



HAL
open science

Dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus, enquête de pratique auprès des médecins généralistes d'Aquitaine

Mahault Vergez de Heine

► **To cite this version:**

Mahault Vergez de Heine. Dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus, enquête de pratique auprès des médecins généralistes d'Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04757086

HAL Id: dumas-04757086

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04757086v1>

Submitted on 28 Oct 2024

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

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

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2024

Thèse n°67

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 13 septembre 2024

Par Mahault VERGEZ DE HEINE

Née le 8 janvier 1996 à Paris 14^{ème}

Dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus, enquête de pratique auprès des médecins généralistes d'Aquitaine

Dr Catherine PELISSIER-PAUGAM, directrice de thèse

Jury

Professeur Claire ROUBAUD-BAUDRON, Présidente

Professeur William DURIEUX, Rapporteur

Docteur Marie PAGES, Juge

Docteur Catherine PELISSIER-PAUGAM, Directrice

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Claire Roubaud-Baudron**, Présidente du Jury.

Merci Claire d'avoir porté un intérêt à mon travail de thèse. Vous m'avez beaucoup appris tant sur le plan humain que médical lors de mon stage de gériatrie, et vous me faites l'honneur de présider mon jury aujourd'hui. Je vous remercie et vous témoigne de mon profond respect.

Au **Professeur William Durieux**, Rapporteur de Thèse.

Je suis honorée que vous ayez accepté d'être le rapporteur de ma thèse. Merci pour le temps que vous avez consacré à la lecture de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

Au **Docteur Marie Pages**, Membre du jury.

Merci Marie d'avoir accepté de faire partie du mon jury de thèse. Ton expertise en tant que médecin généraliste qui pratique la gynécologie médicale est d'une grande importance pour juger ce travail. Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

Au **Docteur Catherine Pelissier Paugam**, Directrice de thèse.

Cathy, merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, merci pour ta réactivité, ton soutien et ta relecture. Merci pour ce merveilleux stage de 2ème semestre dans ton cabinet qui a confirmé mon coup de cœur pour la médecine générale : tu m'as montré qu'une prise en charge médicale de qualité pouvait s'associer avec humanité et efficacité. Merci de m'avoir fait confiance pour te remplacer, ça a été un grand plaisir de m'occuper de tes patients.

A tous les médecins et soignants avec qui j'ai eu le plaisir de travailler, notamment aux équipes des Urgences de Périgueux, de Gériatrie à Xavier Arnozan et de Pédiatrie de Pau.

Aux médecins généralistes qui m'ont accompagnée tout au long de mon internat.

Aux médecins qui me font confiance pour les remplacer : Cathy bien sûr, Dr Denis Goube et Dr Jean Waguët, c'est toujours un plaisir de venir vous remplacer.

Aux meilleures secrétaires médicales Séverine et Amandine !

Merci aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de la Gironde, des Landes et de la Dordogne d'avoir diffusé mon questionnaire.

Merci Matthieu pour ton accompagnement dans la réalisation de mes statistiques.

A mes proches,

A Loïck, mon mari, mon soutien indéfectible depuis 8 ans. Ces années à tes côtés ont rendu les études de médecine plus faciles. Merci de me rassurer quand je doute sur mes prises en charge, merci de me motiver, de me soutenir, et de me pousser à donner le meilleur de moi-même. Tu me connais mieux que personne, les bons et les mauvais côtés ! Merci de toute l'aide que tu m'as apporté pour ce travail de thèse : mon informaticien/statisticien/relecteur/correcteur/coach/psychologue... je n'y serais pas arrivée sans toi ! Je suis très fière d'être ta femme et j'ai hâte d'accomplir tous nos projets !

A mes parents, merci Papa d'avoir toujours été présent pour me soutenir, ton humour et ton originalité me redonnent le sourire. Tu as toujours veillé à ce que je ne manque de rien et te rendre fier a été un moteur de ma réussite.

Maman, ce rêve de devenir médecin, c'est à toi que je le dois. Tantôt électricienne, maçon, wedding planner, coach pour la PACES, l'ECN, le Barreau, et j'en passe... tu

sais TOUT faire. Depuis notre naissance tu as beaucoup sacrifié pour nous élever, nous aider dans nos devoirs, nous faire réciter (enfin surtout Margue !). Je ne peux citer tout ce que tu as fait pour moi, ça serait plus long que ma thèse ! Merci pour le rythme militaire de l'année de P1, de m'avoir inscrite à Laennec, de m'avoir accompagnée à chaque concours, de m'avoir consolée, motivée, tu es toujours là quoi qu'il puisse m'arriver. Tu es le meilleur modèle dont on peut rêver et j'espère arriver un jour (presque) à ta hauteur.

A ma sœur Margue, merci d'être toujours là pour me faire rire, me déstresser quand j'en ai besoin. Merci d'avoir été présente pendant toutes ces années de médecine, de m'avoir accompagnée à Médisup pendant la pré-rentree, d'être venue déjeuner avec moi entre deux épreuves de l'ECN ! Ton intelligence et ta ténacité dans le travail ont toujours été un exemple pour moi.

A mes grands-parents, Maminette, Daddy et Mamita. Daddy et Mamita, vous avez toujours été là pour me soutenir. Merci Mamita d'être venue me consoler et me préparer de bons petits plats pendant la pré-rentree MediSup. Merci Daddy pour tout ce que tu m'as appris. Merci d'être présents à chaque étape de ma vie.

A ma belle-famille, je n'aurais pu rêver d'un meilleur accueil, je suis ravie que nous fassions désormais partie de la même famille.

A mes amis et co-internes préférés Jacques, Charlotte, Elise et Matthieu. Jacquot, un coup de foudre amical depuis la P2, nos trajets dans le métro, nos potins, tu es toujours là pour me faire rire ; passer ces années de médecine avec toi a été un pur bonheur. Chachou, ma co-externe préférée, nous avons fait (presque) tous nos stages d'externat ensemble, j'adore travailler avec toi, tu es devenue une amie indispensable et je suis heureuse que tu sois venue à Bordeaux avec moi. Elise, ma belle rencontre de l'internat, tu es solaire, toujours positive et j'adore ton rire de sorcière (même s'il est très rare !). Merci pour ton soutien dans toutes les démarches thèse quand je n'y comprenais rien. Matthieu, le tombeur de ces vieilles dames, ton expertise en courses de déambulateur m'a été d'une grande aide, merci pour ce stage de gériatrie. Merci de m'avoir fait rencontrer Camille, nous avons hâte de suivre vos pas !

A la team des parisiens Eugénie, PA et Manon, Maxime, Morgane. Bazin, ma Miss Ribellina, merci d'avoir été la meilleure partenaire de soirées médecine, d'avoir

fini mes verres, de m'avoir escortée jusqu'à la maison en fin de soirée... que de bons souvenirs ! Tu es une amie précieuse sur laquelle je peux toujours compter. PA, merci pour nos révisions à Laennec, nos balades en vélo avant l'ECN, merci de m'avoir fait rencontrer Manon, tu n'aurais pas pu mieux choisir ! Maxime, j'aime ton caractère de cochon, j'adore toujours discuter avec toi, même si je te gronde de temps en temps, bravo pour ton courage tout au long de ces études difficiles. Ma Momo, mon rayon de soleil, on peut passer des heures à parler et je sais que je peux tout te dire, merci pour ta bienveillance et ton soutien, j'ai de la chance de t'avoir comme amie.

A la team St Do, Pichotte, Ambre et Maelys, votre amitié depuis toutes ces années m'est très précieuse. Pichotte tu es une amie comme on en compte peu dans une vie, tu me fais rire plus que quiconque et je suis ravie d'être ton amie depuis le CM1 (ou bien la 5ème ?).

Aux Laennec Houz, Bobby et Francis. Merci pour votre soutien, votre bienveillance et surtout votre humour durant toutes ces années. Merci Francis pour ton aide dans la dernière ligne droite de cette thèse !

A Mouche, mon plus doux soutien.

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	11
<u>PARTIE I : LE CANCER DU SEIN</u>	13
I. <u>Epidémiologie du cancer du sein en France</u>	13
II. <u>Facteurs de risque et protecteurs</u>	16
a. <u>Facteurs de risque</u>	16
b. <u>Facteurs protecteurs</u>	18
III. <u>Outils de dépistage et leurs performances</u>	19
a. <u>Examen mammaire</u>	19
b. <u>Mammographie</u>	20
c. <u>Echographie</u>	21
d. <u>IRM</u>	22
IV. <u>Différents types de cancer du sein</u>	23
a. <u>En fonction de la localisation et de l'extension</u>	23
b. <u>En fonction de l'analyse moléculaire</u>	24
c. <u>Chez la femme de plus de 74 ans</u>	26
V. <u>Traitements existants</u>	28
a. <u>Chirurgie</u>	28
b. <u>Chimiothérapie</u>	29
c. <u>Radiothérapie</u>	30
d. <u>Hormonothérapie</u>	30
e. <u>Chez la femme de plus de 74 ans</u>	31
<u>PARTIE II : LE DEPISTAGE</u>	32
I. <u>Dépistage organisé</u>	32
a. <u>Organisation et Participation</u>	32
b. <u>Impact et Limites</u>	33
II. <u>Dépistage individuel chez la femme de plus de 74 ans</u>	36
a. <u>Recommandations</u>	36
b. <u>Pertinence de la mammographie après 74 ans</u>	37
c. <u>Pertinence de l'examen sénologique après 74 ans</u>	38
d. <u>Limites</u>	38

<u>PARTIE III : L'ETUDE</u>	40
I. <u>Objectifs</u>	40
II. <u>Matériel et méthodes</u>	41
a. <u>Type d'étude</u>	41
b. <u>Population ciblée</u>	41
c. <u>Le questionnaire</u>	41
d. <u>Recueil des données et analyse des résultats</u>	43
III. <u>Résultats</u>	44
a. <u>Nombre de réponses</u>	44
b. <u>La population de l'étude</u>	44
c. <u>Les pratiques de dépistage</u>	47
d. <u>Comparaison des pratiques</u>	49
e. <u>Motivations et freins à la poursuite du dépistage</u>	50
IV. <u>Discussion</u>	52
a. <u>Forces et limites de l'étude</u>	52
b. <u>La population de l'étude</u>	53
c. <u>Le critère de jugement principal</u>	53
d. <u>Les critères de jugement secondaires</u>	54
e. <u>Perspectives</u>	55
<u>CONCLUSION</u>	57
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	58
<u>ANNEXES</u>	63
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	68

TABLE DES FIGURES

- Figure 1 : Les cancers chez la femme en 2023
- Figure 2 : Evolution de l'espérance de vie par sexe entre 2005 et
- Figure 3 : Score d'Eisinger
- Figure 4 : Classification ACR
- Figure 5 : Echelle d'amplification
- Figure 6 : Classification moléculaire selon St Gallen
- Figure 7 : Classification TNM du cancer du sein
- Figure 8 : Cancers du sein dépistés et d'intervalle par classe d'âge
- Figure 9 : Performance du dépistage du cancer du sein par classe d'âge
- Figure 10 : Répartition des praticiens selon le genre
- Figure 11 : Répartition des praticiens selon l'âge
- Figure 12 : Répartition des praticiens selon l'âge et le sexe
- Figure 13 : Répartition des praticiens selon le milieu d'exercice
- Figure 14 : Répartition des praticiens selon la formation en gynécologie
- Figure 15 : Répartition des praticiens selon la fréquence du dépistage du cancer du sein
- Figure 16 : Rythme du dépistage
- Figure 17 : Age des patientes pour qui la poursuite du dépistage est proposée
- Figure 18 : Fréquence de dépistage en fonction de l'âge

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Fréquence du dépistage du cancer du sein selon le genre du praticien

Tableau 2 : Dépistage du cancer du sein selon le genre du praticien

Tableau 3 : Fréquence de dépistage du cancer du sein selon l'âge du praticien

Tableau 4 : Fréquence de dépistage du cancer du sein selon la formation en gynécologie

ABREVIATIONS

AES : auto-examen des seins

AGIDECA : Association girondine pour le dépistage des cancers

ACR : American College of Radiology

BRCA : Breast Cancer

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

ECS : Examen clinique des seins

GFST : Gerontopole Frailty Screening Tool

HAS : Haute Autorité de Santé

HER2 : Human epidermal growth factor receptor 2

PARP : Poly-ADP-ribose-polymérase

RE : Récepteur aux œstrogènes

RP : Récepteur à la progestérone

THS : Traitement hormonal substitutif

TNM : Tumor Node Metastasis

TSM : Taux standardisé monde

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, il est responsable du plus grand nombre de décès avec un taux de mortalité à 14% en 2018 (1). L'incidence augmente avec l'âge et 75% des cancers du sein se déclarent après 50 ans (2). Ainsi, un dépistage collectif est organisé de 50 à 74 ans avec la réalisation d'une mammographie tous les deux ans (3). Ce dépistage a pour but une prise en charge précoce, permettant la guérison dans 9 cas sur 10.

Mais après 74 ans que se passe-t-il ? Les femmes n'ont-elles plus aucun risque ? La réponse est évidemment non. En effet, environ $\frac{1}{4}$ des cancers du sein sont diagnostiqués après 75 ans et 48% des décès surviennent dans cette classe d'âge (4). De plus l'espérance de vie des femmes en France ne cesse d'augmenter ; en 2030 les femmes de plus de 70 ans représenteront 20% de la population (4).

Les caractéristiques histologiques du cancer du sein chez la femme âgée sont de meilleur pronostic que chez la femme jeune. Actuellement, les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patientes âgées sont surtout dues au retard diagnostic ; en effet, les tumeurs sont souvent prises en charge à un stade plus avancé avec des tumeurs de plus grande taille, des atteintes ganglionnaires ou métastatiques. Un dépistage précoce permettrait d'éviter les traitements trop invasifs, offrirait une possibilité de prise en charge adaptée et un meilleur taux de guérison tout en limitant les comorbidités du traitement (5).

Concernant les méthodes de dépistage le médecin généraliste est en première ligne, tant dans la poursuite de l'information du risque de cancer du sein après 74 ans que dans le choix de la méthode.

La mammographie est la méthode de référence pour le dépistage organisé de 50 à 74 ans (6). L'examen clinique des seins est également intéressant, d'autant plus chez la femme âgée qui présente des seins moins denses et plus facilement palpables. D'après une thèse réalisée sur les méthodes de diagnostic de cancer du sein chez des femmes âgées par leurs médecins généralistes, seules 4,3% des tumeurs sont dépistées par un examen clinique des seins (7). Les médecins généralistes font moins

bien que les patientes elles-mêmes qui découvrent 58% des tumeurs ou que leurs auxiliaires de vie qui en découvrent 15%.

Par quoi sont expliquées ces différences de chiffres ? Il n'existe pas de recommandation claire concernant le dépistage du cancer du sein après 74 ans. Chaque praticien est donc laissé libre quant à sa pratique.

Se pose également la question du surdiagnostic de tumeurs de bas grades qui n'auraient pas gêné la patiente ; et dont le traitement est parfois plus délétère que l'abstention thérapeutique.

Il se dégage un état de fait : le cancer du sein reste fréquent après 74 ans, sa guérison est possible, et les moyens de dépistage existent. La place du médecin généraliste est centrale, en tant que premier acteur du dépistage et interlocuteur privilégié des femmes âgées qui ne vont plus chez le gynécologue.

Quelle proportion de médecins généralistes continuent à dépister le cancer du sein de leurs patientes âgées ; et par quelles méthodes ? Quelles sont les caractéristiques des médecins qui dépistent le cancer du sein de la femme âgée ?

Autant de questions qui m'ont amenée à ce sujet de thèse.

PARTIE I : LE CANCER DU SEIN

I. Epidémiologie du cancer du sein en France

En France, en 2023, le nombre de nouveaux cancers développés chez les femmes et de 187 526. Le cancer du sein représente 33 % de ces nouveaux cas de cancer féminin, il est donc le premier cancer chez la femme avec 61 214 nouveaux cas en 2023 (8). L'âge médian au diagnostic est de 64 ans.

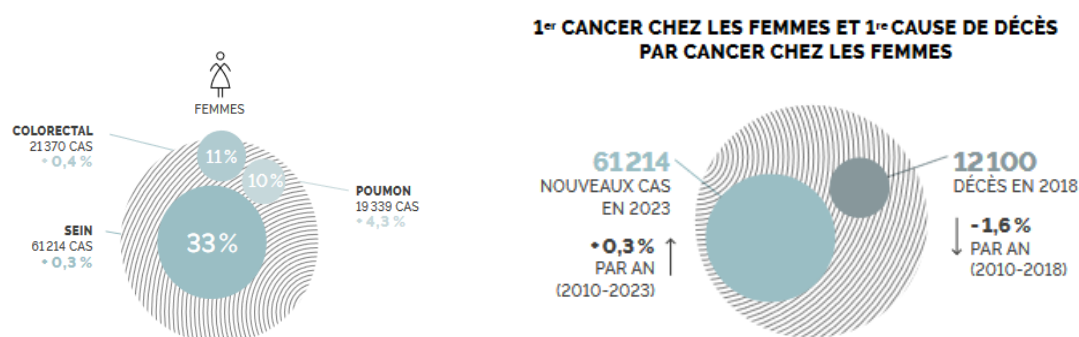


Figure 1 : Les cancers chez la femme en 2023 (8)

Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est en augmentation continue (+0.3% en moyenne par an) et atteint son niveau le plus élevé depuis 1990 (9).

Cette augmentation persistante est due à la fois à l'évolution des facteurs de risque et au vieillissement de la population. En effet, l'espérance de vie des femmes en France fait partie des plus élevées en Europe ; elle est de 85,7 ans en France pour l'année 2023. L'espérance de vie sans incapacité sévère est de 77,9 ans (10,12).

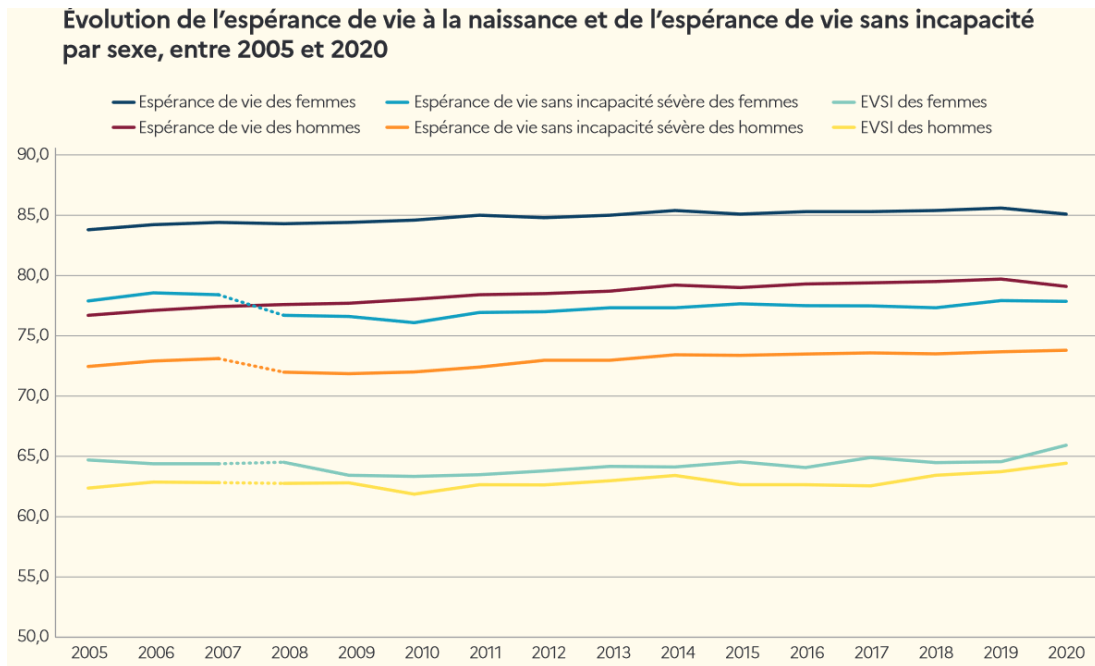


Figure 2 : Evolution de l'espérance de vie par sexe entre 2005 et 2020 (10)

Le cancer du sein est fréquent mais présente un très bon taux de survie de 88 % à 5 ans, et de 76% à 10 ans. Ces bons chiffres résultent probablement de la politique de dépistage qui permet une prise en charge précoce, ainsi que des progrès thérapeutiques.

Depuis 2010, le taux de décès ne cesse de diminuer (-1,6 % par an entre 2010 et 2018) avec 12 100 décès dus au cancer du sein en 2018.

Néanmoins, il reste la première cause de décès par cancer chez les femmes et la deuxième cause de décès toutes causes confondues ; son diagnostic et sa prise en charge précoce restent donc un enjeu majeur.

Si l'on se penche plus précisément sur les patientes de plus de 74 ans, plus de 20% des cancers du sein sont diagnostiqués après 74 ans et environ 45% des décès par cancer du sein surviennent après 75 ans. Des estimations prédisent que 25 à 34% de la population sera âgée de plus de 75 ans en France en 2070, soit 2 fois plus qu'en 2013 (11).

Devant l'évolution démographique avec une part de plus en plus importante des femmes de plus de 75 ans dans la population française et l'incidence en augmentation

du cancer du sein, il semble important de s'intéresser au cancer du sein de la femme âgée.

II. Facteurs de risque et protecteurs

a. Facteurs de risque

La HAS propose une classification des facteurs du risque du cancer du sein en 2 catégories (13).

La première catégorie regroupe les facteurs de risque associés à une augmentation majeure du risque de cancer du sein (risque relatif > 4). Ces facteurs sont l'âge, le sexe, les antécédents personnels de cancer du sein, les antécédents familiaux de cancer du sein, et les prédispositions génétiques.

Le risque de cancer du sein augmente avec l'âge. En effet, 78% des cancers du sein se développent après 60 ans. Le risque relatif de cancer du sein est supérieur à 4 chez les femmes de plus de 50 ans (14).

Le sexe féminin est également un facteur de risque majeur de cancer du sein. Plus de 99 % des cancers du sein sont observés chez la femme.

Les femmes ayant un antécédent de cancer du sein avant 40 ans ont un risque de récurrence compris entre 3 et 7 %.

Les patientes ayant un antécédent familial de cancer du sein au premier degré (mère, sœur ou fille) sont également plus à risque. En effet, le risque absolu de survenue d'un cancer du sein dans les 10 ans est estimé à 3,5 % à 60 ans chez ces femmes. Ce risque augmente encore en cas d'antécédents familiaux multiples au premier degré. Il est intéressant d'utiliser dans ce cas le score d'Eisinger ; il prend en compte les différents antécédents familiaux et permet de graduer le risque de cancer du sein et de déterminer si une consultation d'oncogénétique est nécessaire (13) :

Score d'Eisinger	
Antécédents familiaux	Cotation
Mutation BRCA 1 ou 2 identifiée	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 entre 40 et 49 ans	2
Cancer du sein chez une femme entre 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	
Source : Eisinger F, Bressac B, Castaigne D, Cottu PH, Lansac J, Lefranc JP, <i>et al.</i> Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire (mise à jour 2004). Bull Cancer 2004;91(3):219-37.	

Figure 3 : Score d'Eisinger (13)

5 à 10% des cancers du sein sont liés à une mutation génétique. Les 2 principales mutations sont celles des gènes BRCA1 et BRCA2, impliqués dans la réparation de l'ADN. Chez ces femmes le risque de développer un cancer du sein avant 45 ans varie entre 25 et 40 %, contre 2% pour la population générale. Cela nécessite une prise en charge spécifique avec un dépistage individuel et des mesures prophylactiques (15).

La deuxième catégorie de facteurs de risque regroupe les facteurs de risque associés à une augmentation modérée ($2 < \text{risque relatif} < 4$) du risque du cancer du sein.

On retrouve notamment l'antécédent personnel d'irradiation thoracique à haute dose, par exemple dans le cadre d'une radiothérapie pour une maladie de Hodgkin (16).

La HAS propose une dernière catégorie regroupant des facteurs de risques plus discutés. Il n'a pas été démontré qu'un seul de ces facteurs de risque augmenterait le risque de développer un cancer du sein ; mais probablement qu'un cumul majorerait le risque.

Parmi ces facteurs de risques on retrouve une densité mammaire radiologique supérieure à 75 % après la ménopause, un antécédent de traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS), un antécédent personnel de travail de nuit , une alimentation riche en graisse, une consommation régulière d'alcool, le tabagisme, un âge précoce des premières règles avant 12 ans, la nulliparité , un premier enfant après 30 ans , un âge tardif de la ménopause après 55 ans, une obésité (17), un mode de vie sédentaire, un antécédent personnel de diabète de type 2.

Concernant l'utilisation d'un THS, le risque de cancer du sein est notamment augmenté en cas de traitement long de plus de 10 ans et d'utilisation de progestatifs quotidiennement (18).

Concernant l'alcool, le risque de cancer du sein augmente d'environ 7 % pour la consommation d'une boisson alcoolisée par jour, et le risque augmente de façon linéaire avec le nombre de verres (19). L'alcool a également un impact sur la durée de vie des patientes présentant un cancer du sein : la durée de vie d'une patiente consommant de l'alcool est diminuée d'environ 15 à 40 % par rapport à une patiente qui n'en consomme pas.

b. Facteurs protecteurs

L'allaitement sur un total de 25 mois représenterait une réduction du risque de 33 % par rapport aux femmes qui n'ont jamais allaité (20). Cela serait dû à une diminution du taux circulant d'œstrogènes durant cette période.

L'activité physique modérée à raison de 30 à 60 minutes au moins 4 fois par semaine diminuerait également le risque de cancer du sein d'environ 35 %. En effet, l'activité physique diminue la production d'œstrogènes et permet de garder un poids normal et d'éviter l'obésité, facteur de risque du cancer du sein.

L'âge précoce de la première grossesse avant 30 ans et la multiparité sont également deux facteurs protecteurs du cancer du sein. Ainsi, une première grossesse menée à terme avant 30 ans diminue le risque de cancer du sein de 25 % par rapport à une femme nullipare (21).

III. Outils de dépistage et leurs performances

a. Examen mammaire

L'examen mammaire comprend l'inspection visuelle et la palpation des seins (13).

A l'inspection visuelle il convient de rechercher une asymétrie, une tuméfaction, une rétraction, un épaissement de la peau, une ulcération cutanée, un eczéma du mamelon ou un écoulement.

La palpation des seins est réalisée en position allongée, les mains de la patiente derrière sa tête. Il faut palper par petits mouvements circulaires les quatre quadrants des deux seins : supéro-interne et externe ; et inféro-interne et externe ; ainsi que les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires. En cas de palpation d'une masse ou d'un nodule il faut estimer sa taille, sa consistance, son adhérence au plan profond, l'irrégularité de ses contours.

La palpation reste le temps le plus important de l'examen ; en effet, la visualisation d'anomalies morphologiques telles que les rétractions comme seules manifestations d'un cancer du sein est très rare (22).

Concernant l'efficacité de la palpation mammaire dans le diagnostic de cancer du sein, une étude menée aux Etats-Unis retrouvait une sensibilité de 58,8% et une spécificité de 93.4% (23). La sensibilité de la palpation mammaire varie selon l'âge de la patiente, son statut ménopausique, sa densité mammaire, son poids, son ethnie. Elle est également dépendante de l'expérience du praticien (24). En pratique courante, la sensibilité retrouvée est plutôt de l'ordre de 28 à 36% (25).

A propos de l'auto-examen des seins (AES), celui-ci n'est pas recommandé chez les femmes de moins de 75 ans. En effet, aucune étude n'a permis de prouver une réduction de la mortalité grâce à l'AES ; et il majorerait même l'anxiété, le nombre de biopsies, la découverte d'anomalies bénignes, et entrainerait un excès de consultation médicale pour réassurance (26).

b. Mammographie

La mammographie est l'examen de référence pour le dépistage organisé du cancer du sein entre 50 et 74 ans, elle possède une sensibilité de 86,6% et une spécificité de 93,4% (27).

C'est un examen réalisé à l'aide d'un appareil composé d'un générateur de rayon X de faible énergie et d'un système de compression du sein (13). La compression du sein permet de mieux distinguer les structures, augmente la précision et diminue la quantité de radiations. On réalise deux incidences par sein dans le cadre du dépistage : face et oblique externe ; et trois incidences dans la mammographie diagnostique : face, profil et oblique externe.

Cet examen dure environ quinze minutes, la compression des seins dure quelques secondes et peut être douloureuse.

La mammographie coûte 66 euros en secteur 1.

Les résultats permettent de connaître le nombre de calcifications, leur taille, leur structure ou toute autre anomalie ; et donnent lieu à la classification pour chaque sein de l'American College of Radiology (ACR) qui précise le degré de suspicion de malignité en fonction des anomalies observées :

ACR 0 : Des investigations complémentaires sont nécessaires : comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, échographie, etc. 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, rhomboédriques¹
- 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

Figure 4 : Classification ACR

Les résultats ACR 1 et 2 ne nécessitent pas d'exploration complémentaire. Les ACR 3 nécessitent une surveillance généralement à 6 mois voire 1 an. Les ACR 4 et 5 requièrent un complément histologique par biopsie.

c. Echographie

C'est un examen non irradiant et indolore qui permet de compléter la mammographie dans certaines situations. Elle est notamment utile en cas de seins

denses et peu gras chez la femme jeune (28). Elle est plus performante que la mammographie pour l'analyse de la tumeur et de sa structure interne.

Elle peut également permettre l'analyse des ganglions axillaires, ou encore servir de guide pour la réalisation de microbiopsies.

d. IRM

L'IRM mammaire possède une très bonne sensibilité proche de 100% mais une plus faible spécificité entre 85 et 91% (29). Elle n'est recommandée en première intention que dans certains cas précis : antécédent d'irradiation thoracique à haute dose, prédisposition génétique telles que BRCA1 et 2, antécédent familial de cancer du sein avec prédisposition génétique (29).

Elle peut être utile en cas de doute en complément d'une imagerie standard, ou en cas de seins très denses.

Son utilisation reste néanmoins limitée car elle est source de nombreux faux positifs (30).

En dehors du diagnostic, elle est nécessaire pour le suivi des patientes sous traitements néoadjuvants, dans le bilan d'extension d'un carcinome lobulaire invasif, pour la recherche d'une récurrence après traitement conservateur, et dans le bilan de fin de traitement d'un cancer du sein.

IV. Différents types de cancer du sein

a. En fonction de la localisation et de l'extension

Le cancer du sein se développe dans 95% des cas au dépend des cellules épithéliales de la glande mammaire, c'est donc dans la majorité des cas un adénocarcinome (13). Il peut être canalaire ou lobulaire.

L'adénocarcinome canalaire atteint les cellules des canaux galactophores. C'est la forme la plus fréquente, représentant 40 à 75% des cancers du sein (31).

Si les cellules cancéreuses sont cantonnées aux canaux galactophores, le cancer est appelé in situ ; si par contre les cellules cancéreuses se propagent aux tissus mammaires environnants, le cancer est appelé infiltrant (32).

Parmi les cancers in situ le carcinome canalaire est le plus fréquent : il représente 85% des cancers in situ.

L'adénocarcinome lobulaire est plus rare (5 à 15% des cas) et atteint les lobules, c'est-à-dire les glandes productrices de lait. Il peut être in situ si les cellules cancéreuses sont circonscrites aux lobules ; ou bien infiltrant si elles atteignent les autres tissus mammaires (32).

En cas de dissémination aux ganglions ou organes voisins, les carcinomes canaux et lobulaires sont alors appelés métastatiques.

Il existe également des cancers du sein plus rares parmi lesquels on retrouve notamment le cancer du sein inflammatoire et le carcinome métaplasique.

Le cancer inflammatoire du sein est une forme rare et agressive de cancer du sein qu'il est important de connaître. C'est une forme de carcinome canalaire infiltrant qui atteint les différents tissus du sein, les ganglions environnants et obstrue les vaisseaux lymphatiques (33). Le sein prend alors un aspect inflammatoire et douloureux.

Le carcinome métaplasique du sein est une autre forme rare et agressive qui représente 1% des cancers du sein invasifs ; il est caractérisé sur le plan histologique

par une différenciation hétérogène (chondroïde, osseuse, sarcomateuse) (34). Sa croissance est rapide et il a une forte tendance à métastaser (35).

b. En fonction de l'analyse moléculaire

Le grade histologique, les marqueurs de prolifération et les récepteurs hormonaux permettent de classer les cancers du sein en quatre catégories (36) :

- Luminal A
- Luminal B
- HER+
- Triple négatif

Ces quatre catégories orientent sur le pronostic et le traitement à mettre en place (36).

Le grade varie entre 1 et 3 et représente le degré de malignité du cancer. C'est un marqueur histologique qui est établi en analysant la différenciation, les anomalies structurales et la nécrose des cellules cancéreuses, par rapport aux cellules normales. Un haut grade est de mauvais pronostic.

Le Ki67 est un marqueur de prolifération et représente la vitesse de croissance des cellules cancéreuses. Il est exprimé sous forme de pourcentage ; plus celui-ci est élevé, plus la progression du cancer est rapide. La valeur seuil de 20% a été retenue pour définir un Ki67 positif (37). Un Ki67 élevé est de mauvais pronostic.

Le gène HER2 est également un marqueur de prolifération, on le note entre 0 et 3+ selon son degré d'amplification (38) :

Échelle	Signification
0 ou 1+	Le taux de HER2 n'a pas augmenté. La tumeur est HER2 négative (0) ou HER2 faible (1+).
2+	Le niveau de surexpression de HER2 n'est pas clair. On fera une FISH pour confirmer le statut HER2.
3+	Le taux de HER2 est plus élevé que la normale. La tumeur est HER2 positive.

Figure 5 : Echelle d'amplification HER2 (38)

Un cancer du sein HER2 + est plus agressif qu'un cancer HER2 -. Ce statut nous oriente également sur les thérapies possibles telle que le Trastuzumab (Herceptin).

Les récepteurs hormonaux sont de deux types : les récepteurs aux œstrogènes (RE) et les récepteurs à la progestérone (RP). L'analyse moléculaire des cellules cancéreuses permet de définir si le cancer est RP +/- et RE +/- et ainsi de prédire la réponse à un traitement par hormonothérapie (39). Les tumeurs à récepteurs hormonaux positifs sont de meilleur pronostic.

Ainsi, à travers ces différents marqueurs on peut connaître les caractéristiques moléculaires, le pronostic et les traitements possibles du cancer du sein et le classer dans la catégorie correspondante (40).

Luminal A	RE et RP positifs HER2 négatif Ki67 faible < 20% Risque de récurrence faible selon les tests génomiques
Luminal B HER2 négatif	RE positif HER2 négatif et au moins une donnée suivante : Ki67 élevé ($\geq 20\%$), RP négatif, Risque de récurrence élevé selon les tests génomiques
Luminal B HER2 positif	RE positif HER2 positif ou amplifié Toute valeur de Ki67 Tout statut RP
HER2 positif	RE et RP négatifs HER2 positif ou amplifié
Triple négatif	RE et RP négatifs HER2 négatif

Figure 6 : Classification moléculaire selon St Gallen (40)

Le type luminal A est de bon pronostic : peu proliférant et hormonosensible, il représente la majorité des cancers du sein.

Le cancer du sein triple négatif représente 10 à 15% des cancers du sein, il est de mauvais pronostic car il ne permet pas l'utilisation des thérapies ciblées (41).

c. Chez la femme de plus de 74 ans

Chez la femme âgée, le cancer du sein est dans 80% des cas un carcinome canalaire infiltrant (7). Les caractéristiques moléculaires des tumeurs chez ces patientes sont souvent plus favorables : un taux de prolifération moins important, un Ki67 moins élevé, des récepteurs hormonaux positifs, une moindre amplification de HER2 (42). Si on reprend la classification moléculaire de St Gallien de 2013, la femme âgée présente donc le plus souvent un cancer du sein de type luminal A (80%) (43), moins agressif.

Les cancers HER2 + ou triple négatif sont plus rares.

Concernant la taille de la tumeur au moment du diagnostic, celle-ci est souvent plus importante chez la femme âgée que chez la femme jeune (44).

Le cancer du sein est plus souvent diagnostiqué au stade métastatique chez la femme âgée : 52% des patientes de plus de 75 ans, contre 39% des patientes entre 65 et 74 ans (45).

V. Traitements existants

Le choix du protocole thérapeutique va dépendre du stade de la maladie, systématiquement défini à l'aide de classification Tumor Node Metastasis (TNM) (36) :

T		N		M	
T0	Pas de tumeur	N0	Pas d'envahissement ganglionnaire régional	M0	Pas de métastase à distance
T1	<2 cm	N1	Ganglions axillaires homolatéraux suspects mais mobiles	M1	Présence de métastases à distance (comprenant des métastases ganglionnaires sus-claviculaires)
T2	≥2 cm et <5 cm	N2	Ganglions axillaires homolatéraux fixés entre eux ou à d'autres structures	Mx	Bilan en attente
T3	≥5 cm	N3	Ganglions mammaires internes homolatéraux		
T4	a : atteinte profonde				
	b : atteinte superficielle				
	c : T4a + T4b				
	d : signes inflammatoires				

Figure 7 : Classification TNM du cancer du sein (36)

a. Chirurgie

C'est le traitement de première intention en cas de cancer non métastatique et non inflammatoire.

Concernant le sein, la chirurgie peut être conservatrice (tumorectomie ou zonectomie) ou radicale (mastectomie) en fonction de la taille de la tumeur, du nombre de foyers et du volume du sein.

Concernant l'aire axillaire, le prélèvement du ganglion sentinelle pour analyse anatomopathologique est systématique. Si le ganglion est atteint on procède au curage axillaire qui peut avoir comme effet secondaire l'apparition d'un lymphoedème (4).

b. Chimiothérapie

La chimiothérapie peut être administrée avant la chirurgie, elle est alors néo-adjuvante ; ou après la chirurgie, elle est alors adjuvante (47).

La chimiothérapie néo-adjuvante est utile lorsque le rapport du volume de la tumeur sur le volume du sein ne permet pas un traitement conservateur d'emblée, ou en cas de cancer métastatique d'emblée.

La chimiothérapie adjuvante permet de détruire les cellules cancéreuses restantes et diminue le risque de récurrence.

Les molécules principalement utilisées sont les taxanes et les anthracyclines. On peut également avoir recours aux sels de platine, au 5-fluorouracile ou aux cyclophosphamides. Le plus souvent on combine deux ou trois agents. Elles sont administrées par voie intra-veineuse par cycles toutes les deux à trois semaines sur trois à six mois.

Les effets secondaires dépendent des molécules utilisées mais les plus fréquents sont les atteintes des phanères, la perte d'appétit et de poids, les troubles digestifs tels que nausées et diarrhées, les atteintes neuropathiques, les atteintes cutanées des mains et des pieds (syndrome main-pied), une anémie. Concernant les anthracyclines il faut être vigilant au risque de cardiopathie, plus rare (48).

Le trastuzumab (Herceptin) est un anticorps monoclonal qui inhibe la prolifération des cellules surexprimant HER2, il est utilisé dans le traitement des cancers du sein surexprimant HER2 (10 à 20% des cancers du sein) (49). Il est administré par voie intraveineuse pour une durée de six mois à un an.

Son effet secondaire principal est la toxicité cardiaque avec un risque d'insuffisance cardiaque notamment en association avec une anthracycline.

Les inhibiteurs de Poly-ADP-ribose-polymérase (PARP) peuvent être utilisés en cas de mutation BRCA ou de cancer triple négatif.

c. Radiothérapie

La radiothérapie est le plus souvent utilisée en adjuvant pour détruire les cellules cancéreuses restantes après la chirurgie ; elle peut également être nécessaire en néoadjuvant pour réduire la taille de la tumeur ; ou pour soulager les douleurs d'un cancer métastatique (46). Elle peut concerner le sein restant, la paroi thoracique ou les aires ganglionnaires.

Les principaux effets secondaires sont la fatigue, les douleurs du sein, les atteintes cutanées, une asymétrie mammaire, un lymphœdème, une atteinte cardiaque ou pulmonaire (50).

d. Hormonothérapie

Elle peut être utilisée si les récepteurs hormonaux sont positifs, le plus souvent après la chirurgie, en traitement adjuvant.

Avant la ménopause on utilisera un anti-oestrogène, le plus utilisé est le Tamoxifène, il est prescrit pour une durée entre cinq et dix ans. Les effets secondaires principaux sont les bouffées de chaleur, les modifications du cycle menstruel, une majoration faible du risque de cancer de l'endomètre, du risque thrombo-embolique, du risque de cataracte (51).

Après la ménopause, on utilisera un anti-aromatase tels que l'Anastrozole (Arimidex), le Letrozole (Fémara) ou l'Exemestane (Aromasine), prescrits entre cinq et dix ans. Parmi les effets secondaires, on constate : des bouffées de chaleur, des arthralgies et douleurs musculaires, une augmentation du risque d'ostéoporose, une perturbation du bilan hépatique, une hypercholestérolémie. Il convient donc chez ces patientes de réaliser une ostéodensitométrie tous les deux ans et faire un dosage du cholestérol annuel.

e. Chez la femme de plus de 74 ans

Comme vu précédemment, les tumeurs du sein chez la femme plus âgée ont des caractéristiques histologiques plus favorables, mais sont souvent de plus grande taille (44).

Bien qu'il ait été démontré que l'efficacité des traitements du cancer du sein est indépendante de l'âge, il existe une variabilité de prise charge avec une tendance au sous-traitement, sans qu'il y ait de critères précis justifiant ces prises en charge (52).

La chimiothérapie et la radiothérapie sont moins utilisées chez la femme âgée, notamment en néoadjuvant (53).

Lorsque qu'une chirurgie est réalisée, celle-ci est plus invasive avec un plus fort taux de mastectomies totales (10% pour les plus de 85 ans contre 1% pour les 55-65 ans), même en cas d'indication d'un traitement conservateur (44). Cela a pour conséquence un impact psychologique et esthétique souvent sous-estimé chez ces patientes.

Ainsi, malgré des caractéristiques histologiques plus favorables, la prise en charge du cancer du sein de la femme âgée semble moins bien optimisée du fait d'un stade au diagnostic plus avancé et d'une tendance au sous-traitement. Cela entraîne des prises en charge plus complexes et invasives

PARTIE II : LE DEPISTAGE

I. Dépistage organisé

a. Organisation et Participation

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place au niveau national en 2004. Il concerne les femmes entre 50 et 74 ans asymptomatiques et sans facteur de risque. Sont exclues les femmes présentant un antécédent de cancer du sein, un antécédent d'irradiation thoracique à haute dose, un antécédent d'hyperplasie canalaire ou lobulaire atypique, un score d'Eisinger ≥ 3 ou une prédisposition génétique (mutation BRCA1 et BRCA2) (13).

Les femmes concernées reçoivent tous les deux ans un courrier de l'Assurance Maladie les invitant à se rendre chez un radiologue agréé pour un examen clinique et une mammographie en deux incidences. Elles bénéficient dans ce cadre d'une prise en charge à 100% avec dispense d'avance de frais (54).

Les mammographies classées ACR1 et 2 bénéficient d'une seconde lecture par un autre radiologue. Les mammographies ACR3 ne donnent pas lieu à une seconde lecture, la patiente est néanmoins reconvoquée pour une surveillance clinique ou radiologique. Les mammographies ACR4 et 5 bénéficient d'examens complémentaires immédiats. Les résultats sont transmis à la patiente ainsi qu'à son médecin référent (médecin traitant ou gynécologue).

Le taux de participation au dépistage pour l'année 2021-2022 était de 47,7% en France et de 54,6% en Nouvelle-Aquitaine en 2022. Le taux national avait atteint son maximum à 53% dans les années 2010 pour ensuite chuter au moment de la pandémie de COVID (55) ; il réaugmente progressivement depuis.

Il paraît également intéressant de prendre en compte le taux de 11% de femmes se faisant dépister dans le cadre d'une démarche individuelle (prescription de la mammographie par le médecin traitant ou le gynécologue).

Cela amène à un taux national d'environ 59%, sachant que les recommandations européennes fixent un objectif de participation à 70%.

Les facteurs prédictifs de non-participation au dépistage organisé sont un faible revenu, un bas niveau socio-professionnel, la ruralité, un âge de moins de 54 ans ou de plus de 70 ans. Les facteurs rapportés par les patientes sont la peur de la maladie, le fatalisme, le manque de temps, l'impression subjective de bonne santé, les difficultés d'accès au dépistage (56).

Les facteurs motivants la participation au dépistage sont l'incitation par le médecin traitant, un professionnel de santé, ou un proche ; un antécédent familial de cancer du sein ; un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat ; et le fait d'avoir déjà participé au dépistage.

b. Impact et Limites

Le dépistage du cancer du sein par mammographie permettrait une réduction de 15 à 21% de la mortalité par cancer du sein (54). Il permet de diagnostiquer majoritairement des cancers de petite taille (47% des cancer identifiés) ou des carcinomes in situ (15%), qui n'auraient très probablement pas été diagnostiqués par la palpation mammaire (57). Cela permet une prise en charge précoce et moins invasive du cancer.

On retrouve sur le graphique suivant que les cancers sont plus largement diagnostiqués lors du dépistage systématique. Ils sont également de meilleur pronostic (57).

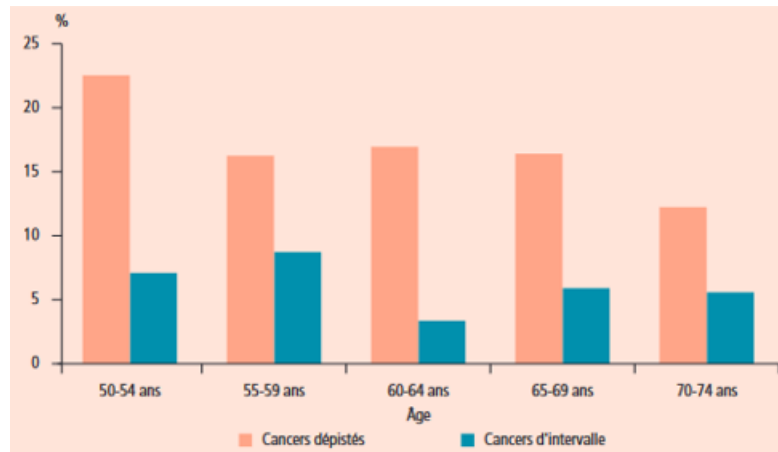


Figure 8 : Cancers du sein dépistés et d'intervalle par classe d'âge (57)

Le programme de dépistage organisé possède une très bonne sensibilité de 82,8% et spécificité de 91,4% (57).

La limite principale du dépistage organisé est le surdiagnostic ; il correspond à la détection de lésions cancéreuses qui n'auraient pas donné de symptôme du vivant de la personne. Il engendre un impact psychologique délétère et un surtraitement avec tous les effets secondaires potentiels déjà évoqués. L'estimation du surdiagnostic se situe dans les différentes études autour de 10% (58).

Le risque de cancer du sein radio-induit est également à prendre en compte mais reste très faible. Il varie de 1 à 10 cas de décès pour 100 000 femmes réalisant une mammographie tous les deux ans à partir de 50 ans, et pour une irradiation standard (58). Il est négligeable par rapport au nombre de décès évité par le dépistage. Si elle respecte scrupuleusement le dépistage organisé du cancer du sein, une femme réalisera 13 mammographies, soit une irradiation totale qui représente $\frac{1}{4}$ de celle d'un scanner abdominopelvien.

Les cancers d'intervalle sont les cancers diagnostiqués dans l'intervalle entre deux mammographies, ils représentent seulement 17% des cancers diagnostiqués chez les femmes participant au dépistage du cancer du sein (58).

Les cancers manqués sont définis comme les cancers présents au moment du dépistage mais non diagnostiqués ; la palpation mammaire réalisée par le radiologue et la seconde relecture de la mammographie permettent de limiter leur nombre. En

2009, la deuxième lecture a permis de dépister 6,7% de l'ensemble des cancers du sein (56).

II. Dépistage individuel chez la femme de plus de 74 ans

a. Recommandations

En France, il n'existe pas de recommandation claire concernant le dépistage du cancer du sein après 74 ans. La recommandation HAS de 2015 propose seulement la palpation mammaire annuelle à partir de 25 ans, sans âge de fin (13).

Aux Etats-Unis, le dépistage individuel est réalisé selon l'état de santé et l'espérance de vie de la patiente. L'American Cancer Society recommande une poursuite des mammographies tant que l'état de santé général de la patiente est bon et que son espérance de vie est d'au moins dix ans (59).

Une méta-analyse menée aux Etats-Unis, au Royaume Unis, en Suède et au Danemark confirme la nécessité d'une espérance de vie supérieure à dix ans pour que la poursuite du dépistage du cancer du sein soit pertinente (60).

Au Canada, il n'existe pas de recommandation à poursuivre le dépistage après 75 ans ; mais une faible réduction de la mortalité n'est pas exclue chez ces patientes. Il faut donc peser la balance bénéfice/risque et adapter le dépistage à chaque patiente (61).

Ainsi, il semble intéressant de prendre en compte l'état général de la patiente et son espérance de vie avant de décider de poursuivre ou non le dépistage du cancer du sein.

L'indice de Lee Schonberg est un outil permettant de calculer le risque de mortalité à cinq, dix et quatorze ans. Il se base sur 15 questions, on peut le trouver sur internet, il est réalisable facilement en moins de deux minutes en consultation de médecine générale (62).

On peut également avoir recours à une évaluation gériatrique standardisée réalisée par un médecin gériatre. C'est une évaluation complète, menée lors d'une consultation longue qui évalue le statut fonctionnel de la patiente et son risque de dépendance (63). Cette évaluation est en pratique plus adaptée à des patientes avec

un diagnostic de cancer posé, pour décider de la suite de la prise en charge ; plutôt que pour argumenter de la poursuite du dépistage du cancer du sein.

Le Gérontopole Frailty Screening tool (GFST) est un questionnaire rapide de 8 items qui permet de détecter une fragilité chez les patients de plus de 65 ans, autonomes, et à distance de toute pathologie aiguë. Ce questionnaire est tout à fait utilisable en consultation de médecine générale (64).

b. Pertinence de la mammographie après 74 ans

La mammographie reste un examen très performant chez la femme âgée, sa sensibilité et sa spécificité augmentent même avec l'âge (57) :

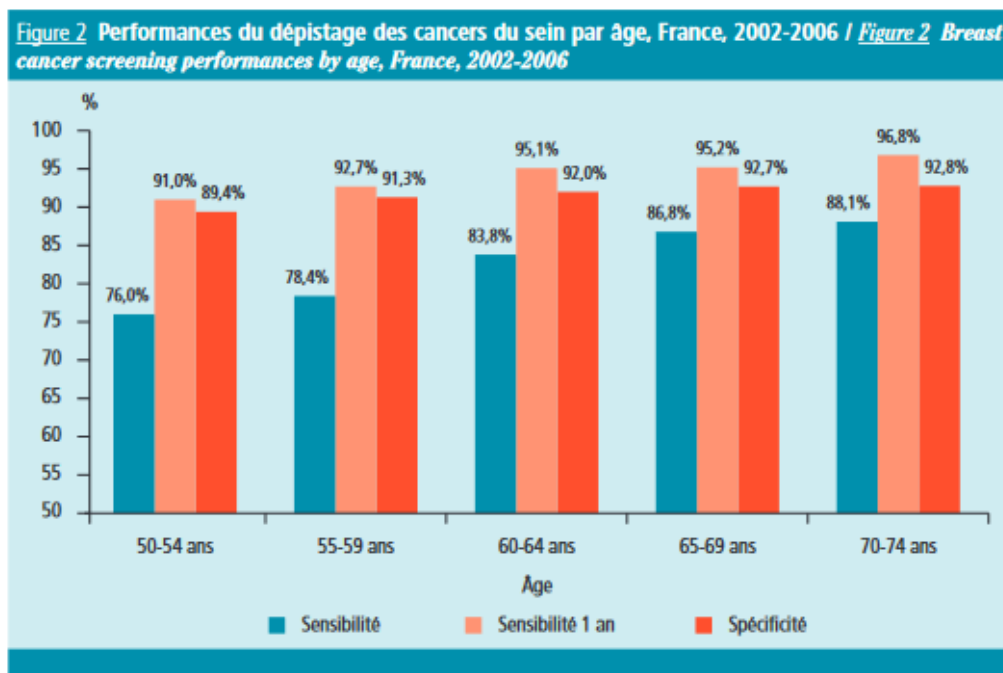


Figure 9 : Performance du dépistage du cancer du sein par classe d'âge (57)

Elle permet une détection précoce du cancer du sein, et donc un traitement moins invasif. D'après une étude menée chez des patientes de plus de 75 ans atteintes d'un cancer du sein, les cancers détectés par la mammographie étaient plus souvent d'un stade 1 (62 %), contrairement à ceux détectés par la patiente ou son médecin qui étaient plus souvent stade 2 ou 3. De plus, les cancers détectés par

mammographie bénéficiaient plus souvent d'un traitement conservateur, et de moins de mastectomies ou de chimiothérapies. La survie à 5 ans était également significativement meilleure dans le groupe mammographie (65). Une autre étude menée aux Etats-Unis dans le Vermont confirme cette différence de survie (66)

c. Pertinence de l'examen sénologique après 74 ans

L'examen des seins après 74 ans est facilité par la baisse de densité du tissu mammaire qui devient plus adipeux. Il possède une meilleure sensibilité que chez les patientes plus jeunes (67). C'est un examen simple, peu coûteux, non douloureux qu'il paraît intéressant d'utiliser. De plus, sa moindre sensibilité par rapport à la mammographie peut permettre d'éviter le surdiagnostic et le surtraitement, principale limite de la poursuite du dépistage individuel après 74 ans (7).

Concernant l'auto-examen des seins après 74 ans, il n'existe pas de recommandation ; mais il peut être intéressant à pratiquer chez des femmes motivées et formées, en complément du suivi habituel (22).

d. Limites

Le dépistage individuel du cancer du sein chez la femme âgée est performant, notamment par la mammographie. Se pose néanmoins la question du surdiagnostic et de son impact psychologique ; ainsi que du surtraitement et des effets secondaires délétères qu'il engendre.

Concernant l'impact psychologique, une étude menée chez des patientes en maison de retraite aux Etats-Unis, avec une moyenne d'âge de 81 ans, retrouvait que la moitié des femmes ayant eu une anomalie à la mammographie ressentait une douleur et une anxiété à la suite de cet examen (68). De plus, seuls 2 cancers du sein, soit 0.9% de l'ensemble des femmes incluses, avaient pu être diagnostiqués et traités avec un

réel bénéfique pour ces patientes. Ce pourcentage semble faible par rapport à l'impact péjoratif de la poursuite des mammographies.

Se pose également la question du coût de ce dépistage, avec un impact sur la survie non démontré. Il a été estimé que le coût annuel du dépistage individuel chez les femmes de plus de 75 ans en France serait de 17 000 000 d'euros par an (69).

La question de l'espérance de vie de la patiente est majeure. En effet, si la patiente est diagnostiquée et traitée de son cancer mais qu'elle décède d'une autre cause peu de temps après, le bénéfice du dépistage et de la prise en charge du cancer du sein n'est plus aussi important. Une étude montre que deux ans après la prise en charge d'une tumeur du sein, 70% des décès étaient attribuables à une autre cause que le cancer du sein (70).

PARTIE III : L'ETUDE

I. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de connaître la proportion de médecins généralistes qui continuent à dépister le cancer du sein de leurs patientes de 75 ans et plus.

Le dépistage du cancer du sein après 74 ans étant individuel et dépendant de la pratique de chaque médecin, notre hypothèse est que peu de médecins généralistes continuent le dépistage.

Les objectifs secondaires consistent à rechercher par quels moyens les médecins généralistes continuent le dépistage ; et quels facteurs personnels ou propres à leurs patientes influencent le dépistage du cancer du sein.

Nous avons également cherché les motivations et freins éventuels à poursuivre le dépistage après 74 ans.

II. Matériel et méthodes

a. Type d'étude

L'étude vise à recueillir les pratiques et les caractéristiques des médecins participant concernant le dépistage du cancer du sein après 74 ans. Pour cela, nous avons décidé de réaliser une étude quantitative descriptive observationnelle menée à l'aide de questionnaires anonymes informatisés. Les données ont été recueillies sur 5 mois entre octobre 2023 et mars 2024.

b. Population ciblée

Cette étude cible les médecins généralistes exerçant dans les départements de la subdivision de Bordeaux : la Dordogne, La Gironde, les Landes, le Lot et Garonne et les Pyrénées Atlantiques.

Les conseils de l'ordre des départements du Lot et Garonne et des Pyrénées Atlantiques n'ayant pas donné leur accord pour la diffusion du questionnaire, ces deux départements n'ont finalement pas été interrogés.

Ces médecins pouvaient être installées ou remplaçants, thésés ou non.

Etaient exclus les internes de médecine générale n'ayant pas de licence de remplacement.

c. Le questionnaire

Le questionnaire a été rédigé à l'aide du logiciel Google Form. Il comprend 17 questions à réponses multiples ou uniques. Certaines questions sur les motivations, freins et méthode de dépistage ont été laissées ouvertes afin que le médecin interrogé puisse apporter la réponse qu'il juge la mieux adaptée.

Les différents items de réponses proposés sont issus de recherches bibliographiques et de discussions avec différents médecins. L'ordre des items était aléatoire afin de ne pas influencer les résultats de l'étude.

La première page du questionnaire vise à recueillir les informations générales du médecin répondant.

La deuxième page questionne sur la formation éventuelle en gynécologie ; à la fin de cette page le médecin répondait à la question de la poursuite du dépistage.

Les réponses « toujours », « souvent », « peu souvent » renvoient à une page interrogeant leurs pratiques de dépistage et les freins potentiels.

La réponse « jamais » renvoi à une page questionnant le médecin sur ses raisons de ne pas dépister le cancer du sein.

Le questionnaire est disponible en annexe 1.

Ce questionnaire a été testé par 3 remplaçants en médecine générale et par la directrice de thèse : le Dr Pelissier-Paugam. Le temps de réponse moyen était de 1 minute et 36 secondes. La réalisation du questionnaire en moins de 2 minutes nous a paru tout à fait acceptable.

Aucune remarque n'a nécessité la modification du questionnaire.

Le questionnaire a été diffusé par le biais des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) des départements de la Gironde, des Landes et de la Dordogne.

Les CDOM des Landes et de la Dordogne ont mis à disposition le questionnaire sur leur site internet et ont invité les médecins, via la newsletter, à y répondre. La diffusion a débuté le 23 octobre 2023. Après demande, une relance a été faite par le CDOM des Landes le 12 décembre 2023.

Le CDOM de la Gironde a diffusé le lien du questionnaire par mail aux médecins généralistes installés et remplaçants dans ce département. La diffusion a débuté le 04 décembre 2023.

Les réponses au questionnaire ont été clôturées le 07 mars 2024.

Le mail diffusé aux praticiens est disponible en annexe 2.

d. Recueil des données et analyse des résultats

Les données ont été recueillies à l'aide du questionnaire Google Form et ont été retranscrites sur les logiciels Google Sheet et Excel pour l'analyse des résultats. Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Jamovi.

L'analyse statistique était dans un premier temps descriptive ; puis analytique par croisement des données. Le test du Chi2 a ainsi été utilisé pour comparer les variables qualitatives nominales et ordinales, avec des échantillons indépendants non appariés.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de $p < 0.05$.

III. Résultats

a. Nombre de réponses

Le nombre total de médecins sollicités était de 2680 médecins. 1696 médecins ont été sollicités en Gironde, 340 en Dordogne et 644 dans les Landes.

Nous avons recueilli un total de 158 réponses soit un taux de participation de 5,9%. Les réponses provenaient principalement des médecins girondins avec un taux de participation de 8,8%.

b. La population de l'étude

La population de 158 médecins comporte 101 femmes et 57 hommes.

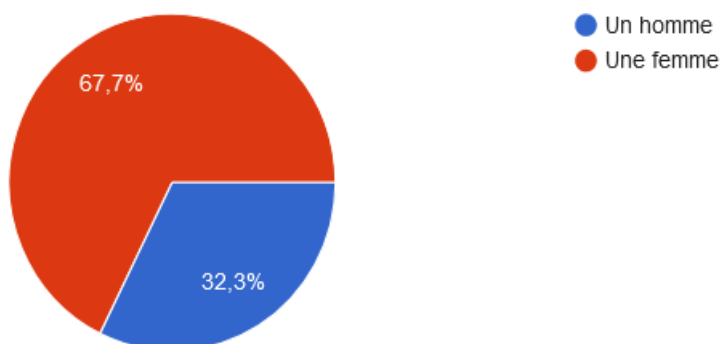


Figure 10 : Répartition des praticiens selon le genre

Les catégories d'âge les plus représentées sont les 25-35 ans et les 35-45 ans qui représentent respectivement 32,9% et 31% de notre population. Les plus de 45 ans représentent 36,1% de la population. Aucun participant n'avait moins de 25 ans.

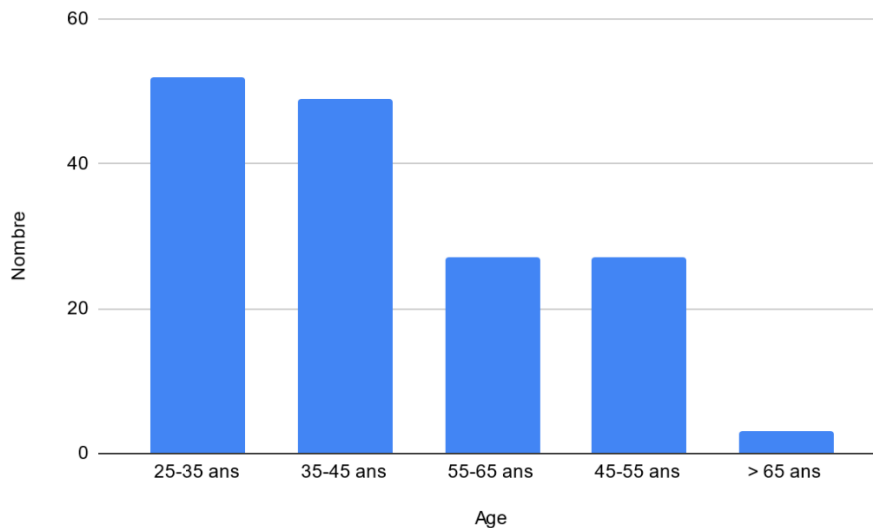


Figure 11 : Répartition des praticiens selon l'âge

Si on répartit les répondants selon l'âge et le genre, on observe que les plus représentés sont les femmes entre 25 et 45 ans.

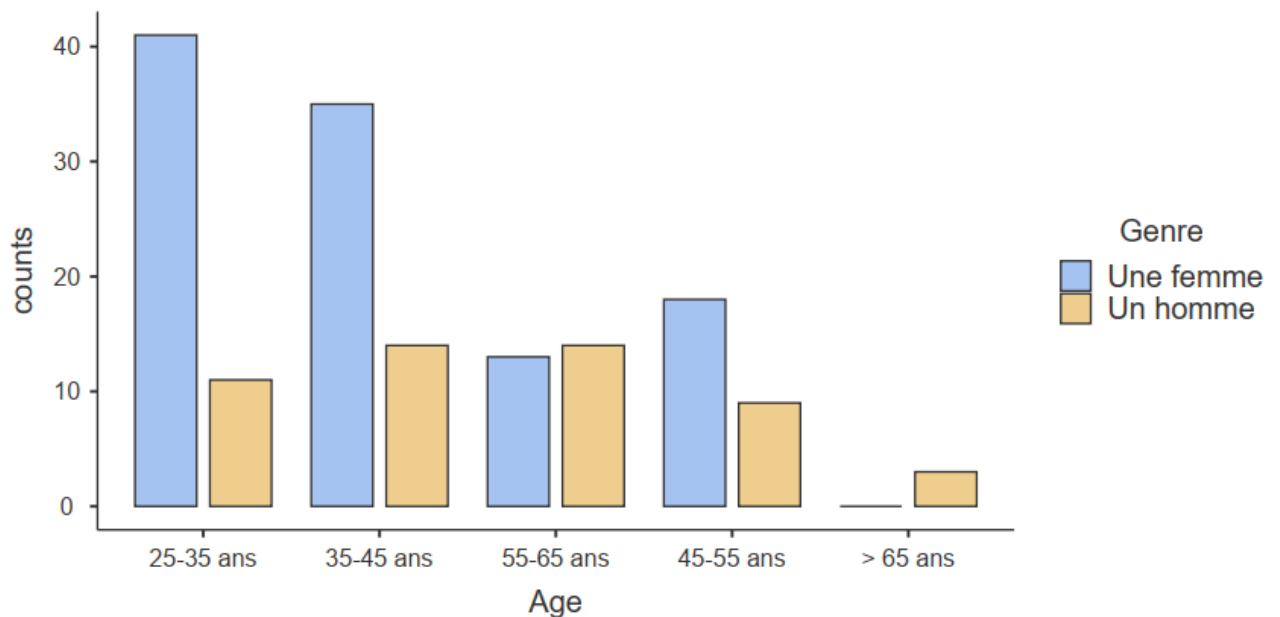


Figure 12 : Répartition des praticiens selon l'âge et le sexe

La majorité des médecins répondants sont thésés et installés (84,8%). Ils exercent principalement en cabinet de groupe (82,3%), ou en cabinet individuel (13,9%). Les autres médecins exercent en MSP, à l'hôpital, en EHPAD ou en PMI.

Plus de la moitié d'entre eux exercent en milieu urbain.

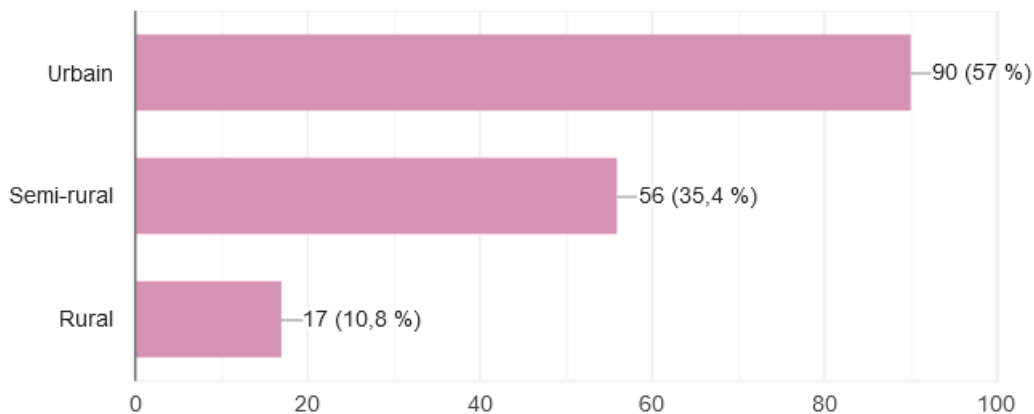


Figure 13 : Répartition des praticiens selon le milieu d'exercice

Dans notre échantillon, la moitié des médecins déclaraient avoir une formation en gynécologie. Cette formation avait majoritairement lieu lors :

- Du stage en gynécologie lors de l'internat (65,1%)
- Du diplôme universitaire de gynécologie (41,9%)
- De la formation médicale continue (38,4%)
- De lectures d'articles ou recherches personnelles (31,4%)
- De conférences, séminaires, groupes de pairs et d'apprentissage lors de remplacements

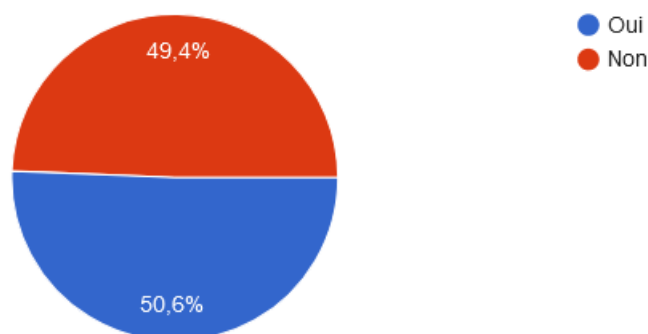


Figure 14 : Répartition des praticiens selon la formation en gynécologie

Concernant l'objectif principal de l'étude ; la proportion de médecins dépistant le cancer du sein après 74 ans se répartissent de la façon suivante :

- 16,5% dépistent tout le temps
- 38% dépistent souvent
- 34,7% dépistent peu souvent
- 10,8% ne dépistent jamais le cancer du sein chez les patientes de plus de 74 ans

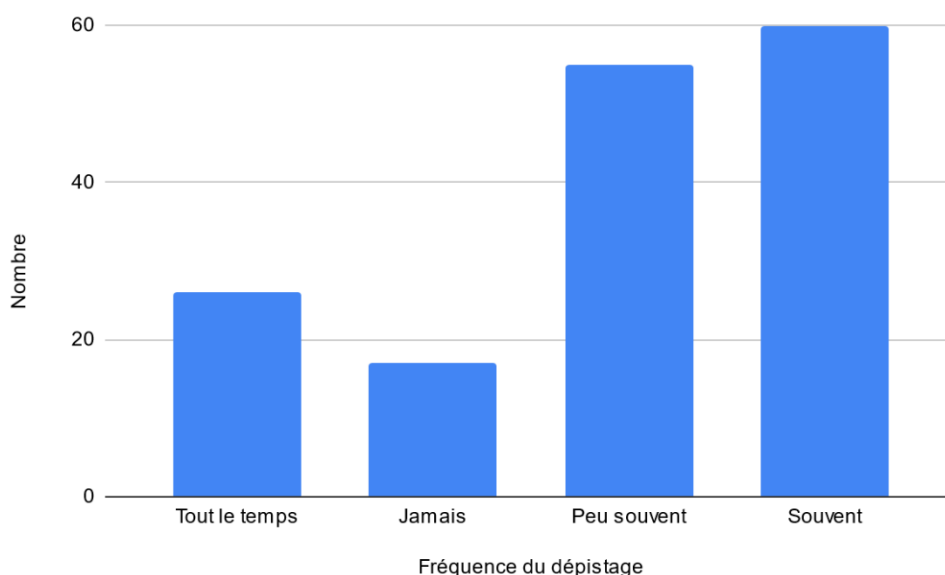


Figure 15 : Répartition des praticiens selon la fréquence du dépistage du cancer du sein

Si l'on regroupe les données, les médecins qui dépistent le cancer du sein (réponses tout le temps et souvent) représentent 54,5% des médecins répondeurs.

c. Les pratiques de dépistage

La méthode de dépistage principalement utilisée après 74 ans est la mammographie (77%), suivie par la palpation mammaire, pratiquée par 70% des médecins poursuivant le dépistage. L'échographie est utilisée par 27% des praticiens, le plus souvent en complément de la mammographie ou de la palpation mammaire.

La majorité des médecins gardent un rythme de dépistage identique au dépistage systématique, tous les deux ans (59,9% des répondeurs). 29,9% dépistent tous les ans et 9,5% dépistent tous les 3 ans ou plus.

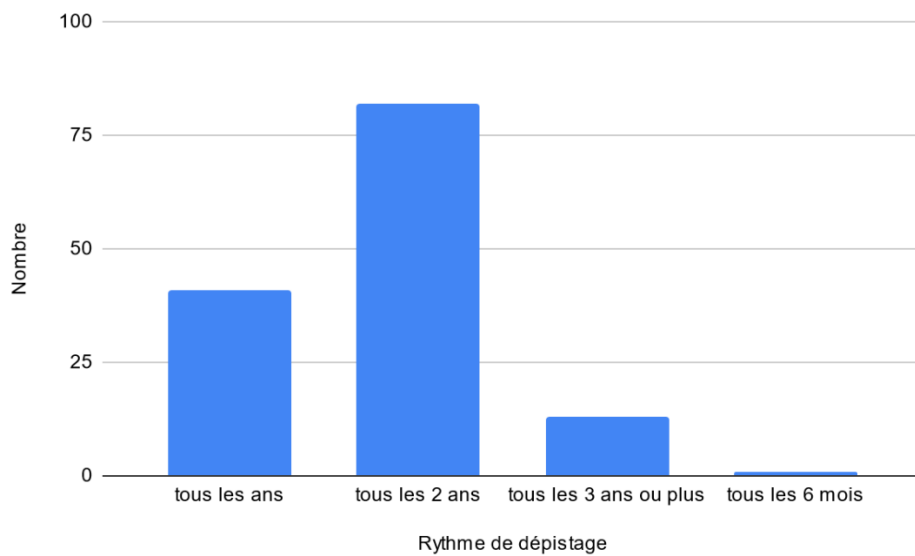


Figure 16 : Rythme du dépistage

Les praticiens qui poursuivent le dépistage le proposent surtout aux patientes les plus jeunes, avant l'âge de 80 ans. Une minorité poursuit le dépistage après 90 ans.

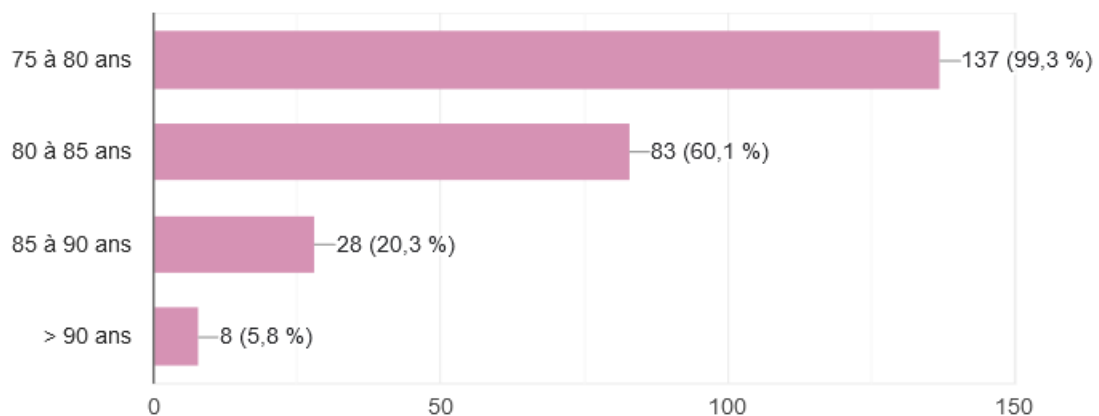


Figure 17 : Age des patientes pour qui la poursuite du dépistage est proposée

d. Comparaison des pratiques

- En fonction du genre du praticien :

Genre	Jamais	Peu souvent	Souvent	Tout le temps	p value
Femme	9	37	44	17	0,452
Homme	8	18	16	9	
Total	17	55	60	26	

Tableau 1 : Fréquence du dépistage du cancer du sein selon le genre du praticien

Il n'existe pas de différence significative de fréquence du dépistage du cancer du sein selon le genre du praticien.

Genre	Non	Oui	p value
Femme	46	61	0,346
Homme	26	25	
Total	72	86	

Tableau 2 : Dépistage du cancer du sein selon le genre du praticien

Si on regroupe les réponses jamais et peu souvent en « Non » ; et les réponses souvent et tout le temps en « Oui », le résultat n'est pas significatif.

- En fonction de l'âge du praticien

Age	Jamais	Peu souvent	Souvent	Tout le temps	p value
≤ 45 ans	15	45	31	10	< 0,001
> 45 ans	2	10	29	16	
Total	17	55	60	26	

Tableau 3 : Fréquence de dépistage du cancer du sein selon l'âge du praticien

Il existe une différence significative de la fréquence du dépistage en fonction de l'âge du praticien.

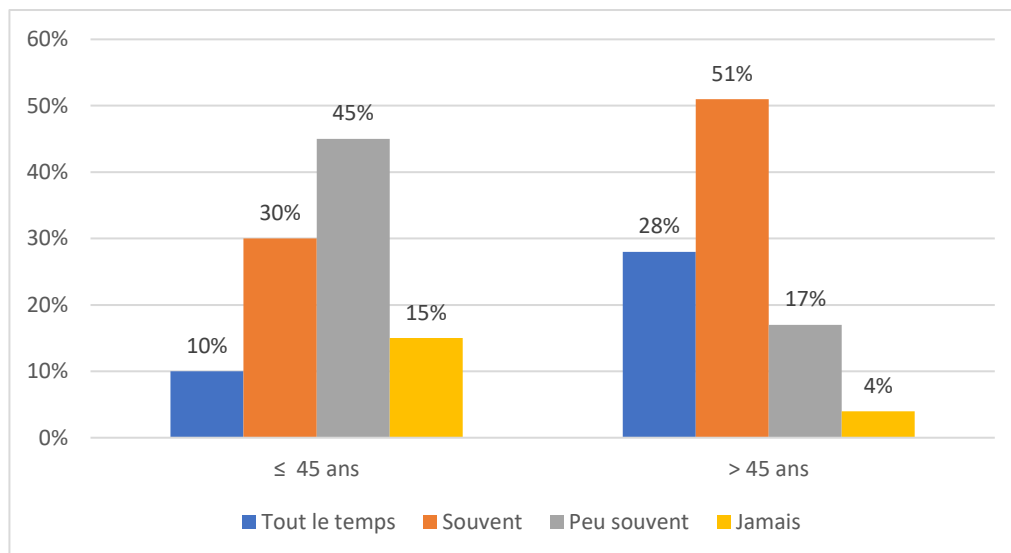


Figure 18 : Fréquence de dépistage en fonction de l'âge

Pour une interprétation plus aisée, nous avons décidé de regrouper les réponses en deux catégories d'âge : ≤ 45 ans et > 45 ans. Le choix d'une limite à 45 ans a été fait après calcul de la moyenne d'âge à 42,4 ans.

On observe que les praticiens âgés de plus de 45 ans dépistent plus que les jeunes praticiens : ils sont 79% à poursuivre le dépistage chez les plus de 45 ans, contre 40% chez les 45 ans et moins.

- En fonction de la formation en gynécologie :

Formation en gynécologie	Jamais	Peu souvent	Souvent	Tout le temps	p value
Oui	10	28	30	12	0,879
Non	7	27	30	14	
Total	17	55	60	26	

Tableau 4 : Fréquence de dépistage du cancer du sein selon la formation en gynécologie

Il n'existe pas de différence significative de la fréquence de dépistage du cancer du sein selon la formation en gynécologie des praticiens.

e. Motivations et freins à la poursuite du dépistage

Les médecins poursuivent généralement le dépistage du cancer du sein après 74 ans à la demande de leurs patientes (72,7%), devant le bon état général de la patiente (71,2%) ou devant un antécédent familial de cancer du sein (67,6%). L'antécédent personnel de cancer du sein est la motivation principale à poursuivre les examens (79,1%); mais dans ce cadre-là, la palpation, la mammographie ou l'échographie ne sont plus des examens de dépistage mais de suivi de la patiente.

Parmi les autres motivations déclarées, on retrouve :

- Le dépistage systématique de toutes les patientes (3 personnes)
- Le dépistage si symptômes (3 personnes)
- L'argument d'expérience avec le fait d'avoir déjà diagnostiqué des cancers du sein chez des patientes âgées (1 personne)
- La présence de facteurs de risque d'autres cancers ou le tabagisme (1 personne)

Concernant les freins à continuer le dépistage décrits par les médecins qui le poursuivent, on retrouve le fait qu'il n'y ait aucune recommandation claire (61,2%), qu'on sorte du dépistage systématique après 74 ans (54%), la faible espérance de vie (36%) et l'état comorbide des patientes (50,3%), le refus des patientes (30,2%), le suivi par un autre spécialiste (15,8%), le manque de formation sur le sujet (11,5%) et le manque de temps (10,1%).

Parmi les autres freins retrouvés, il y a le fait qu'il n'y ait pas de cotation dédiée à cet acte, que les patientes ignorent que le risque de cancer du sein persiste et que le suivi mammaire est recommandé à vie ou que la mammographie est douloureuse.

Si on compare ces freins avec ceux décrits par les médecins qui ne poursuivent pas le dépistage du cancer du sein après 74 ans, on observe des réponses similaires avec le fait que cela soit hors dépistage systématique (76,5%), qu'il n'y ait pas de recommandation claire (70,6%) et que la patiente est déjà suivie par un autre spécialiste (47,1%). Un médecin avançait également le fait que le cancer de la femme âgée était moins agressif.

IV. Discussion

a. Forces et limites de l'étude

Cette étude quantitative descriptive a été menée par le biais de questionnaires informatisés permettant une uniformité des réponses. Les réponses majoritairement fermées et l'anonymisation des questionnaires nous ont sûrement permis d'obtenir une plus grande adhésion des médecins. Le temps de réponse au questionnaire inférieur à 2 minutes, qui était mentionné dans le mail destiné aux médecins sollicités, a également pu contribuer à une plus grande adhésion.

Grâce à l'ordre aléatoire des différentes propositions à chaque réponse du questionnaire, nous avons pu nous affranchir du biais de première réponse.

La présence de réponses ouvertes notamment concernant les freins et limites du dépistage a permis un recueil plus exhaustif des opinions des répondeurs.

La diffusion des questionnaires a été effectuée par mail ou via les sites des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins afin de pouvoir interroger l'intégralité des médecins généralistes des départements sélectionnés, et espérer une meilleure représentativité de la population de l'étude.

Le sujet abordé est également une des forces de l'étude ; en effet, différentes thèses en Aquitaine ont étudié le dépistage du cancer du sein chez la femme âgée ; mais aucune n'a réalisé d'enquête quantitative sur la pratique des médecins généralistes d'Aquitaine dans ce domaine. De plus, les médecins répondeurs ont manifesté leur intérêt quant aux résultats de l'étude.

L'une des limites de l'étude est le biais de sélection. En effet, les médecins choisissent de répondre au questionnaire : c'est le biais d'auto-sélection. Ainsi, les médecins plus intéressés par le sujet seront plus enclins à répondre au questionnaire, ce qui peut influencer les résultats obtenus. Le questionnaire a été diffusé uniquement par voie électronique, ce qui exclut les médecins qui n'utilisent pas l'informatique.

Le mode de recueil déclaratif entraîne un biais de déclaration : les pratiques déclarées et réelles peuvent être différentes.

Le faible taux de réponse la principale limite de cette étude ; néanmoins, l'effectif total de 158 réponses nous a tout de même permis d'avoir une puissance statistique suffisante pour dégager une association significative dans nos résultats.

Le caractère quantitatif de l'étude ne permet pas de proposer une explication aux réponses données ; contrairement à la méthode qualitative qui étudie un échantillon plus petit mais permet d'apporter des réponses exhaustives.

b. La population de l'étude

La population de l'étude est majoritairement composée de femmes à 67,7%. Cela ne correspond pas à la démographie médicale de la région Aquitaine qui compte entre 38% et 45% de femmes médecins généralistes selon les départements (71). Ces chiffres datent de 2015, et du fait de la féminisation de la profession, la part des femmes est très probablement supérieure en 2024 ; en 2021, 63% des médecins généralistes de moins de 40 ans étaient des femmes (72). On retrouve ainsi un pourcentage plus proche de celui de notre étude. Cette différence peut également être expliquée par le fait que les femmes sont plus sensibilisées au cancer du sein, plus intéressées par le sujet, et donc plus enclines à répondre à ce type de questionnaire.

Concernant l'âge, la moyenne d'âge des praticiens est de 42,4 ans dans notre étude, contre 52,6 ans pour les médecins généralistes des trois départements interrogés (71). Les classes d'âge les plus représentées sont celles des 25-35 ans avec 32,9% et des 35-45 ans avec 31%. Les médecins répondants sont plus jeunes ; en effet, les moins de 40 ans représentent 12% en moyenne des médecins généralistes girondins, landais et de la Dordogne. Ces résultats laissent supposer que les jeunes médecins sont plus intéressés par le dépistage du cancer du sein de la femme âgée. La diffusion par voie électronique a également pu sélectionner une population plus jeune.

On remarque que les participants exercent en majorité en milieu urbain (57%), et en cabinet de groupe (82,3%). C'est plus que la population cible qui exerce en groupe dans 61% des cas (72).

Concernant le département d'exercice, 93% travaillent en Gironde, contre 5,1% dans les Landes et 1,9% en Dordogne. Cette différence majeure peut s'expliquer par le mode de diffusion du questionnaire : en Gironde, un mail avec le questionnaire a été envoyé directement à chaque médecin, ce qui a sûrement simplifié et favorisé la participation. En Dordogne et dans les Landes, les médecins étaient invités via la newsletter à répondre au questionnaire mis à disposition sur le site internet.

Devant la très faible participation des deux autres départements, il aurait peut-être été plus judicieux de limiter l'étude au seul département de la Gironde.

c. Le critère de jugement principal

L'objectif principal de l'étude est de quantifier la proportion de médecins généralistes qui continuent à dépister le cancer du sein après 74 ans. En regroupant les données, 54,5% des médecins interrogés déclarent poursuivre le dépistage. Concernant les modalités du dépistage, la mammographie est la principale méthode

utilisée. Elle est plus souvent pratiquée que la palpation mammaire annuelle, qui est pourtant la modalité recommandée en France.

Une étude réalisée en 2010 par L'Institut National du cancer, interrogeait 600 médecins généralistes de toute la France sur leurs pratiques concernant les dépistages. Elle retrouvait que 23% des médecins généralistes continuaient à préconiser la réalisation de mammographies après 75 ans (73). Notre étude retrouve un taux déclaré de dépistage par mammographie supérieur, à 42%. Cette différence peut s'expliquer par le biais d'auto-sélection inhérent au mode de recueil des données.

Une thèse réalisée par M. Beauvilain en Bourgogne Franche-Comté évaluait le pourcentage de médecins généralistes poursuivant le dépistage chez les femmes de plus de 75 ans. Cette étude retrouvait un taux de poursuite supérieur, mesuré à 89,3% ; 45% poursuivaient le dépistage sans condition, 44,3% poursuivaient le dépistage sous certaines conditions (74). Cette discordance apparente ne semble pas s'expliquer par une différence avec la population de notre étude. La moyenne d'âge (42,4 ans dans notre étude vs 44,1 ans) et le ratio homme/femme (67,7 % de femmes vs 63,4% de femmes) sont similaires dans les deux études.

La décision dans notre étude de catégoriser les médecins dépistant « peu souvent » le cancer du sein comme ne poursuivant pas le dépistage peut expliquer cette différence. En considérant cette population comme poursuivant le dépistage, 89,2% des médecins poursuivent ainsi le dépistage dans notre étude. Ce taux est similaire à celui retrouvé dans l'étude de Beauvilain.

d. Les critères de jugement secondaires

Les objectifs secondaires cherchent à déterminer si le genre, l'âge ou la formation en gynécologie influencent les pratiques des praticiens.

Dans cette étude, l'âge est le seul facteur significativement associé à une différence dans le dépistage. Les plus de 45 ans sont ceux qui dépistent le plus le cancer du sein. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les médecins de cette tranche d'âge ont eu plus de cas de cancers du sein diagnostiqués à un âge tardif, les amenant à modifier leur pratique. Ils peuvent également se sentir personnellement concernés par le dépistage.

Ce résultat est également retrouvé dans une thèse étudiant les pratiques des médecins généralistes de la Somme quant au dépistage individuel du cancer du sein après 74 ans (75). Elle retrouvait une association significative entre l'âge et la poursuite de l'examen clinique des seins après 74 ans ; comme dans notre étude, les médecins les plus âgés (> 45 ans) étaient ceux qui poursuivaient le plus l'ECS.

Cette même étude montrait aussi une association statistiquement significative entre la poursuite de l'ECS et la formation en gynécologie. Par contre, aucune association

significative n'était retrouvée concernant la poursuite de la prescription d'imagerie mammaire après 74 ans.

La thèse de M. Beauvilain retrouve également une association significative entre la poursuite du dépistage et l'âge des médecins. Comme dans notre étude, les médecins les plus âgés poursuivent le plus le dépistage, avec une moyenne d'âge de 47,4 ans (74). Les femmes pratiquaient significativement plus l'ECS que les hommes. Cette différence n'est pas retrouvée concernant la mammographie. L'étude retrouve une association significative entre la pratique de l'ECS et la pratique régulière de la gynécologie (74).

Dans notre étude, il n'est pas retrouvé d'association statistiquement significative entre la formation en gynécologie et la poursuite du dépistage du cancer du sein, quelle que soit la méthode.

Notre étude retrouve une tendance à plus poursuivre le dépistage par les femmes médecins, sans atteindre le seuil de significativité. Les femmes étant majoritairement touchées par le cancer du sein, on peut penser qu'elles sont plus enclines à proposer la poursuite du dépistage du cancer du sein. Le manque de puissance peut expliquer ce résultat non significatif. L'absence de différenciation selon le mode de dépistage (ECS/mammographie) pourrait également expliquer l'absence de significativité.

e. Perspectives

Les médecins interrogés ne semblent pas connaître la recommandation française qui est la poursuite du dépistage du cancer du sein sans limite d'âge, par la palpation mammaire annuelle. Ils déplorent en grande majorité le manque de recommandation claire sur ce sujet, qui est le frein principal à la poursuite du dépistage. Cet état de fait est également décrit dans une thèse qualitative menée auprès de médecins généralistes normands, qui ne connaissaient pas la recommandation française (76).

Une solution pourrait être d'informer les médecins de cette recommandation à poursuivre l'ECS annuellement chez leurs patientes de plus de 74 ans. La qualité de l'ECS est également limitante. La thèse réalisée chez les médecins généralistes de la Somme étudiait la pratique de l'ECS, et retrouvait que seuls 49% d'entre eux réalisaient un ECS conforme aux recommandations (75). Il paraît donc primordial de mieux former les médecins à cette pratique, peut être par le biais de la formation continue ; d'autant plus que la sensibilité de l'ECS est dépendante de l'examineur.

En plus d'informer les médecins, il pourrait être intéressant d'informer les patientes que le risque du cancer du sein persiste après 74 ans et que le dépistage individuel se poursuit par l'ECS annuel auprès de leur médecin généraliste,

gynécologue ou sage-femme. Cela pourrait limiter le refus des patientes, qui selon notre étude est le cinquième frein à la poursuite du dépistage.

Cette information pourrait se faire par le biais d'un courrier envoyé aux femmes par l'Assurance Maladie, ou via des affiches dans les salles d'attente. Ces dernières les informant de la fin du dépistage organisé par mammographie après 74 ans, mais de la persistance du risque du cancer du sein avec quelques chiffres d'épidémiologie, et de la nécessité de poursuivre la surveillance annuelle par l'ECS. L'envoi d'un tel courrier avait été discuté après le travail de thèse de Louis Marie ECOMARD en Gironde (7). L'envoi d'un courrier à toutes les femmes de Gironde à 75 ans était prévu par l'AGIDECA, leur précisant que le risque du cancer du sein persiste et que la poursuite du suivi par leur médecin est essentielle. Après vérification auprès de l'AGIDECA et de la CPAM de la Gironde, un tel courrier n'est à ce jour pas adressé aux patientes à la fin du dépistage obligatoire.

Un courrier avec les données épidémiologiques et de prise en charge du cancer du sein de la femme de plus de 74 ans pourrait également être adressé aux médecins généralistes, dont certains méconnaissent les caractéristiques et possibilités de traitement (76).

Il semble également important de garder à l'esprit l'état général de la patiente et d'individualiser la poursuite du dépistage, notamment via les critères de fragilité utilisables en consultation. Cela afin d'éviter un surtraitement et l'impact psychologique qu'il engendre.

Ces différentes pistes permettraient peut-être de réduire le nombre de mammographies, qui est la technique de dépistage individuel majoritairement utilisée par les médecins généralistes de notre étude, devant l'ECS, et qui représente un coût important et souvent non justifié. C'est un examen utile, mais à réserver à des cas sélectionnés, selon l'état général de la patiente.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population et le nombre croissant de cancers font du cancer du sein de la femme âgée un véritable enjeu de santé publique.

Le médecin généraliste représente un acteur essentiel du dépistage individuel par l'information des patientes quant au risque, méthodes de dépistage et prises en charge possibles. Ainsi, médecins et patientes doivent être mieux informés pour une prise en charge conjointe de qualité.

Notre étude met en évidence la volonté d'une majorité des médecins à poursuivre le dépistage individuel. Néanmoins, le manque d'information, de formation et de recommandations claires rend ce dépistage aléatoire selon la pratique de chaque médecin.

L'ECS semble la méthode à privilégier, avec une formation des médecins nécessaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CNGOF. Dépistage du cancer du sein de la femme âgée [Internet]. [Consulté le 2 juillet 2023]. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/actualites/650-depistage-k-sein-femme-agee-2>
2. Ligue contre le cancer. Cancer du sein [Internet]. [Consultée le 2 juillet 2023]. Disponible sur : https://www.ligue-cancer.net/article/26094_cancer-du-sein
3. Ameli. Prévention du cancer du sein [Internet]. [Consulté le 17 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/cancers/cancer-sein>
4. INSEE. Espérance de vie à divers âges [Internet]. [Consulté le 2 juillet 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
5. Vyas A, Madhavan S, Sambamoorthi U. Association between persistence with mammography screening and stage at diagnosis among elderly women diagnosed with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* déc 2014;148(3):645-54.
6. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. [Consulté le 7 juin 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
7. Ecomard LM. Modalités diagnostiques du cancer du sein chez la femme, à partir de 75 ans, en Gironde : rôle du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. Pau: Université Bordeaux 2; 2013.
8. Le cancer du sein. Les cancers les plus fréquents [Internet]. [Consulté le 2 juillet 2023]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
9. Lapôtre-Ledoux B, Benedicte LL, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, Woronoff AS, et al. // MAIN CANCERS INCIDENCE IN METROPOLITAN FRANCE IN 2023 AND TRENDS SINCE 1990.
10. Insee. Population par sexe et groupe d'âges [Internet]. [Consulté le 12 janvier 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
11. INSEE. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619 [Internet]. 2016 [Consulté le 15 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
12. Lapôtre-Ledoux B, Benedicte LL, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, Woronoff AS, et al. // MAIN CANCERS INCIDENCE IN METROPOLITAN FRANCE IN 2023 AND TRENDS SINCE 1990.
13. HAS. Dépistage et Prévention du cancer du sein [Internet]. [Consulté le 15 avril 2023]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201504/refces_k_du_sein_vf.pdf
14. Kelsey JL, Bernstein L. Epidemiology and Prevention of Breast Cancer. *Annual Review of Public Health.* 1996;17(1):47-67.
15. Ford D, Easton DF, Stratton M, Narod S, Goldgar D, Devilee P, et al. Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA1 and BRCA2 genes in breast cancer families. The Breast Cancer Linkage Consortium. *Am J Hum Genet.* mars 1998;62(3):676-89.
16. Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *The Lancet Oncology.* 1 mars 2001;2(3):133-40.
17. Wenten M, Gilliland FD, Baumgartner K, Samet JM. Associations of Weight, Weight Change, and Body Mass with Breast Cancer Risk in Hispanic and Non-Hispanic White Women. *Annals of Epidemiology.* 1 août 2002;12(6):435-44.
18. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *Lancet.* 28 sept 2019;394(10204):1159-68.

19. Yu H. Alcohol consumption and breast cancer risk. JAMA. 7 oct 1998;280(13):1138-9.
20. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. The Lancet. 20 juill 2002;360(9328):187-95.
21. Layde PM, Webster LA, Baughman AL, Wingo PA, Rubin GL, Ory HW. The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. Journal of Clinical Epidemiology. 1 janv 1989;42(10):963-73.
22. Mahoney L, Csima A. Efficiency of palpation in clinical detection of breast cancer. Can Med Assoc J. 15 oct 1982;127(8):729-30.
23. Bobo JK, Lee NC, Thames SF. Findings from 752 081 clinical breast examinations reported to a national screening program from 1995 to 1998. J Natl Cancer Inst 2000 ; 92 : 971–6.
24. Wishart GC, Warwick J, Pitsinis V, Duffy S, Britton PD. Measuring performance in clinical breast examination. British Journal of Surgery. 5 juill 2010;97(8):1246-52.
25. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. JAMA. 9 mars 2005;293(10):1245-56.
26. Lavoué V, Favier A, Frank S, Boutet G, Azuar AS, Brousse S, et al. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Place de l'auto-examen des seins dans les stratégies de dépistage. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. oct 2023;51(10):437-47.
27. National Cancer Institute Breast Cancer Surveillance Consortium. Performance measures for 1,960,150 screening mammography examinations from 2002 to 2006 by age, based on BCSC data as of 2009 [en ligne]. Disponible depuis: http://breastscreening.cancer.gov/data/performance/screening/2009/perf_age.html, (accessed 12/02/2024).
28. Mizzi D, Allely C, Zarb F, Kelly J, Hogg P, McEntee M, et al. Examining the effectiveness of supplementary imaging modalities for breast cancer screening in women with dense breasts: A systematic review and meta-analysis. Eur J Radiol. sept 2022;154:110416.
29. Mann RM, Kuhl CK, Kinkel K, Boetes C (2008) Breast MRI: guidelines from the European Society of Breast Imaging. Eur Radiol 18: 1307-18
30. Recommandations Professionnelles. Cancer du sein in situ [Internet]. [consulté le 16 janvier 2024]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/file/RECOSIS10>
31. <https://www.cbcn.ca>. Canadian Breast Cancer Network. [cité 20 janv 2024]. Sous-types de cancer du sein. Disponible sur: https://www.cbcn.ca/fr/subtypes_of_breast_cancer
32. Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 2 juill 2023]. Cancer du sein. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/article/26094_cancer-du-sein
33. Fondation cancer du sein du Québec. Types de cancer du sein [Internet]. [Consulté le 22 janvier 2024]. Disponible sur : <https://rubanrose.org/je-minforme/apres-le-diagnostic/types-de-cancers-du-sein/>
34. Orphanet. Carcinome métaplasique du sein [Internet]. [Consulté le 22 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=FR&Expert=213531
35. Benlemlih A, Bendahou M, Znati K, Sekkal M, Chahbouni S, Mahmoud S, et al. Carcinome métaplasique du sein avec différenciation osseuse extensive : à propos d'un cas. Pan Afr Med J. 1 oct 2013;16:36.
36. CNGOF. Tumeurs du sein [Internet]. [consulté le 22 janvier 2024]. Disponible sur : <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/27-ch20-213-230-9782294715518-T-sein.html>
37. Deluche Mouricout E. Intérêt de Ki67 dans la prise en charge du cancer du sein = Impact of Ki67 in the management of breast cancer [Internet]. Limoges; 2015 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-45255>

38. Société canadienne du cancer. Pronostic et survie pour le cancer du sein [Internet]. 2023 [Consulté le 22 janvier 2024]. Disponible sur : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/prognosis-and-survival>
39. Lamy PJ, Romieu G, Rouanet P, Jacot W. Classification moléculaire des cancers du sein : utilité en clinique. Médecine Nucléaire. 1 janv 2010;34(1):32-43.
40. Goldhirsch A, Winer EP, Coates AS, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, Thürlimann B, et al. Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013. Ann Oncol. sept 2013;24(9):2206-23.
41. Hammouda SB, Abdessayed N, Abdeljelil NB, Hanchi H, H'mida D, Mokni M. Cancer du sein triple négatif: particularités anatomo-cliniques et moléculaires. The Pan African Medical Journal [Internet]. 2022 [cité 22 janv 2024];42. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9288125/>
42. Wildiers H, Kunkler I, Biganzoli L, Fracheboud J, Vlastos G, Bernard-Marty C, et al. Management of breast cancer in elderly individuals: recommendations of the International Society of Geriatric Oncology. Lancet Oncol. déc 2007;8(12):1101-15.
43. Choo JR, Nielsen TO. Biomarkers for Basal-like Breast Cancer. Cancers (Basel). 28 mai 2010;2(2):1040-65.
44. Diab SG, Elledge RM, Clark GM. Tumor characteristics and clinical outcome of elderly women with breast cancer. J Natl Cancer Inst. 5 avr 2000;92(7):550-6.
45. Freyer G, Braud AC, Chaibi P, Spielmann M, Martin JP, Vilela G, et al. Dealing with metastatic breast cancer in elderly women: results from a French study on a large cohort carried out by the « Observatory on Elderly Patients ». Ann Oncol. févr 2006;17(2):211-6.
46. Ruban rose. Traitements du cancer du sein [Internet]. [Consulté le 16 février 2024]. Disponible sur: <https://rubanrose.org/je-minforme/apres-le-diagnostic/traitements-du-cancer-du-sein/>
47. American Cancer Society. Treating Breast cancer [Internet]. [Consulté le 19 février 2024]. Disponible sur : <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment.html>
48. Almuwaqqat Z, Meisel JL, Barac A, Parashar S. Breast Cancer and Heart Failure. Heart Failure Clinics. 1 janv 2019;15(1):65-75.
49. Breast cancer. HER2 Status [Internet]. [Consulté le 19 février 2024]. Disponible sur : <https://www.breastcancer.org/pathology-report/her2-status>
50. NIH. Radiation Therapy Side Effects [Internet]. 2018 [consulté le 19 février 2024]. Disponible sur : <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/radiation-therapy/side-effects>
51. ACS. Hormone Therapy for Breast Cancer [Internet]. [Consulté le 19 février 2024]. Disponible sur : <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/treatment/hormone-therapy-for-breast-cancer.html>
52. 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 2003 ; 21 : 3580–3587
53. Bergman L, Kluck HM, van Leeuwen FE, Crommelin MA, Dekker G, Hart AA, et al. The influence of age on treatment choice and survival of elderly breast cancer patients in south-eastern Netherlands: a population-based study. Eur J Cancer. 1992;28A(8-9):1475-80.
54. Ameli. Cancer du sein [Internet]. [Consulté le 17 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/cancers/cancer-sein>
55. Institut national du cancer. Le programme de dépistage organisé des cancers du sein [Internet]. [Consulté le 21 février 2024]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>

56. SPF. Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010. Numéro thématique. Dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. [Consulté le 21 février 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/connaissances-perceptions-attitudes-et-comportements-des-femmes-et-des-medecins-vis-a-vis-du-depistage-du-cancer-du-sein-france-2010.-numero-th>
57. Exbrayat C, Barraud-Krabe M. Sensibilité et spécificité du programme de dépistage organisé du cancer du sein à partir des données de cinq départements français, 2002-2006.
58. Institut National du Cancer. Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. [Consulté le 23 février 2024]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Benefices-et-limites>
59. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, et al. Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018;68(4):297-316.
60. 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. 8 janv 2013;346:e8441.
61. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. CMAJ. 22 nov 2011;183(17):1991-2001.
62. EPrognosis. Lee Schonberg Index [Internet]. [Consulté le 11 mars 2024]. Disponible sur : <https://eprognosis.ucsf.edu/leeschonberg.php?language=French>
63. HUG. Evaluation gériatrique standardisée [Internet]. [Consulté le 11 mars 2024]. Disponible sur : https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/infos_soignants/evaluation_geriatrique_standardisee12010df.pdf
64. Buchwalter L. La fragilité du sujet âgé en médecine générale: enquête auprès de 206 médecins généralistes du Béarn sur leurs pratiques et leurs attentes.
65. Malmgren JA, Parikh J, Atwood MK, Kaplan HG. Improved prognosis of women aged 75 and older with mammography-detected breast cancer. Radiology. déc 2014;273(3):686-94.
66. Vacek PM, Skelly JM. A Prospective Study of the Use and Effects of Screening Mammography in Women Aged 70 and Older. Journal of the American Geriatrics Society. janv 2015;63(1):1.
67. Walter LC, Eng C, Covinsky KE. Screening Mammography for Frail Older Women. J Gen Intern Med. nov 2001;16(11):779-84.
68. Wishart GC, Warwick J, Pitsinis V, Duffy S, Britton PD. Measuring performance in clinical breast examination. Br J Surg. août 2010;97(8):1246-52.
69. Eisinger F, Viguier J, Blay JY, Morère JF, Coscas Y, Roussel C, et al. Uptake of breast cancer screening in women aged over 75years: a controversy to come? European Journal of Cancer Prevention. janv 2011;20:S13.
70. Traa MJ, Meijjs CEM, Jongh MAC de, Borst ECHM van der, Roukema JA. Elderly women with breast cancer often die due to other causes regardless of primary endocrine therapy or primary surgical therapy. The Breast. 1 août 2011;20(4):365-9.
71. Francione R, Bissonier C. La démographie médicale en Région Aquitaine[Internet]. [cité 10 avril 2024]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ra5kea/atlas_aquitaine_2015.pdf

72. Journal de l'union des médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine. La médecine libérale en Nouvelle Aquitaine [Internet]. [Consulté le 10 avril 2024]. Disponible sur : https://www.urpsml-na.org/uploads/images/1614603416_journal-14-defbat110121.pdf?2.2
73. Médecins généralistes et dépistages des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA septembre 2010. Boulogne-Billancourt: Institut national du cancer (Coll Enquête et Sondage); 2011. 20 p.
74. Beauvilain M. Dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans : pratique des médecins généralistes de Bourgogne Franche-Comté. 12 déc 2023;72.
75. Dusaussoy ML. 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.
76. Andriamahatratra O. Le dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de plus de 75 ans: étude qualitative auprès de médecins généralistes de Normandie.

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire de thèse

Questionnaire sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans

Ce questionnaire vise à recueillir des informations sur la pratique du dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans par les médecins généralistes de la subdivision de Bordeaux.

Mahault VERGEZ DE HEINE

1. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2. Quelle est votre tranche d'âge ?

- < 25 ans
- 25-35 ans
- 35-45 ans
- 45-55 ans
- 55-65 ans
- > 65 ans

3. Vous êtes :

- Médecin remplaçant
- Médecin installé

4. Vous êtes :

- Thésé
- Non thésé

5. Vous exercez majoritairement en milieu :

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

6. Vous travaillez majoritairement :

- En cabinet individuel
- En cabinet de groupe
- À l'hôpital
- Autre : _____

7. Dans quel département travaillez-vous majoritairement ?

- la Gironde
- la Dordogne
- les Landes

8. Avez-vous une activité spécifique de gynécologie (suivi gynécologique, suivi de grossesse) ?

- Oui
- Non

9. Avez-vous suivi une formation en gynécologie ?

- Oui
- Non

10. Si oui laquelle ou lesquelles ?

- DU de gynécologie
- Stage en gynécologie lors de l'internat
- Conférence, séminaire
- Formation médicale continue
- Recherches personnelles, lecture d'articles
- Autre : _____

11. Dépistez-vous le cancer du sein chez les patientes de 75 ans et plus (donc en dehors du dépistage national organisé de 50 à 74 ans) ?

- Tout le temps *Passer à la question 12*
- Souvent *Passer à la question 12*
- Peu souvent *Passer à la question 12*
- Jamais *Passer à la question 8*

12. Si vous poursuivez le dépistage du cancer du sein après 74 ans, quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ?

- La palpation mammaire
- La mammographie
- L'échographie mammaire
- Autre : _____

13. À quel rythme ?

- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans ou plus

14. Pour des patientes âgées de :

- 75 à 80 ans
- 80 à 85 ans
- 85 à 90 ans
- > 90 ans

15. Quelles sont vos motivations à poursuivre le dépistage après 74 ans ?

- Le bon état général de la patiente
- Demande de la patiente
- Antécédent personnel de cancer du sein chez la patiente
- Antécédent familial de cancer du sein chez la patiente
- Autre : _____

16. Quels sont, selon vous, les 3 freins principaux au dépistage du cancer du sein chez la femme de plus de 74 ans ?

- Hors du dépistage systématique
- Pas de recommandation claire
- Manque de formation sur le dépistage
- Patiente déjà suivie par un spécialiste (gynécologue, oncologue)
- Espérance de vie de la patiente limitée
- Patiente comorbide, perte d'autonomie

- Refus des patientes
- Manque de temps
- Pas de cotation dédiée à cette consultation de dépistage
- Autre : _____

17. Commentaires et/ou questions

18. Si vous ne dépistez pas le cancer du sein après 74 ans, quelles sont vos 3 raisons principales ?

- Hors du dépistage systématique
- Pas de recommandation claire
- Manque de formation sur le dépistage
- Patiente déjà suivie par un spécialiste (gynécologue, oncologue)
- Espérance de vie de la patiente limitée
- Patiente comorbide, perte d'autonomie
- Refus des patientes
- Manque de temps
- Pas de cotation dédiée à cette consultation de dépistage
- Autre : _____

19. Commentaires et/ou questions

Annexe 2. Mail de diffusion du questionnaire

« Bonjour,

Je m'appelle Mahault VERGEZ DE HEINE et suis actuellement en dernière année d'internat de médecine générale à la faculté de Bordeaux.

Je réalise une thèse sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 74 ans (donc en dehors du dépistage national) par les médecins généralistes et les internes de la subdivision de Bordeaux. Mon travail de recherche est dirigé par le Dr Catherine PELISSIER-PAUGAM, médecin généraliste dans les Landes.

Je me permets de vous solliciter pour répondre à mon questionnaire. Ce dernier dure environ 2 minutes. Vos réponses me permettront de faire l'état des lieux des pratiques des médecins généralistes et internes sur ce sujet qui concerne de plus en plus de femmes.

Et si on continuait à dépister le cancer du sein après 74 ans ?

Voilà le lien du questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdYGgQQXxnRWFRCs6vRAOSToeY4z3unqIpzXpIGTjNyxj88WA/viewform?usp=sf_link

Je vous remercie du temps que vous m'accordez.

Cordialement,

Mahault VERGEZ DE HEINE »

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT MEDICAL

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et son incidence augmente avec l'âge. Après 74 ans le dépistage est individuel et varie selon la pratique des médecins. L'objectif principal de cette étude est de connaître la proportion de médecins généralistes qui poursuivent le dépistage du cancer du sein des femmes de 75 ans et plus.

Matériel et méthodes : Cette étude quantitative a été menée auprès de médecins généralistes des départements de la Gironde, la Dordogne et des Landes à l'aide d'un questionnaire informatisé.

Résultats : Parmi les médecins répondeurs, 54,5% poursuivent le dépistage après 74 ans, majoritairement par la mammographie (77%), puis par la palpation mammaire (70%). Les médecins de plus de 45 ans dépistent significativement plus que les jeunes médecins ($p < 0,001$). Le manque de recommandation claire est décrit comme le principal frein au dépistage.

Conclusion : Plus de la moitié des médecins répondeurs déclarent poursuivre le dépistage du cancer du sein après 74 ans. Il paraît nécessaire de mieux informer les médecins généralistes et leurs patientes que le dépistage du cancer du sein continue après 74 ans, par le biais de la palpation mammaire. La mammographie est à prescrire au cas par cas en pesant la balance bénéfique/risque et selon l'espérance de vie et l'état général de la patiente.