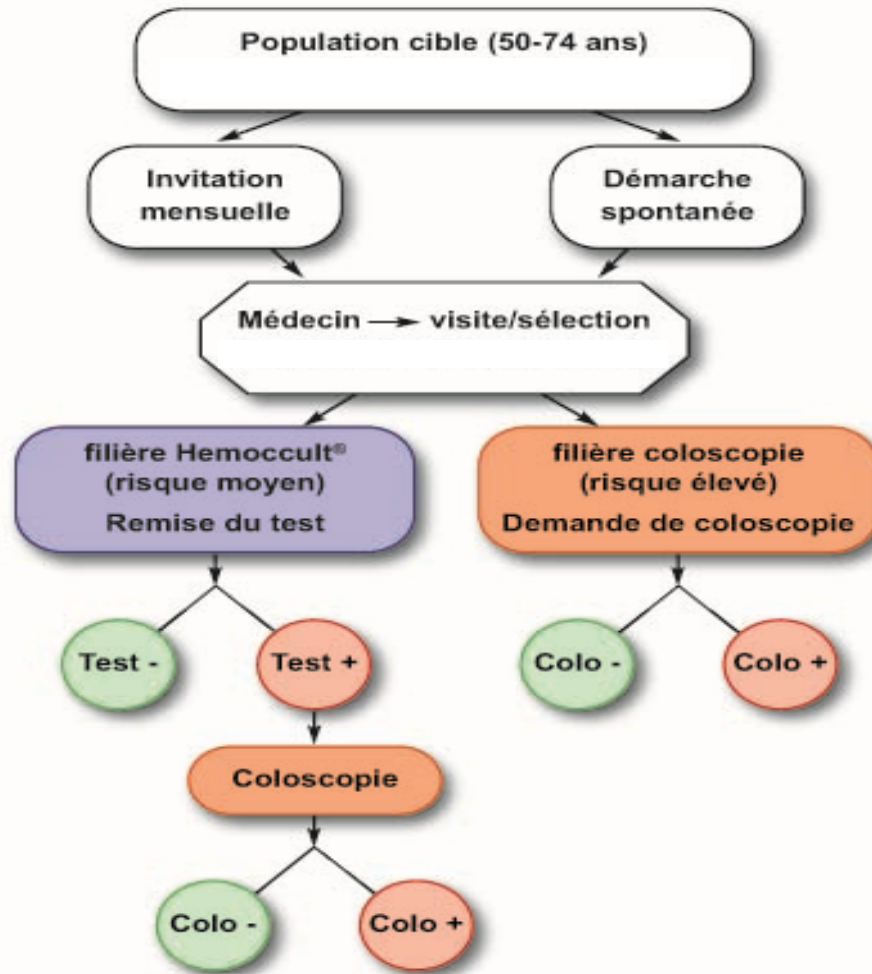
- syndrome de LYNCH ou HNPCC
- Polypose Adénomateuse Familiale

(1) gFOBT : guaiac Fecal Occult Blood Test – test au gaïac de recherche de sang occulte qui met en évidence l'activité peroxydasique de l'hème de l'hémoglobine et de ses métabolites

# Répartition des cancers colorectaux en fonction du risque



# Fonctionnement du Programme



# Fonctionnement du Programme

Population cible :  $\pm$  1 150 000 personnes

hommes et femmes

50 à 74 ans

Région wallonne ■

Région Bruxelles-Capitale ■



## Invitation tous les 2 ans

mois anniversaire

année paire si jour de naissance impair

année impaire si jour de naissance pair

OU 2 ans après le test négatif précédent



## Démarche spontanée

à l'initiative de la personne

à l'initiative du médecin

# Filière Hemoccult®

- toute personne de 50 ans à 74 ans
  - asymptomatique
  - sans antécédents familiaux
  - sans antécédents personnels
- 1x /2ans, 3 selles consécutives
- acceptable, simple, sans danger
- coloscopie totale si le test est positif (~3%)

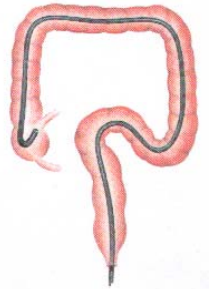


## Test Hemoccult®

- seul test ayant fait l'objet d'études randomisées qui ont démontré son efficacité dans des programmes de dépistage organisés.
- sensibilité : 50% pour la détection d'un cancer colorectal, 30% pour celle des gros adénomes.
- spécificité : 98%.
- valeur prédictive positive : 40 % (10 % cancer et 30 % adénomes).

# Filière coloscopie

- risque élevé
  - antécédents personnels ou familiaux d'adénomes ou de cancers colorectaux
  - maladie inflammatoire de l'intestin  
(rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Crohn)
  
- risque très élevé
  - syndrome de LYNCH ou HNPCC
  - Polypose Adénomateuse Familiale
  
- symptômes digestifs  
(rectorragies, modification du transit, diarrhées, douleurs abdominales, anémie, perte pondérale...)





# Evaluation

1<sup>er</sup> mars 2009 au 28 février 2011



Population invitée : 1 141 565 personnes

Région wallonne : 899 706

Région Bruxelles-Capitale : 241 859

Examens enregistrés : 81 795

- Suite à l'invitation : 42 055
- Démarche spontanée : 39 740
  
- Tests Hemocult® : 77 684
  - tests négatifs : 95,9 %
  - tests positifs : 3,0 %
  - tests ininterprétables : 1,1 %
- Coloscopies d'emblée : 4 111
- Hors critères d'âge : 3 043

Médecins participants : 5 459

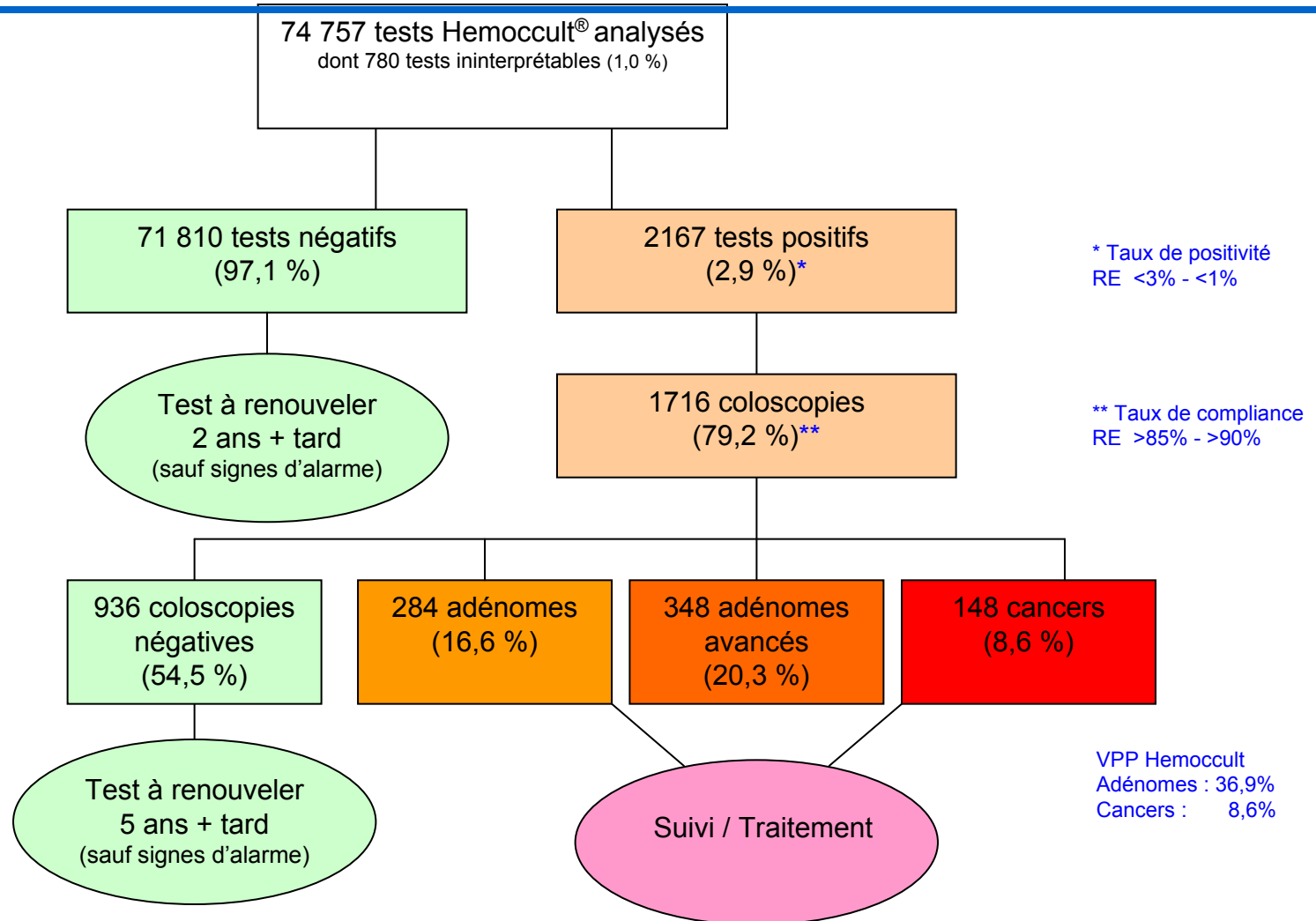
5107 MG, 164 GE, 188 ?



# Evaluation

1<sup>er</sup> mars 2009 au 28 février 2011

50 à 74 ans

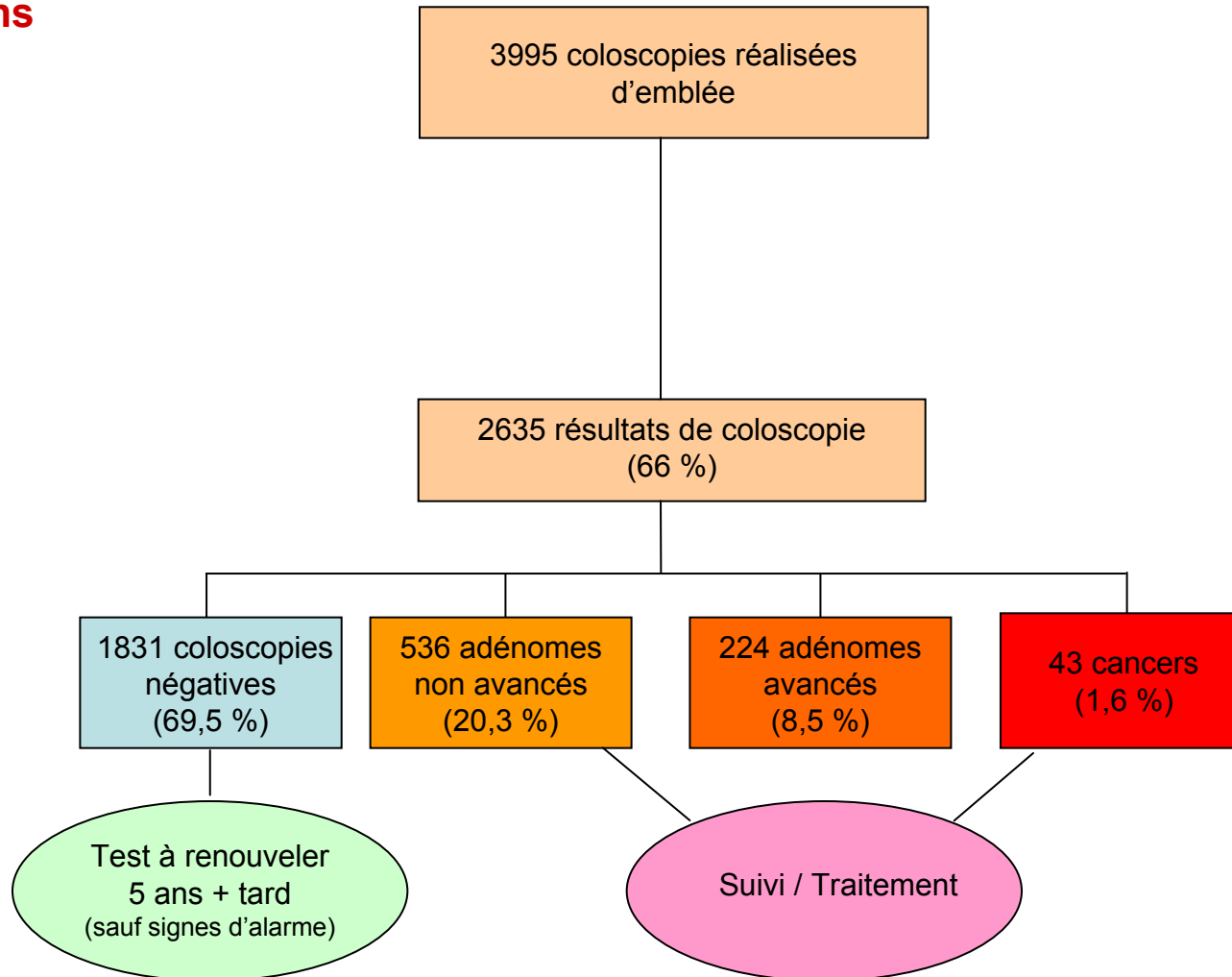


Adénome avancé = adénomes de plus d'un cm, ou contingent vilieux, ou dysplasie de haut grade

# Evaluation

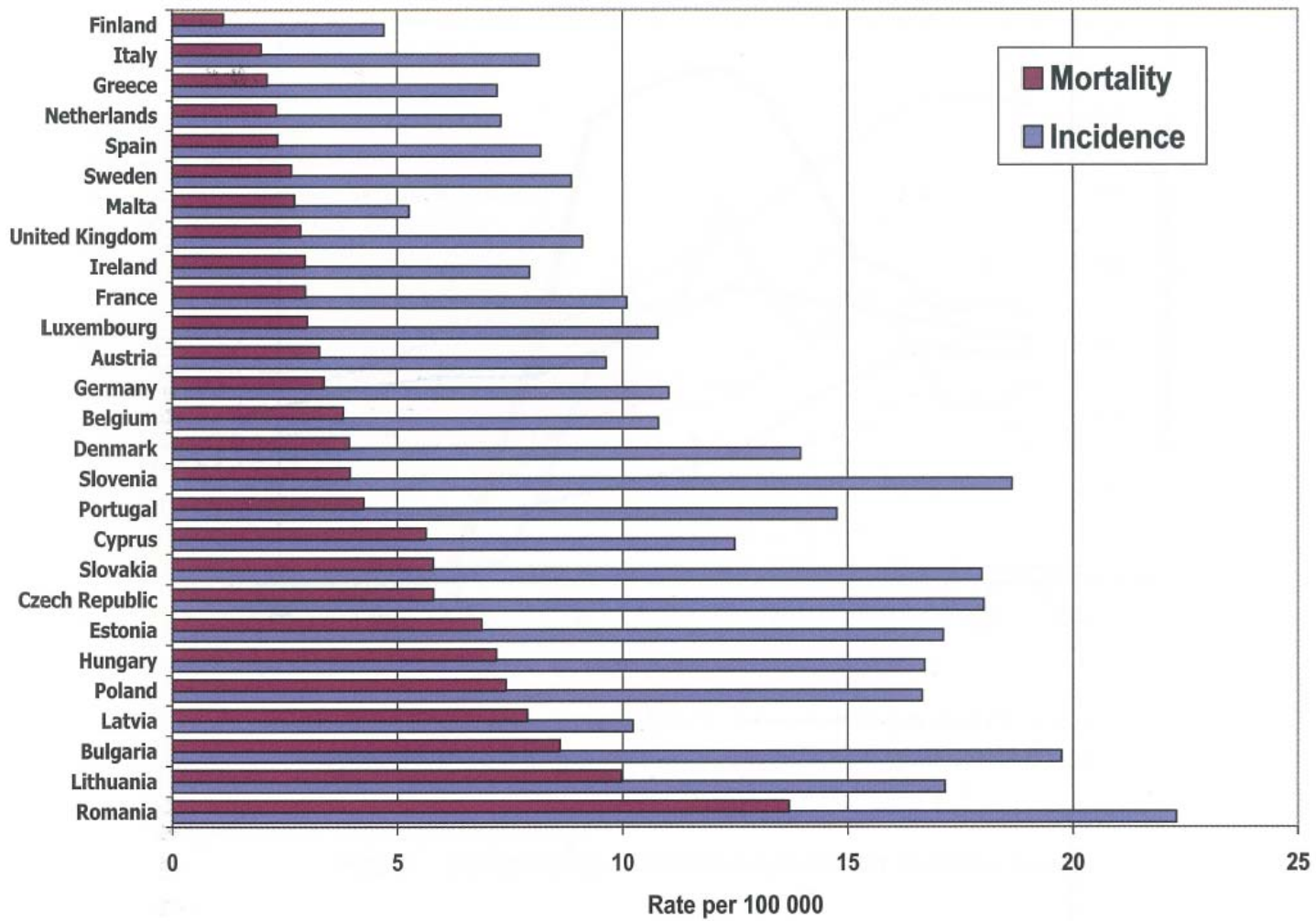
1<sup>er</sup> mars 2009 au 28 février 2011

50 à 74 ans



# Cancer du col de l'utérus

# Cancer du col de l'utérus



# Evolution lésions du col

Severity of the lesion	Regression	Persistence	Progression to CIN3	Progression to invasive cancer
CIN1	60%	30%	10%	<u>1%</u>
CIN2	40%	40%	20%	5%
CIN3	33%	< 55%	--	<u>&gt; 12%</u>

Ostor A.G. (1993) - *Int. J. Gynecol. Pathol.* 12 : 186-192

# Dépistage cancer du col

Screening frequency	Age group	Reduction in cumulative incidence (%)	Numbers of smears per women
Every year	20-64	93	45
<u>Every 3 years</u>	25-64	<u>91</u>	15
Every 5 years	20-64	84	9

*IARC Working Group on Cervical Cancer Screening - IARC Scientific Publications n°76 :133-142 - 1986*

☰ CCR asbl  
Rue André Dumont 5 (AxisParc)  
B-1435 Mont-Saint-Guibert

@ ccref@ccref.org

☎ +32 (0)10 23 82 70

📠 +32 (0)10 45 67 95

Dépistage du cancer du sein :

web [www.lemammotest.be](http://www.lemammotest.be)

@ [mammotest@ccref.org](mailto:mammotest@ccref.org)

☎ +32 (0)10 23 82 71



Dépistage du cancer colorectal :

web [www.cancerintestin.be](http://www.cancerintestin.be)

@ [colorectal@ccref.org](mailto:colorectal@ccref.org)

☎ +32 (0)10 23 82 72

