Dépistage du cancer du sein, le modèle de prévention contre dit par les faits

SFTG 27/04/2012 *Drs Duperray / Junod (aucun conflit d'intérêt)*

Modèle théorique justifiant le dépistage : la taille de l'image au moment du diagnostic conditionne le pronostic.

petit = diagnostic précoce = curable.

Sans traitement, la progression de la maladie est inéluctable dans le temps.

cellule atypique > carcinome in situ > cancer invasif > métastases > décès par cancer.

Mais, cette apparence ne correspond pas à la réalité, la clinique comme les résultats épidémiologiques contredisent ce qui paraissait être l'évidence et expliquent l'échec du dépistage.

le diagnostic « précoce » aujourd'hui est un mythe qui reflète la conception erronée de l'histoire naturelle de la maladie cancéreuse

A partir de quand est-on malade ?
Qu'est – ce qu'un cancer ?

- Une maladie mortelle qui finit par tout envahir ?

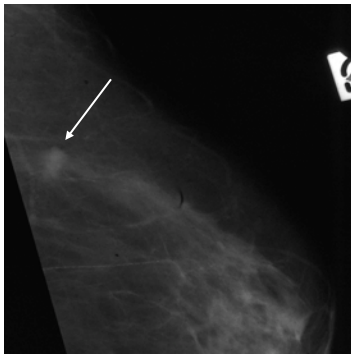
- Ou bien une anomalie cellulaire repérée au microscope à un moment T, sans préjuger de son devenir ?

Le cancer : une image ?

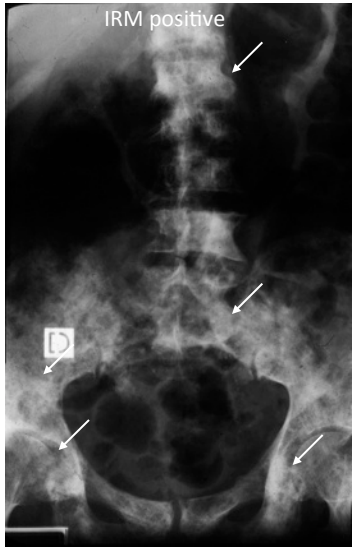
La mammographie de dépistage est vue comme le marqueur du développement tumoral à un moment t d'une histoire naturelle perçue comme **linéaire** dans le temps.
Or, les observations cliniques sont en contradiction avec ce modèle.
L'image mammographique n'est pas un bon marqueur du temps.

En effet :

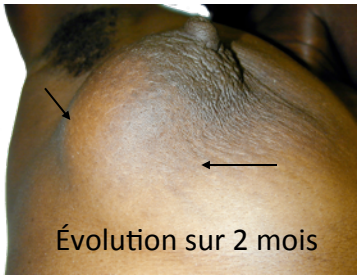
Petit n'est pas synonyme de diagnostic précoce.

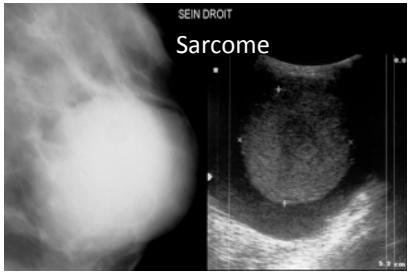


Petit et mauvais pronostic



Petit ne signifie pas obligatoirement bon pronostic.



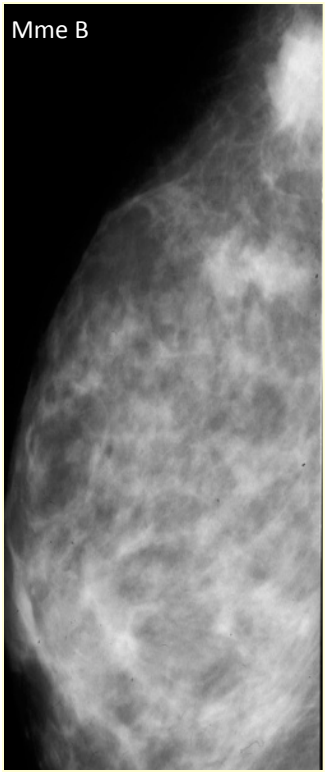


Volumineux n'exclut pas un diagnostic précoce.

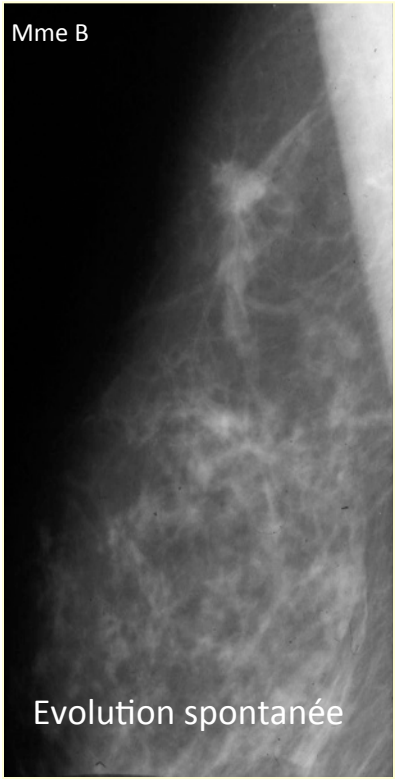
Volumineux n'exclut pas un bon pronostic

Gros et bon pronostic

Des images de cancers régressent spontanément ou fluctuent dans le temps



mars 1987



octobre 1988

octobre 1989

janvier 1998

Institut de santé publique d'Oslo :

- 119 472 femmes dépistées tous les 2 ans par mammographie
- 109 472 femmes dépistées une seule fois au bout de 6 ans

Les deux groupes ont les mêmes facteurs de risque.

Le taux cumulé de cancers est de 22 % plus élevé dans le groupe dépisté tous les deux ans.

« The natural history of invasive breast cancers detected by screening mammography », *Archives of Internal Medicine*, 24/11/08

Cela suggère que le dépistage révèle des cancers dont l'imagerie aurait spontanément régressé.

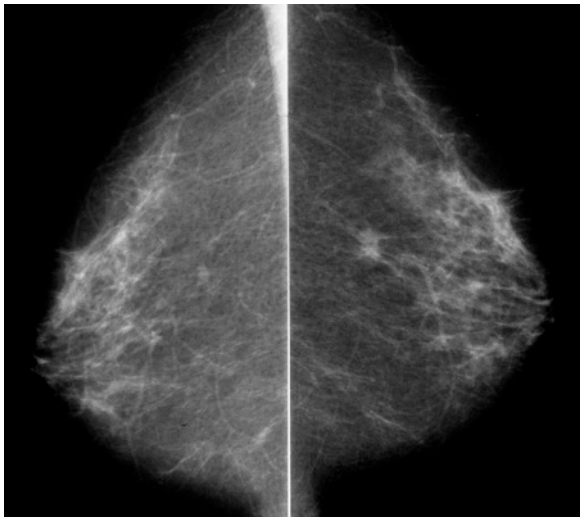
On postulait en 1987 (SFS Tours), pour justifier le dépistage, l'existence d'une *"phase suffisamment longue durant laquelle il est possible de guérir la maladie."*
"7 à 8 ans pour passer de la première cellule maligne à une tumeur de 5 mm "

Or, en 40 ans, sous la pression des constatations cliniques, le délai entre deux dépistages n'a cessé de diminuer : de 5 ans à 3 ans puis 2 ans en France et 1 an aux USA.

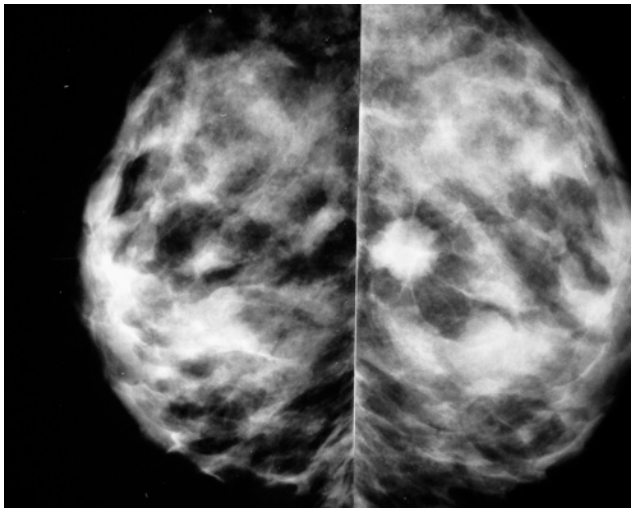
Même avec un dépistage annuel, 25 % des cancers diagnostiqués restent des cancers de l'intervalle.

P. Autier « Nous avons étudié l'incidence des *formes avancées de cancer du sein* dans les registres de 15 pays et celle-ci *ne diminue pas dans ceux pratiquant le dépistage*. C'est le cas aux Pays-Bas qui fait beaucoup de dépistage depuis 1989.

De façon surprenante, **les cancers avancés et très avancés ne reculent pas** ! »



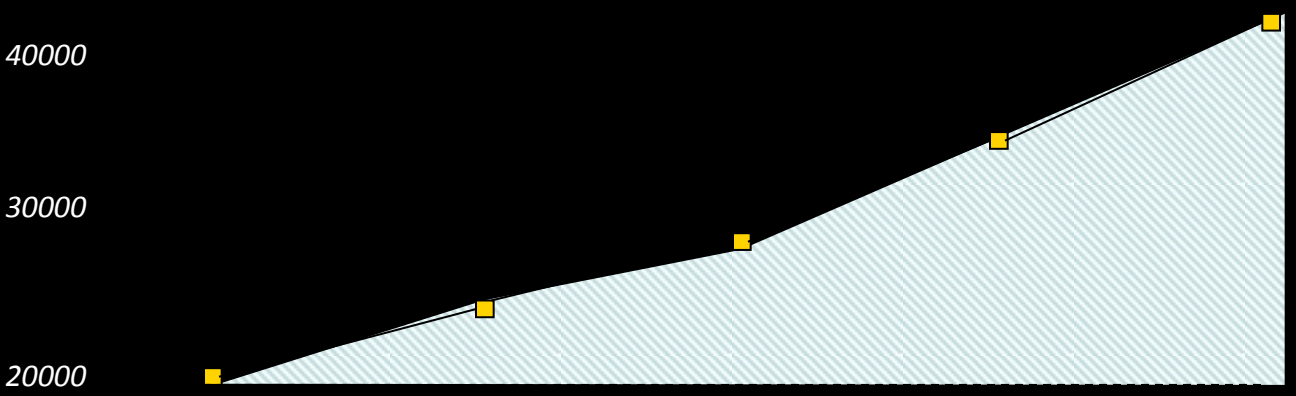
Mammographies réalisées à **moins d'un an d'intervalle**



Nombre de cas ou décès par an

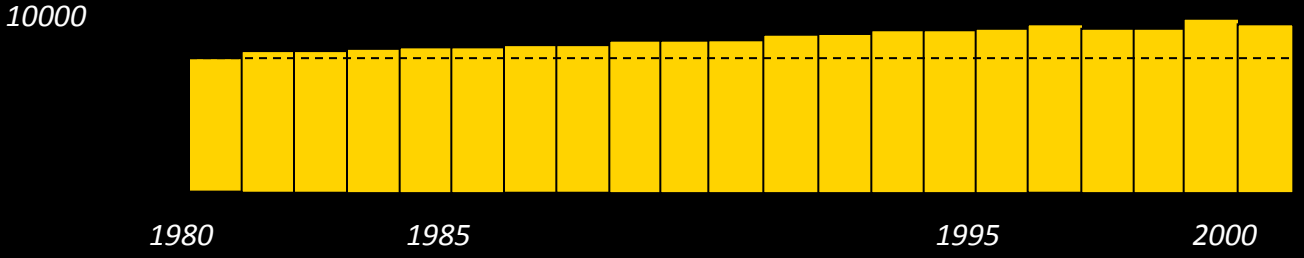
2005 : 49 814

Diagnostics par année



20634 cas annuels de plus en 2000 qu'en 1980

Décès par année



2588 décès de plus en 2000 qu'en 1980

350 000 mammo en 1982
308 mammographes 1980

1 900 000 en 1989

3 millions en 2000
2511 mammographes en 2000

Source des nombres de diagnostics : Remontet et al 2003 - Source des nombres de décès : CépiDC – INSERM 2004

L'épidémie apparente est essentiellement en rapport avec le surdiagnostic :

Le surdiagnostic est le diagnostic histologique d'une "maladie" qui, si elle était restée inconnue, n'aurait jamais entraîné d'inconvénients durant la vie de la patiente.

Le cancer surdiagnostiqué est un vrai cancer au regard de notre définition du cancer basée uniquement sur l'histologie, mais son évolution est atypique ou occulte par rapport au schéma attendu.

Problème :

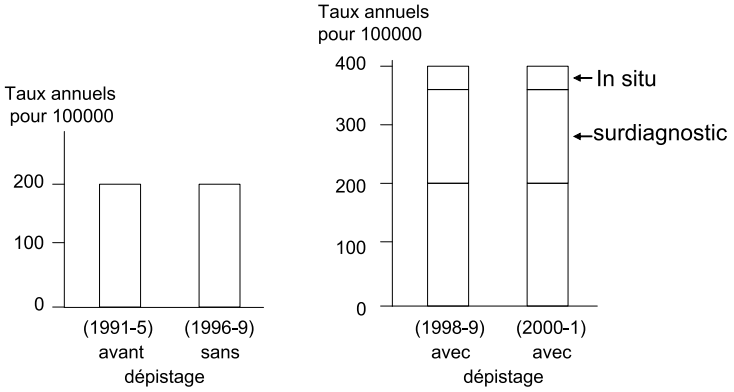
Le surdiagnostic n'est identifiable ni par le soignant ni par l'anatomopathologiste ni par la patiente. Pour eux, il n'y a que des diagnostics.

Sa réalité est mise en lumière par l'épidémiologie en comparant des populations soumises à un dépistage d'intensité variable.

Certains disent : peu importe le surdiagnostic ! Grâce au dépistage, on va traiter toutes les femmes plus « précocement », dont celles qui ont un cancer grave.

Surdiagnostic dans le programme de dépistage norvégien du cancer du sein

Per H. Zahl, Jan Maehlen – Frontiers in Cancer Prevention Research (2004)



Mais des études récentes confirment **l'absence de lien** entre l'activité mammographique et la baisse de mortalité par cancer du sein :

- Norvège (Kalager, NEJM 2010) régions avec / sans dépistage
- Danemark (Jorgensen, BMJ 2010) régions avec / sans dépistage
- Europe (Autier, BMJ 2011) trois paires de pays avec / sans dépistage
- France (Junod, BMC Cancer 2011) avant / après dépistage

- La France, où l'on fait proportionnellement 4 fois plus de mammographies qu'en Angleterre, obtient un résultat sur la baisse de mortalité par cancer du sein bien moins bon et l'un des plus mauvais avec la Suède en Europe occidentale.

Depuis 2000, Il n'y a plus aucune preuve scientifique sure pour affirmer l'efficacité du dépistage, par contre ses effets délétères sont bien présents

- **Surdiagnostic**
- **Surtraitement**
- **Irradiation intempestive sans contre partie positive**
- **Anxiété**
- **Désinformation par démagogie pour justifier une activité de santé publique sans résultat positif.**

Le surdiagnostic est la conséquence la plus perverse du dépistage.

Il explique les contradictions entre le succès apparent du dépistage et des traitements et l'absence de réduction significative de mortalité en population

le surdiagnostic est un **produit direct de l'activité humaine**.

La spécificité du dépistage de masse organisé est le paradoxe suivant :

plus il s'améliore techniquement (et on ne cesse de l'améliorer), ***plus il devient pervers***.

Le surtraitement

- En 50 ans, nous sommes passés, au moment du diagnostic, **“de la prune au noyau”**

Paradoxalement, l’agressivité thérapeutique n’a pas cessé d’augmenter.

- En France, le nombre de mastectomies totales a augmenté de 4 % entre 2006 et 2009

- « En une vingtaine d’années, le pourcentage de malades soumis à la chimiothérapie est passé de 20 % à environ 80 % »

M. Spielmann et coll, « Cinétique de prolifération tumorale et efficacité de la chimiothérapie adjuvante » Cancer du sein, SpringerLink ; 2006

Plus une lésion est **petite** au moment de son diagnostic, plus la **probabilité de surdiagnostic** est **importante**, ce qui contribue à renforcer l'idée reçue que plus une lésion est petite, meilleur est son pronostic, alors que cela ne change en rien la mortalité en population.

La surconsommation médicale en cancérologie est éthiquement inacceptable, à cause de la nature des traitements.

Il est impératif de **redéfinir la maladie cancéreuse** en tenant compte des faits cliniques et épidémiologiques observés allant tous dans le même sens depuis plus de vingt ans.