

## Les Instances médico-légales et la sénologie

Pierre BERNARD pa.bernard2@orange.fr

*« Il n'y a pas qu'en médecine que l'analyse complète d'une question, en prenant son temps si nécessaire, soit préférable à une action irréfléchie qui risque d'avoir des suites on ne peut plus fâcheuses. »*

Albert NETTER *La femme, l'homme et leur reproduction*

Lorsque Marc ESPIÉ m'a proposé le 13 décembre 2011 d'écrire un billet sur les affaires médico-légales pour le site du GERM j'ai pensé que la période me ferait peut-être taxer d'un certain opportunisme puisque tous nos médias depuis plusieurs mois couvraient déjà des colonnes entières, non pas à propos de l'organe sein dans toute sa complexité mais sur le propos de ses substituts prothétiques. Mon propos sera en fait fondé sur ma pratique comme expert judiciaire des réunions contradictoires sur des dossiers souvent difficiles dont il est parfois possible de rappeler ou de donner une simple recommandation professionnelle. Les entretiens que j'ai eus dans le cadre du GERM m'ont été souvent fort utiles et je remercie tout particulièrement André GORINS dont les écrits, les conseils et l'amitié m'ont été précieux.

Tous les chapitres de la pathologie mammaire ont fait le sujet de plaintes médico-légales : les tumeurs bénignes, la pathologie infectieuse, le dépistage, les cancers mammaires. Souvent les médecins ou les institutions sont mises en cause pour des conduites à tenir diagnostiques et/ou thérapeutiques. Pour la forme, le dossier résumé sera offert à votre discussion et je remercie les membres du GERM qui le souhaiteront de m'adresser leurs questions et suggestions.

Les deux dernières affaires, étrange coïncidence, concernaient des patientes suivies en PMA. En voici les résumés :

**1<sup>er</sup> dossier :** Une patiente de 43 ans déjà mère de deux enfants, souhaite une troisième grossesse, mais depuis 6 mois, elle présente comme sa mère à son âge une aménorrhée secondaire. Elle est adressée dans un centre de PMA où un bilan hormonal est pratiqué. Un test endométrial est prescrit pour 4 mois avec un comprimé par jour d'un œstro-progestatif triphasique pendant 12 jours : 2mg de β œstradiol par jour puis pendant 10 jours : 2mg de β œstradiol et 1mg de noréthistérone par jour puis pendant 6 jours 2mg de β œstradiol par jour. Ce médicament Triséquens<sup>®</sup> a été utilisé pour le traitement hormonal de la ménopause, ou comme test œstro-progestatif pour évaluer la réceptivité de l'endomètre. Ce produit avait obtenu une autorisation de mise sur le marché en 1982. Après deux mois ½ la patiente découvre un nodule mammaire dont le bilan sénologique le classe T1b et dont la biopsie et une mastectomie partielle avec un ganglion sentinelle donne le stade pT1b N1mi M0, RE 100%, RP, 75%, l'oncogène Erb 2 non surexprimé. La mise en cause du médecin de PMA repose sur le grief selon lequel une mammographie aurait dû être prescrite avant le test médicamenteux hormonal œstro-progestatif triphasique et que ce traitement aurait fait évoluer ce cancer vers un « état avancé »...

**Second dossier :** Un couple, elle 32 ans, lui 30 ans, présente une infécondité d'étiologie masculine. Une première ICSI en septembre est un échec. En janvier la patiente découvre un nodule du sein droit une mammographie et une échographie sont classées ACR 1. En mars une seconde ICSI est encore un échec. En avril, un nouveau bilan sénologique découvre à la ponction d'un kyste et sur des microbiopsies un cancer canalaire infiltrant de 4 mm contigu à un kyste de 5 cm de diamètre. La tumeur est classée : pT1a pN1mi M0 RH- l'oncogène Erb 2 non surexprimé.

Le traitement chirurgical a été complété par une chimio-prophylaxie et une radiothérapie. Le couple met en cause le radiologue ayant pratiqué la première mammographie, le gynécologue et le service de PMA. A la relecture des mammographies de janvier le radiologue expert constate un élément de sémiologie radiologique, en effet il existait sur la « zone interdite » entre pectoral et glande mammaire le développement de la masse dense supprimant la zone de clarté. La mammographie et l'échographie auraient du être classées ACR0 ou ACR3. L'expert radiologue a retenu un défaut de lecture de la première mammographie.

**Discussion** : L'étude prospective française de Gauthier E, Paoletti X, Clavel-Chapelon F et le groupe E3N [1] sur une cohorte de 92 555 femmes, de 40 à 65 ans à leur entrée dans l'étude, suivies dix ans, parmi lesquelles 6602 rapportent avoir eu des problèmes de fertilité, a démontré qu'il n'y avait aucun lien entre le traitement de l'infertilité et leur cancer du sein, quels que soit le type de traitement, le type de médicament utilisé, l'âge de la prise et la durée du traitement, sauf... dans les familles à risque de cancer du sein et encore ces résultats (qualifiés de « borderline significance ») sont d'après les auteurs dus au hasard. Ces auteurs concluent néanmoins, qu'ils n'ont pas observé d'effet de l'usage d'un traitement de l'infertilité mais qu'ils ne peuvent définitivement exclure la possibilité que dans certains sous-groupes de patientes les traitements de l'infertilité puissent augmenter le risque de cancer du sein. Les recherches en cours concernant les récepteurs tumoraux à la FSH pourront peut-être dans l'avenir préciser ce dernier point.

Une autre question clinique, les centres de PMA considèrent que seules les femmes ayant des antécédents familiaux doivent être contrôlées par une mammographie avant le premier cycle d'induction de l'ovulation. Faut-il recommander avant le premier cycle de PMA de pratiquer une mammographie et une échographie de référence quel que soit l'âge et les antécédents de la patiente ?

1-Gauthier E, Paoletti X, Clavel-Chapelon F, E3N group. Breast cancer risk associated with being treated or infertility : results from the french E3N cohort study. *Hum Reprod* 2004;10: 2216-21