



Cancer du sein de la femme jeune

Ce qui a changé dans la prise en charge chirurgicale

What changed in surgical management

Mots-clés : Cancer du sein - Âge - Femmes jeunes - Traitement.

Keywords: Breast cancer - Age - Young women - Treatment.

J. Meurette*

L'âge de survenue d'un cancer du sein est un facteur pronostique majeur, toutefois discuté. La qualité de la prise en charge chirurgicale initiale est non seulement un facteur pronostique mais aussi un facteur primordial dans la qualité de vie.

Nous reprendrons ici la même démarche que celle que Rouanet avait adoptée pour le congrès de Dijon en 1994 [1].

Éléments de décision chirurgicale pour le cancer du sein de la femme jeune

Les éléments de décision chirurgicale découlent des facteurs pronostiques.

L'âge est un facteur de décision en ce qui concerne les traitements adjuvants et on prescrira plus volontiers une chimiothérapie chez les femmes jeunes, toutefois, il n'est pas certain que l'âge modifie à lui seul la prise en charge chirurgicale.

Différentes études semblent montrer que l'âge ne représente pas un facteur pronostique indépendant. C'est le cas de celle de Rapiti [2] chez les femmes de moins de 35 ans et de celle de Fodor [3] et Foo [4] chez les patientes d'âge égal ou inférieur à 40 ans.

* Clinique Saint-Amé, Lambres-lez-Douai.

Ces études sont discutables car rétrospectives et, de plus, les patientes jeunes avaient reçu des traitements adjuvants plus agressifs, rendant les comparaisons difficiles.

En revanche, de Bock et al. [5], dans l'EORTC, retrouvent l'âge comme facteur pronostique isolé dans les stades I et II, montrant que le jeune âge est associé à une augmentation de risque de récurrence locale, expliquant l'intérêt d'une surveillance plus active.

Que l'âge soit ou non un facteur pronostique indépendant, il n'en demeure pas moins que la présentation clinique des cancers du sein chez les femmes jeunes en dessous de 35 ans correspond le plus souvent à des stades plus élevés, sans doute en raison d'un diagnostic plus tardif, d'une biologie et d'une histologie différentes, généralement plus agressives [6]. En effet, les lésions sont plus souvent de stade II que de stade I, de grade III, et les récepteurs hormonaux sont négatifs [7]. Indépendamment des facteurs de récurrence locale, comme la présence de lésions in situ diffuses [8], d'envahissement des marges d'exérèse lors des chirurgies conservatrices [9, 10], les récurrences sont plus fréquentes [11].

Enfin, il existe très certainement des variations raciales et ethniques comme cela a été étudié aux États-Unis, le pronostic étant plus péjoratif chez les femmes américaines d'origine africaine ou hispanique. Mais peut-être s'agit-il là de facteurs sociaux [12].

Sur le plan pratique, du fait des récurrences plus fréquentes, la surveillance post-thérapeutique doit être plus importante.

Prise en charge chirurgicale

Ainsi, si la surveillance doit être plus importante chez la femme jeune, la prise en charge chirurgicale doit être faite non pas en fonction de l'âge, mais en fonction des caractéristiques cliniques de la tumeur et du rapport entre taille tumorale et volume du sein. Ces femmes doivent donc être traitées en fonction des caractéristiques macroscopiques et microscopiques de la tumeur tout en gardant à l'esprit que le risque de récurrence est plus important lors des traitements conservateurs chez la femme jeune. Malgré cela, le souci esthétique important chez la femme jeune explique le traitement conservateur dont on pourrait augmenter les indications grâce à l'oncoplastie et à la chimiothérapie néo-adjuvante. De plus, depuis 1994, le développement de la technique du ganglion sentinelle augmente encore les résultats cosmétiques en diminuant sans doute en plus les séquelles sur le membre supérieur. Les méthodes thérapeutiques dépendent donc des éléments classiques :

- taille tumorale appréciée par rapport au volume du sein,
- existence d'adénopathies palpables et/ou suspectes,
- autres facteurs pronostiques : grade, récepteurs hormonaux,
- contexte familial et mutation des gènes *BRCA1* et *A2*.

Les indications

Tumeur non résécable d'emblée par une chirurgie conservatrice de qualité

On préconise une chimiothérapie néoadjuvante après biopsie pour récepteurs hormonaux et évaluation Her 2 et éventuellement prélèvement de ganglion sentinelle (une étude multicentrique est actuellement en cours sous la direction de Namer et le centre Sainte-Agathe).

Après trois ou six cures de chimiothérapie, une évaluation a lieu aussi bien sur le plan clinique que mammographique et échographique, et la décision chirurgicale est prise : chirurgie partielle si elle est raisonnable ou chirurgie totale.

Cancer localisé T1

On réalisera une chirurgie conservatrice associée à un prélèvement de ganglion sentinelle par technique combinée scintigraphique et colorimétrique qui donne les meilleurs résultats. L'étude précise des marges est fondamentale. La reprise du curage sera systématique s'il existe une micrométastase et a fortiori s'il existe une macrométastase.

Épithéliomas in situ

Si le cancer semble localisé sur la mammographie, le traitement correspond à une exérèse large associée à une radiothérapie complémentaire. Un prélèvement de ganglion sentinelle peut se discuter dans les hauts grades, ne serait-ce que pour ne pas être obligé de réaliser une intervention chirurgicale itérative si l'examen définitif montrait un foyer infiltrant. Mais cette attitude n'est pas consensuelle. Si, en revanche, le cancer in situ est diffus, la mastectomie totale est incontournable. Elle peut être associée à une reconstruction immédiate selon les différentes techniques.

Modifications "organisationnelles"

Nous ne pouvons pas passer sous silence ce qui a changé dans l'environnement de la prise en charge chirurgicale depuis 1994. Les recommandations de l'INCA et les recommandations de l'ANAES en ce qui concerne la chirurgie de première intention des lésions mammaires [9] sont précises et la prise en charge a lieu de plus en plus souvent en équipe pluridisciplinaire.

Ce qui a également changé est le nombre minimal de cancers pris en charge par équipe. Le nombre de cancers du sein traités en un seul centre doit être aux environs de 30 par an. La fixation de ces seuils n'est pas encore impérative mais il faudra, dans les années qui viennent, tendre vers un chiffre de cet ordre. Il en est de même pour les ganglions sentinelles et les différentes études ont montré qu'il fallait là aussi une courbe d'apprentissage d'un minimum de 30.

Petit à petit, il y a création de pôle dits "d'excellence". Dans les établissements publics ou libéraux qui traitent les cancers du sein, il est impératif de pouvoir offrir une prise en

charge globale des pathologies mammaires. Ces établissements devront disposer d'un mammothome dont les indications sont posées en concertation pluridisciplinaire, de la possibilité de repérage stéréotaxique et de contrôle radiologique des pièces opératoires, d'une possibilité de prise en charge psychologique, tout cela, sur place ou dans le cadre d'un réseau formalisé.

On le voit, les cancers du sein sont peu à peu pris en charge par des équipes spécialisées. Tout cela va dans le bon sens, le sens de la qualité, conformément aux dispositifs d'évaluation et d'accréditation [10] pour le plus grand bien des patientes.

Références bibliographiques

- [1] Rouanet P, Joswik M, Pujol K. Le traitement chirurgical du cancer du sein des femmes jeunes est-il différent ? In: *Pathologie du sein de la femme jeune*. P 227 – 230. XVI^{es} journées nationales de la SFSPM.
- [2] Rapiti E, Fioretta G, Verkooyen HM et al. Survival of young and older breast cancer patients in Geneva from 1990 to 2001. *Eur J Cancer* 2005;41(10):1446-52.
- [3] Fodor J, Mozsa E, Zaka Z et al. Local relapse in young (< or = 40 years) women with breast cancer after mastectomy or breast conserving surgery: 15 year results. *Magy Onkol* 2005;49(3):203-5-8.
- [4] Foo CS, Su D, Chong CK et al. Breast cancer in young Asian women: study on survival. In: *Anz J. Surg* 2005;75(7):566-72.
- [5] De Bock GH, Van der hage JA, Putter H et al. Isolated loco-regional recurrence of breast cancer is more common in young patients and following breast conserving therapy: long-term results of European Organisation for Research and Treatment of Cancer studies. *Eur J Cancer* 2006;42(3):351-6.
- [6] Colleoni M, Rotmensz N, Robertson C et al. Very young women (< 35 years) with operable breast cancer: features of disease at presentation. *Annals of Oncology* 2002;13:273-9.
- [7] Agnese DM, Yusuf F, Wilson JL et al. Trends in breast cancer presentation and care according to age in a single institution. *Am J Surg* 2004;188(4):437-9.
- [8] Voogd AC, Nielsen M, Peterse JL et al. Differences in risk factors for local and distant recurrence after breast-conserving therapy or mastectomy for stage i and ii breast cancer: Pooled results of two large european randomized trials. *J Clinic Oncol* 2001;19(6):1688-97.
- [9] Horst KC, Smitt MC, Goffinet DR, Carlson RW. Predictors of local recurrence after breast-conservation therapy. *Clin Breast Cancer* 2005;5(6):425-38.
- [10] Shannon C, Smith IE. Breast cancer in adolescents and young women. *Eur J Cancer* 2003;39:2632-42.
- [11] Fatouros M, Roukos DH, Arampatzis I et al. Factors increasing local recurrence in breast-conserving surgery. In *Expert Rev Anticancer Ther* 2005;5(4):737-45.
- [12] Shavers VL, Harlan LC, Stevens JL. Racial/ethnic variation in clinical presentation, treatment, and survival among breast cancer patients under age 35. *Cancer* 2003;97:134-46.
- [13] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Chirurgie des lésions mammaires : prise en charge de première intention*. Paris, ANAES, 2002.
- [14] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques*. Paris, ANAES, 1996.