



Le suivi mammaire des femmes de la population générale et des femmes traitées pour un cancer du sein

Pr Carole Mathelin, MD PhD

Chef de service de chirurgie ICANS

President-elect de la Société Internationale de Sénologie

Responsable de la commission Féminisation de l'ANC

- 1 Cancer du sein : Incidence et mortalité
- 2 Suivi mammaire des femmes de la population générale
- 3 Suivi mammaire après traitement d'un cancer du sein
- 4 Prise en charge du lymphœdème

1 Cancer du sein : Incidence et mortalité

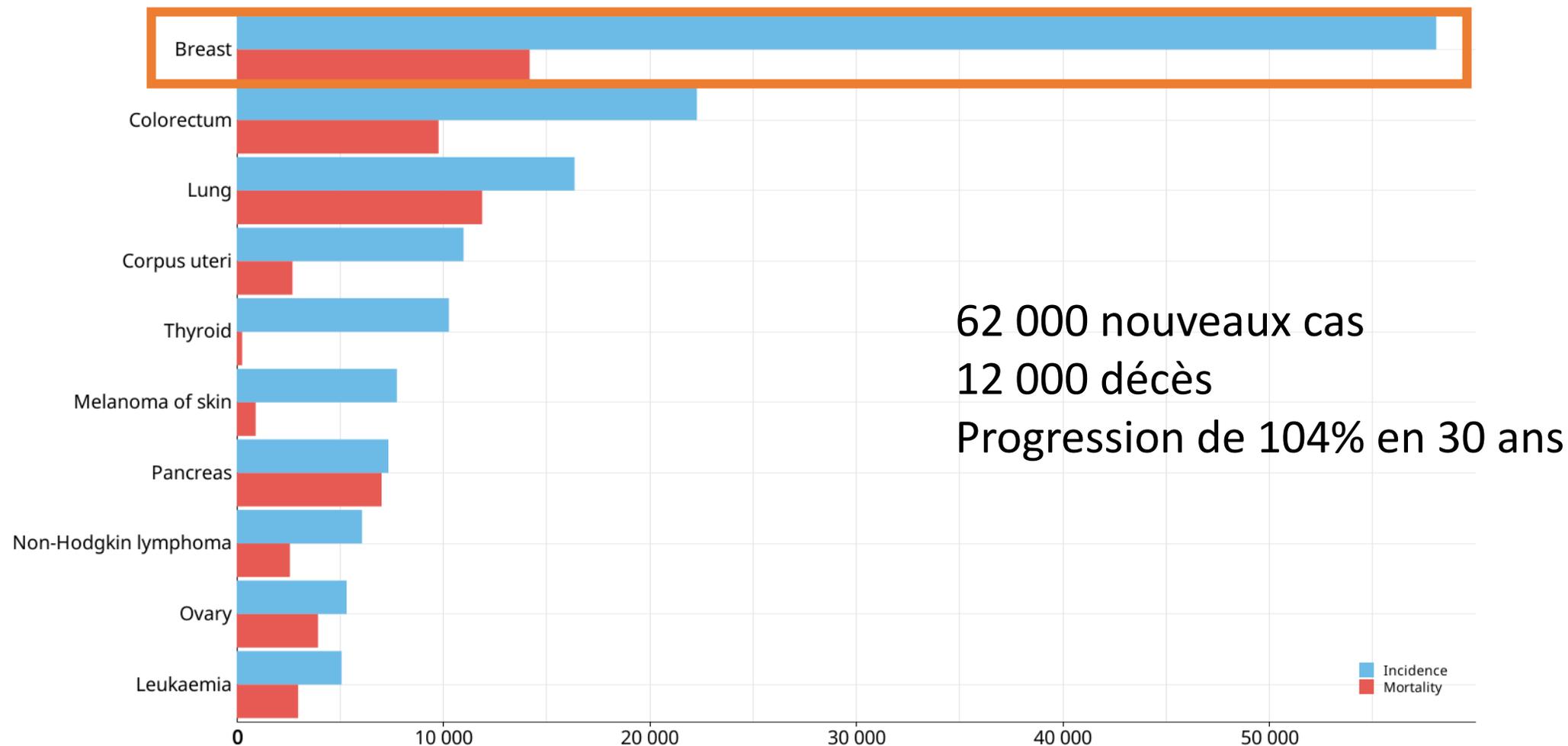
2 Suivi mammaire des femmes de la population générale

3 Suivi mammaire après traitement d'un cancer du sein

4 Prise en charge du lymphœdème

Incidence et mortalité du cancer du sein en France

Estimated number of incident cases and deaths France, females, all ages (excl. NMSC)



Cancer du sein en France : les âges de survenue

62 000

nouveaux cas par an en France

12 000

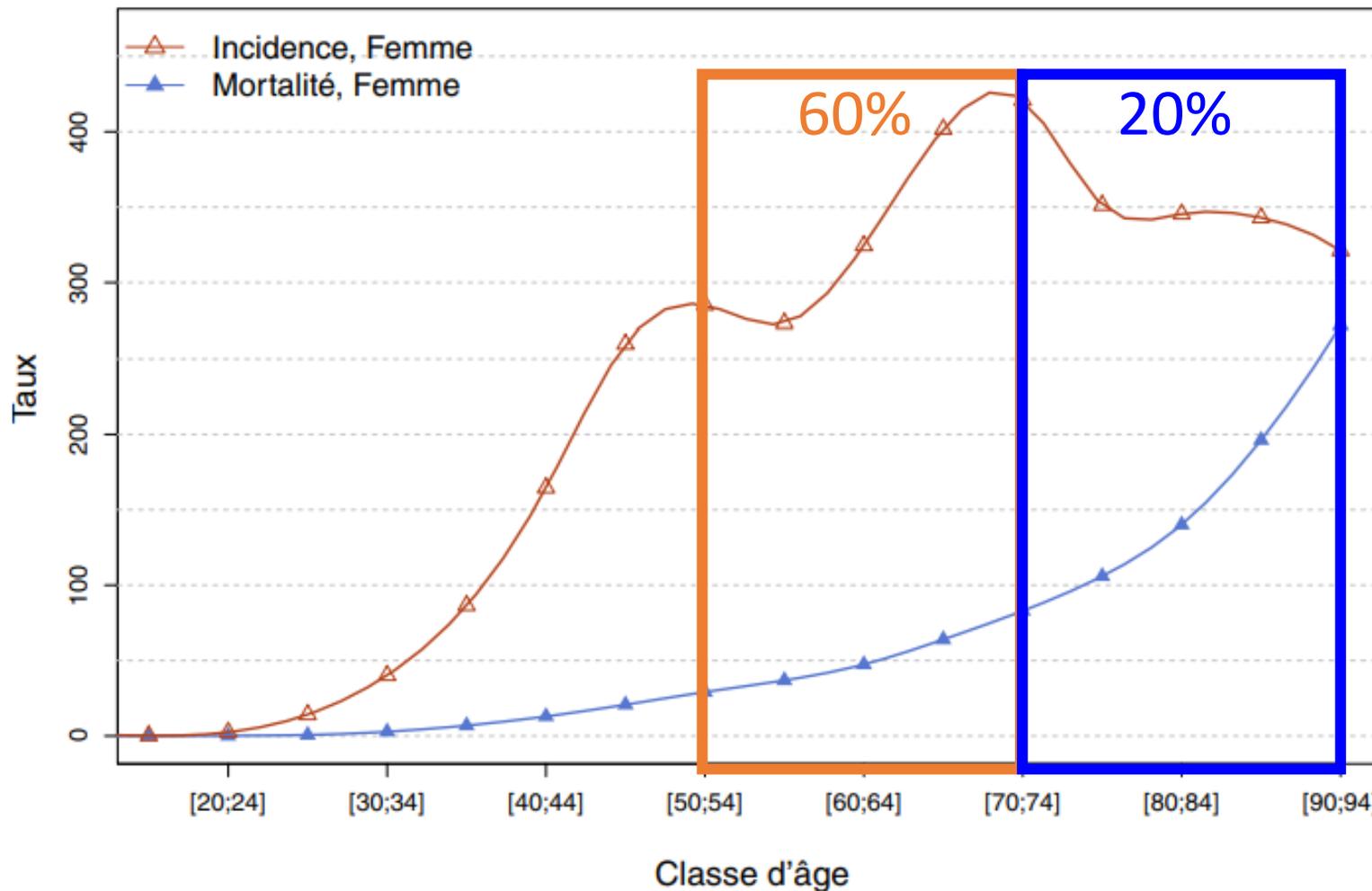
décès chaque année

1^{ère}

cause de décès par cancer chez la femme

1/10

des femmes sont touchées

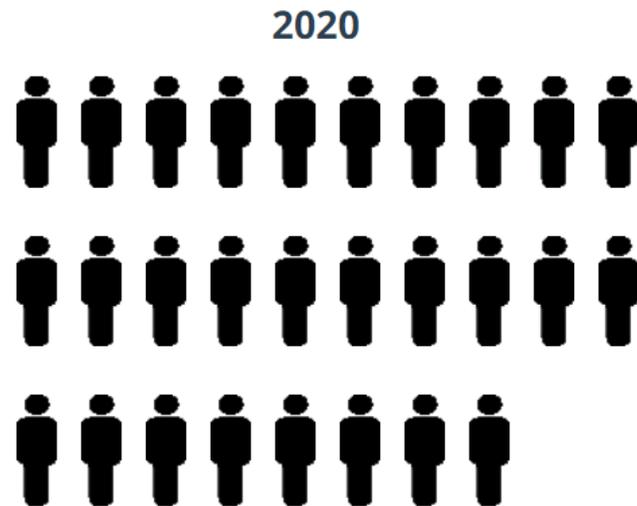


âge médian de survenue : 64 ans

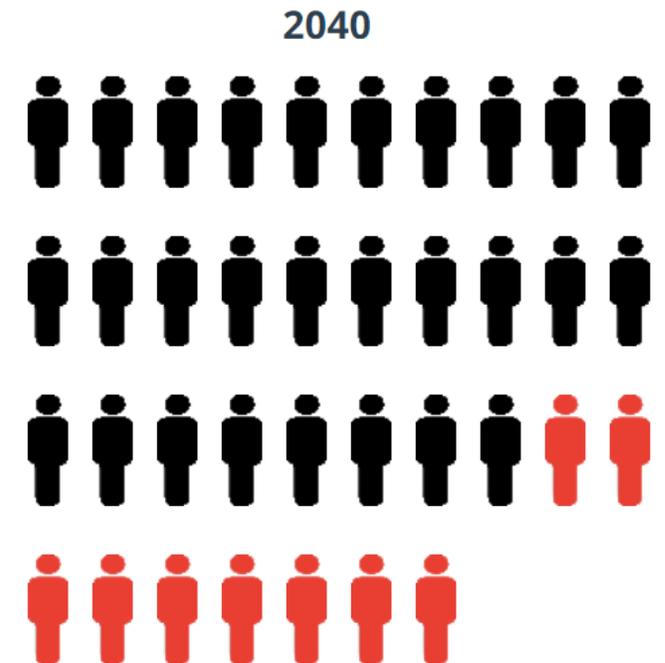
Incidence et mortalité du cancer du sein en France en 2040

- Poursuite de l'augmentation d'incidence et de prévalence
- Augmentation de la mortalité

Estimated number of deaths from 2020 to 2040, Females, age [0-85+]
Breast
France (metropolitan)



14.2k

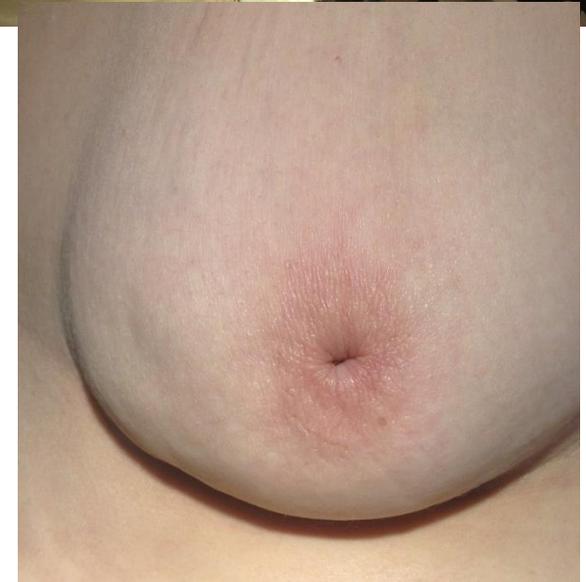
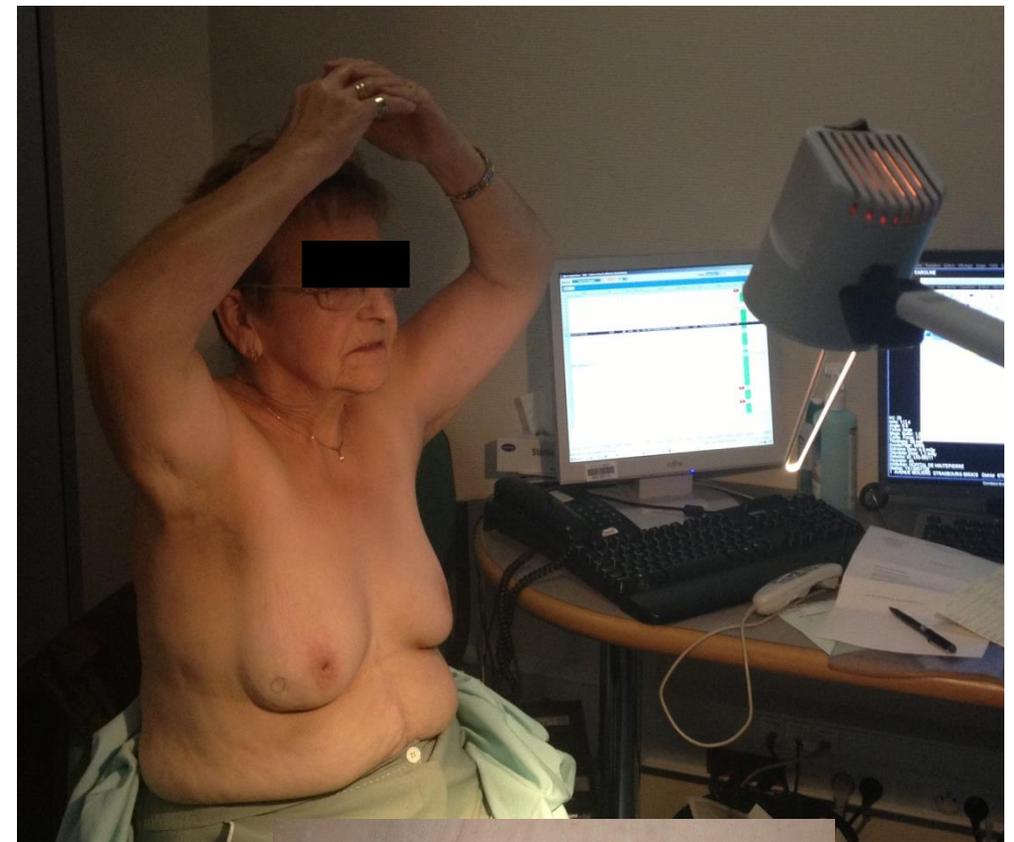


18.5k

- 1 Cancer du sein : Incidence et mortalité
- 2 Suivi mammaire des femmes de la population générale
- 3 Suivi mammaire après traitement d'un cancer du sein
- 4 Prise en charge du lymphoedème

Examen clinique mammaire recommandé par la HAS une fois par an à partir de 25 ans sans limite d'âge

- Patiente dévêtue jusqu'à la ceinture, assise ou couchée, bras le long du corps puis bras relevés.
- Inspection
- Palpation des seins et des aires ganglionnaires
- Rechercher un écoulement mamelonnaire











D-FACE



D-Prof.Int





Attention aux écoulements séreux ou sanglants

Quel suivi radiologique ?

- Prescription du dépistage mammographique organisé tous les 2 ans entre 50 et 74 ans
- Poursuivre un dépistage individuel au-delà de 75 ans (si espérance de vie supérieure à 5 ans) tous les 2 ans
- Si très haut risque, commencer plus tôt (génétique : à partir de 30 ans), rajouter IRM et rythme annuel

Trop souvent aucun suivi n'est réalisé



- 1 Cancer du sein : Incidence et mortalité
- 2 Suivi mammaire des femmes de la population générale
- 3 Suivi mammaire après traitement d'un cancer du sein**
- 4 Prise en charge du lymphœdème

La surveillance des cancers du sein traités en rémission

- Elle repose en premier lieu sur l'examen clinique complété par un bilan radiologique.
- Après traitement d'un cancer du sein, une surveillance clinique bilatérale est recommandée tous les 6 mois pendant 5 ans puis annuelle à vie, ainsi qu'une mammographie annuelle à vie (éventuellement complétée par une échographie).
- En dehors du «haut risque», l'IRM mammaire n'est pas recommandée.
- Le dosage des marqueurs tumoraux n'est pas recommandé.
- Il n'y a pas d'autres examens complémentaires à réaliser de façon systématique.

Quelles mesures mettre en œuvre pour limiter les risques de rechute de la maladie ?

- L'activité physique à encourager +++
 - réduit de 40% la mortalité par cancer du sein
 - c'est le comportement qui a l'effet positif le plus fort.
 - fait particulièrement baisser le risque de récurrence chez les femmes ménopausées ou ayant un IMC > 25, quelle que soit la quantité d'activité physique pratiquée avant le diagnostic de cancer.
- Ne pas prendre de poids
- Sevrage tabagique : limiter les complications CV liées à la chimiothérapie et la radiothérapie et les complications pulmonaires liées à la radiothérapie.

Quelques points de vigilance

- Dépister les pathologies CV liées aux traitements anti-cancéreux
- Dépister la carence en vitamine D et supplémenter si nécessaire
- Si inhibiteurs de l'aromatase :
 - recherche d'une dyslipidémie
 - et d'une diminution de la masse osseuse (ODM à réaliser tous les 2 ans).
- Si tamoxifène : rechercher les complications gynécologiques
- Le risque d'hypothyroïdie étant faible mais augmentant avec le temps, une vigilance est recommandée, en particulier chez les patientes N+ ayant bénéficié d'une irradiation ganglionnaire sus-claviculaire.
- Dépister les troubles psychologiques : recours aux soins de support le plus précocement possible.

- 1 Cancer du sein : Incidence et mortalité
- 2 Suivi mammaire des femmes de la population générale
- 3 Suivi mammaire après traitement d'un cancer du sein
- 4** **Prise en charge du lymphœdème**

Lymphœdème du membre supérieur : définition

- Le lymphœdème correspond à une augmentation de volume du MS en rapport avec une stase lymphatique
- Cette stase est liée à la ligature des lymphatiques axillaires pendant le curage axillaire.
- Cette stase peut s'accompagner d'une inflammation chronique, d'une fibrose par prolifération de tissu conjonctif, de l'apparition de tissu adipeux
- La stase liquidienne favorise la survenue d'infections qui aggravent la maladie.

Godet

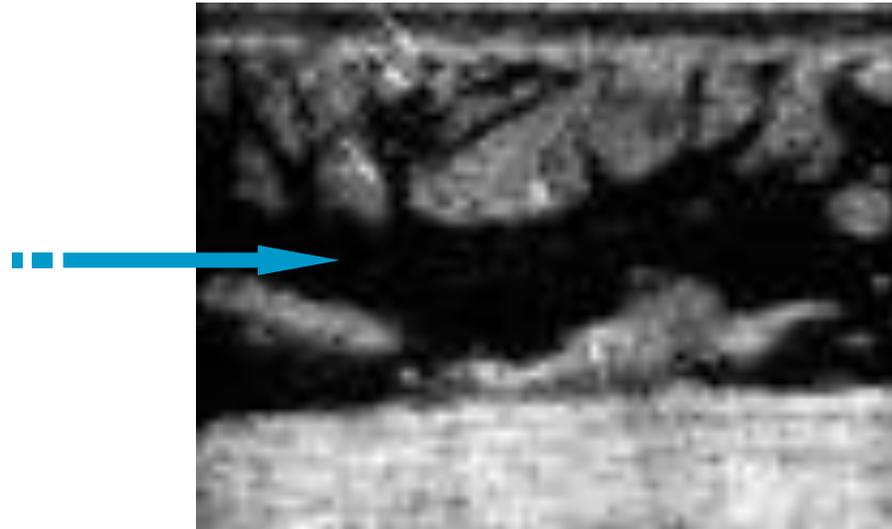


Lymphoedème du membre supérieur : aspect clinique et à l'imagerie

« Gros bras » : augmentation de volume
d'un ou plusieurs segments du membre
supérieur et/ou de la main

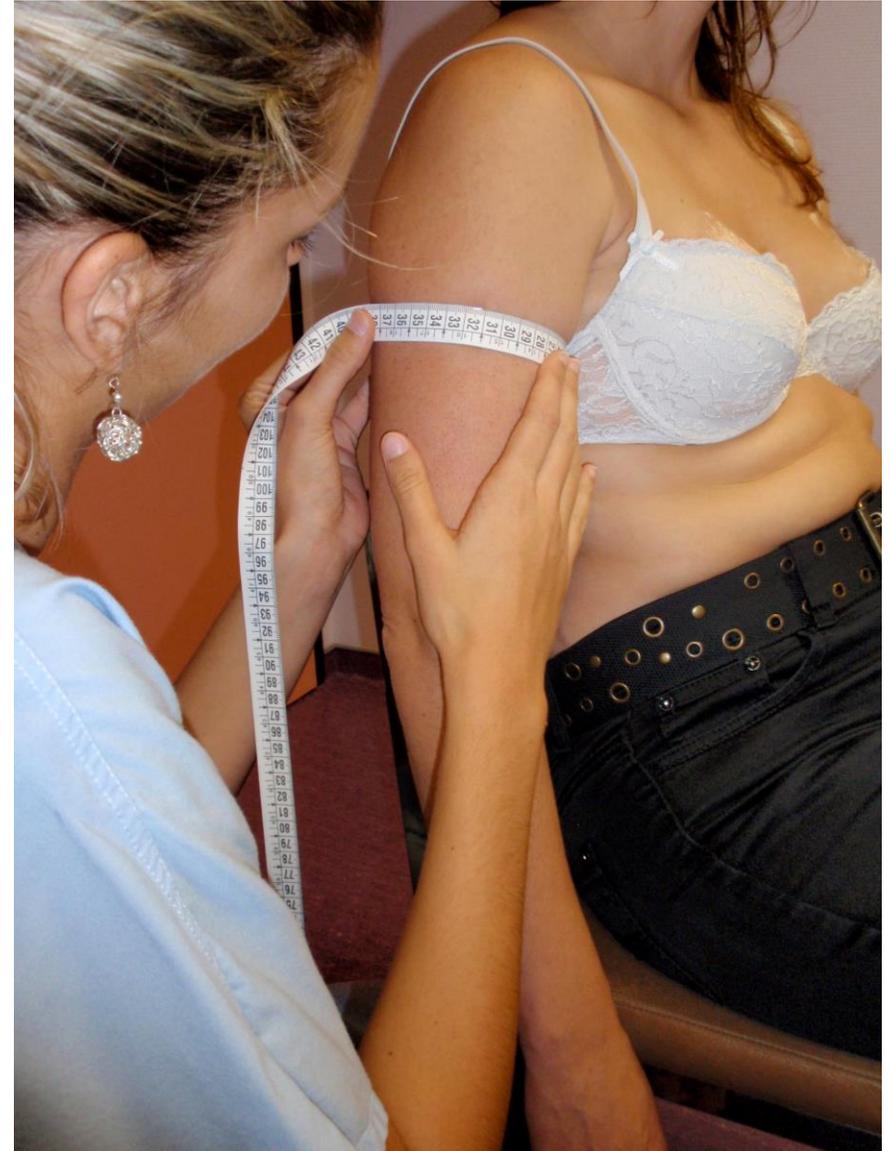


Accumulation de lymphe dans des
vaisseaux lymphatiques dilatés



Lymphoœdème : diagnostic

- Mesure de la circonférence brachiale en 4 ou 5 points :
- Une différence de plus de 2 cm en comparaison avec les mesures initiales d'une (ou de deux) de ces mesures justifie le traitement du lymphoœdème.



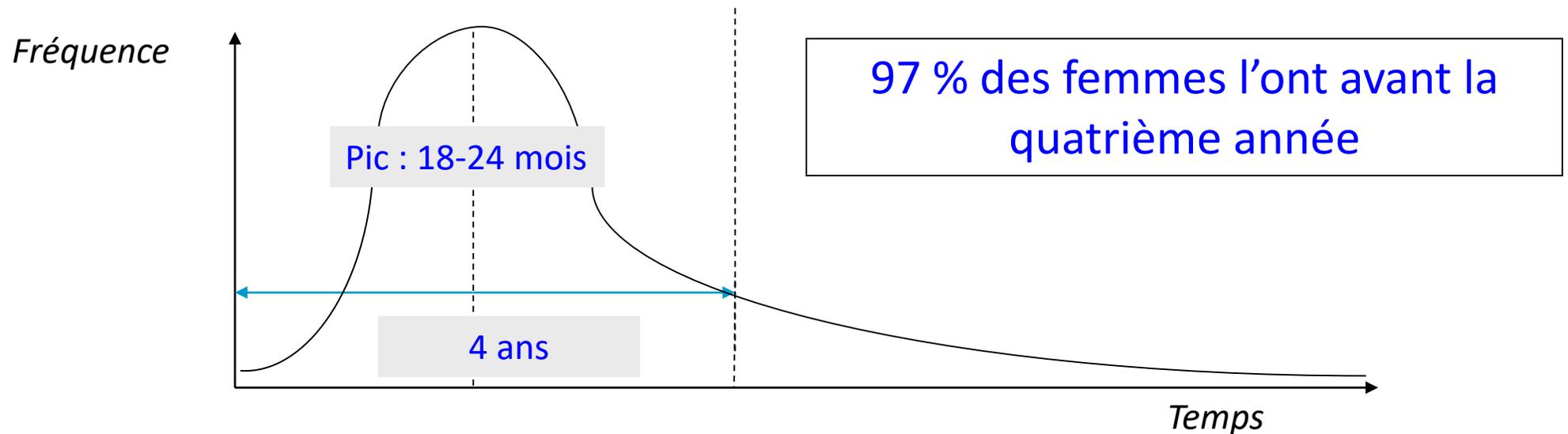
Différence de volume $\geq 10\%$ *Armer et al. 2005*

Lymphœdème du membre supérieur : conséquences

- Même en l'absence de lymphœdème, les patientes le redoutent (2° crainte des patientes traitées pour un cancer du sein après l'évolution du cancer).
- Fréquence difficile à estimer (selon AFSOS : 15 à 30% après curage axillaire)
- L'augmentation de volume du bras s'associe à des répercussions :
 - fonctionnelles (sensation de lourdeur, de tension cutanée)
 - esthétiques
 - psychologiques (perturbations de l'image du corps)
- Conséquences :
 - Modifications importantes du mode de vie personnel, familial et social
 - Contraintes professionnelles (reclassement professionnel voire invalidité).

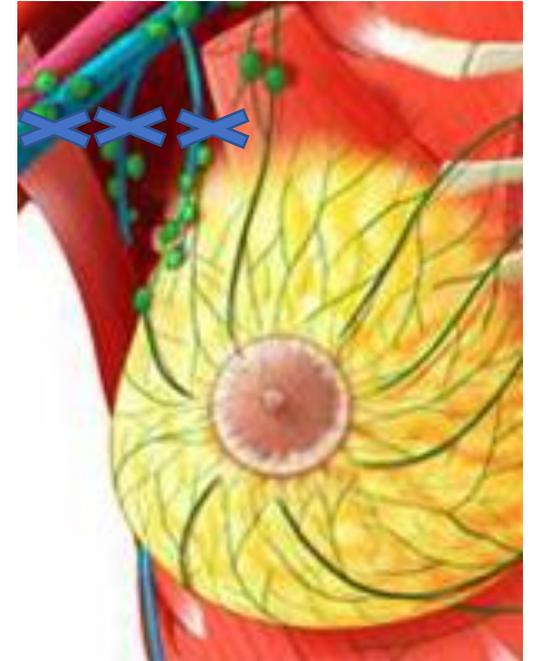
Lymphœdème : délai moyen d'apparition

- Pic d'apparition se situe à **1 an ½ à 2 ans** en moyenne (AFSOS)
- Le lymphœdème peut apparaître précocement (en post-opératoire : soit résorption ; soit évolution vers œdème plus complet si pas de prise en charge rapide).
- Mais également 30 ans plus tard (au-delà de 4 ans, le début est considéré comme tardif)



Lymphoœdème : les facteurs de risque

- Curage axillaire (RR de 1,11 par ganglion prélevé, *Liljegren et al. 1997*)
- L'envahissement ganglionnaire
- Mastectomie (en comparaison avec un traitement conservateur)
- Radiothérapie du creux axillaire +++
- Obésité : 3 à 4 fois plus de risque si BMI > 30
 - A 5 ans du diagnostic : obèses : 36 % de lymphoœdème, non obèses : 12 %
 - Prise de poids en post-opératoire (> 5kgs *S. Vignes*)
- Réduction de l'activité physique



La prise en charge tardive d'un cancer est un facteur de risque de la survenue du lymphoœdème

Lymphoedème : facteurs liés aux prises de sang

Q J Med 2005; 98:343–348
doi:10.1093/qjmed/hci053

Advance Access publication 8 April 2005

Incidence and risk of arm oedema following treatment for breast cancer: a three-year follow-up study

B. CLARK, J. SITZIA and W. HARLOW

From the Worthing and Southlands Hospitals NHS Trust, Worthing Hospital, UK

Table 1 Risk factors for lymphoedema at 3 years

Risk factor	Baseline <i>n</i> (%)	Lymphoedema at 3 years <i>n</i> (%)	No lymphoedema at 3 years <i>n</i> (%)	RR (95%CI)
<i>Hospital skin puncture</i>				
No puncture	170 (90.4)	31 (18.2)	139 (81.8)	1
Any puncture	18 (9.6)	8 (44.4)	10 (55.6)	2.44 (1.33–4.47)
Continuous infusion via cannula	9	3 (33.3)	6 (66.7)	
Venepuncture for blood test	6	2 (33.3)	4 (66.7)	
Repeated finger prick test (blood glucose)	3	3 (100)		

Pourquoi traiter?

- En l'absence de prise en charge, l'œdème se fibrose et ne disparaît plus avec le drainage postural
- La vitesse d'évolution vers la fibrose est imprévisible et extrêmement variable d'une patiente à l'autre.



Complications du lymphœdème non traité

2 complications infectieuses qui surviennent à partir d'une porte d'entrée et fibrosent des lymphatiques, ce qui aggrave le lymphœdème

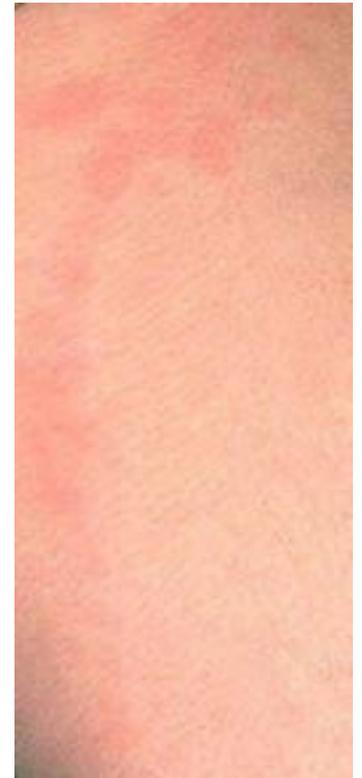
streptocoque β -hémolytique



Erysipèle



Lymphangite



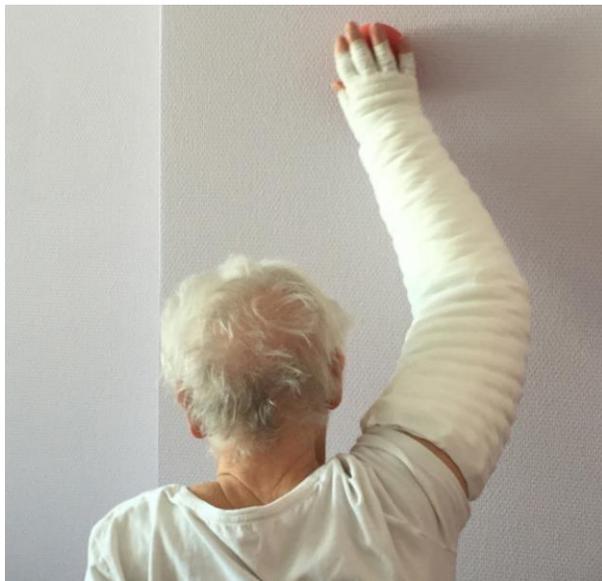
Traitement du lymphoedème : techniques de physiothérapie

- DLM : 1° étape
- Pressothérapie
- Bandages multicouches
- Exercices sous bandages





Exercices sous bandage



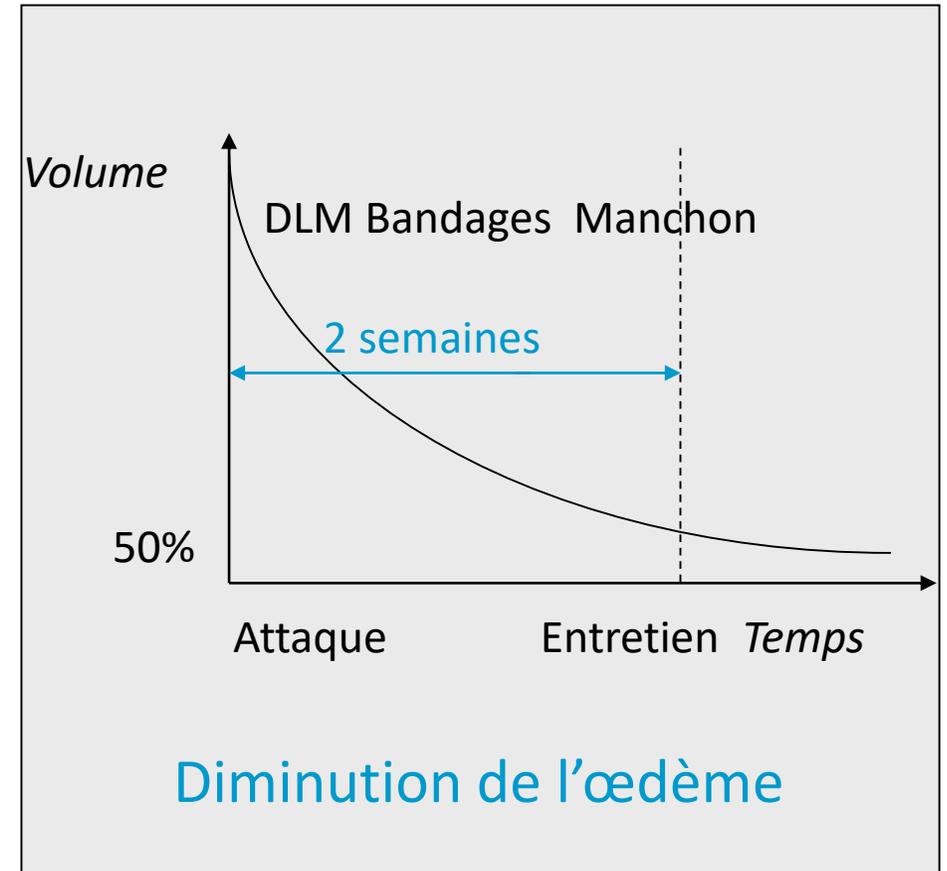
Manchons de compression

- Fortement recommandés à partir d'un certain stade de lymphœdème
- Objectif : garder le gain obtenu avec les autres techniques
- Strictement sur mesure afin d'en faciliter le port quotidien
- Pressions habituellement prescrites CLASSE 3
- Efficaces si changés tous les 3 à 4 mois
- Doit être retiré la nuit



Résultats des traitements intensifs

- Pour être efficace, il faut un traitement intensif
- Maximum de la décongestion du lymphœdème : obtenue par des séances réalisées intensivement sur 2 semaines
- Amélioration de **40 à 60%** de l'excédent mesuré
- Traitement d'entretien ambulatoire





Conclusion en 6 points

1. Cancer du sein : Incidence élevée et mortalité en augmentation sur les projections de 2040
2. Suivi mammaire des femmes de la population générale : examen clinique à partir de 25 ans et de manière annuelle
3. Dépistage organisé: 50-74 ans, DI après 75 ans
4. Suivi mammaire après traitement d'un cancer du sein : examen clinique et mammographie
5. Accompagnement médico-social et aide à la réinsertion professionnelle si nécessaire
6. Prise en charge des complications des traitements dont le lymphœdème