

# DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

## ACTUALITES EN IMAGERIE



**Drs Vanden Abeele et Israel**  
**101 rue Molinel Lille**

# EPIDEMIOLOGIE

- 1° rang des cancers féminins : **54062** nouveaux cas / an
- Touche 1 femme sur 8
- Cancer du sein = **30 %** des cancers chez la femme
- 1° cause mortalité par cancer chez la femme : **11913** décès /an ( en 2015)
- Augmentation de l'incidence de **18%** (projection 2012-2020)
- Facteur pronostic majeur : **Taille++**

# METHODES DE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

- Palpation médicale
- Couple **mammographie numérique plein-champ/ échographie mammaire**
- Tomosynthèse
- IRM mammaire

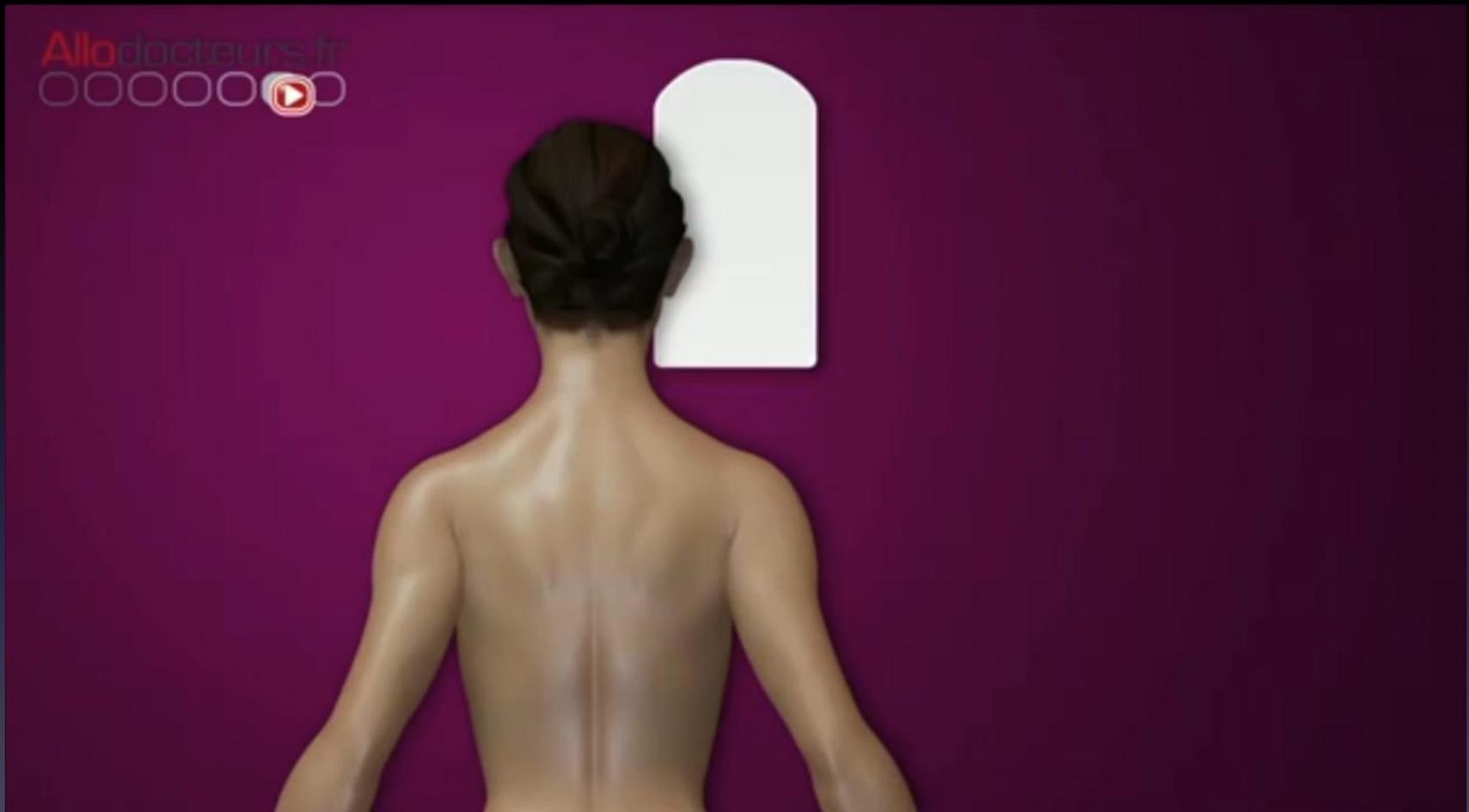
Excellent Pronostic si dépistage précoce

- Survie à 5 ans = 90 % si taille tumeur < 1 cm au diagnostic

# TOMOSYNTHESE

- Imagerie 3D
- Balayage sectoriel du sein
-  Se de **27 à 40%** (infiltrant++)
-  Sp de **18 %** (- de FP)
- Pas d'étude en DO (USA depuis 2011)
- Selon INCA : examen de référence pour le DO (délai ?)
- CI : < 40 ans, prothèses, mutée, lambeau
- Pb : temps lecture, surcoût, archivage, contrôle qualité, irradiation

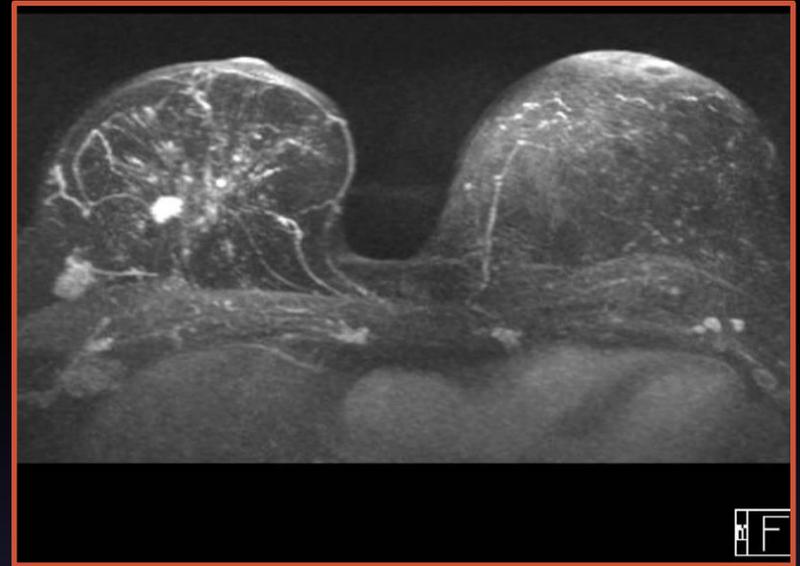
# TOMOSYNTHESE



# IRM MAMMAIRE

## -NOUVELLES RECO INCA 2016

- patientes à THR : mutée ou apparentée (R = 6% à 5ans)
- MG+IRM : **+18 0/00** cancers détectés
- *de 30 à 65 ans* : IRM + MG (1inc) +/- E tous les ans
- *>65 ans* : MG (2inc) tous les ans (Num PC / taux détection de 6,8 0/00)
- Nombreux FP, temps de lecture et difficultés de réalisation
- AVENIR
  - .protocoles rapides (T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub> et 1<sup>ère</sup> soustrac)
  - .diffusion sans IV



# ECHOGRAPHIE

## RAPPEL

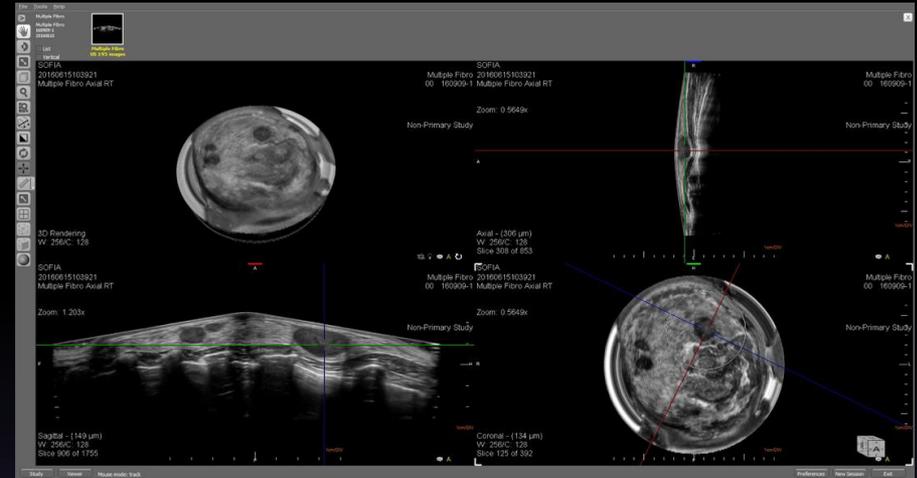
Pas exam de dépistage  
Elastographie

## AVENIR

Echographie 3D automatisée  
.moins opérateur dépendant  
.relecture en 5 min  
.reconstruction coronale

## CAD

Outil de caractérisation



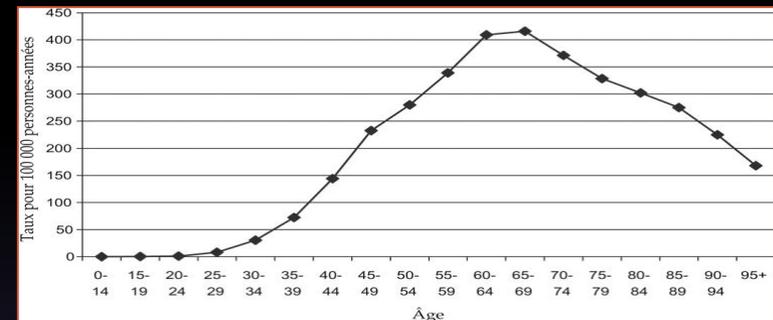


# DEPISTAGE FONCTION DU RISQUE INCA 2016

**AGE PATIENTE (80 %  
après 50 ans)**  
**ATCD perso (cancer, atypie  
et RT thoracique)**  
**ATCD familiaux**  
**Surpoids et ménopause,  
tabac, alcool**

✓ ESTIMATION RISQUE par le  
score d'EISINGER

- ✧ Interrogatoire
- ✧ Calcul Score :  
indication consultation  
OG si  $> 0$  ou = 3



TYPE ATCD même branche	SCORE
Mutation authentifiée famille	5
K sein avant 30 ans	4
K sein 30-39 ans	3
K sein 40-49 ans	2
K sein 50-70 ans	1
K sein chez homme	4
K ovaire	3

# EVALUATION DU RISQUE

## RISQUE MOYEN

- Pas ATCD
- Âge > 50 ans
- ATCD familiaux (score E <3)

1 à 1,67 %

## HAUT RISQUE

- ATCD perso ou familial de cancer sein, de l'utérus ou ovaires
- hyperplasie atypique, proliférative bénigne
- ATCD irradiation thoracique avt 30 ans

1,67 à 6 %

## TRES HAUT RISQUE

- Mutation génétique
- Apparentée 1er degré

> 6 %

R  
cancer  
du sein  
à 5 ans

# AVANT 50 ANS

## RISQUE MOYEN



Pas de consensus  
entre 40 et 50 ans

## HAUT RISQUE

-MG +/- E tous les ans

.à partir de 40 ans

.ou 5 ans avant  
l'âge de découverte  
du cancer dans famille)

## TRES HAUT RISQUE

-IRM couplée MG (1  
incidence) +/-E tous les  
ans dès 30 ans ou 5 ans  
avant 1er cancer familial

- Examen clinique  
semestriel dès 20 ans

# APRES 50 ANS

## RISQUE MOYEN

DO avec double lecture

DI après 74 ans selon évaluation

Rythme biennal

## HAUT RISQUE

MG +/-E tous les ans

si ATCD cancer perso  
Si ATCD familiaux  
Si score >3

NB : Echo non obligatoire,  
uniquement sur seins denses

Rythme annuel

## TRES HAUT RISQUE

IRM couplée MG (1 incidence) +/-E tous les ans jusque 65 ans, puis MG (2inc) tous les ans

Examen clinique semestriel

Rythme annuel

# FEMMES APRES 75 ANS

- Persistance du risque de cancer mais arrêt du dépistage organisé
- Etudes prouvent que dépistage ↗ survie
- Intérêt d'un examen clinique régulier
- Evaluer le bénéfice du dépistage par rapport à l'état physiologique et aux comorbidités
- Si intérêt dépistage ➡ **Mammographie biennale**

# DEPISTAGE ORGANISE

DEPISTAGE ORGANISE = **ADCN**

- **Double lecture** ( si résultats **bénins** en L1)
- L2 : « rattrape » 1,5 % mammo anormales
- Radiologues et mammographes accrédités
- **Réduction** du décès par cancer sein entre 15-25% selon études internationales si dépistage régulier
- Dépistage **biennal**
- Besoin de **participation** d'au moins **70 %** des femmes pour voir effet significatif sur une baisse de la mortalité (actuellement 51% en 2016)
- Pas pour patiente à risque ( BRCA, ATCD familiaux, ATCD personnel de K sein)

# DEPISTAGE PERSONNALISE

- . Evaluation stratifiée du risque génétique
- . Définir :
  - un test reproductible en DO
  - un modèle de score de risque
- . 2 grandes études multicentriques en cours
- . **WISDOM** au USA
- . **MYPEPS** en europe

# DEPISTAGE PERSONNALISE

## MYPEPS

Fin 2018

IGR

85000 patientes européennes

20000 en France

40 à 70 ans

Test salivaire

## 4 NIVEAUX DE RISQUE

.Bas : MG / 4 ans

.Moyen : MG / 2 ans

.Haut : MG / an

.THR : MG+IRM / an

# CONCLUSION

- *Intérêt de dépister le cancer sein* car augmente la survie et la qualité de vie
- *Besoin d'orienter les patientes vers les différents examens de dépistage les plus pertinents en fonction du risque* : moyen, haut et très haut
- *Vers un dépistage personnalisé...*

**A VOUS !**

Patiente de 30 ans  
ATCD cancer du sein chez sa  
mère à 62 ans

**Quel dépistage?**

<b>TYPE ATCD même branche</b>	<b>SCORE</b>
Mutation authentifiée famille	<b>5</b>
K sein avant 30 ans	<b>4</b>
K sein 30-39 ans	<b>3</b>
K sein 40-49 ans	<b>2</b>
K sein 50-70 ans	<b>1</b>
K sein chez homme	<b>4</b>
K ovaire	<b>3</b>

Patiente de 30 ans  
ATCD cancer du sein chez sa mère  
à 39 ans

**Quel dépistage?**

Patiente de 35 ans  
ATCD maternel à 58 ans  
mastodynies

**CAT ?**

Patiente BRCA1

35 ans

CAT ?