



SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE SÉNOLOGIE  
ET DE PATHOLOGIE  
MAMMAIRE

## CONFÉRENCE DE PRESSE

Paris, Hôtel Régina Louvre

*Septembre 2022*

---

### CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME DE MOINS DE 40 ANS ET DE PLUS DE 70 ANS

*Spécificités, traitements, apports des nouvelles technologies :  
où en est-on dans la prise en charge des femmes ?*

---

## DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

---

**La SFSPM insiste sur l'importance d'une meilleure information en dehors de la tranche d'âge du dépistage organisé, du maintien d'un niveau de qualité élevé et d'une évaluation en continue des résultats des campagnes de dépistage.**

---

*Les Drs Luc Ceugnart, Chef du pôle d'imagerie médicale du CRLCC Oscar Lambret, Lille et Président de la SFSPM & Brigitte Séradour, radiologue à l'Hôpital Privé Beauregard, Marseille et présidente du CRCDC, PACA*

En France, le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) couvre la tranche d'âge de 50 à 74 ans avec invitation par les Centres Régionaux de Coordination des Dépistage des Cancers (CRCDC) à réaliser une mammographie et un examen clinique biennal associé en fonction de la densité mammaire à une échographie mammaire.

**Les résultats de ce programme de santé publique montrent une diminution régulière de la participation qui ne peut être imputée à la crise sanitaire.** Cette dernière a engendré en 2020 un net décalage dans la réalisation des examens de dépistage partiellement compensé en 2021 mais qui a entraîné des retards de prise en charge des cancers. Un récent rapport de l'IGAS (inspection générale des affaires sociales) publié au mois de juin 2022 a mis en exergue les limites actuelles de l'organisation en formulant des critiques sévères sur le déficit de gouvernance lié aux multiples autorités de tutelles et au manque d'interaction avec les professionnels de terrain mais aussi une absence d'adaptation aux évolutions technologiques.

**Ainsi, la deuxième lecture des mammographies**, pilier du système de DOCS qui permet de découvrir chaque année près de 1000 cancers non vus par le premier radiologue est actuellement limitée par l'absence de dématérialisation des examens radiologiques. Pourtant, des expériences ont été menées depuis plusieurs années mais sans véritable suivi décisionnel, obligeant à une seconde lecture « archaïque » des clichés imprimés et empêchant ainsi le déploiement de toute innovation (intelligence artificielle par ex). L'IGAS insiste également sur la nécessité d'améliorer le contrôle qualité des équipements (ANSM), d'obtenir de la part de la HAS des référentiels sur la Tomosynthèse et de mesurer plus efficacement les dépistages individuels (cotation spécifique).

**L'arrivée prochaine de nouvelles techniques** (dépistage basé sur le risque, biologie circulante, Imagerie et intelligence artificielle, etc..) impose de rendre le système plus agile et efficient. La mission de l'IGAS formule 22 propositions exigeantes avec un calendrier précis de mise en œuvre. Parmi celles-ci, la mise en place d'un pilotage stratégique centralisé associé à des comités opérationnels par dépistage regroupant les professionnels impliqués sur le terrain, une digitalisation totale de la procédure répondant aux objectifs du plan « Ma santé numérique » et une définition simplifiée des objectifs des

CRCDC (plus « d'aller vers » la population, meilleur suivi des personnes dépistées, nouveaux indicateurs plus pertinents) sont des priorités.

**La SFSPM insiste sur** l'importance du maintien d'un niveau de qualité élevé (contrôle qualité des installations mammographiques) et d'une évaluation en continue des résultats des campagnes de dépistage en donnant davantage d'autonomie en région pour adapter les actions à mettre en œuvre, tout en respectant le cadre national permettant une équité territoriale. L'IGAS présentera son travail le mercredi 10 novembre 2022 lors du [« forum du dépistage »](#), où Santé Publique France (SPF) abordera notamment les sujets relatifs aux délais de réalisation des mammographies ou encore la part du dépistage individuel en France.

**Le développement de solutions d'Intelligence artificielle (IA)** fait actuellement couler beaucoup d'encre et donne l'espoir de pouvoir à terme améliorer les performances des radiologues notamment en permettant de diminuer le volume de mammographie à interpréter en « triant » les examens normaux. Cependant aucun système ne semble aujourd'hui assez performant pour être déployé en pratique quotidienne, en dehors des questions éthiques et de responsabilités qui se poseront de façon inéluctable. D'autre part, des recherches sont en cours pour tenter de mieux définir le profil de femmes nécessitant un dépistage mammaire en fonction de leur risque personnel comme dans l'étude Européenne Mybeps par un prélèvement salivaire pour analyse « génomique ».

**La question du dépistage ne se pose pas pour les femmes de moins de 40 ans** en dehors des femmes à haut risque de Cancer (prédisposition génétique, histoire familiale de cancer du sein) pour lesquelles les recommandations établies par la HAS en 2014 sont toujours d'actualité (Consultation oncogénétique, surveillance clinique bi-annuelle et IRM mammaire annuelle). La discussion est plus complexe pour les femmes de 40 à 50 ans puisque 15 % des cancers surviennent dans cette tranche d'âge avec une balance bénéfice-risque moins pertinente dans un contexte de programme de santé publique. Pour le moment, le choix revient aux femmes qui doivent donc être correctement informées sur les avantages mais aussi les inconvénients de réaliser une imagerie des seins (Exposition aux rayons X, faux positifs, biopsie a posteriori inutile). Cependant certains pays débutent le dépistage dès 45 ans avec une fréquence de mammographie variable, ce sujet pourrait donc être remis sur la table de la HAS.

**Par contre, un effort de communication important devrait être fait pour les patientes qui « sortent du DOCS » après 74 ans.** On constate en effet qu'un grand nombre d'entre elles pensent qu'il n'est plus nécessaire d'effectuer de suivi ce qui induit la prise en charge de cancer à des stades tardifs. Ce thème sera traité durant le Forum grâce au travail des registres Français. Or le vieillissement est le facteur de risque le plus important pour le cancer du sein. Un suivi clinique annuel est indispensable malheureusement rarement effectué notamment en raison de la crise démographique médicale mais aussi d'un déficit d'information des professionnels de santé, notamment para-médicaux. La mammographie doit continuer à être réalisée tous les 2 ans sur prescription médicale en l'absence de comorbidités importantes.



**Le dépistage du cancer du sein reste un des éléments majeurs de la prise en charge globale des cancers du sein**, les résultats français issus des registres régionaux ayant montré que les femmes réalisant leurs mammographies de dépistage avaient un meilleur pronostic et surtout des traitements moins lourds que celles diagnostiquées cliniquement. Un système organisé permet le maintien de la qualité sur le long cours et une équité d'accès pour les femmes sur l'ensemble du territoire, un élément majeur dans cette période de difficulté d'accès aux soins liée aux déserts médicaux. L'évaluation en continu des résultats et du suivi des patientes est l'autre point important seul capable de répondre à une exigence légitime d'efficience en terme médical mais également économique. Pour ces raisons, le DOCS, qu'il est indispensable d'adapter aux évolutions technologiques et sociétales, doit être renforcé et défendu par l'ensemble des professionnels mais surtout par les principales intéressées, les femmes, quel que soit leur âge.

## INNOVATIONS THERAPEUTIQUES

---

### Deux orientations majeures se dégagent parmi les dizaines de communications présentées lors des récentes réunions scientifiques.

---

*Pr Jean-Marc Ferrero, oncologue médical, Centre Antoine Lacassagne, Nice*

L'année qui vient de s'écouler s'est avérée extrêmement riche en termes d'innovations thérapeutiques dans le domaine du cancer du sein. Outre le retour des praticiens en présentiel sur les grands congrès internationaux après la période COVID, deux orientations majeures se dégagent parmi les dizaines de communications présentées lors de ces réunions scientifiques.

**La première concerne l'apport des signatures génomiques** pour choisir le type de traitement médical à appliquer après la chirurgie. Les cancérologues en charge de cancer du sein se heurtent depuis des années au dilemme du sous-traitement et du sur-traitement concernant la chimiothérapie adjuvante. Le sous-traitement par crainte de la rechute métastatique et le sur-traitement par crainte d'une toxicité morbide. Les analyses moléculaires, autrement appelées « signatures génomiques » sont apparues comme le moyen de combiner plusieurs variables qui permettent de mieux analyser le risque de rechute. Les signatures distinguent les patientes en deux groupes : un groupe dit de bon pronostic qui ne nécessite pas de chimiothérapie adjuvante et auquel les médecins proposent le plus souvent une hormonothérapie, et un groupe dit « à haut risque de rechute » pour lequel il est préférable d'envisager une chimiothérapie. Jusqu'à présent les signatures génomiques avaient montré un intérêt dans les tumeurs du sein sans envahissement ganglionnaire. Plus récemment la signature OncotypeDX a montré qu'elle pouvait isoler un groupe de patientes à bon pronostic parmi celles qui avaient 1 à 3 ganglions envahis et qui étaient ménopausées. Ces patientes qui, jusqu'à présent, recevaient une chimiothérapie adjuvante peuvent maintenant bénéficier d'une signature génomique et ainsi éviter ce traitement lorsque le risque métastatique est inférieur à 10 % à 10 ans. **Ceci constitue une avancée thérapeutique majeure dans la prise en charge de ces patientes afin d'éviter des chimiothérapies inutiles et toxiques.**

**Le deuxième axe d'innovation thérapeutique repose sur ce qu'on appelle les anticorps conjugués.** Qu'est-ce qu'un anticorps conjugué ? Il s'agit de la combinaison d'un anticorps, dirigé contre une cible thérapeutique présente sur la cellule tumorale, sur lequel on a accroché une molécule de chimiothérapie. L'anticorps va ainsi servir de moyens de transport pour amener cette molécule de chimiothérapie cytotoxique directement au niveau de la cellule tumorale. On évite ainsi beaucoup de désagréments liés à la diffusion de la chimiothérapie au niveau de l'organisme tout entier.

L'anticorps conjugué appelé trastuzumab-déruxtécán a montré une efficacité très significative dans le cancer du sein métastatique, non seulement HER2 surexprimé, mais également dans les tumeurs qu'on appelle « HER2 low » c'est-à-dire exprimant peu le récepteur HER2.

Cet essai thérapeutique a fait l'objet d'une présentation en séance plénière au congrès de l'ASCO, saluée par une « standing ovation ». Ces résultats sont d'autant plus importants qu'ils concernent près de 45 % des femmes atteintes de cancer du sein. Les oncologues et les associations de patientes attendent avec impatience la mise à disposition de ce médicament dans cette indication.

**Un autre anticorps conjugué le sacituzumab-govitécan a montré également son efficacité dans le cancer du sein métastatique dit « triple négatif ».** Ce type de tumeur particulièrement agressif ne bénéficiait, jusqu'à maintenant, que de la possibilité d'une approche par chimiothérapie seule. Dans le cancer du sein triple négatif, il faut également saluer l'apport de l'immunothérapie (pembrolizumab) qui en association avec la chimiothérapie a permis d'obtenir de bien meilleurs résultats en situation dite néoadjuvante c'est-à-dire avant la prise en charge chirurgicale de la tumeur.

Beaucoup d'autres innovations thérapeutiques pourraient être listées, en particulier dans le domaine de l'hormonothérapie et des thérapies ciblées, mais il est évident que le domaine des anticorps conjugués ouvre des perspectives immenses et des espoirs thérapeutiques majeurs dans la prise en charge du cancer du sein mais également pour l'ensemble des tumeurs cancéreuses.



---

## CANCER DU SEIN ET NOUVELLES TECHNOLOGIES

---

**Les nouvelles technologies du numérique permettent des évolutions considérables dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des femmes.**

---

*Pr Emmanuel Barranger, Directeur général du Centre Antoine Lacassagne, Nice*

**Avec 33% des cancers féminins, le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment observé chez les femmes en France comme dans l'Union Européenne et aux États-Unis.** Soixante pour cent des cancers du sein sont détectés à un stade précoce, permettant de le soigner plus facilement mais aussi de limiter les séquelles liées à certains traitements. C'est un cancer de bon pronostic dont le taux de survie reste stable (87% de taux de survie nette standardisée à cinq ans des femmes diagnostiqués entre 2010 et 2015). Il est néanmoins la première cause de décès par cancer chez les femmes (12 100 décès en 2018, -1,6 % par an).

Dans la lutte contre le cancer, les médecins disposent de plus en plus de thérapie ciblée mais bénéficient également de l'assistance des nouvelles technologies de l'information et du numérique, participant pour ces dernières à l'amélioration des chances de guérison tout en préservant les effets secondaires par rapport aux thérapeutiques conventionnelles. Qu'il s'agisse d'objets connectés, d'intelligence artificielle ou de big-data, ces nouvelles technologies du numérique permettront des évolutions considérables aussi bien dans la prévention que dans le traitement des cancers du sein. Grace à la collecte et à l'analyse des données massives obtenus par l'utilisation d'algorithmes et d'intelligence artificielle, des actions de prévention, les moyens diagnostiques, les traitements et les modalités de suivi des patientes atteints par un cancer du sein pourraient être beaucoup plus efficaces, tout en diminuant le coût de la santé. **Ces nouvelles technologies sont déjà bien implantées en radiothérapie et en imagerie.** La recherche médicale associée à l'exploitation des données de big-data permettra de choisir les meilleurs sujets pour les essais de recherche clinique et d'analyser les résultats grâce à l'utilisation d'algorithmes.

## ANNEXE

### LES JOURNÉES DE LA BREAST ACADEMY – 11 & 12 NOVEMBRE 2022

---

#### **Pourquoi la BREAST ACADEMY <sup>1</sup>?**

La Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire innove. Fort du succès annuel de son congrès national et de la volonté de le faire évoluer, le Conseil d'administration de la SFSPM a mis en place de nouvelles modalités afin de répondre aux besoins des « praticiens Juniors » en cancérologie mammaire.

Une réflexion avec de jeunes médecins a donné naissance à la création de la BREAST ACADEMY (BA), un nouveau groupe multidisciplinaire destiné aux jeunes spécialistes de la pathologie mammaire souhaitant améliorer leurs connaissances théoriques et pratiques mais aussi désireux de s'investir au sein de la SFSPM. La BREAST ACADEMY a aussi pour ambition de créer un réseau national de jeunes experts dans le domaine de la cancérologie mammaire.

#### **En quoi consistent les Journées de la BREAST ACADEMY ?**

La BREAST ACADEMY est organisée à la suite du Congrès de la Société sous la forme de deux demi-journées (vendredi après-midi et samedi matin). Cette session complémentaire a pour vocation d'optimiser la formation multidisciplinaire des praticiens (oncologie médicale, radiothérapie, chirurgie, gynécologie, anatomopathologie et radiologie) et ce dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.

Les Journées de la BREAST ACADEMY se dérouleront comme suit :

- **Session éducative** (Recommandations de bonnes pratiques)
- RCP junior (RCP autour de cas complexes)
- **Session BREAKFAST / MEET THE EXPERT** (Rencontre entre les experts et les juniors)
- **Session Controverse**
- **Session TAKE HOME MESSAGES**

---

<sup>1</sup> Membres fondateurs

Dr Antoine ARNAUD (Oncologie Radiothérapie, responsable de la BA), Dr Marie BANNIER (Chirurgie), Dr Pierre HEUDEL (Oncologie Médicale), Dr Nicolas POUGET (Chirurgie), Dr Delphine RAOUX (Anatomo-pathologie), Dr Claudia REGIS (Chirurgie), Dr Christine ROUSSET-JABLONSKI (Gynécologie).