



HAL
open science

Étude des pratiques concernant le dépistage individuel du cancer du sein chez le femme de plus de 74 ans auprès des médecins généralistes de la Somme

Marie-Laure Dusaussoy

► **To cite this version:**

Marie-Laure Dusaussoy. Étude des pratiques concernant le dépistage individuel du cancer du sein chez le femme de plus de 74 ans auprès des médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03035480

HAL Id: dumas-03035480

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03035480v1>

Submitted on 2 Dec 2020

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 PICARDIE JULES VERNE
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE MÉDECINE

ANNÉE 2020 N°

THESE

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE
DIPLOME D'ÉTAT

Par

Marie-Laure DUSAUSSOY

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2020

**Etude des pratiques concernant le dépistage individuel du
cancer du sein chez la femme de plus de 74 ans auprès
des médecins généralistes de la Somme.**

JURY DE THESE

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Madame le Docteur Rosalie CABRY

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Isabelle DEFOUILLOY

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

A Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH,

Avoir accepté de présider ce Jury de thèse est un honneur pour moi.
Veuillez recevoir l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT,

Votre présence dans ce Jury est un grand honneur.
Veuillez croire en l'assurance de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus haute considération.

A Madame le Docteur Rosalie CABRY,

Avec gentillesse, vous avez accepté d'estimer ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Isabelle DEFOUILLOY,

Ancienne interne de votre service, je garde un très bon souvenir de ce semestre en SSR.
Je vous remercie de m'accompagner dans cet accomplissement final qu'est la thèse.

A tous ceux qui ont participé à ce projet,

A l'ensemble des Médecins généralistes de la Somme ayant participé à cette enquête,
sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

A Anne Sophie,

Merci de tes conseils et de ton soutien inconditionnel.

A Caroline et à Ophélie,

Mes mathématiciennes préférées.

A Pascal,

Merci pour la traduction.

A tous ceux qui comptent pour moi,

A mes parents,

Merci de votre soutien inestimable et votre confiance de tous les instants.

A mes sœurs, qui ont toujours été là pour moi. J'ai une chance incroyable de vous avoir auprès de moi.

A mes amis, que je porte dans mon cœur et à qui je souhaite tout ce que la vie a de meilleur à offrir.

LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRACTICIENS HOSPITALIERS
UFR MEDECINE JULES VERNE

| | | | |
|-------------------|--------------|-------------|-----------------------------------|
| Mme le Professeur | Christine | AMMIRATI | Anesthésiologie et Réanimation |
| Mme le Professeur | Claire | ANDREJAK | Pneumologie |
| M.le Professeur | Pascal | BERNA | Chirurgie Thoracique |
| M.le Professeur | Moncef | BEN KHALIFA | CBH - Biologie de la Reproduction |
| M.le Professeur | Patrick | BERQUIN | Pédiatrie 1 |
| M.le Professeur | Frédéric | BLOCH | Gériatrie |
| M. le Professeur | Jean-Yves | BORGNE | Médecin généraliste |
| Mme le Professeur | Catherine | BOULNOIS | Médecin généraliste |
| Mme le Professeur | Sandrine | CASTELAIN | CBH - Bactériologie, Virologie |
| M.le Professeur | Thierry | CAUS | Chirurgie Cardiaque |
| M.le Professeur | Denis | CHATELAIN | Anatomie Pathologique |
| M.le Professeur | Bruno | CHAUFFERT | Oncologie médicale |
| M.le Professeur | Gabriel | CHOUKROUN | Néphrologie |
| M.le Professeur | Jean-Marc | CONSTANS | Radiologie |
| M.le Professeur | Henri | COPIN | C.B.H - Cytogénétique |
| M.le Professeur | Alain | DERVAUX | Psychiatrie et Psycho. Médicale |
| M.le Professeur | Bernard | DESABLENS | |
| Mme le Professeur | Rachel | DESAILLOUD | Endocrinologie |
| M.le Professeur | Djamal-Dine | DJEDDI | Pédiatrie |
| M.le Professeur | P-Louis | DOUTRELLOT | M.P.R.A |
| M.le Professeur | Pierre | DUHAUT | Médecine interne |
| M.le Professeur | Hervé | DUPONT | Anesthésie réanimation |
| M.le Professeur | Patrice | FARDELLONE | Rhumatologie |
| M.le Professeur | Mathurin | FUMERY | Gastroentérologie |
| M.le Professeur | Antoine | GABRION | Chirurgie Ortho-Traumatologique |
| M.le Professeur | Antoine | GALMICHE | C.B.H - Biochimie spécialisée |
| M.le Professeur | Olivier | GANRY | Epidémiologie et santé publique |
| M.le Professeur | Loïc | GARÇON | Hématologie - transfusion |
| M.le Professeur | Maxime | GIGNON | Epidémiologie et santé publique |
| M.le Professeur | Olivier | GODEFROY | Neurologie |
| M.le Professeur | Vincent | GOEB | Rhumatologie |
| M.le Professeur | Jean | GONDRY | Gynécologie Obstétrique |
| M.le Professeur | Richard | GOURON | Chirurgie infantile |
| M.le Professeur | Jean-Marc | GUILE | Pédopsychiatrie |
| M.le Professeur | Eric | HAVET | Anatomie |
| M.le Professeur | Jean-Sylvain | HERMIDA | Cardiologie A |
| M.le Professeur | Olivier | JARDE | Médecine légale et sociale |
| M.le Professeur | Vincent | JOUNIEAUX | Pneumologie |
| M.le Professeur | Pierre | KRYSTKOWIAK | Neurologie |
| M.le Professeur | Claude | KRZISCH | Radiothérapie Curiethérapie |
| M.le Professeur | J-Daniel | LALAU | Endocrinologie-mal méta-nutrition |
| M.le Professeur | Kaïss | LASSOUED | Néphrologie |
| M.le Professeur | Laurent | LEBORGNE | Cardiologie |
| M.le Professeur | Michel | LEFRANC | Neurochirurgie |
| Mme le Professeur | Nadine | LEMAITRE | CBH -Bactériologie-Virologie |
| Mme le Professeur | Catherine | LOK | Dermatologie et vénéréologie |
| M.le Professeur | Emmanuel | LORNE | Anesthésie réanimation |
| M.le Professeur | J-Michel | MACRON | E.F.S.N |
| M.le Professeur | Yazine | MAHJOUB | Anesthésie réanimation |
| M.le Professeur | Julien | MAIZEL | Réanimation Médicale |
| Mme le Professeur | Cécile | MANAOUIL | Médecine Légale |
| M.le Professeur | Jean-Pierre | MAROLLEAU | Cancérologie |

| | | | |
|-------------------|--------------|-----------------|--------------------------------------|
| M.le Professeur | Patrice | MERTL | Chirurgie Orthopédique |
| M.le Professeur | Marc-Etienne | MEYER | Médecine nucléaire |
| M.le Professeur | Eric | NGUYEN-KHAC | Gastroentérologie |
| M.le Professeur | Cyril | PAGE | O.R.L. |
| M.le Professeur | Johann | PELTIER | Anatomie |
| M.le Professeur | Marcel | PELTIER | Thérapeutique |
| M.le Professeur | Jean-Marc | REGIMBEAU | Chirurgie Digestive |
| M.le Professeur | Thierry | REIX | Chirurgie vasculaire |
| M.le Professeur | Charles | SABBAGH | Chirurgie Digestive |
| M.le Professeur | Fabien | SAINT | Urologie |
| M.le Professeur | Jean | SCHMIDT | Médecine Interne |
| M.le Professeur | J-Luc | SCHMIT | mal. infect - mal. tropicales |
| M.le Professeur | Fabrice | SERGENT | Gynécologie Obstétrique |
| M.le Professeur | Eric | SERRA | Traitement de la Douleur |
| M.le Professeur | Henri | SEVESTRE | Anatomie Pathologique |
| Mme le Professeur | M-Antoinette | SEVESTRE-PIETRI | Médecine vasculaire |
| M.le Professeur | Raphaël | SINNA | Chirurgie Plastique et Reconstruct. |
| M.le Professeur | Michel | SLAMA | Réa. médicale néphrologique |
| M.le Professeur | William | SZURHAJ | E.F.S.N |
| Mme le Professeur | Sylvie | TESTELIN | Chirurgie Maxillo-faciale et stomato |
| Mme le Professeur | Anne | TOTET | Parasitologie et Mycologie |
| M. le Professeur | Pierre | TOURNEUX | Pédiatrie |
| M.le Professeur | Patrick | TOUSSAINT | Neurochirurgie |
| M.le Professeur | Christophe | TRIBOUILLOY | Service de Cardiologie B |
| M.le Professeur | Jean-Noël | VALLEE | Radiodiagnostic A |
| M.le Professeur | Fabrice | WALLOIS | E.F.S.N |

**LISTE DES MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS
UFR DE MÉDECINE JULES VERNE**

| | | | |
|----------|---------------|-------------------|--|
| Docteur | Abdallah | AL-SALAMEH | Endocrinologie |
| Madame | Carole | AMANT | |
| Monsieur | Olivier | BALEDENT | Méd. Nucléaire et Trait de l'image |
| Docteur | Xavier | BENAROUS | Pédopsychiatrie |
| Docteur | Youssef | BENNIS | Pharmacologie fondamentale |
| Madame | Agnès | BOULLIER | C.B.H - Biochimie spécialisée |
| Docteur | Emilie | BOUREL-PONCHEL | Physiologie |
| Monsieur | Thomas | BOYER | Hématologie |
| Docteur | Rosalie | CABRY-GOUBET | Biologie de la Reproduction |
| Madame | Estelle | CADET | C.B.H - Génétique |
| Docteur | Céline | DAMIANI | Parasitologie |
| Docteur | Catherine | DOUTRELLOT | Médecine du Travail et des Risques Pro |
| Docteur | Isabelle | EL ESPER-GREGOIRE | Méd. Nucléaire in vivo |
| Madame | Catherine | FRANCOIS | CBH - Virologie |
| Madame | Marlène | GALLET | CBH - Biologie Cellulaire |
| Madame | Brigitte | GUBLER | Immunologie |
| Docteur | Elodie | HARAUX | Chirurgie Infantile |
| Docteur | Jean-Philippe | LANOIX | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| Docteur | Pauline | PIERRE-DUVAL | Médecin généraliste |
| Docteur | Amélie | SELLIER-PETITPREZ | Médecin généraliste |
| Docteur | Manuel | VINCENT | Médecin généraliste |

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| SOMMAIRE | 5 |
| ABBREVIATIONS ET SIGLES | 7 |
| INTRODUCTION | 9 |
| PARTIE I : LE CANCER DU SEIN | 11 |
| I. L'ÉPIDÉMIOLOGIE..... | 11 |
| I. 1) <i>Vieillessement de la population et cancer</i> | 11 |
| I. 2) <i>Le cancer du sein</i> | 12 |
| II. LES FACTEURS DE RISQUE | 16 |
| II. 1) <i>Les facteurs de risque associés à une augmentation majeure du risque</i> | 16 |
| II. 2) <i>Les facteurs de risque associés à une augmentation modérée et mineure du risque</i> | 18 |
| II. 3) <i>Les facteurs protecteurs</i> | 19 |
| III. L'EXAMEN MAMMAIRE | 20 |
| III. 1) <i>L'inspection</i> | 20 |
| III. 2) <i>La palpation des seins</i> | 20 |
| III. 3) <i>La palpation des aires ganglionnaires</i> | 21 |
| IV. LES IMAGERIES..... | 22 |
| IV. 1) <i>La mammographie</i> | 22 |
| IV. 2) <i>L'échographie</i> | 23 |
| IV. 3) <i>L'imagerie par résonance magnétique</i> | 23 |
| PARTIE II : LE DEPISTAGE | 25 |
| I. L'AUTO-EXAMEN DES SEINS | 25 |
| I. 1) <i>Définition et pratique</i> | 25 |
| I. 2) <i>Pertinence de l'Auto-examen des seins</i> | 25 |
| II. LE DÉPISTAGE ORGANISÉ..... | 27 |
| II. 1) <i>Organisation et procédure</i> | 27 |
| II. 2) <i>Résultats</i> | 28 |
| III. 3) <i>Participation</i> | 28 |
| III. 4) <i>Controverses</i> | 29 |
| III. 5) <i>Limites</i> | 30 |
| III. LE DÉPISTAGE INDIVIDUEL | 31 |
| III. 1) <i>Recommandations françaises et internationales</i> | 31 |
| III. 2) <i>Pertinence de la mammographie après 74 ans</i> | 32 |
| III. 3) <i>Pertinence de l'examen sénologique</i> | 35 |
| PARTIE III : L'ETUDE | 39 |
| I. OBJECTIFS..... | 39 |
| II. MATÉRIEL ET MÉTHODES..... | 39 |
| II. 1) <i>Critères d'inclusion et de sélection</i> | 39 |
| II. 2) <i>Choix du média pour contacter les médecins</i> | 39 |
| II. 3) <i>Le questionnaire</i> | 40 |
| II. 4) <i>Analyse statistique</i> | 40 |
| III. LES RÉSULTATS | 41 |
| III. 1) <i>Diagramme des flux de l'étude</i> | 41 |

| | |
|---|-----------|
| III. 2) Taux de réponse..... | 42 |
| III. 3) Profil des médecins..... | 42 |
| III. 4) Démarche préventive | 44 |
| III. 5) Etude des pratiques..... | 45 |
| III. 6) Analyses croisées | 48 |
| III. 7) Facteurs influençant les pratiques..... | 50 |
| IV. DISCUSSION | 53 |
| IV. 1) Analyse du questionnaire..... | 53 |
| IV. 2) Biais et sélection | 59 |
| IV. 3) Le rôle du MG | 59 |
| CONCLUSION..... | 65 |
| RESUME..... | 67 |
| SUMMARY..... | 69 |
| BIBLIOGRAPHIE | 71 |
| ANNEXES..... | 77 |
| 1. CLASSIFICATION BIRADS/ACR | 77 |
| 2. LE SCORE D'EISINGER | 79 |
| 3. LE QUESTIONNAIRE G8..... | 80 |
| 4. INDEX DE COMORBIDITÉS CHARLSON..... | 81 |
| 5. LE QUESTIONNAIRE..... | 82 |

ABBREVIATIONS ET SIGLES

ACS : American Cancer Society

ACR : American College of Radiology

AES : Auto-examen des seins

CNBSS : Canadian National Breast Screening Study

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CTFPHC : Canadian Taskforce for Preventive Health Care

DI : Dépistage individuel

DO : Dépistage organisé

ECS : Examen clinique des seins

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MG : Médecin généraliste

RR : Risque relatif

TDM : Taux d'incidence standardisé monde

USPSTF : US Preventive Service TaskForces

VAD : Visite à domicile

INTRODUCTION

Le cancer du sein est au premier rang des cancers incidents en France. Avec près de 58 000 nouveaux cas en France en 2018, il est situé nettement devant le cancer colorectal et celui du poumon[1]. En dépit des avancées thérapeutiques réalisées ces dernières années, il est également le plus meurtrier des cancers constituant un problème de santé public majeur.

Depuis 2004, le dépistage se déroule en France autour d'un dépistage organisé (DO) gratuit où les femmes de 50 à 74 ans sont invitées tous les 2 ans par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) à effectuer un examen clinique mammaire et une mammographie avec double lecture auprès de radiologistes expérimentés[2].

Mais après 74 ans, le dépistage du cancer du sein repose sur un dépistage individuel (DI) où le médecin généraliste (MG) est l'un des premiers acteurs.

En France en 2018, 21% des cancers du sein étaient détectés chez les patientes de plus de 74 ans et près de la moitié des décès de ce cancer concernait ces mêmes sujets âgés[1].

Le cancer du sein est une maladie de la femme âgée. Bien que le risque existe chez les femmes jeunes, il augmente considérablement avec l'âge. Selon une revue australienne, ce risque est de 1/250 chez les femmes trentenaires alors qu'il est de 1/30 chez les femmes sexagénaires[3]. En France comme en Europe, la population vieillit. Selon les projections de l'Insee, si les tendances démographiques se maintiennent, en 2040 14,6% des français auraient 75 ans ou plus, et en 2070 ils seraient 17,9%[4]. Au vu de l'inévitable vieillissement de la population française, le DI gagne en importance.

Cependant la détection du cancer du sein est souvent tardive chez les patientes âgées entraînant des thérapeutiques plus lourdes qui chez cette population fragile peuvent altérer l'autonomie et la qualité de vie de façon conséquente[5].

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le DI s'appuie sur un examen clinique des seins (ECS) annuel ; la prescription de la mammographie s'envisage au cas par cas et reste au choix du MG ou du gynécologue ainsi que de la patiente.

«La HAS recommande un examen clinique mammaire annuel par le médecin généraliste ou le gynécologue à partir de l'âge de 25 ans.»[2]

«Le dépistage radiologique du cancer du sein des femmes âgées de plus de 74 ans asymptomatiques et sans facteur de risque n'est pas recommandé de manière systématique. La décision d'une mammographie est faite au cas par cas, en fonction de l'examen clinique et des antécédents personnels ou familiaux de la femme.» [2]

L'objectif de cette étude était d'évaluer la démarche préventive effectuée par les médecins généralistes de la Somme chez les patientes de plus de 74 ans ne dépendant plus du dépistage organisé.

PARTIE I : LE CANCER DU SEIN

I. L'ÉPIDÉMIOLOGIE

I. 1) Vieillesse de la population et cancer

En Europe comme en France, le vieillissement de la population continue. Au 1^{ier} janvier 2018, 19,6% des français étaient âgés d'au moins 65 ans soit 4,1% de plus qu'en 2008 et près d'un habitant sur 10 avait 75 ans ou plus.

Selon les projections de population de l'Insee, la France comprendrait 76,5 millions d'habitants au 1^{ier} janvier 2070 (vs 67,187 millions au 1^{ier} janvier 2018) et la quasi-totalité de cette augmentation de population intéresserait les personnes âgées de 65 ans et plus et en particulier la catégorie des 75 ans et plus.

D'après les projections de population d'Eurostat, les personnes âgées de 80 ans ou plus, en Union Européenne, représenteraient 12,7% de la population en 2080 et celles âgées d'au moins 65 ans 29,1%[6].

En 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 85,6 ans chez la femme. Celle-ci a augmenté de 1,2 an depuis 10 ans[7].

Le cancer est une maladie du sujet âgé, en effet son incidence augmente au cours de la vie. Parmi les cancers tout âge confondu enregistrés en 2017, 62,4% concernaient les 65 ans et plus et 11,5% les 85 ans et plus.

La mortalité s'amplifie également avec l'âge. En 2017 en France métropolitaine, 75,3% des décès par cancer concernaient les personnes d'au moins 65 ans et 24,8% les sujets de 85 ans et plus.

En cas de cancer du sein, la survie à 10 ans est de 65% chez les femmes de plus de 74 ans ; elle est de 83% chez les 45-54 ans.[8]

II. 2) Le cancer du sein

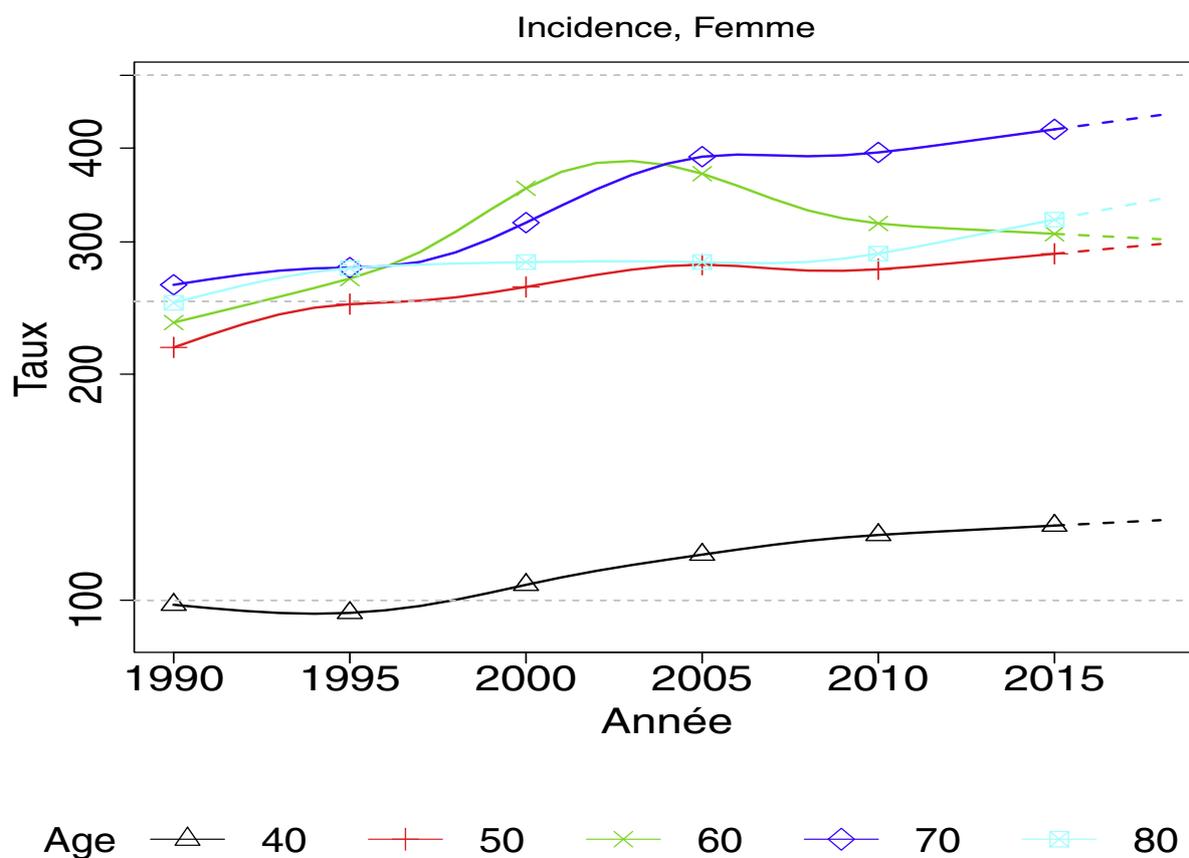
II. 2) a) Incidence

Avec 58 459 nouveaux cas de cancer du sein recensés en France en 2018, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. En 2018, le taux d'incidence standardisé monde (TSM) était de 99,9 pour 100 000 personnes années et celui d'Europe était de 134,7 pour 100 000[1].

Depuis 1990, le TSM est en augmentation. Il est passé de 72,8 pour 100 000 à 99,9 sur la période de 1990 à 2018 avec un accroissement en moyenne de +1,1% par an. Sur ce même intervalle, le nombre de nouveaux cas a presque été multiplié par deux, passant de 30 000 à 58 400. Cette élévation est expliquée par une augmentation du risque, de la population et du vieillissement.

L'âge médian de diagnostic était de 63 ans en 2018. Les tendances par âge décrivaient une hausse d'environ +1% par an entre 1990 et 2018 sauf chez les femmes de 70 ans où l'augmentation était plus importante (+1,9%). L'épisode de forte augmentation suivi d'une diminution de l'incidence chez les femmes de 60 ans au milieu des années 2000 s'expliquait par la baisse de prescriptions des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause et par l'instauration du DO[1].

Figure 1 : Taux d'incidence en France selon l'année et par âge – Sein.



Sur les 58 459 nouveaux cas estimés en 2018, 12 552 étaient diagnostiqués chez les femmes de plus de 75 ans soit près de 21%[1].

Tableau 1 : Nombre de cas et de décès par classe d'âge en France en 2018 – Sein.

| Âge (années) | [0;14] | [15;19] | [20;24] | [25;29] | [30;34] | [35;39] | [40;44] | [45;49] | [50;54] | [55;59] | [60;64] | [65;69] | [70;74] | [75;79] | [80;84] | [85;89] | [90;94] | [95;+] |
|------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| INCIDENCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Femme | 0 | 3 | 44 | 269 | 808 | 1 808 | 3 386 | 5 784 | 6 318 | 5 864 | 6 717 | 8 187 | 6 719 | 4 102 | 3 778 | 2 921 | 1 425 | 326 |
| MORTALITÉ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Femme | 0 | 0 | 2 | 12 | 56 | 144 | 266 | 461 | 645 | 791 | 981 | 1 304 | 1 324 | 1 237 | 1 532 | 1 671 | 1 207 | 513 |

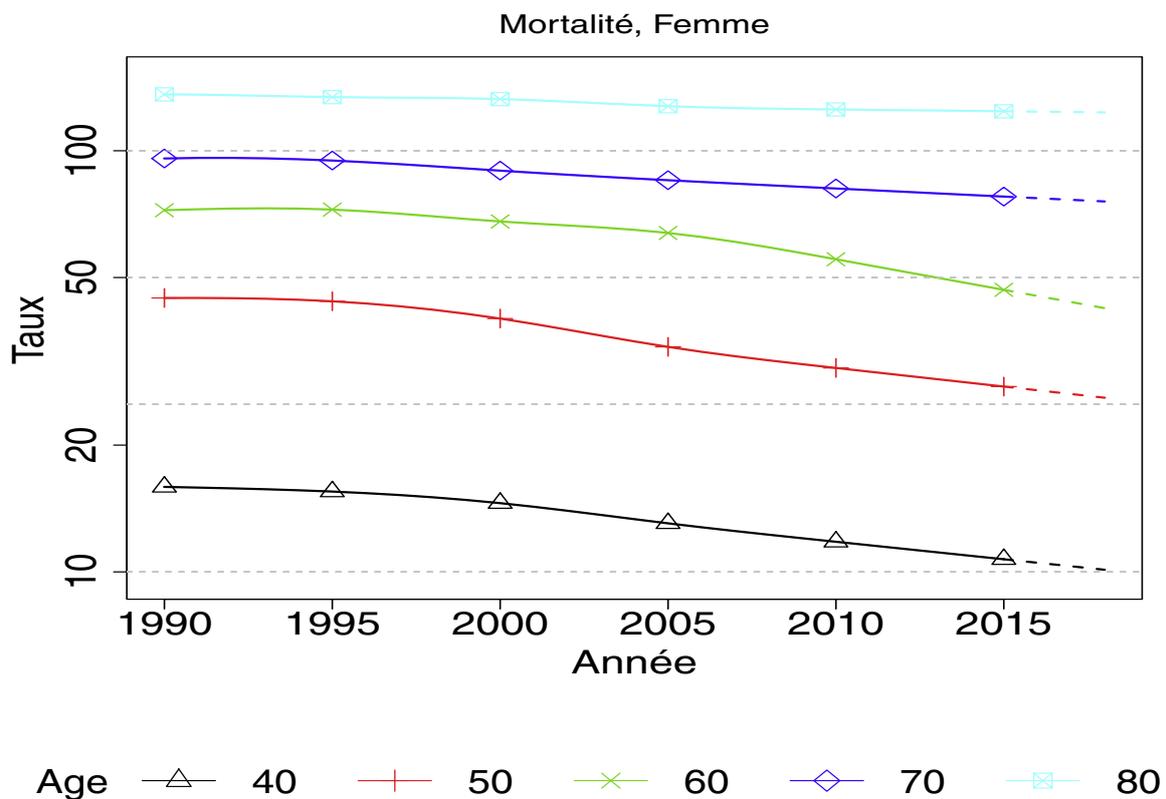
II. 2) b) Mortalité

Avec 12 146 décès répertoriés en 2018, le cancer du sein est le cancer le plus meurtrier chez la femme en France. Depuis 1990, le TSM a diminué en moyenne de -1,3% par an. Il a baissé de 20,2 pour 100 000 en 1990 à 14,0 en 2018. Cette diminution s'explique par les progrès thérapeutiques majeurs réalisés ces dernières années et par la hausse de femmes diagnostiquées à un stade précoce notamment grâce au dépistage.

Elle affectait particulièrement les femmes de moins de 60 ans par rapport aux femmes plus âgées. L'âge médian au décès était de 74 ans en 2018.

Plus de la moitié des décès recensés (6160) en France en 2018 concernaient les femmes de plus de 75 ans[1].

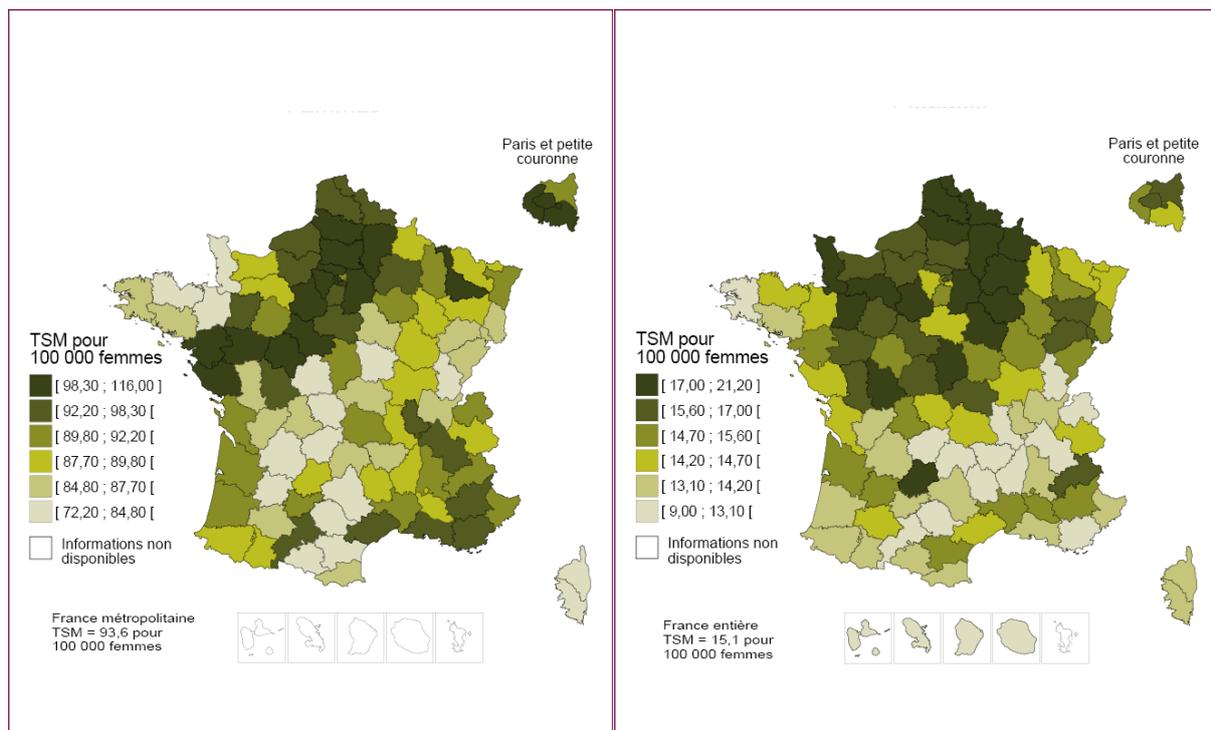
Figure 2 : Taux de mortalité en France selon l'année et par âge – Sein.



II. 2) c) A l'échelle départementale

La Picardie se situait parmi les régions françaises ayant les taux d'incidence et de mortalité les plus élevés[9].

Figure 3 : Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du sein à l'échelle départementale (2008-2010) à gauche ; Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du sein à l'échelle départementale (2011-2013) à droite.



II. LES FACTEURS DE RISQUE

Suite à une recommandation en 2 volets publiée par la HAS en 2012 et 2014 sur le dépistage du cancer du sein, les facteurs de risque du cancer ont été répartis en deux catégories : les facteurs de risque liés à une augmentation majeure du risque de cancer du sein ($RR > 4$) et les facteurs de risque liés à une augmentation modérée ($4 > \text{ou} = RR > 2$) ou modeste ($2 > \text{ou} = RR > 1.1$)[2].

II. 1) Les facteurs de risque associés à une augmentation majeure du risque

II. 1) a) L'âge

L'âge est l'un des facteurs de risque le plus important du cancer du sein. Bien que le cancer puisse survenir tôt dans la vie, il s'agit d'une maladie de la femme âgée. Pour une femme de 30 ans, le risque est de 1/250 tandis que pour une femme de 70 ans, il est de 1/30[3][10]. 78% des cancers du sein sont diagnostiqués chez les femmes âgées de plus de 50 ans[2].

II. 1) b) Le sexe

Le cancer du sein affecte à la fois les hommes et les femmes mais l'incidence est beaucoup plus importante chez les femmes ; elles ont un risque cent fois plus élevé de développer un cancer du sein que les hommes[3].

II. 1) c) La prédisposition génétique

5 à 10% des cancers du sein sont d'origine génétique.

Les mutations les plus fréquentes sont les altérations des gènes BRCA1 et BRCA2. Ces gènes, suppresseurs de tumeurs, sont situés respectivement sur les bras long des chromosomes

17 et 13. Deux femmes sur mille sont porteuses de ces mutations. La transmission est autosomique dominante et la pénétrance est de l'ordre de 40 à 80%. Chez une femme atteinte d'un premier cancer du sein, le risque de cancer controlatéral est 4 fois plus élevé. Celui-ci est d'autant plus augmenté que le cancer est précoce.

L'indication à une consultation oncogénétique dépend de critères personnels et familiaux. Les critères personnels regroupent la présence d'un cancer du sein avant 36 ans, d'un cancer médullaire, d'un cancer du sein triple négatif, d'un cancer du sein chez l'homme, d'un cancer de l'ovaire et du sein chez une même patiente et d'un cancer de l'ovaire avant 71 ans. Le risque familial est calculé selon le score d'Eisinger (Annexe 2). Un score $>$ ou $=$ à 3 oriente vers une consultation oncogénétique[11].

Il existe plusieurs autres mutations augmentant le risque du cancer du sein comme les altérations des gènes TP53 (syndrome de Li-Fraumeni), CHEK2/ATM (ataxie-télangiectasies), PTEN (syndrome de Cowden) et SKT11 (syndrome de Peutz-Jeghers)[2].

II. 1) d) L'antécédent personnel de cancer du sein invasif

Les femmes ayant un antécédent personnel de cancer du sein ont 2 à 6 fois plus de risque d'être atteinte d'un cancer controlatéral[3].

II. 1) e) Les antécédents familiaux de cancer invasif

Les antécédents familiaux sont un facteur de risque du cancer du sein bien établi. Les femmes dont la mère, la sœur ou la fille est atteinte d'un cancer du sein ont un risque deux fois plus important que celles sans parent au premier degré touché. Le risque augmente avec le nombre de parents au premier degré atteints et la précocité de l'âge au diagnostic[3].

II. 1) f) L'antécédent personnel d'irradiation thoracique médicale à haute dose

Le sein est l'un des tissus les plus radiosensibles de l'organisme. La radiothérapie réalisée dans le cadre de la maladie de Hodgkin notamment avant l'âge de 30 ans augmente le risque de cancer du sein[10].

II. 1) g) L'antécédent personnel de lésion mammaire avec atypie

Les lésions prolifératives sans atypie doublent le risque de cancer du sein tandis que les lésions hyperplasiques avec atypie le quadruplent[12].

II. 2) Les facteurs de risque associés à une augmentation modérée et mineure du risque

II. 2) a) La densité mammaire

Les femmes ayant une densité mammaire radiographique élevée (> 75%) ont 4 à 6 fois plus de risque de développer un cancer du sein que celles ayant peu ou pas de densité mammaire[3][10].

II. 2) b) Les facteurs hormonaux endogènes

La survenue des règles avant l'âge de 12 ans et une ménopause tardive après 50 ans augmentent le risque de cancer du fait d'une exposition prolongée hormonale. Le risque s'accroît de 3% par année supplémentaire à partir de l'âge présumé de la ménopause[12].

II. 2) c) Les facteurs hormonaux exogènes

Les femmes sous contraceptifs oraux ont un risque accru de cancer du sein d'environ 25%. Toutefois l'arrêt de leur utilisation diminue le risque indépendamment du produit oestroprogestatif utilisé et de la durée de sa consommation. Le risque s'annule à 10 ans[12].

Les femmes sous traitement hormonal substitutif pendant 5 ans ou plus présentent un risque de cancer du sein augmenté de 26 à 35%. Ce risque diminue à l'arrêt du traitement et varie selon le produit prescrit. Le risque est moins important lors de l'utilisation d'un estrogène seul comparé à un oestroprogestatif[12].

II. 2) d) Les facteurs liés aux habitudes de vie

Les femmes ménopausées obèses ont un risque augmenté de 50% de cancer du sein.

L'alcool est le seul facteur nutritionnel reconnu. Le risque s'accroît de 7% pour une boisson alcoolisée consommée par jour[12].

II. 3) Les facteurs protecteurs

II. 3) a) Les facteurs liés à la reproduction

Un âge précoce lors de la première maternité, l'allaitement et la multiparité sont des facteurs protecteurs du cancer du sein. Une première grossesse à terme avant 30 ans réduit de 25% le risque de cancer du sein. Les femmes ayant allaitées sur une période d'au moins 25 mois bénéficient d'une réduction du risque de 33%. L'effet protecteur de la multiparité s'accroît à chaque nouvelle grossesse[12].

II. 3) b) L'activité physique

Une activité physique modérée (2 à 4 heures par semaine) diminue le risque de 35% notamment chez les femmes ménopausées en raison d'une baisse de la prise de poids[12].

III. L'EXAMEN MAMMAIRE

III. 1) L'inspection

La patiente est nue jusqu'à la taille. L'inspection est effectuée en position assise ou debout, les bras le long du corps dans un premier temps puis levés et enfin les mains sur les hanches afin de contracter les pectoraux. L'examineur observe le volume, la forme, la symétrie et le relief des seins.

L'objectif est de mettre en évidence une anomalie cutanée (épaississement de la peau, ulcération, rides), une dissymétrie de taille ou de forme (voussure, rétraction de l'un des seins, nodule, tuméfaction), une anomalie de l'aréole ou du mamelon (eczéma de l'aréole ou du mamelon, un écoulement unipore mamelonnaire, une rétraction mamelonnaire). Certaines retractions de la peau sont plus visibles lors d'un examen dynamique[2][13].

III. 2) La palpation des seins

La palpation des seins est effectuée en position assise puis allongée sur le dos les mains derrière la tête puis les bras le long du corps. L'examineur utilise la pulpe des trois doigts médians avec trois niveaux de pressions (superficielle, intermédiaire et profonde). Il explore le sein dans sa totalité quadrant par quadrant sans oublier le prolongement axillaire, le sillon sous mammaire et le mamelon. Le mamelon est pressé délicatement afin de rechercher un écoulement.

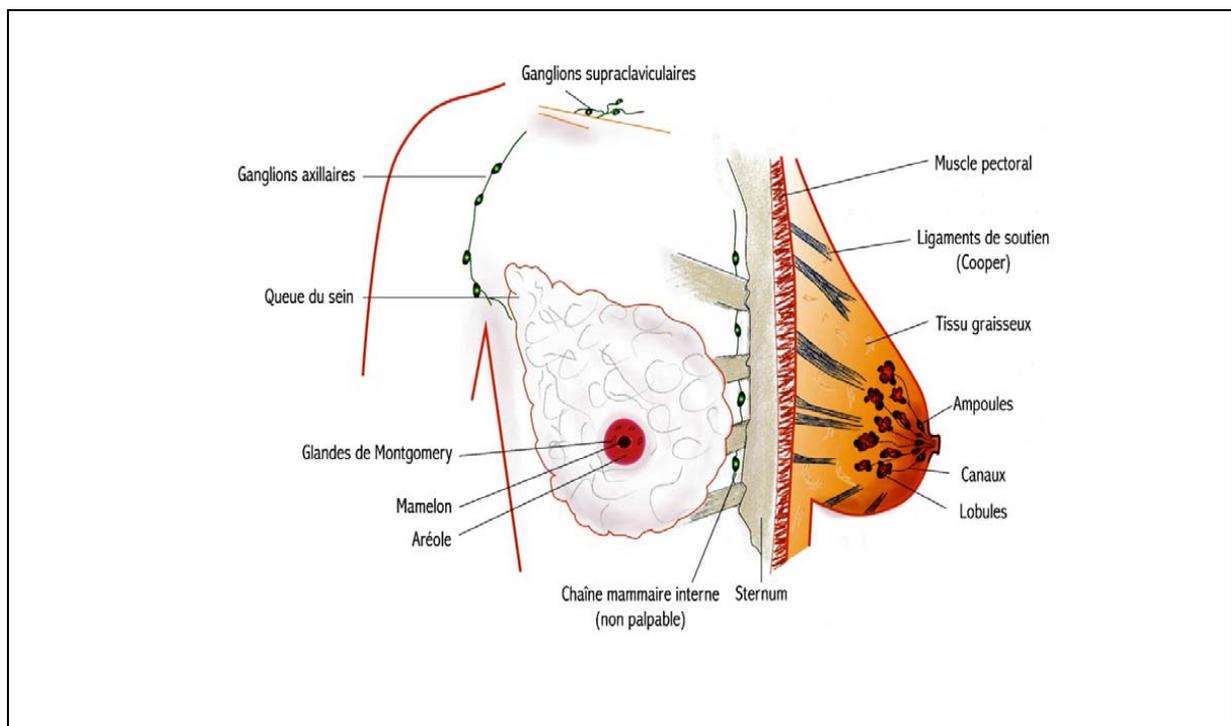
L'objectif est de rechercher la présence d'une tuméfaction ou d'un nodule. Le caractère de la lésion est à préciser (unique ou multiple, topographie et profondeur, formes et limites, consistance, dimensions, sensibilité et température).

Ces anomalies sont parfois associées à une connexion cutanée (rétraction ou distorsion du mamelon en regard, pli cutané, épaississement de l'aréole avec un aspect en peau d'orange, peau rougeâtre, inflammation)[2][13].

III. 3) La palpation des aires ganglionnaires

L'examineur palpe les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires chez la patiente assise à la recherche d'une adénopathie suspecte. Leurs caractères sont identifiés (nombre, volume, consistance, sensibilité et mobilisation). L'examen se termine par la réalisation d'un schéma lorsqu'une anomalie est retrouvée[2][13].

Figure 4 : Anatomie du sein [14]



IV. LES IMAGERIES

IV. 1) La mammographie

Elle s'adresse de façon systématique aux femmes de 50 à 74 ans dans le cadre du DO et aux femmes présentant une anomalie des seins perçue lors de la palpation par le MG ou le gynécologue dans le cadre du diagnostic.

L'examen dure de 10 à 20 minutes et coûte 66,42 euros. Les seins sont comprimés entre deux plaques afin de recueillir une meilleure qualité de l'image (augmentation de la précision des images et séparation des structures se superposant), de diminuer les mouvements et de réduire la quantité de radiations émises.

Deux incidences sont exécutées et éventuellement un agrandissement si nécessaire :

- une de face ou caudale (superposant les deux quadrants internes et externes)
- une oblique externe (les superpositions sont évitées, bonne visualisation du prolongement axillaire et de la face postérieure de la glande limitant les faux négatifs).

Cet outil de dépistage est bilatéral et se réalise dans la première partie du cycle de préférence car les seins sont alors moins sensibles. Il peut être douloureux en raison de la compression (10 à 15 secondes par cliché). Les cosmétiques sont à éviter avant la réalisation de l'examen, ils peuvent être à l'origine d'artéfacts pouvant être assimilés à des lésions cancéreuses. Dans le cadre d'une surveillance, l'examen n'est pas réitéré avant un délai de 3 à 6 mois.

La lecture est faite cliché par cliché, elle compare les deux seins entre eux et avec les radiographies précédentes. Les résultats sont interprétés selon la classification de l'American College of Radiology (ACR) (Annexe 1). Les résultats ACR1 et 2 n'entraînent aucune exploration supplémentaire et sont transmis afin de bénéficier d'une deuxième lecture. Les lésions ACR3 nécessitent une surveillance tandis que celles ACR4 et 5 bénéficient d'un diagnostic immédiat par biopsie ou cytoponction[2][13].

IV. 2) L'échographie

Cet examen est réalisé en complément de la mammographie en fonction de la densité des seins (la glande est mieux étudiée lorsque le sein est dense et peu graisseux, généralement les femmes jeunes, contrairement à la mammographie) et de la catégorie de l'ACR. Il permet de préciser la nature d'une lésion ACR3 et 4 lorsque les seins sont denses ou de rechercher une lésion multifocale en cas d'ACR5 et explore l'aire axillaire. La qualité de l'examen dépend de l'opérateur. L'échographie est indolore, dure 30 minutes et a un coût de 41,58 euros[2][13].

IV. 3) L'imagerie par résonance magnétique

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) possède une très forte sensibilité dans la détection du cancer à l'origine de nombreux faux positifs rendant son utilisation controversée. Elle a un coût de 69 euros. Actuellement, elle est réservée aux femmes présentant des antécédents d'irradiation à haute dose, une prédisposition génétique et des antécédents familiaux de cancer du sein (score Eisinger $>$ ou $=$ 3). Elle permet d'explorer des anomalies cliniques sans traduction mammographique ou échographique. Elle peut également être utilisée en cas de discordance entre ces deux examens[2][13].

PARTIE II : LE DEPISTAGE

I. L'AUTO-EXAMEN DES SEINS

I. 1) Définition et pratique

Le concept de l'auto-examen des seins (AES) a été créé dans les années 1950 par Cushman Haagensen à une époque où la mammographie était encore à développer. De nombreuses femmes étaient alors diagnostiquées à un stade où la tumeur était large et inopérable[15]. L'AES est réalisé tous les mois et comprend deux parties : l'auto-inspection et l'autopalpation. Il ne se substitue pas à un examen sénologique réalisé par un professionnel de santé. L'auto-inspection est réalisée devant un miroir les bras le long du corps puis levés et enfin les mains sur les hanches. Elle consiste à rechercher une anomalie cutanée, une asymétrie de forme ou de taille et un écoulement.

L'autopalpation est effectuée en position allongée avec le bras du sein examiné levé et consiste à palper dans toute sa totalité le sein avec les trois doigts médians de la main controlatérale. Il est conseillé de commencer par la partie externe du sein et de le parcourir en effectuant de petits cercles avec le bout des doigts. Le mamelon est pressé délicatement afin de vérifier l'existence d'un écoulement. Enfin les aires axillaires et sus-claviculaires sont palpées à la recherche d'une masse ganglionnaire. Actuellement, il n'existe pas de recommandations en France concernant la pratique de l'AES dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

II. 2) Pertinence de l'Auto-examen des seins

Pendant de nombreuses années, il a été enseigné aux femmes que la réalisation fréquente de l'AES permettait de détecter le cancer du sein plus précocement entraînant un traitement moins lourd et une diminution de la mortalité comme le confirmaient les premières études

réalisées à ce sujet[16]. Toutefois deux essais randomisés contrôlés avec de larges cohortes démontraient l'absence de diminution de cette mortalité.

Le premier a été conduit à Saint Petersburg en 1992 auprès de 122 471 femmes et le deuxième à Shanghai en 1997 auprès de 266 064 femmes. Il n'existait pas de différences en termes de mortalité ou de stades du cancer du sein au diagnostic entre le groupe pratiquant l'AES et le groupe contrôle. Le groupe exerçant l'AES retrouvait un taux de biopsies bénignes plus élevé, une augmentation du nombre de consultation médicale et une hausse des niveaux d'anxiété et de dépression[17]. Plusieurs méta-analyses ont présenté les mêmes conclusions que ces deux essais[17][18][19].

Ces différentes preuves ont conduit plusieurs organisations internationales dont The Canadian Taskforce for Preventive Health Care (CTFPHC) [20] et The American Cancer Society (ACS) [21] à ne plus recommander l'AES. D'après l'ACS, l'AES relève d'un choix individuel : toutes les femmes devraient être informées des bénéfices et des risques associés à l'AES.

Bénéfices :

- pratique simple et non invasive
- femme plus confortable avec ses seins
- certains cancers diagnostiqués avec l'AES
- sensibilisation aux anomalies des seins

Risques :

- absence de réduction de la mortalité
- doublement du nombre de biopsies bénignes
- augmentation d'une peur du cancer du sein, d'une anxiété pouvant nécessiter un suivi psychiatrique
- augmentation des coûts de santé
- augmentation du nombre de consultations médicales[22]

La balance bénéfice/risque pose problème quant à la création de recommandations claires et méthodiques. L'absence de consensus est déroutante à la fois pour les professionnels de santé et pour les patientes.

II. LE DÉPISTAGE ORGANISÉ

II. 1) Organisation et procédure

Le programme du DO du cancer du sein a été introduit en France par la Direction générale de la santé en 1994 sur la base des recommandations européennes et après plusieurs expérimentations pilotes réalisées au cours des années 1981-1991. Il a ensuite été généralisé à l'ensemble du territoire français en 2004. Il est mis en œuvre selon le cahier des charges national publié au Journal Officiel en 2001 et mis à jour en 2006.

Au niveau départemental, l'organisation du programme s'articule autour de structures de gestion. Celles-ci adressent aux femmes de 50 à 74 ans sans symptômes apparents ni facteurs de risque du cancer du sein, un courrier postal tous les 2 ans.

Ces femmes sont invitées à réaliser un ECS, une mammographie comprenant deux incidences, selon les deux méthodes autorisées (analogique ou numérique depuis 2008) et éventuellement une échographie complémentaire chez un radiologue agréé au choix de la patiente.

Ce programme gratuit garantit un accès égal et de qualité au dépistage à chaque femme de la population cible. Le contrôle des matériels radiologiques dépend de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'évaluation épidémiologique est effectuée par l'institut national de veille sanitaire. Selon les études, le DO permet une réduction de la mortalité de 15 à 21%.

Les femmes présentant un antécédent de cancer du sein personnel ou familial (score Eisinger > ou = 3), un antécédent d'irradiation médicale thoracique à haute dose sont exclues du programme ainsi que celles ayant une forte prédisposition génétique ou histologique. Elles bénéficient d'un suivi spécialisé[2].

II. 2) Résultats

La mammographie est classée lors de la lecture selon la classification BI-RADS/ACR (Annexe 1) de 1 à 5 :

-les mammographies classées non pathologiques à la première lecture (ACR1 et 2) sont relues par un second radiologue de façon systématique.

-les mammographies classées ACR3 ne donnent pas lieu à une seconde lecture. Une surveillance clinique et radiologique est instaurée.

-les mammographies ACR4 et 5 bénéficient d'un bilan de diagnostic immédiat (clichés avec agrandissement, échographie, cytoponction ou biopsie)[2].

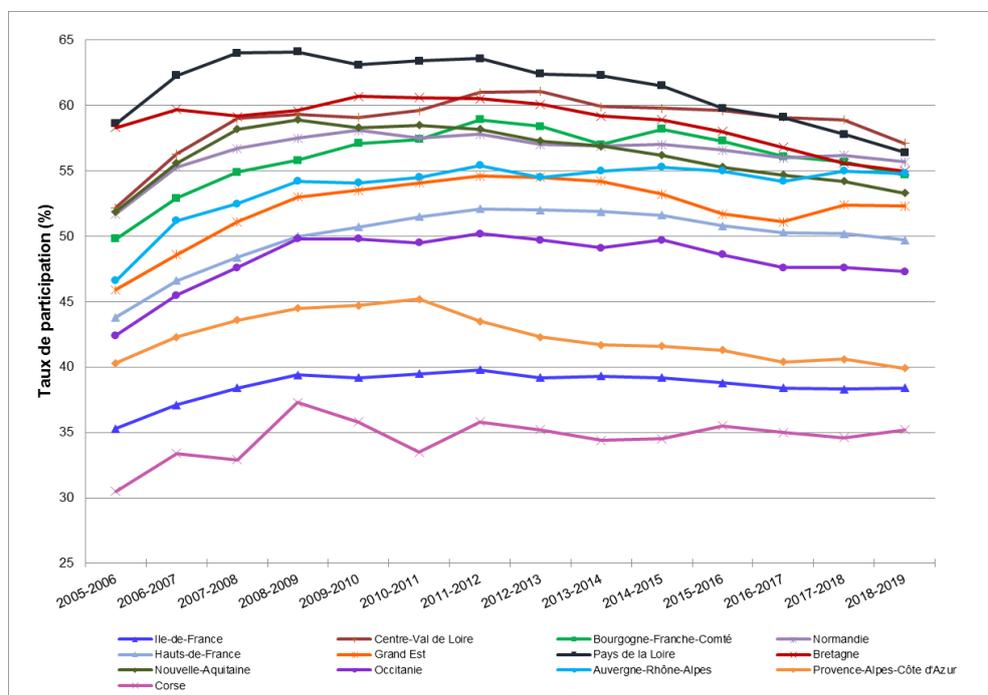
III. 3) Participation

De 2005 à 2012, il a été observé une augmentation progressive du taux de participation national pour atteindre un pic de 52,4% sur la période 2011-2012[2]. Depuis le taux est en diminution constante. Sur la période 2018-2019, il est estimé à 49,3% ce qui reste en dessous des recommandations européennes fixées à 70%. Ce taux bas est expliqué en partie par la coexistence de ce programme avec le DI non ou peu retrouvé dans la plupart des pays européens.

Il existe une grande disparité régionale. En 2018-2019, la Guyane, la Corse, et l'Ile de France avaient les taux de participation les plus bas (respectivement : 23,1%, 35,2% et 38,4%) ; le centre Val de Loire, les pays de la Loire et la Normandie avaient les taux de participation les plus hauts (respectivement : 57,1%, 56,4% et 55,7%).

La région des Hauts de France présentait un taux de participation de 49,7% (la Somme : 55,3%). Ce taux était le plus faible pour la tranche d'âge 70-74 ans (45,8%)[23].

Figure 5 : Evolution du taux de participation au DO du cancer par région. Période 2005 à 2019.



Sources : Santé publique France – 18 Mars 2020 – Données issues des CRCDC et ELP de l’Insee

III. 4) Controverses

L’objectif premier du DO est de réduire la mortalité liée au cancer du sein. Aucune étude ne permet d’évaluer avec précision l’impact du DO en France. Ceci s’explique par plusieurs facteurs dont notamment l’absence d’une population de référence (liée à un DI préexistant le DO), la présence d’améliorations technologiques constantes et l’évolution des thérapeutiques.

Entre 1966 et 1985, une dizaine d’essais randomisés ont été conduits, concluant au bénéfice du DO. La réduction relative du risque de décès avait été estimée à environ 30%. Mais une analyse de ces essais, effectuée par la Cochrane Collaboration en 2000, remettait en cause l’efficacité du programme.

Cette analyse a elle-même été remise en question par plusieurs organisations de santé. Les dernières méta-analyses de ces essais estimaient au final une diminution de la mortalité liée au cancer du sein de 25 à 31%. Malgré de nombreuses controverses, la balance bénéfice/risque restait en faveur du DO[24].

III. 5) Limites

Le surdiagnostic se définit comme la détection de cancers qui n'auraient jamais évolué.

Il représentait selon les études 4 à 54% des cancers diagnostiqués[2]. Actuellement au vu des connaissances, il n'est pas possible de prévoir l'évolution d'une lésion au moment du diagnostic. Ce surdiagnostic est donc à l'origine d'un surtraitement de lésions par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie.

Les cancers radio-induits sont le résultat de l'irradiation perçue lors de la mammographie. Les seins sont particulièrement radiosensibles. Selon le Centre international de recherche sur le cancer, il causerait entre 1 à 5 décès pour 100 000 femmes ayant une mammographie tous les deux ans à partir de 50 ans avec une irradiation standard. La balance bénéfice/risque reste en faveur du dépistage[2].

Le nombre de cancers d'intervalle (dételés entre le délai de 2 ans des mammographies) et de cancers manqués est minime. Leur risque est réduit par l'examen clinique réalisé par le médecin généraliste ou le gynécologue.

III. LE DÉPISTAGE INDIVIDUEL

III. 1) Recommandations françaises et internationales

En France à l'arrêt du DO à l'âge de 74 ans, le dépistage du cancer du sein repose sur le DI. Celui-ci s'organise autour d'un examen clinique mammaire annuel chez les femmes ne présentant pas de facteurs de risque particuliers. La mammographie n'est pas recommandée de façon systématique et s'effectue au cas par cas[2].

Les recommandations internationales ne sont pas uniformes. En effet, l'ACS ne recommande pas l'ECS et cela quel que soit l'âge de la femme. Cependant, elle encourage les femmes à connaître l'apparence de leurs seins et la sensation qu'ils leur procurent afin de pouvoir discerner tout changement orientant alors vers une consultation rapide auprès d'un professionnel de santé.

Les femmes de plus de 55 ans, en bonne santé et avec une espérance de vie d'au moins 10 ans, sont amenées à poursuivre la mammographie annuelle ou bisannuelle. Toute femme continuant la pratique de cet examen devrait en connaître les bénéfices et les limitations[21].

Selon l'US Preventive Service Task Forces (USPSTF), les preuves ne sont actuellement pas suffisantes pour évaluer les bénéfices et les risques de la pratique de l'ECS et de la prescription de la mammographie chez les femmes de 75 ans et plus dans le cadre du dépistage[25].

Selon la CTFPHC, l'ECS n'est pas recommandé en l'absence d'impact sur la mortalité reconnu. La mammographie est conseillée chez les femmes de 70 à 74 ans tous les 2 à 3 ans avec leur accord. Elles doivent être informées des bénéfices et des inconvénients que cet examen peut engendrer. Il s'agit d'une décision partagée[20].

III. 2) Pertinence de la mammographie après 74 ans

III. 2) a) Bénéfices

Epidémiologie

L'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge. En France en 2018, l'incidence était plus élevée dans la catégorie d'âge 75-79 ans que dans celle de 50-54 ans, 55-59 ans et 60-64 ans. 21% des cancers étaient diagnostiqués chez les patientes de plus de 74 ans et 50,7% des décès concernaient ces mêmes patientes. Le taux de mortalité grimpe à partir de 75 ans[1].

Tableau 2 : Taux d'incidence et de mortalité par classe d'âge en France en 2018 – Sein

| Âge (années) | [0;14] | [15;19] | [20;24] | [25;29] | [30;34] | [35;39] | [40;44] | [45;49] | [50;54] | [55;59] | [60;64] | [65;69] | [70;74] | [75;79] | [80;84] | [85;89] | [90;94] | [95;+] |
|------------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| INCIDENCE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Femme | 0,0 | 0,2 | 2,4 | 14,1 | 40,2 | 86,5 | 164,6 | 259,9 | 285,1 | 273,1 | 324,5 | 401,7 | 420,9 | 351,3 | 345,5 | 343,0 | 321,2 | 228,7 |
| MORTALITÉ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Femme | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,6 | 2,8 | 6,9 | 12,9 | 20,7 | 29,1 | 36,8 | 47,4 | 64,0 | 82,9 | 105,9 | 140,1 | 196,2 | 272,0 | 360,0 |

La mammographie : un examen adapté ?

Avec l'âge, le tissu glandulaire mammaire est progressivement remplacé par du tissu adipeux entraînant une réduction de la densité mammaire et permettant une meilleure sensibilité de détection des cancers du sein. La sensibilité et la spécificité de la mammographie augmentent donc avec l'âge comme le démontrait une étude réalisée en 2003 aux Etats-Unis chez 329 495 femmes de 40 à 89 ans. La sensibilité augmentait de 68,6% chez les femmes de 40 à 44 ans à 83,3% chez les femmes de 80 à 89 ans[26].

Détection précoce, traitements moins lourds et amélioration de la survie

L'étude de Malmgren et Parikh réalisée à Seattle en 2014 concluait que les cancers du sein détectés par mammographie chez les femmes de 75 ans avaient un meilleur taux de survie à 5 ans (97% pour les cancers diagnostiqués par mammographie vs 87% pour les cancers détectés par le médecin ou la patiente).

Ces cancers, trouvés par mammographies, étaient diagnostiqués à un stade plus précoce (stade I, 62% vs 33%). Ils étaient également moins souvent observés à un stade tardif (stade II à IV 20% vs 64%) et requéraient des traitements moins agressifs.

87% des cancers détectés par mammographie bénéficiaient d'une chirurgie conservatrice contre 56% pour les cancers diagnostiqués par le médecin ou la patiente. La mastectomie était moins souvent utilisée (13% vs 42%) de même que la chimiothérapie (6% vs 17%). Les bénéfices d'une détection précoce observés chez les femmes jeunes (traitements moins lourds et meilleure survie) pouvaient s'appliquer aux femmes âgées de 75 à 84 ans et s'étendre aux femmes âgées de plus de 85 ans en fonction de leur espérance de vie[27]. De même, dans l'étude de Vacek et Skelly réalisée en 2015, la diminution de l'utilisation de la mammographie de dépistage par les femmes âgées s'accompagnait d'une hausse des cancers du sein détectés cliniquement qui étaient associés à une survie réduite[28].

III. 2) b) Désavantages

Faux positifs

Les femmes ayant fait l'objet d'investigations poussées (mammographie supplémentaire, échographie, biopsie à l'aiguille et intervention chirurgicale) et qui sont diagnostiquées comme n'ayant pas de cancer du sein, sont considérées « faux positifs ».

Une revue de la littérature menée par Hofvind et al. en 2012 cherchait à estimer le risque d'être rappelé pour une évaluation plus approfondie au moins une fois au cours de 10 ans chez les femmes de 50 à 69 ans subissant des mammographies bisannuelles sans cancer du sein en Europe. Ce risque variait de 8% à 21% dans les trois études examinées (estimation groupée à 19,7%). Le risque de subir une intervention chirurgicale avec une issue bénigne était de 0,9%. Le taux de biopsies était de 2,2% et 1,1% pour les dépistages initiaux et ultérieurs respectivement. Le taux d'interventions chirurgicales chez les femmes sans cancers était de 0,19% et 0,07%. Peu de femmes subissaient une biopsie à l'aiguille et encore moins une intervention chirurgicale[29].

Surdiagnostic

En raison des procédures invasives impliquées et de l'impact physique et psychologique du traitement, le surdiagnostic est l'un des désavantages du dépistage par mammographie. Malheureusement à l'heure actuelle il n'est pas possible de reconnaître quels cas individuels de cancer du sein résultent réellement d'un surdiagnostic. Une méta-analyse conduite auprès de 13 études européennes estimait le risque de surdiagnostic ajusté pour le cancer du sein entre 1 à 10%[30]. Selon l'étude de Paci, les chances de sauver la vie d'une femme grâce à un dépistage mammographique étaient plus grandes que celles d'un surdiagnostic. Pour 1000 femmes dépistées tous les 2 ans de 50 ans jusqu'à 69 ans et suivies jusqu'à 79 ans, l'étude estimait que 7 à 9 vies étaient sauvées alors que 4 femmes étaient surdiagnostiquées[24].

Impact psychologique

Le dépistage par mammographie peut être vécu comme un fardeau chez les personnes âgées et être à l'origine d'un stress psychologique. L'étude de Walter et al. a étudié les résultats d'une politique de mammographie de dépistage instaurée à l'admission dans une maison de retraite (soit chez 216 femmes ayant une moyenne d'âge de 81 ans). 42% des femmes présentant une mammographie anormale se plaignaient de douleurs, d'anxiété ou de symptômes dépressifs dus à ce dépistage[31].

III. 2) c) Limites

Causes compétitives de mortalité : les comorbidités

Même si les femmes âgées ont plus de risque de décéder d'un cancer du sein que les femmes jeunes, elles ont aussi plus de risque de mourir d'une autre pathologie[32]. Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2011 avait pour objectif de décrire les principales causes de décès chez les femmes âgées atteintes d'un cancer du sein. Parmi les 63 566 femmes de plus de 66 ans diagnostiquées d'un cancer du sein incluses dans l'étude, 51,3% étaient décédées à 9 ans. 15,1% du cancer du sein et 36,2% d'autres causes. Les pathologies cardio-vasculaires étaient la première cause de décès retrouvée dans l'étude (15,9%)[33].

Sous traitement

La réponse aux traitements du cancer du sein est identique chez le sujet jeune et chez le sujet âgé lorsque celui-ci ne présente pas de comorbidités et est soigné avec les thérapeutiques

recommandées. Toutefois les sujets âgés présentent en moyenne 2.6 comorbidités avec des sujets n'en ayant aucune et des sujets en présentant plus de 4[34]. Devant l'hétérogénéité de cette population, une démarche collective ne semble pas adaptée. Un dépistage individuel paraît plus approprié. Chez les patientes présentant plusieurs comorbidités, les traitements sont le plus souvent adaptés (modification de l'intervention chirurgicale, révision ou réduction des doses de chimiothérapie) en fonction de l'état de santé global de la patiente[35]. Ces modifications thérapeutiques sont à l'origine d'une diminution de la survie[36].

Bénéfice du dépistage à 5-10 ans

Les bénéfices du dépistage ne sont pas immédiats. Les résultats d'une méta-analyse suggéraient que le dépistage du cancer du sein était plus approprié chez les femmes bénéficiant d'une espérance de vie à 10 ans. En effet il fallait 10,7 ans afin d'éviter un décès lié au cancer du sein pour 1000 femmes dépistées. Selon les études le seuil variait, chez certaines il était à 5 ans et chez d'autres à 10 ans. Les sujets âgés ayant une espérance de vie limitée ne bénéficieraient donc pas d'un dépistage mammographique[37].

La décision de la poursuite de la mammographie chez les femmes de plus de 74 ans doit donc être fondée sur une évaluation appropriée de l'état de santé, de l'espérance de vie de chaque individu, des avantages et des inconvénients apportés par la réalisation de cet examen et des préférences des patientes. Un outil d'évaluation du risque du cancer du sein paraît être nécessaire afin d'identifier les candidates à ce dépistage.

III. 3) Pertinence de l'examen sénologique

III. 3) a) Désavantages

L'efficacité de l'ECS dans la réduction de la mortalité n'a pas été démontrée directement dans un essai randomisé. En conséquence, de nombreuses organisations internationales ont retiré l'ECS de leurs recommandations comme la CTFPHC[20], l'USPSTF[25], l'ACS[21] et the U.K. National Health Services tandis que d'autres continuent de le promouvoir comme the U.S. National Comprehensive Cancer Network, The American College of Obstetricians and Gynecologists et the Memorial Sloan Kettering Cancer Center. L'ECS comme outil de dépistage reste donc controversé.

III. 3) b) Bénéfices

Trois études randomisées ont été menées en Inde et aux Philippines où les femmes ont été réparties en deux groupes : ECS versus pas de dépistage. Les cancers du sein détectés au départ et dans les premières années étaient plus petits en taille et moins avancés en stade chez les femmes pratiquant l'ECS comparé à celles n'ayant aucun suivi[38].

The Canadian National Breast Screening Study (CNBSS) a comparé des femmes âgées de 40 à 59 ans randomisées dans deux groupes : l'un comportant l'ECS réalisé seul et l'autre l'ECS associé à une mammographie annuelle. Aucune diminution de la mortalité n'a été perçue entre les deux groupes après un suivi de 25 ans. Par contre les biopsies bénignes étaient trois fois plus élevées dans le groupe comprenant une détection par mammographie ; et 22% des cancers détectés par mammographie étaient surdiagnostiqués. Les résultats de cette étude suggéraient que les cancers du sein détectables à la mammographie et non palpables à l'examen clinique n'affectaient pas la mortalité. Cependant une des faiblesses de cette étude était la qualité peu satisfaisante des radiographies réalisées[39].

L'étude rétrospective de Provencher et al menée en 2016 cherchait à évaluer l'intérêt de l'ECS comme outil de dépistage du cancer du sein. 6 333 femmes atteintes du cancer du sein ont été incluses dans l'étude. Elles étaient catégorisées selon leur moyen de diagnostic. 36,5% des cancers du sein étaient détectés par la mammographie seule, 54,8% par la mammographie accompagnée de l'ECS et 8,7% par l'ECS seule. L'étude démontrait qu'un nombre conséquent de cancers du sein aurait été manqué si l'ECS n'avait pas été réalisé. De plus les cancers diagnostiqués par l'ECS seul étaient plus agressifs que ceux retrouvés par la mammographie seule[40].

L'étude de Chiarelli et al. montrait que la sensibilité était plus élevée lorsque le dépistage proposait la mammographie associée à l'examen clinique (94,6% dans le groupe comprenant la mammographie avec l'ECS vs 88,6% dans le groupe proposant la mammographie seule). Cependant le taux de faux positif était plus élevé dans les centres proposant l'association des deux outils de dépistage comparé à ceux proposant uniquement la mammographie (12,4% vs 7,4%)[41].

La réalisation de l'ECS offre l'opportunité aux MG de sensibiliser les femmes à leur poitrine et aux risques du cancer du sein. Il est simple et peu cher. Chez les femmes refusant la

mammographie ou chez celles ne bénéficiant pas d'un dépistage par imagerie, l'ECS peut représenter une alternative. De plus, il permet de diagnostiquer les cancers d'intervalle qui sont souvent agressifs et de mauvais pronostic.

III. 3) c) Limites

L'étude de Barton et al. évaluait la sensibilité à 54% et la spécificité à 94%. La sensibilité augmentait avec la durée de l'examen sénologique. La technique utilisée avait un impact sur la sensibilité de l'examen. Celle-ci augmentait lorsque le modèle de palpation était systématique avec différentes pressions en utilisant le bout des trois doigts médians dans des mouvements circulaires. L'expérience et la formation étaient deux facteurs permettant d'accroître la sensibilité de l'examineur[42]. La sensibilité de l'ECS était dans la pratique courante de l'ordre de 28 à 36% alors qu'elle était observée à 54% dans les essais randomisés et à 63% dans l'étude CNBSS où les infirmières étaient formées et très expérimentées[43][42][39].

PARTIE III : L'ETUDE

I. OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude était double :

1. Evaluer la démarche préventive réalisée par les médecins généralistes de la Somme chez les patientes de plus de 74 ans.
2. Analyser les pratiques des médecins généralistes lors du dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans.

L'objectif secondaire était de déterminer les facteurs influençant les pratiques de ce dépistage.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude observationnelle, monocentrique et déclarative sur l'évaluation des pratiques professionnelles des MG de la Somme à l'aide d'un questionnaire.

II. 1) Critères d'inclusion et de sélection

Les MG devaient exercer dans la Somme et être toujours en activité professionnelle. Les médecins n'exerçant pas en ambulatoire ou ayant une activité en dehors du secteur de la médecine générale étaient exclus, de même que ceux dont les coordonnées postales n'étaient pas recensées sur l'annuaire en ligne de l'Assurance Maladie.

II. 2) Choix du média pour contacter les médecins

Nous avons établi un premier contact auprès des MG par envoi postal de questionnaire anonyme (Annexe 5). Le courrier a été adressé le 24 juin 2020 à tous les MG de la Somme

répondant aux critères d'inclusion. Le questionnaire était accompagné d'un texte introductif précisant l'objectif de cette enquête. Une enveloppe pré timbrée a été jointe pour le renvoi de la réponse. Une unique relance téléphonique a été réalisée mi juillet 2020 afin d'augmenter le taux de réponse. Les médecins n'ayant pas pu être contactés au terme d'un appel ont été considérés comme non répondants. L'enquête a été clôturée le 10 août 2020. L'étude était non rémunérée.

II. 3) Le questionnaire

Le questionnaire (Annexe 5) comprenait 32 items répartis en 3 parties différentes.

1. La première catégorie s'intéressait au profil du MG et à son type de patientèle.
2. La deuxième portait sur la démarche préventive réalisée par le MG chez les femmes de plus de 74 ans, soit la pratique de l'examen sénologique, la prescription d'imagerie complémentaire et la suggestion de l'autopalpation.
3. La troisième recherchait les facteurs pouvant influencer la réalisation de l'ECS.

Les critères principaux de rédaction de ce questionnaire étaient la conception d'un questionnaire concis avec une majorité de questions fermées à choix simples ou multiples. Seule une question était ouverte.

II. 4) Analyse statistique

Le recueil de données a été réalisé à l'aide de l'utilisation d'un tableur Excel permettant d'enregistrer les réponses des questionnaires et d'en obtenir le traitement statistique. Les variables quantitatives ont été décrites selon leur moyenne (m) et leur écart type (+/-). Les variables qualitatives ont été exploitées selon leur nombre de réponse (N) et leur pourcentage (%). Le test de Chi2 a été utilisé quand cela s'est avéré nécessaire. Le seuil de significativité retenu est une valeur de $p < 0.05$.

III. LES RÉSULTATS

III. 1) Diagramme des flux de l'étude

Le site de l'assurance maladie recensait **584 MG** dans la Somme le 10/06/2020.

62 médecins ayant une activité particulière ont été exclus :

- 6 acupuncteurs
- 3 allergologues
- 31 angiologues
- 5 échographistes
- 12 homéopathes
- 5 médecins appliqués aux sports

+ 29 inscriptions de médecin en doublon

Soit **493 MG** ont été inclus

Total : 151 répondants

141 réponses par courrier postal

10 réponses récupérées directement au cabinet médical

III. 2) Taux de réponse

Le questionnaire a été distribué aux 493 MG exerçant dans la Somme. Après une relance téléphonique effectuée mi juillet, 151 MG ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse était de 31%. Parmi les répondants N=151, 93% ont répondu par courrier postal et 7% des questionnaires ont été récupérés au cabinet médical.

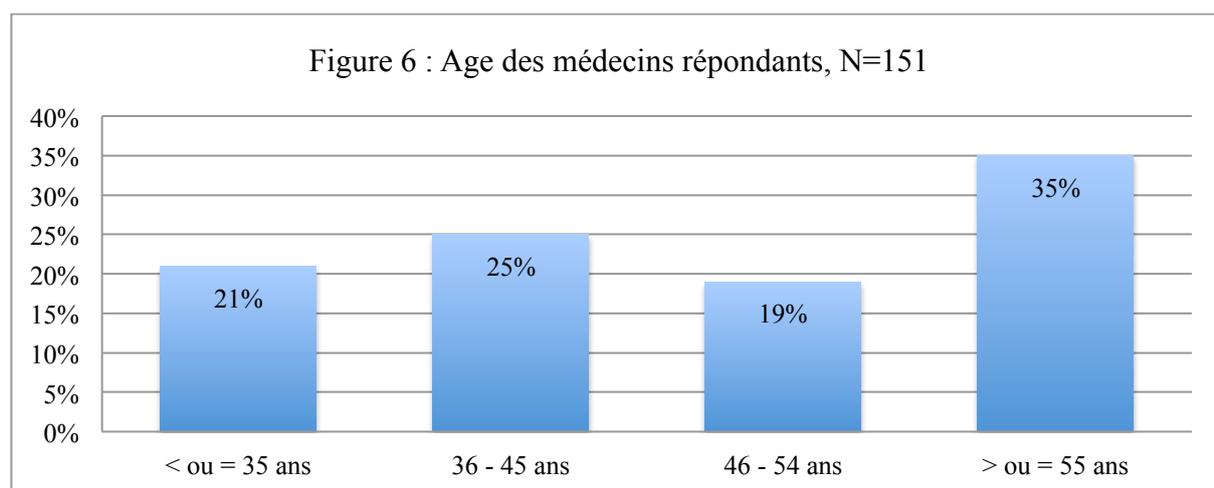
III. 3) Profil des médecins

III. 3) a) Sexe

Sur la population des MG répondants N=151, la moitié était des femmes (femmes N=75 ; hommes N=76).

III. 3) b) Age

La moyenne d'âge était de 48 +/- 12 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 55 ans et plus.



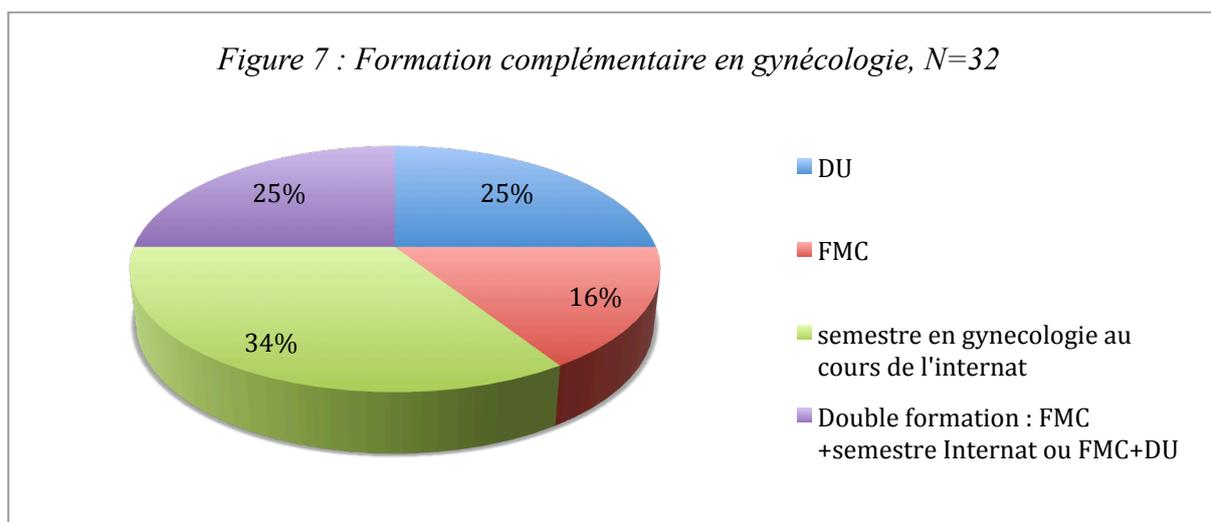
III. 3) c) Type et lieu d'exercice

La majorité des MG exerçait en groupe (72%, N=109) et était informatisée (95%, N=143).

La répartition du lieu d'exercice était homogène : 35% (N=53) des MG répondants travaillaient en rural, 35% (N=53) en urbain et 30% (N=45) en semi-urbain.

III. 3) d) Formation complémentaire en gynécologie

Un cinquième des répondants (21%, N=32) avaient suivi une formation complémentaire en gynécologie. Parmi eux, la plupart avaient effectué un semestre en gynécologie au cours de leur internat.

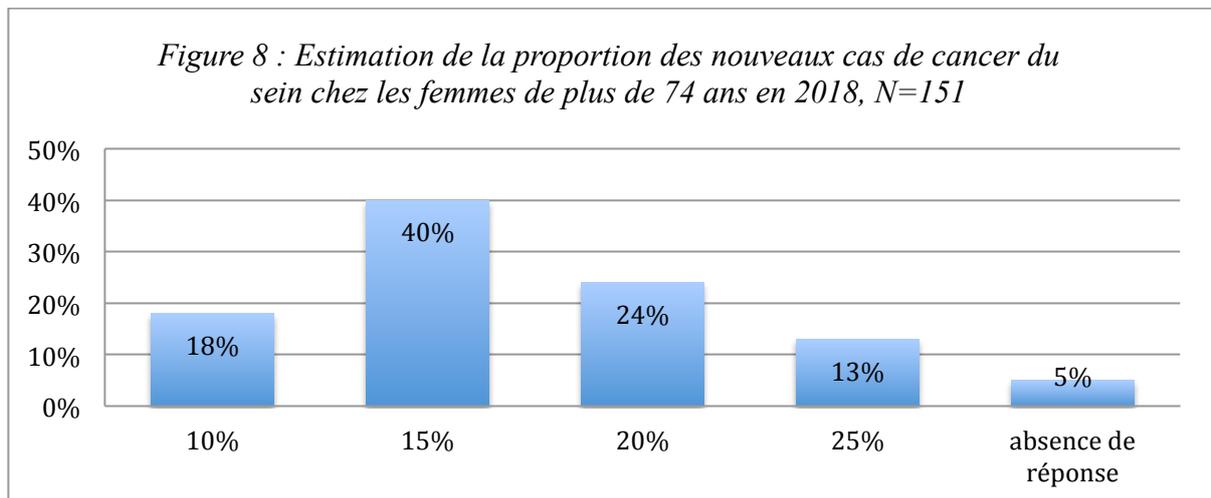


III. 3) e) Type de patientèle

Les MG recevaient en consultation environ 26 +/- 8 patients par jour. Le pourcentage de patientes de plus de 74 ans, parmi leur patientèle, était estimé par les MG en moyenne à 17 +/- 10.

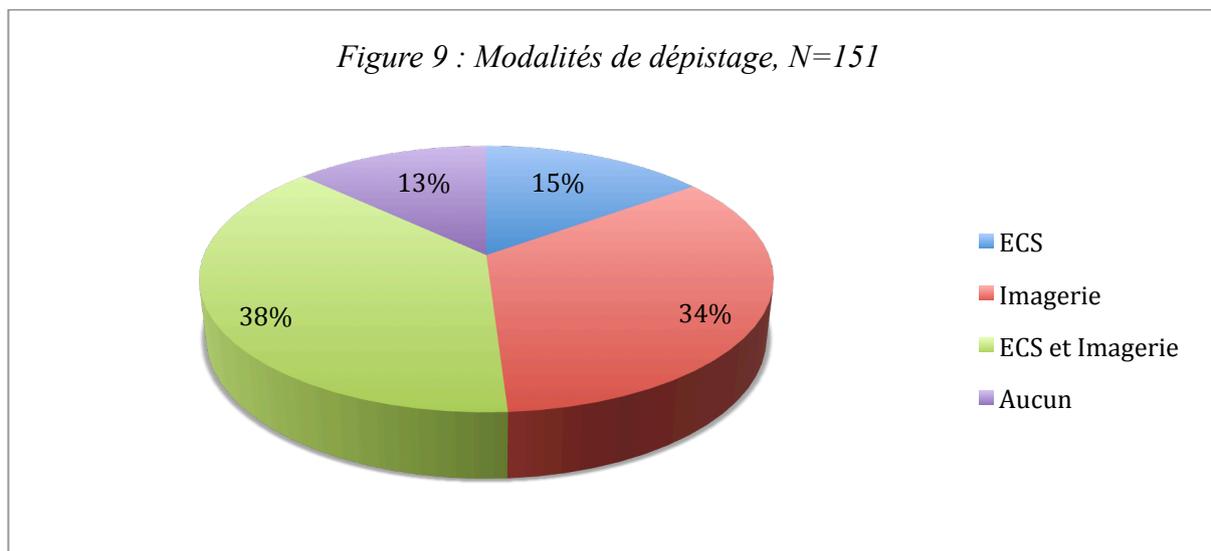
III. 4) Démarche préventive

III. 4) a) Connaissances des médecins généralistes



III. 4) b) Modalités de dépistage

La plupart des MG réalisaient soit un ECS associé à une imagerie (38%, N=58) ou une imagerie seule (34%, N=51) pour dépister le cancer du sein chez les femmes de 75 ans et plus. 15% (N=22) procédaient à un ECS seul et 13% (N=20) n'avaient aucune démarche préventive.



Parmi ceux n'ayant aucune démarche préventive N=20, 30% (N=6) adressaient leurs patientes à un confrère généraliste ou à un gynécologue.

III. 4) c) Autopalpation

Près de trois quarts (74%, N=112) des MG suggéraient l'autopalpation à leurs patientes. Parmi eux (N=112), 83% (N=93) expliquaient comment la réaliser.

III. 5) Etude des pratiques

Les MG réalisant l'ECS (N=80) estimaient à une moyenne de 4 +/- 3 le nombre de patientes de plus de 74 ans à jour de leur examen sénologique annuel parmi les 10 dernières vues en consultation.

Tableau 3 : Etude des pratiques de l'ECS

| <u>Examen sénologique</u> | N | % |
|---|----------|----------|
| Fréquence de la réalisation de l'ECS | 80 | |
| Tous les ans | 36 | 45 |
| Tous les 2 ans | 39 | 49 |
| Tous les 3 ans | 2 | 2 |
| Plus de 3 ans | 3 | 4 |
| Age | 80 | |
| Jusqu'à 80 ans | 33 | 41 |
| Jusqu'à 85 ans | 23 | 29 |
| Jusqu'à 90 ans | 8 | 10 |
| Absence de limite d'âge | 15 | 19 |
| Absence de réponse | 1 | 1 |

| | | |
|--|----|----|
| Inspection | 80 | |
| Correcte (assise ou debout + les 3 positions des bras) | 4 | 5 |
| Quasi-correcte (assise ou debout + 2 positions de bras) | 20 | 25 |
| Incomplète (assise ou debout + 1 position des bras) | 33 | 41 |
| Incorrecte | 23 | 29 |
| Palpation | 80 | |
| Correcte (allongée sur le dos les mains derrière la tête) | 39 | 49 |
| Incorrecte | 41 | 51 |
| Palpation | 80 | |
| Avec la paume des mains | 13 | 16 |
| Avec le bout des doigts | 54 | 68 |
| En utilisant les deux | 12 | 15 |
| Absence de réponse | 1 | 1 |
| Aires axillaires | 80 | |
| Oui | 76 | 95 |
| Non | 4 | 5 |
| Aires sus claviculaires | 80 | |
| Oui | 55 | 69 |
| Non | 25 | 31 |

Tableau 4 : Etude des pratiques de la prescription des imageries

| <u>Imagerie</u> | N | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Imagerie demandée | 109 | |
| Mammographie seule | 59 | 54 |
| Echographie seule | 2 | 2 |
| Mammographie et échographie | 48 | 44 |
| Fréquence de l'examen prescrit | 109 | |
| Tous les ans | 2 | 2 |
| Tous les 2 ans | 94 | 86 |
| Tous les 3 ans | 7 | 6 |
| Plus de 3 ans | 5 | 5 |
| Absence de réponse | 1 | 1 |
| Age | 109 | |
| Jusqu'à 80 ans | 40 | 37 |
| Jusqu'à 85 ans | 52 | 48 |
| Jusqu'à 90 ans | 7 | 6 |
| Absence de limite d'âge | 9 | 8 |
| Absence de réponse | 1 | 1 |

III. 6) Analyses croisées

Tableau 5 : Analyses croisées, poursuite de l'exercice de l'ECS après 74 ans.

| | <u>ECS après 74 ans</u> <u>N=80</u> | <u>Absence d'ECS</u> <u>après 74 ans N=71</u> | <u>P value</u> |
|---------------------------------|--|--|----------------|
| Sexe | | | |
| Femme N=75 | 44 (59%) | 31 (41%) | 0,22 |
| Homme N=76 | 36 (47%) | 40 (53%) | |
| Age | | | |
| < ou = 35 ans N= 32 | 16 (50%) | 16 (50%) | 0,018* |
| 36 - 45 ans N=37 | 12 (32%) | 25 (68%) | |
| 46 - 54 ans N=29 | 19 (66%) | 10 (34%) | |
| > ou = 55 ans N= 53 | 33 (62%) | 20 (38%) | |
| Formation complémentaire | | | |
| Oui N=32 | 23 (72%) | 9 (28%) | 0,027* |
| Non N=119 | 57 (48%) | 62 (52%) | |
| Lieu d'exercice | | | |
| Urbain N=53 | 29 (55%) | 24 (45%) | 0,93 |
| Semi urbain N=45 | 24 (53%) | 21 (47%) | |
| Rural N=53 | 27 (51%) | 26 (49%) | |
| Type d'exercice | | | |
| Seul N=42 | 25 (60%) | 17 (40%) | 0,41 |
| En groupe N=109 | 55 (50%) | 54 (50%) | |

Les % se lisent en ligne. * Le seuil de significativité retenu est une valeur de $p < 0.05$.

Les médecins plus âgés et ceux ayant participé à des formations complémentaires en gynécologie pratiquaient plus l'ECS que les autres, de façon significative.

Nous observions que les femmes avaient tendance à continuer la pratique de l'ECS après 74 ans plus facilement que les hommes, de façon non significative.

Les médecins exerçant seuls étaient plus favorable à la poursuite de cette pratique que ceux exerçant en groupe, de façon non significative. Le lieu d'exercice ne paraissait pas influencer la poursuite de l'ECS.

Tableau 6 : Analyses croisées, poursuite de la prescription d'une imagerie après 74 ans.

| | <u>Imagerie après 74 ans</u> | <u>Absence d'imagerie après 74 ans</u> | <u>P value</u> |
|---------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------|
| Sexe | | | |
| Femme N=75 | 52 (69%) | 23 (31%) | 0,55 |
| Homme N=76 | 57 (75%) | 19 (25%) | |
| Age | | | |
| < ou = 35 ans N= 32 | 19 (59%) | 13 (41%) | 0,15 |
| 36 - 45 ans N=37 | 25 (68%) | 12 (32%) | |
| 46 - 54 ans N=29 | 22 (76%) | 7 (24%) | |
| > ou = 55 ans N= 53 | 43 (81%) | 10 (19%) | |
| Formation complémentaire | | | |
| Oui N=32 | 26 (81%) | 6 (19%) | 0,27 |
| Non N=119 | 83 (70%) | 36 (30%) | |
| Lieu d'exercice | | | |
| Urbain N=53 | 41 (77%) | 12 (23%) | 0,26 |
| Semi urbain N=45 | 34 (76%) | 11 (24%) | |
| Rural N=53 | 34 (64%) | 19 (36%) | |
| Type d'exercice | | | |
| Seul N=42 | 33 (79%) | 9 (21%) | 0,38 |
| En groupe N=109 | 76 (70%) | 33 (30%) | |

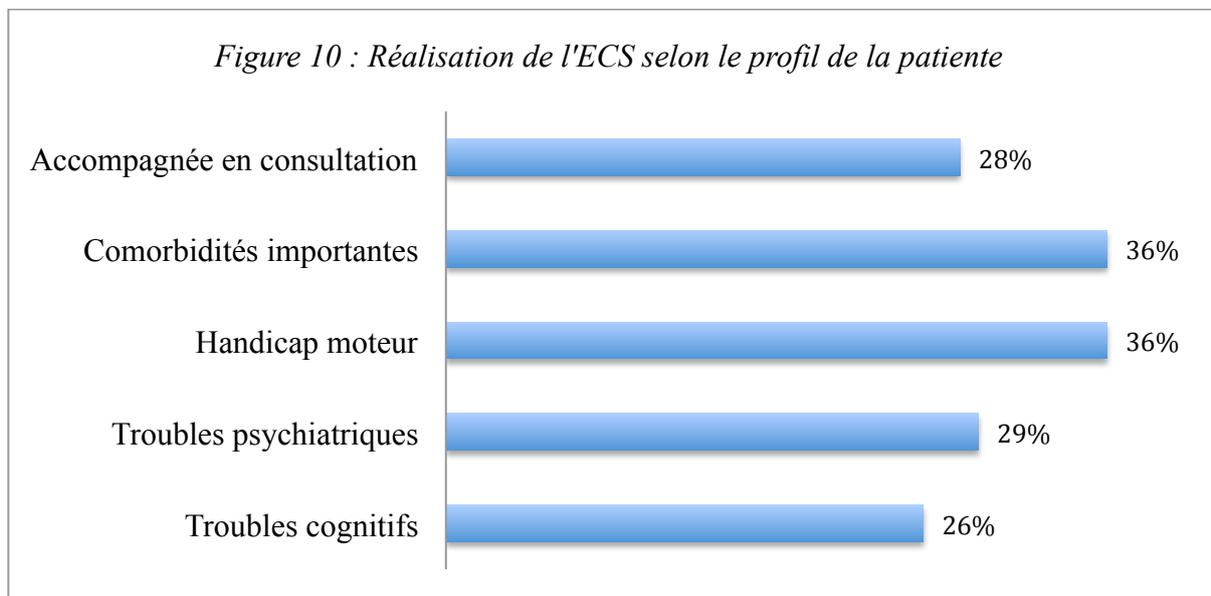
Aucun facteur significatif n'est retrouvé.

III. 7) Facteurs influençant les pratiques

III. 7) a) Au domicile

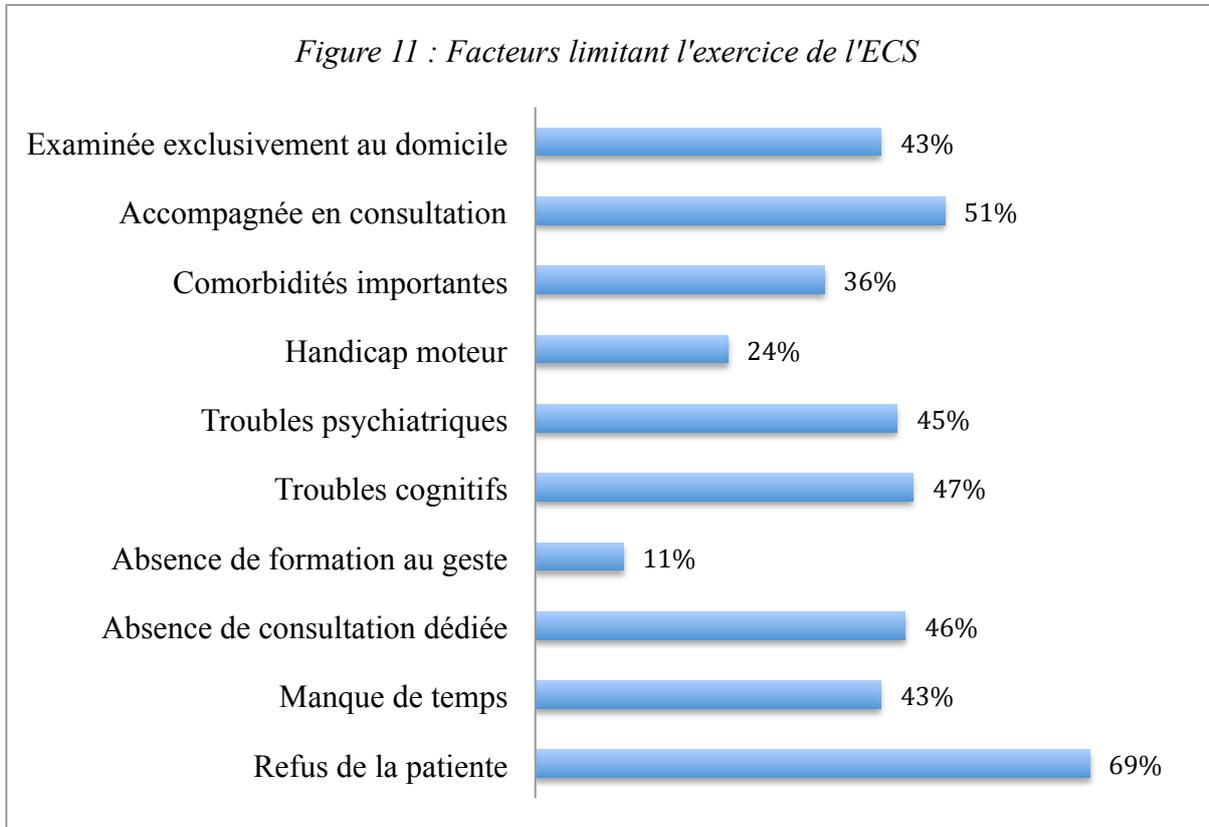
Parmi les 151 MG répondants, 69% (N=104) n'exerçaient pas l'ECS au domicile. 29% (N=44) réalisaient cet examen et 2% (N=3) des MG n'ont pas répondu à cette question.

III. 7) b) Pratique de l'examen sénologique selon le profil de la patiente



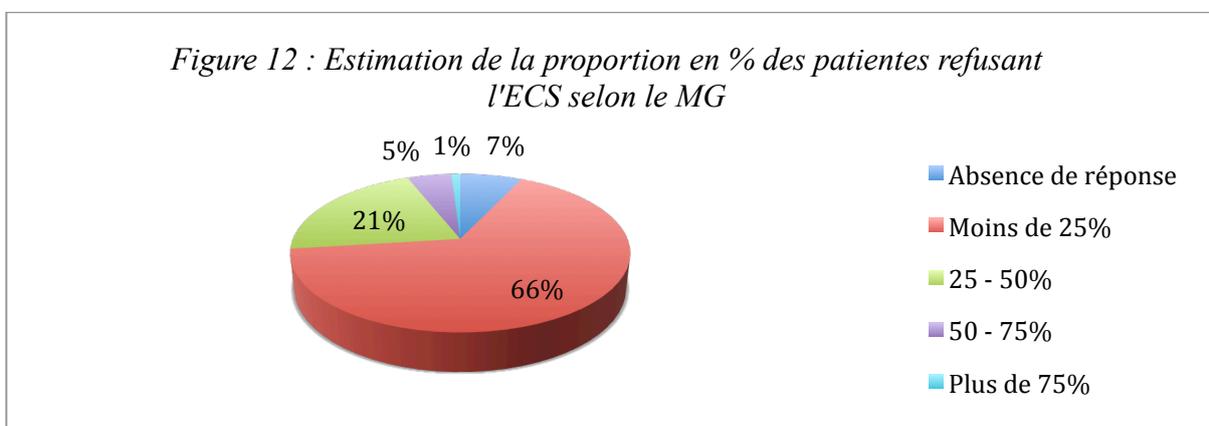
Près d'un tiers des MG poursuivait la pratique de l'ECS chez les patientes présentant des comorbidités importantes ou un handicap moteur. 6% des MG n'ont pas répondu à cette question.

III. 7) c) Facteurs influençant la pratique de l'examen sénologique selon le médecin généraliste

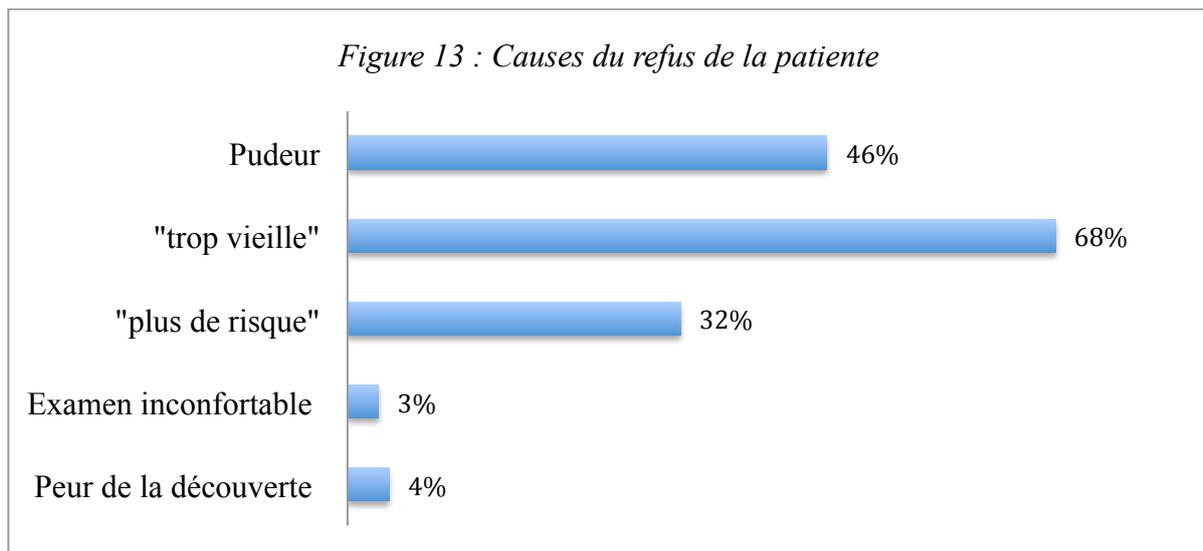


Selon les MG inclus, le facteur le plus limitant était le refus de la patiente. Le geste en lui-même ne semblait pas être un frein. 5% des MG n'ont pas répondu à cette question.

III. 7) d) Refus



66% des MG jugeaient que moins de 25% de leurs patientes refusaient l'ECS.



D'après les MG, la majorité des patientes refusant l'examen pensait être « trop vieille » pour le réaliser.

Solutions proposées

Afin d'améliorer la pratique de l'ECS :

- 17% des médecins suggéraient de programmer une consultation dédiée avec leurs patientes.
- 13% proposaient d'informer les patientes de l'intérêt de poursuivre ce dépistage.
- 5% souhaitaient que les patientes reçoivent un courrier de la CPAM les invitant à poursuivre ce dépistage auprès de leurs MG.
- 4% offraient afin d'y penser en l'absence de demande de la patiente de mettre un rappel dans le dossier médical ou une note dans l'historique de leurs patientes.
- 2% conseillaient d'apprécier l'état général de la patiente et d'évaluer la balance bénéfique/risque.
- 2% souhaitaient être formés aux gestes.

IV. DISCUSSION

IV. 1) Analyse du questionnaire

IV. 1) a) Etude de l'échantillon

Age

Au premier janvier 2018, l'Ordre des Médecins recensait 87 801 MG tous modes d'exercices confondus. La moyenne d'âge des médecins en activité régulière dans la Somme était de 48,1 ans, ce qui était identique à notre échantillon (moyenne d'âge de 48 ans +/- 12 ans)[44].

La répartition de l'âge des MG de notre étude est plus homogène et plus jeune que celle retrouvée en Picardie d'après les données de l'Ordre des Médecins de 2015[45].

Tableau 7 : Répartition des MG en fonction des tranches d'âge

| Age | Répartition en Picardie des MG en activité régulière | Echantillon de notre étude |
|---------------|---|-----------------------------------|
| < ou = 35 ans | 8% | 21% |
| 36-45 ans | 18% | 25% |
| 46-54 ans | 27% | 19% |
| > ou = 55 ans | 47% | 35% |

Sexe

Notre échantillon retrouvait 50% de femmes. L'ordre des médecins recensait 44,8% de femmes médecins en activité dans la Somme. Notre échantillon était donc à légère prédominance féminine[44].

Mode d'exercice

52 % des MG des Hauts de France exerçaient en cabinet de groupe ou en maison de santé pluridisciplinaire et 48% en cabinet individuel d'après les données du Ministère de la Santé de 2018[46]. Notre étude retrouvait une proportion importante de médecins travaillant de façon regroupés en comparaison aux données régionales.

Moyenne d'actes par jour

Une étude menée en 2017 sur l'activité des MG estimait que ceux-ci effectuaient en moyenne 22 consultations par jour[47]. Notre échantillon réalisait une moyenne de 26 actes +/- 8 par jour donc au dessus de la moyenne nationale.

IV. 1) b) Démarche préventive

Connaissance

En France en 2018, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans était de 21%[1]. La majorité des MG sous-estimait ce nombre, 18% l'évaluait à 10% et 40% à 15%.

Modalités de dépistage

Dans notre étude, 87% des MG avaient une démarche préventive concernant les femmes de 75 ans et plus : 53% exerçaient l'ECS, 72% prescrivait une imagerie et 38% performaient les deux. Deux autres études ont étudiées la problématique du DI du cancer du sein chez les sujets de plus de 74 ans. Une étude a été menée en 2016 en Ille et Vilaine auprès de 541 MG où 57% des MG continuaient l'ECS après 74 ans et 66% la mammographie[48]. L'autre a été effectuée en 2016 auprès de 940 MG du Nord où 69% des MG participaient à ce DI chez les femmes âgées[49].

La participation des MG de la Somme au DI chez le sujet âgé était donc élevée, surtout lorsqu'elle est comparée à l'étude menée dans le Nord. Par contre la mise en pratique de l'ECS était plutôt pauvre et les MG de la Somme avaient plus facilement recours à l'imagerie qu'en Ille et Vilaine. Seules 4 patientes sur 10 semblaient être à jour de leur ECS annuel. Ces pratiques n'étaient pas conformes aux recommandations françaises[2] mais en accord avec les recommandations Outre Atlantique[21][20][25].

L'âge était un des facteurs augmentant de façon significative la poursuite de l'ECS. Les

médecins âgés exerçaient plus souvent cet examen que les médecins plus jeunes alors que la formation est obligatoire en gynécologie depuis 2001 pour tous les internes de médecine générale, ce qui devrait sensibiliser les jeunes MG. La formation en Gynécologie était le second facteur influençant de façon significative la poursuite de l'ECS. Les médecins formés étaient probablement plus sensibles à l'exercice de cet examen que ceux n'ayant aucune formation en Gynécologie. Ce résultat était également retrouvé dans l'étude de Cathala[48].

Aucun facteur significatif ne déterminait la poursuite de la prescription de la mammographie même si nous observions que les hommes âgés avaient plus tendance à poursuivre cette imagerie que les autres (de façon non significative).

Autopalpation

L'autopalpation est populaire. 74% des MG de notre étude encourageaient leur patiente à la pratiquer et parmi eux 83% expliqués à leurs patientes comment la réaliser. Ils étaient 69% dans le Nord[49]. Cependant, aucun bénéfice en terme de mortalité concernant cette pratique n'a été identifié. Au contraire elle est la source d'une augmentation du nombre de biopsies bénignes. Elle augmente la peur du risque de cancer du sein et peut être à l'origine d'une hausse de l'anxiété. Cependant un des points positifs de l'autopalpation est qu'elle permet aux femmes d'être « breast aware ». Les femmes deviennent plus familières avec leurs seins et sont plus sensibles à toutes modifications au niveau de leur poitrine entraînant une consultation plus rapide auprès d'un professionnel de santé[16][17][18][19][22].

IV. 1) c) Etude des pratiques de l'examen sénologique

Fréquence et âge

La plupart des MG exerçaient l'ECS tous les ans (45%) ou tous les 2 ans (49%). Seuls 6% l'effectuaient tous les 3 ans ou plus. Les MG du Nord examinaient à une fréquence annuelle dans 64% des cas et bisannuelle dans 25%, ce qui se rapprochait des recommandations françaises[2][49]. 41% des MG réalisaient cet examen jusqu'à 80 ans, 29% jusqu'à 85 ans, 10% jusqu'à 90 ans et 19% n'avaient aucune limite d'âge. Rappelons que la HAS recommande un examen clinique mammaire annuel à partir de l'âge de 25 ans, sans limite d'âge définie.

Inspection et palpation

Seule 5% des MG inspectaient les seins de façon correcte (soit chez une femme assise ou debout avec les bras levés puis le long du corps et enfin les mains sur les hanches)[2]. Chez 25% des MG, il manquait un positionnement des bras et chez 41% deux positionnements des bras. La position était incorrecte dans 29% des cas (soit en décubitus dorsal). La palpation était correcte chez seulement 49% des MG (soit en position allongée les mains derrière la tête puis les bras le long du corps)[2]. 68% des MG utilisaient le bout des doigts pour palper et 15% se servaient à la fois du bout des doigts et de la paume de la main. Les aires axillaires et sus-claviculaires étaient examinées par 95% et 69% des MG respectivement. Des études suggèrent que 96% des masses sont détectables lors de la palpation lorsque le patient est en décubitus dorsal[50]. Une formation au geste serait donc souhaitable afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques des MG. Dans l'étude de Cathala, 63% des MG interrogés pensaient réaliser correctement l'ECS et 31% n'étaient pas sûrs d'eux. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les MG estiment avoir une « bonne » technique de l'ECS. Cependant l'étude des pratiques observées dans notre étude nous confirme le contraire. Seul 11% des MG de notre échantillon pensaient que le manque de formation était un facteur limitant les pratiques de l'ECS.

Etude des pratiques de l'imagerie

Parmi les médecins continuant l'imagerie, la quasi-totalité des MG (98%) prescrivaient la mammographie et 44% l'associaient à une échographie. Dans 86% des cas, cet examen était effectué tous les 2 ans. 37% des MG le réalisaient jusqu'à 80 ans, 48% jusqu'à 85ans, 6% jusqu'à 90 ans et 8% n'avaient pas de limite d'âge. Les pratiques étaient donc conforme avec les recommandations françaises et plutôt homogène[2]. Seule la limite d'âge différait. Celle-ci semble dépendre de la patiente et de l'habitude du prescripteur.

IV. 1) d) Facteurs influençant les pratiques

Refus

Selon les MG, le refus de la patiente était la limite la plus importante (69%) influençant la pratique de l'ECS chez les femmes de plus de 74 ans. La majorité des MG (66%) estimait à moins de 25%, le nombre de leurs patientes de plus de 74 ans refusant l'examen. Dans une

enquête d'opinions menée au Royaume-Uni par Collins, 22,2% des femmes interrogées déclaraient qu'elles «ne voulaient tout simplement pas se soucier» du dépistage du cancer du sein à leur âge. Ceci était souligné lors des entretiens qui suggéraient qu'il y avait un groupe de femmes qui ne souhaitaient pas être dépistées[51]. Avec l'âge, l'adhérence au dépistage semble diminuer. En Hauts de France, le taux de participation au DO sur la période 2018-2019 était le plus bas dans la tranche d'âge 70-74 ans avec 45,8% d'adhésion[23].

Selon les MG, la première cause de refus était que la patiente s'estimait « trop vieille » (68%). La deuxième était la pudeur (46%) et la troisième que la patiente pensait ne plus être à risque (32%). Pourtant dans l'enquête de Collins, 90,1% des femmes interrogées pensaient que le dépistage devrait être offert à toutes les femmes quel que soit leur âge. L'enquête révélait également que la pudeur était une des rares raisons pour ne pas souhaiter être dépisté[51].

Par contre l'étude mettait en évidence un manque de connaissances du risque du cancer du sein. La plupart des femmes ignoraient que le risque augmente avec l'âge : 41,5% ne savait pas, 34,6% pensaient que le risque était identique aux femmes plus jeunes et 14,2% jugeait que le risque était plus faible chez les femmes âgées.

Modalités de consultation

La visite au domicile (VAD) semblait être un frein à la pratique de l'ECS. Seulement 29% des MG effectuaient l'ECS au domicile et 43% estimaient que la VAD représentait une limite à l'exercice de l'examen mammaire. De même, seuls 28% des MG performaient l'ECS lorsque la femme était accompagnée en consultation et 51% considéraient ce phénomène comme une limite. Les modalités de consultation semblent donc jouer un rôle dans le dépistage. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les patientes examinées exclusivement au domicile et celles accompagnées à chaque consultation (couple, un seul conducteur dans la famille,..) seraient moins dépistées que celles examinées seules au cabinet.

Manque de temps

La moyenne de consultation par jour de notre échantillon était de 26 +/- 8 avec des extrêmes variant de 50 à 2 (création d'un cabinet) actes /jr. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce dépistage non prévu sur un temps de consultation déjà court peut être vécu comme un fardeau chez les MG grandement sollicités. Cela expliquait probablement que seule une partie des

MG considérait le manque de temps et l'absence de consultation dédiée comme une limite à la pratique de l'ECS (43% et 46% respectivement). Dans l'étude d'Olivier, 28% des MG estimaient manquer de temps pour réaliser cet examen[49]. La première solution proposée par les MG de notre étude afin d'améliorer cette pratique était la programmation d'un rendez-vous consacré à ce dépistage.

Comorbidités

L'étude de Heflin et al. cherchait à identifier l'association entre le nombre et le type de comorbidités et la réalisation d'un dépistage du cancer du sein. Une enquête a été effectuée auprès de femmes âgées de plus de 65 ans. Parmi les participants, la moyenne d'âge était de 79,7 ans. Les troubles cognitifs étaient associés à une tendance à la baisse de la pratique de l'ECS alors que la présence d'une hypertension artérielle (HTA) était liée à l'augmentation de cette pratique. Et contrairement aux attentes, la présence de 3 comorbidités ou plus était associée à une hausse significative de l'ECS. Le nombre de visites médicales est plus important lors de la présence de comorbidités ou d'une HTA qui nécessite une surveillance régulière de la tension artérielle et un ajustement des thérapeutiques. Cette hausse de contact peut expliquer que le médecin soit plus susceptible de proposer un dépistage. L'âge avancé était systématiquement lié à un taux de dépistage plus faible. Par manque de temps, le médecin peut être susceptible de se baser sur l'âge et non sur l'espérance de vie dans sa démarche préventive[52].

Une enquête d'opinions a été menée par Chapelet et al. en 2015 auprès de 304 MG. D'après 70 % des médecins interrogés, le dépistage du cancer chez les sujets âgés ne semblait pas être influencé par la peur d'éventuelles poursuites. De même, 60% des MG pensaient que la difficulté à convaincre la famille et/ou le patient de l'intérêt du dépistage n'influit pas sur leur démarche préventive[53].

Pourtant dans notre étude, la présence de comorbidités et la limitation de l'état fonctionnel semblaient impacter l'exercice de l'ECS. Les MG déclaraient pratiquer l'ECS chez les patientes présentant un handicap moteur, des comorbidités importantes, des troubles psychiatriques et des troubles cognitifs dans 36%, 36%, 29% et 26% des cas respectivement. Toutefois moins de la moitié des MG considéraient ces facteurs comme une limite à la réalisation de cet examen (handicap moteur 24%, comorbidités importantes 36%, troubles

psychiatriques 45% et troubles cognitifs 47%). Dans l'étude d'Olivier menée dans le Nord, 47% des MG considéraient que le mauvais état général et la présence de comorbidités (3 ou plus) étaient une des principales causes les dissuadant de réaliser la palpation mammaire[49].

IV. 2) Biais et sélection

Le taux de participation de l'étude de 31% est satisfaisant en comparaison aux études menées dans le Nord et en Ille et Vilaine qui retrouvaient respectivement un taux de réponse de 14% et 20,5%. Ce taux peut certes s'expliquer par l'enveloppe préaffranchie et la relance téléphonique mais aussi par l'intérêt des MG à ce sujet. La limite majeure de notre étude est un biais de sélection, notre échantillon n'est à priori pas représentatif de l'ensemble des médecins des Hauts de France. Si la moyenne d'âge est identique, la répartition par tranche d'âge ne correspond pas : les médecins plus jeunes sont surreprésentés alors que les plus âgés sont sous-représentés. De plus notre échantillon est à légère prédominance féminine et la proportion de médecins travaillant en groupe est beaucoup plus importante dans notre population que dans les données régionales. Le contact indirect par courrier postal constitue un autre biais de sélection, les participants volontaires sont vraisemblablement plus impliqués sur le sujet que ceux n'ayant pas participé. La longueur du questionnaire constitue également un biais. En effet seule une petite moitié des MG (43%) avait répondu à la question ouverte et les questions 28 et 29 présentaient une absence de réponse de 6% et de 5% respectivement. Enfin, le mode de recueil de l'information de l'étude représente un biais de mémorisation car l'étude se base sur des données déclaratives et, il y a une différence entre les pratiques déclarées et celles observées.

IV. 3) Le rôle du MG

IV. 3) a) Informer et sensibiliser

Une étude menée au Royaume-Uni, cherchait à explorer les points de vue, les connaissances et les attitudes des femmes âgées envers le DI. 26 femmes interviewées ont permis la réalisation d'un questionnaire. Celui-ci a été distribué à 1000 femmes de plus de 70 ans (âge d'arrêt du DO au Royaume-Uni à l'époque de l'enquête) et le taux de réponse était de 48%. Un manque de connaissances sur le dépistage des femmes âgées était mis en évidence : 52,9%

des femmes ne savaient pas qu'elles pouvaient elles même demander une mammographie. Parmi celles au courant de ce DI : 45,8% ont été informées lors de la dernière mammographie effectuée, 21,6% en ont entendu parler par les médias, 13,1% par la famille ou des amis, 9,2% par le MG et les 10,6% restant par une combinaison des éléments précédents. 75,6% de ces femmes estimaient que le dépistage serait bénéfique et le réaliseraient si elles y étaient invitées. Peu de femmes semblaient connaître les risques du dépistage (5,5%) et seuls la douleur et l'inconfort de l'examen étaient évoqués. Enfin, 61,5% déclaraient qu'elles oublieraient d'assister au dépistage sans invitation[51].

De même, une autre enquête d'opinions réalisée auprès de 144 femmes en France démontrait le manque de connaissance de ces femmes âgées : seules 16% des femmes interrogées pensaient que le risque du cancer du sein augmente avec l'âge[54].

Une enquête observationnelle menée à l'institut Bergonié (Bordeaux) auprès de 91 structures françaises de gestion du DO mettait en évidence le manque d'informations apportées aux femmes à la sortie de la tranche d'âge du DO[55]. 22 structures (25%) seulement envoyaient un courrier signalant l'arrêt du DO. Parmi celles-ci, 12 structures recommandaient la poursuite de la mammographie dans le cadre du dépistage et 5 la réalisation de l'ECS. Seules deux structures (9%) informaient par courrier explicitement que le cancer du sein persiste après 75 ans.

Le MG est donc bien souvent le seul intervenant dans la poursuite du dépistage chez ces patientes de plus de 74 ans qui ne sont plus ou peu suivies par le gynécologue. Dans ce contexte et au vu du manque de connaissances des femmes âgées en ce qui concerne le DI et le risque de cancer du sein, le MG a un devoir d'information et de sensibilisation auprès de ces femmes.

Rappelons que 13% des MG suggéraient d'informer les patientes de l'existence d'un DI et du risque persistant de cancer du sein et 5% souhaitaient que les patientes reçoivent un courrier de la CPAM les invitant à poursuivre le dépistage auprès de leurs MG.

IV. 3) b) Mise en pratique

Même si l'efficacité de l'ECS n'a pas été établie en terme de réduction de mortalité, après 74 ans, l'ECS est le seul outil de dépistage systématique recommandé en France[2]. Il est simple, peu cher (prix d'une consultation médicale de médecine générale) et ne présente pas de contraintes de déplacement. Une étude canadienne comparant l'ECS vs l'ECS et la mammographie associés n'avait pas perçu de différence en terme de mortalité après 25 ans de suivi. Par contre le bras comprenant l'ECS seul comprenait moins de faux positifs et de surdiagnostic[39].

L'adhésion au dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans paraissait satisfaisante. Dans notre étude, seuls 13% des MG n'avaient aucune démarche préventive et parmi eux 30% adressaient leurs patientes à un confrère.

Cependant la mise en pratique est insuffisante. D'après notre échantillon, seule la moitié des MG (53%) réalisaient l'ECS et la majorité l'exerçait à une fréquence bisannuelle plutôt qu'annuelle (49% tous les 2 ans vs 45% tous les ans). Seulement 4 patientes sur 10 semblaient à jour de leur examen mammaire annuel avec des variations de 0 (aucune) à 10 (toutes) selon les MG.

Dans une étude réalisée à Bordeaux, près de la moitié des patientes incluses n'avaient pas eu d'ECS depuis deux ans. Selon cette même étude menée entre 2008 et 2010, seulement 4% des cancers du sein des femmes de plus de 74 ans étaient découverts au cours de l'ECS et 22% par la mammographie systématique alors que la plupart (58%) étaient détectés par la patiente[56]. Le MG semble donc échouer dans son rôle de prévention du cancer du sein chez ces femmes âgées alors que la poursuite du dépistage permet de détecter les cancers du sein à un stade plus précoce occasionnant des thérapeutiques plus légères et mieux tolérées chez cette population fragile. L'exercice de l'ECS est donc à promouvoir auprès des MG.

IV. 3) c) Formation aux gestes

Les preuves suggèrent que la formation sur des modèles et l'entraînement permettent d'améliorer les compétences des cliniciens[50]. Les MG devraient tenir compte de la méthode

qu'ils utilisent et du temps qu'ils consacrent à l'examen. Devant l'hétérogénéité des pratiques retrouvées dans notre étude et sachant que la sensibilité de l'ECS est dépendante du clinicien[42], des formations continues à l'ECS chez les MG sont à encourager afin d'améliorer leur technique et leur compétence. Rappelons que la sensibilité dans la pratique courante est de l'ordre 28 à 36%[43].

IV. 3) d) Bonne pratique de la prescription mammographique après 74 ans

Dans notre étude, la prescription de la mammographie était uniforme et conforme aux recommandations. Seul l'âge limite différait entre les praticiens ce qui était justifié étant donné que cette pratique ne s'appuie pas sur l'âge mais sur l'espérance de vie, l'état de santé, les avantages et les inconvénients de l'examen et les préférences des patients. Mais cette prescription de la mammographie était-elle adaptée ?

Dans l'étude de Schonberg et al. réalisée en 2009, 2011 femmes âgées de 80 ans sans antécédents de cancer ont été réparties en 2 groupes : l'un recevant une mammographie et l'autre poursuivant l'ECS. Aucune différence significative dans le taux, le stade, le taux de récurrence ou les décès dus au cancer du sein entre les femmes dépistées et les non dépistées n'avait été visualisée. Une utilisation plus rationnelle du dépistage mammographique est donc à envisager[57]. Une revue de la littérature de Walter et Schonberg de 2014 suggéraient que 2 femmes de moins pour 1000 meurent du cancer du sein si les femmes dans les 70 ans continuent le dépistage mammographique tous les 2 ans pendant 10 ans par rapport à l'arrêt du dépistage à 69 ans[58]. Pour les femmes dont l'espérance de vie est inférieure à 5-10 ans, il serait préférable de stopper la mammographie. Le dépistage devrait être axé sur des interventions susceptibles d'être bénéfiques sur une période plus courte. Pour les femmes dont l'espérance de vie est supérieure à 5-10 ans, la décision de savoir si les potentiels avantages du dépistage l'emportent sur les inconvénients est un jugement de valeur qui nécessite une compréhension réaliste des résultats du dépistage.

La poursuite mammographique doit faire l'objet d'une décision partagée. Le médecin se doit de fournir une information claire à ses patientes lors de la prescription de l'examen. Les avantages et les inconvénients sont expliqués en terme simple et compréhensif afin que la

patiente puisse décider ou non la poursuite du dépistage. Deux patientes ayant le même profil peuvent prendre des décisions différentes[34]. Dans l'enquête d'opinions menée par Collins en 2010 au Royaume-Uni[51], les femmes déclaraient qu'elles seraient disposées à discuter des risques et des avantages du dépistage du cancer du sein avec leur médecin généraliste mais ne voudraient pas qu'ils prennent des décisions en leur nom. Elles souhaitaient plus d'informations pour prendre elle-même une décision éclairée.

Notre étude ne permet pas d'analyser si la pratique mammographique après 74 ans chez les MG de la Somme était appropriée cependant nous pouvons émettre l'hypothèse que celle-ci semble être employée excessivement. En effet 48% des MG prescrivaient la mammographie jusqu'à l'âge des 85 ans alors que l'espérance de vie actuelle est de 85,6 ans[7].

IV. 3) e) Outils d'aide

Index de Schonberg

L'espérance de vie doit être prise en compte lors de la poursuite de la prescription de la mammographie chez les femmes de plus de 74 ans. L'index de Schonberg permet de prédire la mortalité à 5 et à 9 ans chez les adultes âgés de plus de 65 ans [59]. Il inclue 11 facteurs : l'âge, le sexe, le tabagisme, la masse corporelle, les antécédents de cancer (à l'exclusion du cancer de la peau non mélanomateux), le diabète, la broncho-pneumopathie obstructive, les hospitalisations au cours de la dernière année, une auto-estimation de l'état de santé globale du patient, la dépendance dans au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne (tâches ménagères légères, préparation au repas, courses, prise de médicaments, utilisation du téléphone, organiser ses déplacements, gérer son argent) et la difficulté à marcher ¼ de mile (soit environ 400 mètres). Des points sont attribués à chaque facteur permettant le calcul d'un score de mortalité. Cet indice peut donc être utilisé par les médecins et les patients âgés afin de les aider dans leur prise de décisions médicales. Il est simple et rapide d'utilisation. Il peut se trouver sur le site ePrognostic [60]. (<https://eprognosis.ucsf.edu/schonberg.php>)

Le Breast Cancer Risk Assessment Tool (BCRAT)

Le BCRAT est un outil d'évaluation du risque de cancer du sein. Il estime la probabilité qu'une femme a de développer un cancer du sein invasif sur 5 ans. Cet outil a été développé à partir du modèle statistique connu sous le nom de Gail.

Il tient compte de l'âge, de l'origine ethnique, de l'âge des premières règles, de l'âge à la première naissance vivante, du nombre de parents au premier degré atteints d'un cancer du sein, du nombre de biopsies bénignes du sein et des antécédents d'hyperplasie atypique. Il est disponible sur le site du National Cancer Institute[61] (<https://bcrisktool.cancer.gov>), il est facile d'utilisation et ne prend que quelques minutes à réaliser.

Il prédit avec précision le risque du cancer du sein chez les femmes de 75 ans et plus suivies par mammographie et sans pathologie grave[62]. Malheureusement, il n'est pas adapté aux femmes à haut risque de cancer du sein et à celles ayant une maladie grave; des modèles tenant compte des risques personnalisés de cancer du sein, y compris l'exposition à vie aux œstrogènes (l'obésité) et des risques concurrents de décès pourraient améliorer la prévision du risque du cancer du sein chez les femmes plus âgées.

Ces deux outils américains permettent d'aider le clinicien. L'index de Schonberg estime l'espérance de vie à 5 et à 9 ans, notion nécessaire à la « bonne » pratique mammographique chez les sujets âgés, et peut être utilisé chez les femmes avec comorbidités. Le BCRAT, outil plus spécifique, prédit le risque de cancer du sein sur 5 ans mais est réservé aux femmes suivies par mammographie et sans maladie grave.

G8 et Charlson

En France, le questionnaire G8 (Annexe 3) est utilisé comme outil de pré-repérage parmi les sujets âgés atteints de cancer pour identifier ceux nécessitant une évaluation gériatrique plus approfondie. Cependant, il permet de détecter les personnes fragiles et pourrait donc apporter une aide au praticien quant au suivi du dépistage mammographique. Enfin, le Score de Charlson (Annexe 4) peut avoir son rôle chez les patientes avec comorbidités.

CONCLUSION

Plusieurs enquêtes d'opinions [51][54] ont révélé un manque de connaissance des femmes âgées dans l'existence même du DI mais aussi dans la persistance et l'augmentation du risque du cancer du sein avec l'âge. Pourtant au vu du vieillissement de la population, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes âgées va augmenter ces prochaines années[4]. Le MG, premier intervenant auprès de ces sujets âgés, a donc un devoir d'information et de sensibilisation. Des campagnes nationales d'informations plus adaptées et non seulement réservées aux femmes de 50 à 74 ans seraient souhaitables. La délivrance systématique d'une information claire et loyale en sortie du dépistage organisé semble facilement réalisable et permettrait probablement une meilleure adhérence au DI.

L'idée du DI semble bien intégrée auprès des MG. Pourtant seulement 53% des MG de notre étude exerçaient cet examen, unique outil de dépistage systématique en France chez les femmes de plus de 74 ans[2]. Sa mise en application n'est pas optimale, elle peut grandement être améliorée et la maîtrise du geste n'est pas toujours adéquate. L'ECS est donc à encourager auprès des MG. Afin d'améliorer et d'harmoniser les techniques, des formations complémentaires au geste semblent souhaitables[50].

Au contraire la mammographie remporte plus de succès, 72% des MG prescrivait cette imagerie chez les patientes de plus de 74 ans. Cependant la mammographie reste un outil de dépistage à individualiser. Il doit tenir compte de l'espérance de vie, de l'état général de santé de la femme, des avantages et des inconvénients que cet examen peut apporter à la patiente et de ses préférences. Il ne doit pas être systématique mais être prescrit au cas par cas. L'utilisation d'un outil d'aide simple permettant de prédire l'espérance de vie à 5 ans faciliterait la bonne pratique de la prescription mammographique chez les patientes âgées. Dans ce contexte, l'index de Schonberg[59] et le BCRAT[62] nous offrent des perspectives intéressantes.

RESUME

Introduction : Passé l'âge de 74 ans, le dépistage du cancer du sein relève d'un dépistage individuel (DI). Au vu d'un vieillissement de la population, le DI présente une importance de plus en plus grandissante. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la démarche préventive du médecin généraliste (MG) chez la femme de plus de 74 ans et d'en analyser la pratique.

Matériel et méthodes : L'enquête a été menée auprès de 493 MG de la Somme à l'aide d'un questionnaire envoyé par courrier postal.

Résultats : Parmi les 151 répondants, 87% des MG avaient une démarche préventive : 53% pratiquaient l'examen clinique des seins (ECS), 72% prescrivaient une imagerie et 38% réalisaient les deux. Les MG estimaient à 4/10 le nombre de leurs patientes âgées à jour de leur examen mammaire annuel. Parmi les 80 MG pratiquant l'ECS, 49% effectuaient cet examen tous les 2 ans et 41% jusqu'à l'âge de 80 ans. L'inspection était réalisée le plus souvent dans une position incomplète ou incorrecte (70%) et près de la moitié (51%) des MG exerçaient la palpation dans une position incorrecte.

Discussion : Le MG se doit d'informer et de sensibiliser les femmes âgées au risque persistant du cancer du sein. Malgré une participation élevée des MG au DI, la mise en pratique semble insuffisante et hétérogène. L'utilisation d'un outil simple permettant de prédire l'espérance de vie à 5 ans faciliterait la bonne pratique de la prescription de la mammographie, outil de dépistage qui est à individualiser chez les patientes âgées.

Conclusion : Des recommandations claires et une formation aux gestes seraient souhaitables afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques.

Mots clés : cancer du sein, dépistage individuel, femmes âgées, examen clinique des seins, mammographie, médecine générale

SUMMARY

Objective: After the age of 74, breast cancer screening is an individual screening (IS). In view of the ineluctable aging of the population, the IS is becoming increasingly important. The main objective of this study is then to evaluate the preventive approach of the general practitioner (GP) in women over 74 years old and to analyze its practice.

Study design: The survey was conducted among 493 GPs from the Somme area, using a questionnaire sent by post.

Results: Among the 151 respondents, 87% of GPs had a preventive approach; 53% performed clinical breast examen (CBE); 72% ordered imaging and 38% performed both. GPs estimated at 4/10 the number of their elderly patients up to date with their annual breast exam. Of the 80 GPs performing the CBE, 49% performed this exam every 2 years and 41% until the age of 80. Inspection was most often performed in an incomplete or incorrect position (70%) and almost half (51%) of GPs palpated in an incorrect position.

Discussion: The GPs must better inform and educate older women about the persistent risk of breast cancer. Despite a high participation of GPs in the IS, the practise seems insufficient and heterogeneous. The use of a simple tool to predict life expectancy at 5 years would facilitate the good practice of prescribing mammography, a screening tool that should be individualized in elderly patients.

Conclusion: Clear recommendations and gesture training would be desirable in order to improve and harmonize practices.

Keywords: breast cancer, individual screening, elderly women, clinical breast examination, mammography, general practice

BIBLIOGRAPHIE

1. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. :372.
2. refces_k_du_sein_vf.pdf [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
3. rfrw-breast-cancer-risk-factors-a-review-of-the-evidence_1.15.pdf [Internet]. [cité 2 août 2020]. Disponible sur: https://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/breast-cancer-risk-factors-review-evidence/pdf/rfrw-breast-cancer-risk-factors-a-review-of-the-evidence_1.15.pdf
4. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
5. Bastiaannet E, Liefers GJ, de Craen AJM, Kuppen PJK, van de Water W, Portielje JEA, et al. Breast cancer in elderly compared to younger patients in the Netherlands: stage at diagnosis, treatment and survival in 127,805 unselected patients. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. déc 2010 [cité 25 août 2020];124(3):801-7. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10549-010-0898-8>
6. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
7. Bilan démographique 2019 – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618?sommaire=1912926>
8. Épidémiologie des cancers chez les patients de 65 ans et plus - Oncogériatrie [Internet]. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatrie/Epidemiologie>
9. INCA - Les cancers en France [Internet]. [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/
10. Tattou A. Haute Autorité de santé. 2012;112.
11. Noguès C. Prédilection génétique au cancer du sein. In: *Cancer du Sein* [Internet]. Elsevier; 2016 [cité 17 août 2020]. p. 13-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9782294744495000022>
12. Nkondjock A, Ghadirian P. Facteurs de risque du cancer du sein. *médecine/sciences* [Internet]. 1 févr 2005 [cité 2 août 2020];21(2):175-80. Disponible sur: <https://www.medecinesciences.org/articles/medsci/abs/2005/02/medsci2005212p175/medsci2005212p175.html>
13. Lansac J. Chapitre 17 - Pathologie du sein. Examen des seins. In: Lansac J, Marret H, éditeurs. *Gynécologie pour le Praticien (Neuvième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018 [cité 7 juill 2020]. p. 247-60. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978229475637500017X>
14. Chiquette J, Hogue J-C. LA SÉNOLOGIE AU QUOTIDIEN. :160.
15. Thornton H, Pillarisetti RR. 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? *Eur*

- J Cancer [Internet]. oct 2008 [cité 6 juill 2020];44(15):2118-21. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804908006643>
16. Harvey BJ, Miller AB, Baines CJ, Corey PN. Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer. *CAN MED ASSOC J*. :8.
 17. Baxter N. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *Can Med Assoc J* [Internet]. 26 juin 2001;164(13):1837. Disponible sur: <http://www.cmaj.ca/content/164/13/1837.abstract>
 18. Hackshaw AK, Paul EA. Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer* [Internet]. avr 2003 [cité 7 juill 2020];88(7):1047-53. Disponible sur: <http://www.nature.com/articles/6600847>
 19. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Breast Cancer Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 22 avr 2003 [cité 14 août 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003373>
 20. Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M, et al. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40–74 years who are not at increased risk for breast cancer. *CMAJ* [Internet]. 10 déc 2018 [cité 21 août 2020];190(49):E1441-51. Disponible sur: <https://www.cmaj.ca/content/190/49/E1441>
 21. Oeffinger KC, Fontham ETH, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih Y-CT, et al. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. *JAMA* [Internet]. 20 oct 2015 [cité 20 août 2020];314(15):1599-614. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2463262>
 22. Allen TL, Van Groningen BJ, Barksdale DJ, McCarthy R. The Breast Self-Examination Controversy: What Providers and Patients Should Know. *J Nurse Pract* [Internet]. juin 2010 [cité 5 juill 2020];6(6):444-51. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1555415509006643>
 23. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005 [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>
 24. Paci E. Summary of the Evidence of Breast Cancer Service Screening Outcomes in Europe and First Estimate of the Benefit and Harm Balance Sheet. *J Med Screen* [Internet]. sept 2012 [cité 18 juill 2020];19(1_suppl):5-13. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jms.2012.012077>
 25. Nelson H, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan B, Humphrey L. Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* [Internet]. 17 nov 2009 [cité 20 août 2020]; Disponible sur: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-151-10-200911170-00009>
 26. Carney PA, Miglioretti DL, Yankaskas BC, Kerlikowske K, Rosenberg R, Rutter CM, et al. Individual and Combined Effects of Age, Breast Density, and Hormone Replacement Therapy Use on the Accuracy of Screening Mammography. *Ann Intern Med* [Internet]. 4 févr 2003 [cité 19 juill 2020];138(3):168. Disponible sur: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00008>
 27. Malmgren JA, Parikh J, Atwood MK, Kaplan HG. Improved Prognosis of Women Aged 75 and Older with Mammography-detected Breast Cancer. *Radiology* [Internet].

- déc 2014 [cité 19 juill 2020];273(3):686-94. Disponible sur: <http://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.14140209>
28. Vacek PM, Skelly JM. A Prospective Study of the Use and Effects of Screening Mammography in Women Aged 70 and Older. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. janv 2015 [cité 27 août 2020];63(1):1-7. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.13184>
29. Hofvind S, Ponti A, Patnick J, Ascunce N, Njor S, Broeders M, et al. False-Positive Results in Mammographic Screening for Breast Cancer in Europe: A Literature Review and Survey of Service Screening Programmes. *J Med Screen* [Internet]. sept 2012 [cité 24 août 2020];19(1_suppl):57-66. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jms.2012.012083>
30. Puliti D, Duffy SW, Miccinesi G, De Koning H, Lynge E, Zappa M, et al. Overdiagnosis in Mammographic Screening for Breast Cancer in Europe: A Literature Review. *J Med Screen* [Internet]. sept 2012 [cité 24 août 2020];19(1_suppl):42-56. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jms.2012.012082>
31. Walter LC, Eng C, Covinsky KE. Screening Mammography for Frail Older Women. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2001 [cité 27 août 2020];16(11):779-84. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1525-1497.2001.10113.x>
32. Elderly women with breast cancer often die due to other causes regardless of primary endocrine therapy or primary surgical therapy | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0960977611000294?token=DA7A085CE8FBE00B699B788F3D9C372E0FD1DC69D06820E99DA334CA31D89E72E65C29334BAC1E9FC7F5AB8A96833866>
33. Patnaik JL, Byers T, DiGuseppi C, Dabelea D, Denberg TD. Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: a retrospective cohort study. *Breast Cancer Res* [Internet]. 20 juin 2011 [cité 21 août 2020];13(3):R64. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/bcr2901>
34. Boureau A-S, de Decker L. Dépistage des cancers chez le sujet âgé. *Rev Médecine Interne* [Internet]. 1 août 2018 [cité 8 juill 2020];39(8):650-3. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866318300080>
35. Giordano SH, Hortobagyi GN, Kau S-WC, Theriault RL, Bondy ML. Breast Cancer Treatment Guidelines in Older Women. *J Clin Oncol* [Internet]. 1 févr 2005 [cité 21 août 2020];23(4):783-91. Disponible sur: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/jco.2005.04.175>
36. Bouchardy C, Rapiti E, Fioretta G, Laissue P, Neyroud-Caspar I, Schäfer P, et al. Undertreatment Strongly Decreases Prognosis of Breast Cancer in Elderly Women. *J Clin Oncol* [Internet]. 1 oct 2003 [cité 21 août 2020];21(19):3580-7. Disponible sur: <https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2003.02.046>
37. Lee SJ, Boscardin WJ, Stijacic-Cenzer I, Conell-Price J, O'Brien S, Walter LC. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark. *BMJ* [Internet]. 8 janv 2012 [cité 21 août 2020];346(jan08 12):e8441-e8441. Disponible sur: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.e8441>
38. Béatrice L-S, Chiara S, Dana L, Lamia B-T, Véronique B, Franca B, et al. Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 2015;6.
39. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ* [Internet]. 11 févr 2014 [cité 7 juill 2020];348(feb11 9):g366-g366. Disponible sur: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.g366>

40. Provencher L, Hogue JC, Desbiens C, Poirier B, Poirier E, Boudreau D, et al. Is clinical breast examination important for breast cancer detection? *Curr Oncol* [Internet]. 8 août 2016 [cité 8 juill 2020];23(4):332. Disponible sur: <http://www.current-oncology.com/index.php/oncology/article/view/2881>
41. Chiarelli AM, Majpruz V, Brown P, Theriault M, Shumak R, Mai V. The Contribution of Clinical Breast Examination to the Accuracy of Breast Screening. *JNCI J Natl Cancer Inst* [Internet]. 16 sept 2009 [cité 7 juill 2020];101(18):1236-43. Disponible sur: <https://academic.oup.com/jnci/article-lookup/doi/10.1093/jnci/djp241>
42. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. Does This Patient Have Breast Cancer? The Screening Clinical Breast Examination: Should It Be Done? How?: *Obstet Gynecol Surv* [Internet]. juill 2000 [cité 7 juill 2020];55(7):432-3. Disponible sur: <http://journals.lww.com/00006254-200007000-00017>
43. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for Breast Cancer. *JAMA* [Internet]. 9 mars 2005 [cité 24 août 2020];293(10):1245-56. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/200479>
44. *cnom_atlas_2018_0.pdf* [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
45. Francione et Bissonnier - Avec la participation de .pdf [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/48qdaw/atlas_picardie_2015.pdf
46. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 5. EFFECTIFS DES MÉDECINS par région d'activité 1, secteur d'activité 1, spécialité, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
47. *170429_Synthèse-Etude_MG.pdf* [Internet]. [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
48. Cathala E. Dépistage du cancer du sein après 75 ans, enquête d'opinion et de pratiques auprès des Médecins Généralistes d'Ille et Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
49. Olivier S. La détection précoce du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus dans le département du Nord [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018.
50. *2797_Thistlethwaite_&_Stewart_2007.pdf* [Internet]. [cité 28 août 2020]. Disponible sur: https://researchonline.jcu.edu.au/2797/1/2797_Thistlethwaite_%26_Stewart_2007.pdf
51. Collins K, Winslow M, Reed MW, Walters SJ, Robinson T, Madan J, et al. The views of older women towards mammographic screening: a qualitative and quantitative study. *Br J Cancer* [Internet]. mai 2010 [cité 27 août 2020];102(10):1461-7. Disponible sur: <http://www.nature.com/articles/6605662>
52. Heflin MT, Oddone EZ, Pieper CF, Burchett BM, Cohen HJ. The Effect of Comorbid Illness on Receipt of Cancer Screening by Older People. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2002 [cité 30 août 2020];50(10):1651-8. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1532-5415.2002.50456.x>
53. Chapelet G, Berrut G, Bourbouloux E, Campone M, Derkinderen P, de Decker L. Cancer screening practices in elderly with dementia. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement* [Internet]. juin 2015 [cité 1 juill 2020];13(2):133-40. Disponible sur:

- <http://www.john-libbey-eurotext.fr/medline.md?doi=10.1684/pnv.2015.0540>
54. Thèse-Elise-WOLFF-Dépistage-Cancer-du-Sein-Femmes-Agées.pdf [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/02/The%CC%80se-Elise-WOLFF-De%CC%81pistage-Cancer-du-Sein-Femmes-Age%CC%81es.pdf>
 55. Écomard L-M, Malingret N, Asad-Syed M, Dilhuydy M-H, Madranges N, Payet C, et al. Diagnostic du cancer du sein après 74 ans : information donnée par les structures de gestion du dépistage organisé à la sortie de la tranche d'âge concernée. *Bull Cancer* (Paris) [Internet]. 1 juill 2013 [cité 16 avr 2020];100(7):671-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007455115303167>
 56. Ecomard L-M. Modalités diagnostiques du cancer du sein chez la femme, à partir de 75 ans, en Gironde: rôle du médecin généraliste. :119.
 57. Schonberg MA, Silliman RA, Marcantonio ER. Weighing the Benefits and Burdens of Mammography Screening Among Women Age 80 Years or Older. *J Clin Oncol* [Internet]. 10 avr 2009 [cité 21 août 2020];27(11):1774-80. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2668704/>
 58. Walter LC, Schonberg MA. Screening mammography in older women: a review. *JAMA*. 2 avr 2014;311(13):1336-47.
 59. Schonberg MA, Davis RB, McCarthy EP, Marcantonio ER. External Validation of an Index to Predict Up to 9-Year Mortality of Community-Dwelling Adults Aged 65 and Older: EXTERNAL VALIDATION OF MORTALITY INDEX. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. août 2011 [cité 29 août 2020];59(8):1444-51. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2011.03523.x>
 60. ePrognosis - Schonberg Index [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://eprognosis.ucsf.edu/schonberg.php>
 61. Breast Cancer Risk Assessment Tool [Internet]. Breast Cancer Risk Assessment Tool. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cancer.gov/bcrisktool>
 62. Schonberg MA, Li VW, Eliassen AH, Davis RB, LaCroix AZ, McCarthy EP, et al. Performance of the Breast Cancer Risk Assessment Tool Among Women Age 75 Years and Older. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. mars 2016 [cité 1 juill 2020];108(3):djv348. Disponible sur: <https://academic.oup.com/jnci/article-lookup/doi/10.1093/jnci/djv348>

ANNEXES

1. CLASSIFICATION BIRADS/ACR

CLASSIFICATION EN SIX CATÉGORIES DES IMAGES MAMMOGRAPHIQUES EN FONCTION DU DEGRÉ DE SUSPICION DE LEUR CARACTÈRE PATHOLOGIQUE (EN DEHORS DES IMAGES CONSTRUITES ET DES VARIANTES DU NORMAL) -CORRESPONDANCE AVEC LE SYSTÈME BIRADS DE L'AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (ACR)

ACR 0 : Des investigations complémentaires sont nécessaires : comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, échographie.

C'est **une classification « d'attente »**, qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis, avant que le second avis soit obtenu ou que le bilan d'imagerie soit complété et qu'ils permettent une classification définitive.

ACR 1 : **Mammographie normale.**

ACR 2 : Il existe des **anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire** :

- Opacité ronde avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste)
- Ganglion intramammaire
- Opacité(s) ronde(s) correspondant à un/des kyste(s) typique(s) en échographie
- Image(s) de densité grasseuse ou mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux)
- Cicatrice(s) connue(s) et calcification(s) sur matériel de suture
- Macrocalcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires, etc.)
- Microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques
- Calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses

ACR 3 : Il existe **une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée** :

- Microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérulentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé
- Petit(s) amas rond(s) ou ovale(s) de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome
- Opacité(s) bien circonscrite(s), ronde(s), ovale(s) ou discrètement polycyclique(s) sans microlobulation, non calcifiée(s), non liquidiennes en échographie
- Asymétrie focale de densité à limites concaves et/ou mélangée à de la graisse

ACR 4 : Il existe **une anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique** :

- Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses et/ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales
- Microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses
- Microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, peu nombreuses
- Image(s) spiculée(s) sans centre dense
- Opacité(s) non liquidiennes(s) ronde(s) ou ovale(s) aux contours lobulés, ou masqués, ou ayant augmenté de volume
- Distorsion architecturale en dehors d'une cicatrice connue et stable
- Asymétrie(s) ou surcroît(s) de densité localisé(s) à limites convexes ou évolutif(s)

ACR 5 : Il existe **une anomalie évocatrice d'un cancer** :

- Microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées
- Groupement de microcalcifications quelle que soit leur morphologie, dont la topographie est galactophorique
- Microcalcifications associées à une anomalie architecturale ou à une opacité
- Microcalcifications groupées ayant augmenté en nombre ou microcalcifications dont la morphologie et la distribution sont devenues plus suspectes
- Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers
- Opacité spiculée à centre dense

Source : ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Février 2002

2. LE SCORE D'EISINGER

Le score d'Eisinger est un score prenant en compte l'ensemble des antécédents familiaux, validé pour l'indication de la consultation d'oncogénétique. Il permet également de graduer le risque de cancer du sein en l'absence de mutation.

| Antécédents familiaux | Cotation |
|--|-----------------|
| Mutation BRCA1 ou 2 identifiée dans la famille | 5 |
| Cancer du sein chez une femme < 30 ans | 4 |
| Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans | 3 |
| Cancer du sein chez une femme 40 et 49 ans | 2 |
| Cancer du sein chez une femme 50 et 70 ans | 1 |
| Cancer du sein chez un homme | 4 |
| Cancer de l'ovaire | 3 |

Résultats : Les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale (paternelle ou maternelle).

Interprétation :

Score= 5 ou plus : excellente indication

Score = 3 ou 4 : indication possible

Score = 1 ou 2 : utilité médicale faible

Sources : Eisinger F., Bressac B., Castaigne D., Cottu P.H., Lansac J., Lefranc J.P., et al. Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire. Bull Cancer 2004;91(4):219-37.

3. LE QUESTIONNAIRE G8

| | Items | Score |
|---|---|---|
| A | Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? | 0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie |
| B | Perte récente de poids (< 3 mois) | 0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids |
| C | Motricité | 0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile |
| E | Problèmes neuropsychologiques | 0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique |
| F | Indice de masse corporelle | 0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23 |
| H | Prend plus de 3 médicaments | 0 : oui 1 : non |
| P | Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge | 0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure |
| | Âge | 0 : > 85 1 : 80-85 2 : <80 |
| | SCORE TOTAL | 0 – 17 |

Un score \leq à 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatriques devant conduire à une consultation adaptée.

4. INDEX DE COMORBIDITÉS CHARLSON

| Pathologie | Oui |
|---|------------|
| Infarctus du myocarde (antécédent) | 1 |
| Insuffisance cardiaque congestive | 1 |
| Maladie vasculaire périphérique | 1 |
| Maladie cérébro-vasculaire | 1 |
| Démence | 1 |
| Maladie pulmonaire chronique | 1 |
| Problèmes articulaires – maladie de système | 1 |
| Maladie ulcéreuse (estomac) | 1 |
| Hépatopathie d'importance faible | 1 |
| Diabète | 1 |
| Hémiplégie | 2 |
| Insuffisance rénale modérée à sévère | 2 |
| Diabète avec lésions des organes cibles | 2 |
| Tumeurs (sans métastases et de diag.< 5ans) | 2 |
| Leucémie | 2 |
| Lymphome | 2 |
| Hépatopathie moyenne à sévère | 3 |
| Tumeur solide métastatique | 6 |
| SIDA | 6 |

SCORE TOTAL (0 à 37)

Evaluation : > ou = 3 points : risque élevé d'une évolution défavorable

| Interprétation | Score | Mortalité à 1 an |
|-----------------------|--------------|-------------------------|
| | 0 | 12% |
| | 1 - 2 | 26% |
| | 3 - 4 | 52% |
| | > ou = 5 | 85% |

5. LE QUESTIONNAIRE

Chère Consoeur, cher Confrère,

Je vous adresse ce questionnaire, élaboré dans le cadre de ma thèse de médecine générale. Il porte sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans. (Et donc en dehors du dépistage national organisé.)

En France, le cancer du sein est le plus fréquent ainsi que le plus meurtrier des cancers chez la femme. Le médecin généraliste est l'un des principaux acteurs en ce qui concerne ce dépistage individuel.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la démarche préventive réalisée par le médecin généraliste chez ces patientes de plus de 74 ans.

Dans un second temps, il cherche à analyser les facteurs influençant cette pratique.

Répondre à ce questionnaire vous prendra 5 à 10 minutes.

Je vous remercie par avance pour votre temps et votre participation.

Marie laure Dusaussoy

Directrice de Thèse : Dr Isabelle Defouilloy

1) Votre profil et type de patientèle :

Sexe : Age : Année de thèse :

- féminin
- masculin

Quel est votre type d'exercice ?

- seul
- en groupe

Etes vous informatisé(e) ?

- oui
- non

Exercez vous ?

- en urbain
- en semi-urbain
- en rural

Avez vous suivi une formation complémentaire en gynécologie ?

- oui
- non

Si oui laquelle ?

- diplôme universitaire
- formation médicale continue
- semestre en gynécologie au cours de votre internat
- autre : Précisez :

Combien de patients voyez-vous par jour en moyenne ?

Quel est le pourcentage de patientes de plus de 74 ans dans votre patientèle ?

2) Pratique du dépistage individuel chez les femmes de 75 ans et plus

Sur les 58 000 nouveaux cas de cancer du sein recensés en France métropolitaine en 2018, selon vous, quelle était la proportion de nouveaux cas chez les femmes de 75 ans et plus ?

- 10%
- 15%
- 20%
- 25%

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans (et donc en dehors du dépistage de masse organisé)

Quelle est votre démarche préventive ?

- vous réalisez l'examen sénologique seul
- vous prescrivez une imagerie (mammographie, échographie, autre)
- vous effectuez l'examen sénologique et une imagerie
- aucune

Si vous n'avez pas de démarche préventive :

Adressez-vous vos patientes à un autre intervenant (confrère généraliste, gynécologue, sage-femme) ?

- oui
- non

Suggérez-vous l'autopalpation à vos patientes de 75 ans et plus ?

- oui
- non

Si oui expliquez-vous à la patiente comment la réaliser ?

- oui
- non

a) Si vous réalisez l'examen sénologique :

Sur les 10 dernières patientes de 75 ans et plus que vous avez vu en consultation, à combien avez-vous examiné les seins au cours de l'année ?

À quelle fréquence réalisez-vous cet examen ?

- tous les ans
- tous les 2 ans
- tous les 3 ans
- plus de 3 ans

Vous pratiquez cet examen chez vos patientes de plus de : (Plusieurs réponses possibles)

- 75 à 80 ans :
- 80 à 85 ans
- 85 à 90 ans
- plus de 90 ans

Lorsque vous inspectez les seins, votre patiente est en position : (Plusieurs réponses possibles)

- décubitus dorsal
- assise
- debout
- les bras le long du corps
- les mains derrière la tête
- les mains posées sur les hanches

Lorsque vous palpez les seins, votre patiente est en position : (Plusieurs réponses possibles)

- décubitus dorsal
- assise
- debout
- les bras le long du corps
- les mains derrière la tête

Vous palpez :

- avec la paume de la main
- avec le bout des doigts

Au cours de votre examen des seins, palpez vous systématiquement ?

Les aires axillaires

- oui
- non

Les aires sus claviculaires

- oui
- non

b) Si vous prescrivez une imagerie médicale :

Quel examen demandez vous ?

- l'échographie
- la mammographie
- scanner thoracique
- autre Précisez :

A quelle fréquence réalisez-vous cet examen ?

- tous les ans
- tous les 2 ans
- tous les 3 ans
- plus de 3 ans

Vous prescrivez cette imagerie chez vos patientes de : (Plusieurs réponses possibles)

- 75 à 80 ans
- 80 à 85 ans
- 85 à 90 ans
- plus de 90 ans

3) Facteurs influençant les pratiques :

Pratiquiez vous cet examen chez les patientes que vous visitez au domicile ?

- oui
- non

Réalisez vous cet examen chez les patientes présentant ?

- des troubles cognitifs
- des troubles psychiatriques
- un handicap moteur
- des comorbidités importantes
- patiente se présentant en consultation accompagnée (enfants, conjoint)

Quels facteurs vous limitent dans la réalisation de l'examen sénologique ? (Plusieurs réponses possibles)

- refus de la patiente
- manque de temps
- absence de consultation dédiée
- absence de formation au geste
- patiente présentant des troubles cognitifs
- patiente présentant des troubles psychiatriques
- patiente présentant un handicap moteur
- patientes présentant des comorbidités importantes
- patiente se présentant en consultation accompagnée (enfants, conjoint)
- patiente examinée exclusivement au domicile
- autres Précisez :

Selon vous, quelle(s) solution(s) peut (peuvent) aider à votre réalisation de l'examen sénologique ? Commentaires libres

Exprimez en pourcentage la proportion de vos patientes refusant l'examen sénologique

- moins de 25%
- entre 25 et 50%
- entre 50 et 75 %
- plus de 75%

Quelles raisons vos patientes donnent-elles quant au refus de la réalisation de l'examen sénologique ? (Plusieurs réponses possibles)

- la patiente estime qu'elle ne présente plus de risque de développer un cancer
- la patiente s'estime « trop vieille » pour réaliser l'examen
- pudeur
- autre : Précisez

Etude des pratiques concernant le dépistage individuel du cancer du sein chez la femme de plus de 74 ans auprès des médecins généralistes de la Somme.

Passé l'âge de 74 ans, le dépistage du cancer du sein relève d'un dépistage individuel (DI). Au vu d'un vieillissement de la population, le DI présente une importance de plus en plus grandissante. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la démarche préventive du médecin généraliste (MG) chez la femme de plus de 74 ans et d'en analyser la pratique. L'enquête a été menée auprès de 493 MG de la Somme à l'aide d'un questionnaire envoyé par courrier postal. Parmi les 151 répondants, 87% des MG avaient une démarche préventive : 53% pratiquaient l'examen clinique des seins (ECS), 72% prescrivaient une imagerie et 38% réalisaient les deux. Les MG estimaient à 4/10 le nombre de leurs patientes âgées à jour de leur examen mammaire annuel. Parmi les 80 MG pratiquant l'ECS, 49% effectuaient cet examen tous les 2 ans et 41% jusqu'à l'âge de 80 ans. L'inspection était réalisée le plus souvent dans une position incomplète ou incorrecte (70%) et près de la moitié (51%) des MG exerçaient la palpation dans une position incorrecte. Le MG se doit d'informer et de sensibiliser les femmes âgées au risque persistant du cancer du sein. Malgré une participation élevée des MG au DI, la mise en pratique semble insuffisante et hétérogène. L'utilisation d'un outil simple permettant de prédire l'espérance de vie à 5 ans faciliterait la bonne pratique de la prescription de la mammographie, outil de dépistage qui est à individualiser chez les patientes âgées. Des recommandations claires et une formation aux gestes seraient souhaitables afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques.

Mots clés : cancer du sein, dépistage individuel, femmes âgées, examen clinique des seins, mammographie, médecine générale

Study of practices concerning individual breast cancer screening in women over 74 years with general practitioners from the Somme area.

After the age of 74, breast cancer screening is an individual screening (IS). In view of the ineluctable aging of the population, the IS is becoming increasingly important. The main objective of this study is then to evaluate the preventive approach of the general practitioner (GP) in women over 74 years old and to analyze its practice. The survey was conducted among 493 GPs from the Somme area, using a questionnaire sent by post. Among the 151 respondents, 87% of GPs had a preventive approach; 53% performed clinical breast examen (CBE); 72% ordered imaging and 38% performed both. GPs estimated at 4/10 the number of their elderly patients up to date with their annual breast exam. Of the 80 GPs performing the CBE, 49% performed this exam every 2 years and 41% until the age of 80. Inspection was most often performed in an incomplete or incorrect position (70%) and almost half (51%) of GPs palpated in an incorrect position. The GPs must better inform and educate older women about the persistent risk of breast cancer. Despite a high participation of GPs in the IS, the practise seems insufficient and heterogeneous. The use of a simple tool to predict life expectancy at 5 years would facilitate the good practice of prescribing mammography, a screening tool that should be individualized in elderly patients. Clear recommendations and gesture training would be desirable in order to improve and harmonize practices.

Keywords: breast cancer, individual screening, elderly women, clinical breast examination, mammography, general practice