

**Prof. Daniel Betticher, MHA**

**Médecin-chef**

Spécialiste FMH en Hémato-oncologie

et médecine interne

HFR Fribourg – Hôpital cantonal

1708 Fribourg

Secrétariat

Tél. 026 426 72 40

Fax 026 426 72 44

# Surveillance après traitement curatif d'un cancer du sein

## 1. Epidémiologie

Le canton de Fribourg compte environ 160-170 nouveaux cas de cancer du sein par année<sup>1</sup>. Plus de la moitié des patientes sont guéries suite à la résection et aux thérapies adjuvantes (radio- chimiothérapie, anticorps et thérapie antihormonale).

## 2. Risques

- Le risque de rechute est plus élevé durant les 5 ans suivant la thérapie, quoiqu'il persiste jusqu'à 20 ans après la résection<sup>2</sup>.
- Risque d'une récurrence locale, 1-2%/an, risque de développer un 2<sup>ème</sup> cancer mammaire dans l'autre sein, 0.5-1%/an.
- Le risque de 2<sup>ème</sup> tumeur mammaire est 5x plus élevé chez les femmes avec antécédents de carcinome gynécologique.

## 3. Buts de la surveillance

- diagnostiquer une récurrence locale à un stade précoce où le traitement curatif est encore possible.
- diagnostiquer un 2<sup>ème</sup> carcinome mammaire à un stade précoce (ipsi- ou controlatéral)
- pratiquer une surveillance dirigée sur les effets secondaires tardifs des thérapies administrées (chimiothérapie, traitement anti-hormonal, anticorps monoclonaux).
- **Mais, pas** de diagnostiquer des métastases à distance (= situation palliative) avant l'apparition des symptômes. La survie globale et la qualité de vie n'en est pas modifiée (voir « examens inutiles », ci-dessous).

<sup>1</sup> Registre fribourgeois des tumeurs, résultats 2006.

<sup>2</sup> Burstein HJ et al., Primary care for survivors of breast cancer. N Engl J Med 2000, 343, 1086; Kattiove H et al., Ongoing care of patients after primary treatment of their cancer. CA Cancer J Clin 2003, 53, 172; Emens LA et al., The follow-up of breast cancer. Semin Oncol 2003, 30, 338; Jatoti I et al., Hazard rates of recurrence following diagnosis of primary breast cancer. Breast Cancer Res Treat 2005, 89, 173.

#### 4. Schéma de surveillance<sup>3</sup>

*Sélection des patientes:* Status après résection radicale d'un carcinome mammaire avec but curatif suivi d'une thérapie adjuvante ou non.

*Condition préliminaire:* mammographie des deux seins

*Schéma de surveillance:*

Examens	Mois post-opératoires									
	3	6	9	12	18	24	30	36	48	60
Autopalpation des seins (brochure de la ligue suisse contre le cancer <sup>a)</sup> )	une fois par mois									
Anamnèse et examen clinique <sup>a)</sup>	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Mammographie <sup>b)</sup>				x		x			tous les ans	
Ultrason des seins <sup>c)</sup>		x			X		x		tous les ans	
Examen gynécologique <sup>d)</sup>				x		x			tous les ans	
Ostéodensitométrie <sup>e)</sup>				x <sup>e)</sup>						

- a) Incluant la palpation des deux seins et des aires ganglionnaires (diagnostic d'une récurrence locale: sensibilité 29-74%, spécificité 17-30%)<sup>4</sup>. Aucune étude n'a pu démontrer que l'examen des seins avait un effet favorable sur l'évolution de la maladie. Toutes les recommandations prévoient quand même cet examen à intervalles réguliers.
- b) la mammographie permet de diagnostiquer une récurrence locale plus tôt, ce qui entraîne une meilleure survie globale<sup>5</sup>. Une mammographie du sein après reconstruction n'est pas nécessaire. Temps de latence minimal après radiothérapie = 6 mois.
- c) L'examen échographique des seins améliore le résultat de la mammographie de 7.6 à 11.8/1000 patientes; chez 4.2 femmes (/1000), le diagnostic a été posé grâce à l'échographie<sup>6</sup>.
- d) incluant l'analyse cytologique cervicale et un ultrason de l'endomètre (pour les patientes sous thérapie par tamoxifène, risque de cancer utérin augmenté).
- e) pour les patientes sous ou après une thérapie anti-hormonale. La fréquence dépend du résultat et des facteurs de risque pour l'ostéoporose. A évaluer: thérapie aux bisphosphonates et substitution de calcium et de vitamine D3. Pour patientes bénéficiant d'une thérapie aux inhibiteurs des aromatasés au début de la ménopause, contrôler la fonction ovarienne.

<sup>3</sup> Khatcheressian JL et al., American Society of Clinical Oncology 2006 update of the breast cancer follow-up and management guidelines in the adjuvant setting. J Clin Oncol 2006, 24, 5091; Grunfeld E et al., Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: follow-up after treatment for breast cancer (summary of the 2005 update) CMAJ 2005, 172, 1319; National Comprehensive Cancer Network (NCCN) clinical practice guidelines in oncology. Available at [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/default.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.asp); Harris L et al., American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2007 update of recommendations for the use of tumor markers in breast cancer, J Clin Oncol 2007, 25, 5287.

<sup>4</sup> <http://www.swisscancer.ch/broschueren/index.php?productID=281> (en français)

<http://www.swisscancer.ch/broschueren/index.php?productID=251> (en allemand)

<sup>5</sup> Temple LK et al., Preventive health care, 1999 update. Follow-up after breast cancer. Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 1999, 161, 1001.

<sup>6</sup> Montgomery DA et al., changing pattern of the detection of locoregional relapse in breast cancer: the Edinburgh experience. Br J Cancer 2007, 96, 1802.

<sup>7</sup> Berg WA et al., Combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. JAMA 2008, 299, 2151.

## 5. Examens inutiles

Deux grandes études randomisées, une méta-analyse et une revue du groupe Cochrane ont prouvé que le diagnostic d'une rechute de cancer mammaire par des métastases à distance posé plus précocement n'influence en rien la survie globale ou la qualité de vie<sup>8</sup>. Seul le temps jusqu'à la progression (le diagnostic étant fait plus tôt) est raccourci. En outre, le fait de savoir que l'on souffre d'une maladie incurable peut entraver la qualité de vie.

Les examens suivants sont de ce fait inutiles et contre-indiqués :

- Formule sanguine, chimie clinique
- Dosage du marqueur tumoral CA 15-3 ou CEA
- Cliché thoracique
- Scintigraphie osseuse
- US ou CT abdominal, PET

## 6. Remarques

- La surveillance ne s'applique pas aux patientes à risque élevé (mutation du gène BRCA1/2, p53 etc.)
- Une consultation afin d'effectuer éventuellement des tests génétiques peut être organisée pour les patientes jeunes et qui accomplissent un ou plusieurs des critères suivants (la probabilité d'un test génétique positif augmente avec le jeune âge de la patiente)<sup>9</sup>:
  - o Plusieurs membres de la famille proche (mère, sœur, fille) atteintes d'un carcinome mammaire dont un membre âgé de moins de 50 ans
  - o Atteinte d'un carcinome mammaire bilatéral chez la patiente ou la famille proche (mère, sœur, fille)
  - o Diagnostic d'un carcinome de l'ovaire chez la patiente ou la mère/ sœur/ fille/ tante ayant aussi souffert d'un carcinome mammaire.
  - o Atteinte d'un carcinome mammaire chez le père ou le frère.
- Il n'existe aujourd'hui aucune donnée démontrant qu'une grossesse influence la survie chez des patientes ayant souffert d'un carcinome mammaire.
- Obésité: doit être corrigée car il s'agit d'un facteur de risque du carcinome mammaire.

<sup>8</sup> Rojas MP et al., Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. Cochrane Database Syst Rev 2000; CD001768; Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients. A multicenter randomized controlled trial. The GIVIO Investigators. JAMA 1994, 271, 1587; Rosselli Del Turco M et al., Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer. JAMA 1994, 271, 1593; de Bock GH et al., Effectiveness of routine visits and routine tests in detecting isolated locoregional recurrences after treatment for early stage invasive breast cancer: a meta-analysis and systemic review. J Clin Oncol 2004, 22, 4010; Palli D et al., Intensive vs clinical follow-up after treatment of primary breast cancer: 10 year update of a randomized trial. JAMA 1999, 281, 1586.

<sup>9</sup> Meijers-Heijboer EJ et al., Presymptomatic DNA testing and prophylactic surgery in families with a BRCA1 or BRCA2 mutation. Lancet 2000, 355, 2015; U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/brcagen/brcagenrs.htm>;