

Pourquoi est-ce que l'on rate des cancers du sein — et comment l'éviter ?

Sébastien Molière, pour la SIFEM

Deux publications récentes – un *position paper* de l'EUSOBI [1] et une revue pédagogique de Chotai et al. (Insights into Imaging) [2] – dressent un état des lieux sur les erreurs en imagerie mammaire. Leur intérêt est double : rappeler d'une part le poids majeur des erreurs de perception (près de 50 % des cancers manqués sont rétrospectivement visibles), des biais cognitifs, de la densité mammaire élevée et des insuffisances techniques (positionnement, compression). D'autre part, ces textes proposent des solutions concrètes, immédiatement applicables en pratique clinique. Voici quatre messages clés tirés de ces travaux, dont nous recommandons vivement la lecture intégrale tant leur apport est riche pour la pratique quotidienne.

1) Une qualité technique insuffisante (mauvais positionnement, compression inadaptée ou champ incomplet) expliquent une part importante des faux négatifs.

*Recommandation : vérifier systématiquement les cinq critères de qualité en mammographie**, répéter toute acquisition imparfaite.*

2) Les biais cognitifs sont très fréquents mais corrigibles. Il s'agit surtout du *biais de satisfaction*: la détection d'une première anomalie conduit à négliger une lésion secondaire, homolatérale ou controlatérale, et du *biais d'ancrage* : rester fixé sur une première impression ou sur le compte rendu antérieur, alors même de nouveaux éléments suggèrent une réévaluation (ex. : évolution péjorative de microcalcifications proches d'images bénignes stables).

Recommandations : réaliser une première lecture exhaustive en ignorant temporairement l'anomalie évidente, instaurer une seconde lecture indépendante en repartant "à zéro", et analyser systématiquement les zones pièges (région rétro-aréolaire, quadrants internes, no-man's land).

3) Les défauts de corrélation intermodalité sont particulièrement à risque de faux négatifs, par exemple lorsque l'on attend de l'échographie qu'elle négative une anomalie mammographique ou IRM.

Recommandation : s'assurer d'une corrélation intermodalité rigoureuse (profondeur, distance au mamelon), réaliser un cliché de profil, tomosynthèse voire angiommographie pour affiner la corrélation.

4) L'IA doit rester une aide, non un arbitre. Si elle améliore la détection des signes subtils, elle expose au biais d'automatisation.

Recommandation : utiliser l'IA comme second lecteur uniquement, et non en première lecture. L'objectif est d'éviter d'ajuster le BI-RADS en fonction de la suggestion IA, en particulier en cas de sein dense ou d'imagerie de qualité insuffisante.

*** Les 5 critères de qualité en mammographie sont: i. visibilité de l'espace clair rétroglandulaire, ii. mamelon centré, iii. ouverture correcte du sillon sous-mammaire, iv. visualisation du muscle pectoral jusqu'à hauteur du mamelon en incidence oblique, v. même distance mamelon – bord postérieur identique sur les clichés de face et oblique (ou différence < 1cm)*

Références

1. Thomassin-Naggara I. et al. Misdiagnosis in breast imaging : a statement paper from European Society Breast Imaging (EUSOBI) – Part 1 & Part 2. European Radiology, 2025.
2. Chotai N. et al. Why we still miss breast cancers: strategies for improving mammography interpretation. Insights into Imaging, 2026.