



Cancer du sein : dépistage clinique durant la grossesse et connaissances des femmes : enquête réalisée auprès de 100 accouchées au CHU Amiens Picardie

Camille Harmegnies

► To cite this version:

Camille Harmegnies. Cancer du sein : dépistage clinique durant la grossesse et connaissances des femmes : enquête réalisée auprès de 100 accouchées au CHU Amiens Picardie. Cancer. 2016. <dumas-01535007>

HAL Id: dumas-01535007

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01535007>

Submitted on 8 Jun 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ECOLE DE SAGES-FEMMES D'AMIENS
ANNEE 2016

Camille HARMEGNIES

Cancer du sein : Dépistage clinique durant la grossesse et connaissances des femmes
Enquête réalisée auprès de 100 accouchées au CHU Amiens – Picardie

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toute l'équipe enseignante pour sa disponibilité durant ces années d'études au sein de l'école de sages-femmes.

J'adresse un remerciement à Madame Jacques pour son aide et ses conseils, ainsi qu'au Docteur MANCAUX pour m'avoir aiguillé dans mon travail, puis aux femmes participantes.

Enfin, je remercie mes proches pour leur soutien et leurs encouragements.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1. GENERALITES	4
1.1. ANATOMIE DU SEIN.....	4
1.2. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DU SEIN	5
1.3. FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DU SEIN.....	6
1.4. DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN	8
1.4.1. L'auto-examen des seins	8
1.4.2. Examen clinique des seins.....	9
1.4.3. Mammographie	11
1.4.3.1. Mammographie de dépistage.....	11
1.4.3.2. Mammographie de diagnostic	13
1.4.4. Echographie mammaire.....	14
1.5. LE CANCER DU SEIN.....	14
1.6. CANCER DU SEIN ET GROSSESSE	16
1.7. SUIVI GYNECOLOGIQUE	18
2. MATERIELS ET METHODES	18
2.1. PRESENTATION DE L'ETUDE	18
2.1.1. Problématique.....	18
2.1.2. Objectifs	19
2.1.3. Hypothèses	19
2.2. MATERIELS ET METHODES.....	20
2.2.1. Type d'étude.....	20
2.2.2. Population ciblée	20
2.2.3. Présentation de l'outil utilisé.....	20
2.2.4. Méthodes de diffusion.....	21
2.2.5. Enregistrement des données et analyse statistique.....	21
3. PRESENTATION DES RESULTATS.....	22
3.1. TAUX DE PARTICIPATION.....	22
3.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	23

3.2.1. Âge	23
3.2.2. Catégorie socioprofessionnelle	23
3.2.3. Gestité et parité.....	24
3.2.4. Allaitement	24
3.3. SUIVI GYNECOLOGIQUE	24
3.3.1. Fréquence et professionnel.....	24
3.3.2. Examen des seins	25
3.3.3. Autopalpation	25
3.4. SUIVI OBSTETRICAL ET EXAMEN DES SEINS.....	26
3.5. CONNAISSANCES	27
3.5.1. Informations	27
3.5.2. Connaissances des femmes sur le cancer du sein.....	27
3.5.3. Facteurs influençant sur les connaissances	28
3.6. SENSIBILISATION	29
4. ANALYSE ET DISCUSSION	30
4.1. LES POINTS FORTS DE L'ETUDE	30
4.2. LES LIMITES	31
4.3. ANALYSE DES RESULTATS ET VERIFICATION DES HYPOTHESES	31
4.4. PROPOSITIONS	35
CONCLUSION	37
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38
ANNEXES	42
GLOSSAIRE	49

INTRODUCTION

Le cancer du sein représente un défi majeur de santé publique, en effet il est la première cause de mortalité par cancer chez la femme en France.

Le cancer du sein est moins fréquent chez la femme jeune cependant 22% des cas surviennent avant 50 ans. Le dépistage organisé concerne les femmes à partir de 50 ans. Avant cet âge, le dépistage consiste en un examen clinique mammaire annuel lors du suivi gynécologique.

L'association « cancer du sein et grossesse » est un phénomène rare, mais jusqu'à 4% des cancers sont découverts à cette occasion. Pendant le suivi de grossesse, un examen clinique des seins est recommandé lors du premier trimestre.

Le métier de sage-femme évoque en premier lieu la grossesse et l'accouchement, mais il s'intéresse à la santé de la femme en général. Ce rôle primordial a été accentué par les nouvelles compétences accordées aux sages-femmes en terme de prévention des cancers gynécologiques depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) datant du 21 juillet 2009. [1]

La grossesse représente donc une opportunité en terme de prévention et d'information sur la santé des femmes, notamment pour les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse.

Nous avons décidé de mettre en place une étude visant à identifier la proportion des examens des seins réalisés lors du suivi de grossesse, et la connaissance des femmes à propos du cancer du sein, en interrogeant 100 accouchées au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens – Picardie.

Tout d'abord, nous allons aborder d'une part les généralités sur le cancer du sein et les recommandations concernant son dépistage, et d'autre part la particularité de la grossesse associée à un cancer du sein.

Dans un second temps, nous présenterons l'étude, ses objectifs et ses hypothèses, ainsi que les résultats.

Nous terminerons par l'analyse et la discussion des résultats, puis la formulation de propositions.

1. GENERALITES

1.1. ANATOMIE DU SEIN

Les seins sont présents à l'état rudimentaire chez l'homme, seules les femmes sous l'influence hormonale des oestrogènes développent la partie glandulaire à partir de la puberté. Ils varient tout au long de la vie d'une femme du fait des variations hormonales des oestrogènes et de la progestérone : à la puberté, lors des cycles menstruels, lors d'une grossesse et après la ménopause.

La base du sein située contre le thorax s'étend du bord inférieur de la deuxième côte jusqu'à la sixième côte et transversalement du bord externe du sternum à la ligne axillaire antérieure. Il renferme la glande mammaire, glande exocrine hormonodépendante, située en avant du muscle grand pectoral, composée de 15 à 20 lobes.

L'élément actif de la glande mammaire est constitué des alvéoles mammaires (cellules épithéliales sécrétoires et cellules myoépithéliales contractiles) se regroupant en 20 à 40 lobules, drainés par les canaux galactophores.

A son sommet, la glande mammaire comporte la plaque aréolo-mamelonnaire composée de l'aréole, surface circulaire pigmentée qui comprend les glandes sébacées aréolaires : tubercules de Morgagni (tubercules de Montgomery pendant la grossesse), et du mamelon au centre, où s'abouchent les canaux.

L'ensemble est entouré de tissu adipeux, de tissu conjonctif, des ligaments suspenseurs appelés ligaments de Cooper, puis recouvert par la peau.

Le sein contient de nombreux nerfs, vaisseaux sanguins et lymphatiques. Les ganglions lymphatiques de drainage sont les ganglions axillaires (repartis en 3 niveaux), sus-claviculaires, sous-claviculaires et les ganglions mammaires internes (à l'intérieur du thorax, autour du sternum).

Sa fonction biologique est de produire du lait afin de nourrir un nouveau-né. [2] [3] [4] [5]

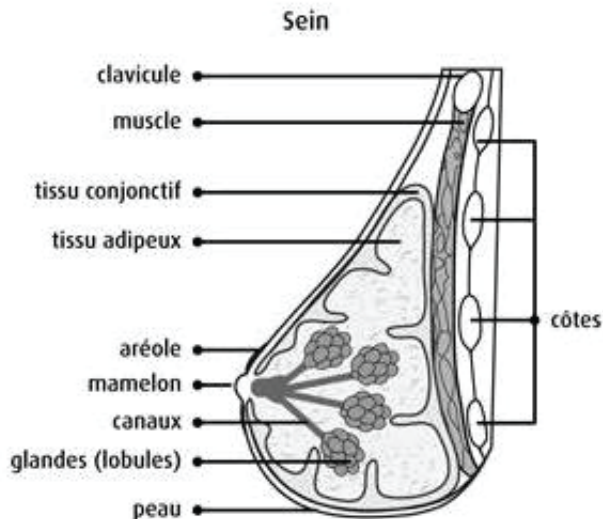


Figure 1 : Structure anatomique du sein

1.2. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein représente un problème majeur de santé publique, en effet entre 2008 et 2012 l'incidence a augmenté de plus de 20% au niveau mondial. [6] Selon GLOBOCAN 2012, 1,7 million de nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. [7] Comparativement les taux d'incidence sont plus élevés dans les pays développés, mais les taux de mortalité plus élevés dans les pays en voie de développement du fait de l'absence de dépistage précoce et de traitements adaptés. [6] [8]

En terme d'incidence, l'Europe fait partie des régions les plus affectées. La France occupe une position également défavorable puisqu'elle se situe au niveau européen au troisième rang, derrière la Belgique et le Danemark en 2012. [9]

En France métropolitaine, le cancer du sein touche chaque année près de 50 000 femmes (48 763 en 2012). Il se situe au premier rang des cancers féminins (31,5%), nettement devant les cancers du côlon-rectum (12,2%) et du poumon (7,3%). Environ 12 000 décès sont comptabilisés chaque année (11 886 en 2012). [10] En moyenne, une femme sur 10 sera confrontée au cancer du sein au cours de sa vie. [6]

Au niveau national, au cours de ces dernières années, une hausse de l'incidence et une baisse de la mortalité ont été observées, cette discordance pouvant s'expliquer par l'élévation

du risque pour les générations plus récentes, l'amélioration de la prise en charge thérapeutique, au diagnostic plus précoce lié à une meilleure surveillance clinique et au développement du dépistage en France. [10]

54% des nouveaux cas de cancer du sein surviennent chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. [6]

Tableau I : Nombre de nouveaux cas de cancer du sein en 2012 par tranche d'âge

NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE CANCER DU SEIN EN 2012 PAR TRANCHE D'ÂGE		
	Nombre de cas	%
15 – 49 ans	10 917	22,39
50 – 64 ans	15 478	31,74
65 – 74 ans	10 749	22,04
75-84 ans	7 306	14,98
85 ans et +	4 313	8,84
Total	48 763	100,00

Source InVS, 2013 : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 – Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim

En 2012, l'âge moyen du diagnostic est de 63 ans, l'âge moyen du décès est de 72 ans. Le taux de survie nette à 5 ans des patientes diagnostiquées avant 2004 est de 86%, en effet détecté à un stade précoce, le cancer du sein peut être guéri dans 9 cas sur 10. [10]

La Picardie fait partie des régions ayant un taux d'incidence le plus élevé : 95,7 pour 100 000 femmes (88 pour 100 000 femmes au niveau national). [6] Sur la période 2007 – 2011, le surplus de mortalité par rapport au niveau national franchit 20% dans cette région. [9]

1.3. FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle, liée à des interactions entre de nombreux facteurs environnementaux et génétiques, divers facteurs de risque ont été reconnus même s'il existe encore des incertitudes quant à l'implication et au poids de plusieurs de ces facteurs.

Certains facteurs de risque ont été clairement mis en évidence, avec un niveau du risque relatif différent, notamment :

- Le sexe : plus de 99% des cancers du sein touchent la femme,
- L'âge : dû au vieillissement cellulaire et au délai d'exposition à certains facteurs, 78% des cancers sont diagnostiqués chez les femmes âgées de plus de 50 ans,
- Les antécédents (ATCD) personnels de cancer du sein invasif, de carcinome canalaire *in situ*, de cancer lobulaire *in situ*, d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire,
- La prédisposition génétique : Mutation des gènes *breast cancer 1* (BRCA1), BRCA2, p53 ou PTEN,
- L'irradiation thoracique à haute dose, dont irradiation pour maladie de Hodgkin,
- Les ATCD familiaux de cancer du sein, en particulier chez les apparentés du premier degré (notamment eu avant la ménopause), chez les apparentés du second degré, les cancers du sein bilatéraux ou chez un homme,
- La densité mammaire radiologique,
- L'exposition prolongée de l'organisme à des oestrogènes endogènes : puberté précoce, ménopause tardive, première grossesse tardive, nulliparité,
- Les hormones exogènes : oestroprogestatifs, traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS),
- La consommation d'alcool,
- L'obésité post-ménopausique,
- Un niveau socio-économique élevé,
- 2^{ème} génération « filles DES » : femmes qui ont été exposées in utéro au diéthylstilbestrol. [11]

D'autres facteurs de risque sont possibles mais moins bien connus tels que le tabagisme ou l'alimentation.

Une durée d'allaitement longue, les grossesses et l'activité physique régulière auraient quant à eux un effet protecteur contre le développement du cancer du sein. [8] [12]

Les facteurs de risque modifiables et accessibles à des mesures de prévention restent peu nombreux : pratiquer une activité physique régulière, limiter la consommation d'alcool, limiter la durée de prise du THS. Pour autant, même en l'absence de facteurs de risque, le développement d'un cancer du sein est possible, l'accent doit donc être mis sur la prévention, mais essentiellement sur le dépistage. [13]

1.4. DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Etant donné les connaissances limitées sur les facteurs de risque on ne peut à l'heure actuelle empêcher la survenue d'un cancer du sein, en revanche on peut le détecter précocement.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le dépistage consiste à détecter une pathologie lorsqu'elle est encore asymptomatique pour permettre un diagnostic et une thérapeutique précoces, dans le but d'améliorer le pronostic de la maladie et l'état de santé de la population. Le cancer du sein satisfait tous les critères décrits par l'OMS pour qu'une maladie soit accessible au dépistage. [13]

1.4.1. L'auto-examen des seins

L'auto-examen des seins consiste en l'inspection visuelle puis à l'autopalpation des seins, autrefois décrit comme devant être pratiqué tous les mois après les règles. Il permet aux femmes d'avoir une meilleure connaissance de leur corps, puis de repérer et signaler à leur médecin toute anomalie persistante ou récente. [14]

Il n'a pas été mis en évidence l'effet du dépistage par l'auto-examen des seins. De plus l'autopalpation crée souvent de fausses alertes qui entraînent de l'anxiété et génèrent des examens complémentaires parfois inutiles. [15]

Le journal de l'Association Médicale Canadienne publie en 2001 que l'auto-examen des seins ne diminue pas la mortalité par cancer du sein, qu'il n'est pas efficace pour identifier les tumeurs à un stade précoce, qu'il entraîne des biopsies mammaires inutiles et de la contrainte émotionnelle, puis que son enseignement n'est pas recommandé. [16]

La société des obstétriciens et gynécologues du Canada publie en 2006 que lorsque la femme est demandeuse ses avantages et ses inconvénients potentiels doivent lui être expliqués et la bonne technique lui être montrée. [17]

Cependant, l'autopalpation des seins est un geste simple et gratuit, permettant aux femmes de se responsabiliser, de prendre en charge leur propre santé et de repérer les

changements. Il est conseillé aux femmes d'observer et de palper leurs seins régulièrement, ainsi que de connaître les signes anormaux à détecter. [18] L'auto-examen des seins est donc recommandé davantage pour sensibiliser les femmes à risque que comme une méthode de dépistage. [8]

1.4.2. Examen clinique des seins

L'examen clinique des seins (ECS) est tout d'abord précédé de l'interrogatoire. C'est une étape essentielle visant à rechercher les facteurs de risque de survenue d'un cancer du sein, d'éventuelles anomalies décelées par la patiente ou une anomalie radiologique.

L'ECS est toujours bilatéral et comparatif, il comprend l'inspection, la palpation des seins et des aires ganglionnaires.

L'inspection est fondamentale. La patiente est assise face à l'examineur torse nu jusqu'à la ceinture avec un bon éclairage, tout d'abord les bras le long du corps (relâchement musculaire), puis les bras levés au dessus de la tête et enfin les mains sur les hanches (pectoraux contractés).

L'inspection permet de repérer plusieurs signes :

- Au niveau des seins : une asymétrie, un excès de volume ou un volume réduit, une infiltration oedémateuse inflammatoire,
- Au niveau des mamelons : une rétraction, une invagination, une ombilication, un eczéma, une ulcération ou un écoulement spontané,
- Au niveau de la peau : un aspect inflammatoire, un galbe mammaire modifié par une rétraction cutanée spontanée ou provoquée par un changement de position. La rétraction peut être linéaire (pli ou ride), en surface ou ponctuée (capiton ou « peau d'orange »).

Ensuite la palpation se fait la femme allongée, à l'aide de la pulpe des trois doigts médians par des mouvements circulaires avec trois niveaux de pression différents. Les seins sont examinés quadrant par quadrant, sans oublier les mamelons et la zone rétro-aréolaire.

La palpation permet d'apprécier la présence de nodule, notamment suspect s'il est de consistance dure et irrégulière, indolore, fixé.

On examine le mamelon à la recherche d'un écoulement : un écoulement unilatéral unipore spontané suggérera une pathologie mammaire contrairement à un écoulement bilatéral multipore.

- Une galactorrhée est un écoulement laiteux bilatéral et multipore, plutôt témoin d'une pathologie endocrinienne, ou pouvant se retrouver physiologiquement dans le post-partum,
- Un écoulement purulent témoigne d'un contexte infectieux,
- Un écoulement verdâtre, séreux, séro-sanglant évoquera un cancer.

Enfin, la palpation des aires ganglionnaires se réalise la patiente assise, il faut explorer les creux sus-claviculaires, les zones infra-claviculaires, les creux axillaires avec les doigts en crochets. [4] [13]

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un examen clinique mammaire annuel dès 25 ans, ainsi qu'au début de chaque grossesse et en cas d'apparition de symptômes. [2][19]

Aucune étude n'a évalué l'ECS seul sans mammographie, dans le cadre du dépistage organisé l'ECS est complémentaire à la mammographie il ne la remplace pas. Dans le contexte d'un programme organisé, il n'existe pas de preuve scientifique directe qui montre que l'examen clinique des seins (ECS) réduit les taux de mortalité par cancer du sein. [20] [21]

Les études démontrent que la formation peut améliorer la performance. [22] [23]

La palpation permet de détecter des cancers passés inaperçus à la mammographie ou des cancers à croissance rapide entre deux mammographies. Il faut cependant que l'ECS soit minutieux, méthodique et lent, une formation du professionnel à cet examen améliore la qualité du dépistage. [15] [24]

1.4.3. Mammographie

La mammographie est l'examen de référence des lésions du sein. Elle est indiquée en cas de signes d'appel clinique ou dans le cadre d'un dépistage et comprend deux incidences par sein minimum (face et oblique externe).

La lecture des mammographies s'appuie sur la traduction française de la classification BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) de l'*American College of Radiology* (ACR) :

- ACR 0 : Classification provisoire utilisée dans l'attente de résultats complémentaires d'imagerie afin d'établir une classification définitive. Des investigations supplémentaires sont nécessaires.
- ACR 1 : Mammographie normale, ne nécessitant pas d'examen complémentaire.
- ACR 2 : Présence d'anomalies bénignes, ne nécessitant pas de surveillance ni d'examen complémentaire.
- ACR 3 : Présence d'une anomalie probablement bénigne, nécessitant une surveillance à court terme (contrôle à 4 ou 6 mois généralement, risque de cancer < 2%).
- ACR 4 : Présence d'une anomalie suspecte, nécessitant un prélèvement histologique.
- ACR 5 : Présence d'une anomalie évocatrice d'un cancer, nécessitant une biopsie ou une exérèse chirurgicale (risque de cancer > 95%). [25]

1.4.3.1. Mammographie de dépistage

Depuis 2004, le dépistage organisé s'est étendu à l'ensemble du territoire français. Le principal facteur de risque du cancer du sein est l'âge. De ce fait, le dépistage organisé offre tous les 2 ans aux femmes de 50 à 74 ans un examen clinique des seins et une mammographie auprès d'un radiologue agréé, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie sans avance de frais.

Le dépistage organisé inclut une seconde lecture systématique de tous les clichés jugés normaux ou bénins par un radiologue indépendant, une formation spécifique des radiologues et des manipulateurs qui participent à ce programme, une évaluation régulière du programme permettant d'y apporter les évolutions nécessaires et un contrôle qualité tous les 6 mois des appareils mammographiques.

Si une anomalie est suspectée à la première ou deuxième lecture, des examens complémentaires seront réalisés. [2][13]

Le dépistage organisé peut entraîner une réduction de 30% de la mortalité si le taux de participation est supérieur à 65% (Plan cancer 2009-2013). Selon l'institut National de Veille Sanitaire, le taux de participation s'élève à 52,1% en France en 2012. Le plan cancer 2014-2019 insiste sur l'amélioration de l'information des populations concernées par les dépistages et sur la surveillance de la pertinence des pratiques de dépistage individuel. [26]

Les limites de ce dépistage sont les surdiagnostics, les cancers manqués, les cancers d'intervalle et les cancers radio-induits.

Le dépistage individuel

Les femmes présentant des ATCD personnels ont un risque élevé de développer un cancer du sein, il existe des recommandations spécifiques de dépistage :

- ATCD de cancer du sein invasif, de carcinome canalaire *in situ* ou carcinome lobulaire *in situ* : un ECS tous les 6 mois pendant les 2 ans suivants la fin du traitement, puis tous les ans ; une mammographie annuelle unilatérale ou bilatérale, suivie ou non d'une échographie.
- ATCD d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire : une mammographie annuelle pendant 10 ans, suivie ou non d'une échographie, puis après les 10 ans orientation de la patiente de plus de 50 ans vers le dépistage organisé, ou une mammographie tous les 2 ans suivie ou non d'une échographie si elle a moins de 50 ans.
- ATCD d'irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin) : un ECS et une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) tous les ans, à partir de 8 ans après la fin de l'irradiation ; une mammographie annuelle (incidence oblique) complétée éventuellement d'une échographie. [2] [19]

Concernant les femmes présentant des ATCD familiaux, elles présentent un risque élevé ou potentiellement très élevé de développer un cancer du sein.

Le score d'Eisinger (Annexe I) est un score familial d'analyse de l'arbre généalogique permettant d'indiquer une consultation d'oncogénétique et de rechercher une mutation en cas

de score égal ou supérieur à 3 (points à additionner pour chaque cas de la même branche parentale) :

- 1 = Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans,
- 2 = Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans,
- 3 = Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans,
- 4 = Cancer du sein chez une femme avant 30 ans,
- 4 = Cancer de l'ovaire avant 70 ans,
- 4 = Cancer chez un homme,
- 5 = Mutation BRCA1 ou 2 identifiée dans la famille.

En fonction du score d'Eisinger, de la consultation d'oncogénétique et de la recherche de mutation, les modalités de suivi recommandées par la HAS sont les suivantes :

- Risque élevé : ECS dès 20 ans, une mammographie annuelle (association éventuelle avec une échographie mammaire, IRM au cas par cas) puis orientation vers le dépistage organisé à partir de 50 ans.
- Risque très élevé : ECS tous les 6 mois dès 20 ans, un suivi annuel à partir de 30 ans par IRM et mammographie (échographie éventuelle). [2] [19]

Pour les femmes âgées de moins de 50 ans, le dépistage radiologique n'est pas recommandé, car les risques associés au surdiagnostic sont supérieurs aux bénéfices attendus en termes de mortalité, le HAS recommande donc un examen clinique mammaire annuel à partir de 25 ans. [2] [19]

1.4.3.2. Mammographie de diagnostic

Une mammographie de diagnostic est indiquée dès qu'une image suspecte a été identifiée sur un cliché de dépistage ou dès qu'il existe une lésion palpable. Il s'agit d'une mammographie classique complétée par des clichés de la zone suspecte.

1.4.4. Echographie mammaire

L'échographie mammaire est souvent réalisée en complément de la mammographie. Elle est utilisée afin de déterminer plus précisément la nature d'une lésion repérée par la mammographie. La mammographie et l'échographie associées à la clinique sont aujourd'hui le trépied du diagnostic, en amont de l'examen histologique toujours indispensable au diagnostic en cas d'anomalie, réalisé par prélèvement biopsique.

L'échographie mammaire est indiquée pendant la grossesse. [2]

L'IRM n'est pas préconisée en première intention en cas de masse palpable. [5]

1.5. LE CANCER DU SEIN

Avant d'aborder les spécificités du cancer du sein, il faut rappeler que les tumeurs détectées peuvent être bénignes. Elles sont bien limitées, ont une croissance lente et restent localisées où elles sont apparues, elles n'entraînent pas de métastases. Les cellules de ces tumeurs ressemblent aux cellules du tissu concerné, elles sont différenciées.

Parmi les tumeurs bénignes du sein on retrouve principalement les fibroadénomes et les modifications fibrokystiques.

Le cancer du sein est une maladie des cellules qui constituent la glande mammaire, il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique pour former une masse appelée la tumeur maligne. En temps normal les modifications cellulaires sont réparées par l'organisme, cependant lorsqu'une cellule devient cancéreuse elle perd sa capacité de réparation. Les tumeurs malignes sont mal délimitées, composées de cellules indifférenciées, elles migrent vers d'autres tissus pour y former une nouvelle tumeur : métastase.

On distingue différents types de cancers du sein, les plus fréquents sont les adénocarcinomes qui se développent à partir des cellules épithéliales de la glande mammaire. Des carcinomes médullaires, papillaires ou tubuleux sont beaucoup plus rares.

Ces tumeurs se développent au niveau des canaux galactophores, cancer canalaire le plus souvent, ou des lobules, cancer lobulaire.

Les cancers du sein sont soit non invasifs ou *in situ* : les cellules cancéreuses sont confinées aux canaux ou lobules, ne dépassant pas la membrane basale, n'envahissant pas les tissus voisins ; Soit invasifs ou infiltrants, envahissant le tissu entourant les canaux et lobules. Les cancers métastasés sont des cancers infiltrants se propageant vers les ganglions ou vers d'autres parties du corps.

Le bilan diagnostique comporte l'examen clinique, la mammographie souvent associée à l'échographie. Le diagnostic repose sur le résultat de l'examen anatomopathologique des prélèvements pratiqués par biopsies. D'autres examens peuvent être réalisés mais ne sont pas systématiques.

Dans 90% des cas le cancer du sein est découvert lors d'un dépistage organisé ou individuel, dans 10% des cas par l'examen clinique.

La classification TNM caractérise l'étendue du cancer et permet de définir la stratégie de dépistage. Le grade histolopronostique est défini par la classification SBR (Scarff-Bloom-Richardson).

Dans les premiers stades de développement, la symptomatologie est frustrée. A un stade plus avancé, les symptômes d'un cancer du sein peuvent être : une masse, une induration, une déformation, une ulcération, une inflammation ou une rétraction au niveau des seins, un écoulement unipore sérosanguin ou un eczéma au niveau du mamelon.

Le traitement du cancer du sein repose sur la chirurgie (mastectomie ou chirurgie conservatrice), la radiothérapie, la chimiothérapie (facteurs de mauvais pronostic) et l'hormonothérapie (tumeur hormonosensible). Les thérapies ciblant le récepteur HER2 sont

utilisées en cas de surexpression de ce récepteur. Le choix des différentes méthodes de traitement tient compte de nombreux facteurs pour s'adapter à chaque patiente. Les facteurs pronostiques sont cliniques, histologiques et biologiques.

Le suivi repose sur un examen clinique tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans puis tous les ans, ainsi qu'une mammographie annuelle. [2] [4] [5]

1.6. CANCER DU SEIN ET GROSSESSE

L'association « cancer du sein et grossesse » est définie comme la survenue d'un cancer du sein pendant la grossesse ou durant l'année suivant l'accouchement.

L'incidence des cancers du sein associés à une grossesse est de 0,2 à 3,8%. C'est une entité clinique rare mais dont la prévalence tend à augmenter ces dernières années du fait des grossesses de plus en plus tardives.

Le diagnostic clinique de cancer du sein pendant la grossesse ou lors de l'allaitement est plus difficile en raison des modifications anatomiques de la glande mammaire soumise à l'influence des hormones : croissance importante et hypervascularisation. L'examen des seins doit être systématique en début de grossesse, cependant un retard diagnostique est souvent constaté. Ce cancer doit être particulièrement recherché chez les patientes devant bénéficier d'une technique d'Assistance Médicale à la Procréation. [27]

L'auto-examen des seins doit être encouragé chez les patientes qui le souhaitent pendant la grossesse et la lactation. [28]

Le diagnostic par imagerie repose sur l'échographie mammaire en première intention, elle ne représente aucun risque pour la mère et le fœtus. En cas de diagnostic positif, la mammographie peut être discutée en seconde intention, avec protection abdominale pour la femme enceinte. L'IRM peut être réalisée. . Toute masse suspecte pendant la grossesse doit être explorée. Les cancers du sein associés à la grossesse sont plus généralement des carcinomes canaux infiltrants.

Le bilan général comporte une radiographie pulmonaire, une échographie abdomino-pelvienne. La scintigraphie osseuse se justifie pendant la grossesse qu'en cas de suspicion de métastase osseuse. Le traitement ne sera envisagé que sur une histologie, les biopsies sont possibles.

Le traitement doit être le plus similaire possible à celui proposé en dehors de la grossesse, mais en tenant compte de l'âge gestationnel, du stade de la maladie et du choix de la patiente.

L'interruption médicale de grossesse est peu justifiée car n'améliore pas le pronostic et les traitements initiaux ne sont pour la plupart pas contre-indiqués pendant la grossesse.

Le traitement classique reste la mastectomie avec curage axillaire. La chirurgie conservatrice est envisageable. La procédure du ganglion sentinelle n'est pas recommandée.

Au 1^{er} trimestre la chimiothérapie est contre-indiquée du fait du risque tératogène, elle peut être prescrite après 14 semaines d'aménorrhée (SA).

La radiothérapie et l'hormonothérapie seront préférablement administrées après l'accouchement.

La prise de décisions des thérapeutiques et de la date d'accouchement seront pluridisciplinaire et se feront selon l'appréciation des bénéfices et des risques concernant la mère et le fœtus. Une consultation de diagnostic anténatal est indispensable.

Il existe peu de données pour établir si le cancer du sein pendant la grossesse est de plus mauvais pronostic que le cancer du sein en dehors d'une grossesse. [3] [29] [30]

La HAS recommande d'examiner les seins lors de la première consultation prénatale (avant la fin du 3^{ème} mois, 15 SA révolues). [31] Dans son document « Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé » elle précise que « *l'examen des seins doit être proposé en début de grossesse aux femmes qui n'ont pas de suivi gynécologique régulier avant la grossesse* ». [32]

Dans son document « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer », la HAS stipule que l'examen clinique des seins doit faire parti de la consultation préconceptionnelle. [33]

Le CNGOF précise également que l'examen clinique mammaire systématique fait partie de l'examen clinique de la femme enceinte et doit avoir lieu à chaque consultation, devant être poursuivi la première année après l'accouchement.

L'autopalpation représenterait 90% des circonstances de découverte pendant la grossesse. [28][29]

1.7. SUIVI GYNECOLOGIQUE

Une consultation annuelle est recommandée pour le suivi gynécologique. Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 [1], les sages-femmes sont habilitées à effectuer le suivi gynécologique de prévention de toute femme en bonne santé, ainsi de nouvelles compétences en terme de prévention des cancers gynécologiques ont été accordées aux sages-femmes. Les consultations de grossesse représentent une opportunité pour effectuer de la prévention auprès des femmes n'ayant pas de suivi gynécologique.

Selon l'institut BVA, 85% des femmes interrogées lors d'un sondage réalisé auprès de 1030 femmes déclarent avoir un suivi gynécologique. [34]

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. PRESENTATION DE L'ETUDE

2.1.1. Problématique

Le cancer du sein est un problème majeur de santé publique, il représente la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Celui-ci semble moins fréquent chez la femme jeune cependant 22% des cancers du sein surviennent avant 50 ans. Hormis le dépistage individuel dans certaines situations à risque, le seul moyen de dépistage chez la femme jeune est l'examen clinique des seins réalisé lors du suivi gynécologique régulier. Néanmoins un certain nombre de femmes n'ont pas de suivi gynécologique régulier, ainsi le suivi de grossesse représente une opportunité en matière de prévention des cancers gynécologiques.

Les questions de départ que nous nous sommes posées étaient alors : L'examen clinique des seins est-il pratiqué lors du suivi de grossesse ? Une information sur le dépistage du cancer du sein est-elle effectuée lors du suivi de grossesse ?

La problématique qui en découle est la suivante : L'évènement de la grossesse permet-il aux femmes d'être dépistées et sensibilisées au cancer du sein ?

2.1.2. Objectifs

L'objectif principal est de définir la proportion des femmes ayant reçu un examen clinique des seins lors du suivi de grossesse.

L'objectif secondaire est de décrire les connaissances et la sensibilisation des femmes concernant le dépistage du cancer du sein.

Le critère de jugement est le taux de connaissance global des femmes, celui-ci est défini par une note sur 14 points d'après les propositions faites sur le dépistage du cancer du sein du questionnaire.

Nous décrivons secondairement l'influence de l'âge, de la gestité, de l'allaitement, des ATCD familiaux et du suivi gynécologique régulier sur les connaissances en matière de dépistage du cancer du sein.

2.1.3. Hypothèses

Afin de répondre à ces questions il est nécessaire de poser des hypothèses préalables.

L'hypothèse principale : l'examen clinique des seins est pratiqué au cours de la grossesse.

L'hypothèse secondaire est : les patientes sont peu sensibilisées au dépistage du cancer du sein au cours de la grossesse.

2.2. MATERIELS ET METHODES

2.2.1. Type d'étude

Ce mémoire est composé d'une étude prospective, descriptive, monocentrique réalisée grâce à une enquête par le biais de questionnaires distribués aux femmes.

2.2.2. Population ciblée

Les critères d'inclusion pour la population étudiée sont les femmes ayant accouché au Centre Hospitalier Universitaire Amiens – Picardie de janvier à mars 2016.

Les critères d'exclusion sont les femmes ayant des modalités spécifiques de dépistage recommandées par l'HAS : présence d'ATCD personnels de cancer du sein ou carcinome canalaire *in situ*, d'ATCD d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire, d'ATCD d'irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin), ou une mutation BRCA 1 ou 2 identifiée.

Les questions n°25 et n°26 du questionnaire concernaient les critères d'exclusion, lorsque la réponse était « oui » à l'une de ces questions les questionnaires étaient exclus de l'étude.

2.2.3. Présentation de l'outil utilisé

L'enquête a été réalisée grâce à un questionnaire comportant 26 questions (Annexe II).

Ce questionnaire comportait tout d'abord une lettre explicative (Annexe III) destinée aux patientes ayant donné leur accord oral afin d'expliquer les objectifs de cette étude et d'en rappeler l'anonymat.

Il était ensuite divisé en quatre parties, majoritairement composées de questions fermées.

Les 6 premières questions concernaient les caractéristiques de la population étudiée. Les questions n°7 à n°11 portaient sur le suivi gynécologique. Les questions n°12 et n°13 portaient sur le suivi obstétrical. Puis les questions n°14 à 24 portaient sur les informations reçues, les connaissances et la sensibilisation au cancer du sein.

La validation du questionnaire a été réalisée par Fabienne Jacques et Docteur Mancaux.

2.2.4. Méthodes de diffusion

Suite à l'obtention de l'autorisation de diffusion du questionnaire par le chef de pôle, la sage-femme cadre supérieure, ainsi que l'accord de la sage-femme cadre du service de suites de couches, un questionnaire était distribué sous format papier aux femmes accouchées se trouvant dans le service maternité du CHU d'Amiens de janvier à mars 2016. Après une information orale portant sur le sujet du mémoire et le but de l'étude, les questionnaires étaient distribués en main-propre et récupérés par l'enquêteur, certains questionnaires étaient parfois remis à des membres de l'équipe médicale du service et déposés dans une pochette prévue à cet effet.

2.2.5. Enregistrement des données et analyse statistique

L'enregistrement et le calcul des données ont été effectués à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Les variables qualitatives sont présentées en effectif et en pourcentage.

Les variables quantitatives sont présentées par leurs moyenne, médiane et écart-type. Les intervalles de confiance à 95% de la moyenne ont été calculés en utilisant le test t de Student.

Les analyses univariées entre variables qualitatives ont été réalisées en utilisant le test de Fisher, le seuil de significativité était de 0,05. Ce test permet de définir si la répartition est due ou non au hasard.

La mesure des connaissances des patientes s'est effectuée en attribuant une note sur 14 points. Il comprenait les questions suivantes :

- Question n°16, l'ensemble des bonnes réponses étant « Oui » comptaient chacune pour 1 point,
- Question n°18, la bonne réponse étant « tous les ans », comptait pour 1 point,
- Question n°19, la bonne réponse étant « 50 ans » comptait pour 1 point,
- Question n°20, l'ensemble des bonnes réponses étant « Oui » comptaient chacune pour 1 point.

Afin de déterminer si la connaissance des femmes sur le dépistage du cancer du cancer est influencée par différents facteurs, le score de connaissances a été comparé aux facteurs suivants : l'âge, la gestité, l'allaitement maternel, les ATCD familiaux et le suivi gynécologique régulier. Nous avons utilisé le coefficient de régression linéaire, il permet de définir lorsque l'on augmente le score de connaissance de 1 point à quelle variable ce résultat est dû. Le p est significatif lorsqu'il est inférieur à 0,05. Les résultats multivariés définissent le vrai résultat toute chose égale par ailleurs.

3. PRESENTATION DES RESULTATS

3.1. TAUX DE PARTICIPATION

Sur les 126 questionnaires distribués, 106 ont été rendus et 20 ont été perdus. Sur les 106 questionnaires récupérés, 100 questionnaires étaient exploitables et 6 ne l'étaient pas : 3 patientes présentaient un ATCD de cancer du sein, une patiente présentait une mutation génétique, 2 patientes ne parlaient pas couramment français donc le questionnaire n'a pas pu être rempli entièrement en toute compréhension.

Le taux de réponse est de 84% et les résultats ont porté sur 100 questionnaires.

3.2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

3.2.1. Âge

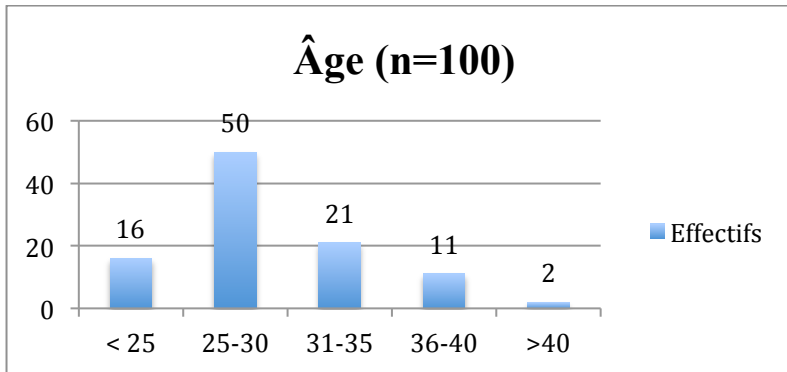


Figure 2 : Âge des femmes

La tranche d'âge 25 – 30 ans est la plus représentée (50%). La proportion des femmes âgées de plus de 30 ans représente 34% (n=100).

3.2.2. Catégorie socioprofessionnelle

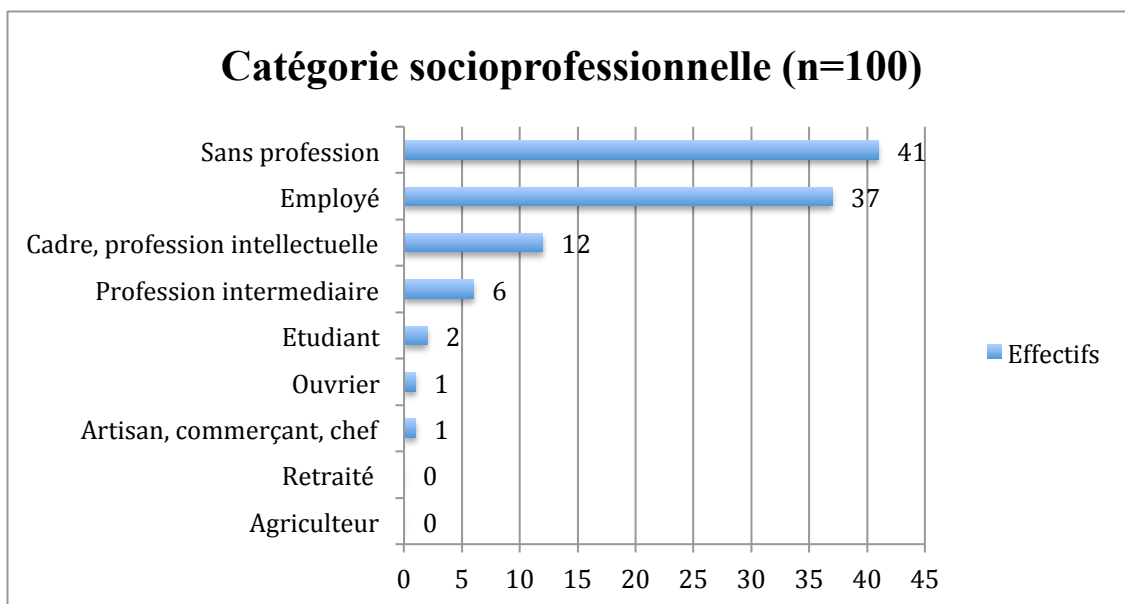


Figure 3 : Catégorie socioprofessionnelle

Les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont sans activité professionnelle à 41% et employés à 37% (n=100).

3.2.3. Gestité et parité

Nous avons précisé le nombre de grossesses médicalement suivies, plutôt que uniquement la gestité, car le suivi des grossesses antérieures peut influencer sur la connaissance et la sensibilisation des femmes au dépistage du cancer du sein, plutôt que le vécu d'une grossesse qui n'aurait pas été suivie.

Le nombre de grossesses suivies va de 1 à 6. Une seule grossesse suivie représente 45% (n=100). La moyenne est de 2,05 grossesses suivies par femme, la médiane est de 2 et l'écart type est de 1,42.

Le nombre d'enfants par femme va de 1 à 6, un seul enfant représente 43% (n=100). La moyenne est de 2,11, la médiane est de 2 et l'écart type est de 1,37.

3.2.4. Allaitement

La part d'allaitement maternel représente 58% (n=100), et la proportion des femmes multipares ayant allaité leurs enfants précédents est de 60% (n=55, effectif de femmes multipares ayant répondu à la question).

3.3. SUIVI GYNECOLOGIQUE

3.3.1. Fréquence et professionnel

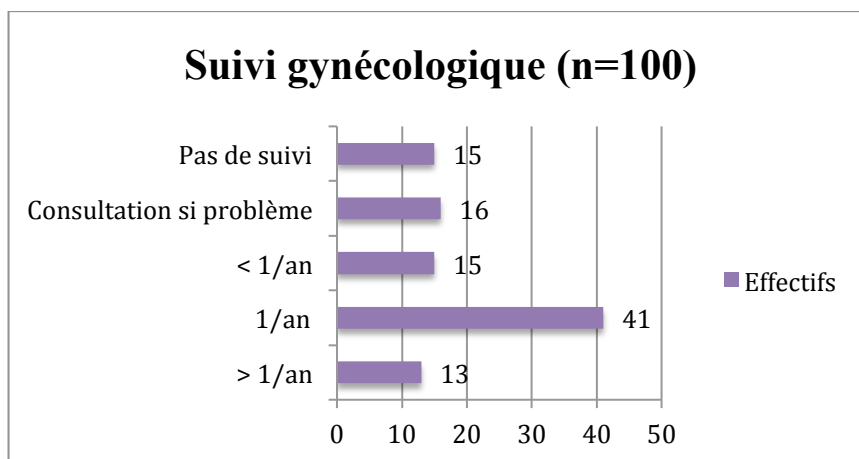


Figure 4 : Fréquence du suivi gynécologique en dehors de la grossesse

41% des femmes disent consulter un professionnel de santé une fois par an pour leur suivi gynécologique, donc avoir un suivi gynécologique régulier (n=100). 46% n'ont pas de suivi gynécologique régulier ou n'en ont pas du tout.

58% sont suivies par un gynécologue-obstétricien, 15% par une sage-femme et 12% par un médecin généraliste (15% n'ont pas de suivi) (n=100).

3.3.2. Examen des seins

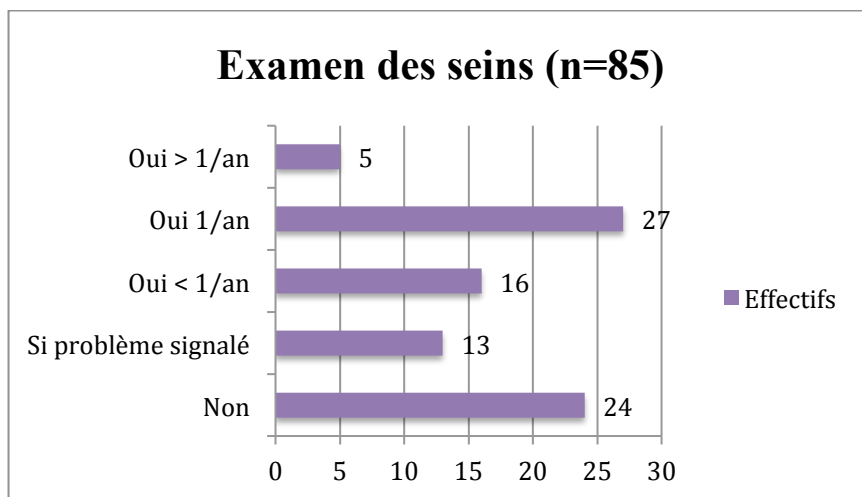


Figure 5 : Fréquence des examens des seins réalisés lors des consultations gynécologiques

Parmi les femmes ayant un suivi gynécologique (n=85), 31,76% (n=27) des femmes disent avoir un examen des seins par an. On remarque que 28,24% (n=24) des femmes disent ne pas en avoir.

3.3.3. Autopalpation

Parmi les femmes ayant un suivi gynécologique (n=85), l'autopalpation n'est pas expliquée dans 56,47% des cas (n=48).

Les femmes pratiquent l'autopalpation dans seulement 27% des cas (n=100).

3.4. SUIVI OBSTETRICAL ET EXAMEN DES SEINS

La grossesse des femmes interrogées a été suivie dans 55% des cas par un gynécologue-obstétricien, dans 39% des cas par une sage-femme, dans 4% des cas par le médecin généraliste et dans 2% des cas il n'y a pas eu de suivi obstétrical (n=100).

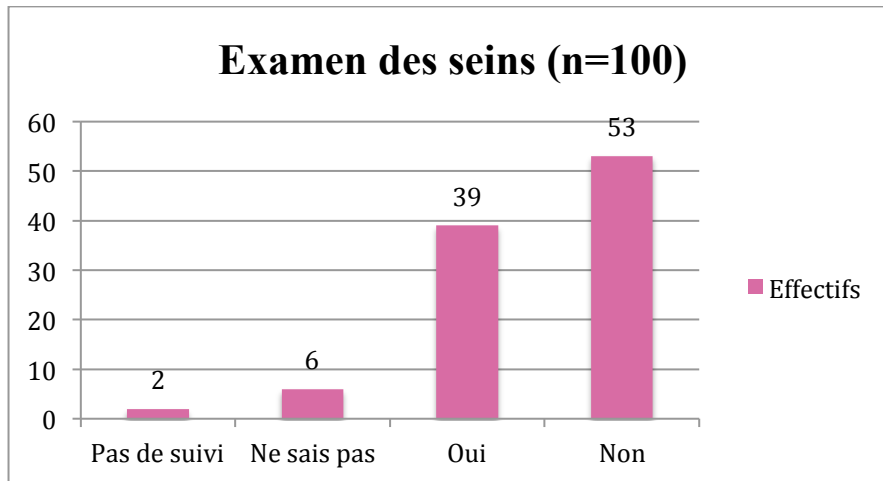


Figure 6 : Proportion des examens des seins réalisés au cours du suivi de grossesse

53% des femmes disent ne pas avoir eu d'examen des seins pendant leur suivi de grossesse. La proportion des femmes déclarant en avoir bénéficié représente 39% (n=100) : dont 64,1% lors de la première consultation et 35,9% lors d'une consultation suivante.

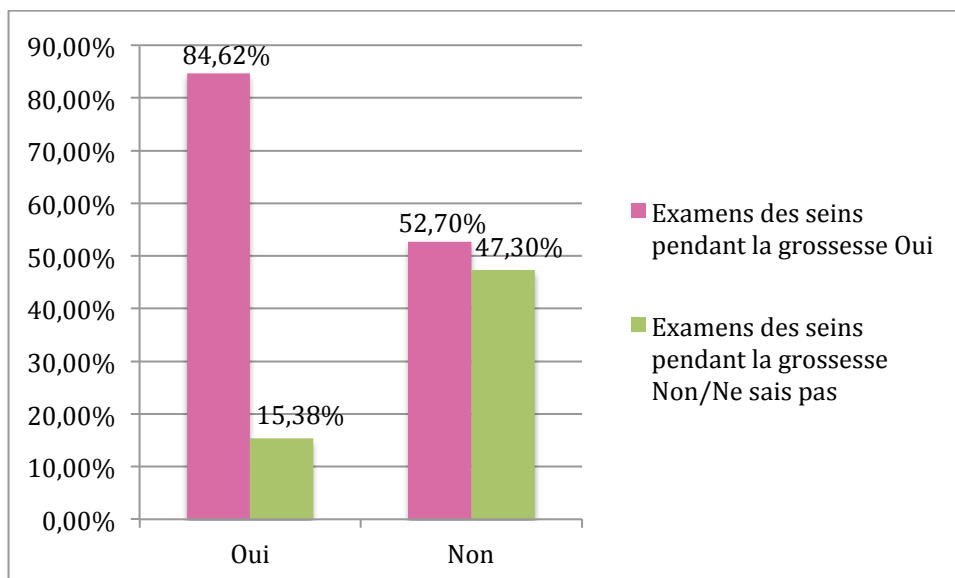


Figure 7 : Examens des seins pendant la grossesse en fonction de la connaissance d'ATCD familiaux

Nous avons comparé les femmes ayant bénéficié d'un examen des seins en fonction de la connaissance d'ATCD familiaux. 84,62% des femmes ayant des ATCD familiaux de cancer du sein ont bénéficié d'un examen des seins pendant leur grossesse, contre 52,70% pour celles qui n'en avaient pas. La valeur de p est égale à 0,005, ce résultat est donc significatif.

3.5. CONNAISSANCES

3.5.1. Informations

56% des femmes déclarent n'avoir jamais reçu d'information sur le dépistage du cancer du sein (n=100). Parmi les 44% ayant reçu des informations elles pouvaient venir de plusieurs sources différentes :

- Les médias (radio, télévision, internet...) sont cochés dans 63,64% des cas,
- Les campagnes de sensibilisation (octobre rose...) sont cochées dans 43,18% des cas,
- L'entourage (famille, amis, collègues...) est coché dans 38,64% des cas,
- Un professionnel de santé lors du suivi gynécologique est coché dans 29,55% des cas,
- Un professionnel de santé lors du suivi de grossesse est coché dans 4,55% des cas,
- « Autre » est coché dans 4,55% des cas, les femmes ayant précisé « centre de santé ».

3.5.2. Connaissances des femmes sur le cancer du sein

Concernant les connaissances des femmes à propos du cancer du sein notées sur 14 points, le score minimum est de 0 point et le score maximum est de 12 points, la médiane est de 8, et la moyenne sur 14 est de 7,53. L'écart type est de 2,80.

La question n°17 portait sur le dépistage du cancer du sein. Les propositions répondant à cette question ouverte étaient multiples, de ce fait elle n'a pas été intégrée au calcul du score de connaissances. Toutefois les réponses qui ressortent majoritairement sont les suivantes :

- La mammographie est citée comme moyen de dépistage dans 45% des cas. Selon l'Institut National du Cancer pour 87% des femmes la mammographie est l'examen de dépistage de référence en 2008. [2]

- La palpation est citée comme moyen de dépistage du cancer du sein dans 21% des cas. La perception d'une masse est citée dans 8% des cas.
- L'échographie est citée dans 5% des cas.
- Il est à noter que la case « Je ne sais pas » a été cochée dans 31% des cas.

81% des femmes savent qu'une anomalie dépistée au niveau d'un sein n'est pas toujours cancéreuse (n=100).

3.5.3. Facteurs influençant sur les connaissances

Tableau II : Résultats de régressions linéaires expliquant le score de connaissances

	Résultats univariés	
	Coefficients	Valeurs p
Gestité	-0,544	0,00808
Âge : < 25 ans	ref	ref
Âge : 25-30 ans	1,377	0,0894
Âge : 31-35 ans	1,295	0,166
Âge : 36-40 ans	-0,017	0,9876
Âge : > 40 ans	0,437	0,8351
Allaite ou a déjà allaité	0,022	0,97
A connaissance d'ATCD Familiaux	1,519	0,0168
A un suivi gynéco régulier	2,592	<0.001

Les résultats de régressions linéaires expliquant le score de connaissances sont les suivants :

Lorsque la gestité d'une femme augmente de 1, son score de connaissances diminue de 0,54. Ce résultat est significatif ($p < 0,05$).

Les résultats des connaissances pour la tranche d'âge < 25 ans sont pris en référence. Lorsque la femme se trouvait dans la tranche d'âge 25–30 ans, son score de connaissances augmentait de 1,38. Lorsque la femme se trouvait dans la tranche d'âge 31–35 ans, son score de connaissances augmentait de 1,30. Lorsque la femme se trouvait dans la tranche d'âge 36 – 40 ans, son score de connaissance diminuait de 0,02. Lorsque la femme se trouvait dans la tranche d'âge > 40 ans, son score de connaissance augmentait de 0,44. Cependant ces résultats ne sont pas significatifs. A priori l'âge n'influçait pas le résultat du score de connaissances.

Lorsque la femme allaitait ou avait déjà allaité auparavant, son score de connaissance augmentait de 0,022, ce résultat n'étant pas significatif. A priori l'allaitement n'influait pas le résultat du score de connaissances.

Lorsque la femme avait connaissance d'ATCD familiaux, son score de connaissances augmentait de 1,52, ce résultat étant significatif ($p < 0,05$).

Lorsque la femme avait un suivi gynécologique régulier, c'est-à-dire 1 fois par an ou supérieur à 1 fois par an, son score de connaissances augmentait de 2,60, ce résultat étant significatif ($p < 0,05$).

3.6. SENSIBILISATION

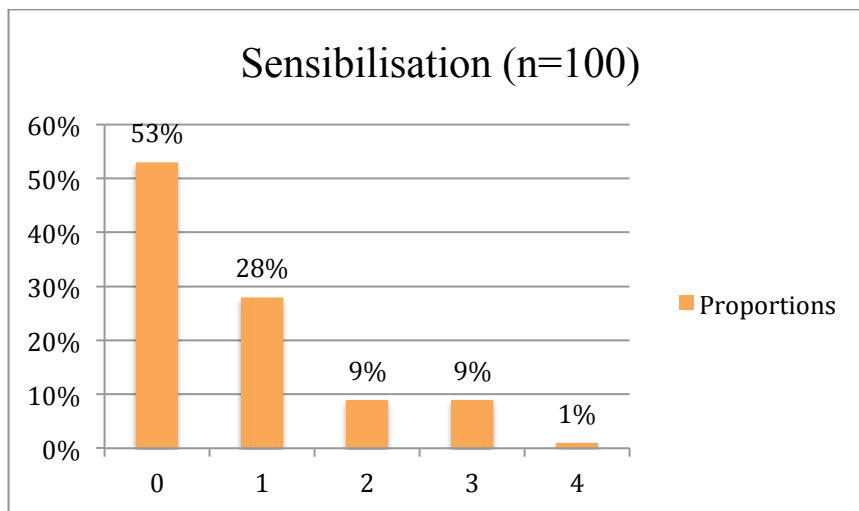


Figure 8 : Sensibilisation au dépistage du cancer du sein grâce au suivi obstétrical

53% estiment ne pas avoir été sensibilisées au dépistage du cancer du sein pendant leur suivi de grossesse (n=100). 47% des femmes estiment avoir été sensibilisées avec une note allant de 1 à 4. La moyenne est de 0,79, la médiane est de 0, l'écart type est de 1,02.

74% déclarent vouloir poursuivre ou débiter un suivi gynécologique, 13% ne le souhaitent pas, 13% ne savent pas (n=100).

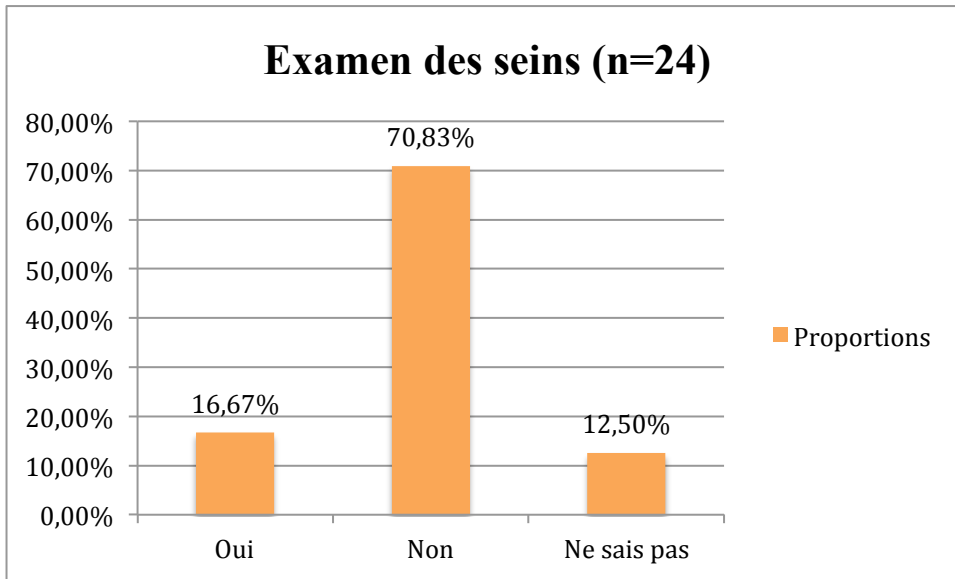


Figure 9 : Proportion des examens des seins pendant la grossesse chez les femmes n'ayant pas eu d'examen des seins lors du suivi gynécologique

Parmi les femmes n'ayant jamais eu d'examen des seins lors de leur suivi gynécologique (n=24), 70,83% n'en n'ont pas non plus bénéficié lors de leur suivi de grossesse, IC 95 [58,33%-90,43%].

Concernant les ATCD familiaux, 69% n'ont pas d'antécédent familial, 5% ne savent pas, et 26% en ont (n=100). Parmi les femmes ayant des antécédent familiaux :

- Chez la grand-mère est cité 11 fois,
- Chez la mère est cité 4 fois,
- Chez la tante est cité 11 fois.

L'âge de survenue de ces cancers dans la famille va de 30 ans à 70 ans.

4. ANALYSE ET DISCUSSION

4.1. LES POINTS FORTS DE L'ETUDE

Le taux de réponse est de 84%.

Parmi les 106 questionnaires récupérés (100 exploitables) contenant 26 questions, tous ont été complétés entièrement.

Lors de la récupération des questionnaires, de nombreuses femmes ont fait part à l'enquêteur de leur intérêt sur la question.

4.2. LES LIMITES

L'effectif est faible et la population n'a été étudiée que dans un seul établissement de santé. Néanmoins, certains résultats sont significatifs.

L'étude est cependant intéressante et permet de se rendre compte assez rapidement de la place de l'examen des seins et de l'information du dépistage du cancer du sein lors de la grossesse.

Les résultats exploités se basent uniquement sur les déclarations des patientes, nous n'avons donc pas l'entière certitude de ces déclarations. Il faut donc garder à l'esprit lors de l'analyse des résultats que ces données sont subjectives. Nous avons cependant préféré interroger les femmes enceintes plutôt que les professionnels afin de mieux définir leur ressenti face au cancer du sein. De plus l'enquête réalisée auprès des professionnels n'aurait pas été plus objective puisque le questionnaire se base uniquement sur des déclarations, ne pouvant être vérifiées.

Lorsque l'on évoque l'examen des seins, si ce dernier est réalisé, nous n'avons pas la certitude que cet examen est correctement et entièrement réalisé.

Le score des connaissances est basé sur une analyse subjective.

4.3. ANALYSE DES RESULTATS ET VERIFICATION DES HYPOTHESES

Tout d'abord, concernant le suivi gynécologique, 15% des femmes déclarent ne pas être suivies, ce qui concorde avec le sondage réalisé par l'Institut BVA. La proportion des femmes déclarant consulter un professionnel de santé tous les ans ou plus d'une fois par an s'élève à 54%, ce qui indique que la majorité des femmes s'implique dans leur santé gynécologique. Cependant à l'heure actuelle, le cancer du sein est le premier cancer féminin (31,5%), le cancer du corps de l'utérus représente 4,7% des cancers, celui de l'ovaire 3% et le cancer du

col de l'utérus 2%, les cancers gynécologiques représentent donc 41,2% de tous les cancers. La proportion des femmes consultant régulièrement dans notre étude est insuffisante.

Seulement 15% d'entre elles consultent une sage-femme, le versant gynécologique de la profession est encore mal connu du grand public, on peut également supposer que les femmes restent orientées vers le gynécologue qui les suivait habituellement, ou que les sages-femmes ne sont pas encore assez présentes sur le plan du suivi gynécologique, en revanche le versant libéral de la profession est en pleine expansion, le nombre de femmes suivies par une sage-femme tend donc à augmenter.

Concernant l'examen des seins devant être réalisé une fois par an, parmi les femmes ayant un suivi gynécologique, il est surprenant de remarquer que 43,53% des femmes ne bénéficient pas d'un examen des seins ou bien uniquement lorsqu'une anomalie est signalée. Ce geste est pourtant recommandé annuellement lors du suivi gynécologique, il devrait faire partie de l'examen général de la femme, au même titre que la palpation abdominale ou le toucher vaginal. De plus, le dépistage organisé se fait à partir de 50 ans, avant cet âge l'examen clinique mammaire est le seul examen de dépistage, le diagnostic individuel étant réservé à des femmes ayant des facteurs de risque bien défini.

L'autopalpation n'est pas expliquée dans la majorité des cas, les professionnels semblent donc en accord avec les dernières données concernant ce geste. Seulement 27% des femmes la pratique, les femmes ne sont donc pas demandeuses de ce geste.

Ensuite, concernant le suivi obstétrical on remarque ici que la sage-femme est le professionnel concerné dans 39% des cas, soit plus du double de lors du suivi gynécologique. Concernant le suivi prénatal, le rôle de la sage-femme est bien établi puisqu'il s'agit de ces compétences initiales.

La proportion des examens des seins lors de la grossesse est de 39%, il est pourtant recommandé pour toute femmes enceintes. 64,1% sont réalisés lors de la première consultation comme recommandé. Les professionnels émettent sûrement des doutes quant à la fiabilité de cet examen, du fait de la difficulté diagnostic durant la grossesse, ce qui pourrait expliquer cette faible proportion. Il existe également peu d'études qui évoquent

spécifiquement l'examen des seins au cours de la grossesse, les études concernant l'examen des seins lors du suivi gynécologique ont tendance à dire que ce geste ne diminue pas la mortalité, cependant c'est le seul geste que l'on effectue avant 50 ans, et l'occasion de sensibiliser les femmes à la santé de leur sein et leur santé gynécologique en général.

En revanche, on remarque que 84,62% des femmes présentant des ATCD familiaux bénéficient d'un examen des seins, ce résultat étant significatif. Les professionnels de santé orientent leur examen en fonction des risques, cependant l'étude ne révèle pas si les ATCD familiaux sont recherchés systématiquement.

L'hypothèse principale était : « l'examen clinique des seins est pratiqué au cours de la grossesse ». 53% des femmes déclarent ne pas avoir eu d'examen des seins durant leur suivi de grossesse. 6% des femmes ne savent pas si elles en ont reçu, si on considère qu'elles n'en ont pas eu, le pourcentage s'élève à 59%. L'hypothèse n'est donc pas entièrement vérifiée puisque la part des femmes n'en ayant pas eu est majoritaire.

Nous allons maintenant aborder les connaissances des femmes à propos du dépistage du cancer du sein.

Les femmes déclarent être informées sur le dépistage du cancer du sein principalement par les médias et les campagnes de sensibilisation, ce qui peut expliquer que le score de connaissances atteint la moyenne. L'entourage représente une part non négligeable seulement les informations délivrées ne sont pas forcément fiables, ce qui peut provoquer de fausses croyances à propos du cancer. On remarque que les professionnels de santé sont source d'information uniquement dans 34,1% des cas. Il faut donc encourager le professionnel de santé à délivrer davantage d'information.

Il est à noter que le score de connaissances a été calculé en prenant en compte uniquement les réponses « Oui » et « Non ». Un nombre important de réponses « Je ne sais pas » a été comptabilisé ce qui prouve un manque d'information. En ce qui concerne les généralités du cancer du sein, la proportion des femmes déclarant ne pas savoir va de 6 à 44% pour les différentes propositions. Concernant les signes cliniques, la proportion des femmes ne sachant

pas va de 11 à 32%. Le signe le mieux connu est la palpation d'une masse au niveau des seins ou des aisselles, le moins bien connu et l'aspect de « peau d'orange ».

81% des femmes déclarent savoir qu'une anomalie dépistée au niveau d'un sein n'est pas toujours cancéreuse, ce n'est pas la peur de la maladie qui ressort mais sûrement la peur des examens médicaux.

En comparant différents facteurs au score de connaissance, il apparaît que l'âge et l'allaitement à priori n'influent pas sur les résultats. Nous pensions au préalable qu'une femme plus âgée et une femme ayant allaité serait davantage sensibilisée à la question.

La gestité semble joué un rôle sur le score de connaissances, en effet lorsque la gestité augmente une fois, le score de connaissances diminue de 0,54. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que le niveau socio-culturel (origine, niveau d'études, capacité de compréhension) peut être différent selon le nombre d'enfant par femme.

Lorsque la femme a connaissance d'ATCD familiaux, son score augmente de 1,52. Ce résultat étant significatif montre qu'une femme ayant été confronté au problème du cancer du sein a forcément plus de connaissances à ce sujet. Ce résultat est positif puisque ces femmes sont plus à risque.

Lorsque les femmes ont un suivi gynécologique régulier, leur score de connaissances augmente de 2,60, ce résultat étant significatif. Le suivi gynécologique est le premier facteur influençant sur les connaissances il est donc primordial de délivrer le maximum d'informations aux femmes venant consulter (consultation recommandée une fois par an, mammographie de 50 à 74 ans tous les 2 ans, consulter en cas d'anomalie). Cependant les femmes sont automatiquement invitées pour le dépistage organisé, ce qui implique que même les femmes n'ayant pas de suivi de grossesse et moins d'informations, vont savoir quand les réalisés. Le manque d'information peut influencer sur le fait qu'elle se rende à cet examen, en effet le taux de participation en France est de 52,1%.

53% des femmes estiment ne pas avoir été sensibilisés au dépistage du cancer du sein durant la grossesse.

70,83% des femmes n'ayant jamais eu d'examen des seins n'en ont pas non plus bénéficié durant la grossesse. Cependant il est à noter que 16% de la population étudiée avait moins de 25 ans.

13% ne souhaitent pas démarrer un suivi gynécologique, ce qui correspond environ au 15% n'ayant pas eu de suivi au préalable.

L'hypothèse secondaire était : « les patientes sont peu sensibilisées au dépistage du cancer du sein au cours de la grossesse ». Cette seconde hypothèse est donc vérifiée.

4.4. PROPOSITIONS

Tout d'abord, nous proposons l'amélioration de la réalisation de l'examen clinique des seins aussi bien lors du suivi gynécologique que lors de la grossesse. En effet les professionnels doivent avoir à l'esprit que cet examen est le seul réalisé avant 50 ans, en dehors du dépistage individuel.

Pour ce faire, tous les dossiers gynécologiques ou obstétricaux, qu'ils soient sous format papier ou informatique, devraient être pourvus de la mention « Examen clinique des seins ».

Cependant, même lorsque cet examen est réalisé, sa performance dépend de sa bonne réalisation. Ainsi son enseignement doit être effectué lors de la formation initiale, mais également lors des formations continues. Il est essentiel que le professionnel de santé améliore et mette à jour ses connaissances pratiques.

Le moment de la grossesse est représenté une opportunité pour effectuer de la prévention concernant la santé maternelle. En effet c'est l'occasion d'aborder plusieurs thématiques comme par exemple la vaccination, la santé dentaire, les maltraitances. Cependant beaucoup de sujets concernant la santé de la mère et surtout du fœtus sont à aborder (prévention du

tabagisme, de l'alcoolisme, de la toxoplasmose...). De ce fait le temps manque et les professionnels de santé se focalisent sur le bon déroulement de la grossesse qui est primordial. La santé de la femme est à considérer dans son ensemble, ainsi l'examen clinique mammaire devrait être systématique au même titre que le reste de l'examen clinique.

Il est important d'encourager les femmes enceintes à poser leurs questions, à faire part de leurs inquiétudes à propos de tous sujets lors du suivi de grossesse. Les supports papiers sont intéressants, ainsi que les campagnes de sensibilisation (octobre rose, affiche dans les salles d'attente, dépliants) pour que la femme puisse garder en mémoire les éléments essentiels (les signes devant amener à aller consulter par exemple).

Ensuite, afin d'améliorer les connaissances des femmes à propos du cancer du sein, renforcer les informations délivrées par les professionnels de santé est un enjeu prioritaire. Il est important de rappeler l'intérêt d'une consultation gynécologique annuelle par exemple lors du post-partum immédiat, lors de la visite post-natale et également à la fin d'une consultation gynécologique de prévention.

Il faut également expliquer les actes que nous effectuons à la patiente, par exemple ce que l'on recherche à l'examen des seins, ainsi la femme est davantage sensibilisée.

CONCLUSION

Le cancer du sein chez la femme avant 50 ans représente 22% des cancers du sein. Le dépistage doit être une priorité pour l'ensemble des professionnels de santé, notamment pour les sages-femmes qui ont des compétences aussi bien en obstétrique qu'en gynécologie. La sage-femme tient un rôle primordial en terme de santé publique. L'examen clinique des seins lui est accessible lors des consultations prénatales et également lors des consultations gynécologiques.

L'examen des seins doit être réalisé annuellement à partir de 25 ans et doit être réalisé pendant la grossesse malgré les modifications mammaires. C'est le seul examen de dépistage dont la femme bénéficie avant 50 ans, par conséquent il ne faut pas s'en passer. Cependant les recommandations à ce sujet sont limitées.

De manière générale on peut conclure que la plupart des professionnels n'effectue pas l'examen clinique des seins pendant la grossesse, cependant il est davantage réalisé lorsque la femme présente des facteurs de risque. Les femmes présentent des connaissances à propos du cancer du sein, mais elles doivent être renforcées par les informations délivrées par le professionnel de santé.

La particularité des professions médicales est l'évolution constante des pratiques. Il est indispensable de compléter sa formation initiale par une formation continue, et de réactualiser sans cesse ses connaissances, c'est une obligation déontologique. Il est nécessaire que les sages-femmes remettent sans cesse en question leurs pratiques et les fassent évoluer selon les connaissances actuelles.

L'examen clinique mammaire doit faire partie intégrante de l'examen clinique général de la femme et de la femme enceinte.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009. (consulté le 14/11/2015)
- [2] Cancer du sein [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles> (consulté le 07/12/2015)
- [3] Morère J-F, Penault-Llorca F, S. Aapro M, Salmon R. Le cancer du sein. 1^{re} éd. Paris: Springer; 2007. 316 p. (Oncologie pratique). (consulté le 19/12/2015)
- [4] Travade A, Isnard A, Gimbergues H. Pathologie mammaire. 2^e éd. Masson; 2000. 223 p. (Imagerie Médicale Formation). (consulté le 19/12/2015)
- [5] Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé - Dépistage et prévention du cancer du sein. 2015. (consulté le 07/12/2015)
- [6] Ligue nationale contre le cancer. Rapport 2014 de l'observatoire sociétal des cancers. 2014. (consulté le 07/12/2015)
- [7] Breast Cancer Estimated Incidence , mortality and prevalence worldwide in 2012 [Internet]. GLOBOCAN. Disponible sur: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (consulté le 14/11/2015)
- [8] OMS | Cancer du sein: prévention et lutte contre la maladie [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index.html> (consulté le 07/12/2015)
- [9] OR2S. Cancer du sein. 2015. (consulté le 30/12/2015)
- [10] Incidence et mortalité nationales du cancer du sein [Internet]. Institut National du Cancer. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/29-incidence-mortalite/84-cancer-sein/1-epidemiologie-du-cancer-du-sein-en-france-metropolitaine-incidence-et-mortalite.html> (consulté le 30/12/2015)
- [11] CNOSF. Contact sages-femmes. mars 2016;(45). (consulté le 09/01/2016)

- [12] Minami Y, Ohuchi N, Fukao A, Hisamichi S. Risk factors for breast cancer: a case-control study of screen-detected breast cancer in Miyagi Prefecture, Japan. *Breast Cancer Res Treat.* juill 1997;44(3):225-33. (consulté le 28/02/2016)
- [13] Mignotte H. *Maladies du sein*. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. 216 p. (Pratique en gynécologie-obstétrique). (consulté le 19/12/2015)
- [14] Cancer du sein [Internet]. Disponible sur: <http://www.cancerdusein.org/le-depistage/lauto-examen-des-seins> (consulté le 30/12/2015)
- [15] Dépistage du cancer du sein. *La revue Prescrire.* 2 janv 2002;(225). (consulté le 14/11/2015)
- [16] Baxter N. Baxter, N. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *CMAJ* 164, 1837-1846. *CMAJ*: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2001;164(13):1837-46. (consulté le 28/02/2016)
- [17] Rosolowich V, Breast Disease Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Breast self-examination. *J Obstet Gynaecol Can.* août 2006;28(8):728-30. (consulté le 28/02/2016)
- [18] Prenez la santé de vos seins en main. [Internet]. Disponible sur: <http://observationdesseins.org/> (consulté le 07/12/2015)
- [19] HAS [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage#toc_1 (consulté le 07/12/2015)
- [20] L'examen clinique des seins [Internet]. Disponible sur: <https://www.cbcf.org/fr-central/AboutBreastHealth/BeBreastAware/Pages/Clinical-Breast-Exam.aspx> (consulté le 14/11/2015)
- [21] Mary B, Russell H, Suzanne WF. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? *The rational clinical examination.* 10 juin 1999;282(13). (consulté le 28/02/2016)

- [22] McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. *CA Cancer J Clin.* déc 2004;54(6):345-61. (consulté le 07/02/2016)
- [23] Dabrowiecki V, Vanlemmens L. Cancer du sein et grossesse : prise en charge et place de la sage-femme dans le diagnostic. *La Revue Sage-Femme.* déc 2010;9(6):264-78. (consulté le 07/02/2016)
- [24] L'examen clinique systématique des seins féminins, est-il toujours d'actualité ? <http://www.em-premium.com.merlin.u-picardie.fr/data/revues/03682315/00280003/212/> [Internet]. 3 août 2008; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.merlin.u-picardie.fr/article/113797/resultatrecherche/1> (consulté le 14/11/2015)
- [25] Chabriaux J, Kinkel K, Thibault F. Le système BI-RADSTM en imagerie mammaire : initiation à son utilisation en version française. /data/revues/02210363/00834-C2/531/ [Internet]. 19 mars 2008; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/121279> (consulté le 07/02/2016)
- [26] INVS [Internet]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/fr../Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2013-2014> (consulté le 07/12/2015)
- [27] Venn A, Watson L, Bruinsma F, Giles G, Healy D. Risk of cancer after use of fertility drugs with in-vitro fertilisation. *Lancet.* 6 nov 1999;354(9190):1586-90. (consulté le 07/02/2016)
- [28] CNGOF. Stratégie diagnostique des pathologies mammaires associées à la grossesse. 2006. (consulté le 14/11/2015)
- [29] Groupe français d'étude des cancers gynécologique et de la grossesse. Prise en charge des cancers du sein en cours de grossesse [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090521_cancer_sein_et_grossesse_BM.pdf (consulté le 09/01/2016)

- [30] Mathieu E, Merviel P, Barranger E, Antoine J-M, Uzan S. Cancer du sein et grossesse : revue de la littérature. /data/revues/03682315/00310003/233/ [Internet]. 3 sept 2008; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/114461> (consulté le 07/02/2016)
- [31] HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007. (consulté le 14/11/2015)
- [32] HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf (consulté le 14/11/2015)
- [33] HAS. Projet de grossesse: informations, messages de prévention, examens à proposer. 2009. (consulté le 14/11/2015)
- [34] BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. 2008. (consulté le 09/01/2016)

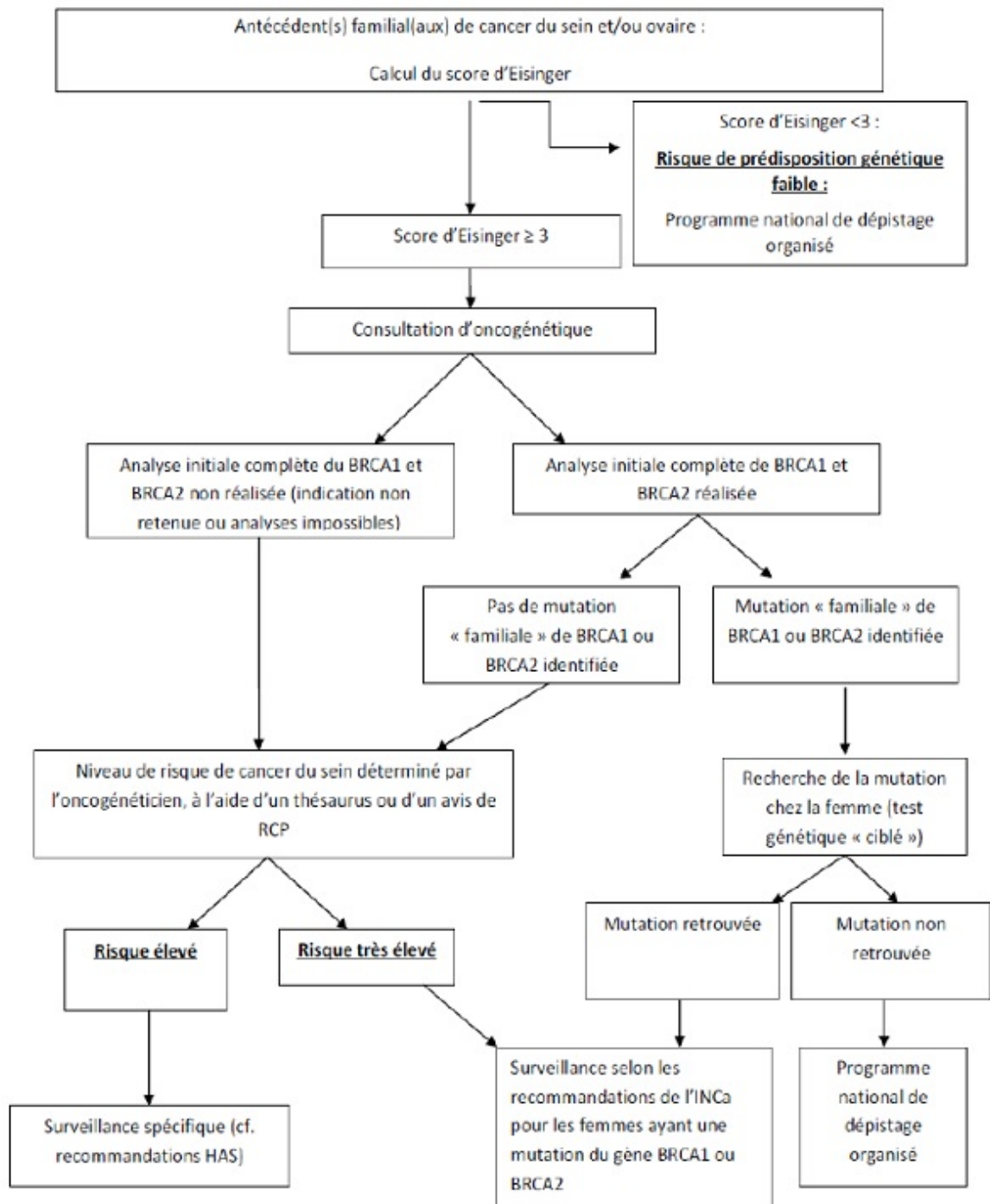
ANNEXES

ANNEXE I : Conduite à tenir selon le score d'Eisinger

ANNEXE II : Questionnaire destiné aux patientes

ANNEXE III : Lettre explicative destinée aux patientes

ANNEXE I : Conduite à tenir selon le score d'Eisinger



ANNEXE II : Questionnaire destiné aux patientes

Questionnaire

1. Votre âge ?

- Moins de 25 ans
- Entre 25 et 30 ans
- Entre 31 et 35 ans
- Entre 36 et 40 ans
- Plus de 40 ans

2. Votre profession ?

- Etudiant
- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Sans profession

3. Combien avez-vous eu de grossesses suivies ?

--

4. Combien d'enfants avez-vous ?

--

5. Quel type d'allaitement avez-vous choisi pour cet enfant ?

- Allaitement maternel (sein)
- Allaitement artificiel (biberon)

6. **Si vous avez d'autres enfants, avez-vous déjà allaité vos enfants précédents ?**

- Oui
- Non

7. Quelle est la fréquence de votre suivi gynécologique en dehors de cette grossesse ?

- Plus d'une fois par an
- Une fois par an
- Moins d'une fois par an
- Consultation en cas de problème
- Pas de suivi gynécologique

8. Par quel professionnel votre suivi gynécologique est-il effectué en dehors de cette grossesse ?

- Gynécologue-obstétricien
 - Sage-femme
 - Médecin généraliste
 - Autre, Précisez :
 - Pas de suivi gynécologique (**dans ce cas allez à la question n°11 et suivantes**)
9. Lors des consultations gynécologiques un examen de vos seins a-t-il déjà été réalisé?
- Oui, plus d'une fois par an
 - Oui, une fois par an
 - Oui, moins d'une fois par an
 - Oui, en cas de problème signalé
 - Non
10. L'autopalpation des seins vous a-t-elle été expliquée lors du suivi gynécologique en dehors de cette grossesse ?
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas
11. Pratiquez-vous l'autopalpation des seins en dehors de cette grossesse ?
- Oui
 - Non
12. Par quel professionnel de santé cette grossesse a-t-elle été suivie (une consultation au premier trimestre, puis une par mois) ?
- Gynécologue-obstétricien
 - Sage-femme
 - Médecin généraliste
 - Autre, Précisez :
 - Pas de suivi durant cette grossesse
13. Avez-vous eu un examen des seins lors d'une consultation de votre suivi de grossesse ?
- Oui, à la première consultation du suivi de grossesse (premier trimestre)
 - Oui, lors d'une consultation suivante (deuxième ou troisième trimestres)
 - Non, à aucune des consultations
 - Je ne sais pas
 - Je n'ai pas eu de suivi de grossesse
14. Avez-vous déjà reçu des informations sur le dépistage du cancer du sein ?
- Oui (**dans ce cas allez à la question n°15 et suivantes**)
 - Non (**dans ce cas passez à la question n°16 et suivantes**)
15. Si oui à la question n°14, par quels moyens avez-vous eu des informations sur le dépistage du cancer du sein ? (plusieurs réponses possibles)

- Par un professionnel de santé lors du suivi gynécologique
- Par un professionnel de santé lors du suivi de grossesse
- Par les médias (radio, télévision, internet...)
- Par les campagnes de sensibilisation (octobre rose...)
- Par l'entourage (famille, amis, collègues)
- Autre, Précisez :

16. Le cancer du sein :

- Est le cancer féminin le plus fréquent..... Oui Non Ne sais pas
- Peut survenir à tout âge..... Oui Non Ne sais pas
- Le risque de cancer du sein augmente avec l'âge..... Oui Non Ne sais pas
- Peut être diagnostiqué avant même l'apparition de symptômes... Oui Non Ne sais pas
- Peut être soigné..... Oui Non Ne sais pas

17. Par quel(s) moyen(s) peut-être dépisté un cancer du sein ?

- Donnez une (des) proposition(s) :
- Ne sais pas

18. A quelle fréquence est-il recommandé de faire pratiquer un examen des seins par un professionnel ?

- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Sur signes d'appel
- Je ne sais pas

19. A partir de quel âge se fait le dépistage organisé du cancer du sein en France ?

- Avant 40 ans
- 40 ans
- 50 ans
- 60 ans
- Après 60 ans
- Je ne sais pas

20. Les signes suivants au niveau des seins vous amèneraient-ils à consulter ?

- Aspect de peau d'orange..... Oui Non Ne sais pas
- Rétraction de la peau ou du mamelon..... Oui Non Ne sais pas
- Inflammation..... Oui Non Ne sais pas
- Ecoulement au niveau du mamelon..... Oui Non Ne sais pas
- Eczéma..... Oui Non Ne sais pas
- Masse..... Oui Non Ne sais pas
- Masse au niveau des aisselles..... Oui Non Ne sais pas

21. Une anomalie dépistée au niveau d'un sein est-elle toujours cancéreuse ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

22. Sur une échelle de 0 à 4, comment estimez-vous avoir été sensibilisée au dépistage du cancer du sein **grâce au suivi de cette grossesse** ? (entourez le chiffre correspondant)

0 = pas d'information reçue, pas d'examen des seins réalisé lors de cette grossesse

1 = pas d'information reçue, examen des seins réalisé lors de cette grossesse

2 = quelques informations reçues, pas d'examen des seins réalisé lors de cette grossesse

3 = quelques informations reçues, examen des seins réalisé lors de cette grossesse

4 = beaucoup d'informations reçues, examen des seins réalisé lors de cette grossesse

0 - 1 - 2 - 3 - 4

23. Envisagez-vous de commencer ou de poursuivre un suivi gynécologique régulier après votre grossesse ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

24. Avez-vous des antécédents de cancer du sein dans votre famille ?

Oui, **Précisez chez qui et environ à quel âge ?**

.....

- Non
- Ne sais pas

25. Avez-vous un antécédent personnel de cancer du sein, d'hyperplasie atypique, ou d'irradiation thoracique médicale à haute dose ?

- Oui
- Non

26. Avez-vous une mutation du gène BRCA1 ou BRCA2 identifiée ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Merci de votre participation

ANNEXE III : Lettre explicative destinée aux patientes

Bonjour,

Etudiante sage-femme actuellement en dernière année à l'école de sages-femmes de l'Université de Picardie Jules Verne à Amiens, je réalise un mémoire de fin d'études dont le thème est : « Etat des lieux de la prévention du cancer du sein au cours de la grossesse », je vous invite à répondre aux questions ci-dessous.

Ce questionnaire s'adresse à toutes les femmes ayant accouché au CHU d'Amiens à partir de janvier 2016.

Il est strictement anonyme et je vous garantis la confidentialité de vos réponses.

Je vous serais très reconnaissante d'y consacrer de votre temps en répondant de manière spontanée aux différentes questions. Vos réponses en nombre sont précieuses pour la validité de ce projet. **Une fois complété, ou lors de votre sortie, merci de rendre ce questionnaire à une sage-femme du service.**

En vous remerciant par avance pour votre précieuse contribution, je vous prie d'agréer, Madame, mes sincères salutations.

HARMEGNIES Camille

GLOSSAIRE

Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

ATCD : Antécédent

THS : Traitement Hormonal Substitutif de la ménopause

BRCA : Breast Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ECS : Examen Clinique des Seins

HAS : Haute Autorité de Santé

Classification BI-RADS de l'ACR : Breast Imaging Reporting And Data System de l'American College of Radiology

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

SA : Semaine d'Aménorrhée

RESUME ET MOTS-CLES

Résumé :

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, c'est pourquoi la sage-femme se doit de faire un examen clinique mammaire à toutes les patientes lors du suivi gynécologique et lors du suivi de grossesse. Une enquête a été menée auprès de 100 accouchées visant à définir la proportion des examens des seins réalisés lors de la grossesse et décrire leur niveau de connaissances à propos du cancer du sein. Il a été démontré que l'examen des seins ne fait pas parti des gestes systématiques pratiqués pour le professionnel de santé puisque 53% déclarent ne pas en avoir bénéficié. Concernant les connaissances la note moyenne est de 7,5 sur 14 points. La prévention, l'information et le dépistage sont donc à améliorer.

Mots-clés : Cancer du sein – Examen clinique – Grossesse – Dépistage – Connaissances – Informations – Sages-femmes