



HAL
open science

Dépistage du cancer du sein chez la femme de moins de 40 ans : état des lieux au CHRU de Brest du 1er janvier 2011 au 1er janvier 2016

Léa Tréhoret

► To cite this version:

Léa Tréhoret. Dépistage du cancer du sein chez la femme de moins de 40 ans : état des lieux au CHRU de Brest du 1er janvier 2011 au 1er janvier 2016. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01557959

HAL Id: dumas-01557959

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01557959>

Submitted on 6 Jul 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de Médecine et des Sciences de la Santé

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017

Dépistage du cancer du sein chez la femme de moins de 40 ans

Etat des lieux au CHRU de Brest du 1^{er} janvier 2011 au 1^{er} janvier 2016

Présenté et soutenu par : **Léa TREHORET**

Née le 19 Août 1993

Directeur de mémoire : Professeur Philippe MERVIEL, Gynécologue-Obstétricien

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Léa Tréhoret,

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

Sommaire

Sommaire	5
1. Introduction.....	7
2. Recherche.....	9
2.1 Type d'étude	9
2.2 Population d'étude	9
2.3 Méthodologie de la recherche	10
2.4 Exploitation des résultats	11
3. Résultats	12
3.1 Le dépistage	12
3.2 Caractéristiques de la lésion.....	13
3.3 Facteurs de risque.....	16
4. Discussion	20
5. Conclusion	25
6. Références.....	27

1. Introduction

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent en France, avec plus de 48 000 nouveaux cas par an [1]. Il reste la première cause de décès par cancer chez les femmes bien que la mortalité soit en diminution de par les améliorations thérapeutiques et le diagnostic précoce. Près d'une femme sur neuf sera touchée au cours de sa vie [2]. Le taux d'incidence du cancer du sein augmente dès l'âge de 30 ans et ce jusqu'à 70 ans [3], avec 10% de ces cancers survenant chez la femme de moins de 40 ans [4]. Parallèlement à ces données, l'âge moyen de la première grossesse augmente, se situant aux 30 ans de la femme. Ainsi, le nombre de femmes qui auront un cancer avant la fin de leur projet parental augmentera dans les années à venir. On estime que 10 à 15% des femmes en âge de procréer présenteront une grossesse après leur cancer du sein [4], apportant des questions sur la fertilité et la qualité de vie après ce cancer.

En France, le dépistage organisé ne concerne que les femmes de 50 à 74 ans, si elles ne présentent pas de facteur de risque, et consiste en une mammographie tous les deux ans. En plus de cela, un examen clinique des seins est recommandé tous les ans dès l'âge de 25 ans [3]. L'importance de ce dépistage est prouvée par le fait que dépisté à un stade précoce le cancer du sein pourra être guéri dans plus de 90% des cas [5]. En 2004, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation en Santé) a publié un rapport concernant l'opportunité d'étendre le programme de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans. Ce rapport avait conclu que les données scientifiques actuelles ne justifiaient pas un dépistage avant 50 ans. Cependant, de nombreux pays débutent le dépistage dès l'âge de 40 ans (Suède, Islande, Australie) [6].

Chez la femme jeune, le cancer du sein est plus agressif, avec plus d'atteintes ganglionnaires et un risque de récurrence multiplié par deux par rapport aux femmes ménopausées. Le traitement par chimiothérapie est donc fréquent, pouvant réduire la fertilité [7]. La structure de la glande mammaire chez la femme jeune montrant une densité plus importante, le dépistage s'en trouve compliqué, permettant aux tumeurs d'évoluer en silence et entraînant un diagnostic plus tardif [8].

Les quatre principaux facteurs de risque retenus pour le cancer du sein sont : l'âge, un antécédent personnel de cancer du sein, un antécédent familial de cancer du sein et une prédisposition génétique. D'autres facteurs influençant ont été mis en évidence : l'exposition aux hormones, le tabagisme, la consommation d'alcool ou encore le surpoids (impact différent selon l'âge de la patiente) [9]. L'exposition aux hormones sous-entend hyperoestrogénie, liée à une puberté précoce, une ménopause tardive, aux grossesses et à l'âge auquel la première a eu lieu.

L'objectif principal de cette étude va donc être de réaliser un état des lieux du dépistage du cancer du sein chez les femmes en âge de procréer à Brest. Cet état des lieux nous informera sur le parcours de découverte du cancer ainsi que sur les facteurs de risque que présentaient ces patientes. Secondairement, cet état des lieux nous permettra, selon le recul disponible, de relever le devenir de ces patientes.

2. Recherche

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique, basée sur un recueil de données issues des dossiers patients du CHRU Augustin Morvan de Brest.

2.2 Population d'étude

L'étude concerne les femmes ayant développé un cancer du sein avant l'âge de 40 ans, c'est-à-dire un âge strictement inférieur à 40 ans à l'entrée de séjour en secteur hospitalier, et ayant assuré leur suivi au CHRU Morvan (Centre Hospitalier Régional Universitaire Augustin Morvan de Brest). Cette limite d'âge a été choisie selon les critères de la littérature en cancérologie mammaire qui définit, généralement, la femme jeune avant 40 ans [10].

La période d'étude s'étend du 1^{er} janvier 2011 au 1^{er} janvier 2016.

Les dossiers concernant une entrée liée à une rechute d'un cancer du sein diagnostiqué avant le 1^{er} janvier 2011 ont été exclus.

2.3 Méthodologie de la recherche

Les dossiers ont été sélectionnés par le DIM (Département d'Information Médicale) selon les critères suivants :

- Entrée entre le 1^{er} janvier 2011 et le 1^{er} janvier 2016
- Age à l'entrée du séjour strictement inférieur à 40 ans
- Libellé de diagnostic :
 - Tumeur maligne du mamelon et de l'aréole
 - Tumeur maligne de la partie centrale du sein
 - Tumeur maligne du quadrant supéro-interne du sein
 - Tumeur maligne du quadrant infero-interne du sein
 - Tumeur maligne du quadrant supéro-externe du sein
 - Tumeur maligne du quadrant infero-externe du sein
 - Tumeur maligne du prolongement axillaire du sein
 - Tumeur maligne a localisations contiguës du sein
 - Tumeur maligne du sein, sans précision

Dans chaque dossier, nous avons relevé les informations relatives au dépistage :

- Premier professionnel rencontré
- Délai de prise en charge
- Circonstances de découverte
- Taille de la tumeur au dépistage ainsi que sa localisation
- Le grade histopronostique SBR¹
- Les thérapies
- Les marqueurs

¹ La grade histopronostique SBR comprend 3 grades obtenus par addition de trois critères (côtés de 1 à 3) caractérisant les cellules : l'architecture, les atypies cytonucléaires et le nombre de mitoses des cellules.

Les facteurs de risque suivants ont également été relevés :

- L'âge des premières règles
- Le type de contraceptif utilisé
- La gestité et la parité
- L'âge à la première grossesse
- L'allaitement effectif ainsi que sa durée cumulée
- Les antécédents familiaux totaux et au premier degré
- L'indice de masse corporelle (IMC)
- La consommation de tabac

Nous avons également consulté, s'il existait, le dossier obstétrical de ces patientes.

2.4 Exploitation des résultats

Tous nos résultats ont été recueillis dans des tableaux créés sur le tableur Excel. L'analyse des résultats a également été réalisée grâce aux outils de ce logiciel :

- « NB » pour calculer les effectifs
- « MIN » et « MAX » pour obtenir, respectivement, la plus petite et la plus grande valeur parmi une liste
- « MOYENNE »

Un test exact de Fisher a été utilisé (alternative au test de Khi^2 lorsque les échantillons sont petits), avec une significativité lorsque $p < 0.05$ (intervalle de confiance à 95%). Ce test a été réalisé à l'aide du Logiciel R (logiciel de statistiques).

3. Résultats

Suivant notre méthodologie, 83 dossiers patients ont été extraits pour 122 séjours. Quinze dossiers ont, après étude, été exclus : 12 car il s'agissait d'une récurrence d'un cancer du sein dépisté à une date antérieure au 1^{er} janvier 2011, 2 dont le dépistage a été réalisé dans un autre centre que le CHRU Morvan et 1 car la patiente n'avait en réalité pas présenté de cancer. Enfin, 3 dossiers n'ont pu être consultés. Notre population se constituait donc de 65 patientes.

Sur notre série de 65 patientes, la moyenne d'âge était de 36,1 ans (de 24 à 39 ans). La tranche d'âge 35-39 ans étant la plus représentée avec 78,5% des effectifs (n=51).

3.1 Le dépistage

Le premier professionnel rencontré par ces femmes était :

- Le généraliste pour 16 d'entre elles (24,6%),
- Le gynécologue pour 34 (52,3%),
- Pour les 15 patientes restantes (23,1%), il n'a pas été possible de déterminer qui était le premier intervenant.

Le délai entre la découverte d'un signe clinique et le début de la prise en charge était inférieur à 1 semaine pour 13 patientes (20%), inférieur à 1 mois pour 22 (33,8%, dont 2 suivis de grossesse), entre 2 et 6 mois pour 10 cas (15,4%) et dans l'année pour 3 (4,6%, dont 2 dans le cadre d'un suivi régulier pour antécédent familial de cancer du sein). Ce délai n'était pas identifiable pour 17 patientes (26,2%).

Le mode de découverte de la pathologie chez ces femmes était :

- La découverte d'un nodule par autopalpation pour 40 d'entre elles (61,5%),
- Une mastodynie pour 6 cas (9,2%),
- Une modification cutanée pour 3 (4,6%),
- Un écoulement mammaire pour 2 (3,1%),
- Une inflammation pour 1 (1,5%).

Lorsque la patiente ne détectait pas d'anomalie clinique, le mode de découverte se faisait au décours d'une consultation chez un spécialiste : 6 au décours d'une consultation de suivi gynécologique annuel (9,2%), 3 pendant leur suivi de grossesse (4,6%) et 2 lors d'une consultation de suivi pour facteur de risque de développer ledit cancer (3,1%).

La circonstance n'a pu être retrouvée dans le dossier des 2 dernières patientes (3,1%). Ainsi, 80% (n=52) de ces cancers ont été découverts par les patientes elles-mêmes, par des signes cliniques révélateurs.

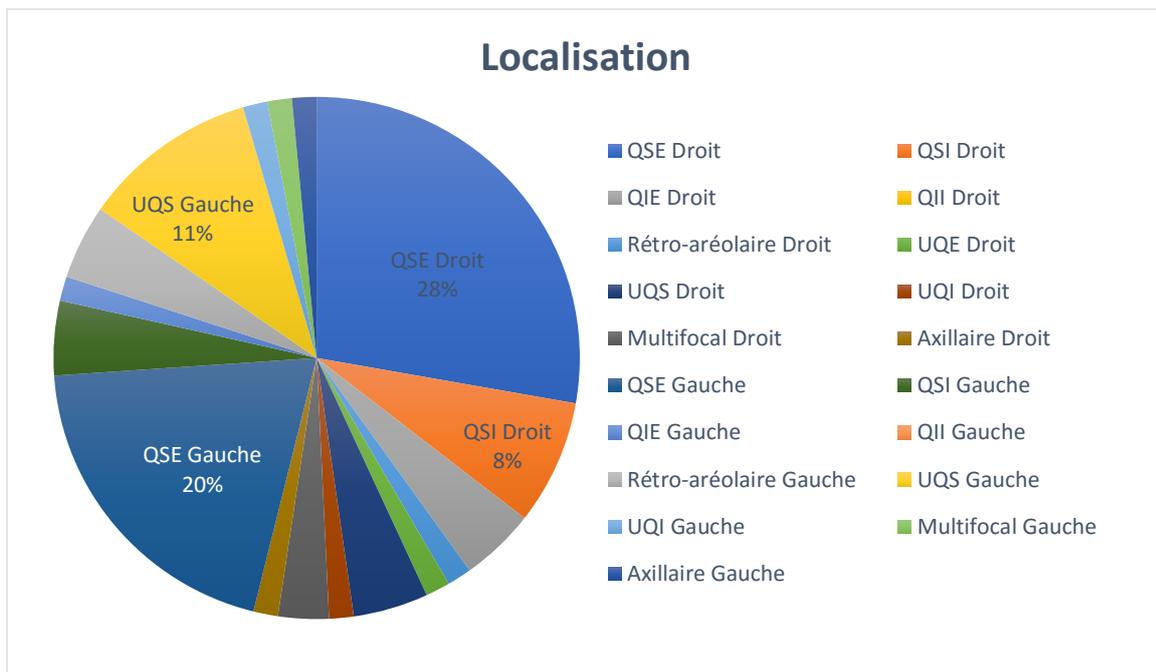
Nous avons étudié les facteurs de risque ainsi que les caractéristiques de la lésion pour notre série complète. Ces mêmes items ont été recherchés dans deux groupes particuliers de patientes : un groupe constitué de patientes ayant présenté des complications (rechute et/ou métastases) (n=14) et un autre composé de patientes dont la découverte du cancer était associée à une grossesse (n=3). Tous les résultats suivants sont exposés dans les [Tableau 1] et [Tableau 2].

3.2 Caractéristiques de la lésion

La taille histologique de la lésion (dans sa plus grande dimension) au dépistage était strictement inférieure à 20 mm dans 28 cas (43,1%), comprise entre 20 et 50 mm dans 27 cas (41,5%) et strictement supérieure à 50 mm pour 10 patientes (15,4%). La taille moyenne au dépistage était de 29,8 mm (de 7 à 120 mm).

A l'étude de la localisation, nous constatons que la lésion se situait sur le sein droit pour 35 patientes (54%) et à gauche pour les 30 autres (46%). La localisation la plus fréquemment retrouvée était le quadrant supéro-externe droit pour 18 patientes (28%), puis le quadrant supéro-externe gauche pour 13 (20%), suivi de l'union des quadrants supérieurs gauches pour 7 patientes (11%). [Figure 1]

Figure 1 – Localisation de la tumeur



L'étude du statut des récepteurs hormonaux nous indique que des récepteurs aux œstrogènes (RE) ont été retrouvés chez 48 patientes (73,8%) et des récepteurs à la progestérone (RP) chez 46 (70,8%). Le gène HER2 a également été recherché, il était absent chez 45 patientes (69,2%). Les patientes triple positives (RE+, RP+, HER2+) étaient au nombre de 13 (20% de la cohorte), tandis que les triple négatives (RE-, RP-, HER2-) étaient 9 (13,8%).

La recherche d'un ganglion axillaire sentinelle s'est révélée positive chez 14 patientes sur 36 testées (soit 38,9% de ces patientes et 21,5% de notre cohorte complète). Un envahissement des ganglions lymphatiques a pu être constaté chez 31 patientes (47,7%).

Le grade SBR (de Scarff, Bloom et Richardson) a été relevé pour toutes les patientes :

- Trois (4,6%) étaient de grade 1 (bien différencié, moins agressif),
- Trente-deux (49,2%) de grade 2 (intermédiaire),
- Vingt-huit (43,1%) de grade 3 (indifférencié et agressif).

Cette donnée n'était pas renseignée pour 2 patientes.

Face à ces données, le traitement mis en place était :

- La chirurgie associée à la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hormonothérapie pour 41 patientes (63,1%),
- La chirurgie suivie d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie pour 17 d'entre elles (26,2%),
- La chirurgie et la chimiothérapie pour 3 patientes (4,6%),
- La chirurgie associée à la radiothérapie pour 4 patientes (6,2%).

La chimiothérapie était le premier traitement employé, avant même la chirurgie pour 18 d'entre elles (27,7%).

La chirurgie consistait en une mastectomie pour 25 patientes (38,5%).

Tableau 1 – Caractéristiques de la lésion

	Série complète (n=65)	Patientes ayant présenté des complications (n=14)	Cancer associé à une grossesse (n=3)
Taille histologique de la lésion			
≤ 20 mm	28 (43.1%)	1 (7.1%)	
20 < n ≤ 50 mm	27 (41.5%)	7 (50%)	1 (33.3%)
> 50 mm	10 (15.4%)	6 (42.9%)	2 (66.7%)
Etude des marqueurs			
Récepteurs aux œstrogènes (RE)			
RE +	48 (73.8%)	9 (64.3%)	2 (66.7%)
RE -	17 (26.2%)	5 (7.7%)	1 (33.3%)
Récepteurs à la progestérone (RP)			
RP +	46 (70.8%)	9 (64.3%)	2 (66.7%)
RP -	19 (29.2%)	5 (7.7%)	1 (33.3%)
Statut HER2			
HER2 +	19 (29.2%)	5 (7.7%)	
HER2 -	45 (69.2%)	9 (64.3%)	3 (100%)
NR	1 (1.5%)		
Triple positifs	13 (20%)	2 (14.3%)	
Triples négatifs	9 (13.8%)	2 (14.3%)	1 (33.3%)

3.3 Facteurs de risque

L'analyse des facteurs de risque révèle que l'âge moyen des premières menstruations était de 12,5 ans (de 11 à 16 ans). La contraception oestro-progestative était la plus employée : 18 patientes (27,7%), contre 34 patientes (52,3%) tous autres moyens confondus. La parité moyenne était de 1,7 enfants par femme (de 0 à 4). L'âge moyen lors de la première grossesse menée à terme était de 27,1 ans (19 à 36 ans). Vingt-huit patientes (43,1%) avaient allaité leurs enfants, avec une durée cumulée supérieure à 6 mois pour 9 d'entre elles (soit 32,1% de celles pour qui l'information a été retrouvée).

Pour ce qui est des antécédents familiaux, 29 femmes (44,6%) avaient dans leur famille, tous degrés confondus, au moins un antécédent de cancer hormono-dépendant. Pour 12 d'entre elles (18,5%), cet antécédent se situait chez un apparenté au premier degré. Le gène BRCA² avait été retrouvé chez 5 patientes : 2 patientes pour BRCA 1 (3,1%) et 3 patientes pour BRCA 2 (4,6%).

Plus de la moitié des patientes (36 soit 55,4%) avaient un IMC inférieur à 25 (normal). Le surpoids (IMC compris entre 25 et 30) concernait 16 patientes soit 24,6% de notre population. Six patientes (9,2%) étaient obèses (IMC supérieur à 30). La consommation de tabac était contemporaine au diagnostic pour 21 femmes (32,3%) et 6 patientes (9,2%) étaient d'anciennes fumeuses.

² Le gène BRCA (pour Breast Cancer), appartient à la classe des gènes suppresseurs de tumeur, maintenant l'intégrité génomique afin de prévenir la multiplication incontrôlée des cellules mammaires. La variation de ce gène entraîne des dysfonctionnements.

Tableau 2 – Etude des facteurs de risque

Facteurs		Série complète (n=65)	Patientes ayant présenté des complications (n=14)	Cancer associé à une grossesse (n=3)
Age				
	20-24 ans	2 (3.1%)	1 (7.1%)	
	25-29 ans			
	30-34 ans	12 (18.5%)	1 (7.1%)	1 (33.3%)
	35-39 ans	51 (78.5%)	12 (85.7%)	2 (66.7%)
Facteurs hormonaux				
Age des premières règles (ans)				
	Age moyen	12.5	12.6	13.7
	Etendue	11-16	11-16	12-16
	NR (n)	30 (46.2%)	9 (64.3%)	
Contraception				
	Oestro-progestative	18 (27.7%)	6 (42.9%)	3 (100%)
	Autre	34 (52.3%)	5 (35.7%)	
	NR	13 (20%)	3 (21.4%)	
Age à la première grossesse à terme (ans)				
	Age moyen	27.1	28.5	27
	Etendue	19-36	23-36	23-30
Gestité				
	Moyenne	2.2	2.2	2.7
	Etendue	0-8	0-4	2-4
Parité				
	Moyenne	1.7	1.7	1.7
	Etendue	0-4	0-4	1-4
Allaitement				
	Effectif	28 (43.1%)	4 (28.6%)	1 (33.3%)
Durée cumulée	< 3 mois	4 (14.3%)		
	3 ≤ mois < 6	3 (10.7%)		
	≥ 6 mois	9 (32.1%)	3 (75%)	1 (100%)
Antécédents familiaux				
Antécédents totaux		29 (44.6%)	5 (35.7%)	1 (33.3%)
Antécédents au 1 ^{er} degré		12 (18.5%)	1 (7.1%)	1 (33.3%)
Statut BRCA				
	BRCA 1	2 (3.1%)	1 (7.1%)	
	BRCA 2	3 (4.6%)		
Facteurs liés au mode de vie				
IMC				
	< 25	36 (55.4%)	6 (42.9%)	2 (66.7%)
	25 ≤ IMC < 30	16 (24.6%)	6 (42.9%)	1 (33.3%)
	≥ 30	6 (9.2%)	1 (7.1%)	
	NR	7 (10.8%)	1 (7.1%)	
Consommation de tabac				
	Antérieure	6 (9.2%)		1 (33.3%)
	Actuelle	21 (32.3%)	5 (35.7%)	1 (33.3%)

Le groupe de femmes ayant présenté des complications comprenait 14 patientes (21,5% de notre population totale), dont 12 (85,7%) de la tranche d'âge 35-39 ans. Cinq patientes sont décédées depuis la pose du diagnostic.

L'analyse des différents items montre des résultats comparables à ceux de la série globale. La prise de contraceptif oestro-progestatif y est plus importante bien que non significative ($p=0.33$) : 42,9% soit 6 patientes. On note également un âge à la première grossesse plus élevé, avec une moyenne à 28,5 ans. La taille histologique de la lésion au moment du diagnostic était significativement plus importante ($p=0.03$) dans ce groupe, avec 6 patientes (42,9%) pour qui elle était supérieure à 50mm.

Les patientes dont le cancer était associé à une grossesse étaient au nombre de 3 (4,6% de l'effectif total). Pour ces trois patientes, la découverte de la lésion se situait au 6^e mois de grossesse. Dans les 3 cas, l'accouchement était programmé à 37SA, afin d'assurer la bonne programmation des cures de chimiothérapies ainsi que de la suite du traitement. Les trois enfants ainsi nés étaient en parfaite santé.

L'étude des facteurs de risque de ces trois patientes en comparaison avec notre population totale révèle que l'âge moyen des premières menstruations était de 13,7 ans. La contraception par oestroprogestatifs était de 100%. La taille de la lésion lors de sa découverte n'était significativement plus importante ($p=0.07$), bien qu'étant supérieure à 50mm pour deux patientes (66,7%).

Enfin, il s'est avéré qu'aucune patiente de notre population n'a débutée de grossesse dans la période suivant la découverte du cancer. Une préservation de la fertilité avait pu être mise en place pour 13 d'entre elles (20% de la population). Pour 4 patientes (6,2%) une annexectomie avait dû être pratiquée, dont 2 présentant un statut BRCA2 positif.

4. Discussion

Le cancer du sein, comme nous l'avons introduit, est un cancer multifactoriel et donc complexe. Nous savons qu'il est fréquent chez la femme de plus de 50 ans mais, la femme jeune n'est pas épargnée : 10% des cancers du sein surviendront chez la femme de moins de 40 ans [2]. Sur les 65 patientes de notre étude, 14 (21,5%) étaient âgées de moins de 35 ans au moment du diagnostic.

Le dépistage consiste donc pour les femmes ayant entre 25 et 50 ans en une palpation mammaire annuelle. Ces modalités de dépistages peuvent être adaptées à la patiente suivant son niveau de risque, évalué par le professionnel de santé ayant connaissance des antécédents et facteurs de risque de celle-ci.

Le cancer du sein étant un cancer hormono-dépendant, l'exposition aux œstrogènes est l'un des facteurs de risque les plus connus :

- L'âge moyen des premières règles est de 12,5 ans dans notre population, pour un risque augmenté de cancer du sein lorsqu'elles surviennent avant 12 ans [11].
- L'âge moyen lors de la première grossesse menée à terme est de 27,1 ans, contre 28,1 pour la population française [12]. Le risque augmentant avec l'avancée de l'âge auquel la femme donne naissance à son premier enfant : réduction du risque de 2/3 pour une première naissance avant 18 ans par rapport à l'âge de 35 ans [13].
- Le nombre d'enfants par femme en France, est de 2,1 contre 1,7 dans notre cohorte [12]. Une plus grande parité étant associée à une réduction du risque de cancer du sein : le risque de développer la maladie pour les femmes ayant eu 5 enfants ou plus est estimé entre 40 et 60% du risque des nullipares [13]. A noter, qu'une augmentation transitoire du risque est observée dans les 5 années suivant la grossesse [11].

- La prise de contraception oestro-progestative augmente de façon minime le risque de cancer du sein après une utilisation prolongée. La durée d'utilisation du contraceptif n'était pas spécifiée dans les dossiers consultés.
- L'allaitement que nous avons également étudié, n'est pas un facteur de risque, mais peut être protecteur si prolongé au-delà de 12 mois [11]. 43,1% des femmes de notre populations avaient allaité, pour 66% d'allaitement à la naissance au national [13]. La durée d'allaitement a également été recherchée [Tableau 2] mais non interprétable car renseignée dans trop peu de dossiers.

Nous savons que le risque de présenter un cancer du sein est multiplié par 2 lorsqu'il existe un antécédent familial au premier degré [9]. Dans notre série, il en a été retrouvé chez moins de 20%. Dans le cas d'une mutation BRCA, ce risque est augmenté de 80% [14].

Les facteurs liés au mode de vie interviennent également dans le risque de développer un cancer du sein. Nos patientes ne se distinguaient pas par leur IMC. Il est cependant à noter que l'obésité a un effet protecteur chez la femme jeune, à mettre en balance avec le fait que les lésions de petite taille sont plus facilement détectées chez la femme mince [15].

Après lecture de nos résultats, nous constatons qu'aucun facteur de risque n'est significatif. Cette observation rejoint celle réalisée par Merviel P., et al : après avoir réparti les patientes incluses en deux groupes, l'un à fort risque, l'autre à faible risque, les proportions dans chacun des groupes étaient comparables, relativisant les rôles des différents facteurs prédisposants [11].

En ce qui concerne notre population, le seul moyen de dépistage est donc, en dehors de l'apparition de signes cliniques détectés par la patiente elle-même, la palpation des seins. Or, la palpation mammaire doit être un examen suivant une méthodologie rigoureuse et mainte fois répété par le professionnel afin d'être indicatif. Cet examen retrouvera des adénopathies chez 30% des patientes « normales » [16]. Le risque est donc que la possibilité

d'un cancer ne soit pas évoquée de par sa rareté et comparativement à la fréquence des pathologies bénignes du sein chez la femme jeune (douleurs liées à l'imprégnation hormonale, adénofibromes, kystes ...).

Les résultats de notre étude montrent cependant que l'examen clinique ne sera utilisé par le professionnel de santé que pour confirmer une manifestation clinique déjà observée par la patiente : 80% (n=52) d'entre-elles avaient constaté une anomalie. Tendance retrouvée dans l'étude de Bakkali et al., où dans 90% des cas le signe révélateur était un nodule mammaire [17].

Notre étude a montré que le gynécologue reste encore en majorité le premier professionnel de santé que rencontrent ces femmes. Le médecin généraliste est le second acteur privilégié. Aucune consultation par une sage-femme n'a été mentionnée dans aucun dossier. Cependant, depuis la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) du 21 Juillet 2009, les sages-femmes sont habilitées à assurer des consultations en matière de gynécologie préventive (selon les recommandations de l'HAS, afin d'orienter en consultation d'oncogénétique lorsque cela s'avère nécessaire). Savoir dépister ce cancer, et surtout savoir y penser, est une nécessité.

La seconde difficulté apparaît au moment de réaliser le diagnostic : des examens complémentaires doivent être réalisés. La mammographie, qui est utilisée dans le dépistage organisé, se révèle moins sensible chez la femme jeune. Cette perte de sensibilité est due à la densité plus importante des seins, pouvant gêner l'individualisation de la lésion. Cependant, deux études s'attachant au diagnostic du cancer du sein chez la femme de 40 ans montrent qu'une anomalie était retrouvée à la mammographie dans 86 et 72% des cas après dépistage clinique [18]. L'association à l'échographie est courante chez les patientes de moins de 40 ans, sa sensibilité serait plus importante que celle de la mammographie dans cette population, pour une spécificité égale [19].

Le cancer du sein chez la femme jeune est un cancer plus agressif, évoluant plus rapidement et étant de moins bon pronostic que chez la femme de plus de 50 ans. Cela se confirme au travers de notre étude. En effet, nous constatons que nos patientes ont consulté rapidement : délai inférieur à 1 mois pour 35 patientes (53,8%). Malgré cela, la taille de la lésion au dépistage était supérieure à 20mm pour 37 patientes (56,9%). Une telle dimension est rarement retrouvée chez les patientes bénéficiant de mammographies : le but du dépistage organisé étant de détecter des cancers de petite taille, inférieurs à 10mm [20].

De plus, une grande majorité de nos patientes présentait un cancer classé grade 3 sur l'échelle de Scarff, Bloom et Richardson (28, soit 43,1%). Cela signifie que les cellules retrouvées au niveau de la lésion ont perdu toutes leurs caractéristiques originelles, signant une évolution rapide du cancer. Cette donnée tranche avec le fait que chez plus de 70% de nos patientes (73,8% RE+, 70,8% RP+) des récepteurs hormonaux étaient présents. En effet, les récepteurs hormonaux ne sont normalement plus retrouvés dans les lésions de grade 3, de par la rapidité de prolifération, entraînant la perte des caractéristiques propres aux cellules mammaires. Colleoni et al., ont retrouvé dans un groupe de femmes de moins de 35 ans 61,9% de cancers de grade 3 dont 38,8% RE- et 49,1% RP-. Par opposition, chez les femmes plus âgées ont été retrouvés 37,4% de grade 3, dont 21,6% RE- et 35,3% RP- [21]. Dans notre série, les tumeurs ont, malgré leur développement rapide, gardé leurs récepteurs aux hormones, permettant la mise en place d'une hormonothérapie, en complément des autres traitements.

Bien que nous ne bénéficions que de peu de recul sur les cas observés (5 ans maximum, pour les patientes dépistées en janvier 2011), un nombre important de prolifération métastatique post-traitement est observé : 13 patientes, soit 20%. Une patiente a également présenté une rechute concernant le sein controlatéral. Rechute et envahissement métastatique constituent des récurrences du cancer traité. Nous savons que le cancer du sein de la femme de moins de 40 ans est à risque de récurrence plus élevé, sans que les facteurs d'agressivité connus chez celles-ci ne suffisent à l'expliquer.

Ce manque de recul ne nous a pas permis de connaître l'aboutissement des projets de parentalité initiés par la préservation de fertilité pré-thérapeutique. De la même façon aucune grossesse n'a été initiée de façon naturelle. On estime cependant que 70% des patientes de moins de 45 ans traitées pour cancer du sein souhaiteraient un enfant après la prise en charge thérapeutique [22].

5. Conclusion

La femme jeune est donc susceptible de présenter un cancer du sein. Cancer dont l'âge est le facteur de risque le plus important : chez la femme jeune l'évolution en est très rapide. C'est un cancer agressif, qui par ses caractéristiques présente un risque plus important de complications.

A l'issue de cet état des lieux, nous avons pu constater que ces femmes ne répondaient pas particulièrement aux facteurs de risque que nous connaissons. Il est donc du rôle de la sage-femme, et des autres professionnels de santé rencontrés par ces patientes, de savoir dépister cette maladie. En effet, en plus de réaliser des consultations de suivi gynécologique et de prévention, la sage-femme risque d'être de plus en plus confrontée à cette situation. L'âge de la première grossesse augmente, décalant parallèlement l'âge de conception d'un nouvel enfant. Les grossesses après 35 ans ne sont pas rares, or c'est la tranche d'âge à partir de laquelle l'incidence du cancer du sein augmente significativement. La formation à la palpation mammaire est nécessaire à sa bonne réalisation et informativité.

Proposer une consultation annuelle à ses patientes et instaurer une relation de confiance avec celles-ci est à la base d'un dépistage efficace et, plus généralement, d'un suivi gynécologique de qualité.

Il faut également évoquer le fait que la conception d'un enfant après un cancer, quel qu'il soit, est une question qui concernera de plus en plus de couples. En effet, comme nous l'avons souligné, l'âge de la première grossesse ne cesse de reculer, tandis que des progrès s'opèrent en thérapeutique. L'assistance médicale à la procréation peut apporter l'aide souhaitée à ses couples et, en tant que professionnels de santé acteurs de périnatalité nous

devrons être capables de répondre aux interrogations de ces couples et rester vigilants quant au risque de récurrence.

6. Références

[1] Cancers en Bretagne : des évolutions encourageantes, des efforts à maintenir. Novembre 2015 [Internet]. <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Cancers-en-Bretagne-des-evol.186579.0.html>. Consulté le 13 avril 2016.

[2] La ligue contre le cancer [Internet]. <https://www.ligue-cancer.net/localisation/sein?gclid=Cj0KEQjwte27BRCM6vjIidHvnKQBEiQAC4MzrW5cGDIYwVjIAyv38VqrdV7Wf21VfMFM5m81u0n5eMaAq0W8P8HAQ>. Consulté le 05 juillet 2016.

[3] Les données - Institut National Du cancer. Novembre 2015 [Internet]. <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-thematiques/21-epidemiologie.html>. Consulté le 13 avril 2016.

[4] Abel-Decollogne F, Lesur A, Mallol N, Munoz M. Grossesse après cancer du sein : 26^e journées de la SFSPM. Nancy, Novembre 2004, p411-423.

[5] Haute Autorité de Santé - Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? - questions / réponses. Mis à jour le 19 Mai 2014 [Internet]. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741602/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque-questions-/-reponses. Consulté le 13 avril 2016.

[6] HAS – Haute Autorité de Santé. Opportunité d'étendre le programme national de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans. Mars 2004 [Internet]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Cancer_sein_prog_depistage_rap.pdf. Consulté le 28 juin 2016.

[7] Goetz O. Allaitement après cancer du sein. Mémoire de Sage-Femme. Université de Strasbourg, Strasbourg ; 2013, 89p.

[8] Le cancer du sein des jeunes femmes [Internet]. <http://www.cancersdusein.curie.fr/fr/book/export/html/282>. Consulté le 01 octobre 2016.

- [9] Institut national du cancer [Internet]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>. Consulté le 05 juillet 2016.
- [10] Namer M. Cancer du sein : Compte rendu du cours supérieur francophone de cancérologie Saint-Paul-de-Vence, 18-20 janvier 2001. Paris : Springer-Verlag France ; 2001, 361p.
- [11] Merviel P. and Col. Existe-t-il encore des facteurs de risque de survenue d'un cancer du sein ? Gynécol. obstét. fertil. 2011 Sep ; 39(9):486-90.
- [12] INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [Internet] <https://www.insee.fr/fr/statistiques>. Consulté le 08 février 2017.
- [13] MacMahon B, Cole P, Lin TM, Lowe CR, Mirra AP, Ravnihar B, et al. Age at first birth and breast cancer risk. Bull. World Health Organ. 1970;43(2):209-21.
- [14] DREES : Direction de la Recherche, de l'Etude, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats : deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance [En ligne] <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf>. Consulté le 09 février 2017.
- [15] Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Familial breast cancer : collaborative reanalysis of data from 52 epidemiological studies of 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. Lancet 2001; 358 :1389-99.
- [16] Peacock SL, White E, Daling JR, Voigt LF, Malone KE. Relation between Obesity and Breast Cancer in Young Women. Am J Epidemiol. 1999; 149 :339-46.
- [17] Mathelin C, Gairard B, Renaud R, Brettes JP. Examen clinique des seins : sein normal, lésions bénignes et frontières. EMC Gynécologie, 1997; 810.
- [18] Bakkali H, Marchal C, Lesur-Schwander A, Verhaeghe JL. Le cancer du sein chez la femme de 30 ans et moins. Cancer/Radiothér. 7. 2003; 153-159.
- [19] Chopier C, Taourel P, Thomassin-Naggara I. Particularités de l'imagerie des cancers du sein chez les femmes jeunes et mutées. Imag. femme, 2013; 23 : 76-86.
- [20] Houssami N, Irwig L, Simpson JM, McKessar M, Blome S, Noakes J. Sydney breast imaging accuracy study : comparative sensitivity and specificity of mammography and sonography in young women with symptoms. Am. J. Roentgenol. 2003; 180-4.

- [21] Houdebine S, Doutriaux I, Geffroy D, Labbe C, Nenciu D, Meingan P, Ricaud M. Dépistage du cancer du sein. Méd. Nucl. 2014; 38 : 283-292.
- [22] Colleoni M, Rotmenz N, Robertson C, Orlando L, Viale G, Renne G, et al. Very young women (<35 years) with operable breast cancer : features of disease at presentation. Ann Oncol 2002 ; 13 :273-9.
- [23] Margulies AL, Selleret L, Zilberman S, Nagarra IT, Chopier J, Gligorov J, et al. Grossesse après cancer : pour qui et quand ? Bull. Cancer. Mai 2015; 102(5):463-9.

RESUME

Objectif : Réaliser un état des lieux du dépistage du cancer du sein chez les femmes de moins de 40 ans à Brest, informant sur : le parcours de découverte, les facteurs de risque et le devenir de ces patientes.

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude rétrospective monocentrique, s'étendant du 1^{er} janvier 2011 au 1^{er} janvier 2016, au CHRU Augustin Morvan de Brest. Les caractéristiques du dépistage et de la lésion ont été colligées ainsi que les facteurs de risque pour notre cohorte complète (n=65). Ces mêmes items ont été réétudiés dans un groupe constitué de patientes ayant présenté des complications (n=14) ainsi que dans un groupe composé de femmes dont la découverte du cancer était associée à une grossesse (n=3).

Résultats : Il a été mis en évidence que le cancer du sein chez la femme jeune est agressif et d'évolutivité rapide : prise en charge rapide et inférieure à 1 mois pour plus de 50% des patientes, grande taille de la lésion (supérieure à 20mm pour plus de 50% des patientes), grade SBR3 fréquemment retrouvé (43,1%), récidives. Les patientes ne répondent pas spécifiquement aux facteurs de risque connus, que ce soit sur la série complète ou dans les sous-groupes.

Conclusion : Il faut savoir penser à cette pathologie chez la femme jeune et se former à son dépistage.

Mots clés : cancer du sein, femme jeune, dépistage, facteurs de risque

Titre : Dépistage du cancer du sein chez la femme de moins de 40 ans : état des lieux au CHRU de Brest du 1^{er} janvier 2011 au 1^{er} janvier 2016

Auteur : Léa Tréhoret

Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Brest, 2017.