

Entière délégation du suivi en ville après cancer du sein de pronostic favorable : les résultats du Réseau Gynecomed Île-de-France

Delegation of post-treatment breast cancer monitoring to primary-care physicians: Organization and results in the metropolitan Paris region

I. Dagousset¹, C. Dubot², A. Fourquet³ et S. Fridmann¹

Mots clés : suivi, cancer du sein, médecine de ville, réseau

Keywords: follow-up, breast cancer, primary care

Introduction

Avec 53 000 nouveaux cas estimés en France en 2011, l'incidence du cancer du sein augmente de façon importante et constante depuis 25 ans [1]. La proportion de femmes atteintes de cancer du sein et survivantes à 5 ans est estimée à 80 % [1]. Ces patientes doivent bénéficier d'une surveillance prolongée, puisqu'elles restent exposées toute leur vie à un risque de récurrence et que la précocité du diagnostic des récurrences conditionne leur survie [2-4].

1 Réseau Gynecomed IdF, 75017 Paris, France

2 AP-HP, service d'oncologie médicale, hôpital Tenon, université Pierre-et-Marie-Curie - Paris-VI, 75020 Paris, France

3 Institut Curie-Site Paris, service de radiothérapie, 75005 Paris, France

Mais la régularité de la surveillance de cette population à forte prévalence ne pourra être assurée que par le biais d'une juste répartition des tâches entre la ville et l'hôpital.

En 1998, le Réseau Gynecoméd organise avec l'Institut Curie la possibilité pour les femmes d'un suivi entièrement délégué aux médecins de ville, membres du Réseau. À partir de 2003, le Réseau s'élargit à d'autres établissements franciliens. À ce jour, le Réseau réunit 287 médecins de ville et 11 établissements sur Paris et sa région.

Méthode

Population

La délégation entière du suivi à la ville concerne les patientes traitées pour des cancers de pronostic favorable. Premièrement, les femmes traitées par chirurgie seule ou par traitement conservateur associant chirurgie et radiothérapie avec ou sans hormonothérapie adjuvante (*i.e.* cancers infiltrants N- présentant moins de 2 des facteurs de risque suivants : taille > 21 mm, grade II ou III, récepteurs hormonaux négatifs, embolus vasculaires, prolifération élevée).

Deuxièmement, sont éligibles les femmes traitées et suivies depuis plus de 5 ans qui, quel que soit leur traitement, n'ont pas présenté de rechute.

Les critères d'exclusion sont : cancers du sein infiltrants présentant des facteurs de risque importants de rechute, femmes jeunes (< 41 ans), formes familiales avec ou sans mutation identifiée, patientes participant à des essais thérapeutiques.

Enfin, la patiente doit avoir été adressée par un médecin de ville membre du réseau qui s'est engagé à assurer le suivi entièrement délégué (charte). Et la patiente doit avoir accepté d'être suivie entièrement en ville, et signé un consentement.

Protocole médical et organisationnel du suivi

À l'issue du traitement ou après 5 ans de suivi hospitalier, le médecin du centre propose à la patiente le suivi par son médecin entièrement en ville. Le suivi est réalisé exclusivement en ville par les médecins membres selon le protocole établi en commun avec l'ensemble des équipes hospitalières et en accord avec les recommandations nationales et internationales (INCa, ESMO, ASCO). Ce

protocole prévoit une consultation tous les 6 mois pendant les 5 premières années puis une consultation annuelle à vie, et une mammographie annuelle. Les autres examens ne se font que sur signes d'appel. À chaque consultation, le médecin de ville transmet une fiche de suivi à l'établissement où la femme a été traitée. Cette fiche actualise le dossier de la patiente et les bases de données de l'hôpital. Cette fiche permet également de savoir si la patiente a consulté ou non dans les délais prévus par le protocole. Et en l'absence de consultation dans les délais prévus, le Réseau invite, de façon systématique, tous les semestres, l'ensemble des patientes en retard, à prendre rendez-vous rapidement. Indépendamment, la patiente peut retourner dans l'établissement à tout moment, qui s'est par ailleurs engagé à répondre rapidement à toute demande d'avis ou de prise en charge pour une rechute. Enfin, des formations médicales continues ont été régulièrement organisées.

Résultats

Étendue de la délégation

En avril 2012, 287 médecins de ville suivent 2 393 patientes traitées dans 11 établissements : Institut Curie-Paris, Institut Curie Saint-Cloud Centre, Institut Gustave Roussy, Institut du Sein, Groupe Hospitalier des Diaconesses, Groupe Hospitalier Bichat-Beaujon, Hôpital Européen G. Pompidou, Centre Hospitalier Lariboisière, Centre Hospitalier de Lagny, Centre Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Centre Hospitalier Tenon. L'évolution du nombre de membres est en constante augmentation. Historiquement, les premiers adhérents sont issus du collège de gynécologie médicale. Mais, de plus en plus de médecins gynécologues obstétriciens et de médecins généralistes participent. La file active des patientes suivies a également augmenté. L'âge moyen des femmes suivies dans le réseau est de 66 ans.

Événements

Les médecins de ville ont dépisté 134 événements cancéreux : 63 récurrences loco-régionales, 26 cancers controlatéraux, 18 cas de métastases et 27 autres cancers. On note aussi 11 décès (non attribués au cancer). Ainsi, le taux de récurrences est de 5,1 % à 5 ans et 13 % à 10 ans.

Régularité du suivi

Le délai moyen entre deux consultations de surveillance consécutives est de 7,7 mois pour les femmes devant être suivies semestriellement, et de 11,4 mois pour les femmes devant être suivies tous les ans.

Le pourcentage moyen de patientes à relancer chaque semestre est de 16 % pour la période allant de 2008 à 2011. Depuis le début des relances, 898 patientes ont été relancées au moins une fois, soit 40 % de la file active. *In fine*, le nombre de perdues de vue s'élève à 126, soit 5 %. Enfin, l'étude de satisfaction de 2009, auprès des 1 245 patientes suivies, montre que 93 % des femmes sont satisfaites ou très satisfaites de leur suivi.

Discussion [5-7]

La délégation de la surveillance en ville est acceptée et faisable en pratique quotidienne, de façon durable, au-delà d'une expérimentation, et à une échelle régionale. Elle rencontre même une forte adhésion des médecins de ville, des établissements et des patientes qui témoigne de la pertinence de cette délégation. La régularité de la surveillance et la satisfaction des patientes sont élevées. La procédure de relance des patientes ne s'étant pas présentées dans les délais prévus par le protocole apparaît efficace pour limiter les perdues de vue. Ainsi, les conditions sont réunies pour détecter précocement les récidives. Ce nouveau mode organisationnel est une bonne alternative au suivi en centres qui peuvent, en déléguant la surveillance, se centrer sur leurs activités de soins et de recherche.

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des membres du Réseau Gynecoméd pour leur participation active à la surveillance après cancer du sein.

Références

1. Institut National du Cancer. Novembre 2010. La situation du cancer en France en 2010. Disponible sur le site Internet de l'INCa (<http://www.e-cancer.fr>)
2. Montgomery DA, Krupa K, Jack WJ *et al.* (2007) Changing pattern of the detection of locoregional relapse in breast cancer: the Edinburgh experience. *Br J Cancer* 96: 1802-7

3. Houssami N, Ciatto S, Martinelli F, Bonardi R, Duffy SW (2009) Early detection of second breast cancers improves prognosis in breast cancer survivors. *Ann Oncol* 20: 1505-10
4. Paszat L, Sutradhar R, Grunfeld E *et al.* (2009) Outcomes of surveillance mammography after treatment of primary breast cancer: a population-based case series. *Breast Cancer Res Treat* 114: 169-78
5. Khatcheressian JL, Wolff AC, Smith TJ *et al.* (2006) American Society of Clinical Oncology. American Society of Clinical Oncology 2006 update of the breast cancer follow-up and management guidelines in the adjuvant setting. *J Clin Oncol* 24: 5091-7
6. Pestalozzi BC, Luporsi-Gely E, Jost LM, Bergh J (2005) ESMO Guidelines Task Force. ESMO minimum clinical recommendations for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up of primary breast cancer. *Ann Oncol* 16 (Suppl 1): i7-9
7. Cutuli B, Arnould L, Barreau B *et al.* (2009) Recommandations pour la prise en charge des carcinomes canalaire in situ du sein. Institut National Contre le Cancer. Disponible sur le site Internet de l'INCa (<http://www.e-cancer.fr>)