

Hépatite chronique C : l'accompagnement

Grâce aux nouvelles combinaisons peginterféron et ribavirine, l'hépatite C voit son pronostic transformé. Les dernières avancées démontrent (étude de Manns) que l'efficacité du traitement est optimisée si l'on adapte les doses de peginterféron et de ribavirine au poids du patient.

Le traitement ajusté au poids du peginterféron alfa-2b à la dose de 1,5 µg/kg en association à la ribavirine à une dose supérieure à 10,6 mg/kg permet d'obtenir une réponse virologique soutenue chez 61 % des patients (tout génotype confondu), et jusqu'à 88 % pour les génotypes 2 et 3.

La prise en charge de l'hépatite C

ne peut être que globale et fait intervenir tous les professionnels de santé. S'il appartient aux médecins généralistes de dépister, en sachant y penser, notamment chez les personnes à risque, puis d'orienter vers le spécialiste de leur choix les patients atteints d'hépatite C chronique, l'estimation des lésions hépatiques et l'indication thérapeutique reposent sur le spécialiste. Il est indispensable de prendre en charge, en partenariat avec le médecin généraliste, les éventuelles comorbidités et le suivi des patients, qu'ils soient traités ou non.

La spécialité ViraféronPeg (peginterféron alfa-2b) a obtenu une AMM en mars 2001. Ce produit

était jusqu'ici délivré exclusivement en pharmacie d'hôpital sur une prescription initiale hospitalière, mais, depuis le 29 janvier 2003, la double dispensation est possible, et dorénavant tous les gastro-entérologues libéraux peuvent initier le traitement de l'hépatite C chronique. Le généraliste peut, s'il le souhaite, assurer en étroite collaboration avec le spécialiste le suivi biologique du traitement et la gestion des éventuels effets indésirables. Il peut également renouveler la primo-prescription.

Enfin, comme dans toute pathologie chronique, les programmes d'éducation et d'accompagnement des patients prennent toute leur

place. C'est pourquoi, aujourd'hui, associations de patients, médecins spécialisés, médecins généralistes, infirmières et Schering-Plough travaillent ensemble.

Afin d'évaluer l'impact d'un tel programme de travail, Schering-Plough a mis en place l'observatoire CHEOBS qui va permettre de comparer l'observance, la qualité de vie et le nombre d'arrêts de traitement chez les patients « sans éducation » et les patients qui auront bénéficié d'un programme d'éducation.

Dr Brigitte VALLOIS

MEDEC. Point presse
Schering-Plough auquel participaient
D. Dhumeaux, C. Trepo, P. Melin,
L. Cattan et D. Ouzan.

Cancer in du sein : de l'

Face aux cancers du sein infiltrants de moins de 1 centimètre, la mammographie connaît des limites liées à l'absence fréquente de microcalcifications et à des difficultés d'interprétation dès que la densité mammaire est élevée (cas le plus fréquent). L'échographie apporte dans ces situations, d'excellent pronostic, un appoint diagnostique décisif.

Dans les seins non graisseux

Avec 36 000 nouveaux cas par an, 11 000 décès sur la même durée, mais surtout une survie de 97,5 % à cinq ans lorsqu'il mesure moins de 1 centimètre, le cancer du sein justifie la mise en œuvre optimale de tous les moyens de dépistage actuels. C'est là le propos du Dr David et coll. du centre d'imagerie médicale d'Albertville (73) dans « le Sein » aux Editions Masson. Leur message essentiel : l'échographie connaît une valeur primordiale dans le dépistage des cancers infiltrants infracentimétriques, dans les seins non graisseux.

Sondes superficielles haute définition

« Grâce à l'avancée technologique de l'échographie, notamment de sondes superficielles haute définition, nous détectons de nombreux cancers infracentimétriques, infiltrants, cliniquement et mammographiquement occultes, contrairement à l'idée, habituellement répandue, selon laquelle leur fréquence reste très faible », expliquent Pascal David et coll. Ils fondent leur démonstration sur les limites de la mammographie et la pertinence de l'échographie (Cf. iconographie).

Les limites de la mammographie

La mammographie demeure un examen essentiel dans le dépistage du cancer du sein. Notamment, elle reconnaît presque toujours, quelle que soit la densité mammaire, les microcalcifications qui accompagnent dans 30 % des cas ces cancers infiltrants inférieurs au centimètre. En revanche, les petites opacités sans microcalcifications, soit environ 70 % des cancers infiltrants, sont essentiellement bien visibles dans les plages graisseuses. Dans l'expérience des auteurs, ces seins presque complètement graisseux (de type, 1 classification BI RADS) représentent environ un quart de leurs explorations, chez les moins de 60 ans ou en cas de THS. « Il y a donc un risque important de méconnaître un petit cancer dès qu'il existe une zone dense sur la mammographie et ce, même

fracentimétrique la place décisive échographie

avec une double ou une triple lecture. »

Seconde limite de la mammographie, l'existence de zones muettes ou souvent muettes (partie supéro-interne et région rétro-aréolaire), quand les deux seules incidences conventionnelles sont réalisées.

L'expérience des auteurs, confortée en cela par la littérature, les incite à affirmer que la mammographie dans les seins non gras-seux, nettement majoritaires, méconnaît un cancer infiltrant infracentimétrique sur trois. Cancer *a priori* décelable en échographie.

Reste à démontrer que les ultrasons en sont capables.

Trois grands groupes

L'échographie est le complément idéal de la mammographie. L'examen doit être de qualité, réalisé avec une technique irréprochable et un appareil de nouvelle génération équipé d'une sonde linéaire de haute fréquence.

L'équipe d'Albertville sépare les lésions infracentimétriques en trois grands groupes :

– *Les lésions formellement suspectes.*

Elles réunissent plusieurs des critères suivants : contours anguleux, hypoéchogénicité marquée, avec atténuation postérieure de l'onde, microlobulations, grand axe vertical, halo hyperéchogène, extension intracanalair, indéformable à la pression, hypervascularisation au Doppler, couleur. Il s'agit souvent d'un petit cancer infiltrant, nécessitant une analyse histologique.

– *Les lésions très vraisemblablement bénignes.* Il s'agit des kystes simples, trans-sonores, à paroi fine et renforcement de l'onde ; des lacunes de forme très allongée, homogène, à contour régulier, sans microlobulation ; des formations entièrement hyper-échogènes et homogènes ; des lacunes allongées avec couronne périphérique hypoéchogène et centre hyperéchogène évoquant un ganglion intramammaire (éviter une biopsie).

– *Les autres types d'anomalie focalisée.*

Ici, un problème se pose. Il s'agit souvent de kystes à contenu épais, mais il ne faut pas méconnaître un éventuel cancer. Le Doppler couleur apporte ici une aide utile, mais non décisive, permettant souvent de différencier les lésions tissulaires (bénignes ou malignes) des kystes à contenu épais non compliqués, guidant la conduite à tenir en tenant compte des autres données, clinique, taille lésionnelle, THS éventuel, facteurs de risque.

Les auteurs souhaitent partager leur expérience et faire évoluer le nouveau cahier des charges du dépistage, établi en septembre 2001, limitant de manière drastique l'échographie.

En 2003, il apparaît impératif aux auteurs de bien maîtriser l'échographie dans la recherche du cancer du sein : elle comble en grande partie les insuffisances de l'examen clinique et de la mammographie.

Dr Guy BENZADON

P. David, M.-C. Guer, C. Lecoanet, R. Derosne, E. Dissay, « J. Le Sein », 2002, t. 12, n° 3, pp. 213-223.

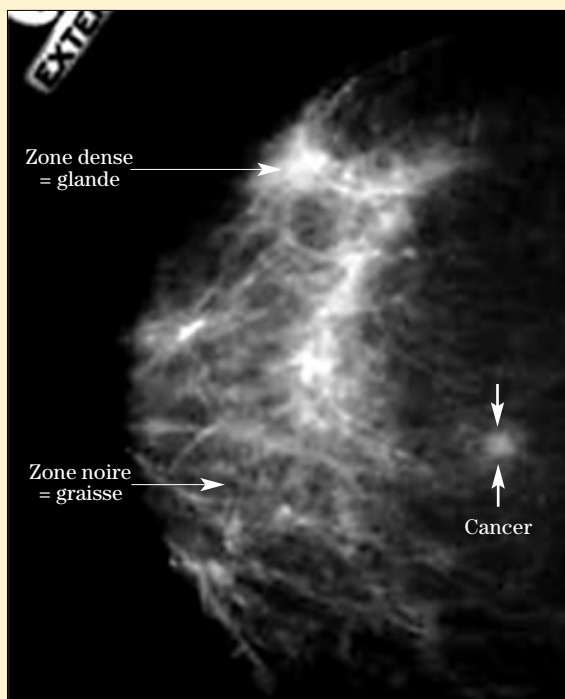


Fig. 1 – Patiente de 64 ans : petite opacité en situation rétro-aréolaire profonde sur cette incidence de face.

Fig.2 – Echographie de l'opacité mammographique de la fig.1. Anomalie bien visible en échographie malgré l'atmosphère grasseuse ambiante.

À l'histologie : adénocarcinome canalaire infiltrant T1b, N

