

# Suivi des patientes traitées pour un cancer du sein à l'exclusion des aspects carcinologiques

1 Brigitte de Lafontan\*, Anne Lesur\*\*, Bruno Cutuli\*\*\*

## INTÉRÊTS GÉNÉRAUX DE LA SURVEILLANCE

La surveillance des patientes traitées pour un cancer du sein présente plusieurs intérêts (1) :

- diagnostic éventuel d'une récurrence locale et/ou régionale (ganglionnaire) encore accessible à un traitement de rattrapage ;
- détection d'une métastase symptomatique pour améliorer les signes cliniques (douleur osseuse) ou prévenir les complications (risque fracturaire), en ayant présent à l'esprit que les traitements actuels des patientes en phase métastatique ne permettent pas d'améliorer leur survie ;
- détection précoce des complications des traitements ou des séquelles pour correction éventuelle (lymphœdème) ;
- diagnostic précoce d'un cancer controlatéral (risque d'environ 1 % par an), d'un cancer épидémiologiquement lié (endomètre, côlon, ovaire) ou d'un cancer possiblement iatrogène (endomètre, sarcome radio-induit, leucémie postchimiothérapique) même si, pour les leucémies, les possibilités thérapeutiques sont souvent limitées.

Au décours de la surveillance, il est également important d'évaluer les résultats carcinologiques, fonctionnels et esthétiques ainsi que la qualité de vie.

Enfin, la surveillance permet de maintenir un contact régulier avec la patiente ; elle peut donc être utile en termes de soutien psychologique et d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle.

Cependant, le suivi présente un certain nombre d'inconvénients : le bénéfice sur la survie à long terme est difficile à démontrer et souvent surestimé par les patientes et les médecins ; son impact psychologique peut être néfaste et créer une angoisse réactivée à chaque consultation ; enfin, son coût reste élevé.

Deux points demeurent essentiels à retenir :

- Le bénéfice relatif de la surveillance est plus important pour les lésions de bon pronostic comme les carcinomes in situ. Le diagnostic très précoce de la récurrence peut permettre de retrouver une nouvelle lésion in situ d'excellent pronostic, ou, s'il est plus tardif, un carcinome invasif dont le risque de rechute ganglionnaire ou métastatique devient non négligeable (15-20 %).

– Les modalités thérapeutiques du primo-traitement conditionnent les possibilités de traitement de rattrapage et ce, bien sûr, en fonction du terrain.

## LA PRISE EN CHARGE DES SÉQUELLES THÉRAPEUTIQUES

La modification aiguë postradiothérapique du sein (œdème, érythème, aspect de lymphangite) est rare lorsque les patientes suivent les conseils de massage profond du sein en postopératoire ou en cours de radiothérapie. Cependant, en l'absence de massage, elle peut se poursuivre plusieurs mois et s'accompagner de douleurs importantes.

1 **Le lymphœdème** se définit comme une augmentation d'au moins 2 cm de la circonférence du bras, par rapport au côté opposé. Il peut survenir n'importe quand, y compris 20 ans après le primo-traitement, chez environ 10 % des patientes ayant eu un évidement axillaire (2, 3).

En principe, on considère qu'il faut 3 semaines après la chirurgie pour qu'un réseau lymphatique de suppléance se développe après évidement ganglionnaire. Un œdème peut apparaître lors de la radiothérapie. Soit il indique que le réseau de suppléance n'est pas aussi efficace qu'avant l'intervention, soit il traduit la stase due à l'œdème du sein, une partie du drainage lymphatique du bras se faisant par le sein. Dans le premier cas, on considère que cette patiente est à risque élevé d'un œdème ultérieur du bras (il est important de répéter les conseils habituels de prévention), dans le deuxième cas, on conseille à la patiente de réaliser des massages profonds du sein plusieurs fois par jour.

Les facteurs déclenchants les plus fréquents sont la piqûre de rosier (petite mais septique), un déménagement (effort de soulèvement important, prolongé et répété), une brûlure (casserole, four) ou une exposition à la chaleur (soleil, eau chaude).

L'œdème débute le plus souvent au niveau de l'avant-bras, de la main ou du poignet.

La prise en charge doit être la plus précoce possible. Elle consiste la plupart du temps en séances de drainage lymphatique qui doivent être réalisées par un kinésithérapeute bien formé à cette technique (des drainages mal faits peuvent aggraver le lymphœdème).

La contention peut améliorer les résultats à condition qu'elle ne soit pas trop serrée pour ne pas gêner la circulation lymphatique de retour. Des mouvements de gymnastique avec la contention peuvent également améliorer le lymphœdème par une sorte d'automassage interne, les muscles prenant appui sur la contention.

\* Institut Claudius-Régaud, 20, rue du Pont-Saint-Pierre, 31052 Toulouse.

\*\* Centre Alexis-Vautrin, avenue de Bourgogne-Brabois, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy.

\*\*\* Polyclinique de Courlancy, 38, rue de Courlancy, 51100 Reims.

On peut aussi associer des médicaments à tropisme vasculaire et des anti-inflammatoires en application locale. Le repos du membre en position légèrement surélevée est également conseillé. Il est important de réduire le lymphœdème autant que faire se peut après chaque poussée, la suivante venant se rajouter au lymphœdème préexistant.

Enfin, il faut savoir que la survenue d'une lymphangite est une urgence médicale exigeant la mise en place d'un traitement associant antibiotiques et anti-inflammatoires pendant 8 jours ; la patiente doit être avertie de ce risque afin qu'elle consulte lors des premiers signes. Bien évidemment, les séances de drainage lymphatique devront être interrompues pendant toute la poussée lymphangitique.

Un certain nombre de patientes se plaignent d'une augmentation mineure du périmètre du bras (1 à 2 cm), associée à une sensation de pesant au niveau du bras, pouvant entraîner des douleurs au niveau de l'épaule, parfois même avec des dysesthésies. Ces patientes ont probablement un réseau lymphatique de suppléance déficient et doivent être considérées comme étant à risque aggravé ; elles doivent appliquer scrupuleusement les conseils de prévention du lymphœdème.

**1 La diminution de la mobilité de l'épaule** est due à une position réflexe de protection de la zone opérée, épaule baissée et déjetée vers l'avant. On assiste alors à une rétraction de la capsule et des ligaments et, de ce fait, à une diminution de l'amplitude des mouvements. Il est important de sensibiliser la patiente pour qu'elle réalise une mobilisation précoce en post-opératoire immédiat, à un rythme pluriquotidien jusqu'à récupération complète. Lorsqu'elle est peu motivée, il ne faut pas hésiter à prescrire des séances de kinésithérapie.

**1 La périarthrite scapulo-humérale** survient avec une fréquence augmentée au niveau de l'épaule homolatérale au sein traité. Elle se manifeste par des douleurs de l'épaule qui réapparaissent de façon secondaire et qui s'accompagnent d'une diminution progressive de la mobilité de l'épaule. Elle nécessite une prise en charge rhumatologique.

**1 Le névrome cicatriciel** peut apparaître précocement (dans les mois qui suivent l'intervention chirurgicale) ou au contraire de nombreuses années après la fin du traitement. Il se présente sous la forme d'une masse ovalaire, très douloureuse à la palpation (sensation de décharge électrique), située au niveau du pilier antérieur du creux axillaire. Il correspond à une cicatrice au niveau de la section des nerfs intercostaux. Le traitement le plus courant est l'alcoolisation à visée antalgique.

**1 Les douleurs de désafférentation** se présentent sous la forme d'une anesthésie de la face interne du bras (sensation de coussin). Elles sont dues à la section des nerfs superficiels de la sensibilité. Il existe une récupération partielle spontanée en 6 mois à 1 an. Les patientes finissent par s'habituer à cette nouvelle sensation.

## LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

Les traitements des cancers du sein portent particulièrement atteinte à la féminité : image corporelle altérée, aménorrhée induite souvent irréversible, ovariopause, traitement par anti-estrogènes ; la maladie contre-indique la contraception hormo-

nale et le traitement substitutif et fait différer tout projet immédiat de grossesse.

Lorsqu'une patiente, et ce d'autant plus qu'elle est jeune, est atteinte d'un cancer du sein, elle éprouve le besoin plus ou moins formulé d'être, d'une part, rassurée sur l'intégrité de son appareil génital et, d'autre part, comprise et conseillée dans sa vie sexuelle au sens large (contraception, libido, dyspareunie, troubles hormonaux).

## La patiente est ménopausée avant le diagnostic

### Elle était sous THS, arrêté au diagnostic.

La patiente est susceptible de ressentir tous les symptômes gênants de la carence hormonale. Ceux-ci seront d'autant plus marqués que l'on y adjoindra des anti-estrogènes (AE). Les thérapeutiques concernant les bouffées de chaleur sont souvent peu efficaces, mais méritent d'être tentées (Agréal®, Abufène®, acupuncture, homéopathie, voire certains antidépresseurs tels que Effexor®). En ce qui concerne les troubles de sécheresse des muqueuses, on utilisera en général avec succès les traitements estrogéniques locaux de type promestriène (Colpotrophine®). Les agents lubrifiants, de type Sensilube® ou Replens®, seront d'une grande aide à la reprise d'une activité sexuelle, toujours partiellement altérée par le vécu de la maladie. À ce titre, rassurer les femmes sur une libido défaillante, qui peut leur être reprochée par un partenaire peu délicat, est utile à la restauration d'une image personnelle fragilisée.

### Elle était ménopausée, sans substitution

Les conséquences hormonales sont moindres et sont directement liées à la prise d'anti-estrogènes. La surveillance gynécologique sous AE s'est désormais beaucoup allégée, après un bilan initial qui reste nécessaire pour détecter d'éventuelles anomalies préexistantes (polypes, fibromes, kystes ovariens...) (4-7). Il est souhaitable de réaliser un examen gynécologique annuel, sans investigations particulières, notamment ni biopsie d'endomètre, ni échographie pelvienne (8) Évidemment, les patientes seront informées des possibilités de saignements utérins, nécessitant des explorations appropriées. Il pourra être rassurant de leur préciser l'action bénéfique du tamoxifène, semblable à celle du THS en matière de protection osseuse. Il sera également toujours souhaitable de leur rappeler la possibilité d'accidents thrombo-emboliques, les incitant à la prudence en cas d'événements pourvoyeurs de cette pathologie (plâtre, alitement prolongé, infection intercurrente...) (9).

Le THS reste contre-indiqué après cancer du sein. La question débattue de la réintroduction des hormones substitutives de la ménopause à distance d'un cancer du sein supposé guéri n'est pas résolue. Cela reste affaire de cas particuliers, corrélés à la demande insistante d'une patiente très incommodée par une ménopause hypothéquant sa qualité de vie (cf. *La Lettre du Sénologue* n° 2, 1998). Il est alors impératif que la situation réponde aux critères suivants : cancer apparemment guéri (avec bilan d'extension négatif) et délai suffisant par rapport au primo-traitement, signes fonctionnels pénibles, non contrôlés par les traitements non hormonaux, patiente informée des risques potentiels avec consentement écrit. Dans ce cas, il est vivement

conseillé d'enregistrer les patientes et de les suivre de façon prospective. Pour ce qui est des phytoestrogènes et en l'absence d'étude, ils ne doivent pas être prescrits chez les femmes traitées pour un cancer du sein. Une étude randomisée récente n'a pas retrouvé d'efficacité sur le traitement des bouffées de chaleur dans la population des femmes ménopausées (10, 11).

Ces femmes ménopausées seront également surveillées sur le plan de la densité osseuse (ostéodensitométrie tous les 3 ans) pour mettre en route, si besoin, un traitement non hormonal (vitamine D, calcium, nouvelles molécules type SERM).

### La patiente n'est pas ménopausée au diagnostic

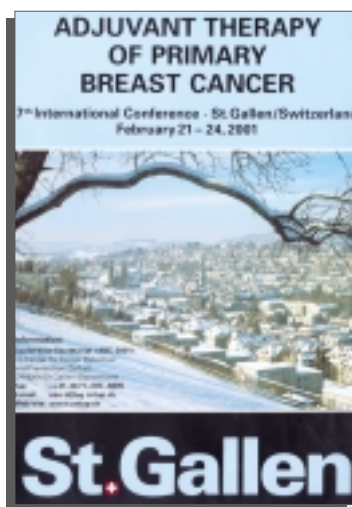
Si des AE sont prescrits, alors que les ovaires sont fonctionnels (ou susceptibles de l'être, la patiente étant en aménorrhée provisoire due à la chimiothérapie), des **informations indispensables** devront être délivrées, à commencer par la tératogénicité de la molécule (qui ne saurait être contraceptive), la possibilité de survenue de kystes de l'ovaire et d'irrégularités des cycles. Les effets secondaires des AE chez la femme non ménopausée sont mal connus et méritent d'être colligés de façon prospective. À cet effet, il existe un protocole de surveillance avec enregistrement qui a été présenté dans le numéro 10 de *La Lettre du Sénologue*.

Ici se poseront les problèmes de contraception, surtout chez des patientes habituées à la prise de contraceptifs oraux (qui restent une contre-indication), d'autant plus si elles sont sous AE connus pour leur effet *clomid-like*. Ces femmes peuvent être toujours réglées ou en aménorrhée transitoire. La contraception reste fortement recommandée et on retrouve l'intérêt des moyens locaux : stérilet, gel spermicide, préservatifs... La progestérone, vingt jours par mois, sera discutée au cas par cas compte tenu des incertitudes quant à l'action mammaire de la molécule, mais elle peut être utilisée transitoirement. On l'évitera systématiquement si la patiente est sous AE. La ligature de trompe peut être proposée, même si les chirurgiens sont peu enclins à réaliser ce geste.

S'il existe un désir de grossesse, la prudence voudrait que l'on respecte un intervalle libre d'au moins deux ans, s'il n'existe pas d'atteinte ganglionnaire, et si la patiente n'est pas sous AE (12). Cependant, l'IVG ne se justifie pas (sauf si, encore une fois, la patiente est sous tamoxifène) et la grossesse ne nécessite qu'une surveillance attentive des seins (12). La grossesse ne modifie en rien le pronostic de la maladie mammaire (13) et l'allaitement ultérieur est possible bien que souvent difficile. **n**

### R E F E R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

1. American Society of Clinical Oncology. Recommended breast cancer surveillance guidelines. *J Clin Oncol* 1997 ; 15 : 2149-56.
2. Recht A, Houlihan MJ. Axillary lymph nodes and breast cancer : a review. *Cancer* 1995 ; 76 : 1491-512.
3. Hack TF, Cohen L, Katz J et al. Physical and psychological morbidity after axillary lymph node dissection for breast cancer. *J Clin Oncol* 1999 ; 17 : 143-9.
4. Cutuli B. Tamoxifène et endomètre : le point en l'an 2000. *Réalités en gynécologie obstétrique* 2000 ; 53 : 14-7.
5. Barakat RR, Gilewski TA, Almadrone L et al. Effect of adjuvant tamoxifen on the endometrium in women with breast cancer : a prospective study using office endometrial biopsy. *J Clin Oncol* 2000 ; 18 (20) : 3459-63.
6. Gerber B, Krause A, Muller H et al. Effects of adjuvant tamoxifen on the endometrium in postmenopausal women with breast cancer : a prospective long-term study using transvaginal ultrasound. *J Clin Oncol* 2000 ; 18 (20) : 3464-70.
7. Neven P, Vermaeve H. Guidelines for monitoring patients taking tamoxifen treatment. *Drug Safety* 2000 ; 22 : 1-11.
8. Runowicz CD. Gynecologic surveillance of women on tamoxifen : first do no harm. *J Clin Oncol* 2000 ; 18 (20) : 3457-8.
9. Cutuli B, Petit JC, Fricker JP et al. Accidents thrombo-emboliques chez les patientes ménopausées sous traitement adjuvant par tamoxifène : fréquence, facteurs de risque et possibilités de prévention. *Bull Cancer* 1995 ; 82 : 51-6.
10. Quella SK, Loprinzi CL, Barton DL et al. Evaluation of soy phytoestrogens for the treatment of hot flushes in breast cancer survivors : A North Central Cancer Treatment Group Trial. *J Clin Oncol* 2000 ; 18 (5) : 1068-74.
11. This P, de la Rochefordière A, Clough K et al. Intérêts des phytoestrogènes après un cancer du sein. *Lettre du Sénologue* 2000 ; 8 : 37-9.
12. Mignot L. Desire for a child after breast cancer. *Gynecol Obstet Fertil* 2000 ; 28 (7-8) : 547-51.
13. FNCLCC. Standards, options et recommandations. *Cancer du sein non métastatique* (vol. 3). Paris : Arnette Blackwell 1996 ; 282-4.



### Adjuvant therapy of primary breast cancer 7th International Conference

Saint Gall, Suisse,  
21-24 février 2001

Renseignements :  
Conference secretariat  
"ABC-2001", c/o Center  
for tumor detection  
and prevention (ZeTup),  
9006 St. Gallen, Switzerland.  
Fax : 41 (0)71 245 6805.  
E-mail : eso-d@sg.zetup.ch  
Web-site : www.zetup.ch

### Journées thématiques annuelles 2001 de la société française de mastologie et d'imagerie du sein

Cité des congrès Nantes-Atlantique  
28-29 juin 2001

Renseignements :  
Centre René Gauducheau, Mme Mustafitch, bd J. Monod,  
44805 Nantes-Saint-Herblain.  
Fax : 02 40 67 97 09.  
E-mail : m-mustafitch@nantes.fnclcc.fr