

Intérêt de la palpation mammaire pendant la grossesse : rôle de la sage-femme dans le dépistage du cancer du sein et la prise en charge des pathologies mammaires

Julie Flenghi

▶ **To cite this version:**

Julie Flenghi. Intérêt de la palpation mammaire pendant la grossesse : rôle de la sage-femme dans le dépistage du cancer du sein et la prise en charge des pathologies mammaires. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887790

HAL Id: hal-01887790
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887790

Submitted on 4 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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-theses-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 Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Intérêt de la palpation mammaire pendant la grossesse

Rôle de la Sage-Femme dans le dépistage du cancer du sein et la prise en charge des pathologies mammaires



Mémoire présenté et soutenu par

Julie FLENGHI

Promotion 2009

Directrices du mémoire : Madame Valérie Denis

Madame Murielle Bertrand

Expert : Docteur Thierry Routiot

SOMMAIRE

Préface……..5

Introduction……6

<u>Partie 1</u> : Caractéristiques des cancers associés à la grossesse……7

1. **Epidémiologie des cancers du sein associés à la grossesse……8**
2. **Facteurs de risque des cancers du sein …….10**
3. **Les impératifs à un dépistage précoce……...14**

<u>Partie 2</u> : Evaluation des pratiques professionnelles des Sages-Femmes de Meurthe-et-Moselle et étude rétrospective de 30 dossiers à la MRAP……...17

1. **Présentation de la première étude……...18**
2. **Deuxième étude : enquête rétrospective à la MRAP……..30**

<u>Partie 3</u> : Synthèse, analyse et discussion…….32

1. **Généralités, analyse et solutions envisageables……..33**
2. **Les recommandations……...53**
3. **La formation……..54**
4. **L'autopalpation…….……55**

Conclusion……...57

Bibliographie……...58

TABLE DES MATIERES…….61

Annexe 1 ……..I

Annexe 2 ……VIII

PREFACE

Nous exerçons, pour la plupart des personnes, le « plus beau métier du monde », et cela reflète en grande partie la réalité. N'est-il pas merveilleux en effet d'accompagner les futures mères à ce moment précis de leur vie, moment où se mêlent tellement de sentiments contradictoires tels que : l'anxiété, la joie mais surtout le bonheur…

Peu de personnes connaissent l'émotion que cela procure d'assister à la mise au monde d'un enfant : être à ses côtés lors de sa première inspiration, le tenir un instant dans ses bras, et l'instant d'après le reposer sur le ventre de sa mère pour le laisser évoluer et grandir.

C'est pour tous ces moments de satisfaction que je suis convaincue d'avoir fait le bon choix. Pourtant, notre métier ne se limite pas à cette situation idyllique et certaines « fausses notes » viennent ternir ce tableau, et notamment parmi elles, l'annonce d'un cancer de sein durant la grossesse.

Le sein est indissolublement lié à l'image que la femme a de son corps ; il exprime son identité sexuelle mais c'est aussi un organe de communication avec son enfance, son partenaire et parfois son médecin. C'est l'organe de l'ambiguïté : paradoxalement qualifié d'organe sexuel secondaire, il est investi d'un exceptionnel symbolisme qui donne à son exploration une charge émotionnelle particulière.

La grossesse, censée être une période heureuse et protégée de la vie d'une femme, une période où elle s'épanouie, où elle est en totale harmonie avec son bébé perd alors tout son sens. La découverte d'une lésion suspecte vient amener une image de mort là où normalement la vie est plus forte.

C'est ce paradoxe qui m'a interpellée. En tant que profession médicale, nous sommes amenés à rencontrer de telles situations au cours de notre carrière et comme le dit le célèbre proverbe, « il vaut mieux prévenir que guérir ».

Dans cette situation, la prévention passe par la palpation mammaire, examen de dépistage un peu trop souvent oublié au cours de la grossesse au profit du fœtus.

Introduction

On pourrait penser que l'association « cancer du sein et grossesse » est un phénomène rare. Or, jusqu'à 4% des cancers du sein sont découverts à cette occasion et une grossesse sur 3500 est concernée [1]. Si l'on rapproche ce chiffre aux 783500 naissances comptabilisées en France métropolitaine en 2007 [2], on mesure rapidement l'ampleur du problème. Parallèlement à cela, le taux de fécondité n'a jamais été aussi élevé au cours de ces dernières décennies ; les femmes font de plus en plus d'enfants et de plus en plus tard [3]. L'âge étant le principal facteur de risque de ce type de cancer, s'ajoute ainsi le problème des maternités tardives.

Le cancer du sein a une forte incidence en France, en constante augmentation depuis les années 70 [4]. Les progrès constatés en matière de dépistage, de traitement et de prise en charge contribuent à améliorer la survie relative (plus de 85% de survivants cinq ans après le diagnostic), mais ne compensent pas complètement l'augmentation de l'incidence. Pour tenter de limiter ce phénomène, il faut une meilleure prévention et donc un meilleur dépistage. Celui-ci est parfaitement intégré pour les populations âgées de plus de 50 ans avec la mise en place du dépistage organisé dans les quatre départements de Lorraine depuis 2003 [5] ; il l'est beaucoup moins pour la population plus jeune. Pourtant ce dépistage passe par un examen tout simple : la palpation mammaire. Elle peut paraître au premier abord anodine mais est très performante si elle est bien réalisée, et n'est en aucun cas contre-indiquée par la grossesse.

En premier lieu, nous nous attarderons sur quelques notions d'épidémiologie afin de situer le problème. Nous rappellerons les facteurs de risque d'un cancer du sein et l'importance du dépistage pendant la grossesse.

Puis, une première étude menée en Meurthe-et-Moselle sur les pratiques professionnelles des Sages-Femmes tentera de faire le point sur les connaissances et les besoins des Sages-Femmes en matière de formation sur la palpation mammaire. Une seconde étude, rétrospective, permettra un parallèle intéressant entre la pratique déclarée et la pratique avérée.

Enfin, une discussion permettra de synthétiser les données, de poser les connaissances et d'ouvrir des perspectives pour l'avenir.

<u>Partie 1</u> : Caractéristiques des cancers du sein associés à la grossesse

1. EPIDEMIOLOGIE DES CANCERS DU SEIN ASSOCIES A LA GROSSESSE

1.1. Le cancer du sein

Avec 42000 nouveaux cas par an en France, le cancer du sein occupe le premier rang des cancers féminins (22% de l'ensemble des cancers) et est responsable de 11000 décès par an [1].

Dans la plupart des pays industrialisés, il constitue la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. C'est un véritable problème de Santé Publique. Un diagnostic précoce est, au côté des avancées thérapeutiques significatives récentes, un élément clef permettant d'améliorer le pronostic.

Les données relatives à l'incidence du cancer du sein en France montre une augmentation de près de 100% depuis la fin des années 70 à nos jours [1]. La région Lorraine est classée au quatrième rang en ce qui concerne la surmortalité par cancer. La mortalité prématurée y est significativement supérieure à la moyenne nationale. Les tumeurs représentent la deuxième cause de décès dans la région [5].

1.2. Association cancer et grossesse

1.2.1. Epidémiologie et définition

Le cancer du sein est le seul cancer pour lequel une aggravation est reconnu pendant la grossesse, avec une surmortalité de 10 à 15 % à cinq ans [6]. C'est le cancer le plus fréquent pendant la grossesse.

Si 13% des cancers du sein surviennent chez des femmes de moins de 45 ans, entre 0,2% et 3,8% de l'ensemble des cancers du sein surviennent pendant la grossesse ou l'allaitement [1]. Une grossesse sur 3500 est associée à un cancer du sein [7].

Par définition, on parle de cancer du sein associé à la grossesse quand celui-ci survient pendant la grossesse, l'allaitement et l'année suivant l'accouchement.

1.2.2. Caractéristiques des cancers rencontrés durant la grossesse

Les types histologiques de cancers rencontrés sont ceux que l'on observe en dehors de la gravidité avec une prédominance très large du carcinome canalaire infiltrant (75 à 90%), suivis des carcinomes lobulaires infiltrants.

Les carcinomes inflammatoires restent rares (1,5 à 4% des cas).

Les formes intracanalaires pures sont exceptionnelles.

Les tumeurs sont souvent de haut grade, avec des emboles vasculaires et lymphatiques fréquents, de plus grande taille et avec un taux d'atteinte ganglionnaire élevé (56 à 67%). Les études [1] ont montré que les tumeurs du sein associées à la grossesse ou à l'allaitement sont diagnostiquées à un stade plus avancé que des cas contrôles, et le plus souvent n'expriment ni les récepteurs hormonaux (environ 70% des tumeurs sont négatives pour les récepteurs aux oestrogènes RO et à la progestérone RP) ni HER2/neu.

Les signes cliniques sont:

- une masse découverte par la patiente,
- un écoulement sanglant,
- un érythème diffus.

2. FACTEURS DE RISQUE DES CANCERS DU SEIN

Ils sont de plusieurs ordres et peuvent se cumuler

Les statisticiens expriment ces facteurs de risque par la notion de risque relatif (RR) qui est un facteur multiplicateur du risque de base de la population générale, lequel est par définition égal à un.

On distingue trois groupes à risque :

Groupe à haut risque RR>4	**Groupe à risque modéré RR 2 à 4**	**Groupe à risque faible RR 1 à 2**
Antécédents personnels ou familiaux de mastopathie proliférative atypique	ATCD familiaux de cancer du sein unilatéral post-ménopausique	Consommation d'alcool
ATCD personnels de cancer du sein	1ère grossesse tardive ou nulliparité	1ères règles avant 12 ans
Syndrome de prédisposition familiale au cancer du sein	Obésité post ménopausique	THS ???
ATCD familiaux de cancer du sein bilatéral et/ou pré-ménopausique	ATCD personnels de cancer de l'ovaire ou de l' endomètre	Niveau socio-économique élevé
	Mastopathie proliférative bénigne	Facteurs alimentaires
	ATCD d'irradiation	

Tableau 1 : cancer du sein et groupes à risque [8]

2.1. Le sexe féminin

2.2. L'âge

L'incidence de ce type de cancer suit une courbe ascendante aboutissant à un plateau à partir de 50-60 ans.

L'âge médian au diagnostic est de 61 ans.

Il est rare avant 30 ans mais près de 25% des cas incidents surviennent avant l'âge de 50 ans [1].

2.3. Le risque familial

C'est l'un des plus important, le plus fréquemment retrouvé et le plus anciennement connu [8].

Le risque maximum est représenté par l'existence chez une femme de la famille d'un cancer du sein bilatéral, avec un RR > 4. L'existence d'un cancer chez une parente au premier degré (sœur, mère ou fille) confère un RR de 2 à 3. Ce risque diminue à 1,5 environ en cas de lien de parenté du second degré (cousine, grand-mère ou tante).

Le risque familial est d'autant plus élevé que la maladie s'est déclarée de façon plus précoce chez la parente. Une femme sur 150 serait porteuse d'un ou plusieurs gènes de prédisposition familiale au cancer du sein, lui conférant dès lors un risque cumulé proche de 80 % à 80 ans. Ainsi le RR conféré par une ou plusieurs mutations du BRCA1 (Breast CAncer) est de 10.

2.4. Le risque histologique

Il est représenté par l'existence d'une mastopathie à risque : le RR maximum (>4) est représenté par un antécédent personnel de cancer du sein. Un antécédent de mastopathie de type hyperplasie épithéliale atypique (canalaire ou lobulaire) aggrave le RR d'un facteur 2 à 4.

2.5. Le risque hormonal

Il correspond à de multiples facteurs, endogènes ou exogènes.

2.5.1. Les facteurs endogènes

Une puberté précoce, une ménopause tardive, une nulliparité, une pauciparité ou une première grossesse tardive constituent chacune une situation à RR compris entre 1,5 et 2. L'explication classique reposait sur le schéma selon lequel les oestrogènes favoriseraient la prolifération tissulaire mammaire et exposeraient donc à un risque tumoral, tandis que la progestérone aurait un rôle protecteur, ce qui rendait compte de l'augmentation du risque dans ces situations où existait une « fenêtre oestrogénique ». Ce schéma, bien qu'ayant l'avantage de la simplicité est actuellement très controversé.

L'âge de la ménopause

Le risque augmente avec l'âge de survenue de la ménopause. Chaque année de retard dans l'installation de la ménopause s'associe à une augmentation de 3 à 4% du risque.

L'âge des premières règles

Le risque augmente avec la précocité de la survenue des premières règles. Chaque année de retard de l'installation des premières règles s'associe à une réduction de 5% du risque [1].

Les études portant sur les patientes présentant une mutation BRCA ne retrouvent pas d'effet ou un effet péjoratif des règles précoces.

Une longue vie génitale accroît donc le risque de survenue de cancer du sein.

L'âge à la première grossesse

Même si le risque de cancer apparaît transitoirement augmenté pendant une durée de 5 à 10 ans après la grossesse [1], il semble qu'il diminue lorsque la première grossesse survient avant 30 ans et est accru si elle survient après 35 ans. De nombreuses études [1] ont montré que les femmes ayant eu leur première grossesse après 35 ans présentaient un RR de 1,5 par rapport à celles qui ont eu leur première grossesse avant 20 ans et de 1,2 par rapport aux femmes nullipares.

La parité

Plutôt à un âge jeune, elle semble aussi avoir un effet protecteur. Chaque naissance réduit le risque de cancer du sein d'environ 7% [1].

L'allaitement

Il est présenté depuis très longtemps comme ayant un effet protecteur mais les résultats des études sont controversés et varient selon la durée de l'allaitement.

Rosero-Bixby rapporte une diminution du risque pour la durée de l'allaitement, chaque année réduisant en moyenne le risque de 8% [1].

2.5.2. Les facteurs exogènes

La contraception orale a été mise en cause, mais de nombreuses études ont été effectuées dont aucune n'a montré d'augmentation du risque de cancer du sein et ce quelles que soient la dose et la durée de la prise de contraceptifs oraux [8].

Le Traitement Hormonal Substitutif (THS) a également été mis en cause, il faut savoir doser le rapport bénéfices/risques pour une utilisation optimale.

2.6. Le risque nutritionnel

Le mode de vie joue un rôle certain, mais ses éléments restent toutefois confus.

La sédentarité pourrait constituer un facteur de risque, ainsi que l'obésité surtout en période post-ménopausique.

La consommation d'alcool aurait également un rôle néfaste avec une relation dose-dépendante. Ce risque augmenterait d'environ 7% par absorption de 10 gr d'alcool par jour [1]. En revanche, rien n'indique une responsabilité du tabac.

2.7. Les autres facteurs de risque

2.7.1. Les radiations ionisantes

2.7.2. Les anti-transpirants

Quelques études [1] ont montré que certains agents de conservation tels que les parabens, utilisés dans la fabrication d'anti-transpirants, pourraient mimer l'action des oestrogènes et, de ce fait, favoriser la croissance des cellules cancéreuses mammaires.

Pour le moment, la commission européenne a conclu que le pouvoir oestrogénique des parabens était négligeable, ne pouvant pas entraîner de risque de cancer du sein.

3. LES IMPERATIFS A UN DEPISTAGE PRECOCE

Le cancer du sein satisfait à tous les critères nécessaires selon l' Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour qu'une maladie soit accessible au dépistage.

Il constitue en effet un problème majeur de Santé Publique :

- le pronostic est lié à son stade,
- il existe des traitements efficaces,
- il existe un test de dépistage simple, applicable à la population générale facilement et sans danger : la mammographie.

3.1. Le retard de diagnostic

Il atteint deux à sept mois chez les patientes enceintes [9], voire 15 mois selon les séries. Le diagnostic est souvent difficile en raison des modifications physiologiques de la grossesse [10]. De plus, même quand une masse est palpable, elle est souvent attribuée à une pathologie bénigne : dans la série de Liberman [10] (21 femmes enceintes ou en post-partum atteintes de cancers mammaires), les explorations radiologiques n'ont eu lieu qu'après l'accouchement dans 83% des cas où les signes cliniques étaient apparus avant ou pendant la grossesse.

Le retard de diagnostic est une constante soulignée dans la littérature et aboutit à la découverte de tumeur de grande taille.

3.2. Le suivi de la parturiente

La grossesse est un moment tout particulier de la vie d'une femme, un moment où elle est à l'écoute de son corps, où elle peut prendre soin d'elle.

Même si toutes les femmes ne se font pas suivre sur le plan gynécologique, l'état de grossesse conduit obligatoirement chez un gynécologue-obstétricien ou une Sage-Femme à raison d'une consultation mensuelle jusqu'au terme de la grossesse. C'est le moment idéal pour les sensibiliser, pour dépister et pour les former à l'autopalpation.

Le cancer du sein occupe aujourd'hui une place primordiale en cancérologie. Il représente un défi majeur de Santé Publique. Il s'inscrit comme le cancer le plus fréquent dans notre pays et son poids sur la mortalité féminine demeure marquant puisqu'une femme atteinte sur trois est encore emportée par la maladie.

Selon le code de la Santé Publique, article L4151-1 [11] qui définit l'exercice de notre profession, la Sage-Femme est apte à suivre toutes les grossesses physiologiques. Si on ne prend pas le temps de réaliser une palpation mammaire durant la grossesse ou lors de la consultation post-natale ou si on réalise cet examen de façon inappropriée, cette femme ne sera jamais examinée par un autre professionnel durant ce laps de temps et le diagnostic n'en sera alors que plus retardé.

De plus, si cette femme allaite, il peut se passer parfois plusieurs mois ou années sans qu'une palpation mammaire ne soit réalisée. Quand on sait que cet examen constitue la première étape du dépistage d'un cancer du sein, on comprend facilement le retard de diagnostic de cette pathologie et particulièrement pour cette tranche de population.

L'âge est l'un des principaux facteurs de risque de cancer du sein et parallèlement à cela, depuis quelques années, on observe un recul de l'âge de la première grossesse (29 ans en 2007 contre 24 ans en 1978 [3]) et des grossesses de plus en plus tardives (28000 femmes âgées de plus de 40 ans ont accouché en 2007 contre 8000 en 1978 [3]). Cette tendance va en s'accentuant. Comme nous l'avons vu précédemment, une nulliparité ou une première grossesse tardive constitue un facteur de risque de cancer du sein avec un RR compris entre 1,5 et 2, ce qui explique que la prévalence soit en augmentation.

Pendant la grossesse, la palpation mammaire est le seul examen de dépistage envisageable. En effet, la mammographie de dépistage organisé ne peut être réalisée compte tenu de l'âge (celle-ci est effectuée entre 50 et 74 ans), pas plus que le dépistage individuel (débuté plutôt vers l'âge de 40 ans). Par ailleurs, le risque ne sera pas pris d'exposer inutilement l'embryon ou le fœtus aux radiations ionisantes.

La palpation mammaire est un examen performant s'il est bien réalisé. Cependant l'opérateur doit connaître précisément les changements induits par la grossesse pour être le plus pertinent dans son diagnostic.

Problématique du mémoire

Avec toutes ces données à disposition, nous avons voulu savoir comment elles sont intégrées par les Sages-Femmes dans leur professionnalité.

Grâce à deux études, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et une revue de dossiers, nous souhaitons faire le point sur les pratiques actuelles, les recommandations, les connaissances et la place de la palpation mammaire en formation médicale continue (FMC).

Partie 2 : Evaluation des pratiques professionnelles des Sages-Femmes de Meurthe-et-Moselle et étude rétrospective de 30 dossiers à la MRAP

1. PRESENTATION DE LA PREMIERE ETUDE

1.1. Objectif et questionnement

1.1.1. Objectif

L'objectif de cette étude est de faire le point en Meurthe-et-Moselle sur la pratique des Sages-Femmes et leurs connaissances à propos de la palpation mammaire.

1.1.2. Interrogations

Mes interrogations sont les suivantes :

- La pratique de cet examen est-elle systématique ? Quelle place lui accorde-t-on dans le dépistage ?
- La formation dispensée à l'école suffit-elle pour le réaliser efficacement ?
- Quelle place lui est réservée durant la formation initiale ?
- Quelles sont les recommandations actuelles ? Sont-elles connues par les Sages-Femmes ?
- Quelle est la place de l'autopalpation ?

1.2. Méthodologie

Cette étude est une évaluation des pratiques professionnelles des Sages-Femmes réalisant des suivis de grossesse en Meurthe-et-Moselle.

1.2.1. Population étudiée

La population étudiée est constituée par toutes les Sages-Femmes de Meurthe-et-Moselle réalisant des suivis de grossesse. Elle est volontairement limitée à un seul département pour des soucis de faisabilité et de temps. Elle comprend :

- les Sages-Femmes installées en libéral, soit 31 Sages-Femmes,
- les Sages-Femmes de Protection Maternelle et Infantile (PMI) soit 20 Sages-Femmes,

- les Sages-Femmes exerçant en secteur hospitalier (public ou privé) soit 35 Sages-Femmes,
- les Sages-Femmes travaillant dans un Centre Périnatal de Proximité soit 2 Sages-Femmes.

Les Sages-Femmes libérales

Leur recrutement a été effectué à partir de trois sources différentes :

- une première série a été établie par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre des Sages-Femmes. Cependant celle-ci était incomplète car les Sages-Femmes installées récemment n'y figuraient pas.
- une deuxième liste a été établie grâce au site de l'Assurance Maladie [12] où figure le listing de tous les professionnels conventionnés.
- enfin, les Pages Jaunes ont permis de compléter les données manquantes.

On totalise au final 31 Sages-Femmes dans tout le département.

Il a ensuite fallu éliminer les Sages-Femmes ne pratiquant pas de suivis de grossesse afin de ne pas biaiser la taille de l'échantillon. Pour cela, j'ai contacté chaque Sage-Femme individuellement par téléphone afin d'expliquer le but de mon étude, présenter le support de l'enquête (un questionnaire) et vérifier que celles-ci pouvaient être incluses dans mon échantillon.

J'ai proposé quatre modes de diffusion du questionnaire :

- par courrier,
- par entretien téléphonique,
- par mail,
- par distribution directe.

Au final, 11 Sages-Femmes ont été exclues de l'étude et 20 questionnaires ont été envoyés.

Les Sages-Femmes territoriales

On en dénombre 20 réparties sur plusieurs TAMS (Territoire d'Action Médico-sociale). La liste des Sages-femmes m'a été communiquée par la Sage-Femme coordinatrice. Après avoir exposé mon étude, celle-ci m'a expliquée que les Sages-Femmes de PMI (Protection Maternelle et Infantile) n'effectuaient pas de réels suivis de grossesse puisque les femmes qu'elles voyaient étaient déjà suivies soit par une autre Sage-Femme, soit par un gynécologue-obstétricien. Elles réalisent effectivement des visites à domicile et des surveillances de grossesse mais plus dans un but préventif et pour évaluer l'environnement de la femme enceinte, que dans un but médical. Après réflexion, j'ai donc décidé de les exclure de mon étude pour ne pas biaiser les résultats.

Les Sages-Femmes salariées dans un établissement public ou privé

On compte six maternités en Meurthe-et-Moselle.

J'ai contacté par téléphone les Sages-Femmes cadre de chaque établissement afin de savoir si des Sages-Femmes effectuaient des consultations de grossesse.

Seule la clinique Majorelle (établissement privé) ne propose pas de consultations réalisées par des Sages-Femmes.

- Maternité Régionale Adolphe Pinard (MRAP de Nancy) :

  il y a actuellement 13 Sages-Femmes qui réalisent des consultations de grossesse, à temps plein ou en complément d'une autre activité.

  13 questionnaires ont été distribués.

- Centre Hospitalier Saint-Charles (Toul) :

  2 Sages-Femmes réalisent des consultations ; les questionnaires ont été envoyés par mail.

- AHBL (Mont Saint Martin) :

  2 questionnaires ont été envoyés.

- Centre Hospitalier de Lunéville :

  1 Sage-Femme pratique des suivis de grossesses.

- Hôpital Maillot de Briey :

  17 questionnaires ont été envoyés.

Au final, 35 questionnaires ont été envoyés par courrier, par mail ou directement distribués.

Les Sages-Femmes travaillant dans un Centre Périnatal de Proximité (CPP)

2 Sages-Femmes travaillent actuellement dans le CPP de Pont-à-Mousson.

La population totale

Au total, 57 questionnaires ont été envoyés.

1.2.2. Présentation de l'outil utilisé

L'outil utilisé pour réaliser cette étude est un questionnaire [Annexe 1]. Il a été choisi car le temps consacré par les professionnels pour le remplir est moindre (versus entretiens individuels) et est plus facilement analysable. Il a été testé au préalable puis envoyé aux différents professionnels dans le courant du mois de décembre. Compte tenu des délais de réalisation du mémoire, l'étude a dû être clôturée mi-février.

Le questionnaire comporte six parties :

- la première s'intéresse à des généralités et comporte 4 questions,
- la deuxième concerne la formation initiale et compte 2 questions,
- la troisième traite de l'association cancer du sein et grossesse et comprend 9 questions,
- la quatrième partie insiste, par l'intermédiaire de 4 questions, sur les examens complémentaires et les traitements envisageables lors d'un cancer du sein pendant la grossesse,
- la cinquième concerne la formation médicale continue et compte 2 questions,
- la dernière partie est une évaluation du questionnaire et comprend 4 questions.

Au final, le questionnaire comporte 25 items.

Une lettre de présentation l'introduisait [Annexe 2] précisant les buts de l'étude et les modalités de son renvoi.

Plusieurs relances ont été effectuées car malgré la date limite fixée et le temps laissé pour répondre à l'enquête (2 mois), le nombre de réponses était insuffisant.

Ces relances ont été faites à plusieurs reprises par téléphone et par mail. Cependant cela n'a pas été concluant.

1.2.3. Biais

L'étude est limitée par la forme du questionnaire en elle-même : la plupart des questions sont à choix multiples ce qui ne laisse pas d'autres alternatives à la personne interrogée et peut même influencer son jugement. Cependant cette méthode a été choisie afin de faciliter le recueil des données et leurs analyses. Par ailleurs, cette façon de procéder augmente les chances de retour du questionnaire ; en effet les questions ouvertes ont tendance à rebuter les sondés.

Certaines questions ont été mal renseignées rendant leur interprétation impossible. Par exemple, à plusieurs reprises, alors qu'il était précisé qu'une seule réponse suffisait, plusieurs items ont été cochés.

La population étudiée étant limitée à un seul département et compte tenu du faible échantillon, les résultats ne sont pas extrapolables à la population générale. Ils ne concernent que la Meurthe-et-Moselle et ne sont pas totalement représentatifs vu le faible retour du questionnaire.

Il existe également un autre biais de recrutement concernant les Sages-Femmes libérales car une liste officielle du nombre actuel n'a jamais pu être obtenue et certaines n'ont pas pu être contactées par téléphone, leurs coordonnées complètes étant introuvables.

1.2.4. Analyse des données

Les données du questionnaire ont été saisies et analysées à l'aide du tableur Excel.

1.3. Résultats de la recherche

Sur les 57 questionnaires envoyés, 29 réponses ont été obtenues, soit 51% de retour.

Toutes les statistiques ont été calculées par rapport au nombre de réponses obtenues (29), les non-réponses étant déduites pour chaque question.

Le plan choisi pour analyser les résultats reprend celui du questionnaire.

1.3.1. Généralités

En guise d'introduction la première partie du questionnaire permet de situer la personne interrogée : quel est son âge, où travaille-t-elle et depuis quand pratique-t-elle des consultations ? (respectivement graphiques 1, 2 et diagramme circulaire). Ce dernier point peut nous renseigner sur l'expérience acquise dans ce domaine. En effet, les personnes pratiquant depuis plus de 15 ans ont vraisemblablement plus de chance d'avoir été confrontées à un cancer du sein au cours de leur carrière.

Les résultats montrent que :

- 100% des personnes interrogées sont des femmes (29 réponses).

Graphique 1 : Répartition par âge

- 17% sont âgées entre 20 et 30 ans (5 réponses),
  21% ont entre 30 et 40 ans (6 réponses),
  24% entre 40 et 50 ans (7 réponses),
  8% ont 50 ans et plus (11 réponses) (n=29).

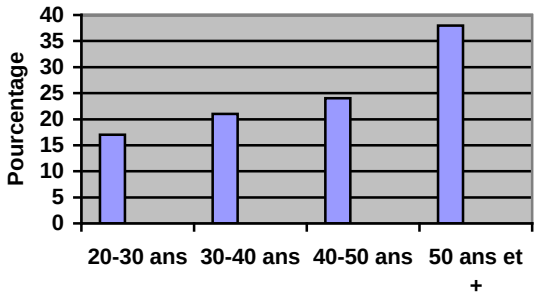
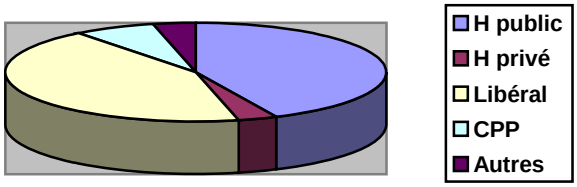


Diagramme circulaire : Répartition par lieux d'exercice

- 43% travaillent en secteur Hospitalier Public (12réponses),
  3,5% en secteur Hospitalier Privé (1 réponse),
  7% dans un CPP (2 réponses),
  43% en libéral (12 réponses),
  3,5% dans un autre lieu (1 réponse) (n=28).



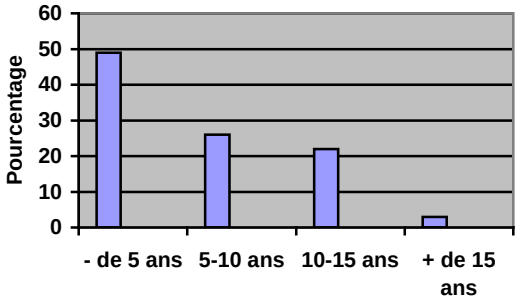
- 49% réalisent des suivis de grossesse depuis moins de 5 ans (13 réponses),

26% entre 5 et 10 ans (7 réponses),

22% entre 10 et 15 ans (6 réponses),

3% depuis plus de 15 ans (1 réponse) (n=27).

Graphique 2 : Durée d'exercice



1.3.2. La formation initiale

Cette partie fait le point sur les enseignements en lien avec le sujet, que les Sages-Femmes ont reçu au cours de leur formation. On remarque que :

- 19% (5 réponses) ont bénéficié de cours ou de travaux pratiques sur la palpation mammaire et par conséquent, 73% (19 réponses) n'en ont pas reçu. 8% disent ne pas s'en souvenir (2 réponses) (n=26).

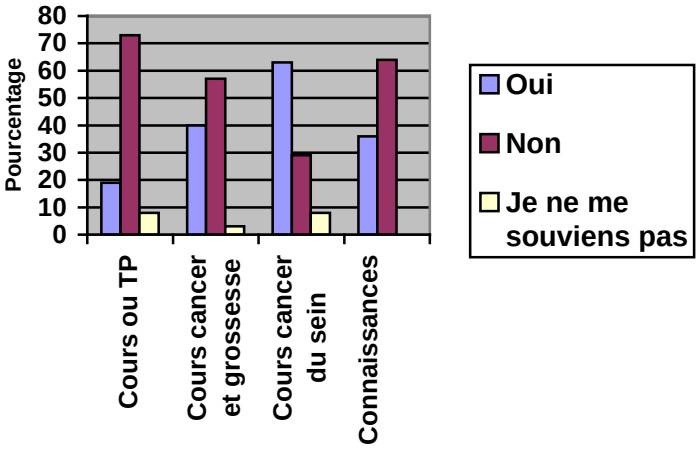
- 40% (11 réponses) ont reçu au cours de leur scolarité un cours spécifique sur « cancer du sein et grossesse »,

- 57% (16 réponses) disent ne pas en avoir bénéficié et 3% (1 réponse) n'en ont pas souvenir (n=28).

- 63% (18 réponses) ont eu un cours consacré au cancer du sein, 29% (8 réponses) ne le pensent pas et 8% (2 réponses) ne s'en souviennent pas (n=28).

- A l'heure actuelle, seulement 36% (10 réponses) des personnes interrogées estiment avoir des connaissances suffisantes pour la réalisation de cet examen contre 64% (18 réponses) (n=28).

Graphique 3 : Formation initiale



1.3.3. Cancer du sein et grossesse

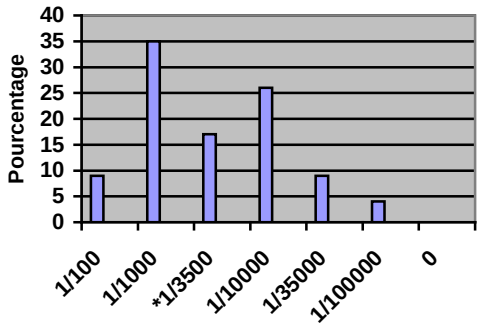
On s'intéresse dans cette partie au cancer du sein associé à la grossesse puisque c'est l'objectif recherché en effectuant la palpation. Le but est d'évaluer les connaissances que les Sages-Femmes ont à ce sujet avec des questions générales (incidence, signes cliniques, diagnostic différentiel…) et des questions plus précises sur la palpation mammaire (recommandations, pratique…).

On s’aperçoit que :

- seulement 17% des personnes interrogées (4 réponses) connaissent la prévalence de l’association « cancer du sein et grossesse ». La plupart ont tendance à surestimer ce phénomène : 35% (8 réponses) la situent à 1/1000, 4% (1 réponse) à 1/100000, le reste des avis est partagé (n=23).

- Le nombre de « non-réponse » sur ce sujet est assez important compte tenu du faible échantillon (5).

Graphique 4 : prévalence du cancer pendant la grossesse



- Concernant la question sur les signes d’appels, la majorité des Sages-Femmes ont su décrire les signes cliniques du cancer.

  Les réponses les plus fréquemment retrouvées sont :

  - la perception d’une masse ou d’un nodule,
  - une rétraction mamelonnaire,
  - un écoulement mamelonnaire,
  - des adénopathies,
  - une douleur,
  - une mastose,
  - une modification de l’aspect de la peau (peau d’orange),
  - une asthénie, une altération de l’état général, une perte de poids, un amaigrissement,
  - des marqueurs sanguins augmentés,
  - une asymétrie entre les deux seins.

- A propos du diagnostic différentiel, les avis sont plus partagés et certaines pathologies ne sont même pas nommées. Parmi les réponses les plus citées, on retrouve :

    - l'abcès du sein,
    - un kyste bénin,
    - une mastite inflammatoire,
    - une mastodynie,
    - une lymphangite,
    - une infection cutanée,
    - une galactocèle,
    - une glande mammaire surnuméraire augmentée durant la lactation.

On peut cependant noter un faible taux de réponses à ces deux questions: en effet, pour la première, on comptabilise 6 non-réponse et 9 pour la deuxième, compte tenu de la taille de l'échantillon, on constate que très peu de personnes ont su répondre. Concernant la pratique de la palpation mammaire durant la grossesse, 63% (17 réponses) estiment qu'elle est obligatoire, 26% (7 réponses) l'effectuent seulement s'il existe des antécédents personnels ou familiaux et 11% (3 réponses) ne la pratiquent que sur signes d'appels (n=27). Les réponses « à la demande » et « inutile » n'ont pas été prises en compte.

- 65% (17 réponses) des Sages-Femmes effectuent cet examen de façon systématique durant la grossesse (n=26).

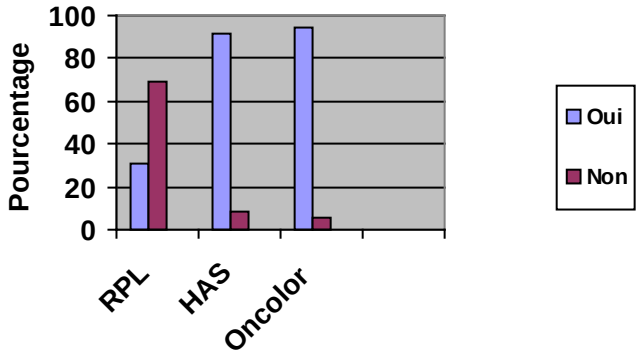
- Sur la question de la fréquence, 60% (12 réponses) des Sages-Femmes disent l'effectuer au moment de la déclaration de grossesse (donc avant 15 SA), 10% (2 réponses) lors de chaque consultation, 15% (3 réponses) une fois durant la grossesse, 10% (2 réponses) deux fois durant la grossesse et 5% ne la font que sur signes d'appels (1 réponse) (n=20).

- Concernant les recommandations, les réponses divergent :

  - 31% (4 réponses) pensent (à tort) que le RPL en a publié (n=13),
  - 92% (19 réponses) estiment que la HAS en a énoncé (n=24),
  - 94% pensent (à tort) que le réseau Oncolor en a émis (n=17).

- On peut remarquer ici le nombre particulièrement faible de réponses.

Graphique 6 : Recommandations publiées



- 67% (18 réponses) des personnes interrogées considèrent que le cancer du sein est une maladie plus grave qu'en dehors de la grossesse, 30% (8 réponses) l'estiment aussi grave, et 3% (1 réponse) pensent que la grossesse l'atténue (n=27). Là encore les avis sont divergents et seulement une minorité donne la réponse exacte.
- 25% (7 réponses) des Sages-Femmes ont été confrontées à un cancer du sein associé à une grossesse au cours de leur carrière (n=28), ce qui n'est pas négligeable sur ce petit échantillon et certaines en ont même rencontré plusieurs cas. Il serait intéressant de pouvoir corréler ces réponses en fonction de l'endroit où elles exercent : s'agit-il de lieux particuliers (usine de produits chimiques à proximité par exemple), d'endroits plus touchés par ce type de cancer…etc. En disposant d'un échantillon plus important, il serait possible d'étudier de plus près ces différents critères.

1.3.4. Examens complémentaires et traitements envisageables

Dans cette partie, nous nous sommes intéressés aux examens complémentaires et traitements que l'on pourrait envisager en cas de découverte d'une masse suspecte. Elle a pour but de tester les connaissances des Sages-Femmes à ce sujet.

- Concernant la réalisation d'une mammographie de dépistage, les avis sont mitigés : 42% (11 réponses) pensent qu'elle est possible (n=26).
- Pour la mammographie de diagnostic, les avis sont plus tranchés : 74% (17 réponses) envisagent cette possibilité (n=27).
- En ce qui concerne les traitements envisageables, sur un total de 38 réponses, 47% (18 réponses) sont pour la chirurgie, 21% (8 réponses) pour la chimiothérapie, 21% (8 réponses) pensent qu'aucun traitement n'est possible et respectivement 8% (3 réponses) et 3% (1 réponse) seraient pour la radiothérapie et pour l'hormonothérapie alors qu'elles sont totalement incompatibles avec la grossesse.
- 36% (10 réponses) des Sages-Femmes déclarent enseigner à leurs patientes l'autopalpation.

1.3.5. La formation médicale continue

La formation médicale continue étant une obligation déontologique, j'ai voulu savoir par l'intermédiaire de ces deux questions si les Sages-Femmes avaient cherché à avoir plus d'informations sur ce sujet pour améliorer leurs pratiques et si elles avaient suivi une formation spécifique sur la palpation mammaire en choisissant d'effectuer des consultations de grossesse.

Les résultats montrent que :

- 50% (14 réponses) ont suivi des formations supplémentaires (n=28),
- mais seulement 18% (5 réponses) ont suivi une formation spécifique sur la palpation en elle-même. Ce nombre paraît très faible compte tenu de l'importance de cet examen (n=28).

1.3.6. Evaluation, commentaires et critiques

Cette dernière partie avait pour but d'évaluer l'intérêt de ce questionnaire, savoir quelles modifications il faudrait apporter pour que le sujet soit mieux maîtrisé, connaître l'attitude des professionnels face à une masse suspecte et surtout s'ils se sentiraient capables de détecter une lésion débutante grâce à leurs connaissances actuelles.

On a pu mettre en évidence que :

- seulement 44% (12 réponses) des Sages-Femmes ont déclaré être à l'aise avec cet examen (n=27),
- 96% (27 réponses) souhaiteraient qu'il existe une formation spécifique à l'école de Sage-Femme sur cet examen (n=28),
- la grande majorité (63% soit 27 réponses sur 43) enverrait leurs patientes consulter un gynécologue, 26% (11 réponses) prescriraient une échographie, 9% (4 réponses) une mammographie et enfin seulement 2 % (1 réponse) demanderaient à revoir la patiente.

Concernant l'évaluation du questionnaire :

- 92% (24 réponses) voudraient en savoir plus sur l'intérêt de la palpation mammaire (n=26),
- 96% (26 réponses) aimeraient plus de renseignements sur sa pratique (n=27),
- 96% également (27 réponses) souhaiteraient disposer de plus d'informations sur l'association « cancer du sein et grossesse » (n=28).

2. DEUXIEME ETUDE : ENQUETE RETROSPECTIVE A LA MRAP

2.1. Description

Cette deuxième étude analyse 30 dossiers tirés au sort de patientes ayant accouché en 2008 à la Maternité Régionale Universitaire Adolphe Pinard de Nancy (MRAP).

Pour cela, je me suis rendue au Département d'Information Médicale (DIM) qui a pu me mettre à disposition une liste correspondant à mes critères de recherche.

Sur ces 30 dossiers de grossesses suivies exclusivement par des Sages-Femmes (les suivis de médecin ont été exclu après consultation des dossiers), un élément a été observé : la mention « examen mammaire » était-elle retrouvée lors de ces différentes consultations et ceci, quel que soit le moment de la grossesse ?

Elle a pour objectif d'illustrer la première étude et offre un parallèle intéressant : en effet, elle permet de relier les propos recueillis par l'intermédiaire du questionnaire et de les comparer à ce qui a réellement été effectué en pratique.

2.2. Les biais

Cette étude comporte un biais important et ne permet en aucun cas de tirer des conclusions entre les deux investigations puisque la population de Sages-Femmes n'est pas la même. Dans l'état d'exploitation des résultats, la comparaison semble impossible. L'application de tests statistiques spécifiques qui me sont inconnus pourrait éventuellement permettre un rapprochement.

Le petit nombre de dossiers exploités ne la rend pas non plus extrapolable à une population plus importante puisque l'échantillon ne concerne qu'un seul établissement.

Elle est cependant intéressante et permet de se rendre compte assez vite de la différence qu'il peut exister entre ce que les Sages-Femmes déclarent de leur activité et ce qu'elles réalisent sur le terrain.

2.3. Résultats

48 dossiers ont été étudié au total et 18 exclus car ils ne correspondaient pas aux critères de l'échantillon. Les résultas sont peu interprétables : dans 53% des dossiers (soit 16), on ne retrouve aucune notion concernant l'examen mammaire, et par conséquent, cette information est indiquée dans 47% des dossiers (soit 14).

La tendance ne s'affirmant ni dans un sens ni dans l'autre, nous sommes un peu gênés pour en tirer des conclusions. On ne peut cependant que déplorer le fait que dans seulement un cas sur deux une palpation mammaire ait été effectuée. L'âge de la grossesse au moment de la première consultation semble influer : plus la grossesse est suivie tôt, plus l'examen a de probabilité d'être réalisé (lors du constat de grossesse par exemple, ou au moment de la déclaration).

Néanmoins, il ne faut pas exclure un oubli de l'opérateur : le geste ayant été effectué mais non consigné dans le dossier médical. Mais à l'heure où le médico-légal prend toute son importance, le soignant est conscient du caractère obligatoire à tout retranscrire dans le dossier, tout geste non inscrit étant considéré comme non fait.

Partie 3 : Synthèse, analyse et discussion

1. GENERALITES, ANALYSE ET SOLUTIONS ENVISAGEABLES

1.1. Remarques concernant l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Le premier constat qu'il me semble important de souligner est le faible nombre de réponses à l'enquête proposée.

En effet, à peine la moitié des personnes interrogées ont retourné le questionnaire et cela malgré les précautions prises :

- contact individuel ou présentation à la cadre du service de l'étude et de son objectif,
- indication d'une date limite de retour,
- enveloppe pré-timbrée à mes nom et adresse pour le renvoi du questionnaire,
- relances multiples par mail, par téléphone, voire de façon directe.

Les statistiques sur ce genre d'étude menée sont assez explicites : à peine 30% de retour habituellement, cette étude ne sera donc pas l'exception qui confirmera la règle.

Quelques arguments peuvent être avancés pour expliquer les raisons de cet échec :

- le manque d'intérêt pour le sujet,
- le manque de temps pour répondre,
- un manque de culture évaluative chez tous les professionnels,
- un sujet pour lequel on ne se sent pas concerné,
- un refus catégorique de répondre à n'importe quelle enquête que ce soit…

Tous les professionnels mettent en évidence la nécessité d'une formation qui se prolonge tout au long de leur carrière. C'est en partie avec ce type d'étude que certains des besoins en formation peuvent être déterminés. Il est donc important que chaque professionnel se sente concerné par le retour attendu de son expérience. Il ne s'agit pas pour les étudiants au travers de ces enquêtes d'évaluer leurs pairs en activité mais de comprendre comment se construit la professionnalisation et la professionnalité. Peut-être pourrait-on ajouter une recommandation dans notre code de déontologie précisant l'utilité de cette démarche ?

Nous déplorons toutefois ce faible taux de réponses de nos questionnaires compte tenu des dispositions prises pour s'assurer de leur retour. Le cancer du sein est un problème majeur en Santé Publique (la prévalence ne cesse d'augmenter) et les Sages-Femmes au même titre que tous les professionnels de santé gravitant autour de la femme sont au premier plan pour son dépistage.

Ce travail peut être considéré comme une première approche qui pourrait donner suite à un mémoire de doctorat. Il permet de définir plus précisément la question et de se rendre compte des difficultés rencontrées. Par exemple, malgré les précautions prises lors de l'élaboration du questionnaire et après une phase de test, nous avons pu constater que certaines questions avaient été mal comprises. Autre exemple, le fait de proposer l'item « je ne me souviens pas » ou « je ne sais pas » fait qu'une grande majorité des personnes répondant à l'enquête se range dans cette catégorie et cela ne permet pas une interprétation correcte des résultats.

De plus, ce mémoire peut permettre de définir une méthodologie plus rigoureuse par rapport à la population étudiée : faut-il se limiter au département, à la région, se concentrer sur les régions les plus touchées par le cancer, comparer plusieurs régions entre elles, etc… ? Il sera alors possible de mieux encadrer ce type de recherche.

L'autre problème soulevé est celui d'un diagnostic gênant : en effet, une fois la lésion suspecte confirmée durant la grossesse, que faire de ce résultat ? Les moyens thérapeutiques sont certes possibles mais limités par l'état gravide et l'on se retrouve avec non pas une, mais deux personnes à prendre en charge et une annonce à faire à une femme dont la seule préoccupation est de vivre pleinement sa grossesse.

On comprend alors facilement le dilemme : palper, oui, mais de quelle façon ? Dans quel but ? Et surtout, quoi faire après ? C'est là où il est important de remettre les choses à leur place.

1.2. La palpation mammaire

La palpation mammaire est un examen performant et 90% des cancers sont découverts de cette manière (souvent par l'intermédiaire de l'autopalpation).

Pourtant, 56% des Sages-Femmes interrogées ne se sentent pas capables à l'heure actuelle de détecter une lésion et 64% estiment ne pas avoir des connaissances suffisantes pour sa réalisation. Autre chiffre intéressant : seulement les deux tiers des professionnels disent la pratiquer de façon systématique. Notre étude de dossiers ne retrouve pas ce chiffre : seulement 47% des Sages-Femmes ont consigné ce geste. Bien que ces chiffres ne puissent être directement associables pour les raisons déjà invoquées, une extrapolation pourrait nous laisser envisager qu'une seule Sage-Femme sur deux pratique en réalité ce geste ce qui est très peu en regard des recommandations que nous aborderons plus tard dans la discussion.

Nous allons rappeler succinctement le déroulement de cet examen et nous intéresser plus précisément aux changements induits par la grossesse.

1.2.1. Description de la palpation

L'examen des seins fait partie intégrante de l'examen clinique gynécologique.

Il doit être aussi systématique et stéréotypé que possible afin de ne pas omettre certains éléments dont la présence ou l'absence pourraient être importantes. L'état de grossesse ne doit pas faire exception à cette règle.

Il nous incombe de part notre situation de professionnel de la santé qui assurons le suivi de la grossesse, de réaliser parfaitement cet examen puisque nous sommes au premier plan pour dépister un éventuel cancer débutant.

Trois questions se posent :

- Quand examiner ?
- Comment examiner ?
- Pourquoi examiner ?

1.2.2. Quand examiner les seins ?

L'examen des seins doit être systématique au cours de toute consultation, surtout s'il s'agit d'une femme à risque, et bien sûr, si la femme consulte pour :

- une tumeur,
- une douleur,
- une anomalie du mamelon,
- une manifestation inflammatoire.

En dehors d'une grossesse, cet examen sera pratiqué dans la mesure du possible dix jours après le début des règles.

Durant la grossesse, il peut être pratiqué à tout moment et doit être effectué au moins une fois.

Les modifications de la glande mammaire le rendent bien évidemment plus difficile à réaliser. La palpation mammaire reste cependant le premier examen de dépistage d'un cancer du sein et doit se faire malgré ces transformations anatomiques.

1.2.3. Comment examiner les seins ?

L'interrogatoire

Il est essentiel. On précisera :

- l'âge de la grossesse,
- les antécédents familiaux de cancer du sein,
- les antécédents personnels gynécologiques et obstétricaux,
- les antécédents de pathologies mammaires,
- les traitements médicaux, en particulier hormonaux ou chirurgicaux.

L'examen physique

L'inspection

On observe la femme nue jusqu'à la ceinture en comparant les deux seins.

La femme est examinée de face et de profil : (Figure 1)

- assise, bras pendants,
- assise, bras levés,
- assise ou debout, bras levés, penchée en avant ou en décubitus dorsal, et au cours de ces changements de position en variant l'éclairage de face ou à jour frisant.

On apprécie :

- le volume du sein
- sa forme
- sa symétrie par rapport à l'autre.

On repère le mamelon, sa situation, sa symétrie et son relief. Il peut être normal, rétracté, invaginé ou ombiliqué.

On note la couleur du tégument, l'existence d'un réseau veineux, d'un œdème, d'une tumeur ou d'une cicatrice.

Les connexions cutanées sont recherchées attentivement à l'inspection spontanée :

- soit simple ride linéaire,
- soit en surface (rupture du galbe).

Bien souvent, ces rétractions cutanées n'apparaissent que dans une position ou à l'occasion d'un mouvement : c'est l'inspection dynamique qui les met en évidence.

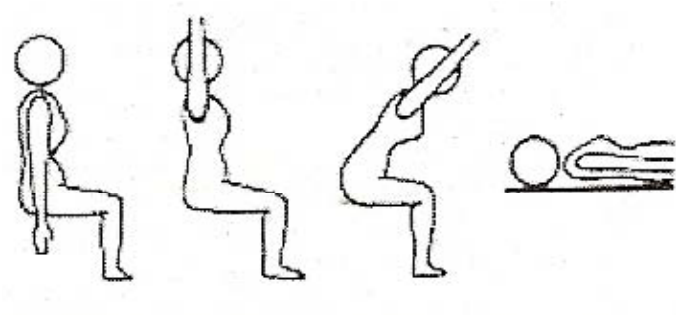


Figure 1 : l'examen du sein doit être fait dans différentes positions [13]

La palpation

Elle sera faite sur une patiente assise, puis en position couchée et dans chacune de ces positions, bras levés puis bras pendants.

La main, bien à plat, examine tout le sein quadrant par quadrant, sans oublier le prolongement axillaire, le sillon sous-mammaire et le mamelon (Figure 2).

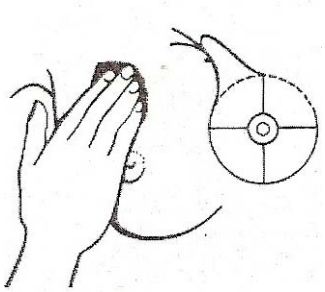


Figure 2 : la palpation doit se faire la main bien à plat, quadrant par quadrant [13]

On appréciera particulièrement la mobilité du mamelon sur le plan profond. Un écoulement en exprimant le mamelon entre deux doigts sera recherché.

Si un écoulement a lieu, on examinera alors par la pression successive de chaque quadrant la zone dont la palpation provoque la sortie du liquide.

Résultat

Si une tuméfaction est ressentie, les caractères suivants doivent être précisés :

- tumeur unique ou multiple, unilatérale ou bilatérale,
- topographie par rapport aux quadrants du sein, mais aussi en profondeur ou en superficie,
- formes, limites : précises, régulières ou imprécises et diffuses,
- consistance molle ou élastique, dure, ligneuse, fluctuante…
- sensibilité, température,
- dimension de la lésion.

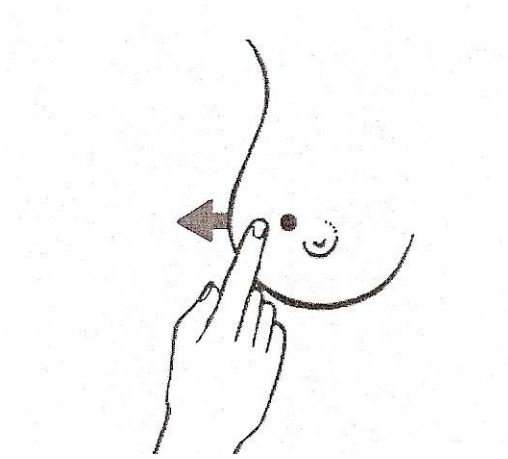
Les manœuvres associant la palpation et l'inspection

Elles sont essentielles car elles ont pour but de rechercher des connexions entre la tumeur et le revêtement cutané ou le plan musculaire du grand pectoral.

La Sage-Femme devant passer le relais dès que le suivi de la grossesse devient pathologique, nous pourrions interrompre à ce niveau la description de la palpation standard. Cependant, un examen plus approfondi des seins permet de spécifier certains critères indispensables pour préciser le caractère de la tumeur et il nous semble important de détailler l'examen clinique mammaire de façon minutieuse et complète afin de détecter le caractère urgent ou non de la prise en charge. Ceci permettra d'appuyer une demande de rendez-vous immédiate.

Recherche d'une connexion cutanée

Elle se réalise en mobilisant la peau ou la tumeur, le but étant d'essayer de faire apparaître une dépression ou un pli cutané qui n'était pas apparu spontanément à l'inspection dynamique.



<u>Figure 3</u> : recherche d'une connexion cutanée par déplacement avec le doigt de la peau en regard de la tumeur [13]

- Mobilisation de la peau sur la glande :

on essaie d'éloigner la peau de la tumeur avec un doigt (Figure 3),

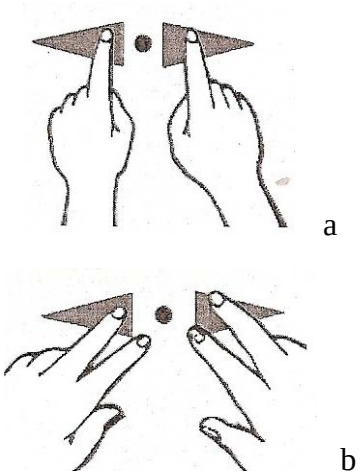


Figure 4 : recherche d'une connexion cutanée par déplacement de la peau avec deux (a) ou quatre (b) doigts [13]

ou bien, la peau est mobilisée de part et d'autre de la lésion avec deux (Figure 4a) ou quatre doigts (Figure 4b),

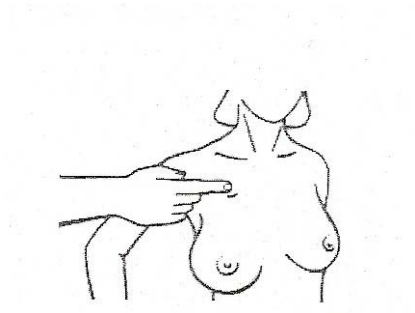


Figure 5 : recherche d'une connexion cutanée par traction sur la peau de la région sous claviculaire [13]

ou alors la peau est soulevée dans la région sous claviculaire (Figure 5).

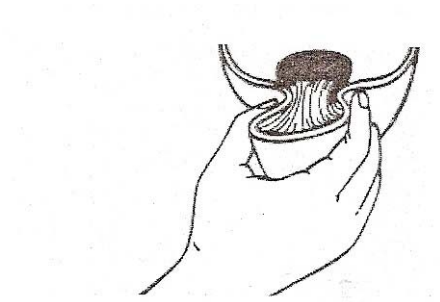


Figure 6 : recherche d'une connexion cutanée par traction sur la peau en regard de la tumeur [13]

Enfin, on peut essayer d'écarter la peau ou le mamelon de la tumeur (Figures 6 et 7).

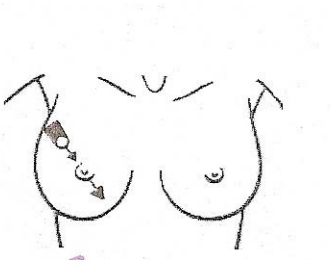


Figure 7 : recherche d'une connexion cutanée par traction sur le mamelon [13]

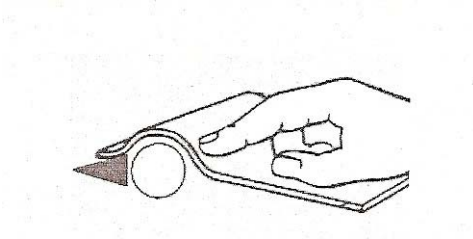


Figure 8 : mobilisation de la tumeur sous la peau par traction sur le mamelon [13]

- Mobilisation de la tumeur :

par rapport à la peau, elle peut se faire :

- en poussant la tumeur avec un doigt (Figure 8),

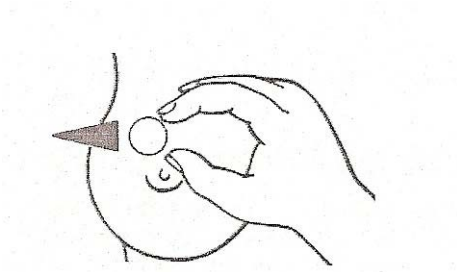


Figure 9 : mobilisation de la tumeur sous la peau avec deux doigts [13]

- en exprimant la tumeur entre deux doigts (Figure 9),

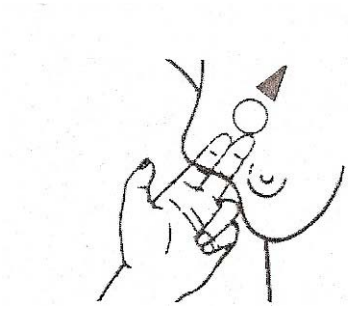


Figure 10 : mobilisation de la tumeur sous la glande, recherche d'une connexion cutanée [13]

- en poussant la tumeur, les doigts étant introduits sous la glande (Figure 10).

Recherche des connexions au grand pectoral

La contraction du grand pectoral, soit par la manœuvre de l'adduction contrariée, soit en demandant à la malade de porter ses mains à la taille et de serrer, peut faire apparaître des connexions cutanées.

La palpation conjointe de la tumeur (mobile en l'absence de contraction musculaire, puis fixe lors de la contraction) permet d'affirmer l'atteinte du grand pectoral.

C'est la manœuvre de TILLAUX.

Examen des aires ganglionnaires

La recherche d'une adénopathie suspecte est essentielle.

En cas de découverte d'une adénopathie, on notera le nombre de ganglions perçus, leur volume, leur consistance, leur sensibilité, leur mobilisation.

Recherche des ganglions axillaires

Elle se fait sur la patiente assise, en laissant tomber l'épaule de façon à relâcher l'aponévrose du creux de l'aisselle :

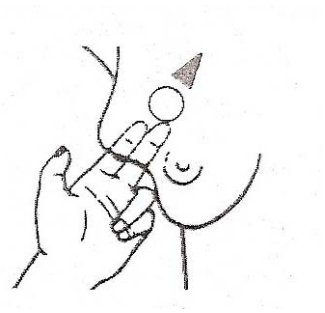


Figure 11 : recherche des ganglions mammaires externes [13]

- le groupe mammaire externe sera recherché en raclant de haut en bas le gril costal (Figure 11),

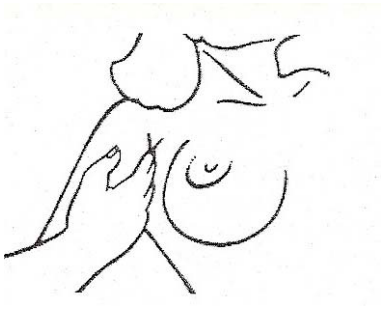


Figure 12 : recherche des ganglions huméraux [13]

- le groupe huméral, en portant la main au sommet du creux de l'aisselle, derrière le grand pectoral, la paume de la main de l'examinateur étant en dehors (Figure 12),



Figure 13 : recherche des ganglions scapulaires inférieurs [13]

- le groupe scapulaire inférieur sera recherché : la main en pronation au contact de la paroi du creux axillaire (Figure 13),

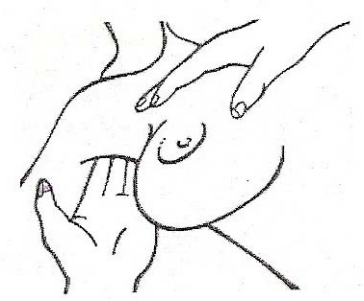


Figure 14 : recherche des ganglions sous-claviculaires [13]

- le groupe sous-claviculaire sera recherché : la main en supination au plafond du creux de l'aisselle (Figure 14).

Examen du creux sus claviculaire

Il se fait sur la patiente assise, le médecin se mettant derrière elle, les doigts posés dans le creux axillaire, en lui demandant de tousser (Figure 15).



Figure 15 : recherche des ganglions sus-claviculaires [13]

La synthèse

A la fin de l'examen, un schéma simple des éléments observés sera réalisé. Il permet de résumer les données objectives et de les comparer d'un examen à l'autre.

A l'issue de l'examen deux situations se présentent :

- soit la tumeur est manifestement maligne, auquel cas il faudra proposer à la patiente des investigations supplémentaires,
- soit la lésion paraît bénigne, on ne peut en dire plus par le simple examen clinique, il faut alors faire appel aux examens complémentaires pour affirmer le diagnostic (Figure 16).

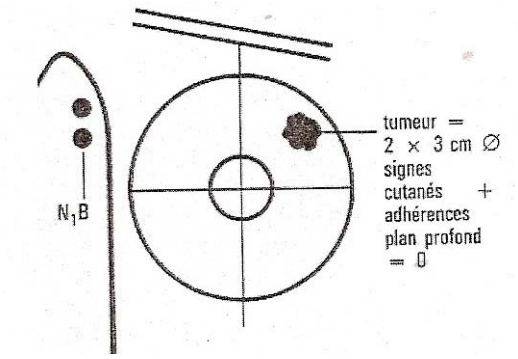


Figure 16 : schéma d'observation [13]

Il faut bien garder en tête qu'un examen clinique bien fait reste un temps essentiel du diagnostic. Celui-ci se trouvera exact dans 75% des cas, il aboutira au doute dans 20% des cas, et se trompera seulement dans 5% des cas [13].

1.3. Critères de la palpation pendant la grossesse

1.3.1. Les modifications de la glande mammaire

C’est pendant la grossesse que la glande mammaire accède à sa différenciation complète et à son but ultime : produire du lait.

Les importantes modifications induites par l’état gestationnel peuvent engendrer des difficultés diagnostiques devant un symptôme ou une masse mammaire.

Fort peu d’études dans la littérature discutent les caractéristiques des masses mammaires chez les femmes enceintes et les conduites à tenir [10].

Remaniements hormonaux et histologiques

Les facteurs locaux (matrice extra-cellulaire), les hormones (oestrogènes, progestérone, prolactine, hormone de croissance) et les facteurs de croissance (EGF, TGF α, MDGF1, TGF1) agissent de façon interactive pour favoriser la croissance mammaire.

Sur le plan histologique, un bourgeonnement des canaux terminaux se produit dès la troisième ou la quatrième semaine de grossesse, sous influence oestrogénique, avec formation de nouvelles unités terminales ductulo-lobulaires.

Les acini (ou alvéoles) et les lobules augmentent en nombre : c’est une adénose physiologique.

Pendant le second trimestre, la prolifération des lobules se poursuit, sous influence progestative, le tissu conjonctif péri-lobulaire est colonisé par les lymphocytes, les cellules épithéliales se différencient.

Au dernier trimestre, sous l’influence de la prolactine, les cellules de la couche interne secrétoire produisent des sécrétions que l’on observe au pôle apical, et qui remplissent ensuite la lumière des alvéoles.

Les couches cellulaires restent au nombre de deux, sans hyperplasie épithéliale associée.

On observe une hypertrophie des cellules myoépithéliales, du tissu conjonctif et du tissu graisseux.

Les modifications cliniques

Les seins augmentent de volume dès les cinquième à huitième semaine de grossesse, le réseau vasculaire se développe avec dilatation du réseau veineux superficiel.

L'aréole augmente de taille et se pigmente.

L'augmentation de volume est en général modérée mais il a été décrit des gigantomasties gravidiques dont la régression après l'accouchement est la règle.

Les limites de l'examen clinique

L'examen clinique est difficile en raison de l'augmentation de la taille des seins, de leur tension, de leur sensibilité et de leur nodularité.

1.3.2. Quand réaliser cette palpation ?

Elle doit être systématique en début de grossesse à un moment où les modifications gravidiques sont minimes. En effet, une masse apparaissant au premier trimestre peut ensuite ne plus être palpable en raison de l'hypertrophie mammaire.

L'examen des seins est en fait rarement pratiqué par l'obstétricien ou la Sage-Femme qui se focalise sur le développement du fœtus.

1.4. Le diagnostic différentiel entre, pathologies bénignes propres à la grossesse et à la lactation, et cancer

Le questionnaire a permis de mettre en évidence un réel manque de connaissances des Sages-Femmes interrogées à ce sujet : un tiers d'entre elles n'ont pas donné de réponses à cette question et lorsqu'elle était renseignée, les réponses se limitaient à une ou deux tout au plus.

Nous allons rappeler dans ce paragraphe les pathologies propres à la grossesse ou à la lactation pouvant mimer un cancer du sein : celles-ci sont à écarter avant de poser un diagnostic définitif.

1.4.1. Les modifications cliniques des lésions pré-existantes à la grossesse

Des remaniements gravidiques peuvent s'observer dans des lésions bénignes pré-existantes telles un adénofibrome dont les lobules deviennent secrétants, lactants.

Des remaniements kystiques, métaplasiques, voire hyperplasiques typiques ou atypiques peuvent être également observés dans les adénofibromes.

Dans les lésions de mastopathie fibro-kystiques avec adénose floride, une augmentation de la taille cellulaire et du pléïomorphisme cellulaire pendant la grossesse et la lactation ont été décrites.

Des zones de nécrose ne sont pas inhabituelles.

Des incertitudes demeurent sur les modifications de certaines lésions.

La croissance de la tumeur phyllode est décrite comme particulièrement rapide pendant la grossesse, bien que son hormono-dépendance ne soit pas prouvée et qu'on ne sache pas comment elle évolue pendant la grossesse.

Il semble ne pas exister de lien entre une grossesse ultérieure et la récidive d'une tumeur chez les patientes qui ont subi une excision complète de la tumeur initiale.

Comme nous l'avons dit précédemment, les seins augmentent de volume durant la grossesse et cette augmentation de taille concerne aussi les lésions pré-existantes, parfois de façon importante et rapidement évolutive, responsable alors de signes cutanés inflammatoires. C'est ainsi que des adénofibromes peuvent atteindre des tailles importantes de plusieurs centimètres, puis régresser après l'accouchement, et augmenter à nouveau lors d'une autre grossesse.

1.4.2. L'adénome lactant

Il est une lésion à priori de novo apparaissant le plus souvent au troisième trimestre et persistant pendant la lactation.

On le classe parmi les adénomes vrais, qui sont une prolifération de cellules épithéliales sans prolifération du contingent conjonctif ou très faible. Il s'agirait d'un îlot de sein gestationnel hyper réactif aux stimuli hormonaux, et qui s'autonomiserait.

Il possède des caractéristiques immunohistochimiques propres : il présente de larges plages de forte fixation pour la protéine S100. Cliniquement, c'est une masse mobile de deux à huit centimètres.

Sur le plan échographique, l'adénome lactant a le plus souvent un aspect bénin, avec un renforcement postérieur témoignant de sa richesse cellulaire. Un aspect évocateur est l'existence d'une structure centrale tubulaire correspondant à un canal dilaté, mais l'aspect peut être plus ambigu : contours irréguliers (quand il n'est pas limité par une capsule), contenu hétérogène (notamment en cas de nécrose), cône d'ombre postérieur, importante vascularisation au Doppler couleur avec des pédicules perforants.

L'IRM peut montrer des septas évocateurs de bénignité, et un rehaussement important de la masse témoignant de sa vascularisation.

L'adénome involue le plus souvent en post-partum et à l'arrêt de la lactation.

En l'absence de stimulation hormonale, les caractéristiques sécrétoires du tissu mammaire et l'adénome lui même disparaissent, mais une augmentation de taille en post-partum liée à un infarcissement est souvent décrite.

1.4.3. La galactocèle

Elle survient pendant la lactation (ou plusieurs mois après).

Elle correspond à une dilatation canalaire de contenu laiteux.

Cliniquement, c'est une masse mobile et régulière.

A l'échographie une possible hétérogénéité peut être observée en raison de son contenu mixte composé de lait et de graisse.

1.4.4. La mastite gravidique

Elle se traduit par un sein tendu, rouge, rarement oedématié, dans un contexte de malaise général et de fébricule.

L'étiologie reste obscure.

1.4.5. L'abcès

Le diagnostic est difficile au stade pré-suppuratif.

Toute la difficulté réside dans le diagnostic différentiel entre inflammation simple par infection et syndrome inflammatoire malin, ces deux pathologies étant très rares pendant la grossesse.

L'échographie est alors indispensable, suivie d'une ponction si le diagnostic d'abcès est probable avec une mise en culture du liquide : il faut dès lors prouver qu'il s'agit bien d'un problème infectieux.

1.5. Les examens complémentaires envisageables pendant la grossesse

Les réponses au questionnaire montrent qu'il y aurait une tendance à réaliser une mammographie comme examen de dépistage (42%). Or celle-ci ne peut pas être utilisée comme moyen de détection car le risque d'irradier le fœtus inutilement est trop important. Cependant, d'autres examens plus appropriés sont envisageables et il paraît à ce stade indispensable de faire le point sur ce sujet.

1.5.1. L'échographie

C'est l'examen essentiel, réalisé de prime abord devant une masse palpable.

Elle offre un contraste satisfaisant dû précisément à l'hydratation mammaire.

1.5.2. L'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique)

Elle peut être intéressante car non irradiante, elle peut aider à caractériser certains adénofibromes.

1.5.3. La mammographie

Elle n'est pas réalisée à titre systématique chez les femmes enceintes car elles sont habituellement en dessous de l'âge du dépistage individuel et qu'on la considère comme peu informative.

Elle peut techniquement être pratiquée en vue d'approfondir le diagnostic avec un tablier plombé protégeant le ventre maternel.

Selon Mazonakis [1], une dose de 200-400 mGy est délivrée par une mammographie standard bilatérale, ce qui induit une exposition fœtale inférieure à 50 mrad (0,5 μGy), bien en dessous des 10 rad (100mGy) qui augmente le risque de malformations fœtales de 1%.

La glande mammaire apparaît très dense, de pénétration difficile et floue en raison de l'hydratation importante.

1.5.4. La ponction cytologique

Elle est considérée comme techniquement plus délicate à réaliser du fait de l'engorgement des seins.

1.5.5. La micro-biopsie

Il existe des complications spécifiques liées à l'état gestationnel lors de cet examen : le geste peut rarement se compliquer de fistule lactée (on conseillera à la femme de suspendre temporairement son allaitement, et si elle ne le souhaite pas, il vaut mieux essayer de désengorger le sein).

Les complications hémorragiques sont aussi plus fréquentes pendant la grossesse, prévenues par un pansement compressif.

1.5.6. Le bilan d'extension

Il peut comporter une radiographie de thorax avec protection abdominale, une échographie hépatique et une IRM sans injection du rachis dorsal et lombaire pour exclure des lésions osseuses secondaires.

Les scanner et scintigraphie osseuse ne sont pas recommandés pendant la grossesse, même si un scanner avec protection abdominale peut être envisagé à partir du second trimestre.

Un bilan biologique pourra être réalisé. La grossesse peut causer une élévation physiologique des marqueurs tumoraux, en particulier du Ca 15-3 utilisé dans le bilan initial, à des niveaux peu élevés cependant et variables selon le terme.

1.6. Les traitements envisageables durant la grossesse

C'est la chirurgie qui arrive en tête des traitements dans les réponses proposées et, fait surprenant, une personne sur cinq est convaincue qu'aucun traitement est possible.

Cependant, une fois le diagnostic posé, plusieurs options thérapeutiques sont envisageables. Nous les décrivons ci-dessous.

1.6.1. La chirurgie

Elle peut être réalisée avec un risque minimum pour le développement du fœtus quel que soit le terme de la grossesse. La conservation mammaire avec curage axillaire est envisageable, en particulier chez les femmes dont le diagnostic est porté au troisième

trimestre ou pour celles nécessitant une chimiothérapie néoadjuvante. Sinon, la mastectomie totale sera préférée. La technique de biopsie du ganglion sentinelle ne sera par contre pas utilisable : en effet, souvent le taux d'atteinte ganglionnaire est plus important, justifiant pour la plupart un curage [1] et les risques de l'exposition du fœtus aux radio-isotopes (à court et long terme) sont inconnus. Enfin, la migration mammaire du traceur pourrait être modifiée dans le contexte de grossesse et de modification du tissu mammaire.

1.6.2. La chimiothérapie

La décision de débuter une chimiothérapie chez une femme enceinte est souvent difficile à prendre. Il faut en effet tenir compte du potentiel de mutagénicité des médicaments utilisés et donc du risque pour l'enfant, sans compromettre ni la santé ni la vie de la mère. Elle sera donc évitée au premier trimestre (risque majeur de malformation) et envisageable lors des deuxième et troisième trimestres en néo-adjuvant et avec précautions : en effet, un risque de retard de croissance et du développement psychomoteur peut survenir par la suite.

1.6.3. L'interruption Médicale de Grossesse (IMG)

Elle sera envisagée seulement en cas d'urgence (maladie métastatique par exemple).

1.6.4. La radiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie

Par opposition, la radiothérapie, l'hormonothérapie et l'immunothérapie sont fortement contre-indiquées durant la grossesse, les effets secondaires sur le fœtus étant trop délétères.

La question qu'on pourrait se poser est la suivante : est-ce que l'envie pour la femme de donner naissance, d'accompagner et d'élever son enfant, de le voir évoluer et grandir ne pourrait pas être une condition de motivation supplémentaire qui donnerait à l'intervention plus de chances de réussite ? Nous savons à quel point le psychisme est important dans l'annonce de toute maladie et le fait de vouloir arriver au terme de la grossesse et de pouvoir découvrir son enfant me semble être la meilleure des motivations qui soit. Alors dans ce cas, pourquoi vouloir retarder ou repousser ce diagnostic ?

1.7. Le pronostic

67% des Sages-Femmes interrogées estiment à tort que la grossesse aggrave le pronostic du cancer du sein. En effet, contrairement à ce qui est pensé depuis longtemps, le pronostic du cancer du sein chez la femme enceinte semble aujourd'hui être le même que celui des autres femmes à âge et facteurs pronostiques identiques [1].

En revanche, lorsque les tumeurs sont découvertes au cours de la grossesse, elles sont souvent plus volumineuses, avec plus d'envahissement ganglionnaire et une extension métastatique plus fréquente. Ceci est simplement imputable au retard de diagnostic et non pas à l'état de grossesse. Le risque d'envahissement ganglionnaire augmente quant à lui avec le temps ; pour des tumeurs à croissance rapide (65 jours de temps de doublement), il est d'environ 1,8% en un mois, 5,2% en trois mois et jusqu'à 10% en six mois [1].

Des moyens thérapeutiques existent, et plus un cancer est pris en charge tôt, plus les chances de survie sont augmentées. La prise en charge initiale est compatible avec la grossesse et l'IMG ne semble pas augmenter la survie [1]. Toute décision doit être multidisciplinaire sur le plan médical et partagée avec la patiente après information éclairée.

2. LES RECOMMANDATIONS

Concernant les recommandations actuelles, elles sont peu connues des professionnels comme le montre l'étude.

Seule l'HAS en a réellement publié dans ses « Recommandations pour les professionnels de santé : comment mieux informer les femmes enceintes ? » en Avril 2005 [14] et celles-ci sont très succinctes. Il y est précisé que lors de la première consultation de grossesse un examen clinique comportant « l'observation de la femme, la prise de la pression artérielle, la mesure du poids, l'examen des seins dans le cadre d'un dépistage du cancer du sein, l'examen de l'état veineux des membres inférieurs » doit être réalisé. On n'aborde pas ici le fait que la patiente ait ou non un suivi gynécologique en dehors de la grossesse, ni même ses antécédents. Cet examen doit être fait au même titre que la prise de la tension artérielle dans le cadre d'une surveillance habituelle.

Il n'y pas de données non plus concernant la fréquence : une palpation suffit-elle pendant la grossesse, quand doit-on la reproduire ? Là encore les données de la littérature sont pauvres et il semble cependant licite de pratiquer un examen systématique et approfondi des seins :

- avant tout début de PMA (Procréation Médicalement assistée),
- lors de la première visite prénatale,
- renouvelé au mieux à chaque trimestre,
- lors de la visite post-natale,
- en cas d'allaitement, il semble souhaitable de revoir la patiente à la fin de son allaitement,
- de façon mensuelle si la patiente est porteuse d'une mutation génétique [15].

Par ailleurs, ni le réseau Oncolor [16] ni le RPL [17] n'ont émis de recommandations sur la palpation durant la grossesse contrairement à ce que pense la plupart des Sages-Femmes interrogées (respectivement 94% et 31%).

3. LA FORMATION

Si on s'intéresse à la formation, les chiffres parlent d'eux-mêmes. Celle-ci est insuffisante et la plupart des Sages-femmes (56%) ne s'estiment pas capables à l'heure actuelle de détecter une lésion suspecte.

En regardant de plus près le programme scolaire officiel [18], on s'aperçoit que seul un cours sur le cancer du sein est prévu dans notre formation. L'association « cancer et grossesse » n'est pas abordée ou est laissée au choix de chaque école.

Mais alors, comment peut-on sensibiliser les soignants sur un sujet alors que ceux-ci ne sont pas assez informés (57% n'ont pas été sensibilisés durant un cours) ? Plus grave encore, comment ces personnes censées être au premier plan dans le dépistage peuvent espérer le faire efficacement alors qu'elles n'ont jamais été formées (seulement 19% prétendent avoir bénéficié d'un cours sur la palpation mammaire à l'école de Sages-Femmes) ?

Si on rajoute à cela le fait que la plupart n'ont pas non plus eu cette information dans le cadre de la FMC (seulement 18% ont suivi une formation spécifique), on se trouve confronté à un réel problème, d'autant plus que la demande existe : 96% des Sages-Femmes souhaiteraient qu'il y ait une formation spécifique sur ce point dispensée à l'école.

Alors quelles solutions proposer ? Une formation plus complète ? Plus spécialisée ? Plus pointue ? Une réactualisation du programme scolaire ? Il est bien évidemment impossible de posséder les connaissances dans les domaines spécifiques que par la formation initiale. C'est par le biais de la FMC que la formation sera approfondie et contribuant par la même à redonner confiance aux personnes sur des notions qu'elles n'ont pas eues durant leurs études.

La place de la Sage-Femme en tant que profession médicale n'est plus à démontrer. Elle assure en toute autonomie le suivi de la grossesse physiologique.

Tant de responsabilités ne peuvent que nous inciter à poursuivre notre formation régulièrement et à réaliser notre travail de la façon la plus précise et la plus juste possible.

4. L'AUTOPALPATION

La réponse à la question de l'autopalpation est assez surprenante : 64% des Sages-Femmes ne forment pas leurs patientes.

Cela ne prendrait pourtant que quelques minutes et dans le cas où la femme n'aurait pas de suivi gynécologique, cela lui permettrait de s'auto-surveiller, de s'auto-diagnostiquer, et de consulter avant qu'il ne soit trop tard.

Les conseils sont simples à donner et facilement reproductibles par la patiente.

Le temps clinique de l'exploration mammaire permet de sensibiliser la patiente à l'utilité d'un examen régulier de ses seins au plan du dépistage de leurs maladies et donc du pronostic des plus sévères d'entre elles.

Cet examen, avec un peu d'habitude et en dehors de toute anxiété (d'où l'importance d'une bonne information et d'une indispensable dédramatisation) doit être pratiqué tous les 2 à 3 mois en période post-menstruelles mais aussi après la ménopause.

Il repose sur le caractère comparatif de l'exploration : il ne s'agit pas de faire un diagnostic, mais de mettre en évidence une anomalie qui n'apparaissait pas lors d'un examen antérieur.

Il ne peut prétendre se substituer aux examens pratiqués par le médecin traitant mais doit être une incitation à la vigilance et un moyen privilégié de collaboration entre le médecin et sa patiente.

Il se déroule comme décrit ci-dessous.[19]

L'inspection

Elle se pratique torse nu devant un miroir et sous un bon éclairage, les mains sur les hanches puis les bras levés respectivement. La femme examinera de face et de profil :

- le galbe des seins à la recherche d'une déformation ou d'une irrégularité,
- la qualité du revêtement cutané (couleur, rides superficielles, circulation veineuse, etc…)
- la symétrie et l'aspect des mamelons en recherchant une rétraction ou un eczéma localisé.

La palpation

Elle se fera :

- d'une part en position verticale, la main bien à plat explorera le sein controlatéral sur toute sa surface, quadrant par quadrant sans oublier le sillon sous-mammaire, la région rétro-mamelonnaire et l'aisselle, les mamelons seront pressés afin d'exprimer un éventuel écoulement,
- d'autre part en position allongée, les mêmes gestes seront répétés sur le sein étalé sur le thorax.

Il me semblait intéressant de développer ce point. La plupart des découvertes de cancer viennent des patientes elles-mêmes devant un symptôme anormal mais déjà évolué. Peut-être qu'en les formant à cet auto-examen, on pourrait arriver à ce que le cancer ou les lésions malignes soient diagnostiqués à un stade plus précoce et ainsi augmenter les chances de survie.

Le fait que les professionnels soient si peu sensibles à ce sujet est étonnant et il paraît opportun de faire évoluer ce comportement. La réalisation de plaquettes informatives pourrait y contribuer.

Il n'existe pas de bon dépistage sans prévention, et là encore, des efforts restent à faire.

Cette enquête a pu tout de même mettre en évidence un manque d'information considérable sur cette pathologie et une méconnaissance des recommandations actuelles. C'est ce manque d'information qui est sans doute à l'origine de la non systématisation de sa pratique. Pour être convaincu de l'intérêt de ce dépistage, il faut savoir que cette pathologie existe pendant la grossesse, qu'elle peut être diagnostiquée malgré les modifications mammaires, que la gravidité ne modifie pas le pronostic et qu'une prise en charge est possible.

Conclusion

Comme nous avons pu le constater par l'intermédiaire de ces deux études, il reste encore des progrès à faire quant à la réalisation de cet examen au cours de la grossesse et en ce qui concerne sa notation dans le dossier médical.

Trop de fausses idées sont encore en circulation et il faut les combattre.

La palpation peut et doit être réalisée pendant la grossesse malgré les modifications mammaires. C'est le seul examen de dépistage dont on dispose qui allie à la fois totale innocuité et performance ; par conséquent il ne faut pas s'en passer.

Des recommandations à ce sujet existent mais sont limitées et surtout peu connues par les professionnels.

Des moyens thérapeutiques sont envisageables et la grossesse n'influence pas le pronostic de ce cancer.

Une meilleure information permettrait une meilleure sensibilité qui conduirait sans doute à une meilleure efficacité dans le dépistage.

La particularité des professions médicales est l'évolution constante des pratiques et la formation continue est une obligation déontologique. Il est nécessaire que les Sages-Femmes remettent sans cesse en question leurs pratiques et les fassent évoluer selon les connaissances actuelles.

Au moment où les celles-ci acquièrent de plus en plus de responsabilités dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, il devient indispensable pour elles de compléter leur formation initiale selon leur spécialisation et de réactualiser leurs connaissances. C'est seulement par ce moyen et grâce à une prise de conscience que nous parviendrons à rendre systématique la palpation mammaire au cours de la grossesse et que ce geste deviendra banal, au même titre que la prise de la tension artérielle, dans le cadre de la surveillance habituelle de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Morère JF, Penaut-Lorca F, Aapro MS, Salmon R. Le cancer du sein. Saint-Etienne : Springer ; 2007

[2] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). (page consultée le 18/02/09), [en ligne]. http://www.insee.fr

[3] Santé et médecine. (page consultée le 20/02/09), [en ligne]. http://sante-medcine.net

[4] Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine. (page consultée le 24/02/09), [en ligne]. www.e-cancer.fr/Institut-National-Cancer/Publications.INCa/op_1-it_834-ta_1-id_2358-backhistory.1-la_1-ve_1.html

[5] Institut National du Cancer. (page consultée le 24/02/09). Bilan plan cancer 2003-2006, [en ligne]. http://www.e-cancer.fr/Institut-National-Cancer/Plan-cancer-2003-2007/Bilan-national-2003-2006-avril-2006/op_1-it_393-la_1-ve_1.html

[6] Gutella JC, Querleu D. Les cancers associés à la grossesse. In : Thoulon JM, Puech F, Boog G. Universités francophones obstétrique. Ellipses. p. 512-515

[7] Giacalone PL, Laffargue F. Cancer du sein en cours de grossesse. Les difficultés de la prise en charge. J.Le Sein. 2004 ; 14 (2) : 153-157

[8] Saglier J, Pommeyrol A, Bouillet T, Hennebicque AS. Cancer du sein. Questions et réponses au quotidien. 2nd ed. Issy-les-Moulineaux : Masson editeur ; 2003

[9] Williams SF, Schilsky RL. Maladies néoplasiques. In : Barron WM, Lindheimer MD, Davison JM. Médecine de la femme enceinte. Flammarion. p. 406-423

[10] Boisserie-Lacroix M, Dos Santos E, Belleannée G, Bouzgarrou M, Galtier JB, Trillaud H. La femme enceinte : difficultés diagnostiques. J.Le Sein. 2004 ; 14 (2) : 145-152

[11] Légifrance. (page consultée le 16/02/09). Code de la santé Publique, [en ligne]. http://www.legifrance.fr

[12] Assurance maladie. (page consultée le 16/02/09). [en ligne]. http://www.ameli.fr

[13] Lansac J, Lecomte P, Marret H. Collection pour le praticien, gynécologie. 7th ed. Masson. p. 221-224

[14] Haute Autorité en Santé. (page consultée le 20/02/09). [en ligne]. http://www.has-sante.fr

[15] Cours du Dr Routiot, quatrième année « Cancer du sein et grossesse »

[16] Oncolor. (page consultée le 18/02/09). [en ligne]. http://www.oncolor.org

[17] Réseau Périnatal Lorrain. (page consultée le 21/02/09). [en ligne]. http://www.reseauperinatallorrain.org

[18] Ministère de la Santé. (page consultée le 23/02/09). Bulletin officiel numéro 02/02, [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr

[19] Pons JY. Sénologie. Abrégés. Masson

TABLE DES MATIERES

Sommaire **4**

Préface **5**

Introduction **6**

Partie 1 : Caractéristiques des cancers du sein associés à la grossesse **7**

1. Epidémiologie des cancers du sein associés à la grossesse **8**

1.1. Le cancer du sein 8
1.2. Association cancer et grossesse 8
1.2.1. Epidémiologie et définition 8
1.2.2. Caractéristiques des cancers rencontrés durant la grossesse 9

2. Facteurs de risque des cancers du sein **10**

2.1. Le sexe féminin 11
2.2. L'âge 11
2.3. Le risque familial 11
2.4. Le risque histologique 11
2.5. Le risque hormonal 11
2.5.1. Les facteurs endogènes 12
L'âge de la ménopause 12
L'âge des premières règles 12
L'âge à la première grossesse 12
La parité 12
L'allaitement 13
2.5.2. Les facteurs exogènes 13
2.6. Le risque nutritionnel 13
2.7. Les autres facteurs de risque 13
2.7.1. Les radiations ionisantes 13
2.7.2. Les anti-transpirants 13

3. Les impératifs à un dépistage précoce **14**

3.1. Le retard de diagnostic 14
3.2. Le suivi de la parturiente 14
Problématique du mémoire 16

Partie 2 : Evaluation des pratiques professionnelles des Sages-Femmes de Meurthe-et-Moselle et étude rétrospective de 30 dossiers à la MRAP **17**

1. Présentation de la première étude **18**

1.1. Objectif et questionnement 18
1.1.1. Objectif 18
1.1.2. Interrogations 18

1.2. Méthodologie 18
1.2.1. Population étudiée 18
Les Sages-Femmes libérales 19
Les Sages-Femmes territoriales 20
Les Sages-Femmes salariées dans un établissement public ou privé 20
Les Sages-Femmes travaillant dans un Centre Périnatal de Proximité (CPP) 21
La population totale 21
1.2.2. Présentation de l'outil utilisé 21
1.2.3. Biais 22
1.2.4. Analyse des données 22
1.3. Résultats de la recherche 22
1.3.1. Généralités 23
1.3.2. La formation initiale 24
1.3.3. Cancer du sein et grossesse 24
1.3.4. Examens complémentaires et traitements envisageables 28
1.3.5. La formation médicale continue 28
1.3.6. Evaluation, commentaires et critiques 29

2. Deuxième étude : enquête rétrospective à la MRAP 30

2.1. Description 30
2.2. Les biais 30
2.3. Résultats 31

Partie 3 : Synthèse, analyse et discussion 32

1. Généralités, analyse et solutions envisageables 33

1.1. Remarques concernant l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) 33
1.2. La palpation mammaire 35
1.2.1. Description de la palpation 35
1.2.2. Quand examiner les seins ? 36
1.2.3. Comment examiner les seins ? 36
L'interrogatoire 36
L'examen physique 37
L'inspection 37
La palpation 38
Résultat 38
Les manœuvres associant la palpation et l'inspection 39
Recherche d'une connexion cutanée 39
Recherche des connexions au grand pectoral 42
Examen des aires ganglionnaires 42
Recherche des ganglions axillaires 42
Examen du creux sus claviculaire 44
La synthèse 44
1.3. Critères de la palpation pendant la grossesse 45
1.3.1. Les modifications de la glande mammaire 45
Remaniements hormonaux et histologiques 45
Les modifications cliniques 46
Les limites de l'examen clinique 46
1.3.2. Quand réaliser cette palpation ? 46

1.4. Le diagnostic différentiel entre, pathologies bénignes propres à la grossesse et à la lactation, et cancer 46
1.4.1. Les modifications cliniques des lésions pré-existantes à la grossesse 47
1.4.2. L'adénome lactant 47
1.4.3. La galactocèle 48
1.4.4. La mastite gravidique 48
1.4.5. L'abcès 48
1.5. Les examens complémentaires envisageables pendant la grossesse 49
1.5.1. L'échographie 49
1.5.2. L'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) 49
1.5.3. La mammographie 49
1.5.4. La ponction cytologique 49
1.5.5. La micro-biopsie 50
1.5.6. Le bilan d'extension 50
1.6. Les traitements envisageables durant la grossesse 50
1.6.1. La chirurgie 50
1.6.2. La chimiothérapie 51
1.6.3. L'interruption Médicale de Grossesse (IMG) 51
1.6.4. La radiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie 51
1.7. Le pronostic 52

2. Les recommandations 53

3. La formation 54

4. L'autopalpation 55

L'inspection 55
La palpation 56

Conclusion 57

Bibliographie 58

TABLE DES MATIERES 61

Annexe 1 I

Annexe 2 VIII

ANNEXE 1

Questionnaire

I) Généralités

1) Vous êtes :

- ❑ Un homme
- ❑ Une femme

2) Quel est votre âge ?

- ❑ Entre 20 et 30 ans
- ❑ Entre 30 et 40 ans
- ❑ Entre 40 et 50 ans
- ❑ 50 ans et plus

3) Vous travaillez :

- ❑ En secteur hospitalier public
- ❑ En secteur hospitalier privé
- ❑ Dans un service de PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- ❑ Dans un CPP (Centre Périnatal de Proximité)
- ❑ Dans un CHU (Centre Hospitalier Universitaire)
- ❑ En libéral
- ❑ Autres : …….

4) Depuis combien de temps effectuez-vous des consultations de grossesse ?

- ❑ Moins de 5 ans
- ❑ Entre 5 et 10 ans
- ❑ Entre 10 et 15 ans
- ❑ Plus de 15 ans

II) Formation initiale :

1) Avez-vous bénéficié durant votre formation à l'école de Sage-Femme de:

- cours ou travaux pratiques sur la palpation mammaire ?
  - ❑ Oui
  - ❑ Non
  - ❑ Je ne me souviens pas
- cours spécifiques sur cancer du sein et grossesse ?
  - ❑ Oui
  - ❑ Non
  - ❑ Je ne me souviens pas
- cours sur le cancer du sein ?
  - ❑ Oui
  - ❑ Non
  - ❑ Je ne me souviens pas

2) À l'heure actuelle, estimez-vous avoir des connaissances suffisantes pour la réalisation de cet examen ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

III) *Cancer du sein et grossesse :*

1) Quelle est, à votre avis, la fréquence d'association « cancer du sein et grossesse » ? (une seule réponse est possible)
Rappel : on parle de cancer du sein associé à la grossesse quand celui-ci survient pendant la grossesse, l'allaitement et l'année suivant l'accouchement.

- ❑ 1/100
- ❑ 1/1000
- ❑ 1/3500
- ❑ 1/10000
- ❑ 1/35000
- ❑ 1/100000
- ❑ 0

2) Connaissez-vous les principaux signes du cancer du sein ? (répondez en précisant ces caractères)

-
-
-
-
-

3) Quelles sont les pathologies qui à votre avis peuvent mimer les symptômes d'un cancer du sein ? (citez ces pathologies)

-
-
-
-
-

4) À votre avis, la palpation mammaire pendant la grossesse est : (une seule réponse est possible)

- ❑ Obligatoire
- ❑ Faite à la demande
- ❑ Réalisée selon les antécédents personnels et familiaux
- ❑ Faite sur signes d'appels uniquement
- ❑ Inutile

5) Pratiquez-vous cet examen **systématiquement** pendant la grossesse ?

- ❑ Oui
- ❑ Non (passez directement à la question 7)

6) À quelle fréquence effectuez-vous une palpation mammaire au cours de la grossesse ?

- ❑ À la déclaration de grossesse
- ❑ À chaque consultation de grossesse
- ❑ Une fois durant la grossesse
- ❑ Deux fois durant la grossesse
- ❑ Trois fois et plus durant la grossesse
- ❑ À la consultation post-natale
- ❑ Uniquement sur signes d'appels

7) Selon vos connaissances actuelles, existe-t-il des recommandations à ce sujet publiées par : (plusieurs réponses sont possibles) ?

- Le RPL (Réseau Périnatal Lorrain) ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

- La HAS (Haute Autorité en Santé) ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

- Le réseau Oncolor ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

8) Le cancer du sein pendant la grossesse est pour vous : (une seule réponse possible)

- ❑ Une maladie moins grave qu'en dehors de la grossesse
- ❑ Une maladie atténuée par la grossesse
- ❑ Une maladie aussi grave qu'en dehors de la grossesse
- ❑ Une maladie plus grave qu'en dehors de la grossesse

9) Avez-vous déjà été confronté à un cancer du sein associé à une grossesse au cours de votre carrière ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

Si oui, pouvez-vous donner à une unité près le nombre de cas rencontrés ?

IV) Examens complémentaires et traitements envisageables :

1) À votre avis, peut-on réaliser une mammographie de dépistage pendant la grossesse ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

2) À votre avis, peut-on réaliser une mammographie de diagnostic pendant la grossesse ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

3) Si un cancer est détecté, selon vous, quels traitements peut-on envisager ? (plusieurs réponses sont possibles)

- ❑ La chirurgie
- ❑ La chimiothérapie
- ❑ La radiothérapie
- ❑ L'hormonothérapie
- ❑ Aucun traitement n'est possible

4) Enseignez-vous à vos patientes l'autopalpation ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

V) Formation médicale continue :

1) La formation médicale continue est une obligation déontologique pour les Sages-Femmes.

Avez-vous suivi des formations supplémentaires pour la pratique de votre exercice à ce sujet ? (conférences, lecture d'articles…)

- ❑ Oui
- ❑ Non

2) Avez-vous suivi une formation spécifique sur la palpation mammaire ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

VI) Evaluation, commentaires et critiques :

1) Le sujet abordé vous donne t-il envie d'en savoir plus :

- Sur l'intérêt de la palpation mammaire ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

- Sur sa pratique ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

- Sur l'association « cancer du sein et grossesse » ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

2) Voyez-vous un intérêt à une formation spécifique sur la palpation mammaire durant les études de Sage-Femme ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

Vous pouvez argumenter si vous le souhaitez :

3) À l’heure actuelle, vous sentiriez-vous capable de détecter une lésion mammaire débutante grâce à la palpation ?

- Oui
- Non

4) Quelle serait votre attitude en cas de détection d’une anomalie clinique ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Revoir la patiente un mois plus tard
- L’adresser à un gynécologue
- Demander une mammographie
- Demander une échographie
- Ne rien faire

Commentaires, critiques et suggestions :

Merci d’avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

ANNEXE 2

Bonjour,

Je suis étudiante Sage-Femme en quatrième année à l'école de Nancy.

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude : « ***Intérêt de la palpation mammaire pendant la grossesse : rôle de la Sage-femme dans le dépistage du cancer du sein et la prise en charge des pathologies mammaires*** », je vous adresse ce questionnaire.

Il s'adresse à toutes les Sages-Femmes effectuant des consultations de grossesse au sein du département (Meurthe-et-Moselle) et a pour objectif d'évaluer la pratique et les connaissances des Sages-Femmes à propos de la palpation mammaire.

Ce questionnaire est strictement anonyme.

Merci de bien vouloir y consacrer un peu de votre temps en répondant de manière spontanée aux différentes questions : cela ne vous prendra pas plus de 10 minutes.

Vos réponses en nombre sont précieuses pour la validité de ce projet et la suite à donner. Vous pouvez me retourner ce questionnaire par mail ou par courrier à l'adresse suivante :

FLENGHI Julie
Adresse : 7 Avenue Patton
54700 Pont-à-Mousson
Téléphone : 06 76 78 66 60
e-mail : julieflenghi@orange.fr

En vous remerciant par avance pour votre précieuse contribution, je vous prie d’agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Julie Flenghi