
Femmes à risque élevé et dépistage organisé

C Allieux, MC Scandola, P Soler-Michel, F Arnold et CP Gautier
ACORDE

Contexte et objectifs

- Le dépistage organisé (DO) s'adresse aux femmes à risque moyen
- Mais certaines femmes en sur-risque (FSR) participent au DO
- Comment agissent les structures de gestion (SG) ?
- Quels sont les résultats du DO concernant cette population ?

Etude ACORDE - Méthode

- Volets qualitatif et quantitatif
- 2 questionnaires adressés aux collègues ACORDE
- 70 départements répondants
- 3,3 millions examens de dépistage organisé

Remerciements

C Balamou (01), J Peng (02), JL Vinard (04-05), C Granon et A Grief (06),
B Charlier et J Botokeky (08), E Jafflin (10), B Séradour(13),
MC Quartier (14 et 50), A Feyler (17), MF Alberny (19), F Le Duff (20),
E. Blin et A Frétigné (22), L Bugeon (23), P. Mère (24),
R Rymzhanova (Franche-Comté), F Devay et N Kuzmaite (28),
M Canonge (30 et 48), MR Lepec (31), V Sarlon (32), C Payet (33),
E Robert et M Denis (35), M Valette (36), K Haguenoer et S Sengchanh (37),
C Exbrayat (38), S Teillet (41-45), J Tomczyk-Ferrero (42), C Allioux (44),
RJ Casaux (46), E Marc (47), I De Hercé (49), F Arnold et M Thirion (51),
MC Scandola-Guyot (52), P Lalanne (53), C Morel (54)

Remerciements (2)

J Brousse-Potocki (56), F Deshayes (57), B Cockenpot (59), C De Seze (60),
A Notari (61), ML Forzy (62), P Nakpane (64), I Moulichon (66),
C. Guldenfels (67-68), P. Soler-Michel (69), E Tardieu (71), D Honore (72),
A Deloraine (73), C Tarnaud (74), J. Deyra (75), A Benhammouda (76),
S Arlot-Lamade (79), V Petigny (80), M Barraud-Krabe (82),
M.D. Harmel (83), CP Gautier (84), G Bianco (85), C Tournoux-Facon (86),
C de Carvalho (87), S Cornelis (89), A Bernoux (91), H Delattre-Massy (92),
Z. Brixi (94), S Brechenade (95), C Bachellier-Billot (971-972)
N Thomas (973), K Slama (974)

Partie qualitative

Dr CP GAUTIER

Médecin coordinateur A.D.CA 84

Dr MC SCANDOLA

Médecin coordinateur A.D.E.CA 52

Pas de conflit d'intérêt

7 questions posées

64 SG ont répondu soit 70 départements

- 1) Excluez-vous définitivement les femmes avec un **ATCD personnel** de cancer du sein ? un **ATCD familial** du 1° degré de cancer du sein?
- 2) Quand une femme avec un **ATCD personnel** de cancer du sein est passée en DO, que faites-vous de son dépistage s'il est négatif en 1° lecture ?
- 3) Même question pour une femme avec **ATCD familial** de cancer du sein/ ovaire
- 4) Si une femme avec ATCD personnel ou familial effectue sa mammographie DO et qu'une surveillance annuelle est demandée, ajoutez-vous une information particulière aux courriers de résultats du dépistage ?
- 5) Avez-vous donné des consignes spécifiques aux radiologues 1° lecteurs ?
- 6) Quelle est l'attitude des seconds lecteurs pour ce type de situation?
- 7) Votre CPAM vous transmet-elle des informations médicales permettant de repérer certaines femmes à risque (ALD par exemple)?

Exclusion – Passage en 2^{ème} lecture (L2)

- ATCD personnel de cancer du sein

51/70 (73%) excluent mais 23/51 pour une durée limitée (5 à 15ans)

6 informent femme et/ou médecin de cette exclusion

- ATCD familial du 1^o degré

2 excluent et 67/69 permettent le DO (97%)

- ATCD personnel - DO- L1 négative (74 réponses)

67 passent en L2, 34 avec un courrier particulier (*).

7 refusent la L2 ou modulent selon le cas.

- ATCD familiaux – DO – L1 négative (73 réponses)

Toutes passent en L2 dont 74% sans courrier spécifique (*).

Suivi – Consignes aux radiologues

- *Femme avec ATCD – DO – surveillance rapprochée (hors surveillance pour ATCD)*
 - Tous assurent le suivi
 - La moitié avec courrier particulier ou annotation
- *Consignes particulières aux 1° lecteurs*
 - 33 départements n'ont donné aucune consigne (47%)
 - Pour 27 ont simplement rappeler le CdC, la possibilité de faire un an sur 2 un DO, réintégrer le DO au bout de .., « au cas par cas », selon désir de la patiente.
 - Pour 10 départements = exclusion à vie ou orientation
- *Attitude des seconds lecteurs*
 - Dans 60 SG, les 2° lecteurs relisent les mammographies sans problème mais avec une vigilance accrue pour 11 d'entre eux
 - 7 départements : pas de L2
- *Informations médicales reçues de votre CPAM : 70 réponses négatives*

Exemples de courriers spécifiques

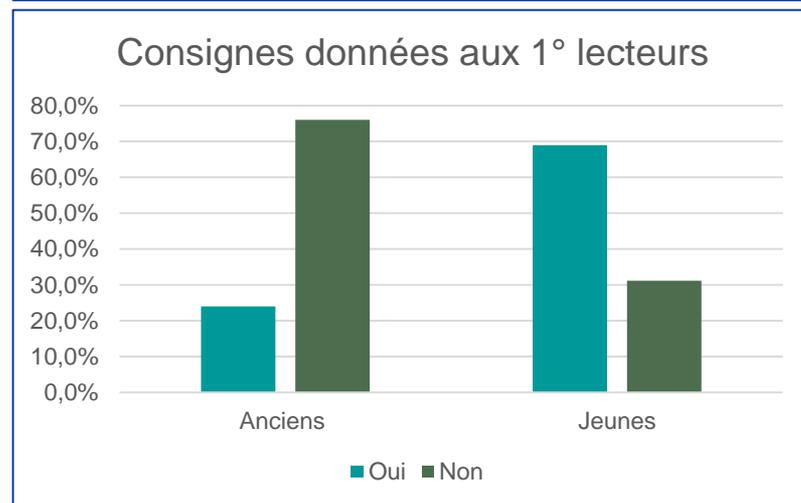
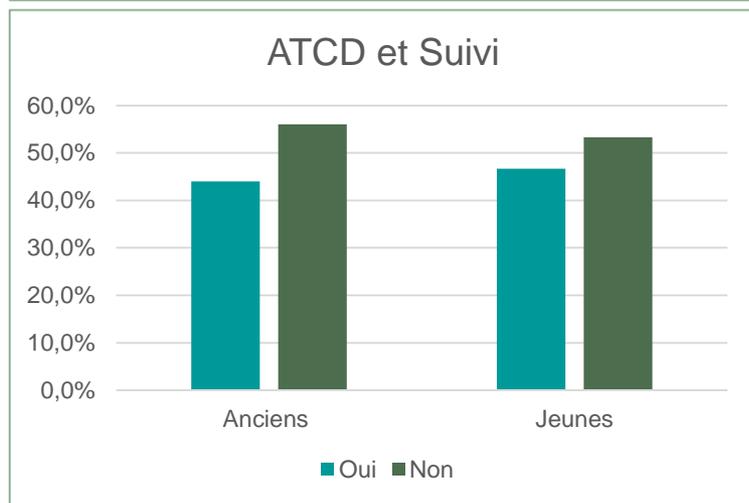
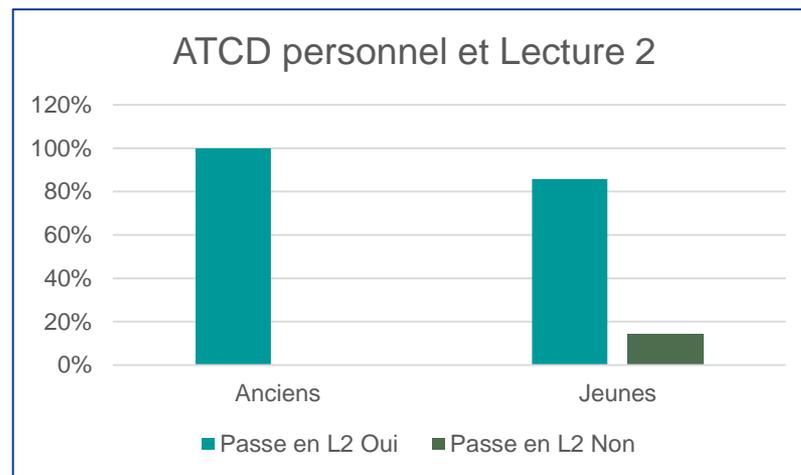
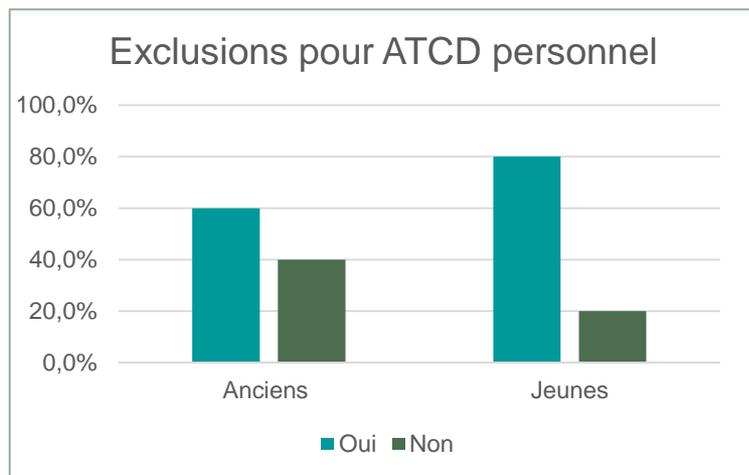
- « Jusqu'à 74 ans vous serez réinvitée tous les 2 ans mais, compte-tenu de vos **antécédents personnels**, je vous recommande de vous rapprocher de votre médecin (généraliste ou gynécologue) afin de définir avec lui votre rythme de surveillance ».
- « Compte tenu des **antécédents familiaux** de cancer du sein ou de l'ovaire de cette patiente ou de ses antécédents personnels de cancer de l'ovaire il y a une indication possible de consultation en oncogénétique (score d'Eisinger > 3) que je vous laisse le soin d'apprécier ».
- « Cependant, en raison de **votre antécédent familial** de cancer du sein ou de l'ovaire, nous vous recommandons de faire pratiquer une surveillance chaque année par votre médecin. Le test de dépistage, que vous venez de passer, ne peut pas remplacer ce contrôle annuel ».
- « Au vu des **antécédents personnels** que vous avez mentionnés, vous ne relevez plus du dépistage organisé. Celui-ci s'adresse en effet aux femmes n'ayant pas d'antécédent de cancer du sein ou de facteurs de risque spécifiques. Un suivi individualisé doit par contre être mis en place avec votre gynécologue et/ou votre médecin traitant ».

Quelques commentaires de collègues...

- « les femmes avec ATCD sont très demandeuses de DO (2^{ème} lecture) »
- « en cas d'ATCD, je considère que la 2^o lecture est bénéfique »
- « les femmes suivies ont aussi besoin de rappel de surveillance... les femmes se sentent de plus en plus abandonnées »
- « Importance de courriers spécifiques au médecin traitant »
- « dans un petit département, nous pouvons traiter au cas par cas lorsque ce sont des cas rares »
- « une uniformisation des pratiques en fonction des recommandations est souhaitable »
- « en raison de la démographie médicale défavorable, il est heureux que les professionnels passent outre les exigences du cahier des charges »
- « on souhaiterait avoir les ALD de tous les régimes pour ce qui concerne le DO »
- « beaucoup d'informations récupérées par les réseaux d'anatomo-cytopathologie »
- « j'ai de gros doutes sur l'identification et la bonne orientation des femmes avec ATCD familiaux »
- « ATCD personnel de cancer du sein : on essaie de valider l'information auprès du médecin traitant »

Impact / ancienneté de la mise en œuvre du DO ?

25 « anciens » départements (< 2002) et 45 « jeunes » (> 2002)



Conclusion

- Cahier des charges 2006
- Adaptation des radiologues et des SG en fonction de la demande des femmes et l'évolution des techniques
- Attitude globalement harmonieuse (même s'il existe quelques subtilités entre anciennes et nouvelles) : les médecins coordinateurs se rencontrent souvent et échangent
- Souhait et intérêt de la collaboration avec les CPAM, anatomo-cytopathologistes, etc.

Partie quantitative

- Travail préalable avec les éditeurs de logiciel afin d'obtenir un recueil de données homogènes
- Années 2014 et 2015
- 66 départements répondants
 - 60 exploitables
 - 4 partiellement
 - 2 reçus tardivement
- 3,3 millions examens de DO

Répartition

16,3% de femmes en sur-risque

Principalement 1 ATCD familial (âge du cas ?)

Femmes dépistées		3 377 010	
ATCD personnel K sein	AP	24 635	0,73%
1 seul ATCD familial de K sein du 1er degré	AF	460 885	13,65%
Plusieurs ATCD familiaux de K sein (ou ovaire)	AF+	64 718	1,92%
ATCD de biopsie avec atypie (dans le DO)	ATY	6 820	0,20%

Résultats des lectures

Positifs L1 ↗ chez tous les groupes de FSR

Positifs L2 peu différent, sauf pour ATY

	% L1 +	% L2 +
Population totale	3,87	1,18
AP	5,24	1,18
AF	4,46	1,23
AF+	5,28	1,29
ATY	7,71	1,76

Cancers détectés

Détection globale augmentée

Détection L2 plus élevée pour ATY

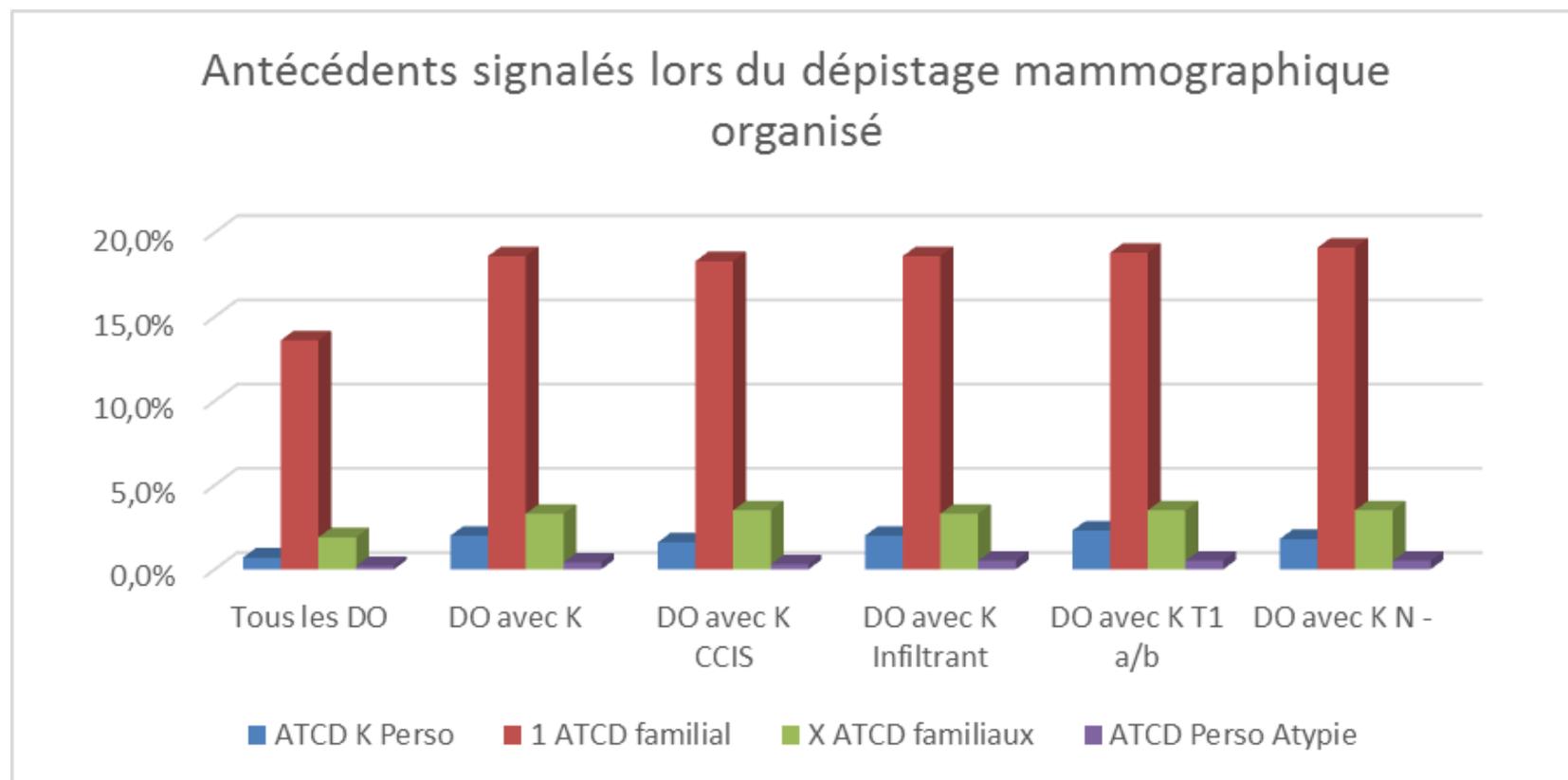
	Détection globale	% K L2
Population totale	0,75 %	6,06
AP	1,89 %	6,22
AF	1,00 %	6,67
AF+	1,37 %	5,74
ATY	1,73 %	10,17

Type et pronostic des cancers

Des caractéristiques de bon pronostic pour les récidives dépistées

	Infiltrants	% T1ab	% N-
<i>Références souhaitées</i>	-	> 25%	> 75%
Population totale	85,1%	34,1	74,7
AP	87,8%	41,1	97
AF	85,3%	34,3	75,8
AF+	84%	35,8	77,5
ATY	89,8%	36	72,8

Répartitions population - détection



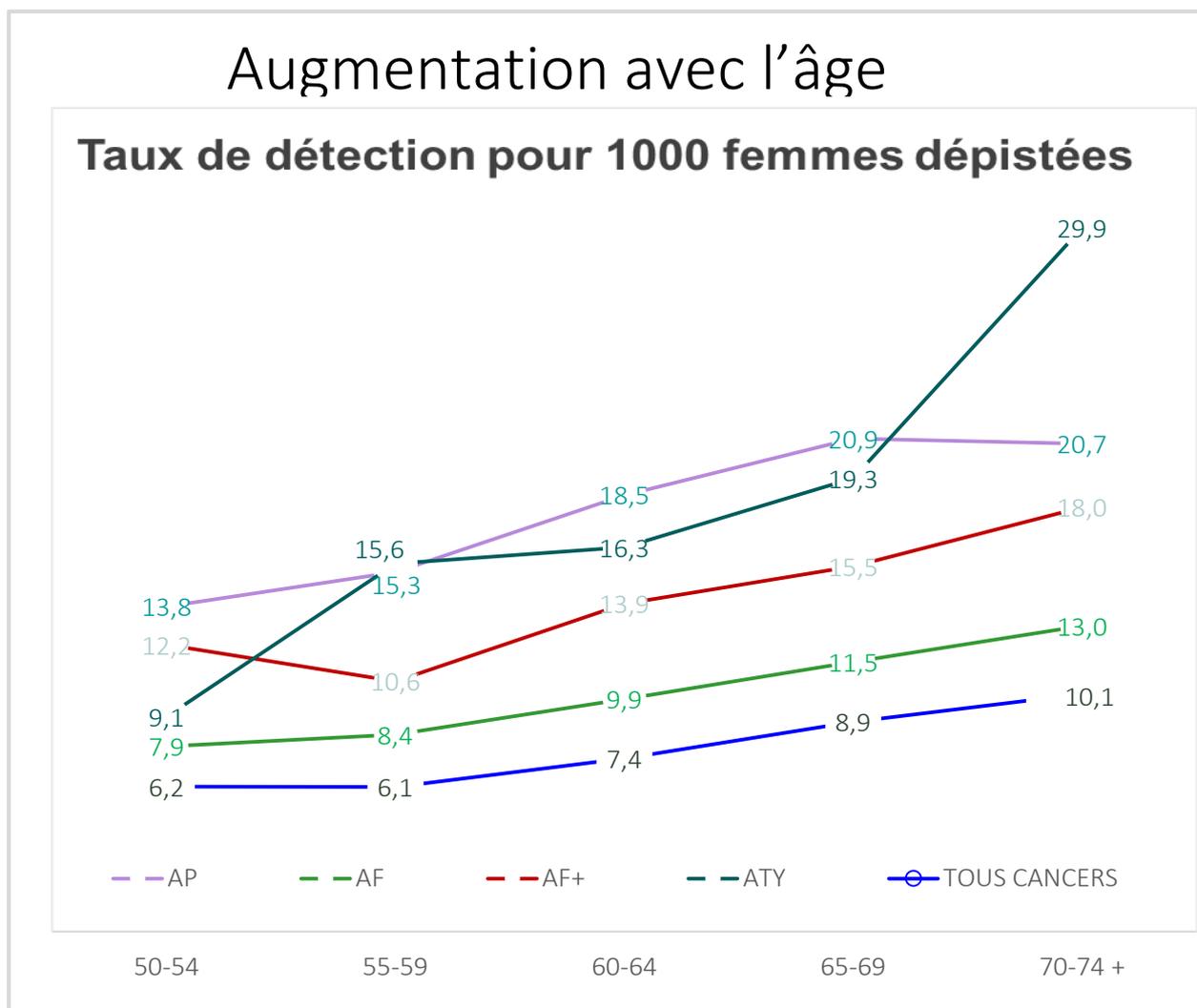
La part des antécédents personnels ou familiaux est plus importante dans la population avec cancer détecté

Effet de l'âge

Part croissante de la population dépistée (et des cancers dépistés) pour AP, AF et ATY

	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74+
AP	0,3%	0,5%	0,7%	1,0%	1,4%
AF	12,6%	13,4%	13,8%	14,1%	14,8%
AF+	1,7%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
ATY	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%

Effet de l'âge (2)



Conclusion / Etude quantitative

- Une proportion notable de femmes en sur-risque passe par le programme de DO
 - Est-ce ponctuel / suivi annuel ?
- Sur-risque attesté par l'augmentation de la détection dans tous les groupes
- Part importante des cancers dépistés
- Résultats plus péjoratifs du groupe des femmes avec atypie*

Conclusion et perspectives

- Améliorer la caractérisation précise du risque
- Quelles prise en charge et/ou préconisations par les SG pour les femmes avec atypie détectée en DO ?
- Quelle place les SG peuvent-elles prendre dans le repérage et l'orientation des femmes à risque ?