

# COMMENT PARLER DU RISQUE EN CONSULTATION DE SÉNOLOGIE ?

Nathalie Mouthuy

Radiologue Sénologue - Oncogénéticienne

AUCUN CONFLIT D'INTERET

# POURQUOI PARLER DU RISQUE ?

« Chaque femme devrait connaître approximativement son risque individuel pour avoir toutes les cartes en main »

- Stratégies de dépistage différentes en fonction du risque individuel
- Attitude du sénologue :
  - patientes à risque fortement accru : détecter les VP, diminuer les FN pour avoir une excellente VPN
  - patientes à risque modéré : diminuer les FP pour avoir une excellente VPP
- Facteurs de risque non modifiables
- Facteurs de risque modifiables (prévention primaire)

## CATÉGORIES DE RISQUE SELON LES DIFFÉRENTS COLLÈGES

<b>LIFETIME RISK</b> (risque entre 40 et 50 ans) (risque à 5 ans)	<b>KCE</b>	<b>HAS</b>	<b>NICE</b>	<b>Recommandations</b>
Risque moyen/modéré	< 17 % (<3 %)	= risque de la population générale	< 17 % (<3 %) (≤1,7 %)	Dépistage organisé
Risque accru/élevé	17-30 % (3-8 %)	Evaluation de risque personnelle, variable en fct des modèles	17-30 % (3-8 %) (1,7- 4 %)	40*-50 ans : Bilan sénologique annuel (parfois à considérer jusque 60 ans) ≥ 50 ans : Dépistage organisé
Risque fortement accru/très élevé	≥ 30 % (> 8 %)	Evaluation de risque personnelle, variable en fct des modèles	≥ 30 % (> 8 %) (> 4 %)	IRM, Mammo, US 1x/an** ≥ 65 ans : arrêt de l'IRM systématique

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (BE)

HAS : Haute Autorité de Santé (FR)

NICE : The National Institute for Health and Care Excellence

\* À débiter 5 ans avant l'âge de survenue du premier cancer dans la famille

\*\* À débiter 5 ans avant l'âge de survenue du premier cancer dans la famille ou en fct de la mutation

# COMMENT PARLER DU RISQUE EN CONSULTATION DE SENOLOGIE ?

- Aller à l'essentiel
  - Démasquer les patientes nécessitant une surveillance spécifique
  - Démasquer les patientes à adresser en consultation d'oncogénétique
  - Evoquer les facteurs de risque modifiables et non modifiables

# I. DÉMASQUER LES PATIENTES NÉCESSITANT UNE SURVEILLANCE SPÉCIFIQUE

- Histoire personnelle de cancer du sein
- Histoire personnelle de lésions à risque
- Antécédent personnel d'irradiation thoracique avant l'âge de 30 ans
- Histoire personnelle de néoplasie ovarienne

## 2. DÉMASQUER LES PATIENTES A ADRESSER EN CONSULTATION D'ONCOGÉNÉTIQUE

- **Analyse génétique (germinale ou tumorale) déjà réalisée chez la patiente ou chez un apparenté**

### PATIENTE ATTEINTE

- **Histoire personnelle de cancer du sein**
  - Cancer du sein jeune < 41 ans
  - Cancer du sein bilatéral (première localisation avant 51 ans ou TN qqs âge)
  - Cancer du sein triple négatif < 61 ans
  - Histoire familiale suggestive (voir infra)
  - (origine Ashkénaze)
- **Histoire personnelle de cancer de l'ovaire** : adénocarcinome de l'ovaire, de la trompe ou primitif péritonéal (hors tumeurs borderline ou germinal) avant 76 ans, ou séreux **de haut grade** (qqs âge et statut BRCA tumoral inconnu ou analyse tumorale impossible)

## 2. DÉMASQUER LES PATIENTES A ADRESSER EN CONSULTATION D'ONCOGÉNÉTIQUE

### PATIENTE INDEMNÉ

- **Score d'Eisinger**
- **Histoire familiale de cancer du sein (pour chaque branche familiale, apparenté du 1er degré ou du second degré en passant par un homme)**
  - 3 cas de cancer du sein (ou du spectre) dont au moins un cas avant l'âge de 60 ans
  - 2 cas de cancer du sein (ou du spectre) dont :
    - Un cancer du sein < 45-50 ans (myne d'âge < 50 ans)
    - Un cancer du sein bilatéral
    - Un cancer du sein chez un homme
    - Un cancer de l'ovaire
  - 1 cas de cancer du sein < 41 ans, TN < 61 ans, bilat ou multifocal < 51 ans
  - Cancer du sein chez un homme

Toujours  
essayer de  
référer le  
CAS  
INDEX



## 3. EVOQUER LES FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES ET NON MODIFIABLES

### FACTEURS DE RISQUE NON MODIFIABLES

- **Age**
- **Age de la ménarche (RR : 0,9 à 1,1)**
- **Age de la ménopause (RR jusque 1,5)**
- **Parité (nombre, âge à l'accouchement) (RR entre 0,75 et 1,5)**
- **Densité mammaire (RR jusque 2 à 2,5...)**
- **Histoire familiale (RR jusque 3 à 4)**
- **Facteurs de risque génétiques**
  - **Monogénique**
  - **Polygénique (SNP's)**
- (Pollution)

### FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES

#### Facteurs de risque :

- **Surpoids (RR entre 1,12 et 1,26)**
- **Prise d'un traitement hormonal**
- **Consommation d'alcool**

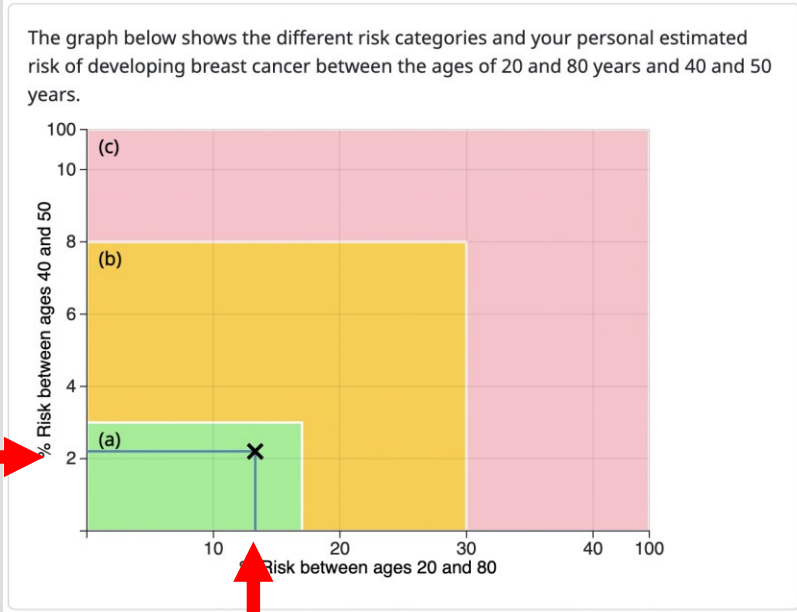
#### Facteurs de risque émergents :

- Travail de nuit pendant 20 ans (RR : 1,2)
- Alimentation
- Diabète de type 2 (RR entre 1,12 et 1,28)
- (Tabac)

#### Facteurs protecteurs :

- **Activité sportive régulière (RR : 0,9)**
- **Allaitement (facteur protecteur peu significatif)**

# 3. EVOQUER LES FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES ET NON MODIFIABLES



The table below presents the ranges for the three risk categories: near population risk, moderate risk and high risk.

	Near population risk (a)	Moderate risk (b)	High risk (c)
Risk between ages 20 and 80	Less than 17%	17% or greater but less than 30%	30% or greater
Risk between ages 40 and 50	Less than 3%	3% or greater to 8%	Greater than 8%

Your risk of developing breast cancer over the next 5 years is 1.0%. In other words, about 1 out of 100 women with the same risk factors will develop cancer over the next 5 year period. This image might help you visualise this information.

● 1 woman is likely to develop breast cancer  
○ 99 women are unlikely to develop breast cancer

Your risk of developing breast cancer over the next 10 years is 2.4%. In other words, about 2 out of 100 women with the same risk factors will develop cancer over the next 10 year period. This image might help you visualise this information.

● 2 women are likely to develop breast cancer  
○ 98 women are unlikely to develop breast cancer

Your risk of developing breast cancer between now and when you are 80 years old is 12.2%. In other words, about 12 out of 100 women with the same risk factors will develop cancer by the age of 80. This image might help you visualise this information.

● 12 women are likely to develop breast cancer  
○ 88 women are unlikely to develop breast cancer

Below is an alternative way of visualising your risk of developing breast cancer between now and the age of 80 years compared to the average population risk.

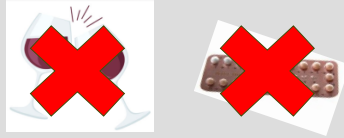
Your risk: 12.2%  
● 12 women are likely to develop breast cancer  
○ 88 women are unlikely to develop breast cancer

Population risk: 11.3%  
● 11 women are likely to develop breast cancer  
○ 89 women are unlikely to develop breast cancer

# 3. EVOQUER LES FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES ET NON MODIFIABLES

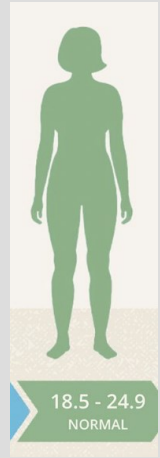
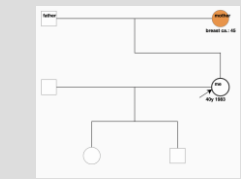
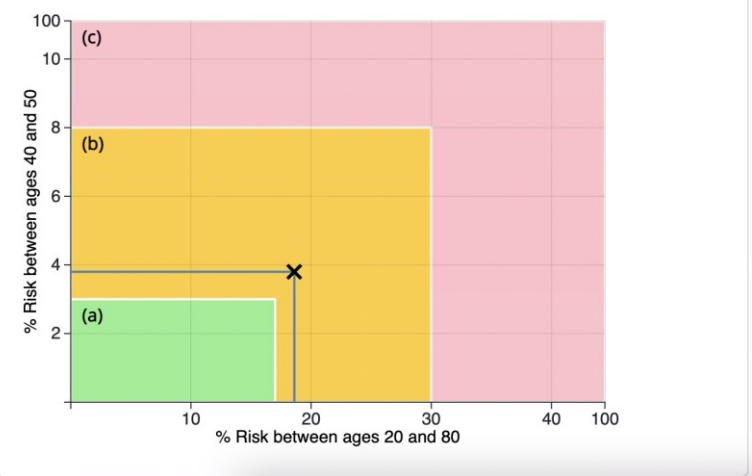
## 40 ans, Densité C, Ménarche à 12 ans

BMI 21, pas de co hormonale, 2 enfants (1er à 28 ans), pas d'alcool, CS chez la mère 45 ans



Votre risque de développer un cancer du sein entre 20 et 80 ans est de 18,6%. Selon la directive NICE (CG164), cela correspond à la catégorie de risque modéré.

Le graphique ci-dessous montre les différentes catégories de risque et votre risque personnel estimé de développer un cancer du sein entre 20 et 80 ans et entre 40 et 50 ans.

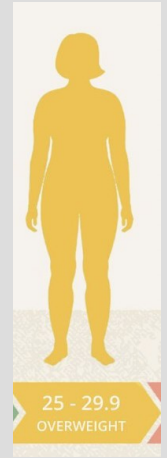
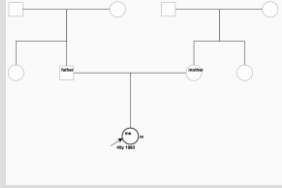
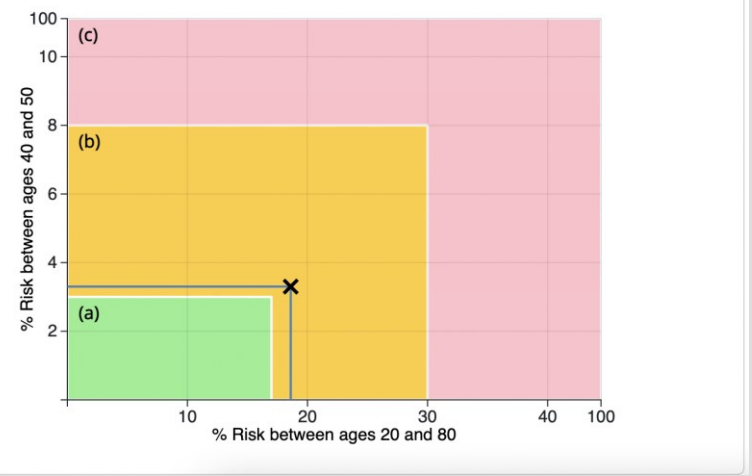


BMI 28, co hormonale > 15 ans, nulliparité, 2 verres de vin/jour, pas d'HF



Votre risque de développer un cancer du sein entre 20 et 80 ans est de 18,6%. Selon la directive NICE (CG164), cela correspond à la catégorie de risque modéré.

Le graphique ci-dessous montre les différentes catégories de risque et votre risque personnel estimé de développer un cancer du sein entre 20 et 80 ans et entre 40 et 50 ans.



# HYGIÈNE DE VIE

- Contrôle du poids
- Activité physique régulière
- Alimentation saine
- Réduire la consommation d'alcool

# CONSOMMATION D'ALCOOL

- OMS alarme sur le risque de développer un cancer du sein en lien avec la consommation d'alcool. 4 femmes sur 5 n'en ont pas conscience
- « *Pour les femmes en Europe, le cancer du sein est le principal cancer causé par l'alcool, représentant 66 % de tous les cas de cancers attribuables à l'alcool* »
- « *Plus de la moitié des cas de cancer du sein attribuables à l'alcool en Europe ne sont pas dus à une consommation excessive d'alcool, et environ un tiers des nouveaux cas annuels sont dus à une consommation équivalente à deux petits verres de vin par jour* »

# PRISE D'UN TRAITEMENT HORMONAL

## Contraception hormonale

- Variable en fonction du type de contraception
- Variable en fonction de la durée de la prise
- Variable en fonction de la date d'arrêt de la prise

## Traitement hormonal de la ménopause

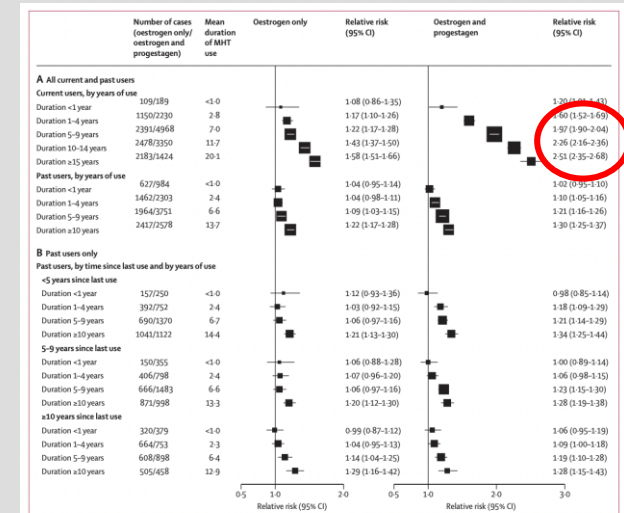
- Variable en fonction du type de THM
- Variable en fonction de la durée de la prise
- Variable en fonction de la date d'arrêt de la prise
- Balance risque/bénéfice

**Table 3.** Relative Risk of Breast Cancer, According to Time since Use and Duration of Use of Any Type of Hormonal Contraception, among Women Followed until December 31, 2012.\*

Duration of Use of Hormonal Contraceptive	Relative Risk of Breast Cancer (95% CI)		
	<1 Yr since Recent Use	1 to <5 Yr since Recent Use	5 to 10 Yr since Recent Use
<1 yr	0.96 (0.78–1.19)	0.96 (0.85–1.09)	1.01 (0.88–1.15)
1 to <5 yr	1.04 (0.88–1.23)	1.06 (0.96–1.18)	1.07 (0.94–1.20)
5 to 10 yr	1.32 (1.11–1.59)	1.16 (1.02–1.33)	1.30 (1.06–1.58)
>10 yr	1.52 (1.17–1.98)	1.16 (0.89–1.49)	NA†

\* Use of hormonal contraceptives included any type of hormonal contraception. Rate ratios and 95% confidence intervals were adjusted for age, calendar year, level of education, the polycystic ovary syndrome, endometriosis, parity, and family history of premenopausal breast or ovarian cancer. The reference group was women who had never used hormonal contraception. Recent was defined as discontinuation of hormonal contraception within the previous 6 months. NA denotes not applicable.

† The number of events was too small to determine risk estimates.



**Figure 2.** Type and timing of MHT use in current users and past users  
(A) All current and past users. (B) Past users only, by time since last use of MHT. Fully adjusted relative risks for current versus never users by years of current use, and for past users versus never users by years of use and time since cessation of use (prospective studies). MHT=menopausal hormone therapy.

# CONCLUSION

- Objectif : s'assurer que la patiente suit bien la stratégie de dépistage la plus adaptée à son risque
- Démasquer les patientes nécessitant une surveillance spécifique
- Démasquer les patientes à adresser en oncogénétique
- Evoquer les facteurs de risque non modifiables (risque initial)
- Evoquer les facteurs de risque modifiables (prévention primaire)
  - Contrôle du poids, alimentation saine, activité sportive régulière
  - Limiter la consommation d'alcool
  - Balance risque/bénéfice de la prise d'un THM (réévaluer l'indication)
- 3 catégories de risque avec recommandations de dépistage spécifiques
- Futur : évaluation individuelle du risque même pour les patientes à risque intermédiaire sans histoire familiale (réévaluation régulière du risque)

MERCI POUR VOTRE ATTENTION