PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE **DÉPISTAGE** DU **CANCER** DU **SEIN**

LANAUDIÈRE Seinforme

Une fenêtre sur la sénologie lanaudoise

UN FEUILLET RÉGIONAL SEMESTRIEL SUR LE CANCER DU SEIN ET LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE

Octobre 2011 | numéro 13

SOMMAIRE

Un mot de l'infirmière du Programme 1
Statistiques 1
ÉDITORIAL 2-3
Chronique des travailleuses sociales 3
Conférences à venir 3
Nouvelles des CDD/CRID 4

Un OUTIL éducatif et original

UN MOT DE L'INFIRMIÈRE DU PROGRAMME

LOUISE PROULX

À l'occasion du Mois de la sensibilisation au cancer du sein, la Société canadienne du cancer met en place une série d'activités visant à promouvoir la mammographie auprès des femmes de 50 à 69 ans dont le Mémo-mamo qui sera disponible tout au long du mois d'octobre.

Il est certain que les femmes qui examinent régulièrement leurs seins, en connaissant leur état normal, sont probablement plus à même de remarquer les changements précocement.

Bien sûr, la décision de participer ou non au Programme de dépistage appartient aux femmes.

Vous êtes des intervenants importants dans cette décision, et nous espérons que cet outil vous sera utile en ce sens!

Dépistage du cancer du sein

La mammographie et l'examen clinique des seins sont les méthodes de dépistage les plus fiables.

Chaque bille du Mémo-mamo représente la grosseur moyenne d'une bosse découverte par :

- Des mammographies régulières
- Une première mammographie
- Un examen clinique des seins effectué par un professionnel de la santé
- Une femme qui examine ses seins

Nous joignons à cet envoi le nouveau dépliant d'information du PQDCS qui sera diffusé sous peu. Il s'agit d'une version temporaire, mais **nous vous encourageons fortement à le lire**. L'éditorial de ce numéro porte sur le surdiagnostic, et peut vous aider également à aborder cette problématique avec vos patientes. Pour soutenir une décision éclairée de participer au Programme de dépistage du cancer du sein, informez-vous!

STATISTIQUES

POURCENTAGE DES CANCERS DÉTECTÉS DE TYPE IN SITU

(CIBLE : > 10 %)

2006-2007

	Lanaudière	Le Québec
Examen initial	28,6%	22,5%
Examen subséquent	24,3 %	19 %

Le surdiagnostic :
INÉVITABLE EFFET PERVERS DU DÉPISTAGE

DRE LAURENCE ELOY

Quand on cherche à trouver une maladie avant sa phase clinique, inévitablement, on découvre des pathologies qui n'auraient pas eu de conséquence sur la santé des gens. Cela est vrai également pour les carcinomes mammaires. Effectivement, il est possible que certains cancers peu avancés ne se développent pas. S'ils sont détectés lors du dépistage, il est donc possible qu'ils soient traités alors qu'ils n'auraient pas eu de conséquence. C'est ce qu'on appelle le surdiagnostic.

Chaque cancer croît à sa vitesse. Les patientes atteintes de cancers à croissance très lente ou très rapide sont celles qui sont le plus susceptible de ne pas bénéficier du Programme de dépistage. Pour les premières, on parle de surdiagnostic, et les deuxièmes sont souvent aux prises avec un cancer d'intervalle.

Le surdiagnostic fait l'objet d'une littérature de plus en plus abondante, et on s'y adresse de façon plus particulière dans les nouveaux dépliants produits par le Ministère. **Il est donc possible que vous receviez plus de demandes d'informations à ce sujet, de la part des patientes.**

Les publications sur le surdiagnostic sont en grande partie issues d'études épidémiologiques. On estime à 30 % le surdiagnostic sur la base des études randomisées[1]. Dans ces études, on compare des groupes de femmes dépistées à un groupe contrôle, et on considère la différence d'incidence de cancer (in situ inclus) entre les deux groupes comme du surdiagnostic. Cependant, plusieurs comparent des groupes de périodes différentes, avant et après l'instauration d'un programme de dépistage par exemple, ou de régions géographiques différentes. Si bien que la majorité de ces études observationnelles risque d'avoir analysé plutôt des tendances temporelles ou des différences géographiques dans l'incidence du cancer du sein, ce qui explique peut-être la très grande variabilité dans l'estimation du surdiagnostic (4 % à 52 %)[2]. De plus, le suivi dans les meilleures études est fait sur une période limitée en moyenne de 4 à 9 cycles de dépistage (6 à 16 ans)[3]. Bien qu'il donne à réfléchir qu'un nombre assez élevé de cancers du sein restent latents aussi longtemps, on ne peut présumer, selon moi, qu'après cette période, tous ne progresseraient pas, ni le prévoir à l'aide d'un modèle mathématique.

L'étude épidémiologique idéale pour démontrer l'ampleur réelle du surdiagnostic serait randomisée, **avec un suivi à vie** de groupes de femmes similaires de la même région, assignées au dépistage ou à un groupe contrôle, pour toute la période de vie pour laquelle le dépistage est fait normalement en pratique[4]. Or, aucune étude ne répond à ces critères actuellement. De plus, on pourrait difficilement appliquer ici le résultat absolu d'une telle étude si elle était faite ailleurs, la réalité des programmes de dépistage étant différente d'un pays ou même d'une région à l'autre.

Quoi qu'il en soit, le surdiagnostic existe réellement et pose un réel problème, en particulier pour les carcinomes canalaires in situ (CCIS). Un CCIS n'a, par définition, pas de potentiel envahissant, et donc théoriquement pas d'impact sur la survie. La découverte au dépistage d'un CCIS qui aurait progressé représente la prévention d'un cancer du sein invasif, et est un bénéfice majeur du dépistage. Seulement, il est bien démontré dans les études cliniques qu'ils ne progressent pas tous, et que le temps de progression est extrêmement variable, allant jusqu'à 40 ans[5].

Le modèle de progression du cancer du sein appuyé par la recherche clinique et moléculaire part actuellement de l'hypothèse que le cancer du sein invasif se développe de façon séquentielle, à partir de lésions prémalignes hyperplasiques avec ou sans atypies, vers le carcinome in situ puis invasif. Cependant, la relation entre ces entités pathologiques est mal comprise, et ce modèle de progression linéaire est de plus en plus remis en question[6]. Dans la littérature actuelle, on estime qu'il pourrait y avoir un cas sur deux de CCIS qui n'évoluera pas vers le cancer invasif, mais on se butte à la difficulté d'en comprendre les déterminants et les indices pathologiques initiaux qui pourraient nous indiquer lequel! Bien que ces faits soient exposés aux patientes chez qui on diagnostique un CCIS, bien rares sont celles qui ne désirent pas d'intervention immédiate. Donc, actuellement, beaucoup de femmes sont probablement surtraitées, sans qu'on puisse déterminer lesquelles. Au Québec, cette problématique est particulièrement préoccupante, car les CCIS représentent une proportion importante des cancers dépistés.

Dans quelques études épidémiologiques, le groupe contrôle a été invité au dépistage après quelques années étant donné la réduction de mortalité démontrée dans le groupe dépisté. Cela a donné lieu à une constatation intéressante : l'incidence de cancer du groupe contrôle rejoignait celle du groupe dépisté dès le premier dépistage, ce qui suggère que le phénomène de surdiagnostic pourrait être principalement associé à la première mammographie[7].

> Près d'un CCIS détecté sur deux pourrait ne pas progresser vers un cancer invasif.

Qu'en est-il maintenant de la possibilité d'un certain nombre de cancers du sein infiltrants qui n'évoluent pas, ou très lentement, ou même régressent? Dans ce cas, il y a lieu d'être prudent. Les études cliniques manquent, et il est difficile de trouver même des cas rapportés dans la littérature. Les études épidémiologiques nous laissent entrevoir que le phénomène est bien réel, mais elles ne sont pas adéquates pour le quantifier selon moi, pour les raisons évoquées plus haut.

Beaucoup est attendu pour le futur des études sur les biomarqueurs et sur les caractéristiques moléculaires tumorales à même de prédire l'agressivité d'un cancer. Elles pourraient nous aider d'une part à identifier la population à risque de cancer du sein et ainsi faire un dépistage plus ciblé, et d'autre part, à offrir à certaines femmes un traitement moins agressif.

En attendant, le « standard of care » pour les CCIS, qui sont considérés comme des lésions précancéreuses, est l'excision et le traitement adjuvant, comme il l'est aussi pour les

SUITE PAGE 2

Éditorial

cancers peu avancés de bonne histologie. Il y a lieu cependant de nuancer nos propos et peut-être aussi nos interventions auprès des femmes atteintes, à la lumière des connaissances actuelles. Le fait de traiter distinctement le CCIS dans les indicateurs du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, pour le Registre des tumeurs qui s'implantera dans les prochaines années au Québec, et pour les indicateurs de performance en chirurgie par exemple, pourrait contribuer à aider les cliniciens et patientes à atteindre cette nuance. Cela nous aiderait à donner une information honnête et juste pour tendre vers une vraie décision partagée.

Laurence Eloy, md, FRCSC
MÉDECIN RESPONSABLE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN, RÉGION DE LANAUDIÈRE

Comité de lecture :
Dr Laurent Marcoux, Dre Elise Martel et Dr Louis-Georges Perreault

1. ***Screening for breast cancer with mammography.*** *Gøtzsche PC, Nielsen M. Cochrane Database Syst Rev. 2006. Review*
2. ***Overdiagnosis in breast cancer: Design and methods of estimation in observational studies.*** *Puliti D, Miccinesi G, Paci E. Prev Med. 2011 Jun 2.*
3. ***Screening for breast cancer with mammography.*** *Gøtzsche PC, Nielsen M. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jan 19;(1):CD001877. Review*
4. ***Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends.*** *Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. BMJ. 2009 Jul 9;339:b2587. doi: 10.1136/bmj.b2587. Review.*
5. ***Outcome of patients with ductal carcinoma in situ untreated after diagnostic biopsy: results from the Nurses' Health Study.*** *Collins LC, Tamimi RM, Baer HJ, Connolly JL, Colditz GA, Schnitt SJ. Cancer. 2005 May 1;103(9):1778-84.*
6. ***The molecular journey from ductal carcinoma in situ to invasive breast cancer.*** *Wiechmann L, Kuerer HM. Cancer. 2008 May 15;112(10):2130-42.*
7. ***Overdiagnosis and overtreatment of breast cancer, Estimates of overgdiagnosis from two trials of mammographic screening for breast cancer.*** *Duffy S., Agbaje O., Tabar L. et al. Breast Cancer Research 2005 Dec;7(6): 258-265.*

Chronique
TRAVAILLEUSES SOCIALES

RENAUD ET LINE PLANTE

Dans cette chronique, nous décrivons les ateliers offerts aux femmes atteintes de cancer du sein dans la région.

Le deuxième atelier : Démystification des idées et perceptions.

Les idées et perceptions sont solidement ancrées dans ce que nous sommes, c'est pourquoi dans le deuxième atelier « Démystification des idées et perceptions », nous abordons les croyances qui sous-tendent ces idées.

Dans cet atelier, nous utilisons, comme outils, les déterminants de la santé pour susciter la discussion et la réflexion, afin de partager en groupe leurs croyances en lien avec le cancer du sein. Les propos recueillis durant l'échange amènent un tumulte émotionnel important puisque chacune a sa propre perception du sujet. Suite à cet échange, nous tentons de démystifier les idées et perceptions des femmes en tenant compte des éléments rapportés, ce qui permettra peut-être une nouvelle vision de leur réalité.

Dans le prochain numéro, nous traiterons du troisième atelier qui s'intitule « L'anxiété et les émotions associées ».

Conférences À VENIR

COLLOQUE DU GROUPE D'ÉTUDE EN ONCOLOGIE DU QUÉBEC SUR LES TUMEURS DU SEIN
LES 7, 8 ET 9 OCTOBRE 2011, LE WESTIN MONTRÉAL, 270, RUE SAINT-ANTOINE OUEST, MONTRÉAL
Informations : denise.poirier.chum@ssss.gouv.qc.ca

CANCER DU SEIN : SURDIAGNOSTIC, SURTRAITEMENT À LA RECHERCHE DE NOUVEAUX ÉQUILIBRES
33es JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE, MARSEILLE, FRANCE : DU 9 AU 11 NOVEMBRE 2011
http://www.senologie.com/congres2011.html

34e SAN ANTONIO BREAST CANCER SYMPOSIUM
DU 6 AU 12 DÉCEMBRE 2011, SAN ANTONIO, TEXAS
http://www.sabcs.org/ | 1 877 517-3040

29TH ANNUAL MIAMI BREAST CANCER CONFERENCE
DU 14 AU 17 MARS 2012 | http://cancerlearning.onclive.com/

4e SYMPOSIUM INTERNATIONAL SUR LE CANCER HÉRÉDITAIRE DU SEIN ET DE L'OVAIRE
DU 25 AU 27 AVRIL 2012 -- CENTRE MONT-ROYAL, MONTRÉAL, QUÉBEC, CANADA | http://www.brcasymposium.ca/

EN LIGNE : BREAST CANCER FOR THE PRIMARY CARE PROVIDER, HARVARD MEDICAL SCHOOL
http://cmeonline.med.harvard.edu

Nouvelles
DES CDD/CRID

CLARA

L'unité mobile CLARA est stationnée à l'hôpital Pierre-Le Gardeur (HPLG) depuis le 30 août, et ce, jusqu'au 23 septembre, pour sa deuxième visite cette année. Un total de 935 mammographies de dépistage y auront été effectuées cette année, belle contribution pour réduire les délais d'attente dans la région. Merci à l'équipe de CLARA, à l'équipe locale du secteur mammographie qui met les bouchées doubles, et à nos médecins volontaires du sud qui seront peut-être un peu plus sollicités pendant cette période!

Cliniques du sein

La Clinique de santé du sein de l'HPLG ouvrira officiellement ses portes cet automne. Elle accueillera les femmes pour lesquelles le radiologiste a recommandé une biopsie mammaire. Ces femmes seront rencontrées par l'infirmière de la clinique, qui fera le lien, selon leur souhait, avec leur médecin traitant ou les médecins de la clinique, les Dres Annick Dulong et Nathalie Dupont. Elles pourront avoir leur biopsie sur place, avec la toute nouvelle table de stéréotaxie. Félicitations à tous ceux qui ont rendu possible ce beau projet, qui permettra d'améliorer la prise en charge des femmes ayant une mammographie anormale!

Le projet de la Clinique de santé du sein du CHRDL avance aussi, et on espère une ouverture en 2012.

Numérisation

Et oui, la mammographie numérique fait enfin son entrée dans la région! Depuis le 4 juillet dernier, toutes les mammographies effectuées à l'HPLG sont numérisées. La numérisation est également prévue pour cette année au CHRDL.

DÉLAI ACTUEL DANS LES CENTRES DE DÉPISTAGE DÉSIGNÉS DE LANAUDIÈRE (CDD)
Les femmes ont accès à ces coordonnées et à d'autres au verso de la lettre du PQDCS ou en communiquant avec nous.

Hôpital Pierre-Le Gardeur
911, Montée des Pionniers
Terrebonne QC J6V 2H2
450 470-2652
DÉLAI D'ATTENTE
LISTE D'ATTENTE
(ENVIRON 9 MOIS)

Radiologie Terrebonne
901, boul. des Seigneurs
Terrebonne QC J6W 1T8
450 471-1477
DÉLAI D'ATTENTE
3 1/2 MOIS

Services radiologiques Joliette
Complexe professionnel La Cité
175, rue Visitation, bureau 110
St-Charles-Borromée QC J6E 4N4
450 759-6668
DÉLAI D'ATTENTE
3 1/2 MOIS

SOUTIEN PSYCHOSOCIAL GRATUIT POUR LES FEMMES EN ATTENTE DE DIAGNOSTIC OU AYANT UN DIAGNOSTIC DE CANCER DU SEIN
Un service individuel est offert en plus de deux sessions de groupe par année pour les femmes ayant le diagnostic de cancer.

Pour la région du RLS du CSSS du Nord de Lanaudière
Line Plante au 450 759-8222, poste 2031

Pour la région du RLS du CSSS du Sud de Lanaudière
Line Renaud au 450 654-7525, poste 23162

POUR TOUTE INFORMATION ET QUESTION CONCERNANT CE DOCUMENT ET LE PQDCS, COMMUNIQUEZ AVEC LE CENTRE DE COORDINATION DES SERVICES RÉGIONAUX

Dre Laurence Eloy
médecin responsable du programme
450 759-1157, poste 4357
laurence.eloy@ssss.gouv.qc.ca

Mme Louise Proulx
infirmière clinicienne au PQDCS
450 759-8222, poste 2181
louise.proulx@chrdl.qc.ca

Dépôt légal : troisième trimestre 2011. ISSN : 1913-9802; Bibliothèque nationale du Canada; Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

© biuugraphie