



La surveillance postthérapeutique du cancer du sein : à l'heure des réseaux de soins, qui assure la surveillance ?

Follow-up of breast cancer: at the time of health networks, who is responsible for follow-up?

Mots-clés : Cancer, Sein, Surveillance, Réseaux de soins.

Keywords: Cancer, Breast, Follow-up, Health care networks.

J.P. Blanchère⁽¹⁾, M. Herlicoviez⁽¹⁾

La fréquence des cancers, et en particulier du cancer du sein, impose une redistribution du rôle de chacun des différents acteurs de santé : gynécologues libéraux et hospitaliers, oncologues, médecins généralistes.

Le gynécologue ou gynécologue obstétricien, médecin de la femme, a, naturellement, une place importante dans le suivi postthérapeutique du cancer du sein.

En outre, des outils modernes de communication, comme la visioconférence, et d'enseignement, comme l'*e-learning*, facilitent une collaboration entre les centres spécialisés et le gynécologue traitant. Ils permettent une participation de tous les acteurs de santé aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et renforcent le fonctionnement du réseau de cancérologie.

Ainsi, une charte est élaborée entre le centre spécialisé et le gynécologue qui définit les obligations des différentes parties : le gynécologue, le centre de traitement du cancer et le réseau de cancérologie.

Le cancer du sein est devenu un problème majeur de santé publique : chaque année, plus de 40 000 nouveaux cas sont diagnostiqués. Le Plan cancer tient compte de l'émergence de ce cancer parmi les autres et fait de sa prise en charge une priorité. Ce plan privilégie la participation de tous les acteurs de santé pour lutter contre cette maladie. Il prévoit de mettre en place des réseaux régionaux de cancérologie entre la ville et l'hôpital.

1. Service de gynécologie obstétrique, CHU Clémenceau, 14000 Caen.

La diminution de la démographie médicale doit nous faire réfléchir à une meilleure répartition des compétences de chacun.

Après le traitement de la phase aiguë de la maladie, il est important d'assurer une bonne surveillance des femmes traitées pour cancer du sein. Bien que nous n'ayons pas la certitude d'augmenter la survie par un suivi intense des cancers du sein après traitement, la recherche d'une récurrence est indispensable pour maintenir une meilleure qualité de vie. Chez une femme asymptomatique, les seuls examens systématiques que l'on peut recommander sont l'examen clinique et la mammographie.

Un algorithme de surveillance proposé par l'Anaes

La première année, un examen clinique et une mammographie bilatérale sont recommandés aux sixième et douzième mois.

De la deuxième à la cinquième année, l'examen clinique est recommandé tous les 6 mois et la mammographie tous les ans. Après cinq ans, l'examen clinique et la mammographie doivent être réalisés tous les ans sans limitation de durée.

Le suivi médical s'oriente dans trois directions : la détection précoce des récurrences locales et controlatérales, la recherche de métastases, et le diagnostic des complications iatrogènes.

La détection précoce des récurrences locales nécessite de surveiller la cicatrice du sein opéré, la paroi thoracique et les aires ganglionnaires, une éventuelle prothèse, ainsi que le sein controlatéral. Un sein remanié par des cicatrices de chirurgie et la radiothérapie est plus difficile à surveiller. La surveillance passe également par l'examen par la patiente elle-même, qui signalera tout changement. Différents aspects de récurrence pariétale peuvent être observés : nodules cutanés ou sous-cutanés, nodules dans le muscle pariétal, lymphangite cutanée, récurrence ganglionnaire axillaire ou susclaviculaire.

Le risque de cancer du sein controlatéral est 2,5 fois plus élevé que dans la population générale. Il existe des facteurs de risque de développer un cancer controlatéral : premier cancer avant la ménopause, antécédents de lésions bénignes, carcinome lobulaire, antécédents familiaux de cancer du sein, absence de chimiothérapie du premier cancer du sein, prédisposition génétique.

La recherche de métastases repose sur un interrogatoire et un examen clinique, à la recherche d'une symptomatologie d'appel : pulmonaire, digestive, osseuse ou neurologique. Les examens complémentaires ne seront prescrits qu'en fonction de signes d'appel et non systématiquement.

Parmi **les complications iatrogènes**, il faudra rechercher les douleurs séquellaires, douleurs fantômes, douleurs lors des mouvements de l'épaule après mastectomie. Le dépistage du lymphœdème se fait, en cas de curage ganglionnaire, par la mesure systématique du diamètre du bras. Des mesures préventives sont systématiquement proposées : repos en position déclive en évitant les traumatismes comme l'acupuncture, la

mésothérapie, les injections intraveineuses ou même la prise de TA sur le bras homolatéral. Il faudra dépister très rapidement un éventuel eczéma de contact après application d'une crème. Il faut enfin éviter les gestes répétitifs comme tricoter ou travailler à la chaîne, éviter le port de vêtements serrés et le port de charges lourdes.

La place du gynécologue et du gynécologue-obstétricien dans le suivi postthérapeutique

Depuis leur adolescence, les femmes font confiance à leur gynécologue et leur confient tous leurs soucis. Il dépiste et prend en charge toutes leurs pathologies gynécologiques, et il est, souvent, à l'origine du diagnostic de leur cancer du sein. Naturellement, il aura une place dans le suivi médical après la phase aiguë du traitement effectué dans un milieu spécialisé. Il va permettre à la patiente de renouer avec sa vie antérieure. Il devient le lien médical entre le centre spécialisé et la vie antérieure de la patiente. Elle va lui confier plus facilement tous ses soucis médicaux et psychologiques.

En reprenant la littérature, six études de suivi de femmes atteintes de cancer du sein avec groupes témoins ont été retenues et étudiées par un groupe de travail de l'Anaes avant publication de la recommandation pour la pratique clinique : "Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour cancer du sein non métastasé." Des méthodes de mesure de qualité de vie ont été analysées qui ont le mérite de permettre d'évaluer l'efficacité des traitements proposés. Des questionnaires ont été établis concernant les problèmes physiques, psychologiques, émotionnels et différents symptômes. Sans surprise, les conclusions concordent : ces femmes présentent significativement plus de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété et de troubles sexuels que les populations témoins.

En pratique, notre expérience retient différents domaines pour lesquels le gynécologue est apte à apporter une réponse :

- participation à la reprise d'une vie normale du couple en modifiant la contraception des femmes jeunes, les estroprogestatifs étant bien sûr contre-indiqués ;
- correction de la sécheresse vaginale qui risque de s'installer ;
- acceptation de sa nouvelle image corporelle. En cas de mastectomie, il n'est pas simple de retrouver l'équilibre au sein du couple ;
- la réintégration au sein de la famille peut poser un problème, car l'absence a modifié l'équilibre familial et les enfants ont peur de perdre leur mère ;
- enfin, réintégration dans la société : les patientes atteintes d'un cancer ont du mal à quitter le statut de malade grave pour retrouver une place "normale" dans la société, et en particulier dans le milieu professionnel. La reprise du travail, même si elle est délicate, est souvent une bonne thérapie.

Le gynécologue ne peut être efficace qu'en travaillant en étroite collaboration avec le centre spécialisé qui traite la malade. Cette dernière sera d'ailleurs très rassurée par cette

collaboration. L'État en est conscient et le ministère de la Santé a lancé, en juillet 2004, le Plan cancer. La création, en juillet 2004, de l'Institut national du cancer dote désormais la France d'un instrument emblématique et pérenne dans la lutte contre cette maladie. Les régions françaises seront couvertes par un réseau régional du cancer qui va coordonner l'ensemble des acteurs de soins (mesure 29 du Plan). Il est prévu de faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins de ville dans les réseaux de soins en cancérologie. Il est également prévu d'organiser la participation des médecins libéraux, membres du réseau, à la concertation multidisciplinaire et à l'accès au dossier médical des patients suivis (mesure 33). Les patients devront bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie (mesure 40). Là encore, le gynécologue a un rôle à jouer. Il est prévu d'instituer, d'ici 2007, un dossier communicant au sein du réseau qui doit être accessible aux médecins libéraux du réseau. Les nouvelles technologies d'information et de communication comme la visioconférence seront développées, notamment pour faciliter la mise en place, dans les réseaux, des réunions de concertation multidisciplinaire autour du dossier patient, ainsi que les échanges entre médecins libéraux et médecins hospitaliers (mesure 34). Le Plan cancer prévoit également d'améliorer la formation médicale continue en cancérologie. Il s'agit de répondre à la nécessité d'une remise à niveau régulière des connaissances de l'ensemble du monde médical, incluant les médecins pratiquant dans des structures de cancérologie de proximité (mesure 63).

Cette collaboration est également indispensable sur un plan humain. La patiente a été prise en charge dans le centre spécialisé, pendant plusieurs mois, pour subir un traitement lourd qui l'isole de son tissu social habituel. Le traitement se termine et elle doit reprendre sa vie antérieure. Elle va donc essayer de retrouver l'environnement médical qui la connaît et en qui elle a confiance. Elle attend de son gynécologue qu'il soit accessible facilement et rapidement. Il pourra la rassurer si elle est inquiète. Parfois, il va découvrir une récurrence et organisera son retour vers le centre spécialisé.

En pratique, comment collaborer ?

Cette collaboration sera d'autant plus facile que le médecin de ville a été intégré dans les décisions thérapeutiques de la malade. Cela est devenu possible grâce aux RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire) auxquelles pourront participer les médecins libéraux. La consultation de fin de traitement a lieu dans le centre qui a pris en charge la patiente. Elle doit prévoir le suivi secondaire, en valorisant le médecin qui assurera ces consultations et en insistant sur la collaboration directe avec le centre et la possibilité de revenir en cas de rechute. Il faut persuader la patiente qu'elle n'est pas abandonnée et qu'un lien étroit existe toujours entre l'établissement qui l'a entourée pendant ces moments difficiles et le gynécologue qu'elle connaissait avant la maladie. Néanmoins, certains malades auront du mal à quitter le centre qui les a pris en charge et souhaiteront

garder un lien direct avec lui. Un suivi alterné peut être proposé avec envoi d'un compte-rendu au centre des consultations faites en ville.

La collaboration entre gynécologue et centre spécialisé nécessite plusieurs préalables. D'abord, la participation du gynécologue aux RCP est indispensable, soit en étant physiquement présent, soit par le biais de la visioconférence, car il connaît le passé de la patiente, son contexte de vie et son état psychologique. Il participera aux décisions thérapeutiques initiales.

Chacune des régions de France a développé ces techniques de visioconférence. En Basse-Normandie, les différentes maternités sont reliées entre elles depuis maintenant plus de six ans. Les réunions hebdomadaires de diagnostic anténatal se déroulent à l'aide de cet outil depuis cette date. En dehors de la périnatalité, différentes spécialités du CHU de Caen ont adhéré à cette solution. La visioconférence aura une utilité dans deux domaines : relier les médecins de différents hôpitaux entre eux et permettre à un médecin de ville de participer aux RCP. Dans le premier cas, il faut des systèmes sophistiqués qui permettent non seulement de véhiculer l'image des participants, mais également de transmettre des documents (radiographies, scanner, IRM...). Dans le second cas, même si des systèmes simples et peu coûteux sont à notre disposition pour que les praticiens participent aux RCP en restant dans leur bureau, l'expérience montre l'impossibilité de gérer autant de sites en même temps. Il est donc préférable de les voir rejoindre le centre hospitalier équipé le plus proche de leur lieu d'exercice. Nos visioconférences répondent à des exigences précises : une bonne qualité des images, une simplicité d'utilisation, une confidentialité, des débits garantis afin de ne pas avoir de coupure ni de dégradation des images. Nous avons travaillé pendant des années sur un réseau RNIS assurant un débit de 384 Ko. Le coût des transmissions est élevé, nécessitant l'utilisation de trois paires de prises Numéris par correspondant (par exemple, au CHU de Caen, nous louons 24 lignes Numéris). À cela s'ajoute le prix des communications. La norme de visioconférence est, dans ce cas, H 220. Actuellement, nous utilisons de plus en plus l'IP (Internet protocol), qui présente l'avantage de ne pas louer les lignes téléphoniques ni de payer les communications ; dans ce cas, la norme de visioconférence est H 223. Les matériels à disposition ne sont pas utilisés à temps plein et peuvent se libérer pour les RCP. Les techniques évoluent et les débits augmentent, la qualité des images transmises s'améliore, les outils se simplifient quelque peu. De plus, la transmission rapide des informations peut bénéficier des outils modernes de communication. Le gynécologue qui assurera le suivi postthérapeutique du cancer du sein devra être informé rapidement de l'évolution du dossier de la patiente. À ce jour, le courrier postal remplit parfaitement ce rôle avec un décalage très bref entre la consultation dans le centre et le passage chez le médecin de ville. L'expérience normande d'Oncocom est intéressante, elle permet de consulter le dossier médical sécurisé en ligne. De même, les gynécologues donneront régulièrement des nouvelles de leurs patientes aux différents médecins du centre spécialisé.

Enfin, le gynécologue doit actualiser ses connaissances en matière de cancer du sein, de protocoles actuels de traitement. Une réflexion, voire une formation en psycho-

oncologie, peut être utile pour mieux prendre en charge ces malades. Il faudra, là encore, utiliser de nouveaux moyens de formation, en particulier des méthodes de *e-learning* dont nous avons l'expérience dans d'autres spécialités. Ce mode de formation est idéal pour les mises à jour des protocoles, des lectures de mammographies. Nous utilisons Internet comme vecteur, des supports de travail type "quiz" et des autoévaluations.

Conclusion

Le gynécologue qui souhaite assurer le suivi postthérapeutique accomplit une démarche volontaire de participation. Différents réseaux se mettent en place et le médecin choisira selon ses préoccupations.

On pourrait imaginer une charte acceptée par les différents protagonistes définissant les obligations de chacun :

- pour le gynécologue : suivre une formation continue adaptée, adresser au centre un compte-rendu de ses consultations, participer aux RCP et en accepter les décisions ;
- pour le centre de traitement du cancer : proposer à la patiente une seconde consultation après annonce du diagnostic (après le choc de cette annonce, la patiente a besoin d'exprimer son angoisse à son médecin habituel), inclure dans les protocoles le suivi post-thérapeutique en ville, communiquer rapidement les résultats des examens et les décisions prises ;
- pour le réseau : diffuser les protocoles de prise en charge, mettre en place des formations adaptées, convoquer le médecin traitant aux RCP, créer un dossier commun et utiliser les moyens modernes de communication et d'enseignement.

Le gynécologue ayant fait la démarche de participer à un réseau pourrait être valorisé par la possibilité de marquer sur sa plaque et sur ses ordonnances "Membre du réseau de cancérologie". Une discussion dans ce sens pourrait s'ouvrir avec l'ordre des médecins. Enfin, en 2005, de nouveaux outils de communication et d'enseignement sont à notre disposition et sont déjà utilisés en gynécologie obstétrique, en particulier pour le dépistage anténatal. Augmenter leur utilisation en cancérologie ne devrait pas poser de problème.