



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE SÉNOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE
MAMMAIRE

DOSSIER DE PRESSE

JEUDI 9 NOVEMBRE 2017
LILLE GRAND PALAIS

CONFÉRENCE DE PRESSE Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire

<http://www.senologie.com/>

Contact presse

Sophie Baumont, Rose Piquante Consulting
sophie.baumont@rosepiquante-consulting.com
Mobile: +33 (0)6 27 74 74 49

SOMMAIRE

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENTES	3
QUEL A ÉTÉ L'IMPACT DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DEPUIS 30 ANS	6
LA MALADIE OLIGOMETASTATIQUE	8
LA PREVENTION PRIMAIRE DU CANCER DU SEIN	11

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENTES

Cette relation est très importante à toutes les étapes de la maladie, de l'annonce, lors du déroulement des traitements, en cas de rechute éventuelle ou lors de la gestion des effets secondaires.

Les deux piliers sont la compréhension et l'empathie envers la patiente et son entourage et l'information qui doit être la plus éclairée et complète afin d'éliminer le plus possible des « idées reçues » qui peuvent être délétères pour la patiente et son entourage, conduisant parfois à des refus de traitements ou à l'abandon d'une partie de ceux-ci.

L'ASCO, (Société Américaine d'Oncologie) vient de publier à ce sujet un très important article de synthèse afin d'établir **des recommandations pour optimiser la communication médecin-patient**¹. L'annonce de la maladie peut être faite par différents spécialistes (radiologue, chirurgien), de façon plus ou moins complète, en parlant parfois « d'anomalie radiologique » de « tumeur » dont la nature exacte reste à définir... Très souvent à ce moment la patiente est encore dans le « doute diagnostic... ». La phase de « confirmation » du diagnostic est importante car source d'angoisse. Elle doit être raccourcie au maximum et le médecin qui prend en charge la patiente doit s'efforcer d'obtenir le plus rapidement possible les examens complémentaires qui affirmeront de façon certaine le diagnostic et orienteront la thérapeutique².

La première consultation avec le cancérologue est capitale, car elle doit inspirer la confiance à la patiente pour toute la suite du programme thérapeutique. Elle dure souvent entre 30 et 45 minutes, parfois plus. Elle nécessite une connaissance exhaustive du dossier, avec une vérification des principaux éléments médicaux mais si possible également des notions sur le contexte familial et professionnel. Parfois un contact avec le médecin de famille est très utile pour optimiser la prise en charge, par exemple pour les

¹ GILLIGAN T et al

Patient-clinician communication : American Society of Clinical Oncology (ASCO) consensus guidelines JCO, 2017, Sept 11

² RODIN G et al Clinician-patient communication : evidence-based recommendations to guide practice in cancer CURRENT ONCOLOGY, 2009, 16 : 42-49xx

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENTES

patientes âgées. Souvent la chirurgie a été déjà réalisée, mais parfois se posent des options complexes entre un possible traitement conservateur ou une mastectomie.

Au cours de cette consultation il est nécessaire de comprendre ce que la patiente sait de sa maladie (ce qui peut être très variable) et des éventuels traitements qui lui sont proposés. Très souvent, avant une décision définitive, il est nécessaire de demander des examens complémentaires (bilan) et de discuter du dossier en réunion pluridisciplinaire (RCP).

Cela permet de revoir la patiente lors d'une **2ème consultation** qui établit l'orientation thérapeutique et qui permet de répondre à toutes ses questions. Au cours de cette nouvelle consultation un dialogue plus approfondi s'instaure entre le médecin et la patiente, avec également la prise en compte des préférences de celle-ci et parfois l'avis d'un membre de la famille.

Il est ensuite donc fondamental d'expliquer de façons complète et compréhensive le déroulement du projet thérapeutique, ses modalités et les possibles effets secondaires. Des brochures, des illustrations (ex : pour le déroulement du traitement de radiothérapie) sont très utiles et « parlantes » à la patiente et peuvent lui être remises. Cette information est rassurante et favorise énormément l'acceptation du traitement en dehors des arguments scientifiques purs (bénéfice attendu en réduction du risque de récurrence et amélioration de la survie).

Les oncologues (Oncologues Médicaux et Oncologues Radiothérapeutes) accompagnent leurs patientes pendant plusieurs semaines/mois lors des différentes phases de traitements. Des contacts même brefs, lors des « consultations de surveillance » permettent à la patiente de se sentir prise en charge en permanence avec un lien fort avec toute l'équipe médicale et paramédicale. Cela est également très important en tant que « soutien psychologique ».

Pendant toute cette période et même après, il est possible de proposer de nombreux « **soins de support** ». Une rééducation pour améliorer la mobilité du membre supérieur, parfois associé à des massages et des drainages lymphatiques sont très souvent prescrits et soulagent les patientes dans la phase post chirurgicale. Le maintien d'une activité physique régulière (même modérée) est très bénéfique, tant physiquement (réduction

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENTES

de la fatigue) que psychologiquement (reprise de la confiance en soi). Des conseils nutritionnels sont importants pour réduire le risque de surpoids induit par certains traitements (ménopause précoce due à la chimiothérapie). Des soins esthétiques, un soutien psychologique peuvent être aussi proposés, ainsi que des cures thermales qui peuvent être très bénéfiques.

Après la fin des traitements, on retrouve chez de nombreuses patientes une phase de « passage à vide » voire de dépression transitoire car elles perdent cette sensation d'être « entourées » et « protégées » par les équipes médicales.

Une consultation de « réévaluation » est donc souvent programmée 1 à 2 mois après la fin de la radiothérapie et cela permet de faire le lien avec le programme de surveillance ultérieur. De façon générale, les patientes ont tendance à « surestimer » l'importance de cette surveillance. Celle-ci vise à détecter une rechute locorégionale, une éventuelle évolution métastatique (dont le risque varie beaucoup en fonction de certains paramètres, dont l'envahissement ganglionnaire et le sous type moléculaire), la survenue d'un cancer du sein contralatéral ainsi que des possibles effets secondaires tardifs. Cette surveillance s'organise le plus souvent entre le chirurgien, les cancérologues, le gynécologue et le médecin traitant, de façon alternée.

L'annonce d'une rechute (locale et/ou à distance) est souvent un moment difficile, qui nécessite de longues explications et qui doit apporter dans la mesure du possible une réponse « encourageante » face à la détresse de la patiente. Il s'agit de situations très variables et complexes, et parfois il est délicat de maintenir le lien de confiance médecin-patient dans ces situations. Il faut donc parfois expliquer le passage à une « maladie chronique », dont la gravité est variable. Actuellement, en particulier pour les rechutes oligo-métastatiques, de multiples options thérapeutiques sont possibles. Il faut les exposer à la patiente avec un message d'espoir dans la mesure du possible.

Lors du Congrès de Lille (8 au 10 novembre 2017), les thématiques complexes de la relation « médecin-patient » et la qualité optimale de l'information seront largement abordés notamment lors de la leçon Charles-Marie Gros et de la séance plénière ouverte au public.

QUEL A ÉTÉ L'IMPACT DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DEPUIS 30 ANS ?

FORUM DE DEPISTAGE ET SESSION PLEINIÈRE SUR LE DEPISTAGE

Dans une période où le doute et la suspicion n'épargnent pas la santé, le dépistage organisé du cancer du sein n'est pas oublié par les controverses et polémiques. Les reproches sur les inconvénients et les insuffisances de cette action de santé publique, récurrents depuis plusieurs années, ont conduit en 2016 à la mise en place par l'INCA, sur demande de la Ministre de la Santé, d'une conférence citoyenne et scientifique sur ce sujet. Un rapport a été rendu fin 2016 et des axes de « refondation » du dépistage ont été proposés par l'INCA en Avril 2017.

Les principaux éléments reprochés au Dépistage Organisé concernent le manque de résultats en termes de mortalité spécifique par cancer du sein et le surdiagnostic induit par les mammographies (cancer prouvé par biopsie mais qui n'aurait pas eu d'effet négatif sur la vie de la femme s'il n'avait pas été dépisté), en insistant sur le déficit de travaux Français.

La réunion annuelle du forum de dépistage, coordonnée comme chaque année par le Dr Brigitte Seradour et le Dr Corinne Allieux présidente d'ACCORDE (regroupement de tous les médecins coordinateurs des structures départementales en charge de l'application et du suivi des dépistages organisés), portera sur les avancées induites depuis les premières expériences il y a 30 ans, par cette action de santé publique sur l'ensemble de la population féminine.

Suite à l'état des lieux à la fin des années 1980, fait par le Dr SERADOUR, le Dr L. VERZAUX et Mr Patrice HEID ingénieur référent sur le contrôle qualité en mammographie, décrira les différents impacts sur les pratiques professionnelles des radiologues de la mise en place d'une « assurance qualité » du matériel mais aussi de la formation des médecins et personnels des structures radiologiques. Il sera montré que **le volontarisme des radiologues associé à l'ensemble des professionnels de santé concernés a bénéficié à l'ensemble des femmes dans et hors de la tranche d'âge du dépistage**. Ainsi, le contrôle qualité a permis de faire évoluer les appareils de mammographie voir dans certains cas d'interdire l'utilisation de certains d'entre-eux.

QUEL A ÉTÉ L'IMPACT DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DEPUIS 30 ANS ?

Agnes Rogel de « Santé-Publique France » va rapporter les résultats des données recueillies grâce au dépistage organisé. Elle montrera que **le taux de cancer in situ est stable (élément constitutif au surdiagnostic), que le taux de cancer de stade précoce est en légère augmentation et que celui des stades avancés en diminution.** Ces résultats seront mis en perspectives avec ceux des autres pays européens, qui pour la plupart, ont des systèmes d'organisation très différents. Il est nécessaire de rappeler que c'est uniquement par l'intermédiaire du suivi des femmes dépistées qu'il est possible d'obtenir des éléments chiffrés permettant d'évaluer les résultats et éventuellement de modifier ce qui doit l'être. Cette évaluation en continue des performances de cette démarche, qui n'est jamais prise en compte, est cependant un élément majeur qui devrait permettre d'adapter et d'optimiser les pratiques et les prises en charge.

Les Dr Catherine EXBRAYAT et Florence MOLINIE , médecins responsable des Registres du Cancer, rapporteront des résultats similaires mais aussi l'impact sur les traitements et sur le devenir à plus long terme des patiente. Ainsi **des travaux Français publiés dans des journaux internationaux** ont montré que les femmes présentant un cancer du sein et ayant participé au dépistage seront plus souvent traitées de manière moins agressive (chirurgie conservatrice, absence de curage axillaire, moins de chimiothérapie) que celle présentant un cancer découvert à l'examen clinique.

La problématique de l'équité d'accès aux actions de dépistage, que ce soit d'ordre géographique ou socio-économiques, est complexe. Les résultats des différents travaux sont souvent contradictoires mais semblent montrer que les classes moyennement favorisées sont celles sur lesquelles l'impact du dépistage organisé serait le plus important.

La table ronde qui cloturera le forum de dépistage permettra d'aborder les **axes de refondation de ce dépistage proposés** par l'INCA, notamment sur l'amélioration de l'information des femmes mais aussi d'un point de vue technique avec la confirmation des résultats prometteurs de la tomosynthèse qui permet d'améliorer la détection des cancers de petite taille. On évoquera également **la mise en place d'une étude européenne coordonnée par une équipe Française** sur une adaptation du mode de dépistage en fonction d'un risque personnel. Enfin l'ensemble des acteurs du dépistage organisé aura également à cœur d'aborder les problématiques organisationnelles en lien avec la régionalisation des structures, prévue pour début 2019 ..

LA MALADIE OLIGOMÉTASTATIQUE

Si le cancer du sein reste globalement une maladie de bon pronostic, environ **20 à 25 % des patientes auront lors de l'évolution une rechute métastatique** (parfois précédée ou associée à une rechute loco-régionale). La survie à long terme de ces patientes dépend du délai de survenue par rapport à la maladie initiale, du type de métastases et leur nombre.

Par ailleurs, **5 à 6% des patientes** (le plus souvent avec des formes avancées) présentent **une maladie métastatique d'emblée** (stade IV)

La survie de ces dernières patientes est d'environ 20% à 5 ans.

Dans une large étude multicentrique française (724 patientes incluses) il a été observé une amélioration de la survie à 5 ans avec le temps pour les patientes de stade IV³.

En effet celle-ci est passée de 11% pour les patientes traitées entre 1987 et 1993 à 25% pour celles traitées entre 1994 et 2000.

Cela s'explique par une plus grande efficacité de la chimiothérapie (Taxanes), de l'hormonothérapie (anti-aromatases) mais aussi une meilleure prise en charge des métastases (surtout osseuses) avec une utilisation plus importante de la radiothérapie, de la chirurgie et des biphosphanates.

Le bénéfice sur la survie est cependant limité aux patientes avec des récepteurs hormonaux positifs. Depuis les années 2000, on a essayé de définir un « sous-groupe » de patientes ayant une maladie étendue mais de meilleur pronostic, et s'est donc développé le concept de « maladie oligométastatique », correspondant à une rechute à distance (synchrone ou métachrome de la tumeur initiale) limitée à moins de 5 localisations (le plus souvent osseuses, cérébrales, voire hépatiques)⁴.

³ ANDRE F et al JCO 2004, 22 : 3302-8

⁴ MACLEAN J et al RADIAT ONCOL 2013,8 : 156

LA MALADIE OLIGOMÉTASTATIQUE

Depuis une dizaine d'années, deux questions spécifiques ont été abordées pour ces patientes : d'une part l'intérêt du traitement loco-régional de la maladie et d'autre part le(s) traitement(s) optimaux des métastases à distance, de sorte à tenter de modifier une maladie totalement incurable en une maladie « chronique » pouvant évoluer sur de nombreuses années.

Quelques études (comportant cependant des biais) ont montré l'intérêt d'un traitement loco-régional adapté (chirurgie +/- radiothérapie, parfois après chimiothérapie néo-adjuvante)

D'autres études ont confirmé qu'un traitement « agressif » des métastases pouvait être bénéfique pour la patiente.

Cela a été rendu possible par les progrès de la chirurgie des métastases, l'utilisation de la radiofréquence (pour les métastases hépatiques) mais surtout par les nouvelles techniques de radiothérapie stéréotaxique hypofractionnée qui permettent désormais de délivrer des doses élevées dans des volumes très « conformationnels » au niveau des métastases cérébrales, osseuses, pulmonaires et hépatiques.

Cela permet un très bon contrôle des lésions, avec une épargne des tissus sains adjacents et une excellente tolérance clinique.

De ce fait, on observe de plus en plus des survies « prolongées » de plusieurs années en combinaison avec les traitements systémiques, le plus souvent avec une excellente qualité de vie.

La prise en charge de ces patientes est complexe, nécessitant une excellente connaissance des techniques d'irradiation mais également une collaboration étroite avec les autres disciplines, car des interventions chirurgicales restent parfois

LA MALADIE OLIGOMÉTASTATIQUE

nécessaires, voire indispensables, et le tout doit s'intégrer au mieux avec les traitements systémiques⁵

Ces cas complexes nécessitent donc une prise en charge optimale qui doit être pré-établie par une discussion collégiale en réunion de décision pluridisciplinaire (RCP)

Pour un certain nombre de patientes, ces nouveaux traitements représentant donc un progrès considérable et un réel espoir de stabilisation prolongée de la maladie.

⁵ DELLAS K BREAST CARE 2011, 6 : 363-8

LA PRÉVENTION PRIMAIRE DU CANCER DU SEIN

En santé publique, la **prévention primaire** correspond à la réduction, voir l'élimination des risques ce qui aboutit à une diminution de l'incidence d'une maladie.

La prévention secondaire est réalisée grâce au diagnostic précoce (dépistage) et permet de réduire le nombre des « formes avancées »

La prévention tertiaire permet une diminution des récives et de la mortalité de la maladie

L'activité physique (régulière et adaptée, avec une durée hebdomadaire de 3 heures) constitue le meilleur moyen de prévention des maladies cardiovasculaires, réduit la survenue des maladies métaboliques (diabète, hypercholestérolémie) et diminue le risque de cancer du côlon, de la prostate, de l'endomètre (corps de l'utérus) et du sein (surtout en post-ménopause)

Plusieurs études ont montré que **l'activité physique régulière couplée à une alimentation équilibrée** (riche en fruits et légumes en particulier et pauvre en sucres et graisses animales) **réduit d'environ 20% le risque de survenue d'un cancer du sein**. L'obésité et la sédentarité sont au contraire des facteurs de risque de survenue du cancer du sein et de plusieurs autres cancers⁶.

En comparant les habitudes alimentaires et les modes de vie, on constate que les taux de personnes obèses (index de masse corporelle > 30) sont respectivement de 3,5% au Japon et 30% aux Etats-Unis, alors que les taux d'incidence du cancer du sein sont dans les deux pays de 16/100000 femmes par an contre 90/100000 respectivement. Les Japonais pratiquent beaucoup plus d'activités physiques régulières et leur alimentation est nettement moins calorique (-25%) que celle des Américains (et des occidentaux en général)

Il est donc très important, comme l'a récemment souligné la Ministre de la santé Mme BUZIN de favoriser cette prévention en faisant changer les mentalités, tant pour la

⁶ CHLEBOWSKI RT Breast 2013, suppl 2 : S30-7

LA PRÉVENTION PRIMAIRE DU CANCER DU SEIN

pratique d'activités sportives régulières et adaptées que par un comportement alimentaire optimisé, en sachant qu'en France en 2015 le pourcentage de personnes obèses était de 17% (le double qu'en 1997)⁷.

La 4ème édition du « Code Européen contre le cancer » proposer **12 mesures majeures de « prévention de la santé publique »**, dont les principales sont : l'arrêt du tabac, le contrôle pondéral, la pratique d'une activité physique régulière et une alimentation saine (de type « diète méditerranéenne »)⁸. L'INCA a publié en mars 2017 un rapport très complet sur le bénéfice de l'activité physique pendant et après cancer (www.e-cancer.fr)

Dans plusieurs régions des programmes d'activité physique adaptée pour les patientes traitées pour un cancer du sein se sont mis en place, entre autre pour améliorer leur qualité de vie (diminution de la fatigue, lutte contre la prise de poids, l'ostéoporose, l'isolement psychologique etc..) De multiples activités sportives peuvent être pratiquées.

⁷ MAITRE C Bull Cancer 2009, 96 : 543-51

⁸ LEITZMANN M et al Cancer Epidemiol 2015, suppl 1 : S46-55