

SUIVI DU CANCER DU SEIN HORMONODÉPENDANT

Modalités pratiques

Tours, le 7 février 2008

Collège Gynécologie

Présentation

- Femme de 39 ans non ménopausée, ouvrière en manutention, traitée pour un nodule au sein droit
 - Tumorectomie et technique du ganglion sentinelle (GS)
- ⇒ CCI 20 mm, berges saines, grade EE II, GS-, emboles vasculaires et lymphatiques -, RH+, Her2-

Collège Gynécologue CVL

Présentation : traitements

- CCI 20 mm, berges saines, grade EE II, GS-, emboles vasculaires et lymphatiques -, RH+, Her2-
- Traitements adjuvants instaurés :
 - chimiothérapie par 6 FEC 100 (anthracyclines)
 - radiothérapie sein 50 Gy + complément
 - hormonothérapie par Tamoxifène 20 mg/j pour une durée prévue de 5 ans

Surveillance

- Quels examens préconisez-vous systématiquement ?
 - examen clinique ?
 - examen gynécologique ?
 - mammographie bilatérale ?
 - échographie pelvienne systématique avant la mise sous tamoxifène ?
 - CA 15-3 ?

Collège Gynécologie CVL

Risque de récurrence locale après traitement conservateur (1)

- 1 % par an en moyenne
- À vie
- Risque annuel plus élevé durant les 4 ou 5 ans suivant le traitement, et qui ne disparaît jamais
- Survie après récurrence : 65 % à 10 ans
- Survie sans métastase après récurrence : 56 %

Risque de récurrence locale après traitement conservateur (2)

- Il est diminué par :
 - une chirurgie “adéquante”
 - la radiothérapie
 - la dose de radiothérapie (chez les femmes jeunes)
 - la chimiothérapie
 - l’hormonothérapie : tamoxifène, IA

Facteurs de risque de récurrence locale (après traitement conservateur)

- Âge jeune +++
- Absence de récepteurs hormonaux
- Grade histologique
- Embolies vasculaires péri-tumorales

Collège Gynécologie CML

Risque de cancer du sein controlatéral

- Moyenne : 0,6 % par an
- Facteurs d'augmentation
 - âge (sujets jeunes)
 - risque familial génétique
 - K lobulaire
- Diminution avec traitements adjuvants
 - chimiothérapie
 - hormonothérapie

Collège

Gynécologie

CVL

Pour cette patiente, quels sont les facteurs de risque de rechute métastatique ?

- La taille tumorale
- Le grade histopronostique
- La prolifération
- L'âge jeune

Pour cette patiente, quels sont les facteurs de protection ?

- La chimiothérapie
- La radiothérapie
- L'hormonothérapie

Le pic des évènements se situe dans les 3 premières années.

- Étude rétrospective sur 4 245 femmes ménopausées traitées pour cancer du sein RE+ opérable avec hormonothérapie adjuvante
- À 2 ans : 4,2 % d'évènements dont 3,2 % sont des métastases
- À 2,5 ans : 4,5 % de métastases/1 % L-R/0,5 % C-L
- Accessoirement, cette étude montre moins d'évènements sous létrozole que sous tamoxifène à 2 ans (85 évènements versus 125 évènements)

Modalités de surveillance

- Avant mise en place du tamoxifène : examen gynécologique et échographie pelvienne incluant voie endovaginale
- Pendant le traitement : échographie pelvienne annuelle systematique ou selon signes cliniques ?
- Examen clinique : tous les 6 mois pendant 5 ans, puis annuellement à vie
- Mammographie bilatérale annuelle
- Pas de CA 15-3 systématique en dehors d'essai clinique

Complications gynécologiques chez une patiente non ménopausée sous tamoxifène

- La patiente présente des saignements
- Examens préconisés
 - une hystéroscopie ?
 - une colposcopie ?
 - une échographie pelvienne ?
 - arrêter le tamoxifène ?

Autres complications

- La patiente présente des bouffées de chaleur
 - arrêter le traitement ?
 - changer le traitement antihormonal ?
 - prescrire de la bêta-alanine (Abufène®) ?
 - prescrire de la venlafaxine (Effexor®) ?
 - prescrire de la paroxétine (Deroxat®) ?
 - prescrire de la phytothérapie (soja...) ?

Facteurs de risque majorant la morbidité du tamoxifène (1)

- Pathologies cardiovasculaires
 - antécédents familiaux thromboemboliques veineux
 - antécédent personnel de phlébite profonde ou d'embolie pulmonaire
 - antécédent personnel d'accident vasculaire cérébral
 - pathologie cardiaque importante personnelle ou familiale

Facteurs de risque majorant la morbidité du tamoxifène (2)

- Pathologies gynécologiques

Femmes non ménopausées	Femmes ménopausées
Kystes récidivants de l'ovaire	Saignements sous THS
Endométriose évolutive	
	Fibromes volumineux
	Pathologie endométriale complexe (polypes, hyperplasie endométriale)

M Car... a arrêté sa pilule contraceptive

- Que peut-on lui proposer comme contraception ?
 - pilule microprogestative ?
 - macroprogestatif ?
 - DIU au LNG ?
 - DIU au Cu ?
 - stérilisation ?

Collège Gynécologie CML

Mme Car... souhaite reprendre son activité professionnelle progressivement

- Elle demande un mi-temps thérapeutique : périodes de 3 mois renouvelables, pendant 1 an maximum
- Son médecin traitant établit un certificat justifiant sa demande qu'elle transmet au médecin-conseil de la CPAM
- Le médecin du travail, après consultation, décide du bien-fondé et établit les modalités
- L'employeur prend en compte la recommandation et décide d'accepter la demande
- Mme Car... va percevoir son salaire correspondant à un mi-temps plus les indemnités de la Sécurité sociale (si elle avait été fonctionnaire, elle aurait perçu l'intégralité de son salaire !)

Après une période de 3 mois, Mme Car... a des difficultés personnelles et souhaite reprendre à temps complet

- Son médecin traitant ainsi que le médecin-conseil de la CPAM l'estiment apte
- Mais le médecin du travail, qui doit décider des modalités de la reprise, donne un avis d'inaptitude, et propose de renvoyer son dossier vers la Cotorep pour incapacité
- Mme Car... veut contester et s'adresse au Comité départemental de la Ligue contre le cancer pour l'aider à préparer son dossier pour l'Inspection du travail, qui statuera après avis du MIR du travail

Présentation

- Patiente de 58 ans ayant eu une mastectomie curage pour :
 - carcinome canalaire infiltrant 30 mm
 - grade EE III
 - composante intracanaulaire
 - RH+ : RE+ 70 %, RP+ 30 %
 - 4N+/10
- ⇒ Chimiothérapie adjuvante : 6 FEC 100
- ⇒ Radiothérapie paroi, aires ganglionnaires
- ⇒ Hormonothérapie par anti-aromatase pour une durée prévisible de 5 ans

Hormonothérapie par IA d'emblée (1)

- Quel bilan avant le traitement ?
 - échographie pelvienne ?
 - ostéodensitométrie ?
 - bilan biologique complet ?
 - bilan lipidique ?
 - aucun ?

Collège Gynécologie CML

Hormonothérapie par IA d'emblée (2)

- Quel bilan pendant le traitement ?
 - échographie pelvienne ?
 - ostéodensitométrie ?
 - bilan lipidique ?

Collège Gynécologie CML

Traitement par IA : bilan avant et pendant le traitement

- Échographie pelvienne de référence avant traitement seulement ?
- Ostéodensitométrie : DMO fémorale et lombaire de référence et tous les 2 ans
- Examen gynécologique avec frottis cervicovaginal récent
- Bilan biologique : lipides

Collège Gynécologie CML

Traitement par IA : tolérance (1)

- La DMO avant traitement révèle T-score lombaire -2 DS, T-score rachis -2,5 DS
 - adresser à un rhumatologue ?
 - prescrire un bilan phosphocalcique et marqueurs de résorption ?
 - prescrire une supplémentation calcique ?
 - prescrire un supplément vitamine D ?
 - prescrire des bisphosphonates ?
 - interrompre le traitement hormonal ?

Traitement par IA : tolérance (2)

- La patiente présente des arthralgies invalidantes
 - arrêter le traitement ?
 - changer pour un autre IA ?
 - changer pour le tamoxifène ?
 - prescrire un antalgique mineur ?

Collège Gynécologie CML

Traitement par IA : tolérance (3)

- La patiente présente une aggravation des arthralgies
 - arrêter le traitement ?
 - changer pour un autre IA ?
 - changer pour le tamoxifène ?

Collège Gynécologie CML

Traitement par IA : tolérance (4)

- La patiente se plaint de douleurs/sécheresse vaginales
 - arrêter le traitement ?
 - prescrire du soja ?
 - prescrire de la colpotrophine ou équivalent ?
 - prescrire un lubrifiant avant les rapports ?

Collège Gynécologie CML

Traitement hormonal étendu (1)

- Lors de l'entretien, la patiente "avoue" ne pas prendre régulièrement son traitement
- Que faire ?
 - la blâmer ?
 - lui réexpliquer l'intérêt du traitement ?
 - insister pour la reprise du traitement ?
 - modifier le traitement en prescrivant du tamoxifène ?

Traitement hormonal étendu (2)

- La tolérance aux IA est finalement acceptable
- Après 5 ans de traitement, que faire ?
 - arrêter le traitement ?
 - prescrire du tamoxifène ?
 - poursuivre l'IA pendant 3 ans ?

Collège Gynécologie CVL

Présentation

- Femme de 50 ans, ménopausée depuis 2 ans présentant une tumeur volumineuse de 35 mm négligée
 - Biopsie : CCI, grade EE II, RH+
 - Chimiothérapie néoadjuvante 8 cycles
 - Mastectomie curage axillaire → reliquat 30 mm, 5 N+
 - Radiothérapie de paroi ± aires ganglionnaires (envahissement gg)
 - Hormonothérapie par IA d'emblée

Délégation de la surveillance

- Compte tenu du mauvais pronostic chez cette patiente, la surveillance est maintenue au centre spécialisé pendant les 5 premières années
- En l'absence d'événements, on vous confie la patiente pour la suite de la surveillance

Collège Gynécologue CVL

Surveillance après 5 ans

- Quelle surveillance doit être instaurée ?
 - examen clinique tous les 6 mois
 - alternée gynécologue (MT)/centre référent
 - bilan biologique complet
 - CA 15-3 + mammographie
 - radiographie pulmonaire
 - mammographie annuelle
 - autopalpation
 - échographie pelvienne

Séquelles

- La patiente présente un œdème du bras et des paresthésies douloureuses
 - prescrire des drainages lymphatiques ?
 - l'adresser en milieu spécialisé ?
 - l'adresser au psychologue ?
 - prescrire des veinotoniques ?
 - préconiser une perte de poids ?

Cancer controlatéral (1)

- Dans cette situation, apparition 7 ans après de microcalcifications douteuses (ACR 4) sur la mammographie controlatérale sans traduction clinique
 - compléter le bilan par une échographie ?
 - compléter le bilan par une IRM ?
 - refaire une mammographie dans 6 mois ?
 - envoyer au chirurgien pour exérèse immédiate ?
 - demander une confirmation histologique par mammotome ?

Prise en charge du cancer controlatéral

- Traitement par tumorectomie
 - CIC de grade nucléaire élevé
 - une radiothérapie est prescrite

Collège Gynécologie CVL

Reprise de la surveillance

- Reprendre une surveillance clinique annuelle ?
- Rapprocher les visites ?
- Prescrire une mammographie annuelle du sein restant ?
- CA 15-3 ?

Collège Gynécologie CVL

- Cette surveillance qui rassure les médecins et inquiète les malades
- Les études médicales préparent bien à lutter contre la maladie, mais elles ne préparent pas à lutter avec la maladie
- Tout revient à se demander, non pas ce qu'il faut dire mais quand et comment le dire
- Le temps de notre patiente n'est pas le nôtre

Collège Gynécologique CVL

- Écouter et savoir attendre la demande
- Ne pas se réfugier dans la facilité de descriptions techniques, ni des diagrammes qui ne parlent qu'à nous et ne font que renforcer l'incompréhension
- Savoir que plusieurs entretiens peuvent être nécessaires afin que l'angoisse puisse s'exprimer
- Savoir qu'il y a des étapes indispensables pour assurer la confiance et l'observance
- Savoir que la fuite peut n'être qu'un premier passage obligé et non une rupture
- Ne jamais menacer ou ridiculiser, mais apprendre à se dominer sans essayer de dominer l'autre
- Ne pas refuser ou nier les émotions, celles des patientes ou les siennes propres, mais ne pas se laisser mener par elles
- Ni fusion ni identification, rester soi-même pour permettre à l'autre d'en faire autant