

**D**e très nombreuses publications, qu'elles soient médicales ou non, sont consacrées au cancer du sein. Peu d'entre elles traitent de cette maladie chez la femme jeune. Certes, la faible fréquence du cancer du sein à un âge "jeune" ne justifie peut-être pas que l'on y consacre tout un congrès, surtout si sont écartées d'emblée les formes génétiques liées à une mutation authentifiée, pour lesquelles les recommandations de prise en charge, tant diagnostiques que thérapeutiques et de prévention, sont établies et diffusées. Cependant, la survenue d'un tel événement à un âge auquel personne ne l'attend met en scène des situations complexes mêlant tout à la fois l'affectif, l'émotionnel, voire l'irrationnel, ce qui justifie le choix de ce thème.

Le cancer du sein chez la femme jeune est une maladie différente des autres cancers du sein, qui ont bénéficié, au titre de la santé publique, de mesures de dépistage généralisé et d'une information médiatisée.

Déjà, en 1994, la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM) tenait son congrès annuel à Dijon sous la direction de Jean Cuisenier, sur le thème de la pathologie mammaire de la femme jeune; la conférence du *National Institute of Health* (NIH) de Bethesda de janvier 1993, rapportée sous forme d'une monographie du *Journal of the National Cancer Institute*, appelait, dans le futur, à la mise en commun des données de chacun dans le cadre d'essais thérapeutiques, compte tenu des innombrables questions sans réponse que posait cette maladie chez une femme jeune.

Plus récemment, confirmant l'intérêt croissant pour cette catégorie de patientes, deux publications de sénologie ont dédié leurs suppléments à ce thème: le journal *Breast Disease*, dirigé par Nancy Klauber-Demore, en 2005-2006, et le *Breast Cancer Research and Treatment*, en septembre 2010. Par ailleurs, la proportion de références publiées dans Medline sur ce thème en 2010 atteste de la grande actualité du sujet.

Enfin, pour mémoire, en 2009, la prise en charge du cancer du sein chez la femme non ménopausée était l'une des recommandations du Groupe de Saint-Paul, pour laquelle une actualisation, qui sera présentée en janvier 2011, est en cours de finalisation.

## **La femme jeune face au cancer du sein**

Cet ouvrage, rapportant les actes du congrès, a pour but d'évoquer tout ce qui fait de ce cancer une maladie à part du fait de l'âge, faisant intervenir la pluridisciplinarité habituelle en cancérologie, mais aussi les spécialités qui, de tout temps, se sont rassemblées

dans les congrès de la SFSPM, comme la recherche fondamentale, l'endocrinologie, la gynécologie obstétrique, la radiologie, l'épidémiologie..., ainsi que la psychiatrie, la sociologie, et tous ceux et celles qui participent aux soins dits "de support".

La maladie survenant à cet âge, de façon incongrue, va placer la femme qui en est atteinte dans une situation d'isolement et d'incompréhension qu'il faudra savoir prendre en compte, depuis le diagnostic initial jusqu'à l'accompagnement à long terme, intégrant les effets secondaires immédiats mais aussi à plus longue échéance. Les conséquences socioprofessionnelles souvent préoccupantes, l'accès malaisé aux prêts bancaires, le comportement de collègues ou de connaissances, par des attitudes maladroitement ou irréflechies, fragilisent une personne en reconstruction et en recherche de sa nouvelle place dans la vie, en tant que femme jeune qui a eu un cancer dont elle est probablement guérie, même si personne ne le lui a dit, laissant le doute hanter ses insomnies...

Le cancer du sein de la femme jeune soulève de très nombreuses questions, pour lesquelles les réponses ne sont pas univoques, induisant un sentiment d'insécurité chez les patientes, confrontées à des avis médicaux parfois très différents. La "médecine fondée sur les preuves" n'est pas toujours applicable, eu égard au manque de données dans de nombreuses situations, méritant la mise en commun des différentes séries, avec optimisation des essais cliniques, demande qui revient comme une litanie à travers les conclusions de tous les auteurs.

## Thèmes du congrès

---

### ***Description de la population concernée***

L'un des premiers aspects évoqués lors de ces Journées est la question de l'épidémiologie de cette maladie en 2010, afin d'analyser les changements qui ont pu être enregistrés au cours des 30 dernières années. À l'heure où le cancer du sein a souvent été comparé à une endémie, avec 50 000 nouveaux cas par an en France, qu'en est-il de la population des femmes jeunes, la définition même de cette notion de jeunesse n'étant pas univoque (*lire A. Lesur, p. 19*)? L'épidémiologie descriptive de la maladie ainsi que ses caractéristiques à travers les registres hospitaliers sont présentées, complétées par la description de ce qui est observé dans les pays du Sud de la Méditerranée (*lire F. Molinié, p. 32, E. Mouret-Fourme, p. 42, Y. Belkacémi, p. 56*). Ces exposés tendent à répondre à ces questions rémanentes: y a-t-il de nos jours, à l'instar de ce qui s'entend souvent, davantage de cancers du sein chez la femme jeune? Y a-t-il plus de patientes jeunes atteintes dans les pays du Maghreb? Les caractéristiques des tumeurs observées à travers les registres hospitaliers en font-elle une maladie différente du fait de l'âge ou du fait des caractéristiques histo-pronostiques?

Le mode de diagnostic, majoritairement clinique et souvent retardé, doit être pris en compte et doit être intégré dans les facteurs pouvant influencer sur son pronostic. Les trois quarts des patientes trouvent elles-mêmes leur anomalie et rapportent trop souvent

un retard au diagnostic lié à l'absence de prise en compte d'un nodule clinique par les médecins, qui, compte tenu de l'habituelle bénignité d'un tel symptôme à cet âge, ne prescrivent pas de bilan radiologique (*lire M. Escoute, p. 108*). Ce cancer fait peur et il est habituel de lire que son pronostic est sombre, cette affirmation étant assortie du taux élevé de mortalité qui en découle (*lire C. Cluze, p. 69*). Nous avons donc posé cette question centrale du pronostic chez ces patientes jeunes, classiquement réputé plus péjoratif que chez des femmes plus âgées (*lire J. Gligorov, p. 82*).

Est-il possible, en 2010, d'identifier des femmes à risque supérieur par rapport à d'autres, sachant que, de manière volontaire, les patientes présentant une mutation *BRCA1* et/ou *BRCA2*, n'ont pas été retenues (*lire O. Cohen-Haguenaue, p. 92*)? Leur prise en charge représente un véritable enjeu de santé publique (*lire F. Eisinger, p. 115*).

### **Diagnostic**

Si le diagnostic repose majoritairement sur un signe d'appel clinique qu'il faudra savoir interpréter sans le banaliser, la caractérisation de la tumeur va reposer sur les examens radiologiques et histopathologiques, qui exigeront une gestion optimisée. Les questions sont multiples : la mammographie est-elle indiquée à cet âge ? Quelles difficultés devront être résolues (*lire C. Colin, p. 124*) ?

La place de l'IRM a fait l'objet de récentes recommandations de la part de la Haute Autorité de santé dans le cadre de travaux conjoints avec la Société française de mastologie et d'imagerie du sein (SOFMIS). Sa présidente Anne Tardivon rapporte les indications et les limites de son utilisation (*lire A. Tardivon, p. 135*). Le diagnostic ne saurait reposer sur une autre certitude que celle du prélèvement biopsique, qui permet de caractériser au plus près la tumeur. La qualité de ces prélèvements (*lire J.P. Bellocq, p. 153*) autorisera une étude tant anatomopathologique que biologique, qui permettra d'identifier les différents paramètres utilisés par les cliniciens pour optimiser un traitement le plus individualisé possible et favoriser l'inclusion dans les essais thérapeutiques (*lire J. Jacquemier, p. 142*).

### **Le temps de l'annonce**

Le cancer du sein de la femme jeune est certes rare ; il effraie de par son diagnostic et du fait qu'il survient chez une patiente qui n'y est pas préparée. L'annonce va être tout particulièrement décisive pour le vécu ultérieur et la capacité à surmonter les épreuves. Trop souvent, la patiente est confrontée à un retard du diagnostic face à un nodule banal, qu'elle aura palpé. Il faudra parfois plusieurs semaines pour asseoir un verdict, qui sera toujours traumatisant, à la fois pour la patiente mais aussi pour son entourage. Par ailleurs, le traitement va entraîner des perturbations – parfois définitives – du statut hormonal, modifiant contraception, fertilité ultérieure et projets familiaux. Si l'annonce initiale est certes importante, l'information sur le déroulement et la coordination des soins tout au long du parcours thérapeutique le sont tout autant afin d'optimiser le vécu global du traitement (*lire A. Lesur, P. Guex, p. 164*).

### **La prise en charge locorégionale**

S'il existe de nombreuses incertitudes quant aux modalités de traitement chez la femme jeune, il est une notion qui ne fait pas débat : celle du risque majoré de récurrence locorégionale. Les modalités du traitement chirurgical initial reposeront sur cette réalité incontournable. La nécessaire information sur ce risque évolutif, alors même que le diagnostic vient d'être posé, est particulièrement délicate et fait intervenir la pluridisciplinarité par l'apport conjoint de la radiothérapie et du traitement médical associé (*lire P. Rouanet, p. 178*).

Le traitement préopératoire ou néoadjuvant va intervenir ici avec d'autant plus d'importance qu'il ouvre la possibilité d'une conservation mammaire ultérieure non envisageable d'emblée, la proportion de tumeurs volumineuses au diagnostic étant une réalité, qu'elle soit due à un diagnostic retardé ou à une évolutivité particulière liée aux caractéristiques tumorales. La question de la chronologie des traitements se pose non seulement en termes de contrôle locorégional, mais également face au pronostic global (*lire F. Dalenc, p. 191*).

L'apport formel de la radiothérapie sur le contrôle locorégional est exposé dans ses différents aspects (*lire A. Fourquet, p. 187*). Compte tenu de l'enjeu local, la qualité des marges et l'évaluation des différents paramètres anatomopathologiques sont primordiales, nécessitant que l'on s'y attarde (*lire B. Sigal-Zafrani, p. 205*).

Le bilan d'extension chez ces femmes jeunes nécessite réflexion : en effet, aucune recommandation ne s'adapte à l'âge, et la mouvance due aux enthousiasmes conférés aux nouvelles techniques est à tempérer par les conséquences sur la qualité de vie des patientes et la modification éventuelle des traitements proposés (*lire L. Ceugnart, p. 212*).

Le carcinome canalaire in situ (CCIS) a fait l'objet d'une recommandation de l'INCa-SFSPM en 2009, mais peu de données concernent la femme jeune, compte tenu de son diagnostic habituel sur des images infracliniques issues du dépistage chez des femmes ayant plus de 50 ans. Ses spécificités dans ce cas sont ici retracées (*lire C. Tunon de Lara, p. 218*).

### **Rechute locorégionale et à distance**

La stratégie dans le cas de la récurrence et de l'évolution métastatique serait à elle seule l'objet d'une réflexion à part entière, d'autant qu'ici encore plus que précédemment, les données validées font défaut.

L'éventualité de la récurrence locorégionale (*lire M.A. Bollet, p. 233*) est la pierre angulaire sur laquelle reposent les traitements et le diagnostic, justifiant la mammographie annuelle et l'examen clinique régulier, sans limite de date (*lire B. Barreau, p. 226*).

L'évolution métastatique fait toute la gravité du sujet : est-elle différente dans sa survie ou dans sa gestion thérapeutique chez une femme jeune ? Les deux auteurs chargés de rapporter ce thème font la même constatation du manque de données (*lire H. Roché, p. 239, J. Bonnetterre, p. 242*). L'objectif doit, tout particulièrement dans ce cas, concilier une "survie" la plus longue possible avec une qualité de vie acceptable, en tenant compte

de l'angoisse bien compréhensible pour une mère, d'«abandonner» de jeunes enfants. Cette notion donne un éclairage particulier et singulier à cette situation, qui entraîne de grandes souffrances psychologiques chez la patiente et son entourage, mais aussi au sein du personnel soignant. Ces constatations sont les meilleurs moteurs qui soient afin d'optimiser les recherches et tenter de diminuer la proportion des évolutions métastatiques, ce que la compréhension génomique permettra peut-être de faire un jour.

### **Les traitements médicaux**

Une des différences majeures entre les femmes jeunes et les femmes plus âgées réside dans l'existence d'une fonction ovarienne qui va varier selon le statut hormonal de la tumeur et selon les traitements utilisés. Toute la difficulté, ici comme ailleurs, sera de proposer les traitements nécessaires et suffisants, permettant d'une part d'éviter des effets secondaires trop désagréables, et d'autre part faisant la place aux décisions partagées dans le cadre d'une information éclairée. C'est pourquoi la signification de certains effets secondaires comme l'aménorrhée, outre leur définition non univoque, mérite d'être explicitée en termes de facteur pronostique éventuel (*lire M. Espié, p. 248*). Si la règle actuelle veut que les patientes porteuses d'une tumeur hormonosensible se voient appliquer l'association chimiothérapie + hormonothérapie, il se pourrait néanmoins que certaines tumeurs puissent faire l'impasse de chimiothérapie, répondant à une hormonothérapie seule (*lire M. Debled, p. 252*). A contrario, les tumeurs dépourvues de récepteurs hormonaux, qu'elles soient ou non triple-négatives, justifient toute notre attention et impliquent la mise en œuvre de tous les moyens diagnostiques pour les identifier au mieux et adapter une chimiothérapie qui restera le seul recours (*lire M. Spielmann, p. 258*).

Cumuler les effets secondaires des deux thérapeutiques (chimiothérapie et hormonothérapie) est difficile, même si les uns sont plus immédiats que les autres, s'il est malaisé de savoir quels signes sont à attribuer plus spécifiquement à l'un des traitements, au vécu de la maladie, ou au doute sur l'avenir que fait planer le diagnostic, chez des femmes jusqu'alors en excellente santé, il est cependant fondamental de pouvoir les exposer clairement, si choix il peut y avoir... Comment comparer une chimiothérapie de 6 cures tous les 21 jours, avec une ovariolyse temporaire de 3 ans associée au tamoxifène? Comment comparer l'impact de l'alopécie transitoire, mais redoutée, à celui de signes climatiques, dont il est impossible de prédire l'intensité (*lire J.P. Guastalla, p. 261*)?

### **La pathologie mammaire de l'adolescente**

Le quotidien des consultations ne confronte pas régulièrement les médecins à cette pathologie de la toute jeune fille, qui inquiète, et qui peut générer des attitudes thérapeutiques inadaptées. Reconnaître les cas cliniques, être informé de l'effet des hormones sur le tissu mammaire à l'adolescence et comprendre les difficultés techniques chirurgicales et esthétiques nous est utile dans ce contexte des femmes jeunes, quand bien même le cancer du sein chez l'adolescente reste rarissime (*lire M. Boisserie-Lacroix, p. 284, G. Boutet, p. 293, N. Bricout, p. 307*).

### **Cancer du sein et grossesse**

L'âge retardé de la première grossesse dans les pays occidentaux expose au risque majoré de la survenue d'un cancer du sein en cours de grossesse. Bien que la survenue de cette association cancer du sein et grossesse soit rare, elle mérite toute l'attention des praticiens, dans le cadre d'une pluridisciplinarité indispensable. C'est toute l'importance de la mise en place de réseaux de tandems entre gynécologues obstétriciens et oncologues, permettant une mise en commun des expériences et l'établissement de registres de suivi prospectifs (*lire R. Rouzier, p. 334*).

Tout autre est la question de la fertilité après un cancer du sein (*lire C. Mathelin, p. 346*), permettant à terme d'envisager une grossesse malgré l'antécédent cancérologique. Le souhait d'une grossesse après un cancer du sein n'a pas toujours été recevable de par le passé, ne serait-ce qu'en raison de traitements agressifs comportant une "castration" chirurgicale ou radiothérapique. Les relations complexes entre cancer du sein et œstrogènes ont également été mis en cause, faisant contre-indiquer un état d'inondation hormonale chez une patiente chez laquelle le traitement a comporté pour une part une sanction anti-œstrogénique. Il n'est donc pas étonnant d'entendre encore aujourd'hui certains médecins contre-indiquer un état qui, pourtant, n'a pas fait la preuve de sa nocivité sur le pronostic ultérieur. Il en va cependant de la prise en charge optimisée de la jeune femme atteinte d'un cancer du sein, de pouvoir d'emblée ne pas refuser les possibilités de descendance ultérieure (*lire R. Largillier, p. 356*).

### **Effets secondaires de la maladie et des traitements**

"Je suis jeune, et j'ai eu un cancer du sein..." De plus en plus souvent, alors que cette pathologie est rare, cette phrase pourra être prononcée par des femmes guéries. À quel prix et comment limiter les conséquences des traitements chez une femme qui a devant elle plus d'années de vie qu'elle n'en a déjà vécues ? Toutes ne sont pas du même ordre mais toutes requièrent notre attention et sont à prendre en considération dans l'après-cancer, d'où la place que leur réserve le Plan Cancer II.

Depuis la mastectomie de type Halsted évoquée dans la leçon Charles-Marie Gros de Jean Cuisenier (*lire p. 27*), la prise en charge chirurgicale et radiothérapique du traitement locorégional n'a cessé de tenter d'optimiser l'adéquation entre sécurité cancérologique et préjudice esthétique et fonctionnel minimal. La part grandissante de la chirurgie oncoplastique, les indications du ganglion sentinelle, les progrès permanents en radiothérapie sont autant de raisons de croire avec confiance en un avenir meilleur. Néanmoins, le stade et l'agressivité tumorale de certains cancers nécessitent le recours à des thérapeutiques lourdes avec d'indéniables conséquences à court, moyen et long termes, dont toutes ne sont pas évaluables d'emblée. Le suivi à long terme est indispensable et fait appel à la rigueur et à la détermination des praticiens, dans le cadre d'une permanente évaluation des traitements (*lire B. Cutuli, p. 362*). Une nouvelle hygiène de vie, comme un nouveau départ, peut être une excellente motivation pour reprendre le cours de la vie interrompu, en y intégrant non seulement maîtrise pondérale, mais aussi

exercice physique, redonnant sa place au corps meurtri et permettant une réconciliation entre l'esprit tourmenté et les forces vives d'un être jeune, en possession d'un potentiel souvent inexploré jusqu'alors (*lire L. Zelek, p. 375*).

Dans cette perspective, les cycles disparus ou en attente, l'état de sidération ovarienne, les interdits hormonaux, la sensation d'avoir soudainement changé de génération sont-ils compatibles avec le retour à la sérénité et l'accession à un nouvel art du temps (*lire M. Lachowsky, p. 385*)?

Indéniablement, cette épreuve que la femme jeune aura traversée peut lui permettre de se dépasser, de sublimer des envies inconnues ou jusqu'alors en jachère, par le seul fait d'avoir soudainement, une fois la peur maîtrisée, du temps pour soi. La rencontre avec d'autres femmes, le tri inévitable dans les amitiés, une nouvelle qualité de relation familiale, conjugale, vont faire de cette jeune femme une personne potentiellement en décalage, mais qui, à terme, pourra peut-être dire ce que tous les soignants espèrent entendre un jour: "Je vais mieux qu'avant"... C'est en tout cas la justification de la session des patientes qui parlent aux médecins, coordonnée par Natacha Espié et Virginie Adam.

Que tous les auteurs soient remerciés pour cette entreprise, et la réalisatrice de l'ouvrage, Victoria Chakarian ainsi que son équipe, pour leur patience et leur talent.

**Anne Lesur,  
Chargée du suivi scientifique  
du Congrès de la SFSPM**