



HAL
open science

Étude descriptive des circonstances diagnostiques du cancer du sein chez la femme de moins de 50 ans et place de l'autopalpation mammaire dans cette population

Elisa Dufrois

► To cite this version:

Elisa Dufrois. Étude descriptive des circonstances diagnostiques du cancer du sein chez la femme de moins de 50 ans et place de l'autopalpation mammaire dans cette population . Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01804050

HAL Id: dumas-01804050

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01804050>

Submitted on 31 May 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2018

N° 59

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Elisa DUFROIS
Née le 26 mars 1986 à Paris

Le 3 mai 2018

Etude descriptive des circonstances diagnostiques du cancer du sein chez la femme de moins de 50 ans et place de l'autopalpation mammaire dans cette population

Directeur de thèse

Madame le Docteur Gaëlle DE FUSTER

Jury

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, Président du jury

Monsieur le Professeur Ivan KRAKOWSKI, Membre du jury

Madame le Docteur Marie-Noëlle FABRY, Membre du jury

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL, Rapporteur et Membre du jury

Madame le Docteur Gaëlle DE FUSTER, Directeur et Membre du jury

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Médecin généraliste, professeur à l'Université de Bordeaux, Directeur du Département de Médecine Générale, Coordonnateur du DES de Médecine Générale.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, je vous en suis très reconnaissante.

Veillez accepter mes sincères remerciements et l'assurance de ma haute considération.

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL,

Médecin généraliste, Maître de conférence associée au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Vous avez accepté tout de suite d'être rapporteur de ce travail et m'avez conseillée dès les premières démarches de façon précise. Je vous remercie pour vos conseils et votre disponibilité.

Veillez accepter mes sincères remerciements et l'assurance de ma haute considération.

Monsieur le Professeur Ivan KRAKOWSKI,

Professeur associé à la faculté de Nancy, Oncologue médical et médecin de la douleur, Coordonnateur du Département de Soins Oncologiques de Support – CARE, Bergonié, Président et Fondateur de l'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support, Ancien Président du Réseau lorrain de cancérologie ONCOLOR, Ancien Président de la Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur – SFETD.

Vous avez accepté de juger ce travail et je vous en suis très reconnaissante.

Veillez accepter mes sincères remerciements et l'assurance de ma haute considération.

Madame le Docteur Marie-Noëlle FABRY,

Sénologue, Médecin de centre de lutte contre le cancer à l'Institut Bergonié.

Tu as accepté de juger ce travail et je t'en suis très reconnaissante.

Accepte mes sincères remerciements et l'assurance de ma haute considération.

À ma directrice, Madame le Docteur Gaëlle DE FUSTER,

Médecin généraliste, Praticien de centre à l'Institut Bergonié,

Tu as accepté de diriger ce travail et m'a aidée dans toutes les étapes de ce long processus. Merci pour ta patience et ta compréhension.

Accepte mes sincères remerciements, l'assurance de ma haute considération et toute mon amitié.

Aux personnes qui ont permis l'aboutissement de ce travail,

Stéphanie HOPPE et Véronique BROUSTE du Pôle de Biostatistiques de l'Institut Bergonié. Merci pour votre disponibilité et votre patience devant mes questions de novice en statistiques.

Aux médecins qui m'ont formée, qui m'ont tant apporté et dont certains sont devenus des amis, Manuel, Alexandra, Auriane, Dimitri, Emilie, et j'en oublie ;

Au personnel des services hospitaliers au sein desquels j'ai travaillé ;

Au Docteur Catherine REYNES, probablement à l'origine de ma vocation, merci pour votre confiance.

Aux médecins que je remplace, merci de m'accorder votre confiance.

A mon groupe de pairs, merci pour tout ce que vous m'apportez et pour votre amitié.

À mes amis,

Les plus anciennes, Jennifer, Emilie et Elise, merci de m'avoir supportée tout au long de mes études, avant elles, et j'espère, longtemps après.

Les amis d'étude, toujours présents, et leurs valeurs ajoutées (conjointes et enfants), Stéphanie, Pauline, Lucile, Sophie, Dorian, Marion, Marie, Nathalie, Aurélie, Gaëlle et ceux que j'oublie, merci d'avoir partagé les moments de galère, et les grands moments de libération.

Les plus récents, Stéphane et Laetitia, Auriane et David, Elise et Brice, Ronan et Sophie, qui ont participé plus qu'ils ne le croient à cette thèse.

A tous ceux que j'oublie, merci pour votre soutien et pour tous les bons moments partagés, passés et à venir.

À ma famille,

A mes grands-parents, merci pour votre amour.

A Amatxi et Mamou, qui me manquent tant.

A Papa, sans qui cette thèse n'aurait probablement pas vu le jour, merci pour ton aide si précieuse, et merci d'être un super Papa et un Papi génial.

A Maman, je ne peux pas lister tout ce pourquoi je voudrais te remercier, alors merci d'être là, tout le temps, pour tout et pour nous tous.

A mon frère Antoine, à Léna, ma sœur de cœur, qui a tant fait pour ce travail et à la princesse Armance, je vous aime tant.

A JB, mon oncle et parrain, merci pour tes questions qui dérangent, ta constance, ton aide, ta présence ; merci de partager nos angoisses.

A ma belle-famille, Gilles et Joëlle, MJ et ses enfants, Séverin, si courageux, Marine et Benjamin, si vivants, Cyril et Clara (qu'on ne sait plus où placer), Thibaut, merci pour votre soutien et vos chansons.

A Bertrand, qui n'aime pas les effusions, alors merci pour ton soutien, ton amour et ... ta patience !

A mes enfants Pierre et Alexis, les mots ne suffisent pas pour vous dire à quel point je vous aime.

Table des matières

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Index des abréviations | 9 |
| 2 | Index des figures et tableaux | 11 |
| 3 | INTRODUCTION | 12 |
| 4 | LE CANCER DU SEIN : GENERALITES | 13 |
| 4.1 | Rappels anatomiques | 13 |
| 4.2 | Les différents types de cancers du sein..... | 14 |
| 4.2.1 | Les carcinomes in situ | 14 |
| 4.2.2 | Les carcinomes infiltrants..... | 14 |
| 4.3 | Epidémiologie | 15 |
| 4.3.1 | Les cancers dans le monde..... | 15 |
| 4.3.2 | Le cancer du sein dans le monde | 15 |
| 4.3.3 | Le cancer du sein en France | 17 |
| 4.3.4 | Spécificités chez la femme jeune | 19 |
| 4.3.5 | Pronostic du cancer du sein | 20 |
| 4.4 | Diagnostic | 20 |
| 4.4.1 | Signes cliniques | 20 |
| 4.4.2 | Circonstances diagnostiques..... | 21 |
| 4.4.3 | L'examen clinique..... | 22 |
| 4.4.4 | Les examens d'imagerie | 22 |
| 4.5 | Dépistage | 23 |
| 4.5.1 | Définitions | 23 |
| 4.5.2 | Historique | 23 |
| 4.5.3 | Modalités du dépistage en France : | 23 |
| 4.5.4 | Modalités du dépistage aux USA..... | 25 |
| 4.5.5 | Modalités de dépistage en Europe | 26 |
| 4.5.6 | Efficacité et limites du dépistage : | 26 |
| 4.5.7 | Pratique de la mammographie en-dehors du dépistage organisé | 28 |
| 4.5.8 | Les recommandations actuelles..... | 28 |
| 4.6 | L'autopalpation ou auto-examen des seins (AES)..... | 29 |
| 4.6.1 | Méthode..... | 29 |
| 4.6.2 | Intérêts et limites | 30 |
| 5 | MATERIEL ET METHODE..... | 32 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.1 | Objectifs de l'étude | 32 |
| 5.1.1 | Objectif principal | 32 |
| 5.1.2 | Objectifs secondaires | 32 |
| 5.2 | Schéma d'étude | 32 |
| 5.3 | Population étudiée | 32 |
| 5.3.1 | Critères d'inclusion..... | 32 |
| 5.3.2 | Critères de non-inclusion | 33 |
| 5.4 | Autorisations légales | 33 |
| 5.4.1 | Autorisation de début de travail | 33 |
| 5.4.2 | Autorisations auprès de la CNIL et du CPP..... | 33 |
| 5.5 | Recueil des données | 34 |
| 5.5.1 | Sélection des patientes | 34 |
| 5.5.2 | Réalisation du questionnaire..... | 34 |
| 5.5.3 | Modalités de contact des patientes..... | 35 |
| 5.6 | Traitement des données..... | 35 |
| 6 | RESULTATS..... | 36 |
| 6.1 | Population..... | 36 |
| 6.1.1 | Population totale..... | 36 |
| 6.1.2 | Caractéristiques de l'échantillon..... | 37 |
| 6.2 | Le suivi antérieur | 38 |
| 6.3 | Les circonstances de découverte..... | 38 |
| 6.3.1 | Mode de découverte | 38 |
| 6.3.2 | Symptômes initiaux..... | 39 |
| 6.3.3 | Réaction initiale..... | 39 |
| 6.4 | La prise en charge diagnostique | 39 |
| 6.4.1 | Consultation initiale | 39 |
| 6.4.2 | Examens complémentaires | 40 |
| 6.5 | Les caractéristiques des tumeurs | 41 |
| 6.5.1 | Stades des tumeurs | 41 |
| 6.5.2 | Tailles des tumeurs..... | 42 |
| 6.5.3 | Grades des tumeurs | 42 |
| 6.5.4 | Types de cancers | 42 |
| 6.5.5 | Caractéristiques moléculaires | 43 |

| | | |
|-------|--|----|
| 6.6 | L'autopalpation..... | 43 |
| 6.6.1 | Formation à l'autopalpation | 43 |
| 6.6.2 | Le mode de découverte..... | 44 |
| 6.6.3 | Profil des patientes pratiquant l'autopalpation..... | 44 |
| 6.6.4 | Le suivi antérieur | 46 |
| 6.6.5 | Les délais de consultation | 46 |
| 6.6.6 | Les caractéristiques des tumeurs..... | 47 |
| 6.6.7 | Les traitements..... | 48 |
| 7 | DISCUSSION | 49 |
| 7.1 | Justification du protocole | 49 |
| 7.1.1 | Type d'étude..... | 49 |
| 7.1.2 | Questionnaire..... | 49 |
| 7.1.3 | Recrutement..... | 50 |
| 7.1.4 | Intérêt en soins primaires | 50 |
| 7.2 | Limites et biais de l'étude..... | 50 |
| 7.3 | Comparaison des résultats avec la littérature..... | 51 |
| 7.3.1 | Echantillon | 51 |
| 7.3.2 | Suivi antérieur | 51 |
| 7.3.3 | Caractéristiques des tumeurs..... | 57 |
| 7.3.4 | L'autopalpation | 57 |
| 8 | CONCLUSION | 61 |
| 9 | REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 62 |
| 10 | Annexes | 67 |
| 10.1 | Questionnaire | 67 |
| 10.2 | Liste de recrutement..... | 72 |
| 10.3 | Tableau de recueil des données | 73 |
| 10.4 | Résultats statistiques | 74 |
| 10.5 | Classification TNM..... | 84 |
| 10.6 | Classification SBR | 85 |
| 11 | Résumé..... | 86 |

1 Index des abréviations

| | |
|-----------|--|
| ACS | American Cancer Society |
| AES | Auto-examen des seins |
| AJR | American Journal of Roentgenology |
| AM | Assurance Maladie |
| BEP | Brevet d'Etudes Professionnelles |
| BMC | BioMed Central |
| BRCA | BRCA1/2 (pour les gènes) |
| BVA | Brunel Ville et Associés (Institut de sondage) |
| CAI | Carcinome Apocrine Infiltrant |
| CAP | Certificat d'Aptitude Professionnelle |
| CCI | Cancer Canalaire Infiltrant |
| CCIS | Cancer Canalaire in situ |
| CIRC | Centre International de Recherche sur le Cancer |
| CLCC | Centre de lutte contre le cancer |
| CLI | Carcinome Lobulaire Infiltrant |
| CNIL | Commission Nationale Informatique et Libertés |
| CNOM | Conseil National de l'Ordre des Médecins |
| CPP | Comité de Protection des Personnes |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DO | Dépistage Organisé |
| EBM | Evidence Based Medicine |
| EE | Elston et Ellis |
| Groupe A | Groupe pratiquant régulièrement l'Autopalpation |
| Groupe PA | Groupe ne pratiquant Pas régulièrement l'Autopalpation |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HER | Human Epidermal Growth Factor Receptor-2 |
| IC | Intervalle de Confiance |
| Ifop | Institut Français d'Opinion Publique |

INCa Institut National du Cancer
INPES Institut National de Prévention et d'Education en Santé
InVS Institut National de Veille Sanitaire
IRM Imagerie par Résonance Magnétique
MGEN Mutuelle Générale de l'Education Nationale
NCI National Cancer Institute
OMS Organisation Mondiale de la Santé
OR Odd Ratio
PACA Provence Alpes Côte d'Azur
RCP Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RE Récepteurs aux Estrogènes
RP Récepteurs à la Progestérone
SBR Scarff-Bloom et Richardson
THS Traitement hormonal substitutif

2 Index des figures et tableaux

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Structure du sein Source INCa (2) | 13 |
| Figure 2 : Incidence et mortalité dans le monde. Taux estimés pour 100 000 personnes..... | 16 |
| Figure 3 : Incidence du cancer du sein et mortalité chez les femmes (France Métropolitaine, 2012 : taux bruts estimés)(10) Source : Partenariat Francim/HCL/Santé Publique France/INCa | 18 |
| Figure 4:Incidence du cancer du sein et mortalité liée à ce cancer, en France métropolitaine en 2012 (Source InVS 2013) (6)..... | 18 |
| Figure 5 : Source cancerdusein.org (32)..... | 30 |
| Figure 6 : diagramme de flux..... | 36 |
| Figure 7 : Utilisation de la mammographie en fonction de l'âge..... | 38 |
| Figure 8 : Circonstances de découverte | 39 |
| Figure 9 : Praticien consulté à la suite de la découverte des premiers symptômes..... | 40 |
| Figure 10: Délais moyens de prise en charge..... | 41 |
| Figure 11 : Pratique de l'autopalpation en fonction de l'âge | 45 |
| Figure 12: Campagne "Knowyourlemons.com" | 55 |
| | |
| Tableau 1 : Score d'indication à une consultation d'oncogénétique..... | 25 |
| Tableau 2 : Catégories socio-professionnelles de l'échantillon | 37 |
| Tableau 3 : Symptômes initiaux | 39 |
| Tableau 4 : Stades tumoraux..... | 41 |
| Tableau 5 : Grades tumoraux..... | 42 |
| Tableau 6 : Types de cancer | 42 |
| Tableau 7 : Caractéristiques moléculaires | 43 |
| Tableau 8 : Autopalpation et formation à celle-ci en fonction du mode de découverte | 44 |
| Tableau 9 : Statut marital des femmes pratiquant l'autopalpation | 45 |
| Tableau 10 : Stades tumoraux..... | 47 |
| Tableau 11 : Grades tumoraux..... | 47 |
| Tableau 12 : Traitements | 48 |

3 INTRODUCTION

A la fin de mon cursus d'interne de médecine générale, j'ai pu m'impliquer de façon intense dans des remplacements réguliers, au cours desquels, j'ai pu suivre des patients au long cours.

Ces conditions d'exercice m'ont amenée à lier une relation particulière avec certains patients, et m'ont permis d'entrevoir ce que pourrait être la pratique d'un médecin généraliste installé, ce qui m'attire beaucoup aujourd'hui.

Lors de ces années de remplacements, j'ai été confrontée à plusieurs reprises, à de jeunes patientes, atteintes de cancer du sein, à différents moments de leur prise en charge. Ces patientes m'ont toutes beaucoup touchées, par leur histoire, leurs souffrances et leurs victoires sur la maladie. Je ne peux nier une probable part d'identification face à ces patientes.

Au fur et à mesure de ces prises en charge, plusieurs questions me sont venues à l'esprit. En effet, les patientes de 50 ans et plus, participent régulièrement au dépistage organisé, ou bénéficient déjà d'un dépistage individuel. Mais qu'en est-il pour les patientes plus jeunes, sans facteur de risque ? Parmi les patientes que j'ai côtoyées, aucune n'avait de facteur de risque. Par ailleurs, le fait d'être confrontée à plusieurs cas chez des femmes de moins de 50 ans, me poussait forcément à penser que ces cas n'étaient pas si rares.

Je me suis alors posé la question de la fréquence de ces cas de cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans et la justification de cette barrière à 50 ans du dépistage organisé. J'ai facilement trouvé les réponses à ces questions, mais je ne pouvais m'empêcher de penser qu'on devait pouvoir proposer une solution de dépistage ou en tout cas, de diagnostic précoce aux femmes jeunes sans facteur de risque.

Pour cela, il fallait s'intéresser au diagnostic de la maladie dans cette population. C'est alors que j'ai pu me rapprocher, par l'intermédiaire de ma directrice de thèse, le Docteur de Fuster, de l'Institut Bergonié qui me paraissait être l'établissement le plus adapté afin d'étudier le cancer du sein.

Après discussion avec le Docteur de Fuster, l'autopalpation nous est apparue comme une solution potentielle dans cette population.

Nos hypothèses étaient les suivantes :

Les femmes de moins de 50 ans découvrent, le plus souvent, un cancer du sein par hasard.

La découverte d'une telle pathologie serait plus précoce par autopalpation.

Une formation à l'autopalpation dans cette population améliorerait le pronostic des cancers du sein dans la population des femmes de moins de 50 ans.

Partant de là, nous avons essayé de répondre à la question suivante :

Dans la population des femmes de moins de 50 ans suivies pour un cancer du sein à l'Institut Bergonié, la pratique régulière de l'autopalpation mammaire, comparativement à l'absence de pratique, apporte-t-elle des conclusions positives en termes de diagnostic et de pronostic de la maladie ?

4 LE CANCER DU SEIN : GENERALITES

4.1 Rappels anatomiques

Le sein est composé de différentes structures :

- La peau, comprenant le mamelon et l'aréole
- La glande mammaire
- La graisse
- Le tissu conjonctif de soutien, contenant les vaisseaux sanguins, les vaisseaux lymphatiques, les nerfs et du collagène.

La glande mammaire est divisée en quinze à vingt lobes, chacun composé de vingt à quarante lobules, eux-mêmes composés d'acini et de canaux intralobulaires, qui se drainent dans les canaux galactophores au niveau du mamelon.

Ces canaux excréteurs comprennent deux couches cellulaires, limitées en-dehors par la membrane basale :

- La couche externe composée de cellules myoépithéliales
- La couche interne composée de cellules mucosécrétantes (1).

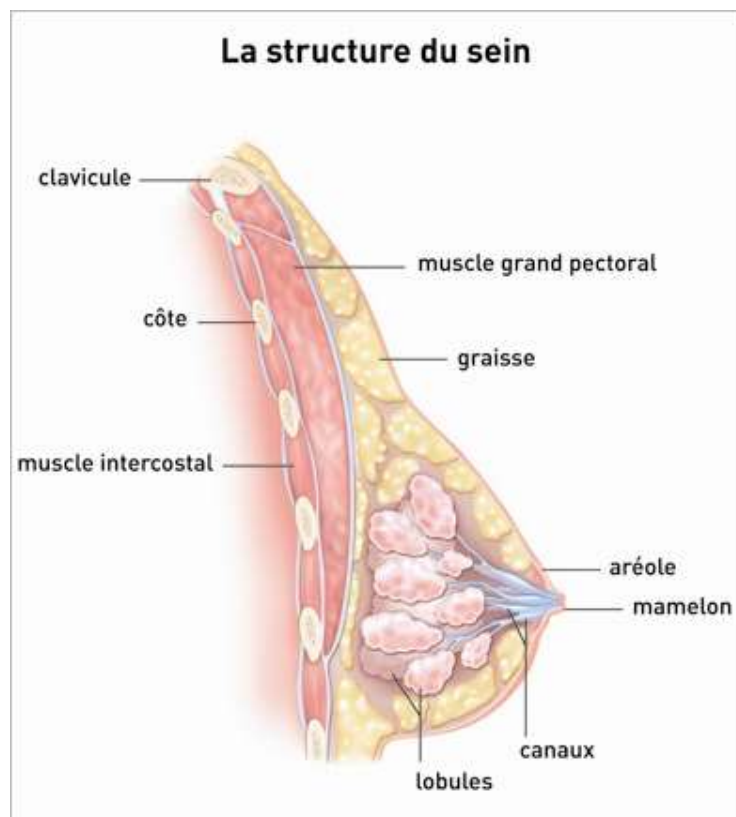


Figure 1 : Structure du sein Source INCa (2)

Toutes ces structures évoluent sous l'influence des hormones sexuelles : oestrogènes et progestérone, au cours de la vie de la femme.

Il existe un drainage lymphatique du sein. Les vaisseaux lymphatiques se drainent dans les aires ganglionnaires axillaires, sus et sous-claviculaires et mammaires internes.

4.2 Les différents types de cancers du sein

4.2.1 *Les carcinomes in situ*

Ce sont des proliférations de cellules épithéliales malignes dans la lumière du lobule ou du canal, sans atteinte de la membrane basale.

Il en existe deux types :

- Le carcinome intra-canaire (ou carcinome canalaire in situ) : représentant environ 20% des carcinomes et souvent découvert sur des microcalcifications à la mammographie. Il évolue en cancer infiltrant.
- Le carcinome lobulaire in situ : lésion associée à un risque plus élevé de développer un cancer infiltrant (RR x 9), mais qui ne constitue pas une lésion maligne en soi. Il nécessite une surveillance rapprochée.

4.2.2 *Les carcinomes infiltrants*

Ces lésions ont franchi la membrane basale et envahi le tissu conjonctif.

On retrouve :

- Les adénocarcinomes canauxiers
- Les adénocarcinomes lobulaires
- Les adénocarcinomes tubuleux (de bon pronostic)
- Les carcinomes mucineux ou colloïdes (de bon pronostic)
- Les carcinomes adénoïdes kystiques
- Les carcinomes apocrines
- Les carcinomes médullaires
- La maladie de Paget du mamelon qui est une particularité (témoin d'un cancer infiltrant ou d'un carcinome intra-canaire du sein)(1)

Parmi ces types histologiques, le carcinome canalaire infiltrant représente 85% des cas, le carcinome lobulaire 10% des cas et les autres formes sont plus rares et constituent les 5% restant.(2)

Les caractéristiques histopathologiques de ces tumeurs permettent d'en déterminer le grade histopronostique de Scarff, Bloom et Richardson (SBR), ou d'Elston et Ellis (EE). On les classe en trois grades : I, II, III, selon les critères suivants :

- Architecture
- Atypies cytonucléaires

- Nombre de mitoses.

Les trois critères sont cotés de 1 à 3.

La définition des grades est la même pour le SBR et l'EE :

- Score total de 3, 4 ou 5 : grade I ;
- Score total de 6 ou 7 : grade II ;
- Score total de 8 ou plus : grade III.

Cette classification ne s'applique pas aux carcinomes médullaires.

On recherche également, afin de déterminer le traitement, l'expression de récepteurs hormonaux aux oestrogènes et à la progestérone, ainsi que l'amplification du gène HER 2 entraînant une surexpression de la protéine et une stimulation de la croissance cellulaire. (2)

On classe alors ces tumeurs en sous-types moléculaires :

- Les tumeurs triple-négatifs : Récepteurs aux oestrogènes (RE) négatifs, récepteurs à la progestérone (RP) négatifs et HER2 négatif. Elles ont le pronostic le plus défavorable et représentent moins de 15% des tumeurs du sein.
- Le groupe HER2 : HER2 +, RE -, RP -, de pronostic défavorable au départ, mais le pronostic s'est amélioré depuis la mise sur le marché des traitements ciblant le récepteur HER2.
- Le groupe Luminal A : HER2 -, RE+ et/ou RP +, dont le pronostic est le plus favorable.
- Le groupe Luminal B : RE+ et/ou RP+, et possibilité de surexpression de HER2, et un pronostic moins bon que le groupe Luminal A. (2)

4.3 Epidémiologie

4.3.1 Les cancers dans le monde

Selon le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC), agence spécialisée de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur le cancer qui a publié sa dernière base de données en ligne, GLOBOCAN 2012, les nouveaux cas de cancer sont estimés à 14,1 millions en 2012 et les décès par cancer à 8,2 millions, par rapport à 12,7 millions et 7,6 millions en 2008. On estime à 32,6 millions le nombre de personnes vivantes (âgées de plus de 15 ans) chez qui l'on avait diagnostiqué un cancer au cours des cinq années précédentes.(3)

Les trois cancers les plus fréquemment diagnostiqués dans le monde sont ceux du poumon (avec 1,8 million de cas, soit 13,0 % du total), du sein (1,7 million de cas, ou 11,9% du total) et le cancer colorectal (1,4 million de cas, ou 9,7% du total).

4.3.2 Le cancer du sein dans le monde

Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes (522 000 décès) et le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes dans 140 des 184 pays

étudiés par GLOBOCAN dans le monde. Il représente maintenant plus de 25% des cancers chez les femmes.

Dans le monde entier en 2012, 1,7 million de femmes ont un diagnostic de cancer du sein chaque année et 6,3 millions de femmes vivaient avec un cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes. De 2008 à 2012, l'incidence a augmenté de plus de 20% et la mortalité de 14%.

L'incidence est en augmentation dans la plupart des régions du monde, mais il y a d'énormes inégalités entre les pays riches et les pays pauvres. Les taux d'incidence demeurent les plus élevés dans les régions les plus développées, probablement du fait des programmes de dépistage organisé et d'un meilleur accès aux structures de santé. En revanche, le ratio entre l'incidence et la mortalité est beaucoup plus élevé dans les pays pauvres, faute de détection précoce et d'accès aux traitements.

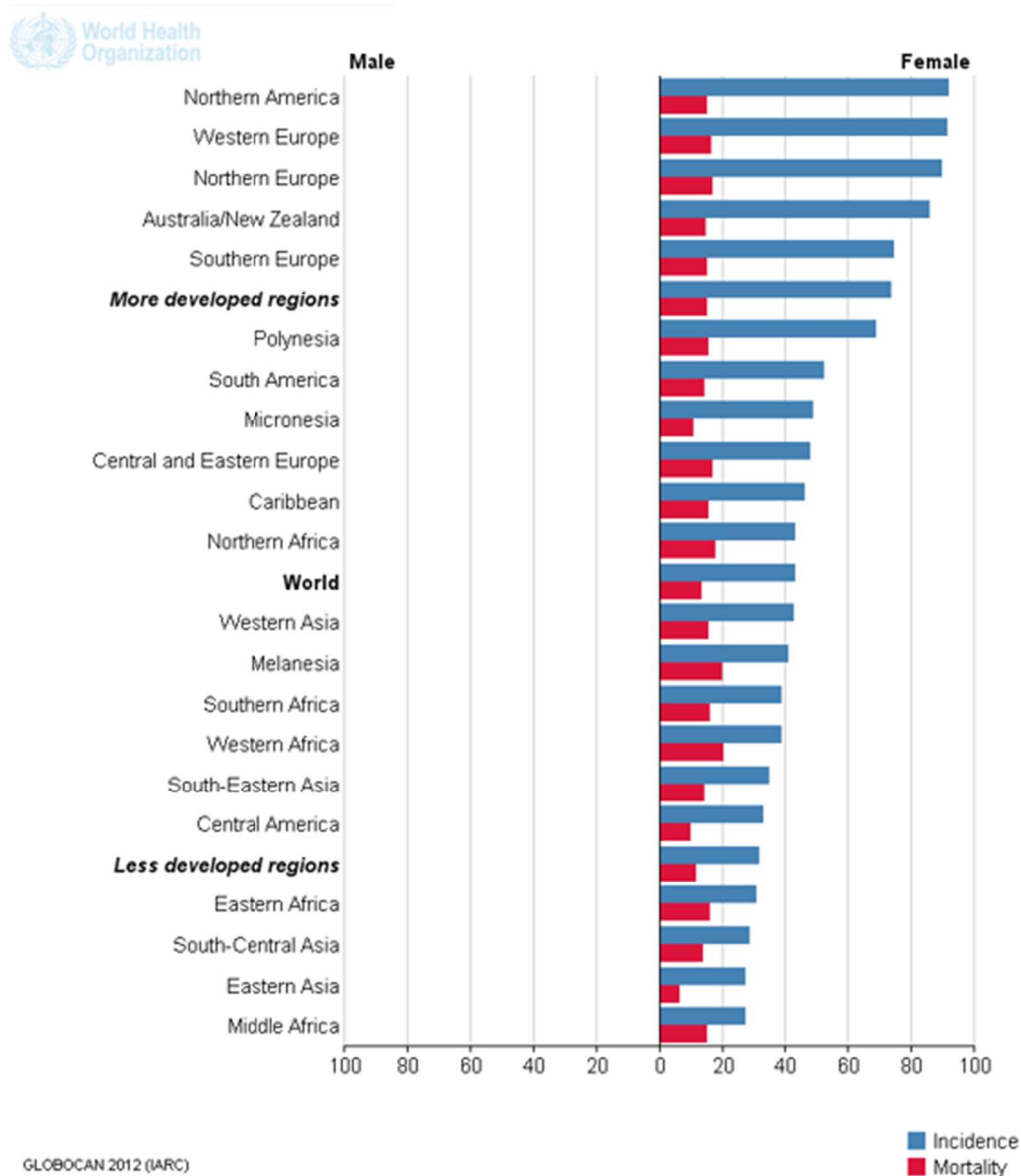


Figure 2 : Incidence et mortalité dans le monde. Taux estimés pour 100 000 personnes

En Europe occidentale, par exemple, l'incidence du cancer du sein est supérieure à 90 nouveaux cas pour 100 000 femmes par an, par rapport à 30 pour 100 000 en Afrique de l'Est. En revanche, les taux de mortalité dans ces deux régions sont presque identiques à environ 15 pour 100 000, ce qui pointe clairement le diagnostic tardif et une survie beaucoup moins bonne en Afrique de l'Est. (3)

4.3.3 Le cancer du sein en France

4.3.3.1 Incidence et mortalité

Le cancer du sein touche 50 000 nouvelles femmes par an en France (48 763 nouveaux cas estimés en 2012 et 11 986 décès estimés en 2012). (4)

Selon l'estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, réalisée à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM (5), le cancer du sein est le 2^{ème} cancer en incidence en France en 2012 et il s'agit du cancer le plus fréquent chez la femme. Selon les chiffres des Hospices civils de Lyon, InVs, INCa, Francim, Inserm en 2011, il représentait 33,4% des cancers chez la femme en France. (6) On retrouve également, en 2016, des chiffres de ce même réseau traités par l'INCa, qui indiquent que le cancer du sein représente 38,5% des cancers de la femme en France. (7)

En termes de mortalité, il est au 3^{ème} rang des cancers en France (5). Malgré tout, il reste de bon pronostic avec une survie à 5 ans de 89 %. Celui-ci s'est amélioré depuis 1995 sous l'effet du dépistage de masse permettant un diagnostic plus précoce et grâce à l'amélioration de sa prise en charge thérapeutique (2).

L'évolution du taux d'incidence entre 1980 et 2012 n'a pas été linéaire. En effet, les taux d'incidence standardisés ont fortement augmenté jusqu'en 2000, avant de se stabiliser puis de diminuer entre 2005 et 2012. (3) Cette diminution d'incidence concerne principalement les cancers de diagnostic précoce chez les femmes entre 50 et 74 ans. Les facteurs influençant cette évolution pourraient être la diminution de la prescription des traitements hormonaux substitutifs (THS) et l'effet de saturation du dépistage de masse.

Cette baisse d'incidence a également été observée dans des études américaines (8) pour les cancers du sein après 40 ans. Selon les types tumoraux concernés, il a pu être déterminé que cette diminution d'incidence était en rapport avec l'effet de saturation du dépistage existant aux USA (mais débutant à 40 ans) et la régression des prescriptions de traitements hormonaux substitutifs.

Points clés :

Comparées à certaines régions du monde, en France, les conditions sont globalement favorables pour la prise en charge du cancer du sein. La mise en place du programme de dépistage a eu un impact sur l'incidence et la mortalité visible sur les courbes établies par les sociétés savantes. L'évolution des pratiques médicales y a également participé notamment avec la diminution des traitements hormonaux substitutifs.

4.3.3.2 Répartition en fonction de l'âge

L'âge est le facteur de risque le plus important de cancer du sein. L'incidence augmente entre 30 et 70 ans et tend à décroître légèrement après 80 ans.

La distribution des cancers du sein en fonction de l'âge est la suivante :

- 22 % des cancers du sein sont observés chez des femmes âgées de moins de 50 ans
- 54 % chez des femmes âgées de 50 à 74 ans
- 24 % chez des femmes âgées de plus de 74 ans. (9)

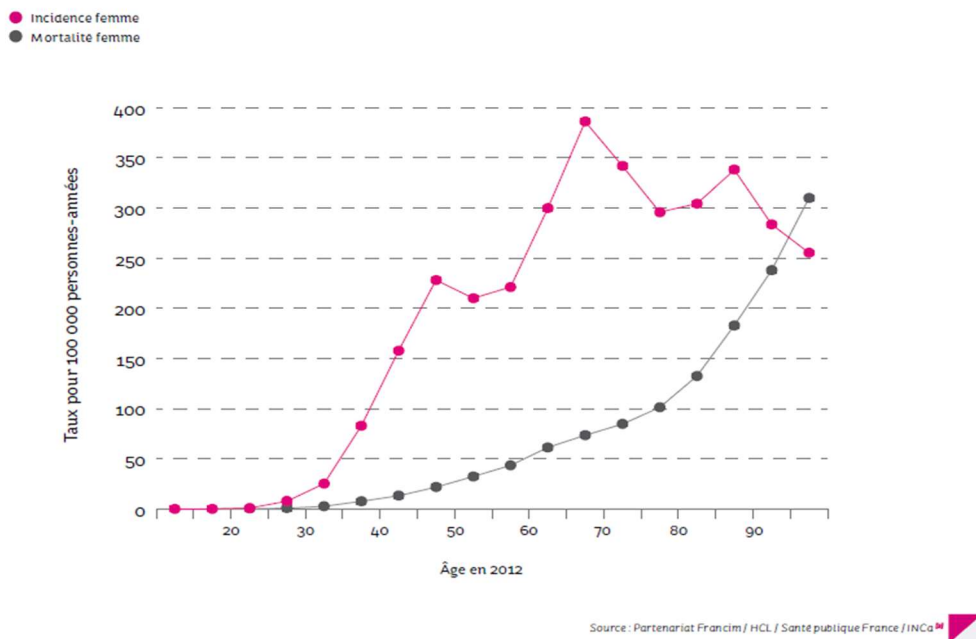


Figure 3 : Incidence du cancer du sein et mortalité chez les femmes (France Métropolitaine, 2012 : taux bruts estimés)(10) Source : Partenariat Francim/HCL/Santé Publique France/INCa

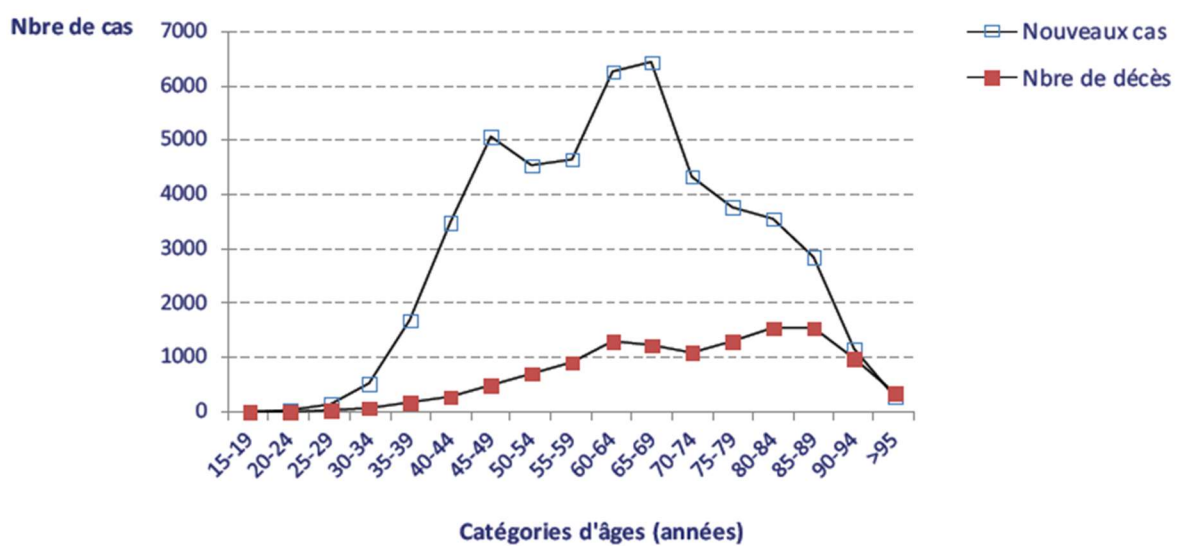


Figure 4: Incidence du cancer du sein et mortalité liée à ce cancer, en France métropolitaine en 2012 (Source InVS 2013) (6)

Sur la période 2009-2012, les cancers du sein retrouvés ont été diagnostiqués pour 59% au stade local, 29% au stade régional et 13% à un stade avancé. (11)

Le cancer du sein survenant chez la femme jeune représente un problème particulier compte tenu des enjeux médicaux mais aussi affectifs et socio-économiques majeurs que ce diagnostic engendre.

La définition même de la « femme jeune » dans ce contexte n'est pas univoque. Selon les études, elle correspond à une femme de moins de 35 ans, de moins de 40 ans ou de moins de 50 ans.

Notre étude portant sur les femmes en-dehors du dépistage organisé en France, celui-ci débutant à partir de 50 ans, nous nous en tiendrons à la dernière option.

4.3.4 Spécificités chez la femme jeune

Pour rappel, en France, les cancers du sein chez les femmes de moins de 50 ans représentent près d'un quart des cas (22%). Les femmes de moins de 50 ans présentent plus fréquemment des cancers à un stade régional (35%), mais moins souvent à un stade avancé (5%). (11)

Selon une étude de cohorte irlandaise publiée en 2011 dans BMC, la proportion de femmes ayant un diagnostic de cancer du sein avant 40 ans est de 8.8%. (12)

Cette étude relève également, qu'en comparaison avec les femmes de plus de 40 ans, celles-ci ont, de façon statistiquement significative, un grade tumoral plus élevé, un stade tumoral plus avancé et une incidence plus faible de tumeurs lobulaires.

En revanche, sur cette cohorte, il n'existe pas de différence significative sur la survie et la taille de la tumeur.

Ceci confirme les conclusions qu'apportait une première étude anglaise publiée en 1997, qui s'intéressait aux cancers du sein chez la femme de moins de 35 ans. (13)

Dans une étude australienne sur le diagnostic du cancer du sein chez des femmes de moins de 40 ans et portant sur 239 patientes (Foxcroft, 2004), il a été retrouvé une grande majorité de cancers invasifs (201 cas sur 239). Sur le plan histologique, il s'agissait surtout de carcinomes canaux infiltrants (85.1%), avec une différence statistiquement significative comparativement aux femmes de plus de 40 ans, où on n'en retrouvait que 59,9%. (14)

Points clés :

Il existe une part non négligeable de femmes jeunes parmi celles ayant un diagnostic de cancer du sein (22%).

Les femmes jeunes présentent plus de carcinomes canaux infiltrants et moins de carcinomes lobulaires (notamment avant 40 ans).

4.3.5 Pronostic du cancer du sein

De façon générale, le pronostic du cancer du sein est plutôt bon, du fait de la précocité diagnostique dans les populations dépistées et d'avancées scientifiques majeures ayant permis un progrès important des thérapeutiques dans cette pathologie. (9)

Le pronostic de cette pathologie chez la femme jeune est généralement considéré comme moins bon, mais il est difficile de démontrer que l'âge est, en lui-même, un facteur pronostique indépendant et ce sont surtout les particularités de présentation des cancers chez la femme jeune (stade plus avancé, grade plus élevé, types histologiques moins favorables) qui en altèrent le pronostic global. (15)

En France la survie à 5 ans est de 86,9%. C'est la plus élevée d'Europe. Elle est de 92-93% pour les femmes de 45 à 74 ans, de 90% pour les femmes de 15 à 44 ans, et de 76% pour les femmes de plus de 75 ans. (11)

Pour Lee et al.(16), la survie des femmes de moins de 30 ans est à 5, 10 et 30 ans inférieure de 10 à 20 % à la survie des femmes de plus de 30 ans. Ces auteurs insistent également sur le risque à long terme de cancer controlatéral et de deuxième tumeur primitive.

On retrouve les mêmes conclusions dans une étude de 1996, sur 210 femmes de moins de 40 ans du registre du Connecticut, pour lesquelles la survie spécifique à 50 ans est de 69 % (17) et dans les données de la National Cancer Data Base nord-américaine (18).

Ce mauvais pronostic est rattaché, avant tout, à des caractéristiques biologiques plus généralement agressives du cancer du sein de la femme jeune exposées plus haut. (12)

Points clés :

Le cancer du sein est un problème de santé publique autant mondial que national.

Chez la femme jeune, il pose d'autres problèmes :

- **Un pronostic moins favorable du fait des types histologiques plus fréquemment agressifs**
- **Un risque de rechute et de cancer controlatéral plus important**
- **Une découverte souvent plus tardive, à un stade plus avancé**
- **Un impact socio-économique non négligeable**

4.4 Diagnostic

Le diagnostic repose sur la triade : examen clinique, imagerie et histologie.

4.4.1 Signes cliniques

Aux stades précoces de l'évolution de la maladie, la symptomatologie est fruste.

A des stades plus avancés, on peut retrouver les signes suivants :

- Une masse ou une induration d'un sein ou du creux axillaire ou sus-claviculaire

- Une déformation, une ulcération, une inflammation (rougeur et/ou chaleur locales) ou une rétraction de la peau au niveau d'un des seins
- Un écoulement unipore pouvant être séro-sanglant au niveau du mamelon, un eczéma ou un érythème de l'aréole ou du mamelon

Ces symptômes peuvent évoluer en fonction du cycle menstruel et s'accompagner de signes généraux en cas de lésion maligne.

4.4.2 Circonstances diagnostiques

Un cancer du sein peut être découvert lors d'un examen d'imagerie de dépistage, lors d'un examen clinique systématique, à l'autopalpation ou devant la présence de symptômes.

Dans 90 % des cas, il est découvert lors d'un dépistage organisé (ou individuel), et dans 10 % des cas, par un examen clinique faisant suite à des signes d'appel (décrits au § 1.4.1).

Selon Foxcroft et al., en 2004, qui a comparé le diagnostic du cancer du sein chez 239 femmes de moins de 40 ans vs 2101 femmes de plus de 40 ans atteintes, la majorité des femmes de moins de 40 ans vient consulter pour des signes cliniques. Les principaux symptômes retrouvés étaient :

- une masse (72%)
- un épaissement de la consistance du sein à la palpation (15,1%)
- les modifications cutanées ou du mamelon étaient moins fréquentes et très rarement isolées.

La majorité de ces femmes avaient découvert elles-mêmes ces symptômes. Seule une faible proportion des tumeurs (masse ou épaissement) avait été découverte par un médecin ou leur partenaire.

Seulement 7 femmes dans cette étude s'étaient présentées pour des antécédents familiaux sans avoir eu de symptôme avant.

A noter que, dans cette série, 13,4% des patientes de moins de 40 ans présentaient un antécédent familial chez un parent au premier degré, contre 18,7% dans le groupe des femmes de plus de 40 ans. En effet, l'incidence du cancer du sein augmentant avec l'âge, il n'est pas étonnant que les apparentés des patientes de moins de 40 ans n'aient pas encore développé de cancer. (14)

Ceci suggère que le niveau de suspicion de cancer du sein, ne devrait pas être influencé par la présence ou non d'un antécédent familial chez une patiente symptomatique dans cette tranche d'âge.

Point clé :

Le diagnostic chez les femmes jeunes se fait principalement sur les points d'appel cliniques.

4.4.3 L'examen clinique

Il est bilatéral et comparatif et se fait en position debout ou assise puis couchée. (9,19)

4.4.3.1 L'inspection :

À la recherche d'une déformation, d'une modification de volume, d'une anomalie cutanée.

4.4.3.2 La palpation :

Elle se réalise mains à plat, par pression douce, en faisant rouler la glande mammaire sur le gril costal, quadrant par quadrant, en insistant sur le quadrant supéro-externe.

La palpation doit comprendre l'examen des creux axillaire et sus-claviculaire à la recherche d'une adénopathie.

Tout nodule palpable doit être suspect si :

- Il est constamment présent au cours du cycle menstruel (pas de modification de taille)
- Il est fixé à la peau ou à la paroi thoracique
- Il est de consistance dure et irrégulière, sensible à la palpation.

4.4.4 Les examens d'imagerie

4.4.4.1 La mammographie

La mammographie est reconnue, dans plusieurs études, comme moins performantes sur les poitrines denses et donc dans cette population de patientes jeunes.

Toujours selon Foxcroft, en comparaison avec les femmes de plus de 40 ans, la mammographie était moins performante pour montrer une anomalie (trouvée dans seulement 72.6% des cas sur mammographies analogiques, sur cassette argentique) et elle identifiait moins bien les lésions comme suspectes ou malignes.

Une étude plus récente (Bullier, Boisserie-Lacroix, 2013), réalisée à l'Institut Bergonié, a montré des performances supérieures pour la mammographie (86.6%), mais avec des mammographies numériques. (20)

4.4.4.2 L'échographie

L'examen de première intention avant 35 ans est l'échographie selon Lehman, AJR, 2012, considérée comme plus performante chez la femme jeune devant une anomalie clinique (sensibilité de 95.7%). (21) Sur sein dense, les lésions suspectes sont hypoéchogènes, hétérogènes, avec parfois des microcalcifications au sein de la lacune sans cône d'ombre postérieur (ce qui ne constitue pas un critère de malignité), de forme irrégulière, non parallèles au plan cutané, à contours irréguliers avec déstructuration des contours et cône d'ombre postérieur (20 à 40% des cas). (22)

La complémentarité entre l'échographie et la mammographie est importante, car les microcalcifications sont mieux repérées par la mammographie (20) et les lésions suspectes

sont mieux identifiées à l'échographie chez les femmes jeunes. Sur les seins denses, les deux examens permettent d'obtenir un faisceau d'arguments justifiant la biopsie.

4.4.4.3 L'IRM

L'imagerie la plus performante est l'IRM qui identifie 100% des cancers du sein. (20)
Cependant cet examen n'est pas recommandé en première intention.

4.5 Dépistage

4.5.1 Définitions

- Dépistage individuel : S'adresse à une population « A risque » pour le cancer du sein, ayant des antécédents familiaux ou personnels de cancer du sein ou un risque génétique identifié. Il justifie des recommandations propres et un suivi personnalisé.
- Dépistage de masse : S'adresse à la population générale, idéalement dans le cadre de programmes de dépistage.

4.5.2 Historique

Le programme de dépistage organisé (DO) du cancer du sein a été initié en France par la Direction générale de la santé (DGS) en 1994 et généralisé à l'ensemble du territoire en 2004. Il s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans qui bénéficient d'une mammographie de dépistage tous les 2 ans ainsi qu'une double lecture systématique en cas de cliché normal. (23)

Ce programme de dépistage est copiloté par la DGS, l'Assurance maladie (AM) et, depuis 2007, l'Institut national du cancer (INCa). Il vise à faire bénéficier chaque femme de la même garantie de qualité et de prise en charge et à fournir un égal accès au dépistage sur l'ensemble du territoire.

Les objectifs de ce programme de dépistage organisé du cancer du sein sont : (9)

- Détecter un cancer au tout début de son développement
- Eviter les traitements lourds
- Augmenter les chances de guérison
- Réduire les inégalités d'accès au dépistage

4.5.3 Modalités du dépistage en France :

4.5.3.1 Le dépistage de masse dit "organisé"

Les femmes de la population cible sont invitées par courrier tous les 2 ans à faire le dépistage du cancer du sein (mammographie analogique ou numérique + examen clinique, complétés éventuellement par une échographie).

Les clichés mammographiques (2 incidences par sein) sont lus par un premier radiologue.

Les images classées comme normales ou bénignes sont revues par un second radiologue, selon une procédure centralisée (double lecture).

En cas d'image suspecte, un bilan diagnostique est effectué immédiatement (clichés avec agrandissement, échographie, cytoponction ou biopsie).

4.5.3.2 Le dépistage individuel

Il existe un dépistage individuel du cancer du sein, qui est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les femmes répondant aux critères suivants ne sont pas éligibles au programme de dépistage organisé et doivent bénéficier d'une surveillance spécifique. Ces femmes sont à risque élevé de cancer du sein :

- Antécédent personnel de cancer invasif du sein ou de carcinome canalaire in situ
- Antécédent d'irradiation thoracique médicale à haute dose (dont antécédent d'irradiation pour maladie de Hodgkin) ;
- Antécédent personnel d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire in situ ;
- Antécédent familial de cancer du sein (le suivi sera fonction du score d'Eisinger).
- Suspicion ou diagnostic de prédisposition génétique (notamment les mutations BRCA1 et BRCA2)

Les patientes avec une suspicion ou un diagnostic de prédisposition génétique sont considérées comme à risque très élevé. Ce risque est défini par le score décrit ci-dessous.

La somme des poids de chaque cas doit être effectuée dans chacune des branches parentales séparément. Le score s'interprète ensuite de la manière suivante :

- Un score de 5 ou plus est une « excellente indication » d'une consultation d'oncogénétique ;
- Un score de 3 ou 4 correspond à une « indication possible » ;
- Un score de 2 ou moins indique une « utilité médicale faible » de la consultation.

Tableau 1 : Score d'indication à une consultation d'oncogénétique

| Situation | Pondération du score |
|--|----------------------|
| Mutation BRCA1/2 identifiée dans la famille | 5 |
| Cancer du sein chez une femme < 30 ans | 4 |
| Cancer du sein chez une femme 30-40 ans | 3 |
| Cancer du sein chez une femme 40-50 ans | 2 |
| Cancer du sein chez une femme 50-70 ans | 1 |
| Cancer du sein chez un homme | 4 |
| Cancer de l'ovaire | 3 |

En cas de risque très élevé de cancer du sein, la femme doit être orientée vers une consultation d'oncogénétique et une surveillance spécifique est mise en place (mammographie, échographie, IRM annuelle). (23)

4.5.4 Modalités du dépistage aux USA

Aux Etats-Unis, le dépistage du cancer du sein était recommandé initialement à partir de 40 ans par une mammographie annuelle et ce jusqu'à l'âge de 74 ans, ou aussi longtemps que les femmes étaient en assez bonne santé pour supporter un traitement. Cette mammographie se couplait à un examen clinique annuel des seins par un professionnel de santé.

Cet examen clinique des seins était également recommandé tous les 3 ans chez les femmes entre 20 et 40 ans.

Les recommandations de l'American Cancer Society (ACS) ont été modifiées une première fois en 2009, à la suite de plusieurs rapports pointant l'effet pervers, dans certains de ces groupes d'âge, des faux-positifs, et du surdiagnostic liés au dépistage par mammographie. Elles préconisaient alors, de ne débiter le dépistage par mammographie qu'à partir de 50 ans. Elles ont été à nouveau modifiées en 2015, à la suite d'une revue de la littérature publiée dans JAMA à la demande de l'ACS.

Le dépistage n'est plus recommandé qu'à partir de 45 ans avec :

- Une mammographie annuelle pour les femmes entre 45 et 54 ans
- Une mammographie tous les 2 ans pour les femmes à partir de 55 ans et tant que l'espérance de vie est estimée supérieure à 10 ans.

Les patientes ont toujours la possibilité de demander les examens de dépistage à partir de 40 ans ou de poursuivre la mammographie annuellement si elles l'estiment nécessaire.

En revanche, l'examen clinique des seins n'est plus recommandé, du fait de nombreux faux-positifs et de potentiels faux-négatifs pouvant s'élever de 17 à 43% du fait des particularités des tumeurs et de l'expérience de l'examineur.

De plus, les méta-analyses ne montrent pas de preuve de l'amélioration de la détection des cancers du sein par cette technique. (24)

4.5.5 Modalités de dépistage en Europe

A noter qu'en Europe, les programmes de dépistage varient selon les pays.

En Belgique, Allemagne et au Danemark, il concerne les femmes de 50 à 69 ans qui bénéficient d'une mammographie tous les 2 ans.

En Espagne, il est prévu de 50 à 64 ans, mais peut s'étendre aux femmes de 40 à 70 ans, avec une mammographie tous les 2 ans.

Tandis qu'en Grande-Bretagne, le dépistage s'adresse aux femmes de 50 à 70 ans, avec une mammographie tous les 3 ans. (25)

4.5.6 Efficacité et limites du dépistage :

4.5.6.1 Taux de participation

Pour la période 2015-2016, ce qui correspond à une « campagne » de dépistage puisque les femmes sont invitées à participer au dépistage tous les deux ans, ce sont plus de 5 millions de femmes qui ont été dépistées. Le taux de participation était de 51,1 %.

Après une stabilisation de la participation autour de 52 % entre 2008 et 2014, ces nouvelles données montrent une légère baisse qui devra cependant être confirmée lors des prochaines années. Cette baisse s'observe pour toutes les tranches d'âge sauf les 70-74 ans et pour toutes les régions de métropole.

Nous ne connaissons pas à l'heure actuelle les raisons de cette légère baisse de participation. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées, comme l'impact de la polémique nationale et internationale sur l'efficacité du dépistage du cancer du sein, une éventuelle baisse de l'offre médicale en sénologie, une possible augmentation des démarches de dépistage individuel en raison de la tomosynthèse (nouvelle technique de mammographie 3D, arrivant sur le marché) non incluse dans le programme organisé. Mais il n'est pas possible de calculer précisément l'ampleur de cette démarche individuelle ni son évolution au cours du temps. (26)

Les recommandations européennes considèrent que le taux est « acceptable » (permettant une baisse de la mortalité) à partir de 70% de participation des personnes invitées. Le nombre de femmes effectuant des mammographies en dehors du programme est estimé à au moins 10 % de la population cible, ce qui permet d'approcher un taux moyen de couverture de 65 %. Dans certaines régions, la démarche individuelle représente une part importante du recours par rapport au dépistage organisé du cancer du sein, notamment dans les grandes agglomérations (Ile de France et PACA notamment).

L'INCa a publié un rapport en 2013 sur les bénéfices et les limites du programme de dépistage du cancer du sein. Il l'évalue selon les critères suivants : diminution de la mortalité due à la

pathologie dépistée grâce au dépistage, évaluation du surdiagnostic, effets secondaires délétères, notamment les cancers radio-induits. (27)

4.5.6.2 Impact sur la mortalité

Les différentes méta-analyses et évaluations des essais randomisés publiées à ce jour et compilés dans le rapport de l'INCa de 2013, s'accordent sur un effet bénéfique du dépistage sur la mortalité par cancer du sein, avec une réduction de l'ordre de 15 à 21% selon les études. De 150 à 300 décès par cancer du sein seraient évités pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme de dépistage pendant 7 à 10 ans.

Selon le document publié par le National Cancer Institute aux Etats-Unis et destiné aux professionnels de santé sur le dépistage du cancer du sein en décembre 2017, le dépistage par mammographie améliore la survie des femmes de 60 à 69 ans de façon nette avec un niveau de preuve important, et celle des femmes de 50 à 59 ans avec des chiffres légèrement inférieurs. (28)

Un autre paramètre est difficile à quantifier, l'avance diagnostique. En effet, le diagnostic plus précoce de la pathologie grâce au dépistage permet la mise en œuvre de traitements moins lourds, mais ceci reste difficilement évaluable.

4.5.6.3 Le surdiagnostic

Il s'agit de la détection par le dépistage de lésions cancéreuses qui n'auraient pas donné de symptôme du vivant de la personne. Ces cancers sont bien réels, confirmés histologiquement, mais n'auraient jamais eu de conséquences cliniques durant la vie des personnes et n'auraient donc pas été identifiés en l'absence de réalisation d'un dépistage.

Ils ne doivent pas être confondus avec les « faux positifs » qui sont des anomalies suspectes, évocatrices d'un cancer, détectées par la mammographie mais pour lesquelles aucun cancer n'est confirmé par les examens complémentaires.

Le surdiagnostic est une composante inhérente à tout dépistage et son ordre de grandeur est extrêmement controversé. Les estimations sont très variables d'une étude à l'autre, les plus robustes se situant entre 1 et 19 % des cancers diagnostiqués chez les personnes participant au dépistage.

Toujours dans le document du NCI américain, ce surdiagnostic dû au dépistage par mammographie est estimé entre 20 et 50%, mais sur deux études imparfaites. (28)

Selon Prescrire, pour 1 000 femmes participant au dépistage pendant 20 ans à partir de l'âge de 50 ans (11 sessions au total), 19 patientes sont étiquetées « malades du cancer », alors que leur cancer serait resté asymptomatique jusqu'à la fin de leur vie. Elles sont alors exposées inutilement à des traitements lourds. (29)

4.5.6.4 Les cancers radio-induits

Ils sont la conséquence de l'irradiation reçue au cours d'examens ou de traitements utilisant des rayons ionisants.

Les radiations ont un pouvoir carcinogène sur le sein qui est établi, mais non démontré dans les études en population pour les mammographies répétées, notamment dans le cadre du dépistage. Selon les modélisations, le risque de cancers radio-induits liés aux mammographies pourrait être, dans la tranche d'âge (>50 ans) et pour la population ciblée par le dépistage organisé, de l'ordre de 1 à 20 cas pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme.

A noter qu'environ 17% des cancers diagnostiqués pour les femmes participant au dépistage le sont entre deux mammographies de dépistage organisé (cancers dits de l'intervalle). (27)

4.5.7 Pratique de la mammographie en-dehors du dépistage organisé

Le baromètre santé est une enquête déclarative réalisée tous les 5 ans par l'INPES sur les attitudes et comportements de santé des Français incluant les pratiques de dépistage du cancer. La dernière pour laquelle les résultats sont disponibles date de 2005. (30)

Selon cette enquête, près de six femmes de 18-75 ans sur dix déclarent avoir déjà passé, au cours de leur vie, une mammographie (de dépistage ou de diagnostic). Dans la majorité des situations (54,9 %), c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen mais dans 20,1 % des cas c'est la patiente qui en a fait la demande. Les autres patientes (25%) y ont été invitées par courrier dans le cadre du dépistage organisé.

Une analyse post-hoc portant sur 17 319 femmes a permis d'étudier les raisons de réalisation des mammographies chez les 9 036 ayant déjà eu une mammographie (soit 52,2 %) :

- Pour la majorité des cas : 61,7 %, il s'agit d'un suivi régulier
- Pour 12,2 % : la raison avancée est la présence d'un antécédent familial de cancer du sein.

Les motivations de la réalisation de la mammographie par tranche d'âge font apparaître que 18,1 % des femmes entre 26 et 34 ans ayant déjà eu une mammographie l'ont faite en raison d'un antécédent familial de cancer du sein (contre 14,1 % pour les femmes de 12-25 ans et 14,7 % pour les femmes de 35-49 ans).

De plus, 21,9 % et 24,3 % des femmes de 12-25 ans et 26-34 ans respectivement font une mammographie dans le cadre d'un suivi régulier. En raison de leur âge, on peut penser qu'il s'agit d'un suivi en raison d'un facteur de risque. (23)

4.5.8 Les recommandations actuelles

4.5.8.1 Le dépistage organisé

Le dépistage organisé existe pour les femmes à risque moyen à partir de 50 ans et jusqu'à 74 ans selon les modalités évoquées ci-dessus. Il existe également un dépistage individuel pour les patientes à risque élevé ou très élevé et celles présentant des antécédents familiaux dont les modalités ont été arrêtées par la HAS. Elles recommandent globalement une période de

suivi plus resserré, comprenant un examen clinique et une mammographie annuelle, suivie ou non d'une échographie, parfois d'une IRM.

Enfin, quels que soient le niveau de risque et les modalités de dépistage proposées, une mammographie doit être prescrite devant certains symptômes évocateurs d'un cancer du sein.

4.5.8.2 La consultation initiale d'orientation

Un examen clinique mammaire annuel doit être réalisé chez toutes les femmes à partir de 25 ans, qu'elles soient à haut risque ou non, en vue de déceler d'éventuelles anomalies d'un sein (aspect global, voussure, attraction, ride, Inflammation, déformation du galbe...) ou d'un mamelon (rétraction, modifications d'orientation, ulcération, écoulement...).

La consultation initiale d'orientation est une consultation dédiée prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie, issue du Plan de rénovation du dépistage organisé du cancer du sein d'avril 2017, au cours de laquelle le médecin généraliste fait une évaluation du risque avec une approche personnalisée pour les patientes de 25 à 50 ans. (31)

L'examen clinique étant recommandé dans cette tranche d'âge, mais pas toujours pratiqué, pour différentes raisons, on peut imaginer que si celui-ci était pratiqué par les patientes elles-mêmes, de façon plus régulière, on découvrirait plus tôt certaines lésions.

4.6 L'autopalpation ou auto-examen des seins (AES)

Cette pratique doit compléter les recommandations de dépistage mais ne doit, en aucun cas, s'y substituer.

4.6.1 Méthode

Elle a pour but de former les femmes à porter une attention particulière à leur corps et à leur santé afin de mieux connaître leurs seins et de pouvoir détecter et signaler toute anomalie ou changement dès qu'il se présente.

L'AES ou autopalpation regroupe un ensemble de gestes simples qui devrait être pratiqué tous les mois, après les règles, dans la semaine qui suit, lorsque les seins sont le moins tendus.

Comme pour l'examen clinique effectué en cabinet, l'AES comprend une phase d'inspection et une phase de palpation. On retrouve différents tutoriels sur internet, diffusés par des associations de lutte contre le cancer du sein ou autres sites de vulgarisation, détaillant la technique de palpation.

Par exemple :

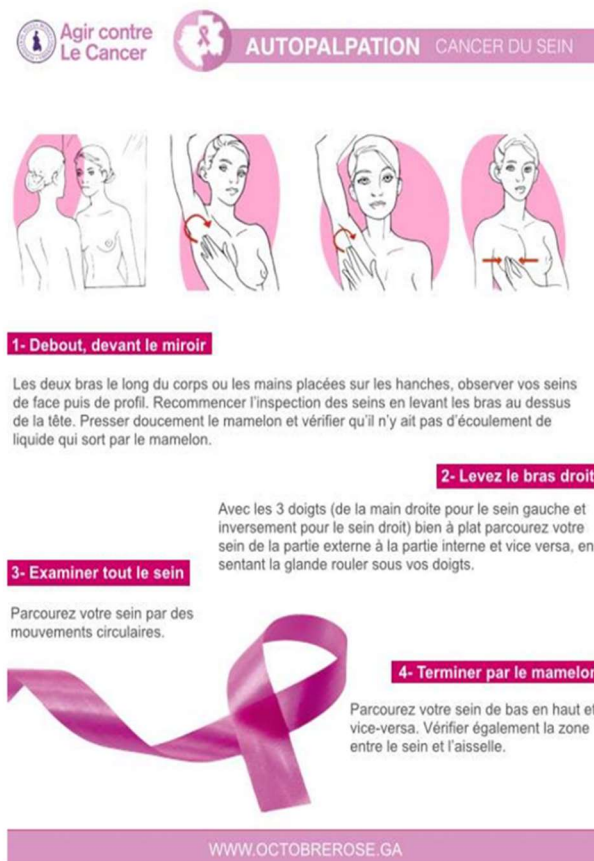


Figure 5 : Source cancerdusein.org (32)

4.6.2 Intérêts et limites

L'intérêt de la pratique de l'autopalpation reste cependant controversé

Selon l'OMS, il n'y a pas de preuve de l'efficacité de l'AES en tant que méthode de dépistage, en revanche, cette technique permet aux femmes de se responsabiliser et de prendre en charge leur santé. On peut donc recommander l'autopalpation ou AES pour sensibiliser les femmes à risque. (33)

Pour les femmes de moins de 50 ans n'entrant pas dans le dépistage organisé, l'autopalpation semble présenter un réel intérêt.

Cependant, elle n'est pas recommandée, pour les femmes entre 40 et 70 ans, pour lesquelles le surdiagnostic serait trop important et le bénéfice très faible. Une étude canadienne montre que selon une balance bénéfiques/risques, l'AES a plus d'effets néfastes (abus de consultations médicales et d'utilisation d'outils de dépistage) chez les femmes de plus de 40 ans qui font partie d'un dépistage organisé régulier.

En revanche, cette étude montre aussi qu'il existe un effet bénéfique de l'AES chez les femmes de moins de 40 ans qui ne sont pas soumises au dépistage organisé et pour qui il existe un risque faible mais non négligeable de développer un cancer du sein. (34)

Certaines études concluent au faible intérêt de la pratique de l'autopalpation en termes de diminution de la mortalité voire aux effets néfastes de celle-ci : anxiété, surdiagnostic, surconsommation d'examen complémentaires et faux positifs.

La Cochrane en 2003 concluait que l'AES n'avait pas d'effet bénéfique en matière de dépistage et pouvait même augmenter le nombre de diagnostics de lésions bénignes et de biopsies réalisées. (35)

De toutes les études citées, l'étude de Shanghai est celle qui offre les résultats de la plus grande qualité, au sujet de l'enseignement de l'AES. Cette étude est issue de l'analyse du cas de 266 064 femmes ayant été affectées au hasard à un groupe d'enseignement de l'AES ou à un groupe témoin. L'enseignement intensif de l'AES et son renforcement sur une période de cinq ans n'ont pas entraîné de diminution du taux de mortalité attribuable au cancer du sein. Ils ont toutefois entraîné une hausse du taux de biopsie mammaire bénigne dans le groupe AES, par comparaison avec le groupe témoin (risque relatif [RR], 1,84, intervalle de confiance [IC] à 95%, 1,73–1,95).

Mais on retrouve une référence montrant que lorsqu'il est bien enseigné et correctement appliqué, l'AES se montre efficace dans la découverte d'anomalies, (36) malheureusement peu d'études concluent sur la manière dont est réalisée l'autopalpation en pratique.

En conclusion, il semble que le niveau de preuve reste à ce jour insuffisant pour exclure l'autopalpation de la stratégie de prévention. L'AES semble essentiellement utile pour les femmes de moins de 50 ans, en-dehors de tout dépistage, mais toutes les sociétés savantes ne le recommandent pas.

A RETENIR

Les femmes jeunes présentent des caractéristiques tumorales particulières avec des grades tumoraux plus élevés, des stades tumoraux plus avancés et une incidence plus faible de tumeurs lobulaires.

Le dépistage de masse par mammographie est communément admis comme ayant la meilleure balance bénéfice-risque dans la population des femmes de 50 à 74 ans.

Les nouvelles recommandations du plan cancer incluent désormais également les femmes « jeunes », avec une consultation dédiée à l'évaluation du niveau de risque à l'âge de 25 ans.

L'autopalpation qui semblerait intéressante dans cette population reste controversée mais reste le seul point de départ à un diagnostic en dehors de tout suivi.

5 MATERIEL ET METHODE

5.1 Objectifs de l'étude

5.1.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de comparer, chez les femmes de moins de 50 ans n'entrant pas dans un processus de dépistage et atteintes de cancer du sein, la pratique régulière d'une autopalpation mammaire antérieure au diagnostic par rapport à l'absence de pratique régulière, en termes de diagnostic et de pronostic.

5.1.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- Recenser les modes de découverte du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans hors dépistage
- Décrire les caractéristiques des femmes atteintes de cancer du sein pratiquant régulièrement l'autopalpation mammaire auparavant, comparativement aux femmes atteintes de cancer du sein ne la pratiquant pas avant leur diagnostic
- Evaluer le taux de formation à l'autopalpation et son influence sur la pratique de l'autopalpation et sur le taux de diagnostic des cancers du sein par autopalpation

5.2 Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique portant sur les circonstances diagnostiques du cancer du sein chez la femme de moins de 50 ans, menée au sein de l'Institut Bergonié à Bordeaux, centre de lutte contre le cancer d'Aquitaine.

Notre critère de jugement était de connaître le taux de patientes ayant découvert leur cancer du sein par autopalpation mammaire.

5.3 Population étudiée

Elle est définie par les critères d'inclusion et d'exclusion :

5.3.1 Critères d'inclusion

- Femmes
- ≥ 18 ans et ≤ 50 ans
- Atteintes de cancer du sein
- Suivies à l'Institut Bergonié

- Diagnostiquées après le 1^{er} janvier 2017 (diagnostic anatomopathologique)
- En capacité et acceptant de répondre à un questionnaire téléphonique anonyme
- Ne faisant partie d'aucun programme de dépistage individuel ou de masse (selon les critères de l'HAS) :
 - Pas d'antécédent personnel de cancer du sein ou carcinome canalaire in situ
 - Pas d'irradiation thoracique médicale à haute dose
 - Pas d'antécédent d'hyperplasie canalaire ou lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire in situ
 - Pas d'antécédent familial de cancer du sein avec score d'indication à la consultation d'oncogénétique d'Eisinger ≥ 3 , et recherche de mutation non informative au niveau familial ou non réalisée
 - Pas d'identification d'une mutation BRCA1 ou 2 dans la famille

5.3.2 Critères de non-inclusion

- <18 ans
- >50 ans
- Diagnostic avant janvier 2017
- Femme faisant partie d'un programme de dépistage individuel ou de masse
- Suivi externe
- Refus ou capacité de compréhension ne permettant pas l'interrogatoire téléphonique

5.4 Autorisations légales

5.4.1 Autorisation de début de travail

Le sujet a été soumis à l'autorisation du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux qui a donné son accord pour le début de travail.

Afin d'avoir accès aux dossiers et de débiter le recueil des données, les autorisations m'ont été données par le service informatique de l'Institut Bergonié et par l'Unité de Gestion de Recherche Clinique et d'Information Médicale et de Surveillance Epidémiologique.

5.4.2 Autorisations auprès de la CNIL et du CPP

Il s'agit d'une recherche non interventionnelle rétrospective, n'entrant donc pas dans la loi Jardé et ne nécessitant pas d'autorisation spécifique de la part de la CNIL ou du CPP, puisqu'une demande d'accord individuel était faite directement lors de l'appel téléphonique, et les demandes d'autorisation pour les recherches sur dossiers sont automatiques avec le dossier d'admission des patients dans les structures de soin.

Les démarches à effectuer auprès de ces instances doivent être faites par l'intermédiaire du centre dans lequel s'effectue l'étude. Après demande auprès des différents intervenants au niveau de l'Institut Bergonié : pôle de biostatistiques, Unité de Gestion de Recherche Clinique, Unité d'Information Médicale et de Surveillance Epidémiologique, celles-ci m'ont toutes répondu que cette étude ne nécessitait pas de démarche spécifique auprès de ces instances du fait de l'absence de modification de la prise en charge des patientes et du type monocentrique de l'étude.

5.5 Recueil des données

5.5.1 Sélection des patientes

Le recrutement a été effectué à partir des bases de données de l'Institut Bergonié auxquelles l'accès m'a été autorisé dans le cadre de cette étude.

Les bases utilisées étaient les listes des patientes dont les dossiers étaient discutés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à l'Institut : RCP avec patientes, RCP sur dossiers, RCP post-chirurgicales et RCP onco-sein.

Les dossiers ont été étudiés à partir du mois de mai 2017 jusqu'au mois de juin 2017. Les patientes ont été recrutées selon les critères d'inclusion et d'exclusion sur étude des dossiers après classement de ceux-ci en fonction de l'âge des patientes.

Les patientes recrutées ont été codées selon le schéma Patient n°X, en fonction de leur ordre de recrutement. Les listes complètes ont été anonymisées après recrutement en numérotant les patientes selon le code P X, afin d'analyser la population globale de laquelle était tiré l'échantillon.

5.5.2 Réalisation du questionnaire

Une fois les patientes sélectionnées, notre étude a pour but de déterminer les circonstances de découverte de la maladie.

Pour cela, un questionnaire téléphonique a été choisi afin d'obtenir les informations les plus fiables sur la découverte des premiers symptômes.

Les informations recueillies portaient sur le contexte social (état matrimonial, nombre d'enfants, niveau d'étude, catégorie professionnelle), le suivi gynécologique antérieur, le mode de découverte des premiers symptômes, le délai de consultation, la pratique ou non d'une autopalpation mammaire, les premiers examens complémentaires et leur délai de réalisation.

Le type de cancer, le stade TNM clinique initial et la taille de la tumeur lors de la première consultation étaient relevés dans le dossier médical des patientes.

Un premier questionnaire a été créé et testé sur une dizaine de patientes et après discussion sur les informations les plus pertinentes à analyser et la façon dont les données pourraient

être analysées, celui-ci a été modifié pour obtenir le questionnaire définitif. Les données relevées étant inchangées, et les informations manquantes dans le questionnaire initial ayant pu être retrouvées dans les dossiers, ou ayant été données spontanément par les patientes lors des entretiens et notées sur les premiers questionnaires, les dix premières patientes rentrent dans l'étude au même titre que les autres. Le questionnaire utilisé a été annexé à ce travail.

5.5.3 Modalités de contact des patientes

Après inclusion, les patientes correspondant aux critères de sélection ont été contactées par téléphone.

Leur accord leur était demandé directement par téléphone, afin de répondre au questionnaire standardisé et anonyme, présent en annexe, portant sur les données sociales et le suivi antérieur, les circonstances de découverte, ce qu'elles connaissaient concernant la pratique de l'autopalpation mammaire et les premiers examens complémentaires réalisés ayant permis le diagnostic.

En l'absence de réponse, un message vocal leur était laissé afin de les informer qu'elles étaient contactées dans le cadre d'une étude statistique entreprise par l'intermédiaire de l'institut Bergonié, sans détail sur le sujet de l'étude. En l'absence de réponse au troisième appel ou en cas de refus, elles ne pouvaient plus être incluses dans l'étude.

5.6 Traitement des données

Les résultats ont été enregistrés selon le codage décrit ci-dessus, dans un tableau EXCEL version 1712 sur Office 365, puis analysés avec l'aide du Pôle de biostatistiques de l'Institut Bergonié.

Les tests statistiques utilisés étaient le test du Chi2 ou le test de Fisher pour comparer les proportions en fonction des effectifs retrouvés, et le test de Wilcoxon pour comparer les moyennes.

6 RESULTATS

6.1 Population

6.1.1 Population totale

Durant les mois de mai et juin 2017, 421 patients ont vu leur dossier discuté en RCP de sénologie (RCP Comité Sein sur dossier ou avec patient, RCP post-chirurgicale, RCP onco-sein). Parmi ces patients, on retrouvait 2 hommes.

On dénombrait 127 patientes de moins de 50 ans (Age \leq 50 ans), soit 30,1% des dossiers. Parmi elles, 70 patientes ont été exclues :

- 43 avaient été diagnostiquées avant janvier 2017
- 9 étaient suivies dans un autre centre que l'Institut Bergonié
- 18 participaient à un dépistage individuel

57 patientes ont été incluses dans l'étude (soit un taux d'inclusion de 44,9%) et 41 patientes ont pu être contactées par téléphone pour répondre au questionnaire (soit un taux de réponse de 72%).

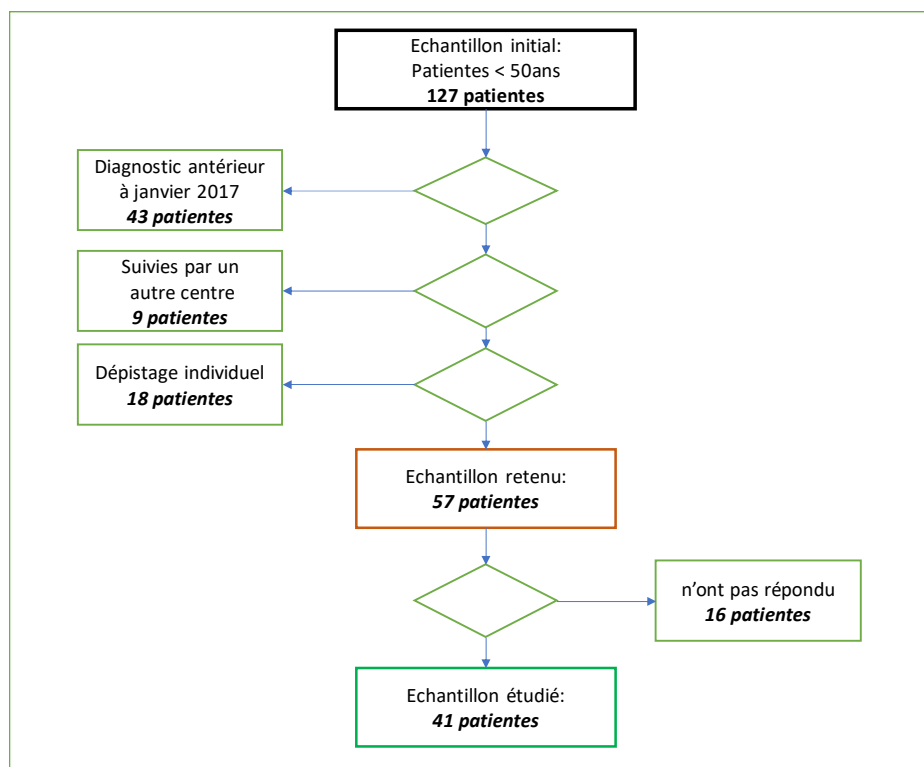


Figure 6 : diagramme de flux

Parmi cet échantillon de 41 patientes, l'âge médian était de 42 ans, et l'âge moyen de 41,8 ans. Les plus jeunes avaient 30 ans et les plus âgées avaient 50 ans. On peut diviser cette population en 2 groupes :

- < 40 ans : 14 patientes (34,1%)
- ≥ 40 ans : 27 patientes (65,9%)

En fonction de notre critère de jugement principal, nous avons, dans un second temps, divisé l'effectif en deux groupes afin de comparer l'autopalpation mammaire aux autres modes de découverte. Ces deux groupes étant d'effectifs réduits, les conclusions statistiques étaient limitées.

6.1.2 Caractéristiques de l'échantillon

Parmi les patientes incluses, il y avait 12 célibataires, soit 29,3% de l'échantillon, et 29 patientes en couple (15 mariées, 3 pacsées, 11 en union libre) soit 70,7% de l'échantillon. Elles avaient en moyenne 1,6 enfants : 8 n'avaient pas d'enfant (soit 19,5%) et 33 (80,5%) avaient jusqu'à 4 enfants.

Pour comparaison, le nombre moyen d'enfants par femme en 2016 en France était de 1.93. (37)

Le niveau scolaire moyen était assez élevé. En effet, 78.1% des patientes ont au moins un baccalauréat et ont fait des études supérieures : 4 avaient un Bac, et 28 avaient fait des études supérieures. Pour les autres patientes, 4 étaient titulaires d'un BEP, 3 du brevet des collèges, une d'un CAP et une était sans diplôme.

Pour comparaison, en France en 2011, 29.8% de la population des 25-64 ans étaient diplômés de l'enseignement supérieur. (38)

La répartition en catégories socio-professionnelles est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Catégories socio-professionnelles de l'échantillon

| | N=41 | % |
|--|-------------|----------|
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 6 | 14.6 |
| Autres personnes sans activité professionnelle | 4 | 9.8 |
| Cadres et professions intellectuelles supérieures | 10 | 24.4 |
| Employés | 12 | 29.3 |
| Ouvriers | 1 | 2.4 |
| Professions Intermédiaires | 8 | 19.5 |

6.2 Le suivi antérieur

Il a été demandé aux patientes si leur suivi gynécologique était annuel, occasionnel ou si elles n'en avaient pas. Pour 24 d'entre elles (58.5%) le suivi gynécologique se faisait de façon annuelle. Pour 15 patientes (36.6%), il était occasionnel et 2 (4.9%) n'avaient aucun suivi gynécologique.

Selon un sondage OpinionWay pour la MGEN en 2011, 19% des femmes en France déclaraient ne pas avoir de suivi gynécologique régulier. (39)

Pour 21 d'entre elles (51.2%), la dernière palpation mammaire par un professionnel de santé remontait à moins d'un an, entre un et 2 ans pour 9 d'entre elles (22%) et plus de 2 ans pour 11 (26,8%).

La pratique de mammographies régulières existe également en-dehors de toute indication de dépistage. Chez les patientes interrogées, 11 patientes avaient un suivi régulier par mammographie, soit 26,8% de notre échantillon. Ces patientes avaient toutes plus de 40 ans. Ceci représente 40,7% des patientes de plus de 40 ans dans notre échantillon.

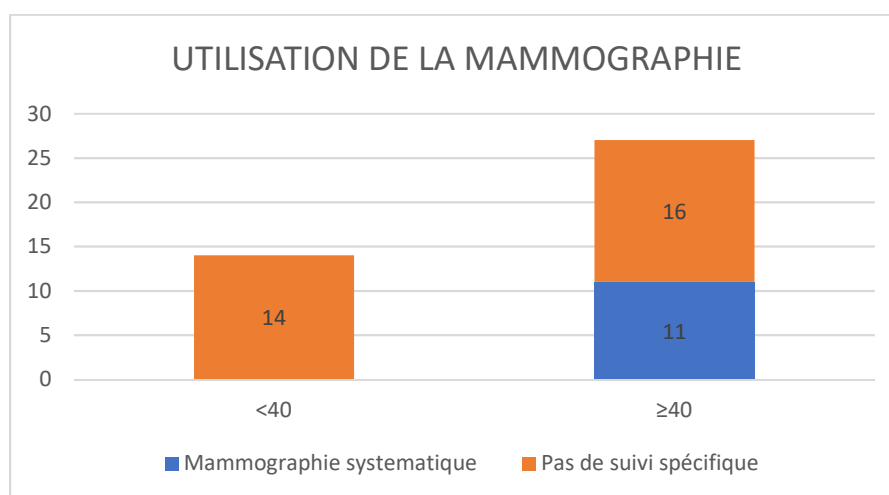


Figure 7 : Utilisation de la mammographie en fonction de l'âge

Ces mammographies ont été réalisées sans recommandation particulière. On a retrouvé différents intervalles selon les patientes : tous les 2 ans pour la majorité (6 d'entre elles), tous les ans pour 3 d'entre elles et à la demande pour les 2 dernières.

6.3 Les circonstances de découverte

6.3.1 Mode de découverte

Dans la majorité des cas, les patientes avaient découvert les premiers symptômes par hasard : 24 patientes soit 58.5% de l'échantillon. Treize les ont découverts lors d'une autopalpation (31.7%) et pour 4 patientes (9,8%), c'est le gynécologue qui a découvert les symptômes lors de l'examen clinique.

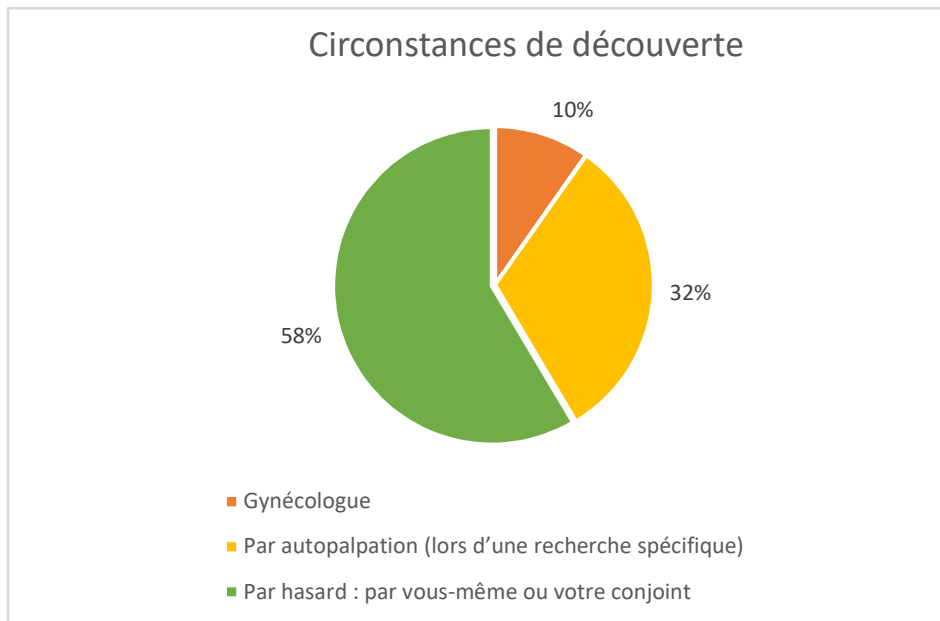


Figure 8 : Circonstances de découverte

6.3.2 Symptômes initiaux

Les premiers symptômes retrouvés sont exposés dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Symptômes initiaux

| | N=41 | % |
|---|-------------|----------|
| Ecoulement | 1 | 2.4 |
| Masse | 33 | 80.5 |
| Modification de la forme du sein | 2 | 4.9 |
| Tension /Douleur | 5 | 12.2 |

6.3.3 Réaction initiale

À la suite de la découverte de ces symptômes, que ce soit par elles-mêmes ou par leur gynécologue, les femmes n'ont pas forcément cherché d'information complémentaire. En effet, seulement 8 sur les 41 patientes (19.5%) ont recherché des informations : 5 femmes ont cherché sur des sites « officiels » (INCa, Ligue contre le cancer...), les 3 autres sur des sites internet de vulgarisation ou sur des forums.

6.4 La prise en charge diagnostique

6.4.1 Consultation initiale

A la suite de la découverte des premiers symptômes, les patientes ont, majoritairement, consulté un médecin généraliste (leur médecin traitant). Trois patientes ont consulté une sage-femme, 11 ont consulté un gynécologue et 23 un médecin généraliste.

Les patientes dont les symptômes ont été découverts par le gynécologue (4 patientes) n'ont pas consulté par ailleurs.

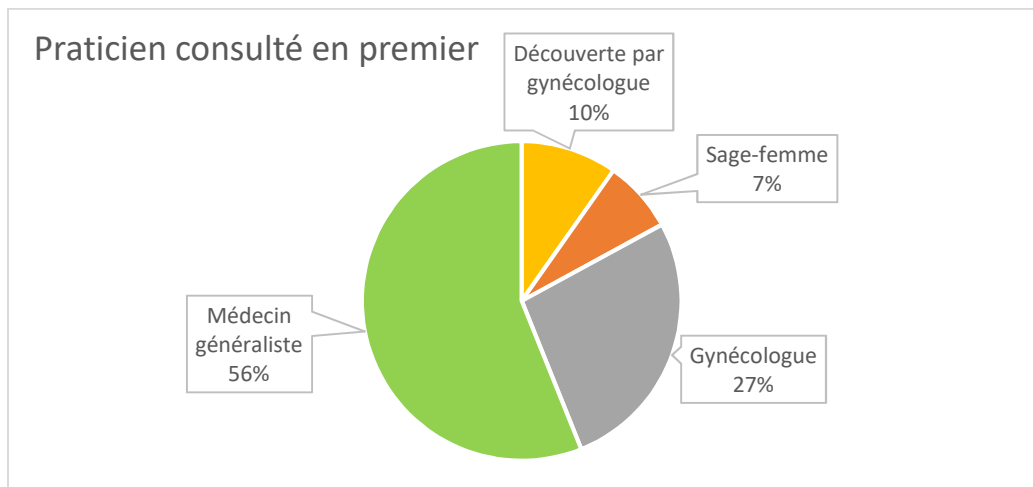


Figure 9 : Praticien consulté à la suite de la découverte des premiers symptômes

Le délai de consultation (pour les 37 autres patientes) variait de 1 jour au minimum à 120 jours au maximum, avec une médiane à 8,5 jours et une moyenne de 24,68 jours.

6.4.2 Examens complémentaires

Les examens prescrits en première intention étaient l'association mammographie + échographie en majorité pour 21 patientes (51,2%), la mammographie seule pour 12 patientes (29,3%) et l'échographie seule pour 8 patientes (19,5%).

Ces examens ont été obtenus par les patientes dans les centres de radiologie avec un délai moyen de 11,46 jours et un délai médian de 9 jours. Le délai le plus rapide étant un examen le jour-même, et le délai le plus long de 45 jours.

Après l'imagerie, la biopsie était proposée et programmée dans un délai médian de 4 jours. Une des patientes n'a eu sa biopsie qu'au bout d'un an du fait de difficultés diagnostiques, ce délai s'étale donc de 0 jours à 360 jours. Cette dernière a été retirée de l'échantillon pour le calcul de la moyenne ce délai étant considéré comme incohérent. Le délai moyen d'obtention de la biopsie était de 5,76 jours.

A la suite de cette biopsie, la première consultation d'oncologie, qu'elle soit une consultation de chirurgie, une consultation médicale ou un comité sein (réunion de concertation pluridisciplinaire en présence de la patiente), avait lieu dans un délai médian de 17 jours et un délai moyen de 19,71 jours. Le délai le plus court était de 3 jours et le plus long de 47 jours. Ce délai comprend également la période d'attente des résultats anatomopathologiques de la biopsie.

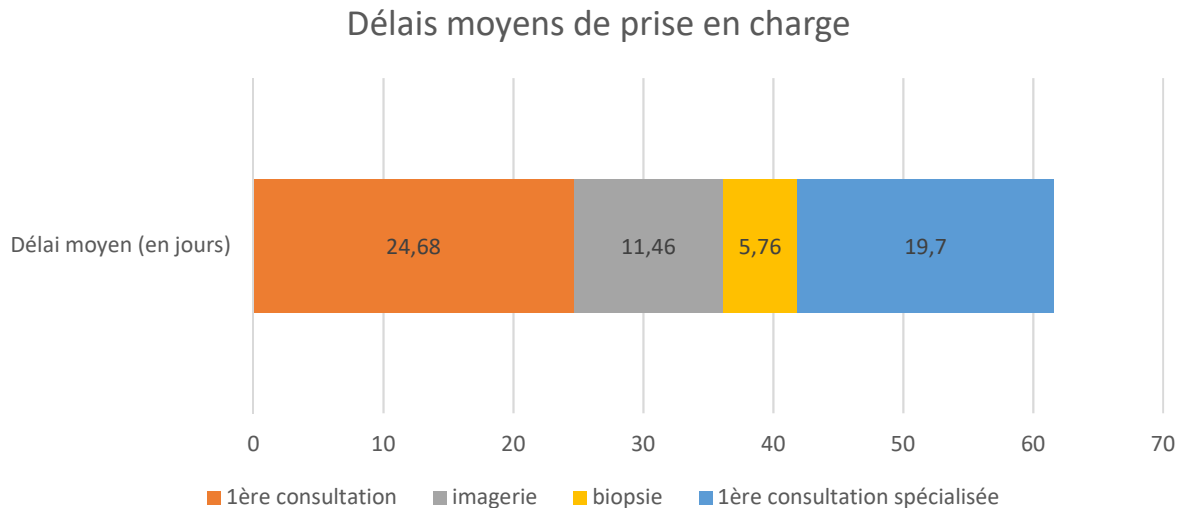


Figure 10: Délais moyens de prise en charge

6.5 Les caractéristiques des tumeurs

6.5.1 Stades des tumeurs

Les stades les plus fréquents sont les stades T2, qui représentent 43.9% des tumeurs de l'échantillon. On retrouve autant de stades T1 que de T3. Il existait un envahissement ganglionnaire pour 15 patientes, donc 36.6% des cas, et un seul cas métastatique dans l'échantillon.

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 4 : Stades tumoraux

| | | N=41 | % |
|-----------|-----|-------------|----------|
| cT | cT0 | 2 | 4.9 |
| | cT1 | 10 | 24.4 |
| | cT2 | 18 | 43.9 |
| | cT3 | 10 | 24.4 |
| | cT4 | 1 | 2.4 |
| cN | N0 | 26 | 63.4 |
| | N1 | 15 | 36.6 |
| cM | M0 | 40 | 97.6 |
| | M1 | 1 | 2.4 |

6.5.2 Tailles des tumeurs

La taille des tumeurs est donnée pour 37 patientes. Pour 4 patientes, la tumeur était impalpable : 3 étaient de très petites tumeurs et une patiente présentait uniquement des microcalcifications. Pour les autres, les tailles palpées variaient de 8 à 100mm avec une médiane à 40mm.

6.5.3 Grades des tumeurs

La majorité des tumeurs étaient SBR III (19 lésions ce qui représente 46.3% de l'échantillon). Il y avait 17 grades II (41.5%), et 4 grades I (9.8%). Pour une patiente, le grade n'a pas été déterminé car il s'agissait d'un carcinome apocrine infiltrant (CAI).

Tableau 5 : Grades tumoraux

| Grades | N=41 | % |
|----------------|------|------|
| CAI | 1 | 2.4 |
| SBR I | 4 | 9.8 |
| SBR II | 17 | 41.5 |
| SBR III | 19 | 46.3 |

6.5.4 Types de cancers

Les types de tumeurs les plus représentés étaient les carcinomes canaux infiltrants (75.6%), ce qui correspond aux proportions retrouvées dans les cohortes de patientes atteintes de cancer du sein. On retrouve également des cancers moins avancés avec des carcinomes canaux in situ, mais en faible proportion (9.8%), et des carcinomes lobulaires infiltrants (9.8%).

Tableau 6 : Types de cancer

| Types de cancers | N=41 | % |
|------------------|------|------|
| CAI | 1 | 2.4 |
| CCI | 31 | 75.6 |
| CCI+ CCIS | 1 | 2.4 |
| CCIS | 4 | 9.8 |
| CLI | 4 | 9.8 |

6.5.5 Caractéristiques moléculaires

Sur le plan moléculaire, on retrouve plus de tumeurs à récepteurs hormonaux négatifs, plus de tumeurs surexprimant HER 2. Une mutation BRCA a été retrouvée chez 3 patientes à la suite du diagnostic de cancer.

Tableau 7 : Caractéristiques moléculaires

| | N=41 | % | |
|-----------------------------|-------------|----------|------|
| Récepteurs hormonaux | | | |
| | Positifs | 7 | 17,1 |
| | Négatifs | 30 | 73,2 |
| Surexpression HER 2 | | | |
| | OUI | 25 | 61 |
| | NON | 11 | 26,8 |
| BRCA | | | |
| | Positif | 3 | 7,3 |
| | Négatif | 38 | 92,7 |

6.6 L'autopalpation

Parmi les 41 patientes contactées, 21 pratiquaient régulièrement une autopalpation, sans précision de fréquence ou de technique, ce qui représente 51.2% sur cet échantillon. Pour l'analyse, 2 groupes ont été définis :

- Les femmes pratiquant régulièrement l'autopalpation : Groupe A (N=21)
- Les femmes ne pratiquant pas l'autopalpation de façon régulière : Groupe PA (N=20)

Ces groupes étant d'effectifs réduits, les conclusions statistiques étaient limitées.

6.6.1 Formation à l'autopalpation

Il leur a été demandé, si elles avaient déjà bénéficié d'une formation à l'autopalpation, ce qui avait été le cas pour 11 patientes (26,8%). Lorsqu'elles avaient eu une formation, celle-ci avait été prodiguée majoritairement par leur gynécologue (7 patientes), et parfois par une sage-femme (une patiente) ou le médecin généraliste (une patiente).

Les patientes du Groupe A avaient été formées pour 11 d'entre elles, soit 52,4% du Groupe A. Toutes les patientes formées à l'autopalpation déclaraient pratiquer régulièrement celle-ci.

Tableau 8 : Autopalpation et formation à celle-ci en fonction du mode de découverte

| Pratique régulière de l'autopalpation | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Mode de découverte | Pas de formation à l'autopalpation | Formation à l'autopalpation | Total |
| NON (Groupe PA) | 20 | | 20 |
| Par autopalpation (lors d'une recherche spécifique) | 2 | | 2 |
| Par hasard : par vous-même ou votre conjoint | 15 | | 15 |
| Gynécologue | 3 | | 3 |
| OUI (Groupe A) | 10 | 11 | 21 |
| Par autopalpation (lors d'une recherche spécifique) | 3 | 8 | 11 |
| Par hasard : par vous-même ou votre conjoint | 7 | 2 | 9 |
| Gynécologue | | 1 | 1 |
| Total | 30 | 11 | 41 |

Les patientes ayant eu une formation à l'autopalpation ont majoritairement trouvé leur maladie par un auto-examen des seins : 8 patientes sur les 11, soit 72,7%.

En revanche, les patientes n'ayant pas eu de formation à l'autopalpation, mais la pratiquant régulièrement, ont plus souvent trouvé les premiers symptômes par hasard : 3 patientes par autopalpation soit 30% des patientes pratiquant l'autopalpation sans formation, et 7 patientes par hasard soit 70%.

6.6.2 Le mode de découverte

Parmi les patientes du Groupe A, 11 ont découvert leur maladie par autopalpation, ce qui représente 52,4% de ces patientes. Parmi les patientes du Groupe PA, 2 ont tout de même trouvé les premiers symptômes par autopalpation pratiquée de façon ponctuelle.

6.6.3 Profil des patientes pratiquant l'autopalpation

6.6.3.1 Age des patientes

Lorsqu'on analyse le profil des patientes du Groupe A, celles-ci ont plutôt, plus de 40 ans (76,2% des femmes pratiquant l'autopalpation). En revanche, il n'existe pas de différence statistiquement significative lorsqu'on analyse la moyenne d'âge entre les femmes du Groupe A et du Groupe PA (test de Wilcoxon, P=0,38).

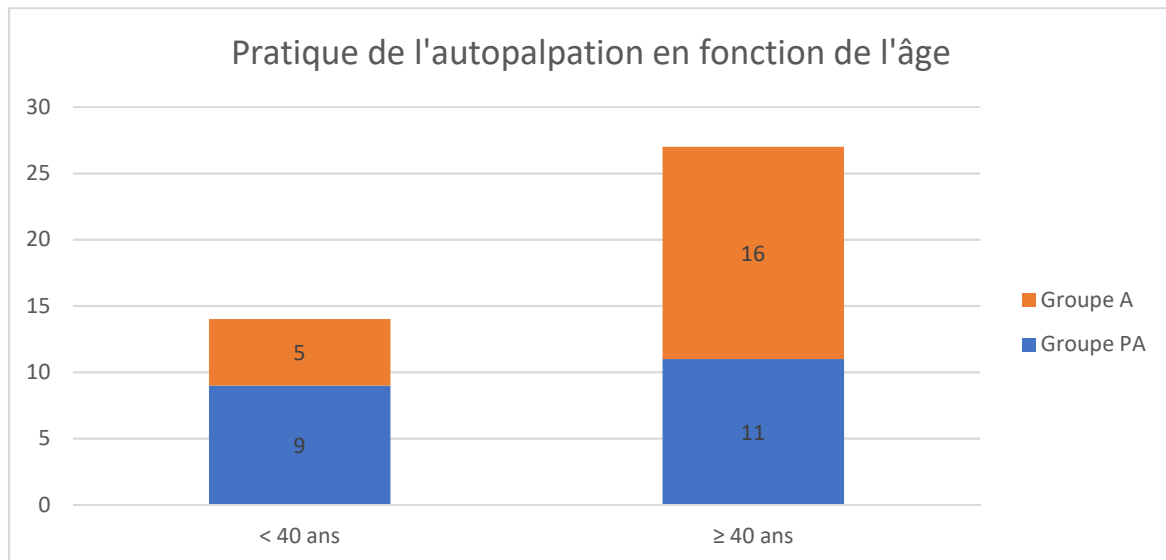


Figure 11 : Pratique de l'autopalpation ou non en fonction de l'âge (N=41)

6.6.3.2 Statut marital

Sur le statut marital, les proportions de femmes en couple et célibataires ne montrent pas de différence statistiquement significative : le groupe ne pratiquant pas régulièrement l'autopalpation comprend 25% de célibataires et 75% de femmes en couple. Le groupe pratiquant régulièrement l'autopalpation comprend 33,3% de célibataires et 66,7% de femmes en couple. Le test du Chi2 ne retrouve pas de différence significative sur ce critère : $p=0,6$.

Tableau 9 : Statut marital des femmes pratiquant l'autopalpation

| | GRUPE PA | GRUPE A | TOTAL |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|
| CELIBATAIRES | 5 | 7 | 12 |
| EN COUPLE | 15 | 14 | 29 |
| TOTAL | 20 | 21 | 41 |

6.6.3.3 Nombre d'enfants

Le nombre d'enfants par femme ne diffère pas non plus de façon significative entre les 2 groupes. Les patientes du Groupe PA avaient en moyenne 1,85 enfants/femme (médiane = 2 enfants/femme). Les patientes du Groupe A avaient en moyenne 1,38 enfants/femme (médiane = 2 enfants/femme). Le test de Wilcoxon pratiqué sur ces 2 groupes ne retrouve pas de différence significative avec $P = 0,20$.

6.6.3.4 Le niveau d'étude

Les femmes du Groupe PA sont 65% (13 patientes sur les 20) à avoir un niveau BAC ou supérieur, contre 90,5% (19 patientes sur les 21) chez les femmes du Groupe A. Cette différence est proche de la significativité avec le test de Fisher ($p=0,07$).

6.6.4 Le suivi antérieur

6.6.4.1 Suivi gynécologique

Si on compare le suivi gynécologique des patientes, il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes. Il y a 12 patientes ayant un suivi gynécologique annuel dans chaque groupe (60% du Groupe PA, 57,1% du Groupe A). Les patientes ayant un suivi occasionnel ou pas de suivi du tout ont été regroupées pour l'analyse. Il y en avait 8 parmi le Groupe PA et 9 dans le Groupe A. Le test du Chi2 ne retrouve pas de différence statistiquement significative ($p=0,85$).

6.6.4.2 Pratique de mammographies régulières hors dépistage

En ce qui concerne la pratique de mammographies régulières en-dehors d'un dépistage, 2 patientes en avaient dans le groupe PA (soit 10% de ce groupe), contre 7 dans le groupe A (soit 33,3% de ce groupe). Le test de Fisher ne retrouve pas de différence significative sur ce point ($p=0,45$).

6.6.5 Les délais de consultation

6.6.5.1 Consultation initiale

Dans le Groupe A, le délai moyen de première consultation était de 29,57 jours, et le délai médian de 17,5 jours. Dans le Groupe PA, le délai moyen est de 15,85 jours, et le délai médian de 4 jours. Le test de Wilcoxon ne retrouve pas de différence significative entre les 2 groupes ($p=0,32$).

6.6.5.2 Premier examen d'imagerie et biopsie

Les tests statistiques ne retrouvent pas de différence significative entre les 2 groupes en ce qui concerne le délai d'obtention du premier examen d'imagerie (médiane : 11,5 jours pour le groupe PA et 4 jours pour le groupe A, Wilcoxon, $p=0,15$) ou le délai d'obtention de la biopsie (médiane : 4,5 jours pour le groupe PA, et 4 jours pour le groupe A, Wilcoxon, $p=0,66$).

6.6.5.3 Première consultation d'oncologie

En revanche, il existe une différence significative dans le délai d'obtention de la première consultation d'oncologie (Groupe PA : délai médian = 14,5 jours, Groupe A : délai médian = 24 jours). Le test de Wilcoxon montre une différence significative avec un $p=0,006$.

6.6.6 Les caractéristiques des tumeurs

6.6.6.1 Taille

Il n'a pas été retrouvé de différence significative dans la taille des tumeurs au moment du diagnostic entre les 2 groupes (Wilcoxon, $p=0,76$). Dans le Groupe A, la taille médiane était de 40mm, avec une taille minimum de 8mm et maximum de 100mm. Dans le Groupe PA, la taille médiane était de 45mm, avec une taille minimum de 10mm et maximum de 80mm.

6.6.6.2 Stade

Tableau 10 : Stades tumoraux

| | GROUPE PA | | GROUPE A | |
|-----------|-----------|------|----------|-------|
| | N=20 | % | N=21 | % |
| CT | | | | |
| CT0 | . | . | 2 | 9.5 |
| CT1 | 4 | 20.0 | 6 | 28.6 |
| CT2 | 10 | 50.0 | 8 | 38.1 |
| CT3 | 6 | 30.0 | 4 | 19.0 |
| CT4 | . | . | 1 | 4.8 |
| CN | | | | |
| N0 | 13 | 65.0 | 13 | 61.9 |
| N1 | 7 | 35.0 | 8 | 38.1 |
| CM | | | | |
| M0 | 19 | 95.0 | 21 | 100.0 |
| M1 | 1 | 5.0 | . | . |

Les résultats concernant le stade tumoral sont présentés dans le tableau ci-dessus. Il est difficile de tester statistiquement les 2 groupes du fait d'effectifs insuffisants.

6.6.6.3 Grade

Tableau 11 : Grades tumoraux

| Grade | Groupe PA | | Groupe A | | Total | |
|-----------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | N=20 | % | N=21 | % | N=41 | % |
| Hors SBR | . | . | 1 | 4.8 | 1 | 2.4 |
| SBR I | 3 | 15.0 | 1 | 4.8 | 4 | 9.8 |
| SBR II | 7 | 35.0 | 10 | 47.6 | 17 | 41.5 |
| SBR III | 10 | 50.0 | 9 | 42.9 | 19 | 46.3 |

La tumeur non classée était un carcinome apocrine infiltrant. De même que pour les stades tumoraux, la comparaison entre les 2 groupes est difficile du fait du manque d'effectifs.

6.6.7 Les traitements

Les résultats concernant les traitements sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12 : Traitements

| | Groupe PA | | Groupe A | | Total | |
|--------------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | N=20 | % | N=21 | % | N=41 | % |
| Chirurgie du sein | | | | | | |
| Pas de chirurgie | 1 | 5.0 | . | . | 1 | 2.4 |
| Mastectomie | 10 | 50.0 | 6 | 28.6 | 16 | 39.0 |
| Tumorectomie | 9 | 45.0 | 15 | 71.4 | 24 | 58.5 |
| Chirurgie ganglionnaire | | | | | | |
| Pas de chirurgie | 1 | 5.0 | . | . | 1 | 2.4 |
| Curage | 10 | 50.0 | 10 | 47.6 | 20 | 48.8 |
| Ganglion sentinelle | 9 | 45.0 | 11 | 52.4 | 20 | 48.8 |
| Radiothérapie | | | | | | |
| NON | 4 | 20.0 | 2 | 9.5 | 6 | 14.6 |
| OUI | 16 | 80.0 | 19 | 90.5 | 35 | 85.4 |
| Chimiothérapie | | | | | | |
| NON | 4 | 20.0 | 4 | 19.0 | 8 | 19.5 |
| OUI | 16 | 80.0 | 17 | 81.0 | 33 | 80.5 |

Entre les 2 groupes, la proportion de mastectomie était de 50% dans le Groupe PA et 28,6% dans le Groupe A, mais il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes avec un test du Chi2 ($p=0,12$).

PRINCIPAUX RESULTATS

Les principaux modes de découverte observés dans cette étude étaient :

- Le hasard à 58,5% sur l'échantillon global
- L'autopalpation mammaire à 31,7%

Critère de jugement :

Pratique régulière de l'autopalpation mammaire (Groupe A) : 51,2% de l'échantillon, dont :

- 52,4% formées à cette pratique (soit 26,8% de l'échantillon).
- Toutes les patientes formées à l'autopalpation la pratiquaient régulièrement.
- Découverte par hasard 42,9%, (contre 75% dans le Groupe PA).

Sur ce critère de jugement, le taux variait en fonction de la tranche d'âge :

- Groupe A : 76,2% de femmes de plus de 40 ans,
- Groupe PA : 55% de femmes de plus de 40 ans.

7 DISCUSSION

7.1 Justification du protocole

Les différentes études retrouvées se concentraient sur les femmes de moins de 40 ans, pour les études s'intéressant aux femmes jeunes, ou aux femmes de plus de 50 ans, pour les études concernant les dépistages. Après les travaux d'état des lieux du dépistage organisé, il était temps de s'intéresser au diagnostic du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans.

Dans le cadre d'une pratique en médecine générale, et devant les implications d'un tel diagnostic chez de jeunes femmes, souvent mères, actives, nous devons nous poser la question des acteurs de ce diagnostic, de sa précocité, et de l'intérêt de l'autopalpation.

Tenant compte des dernières recommandations en termes de prévention du cancer du sein, avec la préconisation d'une consultation dédiée à l'âge de 25 ans, le médecin généraliste se retrouve confronté à des interrogations majeures :

Quels signes doivent inciter le médecin à prescrire des examens complémentaires ?

Faut-il étendre le dépistage aux femmes plus jeunes ? A partir de quel âge ?

Le médecin généraliste doit-il conseiller et enseigner l'autopalpation chez les patientes n'entrant pas dans un protocole de dépistage ?

7.1.1 Type d'étude

Une étude rétrospective a été choisie puisqu'il est difficile de recruter les patientes au moment du diagnostic, celui-ci étant principalement fait en cabinet de médecine générale. Nous avons choisi d'interroger des patientes dont le diagnostic était récent afin que les informations soient le plus fiable possible. Les modalités de recrutement ayant été définies au mois d'avril 2017, une date limite au 1^{er} janvier 2017 a été déterminée.

Cette étude était monocentrique, effectuée à l'Institut Bergonié qui recrute des patients de toute la Nouvelle Aquitaine ce qui limitait les biais de sélection dus à ce type d'études.

Nous avons décidé d'effectuer une étude descriptive afin de pouvoir étudier plus de paramètres de la période diagnostique des cancers du sein chez ces patientes. Ceci permettait d'étudier également les premiers examens diagnostiques et les délais de consultations, ce qui aurait été plus difficile avec une étude cas-témoins.

7.1.2 Questionnaire

Les questionnaires ont été conçus principalement avec des questions fermées pour recueillir des données quantitatives. Nous avons fait le choix de conserver quelques questions ouvertes afin de recueillir plus d'informations en particulier personnelles et des précisions sur les circonstances de découverte des symptômes. Le contact téléphonique un meilleur taux de

réponse et de pouvoir expliciter les questions directement, en comparaison à un questionnaire papier distribué en consultation.

7.1.3 Recrutement

Nous avons pu obtenir un échantillon de patientes important par l'intermédiaire de l'Institut Bergonié qui recrutait des patients de toute la Nouvelle Aquitaine. L'utilisation des listes de passage en réunion de concertation pluridisciplinaire permettait de recruter les patientes en début de prise en charge, et était un bon moyen de trier les patients en fonction de leur maladie. Nous avons effectué le recrutement sur 2 mois, et avons obtenu un échantillon de 57 patientes qui était suffisant pour une étude descriptive. Nous n'avons pu avoir que 41 patientes au téléphone, les autres n'ayant pas répondu aux appels.

7.1.4 Intérêt en soins primaires

Cette étude s'inscrit dans les soins primaires puisque le but était d'identifier les premiers symptômes et les premières réactions des patientes ne participant pas à un dépistage organisé ou un dépistage individuel. Le médecin généraliste semble être, spontanément, le premier interlocuteur dans ces situations, et cette étude l'a bien démontré.

Par ailleurs, les dernières recommandations en matière de prévention du cancer du sein dans cette population, donnent au médecin généraliste un rôle central, en mettant en place cette consultation dédiée pour les femmes de 25 ans afin de les orienter dans le parcours de prévention à leur proposer.

7.2 Limites et biais de l'étude

Une des limites de cette étude a été le fait qu'elle était monocentrique. Cependant, même s'il existe de nombreux centres prenant en charge des patientes ayant un cancer du sein, l'Institut Bergonié présente l'avantage d'être un centre de lutte contre le cancer (CLCC), centre de référence régional dédié aux soins, à la recherche et à la formation dans le domaine de la cancérologie. Il recrute donc des patients venant de toute la Nouvelle Aquitaine. Malgré tout, ce type d'étude entraîne un biais de sélection. Un second biais de sélection est dû à l'enquête par questionnaire téléphonique, puisque seules les patientes disponibles lors des appels étaient interrogées.

Une autre limite importante de cette étude est son caractère rétrospectif, ce qui entraîne un biais inhérent à ce type d'enquêtes, le biais de mémorisation : certaines informations ont pu être oubliées, ou erronées. Nous avons essayé de limiter ce biais en ne recrutant que les patientes dont le diagnostic datait d'après le 1^{er} janvier 2017, afin d'avoir des informations récentes, et en utilisant les informations des dossiers informatiques.

L'effectif de notre population d'étude est resté limité. Les sous-groupes de patientes dans l'analyse statistique en ont été d'autant plus réduits, rendant compliqués les tests statistiques et l'extrapolation des résultats à la population générale.

7.3 Comparaison des résultats avec la littérature

7.3.1 Echantillon

Dans notre échantillon (recruté parmi des patients suivis pour cancer du sein au sein de l'Institut Bergonié, dont le dossier a été discuté en RCP entre mai et juin 2017), les patientes de moins de 50 ans représentaient 30,1% des dossiers.

Si on considère ces dossiers comme représentatifs de la population des patients atteints de cancer du sein, on pouvait les comparer aux chiffres de l'INCa. Selon les chiffres de 2012, les patientes de moins de 50 ans représentaient 22% des personnes atteintes. Nos chiffres semblaient donc cohérents par rapport aux études précédentes. La proportion légèrement supérieure pouvait s'expliquer par le haut niveau de technicité et d'expertise du centre qui recrutait des cas plus complexes.

La séparation en 2 groupes de l'échantillon, < 40 ans et ≥ 40 ans, a permis de comparer les groupes avec les études retrouvées qui s'intéressaient souvent aux tranches 30-40 et 40-50 ans. Notre échantillon était composé de 34,1% de femmes de moins de 40 ans et 65,9% de femmes de plus de 40 ans, ce qui était cohérent avec l'augmentation d'incidence plus nette à partir de l'âge de 40 ans

7.3.2 Suivi antérieur

7.3.2.1 Taux de suivi en gynécologie

Selon un sondage OpinionWay réalisé en 2011 pour la MGEN : 19% des femmes déclaraient ne pas avoir de suivi gynécologique et 57% des femmes de 16 à 60 ans déclaraient avoir consulté un gynécologue dans les 12 mois précédents.(39)

Ce sondage révélait également que le suivi gynécologique des femmes en France était inégal. Les femmes d'un échantillon représentatif, interrogées par téléphone, déclaraient à 57% avoir eu une consultation gynécologique moins de 12 mois avant le sondage, 19% entre 1 et 2 ans, 11% entre 2 et 5 ans, et 13% plus de 5 ans avant ou jamais. Ceci ne préjugait pas de la régularité du suivi.

Le suivi gynécologique pouvait être assuré par un gynécologue de ville à 58%, par le médecin généraliste à 13%, un gynécologue hospitalier à 10%, 19% n'ont aucun suivi gynécologique.

Dans notre étude, les patientes déclaraient, pour 24 d'entre elles, avoir un suivi gynécologique annuel (58,5%), pour 15, un suivi occasionnel (36,6%) et pour 2, aucun suivi (4,5%). Ces chiffres semblaient cohérents par rapport à la population française, représentée dans le sondage de 2011.

Le taux de patientes n'étant pas suivi était en revanche assez inférieur dans notre étude. Ceci pourrait s'expliquer par un éventuel biais d'information, les patientes pourraient ne pas avoir osé dire qu'elles n'avaient pas de suivi au moment du questionnaire téléphonique. De plus, la tranche d'âge étudiée consulte probablement plus que la population générale. Ceci est sous-

entendu dans le baromètre santé 2005 de l'INPES où l'on retrouve un taux de frottis cervico-utérin dans les 3 ans de 83,2% chez les femmes de 25 à 65 ans, avec une nette augmentation de ce taux dans la tranche 35-54 ans.

Un autre problème de notre étude doit être soulevé, celui de la formulation de la question qui ne détaillait pas ce que pouvait signifier « occasionnel ». En effet, dans ce groupe, on pouvait retrouver des femmes effectuant un suivi tous les 2-3 ans, comme des femmes n'ayant un suivi que tous les 5 ans. Cela limitait les possibilités de comparaison sur ce point.

Ces chiffres étaient corrélés avec la pratique d'une palpation mammaire par un professionnel de santé : moins d'un an avant le diagnostic pour 21 patientes (51,2%), entre un et 2 ans avant pour 9 patientes (22%) et plus de 2 ans avant pour 11 patientes (26,8%). Cet examen clinique impliquait une consultation dédiée de gynécologie.

Les femmes en France ont, globalement, un suivi gynécologique régulier, permettant de bonnes démarches de prévention. Le taux non négligeable de patientes n'ayant pas de suivi régulier milite pour la mise en place d'une campagne d'information sur les cancers féminins et leur dépistage (notamment le cancer du sein, pourquoi pas par l'autopalpation) ciblant cette population.

7.3.2.2 Pratique de la mammographie hors dépistage

Actuellement, la mammographie est considérée comme l'examen complémentaire le plus adapté au dépistage du cancer du sein pour les femmes de plus de 50 ans.

Pour les femmes plus jeunes, notamment celles de moins de 40 ans, pour lesquelles le taux de faux négatifs peut être important du fait de la densité de la poitrine des patientes jeunes qui peut masquer une tumeur ou laisser interpréter une lésion comme bénigne (14,21), même si d'après Bullier et al. en 2013, elle restait l'examen le plus spécifique (20).

Notre étude a montré que 26,8% des patientes (soit 11 d'entre elles) pratiquaient de façon régulière des mammographies, dans une démarche énoncée comme de dépistage, sans indication selon les recommandations actuelles. Une seule patiente présentait des kystes mammaires nécessitant un suivi par mammographies.

Ces patientes avaient toutes plus de 40 ans. On peut donc considérer, selon les études retrouvées, que cette imagerie était adaptée à l'âge, si le but en était un dépistage du cancer du sein, bien qu'en-dehors des recommandations.

Selon le baromètre santé 2005, (30) cette pratique était assez courante. 59,5% des femmes de 18 à 74 ans ont déjà passé une mammographie dans leur vie, qu'elle soit diagnostique ou de dépistage. Cet examen se faisait, dans la majorité des cas à l'initiative du médecin (54,9% des cas), mais aussi souvent à l'initiative de la patiente (20,1%). Les autres étaient convoquées par courrier dans le cadre du dépistage ou la prescription venait d'une autre source.

Lorsque le médecin était à l'origine de la prescription de la mammographie, cette démarche s'inscrivait principalement dans un suivi régulier, notamment pour les femmes de 40 à 74 ans (80,7% des cas dans cette tranche d'âges), mais également de façon importante pour les femmes de 18 à 39 ans (34,3% des cas dans cette tranche d'âges). L'indication médicale pour

des symptômes cliniques arrivait en deuxième position, mais il s'agissait de la raison la plus fréquente pour les femmes de 18 à 39 ans. L'existence d'antécédents familiaux arrivait en troisième position.

Lorsque la patiente était à l'origine de cette prescription, le suivi régulier était également la raison la plus fréquente avancée, notamment chez les femmes de plus de 40 ans. Les symptômes, comme motivation de la consultante, étaient évoqués dans 23,8% des cas, et prédominaient dans la tranche 18-39 ans. La notion d'antécédents familiaux était retrouvée de façon plus fréquente lorsque la patiente était à l'origine de la demande (18,5% des cas), notamment chez les femmes de 18 à 39 ans (30,1% vs 15% chez les plus de 40 ans).

Parmi nos 11 patientes ayant des mammographies régulières, 5 étaient à l'initiative des mammographies demandées, et 6 avaient des prescriptions par leur médecin (gynécologue ou médecin généraliste). Parmi elles, une était suivie par imagerie pour des kystes mammaires depuis l'âge de 42 ans.

Selon ce même baromètre santé, parmi les raisons qui poussaient les femmes âgées de 18 à 49 ans (donc théoriquement non concernées par le dépistage organisé) à demander elles-mêmes une mammographie, deux facteurs ressortaient : l'existence d'un dépistage organisé dans le département avant 2004 (OR=1,1 ; IC=0,9–1,3 ; $p<0,001$) et la crainte du cancer (OR=1,3 ; IC=1,1–1,6 ; $p<0,05$).

Pourtant, une controverse existe sur les modalités du dépistage par mammographie, puisqu'il existe un risque de surdiagnostic, un risque de cancers radio-induits, un risque de faux-positifs, difficiles à quantifier, et entraînant un surcoût de santé. (27) Ces éléments défavorables, ont poussé les autorités américaines à modifier leurs recommandations en matière de dépistage, et à repousser l'âge de début de celui-ci, d'abord à 50 ans au lieu de 40 ans, puis à nouveau à 45 ans.

Mais les choses ne sont pas si simples. En effet, l'incidence du cancer du sein, augmente réellement à partir de 30 ans, et de façon franche après 40 ans (5). Dans cette optique, les différentes instances de santé publiques ont déterminé des facteurs de risque afin de définir les populations à haut risque de cancer du sein et de leur proposer de façon spécifique un dépistage individuel. Une étude américaine publiée en janvier 2018 (Sutton et al, 2018), a étudié de façon rétrospective, les dossiers des patientes atteintes de cancer du sein avant 50 ans. Elle n'a retrouvé que 1/3 des patientes entrant dans les critères de « Haut risque ». Ils préconisaient de débuter le dépistage par mammographie de façon annuelle dès 40 ans pour toutes les femmes. (40)

Parmi nos patientes, il faut bien noter qu'aucune de celles ayant des mammographies régulières n'avait été diagnostiquée grâce à cette imagerie, mais il existait probablement un biais de recrutement qui influençait cette donnée.

La question reste donc sujet à discussion : faut-il débuter le dépistage par mammographie dès 40 ans ? Cette question peut rester à l'approbation des médecins en fonction de leur avis tiré de l'Evidence Based Medecin (EBM) et de leur sensibilité personnelle.

7.3.2.3 Circonstances diagnostiques

Pour rappel, notre étude a démontré que la découverte des premiers symptômes, s'est faite majoritairement par hasard, pour 58,5% des patientes. L'autopalpation était également assez répandue, puisque 31,7% avaient découvert leurs symptômes grâce à cette méthode.

Parmi les patientes ayant trouvé leur maladie par autopalpation (13 patientes), 3 d'entre elles avaient moins de 40 ans.

Les symptômes étaient principalement une masse, pour 80,5% des patientes.

Les autres symptômes retrouvés, étaient une douleur ou tension mammaire pour 5 patientes, une modification de la forme du sein pour 2 patientes, et un écoulement mamelonnaire pour une autre. Ces symptômes étaient souvent associés à un délai de consultation initiale plus long. Une seule parmi ces 8 patientes a consulté au bout d'une semaine. Les autres ont toutes consulté au bout de plus d'un mois (une patiente au bout d'un mois, 2 patientes au bout de 2 mois, 2 patientes au bout de 3 mois et une au bout de 5 mois, soit une moyenne pour ces 8 patientes de 45,125 jours de délai avant la première consultation).

Rappelons que la moyenne du délai de consultation était à 24,68 jours et la médiane à 8,5 jours.

Ces symptômes ne sont souvent pas reconnus comme pouvant être évocateurs de cancer du sein. Or, la connaissance de tels symptômes pourrait permettre aux patientes de consulter plus tôt, ce qui serait intéressant dans cette population de femmes jeunes présentant, comme déjà démontré dans de nombreuses études, des cancers plus agressifs que les femmes plus âgées.

Dans ce sens, une campagne d'information avait été créée par une association américaine de lutte contre le cancer du sein, Worldwide breast cancer, visant à renseigner les patientes sur les différentes formes que pouvaient prendre un cancer du sein :



Figure 12: Campagne "Knowyourlemons.com"

Cette image a été traduite en français par des associations et a été un peu diffusée sur les réseaux sociaux. De plus, le site de cette association est traduit en plusieurs langues et comprend de nombreux conseils sur les différents symptômes et l'attitude à adopter en leur présence.

Dans la région Nouvelle Aquitaine, une association a été créée récemment, « Jeune et Rose », qui soutient les femmes jeunes atteintes de cancer du sein et qui tente de sensibiliser les femmes ainsi que les professionnels de santé sur ces signes d'appel. Cette affiche a été utilisée par les jeunes femmes qui ont créé cette association.

Une telle campagne pourrait être intéressante à diffuser dans des cabinets de médecine générale, de gynécologie ou de sages-femmes pouvant éveiller l'intérêt des patientes et leur faire penser à parler au praticien d'éventuels symptômes.

7.3.2.4 Acteurs

Le premier recours des patientes, à la suite de la découverte de ces symptômes, a été, dans la majorité des cas, le médecin généraliste. Cette proportion représentait 56,1% des patientes de notre échantillon (23 patientes).

Ce recours au médecin généraliste peut être le fait de plusieurs éléments :

- La plus grande disponibilité des médecins généralistes, avec des rendez-vous, en général, plus rapides que les gynécologues. Selon une enquête de l'Observatoire de l'accès aux soins par l'Ifop pour le cabinet Jalma, en 2017, le délai moyen d'obtention

d'un rendez-vous chez un spécialiste en libéral est passé de 48 à 61 jours en moyenne en 5 ans. Pour obtenir un rendez-vous chez le gynécologue en ville, il faut attendre en moyenne 68 jours. (41)

- La qualité de la relation médecin-patient avec une plus grande confiance des patientes dans les situations d'angoisse. Le médecin généraliste jouit d'une image très positive dans l'opinion des français selon un sondage BVA demandé par l'Académie de médecine en 2008. (42) Un sondage IPSOS demandé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2010 a montré que le médecin généraliste est la première source d'informations en matière de santé pour les patients, et celle à laquelle ils font le plus confiance (90%). (43)
- L'habitude
- Le principe du parcours de soins avec la nécessité de consulter son médecin traitant avant toute consultation spécialisée.
- Un suivi gynécologique souvent assuré par le médecin généraliste. Selon le sondage OpinionWay sur la santé des femmes en 2011, 12% des répondantes, déclaraient que leur suivi gynécologique était assuré par leur médecin généraliste.

Le médecin généraliste est bien le premier recours dans ces situations angoissantes pour les patientes. Il se doit de pouvoir répondre à cette angoisse par une attitude rassurante et une réaction adaptée en termes d'exams diagnostiques et d'orientation. L'existence d'un réseau performant connu du médecin est également nécessaire afin d'améliorer la qualité de la prise en charge, en particulier pour écourter le délai de celle-ci.

7.3.2.5 Examens complémentaires

Dans notre échantillon, l'association mammographie-échographie mammaire a été le premier réflexe en termes d'exams complémentaires prescrits par les médecins.

Dans les différentes études retrouvées, il est démontré que la mammographie peut être mise en défaut chez les femmes de moins de 50 ans, du fait d'une densité plus importante de la poitrine, et également du fait des caractéristiques moléculaires des tumeurs retrouvées dans cette tranche d'âges. (20) Trois études majeures sur les femmes de moins de 40 ans, évaluant les différents types d'imagerie ont été menées, de façon rétrospective.

Selon Lehman et al., en 2012, l'échographie devrait être la première imagerie à prescrire devant des symptômes suspects chez les femmes de 30 à 39 ans. Et selon eux, le bénéfice de l'association à une mammographie est pauvre. (21)

En revanche, Foxcroft et al., en 2004, avaient montré que la mammographie n'avait retrouvé les lésions de façon efficace que dans 72,6% des cas, mais ils utilisaient des mammographies sur films argentiques. Ils préconisent d'associer mammographie et échographie pour le diagnostic de lésions mammaires chez les femmes de moins de 40 ans. (14)

Selon Bullier et al., en 2013, la mammographie retrouvait les lésions dans 86,6% des cas, avec des mammographies numériques (20), qui devraient aujourd'hui être la norme, étant nettement plus performantes, notamment chez les femmes jeunes et sur les poitrines denses que la mammographie argentique. (44)

Pour les femmes de moins de 40 ans, la mammographie peut être associée à l'échographie afin d'en augmenter la performance, mais l'incertitude persiste pour la tranche d'âges 40-50 ans. Peut-on prescrire une mammographie seule ou doit-elle être associée à une échographie ? En effet, dans cette tranche d'âges, on peut trouver des densités mammaires très disparates ce qui rend plus difficile la prise de décision, mais il semble que la mammographie seule soit le premier examen à prescrire dans ce cas. L'ajout d'une échographie peut rester à l'appréciation du radiologue.

7.3.3 Caractéristiques des tumeurs

Les tumeurs présentées par les patientes de notre étude étaient principalement des CCI à 75,6% (31 patientes), ce qui est cohérent avec les différentes études existant chez les femmes de moins de 40 ans. (20) La proportion de cancers lobulaires était assez faible (9,8%, soit 4 patientes), ce qui correspond également aux constatations faites dans les études sur les femmes jeunes (13).

Les grades tumoraux étaient élevés avec 41,5% de SBR II (17 patientes) et 46,3% de SBR III (19 patientes), comme on pouvait s'y attendre selon les mêmes études.

Notre échantillon, bien que composé de femmes de 30 à 50 ans, semble présenter les mêmes caractéristiques tumorales que dans les études sur les femmes jeunes qui concernent pourtant généralement des femmes de moins de 40 ans.

7.3.4 L'autopalpation

7.3.4.1 Caractéristiques des femmes pratiquant l'autopalpation

Dans notre étude, le taux de pratique de l'autopalpation parmi les patientes était de 51,2%. Celles pratiquant régulièrement l'autopalpation avaient à 76,2% plus de 40 ans. Il n'y avait pas de différence significative en termes de moyenne d'âge entre le groupe A (pratiquant régulièrement l'autopalpation) et le groupe PA (ne pratiquant pas l'autopalpation). En revanche, les femmes de moins de 40 ans ne pratiquaient l'autopalpation que pour 35,7% d'entre elles, alors que 76,2% des femmes de plus de 40 ans la pratiquaient régulièrement.

L'augmentation de la pratique de l'autopalpation avec l'âge peut venir de plusieurs facteurs. Il existe probablement une plus grande crainte du cancer avec l'avancée en âge. Cette « crainte du cancer » a été évaluée dans le baromètre santé de 2005 (30). Le cancer arrivait en deuxième position des risques et maladies les plus redoutés par les Français, derrière les accidents de la route. Le pourcentage des personnes interrogées déclarant craindre « pas mal » ou « beaucoup » le cancer s'élevait à 54,5%. Cette crainte tendait à augmenter avec l'âge, puisque les chiffres étaient plus élevés entre 45 et 64 ans, mais cette crainte était plus précoce chez les femmes, où l'on retrouvait un taux élevé entre 26 et 34 ans selon cette étude.

On ne retrouvait pas de différence statistiquement significative entre les groupes A et PA, sur le statut marital et le nombre d'enfants. En revanche, le test de Fisher était proche de la significativité avec $p=0,07$ sur le niveau d'études, puisque 90,5% des femmes pratiquant

régulièrement l'autopalpation avaient au minimum un niveau baccalauréat, contre 65% pour les autres.

Pourtant, toujours selon le baromètre santé 2005, les autres paramètres influençant la crainte du cancer en l'augmentant étaient :

- Un niveau de revenus élevé
- Le fait de consulter plus souvent son médecin
- Le fait de déclarer une religion, mais de ne pas la pratiquer.

Mais la crainte du cancer était moins forte chez les personnes avec un niveau d'études supérieur au baccalauréat.

On peut envisager que le niveau d'études influence de façon positive la pratique de l'autopalpation, par l'accès à plus d'informations sur la santé, sans que la crainte du cancer soit plus forte, puisque les femmes sont actrices de la prévention par l'autopalpation.

7.3.4.2 Les délais de consultation

Les résultats ne montraient pas de différence significative sur les délais de consultation initiale, d'obtention du premier examen complémentaire ou de la biopsie entre le groupe A et le groupe PA. En revanche, il existait une différence significative sur le délai d'obtention de la première consultation d'oncologie, ce qui s'expliquait difficilement, puisque cette consultation était, en général, demandée après confirmation diagnostique. Le délai ne devrait donc pas être influencé par le mode de découverte.

Cette différence significative ne semble pas avoir d'intérêt dans la pratique.

7.3.4.3 Les caractéristiques des tumeurs

Les caractéristiques des tumeurs étaient difficiles à comparer du fait de la taille des échantillons qui ne permettaient pas de faire de tests statistiques fiables. Les tailles tumorales ont pu être comparées, mais il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes.

Les prises en charge thérapeutiques n'étaient pas différentes entre les 2 groupes. On pouvait envisager que l'autopalpation permettait un diagnostic plus précoce de la maladie et aurait permis des traitements moins lourds, mais ceci n'était pas le cas dans notre échantillon puisque le taux de mastectomie n'était pas statistiquement différent entre les 2 groupes. Ceci est à nuancer du fait de la petite taille de notre échantillon.

7.3.4.4 Formation à l'autopalpation et influence sur le comportement de prévention

A l'interrogatoire, 11 patientes ont déclaré avoir été formées à l'autopalpation. Toutes celles-ci déclaraient également pratiquer régulièrement un auto-examen des seins. Le fait d'avoir été formée à l'autopalpation semble donc être motivant pour pratiquer cet examen de façon régulière.

Parmi les patientes déclarant pratiquer régulièrement l'autopalpation, 11 ont découvert leur maladie grâce à cette pratique soit 52,4% des femmes du groupe A, dont 8 avaient été formées.

Notre questionnaire ne comprenait pas de détail quant au contenu de la formation que les patientes avaient pu recevoir ou à la technique qu'elles utilisaient pour s'autopalper.

Une méta-analyse de la Cochrane s'est intéressée à la possibilité de proposer l'AES en tant que méthode de dépistage du cancer du sein, faisant suite à une revue de la littérature pointant l'importance du surdiagnostic avec le dépistage par mammographie.

Selon Gotzsche en 2013 (45), pour 2000 femmes invitées au dépistage par mammographie pendant 10 ans, une seule verrait sa vie prolongée grâce à celui-ci. En contrepartie, 10 femmes n'auraient pas été diagnostiquées et n'auraient pas développé de symptôme, mais ont tout de même été traitées.

De ce fait, l'AES ou l'examen clinique des seins semble, intuitivement, une alternative ou un complément de la mammographie, étant donné que les tumeurs à développement lent ne devraient pas être détectées. De plus, cette technique ne nécessite aucun équipement, ce qui implique un coût peu important.

L'objectif principal de cette méta-analyse était de déterminer si un dépistage par autopalpation ou examen clinique des seins ou les deux, permettait de réduire la mortalité et la morbidité du cancer du sein. Deux essais contrôlés randomisés ont été pris en compte principalement, du fait de leur puissance et de leur méthodologie : une étude russe de 1999 et une étude chinoise de 2002.

Ces deux études ont recruté respectivement 122 471 femmes en Russie et 266 064 femmes à Shanghai, qui ont été randomisées en 2 groupes dans chaque étude : un groupe de dépistage et un groupe contrôle.

Ces deux études n'ont pas retrouvé de différence statistiquement significative sur la mortalité par cancer du sein entre les 2 groupes. Les stades des tumeurs n'étaient pas bien décrits et difficilement analysables. Il a été retrouvé deux fois plus de biopsies à résultat bénin dans les groupes dépistés que dans les groupes contrôles. Les données sur les traitements n'étaient disponibles que dans l'étude de Shanghai et ne montraient pas de différence statistiquement significative sur le nombre de mastectomie vs tumorectomie.

Les auteurs concluaient à l'absence de bénéfice de l'autopalpation, puisqu'ils ont retrouvé une augmentation du risque d'examens diagnostiques invasifs, ainsi qu'un nombre plus important de lésions bénignes biopsiées. Ils soulignaient également qu'une pratique fréquente avec un rythme mensuel pouvait engendrer un stress ou une anxiété en rapport avec le geste et son potentiel résultat. Ils évoquaient également les conséquences engendrées par les examens diagnostiques invasifs (cicatrices, déformations mammaires) et un taux plus important de mammographie à visée diagnostique.

On peut ajouter que ces examens supplémentaires et lésions bénignes biopsiées sont inhérents à un dépistage.

Leur conclusion était intéressante, puisqu'au-delà de ne pas recommander l'autopalpation comme une méthode de dépistage, ils évoquaient le fait que si une patiente fait la demande d'une formation à l'autopalpation, elle doit pouvoir être informée du résultat de ces études afin de pouvoir faire son choix en connaissance de cause.

Mais ils pondéraient leur propos en expliquant qu'il ne fallait pas en conclure que les femmes n'ont pas besoin d'être informées et d'être attentives à un éventuel changement au niveau de leurs seins. Ils évoquaient la possibilité que l'augmentation des connaissances sur le cancer du sein par la population générale ait pu contribuer à la diminution de la mortalité par cancer du sein observée dans certains pays. Les femmes devraient donc être encouragées à prendre un avis médical si elles détectent le moindre changement au niveau de leurs seins qui pourrait être un cancer du sein.(35,46)

Pourtant, l'OMS recommande cette pratique en complément des programmes de dépistage par mammographie, sans précision particulière sur les modalités d'utilisation. (33) En effet, il a pu être constaté que cette pratique permet aux femmes de se responsabiliser et de prendre en charge leur propre santé. Cet AES est donc recommandé pour sensibiliser les femmes à risque plutôt que comme une méthode de dépistage.

Dans notre pratique quotidienne en tant que médecin généraliste, nous travaillons avec l'individu. Il est difficile, dans ce contexte, de rester attaché aux statistiques et à l'EBM. Le risque de cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans existe. Cette conscience est puissante chez les médecins puisque ceux-ci prescrivent facilement des mammographies de dépistage en France à leurs patientes avant l'âge de 50 ans. Face à nos patientes, l'envie de leur permettre un diagnostic plus précoce d'un éventuel cancer du sein passe souvent par l'enseignement de la méthode d'autopalpation.

Par ailleurs, on retrouve peu d'études permettant de déterminer si l'auto-examen des seins en association à un protocole de dépistage organisé par mammographie pourrait augmenter la précocité diagnostique, même si on sait déjà qu'elle n'a pas d'influence sur la mortalité. Il se pourrait que le fait d'enseigner la méthode d'auto-examen des seins puisse augmenter la vigilance des patientes quant aux symptômes du cancer du sein, même dans les tranches d'âges les plus jeunes. (47) En effet, parmi les patientes interrogées, les patientes de moins de 40 ans ont pu évoquer le fait qu'elles n'avaient pas conscience du risque de cancer du sein à leur âge.

8 CONCLUSION

Cette étude a été menée dans le but de recenser les circonstances diagnostiques du cancer du sein chez les femmes hors dépistage, et de comparer l'autopalpation mammaire aux autres modes de découverte. A notre connaissance peu d'études se sont intéressées à ce sujet. Les résultats confirment que la découverte du cancer du sein dans cette population est majoritairement le fruit du hasard. Les patientes se retrouvent donc seules face à des symptômes, souvent anxiogènes, ou tout à fait éloignés de ce qu'elles avaient envisagé comme évocateur de cancer du sein. Les résultats confirment également les caractéristiques histo-pronostiques des tumeurs propres aux femmes plus jeunes.

A ce jour, il semble évident que l'extension du dépistage organisé aux femmes de moins de 50 ans n'aurait pas de bénéfice en termes de mortalité. En revanche, nous avons envisagé la possibilité de l'autopalpation comme aide au diagnostic précoce dans cette population. Les études retrouvées ne sont pas en faveur de cette pratique en tant que méthode de dépistage. Nos résultats en termes de précocité diagnostique et de stade tumoral ne semblaient pas influencés par la pratique de cet auto-examen des seins. Mais la vigilance accrue que permet l'enseignement de l'autopalpation dans cette population est intéressante, puisqu'elle permet d'évoquer les différents symptômes et d'inciter à une consultation médicale devant le moindre changement.

Il semble envisageable d'informer les patientes sur les symptômes auxquels elles doivent être attentives par des campagnes d'informations comme évoquées dans ce travail, ou par l'éducation transmise par le médecin généraliste (premier recours le plus souvent), ou les gynécologues.

Les dernières recommandations vont dans ce sens. La mise en place de cette consultation dédiée pour les femmes de 25 ans devrait être l'occasion, au-delà de la recherche de facteurs de risque, d'un peu d'éducation. On peut sensibiliser les patientes dès 25 ans aux symptômes qui doivent les pousser à consulter et à l'autopalpation, en leur enseignant la technique, afin qu'elles sachent la pratiquer et réagir à une éventuelle anomalie. Il serait intéressant d'envisager un travail comparant une pratique de l'autopalpation formelle (tous les mois, avec une méthode d'examen bien standardisée) à une pratique plus libre (probablement moins anxiogène), avec seulement quelques indications de fréquence et de technique. Ces deux groupes pourraient être comparés à une population témoin afin d'évaluer l'effet sur les différents critères d'intérêt de cette pratique.

Cet auto-examen des seins peut être une méthode intéressante en tant que diagnostic précoce dans des pays où un dépistage de masse par mammographie est impossible du fait du coût économique que cela induirait. Cette pratique ne coûte pas cher, puisque l'enseignement peut se faire par des médecins ou d'autres professionnels de santé. L'amélioration de la précocité diagnostique dans les pays en voie de développement, permet également d'améliorer la mortalité, puisque les lacunes d'accès aux soins médicaux limitent la prise en charge.

9 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Baillet. FMPMC-PS - Cancérologie - Niveau DCEM3- Chapitre 11 : Cancer du sein [Internet]. 2002 [cité 17 janv 2018]. Disponible sur : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.11.html>
2. Mathieu M. Anatomopathologie des cancers du sein [Internet]. Département de Biologie et de Pathologie Médicale, Institut Gustave Roussy ; [cité 18 janv 2018]. Disponible sur : https://formation.gustaveroussy.fr//cours/ducc/document/2255_xid_Module_8_Cancers_du_Sein/2255_xid_Module_8_Cancers_du_Sein/17874_xid_Texte_Mathieu_Anatomo_pathologie_Cancers_du_Sein.pdf
3. CIRC. Dernières statistiques mondiales sur le cancer En augmentation à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012 : L'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé ; 2013. Disponible sur : https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf
4. Espié M, Hamy A-S, Eskenazy S, Cuvier C, Giacchetti S. Épidémiologie du cancer du sein. [Httpwwwem-Premiumcomdocelec-u-bordeauxfrdatatraitesgy00-55503](http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/711266/resultatrecherche/3) [Internet]. 3 oct 2012 [cité 29 août 2017] ; Disponible sur : <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/711266/resultatrecherche/3>
5. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Institut de veille sanitaire ; 2013.
6. Les chiffres clés du cancer en France [Internet]. Ligue contre le cancer. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur : /article/6397_les-chiffres-cles-des-cancers
7. Les cancers en France [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=18
8. Jemal A, Ward E, Thun MJ. Recent trends in breast cancer incidence rates by age and tumor characteristics among U.S. women. *Breast Cancer Res BCR*. 2007;9(3):R28.
9. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. HAS ; 2015. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
10. Rogel A, Hamers F, Quintin C, de Maria F, Bonaldi C, Beltzer N. Incidence et dépistage du cancer du sein en France Dernières données disponibles : octobre 2016 [Internet]. Santé publique France; 2016. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Incidence-et-depistage-du-cancer-du-sein-en-France>
11. Les cancers en France [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=68

12. Kheirleisid EA, Boggs JM, Curran C, Glynn RW, Dooley C, Sweeney KJ, et al. Younger age as a prognostic indicator in breast cancer: A cohort study. *BMC Cancer*. 28 août 2011;11:383.
13. Kollias J, CW Elston, IO Ellis, Robertson J, Blamey R. Early-onset breast cancer - histopathological and prognostic considerations. *British Journal of Cancer*. 1997;1318-23.
14. Foxcroft LM, Evans EB, Porter AJ. The diagnosis of breast cancer in women younger than 40. *The Breast*. 1 août 2004;13(4):297-306.
15. Espié M, Cottu PH. Cancer du sein de la femme jeune : problèmes et questions. *Pathol Biol*. 1 sept 2003;51(7):391-2.
16. Lee CG, McCormick B, Mazumdar M, Vetto J, Borgen PI. Infiltrating breast carcinoma in patients age 30 years and younger: Long term outcome for life, relapse, and second primary tumors. *Int J Radiat Oncol*. 1 janv 1992;23(5):969-75.
17. Chung M, Chang HR, Bland KI, Wanebo HJ. Younger women with breast carcinoma have a poorer prognosis than older women. *Cancer*. 1 janv 1996;77(1):97-103.
18. Winchester DP, Osteen RT, Menck HR. The National Cancer Data Base report on breast carcinoma characteristics and outcome in relation to age. *Cancer*. 15 oct 1996;78(8):1838-43.
19. CNGOF. Item 159 : Tumeurs du sein [Internet]. Université médicale virtuelle francophone. 2010 [cité 22 janv 2018]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item159/site/html/cours.pdf>
20. Bullier B, MacGrogan G, Bonnefoi H, Hurtevent-Labrot G, Lhomme E, Brouste V, et al. Imaging features of sporadic breast cancer in women under 40 years old: 97 cases. *Eur Radiol*. 1 déc 2013;23(12):3237-45.
21. Lehman CD, Lee CI, Loving VA, Portillo MS, Peacock S, DeMartini WB. Accuracy and Value of Breast Ultrasound for Primary Imaging Evaluation of Symptomatic Women 30-39 Years of Age. *Am J Roentgenol*. 1 nov 2012;199(5):1169-77.
22. CNGOF (Colège National des Gynécologues et Obstétriciens Français). Cours 3 : Echographie du sein (DIU Echographie) [Internet]. 2005 [cité 1 avr 2018]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/gynecologie-et-obstetrique/diuecho/poly/20000faq3.html>
23. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. HAS ; 2011 [cité 16 nov 2017]. Disponible sur : https://lecancer.fr/media/note_de_cadrage_depistage_du_cancer_du_sein_-_identification_des_femmes_a_haut_risque_et_modalites_de_depistag.pdf
24. Oeffinger KC, Fontham EH, Etzioni R, et al. Breast cancer screening for women at average risk: 2015 guideline update from the american cancer society. *JAMA*. 20 oct 2015;314(15):1599-614.

25. Et en Europe ? [Internet]. [cité 12 févr 2018]. Disponible sur : <http://www.brumammo.be/documents/et-en-europe-.xml?lang=fr>
26. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 22 janv 2018]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>
27. Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein Quels éléments en 2013 ? [Internet]. Institut National du Cancer; 2013. Disponible sur : <file:///C:/Users/Elisa%20Dufrois/Downloads/Benefices-limites-du-programme-de-depistage-cancer-sein2013.pdf>
28. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. Breast Cancer Screening (PDQ®): Health Professional Version. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65906/>
29. Dépistage du cancer du sein par mammographie : s'informer [Internet]. 2016 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur : <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/52229/0/NewsDetails.aspx>
30. François Beck, Philippe Guilbert, Gautier A. Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé [Internet]. 2005 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
31. Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. Institut National du Cancer; 2017 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>
32. Cancerdusein.org - L'auto-examen des seins [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur : <http://www.cancerdusein.org/le-depistage/lauto-examen-des-seins>
33. OMS | Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie [Internet]. WHO. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index3.html>
34. Baxter N, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 26 juin 2001;164(13):1837-46.
35. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD003373.

36. AA DD and T. Effects of a training program about breast cancer and breast self-examination among female students at Taif University. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Effects+of+a+training+program+about+breast+cancer+and+breast+self-examination+among+female+students+at+Taif+University.+J+Egypt+Public+Health+Association>.
37. Bilan démographique 2016 - Insee Première - 1630 [Internet]. [cité 29 janv 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
38. Poulet-Coulibando P, Robert-Bobée I. le niveau d'études de la population et des jeunes. L'état Enseign Supér Rech En Fr N°7 - Avril 2014. 04T05:59:00+01:00 2014;(7):48-9.
39. AUZANNEAU N. Les femmes et l'accès à la santé [Internet]. OpinionWay pour la MGEN; 2011 [cité 29 janv 2018]. Disponible sur : http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf
40. Sutton T, Reilly P, Johnson N, Garreau JR. Breast cancer in women under 50: Most are not high risk. Am J Surg [Internet]. 11 janv 2018 [cité 8 févr 2018]; Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002961017315635>
41. Les résultats étonnants de l'observatoire de l'accès aux soins IFOP pour jalma ! [Internet]. jalma. 2017 [cité 9 févr 2018]. Disponible sur : <http://www.jalma.com/2017/03/23/les-resultats-etonnants-de-lobservatoire-de-lacces-aux-soins-ifop-pour-jalma/>
42. BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France [Internet]. 2008 févr [cité 9 févr 2018]. Disponible sur : http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepplectureseule_839ec.pdf
43. IPSOS. Les conséquences des usages d'internet sur les relations patients-médecins [Internet]. 2010 [cité 9 févr 2018]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sondage%20internet%20CNOM%202010_0.pdf
44. Dabbous F, Dolecek TA, Friedewald SM, Tossas-Milligan KY, Macarol T, Summerfelt WT, et al. Performance characteristics of digital vs film screen mammography in community practice. Breast J. :n/a-n/a.
45. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 8 mars 2018]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub5/abstract>
46. Gao DL, Thomas DB, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. [Randomized trial of breast self-examination in 266,064 women in Shanghai]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. juin 2005;27(6):350-4.

47. Yip C-H, Smith RA, Anderson BO, Miller AB, Thomas DB, Ang E-S, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries. *Cancer*. 15 oct 2008;113(S8):2244-56.

10 Annexes

10.1 Questionnaire

CONTEXTE

Identité patiente (code) :

Age au diagnostic (anapath) :

Date du diagnostic : .././....

Statut marital

Célibataire Mariée Pacsée Union libre Veuve

Nombre d'enfants :

Niveau scolaire :

Sans diplôme Brevet des collèges Bac BEP CAP Etudes supérieures

Catégorie socio-professionnelle :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle

Suivi gynécologique :

- Annuel
- Occasionnel
- Aucun

Délai depuis la dernière palpation mammaire par un professionnel de santé :

- Moins d'un an
- Entre 1 et 2 ans
- Plus de 2 ans

Suivi d'imagerie régulier par mammographie :

- OUI
- NON

Antécédents de cancer mammaire dans l'entourage ?

| <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|------------------------------|------------------------------|
| DATE : | |
| Degré de proximité : | |

Découverte :

- Médecin généraliste
- Gynécologue

- Sage-femme*
- Par un dépistage individuel organisé*
- Par hasard : par vous-même ou votre conjoint*
- Par autopalpation (lors d'une recherche spécifique)*

DECOUVERTE PAR VOUS-MEME

Quels symptômes avez-vous découverts ?

- Masse*
- Ganglion*
- Ecoulement*
- Modification de la peau*
- Modification de la forme du sein*
- Tension/Douleur mammaire*

Avez-vous cherché à vous informer par vous-même, suite à cette découverte

- OUI*
- NON*

Sur quel support ?

- Magazines*
- Sites internet De vulgarisation*
- Sites internet Officiels : INCa,*
- Médias classiques : radio, télévision*

Avez-vous immédiatement consulté votre médecin ?

- OUI*
- NON*

Quel praticien avez-vous consulté en premier ?

- Médecin généraliste*
- Gynécologue*
- Autre*

Date de consultation :

→ Délai (jours)

Pourquoi ? (réponse libre)

Autopalpation :

Avez-vous eu une formation ?

- OUI
- NON

Par qui ?

- Sage-femme ?
- Gynécologue ?
- Médecin traitant ?
- Autre ?

Vous êtes-vous renseignée sur la méthode ?

- OUI
- NON

Par quel intermédiaire ?

- Par l'intermédiaire d'autres personnes ?
- Par des sites officiels ? INCa
- Par des forums ?
- Par des sites de vulgarisation ?
- Médias classiques : radio, télé

Le faisiez-vous régulièrement ?

- OUI
- NON

Quelle était votre technique ? (réponse libre)

Confirmation diagnostique

Quel examen vous a été prescrit en première intention ?

- Mammographie
- Mammographie+ Echographie
- Echographie
- IRM
- Autre
- Aucun

Date de l'examen :

→ Délai (jours)

depuis la prescription et prise de RDV

Dans quel lieu avez-vous eu cet examen ?

Date de la biopsie :

→ Délai (jours)

depuis l'examen d'imagerie

Date de votre 1^{ère} consultation spécialisée d'oncologie (chirurgien, oncologue ou comité) ?

→ Délai (jours)

depuis la biopsie

Stade tumoral au diagnostic :

c TNM :

Taille :

Type

Grade

Récepteurs hormonaux

HER 2

Traitement :

- Chimiothérapie
 - OUI
 - NON
- Chirurgie
 - Tumorectomie
 - Mastectomie
- Radiothérapie
 - OUI
 - NON

10.2 Liste de recrutement

| | | | | | | |
|------|--------------|-----|-----------|-------------------------------|---------------|-----|
| P3 | Madame | 30a | Inclusion | | Patiente n°13 | OUI |
| P4 | Madame | 30a | Inclusion | | Patiente n°47 | OUI |
| P5 | Madame | 30a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P6 | Madame | 30a | Inclusion | | Patiente n°48 | NON |
| P7 | Madame | 31a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P8 | Madame | 31a | Inclusion | | Patiente n°15 | OUI |
| P9 | Madame | 32a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P10 | Madame | 32a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P11 | Madame | 32a | Exclusion | Suivi externe | | |
| P12 | Madame | 32a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P13 | Madame | 33a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P14 | Madame | 33a | Exclusion | Suivi externe | | |
| P15 | Madame | 34a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P16 | Madame | 34a | Inclusion | | Patiente n°3 | OUI |
| P17 | Madame | 34a | Inclusion | | Patiente n°49 | NON |
| P18 | Madame | 35a | Inclusion | | Patiente n°27 | OUI |
| P19 | Madame | 36a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P20 | Madame | 36a | Inclusion | | Patiente n°4 | OUI |
| P21 | Madame | 36a | Inclusion | | Patiente n°5 | OUI |
| P22 | Madame | 36a | Inclusion | | Patiente n°16 | OUI |
| P23 | Madame | 36a | Inclusion | | Patiente n°17 | OUI |
| P24 | Madame | 36a | Inclusion | | Patiente n°50 | NON |
| P25 | Mademoiselle | 37a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P26 | Madame | 37a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P27 | Madame | 37a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P28 | Madame | 37a | Inclusion | | Patiente n°6 | OUI |
| P29 | Madame | 37a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P30 | | 37a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P31 | | 37a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P32 | Madame | 38a | Inclusion | | Patiente n°28 | OUI |
| P33 | Madame | 38a | Inclusion | | Patiente n°7 | OUI |
| P34 | Madame | 38a | Inclusion | | Patiente n°18 | OUI |
| P35 | Madame | 39a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P36 | Madame | 39a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P37 | Madame | 39a | Inclusion | | Patiente n°51 | NON |
| P38 | Madame | 39a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P39 | Madame | 40a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P40 | Mademoiselle | 40a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P41 | Madame | 40a | Inclusion | | Patiente n°34 | OUI |
| P42 | Madame | 40a | Inclusion | | Patiente n°40 | OUI |
| P43 | Madame | 40a | Inclusion | | Patiente n°1 | OUI |
| P44 | Madame | 40a | Inclusion | | Patiente n°33 | OUI |
| P45 | | 40a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P46 | | 40a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P47 | Madame | 41a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P48 | Madame | 41a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P49 | Madame | 41a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P50 | Madame | 41a | Inclusion | | Patiente n°41 | OUI |
| P51 | Madame | 41a | Exclusion | Suivi externe | | |
| P52 | | 41a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P53 | | 41a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P54 | | 41a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P55 | Madame | 42a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P56 | Madame | 42a | Inclusion | | Patiente n°29 | OUI |
| P57 | Mademoiselle | 42a | Inclusion | | Patiente n°19 | OUI |
| P58 | Madame | 42a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P59 | Madame | 43a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P60 | Madame | 43a | Inclusion | | Patiente n°14 | OUI |
| P61 | Madame | 43a | Inclusion | | Patiente n°30 | OUI |
| P62 | Madame | 43a | Exclusion | Suivi externe | | |
| P63 | Madame | 43a | Inclusion | | Patiente n°52 | NON |
| P64 | Madame | 43a | Inclusion | | Patiente n°53 | NON |
| P65 | Madame | 43a | Exclusion | Suivi externe | | |
| P66 | Madame | 44a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P67 | Madame | 44a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P68 | Madame | 44a | Inclusion | | Patiente n°35 | OUI |
| P69 | Madame | 44a | Exclusion | Suivi externe | | |
| P70 | | 44a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P71 | Madame | 45a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P72 | Madame | 45a | Inclusion | | Patiente n°42 | NON |
| P73 | Madame | 45a | Inclusion | (Suivi mammo systématiques to | Patiente n°37 | OUI |
| P74 | Madame | 45a | Inclusion | | Patiente n°20 | OUI |
| P75 | Madame | 45a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P76 | Madame | 45a | Inclusion | | Patiente n°54 | OUI |
| P77 | Madame | 45a | Inclusion | | Patiente n°36 | OUI |
| P78 | Madame | 45a | Exclusion | Suivi externe | | |
| P79 | Madame | 45a | Exclusion | Suivi externe | | |
| P80 | Madame | 45a | Exclusion | Suivi externe | | |
| P81 | | 45a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P82 | | 45a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P83 | Madame | 46a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P84 | Madame | 46a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P85 | Madame | 46a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P86 | Madame | 46a | Inclusion | | Patiente n°21 | OUI |
| P87 | | 46a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P88 | Madame | 47a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P89 | Madame | 47a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P90 | Madame | 47a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P91 | Madame | 47a | Inclusion | | Patiente n°22 | OUI |
| P92 | Madame | 47a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P93 | Madame | 47a | Inclusion | | Patiente n°31 | NON |
| P94 | Madame | 47a | Inclusion | | Patiente n°26 | NON |
| P95 | Madame | 47a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P96 | Madame | 47a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P97 | Madame | 47a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P98 | Madame | 47a | Inclusion | | Patiente n°11 | OUI |
| P99 | Madame | 47a | Inclusion | | Patiente n°55 | NON |
| P100 | | 47a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P101 | Madame | 48a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P102 | Madame | 48a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P103 | Madame | 48a | Inclusion | | Patiente n°9 | OUI |
| P104 | Madame | 48a | Inclusion | | Patiente n°43 | OUI |
| P105 | Madame | 48a | Inclusion | | Patiente n°44 | OUI |
| P106 | Madame | 48a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P107 | Madame | 48a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P108 | Madame | 48a | Inclusion | (Suivi mammo systématiques to | Patiente n°38 | OUI |
| P109 | Madame | 48a | Inclusion | | Patiente n°23 | OUI |
| P110 | Madame | 48a | Inclusion | | Patiente n°56 | NON |
| P111 | Mademoiselle | 49a | Inclusion | | Patiente n°39 | OUI |
| P112 | Mademoiselle | 49a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P113 | Madame | 49a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P114 | Madame | 49a | Inclusion | | Patiente n°45 | OUI |
| P115 | Madame | 49a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P116 | Madame | 49a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P117 | Madame | 49a | Inclusion | | Patiente n°10 | NON |
| P118 | Madame | 49a | Inclusion | | Patiente n°24 | OUI |
| P119 | Madame | 49a | Inclusion | | Patiente n°32 | NON |
| P120 | Madame | 49a | Inclusion | | Patiente n°23 | OUI |
| P121 | Madame | 49a | Inclusion | | Patiente n°57 | NON |
| P122 | Madame | 50a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P123 | Madame | 50a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |
| P124 | Madame | 50a | Inclusion | | Patiente n°46 | OUI |
| P125 | Madame | 50a | Inclusion | | Patiente n°12 | NON |
| P126 | Madame | 50a | Inclusion | | Patiente n°25 | OUI |
| P127 | Madame | 50a | Inclusion | | Patiente n°8 | OUI |
| P128 | Madame | 50a | Exclusion | Dépistage individuel | | |
| P129 | | 50a | Exclusion | Diagnostic avant janvier 2017 | | |

10.4 Résultats statistiques

Descriptif des femmes

| | | N (41) | % col. |
|--|---|--------|--------|
| Age au diagnostic (anapath) | | | |
| | N | 41 | |
| | Médiane | 42.0 | |
| | Minimum | 30.0 | |
| | Maximum | 50.0 | |
| | Moyenne | 41.8 | |
| | ecart type | 5.8 | |
| Statut marital | | | |
| | Mariée | 15 | 36.6 |
| | Pacsée | 3 | 7.3 |
| | Union libre | 11 | 26.8 |
| | célibataire | 12 | 29.3 |
| Nombre d'enfants | | | |
| | 0 | 8 | 19.5 |
| | 1 | 8 | 19.5 |
| | 2 | 18 | 43.9 |
| | 3 | 6 | 14.6 |
| | 4 | 1 | 2.4 |
| Nombre d'enfants | | | |
| | N | 41 | |
| | Médiane | 2.0 | |
| | Minimum | 0.0 | |
| | Maximum | 4.0 | |
| | Moyenne | 1.6 | |
| | ecart type | 1.0 | |
| Niveau scolaire | | | |
| | BAC | 4 | 9.8 |
| | BEP | 4 | 9.8 |
| | Brevet des collèges | 3 | 7.3 |
| | CAP | 1 | 2.4 |
| | Etudes supérieures | 28 | 68.3 |
| | Sans diplôme | 1 | 2.4 |
| Catégorie socio-professionnelle | | | |
| | Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 6 | 14.6 |
| | Autres personnes sans activité professionnelle | 4 | 9.8 |
| | Cadres et professions intellectuelles supérieures | 10 | 24.4 |
| | Employés | 12 | 29.3 |
| | Ouvriers | 1 | 2.4 |
| | Professions Intermédiaires | 8 | 19.5 |

Descriptif du suivi antérieur à la découverte

| | | N (41) | % col. |
|--|------------------|--------|--------|
| Suivi gynécologique | | | |
| | Annuel | 24 | 58.5 |
| | Aucun | 2 | 4.9 |
| | Occasionnel | 15 | 36.6 |
| Délai depuis la dernière palpation mammaire | | | |
| | Entre 1 et 2 ans | 9 | 22.0 |
| | Moins d'un an | 21 | 51.2 |
| | Plus de 2 ans | 11 | 26.8 |
| Mammographies systématiques? | | | |
| | NON | 32 | 78.0 |
| | OUI | 9 | 22.0 |
| Intervalle? | | | |
| | | 32 | 78.0 |
| | A la demande | 1 | 2.4 |
| | Tous les 2 ans | 5 | 12.2 |
| | Tous les ans | 3 | 7.3 |

Découverte

| | | N (41) | % col. |
|--|--|--------|--------|
| Découverte | | | |
| | Gynécologue ? | 4 | 9.8 |
| | Par autopalpation (lors d'une recherche spécifique)? OUI / NON | 13 | 31.7 |
| | Par hasard : par vous-même ou votre conjoint ? OUI / NON | 24 | 58.5 |
| Quels symptômes avez-vous découverts ? | | | |
| | Ecoulement ? | 1 | 2.4 |
| | Masse ? | 33 | 80.5 |
| | Modification de la forme du sein ? | 2 | 4.9 |
| | Tension / Douleur | 5 | 12.2 |
| Avez-vous cherché à vous informer par vous-même, par la suite ? | | | |
| | | 1 | 2.4 |
| | NON | 32 | 78.0 |
| | OUI | 8 | 19.5 |
| Sur quel support ? | | | |
| | | 33 | 80.5 |
| | De vulgarisation | 3 | 7.3 |
| | Officiels : INCa, | 5 | 12.2 |

Prise en charge après la découverte

| | N(41) | % col. |
|---|-------|--------|
| Quel praticien avez-vous consulté en premier ? | | |
| Autre | 3 | 7.3 |
| Gynécologue | 3 | 7.3 |
| Médecin généraliste | 12 | 29.3 |
| | 23 | 56.1 |
| Dans quel délai ? | | |
| N | 38 | |
| Médiane | 8.5 | |
| Minimum | 0.0 | |
| Maximum | 120.0 | |
| Avez-vous eu une formation à l'autopalpation mammaire ? | | |
| NON | 30 | 73.2 |
| OUI | 11 | 26.8 |
| Si oui, par qui ? | | |
| | 30 | 73.2 |
| Autre ? | 2 | 4.9 |
| Gynécologue ? | 7 | 17.1 |
| Médecin traitant ? | 1 | 2.4 |
| Sage-femme | 1 | 2.4 |
| Faisiez-vous une autopalpation mammaire de façon régulière ? | | |
| NON | 20 | 48.8 |
| OUI | 21 | 51.2 |
| Quel examen vous a été prescrit en première intention ? | | |
| Echographie | 8 | 19.5 |
| Mammographie | 12 | 29.3 |
| Mammographie+Echographie | 21 | 51.2 |
| Dans quel délai avez-vous eu cet examen ? (jours) | | |
| N | 41 | |
| Médiane | 9.0 | |
| Minimum | 0.0 | |
| Maximum | 45.0 | |
| Après cet examen, dans quel délai avez-vous eu votre biopsie ? (jours) | | |
| N | 41 | |
| Médiane | 4.0 | |
| Minimum | 0.0 | |
| Maximum | 360.0 | |
| Dans quel délai avez-vous eu votre 1ère consultation spécialisée d'oncologie ? (jours) | | |
| N | 41 | |
| Médiane | 17.0 | |
| Minimum | 3.0 | |
| Maximum | 47.0 | |

Descriptif cancer et prise en charge

| | | N (N=41) | % col. |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------|--------|
| cT | cT0 | 2 | 4.9 |
| | cT1 | 10 | 24.4 |
| | cT2 | 18 | 43.9 |
| | cT3 | 10 | 24.4 |
| | cT4 | 1 | 2.4 |
| cN | N0 | 26 | 63.4 |
| | N1 | 15 | 36.6 |
| cM | M0 | 40 | 97.6 |
| | M1 | 1 | 2.4 |
| Taille (mm) (palpée) | | | |
| | N | 37 | |
| | Médiane | 40.0 | |
| | Minimum | 8.0 | |
| | Maximum | 100.0 | |
| Chimiothérapie | | | |
| | NON | 8 | 19.5 |
| | OUI | 33 | 80.5 |
| Chirurgie du sein | | | |
| | | 1 | 2.4 |
| | Mastectomie | 16 | 39.0 |
| | Tumorectomie | 24 | 58.5 |
| Chirurgie ganglionnaire | | | |
| | | 1 | 2.4 |
| | Curage | 20 | 48.8 |
| | Ganglion sentinelle | 20 | 48.8 |
| Radiothérapie | | | |
| | NON | 6 | 14.6 |
| | OUI | 35 | 85.4 |
| Type de cancer | | | |
| | CAI (carcinome apocrine infiltrant) | 1 | 2.4 |
| | CCI | 31 | 75.6 |
| | CCI+ CCIS | 1 | 2.4 |
| | CCIS | 4 | 9.8 |
| | CLI | 4 | 9.8 |
| Grade | | | |
| | | 1 | 2.4 |
| | I | 4 | 9.8 |
| | II | 17 | 41.5 |
| | III | 19 | 46.3 |
| RH | | | |
| | | 4 | 9.8 |
| | Négatif | 7 | 17.1 |
| | Positif | 30 | 73.2 |
| HER2 | | | |
| | | 5 | 12.2 |
| | Négatif | 25 | 61.0 |
| | Positif | 11 | 26.8 |
| BRCA | | | |
| | | 38 | 92.7 |
| | Positif | 3 | 7.3 |

Objectif secondaire : descriptif population en fonction formation à l'autopalpation ou pas

Pour comparer les deux groupes prendre les %col : exemple : le groupe sans formation à la palpation comporte 30% de femmes célibataire contre 27.3% pour celles sans formation.

Pour comparer en fonction d'un critère prendre les % en ligne : exemple 66,7% des femmes mariées n'ont pas eu de formation, et 75% des femmes célibataires non plus.

| | Avez-vous eu une formation à l'autopalpation mammaire? | | | | | |
|---|--|---------|--------|--------|---------|--------|
| | N (30) | NON | | OUI | | |
| | | % ligne | % col. | N (11) | % ligne | % col. |
| Statut marital | | | | | | |
| Mariée | 10 | 66.7 | 33.3 | 5 | 33.3 | 45.5 |
| Pacsée | 3 | 100.0 | 10.0 | . | . | . |
| Union libre | 8 | 72.7 | 26.7 | 3 | 27.3 | 27.3 |
| célibataire | 9 | 75.0 | 30.0 | 3 | 25.0 | 27.3 |
| Nombre d'enfants | | | | | | |
| 0 | 4 | 50.0 | 13.3 | 4 | 50.0 | 36.4 |
| 1 | 6 | 75.0 | 20.0 | 2 | 25.0 | 18.2 |
| 2 | 14 | 77.8 | 46.7 | 4 | 22.2 | 36.4 |
| 3 | 5 | 83.3 | 16.7 | 1 | 16.7 | 9.1 |
| 4 | 1 | 100.0 | 3.3 | . | . | . |
| Niveau scolaire | | | | | | |
| BAC | 1 | 25.0 | 3.3 | 3 | 75.0 | 27.3 |
| BEP | 4 | 100.0 | 13.3 | . | . | . |
| Brevet des collèges | 3 | 100.0 | 10.0 | . | . | . |
| CAP | . | . | . | 1 | 100.0 | 9.1 |
| Etudes supérieures | 21 | 75.0 | 70.0 | 7 | 25.0 | 63.6 |
| Sans diplôme | 1 | 100.0 | 3.3 | . | . | . |
| Catégorie socio-professionnelle | | | | | | |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 4 | 66.7 | 13.3 | 2 | 33.3 | 18.2 |
| Autres personnes sans activité professionnelle | 2 | 50.0 | 6.7 | 2 | 50.0 | 18.2 |
| Cadres et professions intellectuelles supérieures | 7 | 70.0 | 23.3 | 3 | 30.0 | 27.3 |
| Employés | 10 | 83.3 | 33.3 | 2 | 16.7 | 18.2 |
| Ouvriers | 1 | 100.0 | 3.3 | . | . | . |
| Professions Intermédiaires | 6 | 75.0 | 20.0 | 2 | 25.0 | 18.2 |

En fonction des effectifs aucune comparaison par Chi_2 ne peut être faite. Il faudrait faire des regroupements si on veut avoir des tests statistiques.

Par exemple si on regroupe les femmes en couple (Marié-pacsé-union libre) versus les célibataires on obtient :

Célibataires : 9 sans formation - 3 avec formation

En couple : 21 sans formation - 8 avec formation

Test de Fisher (adapté aux effectifs < 5) $p=1$: soit pas de différence statistiquement significative concernant la formation à la palpation et le statut marital (célibataire/couple).

Niveau d'étude : si on regroupe BAC+ études sup versus niveau inférieur au BAC on obtient 22 sans formation et 10 avec pour les BAC+ études sup versus 8 sans formation et 1 avec pour les niveaux scolaires inférieurs : Fisher $p=0.40$ pas de différence significative.

Mais avec ce type d'effectif il sera difficile de dégager des écarts, dans la mesure où je ne sais pas si c'est cette démarche que vous comptiez avoir je ne fais pas d'autres regroupements.

Analyse en fonction pratique autopalpation régulière ou pas

| | Faisiez-vous une autopalpation mammaire de façon régulière? | | | | | | Test | Total | |
|---|---|---------|--------|-------------|---------|--------|--------------------|-------------|--------|
| | NON | | | OUI | | | | N | % col. |
| | N(20) | % ligne | % col. | N(21) | % ligne | % col. | | | |
| Age au diagnostic (anapath) | | | | | | | Wilcoxon P=0.38 | | |
| N | 20 | | | 21 | | | | 41 | |
| Médiane | 41.0 | | | 43.0 | | | | 42.0 | |
| Minimum | 30.0 | | | 30.0 | | | | 30.0 | |
| Maximum | 50.0 | | | 50.0 | | | | 50.0 | |
| Moyenne ecart type | 41.0 6.1 | | | 42.6 5.6 | | | | 41.8 5.8 | |
| Statut marital | | | | | | | | | |
| Mariée | 7 | 46.7 | 35.0 | 8 | 53.3 | 38.1 | | 15 | 36.6 |
| Pacsée | 2 | 66.7 | 10.0 | 1 | 33.3 | 4.8 | | 3 | 7.3 |
| Union libre | 6 | 54.5 | 30.0 | 5 | 45.5 | 23.8 | | 11 | 26.8 |
| célibataire | 5 | 41.7 | 25.0 | 7 | 58.3 | 33.3 | | 12 | 29.3 |
| en_couple | | | | | | | Chi_2 p=0.6 | | |
| célibataire | 5 | 41.7 | 25.0 | 7 | 58.3 | 33.3 | | 12 | 29.3 |
| en couple | 15 | 51.7 | 75.0 | 14 | 48.3 | 66.7 | 29 | 70.7 | |
| Nombre d'enfants | | | | | | | | | |
| 0 | 2 | 25.0 | 10.0 | 6 | 75.0 | 28.6 | | 8 | 19.5 |
| 1 | 4 | 50.0 | 20.0 | 4 | 50.0 | 19.0 | | 8 | 19.5 |
| 2 | 10 | 55.6 | 50.0 | 8 | 44.4 | 38.1 | | 18 | 43.9 |
| 3 | 3 | 50.0 | 15.0 | 3 | 50.0 | 14.3 | | 6 | 14.6 |
| 4 | 1 | 100.0 | 5.0 | . | . | . | 1 | 2.4 | |
| Nombre d'enfants | | | | | | | Wilcoxon P=0.20 | | |
| N | 20 | | | 21 | | | | 41 | |
| Médiane | 2.0 | | | 2.0 | | | | 2.0 | |
| Minimum Maximum | 0.0 4.0 | | | 0.0 3.0 | | | | 0.0 4.0 | |
| Niveau scolaire | | | | | | | Fisher p=0.07 | | |
| BAC | . | . | . | 4 | 100.0 | 19.0 | | 4 | 9.8 |
| BEP | 4 | 100.0 | 20.0 | . | . | . | | 4 | 9.8 |
| Brevet des collèges | 3 | 100.0 | 15.0 | . | . | . | | 3 | 7.3 |
| CAP | . | . | . | 1 | 100.0 | 4.8 | | 1 | 2.4 |
| Etudes supérieures | 13 | 46.4 | 65.0 | 15 | 53.6 | 71.4 | | 28 | 68.3 |
| Sans diplôme | . | . | . | 1 | 100.0 | 4.8 | | 1 | 2.4 |
| niveau_scolaire_2c | | | | | | | | | |
| inferieur BAC | 7 | 77.8 | 35.0 | 2 | 22.2 | 9.5 | 9 | 22.0 | |
| BAC ou + | 13 | 40.6 | 65.0 | 19 | 59.4 | 90.5 | 32 | 78.0 | |
| Catégorie socio-professionnelle | | | | | | | | | |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 3 | 50.0 | 15.0 | 3 | 50.0 | 14.3 | | 6 | 14.6 |
| Autres personnes sans activité professionnelle | 2 | 50.0 | 10.0 | 2 | 50.0 | 9.5 | | 4 | 9.8 |
| Cadres et professions intellectuelles supérieures | 4 | 40.0 | 20.0 | 6 | 60.0 | 28.6 | | 10 | 24.4 |
| Employés | 6 | 50.0 | 30.0 | 6 | 50.0 | 28.6 | | 12 | 29.3 |
| Ouvriers | 1 | 100.0 | 5.0 | . | . | . | | 1 | 2.4 |
| Professions Intermédiaires | 4 | 50.0 | 20.0 | 4 | 50.0 | 19.0 | | 8 | 19.5 |

Le niveau scolaire n'est pas significatif mais proche de la significativité avec 90.5% des femmes qui pratique l'autopalpation qui ont un niveau BAC ou + contre uniquement 65% dans le groupe qui ne pratique pas l'autopalpation. (Peut être une tendance mais il faudrait une population plus large pour s'en assurer)

| | Faisiez-vous une autopalpatation mammaire de façon régulière? | | | | | | Total | | |
|--|---|---------|--------|-----|---------|--------|--|--------|------|
| | NON | | | OUI | | | | | |
| | N | % ligne | % col. | N | % ligne | % col. | N | % col. | |
| Suivi gynécologique | | | | | | | | | |
| Annuel | 12 | 50.0 | 60.0 | 12 | 50.0 | 57.1 | Annual vs aucun+occasionnel Chi_23 p=0.85 | 24 | 58.5 |
| Aucun | 2 | 100.0 | 10.0 | . | . | . | | 2 | 4.9 |
| Occasionnel | 6 | 40.0 | 30.0 | 9 | 60.0 | 42.9 | | 15 | 36.6 |
| Délai depuis la dernière palpation mammaire | | | | | | | Chi_2 p=0.13 | | |
| Entre 1 et 2 ans | 7 | 77.8 | 35.0 | 2 | 22.2 | 9.5 | Moins d'1an vs >1 an | 9 | 22.0 |
| Moins d'un an | 8 | 38.1 | 40.0 | 13 | 61.9 | 61.9 | Chi_2 p=0.16 | 21 | 51.2 |
| Plus de 2 ans | 5 | 45.5 | 25.0 | 6 | 54.5 | 28.6 | | 11 | 26.8 |
| Mammographies systématiques? | | | | | | | Fisher p=0.45 | | |
| NON | 18 | 56.3 | 90.0 | 14 | 43.8 | 66.7 | | 32 | 78.0 |
| OUI | 2 | 22.2 | 10.0 | 7 | 77.8 | 33.3 | | 9 | 22.0 |
| Intervalle? | 18 | 56.3 | 90.0 | 14 | 43.8 | 66.7 | | 32 | 78.0 |
| A la demande | . | . | . | 1 | 100.0 | 4.8 | | 1 | 2.4 |
| Tous les 2 ans | 2 | 40.0 | 10.0 | 3 | 60.0 | 14.3 | | 5 | 12.2 |
| Tous les ans | . | . | . | 3 | 100.0 | 14.3 | | 3 | 7.3 |

| | Faisiez-vous une autopalpatation mammaire de façon régulière? | | | | | | Total | | |
|--|---|---------|--------|-----|---------|--------|-------|--------|------|
| | NON | | | OUI | | | | | |
| | N | % ligne | % col. | N | % ligne | % col. | N | % col. | |
| Découverte | | | | | | | | | |
| Gynécologue ? | 3 | 75.0 | 15.0 | 1 | 25.0 | 4.8 | | 4 | 9.8 |
| Par autopalpatation (lors d'une recherche spécifique)? OUI / NON | 2 | 15.4 | 10.0 | 11 | 84.6 | 52.4 | | 13 | 31.7 |
| Par hasard : par vous-même ou votre conjoint ? OUI / NON | 15 | 62.5 | 75.0 | 9 | 37.5 | 42.9 | | 24 | 58.5 |
| Quels symptômes avez-vous découverts ? | | | | | | | | | |
| Ecoulement ? | 1 | 100.0 | 5.0 | . | . | . | | 1 | 2.4 |
| Masse ? | 16 | 48.5 | 80.0 | 17 | 51.5 | 81.0 | | 33 | 80.5 |
| Modification de la forme du sein ? | 1 | 50.0 | 5.0 | 1 | 50.0 | 4.8 | | 2 | 4.9 |
| Tension /Douleur | 2 | 40.0 | 10.0 | 3 | 60.0 | 14.3 | | 5 | 12.2 |
| Avez-vous cherché à vous informer par vous-même, par la suite ? | | | | | | | | | |
| NON | . | . | . | 1 | 100.0 | 4.8 | | 1 | 2.4 |
| OUI | 18 | 56.3 | 90.0 | 14 | 43.8 | 66.7 | | 32 | 78.0 |
| OUI | 2 | 25.0 | 10.0 | 6 | 75.0 | 28.6 | | 8 | 19.5 |
| Sur quel support ? | | | | | | | | | |
| De vulgarisation | 18 | 54.5 | 90.0 | 15 | 45.5 | 71.4 | | 33 | 80.5 |
| Officiels : INCa, | 2 | 66.7 | 10.0 | 1 | 33.3 | 4.8 | | 3 | 7.3 |
| | . | . | . | 5 | 100.0 | 23.8 | | 5 | 12.2 |

| | Faisiez-vous une autopalpation mammaire de façon régulière? | | | | Test | Total | |
|---|---|--------|-------|--------|------------------|-------|--------|
| | NON | | OUI | | | N(41) | % col. |
| | N(20) | % col. | N(21) | % col. | | | |
| Quel praticien avez-vous consulté en premier ? | | | | | | | |
| Autre | 2 | 10.0 | 1 | 4.8 | | 3 | 7.3 |
| Gynécologue | 1 | 5.0 | 2 | 9.5 | | 3 | 7.3 |
| Médecin généraliste | 6 | 30.0 | 6 | 28.6 | | 12 | 29.3 |
| | 11 | 55.0 | 12 | 57.1 | | 23 | 56.1 |
| Dans quel délai ? | | | | | | | |
| N | 18 | | 20 | | Wilcoxon p=0.32 | 38 | |
| Médiane | 4.0 | | 17.5 | | | 8.5 | |
| Minimum | 0.0 | | 1.0 | | | 0.0 | |
| Maximum | 80.0 | | 120.0 | | | 120.0 | |
| Avez-vous eu une formation à l'autopalpation mammaire? | | | | | | | |
| NON | 20 | 100.0 | 10 | 47.6 | | 30 | 73.2 |
| OUI | . | . | 11 | 52.4 | | 11 | 26.8 |
| Si oui, par qui? | | | | | | | |
| Autre ? | 20 | 100.0 | 10 | 47.6 | | 30 | 73.2 |
| Gynécologue ? | . | . | 2 | 9.5 | | 2 | 4.9 |
| Médecin traitant ? | . | . | 7 | 33.3 | | 7 | 17.1 |
| Sage-femme | . | . | 1 | 4.8 | | 1 | 2.4 |
| | . | . | 1 | 4.8 | | 1 | 2.4 |
| Faisiez-vous une autopalpation mammaire de façon régulière? | | | | | | | |
| NON | 20 | 100.0 | . | . | | 20 | 48.8 |
| OUI | . | . | 21 | 100.0 | | 21 | 51.2 |
| Quel examen vous a été prescrit en première intention ? | | | | | | | |
| Echographie | 5 | 25.0 | 3 | 14.3 | | 8 | 19.5 |
| Mammographie | 8 | 40.0 | 4 | 19.0 | | 12 | 29.3 |
| Mammographie+Echographie | 7 | 35.0 | 14 | 66.7 | | 21 | 51.2 |
| Dans quel délai avez-vous eu cet examen ? (jours) | | | | | | | |
| N | 20 | | 21 | | Wilcoxon p=0.15 | 41 | |
| Médiane | 11.5 | | 4.0 | | | 9.0 | |
| Minimum | 1.0 | | 0.0 | | | 0.0 | |
| Maximum | 45.0 | | 30.0 | | | 45.0 | |
| Après cet examen, dans quel délai avez-vous eu votre biopsie ? (jours) | | | | | | | |
| N | 20 | | 21 | | Wilcoxon p=0.66 | 41 | |
| Médiane | 4.5 | | 4.0 | | | 4.0 | |
| Minimum | 0.0 | | 0.0 | | | 0.0 | |
| Maximum | 30.0 | | 360.0 | | | 360.0 | |
| Dans quel délai avez-vous eu votre 1ère consultation spécialisée d'oncologie ? (jours) | | | | | | | |
| N | 20 | | 21 | | Wilcoxon p=0.006 | 41 | |
| Médiane | 14.5 | | 24.0 | | | 17.0 | |
| Minimum | 3.0 | | 7.0 | | | 3.0 | |
| Maximum | 47.0 | | 38.0 | | | 47.0 | |

La seule différence statistiquement significative est le délai de cs avec un oncologue plus long pour les patientes pratiquant l'autopalpation médiane 24 jours contre 14.5 pour celles qui ne la pratiquent pas.

| | Faisiez-vous une autopalpation mammaire de façon régulière? | | | | Test | Total | |
|--------------------------------|---|--------|------|--------|-------|-------|--------|
| | NON | | OUI | | | N | % col. |
| | N | % col. | N | % col. | | | |
| cT | | | | | | | |
| | cT0 | . | . | 2 | 9.5 | 2 | 4.9 |
| | cT1 | 4 | 20.0 | 6 | 28.6 | 10 | 24.4 |
| | cT2 | 10 | 50.0 | 8 | 38.1 | 18 | 43.9 |
| | cT3 | 6 | 30.0 | 4 | 19.0 | 10 | 24.4 |
| | cT4 | . | . | 1 | 4.8 | 1 | 2.4 |
| cN | | | | | | | |
| | N0 | 13 | 65.0 | 13 | 61.9 | 26 | 63.4 |
| | N1 | 7 | 35.0 | 8 | 38.1 | 15 | 36.6 |
| cM | | | | | | | |
| | M0 | 19 | 95.0 | 21 | 100.0 | 40 | 97.6 |
| | M1 | 1 | 5.0 | . | . | 1 | 2.4 |
| Taille (mm) (palpée) | | | | | | | |
| | N | 18 | | 19 | | 37 | |
| | Médiane | 45.0 | | 40.0 | | 40.0 | |
| | Minimum | 10.0 | | 8.0 | | 8.0 | |
| | Maximum | 80.0 | | 100.0 | | 100.0 | |
| Chimiothérapie | | | | | | | |
| | NON | 4 | 20.0 | 4 | 19.0 | 8 | 19.5 |
| | OUI | 16 | 80.0 | 17 | 81.0 | 33 | 80.5 |
| Chirurgie du sein | | | | | | | |
| | | 1 | 5.0 | . | . | 1 | 2.4 |
| | Mastectomie | 10 | 50.0 | 6 | 28.6 | 16 | 39.0 |
| | Tumorectomie | 9 | 45.0 | 15 | 71.4 | 24 | 58.5 |
| Chirurgie ganglionnaire | | | | | | | |
| | | 1 | 5.0 | . | . | 1 | 2.4 |
| | Curage | 10 | 50.0 | 10 | 47.6 | 20 | 48.8 |
| | Ganglion sentinelle | 9 | 45.0 | 11 | 52.4 | 20 | 48.8 |
| Radiothérapie | | | | | | | |
| | NON | 4 | 20.0 | 2 | 9.5 | 6 | 14.6 |
| | OUI | 16 | 80.0 | 19 | 90.5 | 35 | 85.4 |
| Type de cancer | | | | | | | |
| | CAI (carcinome apocrine infiltrant) | . | . | 1 | 4.8 | 1 | 2.4 |
| | CCI | 17 | 85.0 | 14 | 66.7 | 31 | 75.6 |
| | CCI+ CCIS | . | . | 1 | 4.8 | 1 | 2.4 |
| | CCIS | 1 | 5.0 | 3 | 14.3 | 4 | 9.8 |
| | CLI | 2 | 10.0 | 2 | 9.5 | 4 | 9.8 |
| Grade | | | | | | | |
| | | . | . | 1 | 4.8 | 1 | 2.4 |
| | I | 3 | 15.0 | 1 | 4.8 | 4 | 9.8 |
| | II | 7 | 35.0 | 10 | 47.6 | 17 | 41.5 |
| | III | 10 | 50.0 | 9 | 42.9 | 19 | 46.3 |
| RH | | | | | | | |
| | | 1 | 5.0 | 3 | 14.3 | 4 | 9.8 |
| | Négatif | 4 | 20.0 | 3 | 14.3 | 7 | 17.1 |
| | Positif | 15 | 75.0 | 15 | 71.4 | 30 | 73.2 |
| HER2 | | | | | | | |
| | | 1 | 5.0 | 4 | 19.0 | 5 | 12.2 |
| | Négatif | 15 | 75.0 | 10 | 47.6 | 25 | 61.0 |
| | Positif | 4 | 20.0 | 7 | 33.3 | 11 | 26.8 |
| BRCA | | | | | | | |
| | | 19 | 95.0 | 19 | 90.5 | 38 | 92.7 |
| | Positif | 1 | 5.0 | 2 | 9.5 | 3 | 7.3 |

10.5 Classification TNM

| T : envahissement tumoral |
|--|
| Tis : tumeur intra épithéliale, <i>in situ</i> T1 : tumeur limitée à la muqueuse ou à la sous muqueuse T2a : tumeur étendue à la musculature T2b : tumeur étendue à la sous-séreuse T3 : tumeur envahissant la séreuse T4 : tumeur envahissant un organe de voisinage |
| N : envahissement ganglionnaire |
| N0 : pas d'envahissement ganglionnaire Nx : ganglions non évalués ou moins de 15 examinés N1 : 1 à 6 ganglions régionaux métastatiques N2 : 7 à 15 ganglions régionaux métastatiques N3 : plus de 15 ganglions régionaux métastatiques |
| M : dissémination métastatique |
| M0 : pas de métastase M1 : métastase à distance (dont ganglions sus-claviculaires, mésentériques, para-aortiques) |

10.6 Classification SBR

CARCINOMES INFILTRANTS

Facteurs pronostiques et prédictifs

Grade histopronostique

Grade reconnu par l'OMS : SBR modifié par Elston et Ellis

A APPLIQUER A TOUS LES TYPES HISTOLOGIQUES

| | | |
|---|---|--------------------------|
| - Différenciation | | |
| Glandes et tubules > 75% de la tumeur | 1 | Grade I D+A+M : 3 à 5 |
| Glandes et tubules 10 à 75% de la tumeur | 2 | |
| Glandes et tubules < 10% de la tumeur | 3 | |
| - Anisocaryose | | |
| Noyaux petits réguliers et uniformes | 1 | Grade II D+A+M : 6-7 |
| Augmentation de taille et variation modérées | 2 | |
| Variation marquée | 3 | |
| - Mitoses (à adapter au Ø du champ x400 : ex=0,63 mm) | | |
| 0 à 11/10 CFG | 1 | Grade III D+A+M : 8-9 |
| 12 à 22 | 2 | |
| > 23 | 3 | |

11 Résumé

INTRODUCTION : Le cancer du sein est le premier cancer chez la femme en termes d'incidence et de mortalité. Un dépistage organisé existe pour les femmes de 50 à 74 ans et pour les patientes à risque élevé. Cette étude rétrospective visait à décrire les circonstances du diagnostic du cancer du sein chez les femmes hors dépistage et à étudier la place de l'autopalpation dans ce contexte.

MATERIEL ET METHODE : Les patientes ont été recrutées à l'Institut Bergonié sur 2 mois et ont répondu à un questionnaire téléphonique.

RESULTATS : Sur 41 patientes (taux de réponse de 72%), 24 avaient découvert leur cancer par hasard (58,5%). Le premier recours, suite à cette découverte était à 56,1% le médecin généraliste. Une autopalpation mammaire était pratiquée régulièrement par 21 patientes (Groupe A) qui ont été comparées aux 20 autres (Groupe PA). L'autopalpation a permis le diagnostic pour 52,4% des patientes du Groupe A, parmi lesquelles 52,4% étaient formées à cette pratique. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes pour les caractéristiques socio-démographiques des patientes, les caractéristiques des tumeurs, les délais de consultation, les traitements.

CONCLUSION : La découverte du cancer du sein chez les femmes ne participant pas à un dépistage se fait principalement par hasard. Le médecin généraliste est en première ligne dans cette situation. L'autopalpation ne semble pas influencer la précocité diagnostique, mais reste intéressante pour maintenir la vigilance des patientes comme des professionnels de santé.

MOTS CLES

Cancer du sein

Femme jeune

Autopalpation mammaire

Diagnostic

Pronostic

Dépistage

Mammographie