

Allaitement maternel après cancer du sein

Breastfeeding after breast cancer

C. Fournis¹, M.-C. Voltzenlogel¹, V. Lavoué¹ et J. Levêque^{1,2}

Mots clés : allaitement, cancer du sein, récurrence, mBRCA

Keywords: breastfeeding, breast cancer, recurrence, mBRCA

Introduction

La question de l'allaitement maternel (AM) après cancer du sein (CS) à côté de sa dimension symbolique se pose régulièrement car :

- le pronostic du CS des femmes jeunes s'améliore ;
- des efforts sont consacrés à la préservation de la fertilité ;
- la conservation mammaire est privilégiée ;
- les patientes mieux informées à la fois de leur maladie et des bienfaits de l'AM n'en font plus un tabou ;
- l'âge de la première grossesse à terme en France atteint 30 ans [1].

La physiologie mammaire lors de la lactation

Les modifications du sein lors de l'AM sont à la base des préventions qui existaient chez les patientes traitées. Les hormones en cause sont les œstrogènes et la progestérone, l'hormone lactogène placentaire et la prolactine. En début de grossesse,

1 Service de gynécologie, CHU Anne-de-Bretagne, 35203 Rennes Breizh Izel, France

2 Département d'oncologie chirurgicale, CRLCC Eugène-Marquis, 35203 Rennes Breizh Izel, France

elles favorisent le développement des unités terminales ductulo-lobulaires, puis survient la période de différenciation sécrétoire des cellules épithéliales, sécrétion bloquée par les forts taux de progestérone placentaire. En *post-partum*, la prolactine entretient la production lactée, tandis que l'ocytocine favorise l'excrétion en stimulant les cellules myoépithéliales.

Considérations épidémiologiques

Le CS intéresse 2 % des femmes entre 20-34 ans et 11 % entre 35-45 ans selon les SEER avec des chiffres superposables en France où 10 401 CS sur 53 000 surviennent chez les femmes de 15 à 49 ans (19,4 %) ; on estime que 7 % des femmes traitées vont débiter une grossesse.

L'AM est un facteur protecteur du CS [2] avec une diminution du risque relatif de 4,3 % (95 %IC : 2,9-5,8) par année d'AM en sus de la diminution de 7,0 % (95 %IC : 5,0-9,0) liée à la naissance, en particulier vis-à-vis des CS survenant en pré-ménopause [3] par :

- maturation tissulaire rendant le sein moins sensible aux agents cancérogènes ;
- excrétion de carcinogènes avec le lait ;
- diminution du nombre de cycles ovulatoires ;
- baisse du nombre de cellules souches mammaires.

En cas de mutation BRCA, l'effet protecteur de l'AM a été souligné par une étude cas (= 685 femmes mBRCA1 et 280 femmes mBRCA2) – témoins : les auteurs retrouvent uniquement chez les patientes mBRCA1 une diminution du risque de CS de 2 % par mois d'AM et un OR = 0,45 (95 % IC : 0,38-0,80) par année d'AM, alors que les cas avaient allaité significativement moins longtemps que les témoins (6,0 *versus* 8,7 mois) [4].

Le cas particulier de l'AM après CS n'est que très peu abordé dans la littérature : à ce titre, le biais principal est le « healthy mother effect ». Une étude américaine cas (705 femmes ayant présenté un CS avant 50 ans et victimes d'un cancer controlatéral) témoins (appariement à des femmes n'ayant pas présenté de cancer controlatéral) n'a pas mis en évidence d'impact de l'AM quelle que soit sa durée après ajustement selon la parité [5], alors que le rôle protecteur de la grossesse à terme et péjoratif des ménarches avant 13 ans sont retrouvés. Une seule étude cas-témoins est disponible consacrée à 94 patientes ayant présenté un

CS et ayant allaité (33 mois en moyenne après leur CS) appariées à 188 patientes de la database de l'IBCSG :

- les femmes ayant accouché ont une meilleure survie que les témoins [RR = 0,44 [95 % IC : 0,21-0,96] ;
- sur les 94 patientes, 27 auraient allaité, 25 auraient choisi un allaitement artificiel et le mode l'alimentation est inconnu pour les 42 autres : en notant l'absence de précisions concernant la durée d'AM, le côté dédié à l'AM en cas de traitement conservateur, on constate sur ces données (fig. 1) que 6 patientes sur les 25 non allaitantes, 1 sur les 27 allaitantes, et 4 sur les 42 de statut inconnu ont récidivé ; cette étude de faible niveau de preuve est néanmoins rassurante [6].

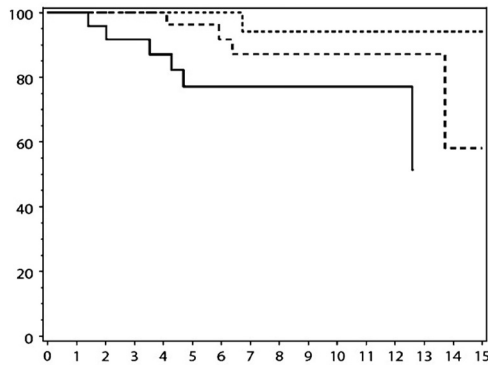


Figure 1 – Pourcentage de récidives selon le temps dans une cohorte de 94 femmes ayant donné naissance à des enfants après traitement d'un CS (25 femmes n'ont pas allaité : trait plein, 27 ont allaité : petits pointillés, et 42 patientes ne sont pas renseignées : tirets), d'après Azim *et al.* [6].

Considérations pratiques

Chez les patientes traitées de manière radicale, l'AM unilatéral reste suffisant avec le sein unique qui compense [7] : on rappelle l'AM des enfants jumeaux, et les coutumes de certains peuples dont les femmes n'allaitent qu'unilatéralement. En cas de traitement conservateur :

- les tumorectomies centro-mammaires compromettent l'AM ;
- la radiothérapie avec un effet-dose entraîne une fibrose mammaire avec une diminution de volume permettant d'avoir une idée pronostique vis-à-vis d'un éventuel allaitement.

Dans la courte série de Higgins [8], l'allaitement a été possible chez 4 patientes sur 10 traitées sans effet de l'intervalle entre l'irradiation et l'allaitement. L'étude rétrospective de Moran [7] portant sur 21 patientes ayant eu 21 grossesses et s'intéressant à l'AM assuré par 18 seins irradiés a noté l'absence de gêne mammaire durant la grossesse, et un AM possible dans 10 cas, soit 55,6 % avec une diminution du volume du sein irradié de 80 % en moyenne par rapport au sein non traité.

Certains auteurs conseillent un AM court permettant une ré-évaluation du sein après la grossesse [9], tandis que d'autres argumentent des performances des examens d'imagerie moderne pour laisser se dérouler l'AM aussi longtemps que désiré par la patiente [6] : en pratique, une discussion au cas par cas est nécessaire.

Conclusion

Il n'y pas aujourd'hui de contre-indications à opposer au désir d'AM d'une femme traitée d'un CS : nous n'avons aucune certitude d'un impact délétère, et les rares études à notre disposition bien que d'un niveau de preuve faible sont plutôt rassurantes, voire en faveur de l'AM. Les patientes de leur côté sont motivées par l'AM, mais ressentent un plus grand besoin d'aide médicale et de leur entourage [10] ; leur principale crainte est de nourrir insuffisamment leur enfant, il convient donc de l'anticiper et leur présenter toutes les possibilités qu'offrent le tire-lait, l'allaitement mixte, et tous les petits « trucs » qui facilitent l'allaitement tant du côté maternel que du côté fœtal.

Références

1. Pison G (2010) France 2009 : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. *Population & sociétés* 465: 1-4
2. IBCSG (2002) Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet* 360: 187-95
3. Martin RM, Middleton N, Gunnell D *et al.* (2005) Breast-feeding and cancer: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 97: 1446-57
4. Jernstrom H, Lubinski J, Lynch HT *et al.* (2004). Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst* 96: 1094-8
5. Largent JA, Capanu M, Bernstein L *et al.* (2007) Reproductive history and risk of second primary breast cancer: the WECARE study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 16: 6-11
6. Azim HA Jr., Bellettini G, Gelber S, Peccatori FA (2009) Breast-feeding after breast cancer: if you wish, madam. *Breast Cancer Res Treat* 114: 7-12

7. Moran MS, Colasanto JM, Haffty BG *et al.* (2005) Effects of breast-conserving therapy on lactation after pregnancy. *Cancer J* 11: 399-403
8. Higgins S, Haffty BG (1994) Pregnancy and lactation after breast-conserving therapy for early stage breast cancer. *Cancer* 73: 2175-80
9. Chabbert-Buffet N, Uzan C, Gligorov J *et al.* (2010) Pregnancy after breast cancer: a need for global patient care, starting before adjuvant therapy. *Surg Oncol* 19: e47-55
10. Gorman JR, Usita PM, Madlensky L, Pierce JP (2009) A qualitative investigation of breast cancer survivors' experiences with breastfeeding. *J Cancer Surviv* 3: 181-91