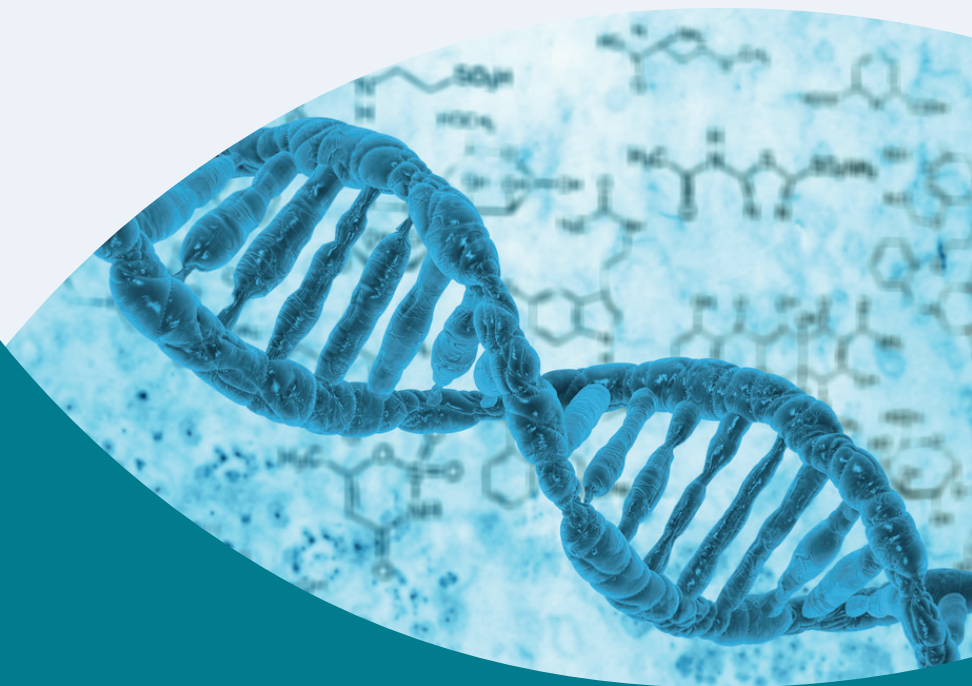




CLINIQUE DES FEMMES À RISQUE CONSEILS DE SUIVI



**INSTITUT
ROI ALBERT II**

CANCÉROLOGIE ET HÉMATOLOGIE
Cliniques universitaires **SAINT-LUC** | **UCL** Bruxelles

BROCHURE
À L'ATTENTION DES PATIENTES
ET DE LEUR FAMILLE

La surveillance mammaire

Le suivi et la surveillance mammaire débutent généralement à partir de 25 ans. Le suivi proposé ci-dessous est indicatif et sera adapté par vos médecins si cela s'avère nécessaire et en fonction des données de la littérature.

Le dépistage sénologique

Un examen clinique semestriel par le gynécologue référent est recommandé ainsi qu'un dépistage radiologique dépendant de votre âge :

Entre 25 et 35 ans : en alternance tous les 6 mois

- IRM mammaire
- Echographie mammaire

Entre 35 et 40 ans : en alternance tous les 6 mois

- IRM mammaire
- Echographie mammaire et incidence de mammographie

Entre 40 et 65 ans : en alternance tous les 6 mois

- IRM mammaire
- Bilan sénologique (mammographie classique et échographie)

A partir de 65 ans :

- Bilan sénologique (mammographie classique et échographie)
- L'intérêt de réaliser une IRM diminue et l'indication est discutée avec le radiologue en fonction de la densité mammaire

Situations particulières : la grossesse et l'allaitement maternel.

Durant la grossesse et l'allaitement, le suivi radiologique semestriel se poursuit, en remplaçant l'IRM par une échographie mammaire. La reprise d'une IRM se fait au minimum 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement. Un examen clinique régulier chez le gynécologue référent est également recommandé.

Remboursement mutuelle : il est nécessaire de fournir à la mutuelle l'annexe 86. Il s'agit d'un document qui sera remis par le médecin référent afin de justifier le remboursement des différents examens radiologiques nécessaires au suivi de Femmes à Risques.

La chirurgie mammaire prophylactique

La chirurgie mammaire prophylactique recommandée est une mastectomie bilatérale avec préservation de l'étui cutané avec ou sans préservation de la plaque aréolo-mamelonnaire et une reconstruction immédiate.

Conditions

- Discussion de l'indication en concertation multidisciplinaire
- Etre porteuse d'une mutation génétique augmentant le risque de développer un cancer du sein (la liste est modifiée selon les recommandations des généticiens)
- Cette option prophylactique doit correspondre à votre souhait personnel
- Bénéficier d'une consultation chez le médecin référent
- Bénéficier d'une consultation chez le chirurgien reconstructeur
- Rencontrer un membre de l'équipe de psycho-oncologie
- Un délai de réflexion de 4 mois vous est demandé entre la première consultation de demande de chirurgie préventive et la réalisation de celle-ci
- Dans de rares situations familiales, le risque de développer un cancer du sein peut être fortement accru même sans qu'une mutation génétique soit mise en évidence. Si le risque cumulé de cancer du sein dépasse les 30%, une chirurgie prophylactique peut également être envisagée après concertation pluridisciplinaire

Les principaux types de reconstruction mammaire

- **Les prothèses mammaires**
- **Les lambeaux autologues :** le DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) Il s'agit du lambeau libre le plus fréquemment utilisé un prélèvement de peau et de graisse au niveau de l'abdomen. En cas d'impossibilité de réaliser un DIEP, il existe des alternatives : SIEP (Superficial Inferior Epigastric Perforator), ou SIEA Superficiel Inferior Epigastric Artery), le lambeau du muscle grand dorsal (moins utilisé) ou le lambeau du muscle gracilis (moins utilisé)
- **Autres :** lipofilling (Injection de graisse)

Surveillance après la chirurgie

La surveillance recommandée après une chirurgie mammaire prophylactique est un examen clinique et une échographie mammaire annuels.

La chirurgie pelvienne prophylactique

A ce jour, il n'existe pas de méthode de dépistage efficace pour le cancer de l'ovaire. La seule attitude préventive est la réalisation d'une annexectomie bilatérale.

Conditions

- Etre porteuse d'une mutation génétique augmentant le risque de développer un cancer de l'ovaire.
- Âge
 - Mutation BRCA1 : l'annexectomie bilatérale doit être réalisée entre 35 et 40 ans
 - Mutation BRCA2 : l'annexectomie bilatérale est recommandée entre 40 et 45 ans, et doit être réalisée à l'âge de 50 ans
 - Autres prédispositions: à discuter en consultation d'oncogénétique
- Absence de désir de grossesse future.
- Bénéficiaire d'une consultation chez le médecin référent.
- Bénéficiaire d'une consultation chez le chirurgien gynécologue.
- Rencontrer un membre de l'équipe de psycho-oncologie.

Types d'interventions

- L'intervention de référence (Gold standard) est l'annexectomie bilatérale (exérèse des ovaires et des trompes)
- Autres chirurgies (qui seront discutées de façon individuelle avec le médecin référent):
 - L'hystérectomie radicale : ablation de l'utérus et des annexes
 - Une chirurgie prophylactique en « deux temps »^{[a][b][c]}:
 - 1ère intervention : ablation des trompes pour diminuer le risque de néoplasie au départ de celles-ci et permettre le maintien d'une fonction ovarienne et donc éviter les effets secondaires liés à une ménopause précoce. Une grossesse par FIV reste possible.
 - 2ème intervention : ablation des ovaires pour compléter la 1ère intervention et réduire au maximum le risque oncologique de cancer de l'ovaire.

[a] E. Leblanc and al. Radical Fimbriectomy : a reasonable temporary risk-reducing surgery for selected women with a germ line mutation of BRCA 1 or 2 genes? Rationale and preliminary development. *Gynecology Oncology*. 2011 Jun 1;121(3):472-6
[b] JS Kwon and al. Prophylactic salpingectomy and delayed oophorectomy as an alternative for BRCA mutation carriers. *Obstetric Gynecology*. 2013. Jan ;121(1) :14-24.
[c] D. Nebgen and al. Bilateral salpingectomy with delayed oophorectomy for ovarian cancer risk reduction: A pilot study in women with BRCA1/2 mutation. *Gynecologic Oncology* 150 (2018) 79-84.

Surveillance après la chirurgie

La surveillance après la chirurgie prophylactique pelvienne est une consultation annuelle chez le gynécologue traitant.

Traitement hormonal de substitution après la chirurgie

Ce traitement peut être envisagé si :

- Vous présentez des symptômes liés à la ménopause induite chirurgicalement.
- Vous n'avez pas d'antécédent personnel de néoplasie mammaire.
- Vous n'avez pas de contre-indication à un traitement hormonal (embolie pulmonaire, thrombose...).

Ce traitement ne semble pas augmenter le risque de cancer si la durée n'excède pas 5 ans.

Cette option thérapeutique reste un choix personnel.

Recommandations et Référentiels de l'Institut national du Cancer en France. 2017

Contraception

Les stérilets au cuivre ainsi que les stérilets hormonaux sont généralement conseillés aux patientes porteuses d'une mutation génétique.

Cependant, une contraception oestro/progestative ou progestative quel que soit son mode d'administration ne constitue pas une contre-indication pour les patientes porteuses d'une mutation génétique si celles-ci sont indemnes de cancer et ce pour une durée limitée.

Les contre-indications et les règles de prescription seront les mêmes que pour les patientes qui ne sont pas porteuses d'une mutation génétique.

Recommandations et Référentiels de l'Institut National du Cancer en France. 2017



Fertilité

Procréation médicalement assistée (PMA)

En cas de situation d'infertilité chez une patiente présentant une mutation génétique, la prise en charge et les traitements médicaux par le service de PMA seront les mêmes que ceux proposés aux patientes n'ayant pas de mutation génétique.

Diagnostic préimplantatoire (DPI)

Si vous le souhaitez, lors d'un projet de grossesse par fécondation in vitro, il est techniquement possible de détecter la présence d'une mutation génétique sur les embryons.

Cette méthode consiste à réaliser chez l'embryon un diagnostic à la recherche d'une mutation génétique présente chez l'un des deux parents. Pour ce faire, une consultation de génétique et une mise au point complémentaire seront nécessaires. Le DPI est réalisé sur des embryons âgés de 5 jours. Seuls les embryons n'ayant pas la mutation détectée seront réimplantés secondairement dans la cavité utérine.

En pratique :

Vous avez la possibilité de bénéficier d'une consultation éclairée auprès des gynécologues référents de l'Unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) afin d'obtenir toutes les informations nécessaires.

Contacts utiles

Secrétariat des consultations

- Femmes à risque : +32 2 764 19 92, -1 route 387
- Génétique : +32 2 764 67 74, -1 route 430
- Gynécologie : +32 2 764 18 18, -1 route 401
- Oncologie : +32 2 764 19 92, -1 route 387
- Chirurgie Plastique et Reconstructrice : +32 2 764 14 72, -1 route 413

Imagerie Médicale

- Echographie et mammographie : +32 2 764 29 13, -2 route 610
- IRM mammaire : +32 2 764 29 25, -2 route 506

Psychologues

- Groupe sein : +32 2 764 60 23 et +32 2 2 764 12 79
- Groupe pelvis : +32 2 764 12 78
- Groupe génétique : +32 2 764 67 74

Notes personnelles

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



INFORMATIONS

INSTITUT ROI ALBERT II

NOUVEAU PATIENT :

+32 2 764 12 00

www.institutroi-albertdeux.be



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

SUIVEZ-NOUS SUR



Éditeurs responsables : Martine Berlière / Clinique du Sein
François Duhoux / Clinique du Sein
Photos : Shutterstock

Cliniques universitaires Saint-Luc

Avenue Hippocrate, 10 – 1200 Bruxelles

www.saintluc.be

© Cliniques universitaires Saint-Luc

Vous souhaitez vous inspirer de cette brochure ? Merci de nous contacter préalablement.