

Docteur, j'ai une masse au sein. Est-ce un cancer ?

*Réjean Duplain, Marie-Michèle Livernoche
et Judy Deschesnes*

M^{me} Massé, 45 ans, entre en pleurs dans votre cabinet. Elle a trouvé une bosse sur son sein droit ce matin, et c'est la panique. « Ça y est, j'ai le cancer ! Je suis trop jeune pour mourir ! » Elle vous raconte ensuite que son amie de 40 ans vient de recevoir un diagnostic de cancer du sein.

UN DIAGNOSTIC DE CANCER est posé chez 11 % des femmes qui présentent une masse au sein¹. Les erreurs diagnostiques et le retard dans l'établissement du diagnostic de cancer constituent des risques significatifs pour les patientes. Entre 2003 et 2007, environ 100 000 Canadiennes ont reçu un diagnostic de cancer du sein et un peu plus de 25 000 en sont mortes². Au Canada, pendant la même période, les médecins de famille se sont vu assigner une part des soins des patientes atteintes de cancer du sein dans 39 % (69/164) des dossiers qui se retrouvent devant la justice ou les ordres de médecins : omission de continuer l'évaluation, délais ou négligence à assurer un suivi ou mauvaise interprétation des épreuves diagnostiques^{3,4}. La plupart des problèmes faisant l'objet de poursuites concernent des patientes jeunes chez qui les délais diagnostiques ont conduit, dans 17 % des cas, à un décès prématuré ou à une invalidité permanente^{3,4}. Des études à répartition aléatoire ont établi qu'un diagnostic et un traitement précoces peuvent réduire la mortalité⁵.

Le D^r Réjean Duplain, omnipraticien, exerce à l'unité de médecine familiale (UMF) de Trois-Rivières et est professeur adjoint de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal depuis cinq ans. Les D^{res} Marie-Michèle Livernoche et Judy Deschesnes sont résidentes à l'UMF de Trois-Rivières, milieu de formation lié à l'Université de Montréal, depuis juillet 2009.

Est-ce un cancer ?

Même si la plupart du temps la démarche diagnostique révèle un problème bénin, une femme qui consulte en raison d'une masse au sein mérite toute notre attention. Les lésions les plus fréquentes sont les fibroadénomes et les kystes, mais il n'existe pas de méthode clinique simple pour faire la distinction entre les lésions bénignes et les cancers.

Avant tout, le médecin doit procéder à une estimation du risque qui déterminera la suite de son évaluation. Les seules masses au sein qui nécessitent un traitement sont les cancers. Le véritable défi du clinicien est donc d'éliminer de façon quasi certaine la présence d'un cancer. L'examen de référence pour y arriver est la biopsie exérèse de la masse, qui n'est évidemment pas souhaitable chez toutes les patientes (en raison du traumatisme physique, de la douleur, des effets psychologiques et des coûts qui y sont associés).

Depuis l'avènement des centres d'évaluation désignés et de la mammographie de dépistage systématique chez les femmes de 50 à 70 ans, les omnipraticiens évaluent moins de cas cliniques de cancer du sein. Cependant, le médecin de première ligne est celui qui verra initialement la patiente et qui devra la conseiller sur la suite des examens paracliniques. Il est aussi celui qu'elle pourra consulter de nouveau en cas de problèmes. Il doit donc bien comprendre la logique de l'évaluation et du suivi dans le diagnostic des masses au sein.

Tableau I**Caractéristiques des lésions cancéreuses et bénignes à l'examen physique¹⁷**

| Caractéristique | Cancer | Lésion bénigne |
|-----------------|--------|----------------|
| Molle | 38 % | 61 % |
| Unique | 91 % | 91 % |
| Mobile | 61 % | 84 % |
| Régulière | 41 % | 67 % |
| < 2 cm | 28 % | 63 % |

Source : Venet L, Strax P, Venet W et coll. Adequacies and inadequacies of breast examinations by physicians in mass screening. *Cancer* 1971 ; 28 : 1546-51. © 2010. Reproduit avec la permission de Wiley-Liss, Inc., une filiale de John Wiley & Sonc, Inc.

L'évaluation clinique

L'anamnèse commence par les circonstances ayant mené à la découverte de la masse, son emplacement précis, la présence ou non d'écoulement du mamelon et la variation de la masse avec le cycle menstruel. Il faut aussi tenir compte du fait que les femmes plus âgées vont en général tarder à consulter pour une masse au sein, même si elles sont plus à risque.

Le clinicien s'informe aussi des problèmes passés : antécédents de biopsie (risque accru en cas d'hyperplasie atypique) et de cancer du sein et autres facteurs de risque (voir l'article des D^{res} Gauthier et Dostie intitulé : « SEINvestir dans la prévention ? », dans le présent numéro). Des antécédents de kystes aux seins augmentent aussi le risque de cancer, mais pas suffisamment pour recommander un suivi particulier¹.

L'examen

Le médecin doit tenir compte du fait que les jeunes femmes ont souvent des seins plus denses et plus fermes, avec ou sans dysplasie, ce qui interfère avec la

recherche d'une masse à la palpation et peut conduire à une consultation en chirurgie malgré l'absence de masse. En fait, le tiers seulement des femmes de moins de 40 ans dirigées vers un milieu spécialisé ont vraiment une masse⁵. En cas de doute, une deuxième opinion (ou une échographie) peut être demandée à un clinicien plus expérimenté. Même si le résultat de l'échographie est négatif, les patientes chez qui un doute persiste devraient être réexaminées de deux à quatre mois plus tard.

En cas de masse dominante dans le tissu mammaire, il faut rechercher des signes de cancer : lésion unique, dure, non mobile, contours irréguliers, plus de 2 cm. Toutefois, les masses malignes ne répondent pas toutes à ces caractéristiques (tableau I). Le comité de direction canadien sur les guides de pratique clinique dans le traitement du cancer du sein recommande donc aussi l'évaluation des éléments suivants : contours de la masse (lorsqu'ils sont mous et bien démarqués, la lésion est en général bénigne), douleur (il n'y a habituellement pas de douleur dans 92 % des cas de cancer), écoulement unilatéral du mamelon (associé au cancer dans 14 % des cas) et ganglions axillaires et supraclaviculaires¹. L'inspection et la palpation effectuées de façon méthodique et attentive terminent la cueillette des données.

L'impression

Après l'anamnèse et l'examen, le clinicien est à même d'estimer le risque global de cancer du sein de sa patiente en soupesant et en synthétisant l'ensemble des données cliniques recueillies.

Dans une étude faite dans un milieu spécialisé par des examinateurs expérimentés, la valeur prédictive positive de l'examen clinique dans l'évaluation d'une masse au sein quant à la présence d'un cancer était de 73 % tandis que la valeur prédictive négative était de 87 %, d'où la nécessité de poursuivre l'évaluation par des tests diagnostiques appropriés¹.

Dans une étude faite dans un milieu spécialisé par des examinateurs expérimentés, la valeur prédictive positive de l'examen clinique dans l'évaluation d'une masse au sein quant à la présence d'un cancer était de 73 % tandis que la valeur prédictive négative était de 87 %, d'où la nécessité de poursuivre l'évaluation par des tests diagnostiques appropriés.

Repère

La communication

Le délai dans l'évaluation est important pour les patientes. Il est rarissime que les lésions au sein soient une urgence médicale en soi. Cependant, les masses au sein engendrent une anxiété marquée, car les femmes envisagent la possibilité d'un cancer et des conséquences potentielles : la mutilation d'un symbole de féminité, la perte de cheveux associée au traitement ou même la mort. Tout retard dans l'évaluation risque donc d'amplifier les craintes et la détresse des femmes. Ces répercussions psychologiques sont différentes d'une patiente à l'autre et doivent être évaluées cliniquement. Une approche compréhensive et ouverte à ces préoccupations est essentielle.

Le médecin doit discuter avec la patiente en toute honnêteté, mais sans être alarmiste, des résultats de l'évaluation clinique et de son degré de doute quant au cancer, pour lui permettre de participer aux décisions et de donner un consentement éclairé. Évidemment, la composante émotive est verbalisée, évaluée et prise en compte. Le médecin propose aussi une conduite à tenir selon sa connaissance de l'expertise des ressources diagnostiques locales et des consultants.

Premier réflexe, la mammographie. Est-ce le bon ?

Après l'anamnèse et l'examen physique, vous songez à demander une mammographie diagnostique : vous savez que cet examen a un rendement diagnostique élevé. Vous pourriez rassurer la patiente dont le résultat est négatif. Malheureusement, ce n'est pas aussi simple. Il est vrai que la mammographie a un rendement diagnostique élevé, mais elle n'est pas sensible à 100 %. En effet, son taux de faux négatifs varie de 4 % à 12 %⁶. Ainsi, la sensibilité est plus faible chez les femmes qui ont des seins denses à la mammographie, soit les jeunes femmes, mais aussi chez certaines patientes de plus de 35 ans⁷. Quelles sont alors les options diagnostiques valables pour l'évaluation d'une masse au sein ?

Dans les articles^{1,8,9} récents importants sur l'évaluation des masses au sein, l'approche initiale est la même. Cependant, les conduites varient dans la suite des algorithmes. Il importe donc de bien comprendre les avantages et les limites de chaque test.

Si l'évaluation clinique prédit un risque élevé de cancer (antécédents de cancer, rétraction de la peau ou du mamelon, peau d'orange ou ganglions dans les territoires de drainage), la patiente devrait être orientée d'emblée en spécialité.

Chez les femmes dont le risque est plus faible, la première étape consiste à éliminer la présence d'un kyste simple. Trois options initiales s'offrent au médecin de première ligne : la ponction (ou biopsie) à l'aiguille fine, l'imagerie médicale ou l'orientation en spécialité. Ce choix s'exercera en fonction des facteurs de risque, des découvertes à l'examen, de l'âge et des préférences de la patiente et de l'expérience du médecin dans la biopsie à l'aiguille fine.

Tout d'abord, abordons la biopsie à l'aiguille fine. Cette technique est décrite dans l'*encadré* et peut être facilement réalisée en cabinet, à peu de frais au cours de la même visite que l'évaluation. Elle a, en outre, l'avantage de rassurer immédiatement la patiente si l'évacuation du kyste est complète. Il faut toutefois en rappeler les limites. D'abord, elle donne un échantillon cellulaire et non histologique. Deuxièmement, sa sensibilité (de 65 % à 98 %) et sa spécificité (de 34 % à 100 %)¹ dépendent de plusieurs facteurs non négligeables, dont l'expérience technique du médecin (échantillonnage adéquat) et l'expertise du cytologiste (qui doit être connue). Dans des mains expertes, la ponction à l'aiguille fine est d'une aide précieuse dans le processus diagnostique. Elle est recommandée en première intention dans les lignes directrices de l'Université de Toronto (1998)¹⁰ et fait partie des méthodes à maîtriser selon le Collège des médecins de famille du Canada.

Elle permet de conclure à un kyste s'il y a aspiration d'un liquide caractéristique verdâtre ou clair. Il n'est alors pas nécessaire d'acheminer l'échantillon obtenu

Le médecin doit discuter avec la patiente en toute honnêteté, mais sans être alarmiste, des résultats de l'évaluation clinique et de son degré de doute quant au cancer pour lui permettre de participer aux décisions et de donner un consentement éclairé.

Repère

Encadré

Technique de biopsie à l'aiguille fine^{9,10,16}

Méthode

Un rappel de la technique. Le clinicien doit stabiliser la masse entre deux doigts, puis insérer une aiguille de 22 G ou 24 G (*photo*) en appliquant une forte pression négative dans la seringue une fois la lésion atteinte. Il doit faire plusieurs passes s'il s'agit d'une lésion solide. Mieux vaut stabiliser la masse près d'une côte, surtout si elle se trouve en profondeur, de manière à prévenir la formation d'un pneumothorax. L'anesthésie locale est parfois utile. Le clinicien doit ensuite vérifier la présence d'une masse résiduelle en faisant un nouvel examen du siège de la lésion. Seuls les prélèvements solides ou contenant du sang doivent être envoyés en cytologie. En cas de doute, un Hémastix peut être fait sur le liquide. À noter que le sang peut aussi être d'origine traumatique.



Photo. Succion lors de la ponction à l'aiguille fine.

Matériel

- ⊗ Seringue de 5 cc ou 10 cc
- ⊗ Aiguille de 22 G ou 24 G
- ⊗ Anesthésique local
- ⊗ Pot et liquide de conservation de votre laboratoire

Avantages

- ⊗ Patiente rassurée immédiatement s'il s'agit d'un kyste
- ⊗ Prélèvement cellulaire possible
- ⊗ Démarche bien établie

Complications

- ⊗ Hématome local
- ⊗ Infection locale
- ⊗ Pneumothorax (rare, pour les lésions plus près du thorax)

Inconvénients

- ⊗ Douleur et effraction cutanée pendant l'intervention
- ⊗ Résultats dépendants de l'expertise du médecin et du cytologiste

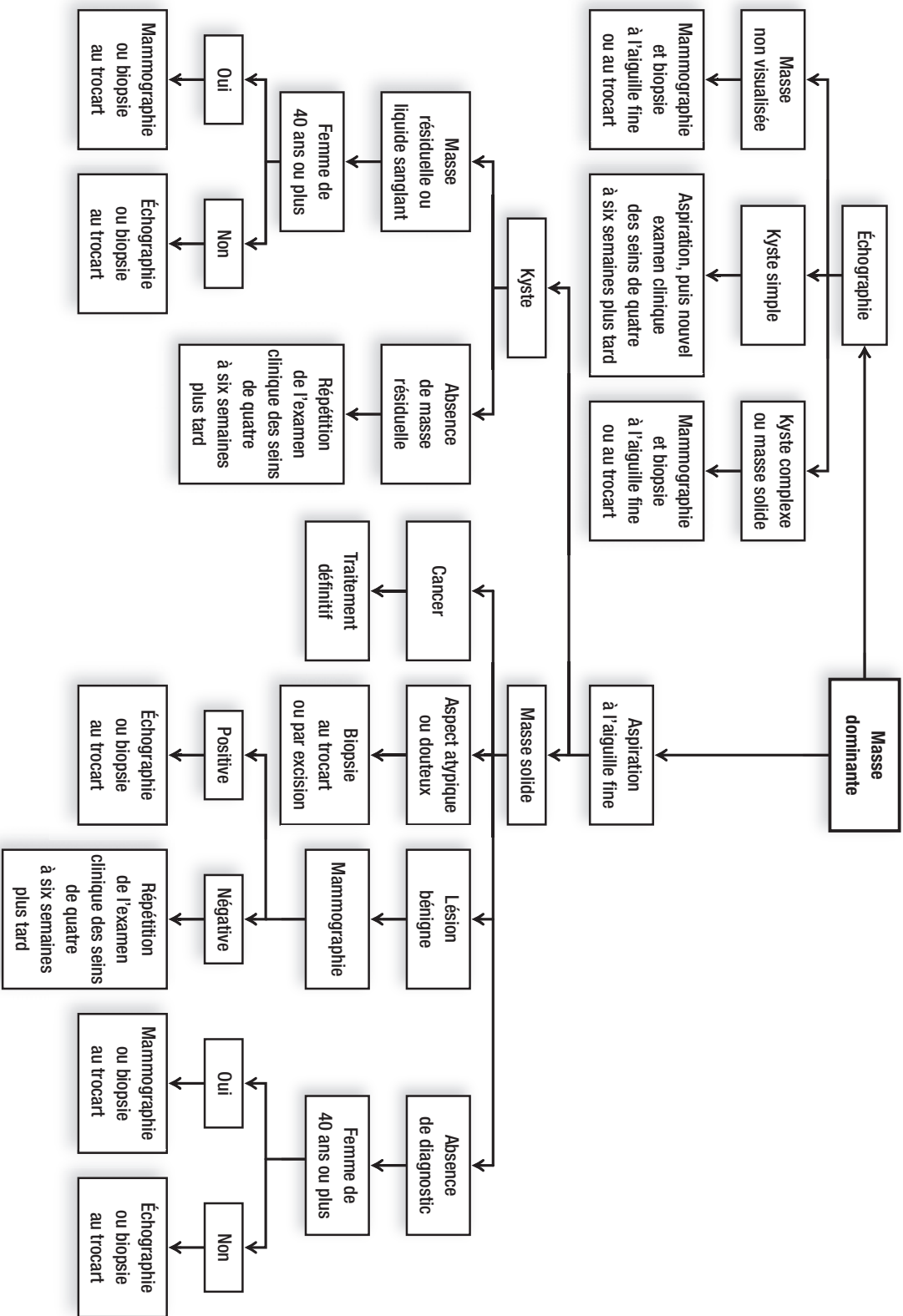
en cytologie. La patiente doit être revue de quatre à six semaines plus tard pour vérifier si la masse est revenue. Dans l'affirmative, le risque de cancer est accru et l'évaluation devra être poursuivie. L'absence de récurrence marque la fin de l'évaluation, mais un suivi clinique peut être approprié¹¹.

Si la masse est encore palpable après l'aspiration de tout le liquide ou s'il y a eu aspiration de sang (liquide à analyser en cytologie) ou absence de matériel significatif, il faut poursuivre par l'imagerie médicale^{1,9} (ou par une biopsie au trocart^{1,8,9} ou une exérèse^{1,8}), puisque le risque de cancer est alors plus élevé.

La ponction à l'aiguille fine est recommandée en première intention dans les lignes directrices de l'Université de Toronto (1998) et fait partie des méthodes à maîtriser selon le Collège des médecins de famille du Canada.

Repère

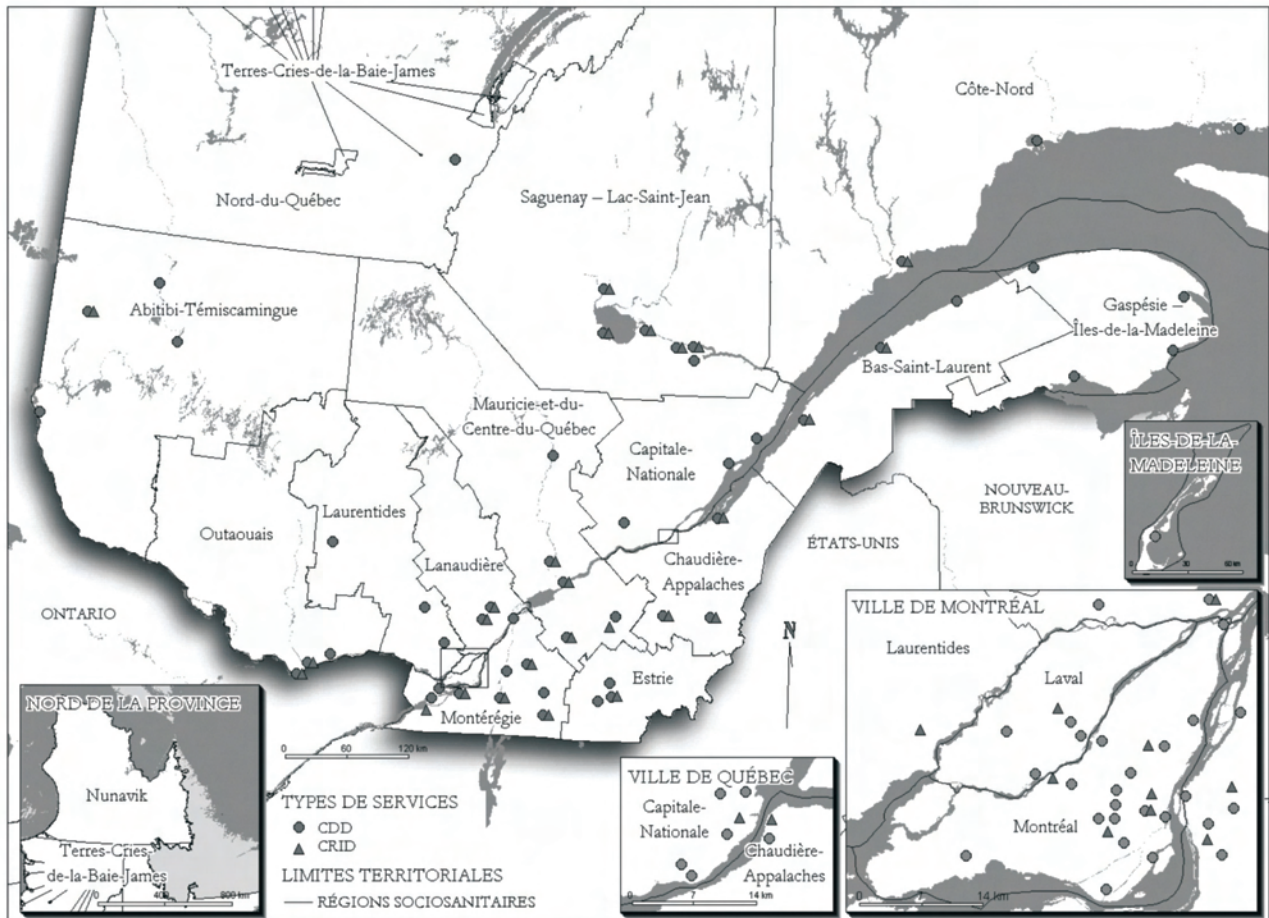
Algorithme diagnostique chez les femmes ayant une masse palpable au sein⁹



Source : Klein S. Evaluation of palpable breast masses. *Am Fam Physician* 2005 ; 71 (9) : 1731-8. Reproduction autorisée.

Figure 2

Emplacement des centres spécialisés dans l'évaluation de masses au sein du Québec



Source : Gouvernement du Québec. Publications du Québec. Reproduction autorisée.

Le triple test

Le triple test est la combinaison des résultats de l'examen clinique, d'imagerie (échographie ou mammographie selon l'âge) et d'histologie, chacun exprimé sur une échelle de 1 (lésion bénigne) à 3 (cancer). Quand les trois examens sont exécutés selon les normes et que leurs résultats concordent (score total de 3 sur 9), la précision quant au diagnostic de cancer approche les 100 %. Pour les résultats discordants, un score de 4 est traité comme une lésion bénigne, un score de 5 nécessite une biopsie excisionnelle et une valeur de 6 ou plus signifie qu'une intervention chirurgicale s'impose⁹.

Le médecin peut aussi opter pour une évaluation ra-

diologique (figure 1) selon l'âge de la patiente (que l'aspiration à l'aiguille soit effectuée ou non). Chez une femme de moins de 35 ans, le clinicien optera pour l'échographie en premier lieu. Une autre option est de revoir la patiente de trois à dix jours après ses menstruations pour voir si les kystes se sont résorbés spontanément. Chez une femme de plus de 35 ans, dont la densité mammaire est souvent moindre, l'examen à privilégier est la mammographie qui est plus performante et qui peut être complétée par une échographie.

En fonction du doute clinique soulevé par notre examen initial et les facteurs de risque de la patiente, l'association de la mammographie et de l'échographie permet une évaluation plus fiable de la masse au sein.

En effet, la valeur prédictive négative (VPN) des deux méthodes atteint de 97,4 % à 99,8 %^{6,12} tandis que la mammographie seule a une sensibilité de 85,8 % et une spécificité de 87,7 %¹³. Le résultat de la mammographie nous aidera dans notre processus diagnostique en fonction de la catégorie BI-RADS qui permet d'estimer le risque¹⁴ et d'établir s'il y a l'indication de procéder à une biopsie au trocart.

Si tous les résultats sont négatifs, il faut assurer un suivi clinique selon le risque initial de cancer¹. Le clinicien doit intégrer les résultats d'imagerie au risque clinique et non se fier uniquement au rapport du radiologiste.

Au Québec, les centres spécialisés ont concentré l'expertise diagnostique des lésions aux seins et la rendent disponible dans des délais acceptables dans la plupart des régions (figure 2). Ils offrent les services suivants en complément du programme de dépistage du cancer du sein : accueil et orientation, examens paracliniques supplémentaires (échographie, biopsie au trocart, compression et agrandissement), rencontre avec un médecin et une intervenante sociale, selon les besoins. La liste des centres (39 au total dans la province) par région est disponible sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec au www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/pqdc/index.php?crid.

Enfin, le médecin peut décider d'orienter d'emblée la patiente en spécialité pour une évaluation ou pour obtenir l'opinion d'un expert. Le guide de pratique NICE du Royaume-Uni, quant à lui, recommande une orientation immédiate en spécialité pour toute masse au sein persistante palpée par le clinicien de première ligne¹⁵.

M^{me} Massé a eu la chance que vous lisiez le présent numéro du Médecin du Québec sur les maladies du sein. Après votre lecture, vous avez rencontré un médecin de la clinique du sein avec qui vous avez discuté des ressources existantes pour l'évaluation des masses au sein, de la disponibilité et de la précision des prélèvements cytologiques dans votre milieu. Vous avez aussi révisé avec lui la technique de ponction à l'aiguille fine. C'est ce qui vous a permis de procéder immédiatement à une aspiration qui a révélé la présence d'un kyste, sans masse résiduelle après la ponction. Votre patiente repart donc rassurée et reviendra vous voir dans six semaines. Vous voilà pleinement satisfait du travail accompli !

LE CANCER DU SEIN EST FRÉQUENT. Le diagnostic est souvent posé après la découverte d'une masse au sein. La majorité des masses ne sont cependant pas cancéreuses. Il revient au clinicien de bien connaître la démarche diagnostique et les outils dont il dispose pour venir à bout de ce casse-tête. De plus, selon les sources consultées, les conduites ne sont pas uniformes et doivent s'adapter aux ressources du milieu ou aux habiletés cliniques du médecin, ce qui oblige ce dernier à bien renseigner la patiente et à lui offrir des choix judicieux. 📖

Date de réception : le 16 juillet 2010

Date d'acceptation : le 21 juillet 2010

Les D^{rs} Réjean Duplain, Judy Deschesnes et Marie-Michèle Livernoche n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. UpToDate. *Primary care evaluation of breast lumps*. Last literature review January 2010; last update January 26, 2010. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 23 juillet 2010).
2. Comité directeur de la Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2007*. Le cancer du sein. Toronto : La Société; 2007. Site Internet : www.cancer.ca/Quebec/About%20cancer/Cancer%20statistics/Canadian%20Cancer%20Statistics.aspx?sc_lang=fr-CA (Date de consultation : le 23 juillet 2010).
3. ACPM. Détection et diagnostic du cancer du sein : 1^{re} partie. ISO994-F. *Bulletin d'information de l'ACPM*. Ottawa : L'Association; avril 2009.
4. ACPM. Améliorer le diagnostic et la prise en charge du cancer du sein : 2^e partie. ISO996-F. *Bulletin d'information de l'ACPM*. Ottawa : L'Association; octobre 2009.
5. Morrow M, Wong S, Venta L. The evaluation of breast masses in women younger than forty years of age. *Surgery* 1998; 124 (4) : 634-41.
6. Soo MS, Rosen EL, Baker JA. Negative predictive value of sonography with mammography in patients with palpable breast lesions. *Am J Radiol* 2001; 177 (5) : 1167-70.
7. Saarenmaa I, Salminen T, Geiger U et coll. The effect of age and density of the breast on the sensitivity of breast cancer diagnostic by mammography and ultrasonography. *Breast Cancer Res Treat* 2001; 67 (2) : 117-23.
8. Kerlikowske K, Smith-Bindman R, Ljung BM. Evaluation of abnormal mammography results and palpable breast abnormalities. *Ann Intern Med* 2003; 139 (4) : 274-85.
9. Klein S. Evaluation of palpable breast masses. *Am Fam Phys* 2005; 71 (9) : 1731-8.
10. Heisey R, Mahoney L, Watson B. Management of palpable breast lumps. Consensus guideline for family physicians. *Can Fam Phys* 1999; 45 : 1926-32.

11. Heisey RE, McCready DR. Office management of a palpable breast lump with aspiration. *Can Med J Ass* 2010; 182 (7) : 693-6.
12. Moy L, Slanetz PJ, Moore R et coll. Specificity of mammography and US in the evaluation of a palpable abnormality: Retrospective review. *Radiology* 2002; 225 (1) : 176-81.
13. Barlow WE, Lehman CD, Zhen Y. Performance of diagnostic mammography for women with signs or symptoms of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94 (15) : 1151-9.
14. American College of Radiology. *Breast imaging reporting and data systems atlas (BI-RADS)*. 4^e éd. Reston, VA : American College of Radiology ; 2003
15. NICE Clinical Guideline 27. Referral guidelines for suspected cancer. Londres : National Institute for Clinical Excellence ; 2005. p. 23-5. Site Internet : <http://guidance.nice.org.uk/CG27/NICEGuidance/pdf/English> (Date de consultation : le 3 août 2010).
16. Delva D, Tomalty L, Payne P. Practice tips. Fine needle aspiration of breast lumps. *Can Fam Physician* 2002; 48 : 1055-6.
17. Venet L, Strax P, Venet W et coll. Adequacies and inadequacies of breast examinations by physicians in mass screening. *Cancer* 1971; 28 : 1546-51.

Doctor, I have a lump in my breast. Is it cancer? Discovery of a breast lump is a frequent reason for consulting a general practitioner, even though screening is becoming the privileged method for early detection of breast cancer in women over 50 years old. Most lumps are benign but they represent a sizable challenge for the physicians who must ensure the absence of cancer. Anamnesis, risk factors evaluation and clinical exam being an insufficient basis for an accurate diagnosis, it is necessary to pursue investigation with appropriate tests. Many factors will influence the choice of complementary procedures: physician's expertise in fine needle biopsy, knowledge of availability and limits of imagery, laboratories and consultants, anticipated impact on that particular patient, and the results of an open and clear discussion about the possibilities and limits of different clinical investigations.