

Auto-examen des seins

La présente opinion de comité a été élaborée par le comité sur les maladies mammaires de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Elle a été approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEUR PRINCIPAL

Vera Rosolowich, inf. aut., SCM, IBCLC, Winnipeg (Man.)

MEMBRE DU COMITÉ SUR LES MALADIES MAMMAIRES

Robert H. Lea, président, MD, FRCSC, Glen Haven (N.-É.)

Pierre Lévesque, MD, FRCSC, Rimouski (Québec)

Fay Weisberg, MD, FRCSC, Toronto (Ont.)

James Graham, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)

Lynne McLeod, MD, FRCSC, Halifax (N.-É.)

Vera Rosolowich, RN, SCM, IBCLC, Winnipeg (Man.)

Résumé

Objectif : Examiner la valeur de l'enseignement de la pratique régulière de l'auto-examen des seins (AES).

Issue : Diminution des taux de biopsie bénigne.

Avantages : Mieux conseiller les femmes au sujet des risques et des avantages de l'AES, et faire en sorte que les femmes qui choisissent d'avoir recours à l'AES bénéficient d'un enseignement leur permettant de disposer des compétences nécessaires pour y procéder de façon efficace.

Déclaration sommaire : L'enseignement systématique de l'AES n'entraîne pas de baisse du taux de mortalité; de plus, il est probable qu'il entraîne une hausse des taux de biopsie bénigne. (I)

Recommandations :

1. L'AES ne devrait pas être systématiquement enseigné aux femmes. (ID)
2. Une discussion exhaustive au sujet de l'AES (y compris sur les risques qui y sont associés) devrait être soulevée avec les femmes qui en font la demande. (IIIA)
3. Lorsqu'une femme prend la décision éclairée de pratiquer l'auto-examen des seins, ses fournisseurs de soins devraient s'assurer qu'elle dispose des compétences nécessaires et qu'elle procède à l'auto-examen de façon efficace. (IIIA)

Mots clés : Breast self-examination, breast cancer, mammography, mortality

Validation : La présente opinion de comité a été élaborée par le comité sur les maladies mammaires de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Elle a été approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Commanditaire : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 28, n° 8, 2006, p. 731-734

CONTEXTE

Depuis la publication des recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs en 2001¹, les femmes ne savent plus quoi penser de la valeur de la pratique régulière de l'auto-examen des seins (AES). Une analyse des résultats n'en est pas seulement venue à la conclusion que la pratique régulière de l'AES ne conférerait aucun avantage en matière de survie à la suite d'un cancer du sein, mais a également indiqué que cette pratique pouvait même entraîner des effets négatifs. Une analyse menée en 1994² en est venue à la conclusion que les données s'avéraient insuffisantes pour justifier l'inclusion ou l'exclusion de l'enseignement de l'AES dans le cadre de l'examen de santé périodique. L'ajout des « effets nuisibles » à la mise à jour de 2001 a mené à la recommandation voulant que « l'enseignement systématique de l'auto-examen des seins soit exclu de l'examen de santé périodique pour les femmes se trouvant dans les groupes d'âges de 40 à 49 ans et de 50 à 69 ans ». Au moment de la publication de cette mise à jour, les organisations s'intéressant au cancer et les groupes de femmes ont soulevé un tollé dans les médias; de façon concomitante, les revues professionnelles ont également fait état de la controverse ainsi soulevée.

Lerner³ replace la situation dans son contexte historique. La pratique systématique de l'auto-examen des seins avait été recommandée pendant plus de 70 ans et avait été endossée par la *American Cancer Society* et le *National Cancer Institute*. Dans les années 1970, conjointement à l'introduction de

Les opinions de comité font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Critères d'évaluation des résultats et classification des recommandations

Niveaux des résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique²¹.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique²¹.

recommandations formelles quant au dépistage (lesquelles comprenaient l'AES), le mouvement féministe s'est porté à la défense de la cause. Depuis lors, les femmes en sont venues à croire que le dépistage précoce du cancer du sein menait inévitablement à sa prévention et même à sa guérison⁴. Cette croyance impose un lourd fardeau aux femmes.

DISCUSSION

Bien que l'AES ait été vastement préconisé, les chercheurs n'ont pas été en mesure de prouver que cette pratique entraînait une diminution du taux de mortalité attribuable au cancer du sein. Ce fut la publication des essais comparatifs randomisés menés à Shanghai⁵ et en Russie^{6,7} (qui indiquaient que l'AES n'entraînait aucune diminution du taux de mortalité ou du stade de cancer du sein), et la constatation de taux accrus de biopsie mammaire bénigne qui ont mené à l'analyse dans le cadre de laquelle Baxter et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ont fait passer la cote de l'enseignement systématique de l'AES de C à D, indiquant des motifs raisonnables de croire que l'on devait exclure cet enseignement de l'examen de santé périodique pour les femmes âgées entre 40 et 69 ans.

De toutes les études citées, l'étude de Shanghai⁵ est celle qui offre les résultats de la plus grande qualité au sujet de l'enseignement de l'AES. Cette étude est issue de l'analyse du cas de 266 064 femmes ayant été affectées au hasard à un groupe d'enseignement de l'AES ou à un groupe témoin. L'enseignement intensif de l'AES et son renforcement sur

une période de cinq ans n'ont pas entraîné de diminution du taux de mortalité attribuable au cancer du sein; ils ont toutefois entraîné une hausse du taux de biopsie mammaire bénigne dans le groupe AES, par comparaison avec le groupe témoin (risque relatif [RR], 1,84, intervalle de confiance [IC] à 95 %, 1,73–1,95), résultat s'étant également manifesté dans le cadre de l'essai russe/OMS^{6,7} (à 5 ans, RR, 1,5, IC à 95 %, 1,1–1,9) et de l'essai britannique⁸ (0,91 %, par comparaison avec 0,61 %). Ces résultats ont mené à la conclusion que, « en l'absence de mammographie, il est peu probable que les programmes favorisant l'AES mènent à une baisse du taux de mortalité attribuable au cancer du sein ». Ainsi, les femmes qui choisissent de procéder à l'auto-examen des seins devraient être avisées que l'efficacité de cette pratique n'a pas été prouvée et que celle-ci peut accroître le risque de subir une biopsie mammaire dont les résultats s'avéreront bénins.

L'une des critiques¹⁰ soulevées était fondée sur le fait que l'étude de Shanghai ne reposait que sur un suivi de cinq ans; toutefois, les résultats de cette étude ont été confirmés par la publication des données à 10 ans⁹. Nekhlyudov et Fletcher¹⁰ ont également souligné que, puisque les taux de cancer du sein sont plus faibles en Chine et en Russie qu'en Amérique du Nord, il était probable que les taux de faux positifs générés par l'AES seraient accrus dans ces pays; ils se sont également demandés si les résultats faux positifs générés par l'AES pouvaient être aussi élevés dans les pays faisant appel à des méthodes de dépistage concomitantes.

Miller, Baines et Harvey¹¹ ont noté que l'étude russe ne se référerait qu'à la composante Saint-Petersbourg. Ils ont remis en question la validité statistique des rapports en raison d'une randomisation en grappes et ont affirmé qu'il était prématuré de procéder à des recommandations fondées sur cet essai, en l'absence de données approuvées par l'Organisation mondiale de la santé. Malheureusement, les données issues de la branche Moscou sont incomplètes et il est possible qu'elles ne soient jamais complétées.

Dans une lettre adressée au rédacteur en chef du CMAJ¹¹, Baxter a été critiquée par les auteurs de l'étude pour son interprétation des résultats d'une étude cas-témoins faisant partie de l'Étude nationale sur le dépistage du cancer du sein¹², laquelle signalait que la bonne observance de l'AES exerçait un effet significatif sur la diminution du taux de mortalité attribuable au cancer du sein. Cependant, dans le cadre d'une analyse de sous-groupe, certaines composantes de l'AES ont présenté un rendement différent chez les cas et chez les témoins, ce qui (selon Baxter et en fonction d'une analyse de régression) augmente le risque que les résultats aient été faussés.

Harris¹³ souligne que certaines données indiquent que l'examen physique exécuté de façon exemplaire, qu'il s'agisse de l'examen des seins effectué en clinique ou de l'auto-examen des seins, peut en fait s'avérer efficace et que certaines données issues d'études cas-témoins indiquent que l'AES effectué correctement peut entraîner une baisse du taux de mortalité. Cependant, les défis logistiques et financiers, devant être surmontés pour enseigner à toutes les femmes la bonne façon de procéder à l'AES, rendent cette solution inefficace à titre de stratégie s'adressant à la population générale en vue d'assurer la baisse du taux de mortalité attribuable au cancer du sein.

Une méta-analyse¹⁴ et plusieurs analyses, y compris une analyse documentaire menée en 1999 par le *Australian National Breast Cancer Centre*¹⁵ et une analyse menée en 2003 par la *Cochrane Collaboration* (réimprimée en 2005)¹⁶, en viennent aux mêmes conclusions que le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Ces études n'ont pas été en mesure de constater la présence de quelque avantage que ce soit et en sont venues à la conclusion qu'il existait des motifs raisonnables de croire que l'AES pouvait en fait s'avérer nuisible.

En plus d'entraîner une probabilité accrue de mise en œuvre d'une intervention effractive dont les résultats s'avèreront bénins, le dépistage par AES peut causer un trouble émotif, ainsi qu'une probabilité accrue de mise en œuvre d'une mammographie diagnostique et de déformation et de cicatrisation mammaires, bien que celle-ci soit devenue de moins en moins probable grâce à l'utilisation répandue de la microbiopsie.

En 1991, nous avons assisté à une tendance voulant remplacer l'AES par le concept de « sensibilisation à la santé mammaire (*Breast Awareness*) » au R.-U., laquelle a été décrite comme étant déroutante^{11,17,18} et peu différente de l'AES. Une analyse¹⁹ en est venue à la conclusion que « la sensibilisation à la santé mammaire offrait une certaine reconnaissance du rôle que pouvaient jouer les femmes dans la lutte contre les maladies mammaires ». Bien que les masses mammaires soient décelées de façon fortuite par les femmes elles-mêmes (y compris par celles qui pratiquent l'AES), l'AES est vu par de nombreuses femmes comme un moyen de maintenir un certain contrôle sur leur santé; elles sont donc peu enclines à l'abandonner. D'autres femmes, pour lesquelles le rituel mensuel de l'AES provoque de l'anxiété, sont plutôt soulagées lorsqu'on leur conseille d'abandonner cette pratique. Les médecins et les autres praticiens se doivent de respecter les croyances et les attentes de ces femmes. Bien que les données dont nous disposons indiquent que l'enseignement systématique de l'AES n'entraîne aucun avantage, certaines femmes (particulièrement celles qui courent des risques élevés de présenter un cancer du sein) l'exigeront néanmoins. Il est impératif que les femmes bénéficient de services de counseling quant aux risques associés à la pratique de l'AES. Lorsqu'une femme souhaite néanmoins y avoir recours, il est essentiel qu'elle dispose d'une bonne technique; l'enseignement doit être exhaustif et la compétence devrait faire l'objet d'une évaluation. Dans bon nombre de situations, l'orientation vers un professionnel de la santé formé quant aux techniques d'AES s'avère appropriée.

Les femmes devraient être incitées à connaître ce qui est normal dans leur situation, à obtenir des renseignements quant aux symptômes précoces du cancer du sein et à signaler sans délai toute modification ou préoccupation. Il est encourageant de constater qu'une étude récente a indiqué qu'il était peu probable que le fait de ne pas recommander l'AES influence la participation à la mammographie²⁰.

DÉCLARATION D'OPINION

1. L'enseignement systématique de l'auto-examen des seins n'entraîne pas de baisse du taux de mortalité; de plus, il est probable qu'il entraîne une hausse des taux de biopsie bénigne. (I)

Recommandations

1. L'AES ne devrait pas être systématiquement enseigné aux femmes. (ID)
2. Une discussion exhaustive au sujet de l'AES (y compris sur les risques qui y sont associés) devrait être soulevée avec les femmes qui en font la demande. (IIIA)

3. Lorsqu'une femme prend la décision éclairée de pratiquer l'AES, ses fournisseurs de soins devraient s'assurer qu'elle dispose des compétences nécessaires et qu'elle procède à l'auto-examen de façon efficace. (IIIA)

RÉFÉRENCES

- Baxter N; Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. « Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? », *CMAJ*, vol. 164, 2001, p. 1837–46.
- Morrison BJ. « Dépistage du cancer du sein », dans : Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa : Santé Canada, 1994, p. 891–900.
- Lerner B. « When statistics provided unsatisfying answers: revisiting the breast self-examination controversy », *CMAJ*, vol. 166, n° 2, 2002, p. 199–201.
- Éditorial. « Breast cross-examination », *CMAJ*, vol. 165, n° 3, 2001, p. 261–263.
- Thomas DB, Gao DL, Self SG, Allison CJ, Tao Y, Mahloch J et coll. « Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: methodology and preliminary results », *J Natl Cancer Inst*, vol. 89, 1997, p. 355–65.
- Semiglazov VF, Sagaidak VN, Mikhailov EA. « Study of the role of breast self-examination in the reduction of mortality from breast cancer. The Russian Federation/The World Health Organization Study », *Eur J Cancer*, vol. 29A, n° 14, 1993, p. 2039–46.
- Semiglazov VF, Manikhas AG, Moiseenko VM, Protsenko SA, Kharikova RS, Seleznev IK et coll. « Results of a prospective randomized investigation [Russia (St Petersburg)/WHO] to evaluate the significance of self-examination for the early detection of breast cancer [en russe] », *Vopr Onkol*, vol. 49, n° 4, 2003, p. 4434–41.
- « 16-year mortality from breast cancer in the UK Trial of Early Detection of Breast Cancer », *Lancet*, vol. 353, n° 9168, 1999, p. 1909–14.
- Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL et coll. « Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results », *J Natl Cancer Inst*, vol. 94, n° 19, 2002, p. 1445–57.
- Nekhlyudov L, Fletcher SW. « Is it time to stop teaching breast self-examination? », *CMAJ*, vol. 164, n° 13, 2001, p. 1851–2.
- Miller AB, Baines C, Harvey B. « Breast self-examination », *CMAJ*, vol. 166, n° 2, 2002, p. 163.
- Harvey BJ, Miller AB, Baines CJ, Corey PN. « Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer », *CMAJ*, vol. 157, n° 9, 1997, p. 2039–46.
- Harris R, Kinsinger LS. « Routinely teaching breast self-examination is dead. What does this mean? », *J Natl Cancer Inst*, vol. 94, n° 19, 2002, p. 1420–1.
- Hackshaw AK, Paul EA. « Breast self-examination and death from breast cancer: a meta-analysis », *Br J Cancer*, vol. 88, n° 7, 2003, p. 1047–53.
- Clarke V, NHMRC National Breast Cancer Centre (Australie). *The effectiveness of breast self-examination: a literature review*, NHMRC National Breast Cancer Centre, Australie.
- Kösters JP, Gotzsche PC. « Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer », *The Cochrane Data Base of Systematic Reviews*, numéro 2, 2003.
- Austoker J. « Breast self-examination », *BMJ*, vol. 326, 2003, p. 1–2.
- English J. « Importance of breast awareness in identification of breast cancer », *Nurs Times*, vol. 99, n° 40, 7–13 oct. 2003, p. 18–9.
- McCready T, Littlewood D, Jenkinson J. « Breast self-examination and breast awareness: a literature review », *J Clin Nurs*, vol. 14, n° 5, 2005, p. 570–8.
- Jelinski SE, Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM. « The influence of breast self-examination on subsequent mammography participation », *Am J Public Health*, vol. 95, n° 3, 2005, p. 506–11.
- Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*, Ottawa (Ont.), Groupe Communication Canada Inc., 1994.