



Atelier 1

Rechutes de cancer : détecter, accompagner et mieux prendre en soin

Luc Cabel (*oncologue médical – Institut Curie*)

Julien Guérin (*psychologue clinicien – ICAP Avignon*)

Jérôme Martin-Babau (*oncologue – Hôpital Privé des Côtes-d'Armor*)

Marie Beguinot (*médecin spécialiste en oncologie médicale gynécologique et sénologique – HCL Lyon*)

1. Faut-il adapter le suivi au niveau de risque ?

Les données issues des cohortes longitudinales montrent un risque prolongé de récurrence à distance, notamment dans les cancers luminaux A/B, persistant au-delà de 5 ans après arrêt de l'hormonothérapie. La stratification pronostique intégrant les caractéristiques biologiques tumorales et la réponse au traitement (ex. charge tumorale résiduelle sous immunothérapie dans les TNBC) permet d'envisager une personnalisation du suivi.

L'enjeu est double : adapter l'intensité de surveillance et soutenir la décision médicale partagée, en favorisant l'adhésion thérapeutique et l'inclusion dans les essais cliniques.

2. Faut-il détecter la rechute avant les symptômes ?

A ce jour, les essais historiques n'ont pas montré de bénéfice en survie globale d'un suivi intensif par imagerie systématique par rapport à un suivi clinique standard. Toutefois, l'évolution des options thérapeutiques et des biomarqueurs interroge à nouveau cette stratégie.

Au-delà de la survie, les objectifs incluent l'amélioration de la qualité de vie, la structuration du parcours de soins et la réduction de l'errance diagnostique. Une vigilance particulière doit être portée au retentissement psychologique d'une surveillance renforcée, certains facteurs de vulnérabilité ayant été identifiés.

3. Comment détecter la rechute ?

Les modalités classiques reposent sur l'examen clinique et l'imagerie (TDM thoraco-abdomino-pelvienne, TEP-TDM), ainsi que sur les marqueurs tumoraux sériques.

L'ADN tumoral circulant (ctDNA) présente une excellente valeur prédictive positive et ouvre la voie à une détection moléculaire précoce. Toutefois, des incertitudes persistent concernant la périodicité optimale, la conduite à tenir en cas de positivité isolée sans traduction radiologique, et les implications médico-économiques.

4. Cadre de l'annonce d'une rechute métastatique

L'annonce d'une rechute constitue un temps critique du parcours. Les difficultés organisationnelles incluent les délais entre suspicion radiologique, confirmation histologique et consultation d'oncologie, générateurs d'anxiété.

Les pistes organisationnelles discutées incluent : la traçabilité formalisée des biopsies, la création d'une consultation dédiée au rendu des résultats, et l'intégration systématique des soins de support et du soutien psychologique.

Conclusion

La surveillance post-thérapeutique en cancérologie évolue vers un modèle individualisé, intégrant stratification pronostique, innovations biologiques et attention accrue à l'accompagnement psychologique. La balance entre bénéfice clinique, impact psychosocial et soutenabilité organisationnelle demeure au cœur de la réflexion.