

# MAMMOGRAPHIE

## Dépistage, résultats et conduite à tenir

*Ce que vous devez savoir pour agir au bon moment*

### Message central

*Le dépistage du cancer du sein sauve des vies — à condition d'être bien compris, bien réalisé et bien suivi. Ce guide vous explique pourquoi commencer à 40 ans, comment lire vos résultats ACR et ce que chaque classification implique concrètement. La mammographie n'est pas un examen anodin : elle mérite un suivi spécialisé, pas une lecture rapide en salle d'attente.*

## Dr Hugues Geoffrion

Gynécologue · Ménopause · Médecine de la longévité

Disponible en téléconsultation · France entière

# 01

## Le dépistage en France : ce que les chiffres disent vraiment

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France : 61 000 nouveaux cas et 12 000 décès par an. C'est aussi l'un des cancers pour lesquels le dépistage précoce a le plus fort impact sur la survie. Détecté à un stade localisé, le taux de survie à 5 ans dépasse 98 %.

### Le programme national de dépistage organisé (DO)

En France, le programme officiel de dépistage organisé propose une mammographie tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans, sans ordonnance et sans avance de frais. Ce programme a permis d'augmenter le taux de détection précoce et de réduire la mortalité par cancer du sein dans cette tranche d'âge.

- Prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie dans le cadre du DO
- Double lecture systématique par deux radiologues indépendants
- Convocation automatique par courrier tous les 2 ans entre 50 et 74 ans

### Les limites reconnues du programme actuel

- Le délai de 2 ans entre deux examens est trop long pour les tumeurs à croissance rapide
- La tranche 40-49 ans — période où des cancers agressifs peuvent se développer — est exclue du programme

- Les femmes à risque élevé (antécédents familiaux, mutation BRCA, seins denses) nécessitent un protocole renforcé non couvert par le DO standard
- Le taux de participation reste insuffisant : environ 50 % seulement des femmes éligibles participent

**À retenir :**

Le dépistage organisé à partir de 50 ans est un progrès réel, mais insuffisant pour toutes les femmes. Une surveillance annuelle personnalisée, discutée avec un gynécologue, offre une protection supérieure — en particulier entre 40 et 50 ans.

## 02

### Pourquoi commencer à 40 ans — et ne jamais s'arrêter

Les recommandations françaises officielles restent prudentes sur le dépistage avant 50 ans. Pourtant, les données médicales internationales et la position d'un nombre croissant de cancérologues plaident clairement pour un dépistage annuel dès 40 ans.

#### Ce que disent les cancérologues et les données internationales

- L'American Cancer Society, l'American College of Radiology et la Society of Breast Imaging recommandent une mammographie annuelle à partir de 40 ans
- Les études de cohorte montrent une réduction de la mortalité par cancer du sein de 40 % chez les femmes dépistées annuellement dès 40 ans versus non dépistées
- Environ 40 % des années de vie sauvées par le dépistage mammographique concernent des femmes de 40 à 49 ans
- Les cancers diagnostiqués entre 40 et 49 ans sont souvent plus agressifs, plus denses, à croissance plus rapide — ce qui rend l'annualité du dépistage encore plus importante

#### La densité mammaire : un facteur clé trop peu communiqué

Les seins denses (types C et D à la classification ACR de densité) masquent les tumeurs à la mammographie et augmentent le risque de cancer. Or, la densité mammaire est maximale entre 40 et 50 ans. C'est précisément dans cette tranche d'âge que la mammographie seule peut être insuffisante et doit être complétée par une échographie.

- Seins de type A (très peu denses) : mammographie seule suffisante
- Seins de type B (peu denses) : mammographie standard
- Seins de type C (hétérogènement denses) : mammographie + échographie recommandée
- Seins de type D (très denses) : mammographie + échographie, IRM à discuter selon le risque

#### Pourquoi ne jamais arrêter le dépistage ?

L'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge. Après 74 ans — limite du programme organisé — le risque ne disparaît pas. Les femmes en bonne santé avec une espérance de vie supérieure à 10 ans bénéficient d'une mammographie annuelle au-delà de 74 ans. Arrêter le dépistage à un âge arbitraire n'est pas une décision médicale : c'est une décision administrative.

**À retenir :**

Une mammographie annuelle dès 40 ans, adaptée à la densité mammaire et aux facteurs de risque individuels, est la stratégie qui sauve le plus de vies. Cette décision se prend avec un gynécologue — pas par défaut sur un programme national conçu pour la population générale.

**03****Lire ses résultats : la classification ACR expliquée**

La classification ACR (American College of Radiology) est le système international standardisé utilisé par tous les radiologues pour rendre compte d'une mammographie. Elle comporte 6 niveaux — de ACR 0 à ACR 5 — auxquels correspond une conduite à tenir précise. Comprendre cette classification, c'est comprendre ce que votre examen dit réellement.

Classification ACR	Signification	Risque de malignité	Conduite à tenir
<b>ACR 0</b>	Examen incomplet — nécessite des clichés complémentaires ou une échographie	Non évaluable	Compléter le bilan en urgence relative : incidences supplémentaires, échographie mammaire
<b>ACR 1</b>	Examen normal — aucune anomalie détectée	0 %	Poursuite du dépistage annuel. Aucune investigation supplémentaire nécessaire
<b>ACR 2</b>	Anomalie bénigne certaine — kyste simple, adénofibrome calcifié, ganglion intramammaire	0 %	Surveillance annuelle standard. Pas de biopsie. Rassurant mais ne dispense pas du suivi
<b>ACR 3</b>	Anomalie probablement bénigne — microcalcifications punctiformes, asymétrie focale, nodule bien limité	< 2 %	Contrôle mammographique à 6 mois, puis à 1 an et 2 ans. Biopsie si progression
<b>ACR 4</b>	Anomalie suspecte — microcalcifications hétérogènes, nodule aux contours mal définis	2 – 95 %	Biopsie percutanée indispensable (microbiopsie ou macrobiopsie par mammotome). Délai rapide
<b>ACR 5</b>	Anomalie très fortement suspecte de malignité — spicules, microcalcifications malignes typiques	> 95 %	Biopsie en urgence. Prise en charge oncologique immédiate. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

**Points essentiels à retenir sur la classification ACR**

- ACR 1 et ACR 2 sont rassurants mais ne dispensent pas d'une surveillance annuelle
- ACR 3 ne signifie pas cancer : c'est une zone de vigilance qui nécessite un suivi rapproché, pas une panique
- ACR 4 impose une biopsie sans délai — c'est une urgence diagnostique, pas une urgence vitale immédiate

- ACR 5 nécessite une prise en charge oncologique rapide et coordonnée
- ACR 0 signifie que l'examen est incomplet : il faut le compléter, pas l'ignorer

#### À retenir :

La classification ACR n'est pas une condamnation ni une absolution : c'est une cartographie du risque. Chaque niveau a une conduite à tenir précise. Ne pas la suivre — ou la suivre avec retard — peut avoir des conséquences graves.

## 04

### Le mammotome : biopsie percutanée sous guidage

Lorsqu'une anomalie classée ACR 4 ou ACR 5 est détectée, une biopsie est indispensable pour obtenir un diagnostic histologique — c'est-à-dire analyser le tissu lui-même, pas seulement son image. Le mammotome est l'un des outils les plus précis disponibles pour cette étape.

#### Qu'est-ce que le mammotome ?

Le mammotome (ou macrobiopsie assistée par aspiration) est un système de biopsie percutanée guidé par mammographie stéréotaxique ou par échographie. Il permet de prélever des fragments tissulaires de grande taille à partir d'une anomalie mammaire, sans chirurgie, sous anesthésie locale.

#### Comment se déroule le geste ?

- La patiente est installée en décubitus ventral (sur le ventre) sur une table dédiée, le sein pendant dans une ouverture
- La lésion est localisée par mammographie numérique stéréotaxique (deux clichés sous angles différents permettent un calcul tridimensionnel précis)
- Une anesthésie locale est réalisée au point de ponction — le geste est peu douloureux
- Une sonde rotative creuse est insérée : elle prélève par aspiration plusieurs carottes tissulaires (6 à 12 en moyenne) de la zone cible
- Un clip métallique repère (clip de biopsie) est déposé sur le site pour permettre un suivi ultérieur si besoin
- Les prélèvements sont adressés en anatomopathologie pour analyse histologique
- La durée totale est de 30 à 60 minutes, en ambulatoire

#### Quand le mammotome est-il indiqué ?

- Microcalcifications suspectes classées ACR 4 ou ACR 5 — c'est l'indication de référence
- Distorsion architecturale ou asymétrie focale persistante après bilan complémentaire
- Nodule mal accessible à la microbiopsie échoguidée standard
- Surveillance d'une ACR 3 avec progression à la mammographie de contrôle

#### Différence entre microbiopsie et macrobiopsie (mammotome)

Critère	Microbiopsie échoguidée	Mammotome (macrobiopsie)
Guidage	Échographie	Mammographie stéréotaxique ou

Critère	Microbiopsie échoguidée	Mammotome (macrobiopsie)
		échographie
Volume prélevé	Petit (aiguille fine 14G)	Grand (sonde rotative 8-11G)
Indication préférentielle	Nodule visible à l'échographie	Microcalcifications, lésions non vues à l'écho
Nombre de carottes	3 à 6	6 à 12 ou plus
Clip de repérage	Selon besoin	Systématique
Précision diagnostique	Très bonne	Excellente — quasi chirurgicale

**À retenir :**

Le mammotome est le gold standard pour le diagnostic histologique des microcalcifications suspectes. C'est un geste ambulatoire, peu invasif, très précis, qui évite dans la majorité des cas une chirurgie diagnostique. Il doit être réalisé par un radiologue sénologue expérimenté.

## 05

### Facteurs de risque : adapter la surveillance à son profil

Toutes les femmes ne sont pas égales face au cancer du sein. Identifier son niveau de risque personnel permet d'adapter le rythme et le type de surveillance — et d'éviter à la fois la sous-surveillance et la surveillance excessive.

#### Risque moyen (population générale)

- Aucun antécédent familial au premier degré
- Pas de mutation génétique connue (BRCA1, BRCA2, TP53, PALB2...)
- Pas d'antécédent personnel de cancer du sein ou de lésion à risque
- → Mammographie annuelle dès 40 ans recommandée par les spécialistes

#### Risque élevé

- Antécédent familial de cancer du sein au premier degré (mère, sœur, fille) avant 50 ans
- Antécédent personnel de cancer du sein, de carcinome lobulaire in situ (CLIS) ou d'hyperplasie atypique
- Seins très denses (type D) avec antécédents familiaux
- → Mammographie + échographie annuelle dès 40 ans, voire avant selon les antécédents

#### Risque très élevé (mutation génétique)

- Mutation BRCA1 ou BRCA2 confirmée : risque cumulé de cancer du sein de 50 à 80 % sur la vie
- Mutation TP53, PALB2, CDH1 ou autre gène de prédisposition
- Antécédent d'irradiation thoracique avant 30 ans (lymphome de Hodgkin notamment)

- → Suivi en centre expert : IRM mammaire annuelle dès 30 ans (ou dès 25 ans selon mutation), mammographie + échographie, consultation d'oncogénétique

**À retenir :**

La stratification du risque est une étape médicale essentielle qui ne peut pas être réalisée par un généraliste ou une sage-femme sans formation spécialisée en sénologie. Elle conditionne tout le calendrier de surveillance.

## 06

### Qui doit gérer votre suivi mammaire ?

La mammographie n'est pas un simple examen de routine que l'on prescrit et oublie. Sa prescription, son interprétation, la conduite à tenir selon les résultats et le suivi des anomalies détectées constituent une chaîne de compétences qui exige une formation spécialisée.

#### Le gynécologue : interlocuteur central du suivi mammaire

Le gynécologue est formé à l'ensemble de la chaîne de prise en charge sénologique : prescription adaptée au profil de risque, lecture des comptes rendus radiologiques, interprétation clinique, coordination avec le radiologue sénologue et l'oncologue si besoin. Il est l'interlocuteur naturel pour la prescription et le suivi des mammographies dans le cadre d'un suivi gynécologique global.

- Prescription personnalisée selon l'âge, le risque, la densité mammaire
- Lecture et explication des résultats ACR à la patiente
- Coordination avec le radiologue sénologue pour les anomalies ACR 3, 4 et 5
- Orientation vers l'oncogénétique si suspicion de prédisposition génétique
- Suivi post-biopsie et post-traitement

#### Le radiologue sénologue : expert de l'image

La mammographie doit être réalisée et interprétée par un radiologue formé en sénologie, idéalement dans un centre de radiologie dédié au sein ou conventionné pour le dépistage organisé. La qualité de l'interprétation — et donc du diagnostic — dépend directement de l'expérience du radiologue.

#### Pourquoi ce n'est pas un suivi pour le médecin généraliste seul

Le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans l'orientation initiale et la coordination des soins. Mais la prescription de la mammographie, l'interprétation des résultats ACR, la décision de compléter par une échographie ou une IRM, et a fortiori la gestion d'une anomalie suspecte, dépassent le cadre de la médecine générale sans formation complémentaire spécifique. Confier ce suivi exclusivement à un généraliste expose à des retards diagnostiques documentés.

#### Pourquoi ce n'est pas un suivi pour une sage-femme

Les sages-femmes ont des compétences étendues dans le suivi gynécologique de prévention : frottis, contraception, suivi de grossesse. En revanche, la prescription et l'interprétation des mammographies, la classification ACR, la gestion des anomalies et la coordination avec la radiologie interventionnelle ne font pas partie de leur champ de compétence légal ni de leur formation initiale. Orienter une patiente vers une sage-femme pour son suivi mammaire est une erreur médicale organisationnelle.

**À retenir :**

Le suivi mammaire est une affaire de spécialiste. Un gynécologue formé en sénologie, en lien avec un radiologue expert, garantit une prise en charge adaptée à votre risque réel — pas une prescription standardisée déconnectée de votre profil clinique.

## 07

### Questions fréquentes

#### La mammographie fait-elle mal ?

La compression du sein pendant l'examen est inconfortable, parfois douloureuse selon la sensibilité individuelle et la période du cycle. Elle est brève (quelques secondes par cliché) et indispensable à la qualité de l'image. Réaliser la mammographie en dehors de la période prémenstruelle réduit la sensibilité mammaire.

#### La mammographie est-elle dangereuse à cause des rayons X ?

La dose de rayonnement d'une mammographie est extrêmement faible — équivalente à quelques jours d'irradiation naturelle de fond. Le risque théorique lié aux rayons X est infinitésimal comparé au bénéfice du dépistage précoce. La mammographie annuelle est sans danger.

#### Faut-il faire une échographie en plus de la mammographie ?

L'échographie n'est pas systématique : elle complète la mammographie en cas de seins denses, d'anomalie ACR 0 nécessitant une caractérisation, de nodule palpable ou de symptôme clinique. Sur seins clairs sans anomalie, la mammographie seule est suffisante.

#### Une IRM mammaire est-elle nécessaire ?

L'IRM mammaire est réservée aux femmes à haut risque (mutation BRCA, antécédent d'irradiation thoracique, risque calculé > 20 %) et à certaines situations diagnostiques complexes. Elle n'est pas un examen de dépistage de première intention dans la population générale.

#### La téléconsultation permet-elle de gérer le suivi mammaire ?

Oui, en grande partie. La prescription de la mammographie, l'explication des résultats ACR, la stratification du risque et l'orientation vers les examens complémentaires peuvent être réalisées en téléconsultation spécialisée. Seul l'examen clinique des seins (palpation) nécessite une consultation en présentiel.

**À retenir :**

La mammographie est un acte médical, pas un acte administratif. Sa valeur dépend de la qualité de sa prescription, de sa réalisation technique et de son interprétation par des professionnels formés. Prenez le temps de la comprendre — et d'en discuter avec votre gynécologue.

# 08

## Sources médicales et limites du document

Ce livret synthétise des données médicales issues de sociétés savantes, de recommandations nationales et internationales et d'études cliniques publiées. Il ne constitue ni une recommandation officielle exhaustive, ni une prescription individuelle.

### Sources principales

- Institut National du Cancer (INCa). Programme de dépistage organisé du cancer du sein. 2023.
- American Cancer Society. Breast Cancer Early Detection and Diagnosis. 2023.
- American College of Radiology. ACR BI-RADS Atlas, 5th Edition. 2013.
- Monticciolo DL et al. Breast Cancer Screening for Average-Risk Women: Recommendations From the ACR Commission on Breast Imaging. JACR, 2017.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Détection précoce des cancers du sein — actualisation. 2022.
- European Society of Breast Imaging (EUSOBI). Recommendations on breast ultrasound. European Radiology, 2022.
- Nelson HD et al. Harms of Breast Cancer Screening: Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Ann Intern Med, 2016.

#### À retenir :

Le cancer du sein détecté tôt se guérit dans la grande majorité des cas. Le dépistage régulier, personnalisé et bien suivi est votre meilleure protection. Ne le remettez pas à plus tard.

*Document d'information médicale générale — ne remplace pas une consultation médicale personnalisée. Toute décision thérapeutique doit être prise en concertation avec un professionnel de santé.*

© 2026 Dr Hugues Geoffrion · Tous droits réservés.