

NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Abaissement de l'âge du dépistage mammographique à 40 ans, une fausse bonne idée

PAR **CÉCILE BOUR**, RADIOLOGUE EN RÉGION MESSINE (CABINET DE TALANGE, 57525), AUTEURE DU LIVRE « MAMMO OU PAS MAMMO »

Aux États-Unis, au mois de mai 2023, un groupe de travail américain dédié à la santé publique et à la prévention (l'USPSTF) émettait de nouvelles recommandations pour le dépistage mammographique, préconisant le début des mammographies de routine à 40 ans.

Il s'agit d'un abaissement des recommandations au dépistage de 10 années par rapport aux modalités antérieures, qui, elles, préconisaient le dépistage du cancer du sein à 50 ans seulement, en raison de risques majorés pour les populations plus jeunes pour un bénéfice trop restreint.

La décision a été motivée sur la base de deux arguments :

- augmentation des cancers du sein chez des femmes plus jeunes, et
- augmentation des cancers les plus agressifs chez les femmes noires.

Mais ces variations de recommandations, qui paraissent louables et font des émules en Europe et au Canada sont basées... plutôt sur des discussions, car il n'y a eu aucune recherche scientifique, aucun essai clinique nouveau pour étayer ce changement.

**POURQUOI, JUSQU'À PRÉSENT,
LE DÉPISTAGE MAMMOGRAPHIQUE
N'ÉTAIT-IL PAS RECOMMANDÉ
AVANT 50 ANS ?**

Aux alentours de la quarantaine, sous l'influence des cycles et des modifications hormonales, le sein se modifie beaucoup. En faisant une mammographie tous les deux ans entre 40 et 49 ans, on obtient un nombre élevé d'images classées comme anormales, ce qui conduit à effectuer trop souvent des prélèvements, et parfois à plusieurs reprises dans la vie de "dépistée" d'une même femme, pour trouver finalement des "anomalies" bénignes et fréquentes dans un sein soumis à des variations hormonales physiologiques.

On estime que le dépistage avant 50 ans amènerait à réaliser une biopsie chez 1 femme sur 20, soit 5 fois plus que chez les femmes plus âgées, avec un risque accru de fausses alertes (découvertes de pseudo-anomalies très fréquentes dans les seins jeunes), de surdiagnostics (diagnostics inutiles de cancers indolents, nous en reparlerons plus bas) et

d'ablations chirurgicales de petits cancers qui n'auraient pas évolué. **Autrement dit, plus le dépistage est précoce, plus ses avantages diminuent et ses inconvénients augmentent** [1].

Se rajoute la radiotoxicité des mammographies, ce problème souvent minimisé.

Chez la femme jeune, le sein est dense, nécessitant une irradiation plus intense pour « pénétrer » une glande plus opaque aux rayons X, et obtenir une meilleure image. Lorsqu'on caractérise difficilement une image dans un sein dense, il faut renouveler les clichés, compléter par des clichés ciblés ou agrandis etc., ce qui fait qu'on multiplie le nombre de clichés par séance de mammographie. **Une mammographie chaque année entre 40 et 80 ans augmenterait le risque de décès par cancer radio-induit d'environ 0,03%, soit 20 à 25 décès pour 100 000 femmes** [2]. La radiotoxicité est d'autant plus importante qu'on débute les examens à un jeune âge, qu'on augmente leur fréquence, et pour la femme concernée, peu importe les statistiques, c'est à 100% SON problème.

**QUELS SONT LES PROBLÈMES POSÉS PAR
L'ABAISSEMENT DE L'ÂGE DU DÉPISTAGE ?**

- **La première question est « existe-t-il seulement des preuves d'une augmentation de mortalité par cancer du sein dans cette population jeune » ?**

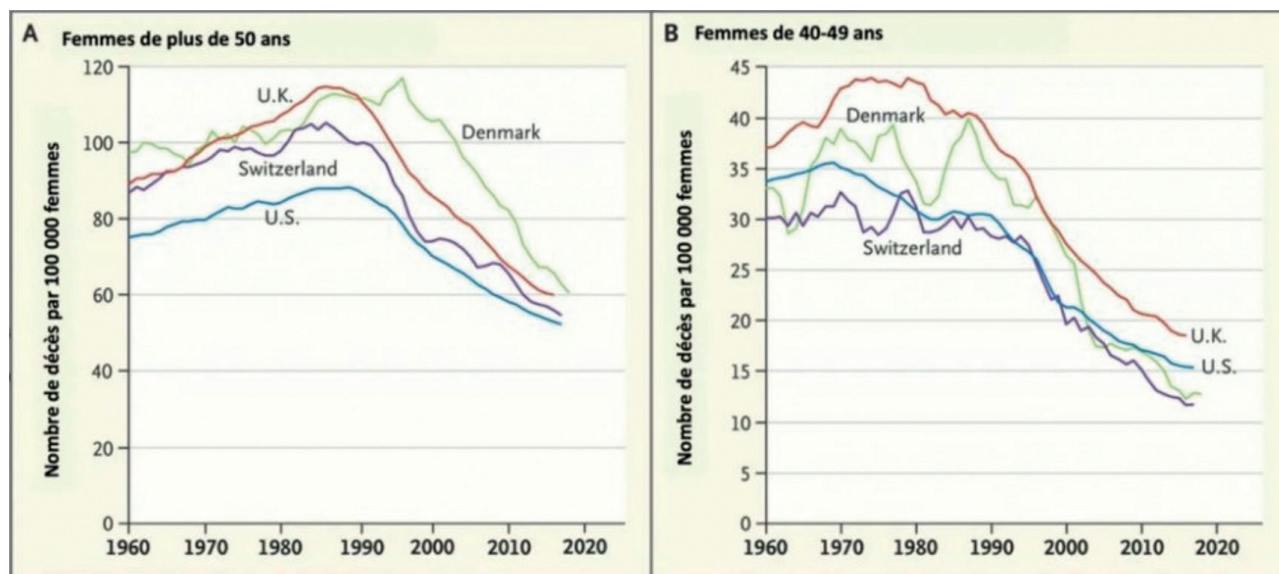
En fait, non, c'est tout le contraire. La mortalité par cancer du sein a baissé de façon spectaculaire chez les femmes dans la quarantaine, ce qui est aussi le cas pour les femmes dans la cinquantaine et plus. Ce phénomène est constaté dans tous les pays où on dépiste, depuis les années 90, avec l'arrivée d'améliorations thérapeutiques, notamment l'hormonothérapie qui diminue les récurrences pour les cancers hormono-dépendants.

Et cette baisse de mortalité constatée était encore plus importante chez les femmes de 40 ans [3].

Si l'on compare des pays avec des stratégies de dépistage différentes, on constate que la baisse est la même (**figure 1**).

Ainsi, aux États-Unis, où le dépistage est très répandu chez les femmes de 40 ans, il est bien difficile de prétendre que

Figure 1. [4].



la baisse de la mortalité serait liée au dépistage quand on compare à la Suisse, par exemple, où il n’y a presque pas de dépistage (le dépistage n’y a pas été instauré dans les cantons alémaniques).

Comme on le voit sur ces diagrammes issus d’un article du New England Journal of Medicine [5] de 2023, la mortalité chute significativement dès les années 90, donc avant le démarrage des campagnes de dépistages, dans tous les pays, et pour toutes les tranches d’âge.

► **La deuxième question ensuite est de savoir s’il existe des preuves selon lesquelles le début du dépistage par mammographie à 40 ans protégerait mieux les femmes de ce groupe d’âge.**

Justement il n’y a pas de nouvelles preuves par rapport aux essais connus, il n’y a pas eu de nouveaux essais randomisés réalisés pour étayer cela.

Une **méta-analyse** réalisée par le collectif Cochrane de chercheurs indépendants nordiques sur l’effet de la mammographie de dépistage montre qu’il n’y a pas d’effet sur la mortalité par cancer du sein dans cette tranche d’âge.

De plus, un grand essai britannique (l’essai UK Age Trial) incluant 161 000 femmes âgées de 39 à 41 ans entre 1990 et 1997 n’a pas été en mesure de mettre en évidence un bénéfice en termes de mortalité. Cet essai a livré des résultats en août 2020 [6]. Les auteurs expliquent qu’au bout de 23 ans d’études, les résultats ne montrent plus de diminution significative du nombre de décès par cancer du sein chez les femmes dépistées entre les âges de 40 et 49 ans : « Au total, il n’y a pas eu de réduction significative de la mortalité par cancer du sein dans le groupe d’intervention (dépistage NDLR) par rapport au groupe témoin (sans dépistage NDLR) » [7].

► **Enfin, en ce qui concerne les disparités raciales mises en exergue comme argument à un début plus précoce du dépistage, et sur la question de savoir si cet abaissement de l’âge les gommerait, plusieurs auteurs indépendants estiment que c’est le contraire qui se produirait.**

La raison en est qu’aux États-Unis, environ 60% des femmes dans la quarantaine se font dépister pour le cancer du sein, qu’elles soient noires ou blanches. Il n’y a donc pas de disparité dans le dépistage. La disparité se situe au niveau de l’accès limité pour les femmes noires aux meilleurs traitements disponibles, à l’accès limité à un traitement en temps utile, à l’accès limité aux thérapies avancées et aux meilleures nouvelles options thérapeutiques personnalisées, ce qui est une problématique spécifique à ce pays. Malheureusement des disparités raciales, pas seulement en santé, y existent encore.

LE PROBLÈME : PAS DE BÉNÉFICE ET DES INCONVÉNIENTS SÉRIEUX

Dans la **figure 2** [8] ci-dessous, les auteurs de l’article du NEJM 2023 reproduisent un comparatif de deux scénarios (mammographie biennale/pas de mammographie), afin que les femmes puissent décider en connaissance des risques et des bénéfices de la mammographie, ceux-ci étant bien moindres à ce qui était attendu et promu à chaque mois d’octobre rose.

Comme on peut le constater, la différence sur 10 ans en termes de risque de décès avec la mammographie, pour les femmes de 40 ans, passe d’environ 3 pour mille femmes à environ 2 pour mille, donc un décès évité pour mille femmes en 10 années de dépistage, ce qui paraît très minime, notamment au regard des effets indésirables que nous allons aborder.

ABAISSEMENT DE L'ÂGE DU DÉPISTAGE MAMMOGRAPHIQUE À 40 ANS, UNE FAUSSE BONNE IDÉE

Figure 2.

Bénéfices et préjudices de la mammographie de dépistage bisannuelle pour les femmes américaines de 40 ans, en Risque Absolu des différents effets sur les 10 prochaines années*			
Bilan	Mammographie tous les deux ans	Pas de mammographie	Différence
Bénéfices			
Décès toutes causes confondues	3.0 à 3.1% (30-31 décès pour 1000 femmes)	3.1% (31 décès pour 1000 femmes)	-0,1 à 0 points de pourcentage (≤1 décès en moins pour 1000 femmes)
Décès par cancer du sein	0.23% (2 décès pour 1000 femmes)	0.31% (3 décès pour 1000 femmes)	-0.08 points de pourcentage (≤1 décès en moins pour 1000 femmes)
Préjudices			
Toute fausse alerte	35.7% (357 événements pour 1000 femmes)	—	35,7 points de pourcentage (357 événements de plus pour 1000 femmes)
Fausse alerte nécessitant une biopsie	6.6% (66 événements pour 1000 femmes)	—	6,6 points de pourcentage (66 événements de plus pour 1000 femmes)
Surdiagnostic	0.2% (2 événements pour 1000 femmes)	—	0,2 points de pourcentage (2 événements de plus pour 1000 femmes)

Les risques de décès à 10 ans, toutes causes confondues, et de décès par cancer du sein correspondent à l'ensemble des femmes américaines âgées de 40 à 49 ans (âge médian : 45 ans) ; les données proviennent du National Cancer Institute (https://knowyourchances.cancer.gov/custom_charts.php).

Aucun essai n'a montré de bénéfice pour la mortalité toutes causes confondues ; la fourchette fournie reflète le meilleur résultat possible (toutes les femmes qui évitent un décès dû au cancer du sein ne meurent pas d'une autre cause) au résultat le plus mauvais possible (toutes les femmes qui évitent un décès dû au cancer du sein meurent d'une autre cause). Le rapport de modélisation de l'U.S. Preventive Services Task Force dans le lien :

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/draft-modeling-report/breast-cancer-screening-adults>

Mais chacun peut avoir sa propre idée sur le fait qu'un décès de différence entre les deux options, sur un long laps de temps, est un bon résultat ou au contraire un résultat décevant, mais en tous cas, de cette façon, en fournissant des chiffres aux femmes, elles peuvent prendre une décision en connaissance de cause. Car l'essentiel n'est jamais de convaincre une femme de suivre ou ne pas suivre le dépistage mammographique, mais de lui donner les clés pour prendre sa propre décision, objectivement, en fonction de ses propres valeurs.

La **figure 2** met également en évidence les inconvénients de la mammographie, dont on parle très peu aux femmes.

Les **fausses alertes** sont parmi les plus fréquents : environ un tiers des femmes qui subissent une mammographie tous les deux ans sur une période de 10 ans finissent par avoir au moins une fausse alerte, c'est à dire une suspicion d'un cancer, mais qui ne se vérifie pas, cela après de nombreux examens complémentaires. Pour 1000 femmes au-dessus de 50 ans participant au dépistage pendant 20 ans, il y aurait en France environ 1000 fausses alertes conduisant à 150 à 200 biopsies inutile [9] – et ce chiffre est bien plus important dès lors qu'on commence à 40 ans, car les seins denses des femmes jeunes contiennent d'innombrables images dites "douteuses", qui pour la plupart s'avèreront bénignes après des biopsies parfois multiples.

Il y a quelques années, une enquête [10] avait été réalisée parmi les femmes américaines en leur demandant comment cela se passait pour celles qui avaient eu une fausse alerte nécessitant une biopsie. La majorité de ces femmes ont

déclaré que c'était l'une des choses les plus effrayantes qu'elles aient jamais vécues jusqu'à ce que la biopsie s'avère négative, au bout d'une longue attente des résultats.

Les dommages psychosociaux à long terme constituent un enjeu vraiment important dans la biographie des femmes, après cet événement traumatisant.

Enfin, les **surdiagnostics** : c'est l'écueil majeur du dépistage et une notion très contre-intuitive, pourtant maintenant bien connue. Il s'agit du diagnostic d'un cancer ou de ce qui ressemble à un cancer au microscope qui n'aurait jamais causé de préjudice pour la personne s'il n'avait pas été découvert et traité.

Quand on compare des populations de femmes dépistées et non dépistées, il y a toujours plus de diagnostics de cancers chez les dépistées, pourtant sans retentissement sur la mortalité, identique dans les deux groupes. Or, si tous les cancers étaient voués, tous, à se développer, on en trouverait en quantité égale dans les deux groupes de femmes, avec une mortalité accrue chez les non-dépistées.

.....
Il existe donc des cancers très lents, indolents, ne se développant pas assez pour causer un dommage de santé ou conduire à la mort. Les femmes vivent et meurent avec leur cancer, mais ne meurent pas à cause de lui.

Les fourchettes des estimations concernant les surdiagnostics sont très larges, beaucoup de chercheurs pensent qu'on les

ABAISSMENT DE L'ÂGE DU DÉPISTAGE MAMMOGRAPHIQUE À 40 ANS, UNE FAUSSE BONNE IDÉE

sous-estime, mais des évaluations récentes estiment ces diagnostics inutiles à deux cancers sur trois détectés, voire à un cancer sur deux détectés, selon les études.

Quoi qu'il en soit, les femmes subissent, avec le dépistage répété, les conséquences des détectations inutiles, à savoir des surtraitements inutiles. Les **mastectomies** n'ont fait qu'augmenter, dans tous les pays où on dépiste, ainsi que les **radiothérapies**, présentant un risque d'induction de cancers secondaires radio-induits, et augmentant le risque coronarien lors de l'irradiation du sein gauche notamment.

Et ce phénomène de la détection inutile est bien plus important chez les femmes jeunes que chez les femmes ménopausées.

CONCLUSION

L'extension de l'âge du dépistage ne peut pas résoudre les différences dans la biologie du cancer : l'incidence des cancers de stade avancé reste stable malgré le dépistage en raison-même de leur biologie qui en fait des cancers d'emblée véloces et agressifs, et qui échappent au dépistage ; même en dépistant plus et plus tôt, on ne réduit pas l'incidence de ces cancers les plus graves, ceux justement qu'on voudrait réduire ; en revanche on augmente les surdiagnostics, les diagnostics inutiles.

L'incidence (taux de nouveaux cas) du cancer du sein triple négatif, le plus évolutif et le plus péjoratif, chez les

femmes noires est deux fois plus élevée que chez les femmes blanches, selon l'Institut national du cancer américain. Son traitement est moins efficace et le dépistage ne le détecte pas à temps, l'abaissement de l'âge de début du dépistage n'y changera rien.

Un dépistage plus précoce dans les tranches d'âge plus jeunes ne permettrait pas non plus de résoudre les problèmes auxquels sont confrontées les femmes pauvres, notamment les femmes noires aux Etats Unis, problèmes tels qu'un accès moindre aux services de santé, des retards de traitement et un plus faible recours aux thérapies adjuvantes.

En fait, l'abaissement de l'âge du dépistage pourrait exacerber les problèmes contribuant à la disparité, en détournant les ressources vers un dépistage élargi mais inopérant pour détecter les cancers les plus meurtriers.

Et parallèlement une préoccupation majeure persiste, c'est l'exposition des femmes de plus en plus jeunes aux fausses alertes et aux surdiagnostics, les effets indésirables majeurs de ce dépistage.

Pour finir, une chose essentielle à savoir et une bonne nouvelle :

L'essentiel : il n'y a eu aucune augmentation de la longévité grâce au dépistage [11].

La bonne nouvelle : le risque de décès par cancer du sein est en baisse depuis les années 90, dépistage ou pas [12]. Et c'est l'espoir qu'il faut communiquer aux femmes, au lieu d'entretenir la peur délétère du cancer, amenant des femmes de plus en plus jeunes à se faire inutilement dépister.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Figaro Santé. Cancer du sein : un dépistage à partir de 40 ou 50 ans ? 2011. In Le Figaro. [En ligne : <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/02/20/10744-cancer-sein-depistage-partir-40-50-ans>].
- [2] Hill C. Dépistage du cancer du sein. *Presse Médicale*. Mai 2014 ; 43 (5) : 501-9.
- [3] Harding C., Pompei F., Burmistrov D., *et al.* « Breast Cancer Screening, Incidence, and Mortality Across US Countries. » *JAMA Intern Med*. Published online July 06, 2015. doi:10.1001/jamainternmed.2015.3043.
- [4] Steven Woloshin, M.D. Karsten Juhl Jørgensen, M.D., D.Med. Sci., Shelley Hwang, M.D., M.P.H., and H. Gilbert Welch, M.D., M.P.H. Tableau traduit issu de The New USPSTF Mammography Recommendations — A Dissenting View. Published September 16, 2023, *N Engl J Med* 2023;389:1061-1064, DOI: 10.1056/NEJMp2307229.
- [5] Auteurs principaux : Steven Woloshin, codirecteur du Center for Medicine and Media du Dartmouth Institute (New Hampshire) et interniste et Karsten J.Jørgensen, membre de la Collaboration Cochrane (Département de recherche clinique – Københavns Universitet, Cochrane Danemark).
- [6] Duffy SW., *et al.* Effects of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial. *The Lancet Oncology online*. Aug 2020.
- [7] Cancer Rose. Explication de l'étude. [En ligne : <https://cancer-rose.fr/2020/08/18/absence-de-benefice-des-mammographies-chez-les-femmes-agees-de-40-a-50-ans-les-resultats-finaux-de-lessai-uk-age-trial-confirment/>].
- [8] Steven Woloshin, M.D. Karsten Juhl Jørgensen, M.D., D.Med. Sci., Shelley Hwang, M.D., M.P.H., and H. Gilbert Welch, M.D., M.P.H. Tableau traduit issu de The New USPSTF Mammography Recommendations — A Dissenting View. Published September 16, 2023, *N Engl J Med* 2023;389:1061-1064, DOI: 10.1056/NEJMp2307229
- [9] Revue *Prescrire*, février 2015/Tome 35 N°376.
- [10] Brodersen, J., and Siersma, V.D. Long-Term Psychosocial Consequences of False-Positive Screening Mammography. *The Annals of Family Medicine*, March 2013, 11 (2) 106-115; DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1466>.
- [11] Lire ici : <https://cancer-rose.fr/2023/09/08/pas-de-prolongement-de-la-duree-de-vie-grace-aux-depistages/>
- [12] Lire étude et analyses : <https://cancer-rose.fr/2023/06/14/risque-de-deces-par-cancer-du-sein-en-baisse-depistage-ou-pas/>