

La vie après le cancer du sein Suivi médical : Quelle surveillance ?

Article de Annie Gouriet
Journaliste

Kiné actualité N° 979
14 avril 2005

Quand on a eu un cancer du sein, qu'il a été traité, pourquoi ensuite une surveillance médicale, quel bénéfice pour la patiente, comment surveiller, avec quels outils et qui est le plus habilité pour le faire? Marc Espié, oncologue responsable du Centre des maladies du sein à l'Hôpital Saint Louis à Paris, a répondu à ces questions au cours d'une conférence organisée par Europadonna le 31 janvier 2005.

Chaque année, on compte 40 000 nouveaux cas de cancer du sein et 11 000 décès dus à ce cancer

- La palpation du sein constitue un des plus importants moyens de surveillance ;
- La majorité des rechutes survient trois ans après le premier cancer ;
- Lorsque c'est le médecin traitant qui se charge de la surveillance, il doit le faire en réseau avec le centre hospitalier ;
- La grossesse n'augmente pas le risque de rechute ;
- Le drainage lymphatique du gros bras est la meilleure prise en charge, elle doit être précoce.

Que surveille-t-on ?

L'état général, le sein traité, le sein controlatéral, les sites possibles de métastases, l'appareil génital, l'efficacité du traitement. L'objectif de cette surveillance est de poser un diagnostic rapide en cas de récurrence, de dépister un cancer du sein controlatéral ou de la sphère gynécologique, de découvrir les complications des traitements. Au delà de la surveillance, c'est aussi d'accompagnement qu'il s'agit, au cours d'une épreuve difficile. Soutien psychologique, aide socio-professionnelle et familiale font partie du suivi.

- Surveillance du sein traité et rechute
- Le second cancer
- Les métastases
- Qui effectue la surveillance ?
- Surveillance du bras

- Surveillance des traitements
- Contraception, grossesse, sexualité
- Arrêt des traitements
- Questions et réponses

Surveillance du sein traité et rechute

La surveillance du sein traité se justifie par le risque de rechute, de 1% par an, ce qui fait tout de même 10% à 10 ans. Les facteurs favorisant d'une rechute (par les mêmes cellules que le premier cancer ou par de nouvelles) sont l'âge —moins de 40 ans et avant la ménopause— la taille importante de la première tumeur, les embolies vasculaires, l'exérèse insuffisante qui n'est pas allée jusque dans le tissu sain, la composante intracanalalaire (la tumeur se propage dans les canaux galactophores comme dans un arbre), un traitement adjuvant non adapté.

Quels sont les moyens de surveillance? "L'examen clinique est capital", insiste Marc Espié. La palpation du sein à elle seule est capable de détecter une nouvelle tumeur. "Un médecin qui n'examine pas, qui ne fait pas déshabiller, moi, j'en change!" s'exclame-t-il. La mammographie et éventuellement l'échographie confirment la suspicion ou mettent en évidence une tumeur non décelée par la palpation. L'échographie se justifie notamment lorsque le sein est dense et donc chez les femmes jeunes. Par ailleurs, Marc Espié souligne qu'un sein irradié est plus difficile à examiner. En cas de doute persistant, l'IRM avec produit de contraste est appelée en renfort, mais donne parfois de faux positifs. "C'est donc l'ensemble des examens, plus, finalement, la ponction-biopsie, qui permettent le diagnostic."

Le traitement précoce d'une rechute permet probablement d'éviter les métastases qui risquent davantage d'apparaître lorsque les délais de traitement s'allongent.

Les microcalcifications révélées par la mammographie accompagnent ou non un cancer débutant. Certaines sont rassurantes, d'autres moins. Elles ont parfois franchement mauvaise mine et c'est à la biopsie de décider de leur bénignité ou de leur malignité. "Si elles deviennent macro, c'est rassurant, elles sont bénignes, même dans un sein déjà opéré et irradié."

La majorité des rechutes se situe dans les trois années qui suivent le diagnostic de cancer. Au delà de dix ans, ce risque devient exceptionnel. On poursuit néanmoins les mammographies une fois par an, ad vitam æternam. En dehors de cet examen, la consultation médicale ne se justifie qu'en présence de symptômes.

Après un deuxième cancer du sein, la surveillance est la même qu'après le premier.-

Le second cancer

Le risque de survenue d'un autre cancer est légèrement supérieur chez les femmes qui ont eu un cancer du sein. Il peut se situer sur le sein controlatéral, avec, là aussi, un risque de 1% par an et 10% à 10 ans. Le jeune âge constitue également un facteur favorisant, ainsi que les formes lobulaires. "Il est souvent de meilleur pronostic que le premier, parce que découvert et donc traité plus tôt. Il ne s'agit pas d'une métastase, mais d'un nouveau cancer."

Les autres sites sont l'endomètre, les ovaires, le côlon, la leucémie et les lymphomes, ou, de façon exceptionnelle, un sarcome dû à l'irradiation.

-

Les métastases

Faut-il s'efforcer de dépister les métastases que la chimiothérapie ou l'hormonothérapie n'auraient pas suffi à prévenir? Cette démarche implique une surveillance lourde, avec des bilans exhaustifs qui, en termes de survie, n'a pas démontré une plus grande efficacité que la surveillance clinique simple avec mammographie tous les six mois pendant cinq ans, puis tous les ans, telle que la recommande l'ANAES. Le raisonnement n'est pas le même pour le cancer du sein et pour les métastases. Dans le cas des tumeurs mammaires, on sait qu'on a des chances de guérir totalement une partie de ces tumeurs et qu'on augmente ces chances en intervenant précocement. Pour les métastases, le résultat est plus hypothétique et ce ne sont pas six mois de traitement supplémentaires, délivré plus tôt grâce au dépistage systématique, qui changeront le résultat. "On n'a pas démontré que découvrir plus tôt les métastases augmentait les chances de guérison."

Mais tout le monde n'est pas d'accord et il est des centres qui pratiquent cette surveillance exhaustive. D'autres, comme Saint Louis, s'arrêtent à la prise de sang, c'est à dire à la recherche des marqueurs spécifiques, bien que cette recherche ne figure plus dans les recommandations actuelles. Et, quand le taux de marqueurs s'élève, ils recherchent la métastase.

Dans l'avenir, le PET scann permettra peut-être un dépistage plus précoce. Il fonctionne à la manière de la scintigraphie osseuse. Les cellules cancéreuses sont avides de sucre. On injecte du sucre radioactif qui, en se fixant, révèle les métastases. Actuellement, ces appareils restent rares.-

Qui effectue la surveillance ?

C'est soit l'équipe de cancérologie, soit le médecin traitant, qui peut être le gynécologue ou le généraliste. Une étude britannique montre la préférence des patientes pour leur généraliste.

Il peut également s'agir d'une surveillance alternée, tantôt par le centre hospitalier, tantôt par le médecin traitant. L'essentiel étant que cette surveillance extrahospitalière s'effectue au sein d'un réel réseau de soins, avec de véritables échanges.-

Surveillance du bras

Les problèmes du bras côté opéré sont liés au curage axillaire. Les paresthésies, les douleurs et, bien sûr, le lymphœdème sont susceptibles d'altérer considérablement la qualité de vie. "En ce qui concerne le lymphœdème, la patiente doit pouvoir bénéficier d'un traitement de drainage lymphatique par des kinésithérapeutes formés pour cela: c'est la meilleure prise en charge qui soit. Mais elle doit être très précoce, car une fois le lymphœdème installé, les résultats sont moins bons."

La technique du ganglion sentinelle, si elle s'avère efficace, devrait diminuer la fréquence des gros bras. Il s'agit de l'exérèse et de la biopsie du premier ganglion potentiellement atteint, le plus proche de la tumeur. Si la biopsie est négative, le risque statistique que les autres ganglions soient touchés étant minime, on ne les enlève pas. Cette technique, en cours d'évaluation, doit être pratiquée par un chirurgien qui en a l'habitude.-

Surveillance des traitements

En particulier celle de l'hormonothérapie, proposée quand la tumeur possède des récepteurs hormonaux positifs, mais rarement si la tumeur est inférieure à 1cm.

Le Tamoxifène, pour ne pas le nommer, est pris pendant dix ans. Or, ses effets secondaires n'ont rien d'exceptionnel même s'ils ne sont pas systématiques et qu'ils ne se cumulent pas nécessairement. Les plus courants sont les bouffées de chaleur devant lesquelles la médecine reste démunie. Pertes blanches, prise de poids, œdèmes, dépression, troubles oculaires ont tendance à apparaître au cours du traitement. De vraies pathologies, induites, surviennent de manière exceptionnelle: cancer de l'endomètre, kyste ovarien, troubles thrombo-emboliques. En tout état de cause, les effets positifs du Tamoxifène sont très largement supérieurs à ses effets négatifs, ce qui justifie son emploi.

En tout début de traitement, une échographie de référence est pratiquée, qui permettra d'apprécier les modifications ultérieures de l'endomètre, qui a tendance à s'épaissir. Une seconde échographie n'est indiquée qu'en cas de signes cliniques, en particulier des métrorragies.

De nouveaux médicaments, les inhibiteurs de l'aromatase, très prescrits chez les femmes ménopausées, présentent moins d'effets négatifs, bien qu'il en reste un certain nombre: bouffées de chaleur, sueurs, douleurs articulaires et musculaires, fatigue, plus ou moins dépression, ostéoporose, élévation du cholestérol.

Les cancers non-hormonaux dépendants, 40% des cas, par définition, ne relèvent pas du traitement hormonal mais, éventuellement, d'une chimiothérapie, en fonction du stade évolutif.-

Contraception, grossesse, sexualité

L'arrêt de la contraception orale expose au risque de grossesse non désirée. Le stérilet, contraception réversible, constitue la meilleure solution. Car rien n'interdit la grossesse après un cancer du sein, elle n'augmente pas le risque de rechute, affirme Marc Espié, catégorique. C'est pourtant une menace que les jeunes patientes entendent trop souvent. "Les médecins peuvent avoir leurs propres craintes, explique Marc Espié, ils les expriment quand ils disent que la grossesse augmente le risque de rechute!". Mais, dans la mesure où les rechutes, lorsqu'elles surviennent, se produisent majoritairement dans les trois premières années, mieux vaut attendre, pour éviter que surviennent en même temps la rechute et la grossesse.

En revanche, recourir à la fécondation in vitro serait une erreur monumentale, souligne Bernadette Carcopino, gynécologue, car cette technique s'accompagne d'une libération considérable d'œstrogènes. "On ne trouverait pas un gynécologue pour le faire!"

Après un cancer du sein, la sexualité est perturbée chez les deux tiers des femmes. Elles souffrent d'un problème d'image corporelle, avec leur cicatrice, l'éventuelle perte des cheveux, des cils, des poils, plus encore après mastectomie. Ne se sentant plus désirables, elles repoussent leur partenaire. Celui-ci s'imagine à son tour que sa compagne n'a plus envie de lui, on entre dans un cercle vicieux qui ne peut se rompre que par la parole.

La ménopause précoce, induite par la chimiothérapie et l'hormonothérapie, plus ou moins réversible, n'est pas faite pour arranger les choses. "Ce n'est pas évident de se sentir ménopausée à 40 ans." Ces femmes ont la sensation de vieillir prématurément. La sécheresse vaginale qui accompagne la ménopause ne favorise pas l'activité sexuelle. Les lubrifiants et l'œstrogénothérapie locale, non contre-indiquée, règlent le problème mécanique.-

Arrêt des traitements

L'arrêt des traitements ou le ralentissement de la surveillance sont vécus différemment selon les femmes. Pour les unes ils sont synonymes de guérison et constituent un soulagement, pour les autres au contraire, c'est un sentiment d'abandon et la peur de la rechute qui dominent. "On observe souvent un petit syndrome dépressif à ce moment." Certaines ont envie de tout oublier, d'autres voudraient être vues tous les trois mois. "Quand on leur dit qu'on ne les verra plus que tous les six mois, c'est un drame, puis un nouveau drame quand on leur annonce que la fréquence des consultations passe à un an, et encore une fois lorsqu'on déclare qu'on ne les verra plus du tout!"

Par ailleurs, il existe souvent un décalage entre la famille qui se dit que c'est terminé et qu'on tourne la page, et la femme qui pense que ce n'est pas fini.

"Il faut surveiller, mais surtout accompagner."

Questions et réponses

- L'alimentation est-elle susceptible de jouer un rôle dans la prévention des rechutes?

"On n'a rien de concluant, alors ce n'est pas la peine de se punir davantage! Je n'ai pas assez de certitudes pour conseiller quoi que ce soit", déclare Marc Espié.

- Quel est le rôle du stress?

"Ce n'est pas parce qu'on a du stress qu'on va développer un cancer. Ce n'est pas non plus parce qu'on n'en a pas qu'on n'aura pas de cancer." Le traitement hormonal substitutif favorise-t-il le cancer du sein? "Il accélère la croissance des cellules cancéreuses déjà existantes. Il modifie l'aspect du sein et en gêne l'examen. Le cancer risque donc d'être diagnostiqué plus tard."

- Les phyto-œstrogènes constituent-ils un recours possible contre les bouffées de chaleur?

"On ne sait pas s'ils sont efficaces sur les bouffées de chaleur, il est donc inutile de prendre un risque avec des œstrogènes."

- La psychanalyse peut-elle jouer un rôle dans le contrôle du cancer?

"La tête n'est pas toute puissante. Penser que, par sa seule volonté, on va guérir ou que, par défaut, on va échouer à prévenir le cancer est une erreur. Mais l'approche psychanalytique peut être bénéfique pour aider à supporter une situation qui est susceptible de ramener à la lumière d'autres situations douloureuses."

- Quand change-t-on une prothèse mammaire?

"Les prothèses mammaires en silicone se changent tous les dix ans. Les prothèses en sérum physiologique ont été abandonnées."