



#Cancer

Journée mondiale du Cancer du sein

19 Octobre 2024

Table des matières

EDITORIAL	3
LE CANCER DU SEIN AU CAMEROUN : UN DEFI DE SANTE PUBLIQUE	4
RESUMES DE REVUES SYSTEMATIQUES	5
1. La prise de décision partagée aide-t-elle les femmes à décider de participer ou non au dépistage du cancer du sein ?.....	5
2. La mastectomie avec conservation de l'étui cutané est-elle une procédure chirurgicale efficace et sûre pour le traitement du cancer du sein ?.....	7
3. Interventions en matière d'exercice physique pour les adultes atteints d'un cancer et recevant une radiothérapie sans traitement anticancéreux supplémentaire	8
4. Thérapies systémiques dans la prévention ou le traitement des symptômes musculo-squelettiques induits par les inhibiteurs de l'aromatase dans le cancer du sein au stade précoce	10
5. La réduction de la densité mammaire après une thérapie endocrinienne comme indicateur du risque de cancer du sein.....	12
6. Chirurgie oncoplastique conservatrice du sein chez les femmes atteintes d'un cancer du sein d'un cancer primitif du sein.....	14
7. L'irradiation partielle dans le cancer du sein au stade précoce.....	16
8. Programmes de perte de poids pour les survivantes de cancer du sein en surpoids et obèses: quels sont leurs bénéfices et leurs risques, et aident-ils les survivantes à vivre plus longtemps ?.....	17

Ce document a été préparé par Cochrane Cameroun pour mettre à la disposition des **professionnels de la santé** des données probantes sur la prévention et la prise en charge du cancer du sein. Bonne lecture

EDITORIAL

Chaque année, le 19 octobre marque la Journée mondiale du cancer du sein, dans le cadre du mois de sensibilisation au cancer du sein, appelé Octobre Rose. La célébration de cette journée vise à sensibiliser au dépistage précoce, à la prévention et à l'amélioration des soins pour les femmes atteintes de cancer du sein. En 2024, elle sera un moment essentiel pour poursuivre la promotion de la santé féminine et mettre en avant les progrès dans la recherche sur le traitement du cancer.

Dans les pays en développement, l'OMS accorde une importance particulière à l'amélioration de l'accès aux soins et au dépistage précoce en 2024, où les infrastructures médicales sont souvent inadéquates. D'après l'OMS, environ 70 % des cas de cancer du sein se produisent dans les pays à faible revenu, en particulier en Afrique subsaharienne. L'initiative de 2024 fait partie de la Stratégie mondiale de lutte contre le cancer (2020-2030), qui a pour objectif de diminuer de 25 % les décès prématurés causés par les cancers évitables d'ici 2030.

2. Dépistage et prévention : Selon l'OMS, il est recommandé de mettre en place des programmes de dépistage organisés, notamment pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, en utilisant des mammographies régulières, afin de diminuer la mortalité due au cancer du sein. Cependant, il est compliqué de mettre en pratique ces recommandations dans des pays tels que le Cameroun en raison de la vulnérabilité des systèmes de santé et des infrastructures médicales.

3. Sensibilisation et éducation : La sensibilisation et la formation jouent un rôle essentiel dans la campagne de 2024. L'OMS travaille en collaboration avec des partenaires locaux afin de favoriser l'auto-examen et les consultations médicales régulières, ainsi que de former les professionnels de santé aux dernières avancées en matière de détection et de traitement.

4. Une implication globale : Dans le cadre de la Journée mondiale du cancer du sein 2024, l'OMS incite les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les communautés à s'engager dans la lutte contre le cancer du sein en mettant en œuvre des actions de sensibilisation, des campagnes de dépistage gratuits et en mettant en œuvre des politiques de santé publique appropriées.

Pourquoi cette synthèse a-t-elle été produite?

Afin de proposer des données probantes à jour sur la prévention et le traitement du cancer du sein.

Qu'est-ce qu'une revue systématique ?

Un résumé d'études qui répond à une question clairement formulée et qui utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et juger de manière critique les études pertinentes. Les données de différentes études sont extraites et peuvent être analysées ensemble grâce aux techniques de méta-analyses.

LE CANCER DU SEIN AU CAMEROUN : UN DEFI DE SANTE PUBLIQUE

Au Cameroun, le cancer du sein est l'une des principales préoccupations de santé publique, avec une augmentation constante du nombre de cas détectés chaque année. De nombreux travaux et rapports mettent en évidence la gravité de la situation et mettent en évidence les difficultés liées au dépistage précoce, au traitement et à la sensibilisation.

L'incidence du cancer du sein au Cameroun

D'après les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le cancer du sein est le plus courant chez les femmes au Cameroun, représentant environ 19,2 % de tous les cancers féminins dans le pays. Selon le Registre des cancers du Cameroun (Cameroun Cancer Registry), environ 2 500 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année.

Défis liés au dépistage précoce

Au Cameroun, le dépistage précoce du cancer du sein est restreint, en raison d'un manque d'accès aux infrastructures médicales et d'une faible prise de conscience de l'importance de l'auto-examen et des mammographies régulières. Selon une enquête réalisée par Tebeu et ses collègues (2018), il a été constaté que moins de 15 % des femmes vivant en milieu rural pouvaient se faire dépister pour le cancer du sein, en raison des frais élevés et du manque de structures spécialisées.

Accès aux soins et traitement

Les difficultés rencontrées dans le traitement du cancer du sein au Cameroun incluent le manque de centres spécialisés en oncologie. Selon une étude du Ministère de la Santé publique du Cameroun (2021), il a été constaté un manque d'équipements de radiothérapie et de personnel qualifié dans les principales villes du pays, ce qui a conduit certains patients à rechercher des soins à l'étranger.

Projets de sensibilisation

Devant ces difficultés, diverses ONG locales et internationales s'engagent activement à informer les femmes sur le dépistage précoce du cancer du sein. Chaque année, des initiatives comme "Pink October" sont lancées afin de motiver les femmes à se faire dépister et à adopter des comportements favorables à la prévention du cancer.

RESUMES DE REVUES SYSTEMATIQUES

I. La prise de décision partagée aide-t-elle les femmes à décider de participer ou non au dépistage du cancer du sein ?

Principaux messages

La prise de décision partagée pourrait aider les femmes à se sentir moins incertaines ou à éprouver moins de regrets en contribuant à faciliter le processus de décision concernant le dépistage du cancer du sein. Cependant, il est important de noter que notre compréhension de la manière dont elle pourrait affecter les décisions de dépistage des femmes est incomplète.

Qu'est-ce que la prise de décision partagée ? On parle de prise de décision partagée lorsqu'un médecin et un patient travaillent ensemble pour choisir les meilleurs soins. Ils discutent des différentes options, des avantages et des inconvénients, et de ce qui est important pour le patient. Ils utilisent des outils tels que des brochures ou des guides en ligne (aides à la décision) pour fournir des informations claires et décider ensemble.

Pourquoi la prise de décision partagée est-elle importante pour le dépistage du cancer du sein ? Le dépistage du cancer du sein permet de sauver des vies et de réduire les problèmes de santé pendant le traitement. Cependant, il pourrait parfois donner des résultats erronés ou conduire à un traitement trop lourd. Lorsque les femmes et les médecins font des choix ensemble, ils peuvent prendre des décisions éclairées et qui correspondent aux valeurs des femmes.

Qu'avons-nous voulu découvrir ? Nous voulions savoir si la prise de décision partagée pouvait aider les femmes à se sentir plus satisfaites, plus confiantes et mieux informées lorsqu'elles décident de participer ou non au dépistage du cancer du sein.

Comment avons-nous procédé ? Nous avons inclus des études qui ont examiné la manière dont la prise de décision partagée influence les femmes qui font des choix concernant le dépistage du cancer du sein. Nous avons choisi des études qui comparaient certains ou tous les aspects importants de la prise de décision partagée avec les soins de routine. Nous avons évalué le niveau de confiance des résultats sur la base de facteurs tels que les méthodes d'étude et les tailles.

Qu'avons-nous trouvé ?

Nous avons examiné 19 études portant sur 64 215 femmes. Les femmes ont reçu des informations sur les avantages et les inconvénients du dépistage du cancer du sein. La plupart des études ont utilisé des outils pour fournir ces informations. Six études ne prévoyaient pas de discussion avec un professionnel de la santé et 11 études ne prenaient pas en compte les valeurs et les préférences de la femme. Les études ont suivi les femmes pendant une courte période, généralement de un à trois mois, et ont été menées aux États-Unis, en Europe, en Australie et en Iran. La plupart des études ont été financées par le gouvernement ou les écoles, et certaines par des groupes privés.

Prise de décision partagée impliquant toutes les composantes clés

Deux études ont inclus des discussions avec des professionnels de santé et ont pris en compte leurs valeurs et leurs préférences. D'après une seule étude, la prise de décision partagée pourrait ne pas avoir d'incidence sur les connaissances des femmes concernant le moment du dépistage et la fréquence du dépistage, mais les résultats sont incertains. Deux études n'ont pas examiné les critères de jugement tels que la satisfaction des femmes à l'égard du processus de décision partagée, la confiance dans les choix de sélection, le respect des décisions, la participation active à la prise de décision, la communication efficace avec les médecins ou l'évolution de la santé mentale.

Formes abrégées de prise de décision partagée avec clarification des valeurs et des préférences

Six études ont utilisé des outils de prise de décision et pris en compte les valeurs et les préférences, mais n'ont pas inclus de conversations avec un professionnel de la santé. Ce type de prise de décision partagée pourrait permettre aux femmes de se sentir plus confiantes et mieux informées de leurs choix, même si cela n'a pas d'incidence sur l'anxiété ou l'inquiétude liée au cancer. Ces études n'ont pas examiné les critères de jugement tels que la satisfaction des femmes à l'égard du processus de prise de décision partagée, le respect des décisions, la participation active à la prise de décision ou la communication efficace avec les médecins.

Amélioration de la communication sur les risques sans autres composantes de la prise de décision partagée

Onze études ont fourni aux femmes des informations sur les options possibles ainsi que sur les avantages et les inconvénients, mais n'ont pas inclus de conversation avec un professionnel de la santé ni pris en compte les valeurs et les préférences des femmes. Ce type de prise de décision partagée aide les femmes à se sentir mieux informées de leurs choix, mais il n'est pas certain qu'il augmente la confiance en soi. Il n'a pas d'effet sur l'anxiété ou la dépression, mais il réduit les inquiétudes liées au cancer. Ces études n'ont pas examiné les critères de jugement tels que la satisfaction des femmes à l'égard du processus de prise de décision partagée, le respect des décisions, la participation active à la prise de décision ou la communication efficace avec les médecins.

Quelles sont les limites des données probantes ?

Bien qu'il y ait eu de nombreuses études portant sur un total de plus de 60 000 femmes, les études ont utilisé des approches différentes pour examiner la prise de décision partagée, ont présenté les données sous des formats variés et n'ont pas examiné les critères de jugement considérés comme importants dans notre revue. Ces différences nous ont empêchés de combiner les informations dans certains cas pour obtenir des résultats clairs. De plus, certaines études présentaient des problèmes au niveau de leurs méthodes. Par conséquent, nous ne pouvons pas être certains des conclusions de cette revue.

Dans quelle mesure ces informations sont-elles à jour ?

Les informations sont valables jusqu'en août 2023.

Référence : Riganti P, Ruiz Yanzi MV, Escobar Liquitay CM, Sgarbossa NJ, Alarcon-Ruiz CA., Kopitowski KS, Franco JVA. Shared decision-making for supporting women's decisions about breast cancer screening. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 5. Art. No.: CD013822. DOI: 10.1002/14651858.CD013822.pub2.

2. La mastectomie avec conservation de l'étui cutané est-elle une procédure chirurgicale efficace et sûre pour le traitement du cancer du sein ?

Quel est l'objectif de cette revue ?

Nous avons examiné les données probantes concernant la technique chirurgicale appelée mastectomie avec conservation de l'étui cutané (MCEC) (qui consiste à enlever le tissu mammaire, y compris le sein et l'aréole (peau entourant le mamelon), mais à préserver toute la peau recouvrant le sein) par rapport à la mastectomie conventionnelle (qui consiste à enlever la peau recouvrant le sein, y compris le mamelon et l'aréole).

Principaux messages : Nous avons constaté que la MCEC ne diffère pas nécessairement de la mastectomie classique en ce qui concerne le risque de récurrence du cancer dans la région du sein uniquement (récurrence locale), la probabilité de mourir d'un cancer du sein (survie globale) ou le risque de complications après l'intervention chirurgicale. Les complications post-opératoires évaluées comprenaient la perte de reconstruction mammaire (lorsque le lambeau ou l'implant de reconstruction mammaire doit être retiré chirurgicalement en raison de complications), la nécrose cutanée, l'infection locale, l'hémorragie (saignement), la qualité de vie et les résultats esthétiques. Les résultats de cette revue reposent sur 14 revues et la plupart d'entre elles sont probablement biaisées en raison de défauts dans leur plan d'étude.

Qu'est-ce que la mastectomie avec conservation de l'étui cutané ?

La mastectomie conventionnelle pour cancer du sein est une intervention chirurgicale qui consiste à retirer l'ensemble du tissu mammaire, la peau qui recouvre le sein et le complexe mamelon-aréole. Le risque de retour du cancer dans la paroi thoracique (site de la mastectomie) après ce type de chirurgie est d'environ 2,3 % après 20 ans. La tentative d'amélioration des résultats cosmétiques a conduit à l'utilisation de la mastectomie épargnant la peau comme alternative à la mastectomie conventionnelle. En préservant autant que possible la peau du sein, on laisse un minimum de tissu mammaire, ce qui procure une plus grande satisfaction psychologique et donne l'impression d'une moindre blessure. La MCEC est utilisé pour le traitement du cancer du sein depuis une vingtaine d'années.

Que voulions-nous découvrir ?

Nous voulions savoir si la MCEC était aussi efficace pour traiter le cancer du sein que la mastectomie conventionnelle et évaluer si les taux de complications chirurgicales étaient différents.

Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché des études comparant la MCEC à d'autres types de mastectomies pour le traitement du cancer du sein. Nous avons comparé et résumé les résultats des études et évalué notre confiance dans les données probantes sur la base de facteurs tels que les méthodes et la taille des études.

Qu'avons-nous trouvé ?

Nous avons trouvé 14 études de cohortes (études longitudinales qui suivent des personnes dans le temps) portant sur 12 283 opérations chirurgicales au cours

desquelles 3183 personnes ont subi une MCEC et 9100 une mastectomie conventionnelle.

Les personnes ayant subi une MCEC ou une mastectomie conventionnelle pourraient présenter des caractéristiques similaires :

- risque de réapparition du cancer après l'opération (1 étude)
- survie (2 études)
- risque de complications globales (4 études)
- risque de retrait du lambeau de reconstruction mammaire ou de l'implant en raison de complications (3 études).
- risque de nécrose cutanée (4 études)
- risque d'infection (2 études)
- risque d'hémorragie (4 études)

Cependant, les données probantes sont très floues.

D'après une étude, il ne semble pas y avoir de différence en termes de jugement esthétique entre la MCEC avec reconstruction mammaire immédiate par rapport à la mastectomie conventionnelle et à la reconstruction mammaire différée. Une étude a évalué la qualité de vie. L'étude suggère que la satisfaction des patientes, l'activité sociale, les aspects physiques et l'état général sont similaires chez les personnes ayant subi une MCEC suivie d'une reconstruction mammaire et chez celles ayant subi une mastectomie sans reconstruction mammaire.

Quelles sont les limites des données probantes ?

Les études trouvées étaient pour la plupart rétrospectives. Cela signifie que les participants ont été choisis des années après leur opération et interrogés sur leurs expériences après l'opération, ce qui pourrait avoir introduit un biais dans les études de recherche. Sur les 14 études, deux ont commencé au moment de l'intervention chirurgicale.

Les personnes ayant subi une mastectomie conventionnelle sont probablement différentes de celles qui ont subi une MCEC. La plupart des études n'ont pas tenu compte de ces différences entre les groupes lors de l'analyse des données.

Ces données probantes sont-elles à jour ?

Les auteurs de la revue ont recherché les revues qui avaient été publiées jusqu'en août 2019.

Reference: Mota BS, Bevilacqua JLB, Barrett J, Ricci MDesidério, Munhoz AM, Filassi JR, Baracat EChada, Riera R. Skin-sparing mastectomy for the treatment of breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 3. Art. No.: CD010993. DOI: 10.1002/14651858.CD010993.pub2.

3. Interventions en matière d'exercice physique pour les adultes atteints d'un cancer et recevant une radiothérapie sans traitement anticancéreux supplémentaire

Qu'est-ce que la radiothérapie ?

La radiothérapie est un traitement qui administre de fortes doses de rayonnement à une partie spécifique du corps afin de tuer les cellules cancéreuses. Une personne sur deux atteinte d'un cancer subira une radiothérapie. Certaines personnes reçoivent uniquement

un traitement par radiothérapie, tandis que d'autres reçoivent une radiothérapie combinée à d'autres traitements contre le cancer qui affectent l'ensemble du corps (chimiothérapie, immunothérapie ou hormonothérapie). Les effets indésirables de la radiothérapie affectent généralement la partie du corps où les rayons sont administrés, mais il pourrait aussi y avoir des symptômes qui affectent l'ensemble du corps. Ces effets indésirables peuvent entraîner une réduction de l'activité physique, des performances physiques et de la qualité de vie. Il existe des données probantes selon lesquelles les personnes atteintes d'un cancer qui font de l'exercice sont moins susceptibles de mourir du cancer ou d'autres causes, moins susceptibles de voir leur cancer réapparaître et moins susceptibles de subir les effets indésirables du traitement du cancer.

Que voulions-nous découvrir ?

Nous avons voulu savoir si l'exercice physique pouvait contribuer à améliorer les critères de jugement suivants chez les personnes atteintes d'un cancer et recevant uniquement une radiothérapie.

- Fatigue, qualité de vie, performance physique, effets psychosociaux (tels que la dépression), survie globale, retour au travail, mesures anthropométriques (telles que le poids), effets indésirables.

Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché dans les bases de données de la littérature médicale électronique des essais contrôlés randomisés (ECR) portant sur des personnes atteintes d'un cancer de tous types et de tous stades qui recevaient une radiothérapie seule. Les ECR éligibles ont assigné de manière aléatoire certains participants à recevoir un type quelconque d'intervention par l'exercice physique en plus des soins standard, et d'autres aux soins standard seuls. Nous avons exclu les interventions portant sur la physiothérapie seule, les programmes de relaxation ou les programmes combinant l'exercice et, par exemple, des restrictions alimentaires.

Nous avons comparé les résultats des études et évalué notre confiance dans les données probantes, sur la base de facteurs tels que les méthodes et la taille des études.

Qu'avons-nous trouvé ?

Nous avons inclus trois études portant sur 130 personnes atteintes d'un cancer du sein ou de la prostate. Les groupes d'exercice ont participé à un programme d'exercice supervisé trois à cinq fois par semaine pendant cinq à huit semaines. Les interventions comprenaient un échauffement, des exercices d'aérobic et une récupération après l'exercice.

Nous avons analysé les différences entre les groupes d'exercices et les groupes témoins en ce qui concerne les valeurs des critères de jugement après la radiothérapie. Nous n'avons pas pu comparer les différences entre les groupes en ce qui concerne l'évolution des valeurs des critères de jugement entre avant et après la radiothérapie, car les études ne fournissaient pas suffisamment d'informations pour cette comparaison. Pour certains critères de jugement (fatigue, performance physique, qualité de vie), il y avait déjà des différences entre les groupes d'exercice et les groupes témoins au début des études.

L'exercice pourrait améliorer la fatigue et avoir peu ou pas d'effet sur la qualité de vie. L'exercice pourrait améliorer les performances physiques, mais les résultats sont très incertains. Il est possible que l'exercice n'ait que peu ou pas d'effet sur les effets psychosociaux, mais nous sommes très incertains quant aux résultats. Deux études n'ont signalé aucun effet indésirable de l'exercice. Aucune étude n'a mesuré nos autres critères de jugement d'intérêt.

Les programmes d'exercice chez les personnes atteintes d'un cancer et recevant une radiothérapie seule pourraient apporter certains bénéfices, mais les données probantes à ce sujet sont insuffisantes. En raison du manque de données probantes, nous n'avons pas pu détecter ni exclure des différences claires dans les critères de jugement.

Quelles sont les limites des données probantes ?

Nous avons peu ou très peu confiance dans les données probantes car les résultats sont basés sur un petit nombre d'études qui ont recruté très peu de personnes, car les personnes ayant participé à deux études savaient dans quel groupe elles se trouvaient, et car les données probantes se concentrent sur une population spécifique alors que la question à laquelle nous voulions répondre était plus large. De nouvelles recherches sont susceptibles de modifier nos résultats.

Les données probantes sont-elles à jour ?

Les données probantes sont à jour au 26 octobre 2022.

Référence: Trommer M, Marnitz S, Skoetz N, Rupp R, Niels T, Morgenthaler J, Theurich S, von Bergwelt-Baildon M, Baues C, Baumann FT. Exercise interventions for adults with cancer receiving radiation therapy alone. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 3. Art. No.: CD013448. DOI: 10.1002/14651858.CD013448.pub2.

4. Thérapies systémiques dans la prévention ou le traitement des symptômes musculo-squelettiques induits par les inhibiteurs de l'aromatase dans le cancer du sein au stade précoce

Quel était l'objectif de la revue ?

L'hormonothérapie par inhibiteurs de l'aromatase est utilisée dans le traitement d'un type de cancer du sein précoce (à récepteurs hormonaux positifs) chez les femmes après la ménopause. Les inhibiteurs de l'aromatase (IA) provoquent des effets secondaires, notamment des douleurs et des raideurs articulaires et musculaires (symptômes musculo-squelettiques des inhibiteurs de l'aromatase), qui pourraient amener certaines femmes à arrêter de prendre leurs inhibiteurs de l'aromatase, et potentiellement aggraver leur survie. L'objectif de cette revue Cochrane était d'examiner si les thérapies systémiques (traitements qui atteignent les cellules dans tout le corps en passant par la circulation sanguine) peuvent prévenir ou traiter les symptômes musculo-squelettiques induits par les IA. Les auteurs ont collecté et analysé toutes les études pertinentes pour répondre à cette question.

Principaux messages

On ne sait pas vraiment si les thérapies systémiques améliorent, aggravent ou ne font pas de différence sur la douleur ou la qualité de vie des femmes prenant des inhibiteurs de l'aromatase. La plupart des données probantes étaient de très faible qualité. Il était très

difficile de savoir si les thérapies systémiques pour les symptômes musculo-squelettiques induits par les IA étaient sûres.

Qu'étudie cette revue ?

Nous avons examiné les études de recherche portant sur les thérapies systémiques, qui comprennent les médicaments, les vitamines et les médecines complémentaires et alternatives, pour voir si elles pouvaient prévenir ou traiter les douleurs et raideurs articulaires et musculaires des femmes prenant des inhibiteurs de l'aromatase. Nous avons inclus les essais de thérapies systémiques comparées à un placebo (traitement factice), ou à des traitements standard. Les femmes traitées par des inhibiteurs de l'aromatase pour un cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs au stade précoce ont été incluses. La plupart des études portaient sur le traitement de symptômes musculo-squelettiques induits par les IA.

Les critères de jugement étudiés comprenaient l'évolution de la douleur, de la raideur, de la force des mains (force de préhension), la sécurité et les effets secondaires des traitements étudiés, le nombre de femmes continuant à prendre leurs inhibiteurs de l'aromatase, la qualité de vie des femmes, le nombre de femmes ayant développé des douleurs musculaires et articulaires à cause de leurs inhibiteurs de l'aromatase, et la survie.

Quels ont été les principaux résultats de cette revue ?

Après avoir collecté et analysé toutes les études pertinentes, nous avons trouvé 17 études avec 2034 femmes incluses. Différents nombres de femmes ont été impliqués dans ces études, allant de 37 à 299. Quatre études ont examiné les traitements systémiques pour prévenir les douleurs articulaires et musculaires dues aux inhibiteurs de l'aromatase ; 13 études ont examiné les traitements systémiques pour traiter ces symptômes. Dix études ont été réalisées aux États-Unis, trois en Chine, deux en Australie, une en Italie et une au Brésil. Dans de nombreuses études, le nombre de femmes était faible, ce qui a pu rendre difficile la détection de petites différences. Certaines études présentaient un risque de biais. D'autres problèmes sont dus au fait que plusieurs études n'avaient pas publié toutes les informations concernant les ingrédients du traitement ou leurs résultats, de sorte que certaines données n'étaient pas disponibles pour l'examen ou l'analyse. En outre, les études ont utilisé de nombreux types de traitement différents, et il n'était pas approprié de combiner leurs résultats dans l'analyse.

Études de prévention de symptômes musculo-squelettiques induits par les IA

Il n'est pas clair si l'une de ces études a trouvé un effet positif ou négatif sur la douleur, et sur le nombre de femmes qui ont développé des symptômes musculo-squelettiques induits par les IA en raison de la très faible qualité des données probantes. Les traitements systémiques pourraient avoir peu ou pas d'effet sur la force de préhension, la qualité de vie ou sur les femmes qui continuent à prendre leurs inhibiteurs de l'aromatase (données probantes de faible qualité). Aucune de ces études ne s'est intéressée à la raideur.

Études sur le traitement de symptômes musculo-squelettiques induits par les IA

Il n'est pas clair si l'une de ces études a trouvé un effet positif ou négatif sur la douleur, la raideur et la qualité de vie des femmes en raison de la très faible qualité des données probantes. Les traitements systémiques n'entraînent probablement que peu ou pas de changement sur la force de préhension chez les femmes atteintes de symptômes musculo-squelettiques induits par les IA (données probantes de faible qualité). Aucune de ces études ne s'est intéressée au nombre de femmes qui continuaient à prendre des inhibiteurs de l'aromatase ou qui développaient de symptômes musculo-squelettiques induits par les IA, ni à leur survie.

Tolérance

Nous ne savons pas si les thérapies systémiques pour des symptômes musculo-squelettiques induits par les IA sont sûres car les données probantes sont très incertaines. Il n'y a pas eu d'effets secondaires graves. Un traitement, la duloxétine, a entraîné une augmentation des effets secondaires chez les femmes, et un traitement, l'étoricoxib, a fait l'objet d'une alerte de sécurité pendant l'essai. La durée du suivi des femmes pour de nombreuses études était courte. Les données concernant la sécurité doivent être interprétées avec prudence.

Cette revue est-elle à jour ?

La dernière recherche d'études (publiées et en cours) dans cette revue a eu lieu en septembre 2020 dans les bases de données spécifiées et en mars 2021 dans le registre spécialisé du groupe Cochrane sur le cancer du sein.

Référence : Roberts KE, Adsett IT, Rickett K, Conroy SM, Chatfield MD, Woodward NE. Systemic therapies for preventing or treating aromatase inhibitor-induced musculoskeletal symptoms in early breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 1. Art. No.: CD013167. DOI: 10.1002/14651858.CD013167.pub2.

5. La réduction de la densité mammaire après une thérapie endocrinienne comme indicateur du risque de cancer du sein

Quelle est la question ?

Le cancer du sein est un cancer commun et engendre des décès fréquents chez les femmes dans le monde entier. Le panel de traitement du cancer du sein comprend la thérapie endocrinienne. La thérapie endocrinienne peut également être utilisée pour prévenir le cancer du sein chez les femmes pour lesquelles aucun cancer du sein n'a été diagnostiqué. Elle aiderait les médecins et leurs patients à comprendre si certaines patientes sont susceptibles de bénéficier davantage d'une thérapie endocrinienne que d'autres. La structure du sein est susceptible de changer après une thérapie endocrinienne. Ces changements structurels sont visibles lorsque les femmes passent une mammographie (radiographie du sein). Ils se manifestent par une diminution de la surface de tissu blanc (densité du sein) sur la mammographie. Nous avons voulu savoir si la réduction de la densité mammaire après une thérapie endocrinienne peut aider à déterminer l'efficacité de ce dernier.

Problématique de la revue

Nous avons recherché les études publiées précédemment. Nous avons évalué si une réduction de la densité mammaire après avoir reçu une thérapie endocrinienne était

associée à de meilleurs résultats. Pour les femmes n'ayant pas de cancer du sein, il s'agissait de déterminer si celles dont la densité mammaire était moindre étaient moins susceptibles de développer un cancer du sein. Pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, il s'agissait de savoir si celles dont la densité mammaire diminuait davantage étaient moins susceptibles de mourir d'un cancer du sein.

Caractéristiques des études

Nous avons effectué la recherche le 3 août 2020. Nous avons inclus les études portant sur des femmes adultes atteintes d'un cancer du sein si ce dernier avait été diagnostiqué à un stade précoce et pouvait être traité par thérapie endocrinienne (cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs). Nous avons inclus les médicaments souvent utilisés en pratique (tamoxifène et inhibiteurs d'aromatase). Nous avons trouvé une grande variété d'études. Les études variaient en termes de planification et de caractéristiques des femmes incluses dans les études, ainsi qu'en termes de mesure de la variation de la densité mammaire.

Principaux résultats

La plupart des études ont rapporté un risque réduit de cancer du sein après une thérapie endocrinienne chez les femmes ayant subi une réduction de la densité mammaire par rapport aux femmes n'ayant pas subi de réduction. Les données probantes sont un peu plus solides pour le médicament tamoxifène.

- Deux études ont rapporté sur la réduction de la densité mammaire après la prise de tamoxifène et du risque de décès par cancer du sein. Les résultats sont basés sur 172 femmes décédées d'un cancer du sein. Dans l'ensemble, le niveau de confiance des données probantes était faible.

- Deux études ont examiné si le cancer du sein revenait après un traitement au tamoxifène. Les méthodes d'étude et le niveau de confiance des résultats de ces deux études ont suscité des inquiétudes. Dans l'ensemble, le niveau de confiance des données probantes était très faible.

- Une étude a examiné le traitement par un inhibiteur de l'aromatase et le risque de retour du cancer du sein. L'ampleur de l'effet est très incertaine car l'étude ne comptait que 175 femmes. Le niveau de confiance des données probantes était très faible en raison du risque potentiel de biais de l'étude.

- Une étude a examiné si le cancer du sein revenait localement ou à distance de la tumeur d'origine. Il y avait un risque de biais dans les rapports et une incertitude quant à la taille de l'effet. Le niveau de confiance des données probantes pour les deux critères de jugement était très faible.

- Deux études ont examiné le risque pour les femmes atteintes d'un cancer du sein d'être diagnostiquées plus tard avec un nouveau cancer du sein, par exemple dans le sein opposé. Il y avait un risque de biais dans les rapports et une incertitude quant à la taille de l'effet. Le niveau de confiance des données probantes était très faible.

- Une étude a pris en compte les femmes qui n'avaient pas eu de cancer du sein auparavant et qui avaient reçu du tamoxifène. Les résultats étaient basés sur 51 femmes

qui ont développé un cancer du sein. Dans l'ensemble, le niveau de confiance des données probantes était faible.

- Une étude a examiné si l'effet bénéfique du tamoxifène pouvait s'expliquer par une diminution de la densité mammaire. Certains éléments de données probantes le confirment, mais l'intensité de l'effet est incertaine. Les résultats étaient basés sur 51 femmes qui ont développé un cancer du sein après avoir reçu du tamoxifène. Le niveau de confiance des données probantes était faible.

Dans l'ensemble, nous avons trouvé certaines données probantes suggérant que la modification de la densité mammaire après un traitement au tamoxifène est une information utile pour aider à déterminer l'efficacité du médicament à l'avenir.

Cependant, la force de cet effet est très incertaine. Cela s'explique par le petit nombre de femmes dans les études, le nombre relativement faible d'études pour chaque critère de jugement et les limites de nombreuses études, comme la façon dont la modification de la densité mammaire a été mesurée. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour aider à évaluer ces questions.

Qualité des données probantes

Dans l'ensemble, nous avons évalué le niveau de confiance des données probantes disponibles comme étant faible ou très faible.

Référence : Atakpa EC, Thorat MA, Cuzick J, Brentnall AR. Mammographic density, endocrine therapy and breast cancer risk: a prognostic and predictive biomarker review. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 10. Art. No.: CD013091. DOI: 10.1002/14651858.CD013091.pub2.

6. Chirurgie oncoplastique conservatrice du sein chez les femmes atteintes d'un cancer du sein d'un cancer primitif du sein

Contexte

La chirurgie traditionnelle du cancer du sein à un stade précoce est la chirurgie mammaire conservatrice (CMC), qui vise à conserver la plus grande partie possible du sein. Pour les femmes présentant des tumeurs importantes par rapport à la taille de leurs seins, il peut être difficile de conserver le sein tout en s'assurant que toute la tumeur est enlevée, ce qui pourrait nécessiter une mastectomie. La partie la plus importante du traitement chirurgical du cancer du sein est l'élimination de tout le cancer. Ces dernières années, les techniques de chirurgie mammaire oncoplastique ont été utilisées pour conserver le sein tout en éliminant le cancer du sein en appliquant les principes de la chirurgie plastique, ce qui donne de meilleurs résultats esthétiques. La chirurgie oncoplastique conservatrice du sein pourrait également se traduire par une meilleure satisfaction des patientes et une meilleure qualité de vie.

Traditionnellement, les chirurgiens préservent le tissu mammaire en retirant la masse cancéreuse (CMC) ou en procédant à une reconstruction immédiatement après une mastectomie. La chirurgie oncoplastique conservatrice du sein consiste à enlever le cancer et soit à déplacer/ajuster le tissu mammaire restant autour (déplacement de volume), soit à faire venir du tissu d'ailleurs pour combler le défaut après l'ablation du cancer du sein (remplacement de volume). Il existe de nombreuses techniques qui relèvent de la chirurgie oncoplastique conservatrice du sein et que nous avons

énumérées en détail dans d'autres parties de la revue ; cependant, toutes sont similaires dans leur principe.

Problématique de la revue

Nous avons examiné les données probantes des effets de la chirurgie oncoplastique conservatrice du sein (c'est-à-dire l'ablation d'une partie du tissu mammaire, suivie de la reconstruction du sein restant, soit en mobilisant le tissu mammaire (mammoplastie ou déplacement de volume), soit en apportant le tissu d'un autre endroit (reconstruction mammaire partielle ou remplacement de volume)) par rapport à d'autres CMC (c'est-à-dire l'ablation de la tumeur dans le sein sans qu'il soit nécessaire d'ajuster le sein) ou à la mastectomie (c'est-à-dire l'ablation de tout le tissu mammaire, avec ou sans reconstruction). Nous avons étudié l'effet sur les critères de jugement liés au cancer (récidive locale, survie sans maladie et survie globale), la qualité de vie et les résultats esthétiques chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Caractéristiques des études

Les données probantes sont à jour jusqu'en août 2020. Nous avons inclus 78 études portant sur 178 813 patientes atteintes d'un cancer du sein. Nous avons réparti les études entre celles qui comparaient la chirurgie oncoplastique conservatrice du sein à la CMC standard, la chirurgie oncoplastique conservatrice du sein à la mastectomie seule et la chirurgie oncoplastique conservatrice du sein à la mastectomie avec reconstruction. Certaines études ont contribué à plus d'une comparaison.

Principaux résultats

Il semble que la chirurgie oncoplastique conservatrice du sein ait donné lieu à des taux similaires de récurrence locale (c'est-à-dire de retour du cancer dans le même sein) et de survie sans maladie (absence de tout cancer du sein après le traitement initial) par rapport à la CMC, et qu'il ait été moins nécessaire de procéder à une seconde ré-excision chirurgicale (qui pourrait s'avérer nécessaire si la tumeur n'est pas entièrement retirée lors de la première opération). La chirurgie oncoplastique conservatrice du sein pourrait entraîner davantage de complications et de biopsies dans les années qui suivent l'intervention, par rapport à la CMC. Il semble que la chirurgie oncoplastique conservatrice du sein puisse donner une meilleure satisfaction à la patiente et une meilleure appréciation du chirurgien pour l'aspect du sein, mais les données probantes à cet égard sont de mauvaise qualité et, en raison du manque de données numériques, il n'a pas été possible de mettre en commun les résultats de différentes études.

Il n'a pas été possible de conclure si les critères de jugement en matière de récurrence locale et de survie sans maladie pour la chirurgie oncoplastique conservatrice du sein étaient similaires à ceux de la mastectomie avec ou sans reconstruction, car il n'y avait pas beaucoup d'études de bonne qualité. Il semble que la chirurgie oncoplastique conservatrice du sein présente moins de complications que les opérations impliquant une mastectomie.

En pratique, la décision de choisir la chirurgie oncoplastique conservatrice du sein doit être prise dans le cadre d'une décision partagée avec le chirurgien, en discutant des risques et des bénéfices potentiels.

Niveau de confiance des données probantes

Le niveau de confiance des données probantes dans cette revue était très faible. Ces études présentaient plusieurs défauts méthodologiques. Les différences entre les groupes quant au stade du cancer et aux autres traitements anticancéreux utilisés pourraient avoir influencé les résultats. Ceci est susceptible d'avoir un impact sur les résultats, et des recherches futures sont nécessaires pour approfondir le sujet.

Reference: Nanda A, Hu J, Hodgkinson S, Ali S, Rainsbury R, Roy PG. Oncoplastic breast-conserving surgery for women with primary breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 10. Art. No.: CD013658. DOI: 10.1002/14651858.CD013658.pub2.

7. L'irradiation partielle dans le cancer du sein au stade précoce

Quelle est la question ?

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme.

Les femmes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui choisissent de conserver leur sein doivent subir une radiothérapie (RT) ainsi qu'une intervention chirurgicale afin s'assurer qu'il ne réapparaisse pas. La RT est un traitement par rayons X à haute énergie. Une RT pour un cancer du sein consiste environ de 15 à 30 visites dans le service de RT, cinq fois par semaine.

Si un cancer du sein resurgit dans le même sein (on parle de récurrence locale), il a tendance à revenir dans la zone où il a été retiré. Les femmes peuvent également développer un nouveau cancer (« primitif ») dans une autre région du même sein. Nous ne sommes pas sûrs que la RT délivrée sur la zone du cancer initial (dans le but d'empêcher sa réapparition) puisse prévenir le développement de cancers primitifs ailleurs.

En quoi est-ce important ?

L'objectif est de traiter la plus petite zone possible par RT car cela engendre moins d'effets secondaires. Le fait de ne traiter qu'une partie du sein implique que l'on pourra renouveler si besoin la RT dans une autre partie du même sein. Grâce aux nouvelles méthodes de RT, le traitement d'une partie du sein peut se faire avec moins de traitements. Cela est plus facile pour les femmes et moins coûteux.

Qu'avons-nous comparé ?

Nous nous sommes demandés si l'irradiation d'une partie du sein (appelée irradiation partielle du sein (IPS)) était aussi efficace que l'irradiation du sein entier. L'IPS peut être délivrée pendant une durée plus courte (dite irradiation partielle accélérée du sein (IPAS)).

Pour que ce traitement soit acceptable, il devrait pouvoir contrôler la progression du cancer au même titre que la RT conventionnelle du sein. L'IPS devrait également engendrer des effets secondaires et un aspect du sein comparables au traitement de l'ensemble du sein.

Qu'avons-nous trouvé ?

Nous avons trouvé neuf études qui portaient sur 15 187 femmes. Les données probantes sont à jour jusqu'au 27 août 2020. Après IPS/IPAS, la récurrence locale est probablement

légèrement augmentée (données probantes de qualité modérée) et l'aspect du sein (relevé par les médecins et les infirmiers) est moins conservé (données probantes de qualité modérée). Il y a probablement peu de différences de survie (données probantes de haute qualité). La fibrose tardive (modification de l'aspect et de la sensation du sein après irradiation) est probablement augmentée après l'IPS/IPAS. Il y aurait peu de différences dans les décès liés au cancer du sein et dans la propagation du cancer du sein dans le reste du corps, après la délivrance d'une IPS/IPAS. L'IPS/IPAS ne modifierait pas le nombre de femmes nécessitant une mastectomie (ablation du sein entier) en raison d'effets secondaires tardifs graves ou d'une récurrence locale.

Que signifient nos résultats ?

Cela signifie qu'à l'heure actuelle, l'IPS ne permet pas de lutter contre le cancer du sein comme le traitement de l'ensemble du sein, cependant la différence est minime. Cela pourrait entraîner des effets secondaires plus graves. Il y a sept grandes études en cours qui seront importantes pour répondre à cette question. Nous espérons avoir une réponse plus claire dans la prochaine mise à jour de cette revue.

Reference: Hickey BE, Lehman M. Partial breast irradiation versus whole breast radiotherapy for early breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 8. Art. No.: CD007077. DOI: 10.1002/14651858.CD007077.pub4.

8. Programmes de perte de poids pour les survivantes de cancer du sein en surpoids et obèses: quels sont leurs bénéfices et leurs risques, et aident-ils les survivantes à vivre plus longtemps ?

Qu'est-ce qu'un poids santé ?

L'indice de masse corporelle (IMC) évalue si les personnes ont un poids santé par rapport à leur taille. Un IMC de 18 à 25 indique un poids sain, un IMC supérieur à 25 indique une surcharge pondérale et un IMC supérieur à 30 indique l'obésité.

Cancer du sein et poids : Les personnes ayant un IMC supérieur à 25 risquent davantage de développer une récurrence de leur cancer du sein. L'obésité peut également affecter la qualité de vie (bien-être) des personnes et peut entraîner des maladies graves et mortelles, notamment le diabète de type 2, les maladies coronariennes et les accidents vasculaires cérébraux. Après un traitement réussi contre le cancer du sein, il est conseillé aux personnes ayant un IMC supérieur à 25 de perdre du poids.

Perdre du poids : La méthode la plus courante pour perdre du poids consiste à réduire le nombre de calories consommées et à augmenter l'activité physique. Une alimentation saine et réduite en calories et une activité physique régulière pourraient être associées à un soutien psychosocial. Certains programmes de perte de poids comprennent les trois éléments.

Pourquoi avons-nous réalisé cette revue Cochrane ?

Nous voulions identifier les programmes de perte de poids les plus efficaces pour aider les survivantes du cancer du sein en surpoids et obèses à perdre du poids ; et savoir si les programmes avaient des avantages ou des effets indésirables.

Comment avons-nous procédé ?

Nous avons recherché des études qui évaluaient les programmes de perte de poids chez les survivantes d'un cancer du sein survenu à un stade précoce qui avaient un IMC supérieur à 25 et aucune preuve que leur cancer avait récidivé. Nous avons recherché des études contrôlées randomisées, dans lesquelles les programmes que les personnes recevaient étaient décidés au hasard. Ce type d'étude fournit généralement les données probantes les plus fiables des effets d'un programme.

Nous voulions savoir comment les programmes de perte de poids affectaient:

- la durée de vie des gens ;
- si leur cancer du sein avait récidivé ;
- le délai avant la récurrence du cancer ;
- combien de personnes sont décédées ;
- le poids du corps ;
- les mesures du tour de taille ;
- la qualité de vie des personnes (bien-être) ; ou
- la survenue d'effets indésirables.

Date de recherche : nous avons inclus des études publiées jusqu'en juin 2019.

Ce que nous avons trouvé : Nous avons trouvé 20 études pertinentes portant sur 2028 femmes. Les études ont comparé la participation à un programme de perte de poids à la non-participation à un tel programme, mais recevant des soins habituels, à un traitement placebo (factice), à un autre type de programme d'amaigrissement, à des informations écrites ou à l'inscription sur une liste d'attente. Tous les programmes comprenaient des changements de régime alimentaire ; certains combinaient ces changements avec de l'exercice physique ou un soutien psychosocial, ou les deux.

La plupart des études ont été menées aux États-Unis. Les programmes de perte de poids ont duré de deux semaines à deux ans ; les personnes qui y participaient étaient suivies pendant trois mois à 36 mois après le début de leur programme.

Aucune de ces études n'a rapporté de résultats concernant la durée de vie des personnes, le temps écoulé avant que leur cancer ne récidive ou le nombre de décès. Peu d'études ont rapporté l'effet des programmes de perte de poids sur la récurrence du cancer du sein.

Quels sont les résultats de notre revue ?

Par rapport à celles qui ne participent pas à un programme de perte de poids, les survivantes du cancer du sein ayant un IMC supérieur à 25 qui participent à un tel programme pourraient:

- perdre plus de poids ;
- avoir une réduction plus importante de leur tour de taille et de leur IMC
- améliorer leur bien-être.

La participation à un programme de perte de poids n'a pas causé plus d'effets indésirables.

Les programmes combinant régime alimentaire et exercice physique ou soutien psychosocial, ou les deux, semblaient réduire davantage le poids et le tour de taille que les programmes basés sur les seuls changements alimentaires.

Notre confiance dans ces résultats

Notre confiance dans ces résultats est généralement faible. Nous avons identifié des limites dans la manière dont certaines études ont été conçues et menées, et les personnes qui y ont participé et celles qui les ont évaluées savaient qui avait reçu quels traitements, ce qui aurait pu affecter les résultats des études.

Conclusions : Les programmes de perte de poids pourraient aider les survivantes du cancer du sein en surpoids et obèses à perdre du poids, à réduire leur IMC et leur tour de taille, et pourraient améliorer leur qualité de vie, sans augmenter les effets indésirables. Nous n'avons pas trouvé de données probantes suggérant s'ils pouvaient aider les gens à vivre plus longtemps ou à retarder le retour du cancer du sein. Nous avons besoin de plus d'études pour savoir quels sont les programmes de perte de poids les plus efficaces pour aider les survivantes du cancer du sein à perdre du poids, et si cela les aide à vivre plus longtemps.

Reference: Shaikh H, Bradhurst P, Ma LX, Tan SY, Egger SJ, Vardy JL. Body weight management in overweight and obese breast cancer survivors. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 12. Art. No.: CD012110. DOI: 10.1002/14651858.CD012110.pub2.

Autres sources:

Cameroun Cancer Registry, Statistiques annuelles sur les cancers, 2021.

Ministère de la Santé publique du Cameroun, Rapport annuel sur la santé publique, 2021.

ONG Pink Hope Cameroun, Rapport annuel sur la campagne Pink October, 2023.

Organisation mondiale de la santé, Rapport sur les cancers dans les pays en développement, 2023.

Organisation mondiale de la santé, Rapport sur les cancers en Afrique, 2022.

Organisation mondiale de la santé, Stratégie mondiale de lutte contre le cancer, 2020-2030.

Disponible sur : [OMS](#)

Tebeu, Pierre-Martin, et al., Access to breast cancer screening in Cameroon, *Journal of Women's Health*, 2018.

Document produit par:

Cochrane Cameroon
Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Téléphone fixe: +237 242 081 919 Email: camer.cdbpsh@gmail.com
site web: www.cdbph.org Yaoundé Cameroun