



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

**École de Sages-Femmes de
NANCY**

Grossesse après un cancer du sein:

Étude de la prise en charge de six patientes au
sein de la maternité du Centre Hospitalier
Régional Universitaire de Nancy entre 2002 et
2013.

Mémoire présenté et soutenu par

Gerdolle Ophélie

Directeur de mémoire : Mme BERTRAND Murielle

Sage-femme Enseignante

Promotion 2015

Université de Lorraine

**École de Sages-Femmes de
NANCY**

Grossesse après cancer du sein:

Étude de la prise en charge de six patientes au
sein de la maternité du Centre Hospitalier
Régional Universitaire de Nancy entre 2002 et
2013.

Mémoire présenté et soutenu par
Gerdolle Ophélie

Directeur de mémoire : Mme Bertrand Murielle
Sage-femme Enseignante

Promotion 2015

REMERCIEMENTS

Je remercie,

Mme Bertrand et Mr Routiot de m'avoir permis de réaliser ce travail.

Ma sœur pour le temps consacré à le lire, à me guider et pour son soutien à chaque instant de ma vie.

Mes parents, ma grand mère sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
ABRÉVIATIONS:.....	7
INTRODUCTION.....	8
1. HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE :.....	13
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :.....	13
3. DESCRIPTION DE L' ÉTUDE.....	14
3.1. LE TYPE D'ÉTUDE	14
3.2. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE, OUTIL MÉTHODOLOGIQUE.....	14
3.3. PARTICIPANTS.....	14
3.4. VARIABLES ÉTUDIÉES.....	15
3.5. STRATÉGIES D'ANALYSE.....	16
3.6. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES.....	16
4. RÉSULTATS.....	17
4.1. DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA POPULATION.....	17
4.2. CARACTÉRISTIQUE DE LA POPULATION CIBLE.....	18
4.2.1. <i>Facteurs de risque du cancer du sein</i>	18
4.2.2. <i>Résumé des facteurs de risques</i>	20
4.3. HISTOIRE DE LA MALADIE.....	20
4.3.1. <i>Découverte du cancer</i>	20
4.3.2. <i>Type et caractéristique du cancer</i>	20
4.3.3. <i>Traitements</i>	21
4.4. GROSSESSE APRÈS CANCER DU SEIN.....	22
4.4.1. <i>Fertilité après cancer du sein</i>	22
4.4.2. <i>Suivi de grossesse</i>	23
4.4.3. <i>Pathologies maternelles et fœtales</i>	23
1 . Pathologies maternelles.....	23
2 . Pathologies fœtales.....	24
4.4.4. <i>Allaitement maternel</i>	24
4.4.5. <i>La contraception postnatale</i> :.....	25
5. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	27
5.1. FERTILITÉ APRÈS LE CANCER DU SEIN.....	27
5.2. DÉSIR ET SUIVI DE LA GROSSESSE.....	27
5.3. ALLAITEMENT MATERNEL APRÈS UN CANCER DU SEIN.....	27
5.4. STATUT DE LA SAGE-FEMME.....	27
6. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	28
6.1. FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DU SEIN.....	28
6.2. DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR.....	29
6.3. CARACTÉRISTIQUE DE LA TUMEUR.....	30
6.4. TRAITEMENTS.....	31
6.5. CONSÉQUENCES SUR LA FERTILITÉ.....	33
6.6. GROSSESSE APRÈS UN CANCER DU SEIN.....	33
6.6.1. <i>Impact du cancer sur la grossesse</i>	33
6.6.2. <i>Influence de la grossesse sur le cancer</i>	35

6.7. ALLAITEMENT MATERNEL APRÈS UN CANCER DU SEIN.....	36
6.8. CONTRACEPTION DU POST-PARTUM.....	37
6.9. PLACE DE LA SAGE-FEMME.....	37
7. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.....	38
8. POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE.....	38
9. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES.....	39
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	43
TABLE DES MATIERES.....	48
ANNEXES.....	50

ABRÉVIATIONS:

AFACS : Association Francophone de l'Après Cancer du Sein

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

CCI : Carcinome Canalaire Infiltrant

CCIS : Carcinome Canalaire In Situ

CLIS : Carcinome Lobulaire In Situ

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

FCS : Fausse couche spontanée

HER-2 : Human Epidermal growth factor Receptor 2

HTA : Hypertension Artérielle

IMG : Interruption Médicale de la Grossesse

INSERM : Institut National de la Santé et Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

PNP : Préparation à la Naissance et Parentalité

RCP : Réunion de Concertation pluridisciplinaire

RR : Risque Relatif

SA : Semaine d'Aménorrhée

INTRODUCTION

Le cancer le plus fréquent chez la femme est celui du sein. Son incidence est de 48 000 nouveaux cas par an et environ 11 000 décès [1]. Il peut toucher différentes tranches d'âges mais sa prévalence augmente considérablement après 60 ans. En 2012, 10 917 cancers du sein ont été déclarés chez les femmes entre 20 et 49 ans, ce qui signifie qu'environ 20 % des cancers du sein surviennent chez les femmes en âge de procréer [2].

Dans la société actuelle, un meilleur suivi gynécologique ainsi que les progrès de l'imagerie et des traitements (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées) permettent un diagnostic précoce de la maladie ainsi qu'une prise en charge adaptée améliorant la survie après le cancer. D'après l'Institut National de la Santé et Recherche Médicale (INSERM), les taux de survie à 3 et à 5 ans sont en moyenne de 90 % et 85 %. Ils diminuent cependant avec l'âge et la sévérité du stade au moment du diagnostic : 98,3 % de survie à 5 ans pour le stade local, 83,5 % pour le stade régional (envahissement ganglionnaire) et 23,3 % pour le stade métastatique [3]. Alors que l'âge moyen de survenue de la première grossesse recule pour des raisons professionnelles, personnelles ou d'éducation, les grossesses succédant au cancer sont des situations rares, mais plus souvent rencontrées du fait de l'augmentation régulière de l'incidence du cancer du sein. Six pour cent des cancers surviennent chez des femmes de moins de 40 ans. On estime qu'après leur cancer du sein 10 à 15 % des femmes en âge de procréer présenteront une grossesse (quel qu'en soit l'issue) [4].

Peu de traitements du cancer du sein engendrent une aménorrhée définitive. De ce fait, la question de préservation de la fertilité sera abordée avant le début des soins.

Un désir de grossesse peut survenir. La maternité est alors la preuve qu'elles sont encore femmes, épouses et mères [6]. La naissance d'un enfant permet aux femmes d'envisager un futur et leur donne de la force pour vaincre la maladie et les souvenirs pessimistes. La grossesse est un atout pour améliorer la qualité de vie de ces femmes. D'après l'étude « Donnez la vie après un cancer du sein » de l'Association Francophone de l'Après Cancer du Sein (AFACS) sur les 209 femmes aux antécédents de cancer du sein et ayant répondu au questionnaire, 83,6% d'entre elles avaient un désir de grossesse avant le diagnostic du cancer du sein. Pour la moitié, le diagnostic a influé positivement sur cette envie. Pendant cette étude effectuée entre 2006 et 2007, 93% des grossesses

ont été désirées et pour la plupart celles-ci ont été spontanées (seulement 3 femmes ont eu recours à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP)). La décision de commencer une grossesse a été prise pour 20% sur leur propre initiative, 71% avec participation du médecin et 8% contre avis médical. D'après l'AFACS, l'oncologue reste le médecin de référence pour ces patientes [6].

Pourtant le taux de grossesses est faible (3 à 7%) et parmi les explications de cet état de fait, on retrouve:

1. Les peurs maternelles de laisser l'enfant orphelin ainsi que la peur de la rechute du cancer [4]. Il faut expliquer lors d'un entretien l'innocuité de la grossesse, son effet, les rechutes ou le pronostic [5].
2. La vie sexuelle est affectée. Les femmes déclarent que pour 41% d'entre elles, le cancer et les traitements affectent leur vie sexuelle par une diminution ou une disparition de leur libido [7].
3. Les femmes porteuses de la mutation des gènes BRCA1 et 2 sont plus à risque d'avoir un cancer du sein précocement [8]. Les études portant sur la mutation du gène sont peu concluantes. Les patientes s'abstiennent d'accomplir un projet de grossesse de peur qu'un cancer foudroyant récidive ou survienne et de peur de transmettre le gène à leur descendance [7].
4. Les antécédents de stérilité sont difficiles à traiter du fait des traitements hormonaux et du caractère hormonal du cancer du sein. Une information éclairée doit être délivrée au couple sur l'impossibilité de confirmer l'innocuité des traitements sur le cancer du sein [5].
5. Certaines patientes décident d'interrompre la grossesse. Ceci est dû à un manque d'information ou une information mal comprise par les patientes en ce qui concerne la contraception et la fertilité post traitement. On peut y inclure les grossesses sous Tamoxifène®. Cette molécule est un inducteur de l'ovulation, elle peut augmenter la fertilité mais son haut risque tératogène impose l'arrêt de la grossesse.
6. Un projet familial déjà complété [9].

Face aux incertitudes sur les complications de la grossesse, la prise en charge est pluridisciplinaire et l'accouchement est préconisé dans une maternité de type III [10]. En

effet, la grossesse est considérée à risque sur le plan physique et aussi sur le plan psychologique.

En ce qui concerne l'aspect physique. A l'heure actuelle, les effets de la grossesse sur le cancer du sein sont mal connus. Beaucoup d'études tentent de rechercher quels sont les risques après un cancer du sein. La patiente est considérée comme jeune auprès de l'oncologue et âgée auprès de l'obstétricien (âge>35ans) [10]. On sait que l'âge peut augmenter certaines pathologies gestationnelles, on peut se questionner sur les risques qui se rajoutent suite aux traitements du cancer. La décision d'une grossesse, dans le meilleur des cas, doit être prise après concertation pluridisciplinaire entre oncologue, obstétricien pour une prise en charge optimale du couple et du nouveau-né à naître.

De surcroît, le caractère hormonal de la grossesse préconise un suivi oncologique adapté. En effet, les oestrogènes et la progestérone développent les canaux de la glande mammaire afin de préparer la lactation. Cette action a pour conséquence d'augmenter le volume et la consistance du sein. Ceci rend difficile l'interprétation de l'examen clinique et des examens para cliniques au cours de la grossesse. C'est pour cela que dès l'annonce de son désir de grossesse, un bilan d'extension du cancer est effectué. Il comprend un examen clinique, une mammographie et une échographie mammaire. Durant la grossesse, le suivi est également régulier avec une place majeure de la palpation mammaire lors des consultations prénatales plus ou moins associés à de l'imagerie si cet examen se révèle inquiétant [8].

En ce qui concerne le risque psychique durant la grossesse. Les femmes se trouvent dans un état psychologique particulier: on parle de «transparence psychique». Les mères se posent souvent la question de l'origine de leur maladie, ce qu'elles transmettent à leur enfant. L'ambivalence entre le cancer représentant la mort et la grossesse la vie est bien présente. Le sentiment d'impuissance est de nouveau présent et plus prononcé vis à vis de leur enfant qu'elles ont peur de ne pas voir grandir. Elles sont à grand risque de détresse émotionnelle [10]. La grossesse peut raviver des douleurs qu'elles pensaient cicatrisées. Une aide psychologique peut être proposée [11]. De plus, après l'accouchement, il y a parfois une séparation précoce de la mère et du nouveau-né. L'attachement à l'enfant peut être plus dur à accomplir. La sage-femme peut aider à créer un lien particulier entre la mère et son enfant à travers les soins du nouveau-né et lors de l'allaitement. Les patientes sont souvent motivées pour allaiter, il faut les encourager dans leur démarche. Il est cependant recommandé de raccourcir la durée d'allaitement afin de poursuivre un suivi oncologique approprié [8].

Le Code de Santé Publique (CSP) définit les compétences des sages-femmes, dans l'exercice de leur profession. Aujourd'hui, elles peuvent réaliser des consultations gynécologiques de prévention. Elles sont alors amenées à rencontrer de plus en plus de femmes ayant un antécédent de cancer. C'est pour cela qu'il faut pouvoir répondre à leurs différentes questions et savoir quel rôle la maladie et les traitements ont sur la mise en place de la grossesse et son bon déroulement. Ceci permet également d'orienter ces patientes vers le personnel compétent concerné. De plus, la sage-femme se trouve au cœur du suivi obstétrical physiologique. Elle peut être présente à chaque étape de la grossesse : en consultations, en préparation à la naissance, à l'accouchement et en postnatal. Elle peut apporter un suivi global et avoir une vision différente de l'impact du cancer du sein sur la vie de ces patientes. En effet, lors de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP), un axe de discussion peut être orienté sur l'appréhension de la nudité lors de la naissance et auprès des professionnels rencontrés. Cet entretien peut permettre d'aiguiller la parturiente vers une méthode de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) adaptée à ses besoins et de rédiger un projet de naissance prenant en compte son bien être au cours de son séjour. Pendant la grossesse, la sage-femme peut également recueillir le souhait sur l'alimentation du nouveau-né. Si l'allaitement maternel est choisi, une orientation de la patiente ou une discussion pluridisciplinaire peut être instaurée pour mener à bien son projet. Une conduite à tenir peut être discutée entre les différents acteurs médicaux et consignée dans le dossier sous forme d'un courrier pour permettre une transmission éclairée auprès du personnel soignant. Ainsi, la sage-femme peut appréhender les problématiques psychiques et sociales [11] et mettre en place l'aide nécessaire pour soutenir les parturientes. Au cœur des maternités, les sages-femmes sont des professionnels de premier recours, elles sont parties prenantes dans les soins des patientes en lien avec leurs compétences dans cette prise en charge multidisciplinaire. Une formation est peut être nécessaire pour qu'elles soient référentes au sein des services de consultations et de suite de couches pour accompagner au mieux ces patientes [11].

Face à ces interrogations et ces inquiétudes, l'antécédent de cancer du sein représente-t-il le seul facteur de risque dans la survenue d'une pathologie au cours de la grossesse, des suites de couches et dans l'apparition de malformations fœtales? Doit-on considérer ces grossesses à risque pour la patiente et l'enfant à naître ? Comment définir les attributions de la sage-femme dans la prise en charge pluridisciplinaire ?

Partie 1 :

Matériel, méthodes et résultats

1.HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE :

Pour répondre à la problématique évoquée, quatre hypothèses ont été émises :

- La conception spontanée d'un enfant est possible et dépend du type de cancer et des traitements reçus.
- Quel que soit le temps écoulé entre la fin des traitements et le début de grossesse, il existe toujours un risque de malformations fœtales et de complications au cours de la grossesse et des suites de couche.
- L'allaitement maternel peut être autorisé selon le type de cancer, de chirurgie effectuée, sans conséquence pour le devenir du cancer.
- La sage-femme peut avoir une fonction de soutien complémentaire au médecin dans le suivi pluridisciplinaire et surtout dans la mise en place de l'allaitement et la création du lien mère-enfant.

2.OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

L'objectif principal de l'étude était de définir si l'antécédent de prise en charge d'un cancer du sein représente ou non le seul facteur de risque dans la survenue d'une pathologie au cours de la grossesse, des suites de couches et dans l'apparition de malformations fœtales.

Les objectifs secondaires étaient :

1- D'étudier la prise en charge d'une grossesse chez les patientes ayant un antécédent de cancer à la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy afin de déterminer quels étaient les moyens mis en œuvre pour réduire le risque de survenue d'une pathologie.

2- De déterminer la place de la sage-femme dans la prise en charge pluridisciplinaire.

3.DESCRPTION DE L' ÉTUDE.

3.1.Le type d'étude .

L'étude menée était descriptive, longitudinale et rétrospective. Il s'agissait de recueillir des informations sur le déroulement d'une grossesse après un cancer du sein et de rechercher des facteurs de risques conduisant à la survenue d'une pathologie.

3.2. Déroulement de l'étude, outil méthodologique.

L'étude s'étendait sur une quinzaine d'années entre 2000 et 2014 au sein de la maternité du CHRU de Nancy. Le choix s'est porté sur une maternité de niveau III pour recenser le plus grand nombre de dossiers entrant dans les critères de l'étude.

Pour répondre à la problématique, une étude de dossiers était nécessaire. La sélection a été possible grâce au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Ceci a permis de retenir 10 dossiers entrant dans le projet de l'étude. Cependant, aucun dossier n'a été retrouvé concernant les fausses couches spontanées précoces ou tardives et les Interruptions Médicales de Grossesses (IMG) après cancer du sein. Les données ont été recueillies grâce à une grille de recueil (annexe 1).

3.3. Participants.

La population cible concernait toutes les femmes enceintes ayant accouché à la maternité du CHRU de Nancy entre 2000 et 2014. Les critères d'inclusions et d'exclusions permettant de cibler notre échantillonnage étaient les suivants :

➤ Critères d'inclusion:

- femme ayant un antécédent de cancer du sein et en âge de procréer.
- femme ayant une ou plusieurs grossesses menées à terme ou interrompues après un cancer du sein.

➤ Critères d'exclusion:

- Femme ménopausée.
- Femme ayant un autre antécédent de cancer que celui du sein.
- Femme ayant eu un cancer du sein au cours de la grossesse ou dans l'année qui suit son accouchement.
- Femme ayant un antécédent de tumeur bénigne du sein.

3.4. Variables étudiées.

L'ensemble des données étudiées étaient les suivantes :

➤ Les renseignements généraux de la patiente : âge, emploi, situation familiale, addictions, poids et taille.

➤ Les antécédents familiaux : maladies héréditaires (HyperTension Artérielle (HTA), diabète...), les antécédents de cancer.

➤ Les antécédents personnels de la patiente :

- antécédents médicaux.
- antécédents chirurgicaux
- antécédents gynécologiques : l'âge des premières règles, dernier frottis cervico-utérin, dépistage et diagnostic du cancer du sein : caractéristique de la tumeur, imagerie, traitements, récurrence.
- antécédents obstétricaux : gestité, parité, renseignements généraux des grossesses précédentes, interruption volontaire ou médicale de grossesse, fausse couche spontanée.

➤ La grossesse actuelle :

- délai entre le cancer et la grossesse.
- grossesse souhaitée.
- Spontanée. Si non : quel traitement d'AMP mis en place.
- Nombre de consultations prénatales et d'échographies.
- Pathologie maternelle ou fœtale.
- Hospitalisation de la patiente.

- Consultations en urgence.
 - Traitements au cours de la grossesse.
 - Séance de PNP.
 - Suivi de grossesse : par quel professionnel (y compris psychologue)? A quel moment la sage-femme est-elle intervenue?
- L'accouchement : Travail spontané ou déclenché, rupture poche des eaux, accouchement voie basse ou césarienne, adaptation du nouveau-né.
- Suite de couches, alimentation du nouveau-né.

3.5. Stratégies d'analyse.

Le traitement des données a été fait sur le logiciel open office Writer et Calc. Ce dernier a permis de créer les tableaux et les figures. Ensuite, une recherche documentaire a été faite sur PubMed, Mediscare, EM Premium et sur le moteur de recherche Google afin d'obtenir suffisamment d'article pour comparer les résultats à la littérature.

3.6. Aspects éthiques et réglementaires.

Afin de mener à bien l'étude, une demande de dossier a été effectuée au niveau du Département d'Informations Médicales (DIM) (annexe 2). Après l'obtention de l'accord du chef de service du pôle de la femme de l'établissement (annexe 3), l'accès au dossier était favorable à ma demande. L'étude se faisant sur un petit nombre de patientes, l'anonymat sera préservé avec l'attribution de numéro à chaque dossier.

4. RÉSULTATS.

4.1. Description générale de la population.

L'étude s'étendait de 2002, date du premier accouchement retrouvé grâce au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) jusqu'en 2013 date du dernier dossier retrouvé entrant dans les critères de l'étude.

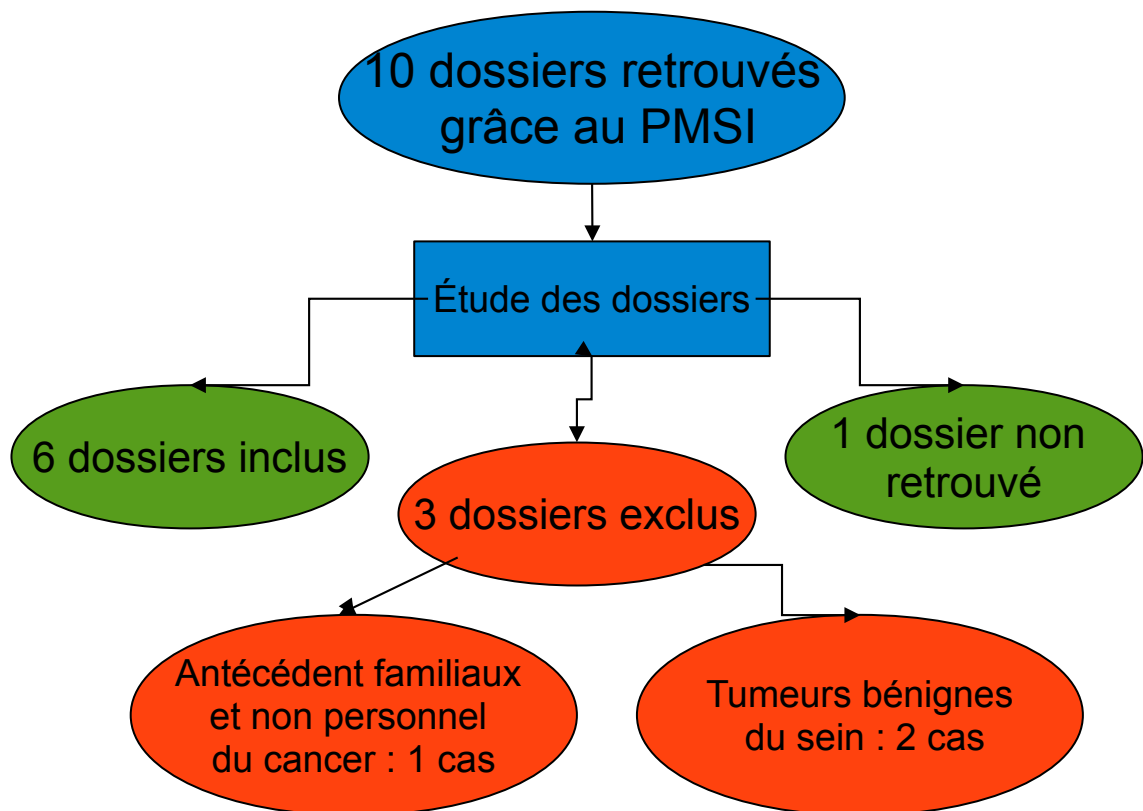


Figure 1 : Inclusion et exclusion des dossiers de l'étude.

4.2. Caractéristique de la population cible.

4.2.1. Facteurs de risque du cancer du sein.

Tableau 1 : Facteurs de risque du cancer du sein liés à l'âge, aux antécédents familiaux, à la mutation des gènes ainsi qu'à l'exposition aux oestrogènes:

	<i>¹P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>
Âge cancer	25	30	29	40*	24	40*
Antécédents familiaux	² N	N	³ O*	N	N	O*
Mutations gènes BRCA1 et 2	N	N	N	N	N	N
Âge des premières règles	14	NR	12	NR	11	NR
Gestité (au moment du diagnostic)	0*	4	1*	0*	0*	4
Parité	0*	3	1*	0*	0*	3
Âge première grossesse	29	23	25	43*	27	25
AMP (en année)	N	N	N	N	N	N

*¹Pn: patiente n°1, 2... ; ²N : Non ; ³O : Oui ; NR : Non renseigné ; * : mise en évidence des facteurs de risque.*

L'âge médian de découverte du cancer était de 30,14 ans.

La plus jeune avait 24 ans et les deux plus âgées 40 ans.

Aucune patiente n'avait de mutation des gènes BRCA1 et BRCA2.

Aucune n'avait des antécédents familiaux de cancer des ovaires. Sur les six dossiers, quatre patientes n'avaient aucun antécédent familial de cancer du sein.

Une patiente avait un antécédent familial du second degré du cancer du sein : la cousine de sa mère.

Une patiente avait un antécédent familial du premier degré du cancer du sein : sa mère, ainsi que deux antécédents du second degré: sa grand mère et sa tante du côté maternelle.

L'âge médian de survenue des premières règles étaient de 12,3 ans. Pour trois patientes, l'âge des premières règles n'était pas renseigné.

La moitié des femmes était nullipare au moment du diagnostic.

Une patiente avait déjà eu 4 grossesses avant le cancer. Les trois premières grossesses étaient physiologiques et ont été menées à terme. La dernière avait abouti à une fausse couche spontanée.

Une patiente avait eu une grossesse physiologique menée à terme avant le cancer.

Une patiente avait eu 4 grossesses avant son cancer, 2 grossesses ont été menées à terme, une mort foetale in utéro ainsi qu'une interruption volontaire de grossesse.

Aucune patiente n'avait eu recours à l'assistance médicale à la procréation.

Tableau 2 : Facteur de risque du cancer du sein lié au style de vie.

	¹ P1	P2	P3	P4	P5	P6
² IMC	21,4	22	21,2	22,7	19,6	22,3
Tabac (³ cig/J)	0	0	10*	0	10*	12*
Alcool	0	0	0	0	0	0
Autres	0	0	0	0	0	0

¹Pn: Patiente n°1, 2, 3...; ²IMC: indice de masse corporelle; ³cig/J: cigarettes par jour ;
* : mise en évidence des facteurs de risque.

L'IMC médian était de 21,5, toutes les patientes avaient une corpulence normale.

La moitié des patientes fumait en moyenne 11 cig/J avant d'être enceinte. Aucune ne consommait de l'alcool régulièrement et aucune patiente ne prenait d'autres substances psychoactives.

4.2.2. Résumé des facteurs de risques.

Tableau 3 : résumé et nombre de facteurs de risque par patiente.

Nombre de facteurs de risque	Nombre de patientes	Caractère du risque
0	1	Aucun
1	1	Nulliparité
2	2	Âge, Nulliparité Tabac, Nulliparité
3	2	Tabac, antécédents familiaux, âge Tabac, antécédent familiaux, pauciparité

4.3. Histoire de la maladie.

4.3.1. Découverte du cancer

Pour trois patientes, la tumeur avait été découverte suite à une auto-palpation des seins. Pour deux patientes, le dépistage s'était effectué lors de la visite annuelle chez le gynécologue. Une patiente était allée consulter suite à une rétraction du mamelon et à l'apparition d'une plaque aréolaire. En ce qui concerne la dernière patiente, les circonstances de découverte du cancer n'étaient pas renseignées.

Suite à ce dépistage, chacune des patientes avaient bénéficié d'une mammographie et d'une échographie. Pour quatre patientes, une cytoponction avait été effectuée car les ganglions axillaires étaient palpables.

4.3.2. Type et caractéristique du cancer.

Pour le type de cancer :

- Deux patientes présentaient un Carcinome Canalaire Infiltrant (CCI).
- Une patiente avait un Carcinome Canalaire In Situ (CCIS).
- Une patiente avait une composante mixte (CCI et CCIS).
- Une patiente développa un carcinosarcome.

- Non renseigné pour une patiente.

Pour le grade du cancer :

- Trois patientes avaient un Grade 3, peu différencié.
- Une patiente exprima un grade mixte (grade 1 et 2).
- Non renseigné pour deux patientes.

Un cancer avec des récepteurs hormonaux positifs avait été retrouvé chez deux patientes. Une patiente avait 40% de récepteurs aux oestrogènes positif et 20% de récepteurs aux progestérones. Pour l'autre patiente, le pourcentage des récepteurs n'était pas renseigné.

Une surexpression des récepteurs Human Epidermal growth factor Receptor-2 (HER-2) avait été retrouvée chez deux patientes.

La moitié de l'effectif avait une atteinte ganglionnaire axillaire associée au cancer du sein.

Il n'y avait aucune métastase dans les cas étudiés.

Deux patientes avaient présenté des récurrences homolatérales. Une patiente avait eu une récurrence 10 ans après son premier cancer. Les caractéristiques de sa tumeur étaient les mêmes sans la présence des récepteurs hormonaux. L'autre patiente avait présenté une récurrence 8 ans après, au cours de sa dernière grossesse, de même caractéristique que la première tumeur.

4.3.3.Traitements.

Tableau 4: Prise en charge chirurgicale et complémentaires du cancer du sein.

	¹ P1	P2	P3	P4	P5	P6
Chirurgie	² O	O	O	O	O	O
Curage axillaire	O	NR	O	O	³ N	N
Chimiothérapie	Néo puis Adj	NR	Adj	Adj	Adj	Néo puis Adj
Radiothérapie	O	NR	O	O	O	O
Hormonothérapie	O	NR	N	N	N	O
Trastuzumab	O	NR	N	N	N	O

¹Pn: Patiente n°1, 2, 3...; ²O: oui, ³N: non ; Néo : néo-adjuvante , Adj : adjuvante, NR : non renseigné.

Toutes les patientes avaient bénéficié de la chirurgie. Pour trois d'entre elles, l'intervention s'était limitée à une tumorectomie. Une patiente avait eu une mastectomie totale en première intention. Pour deux patientes, la tumorectomie était abordée en première intention puis une mastectomie totale avait été faite suite à une récurrence.

La moitié de l'effectif avait bénéficié d'un curage axillaire en lien avec une atteinte ganglionnaire. Le statut d'une patiente n'était pas renseigné.

En ce qui concerne la chimiothérapie, deux patientes avaient eu de la chimiothérapie néo-adjuvante puis adjuvante, trois patientes seulement de la chimiothérapie adjuvante. Pour la dernière, cette information n'était pas renseignée dans son dossier.

Toutes les patientes avaient été traitées par radiothérapie.

Les deux patientes ayant des récepteurs hormonaux positifs et une surexpression de l'antigène erb-B2 avaient bénéficié de l'hormonothérapie ainsi qu'une thérapie ciblée à l'Herceptine® (Trastuzumab).

4.4. Grossesse après cancer du sein.

4.4.1. Fertilité après cancer du sein.

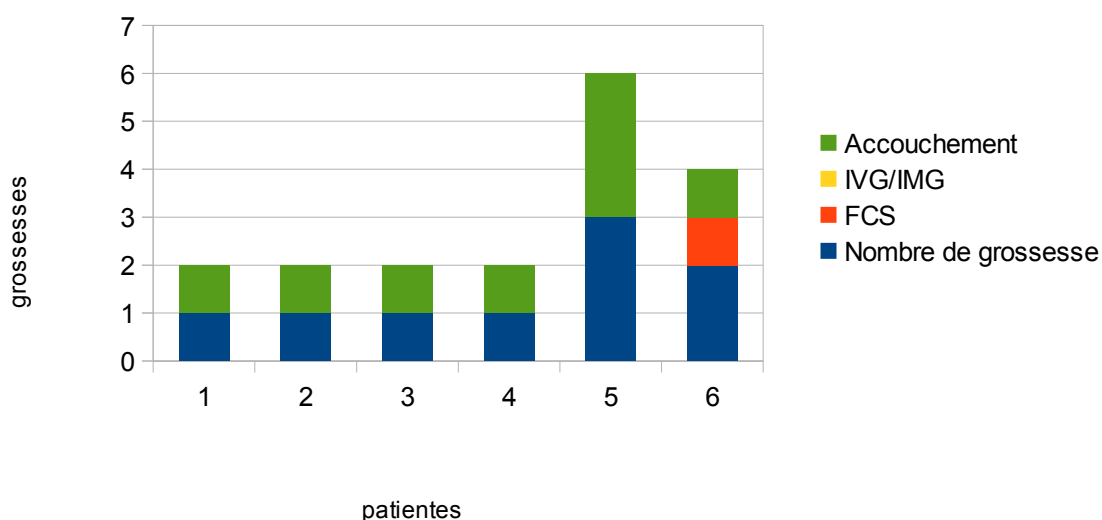


Figure 2: Nombre et évolution des grossesses après un cancer du sein

Sur neuf grossesses spontanées, huit avaient été évolutives pour les six patientes de l'étude, une s'était terminée en fausse couche précoce.

Aucune patiente n'avait eu recours à l'AMP.

La durée médiane entre la fin des traitements et la conception était de 4,75 ans.

Une patiente avait présenté une grossesse sous contraception orale et avait choisi de la conserver malgré les contres indications énoncées par les médecins.

L'avis du gynécologue ainsi que l'oncologue avait été demandé pour 2 patientes avec un délai de précaution de 3 ans respecté.

Pour cinq patientes, les accouchements s'étaient déroulés par voie basse spontanée à terme.

Pour une patiente, une césarienne avait eu lieu à 36 semaines d'aménorrhées (SA) suite à un échec de déclenchement et une altération du rythme cardiaque foetal en début de travail. La patiente était déclenchée suite à une rupture prématurée des membranes et un bilan infectieux positif.

4.4.2.Suivi de grossesse.

Toutes les grossesses avaient été suivies par un médecin, aucune par une sage-femme. Deux patientes avaient assisté aux séances de PNP.

Une seule consultation pluridisciplinaire avait été organisée pour la prise en charge materno-foetale d'une patiente. Au vu du caractère hormonal du cancer récidivant au cours de la grossesse et de la polymalformation foetale une proposition d'interruption médicale de la grossesse avait été discutée. Celle-ci avait été refusée par le couple. De plus, pour cette même patiente une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) était demandée en suivi postnatal pour discuter d'une ovariectomie.

4.4.3.Pathologies maternelles et foetales.

1. Pathologies maternelles.

Sur les 6 dossiers retenus :

- Une patiente avait développé de l'HTA.
- Une patiente avait été transfusée à 39SA pour anémie sévère. Une récurrence de son cancer avait été diagnostiquée à 20SA. Elle avait également présenté de l'HTA en

postpartum. Cette HTA avait été traitée par antihypertenseur central : l'alpha-méthyl dopa. Cette femme était également très anxieuse de la situation mais n'avait pas souhaité rencontrer de psychologue en première intention.

- Au niveau psychologique, deux patientes avaient eu une dépression au cours de la grossesse et lors du séjour postnatal. Elles avaient été vues par un psychiatre au sein de l'établissement. La première raison évoquée par ces femmes était le fait de ne pas réussir à contrôler la grossesse. Celle-ci était vécue comme un schéma répétitif du cancer. La seconde était la peur de récurrence.
- Le nombre de consultations était en moyenne de 7 en prénatal. Les consultations aux urgences étaient en moyenne de 1,8 par patiente. Le motif principal des consultations en urgence était les contractions utérines.

2. Pathologies fœtales.

- Un seul nouveau-né avait eu un suivi prénatal rigoureux pour suspicion de trisomie 18 sur signe d'appel échographique. Le calcul du risque de survenue d'une trisomie 21 n'avait pas été effectué car non souhaité par le couple. Le fœtus avait de multiples malformations : retard de croissance intra utérin, fente labio-palatine, estomac de petite taille, malposition des membres supérieurs et inférieurs.
- Le nombre d'échographies était en moyenne de 4. Le nombre maximum d'échographies était de 9 pour le suivi prénatal du nouveau-né polymalformé.

4.4.4. Allaitement maternel.

Deux patientes sur les six avaient fait le choix d'une alimentation maternelle :

- Une patiente avait allaité seulement avec le sein non opéré. Elle avait bénéficié d'un soutien à l'allaitement par une sage-femme spécialisée pour la conforter dans son choix et dans cette mise en route plus difficile.
- Une patiente avait donné le sein à ses deux premiers enfants et pas le troisième. Le premier allaitement s'était arrêté au bout de 3 jours pour angoisse et dépression postnatale. Le second avait duré 2 mois après un changement d'avis, la tétée de bienvenue seule était envisagée dans un premier temps. La poursuite de l'allaitement s'était faite avec l'accord d'un expert.

4.4.5. La contraception postnatale :

- Une patiente avait choisi une contraception orale microprogestative.
- Une patiente n'avait pas souhaité de contraception hormonale dans un premier temps mais un dispositif intra utérin sera posé en consultation postnatale.
- Quatre patientes ne désiraient pas de contraception hormonale et ont opté pour une contraception locale.

Partie 2 :

Discussion

5. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.

5.1. Fertilité après le cancer du sein.

Notre étude montre qu'aucune patiente n'avait eu recours à l'AMP avant et/ou après leur cancer du sein. Neuf grossesses avaient été recensées, elles avaient toutes été spontanées. Ceci confirme la première hypothèse qui était : la conception spontanée d'un enfant est possible et dépend du type de cancer et des traitements.

5.2. Désir et suivi de la grossesse.

Une patiente avait eu de l'hypertension artérielle gravidique. Une patiente avait été transfusée à 39 SA pour anémie sévère et avait présenté de l'HTA en suite de couche. Une césarienne avait été pratiquée à 36 SA suite à une rupture prématurée des membranes. Un fœtus avait eu un suivi prénatal strict car une poly malformation fœtale avait été diagnostiquée à l'échographie morphologique du second trimestre. Seulement la moitié de l'effectif de l'étude avait présenté des complications au cours de la grossesse. Ceci infirme la deuxième hypothèse qui était, quel que soit le temps écoulé entre la fin des traitements et le début de grossesse, il existe toujours un risque de malformations fœtales et de complications au cours de la grossesse et des suites de couche.

5.3. Allaitement maternel après un cancer du sein.

Deux patientes ont décidé d'allaiter leur nouveau-né. L'allaitement était difficile mais possible. L'accord du médecin avait été demandé et accordé. Aucune récurrence du cancer n'avait été retrouvée chez ces patientes dans les années qui ont suivi. L'hypothèse selon laquelle l'allaitement maternel peut être autorisé selon le type de cancer, de chirurgie effectuée, sans conséquence pour le devenir du cancer peut être confirmée.

5.4. Statut de la sage-femme.

La moitié de l'effectif a présenté des troubles psychologiques soit au cours de la grossesse soit dans le post partum immédiat. Deux patientes ont souhaité voir un

psychologue au cours de la grossesse. La dernière patiente se confiait aux sages-femmes en secteur mère-enfant. La sage-femme était le premier professionnel à mettre en lien les patientes avec les psychologues ou psychiatres. De plus, en soutien à l'alimentation maternelle une sage-femme conseillère en lactation était présente pour la mise en place de l'allaitement pour deux patientes. Notre dernière hypothèse qui concernait le rôle de la sage-femme peut aussi être confirmée.

6. DISCUSSION DES RÉSULTATS.

6.1.Facteurs de risque du cancer du sein.

Les principaux facteurs de risque relevés par notre étude sont connus et retrouvés dans la littérature :

- La nulliparité et la pauciparité.
- Les antécédents familiaux de cancer du sein.
- L'âge tardif de la première grossesse.
- L'âge du diagnostic du cancer.
- Le tabagisme.

Parmi les facteurs de risque du cancer du sein, certains sont accessibles à la prévention primaire et jouent un rôle important dans l'éducation de la patiente dès son plus jeune âge. On y retrouve le tabagisme. Une étude de l'INSERM de 2014 montre que le tabagisme actif augmenterait le risque de cancer du sein de 16%. Si les patientes commencent à fumer entre 16 et 24 ans et avant leurs grossesses, le risque de développer un cancer augmente d'un quart par rapport à la population générale [12].

L'exposition aux hormones ovariennes a une influence sur le développement du cancer du sein. En effet, la nulliparité et l'âge de la première grossesse supérieure à 30 ans entraînent un Risque Relatif (RR) de 1,5 à 2 de développer un cancer par rapport à la population générale. Avoir un enfant après 30 ans équivaut à un risque supérieur de cancer par rapport à une jeune nullipare et le double après 35 ans [13]. Les grossesses sont plus tardives et c'est un fait constaté dans les pays occidentaux. En 2010, l'âge moyen de la première grossesse est de 28,1 ans en France. En Italie et en Espagne, la première grossesse est au delà de 29 ans [14].

L'âge est un facteur de risque de cancer. Même si la majorité des cancers surviennent après 50 ans, 4% des femmes entre 0 et 39 ans et 17% entre 40 et 49 ans sont touchées par la maladie [2]. Ceci montre que le risque du cancer augmente avec l'âge.

Les antécédents familiaux représentent seulement 7% des cancers du sein. Une consultation en oncogénétique est discutée en fonction de différents facteurs de risque. Elle permet de rechercher la mutation des gènes BRCA1 et 2 [15]. Deux patientes de l'étude ont bénéficié de cette consultation, les résultats sont revenus négatifs.

Cependant, une patiente de l'étude n'avait aucun facteur de risque de cancer du sein, elle avait été enceinte 4 fois dont 3 grossesses menées à terme et l'âge de la première grossesse était de 23 ans. Elle n'avait pas d'entourage tabagique, ne fumait pas, avait un BMI de 22 et n'avait pas d'antécédent familiaux particuliers. Ceci pourrait laisser supposer que des facteurs environnementaux ont un lien sur le développement du cancer du sein. Le rôle des xénoestrogènes et des pesticides est discuté aujourd'hui ainsi que leur lien avec le cancer du sein [13].

6.2. Dépistage et diagnostic de la tumeur.

Au sein de notre effectif, la moitié des patientes ont découvert la tumeur suite à une auto-palpation des seins, l'autre moitié suite à un examen clinique chez un médecin. Ceci montre l'importance de l'éducation thérapeutique des patientes en ce qui concerne l'auto-palpation des seins. En effet, une étude rétrospective comprenant 628 femmes d'un âge égal ou inférieur à 40 ans montrent que 71% des cancers ont été découvert par une auto-palpation [16]. D'après la Haute Autorité de la Santé (HAS), toute femme à partir de 25 ans doit bénéficier d'un examen des seins annuel, qu'elle ait ou non des facteurs de risque du cancer [15]. L'apprentissage de l'examen clinique doit se faire dès les premières consultations de la patiente. Une lésion suspecte saura plus facile à distinguer si l'auto-palpation est pratiquée régulièrement.

Suite à l'inquiétude clinique, chacune des patientes a bénéficié d'un examen par imagerie. Pour deux patientes, il n'y avait pas de renseignement dans le dossier sur le type d'imagerie effectué, pour les autres, elles ont toutes bénéficié d'une mammographie bilatérale, d'une échographie et d'une cytoponction des ganglions palpables. La première indication d'une mammographie dans la tranche d'âge des 12-34 ans est due à l'inquiétude des symptômes dans 48% des cas [15]. Cependant, la sensibilité de la mammographie est moindre chez les femmes jeunes du fait de la densité mammaire et

de la fréquente présence de lésion bénigne [17]. L'échographie en complément d'imagerie est une bonne indication chez les femmes jeunes.

Dans l'étude, une patiente était à haut risque de cancer du sein. En effet, dans ses antécédents familiaux sa mère, sa grand mère et sa tante maternelle étaient décédées d'un cancer du sein. Le dépistage individuel de ses patientes à haut risque repose sur une surveillance clinique biannuelle à partir de 20 ans, d'un suivi radiologique mammaire annuel à partir de 30 ans ou 5 ans avant l'âge du cancer du sein familial le plus précoce. Avant toute grossesse, ces patientes devront bénéficier d'une mammographie ainsi qu'une dans les 6 mois dans le post-partum [18]. La palpation mammaire sera mensuelle pendant la grossesse. Cependant, la patiente n'avait pas de suivi régulier et lors de sa dernière grossesse une récurrence de son cancer a été retrouvée.

6.3.Caractéristique de la tumeur.

Il existe deux types d'histologies du cancer du sein, on y distingue les tumeurs épithéliales des non épithéliales (ce dernier groupe étant rare). Les tumeurs épithéliales sont les plus fréquentes, 95% des cancers et on les différencie en deux sous groupes. Si la lame basale n'est pas franchie le cancer est dit *in situ*, soit canalaire (CCIS), soit lobulaire (CLIS). Ce type de cancer représente 15% à 20% des cancers épithéliaux. Lorsque la lame basale est franchie, le cancer est infiltrant, il peut alors métastaser vers les ganglions, les poumons, le foie... Il représente environ 75 à 80% des cancers épithéliaux [19].

Les données de notre étude sont concordantes avec ces données. Par ailleurs les tumeurs étaient peu différenciées de grade 3 dans 50% des cas. Les récepteurs hormonaux et la surexpression de la protéine HER2 ont été retrouvés chez deux patientes. L'atteinte ganglionnaire a été retrouvée chez quatre patientes. Ces données sont concordantes avec les cancers du sein retrouvés chez des femmes jeunes avec des caractéristiques agressives liées à notre population.

Une étude rétrospective à propos de 612 femmes de moins de 35 ans atteintes d'un cancer montre que dans 83% des cas il s'agit d'un CCI, 3,5% des cas c'est un cancer mixte et dans 11,5% des cas il s'agit d'une autre sorte de cancer. Le grade de la tumeur était à 4% de type 1, 61% de type 2 et 35% de type 3. Dans une étude avec un plus gros effectif, l'atteinte ganglionnaire était retrouvée chez 28% du groupe, la surexpression de la protéine HER2 dans 24% et les récepteurs à la progestérone et aux oestrogènes positifs dans 50% des cas [20].

Le carcinosarcome, touchant la patiente 3, est une tumeur rare du sein qui regroupe 0,2% des tumeurs malignes. Ghanem et Al ont effectué une étude rétrospective sur les caractéristiques de ce type de tumeur et ont recensés 8 dossiers. Les données du cancer de la patiente 4 sont concordants avec les résultats de l'étude. Elle montre que ce type de cancer est peu différencié et que les récepteurs hormonaux et la recherche de la protéine HER2 sont négatifs dans la majorité des cas [21].

6.4. Traitements.

La décision de la prise en charge des patientes et le Programme Personnalisé des Soins (PPS) se fait lors d'une RCP [18].

Au cours de mon étude, chacune des patientes a bénéficié de la chirurgie. Une patiente a eu une chirurgie radicale d'emblée, les autres patientes ont eu une mastectomie partielle, qui a été précédée de chimiothérapie néo-adjuvante pour deux patientes. La chirurgie est le traitement de première intention dans le cancer du sein. Elle peut être réalisée après la chimiothérapie dans les cancers inflammatoires lorsque la taille de la tumeur est trop importante pour une chirurgie conservatrice initiale ou en raison de critères histo-pronostics défavorables. Il existe deux types de chirurgie : la mastectomie totale (retrait de toute la glande mammaire) ou la mastectomie partielle (retrait de la tumeur) [18]. Deux études exposées lors du Breast Cancer Symposium en 2011 démontrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux chirurgies en ce qui concerne la récurrence locale et le taux de survie. La première étude a été faite par le Dr J. Buckley. Elle étudia 628 dossiers de femmes d'un âge inférieur ou égal à 40 ans atteinte d'un cancer de grade 3 entre 1996 et 2008. Le taux de récurrence était de 4,6% à 13,3% pour la chirurgie conservatrice contre 8,5% à 10,8% pour la mastectomie totale. Elle explique ses résultats par la progression des thérapies adjuvantes permettant une chirurgie conservatrice plus sûre pour les patientes. Ce qui a été confirmé par la seconde étude. Elle a été faite par l'équipe du Dr M. Usuma sur la base de donnée Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) du National Cancer Institut (NCI). Il a étudié la survie globale et spécifique du cancer du sein chez 14764 femmes entre 20 et 39 ans dans les années 1990 à 2007. Les femmes ont eu de la chirurgie conservatrice à 45% contre 55% de la chirurgie totale. Dans le groupe de la chirurgie conservatrice, toutes les patientes ont eu de la radiothérapie contre 17% dans l'autre groupe. A 5, 10 et 15 ans pour des sous groupes appariés avec les mêmes caractéristiques tumorales, la survie est respectivement de 92,5%, 83,5% et 77% contre 91%, 83% et 79%. Cette étude confirme qu'il n'y a pas différence significative entre les deux méthodes [22].

En complément de la chirurgie, il existe des traitements adjuvants qui consistent à diminuer la mortalité de 35 à 72% suite à un cancer du sein [23]. Dans l'étude, toutes les patientes ont bénéficié des traitements adjuvants. Elles ont eu de la chimiothérapie et de la radiothérapie. Deux patientes ont également eu de l'hormothérapie ainsi qu'une thérapie ciblée avec du trastuzumab (Herceptine®). Une étude montre qu'une radiothérapie complémentaire à la chirurgie réduit de 2 à 4 fois le risque de récurrence à 5 ans passant de 26% pour la chirurgie seule à 7% avec de la radiothérapie complémentaire [24]. De plus, l'essai Boost de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) montre que l'addition supplémentaire de 16Gy à la radiothérapie standard diminue de 45% le risque de récurrence locale après un traitement conservateur [25, 26]. Un autre essai du National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) a comparé la récurrence locale sur 8 ans d'un cancer de bas grade chez des patientes ayant eu des traitements différents. Il y a eu la constitution de 3 groupes : « tamoxifène sans radiothérapie », « radiothérapie sans tamoxifène » et « tamoxifène et radiothérapie » le taux de récurrence était respectivement 16,8%, 9,3% et 2,8%. Cette étude montre l'importance des compléments de thérapies [24, 27]. En ce qui concerne la chimiothérapie, une méta-analyse faite entre 1995 et 2005 par l'Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) montre que l'administration dans les 6 mois d'une chimiothérapie par anthracyclines diminue de 38% le taux annuel de décès pour les femmes de moins de 50 ans. De plus, pour les cancers hormono-dépendants, il a été montré que l'utilisation de tamoxifène® sur 5 ans réduit le taux de mortalité de 31% [28].

Dans l'étude, deux patientes ont eu une récurrence au bout de 10 et 8 ans. La tumeur était plus agressive chez ses deux patientes. Suite à cette récurrence, elles ont toutes les deux eu une mastectomie totale, pour une patiente, la tumeur présentait une surexpression de la protéine HER2, elle a bénéficié d'une chimiothérapie, radiothérapie et de l'herceptine®. L'autre patiente étant enceinte lors de cette récurrence. Elle a seulement bénéficié de la chirurgie en première intention, le reste du traitement, dont seule la chimiothérapie était renseignée, sera effectuée à la fin de la grossesse. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommandait une mastectomie totale en traitement de référence en cas de récurrence du cancer même si son efficacité n'a pas été montrée. Un nouveau traitement conservateur pourrait être envisagé mais c'est au cas par cas en fonction des caractéristiques de la tumeur [29].

6.5. Conséquences sur la fertilité.

Aucune patiente de l'étude n'a eu recours à l'AMP après son cancer du sein. On pourrait supposer qu'aucune conséquence des traitements est à prévoir. Cependant, une aménorrhée définitive est souvent retrouvée dans 30% des cas dans les 2 ans qui suivent la chimiothérapie chez les femmes de moins de 40 ans [30]. Il est difficile de savoir exactement l'impact de la chimiothérapie sur l'insuffisance ovarienne car beaucoup de facteurs entrent en compte (âge, caractéristique de la population, différents traitements dont l'utilisation de combinaison de produits) [31]. La place de la préservation de la fertilité n'est pas facile dans ce genre de situation. La nécessité d'une stimulation ovarienne est délicate surtout dans les cancers hormono-dépendants et une congélation embryonnaire nécessite d'être en couple ou avoir un projet parental [31]. La préservation ovocytaire peut être proposée en alternative aux femmes seules.

6.6. Grossesse après un cancer du sein.

Une grossesse après un cancer du sein est une situation rare qui concerne 8% des femmes de moins de 35 ans [32]. Le désir de grossesse est partagé entre différents sentiments : l'angoisse de la récurrence et de la transmission de la maladie et le besoin de se sentir à nouveau femme et mère [9].

6.6.1. Impact du cancer sur la grossesse.

D'après l'étude, la moyenne de conception était de 4,75 ans entre la fin du cancer et la grossesse. Après le cancer, un délai entre la fin des traitements et la grossesse est nécessaire. Le taux de récurrence étant plus élevé dans les 2 ans, ceci permet d'éviter une récurrence précoce du cancer [33]. Le délai varie entre 2 et 5 ans selon les études. Clark et Reid ont mis en évidence que des patientes enceintes dans les 6 mois post-traitements avaient un taux de survie à 5 ans de 54% contre 78% pour les patientes qui ont attendu 6 mois à 2 ans. Pour les femmes ayant attendu 5 ans, la survie était de 100% [34]. Cependant, Mignot et al n'ont pas retrouvé de différences significatives entre les patientes qui ont conçu dans les 6 mois par rapport à celles qui ont conçu plus tard [8, 34].

En ce qui concerne le risque physique, deux patientes au cours de l'étude ont développé de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse et en post-partum. Une patiente a été transfusée suite à une anémie sévère à 39 SA. Une patiente a fait une fausse couche entre son cancer et sa dernière grossesse. Une patiente a accouché à 36

SA suite à une rupture prématurée des membranes. Une césarienne a eu lieu suite un échec de déclenchement et une altération du rythme cardiaque fœtal chez une patiente.

Dans la littérature, on retrouve :

- Un risque de fausse couche augmenté. L'étude de Valentga et al montre un risque relatif augmenter de fausse couche de 1,7 par rapport aux femmes n'ayant pas d'antécédent de cancer du sein [34].
- Un taux d'accouchement prématuré augmenté. Une cohorte effectuée par Langagergaard et al en 2005 sur 695 naissances entre 1973 et 2002 montre que dans le groupe 1 correspondant aux femmes ayant eu un cancer avant la grossesse avait un risque relatif d'accouchement prématuré de 1,3 par rapport au groupe témoin soit 4,5% contre 1,3% [35, 36]. Une étude suédoise a conclu au même pronostic en étudiant environ 3 millions d'accouchements sur cette même période à l'aide de la base Swedish Birth Medical Registry, environ 400 naissances après un cancer du sein ont été constatées. Le risque relatif d'un accouchement avant 32 SA est de 3,20, soit 3% contre 1% dans la population générale.
- Un taux d'extraction instrumentale et de césarienne augmenté. Cette même étude a fait le constat que le risque relatif de césarienne en fin de grossesse est de 1,26 et d'extractions instrumentales de 1,43 par rapport à la population générale [36].

Un seul nouveau-né a nécessité une prise en charge pédiatrique car de multiples malformations ont été retrouvées lors du suivi échographique. Pour les deux études précédentes, aucune différence n'a été retrouvée entre le groupe grossesse après cancer du sein et le groupe témoin au niveau des malformations fœtales. Cependant, une étude sur le devenir de 300 enfants nés de mères ayant eu une chimiothérapie montre un risque augmenté de malformations cardiaques rénales et urétrales. Le risque relatif dans cette population est de 1,68 [8].

Comme le risque survient surtout en fin de grossesse, l'équipe suédoise préconise un suivi rapproché en fin de grossesse et lors de l'accouchement. En plus, si la grossesse a lieu moins d'un an après la fin des traitements de chimiothérapie, un suivi échographique régulier est recommandé pour avoir un suivi de la croissance fœtale [8, 36]. Une autre étude recommande un suivi dans une maternité de type 3 afin d'avoir une prise en charge néonatale adaptée si des complications surviennent [10].

Au niveau psychologique, deux patientes ont souhaité voir un psychologue, une autre patiente était très anxieuse mais n'a pas souhaité de suivi. La raison principale était la peur de récurrence du cancer. Cependant, une étude en cours montre que le soutien

proposé à la maternité n'est pas suffisant. Les psychologues de maternité pensent que le cancer ne concerne pas leurs domaines de compétences et ceux de cancérologie de même pour la maternalité [11]. Un axe de l'étude serait de définir des sages-femmes référentes au sein des services pour orienter au mieux les patientes [11]. D'après l'étude « donner la vie après un cancer du sein », l'anxiété est diminuée après la grossesse chez près d'une femme sur deux, accrue pour 13% d'entre-elles, elles sont seulement 44% à avoir consulté soit un psychologue soit un psychiatre [6].

6.6.2. Influence de la grossesse sur le cancer.

Dans l'étude, les deux patientes ayant une récurrence sont celles qui avaient le cancer de moins bon pronostic. La première a eu sa récurrence 6 ans après sa grossesse, 10 ans après la fin de ses traitements et la seconde au cours de la grossesse, 4 ans après la fin du cancer. Aucun décès maternel n'a été constaté. Il est difficile de dire si la rechute est due à la grossesse pour la première patiente.

Une étude menée en France ayant interrogé 316 gynécologues montre que 50% de ceux ci contre indiquent une grossesse après un cancer du sein. La plupart d'entre-eux annoncent ne pas connaître les effets d'une grossesse sur les récurrences du cancer [36]. Toutes les études publiées ne montrent pas d'effet délétère de la grossesse sur le cancer du sein. Clark et al ont retrouvé un taux de survie à 5 ans de 78% pour les cancers de bon pronostic. Valentgas et al ont calculé un risque relatif de décès après une grossesse après un cancer du sein de 0,8. En 1985, Sankila et al ont suivi 91 femmes ayant une grossesse après un cancer du sein, le risque relatif de décès était augmenté pour les femmes n'ayant pas eu de grossesse de 4,8 pour les cancers de bon pronostic, de 6 pour une récurrence locale et 6,5 pour une récurrence étendue. Le pronostic était plus favorable chez les femmes ayant eu une grossesse, ils pensent que le résultat est sûrement dû au « healthy mother effect », les femmes sont enceintes car elles sont en bon état général. L'appariement au groupe témoin aurait dû être fait avec des femmes ayant un même stade tumoral en début de grossesse. L'étude de Gelber et al s'en rapproche. Ils ont apparié les femmes avec des témoins avec des meilleurs pronostics tumoraux, mais là aussi les résultats concluent que la grossesse n'augmente pas le risque de récurrence [8, 34, 36]. L'ensemble des études ne montrent pas d'effet péjoratif mais parfois favorable de la grossesse en terme de survie après le cancer. Cependant, les études étant rétrospectives et faites sur de petits effectifs il faut utiliser les résultats avec prudence. Il n'existe pas d'indication de réaliser une IMG sur le seul antécédent de cancer du sein.

6.7. Allaitement maternel après un cancer du sein.

Au cours de l'étude , le choix de l'allaitement s'est porté pour deux patientes. Une patiente a allaité pour 2 de ses grossesses. Elle a allaité son premier enfant 3 jours et a arrêté rapidement car elle était angoissée. Pour la seconde grossesse, son choix premier était l'alimentation artificielle mais après avoir fait la tétée de bienvenue, elle changea d'avis et allaite pendant 2 mois. Au cours du séjour, une fiche de suivi d'allaitement était consignée dans le dossier et a permis un suivi rigoureux dans la mise en place des tétées. Pour une patiente, l'allaitement a été possible sur un sein et grâce à l'aide d'une sage-femme conseillère en lactation. Aucune récurrence du cancer du sein est notable au moment du recueil des données chez ces patientes.

Une étude réalisée en Alsace en 2014 montre que 90% des professionnels hospitaliers encouragent l'allaitement après un cancer du sein et 80% d'entre-eux pensent que la survie est augmentée après un allaitement [37]. Il y a peu de données sur la possibilité d'un allaitement après un cancer du sein mais celui-ci ne semble pas différent par rapport à une femme qui n'a jamais eu de chirurgie mammaire. Il semble cependant plus difficile à mettre en place. Dans la littérature, 30% des femmes allaitent après un cancer du sein . L'allaitement est possible sur le sein controlatéral dans le cas d'une mastectomie et il y a environ 40% de production lactée lors d'un traitement conservateur [7]. Après une radiothérapie, les patientes sont limitées dans la production de 50% à 34% [37]. D'après Tralins [38], il indique également que l'élasticité du mamelon diminue après les traitements ce qui peut poser des difficultés pour les nouveau-nés lors des tétées. En ce qui concerne l'impact de l'allaitement sur la récurrence du cancer du sein ou sur son effet protecteur, plusieurs études sont contradictoires. Certains auteurs pensent que dans les pays occidentaux et avec un allaitement de courte durée, il n'y a pas de différences significatives entre les femmes ayant allaité et celles qui n'ont pas allaité après leur cancer du sein. Parmi 3 études retrouvées qui défendent cet avis, une cohorte effectuée par Etude Epidémiologique auprès des femmes de la mgEN (E3N) n'a pas trouvé d'effet protecteur de l'allaitement maternel sur 63 000 patientes interrogées. L'étude du IBCSG sur 94 femmes ayant eu un cancer du sein, 27 ont allaité, 25 ont donné le biberon, la méthode n'était pas indiquée pour le reste du groupe, 1 décès a été retrouvé dans le groupe de l'allaitement contre 6 dans le groupe des biberons. Ce qui montre qu'il n'y a pas d'effet préjudiciable de l'allaitement mais une meilleure survie à long terme. Une dernière étude faite avec 20 patientes : 10 ont allaité, les 10 autres non, il y a eu 2 récurrences dans chaque groupe, ce qui tend à montrer que

l'allaitement n'a pas d'effet préjudiciable sur le cancer mais ne protège pas plus d'une récurrence [37, 39]. D'autres études montrent qu'au contraire l'allaitement aurait un effet bénéfique sur le cancer. Une méta-analyse effectuée sur 30 pays montre le RR du cancer du sein diminue de 4% pour 12 mois d'allaitement maternel exclusif. Les résultats sont expliqués par le fait d'une augmentation des cycles anovulatoires, l'excrétion de substances carcinogènes dans le lait et par les modifications histologiques du sein lors de l'allaitement [37, 38].

Même si les résultats des études sont peu concluants sur l'effet de l'allaitement sur le cancer du sein, elles tendent à montrer que celui-ci n'a pas d'effet péjoratif sur l'avenir du cancer. De plus, un allaitement permet de créer un lien avec leurs enfants. C'est pourquoi, il faut encourager les femmes qui souhaitent allaiter et les aider à mettre en place l'allaitement.

6.8. Contraception du post-partum.

Au cours de l'étude, une seule patiente en post-partum a eu la possibilité d'avoir une pilule micro-progestative. Toutes les autres patientes ont soit refusé la pilule, soit celle-ci était contre-indiquée. Une patiente a noté le désir d'avoir un dispositif intra-utérin au cuivre lors de la consultation post-natale.

Les recommandations contre indiquent la contraception hormonale après un cancer du sein qu'elle soit oestroprogestative ou progestative [40]. De ce fait, le choix contraceptif est limité aux méthodes locales : préservatif, capot cervical, spermicide, au DIU au cuivre ou à la stérilisation. La méthode naturelle est à déconseiller car avec les traitements les cycles sont irréguliers et le risque d'échec est plus élevé avec ce moyen de contraception. Le dispositif intra-utérin au cuivre paraît être idéal dans cette situation, il est utilisé par 17% de la population et il a un bon indice de Pearl $<1\%$ [40]. Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel n'est pas recommandé car la seule étude publiée encourage à la prudence [40].

6.9. Place de la sage-femme.

Au sein de l'étude, les sages-femmes n'ont pas suivi les patientes au cours de la grossesse. Elles étaient présentes lors de l'accouchement, lors des séances de PNP et lors du séjour en suite de couche. C'est également une sage-femme conseillère en allaitement maternel qui a été appelée pour rassurer les patientes. La seule étude concernant la place de la sage-femme au cours de la prise en charge d'une patiente ayant un antécédent de

cancer du sein faisait le même constat [10]. Le suivi exclusif de ses patientes par des sages-femmes ne peut pas être recommandé mais leur participation semble être un plus en association avec tous les intervenants de la prise en charge (Obstétricien, Oncologue, Psychologue....).

7. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.

Peu de données sont disponibles sur l'évolution d'une grossesse après un cancer du sein . Ce mémoire a permis une actualisation des informations sur les conséquences du cancer et la prise en charge des patientes dans cette situation. Il permet une complémentarité et un approfondissement des connaissances théoriques afin de répondre aux questions des patientes sur ce sujet et notamment sur l'absence de contre indication à une grossesse après un cancer du sein. De plus, il permet de mettre en évidence l'évolution la prise en charge obstétricale des parturientes avec les connaissances scientifiques du moment.

8. POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE.

L'étude réalisée était rétrospective et monocentrique. C'est pour cela que peu de dossiers ont été retrouvés et qu'il existe un manque de données dans les résultats. Une étude prospective serait plus favorable pour la collecte des informations. En effet, les dossiers étant incomplets, il aurait été possible d'avoir les éléments manquants par un interrogatoire. De plus, un entretien avec les patientes aurait pu aussi renseigner sur le vécu psychologique de la grossesse, surtout chez les femmes qui n'ont pas vu de psychologue, ceci aurait permis de répondre à certaines questions comme le vécu de la grossesse, l'image du corps au cours des différentes étapes de la grossesse et ainsi leur demander leurs avis sur un éventuel suivi particulier comme par exemple des séances de préparation à la naissance centré sur la sophrologie ou la relaxation en lien avec l'acceptation de son corps.

L'effectif peu nombreux de l'étude ne permet pas de généraliser les données à la population. Les résultats obtenus peuvent être comparés à la littérature mais l'échantillon étant petit (n=6), aucune conclusion ne peut être faite. Un travail multicentrique sur plusieurs régions aurait permis d'atteindre un échantillon plus important et de fiabiliser les résultats.

Une patiente a découvert au cours de sa grossesse un nouveau cancer. L'inclusion de cette femme dans l'étude peut entraîner un biais de classement. En effet, différents points de vue modifient les données collectées. D'une part, on peut supposer que la récurrence du cancer survient suite au caractère hormonal de la grossesse et dans ce cas, on peut inclure le dossier à l'étude. D'un autre côté, le délai de 8 ans entre le dernier cancer et celui-ci peut laisser supposer qu'il s'agit d'un autre cancer sans lien avec le précédent. Dans ce cas, la patiente n'entre pas dans les critères de l'étude. Les caractéristiques du cancer étant identiques au premier, le choix de l'inclusion de la patiente dans l'étude s'est porté sur la première supposition.

9. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

Les sages-femmes sont aujourd'hui au cœur du suivi gynécologique de prévention. Une constante augmentation de l'exercice libéral est visible de nos jours. Cependant, des lacunes sont constatées par ces professionnels en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein et l'auto-palpation mammaire. L'étude effectuée par Dabrowiecki V et al montre que sur 31 sages-femmes interrogées, une seule la pratique correctement. La moitié de l'effectif la pratique seulement allongée et seulement 40 % expliquent l'examen aux patientes. Ceci s'explique par le manque de formation des sages-femmes. Par ailleurs, 90% estiment ne pas avoir eu une formation suffisante et 96% aimeraient avoir un atelier de formation sur la palpation mammaire [10].

Beaucoup de femmes n'ont pas fini leur projet de vie après leur cancer. Elles sont dans une phase d'interrogation pendant les traitements. Il faut permettre à tout professionnel médical de pouvoir répondre à leurs interrogations, surtout pour les personnes travaillant dans un réseau périnatal. Une formation complémentaire serait peut-être nécessaire pour les sages-femmes pour approfondir les connaissances sur les grossesses après un cancer du sein, l'allaitement maternel et la contraception postnatale.

Au sein de l'étude, la sage-femme n'est pas présente dans le suivi prénatal. Les grossesses sont suivies dans la totalité par le gynécologue-obstétricien. Aucune donnée dans la littérature ne représente le niveau de risque de la grossesse après un cancer du sein. La seule indication retrouvée sur le site de la HAS explique qu'un cancer du sein au cours de la grossesse est considéré comme un risque B équivalent à un suivi par un gynécologue-obstétricien. La situation des patientes présentant un antécédent peut-elle correspondre à un niveau A2 instaurant un suivi en collaboration avec un médecin spécialisé ? Le suivi de grossesse n'étant pas différent d'une grossesse physiologique

une sage-femme pourrait avoir la possibilité de réaliser les consultations prénatales et d'orienter les femmes vers le professionnel compétent selon les bonnes pratiques cliniques si des facteurs de risques cliniques apparaissaient. De plus, les missions d'information de prévention et d'accompagnement de la sage-femme ne sont plus à démontrer, elle pourrait diriger les EPP pour rassurer la femme sur les questionnements de l'allaitement, par exemple et l'aider dans ses prises de décisions et dans l'instauration d'un projet de naissance. La consultation préconceptionnelle et postnatale veille à une surveillance mammaire avant et après la grossesse, ces deux consultations ne concerneraient pas le suivi par la sage-femme, bien que possiblement effectuées par la sage-femme. De même, aucune étude n'indique dans quel type de maternité doit être suivie une patiente. Pourtant, il est recommandé que ce soit dans un niveau 3. Il est nécessaire d'avoir un suivi méticuleux surtout en fin de grossesse. Si les différents professionnels travaillent en cohésion, la patiente pourrait se diriger vers une maternité de type 1 ou 2 en correspondance avec ses attentes et en fonction de ses facteurs de risque.

Dans l'étude, un manque de données n'a pas pu mettre en évidence l'aspect psychologique du vécu de la grossesse par les femmes ayant un antécédent de cancer, pourtant trois patientes ont eu des troubles psychiques au cours de celle-ci. Une étude en cours sur les enjeux psychologiques d'un cancer diagnostiqué en période périnatale devrait pouvoir nous aider dans le futur à mieux encadrer les patientes [12].

CONCLUSION

Dix à quinze pourcent des femmes en âge de procréer présenteront une grossesse après leur cancer du sein. L'étude réalisée visait à connaître la prise en charge particulière de la grossesse après un cancer du sein au sein d'une maternité de niveau 3, au travers des six cas recensés à la maternité du CHRU de Nancy entre 2002 et 2013. Les grossesses spontanées sont possibles après le cancer. Il convient alors de la débiter après une période de 2 à 5 ans à la fin des traitements. Cette période permet d'éviter les récives précoces du cancer et de mettre en place des traitements complémentaires pour les femmes qui en ont besoin. Le suivi de grossesse ne diffère pas d'une grossesse physiologique. La grossesse n'a pas d'effet néfaste sur le cancer et la survie est même améliorée. Le cancer et ses traitements peuvent entraîner une augmentation des fausses couches, des accouchements prématurés, des anomalies lors du travail et de l'accouchement ou des malformations fœtales c'est pour cela que certains auteurs préconisent un suivi dans une maternité de type 3 rigoureux en fin de grossesse. L'allaitement est possible après un cancer du sein. Il est pratiqué sur le sein controlatéral et plus difficile à mettre en place car une diminution lactée est retrouvée. Il ne modifie pas le pronostic du cancer et aurait un effet protecteur si celui-ci est fait à long cours (>12 mois). Les résultats sont concordants aux données de la littérature. Il a été recensé neuf grossesses spontanées dont huit menées à terme et une fausse couche précoce. Deux patientes ont développé de l'hypertension artérielle, une au cours de la grossesse, l'autre dans le postpartum. Exceptée une césarienne en urgence pour rupture prématurée des membranes à 36SA, tous les accouchements étaient en voie basse spontanée. Un nouveau-né avait de multiple malformation et a eu un suivi pré et postnatal rigoureux. Deux femmes ont décidé d'allaiter leur nouveau-né. Deux récives du cancer ont été retrouvées, une pendant la grossesse, l'autre 6 ans après.

Il reste cependant à définir la place de la sage-femme dans la prise en charge pluridisciplinaire. Elle est présente lors de l'accouchement et des suites de couche mais pas dans le suivi de grossesse. Dans la société actuelle, le nombre de professionnelles libérales s'accroît. Un suivi global est souhaité par les patientes, il serait intéressant de connaître le niveau de risque de ces grossesses pour savoir si, dans le futur, les sages-femmes peuvent réaliser l'accompagnement prénatal en collaboration avec un médecin.

Quand est il des connaissances des professionnels médicaux en ce qui concerne le cancer du sein, la grossesse et l'allaitement au sein de la maternité du CHRU de Nancy ?

Quel serait le point de vu des sages-femmes libérales de Lorraine en ce qui concerne le suivi d'une grossesse après un cancer du sein et la place qu'elles aimeraient avoir au sein de la prise en charge pluridisciplinaire ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National Du cancer. *Les données: épidémiologie du cancer du sein en France métropolitaine: Incidence et mortalité*. [En ligne]. Dossier mis à jour en novembre 2013. [Consulté le 14 décembre 2013]. Disponible sur <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/9-cancer-sein/1-epidemiologie-du-cancer-du-sein-en-france-metropolitaine-incidence-et-mortalite.html>.
2. Institut National Du cancer. *Les données: épidémiologie du cancer du sein en France métropolitaine: Analyse par classe d'âge* [En ligne]. Dossier mis à jour en novembre 2013. [Consulté le 14 décembre 2013]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/9-cancer-sein/3-epidemiologie-cancer-sein-france-metropolitaine-classe-age.html>.
3. INSERM. *Instituts thématiques : institut national de la santé et de la recherche médicale*. [En ligne]. [Consulté le 24 mars 2014] Disponible sur <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-dusein>
4. Abel-Decollogne F, Lesur A, Mallol A, et al. Grossesse après un cancer du sein. 26^Ème journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM). Nov 2004, Nancy, p411-423.
5. Mathelin C, Gairard B, Croce S, Cancer du sein : impact sur le désir de grossesse. *Imagerie de la Femme*. Déc 2009 ;19(4) :247-250.
6. AFACS. Donnez la vie après un cancer du sein, enquête nationale auprès des patientes. *Deuxième journée de formation médicale de l'AFACS*. 4 et 5 fév 2008, Paris, p1-8.
7. Morcel K, Voltzenlogel MC, Lavoue V, et al., Maternité et contraception après cancer du sein traité. *Imagerie de la femme*. Mar 2011 ;21(1) :12-16.

8. Margulies A-L, Berveiller P, Mir O, et al. Grossesse après cancer du sein : mise à jour des connaissances en 2012. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Sept 2012 ;41(5) :418-426.
9. Habbert-buffet NC, Rouzier R, Mathieu D'Argent E, et al. Cancer du sein chez la femme jeune : préservation de la fertilité. *Extrait des mises à jour en gynécologie médicale*. 10 Déc 2010, Paris, p395-413.
10. Dabrowiecki V, Vanlemmens L. Cancer du sein et grossesse : prise en charge et place de la sage-femme dans le diagnostic. *La revue de la sage-femme*. Oct 2010 ;9(6) :264-278.
11. Magnan G, Maternalité et cancer : une influence réciproque. *Profession Sage-femme*. Fév 2014;(202) :42-43.
12. Institut national de la santé et recherche médicale. Cancer du sein : tabagisme passif aussi nocif que l'actif. [En ligne]. Mars 2014. [Consulté le 1er juin 2015]. Disponible sur <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/cancer-du-sein-le-tabagisme-passif-aussi-nocif-que-l-actif>.
13. Rochefort H, Rouëssé J. Rapport cancers du sein, incidence et prévention. *Bulletin Académie Nationale de médecine*. Jan 2008;192(1):161-179.
14. Institut National de la Statistique et des Études Ergonomiques. *Un premier enfant à 28 ans*. [En ligne]. [Consulté le 11 mai 2015]. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419.
15. Haute Autorité de Santé. *Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Note de cadrage*. [En ligne] Avr 2011. [Consulté le 11 mai 2015]. Disponible sur www.has.fr.
16. Samphao S, Wheeler A, Rafferty E et al. Diagnosis of breast cancer in women age 40 and younger : delays in diagnostic result from underuse of genetic testing and breast imaging. *The American Journal of Surgery*. Oct 2009;198(4) :538-543.

17. La ligue contre le cancer. Le dépistage des cancers. [Brochure] Oct 2009. 24p.
18. Muhlstein J, Lamy C, Abel-Decollogne F, et al. Prise en charge diagnostique et thérapeutique d'une néoplasie mammaire. *Vocation sage-femme*. Sept Oct 2011 ;(92):14-19.
19. Muhlstein J, Lamy C, Abel-Decollogne F, et al. Le cancer du sein toujours un enjeu de santé publique. *Vocation sage-femme*. Sept Oct 2011;(92) :11-13.
20. Guendouz H, Chetibi W, Abdelouahab A, et al. Cancer du sein de la femme de moins de 35 ans: étude rétrospective à propos de 612 cas. *Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire, La lettre du sénologue*. Avr Mai Juin 2011 ; (52) :28-33.
21. Ghanem S, Khoyaali S, Naciri S, et al. Une tumeur rare et distincte du sein : le carcinosarcome, à propos de huit cas et revue de la littérature. *The Pan African Medical Journal*. Janv 2013 ;14(127).
22. Lecrubier Aude. Cancer du sein : traitement conservateur versus mastectomie chez la femme jeune. *Medscape France*. [En ligne] Sept 2011.
23. Institut national du cancer. *Les traitements du cancer du sein*. [En ligne] Octobre 2013. Disponible sur www.e-cancer.fr. [Consulté le 01 février 2014].
24. Azoury F, Belaid A, Ghobbel I, et al. *Radiothérapie après traitement conservateur du cancer du sein : vers de nouveau standard?* *Imagerie de la femme*. Mar 2010;10(1) :27-32.
25. Alran S, Rousset-Jablonski C, Particularité du cancer du sein chez la femme jeune. *Réalités en gynécologie-obstétrique*. Nov-Déc 2013 ;21-26.
26. Barthelink H, Horiot JC, Portman PM et al. Impact of a higher radiation dose on local control and survival in breast cancer - serving therapy of early breast cancer: 10 years results of the randomized boost versus non boost. *J Clin Oncol*. 2007;(25)3259-3265.

27. Azria D, Gligorov J, Belkacemi Y, Association de la radiothérapie mammaire adjuvante aux nouvelles molécules dans le cancer du sein : quels risques ? *Vingt huitième journée du SFSPM à Lille*. Nov 2006 ;401-410.
28. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (ECBTCTG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15 year survival : an overview of the randomised trials. *The Lancet*. 2005;(365) : 1687-1717.
29. Lambaudie E, Bannier M, Houvenaeghel G, traitement chirurgical conservateur de la récurrence d'un cancer du sein. In : Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. Trente-troisièmes Journées Nationales du 9 décembre 2009 à Paris. Collège National des Gynécologues et d'Obstétriciens Français (Ed). p365-376.
30. Sebban E, Les particularités du cancer du sein chez la femme jeune. *La lettre du chirurgien*. Oct 2007;(124) :20-21.
31. Blanc B, Conte M, Estrade JP, et al. Fertilité et cancer. Vol 1. 1ère édition. Paris : Springer-Verlag France, Nov 2008, 213p.
32. Blakely LJ, Buzdar AU, Lozada JA, et al. Effects of pregnancy after treatment for breast carcinoma on survival and risk of recurrence. *Cancer*. 2004; (100) :465-469.
33. Averette HE, Mirhashemi R, Moffat FL. Pregnancy after breast carcinoma : the ultimate medical challenge. *Cancer*. Juin 1999 ;85(11) :2301-2304.
34. Mathieu E, Merviel P, Barranger E, et al. Grossesse après cancer du sein revue de la littérature. *La revue Sage-femme*. Fév 2008.;1(2) :90-99.
35. Langagergaard V, Gislum M, Skriver MV, et al. Birth outcome in women with breast cancer. *British Journal of Cancer*. Jan 2006 ;94(1) :142-146.
36. Werkoff G, Morel O, Malartic C, et al. Grossesse après cancer du sein : le point de vue de l'obstétricien. Revue de la littérature. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Oct 2008 ;36(10) :1022-1029.

37. Goetz O, Burgy C, Langer C, et al. Allaitement après cancer du sein : enquête auprès des professionnels de santé hospitaliers en Alsace. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Avr 2014;42(4):234-239.
38. Freund C, Mirabel L, Annane K, et al. Allaitement maternel et cancer du sein. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Oct 2005;33(10):739-744.
39. Étude Epidémiologique auprès des femmes de la mgEN. *Cohorte relation entre allaitement et cancer du sein*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.e3n.fr> [Consulté le 19 mai].
40. Lamy C, Muhlstein J, Abel-decollogne F, et al. Quelle contraception après un cancer du sein ? *Vocation sage-femme*. Sept-Oct 2011;10(92):24-25.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
SOMMAIRE.....	5
ABRÉVIATIONS:.....	7
INTRODUCTION.....	8
1. HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE :.....	13
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :.....	13
3. DESCRIPTION DE L' ÉTUDE.....	14
3.1. LE TYPE D'ÉTUDE	14
3.2. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE, OUTIL MÉTHODOLOGIQUE.....	14
3.3. PARTICIPANTS.....	14
3.4. VARIABLES ÉTUDIÉES.....	15
3.5. STRATÉGIES D'ANALYSE.....	16
3.6. ASPECTS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES.....	16
4. RÉSULTATS.....	17
4.1. DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA POPULATION.....	17
4.2. CARACTÉRISTIQUE DE LA POPULATION CIBLE.....	18
4.2.1. <i>Facteurs de risque du cancer du sein</i>	18
4.2.2. <i>Résumé des facteurs de risques</i>	20
4.3. HISTOIRE DE LA MALADIE.....	20
4.3.1. <i>Découverte du cancer</i>	20
4.3.2. <i>Type et caractéristique du cancer</i>	20
4.3.3. <i>Traitements</i>	21
4.4. GROSSESSE APRÈS CANCER DU SEIN.....	22
4.4.1. <i>Fertilité après cancer du sein</i>	22
4.4.2. <i>Suivi de grossesse</i>	23
4.4.3. <i>Pathologies maternelles et fœtales</i>	23
1 . Pathologies maternelles.....	23
2 . Pathologies fœtales.....	24
4.4.4. <i>Allaitement maternel</i>	24
4.4.5. <i>La contraception postnatale</i> :.....	25
5. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	27
5.1. FERTILITÉ APRÈS LE CANCER DU SEIN.....	27
5.2. DÉSIR ET SUIVI DE LA GROSSESSE.....	27
5.3. ALLAITEMENT MATERNEL APRÈS UN CANCER DU SEIN.....	27
5.4. STATUT DE LA SAGE-FEMME.....	27
6. DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	28
6.1. FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DU SEIN.....	28
6.2. DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR.....	29
6.3. CARACTÉRISTIQUE DE LA TUMEUR.....	30
6.4. TRAITEMENTS.....	31
6.5. CONSÉQUENCES SUR LA FERTILITÉ.....	33
6.6. GROSSESSE APRÈS UN CANCER DU SEIN.....	33

6.6.1. <i>Impact du cancer sur la grossesse</i>	33
6.6.2. <i>Influence de la grossesse sur le cancer</i>	35
6.7. ALLAITEMENT MATERNEL APRÈS UN CANCER DU SEIN.....	36
6.8. CONTRACEPTION DU POST-PARTUM.....	37
6.9. PLACE DE LA SAGE-FEMME.....	37
7. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE	38
8. POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE	38
9. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43
TABLE DES MATIERES	48
ANNEXES	50

ANNEXES

ANNEXE I

Patiente n°15 :						
Renseignements généraux						
âge						
nationalité						
emploi						
situation familiale						
addictions						
BMI						
Les antécédents familiaux						
Maladies héréditaires						
Antécédent de cancer						
Les antécédents personnels						
Antécédent médicaux						
antécédent chirurgicaux						
antécédent gynécologie	PR	durée cycle	FCV	dépistage cancer	type cancer (TNM)	traitements
antécédent obstétricaux	gestité	parité	évolution des grossesses	FCS	I/G	Acct/ SDC
Grossesse actuelle						
délai K/ grossesse						
spontanée/PMA						
désirée						
nombre consultations						
nombre d'échographies						
pathologies maternelles						
pathologies fœtales						
hospitalisation patiente						
consultations en urgence						
traitement au cours de la grossesse						
séance de PNP						
Accouchement						
suite de couche						
Alimentation NRS						
déroulement allaitement						
Suivi de grossesse						
Médecins						
Consultation pluridisciplinaire						
Sages femmes rencontrées						
Psychologues						

Annexe II

Gerdolle Ophélie
12 rue jean godefroy
54230 Neuves-Maisons
gerdolle.ophelie@laposte.net

Mme Erhart
a.erhart@maternite.chu-nancy.fr

Chère Mme Erhart,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en quatrième année. Je vous écris aujourd'hui pour connaître les démarches pour consulter les dossiers afin d'effectuer une étude pour mon mémoire.

Le sujet étant le déroulement de la grossesse après un cancer du sein traité. L'étude serait rétrospective et s'effectuerait au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Mon protocole se base sur une étude de cas. Mes objectifs seraient de savoir si les grossesses sont plus à risque pour la patiente et le nouveau-né, si l'allaitement est toujours possible et par qui s'effectue le suivi la grossesse, si la sage-femme intervient au cours de celle-ci.

Pour cela, il faudrait que je consulte les dossiers sur une quinzaine d'année de 2000 à 2014, sur toutes les grossesses survenues après un cancer du sein traité.

Je vous joins également mon protocole de mémoire.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande, veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Gerdolle Ophélie, étudiante sage-femme.

Annexe III

Version n°__

Formulaire de demande d'exploitation des données du PMSI

Date de la demande 14/08/ 2014

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom :GERDOLLE.....

Prénom : Ophélie.....

Fonction :étudiante sage femme.....

Service hospitalier : école sage femme de Nancy.....

Chef(s) de structures / services :Mr Morel.....

E-mail* : o.morel@maternite.chu-nancy.fr.....

(* adresse interne CHU obligatoire du ou des Chef(s) de structure / services)

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX FICHIERS « P.M.S.I » DEMANDES.....

CHAMPS PMSI : MCO SSR PSY

PERIODES.* (JJ/MM/ANNEE) : Du 01/01/2000 Au 31/12/2014

(*Périodes (<2004) : non exhaustivité des données)

POLE, SERVICE, UM, etc. : ...Pôle de la femme.....

OBJET DE LA DEMANDE : (joindre un mail/courrier de la demande détaillée)

OBJECTIF(S) DE LA DEMANDE :

Retour au dossier

Contact avec le patient

Epidémiologique

Médico-économique

Autres..

FINALITE DE LA DEMANDE :

Thèse, Mémoire...

Recherche, Article...

Administrative

Autres

TYPE DE DONNEES :

1.Données identité Patient
etc.)

Données médicales : (Diagnostic, Actes,

2.Données médico-économiques (Valorisation, GHM, etc.) :

3.Autres.....

DATE D'ENVOI SOUHAITEE : 01/09/ 2014

AUTORISATION CNIL

Non applicable En cours d'obtention Obtenu sous le numéro :

Signature du demandeur

Signature du chef(s) de structures /services

Gerdolle O.

REPONSE DIM

1. Référence requête : ...Date limite de traitement ____/____/ 201__

2. Requête gérée par :

3. Requête adressée à la Commission d'Information Médicale

Grossesses après un cancer du sein: Étude de la prise en charge de 6 patientes au sein de la maternité du CHRU de Nancy entre 2002 et 2013.

Résumé

Aujourd'hui, 10 à 15% des femmes ont une grossesse après leur cancer du sein.

Cette étude était basée sur la description de six dossiers gynécologiques et obstétricaux entre 2002 et 2013 au sein de la maternité du CHRU de Nancy afin de connaître la prise en charge et les conséquences du cancer du sein sur le déroulement d'une grossesse.

Neuf grossesses spontanées ont été recensées après un délai de 4,75 ans. Il y a eu 8 grossesses menées à terme et une fausse couche précoce. Une patiente a présenté de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse, une autre après l'accouchement. Un nouveau-né avait de multiples malformations et a présenté un suivi pré et postnatal rigoureux. L'allaitement maternel a été pratiqué par deux patientes. Du point de vue psychologique, 50% de l'effectif avait des troubles anxieux et 30% dépressifs. Une patiente à haut risque de cancer a fait une rechute au cours de sa grossesse, une autre 6 ans après.

Une grossesse après un cancer du sein est possible. Le suivi des patientes ne diffère pas d'une grossesse physiologique mais est plus rigoureux avec un examen mammaire mensuel au cours de celle-ci et une surveillance étroite en fin de grossesse. La sage-femme n'est pas encore présente lors des consultations prénatales, mais elle intervient au cours des séjours hospitaliers des patientes. Sa place reste encore à définir au sein de la prise en charge multidisciplinaire.

Mots clés : cancer du sein, grossesse, sage-femme

Abstract

Today, 10-15 % of women will get pregnant after breast cancer.

This was a descriptive study from 2002 to 2013. Six gynaecological and obstetrical files were studied. This study's main objective was to explore the effects of cancer and its treatment on pregnancy monitoring and to learn about patient care in maternity hospitals.

Nine spontaneous pregnancies were registered after a 4.75 years period. Apart from a miscarriage, all pregnancies were carried to full term. One patient had high blood pressure during pregnancy, another after childbirth. A newborn had a lot of malformations and submitted a monitoring per and postnatal. Two patients actually breastfed. From a psychological point of view, 50% of the sample suffered of anxious disorders and 30 % were depressive. A patient with a high risk of cancer made a relapse during her pregnancy, another one 6 years after.

Pregnancy is possible after breast cancer. The monitoring of pregnancy was the same as for a physiological pregnancy. Pregnancy requires close monitoring. The midwife isn't present during antenatal care yet, but she is present during patient's hospitalisation. Her place still to be defined within the multidisciplinary management.

Keys word: breast cancer, pregnancy, midwife