

Dépistage systématique du cancer du sein au Québec

par Louise Geoffrion-Gosselin

ABSTRACT/RESUME

Since the incidence of breast cancer is increasing there is an imperative need to promote mass screening for cancer in the Province of Quebec in order to detect the disease at its outset, to provide adequate treatment and to lower the mortality rate. To justify the expense of mass screening five criteria have been established; the frequency of the disease; high mortality rate; ease of diagnosis; chances of cure; availability of resources. In the case of breast cancer all these criteria are satisfied and indeed early detection improves the chances of cure and reduces the mortality rate.

The existing physical resources for mass screening now exist in the Province of Quebec and financial costs could be covered by the Health In-

surance Program, the Canadian Cancer Society and other voluntary organizations.

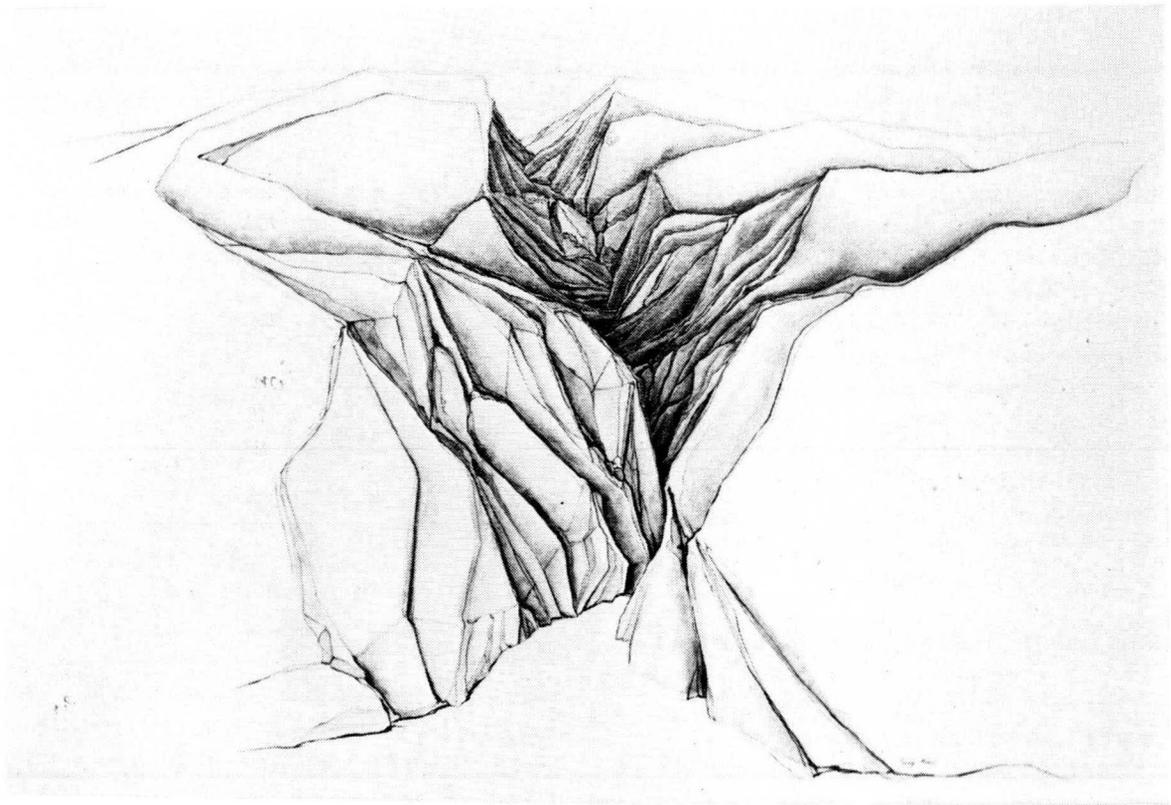
Of the various methods of detecting breast cancer: self examination, clinical examination, mammography, xerography and thermography, it is proposed to use clinical examination and mammography together because of their specificity and speed of application.

A screening program requires painstaking preparation and careful planning. Such a program cannot be implemented globally throughout the Province, because of the high costs. At first access must be restricted to women between 50 and 59 years old because they are the most likely to respond favourably to a treatment given at the presymptomatic stage of the disease and also because it is the age range

where the disease is most frequent. The next priority would be women between 40 and 49 years of age since there are large numbers of breast cancer cases in that age range. The third group to be covered would be between 30 and 39 years old because of their youth and the speed of progress of the disease. The paper outlines a

program of screening for the Province of Quebec.

Le cancer du sein est une maladie vieille comme le monde. On a retracé sur les papyrus anciens des dessins et des inscriptions qui permettent de croire que la médecine égyptienne con-



Tardif-Hébert, RUPTURE, 1976, acrylic (30"x44")

naissait l'hypertrophie du sein et les masses intra-mammaires. Cinq cents ans avant l'ère chrétienne, les médecins grecs et plus tard romains considéraient comme une maladie grave la présence dans le sein de masses dures s'infiltrant dans les tissus environnants. Ces masses furent appelées "cancer" à cause de la similitude de leur configuration avec celles des crabes.

Malgré l'amélioration des techniques chirurgicales et des traitements médicaux et l'intensification des soins palliatifs au cours des siècles, la situation demeure grave. Non seulement le cancer du sein est une maladie trop souvent fatale, mais on voit son incidence augmenter progressivement d'année en année. En 1974, en Amérique du Nord, environ 95,000 femmes ont souffert d'un cancer du sein et 38,000 en sont mortes. Il semble donc qu'une femme sur quinze, soit 6%, sera atteinte d'un cancer du sein à un moment quelconque de son existence et les statistiques montrent que cette incidence tend à augmenter.(1)

Qui sont ces femmes? Quelles caractéristiques communes présente ce 6% de la population féminine susceptible d'être atteint d'un cancer du sein? Ce sont celles qui ont déjà présenté des pathologies mammaires bénignes; celles qui présentent des anomalies mammaires; celles qui présentent une histoire familiale de cancer du sein; celles qui sont célibataires ou

stériles ou qui ont eu une première grossesse à terme à un âge avancé; celles qui ont eu une puberté précoce ou une ménopause tardive ou les deux. (2) [1,3]

La Province de Québec compte actuellement plus de 3,000,000 de femmes et un grand nombre d'entre elles, ou sont atteintes de cancer du sein, ou ignorent qu'elles le sont, ou encore sont considérées comme risquées élevés. Devant ces faits, il semble donc nécessaire et impérieux de préconiser le dépistage systématique du cancer du sein dans cette province afin de détecter cette maladie à ses débuts, d'offrir les traitements adéquats et de diminuer le taux de mortalité.

Fondement du programme de dépistage

Le dépistage est un mode d'investigation qui consiste à découvrir ce qui est peu apparent, ce qui est dissimulé à l'aide de mesures d'investigations rapides et efficaces. Et il est dit "de masse" ou systématique lorsque ces mesures sont appliquées à toute une population ou à un groupe important, tel celui qui fait l'objet du programme préconisé, soit les femmes du Québec. Le but premier de ce dépistage est de rendre l'aide diagnostique accessible au plus grand nombre possible de femmes. Il doit rejoindre particulièrement celles qui ne reçoivent pas cette aide médicale, soit par ignorance, soit par négligence, soit par appréhension ou par impossibilité d'accès

(difficulté de transport, problème linguistique, etc. . .).

Le dépistage n'est pas une fin en soi, mais seulement une étape dans le processus de la médecine préventive; il doit s'inscrire dans le cadre d'un programme qui offre la confirmation ou l'infirmité d'un présumé diagnostic et les traitements adéquats et accessibles à tous. L'objectif final du dépistage de masse proposé se ramène donc à trois points:

Offrir un traitement adéquat au moment optimum, c'est-à-dire au stade initial de la maladie, alors qu'elle est encore considérée comme susceptible de répondre aux traitements.

Augmenter le temps de battement, cette période comprise entre la détection de la maladie par le dépistage et le temps où le diagnostic clinique est habituellement posé.

Diminuer le taux de morbidité et de mortalité et par le fait même atténuer les fortes répercussions sociales inhérentes à cette maladie.

Afin d'atteindre ces objectifs et de justifier son application, le dépistage doit répondre à certains critères.(3)

Fréquence de la maladie--Il est admis qu'une maladie dont la fréquence se situe entre 1/100 à 1/10,000 peut être considérée comme susceptible de profiter d'un programme adéquat de dépis-

tage, justifiant ainsi les dépenses considérables d'énergie et de fonds publics et privés créées, de même que les réactions d'angoisse engendrées.(4) Au Québec, en 1973, le taux d'incidence du cancer du sein féminin était de 70, 3/100,000 donc dans l'éventail de 1/100, à 1/10,000 prédéterminé pour justifier un dépistage d'envergure.(5)

Tableau I

Cancer du sein féminin

Taux d'incidence normalisé en 1973

Québec	Canada
70, 3/100,000	71, 5/100,000

Colombie-Britannique
87, 7/100,000

Taux élevé de morbidité--Au Canada et aux Etats-Unis, le cancer du sein occupe la première place parmi les principales causes de décès chez la femme entre l'âge de 35 et 54 ans. Mais, au cours des quarante dernières années, le taux de mortalité attribuable au cancer du sein est demeuré à peu près stable malgré une augmentation appréciable de l'incidence de la maladie.(6)

Au Connecticut, où l'on a compilé des statistiques sur l'incidence du cancer du sein depuis 1940, on remarque un taux d'incidence normalisé selon l'âge de 55/100,000 entre 1940-1944 par rapport à 72/100,000 entre 1965 et 1968,

alors que le taux de mortalité est resté aux environs de 30/100,000.(7)

Tableau II

Cancer du sein féminin--Connecticut
Taux d'incidence normalité selon l'âge

		Taux de mortalité
1940-1944	1965-1968	1940-1968
55/100,000	72/100,000	30/100,000

Une pareille tendance a aussi été observée en Saskatchewan, province, qui depuis 1932, opère un programme de diagnostic et de traitement du cancer du sein. Un taux d'incidence de 52/100,000 a été rapporté en 1950-1952 et de 66, 3/100,000 en 1967-1969. Et là aussi le taux de mortalité est demeuré à peu près stable.

Tableau III

Cancer de sein féminin--Saskatchewan
Taux d'incidence normalité selon l'âge

1950-1952	1960-1962	1967-1969
52/100,000	61,6/100,000	66,3/100,000

La disproportion entre l'augmentation du taux d'incidence et la stabilité du taux de mortalité est, en partie, due aux progrès de la chirurgie et à l'amélioration des traitements. Elle est aussi attribuable au fait que le diagnostic est dans la plupart des cas

posé à un stade plus précoce.

Facilité de diagnostic--La maladie recherchée par le dépistage doit être facilement diagnostiquée par un symptôme unique ou un signe spécifique. Dans le cas du cancer du sein, le diagnostic est basé sur la présence d'une masse anormale à la palpation du sein ou d'une modification radiologique au niveau de la glande mammaire. La détection d'un seul de ces deux signes suffira à établir le présumé diagnostic de cancer du sein. Si ces deux signes sont présentés en même temps, le diagnostic positif n'en sera que plus probable.

On retrouve ces deux signes à un moment quelconque de l'évolution naturelle de la maladie et recherchés par un personnel médical et paramédical averti, ils s'avèrent faciles à déceler et spécifiques, tels qu'en font foi les nombreux diagnostics de cancer du sein posés par les malades elles-mêmes et par les médecins.

Possibilité de guérison--ou au moins d'arrêt de l'évolution naturelle de la maladie. Le dépistage en soi entraîne des inconvénients, des malaises, de l'anxiété. La découverte d'une maladie chez une personne jusque là ignorante de ce fait ne doit pas produire d'effets néfastes, mais entraîner une amélioration de l'état physique sans nuire à l'état psychique du malade. Il faut donc posséder une connaissance suffisante de la maladie afin d'appor-

ter l'assurance de l'efficacité des traitements proposés.

Des études sur le cancer du sein entreprises ailleurs et surtout celles du Health Insurance Plan of Greater New York (H.I.P.) qui se poursuivent depuis 1963 auprès de 62,000 femmes ont montré que de dépistage répété à l'aide de l'examen clinique et de la mammographie entraîne une diminution du taux de mortalité. Mais cette diminution ne s'applique presque exclusivement qu'aux femmes de 50 à 59 ans. Les chercheurs du H.I.P. affirment de plus que la majorité des malades dépistées l'ont été environ un an avant l'apparition des symptômes cliniques, donc un an avant la date habituelle du diagnostic, soit à un stade où les modifications pathologiques sont ordinairement confinées au sein. Il est donc permis d'affirmer que le dépistage du cancer du sein modifie l'évolution naturelle de la maladie, entraîne une diminution du taux de mortalité et laisse même entrevoir une possibilité de guérison. Actuellement, pour le cancer du sein, la guérison se définit comme une période post-opératoire de cinq ans exempte de rechute.

Disponibilité des ressources--Le dépistage doit être compatible avec les ressources disponibles dans le milieu étudié. Il doit également correspondre au contexte actuel de la pratique médicale de ce même milieu.

Il semble présentement possible d'entreprendre un programme de dépistage de masse dans le contexte actuel de la pratique médicale au Québec. Les frais encourus par les actes médicaux et chirurgicaux sont assurés par la Régie de l'Assurance-maladie. De nombreuses ressources matérielles indispensables à l'implantation d'un tel programme existent déjà tels que laboratoires, hôpitaux spécialisés, centres de traitement, etc. . . . Les ressources financières nécessaires pour répondre aux coûts d'administration, d'appareillage, d'hébergement, de traitements pourraient être fournies par des sociétés à but non lucratif, telle la Société Canadienne du Cancer, et de nombreux postes pourraient être comblés par des membres d'organismes bénévoles (accueil, transport, garderie, interprètes, etc.).

Méthodes de dépistage

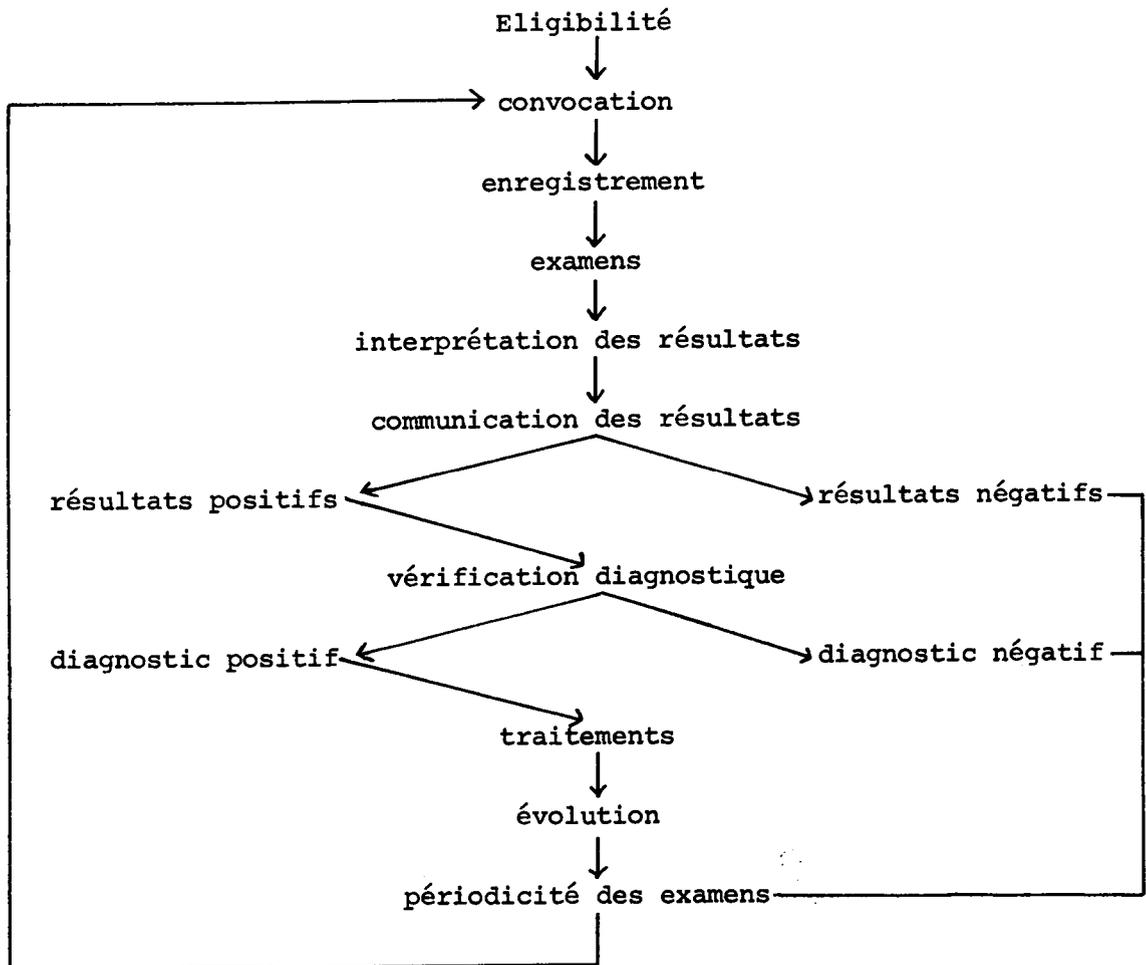
Différentes méthodes sont utilisées pour le dépistage du cancer du sein; l'auto-examen, l'examen clinique, la mammographie, la xérographie et la thermographie. Nous prévoyons l'utilisation conjuguée de l'examen clinique et de la mammographie, deux méthodes dont le coût d'exécution est modérément élevé et les inconvénients largement dépassés par leur spécificité et leur rapidité d'application.

Organisation du programme de dépistage

Pour être efficace, un programme de dépistage exige une préparation min-

utieuse et une planification rigoureuse. Il faut d'abord instaurer un centre d'administration qui regroupe les différents services: coordination, personnel médical et technique, équipement et locaux, secrétariat et organisation des cliniques, information, fichier central, travail d'évolution et de rappel, financement.

Cette première phase de planification étant solidement établie, il faut envisager l'application du programme qui comprend une succession d'étapes dans un processus continu. Ces étapes, toutes aussi essentielles les unes que les autres, peuvent se schématiser ainsi:



L'instauration d'un tel programme ne peut se faire de façon globale à travers la province de Québec. Il est évident que l'idéal du programme serait d'accueillir toutes les femmes. Mais en raison des coûts élevés, il faut établir une hiérarchie de priorités: les femmes de 50 à 59 ans; les femmes de 40 à 49 ans; les femmes de 30 à 39 ans. Il faut d'abord limiter l'accessibilité aux femmes de 50 à 59 ans, car elles sont les plus susceptibles de répondre favorablement à un traitement administré pendant le stade présymptomatique de la maladie et aussi parce que c'est dans cette tranche d'âge que la maladie est la plus fréquente. On retrouve aussi un nombre considérable de cas de cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans. D'autre part, le jeune âge des femmes du troisième groupe et la rapidité d'évolution de la maladie chez elles justifient leur accessibilité au programme.

Ces groupes prioritaires représentent plus de 1,000,000 de femmes au Québec et si l'on considère qu'une femme sur quinze sera atteinte du cancer du sein à un moment quelconque de son existence, cette première phase d'implantation du programme vaut d'être particulièrement bien établie.

La périodicité de l'examen de dépistage est déterminée par trois facteurs: l'évolution naturelle de la maladie; le degré de risque chez la participante; le danger des radiations. Il

semble que la fréquence des examens de dépistage devrait être d'environ 18 mois, si l'on veut déceler les nouveaux cas au stade présymptomatique de la maladie. Cette périodicité s'applique aux participantes initiales classifiées "personnes à risques élevés" et devra être limitée à cette catégorie de femmes, car il faut tenir compte du danger de la mammographie.

Ce programme devra être implanté région par région, en respectant les divisions administratives déjà établies par la Régie de l'Assurance-maladie du Québec. Un premier centre de dépistage serait établi à Montréal où se trouve plus de la moitié des femmes de la province (57, 5% en 1971). Puis graduellement les autres régions du Québec seraient rejointes, Montréal demeurant le centre de coordination.

Le centre de dépistage serait constitué, d'un local fixe avec secrétariat permanent, salles d'attente, salles d'examen, appareils radiologiques, et unités mobiles en nombre suffisant pour couvrir le territoire de la région. Les personnes dépistées dont le diagnostic est présumé positif seraient dirigées vers leur médecin traitant ou vers le centre de diagnostic le plus près afin de confirmer ou d'infirmier le diagnostic. Mais, quel que soit le diagnostic posé et les traitements préconisés le personnel du centre de dépistage devra rester en contact avec la malade et sa famille afin d'assurer la continuité du pro-

cessus de dépistage, d'en évaluer l'efficacité et le rendement et finalement d'en déterminer le coût.

Tel est le programme de dépistage que nous aimerions voir proposer aux femmes du Québec. Peut-être se réalisera-t-il un jour!

NOTES

1. T.H. C. Bardax, B. Christine et S.J. Cutler, "Increasing incidence and decreasing mortality rates for breast cancer," dans Cancer, Vol. 28 (1971), pp. 376-80; J.E. Dunn, "Epidemiology and possible identification of high risk groups that could develop cancer of the breast," dans Cancer, Vol. 23 (1969) pp. 775-80.
2. Ibid.; B.E. Henderson et al, "An epidemiologic study of breast cancer," Journal of the National Cancer Institute, Vol. 53 (1974), pp. 609-14.
3. R.M. Acheson, "Thoughts on a service for the pre-symptomatic diagnosis of a disease," Public Health (London), Vol. 77 (1963), pp. 261-73.
4. A.M. Lilienfeld, "Some limitations and problems of screening for cancer," Cancer, Vol. 33 (1974), pp. 1720-24.
5. Information-Canada, Statistics-Canada, New primary sites of malignant neoplasm in Canada (1973).
6. Cutler, op. cit.