

# Le cancer du sein : que faire après le traitement?

La rubrique *Les soins au féminin* est coordonnée par le Dr Pierre Fugère, professeur titulaire, Université de Montréal, et obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc, Montréal.

Jean Dufresne, MD

## Le cas de Louise

Louise, âgée de 47 ans, a subi récemment une mastectomie partielle pour un cancer du sein. Il s'agissait d'un adénocarcinome canalaire infiltrant de 1,5 cm de grade 3. Les récepteurs hormonaux étaient positifs et il n'y avait pas de métastase ganglionnaire à l'aisselle.

Outre son opération chirurgicale, la patiente a reçu quatre cycles de chimiothérapie de type adriamycine et cyclophosphamide suivis d'une radiothérapie locale. Elle prend également du tamoxifène pour une durée de cinq ans.

Louise vient de déménager dans votre région et vous demande de la suivre. Très inquiète, elle aimerait savoir quels tests vous prévoyez pour déceler une potentielle récurrence le plus rapidement possible.

**Comment planifierez-vous le suivi de Louise?**

## Quel est le suivi après le traitement adjuvant?

La majorité des rechutes surviennent entre deux et cinq ans après le traitement initial, bien que les risques persistent jusqu'à dix ans.<sup>1</sup> Malgré l'amélioration des traitements survenue ces dernières années, le cancer du sein métastatique reste toujours en 2003 une maladie incurable. Par

conséquent, le suivi s'est beaucoup simplifié. Les directives de la Société américaine de l'oncologie clinique suggèrent une visite médicale à tous les trois à six mois, durant trois ans.<sup>2</sup> Par la suite, les évaluations auront lieu aux six mois durant deux autres années, puis le suivi sera annuel.<sup>2</sup> Aucun test de laboratoire ou de radiologie n'est recommandé, à l'exception d'une mammographie à tous les ans.<sup>1</sup>

Lors de la visite médicale, quelques symptômes généraux sont à surveiller. Tout d'abord, de nombreuses femmes se plaignent de fatigue à la suite de la chimiothérapie et de la radiothérapie. Même si, en général, les traitements sont effectivement responsables de cette condition, quelques autres diagnostics sont à considérer. Par exemple, une anémie secondaire aux traitements ou à des ménorragies postchimiothérapie devrait être éliminée. L'hypothyroïdie ou une dépression peuvent aussi causer de la fatigue résiduelle. Les patientes devraient être aptes au travail environ trois à quatre mois après la fin de la thérapie; dans le cas contraire, une autre cause serait à explorer.

Les conséquences tardives de la thérapie sont à évaluer. Ainsi, de nombreuses femmes subissent une ménopause précoce avec les effets indésirables associés. Également, de plus en plus de

protocoles de chimiothérapie utilisent des doses accrues d'anthracyclines qui sont susceptibles de causer une insuffisance cardiaque dans le futur.

Le tableau 1 résume les éléments à rechercher dans les antécédents et à l'examen physique afin de déceler, par organe cible, une rechute.<sup>1</sup> Quelques pièges sont à éviter afin de ne pas faire d'investigation inutile et ainsi causer de l'anxiété à la patiente. Tout d'abord, il faut distinguer les céphalées chroniques d'une métastase cérébrale. En général, les métastases se caractérisent par des céphalées *de novo* ou présentant une intensité ou une fréquence différentes des maux de tête habituels de la patiente. De même, la plupart des malaises musculo-squelettiques quotidiens sont bénins, surtout s'ils sont migratoires, intermittents et n'impliquent pas constamment le même site anatomique.

En cas de doute, des examens (radiographies, médecine nucléaire) pourront être prescrits. Autrement, la mammographie annuelle est le seul examen nécessaire. Les marqueurs tumoraux sanguins tel que l'antigène carbohydraté (CA) 15-3 ne sont d'aucune utilité lors du le suivi.<sup>3</sup> Dans de nombreux cas, le marqueur des patientes demeure tout à fait normal, malgré une rechute. Inversement, des femmes obtiennent un résultat de test anormal sans aucune preuve de maladie active.



Le **Dr Dufresne** est professeur agrégé, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke et hématologue-oncologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

## Quel est le suivi de la maladie métastatique?

Il est important de surveiller les particularités selon le site des métastases.

### Les métastases osseuses

Une augmentation de la douleur peut être le reflet d'une mauvaise maîtrise de la maladie. De même, une douleur importante à un site précis doit faire penser à une fracture ou à un risque de fracture. Il faut également se méfier des douleurs dorsales graves, surtout si elles s'accompagnent de symptômes neurologiques, car elles peuvent indiquer une compression de la moelle épinière. Finalement, les métastases osseuses se compliquent à l'occasion d'hypercalcémie de sorte que l'interrogation doit rechercher les indices suggérant cette complication (nausées, polyurie, polydipsie, constipation, etc.).

### Les métastases hépatiques

Les signes et symptômes d'une détérioration de la fonction hépatique sont l'atteinte de l'état général, les nausées, l'ictère, l'apparition d'une ascite et les saignements dans le cas d'une dysfonction grave. Le foie est un organe jouissant d'une grande réserve métabolique de sorte que la maladie doit être très avancée avant d'entraîner une insuffisance hépatique. Toutefois, il faut retenir que, en bout de course, la détérioration peut être très rapide.

### Les métastases pulmonaires

Les principales complications pulmonaires du cancer sont l'atteinte parenchymateuse, l'épanchement pleural et la lymphangite carcinomateuse. La toux et la dyspnée progressive sont les plaintes les plus fréquentes.

## Et les tests de laboratoire?

La formule sanguine complète met fréquemment en évidence une anémie de type inflammatoire. Une bicytopenie ou une pancytopenie orientent vers une infiltration maligne de la moelle osseuse. L'atteinte osseuse peut être suivie par le taux de la phosphatase alcaline et la calcémie. Une infiltration hépatique significative s'accompagne d'une élévation de la phosphatase alcaline, de la gamma-glutamyl-transpeptidase et des transaminases. Finalement, une décroissance du marqueur CA 15-3 indique en général une réponse favorable à la thérapie.

L'imagerie usuelle comprend la radiographie pulmonaire, l'échographie de l'abdomen, les tomodensitométries, la scintigraphie osseuse ainsi que la tomodensitométrie par positrons, si disponible. Ces examens se font aux trois à quatre mois environ. Il

Tableau 1

### Les signes et les symptômes selon les sites de rechute

1. **Atteinte de l'état général** : asthénie, anorexie, perte de poids
2. **Atteinte pulmonaire** : toux, dyspnée, signes d'un épanchement pleural
3. **Atteinte osseuse** : douleurs osseuses
4. **Atteinte hépatique** : asthénie, anorexie, nausées, douleur, hépatomégalie, ictère, ascite
5. **Atteinte cérébrale** : céphalées, troubles de l'équilibre, convulsions, signes neurologiques (parésie, etc.)
6. **Autres** : masse mammaire, nodules cutanés érythémateux, adénopathies

importe de noter que la scintigraphie osseuse se détériore fréquemment dans les premiers mois suivant l'initiation d'une hormonothérapie. Cette

## Les sains dessins

Les Producteurs laitiers du Canada



### En fait, les produits laitiers contribuent au contrôle du poids

De récentes recherches démontrent qu'éliminer les produits laitiers afin de perdre du poids est une erreur, car c'est se priver non seulement de nutriments essentiels, mais également d'un allié dans le **contrôle** du poids : le calcium des produits laitiers.

En effet, plus de 20 études ont démontré qu'**une alimentation riche en calcium pouvait aider à réduire le gras corporel** et, par conséquent, le poids. Le calcium des produits laitiers semble plus efficace que les suppléments de calcium.

Un bon régime devrait plutôt éliminer les aliments pauvres en nutriments et laisser les produits laitiers faire leur œuvre.

situation n'est pas du tout le reflet d'un échec au traitement, au contraire.<sup>4</sup> Par conséquent, il est suggéré de ne pas répéter la scintigraphie avant cinq à six mois après une modification thérapeutique.<sup>4</sup>

## Et la ménopause?

Le traitement du cancer du sein entraînera fréquemment des symptômes de ménopause en raison de la castration chimique causée par la chimiothérapie, les effets indésirables du tamoxifène ou à la suite de l'arrêt de l'hormonothérapie de remplacement.

### Les bouffées de chaleur

Le soya, la belladone ainsi que la vitamine E ont une efficacité similaire au placebo.<sup>5</sup> La clonidine, à raison de 0,05 mg par voie orale (po), 2 fois par jour (BID) est peu efficace, mais peut améliorer temporairement la symptomatologie. La venlafaxine aux doses de 37,5 à 75 mg po, une fois par jour (DIE) est utile en cas d'échec à la clonidine. Les progestatifs tels que la médroxyprogestérone à faible dose (10 à 20 mg po DIE) sont en général efficaces, mais leur innocuité à une potentielle réactivation du cancer est incertaine. En dernier lieu, l'emploi des œstrogènes n'est toujours pas recommandé.<sup>5</sup>

### La sécheresse vaginale

On peut utiliser un lubrifiant tel que le polycarbophile. L'innocuité des dispositifs à libération locale d'œstrogènes n'est pas complètement établie.

### L'ostéoporose

Il est très utile de surveiller cette complication avec des ostéodensitométries sériées. Les femmes ménopausées précocement sont particulièrement à risque. Le traitement usuel reste les suppléments de calcium et la vitamine D, avec ou sans alendronate.

## Quelles sont les particularités de l'hormonothérapie?

### Le tamoxifène

Les effets indésirables les plus fréquents sont les bouffées de chaleur, le gain pondéral ainsi que la dépression. Plus rarement il peut causer des thromboses (phlébites, embolies), des troubles oculaires (cataracte, rétinopathie) ou le cancer de l'endomètre. On recommande un examen annuel de la vue ainsi qu'une évaluation précoce en gynécologie en cas de saignements utérins. Il faut noter que les femmes préménopausées continuent généralement à être menstruées avec la prise du tamoxifène.

Finalement, la médication diminue les risques d'ostéoporose chez la patiente ménopausée, mais a l'effet inverse en préménopause.

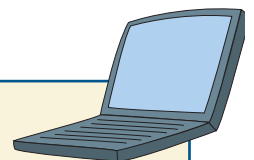
### Les inhibiteurs de l'aromatase

Ces agents empêchent la conversion périphérique des androgènes en œstrogènes. Les inhibiteurs de l'aromatase ne sont utiles qu'après la ménopause. Ils sont plus efficaces que le tamoxifène et l'ont maintenant remplacé dans le traitement de première ligne de la maladie métastatique. Les premiers résultats des études sur leur emploi en traitement adjuvant sont encourageants.

Ils causent moins de bouffées de chaleur que le tamoxifène, mais davantage d'arthralgies. Le risque de thrombose est nettement moindre et il n'y a pas de risque de toxicité oculaire ou de cancer de l'utérus.

#### À visiter :

BC Cancer Agency (site en anglais) :  
[www.bccancer.bc.ca](http://www.bccancer.bc.ca)



## Quels sont les médicaments problématiques?

La plupart du temps, les femmes peuvent continuer leur médication habituelle que le cancer soit métastatique ou non. Néanmoins, certains médicaments peuvent occasionner des problèmes.

Par exemple, les femmes ayant des métastases osseuses peuvent développer une hypercalcémie. Le danger est accru si elles prennent déjà des suppléments de calcium ou de vitamine D. De plus, de nombreux médicaments sont excrétés par le foie de sorte qu'il existe un risque d'intoxication s'il y a une insuffisance hépatique. Il faut notamment prendre garde aux opiacés et à la warfarine. *Clin*

### Références

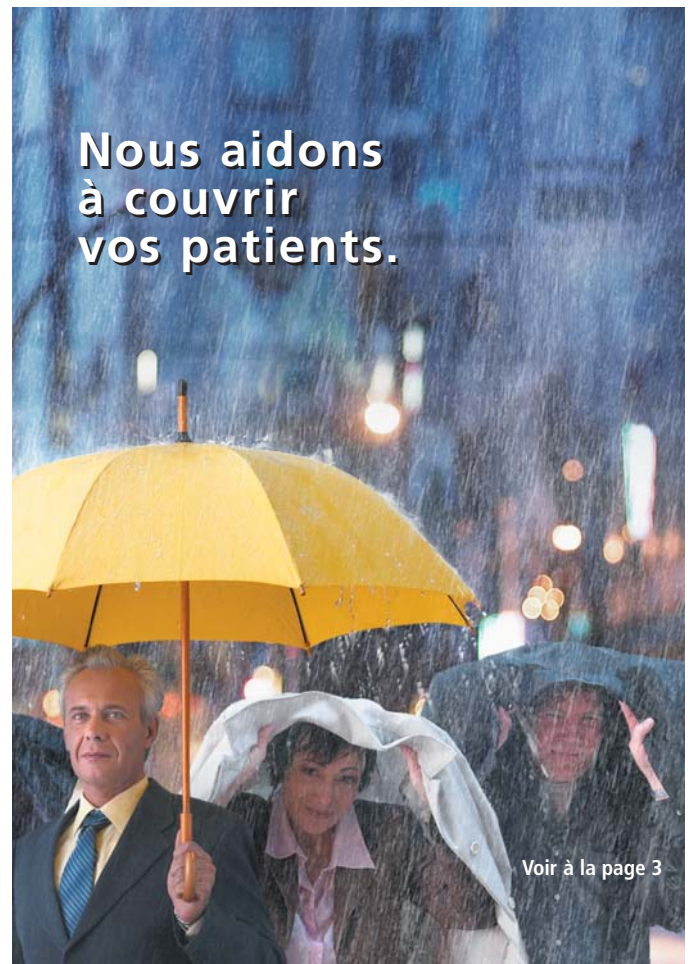
1. Emens, LA, Davidson, NE : The follow-up of breast cancer. *Seminars in oncology* 30(3): 338, 2003.
2. Smith, TJ, Davidson, NE, Schapira, DV, et coll. : American Society of Clinical Oncology 1998 update of recommended breast cancer surveillance guidelines. *J Clin Oncol* 17(3):1080,1998.
3. Bast, RC, Ravdin, P, Hayes, DF, et coll. : 2000 update of recommendations for the use of tumor markers in breast and colorectal cancer: Clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 19(6):1865, 2001.
4. Coleman, RE, Mashiter, G, Whitaker, KB, et coll. : Bone scan flare predicts successful systemic therapy for bone metastases. *J Nucl Med* 29:1354, 1988.
5. Loprinzi, LL, Barton, DL, Rhodes D : Management of hot flashes in breast cancer survivors. *Lancet Oncol* 2:199, 2001.

[www.stacommunications.com](http://www.stacommunications.com)



Cet article est disponible en ligne. Visitez *Le Clinicien*.

Nous aidons  
à couvrir  
vos patients.



Voir à la page 3