

Comprendre le cancer du sein



Mise à jour

Guide d'information et de dialogue à l'usage
des personnes malades et de leurs proches



Ce guide s'inscrit dans le cadre d'un programme
réalisé en partenariat avec



L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER
52, avenue André Morizet
92513 Boulogne Billancourt CEDEX
Tél. : 33 (0)1 41 10 50 00
Courriel : contact@institutcancer.fr
Internet : www.e-cancer.fr

Comprendre le cancer du sein

Ce guide d'information et de dialogue a pour but d'aider les femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique et leurs proches à mieux comprendre cette maladie et ses traitements.

Une information compréhensible et adaptée permet de mieux vivre la maladie. C'est la raison pour laquelle ce guide a été élaboré. Nous tentons d'expliquer, avec des mots que nous souhaitons simples et clairs, ce que les médecins savent actuellement du cancer du sein, de ses traitements et de ses conséquences.

Comment utiliser ce guide ?

Ce guide peut être consulté en fonction des besoins d'informations de chacun. Il est constitué de chapitres qui se lisent de façon indépendante. Certains préféreront le lire en une seule fois, d'autres par étapes.

Les **messages clés**, situés à la fin de chaque chapitre, dans la rubrique « *À retenir* », correspondent aux éléments essentiels identifiés par des patientes, d'anciennes patientes et de personnes de leur entourage, qui ont participé à l'élaboration de ce guide.

Des témoignages de patientes, d'anciennes patientes et de proches ont été recueillis lors de réunions de travail (voir « *Comment ce guide a-t-il été élaboré ?* » p. 109). Ils apparaissent en italique dans le texte.

Des **fiches complémentaires** proposent des informations plus détaillées sur des points particuliers.

Un glossaire, « **Les mots et leur sens** », situé à la fin du document, explique le vocabulaire médical employé dans le guide et dans les fiches. Les mots du glossaire sont identifiés par un astérisque dans le texte.

Un questionnaire préaffranchi destiné à recueillir votre avis est glissé dans ce guide. N'hésitez pas à le remplir et à nous le retourner. Vos remarques seront attentivement analysées et prises en compte lors d'une prochaine mise à jour.

D'autres guides SOR SAVOIR PATIENT sont disponibles. Ils proposent des informations détaillées sur des thèmes comme la fatigue, la douleur, les aspects sociaux, la chimiothérapie, la radiothérapie...

Ces thèmes sont de ce fait peu détaillés dans ce guide. Nous vous invitons à consulter le guide correspondant à votre recherche pour en savoir plus. Les guides à consulter sont indiqués par des renvois à chaque fin de chapitre.



**LE GUIDE COMPRENDRE LE CANCER DU SEIN
A ÉTÉ PUBLIÉ EN 2000
ET A REÇU LE PRIX PRESCRIRE EN 2001.**

Il a été mis à jour une première fois en 2002.

Cette mise à jour tient compte des dernières données scientifiques concernant en particulier la **chimiothérapie**, l'**hormonothérapie** et les **anticorps monoclonaux**. Ces informations ont été validées par un groupe de travail scientifique (voir la liste des membres du groupe de travail p. 5).

Nous remercions chaleureusement les patientes, les anciennes patientes et leurs proches qui ont contribué à l'élaboration de ce guide, ainsi que la Société française d'oncologie gynécologique (SFOG), la Société française de sénologie et de pathologie mammaires (SFSPM), et la Société française de mastologie et d'imagerie du sein (SOFMIS) pour leur collaboration à ce projet. Nous remercions également les Centres de lutte contre le cancer pour leur contribution à l'illustration du guide.

Nous remercions enfin Daphné Gouvrit pour la réalisation de la couverture.

Membres des groupes de travail

Coordination

Élisabeth Luporsi, oncologue médical statisticien, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy (coordonnateur)

Line Leichtnam-Dugarin, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris (méthodologiste)

Groupe de travail scientifique pour la mise à jour

Emmanuel Achille, oncologue médical, Clinique Claude Bernard, Metz

Jean-Marc Classe, chirurgien, Centre René Gauducheau, Nantes

Nadine Dohollou, oncologue médical, Clinique Bordeaux Nord Aquitaine, Bordeaux

René Gilles, radiologue, Clinique Bordeaux Nord Aquitaine, Bordeaux

Pierre Kerbrat, oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes

Louis Mauriac, oncologue médical, Institut Bergonié, Bordeaux

Anne Tardivon, radiologue, Institut Curie, Paris

Philippe Vennin, oncologue médical, Centre Oscar Lambret, Lille

Groupe de travail SOR SAVOIR PATIENT

Sylvie Brusco, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris

Julien Carretier, méthodologiste, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris

Marie Déchelette, méthodologiste, FNCLCC, Paris

Valérie Delavigne, linguiste, FNCLCC, Paris

Béatrice Fervers, oncologue médical, FNCLCC, Paris

Thierry Philip, pédiatre, Centre Léon Bérard, Lyon

Groupe de travail scientifique initial

T. Bachelot, oncologue, Centre Léon Bérard, Lyon

A. Brémond, chirurgien, Centre Léon Bérard, Lyon

E. Delay, chirurgien, Centre Léon Bérard, Lyon

F. Demma, infirmière, Lyon

J.-M. Dilhuydy, radiothérapeute, Institut Bergonié, Bordeaux

M.-H. Dilhuydy, radiologue, Institut Bergonié, Bordeaux

B. Fontanière, anatomopathologiste, Centre Léon Bérard, Lyon

H. Hoarau, anthropologue, Institut Bergonié, Bordeaux

N. Moumjid-Ferdjaoui, économiste, Centre Léon Bérard, Lyon

M. Porché, kinésithérapeute, Centre Léon Bérard, Lyon

P. Saltel, psychiatre, Centre Léon Bérard, Lyon

P. Thiesse, radiologue, Centre Léon Bérard, Lyon

M. Véron, cadre infirmier, Paris



Une femme debout et une femme à genoux se regardent. Celle qui est debout a été à genoux et celle qui est à genoux sera debout. L'une est le futur de l'autre. Et leur regard dit cette certitude : oui, on se relève, oui on est tous un jour celui qui demande de l'aide, oui le cancer peut être dans le parcours d'une vie, la date d'une renaissance, une aventure qui vous emmène loin, c'est-à-dire plus près de vous-même. Ce fut mon aventure.

Hélène JOUSSE, sculpteur

Sommaire

Le cancer du sein 9

Le diagnostic de cancer du sein 18

Les différents traitements du cancer du sein 31

La surveillance après le traitement 71

Les professionnels au service de la patiente 77

Glossaire : les mots et leur sens 95

Les SOR SAVOIR PATIENT 107

Le cancer du sein

Qu'est-ce qu'un sein ?	9
Qu'est-ce qu'un cancer du sein ?	11
Connaît-on les causes d'un cancer du sein ?	14
Vivre pendant et après un cancer	15

Qu'est-ce qu'un sein ?

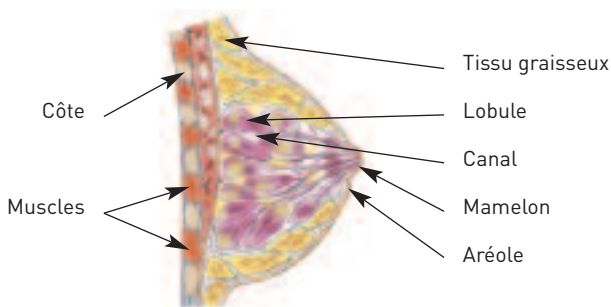
Les seins jouent un rôle important dans la féminité et dans l'image que la femme a de son corps. La fonction biologique du sein est de produire du lait afin de nourrir un nouveau-né.

La structure du sein est complexe. Chaque sein (appelé aussi **glande*** mammaire) est composé de quinze à vingt compartiments séparés par du **tissu*** graisseux qui donne au sein la forme qu'on lui connaît. Chacun de ces compartiments est constitué de lobules et de canaux. Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement ; les canaux transportent ensuite le lait vers le mamelon.

« Il a été important pour moi que mon médecin m'explique ce qu'il se passait dans mon sein et ce qu'on allait me faire »

Pour mieux visualiser cette structure, on peut imaginer un arbre avec plusieurs branches (les canaux) rattachées à un point central (le mamelon). Aux minuscules extrémités des branches se trouvent les lobules.

Le cancer du sein



Structure du sein (glande mammaire)

À la puberté, la jeune fille observe des changements dans la forme et le volume de ses seins sous l'influence des **hormones*** sexuelles. Ces hormones, fabriquées par les ovaires, ont une influence sur les seins tout au long de la vie. Elles sont de deux types :

- les œstrogènes permettent le développement des seins au moment de la puberté. Ces hormones sont fabriquées au cours de la première partie du cycle menstruel, après les règles ;
- la progestérone est principalement présente lors de la seconde partie du cycle menstruel, avant les règles. Elle a une action complémentaire à celle des œstrogènes.

Qu'est-ce qu'un cancer ?

Un cancer est une maladie de la **cellule***.

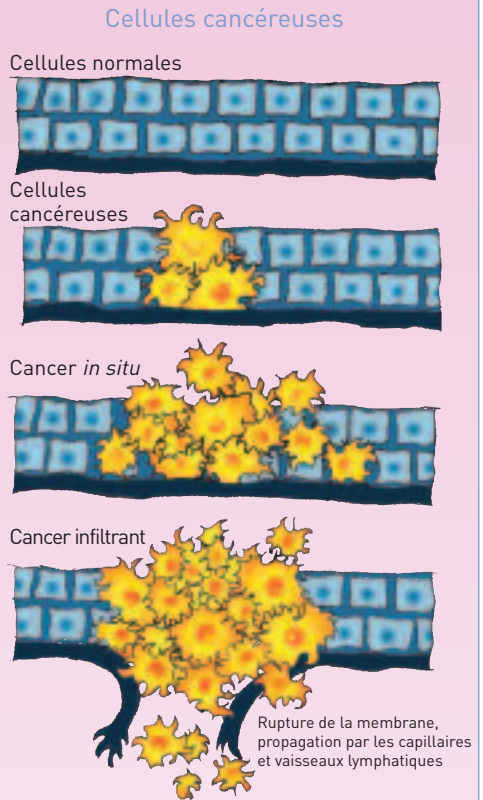
La cellule est l'unité de base de la vie. Il en existe dans le corps plus de deux cents types différents. Toutes ont un rôle précis : cellules musculaires, nerveuses, osseuses, etc.

Une cellule cancéreuse est une cellule qui s'est modifiée. Habituellement, ces modifications sont réparées par l'organisme. Cependant, lorsque la cellule devient cancéreuse, elle perd ses capacités de réparation. Elle se met alors à se multiplier et finit par former une masse qu'on appelle **tumeur*** maligne.

Les cellules des tumeurs malignes ont tendance à quitter leur tissu d'origine et à envahir les tissus voisins ; on parle de cancer **infiltrant***. Certaines tumeurs restent dans leur tissu d'origine sans infiltrer les tissus voisins. On parle alors d'un cancer *in situ* (« resté en place »). Les cellules des cancers infiltrants peuvent se détacher de la tumeur d'origine et se propager par les **vaisseaux sanguins*** ou **lymphatiques***. Elles s'accumulent alors dans les **ganglions*** lymphatiques voisins. On dit qu'il existe un envahissement ganglionnaire.

Les cellules cancéreuses ont tendance à migrer dans d'autres organes ou parties du corps, et à y développer de nouvelles tumeurs qu'on appelle métastases. On dit dans ce cas que le cancer est métastatique.

Tous les cancers ne se comportent pas de la même façon. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'envisager un traitement adapté à chaque cancer. Tous les traitements ont pour but de supprimer les cellules cancéreuses. En l'absence de traitement adapté, le cancer risque d'évoluer plus vite.



Qu'est-ce qu'un cancer du sein ?

Un **cancer*** du sein est une tumeur **maligne*** qui se développe au niveau du sein.

Une femme sur onze développe un cancer du sein au cours de sa vie. La vie — vie de famille, de couple et professionnelle — s'en trouve profondément modifiée.

Le cancer du sein

Grâce aux résultats de la recherche, on connaît mieux aujourd'hui le cancer du sein. Ces études ont permis d'améliorer son **diagnostic*** et son traitement.

Toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein n'ont pas le même cancer ; elles n'ont donc pas le même traitement. Le médecin propose à chaque patiente un traitement adapté à sa situation. C'est ce qui permet d'obtenir les meilleures chances de **guérison***.

■ Est-ce un cancer fréquent ?

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme dans les pays occidentaux. Un quart des cancers de la femme sont des cancers du sein. En France, environ 42 000 nouveaux cancers du sein sont diagnostiqués chaque année.

Le cancer du sein atteint des femmes à des âges différents, mais il se développe le plus souvent autour de 60 ans. Près de la moitié des cancers du sein sont diagnostiqués entre 50 et 69 ans. Ce cancer peut aussi apparaître chez l'homme, mais c'est extrêmement rare (moins de 1 % des cancers du sein).

Ce document *Comprendre le cancer du sein* ne concerne que les cancers du sein chez la femme.

■ Existe-t-il différents types de cancer du sein ?

Il existe différents types de cancer du sein. Les plus fréquents (95 %) se développent à partir des cellules des canaux (cancer canalaire) et des lobules (cancer lobulaire). On les appelle des **adénocarcinomes***.

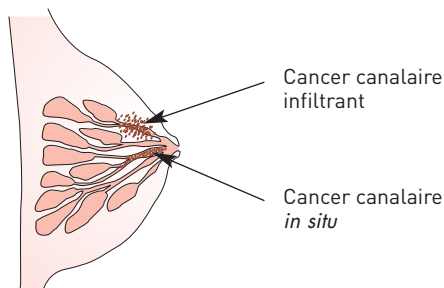
On distingue plusieurs situations :

- Lorsque les cellules cancéreuses ont infiltré le **tissu*** qui entoure les canaux et les lobules, on parle de **cancer ou carcinome infiltrant**. Le cancer canalaire est le cancer infiltrant le plus fréquent. Huit cancers sur dix sont des cancers canaux infiltrants. Le **cancer lobulaire infiltrant** est plus rare. Les cancers infiltrants peuvent se propager vers les ganglions ou vers d'autres parties du corps. Les ganglions le plus souvent atteints par les cellules du cancer du sein se trouvent sous les bras, au niveau des aisselles ; on les appelle les ganglions **axillaires***. Le traitement des cancers infiltrants repose sur un **traitement local*** (chirurgie, radiothérapie), associé dans certains cas

à un **traitement général*** (chimiothérapie, hormonothérapie) (voir « *Les traitements possibles du cancer du sein* »).

- Lorsque les cellules cancéreuses se trouvent uniquement à l'intérieur des canaux ou des lobules, sans que la **tumeur*** ait infiltré le tissu qui les entoure, on parle de **cancer *in situ*** :
 - le **cancer canalaire *in situ*** ou carcinome canalaire *in situ* est le plus fréquent : huit cancers *in situ* sur dix sont des cancers canaux *in situ*. Ils sont le plus souvent découverts lors d'un **dépistage*** systématique (une **mammographie*** ou un examen des seins par le médecin) et quelquefois révélés par un écoulement de sang du mamelon ou un eczéma du mamelon. Il arrive que les cancers canaux *in situ* infiltrent les tissus voisins et deviennent des cancers infiltrants. Le traitement des cancers canaux *in situ* est un traitement local comme la chirurgie ou la radiothérapie (voir « *Les traitements possibles du cancer du sein* ») ;
 - le cancer lobulaire *in situ* (ou néoplasie lobulaire *in situ*) est plus rare. Il est plutôt considéré comme un **facteur de risque*** de développer un cancer du sein que comme un cancer. Sa prise en charge est différente des autres cancers du sein. Ce document ne concerne pas les cancers lobulaires *in situ*.

Chaque cancer est particulier et nécessite un traitement approprié.



Cancer canalaire infiltrant et cancer canalaire *in situ*

Ce guide *Comprendre le cancer du sein* ne concerne que les cancers du sein non métastatiques, c'est-à-dire des cancers limités au sein ou avec un envahissement des ganglions lymphatiques. Il ne concerne pas les cancers du sein métastatiques.

Le cancer du sein

Connaît-on les causes d'un cancer du sein ?

Certaines femmes atteintes d'un cancer du sein cherchent à un moment donné de leur maladie à connaître les causes de leur cancer.

« J'ai toujours voulu savoir pourquoi j'ai développé un cancer du sein »

Les scientifiques cherchent également à connaître les raisons de son apparition. Malgré les progrès qui ont permis de mieux connaître les mécanismes de développement des cancers, les causes du cancer du sein ne sont actuellement pas connues. Néanmoins, les études ont mis en évidence certains facteurs de risque qui favorisent un cancer du sein.

On distingue différents types de facteurs de risque.

L'âge est un facteur important. Comme pour la plupart des maladies cardiovasculaires et la plupart des cancers, le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge (voir « *Est-ce un cancer fréquent ?* ») : le vieillissement favorise l'apparition des cancers. Pour ces raisons, des programmes de **dépistage*** du cancer du sein ont été mis en place pour les femmes à partir de 50 ans.

Les caractéristiques propres à l'individu ou des comportements et habitudes de vie. Certains facteurs de risque ont été identifiés au plan collectif :

- des premières règles avant 12 ans et une **ménopause*** après 55 ans ;
- une absence de grossesse ou une première grossesse après 40 ans ;
- un traitement hormonal substitutif de la ménopause prescrit pendant plus de 10 ans ;
- une consommation exagérée d'alcool, de sucres et de graisses d'origine animale ainsi que l'obésité.

En revanche, le nombre de grossesses et l'allaitement prolongé pourraient diminuer le risque de développer un cancer du sein.

Les études scientifiques n'ont pas trouvé de lien entre :

- l'utilisation de déodorants ou anti-transpirants à base de sels d'aluminium et le développement d'un cancer du sein ;
- un choc sur un sein et le développement d'un cancer. Cependant, une femme peut découvrir une **tumeur*** du sein après s'être heurtée

parce qu'elle est plus attentive à son sein. Les données aujourd'hui disponibles ne permettent pas de conclure à l'existence d'une relation entre l'apparition d'un cancer du sein et un stress ou un événement douloureux (comme une séparation, un deuil, la perte d'un d'emploi, etc.).

Des études continuent pour mieux connaître ces facteurs et en identifier d'autres.

Les facteurs familiaux ou génétiques. Un petit nombre de cancers du sein sont liés à des facteurs familiaux ou génétiques. C'est parfois le cas lorsque :

- plusieurs femmes de la même famille ont eu ou ont un cancer du sein ;
- une femme de la même famille a eu un cancer du sein avant l'âge de 40 ans ;
- plusieurs personnes de la même famille ont eu ou ont un cancer du côlon ou des **ovaires***.

Dans ce cas, le médecin peut proposer une consultation chez un spécialiste d'**oncologie génétique***.

Même si la présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs favorise le développement d'un cancer du sein, il faut savoir que, mis à part les facteurs familiaux ou génétiques, ces facteurs augmentent généralement assez peu le risque : une femme qui possède une ou plusieurs de ces caractéristiques peut ne jamais développer un cancer du sein. En revanche, il est possible qu'une femme n'ayant aucune de ces caractéristiques soit atteinte d'un cancer du sein. Les facteurs de risque ne permettent donc pas de déterminer les causes exactes à l'origine d'un cancer du sein chez une femme.

Vivre pendant et après un cancer

Dans la vie d'une personne, la maladie est un moment difficile. Elle engendre des émotions particulièrement intenses chez le malade et ses proches. Chaque étape de la maladie génère des sentiments différents. Les exprimer et les partager avec d'autres permet de mieux les vivre.

Un accompagnement social doit être proposé systématiquement pour aider la patiente et ses proches. La **réinsertion*** sociale a pour but d'aider la patiente et sa famille dans sa vie quotidienne. Tout au long

Le cancer du sein

de la maladie, un suivi efficace de l'assistante sociale permet à la patiente d'éviter ou de résoudre certaines difficultés pendant les hospitalisations, mais aussi après les traitements.

« Les contacts avec l'assistante sociale ont été très bénéfiques. Ils m'ont notamment permis de bénéficier d'une aide ménagère à la maison alors que je ne savais pas que j'y avais droit »

Pour des informations complémentaires, voir les guides SOR SAVOIR PATIENT : *Vivre pendant et après un cancer, Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer, Démarches sociales & cancer* et *Le risque familial du cancer du sein et/ou de l'ovaire*.

À retenir

La cellule est l'unité de base de la vie. Une cellule normale devient cancéreuse à la suite d'importantes modifications, progressives et irréversibles. Le cancer est une maladie due à la multiplication désordonnée de ces cellules modifiées.

Le cancer du sein se développe à partir des canaux ou des lobules du sein. Parfois, certaines cellules cancéreuses se propagent aux ganglions de l'aisselle et aux autres parties du corps.

Les mécanismes par lesquels un cancer du sein se développe sont connus. Cependant, on ne sait pas exactement pourquoi un cancer survient chez une femme.

Chaque cancer du sein est différent. Il en existe plusieurs types, à des stades d'évolution variés. Chaque cancer nécessite donc un traitement approprié.

N'hésitez pas à dialoguer avec votre médecin. Il est important de poser toutes les questions qui vous préoccupent. D'anciennes patientes suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



Questions à poser

Le diagnostic de cancer du sein

Comment découvre-t-on un cancer du sein ?	18
Qu'est-ce qu'un dépistage ?	19
Comment être sûr du diagnostic de cancer du sein ?	22
Quels sont les examens complémentaires ?	24
L'annonce du diagnostic de cancer	26

Différentes étapes sont nécessaires pour établir ou non le **diagnostic*** de cancer du sein.

Comment découvre-t-on un cancer du sein ?

Un cancer du sein est le plus souvent diagnostiqué à quatre occasions :

- **Lors de la découverte de symptômes* par la patiente elle-même**

Lorsqu'une femme découvre une boule ou une anomalie au niveau du sein (écoulement par le mamelon, mamelon rétracté, asymétrie ou ride) ou dans une aisselle, il est important de consulter un médecin pour qu'il réalise les examens nécessaires. Les études scientifiques montrent qu'un cancer découvert tôt a de meilleures chances de **guérison***.

Le délai entre la découverte de quelque chose d'anormal et le début d'un traitement peut parfois sembler très long. Ce temps est nécessaire pour réaliser les examens, établir le diagnostic et définir le traitement le mieux adapté à chaque situation.

« Mon médecin m'a expliqué les raisons de l'attente pour démarrer le traitement: il fallait attendre d'être sûr du diagnostic »

- **Lors d'une consultation de dépistage**

Lors d'une consultation ou d'un bilan* de santé, le médecin généraliste ou le gynécologue proposent de chercher une anomalie du sein après avoir expliqué les raisons et les conséquences éventuelles de ce dépistage (voir « *Qu'est-ce qu'un dépistage?* »).

- **Lors d'une consultation habituelle chez le gynécologue**

Lors d'une visite de contrôle, le médecin peut trouver une anomalie au niveau des seins.

- **Lors de la surveillance d'un premier cancer du sein**

Lors de la surveillance d'un cancer du sein traité, le médecin vérifie qu'un second cancer du sein ne s'est pas développé.

Qu'est-ce qu'un dépistage ?

Un dépistage consiste à détecter un cancer avant qu'il ne soit palpable ou qu'il ne se traduise par un signe* anormal comme une modification de la peau ou du mamelon.

Détecter tôt certains cancers permet de mieux les traiter en proposant des traitements moins lourds et qui offrent plus de chances de guérison. Le but du dépistage est de détecter parmi des personnes *a priori* non malades celles qui présentent des anomalies susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer en cancer afin de les traiter rapidement.

L'examen utilisé pour dépister un cancer du sein est une mammographie* (radiographie* des seins).

Une mammographie détecte des anomalies de petite taille, dont certaines seulement se révéleront être un cancer. Ces anomalies sont parfois détectées même si l'examen clinique est normal.

Si une anomalie est découverte, le médecin prescrit des examens complémentaires (mammographie complémentaire, échographie*, ponction* et éventuellement biopsie*) afin de confirmer ou d'éliminer le diagnostic de cancer.

Près de 75 % des cancers du sein sont diagnostiqués entre 50 ans et 69 ans. C'est la raison pour laquelle l'État et la Caisse

Le diagnostic de cancer du sein

nationale d'Assurance Maladie ont mis en place un programme national de dépistage des cancers du sein. On parle aussi de dépistage organisé du cancer du sein. Ce programme offre à toutes les femmes de 50 à 74 ans une mammographie de dépistage gratuite tous les deux ans. La majorité des femmes se fait surveiller mais trop de femmes ne le font pas régulièrement.

À partir de 50 ans, un examen médical des seins tous les ans ainsi qu'une mammographie tous les deux ans sont conseillés.

Dans le cadre du programme national de dépistage des cancers du sein, la mammographie de dépistage est réalisée dans des conditions spécifiques :

- elle est pratiquée par des radiologues qui doivent avoir reçu une formation spéciale ;
- pour plus de sécurité, les images obtenues par la mammographie sont interprétées une deuxième fois par un second radiologue également spécialisé en mammographie.

Des renseignements sur le programme national de dépistage des cancers du sein sont disponibles auprès de son médecin traitant (généraliste, gynécologue) ou auprès d'associations telles que la Ligue contre le cancer (Tél. : 01 53 55 24 00 - www.ligue-cancer.asso.fr), Europa Donna (Tél. : 01 53 55 25 18 - infos@europadonna.org) ou le Comité Féminin pour le Dépistage dont les coordonnées sont disponibles auprès de la Caisse d'Assurance Maladie dont la patiente dépend.

*« Je suis désormais très sensible à toutes les campagnes de dépistage.
Je sensibilise mon entourage »*

Dans le cadre du Plan Cancer élaboré par le gouvernement depuis 2003 et la création de l'Institut National du Cancer, le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé.

Certaines femmes pratiquent l'auto-examen ou l'autopalpation des seins : elles examinent elles-mêmes leurs seins pour détecter des modifications ou une grosseur qui pourraient faire penser à un cancer. Les études scientifiques n'ont pas démontré l'efficacité de l'auto-examen des seins dans le diagnostic précoce du cancer du sein.

Cet auto-examen ne peut donc pas remplacer l'examen effectué par le médecin et la mammographie.

L'autopalpation favorise néanmoins l'implication des femmes dans la prise en charge de leur maladie. L'autopalpation présente un intérêt entre deux consultations prévues ; elle permet parfois de détecter plus tôt certaines lésions.

Une mammographie permet un diagnostic plus précis que l'examen effectué par le médecin ou l'autopalpation des seins réalisé par la femme. Toutefois, une mammographie ne détecte pas toutes les tumeurs*. Cela dépend de la taille de la tumeur et de l'aspect du sein sur la mammographie.

*« Mon médecin m'a dit que l'autopalpation ne suffisait pas.
C'est la mammographie qui permet de réaliser le diagnostic »*

Un dépistage du cancer du sein peut être proposé chez les femmes de moins de 50 ans : il comprend un examen clinique régulier et une mammographie réalisée tous les ans ou tous les deux ans. Cette mammographie est éventuellement complétée par une échographie, notamment lorsque les seins sont denses ou que les images sont difficilement interprétables. Contrairement à la mammographie du dépistage organisé, la mammographie réalisée chez les patientes plus jeunes n'est pas interprétée une seconde fois par un autre radiologue. Ce type de dépistage peut également être proposé à des patientes âgées de plus de 75 ans.

Les femmes qui présentent un risque de développement de cancer du sein ou qui nécessitent un suivi spécifique ne sont pas concernées par le dépistage organisé et doivent bénéficier d'un dépistage annuel (surveillance d'une image anormale, antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, découverte d'un gène* de prédisposition familiale, etc.).

Des informations complémentaires sur le dépistage du cancer du sein sont disponibles dans les brochures éditées par la Ligue nationale contre le cancer : *Information et prévention - Le cancer du sein* (www.ligue-cancer.asso.fr), ainsi qu'auprès de Cancer info service : 0 810 810 821 Numéro Azur, prix d'un appel local.

Le diagnostic de cancer du sein

Comment être sûr du diagnostic de cancer du sein ?

Le bilan diagnostique confirme que l'anomalie suspecte est bien un cancer. Il précise le type de cancer, évalue sa taille et détermine s'il s'est développé dans d'autres parties du corps.

Le diagnostic peut être réalisé par différents médecins spécialistes : gynécologue, sénologue, cancérologue ou encore médecin radiologue lors d'une mammographie (voir « *Les professionnels au service du patient* »).

Dans un premier temps, le médecin interroge la patiente sur ses **antécédents*** médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, personnels et familiaux. Il lui pose des questions sur ses **symptômes*** actuels qui le guident dans son diagnostic. Il est important de mentionner tous les symptômes repérés même s'ils ne correspondent pas systématiquement à un cancer.

Après l'entretien, le médecin réalise un examen physique approfondi et complet des seins.

L'examen physique prend en compte huit éléments :

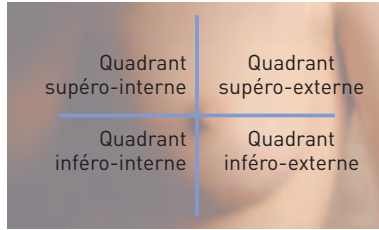
La taille de la tumeur. Le médecin demande à la patiente de s'allonger sur le dos. Le bras est relevé du côté du sein malade. Dans cette position, les seins sont plus étalés et plus faciles à palper. Si l'anomalie est palpable, le médecin évalue sa taille.

La mobilité de la tumeur. Le médecin regarde ensuite si la tumeur bouge sous la peau ou si elle est fixée à la paroi thoracique ou à la peau.

La localisation de la tumeur. Il est important de repérer l'endroit où la tumeur est localisée dans le sein. Cette information est nécessaire pour le choix des traitements. On distingue quatre secteurs différents.

L'examen physique





Les quatre secteurs du sein

L'aspect de la peau. On observe parfois une modification de la peau autour de la tumeur. Cette modification est variable : la peau peut être rouge (c'est ce qu'on appelle un érythème), écorchée (ulcérée), gonflée (on dit alors qu'il y a un œdème) ou encore être recouverte de petites boules dures (nodules). Elle peut également être plissée ou ridée.

La forme du mamelon et de l'aréole. Le médecin recherche systématiquement s'il existe une déformation, une rétraction, une ulcération du mamelon ou de l'aréole. Ces modifications sont parfois accompagnées d'un écoulement au niveau du mamelon.

L'augmentation de la taille de la tumeur. Le médecin demande à la patiente si elle a remarqué une augmentation de la taille de la tumeur.

La palpation des ganglions. Le cancer du sein s'accompagne aussi parfois d'une augmentation de la taille des ganglions au voisinage du sein (dans ce cas, on parle d'[adénopathie*](#)). Le médecin recherche systématiquement les ganglions anormaux en palpant les différents endroits où ils peuvent se trouver (essentiellement dans l'aisselle).

Les examens complémentaires. En fonction de l'entretien et de l'examen physique, le médecin demande parfois des [examens complémentaires*](#) pour confirmer le diagnostic.

Le diagnostic de cancer du sein

Quels sont les examens complémentaires ?

Les examens complémentaires les plus fréquents du bilan diagnostique du cancer du sein sont :

- les examens radiologiques (mammographie* des deux seins, échographie* mammaire) ;
- les prélèvements* (cytologie*, histologie*) ;
- les examens sanguins.

Certains examens sont systématiques ; d'autres dépendent de l'anomalie découverte et de l'état général de la personne.

Les examens complémentaires ont trois fonctions essentielles :

- confirmer le diagnostic* ;
- déterminer si des cellules cancéreuses se sont propagées dans d'autres parties du corps ;
- aider à choisir le traitement le mieux adapté.

En fonction des résultats, le médecin prescrit d'autres examens : radiographie du thorax, scintigraphie osseuse*, scanner*, échographie* abdominale ou IRM*. Ces examens ainsi que les examens sanguins ne sont pas réalisés de façon systématique, mais selon les résultats de l'examen clinique*, de la mammographie et de l'histologie.

■ Les examens radiologiques

Les **examens radiologiques** permettent d'obtenir des images d'une partie du corps ou des organes à l'aide de différents appareils. On les appelle aussi examens d'imagerie.

La **mammographie** est un examen radiologique qui montre des images de l'intérieur du sein. Cet examen est systématique lors du bilan, il aide le médecin à établir le diagnostic*. C'est la raison pour laquelle la qualité de la mammographie est essentielle. Cet examen permet de distinguer différents types d'anomalies qui ne sont pas toujours des cancers.

« J'avais peur des radios. Les infirmières m'ont rassurée »

La mammographie est complétée par une échographie* mammaire si besoin, notamment pour recueillir des images qui précisent celles obtenues préalablement par la mammographie ou pour guider un prélèvement*.

■ Les prélèvements

Tous les cancers ne sont pas détectés par une mammographie ou une échographie mammaire. En présence d'une boule dans le sein ou d'une anomalie décelée sur les images de la mammographie ou de l'échographie, on a recours à un prélèvement afin de réaliser un examen au microscope* : un examen anatomopathologique*.

L'examen anatomopathologique n'est pas un traitement. Il donne des informations précises sur le type de cancer du sein et ses caractéristiques grâce à l'analyse au microscope des cellules* et des tissus* prélevés au niveau d'une anomalie du sein.

On distingue deux types d'examens au microscope : la cytologie (examen cytopathologique) et l'histologie (examen histopathologique). Ils sont réalisés par un médecin spécialiste, l'anatomopathologiste (voir « *Les professionnels au service du patient* »). Seul l'examen histopathologique élimine ou affirme de façon définitive le diagnostic de cancer.

■ Les examens sanguins

Lors de la première consultation, le médecin ne prescrit pas systématiquement des prises de sang. Elles sont réalisées selon les résultats des autres examens (examen clinique*, examens radiologiques, examen anatomopathologique) et en fonction des traitements envisagés. Elles sont alors effectuées avant de débiter tout traitement.

Les cellules du corps libèrent parfois dans le sang des substances particulières. Les cellules de certains cancers libèrent des quantités plus ou moins importantes de ces substances, appelées alors marqueurs tumoraux. Le dosage des marqueurs tumoraux se fait grâce à une prise de sang. Il peut donner des indications sur l'évolution de la maladie.

Les études scientifiques montrent que le dosage des marqueurs tumoraux n'a pas d'utilité dans le diagnostic des cancers du sein non métastatiques*.

L'ensemble des examens du bilan diagnostique permet d'élaborer un plan thérapeutique*, c'est-à-dire de proposer à la patiente le ou les traitements adaptés à sa situation et la meilleure façon de les réaliser. Il existe plusieurs formes de cancer du sein : toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein n'ont pas le même traitement

Le diagnostic de cancer du sein

car elles n'ont pas le même cancer. **À chaque situation particulière correspond un traitement particulier adapté.** C'est ce qui permet d'obtenir les meilleures chances de **guérison***.

L'annonce du diagnostic de cancer

Tous les patients témoignent de la violence de l'annonce du diagnostic de cancer et de la difficulté à l'intégrer. Ils disent l'importance des mots justes et la nécessité de prendre le temps de rendre ce moment plus humain. Les professionnels de santé prennent peu à peu conscience de l'importance de ce moment particulier et tentent d'améliorer la façon dont le cancer est annoncé.

Dans le cadre du Plan national de lutte contre le cancer, les équipes hospitalières mettent en place un dispositif pour que les personnes atteintes d'un cancer bénéficient de meilleures conditions d'accueil et de prise en charge dès l'annonce de leur maladie. On parle de dispositif d'annonce.

Ce dispositif est un ensemble de moments spécifiques réservés à l'annonce du diagnostic, du choix des traitements ou d'une **récidive***. Son objectif est de faire bénéficier la patiente de conditions d'annonce de sa maladie plus favorables et de meilleures modalités d'information, d'accompagnement et de soutien, à un moment où elle se trouve en grande détresse.

Le dispositif met ainsi en place plusieurs consultations d'annonce et d'accompagnement :

- une consultation spécifique d'annonce de sa maladie ;
- une consultation consacrée à la présentation des traitements proposés ;
- un temps de soutien et de repérage de ses besoins psychologiques et sociaux ;
- un temps d'accompagnement lui permettant de rencontrer d'autres professionnels en fonction de ses besoins (psychologue, assistante sociale...) ou des associations.

Le dispositif assure une coordination étroite avec le médecin traitant, dont le rôle est central dans le suivi de la patiente.

■ La consultation d'annonce

La consultation d'annonce est consacrée à informer la patiente du diagnostic de cancer, d'un changement de traitement ou d'une récurrence. Cette consultation spécifique est réalisée par un médecin oncologue ou le médecin spécialiste qui a diagnostiqué le cancer (voir « *Les professionnels au service du patient* »).

Lors de cette première consultation, le médecin transmet à la patiente des informations sur la maladie et les traitements qui pourront lui être proposés, leurs bénéfices escomptés et leurs éventuels risques ou [effets secondaires](#)*.

Cette consultation a également pour objectif d'amorcer un dialogue et une relation de confiance entre le médecin et la patiente, afin de favoriser la meilleure approche possible de la maladie. C'est une consultation longue qui doit respecter les émotions que l'annonce d'un cancer peut susciter. Le temps de la consultation permet de faire connaissance avec la personne malade, de l'écouter et lui laisser le temps de poser des questions au médecin. Une information claire et adaptée sur la maladie et ses traitements doit lui être transmise, en respectant son désir ou son absence de désir d'information. Le médecin doit s'assurer que cette information est bien comprise.

Il l'informe qu'elle peut accéder à son dossier médical et lui offre la possibilité d'un deuxième avis médical si elle le souhaite.

Les médecins généralistes ou les gynécologues sont parfois amenés à annoncer un diagnostic. Ils doivent alors orienter rapidement la patiente vers un établissement de soins où elle pourra bénéficier de ce dispositif.

■ Une deuxième consultation : l'annonce des traitements

Après confirmation du diagnostic, le médecin présente la situation de la patiente à d'autres médecins de spécialités différentes habituellement impliqués dans le traitement qui sera proposé. Cette discussion se fait lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire qui rassemble au minimum un oncologue radiothérapeute, un oncologue médical et un chirurgien (voir « *Les professionnels au service du patient* »). La personne malade est ainsi assurée de bénéficier de toutes les ressources médicales appropriées dans son cas particulier.

Le projet de traitement, dénommé Programme Personnalisé de Soins

Le diagnostic de cancer du sein

(abrégé en PPS), est élaboré au cours de cette réunion pluridisciplinaire. Il est proposé à la patiente au cours d'une deuxième consultation.

Cette deuxième consultation est destinée à présenter ce projet de traitement, ses objectifs, ses risques et ses effets secondaires éventuels. Il est remis à la patiente sous forme écrite. Ce document apporte à la patiente la garantie que le traitement a été choisi en concertation avec plusieurs professionnels de santé (on parle de décision pluridisciplinaire).

Le PPS présente le calendrier des traitements, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante et des associations susceptibles de répondre à ses besoins aux différentes étapes de sa maladie.

La patiente peut être accompagnée par une personne de son choix : proche, médecin traitant ou la personne de confiance que la patiente a désignée. Ils ne doivent pas hésiter à poser des questions.

À la fin de cette consultation, le médecin rédige un compte rendu ajouté au dossier médical de la patiente.

■ Un temps d'accompagnement : la consultation infirmière

Après les deux consultations d'annonce, une autre consultation est généralement programmée avec une infirmière. Cette consultation infirmière a lieu immédiatement après la seconde consultation d'annonce ou un peu plus tard, en fonction de ce que souhaite la patiente.

Lors des premières consultations, la patiente n'est pas toujours prête à entendre toutes les informations données par le médecin et n'ose pas toujours poser des questions. L'entretien qui peut suivre les premières consultations lui offre des occasions d'écoute et d'information. Si elle le souhaite, les informations médicales sont reprises. Ce dialogue permet d'écouter et d'accompagner les craintes et les angoisses de la patiente et de ses proches.

Les patientes ont parfois le souci de ne pas importuner le médecin avec leurs inquiétudes ou leurs interrogations. Cette consultation d'accompagnement est l'occasion d'évoquer tous les sujets et de poser les questions qu'elles n'osent pas toujours aborder avec le médecin : leurs peurs, leurs soucis d'ordre personnel et matériel, leur sexualité, leur vie familiale ou professionnelle.

Cette rencontre a également pour but d'anticiper les éventuelles difficultés

d'ordre économique, social ou psychologique... C'est une opportunité de discuter d'aspects très concrets des changements que le cancer risque de provoquer dans la vie de la patiente et de son entourage : organisation du quotidien, enfants, aspects financiers, assurances...

Cette consultation ne se limite donc pas aux aspects médicaux de la maladie. Anticiper les problèmes permet de commencer à rechercher les solutions les plus adaptées au contexte de vie de la patiente et de sa famille.

■ Des consultations possibles vers d'autres professionnels

La consultation infirmière repère ainsi les besoins de la patiente et l'oriente vers des professionnels spécialisés : assistante sociale, aide psychologique, traitement de la douleur, conseils diététiques...

Cela favorise l'adhésion de la patiente à ses traitements et ainsi, l'aide à mieux les vivre.

Lors de ces premières rencontres avec les différents professionnels de santé, la patiente indique le médecin (spécialiste ou médecin généraliste) qu'elle souhaite prendre comme référent pour la continuité des soins. En effet, les traitements entraînent toujours des interventions médicales ou paramédicales hors des périodes d'hospitalisation : suivi après les hospitalisations, relais pour les soins à domicile... Le médecin référent doit donc être informé de tout ce qui concerne la patiente afin de participer au mieux à l'organisation des soins. Il est souvent un soutien très efficace pour les proches en cas de besoin de conseils ou d'aide psychologique.

Les proches ont aussi un rôle essentiel auprès des patientes. C'est pourquoi ce dispositif prévoit qu'ils puissent aussi être informés, écoutés et soutenus dans leurs difficultés.

Après avoir été expérimenté dans plusieurs établissements de soins, ce dispositif est en train de se généraliser. Selon les établissements et en fonction des besoins des patientes, sa mise en œuvre est variable.

Pour des informations complémentaires, voir les guides SOR SAVOIR PATIENT *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer*, ainsi que les fiches SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre le scanner*, *Comprendre l'IRM*, *Comprendre la mammographie*, *Comprendre l'échographie mammaire* et *Les prélèvements mammaires*.

À retenir

La découverte du cancer du sein se produit le plus souvent de façon fortuite : ce sont des modifications du sein qui peuvent inciter les femmes à consulter un médecin. Parfois, le cancer est découvert à l'occasion d'examens de contrôle. Une découverte précoce augmente les chances de guérison.

Toute anomalie dans le sein nécessite d'être examinée par un médecin. Le bilan diagnostique a pour but de déterminer s'il s'agit ou non d'un cancer du sein et d'en rechercher le type. Lors de la consultation, le médecin interroge et examine la patiente. S'il suspecte un cancer, il prescrit des examens complémentaires.

L'examen complémentaire le plus courant est la mammographie. Mais elle n'est pas toujours suffisante. On a alors recours à un prélèvement afin de réaliser un examen au microscope : l'analyse de cellules et de tissus prélevés au niveau de l'anomalie permet d'établir de façon précise et définitive le diagnostic.

En fonction des résultats du bilan diagnostique, le médecin propose un traitement adapté.

N'hésitez pas à dialoguer avec votre médecin. Il est important de poser toutes les questions qui vous préoccupent. D'anciennes patientes suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



Questions à poser

Les différents traitements du cancer du sein

La chirurgie	34
La radiothérapie	48
La chimiothérapie	51
Les anticorps monoclonaux	57
L'hormonothérapie	61

Les études scientifiques permettent d'évaluer les nouveaux traitements ou les nouvelles associations de traitements, et de voir dans quel ordre ils sont le plus efficaces. Ces études permettent également de comparer leurs avantages et leurs inconvénients par rapport aux traitements habituels.

Lorsque ces études ont montré que, pour une situation donnée, il existe un traitement qui présente plus d'avantages par rapport aux autres, on parle de traitement **standard***. Il s'agit du traitement de référence. Le traitement standard est alors proposé de façon systématique dans cette situation. Il arrive cependant que le médecin ne puisse pas l'appliquer du fait de facteurs particuliers liés à la patiente ou à sa maladie. Le médecin propose alors un ou plusieurs traitements mieux adaptés à la situation.

Souvent, plusieurs traitements ont des bénéfices et des inconvénients comparables. Lorsque les études scientifiques n'ont pas pu identifier un traitement dont les avantages et les inconvénients sont préférables à ceux des autres traitements, plusieurs possibilités existent alors : ce sont des **options***.

Les traitements du cancer du sein consistent à enlever la **tumeur*** et à supprimer toutes les **cellules*** cancéreuses.

Ils ont pour but de :

- guérir la personne ;

Les différents traitements du cancer du sein

- réduire le risque de **récidive*** ;
- augmenter la durée de vie de la personne malade ;
- améliorer la qualité de vie.

Différents types de traitements sont effectués seuls ou associés entre eux.

La **chirurgie** consiste lors d'une opération à enlever la tumeur et les éventuelles greffes cancéreuses, c'est-à-dire les endroits que les cellules cancéreuses auraient pu atteindre.

La **radiothérapie** utilise des **rayons X*** pour détruire les cellules cancéreuses situées au niveau du sein ou dans certains **ganglions***.

La chirurgie et la radiothérapie agissent localement sur les cellules cancéreuses situées dans le sein ou dans les ganglions : ce sont des **traitements locaux*** du cancer.

La **chimiothérapie** consiste à utiliser des médicaments (par injection dans une veine le plus souvent) qui agissent sur toutes les cellules cancéreuses, même sur celles qui n'ont pas été détectées par les **examens d'imagerie***.

L'**hormonothérapie** empêche l'action des **hormones*** féminines, les œstrogènes, susceptibles de stimuler la croissance des cellules cancéreuses.

La chimiothérapie et l'hormonothérapie agissent sur l'ensemble du corps : ce sont des traitements du cancer par **voie générale***.

La radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie sont souvent utilisées en complément de la chirurgie pour améliorer les chances de **guérison***. On les appelle alors des traitements adjuvants. Si un traitement est effectué avant une chirurgie, on parle de traitement néoadjuvant.

Les traitements sont adaptés en fonction de chaque situation : chaque cancer est particulier et nécessite un traitement approprié.

Une équipe pluridisciplinaire choisit les traitements qui vont être proposés à la patiente. Composée des professionnels de santé concernés par la maladie dont souffre la patiente, cette équipe se concerta lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (ou RCP).



La décision pluridisciplinaire

Le plus souvent, il s'agit d'un chirurgien, d'un oncologue médical et d'un oncologue radiothérapeute (voir « *Les professionnels au service du patient* »).

Le choix et l'ordre des traitements du cancer du sein sont définis par l'équipe pluridisciplinaire en fonction du type de cancer et son **stade d'évolution***, de la localisation de la tumeur, de l'état de santé du patient et de ses **antécédents*** médicaux et chirurgicaux, de son âge, des éventuels **effets secondaires*** des traitements, de l'avis du patient et de ses préférences, de l'existence d'études cliniques dont il pourrait bénéficier. Une étude clinique est une étude scientifique effectuée chez l'homme. Ce peut être un **essai thérapeutique***, une étude épidémiologique, sociale ou économique.

Ces traitements entraînent des effets secondaires **fréquents, parfois modérés, temporaires et non systématiques**. Ces effets secondaires obligent parfois la patiente à modifier son mode de vie et ses habitudes alimentaires.

Des associations d'anciens malades proposent des conseils sur l'hygiène de vie et le confort pendant les traitements. Des informations pratiques sont également disponibles dans les brochures éditées par la Ligue nationale contre le cancer : *Alimentation de l'adulte traité pour un cancer* (www.ligue-cancer.asso.fr) ainsi qu'en appelant Cancer info service : 0810810821, Numéro Azur, prix d'un appel local.

À un moment ou à un autre de leur maladie, certains patients peuvent se tourner vers des techniques dites « douces » ou « complémentaires » (homéopathie, acupuncture, phytothérapie, techniques de relaxation, etc.), ou vers des traitements alternatifs (régimes alimentaires particuliers, produits non conventionnels ou liés à une tradition culturelle, etc.).

Les oncologues déconseillent absolument d'arrêter les traitements anticancéreux conventionnels (chirurgie, radiothérapie,

chimiothérapie, etc.). Les techniques dites « douces » les complètent peut-être, mais elles ne sauraient les remplacer. Elles peuvent être toxiques, notamment en interagissant avec les traitements anticancéreux. Il est important que le cancérologue puisse discuter de cette autre prise en charge avec le patient. Il peut lui donner des conseils éclairés sur ce sujet.

D'anciennes patientes souhaitent mettre en garde les personnes

Les différents traitements du cancer du sein

malades et leur entourage contre le coût très élevé de certaines pratiques alternatives. Elles sont parfois associées à des escroqueries ou des mouvements sectaires. La Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les dérives Sectaires (MIVILUDES) est chargée d'informer le public sur les risques et dangers des dérives sectaires.

La chirurgie

La chirurgie est le traitement le plus anciennement utilisé pour soigner les cancers du sein. C'est un traitement **standard***.

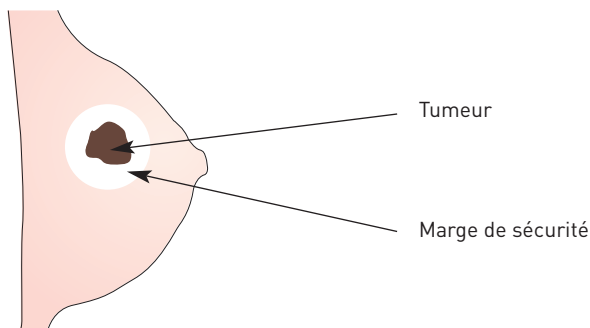
La chirurgie du cancer du sein a quatre objectifs :

- confirmer le **diagnostic*** et préciser le **stade d'évolution*** du cancer, notamment examiner si les **ganglions*** ont été atteints par des cellules cancéreuses ;
- enlever la **tumeur*** ;
- prélever et examiner certains ganglions ;
- conserver ou restaurer la taille et la forme du sein après l'ablation de la tumeur ou de la totalité du sein.

■ Quelle chirurgie au niveau du sein ?

Deux types de chirurgie peuvent être pratiqués : une **chirurgie conservatrice*** ou une **mastectomie*** (mammectomie) totale.

La chirurgie conservatrice a pour but d'enlever la totalité de la tumeur sans enlever la totalité du sein. On parle aussi de tumorectomie, d'**exérèse***, ou encore de mastectomie partielle. La tumeur est enlevée avec une large marge de tissu autour d'elle. Cette marge de sécurité limite ainsi le risque de **récidive***. Le mamelon et l'aréole sont conservés (sauf pour certaines tumeurs, situées derrière le mamelon et l'aréole). Dans certains cas, l'analyse de la tumeur et du tissu autour d'elle montre que la marge de sécurité est insuffisante, le chirurgien est alors amené à proposer une seconde intervention. Elle est toujours associée à un examen des ganglions (voir « *Le curage axillaire* »).



Chirurgie conservatrice

Cette technique n'entraîne pas une déformation du sein trop importante.

La chirurgie conservatrice s'accompagne toujours d'une [radiothérapie*](#).

La mastectomie totale consiste à enlever la [glande*](#) mammaire dans son intégralité y compris l'aréole et le mamelon. Après cette intervention, le chirurgien prescrit une prothèse mammaire externe. La [reconstruction*](#) est possible environ un an après la fin du traitement de radiothérapie (voir « *Qu'est-il possible de faire après une mastectomie ?* »). Parfois, elle est réalisée en même temps que la mastectomie (reconstruction immédiate). La reconstruction est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

Que ce soit en cas de mastectomie totale ou de chirurgie conservatrice, une partie des ganglions de l'aisselle est le plus souvent enlevée (voir « *Le curage axillaire. Pourquoi ? Comment ?* »).

Chaque cancer est particulier et nécessite une chirurgie appropriée.

■ Comment décider ?

La possibilité de réaliser une chirurgie conservatrice et d'obtenir un résultat esthétique satisfaisant dépend notamment de la taille de la [tumeur*](#) et du volume du sein.

Pour des tumeurs du sein de moins de 5 centimètres, les études montrent que la mastectomie ou la chirurgie conservatrice accompagnée d'une radiothérapie ont la même efficacité : après plusieurs années, on ne constate ni plus ni moins de réapparition du

Les différents traitements du cancer du sein

cancer dans un cas comme dans l'autre. Les deux techniques offrent les mêmes chances de **guérison***. Chez la femme qui a une poitrine de petit volume, une mastectomie totale peut néanmoins être nécessaire. Une reconstruction permettra par la suite de retrouver le volume du sein.

Les principales indications d'une mastectomie :

- Plusieurs tumeurs dans le même sein.
- Un cancer qui présente des signes d'inflammation d'abord traité par une chimiothérapie néoadjuvante.
- Un cancer volumineux par rapport au volume du sein sans possibilité de faire une chimiothérapie néoadjuvante.
- Une lésion susceptible de se transformer en cancer étendu.
- Une récurrence.
- Une contre-indication à réaliser une radiothérapie (radiothérapie du **thorax*** effectuée dans le passé).

Lorsque la tumeur est de taille plus importante, une mastectomie totale est souvent nécessaire.

Certaines situations ne permettent toutefois pas d'envisager une chirurgie conservatrice, la mastectomie est alors inévitable, on parle d'indications à la mastectomie.

Dans certains cas (**tumeur*** dont la taille ne permet pas de traitement conservateur, par exemple), le médecin propose une **chimiothérapie*** avant la chirurgie (appelée chimiothérapie néoadjuvante) afin de diminuer la taille de la tumeur et d'envisager par la suite une chirurgie conservatrice. Chez la patiente âgée, une **hormonothérapie*** néoadjuvante est parfois proposée.

Après le **bilan diagnostique***, le chirurgien propose et explique à

la patiente le ou les types de chirurgie les mieux adaptés à sa situation. Le choix du traitement prend également en compte le souhait de la patiente. La patiente a le temps de réfléchir et d'en discuter avec le chirurgien ou son médecin traitant.

Dans certaines situations, le choix du type de chirurgie n'est pas possible avant l'intervention, notamment lorsque la tumeur n'est pas palpable ou pas visible sur les **mammographies***. Le chirurgien informe la patiente systématiquement avant l'intervention de la nécessité d'adapter la chirurgie au cours de l'opération. C'est uniquement après avoir obtenu l'accord de la patiente que le chirurgien réalise l'opération.

Le chirurgien enlève alors la tumeur et fait réaliser immédiatement par l'anatomopathologiste (voir « *Les professionnels au service du patient* ») une première analyse au microscope, appelée **examen extemporané***. Les résultats de cet examen, reçus pendant l'opération, lui permettent de choisir la chirurgie la mieux adaptée à la situation (chirurgie conservatrice ou mastectomie). L'examen extemporané ne remplace pas l'**examen anatomopathologique*** définitif systématiquement réalisé après l'opération (voir « *Les prélèvements mammaires* »).

Enfin, dans un nombre limité de cas, après une première chirurgie conservatrice, les résultats définitifs de l'examen anatomopathologique conduisent le chirurgien à proposer par la suite une mastectomie totale afin de compléter le traitement. Une mastectomie totale est toujours réalisée avec l'accord de la patiente.

À quel moment le choix de la patiente intervient-il ?

Pour des **tumeurs*** du sein de moins de 5 centimètres et si le volume du sein le permet, les études scientifiques montrent que les deux types de chirurgie (mastectomie ou chirurgie conservatrice accompagnée d'une **radiothérapie***) ont la même efficacité. Le chirurgien propose alors à la patiente de choisir le type de chirurgie dont elle souhaite bénéficier. Certaines patientes se sentent embarrassées face à la prise d'une telle décision et préfèrent s'en remettre au choix du chirurgien. D'autres, au contraire, sont très satisfaites de la possibilité qu'il leur est donné de participer activement au choix de leur traitement. Le chirurgien donne à la patiente toutes les informations nécessaires (**effets secondaires***, etc.) pour participer à cette décision. Un outil d'aide à la décision peut être utilisé par le médecin avec la patiente pour accompagner cette prise de décision de traitement. Un temps de réflexion est toujours laissé à la patiente. Sa famille peut l'aider à prendre cette décision si elle le souhaite.

« L'étape du choix du traitement est importante. Il ne faut pas se précipiter mais prendre le temps pour oser poser des questions »

« Nous avons choisi avec mon oncologue le traitement le mieux adapté à ma situation »

Les différents traitements du cancer du sein

Qu'en pensent les patientes ?

Pour les patientes et anciennes patientes qui ont participé à la rédaction de ce document, la **rémission*** et la **guérison*** sont les résultats les plus importants de la chirurgie.

« La mastectomie est une épreuve difficile. J'ai eu besoin d'un soutien psychologique pour y faire face »

Des études scientifiques ont cherché à savoir ce que les patientes ressentaient après l'un ou l'autre type de chirurgie. Ces études montrent que la plupart des patientes qui ont eu une chirurgie conservatrice sont satisfaites des résultats esthétiques. Elles ont pu préserver leur sein et leur image corporelle et éviter ainsi le recours à une **prothèse*** externe ou à une **reconstruction*** du sein. En revanche, certaines se sentent angoissées à l'idée que le cancer puisse revenir.

« Grâce à la reconstruction de mon sein, j'ai pu retrouver confiance en moi »

Les patientes qui ont eu une mastectomie semblent moins s'inquiéter d'une éventuelle **récidive*** du cancer. Cependant, certaines acceptent difficilement la perte de leur sein.

« J'ai beaucoup de mal à accepter la mastectomie, même si je sais que c'est le prix de la guérison »

■ Le curage axillaire : pourquoi ? comment ?

Les cancers **infiltrants*** risquent de se propager vers les ganglions **lymphatiques***. Les ganglions qui peuvent être atteints par le cancer du sein sont principalement ceux qui se trouvent sous le bras au niveau de l'aisselle. On les appelle les **ganglions axillaires***.

Le risque de trouver des cellules cancéreuses dans les ganglions axillaires dépend de la taille de la tumeur dans le sein. Plus la tumeur est grosse, plus il y a de risques que les cellules se soient propagées vers les ganglions.

Afin de savoir si des ganglions axillaires sont atteints par le cancer, le chirurgien en enlève certains. Ce curage axillaire est réalisé au cours de l'opération du sein. Il s'agit d'une courte incision limitée à l'aisselle qui permet de prélever des ganglions afin de les analyser.

Certaines équipes chirurgicales mettent en place un **drain*** dans l'aisselle, à la fin de l'intervention, qui permet d'évacuer du sang ou des sécrétions et d'éviter une infection.

Ganglions lymphatiques



Le curage axillaire présente l'avantage de détecter la présence de cellules cancéreuses, mais il entraîne parfois un **lymphœdème*** (voir la fiche « *Les complications du curage axillaire* »).

• La technique du ganglion sentinelle

Les ganglions axillaires les plus proches de la tumeur sont les premiers ganglions à être envahis par les cellules cancéreuses lorsque le cancer du sein a atteint les ganglions axillaires. Ces ganglions ont été dénommés ganglions sentinelles. Pour les tumeurs de petite taille qui présentent un risque faible d'extension vers les ganglions, il est parfois possible de prélever uniquement ces ganglions sentinelles. On parle alors de technique du ganglion sentinelle.

On injecte un produit au voisinage de la tumeur ou près de l'aréole du sein. Ce produit est collecté par le système **lymphatique*** pour se concentrer au niveau des premiers ganglions axillaires. Une **scintigraphie*** permet de bien les repérer ; le prélèvement est ainsi facilité.

Deux produits sont le plus souvent utilisés en France : un colorant appelé bleu patenté ou un produit radioactif injecté quelques heures avant l'opération. Ce produit radioactif est sans danger pour la patiente.

L'avantage de la technique du ganglion sentinelle est d'éviter les conséquences gênantes d'un curage axillaire. En effet, lorsque les ganglions prélevés et analysés ne sont pas envahis par les cellules cancéreuses, il est inutile de réaliser un curage axillaire. Cette technique permet d'éviter le curage axillaire chez la moitié des patientes dont la tumeur est inférieure à 3 centimètres et chez trois-quarts des patientes dont la tumeur mesure moins de 1 centimètre.

Les différents traitements du cancer du sein

La technique du ganglion sentinelle consiste donc à enlever et examiner uniquement un à deux ganglions. **Cette technique innovante n'est pas proposée par toutes les équipes médicales. Ses résultats sont régulièrement validés.**

• Les résultats de l'analyse

On parle de ganglions positifs lorsqu'ils sont atteints par les cellules cancéreuses et de ganglions négatifs lorsqu'ils ne le sont pas.

S'il n'y a pas de ganglion sentinelle détecté ou si l'analyse des ganglions sentinelles prélevés révèle la présence de cellules cancéreuses, un curage axillaire est réalisé soit pendant la chirurgie du cancer du sein soit lors d'une seconde intervention.

Grâce à la technique du ganglion sentinelle, la chirurgie est ainsi adaptée à l'agressivité de la tumeur.

Si les ganglions sont atteints, le médecin propose un traitement supplémentaire (appelé traitement adjuvant) pour compléter la chirurgie : **radiothérapie***, **chimiothérapie***, anticorps monoclonaux ou **hormonothérapie***.

Des études sont actuellement en cours afin d'évaluer la technique du ganglion sentinelle (chance de guérison*, risque de récurrence* et éventuels effets secondaires*).

■ Quels sont les effets secondaires d'une chirurgie ?

Les effets secondaires de la chirurgie apparaissent rapidement après l'opération ou plus tardivement. Ils ne sont pas systématiques et varient d'une patiente à l'autre.

Les effets secondaires de la chirurgie les plus fréquents sont des **complications*** du curage des **ganglions axillaires*** et des **séquelles*** esthétiques (voir la fiche « *Les complications du curage axillaire* »).

Au réveil, comme après toute intervention chirurgicale, la zone traitée est parfois douloureuse. Des dispositions sont prises pour contrôler la douleur.

Les réactions locales liées à la cicatrisation durent plusieurs mois (3 à 12 mois).

Il arrive que des **hématomes*** ou des **infections*** apparaissent au niveau des cicatrices. Ceci a pour conséquence de retarder la cicatrisation locale.

Les infections guérissent souvent spontanément. Les hématomes se résorbent parfois tout seuls dans les semaines qui suivent l'opération. Si un hématome persiste, il peut être nécessaire d'effectuer une **ponction*** non douloureuse afin d'évacuer son contenu.

En cas d'hématome plus important, une nouvelle opération peut être envisagée.

Certains effets secondaires peuvent être limités, voire évités par des soins et des prescriptions médicales adaptés. La patiente ne doit pas hésiter à en parler à son médecin.

Comme à la suite de toute chirurgie, des complications apparaissent parfois. Cependant, elles sont rares. L'équipe médicale fait en sorte de les prévenir et de les traiter.

Même réalisée dans les meilleures conditions, toute intervention chirurgicale comporte des risques. Pour ces raisons, avant toute intervention, le médecin doit systématiquement informer la patiente des éventuelles complications et des risques encourus, même si ceux-ci sont faibles. Ces informations sont importantes et nécessaires pour que la patiente puisse donner son **consentement éclairé***, c'est-à-dire donner son accord en toute connaissance de cause.

À plus long terme, c'est la modification de la forme du sein provoquée par la chirurgie qui préoccupe le plus les femmes. Parfois, la cicatrice est disgracieuse et si le sein est conservé, il peut être déformé (modification du galbe). Ces déformations sont plus importantes lorsque le chirurgien a dû enlever une tumeur de gros volume ou lorsque la tumeur était située dans le quadrant supéro-interne ou les quadrants inférieurs du sein. Le chirurgien propose une chirurgie esthétique pour atténuer ces déformations.

Toutes les patientes ne réagissent pas de la même façon à la chirurgie. Les études scientifiques ont mis en évidence un certain nombre de facteurs favorisant les complications de la chirurgie du cancer du sein, notamment l'obésité, l'hypertension, l'âge et peut-être, un traitement **anticoagulant***.

Des informations détaillées sur la douleur sont disponibles dans les brochures éditées par la Ligue nationale contre le cancer : *La douleur chez le patient atteint de cancer* (www.ligue-cancer.asso.fr, Cancer info service : 0810810821, Numéro Azur, prix d'un appel local) et dans le guide SOR SAVOIR PATIENT sur les douleurs du cancer (à paraître).

Les différents traitements du cancer du sein

■ Quel est le rôle de la kinésithérapie ?



La kinésithérapie

Lorsqu'un curage des ganglions de l'aisselle a été réalisé, une kinésithérapie est fondamentale pour éviter ou réduire la raideur de l'épaule du côté du sein opéré. Par ailleurs, l'équipe informe la patiente des précautions à prendre dans la vie quotidienne après un curage axillaire (voir la fiche « *Les complications du curage axillaire* »).

« Mon médecin m'a fait prendre conscience de l'importance des massages au niveau de mon bras »

La kinésithérapie propose des exercices par des mouvements spécifiques ou un appareillage. Les exercices ont pour but de retrouver un fonctionnement normal du bras et de l'épaule. Ils empêchent l'apparition de problèmes plus handicapants.

Des massages au niveau de la cicatrice en améliorent parfois l'état.

« Ma cicatrice est devenue plus discrète grâce à la kinésithérapie »

Il est important de commencer la kinésithérapie dès le lendemain de l'opération si possible. La patiente ne doit pas hésiter à en parler lors de son séjour à l'hôpital.

Des informations détaillées sur la kinésithérapie sont disponibles dans l'ouvrage *Rééducation et cancer du sein*, publié par les éditions Masson, ainsi que sur le site de la Ligue nationale contre le cancer : www.ligue-cancer.asso.fr.

■ Qu'est-il possible de faire après une mastectomie ?

Le sein est le symbole principal de la féminité. La perte d'un sein ou sa déformation altèrent souvent l'image corporelle de la femme et la perception qu'elle a d'elle-même. Cette perte a le plus souvent un retentissement important au niveau psychologique, familial, professionnel et social. Une **prothèse* mammaire externe** ou une **reconstruction* du sein** sont deux moyens qui visent à aider la patiente à retrouver son identité en reconstruisant le volume du sein.

Chaque cancer est particulier et nécessite une reconstruction appropriée.

Le choix de la technique dépend du désir de la patiente, du type de cancer, ainsi que du ou des traitements effectués après la chirurgie. Au cours de la consultation et après avoir examiné la patiente, le chirurgien lui explique la ou les techniques les mieux adaptées à sa situation. Un temps de réflexion est toujours proposé.

Ce temps permet à la patiente de se familiariser avec les options proposées et de se préparer éventuellement à une nouvelle intervention chirurgicale.

« Après la mastectomie, nous sommes démunies. Pouvoir retrouver une part de sa féminité est appréciable »

Certains établissements de soins proposent des permanences « découvertes prothèses » animées par des infirmières. Les patientes y essaient les différentes sortes de prothèses disponibles dans le commerce.

« Cet échange est précieux. On se sent en sécurité et soutenue par l'infirmière »

• **Comment choisir une prothèse mammaire externe ?**

Si le chirurgien a enlevé la totalité du sein, la patiente peut choisir de porter une prothèse mammaire externe. Cette prothèse se met et s'enlève facilement.

L'équipe soignante transmet les coordonnées de magasins spécialisés qui aideront la patiente à choisir la prothèse la mieux adaptée à son corps. Ils la renseigneront sur son coût et son remboursement.

Le choix d'une prothèse doit se faire sans précipitation chez un

Les différents traitements du cancer du sein

prothésiste compétent. Si cela est possible, il vaut mieux se faire accompagner par une personne proche (famille ou ami(e)) qui connaît la silhouette habituelle de la patiente et lui donnera son avis. La patiente, en portant ensuite cette prothèse, verra si elle lui convient dans la vie quotidienne.

Des soutiens-gorge et des maillots de bain adaptés offrent à la patiente la possibilité de maintenir ses activités habituelles.

La prothèse externe n'est pas toujours bien acceptée par les patientes. Lorsque la patiente le désire, le chirurgien lui propose de reconstruire le sein.

« Dans les premiers temps, je n'avais pas la force de me faire opérer. La prothèse externe a été pour moi une solution temporaire »

• **Quelles sont les méthodes de reconstruction du sein après une mastectomie ?**

Il existe plusieurs méthodes de reconstruction du sein adaptées à chaque situation.

La reconstruction fait appel essentiellement à deux méthodes, parfois associées :

- la mise en place d'une **prothèse*** interne ;
- la mise en place de **tissus*** (peau et muscles) provenant d'autres parties du corps (telles que le dos ou l'abdomen). On appelle ces tissus des lambeaux.

Chacune des méthodes nécessite le plus souvent deux étapes :

- la première opération a pour but de reconstruire le volume du sein ;
- la deuxième opération consiste à refaire la zone du mamelon et de l'aréole et d'harmoniser les deux seins afin d'améliorer le résultat esthétique. Elle a lieu 3 à 6 mois après la première opération.

La reconstruction mammaire fait partie intégrante de la prise en charge du cancer du sein.

Une chirurgie de reconstruction après un cancer du sein nécessite une double compétence du chirurgien et de l'équipe médicale, à la fois en cancérologie et en chirurgie esthétique. En effet, le chirurgien spécialisé dans ce type de reconstruction doit avoir de bonnes connaissances de l'histoire de la maladie, de son **pronostic***, des

facteurs de risque et du traitement du cancer du sein. Il doit également être familiarisé avec les facteurs psychologiques associés au cancer du sein et à son traitement. C'est pourquoi une équipe pluridisciplinaire doit accompagner la patiente.

Outre le choix de la technique, le moment de la reconstruction est un élément important (voir la fiche « *La reconstruction du sein* »).

• *À quel moment la reconstruction peut-elle se faire ?*

La reconstruction se fait soit en même temps que la **mastectomie*** totale (reconstruction immédiate), soit après la fin du traitement (reconstruction secondaire), généralement un an après la fin de la **radiothérapie***.

La technique de reconstruction du sein immédiate évite une seconde opération. Elle présente toutefois un certain nombre d'inconvénients car elle met en œuvre une technique plus complexe. Elle nécessite une double compétence du chirurgien (en cancérologie et en chirurgie plastique) et risque d'interférer avec les traitements du cancer. De plus, la patiente n'a pas eu le temps d'accepter la perte de son sein alors que ceci est très important.

La technique de reconstruction du sein secondaire présente l'avantage d'être plus simple. Elle n'interfère pas avec les traitements du cancer. En outre, la patiente a eu le temps d'accepter l'ablation de son sein, ceci favorise le deuil du sein et peut aider à accepter le sein reconstruit. L'inconvénient majeur de cette technique est de devoir subir une seconde intervention chirurgicale. La patiente doit y être préparée.

En fonction des avantages et des inconvénients respectifs de la reconstruction immédiate et de la reconstruction secondaire, la patiente choisit le moment de la reconstruction le plus adapté pour elle.

• *Quelles sont les possibilités de reconstruction partielle après une chirurgie conservatrice ?*

Compte tenu de l'amélioration des techniques de la chirurgie, les résultats esthétiques après une **chirurgie conservatrice*** sont de plus en plus satisfaisants. Toutefois, de rares résultats non satisfaisants persistent. Ils sont essentiellement dus à un problème de différences de forme ou de volume entre les deux seins, ou encore de déformation du sein traité.

Les différents traitements du cancer du sein

À la suite de la chirurgie conservatrice, le chirurgien propose parfois de reformer le sein traité (en utilisant des lambeaux) et d'améliorer la cicatrice ou, plus souvent, d'opérer le sein non malade pour réduire son volume ou l'équilibrer par rapport à l'autre.

L'asymétrie entre les deux seins (forme, volume) est le résultat le moins satisfaisant le plus fréquemment cité par les patientes. La reconstruction restaure provisoirement cette symétrie. Toutefois, avec le temps, le sein traité s'affaisse moins vite que le sein non traité et une asymétrie légère risque d'apparaître à nouveau au bout de quelques années.

La reconstitution n'a aucune influence sur l'évolution de la maladie. Quelle que soit la technique envisagée, la patiente ne doit pas hésiter à poser les questions qui la préoccupent. Il est important de prendre le temps nécessaire pour réfléchir et discuter avec l'équipe soignante.

« L'équipe soignante a pris le temps de répondre à mes questions sur la reconstruction de mon sein. Cet échange était important pour moi »

• À quel moment le choix de la patiente intervient-il ?

La patiente, informée des avantages et inconvénients de la reconstruction, choisit d'en bénéficier ou pas. Par ailleurs, elle choisit d'opter soit pour une reconstruction en même temps que l'opération (reconstruction immédiate) soit pour une reconstruction plus tardive (reconstruction secondaire) (voir « *Quelles sont les possibilités de reconstruction du sein après une mastectomie ?* »). Le chirurgien apporte à la patiente toutes les informations utiles pour prendre sa décision.

« Ma famille m'a aidée à prendre ma décision »

À retenir

Le but d'un traitement du cancer du sein est d'enlever la totalité de la tumeur. C'est la raison pour laquelle la chirurgie est le traitement de base du cancer du sein.

Il y a deux façons d'opérer un cancer du sein : une chirurgie conservatrice ou une mastectomie totale. Dans le cas d'une chirurgie conservatrice, seule la tumeur est enlevée avec une marge de sécurité suffisante. Quand la taille de la tumeur ou le volume du sein l'exigent, une mastectomie totale est pratiquée : le sein est enlevé avec la tumeur. Les deux techniques présentent les mêmes chances de guérison.

Généralement, on procède dans le même temps à l'ablation des ganglions sous l'aisselle. Une kinésithérapie est alors proposée afin de préserver la mobilité de l'épaule et de résoudre les éventuels problèmes de gonflement du bras (lymphœdème).

En cas de mastectomie totale, il est possible de choisir entre une prothèse externe et une reconstruction du sein.

N'hésitez pas à dialoguer avec votre médecin. Il est important de poser toutes les questions qui vous préoccupent. D'anciennes patientes suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



Questions à poser

Les différents traitements du cancer du sein

La radiothérapie

La radiothérapie est utilisée depuis de longues années pour traiter différents cancers. Elle consiste à recourir à des **rayons X*** qui atteignent la **tumeur*** et détruisent les **cellules*** cancéreuses. Selon la zone et les organes de voisinage à traiter, les rayons utilisés sont différents (photons ou électrons). Ces divers types de rayons sont parfois associés entre eux. C'est pour cette raison que, pour un même traitement, une patiente peut être placée sous différents appareils : appareils de cobalthérapie ou accélérateurs linéaires.



La radiothérapie

■ Quels sont les objectifs d'une radiothérapie du sein ?

On effectue une radiothérapie en fonction du type de cancer et de son **stade d'évolution***. **La radiothérapie est le plus souvent proposée après une chirurgie du sein (radiothérapie postopératoire).** Elle a pour but de diminuer les risques que le cancer revienne localement au niveau de la paroi du thorax, de la cicatrice, du sein ou de certains ganglions, quel que soit le stade de la maladie. La radiothérapie est le plus souvent réalisée 3 à 6 semaines après la chirurgie.

Dans des cas particuliers, la radiothérapie est réalisée avant une chirurgie du sein (radiothérapie préopératoire). Elle a pour but de diminuer la taille de la tumeur et de proposer à la patiente, quand c'est possible, une **chirurgie conservatrice*** si elle le souhaite.

Dans de rares cas, la radiothérapie est proposée comme seul traitement (radiothérapie exclusive). Cette situation se produit lorsqu'une chirurgie est contre-indiquée, notamment si l'état général de la patiente ne permet pas une **anesthésie*** générale ou dans le cas très particulier de tumeurs qui présentent une **inflammation***.

Un traitement par radiothérapie traite et contrôle le cancer localement en évitant le plus possible les **effets secondaires*** et les **séquelles***. Il doit garantir à la patiente des résultats esthétiques satisfaisants.

■ **Quels sont les effets secondaires et les séquelles éventuels de la radiothérapie d'un cancer du sein ?**

Les rayons atteignent la tumeur, mais également les cellules saines. C'est la raison pour laquelle la radiothérapie entraîne parfois des effets secondaires. Certains apparaissent pendant le traitement, d'autres après l'arrêt du traitement. Ils varient d'une personne à l'autre. Les **complications*** graves sont actuellement rarissimes.

Une radiothérapie d'un cancer du sein n'est pas douloureuse et ne fait pas tomber les cheveux.

Les principaux effets secondaires précoces de la radiothérapie du cancer du sein sont les suivants : rougeur de la peau, œdème du sein, lymphœdème, œdème et inflammation de l'œsophage et fatigue.

■ **Une radiothérapie est-elle possible après une reconstruction du sein ?**

Une radiothérapie est réalisée de préférence avant d'entreprendre une **reconstruction*** du sein (voir « *Qu'est-il possible de faire après une mastectomie ?* »). Dans ce cas, la reconstruction est généralement différée un an après la chirurgie. Toutefois, si la patiente a déjà eu une reconstruction du sein pour une raison esthétique ou si elle souhaite une reconstruction immédiate après une chirurgie, une radiothérapie reste possible. Une consultation pluridisciplinaire est alors nécessaire pour juger de la nécessité d'une radiothérapie ou d'un traitement par **voie générale*** (**chimiothérapie***, **hormonothérapie***).

Quel que soit le type de **prothèse*** utilisée, l'efficacité de la radiothérapie reste identique.

Aux doses habituelles, la radiothérapie ne provoque le plus souvent pas d'altération de la prothèse. Toutefois, avant la radiothérapie, il est conseillé de réaliser un **bilan*** local par une IRM du sein.

Pour des informations complémentaires, voir le guide SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre la radiothérapie* (à paraître) et la fiche *Comprendre l'IRM*.

À retenir

La radiothérapie a pour but de détruire les cellules cancéreuses à l'aide d'appareils qui émettent des rayons. Ces rayons doivent éliminer toute trace de cancer qui pourrait subsister après une chirurgie.

N'hésitez pas à dialoguer avec votre médecin. Il est important de poser toutes les questions qui vous préoccupent. D'anciennes patientes suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



Questions à poser

La chimiothérapie

La chimiothérapie est l'un des traitements du cancer du sein. Il s'agit d'un traitement dit **adjuvant***, c'est-à-dire qui complète un traitement chirurgical. La chimiothérapie adjuvante a pour objectif de diminuer le risque que des cellules cancéreuses se développent à distance, ce qu'on appelle des **métastases***.

La chimiothérapie agit sur le cancer à l'aide de médicaments appelés médicaments anti-tumoraux ou médicaments anticancéreux. Ces médicaments agissent par **voie générale*** : ils agissent sur les **cellules*** cancéreuses dans l'ensemble du corps, soit en les détruisant, soit en les empêchant de se multiplier.

La chimiothérapie adjuvante entraîne certains **effets secondaires*** : nausées et vomissements, diarrhée, constipation, aphtes, sécheresse dans la bouche, chute des cheveux, effets sur le sang, fatigue, douleurs, cycles irréguliers ou arrêt des règles (passagers ou non), perturbations de la vie de couple, etc.

Dans certaines situations, le médecin propose une chimiothérapie avant la chirurgie. On parle alors de chimiothérapie néoadjuvante. Celle-ci a pour but de diminuer la taille de la **tumeur*** afin d'envisager par la suite une **chirurgie conservatrice*** (voir « *Quelle chirurgie au niveau du sein ?* »).

Les études scientifiques ont évalué que la durée optimale d'une chimiothérapie était de 4 ou 6 **cures***. Plus de 6 séances de chimiothérapie n'apportent pas plus de chance de **guérison***, mais moins de 4 séances est moins efficace.

■ Quand le médecin propose-t-il une chimiothérapie adjuvante ?

Une chimiothérapie adjuvante n'est pas proposée de façon systématique à toutes les patientes mais lorsque le cancer présente un risque de **récidive***.

Le risque de récidive dépend des caractéristiques du cancer et de l'âge de la patiente. On parle de facteurs pronostiques. Ces facteurs permettent de décider s'il faut faire un traitement médical adjuvant ou non.

Les différents traitements du cancer du sein

Il existe sept facteurs pronostiques :

- le nombre de **ganglions*** envahis au niveau de l'aisselle ;
- le **grade*** de la tumeur ;
- la taille de la tumeur ;
- la présence de récepteurs hormonaux dans les cellules de la tumeur. Un récepteur hormonal est une molécule qui détecte et capte les **hormones*** dans la circulation sanguine. Certaines cellules cancéreuses possèdent des récepteurs hormonaux. On les recherche sur un fragment de **tissu*** de la tumeur pour savoir s'ils sont présents ou non sur les cellules cancéreuses.
- les cellules cancéreuses qui circulent dans les vaisseaux (on parle d'embolies vasculaires) ;
- l'expression d'une **protéine*** particulière par les cellules cancéreuses : la protéine HER2 (voir « *Les anticorps monoclonaux* ») ;
- l'âge de la patiente inférieur à 35 ans.

Ces sept facteurs déterminent le risque de récurrence dans les 10 ans qui suivent le traitement du cancer. Une chimiothérapie adjuvante est recommandée si le risque de récurrence est supérieur ou égal à 10 %.

Ces facteurs pronostiques sont aussi appelés **facteurs de risque* de récurrence***.

Le médecin dispose d'un logiciel qui calcule le risque de récurrence dans les 10 ans qui suivent le traitement, ainsi que le bénéfice des traitements médicaux sur ces risques. Ce logiciel l'aide dans le choix du traitement médical en examinant les probabilités d'une récurrence, en informant et discutant avec la patiente des bénéfices et des risques statistiques attendus par les traitements.

Lorsque le médecin propose une chimiothérapie, il tient compte de ces facteurs de risque, mais aussi de l'état général de la patiente, de ses préférences, ainsi que de ses **antécédents*** médicaux et chirurgicaux.

Ainsi, pour les femmes de moins de 50 ans ou les femmes non ménopausées dont le cancer a envahi les ganglions **axillaires*** ou qui présentent d'autres facteurs de risque de récurrence, le médecin propose le plus souvent une chimiothérapie. Il s'agit d'un traitement **standard***. Une hormonothérapie complémentaire est le plus souvent proposée lorsqu'il existe des récepteurs hormonaux.

Les informations chiffrées sur les chances de guérison ou le risque de récurrence sont des indications générales. Ce sont des informations statistiques utiles et valables pour une population dans son ensemble. Ces chiffres ou pourcentages ne donnent donc pas d'information précise pour une personne en particulier.

Par exemple, si on dit qu'un traitement a 6 chances sur 10 de marcher ou qu'il y a 60 % de chances qu'il marche, cela signifie que sur 100 personnes atteintes d'un certain type de cancer, environ 60 d'entre elles tireront un bénéfice de ce traitement ; cela signifie aussi que 40 de ces 100 personnes n'en tireront pas de bénéfice. Ce pourcentage (60 %) ne donne pas de certitude pour une personne en particulier, mais signifie qu'elle a de bonnes chances de tirer des bénéfices de ce traitement.

Les traitements adjuvants diminuent un risque de récurrence estimé pour un cas particulier. Il ne faut pas hésiter à demander au médecin de vous aider à mieux comprendre toutes ces informations chiffrées qui, malgré leur part d'incertitude, peuvent être utiles pour prendre une décision.

Pour les femmes de plus de 50 ans ou les femmes ménopausées, le médecin propose souvent une chimiothérapie lorsque le cancer a atteint les ganglions axillaires ou qu'il présente d'autres facteurs qui augmentent le risque de récurrence (c'est une **option***). Par ailleurs, pour ces patientes, le médecin propose très fréquemment une **hormonothérapie*** (voir « *L'hormonothérapie* »).

Le médecin propose le traitement le plus adapté à la situation de la patiente. Il lui explique les avantages et les inconvénients du ou des traitements proposés.

■ Existe-t-il différents types de médicaments de chimiothérapie ?

Les médicaments de chimiothérapie sont nombreux. Les **essais thérapeutiques*** ont montré que l'association de plusieurs médicaments de chimiothérapie (appelée polychimiothérapie) était plus efficace qu'un seul médicament de chimiothérapie (on parle alors de monochimiothérapie).

Pour cette raison, plusieurs médicaments de chimiothérapie sont le plus souvent associés entre eux. Ces associations de médicaments anticancéreux s'appellent des **protocoles*** de chimiothérapie.

Les différents traitements du cancer du sein

Selon les protocoles, deux ou trois médicaments sont associés sur une période de plusieurs mois.

Les médicaments les plus fréquemment utilisés sont :

- la doxorubicine (appelée aussi Adriamycine® ou Adriblastine®) et l'épirubicine (appelée aussi Farmorubicine®). Ce sont avec les taxanes, les médicaments de référence pour le traitement du cancer du sein ;
- les taxanes (docétaxel = Taxotère®, paclitaxel = Taxol®) ;
- le cyclophosphamide (appelé aussi Endoxan®) ;
- le fluoro-uracile (appelé aussi 5-FU) ;
- le méthotrexate.

Les protocoles de chimiothérapie varient en fonction du stade de la tumeur* (si les ganglions sont envahis ou non) et de la présence de récepteurs à la surface des cellules de la tumeur.

Les protocoles les plus souvent utilisés :

1. Les protocoles dits FAC ou FEC.

Ils associent le 5-FU (F), le cyclophosphamide (C) et la doxorubicine (A) : FAC ou l'épirubicine (E) : FEC.

Ce traitement consiste en une cure de chimiothérapie toutes les trois semaines, en général six fois de suite. Chaque cure correspond à une séance de perfusion*. Chaque séance est suivie de trois semaines de repos avant la séance suivante.

2. Le protocole dit AC.

Il associe la doxorubicine (A) et le cyclophosphamide (C) : AC.

Ce traitement consiste en une cure de chimiothérapie toutes les trois semaines et ce, quatre fois de suite. Chaque cure correspond à une séance de perfusion. Chaque séance est suivie de trois semaines de repos avant la séance suivante.

3. Le protocole FEC 100 - Taxotère®.

Il associe le 5-FU (F), l'épirubicine (E) et le cyclophosphamide (C) : FEC. Ce traitement consiste en une cure de chimiothérapie toutes les trois semaines, soit 3 FEC 100, suivie de 3 Taxotère®. Chaque

cure correspond à une séance de perfusion. Chaque séance est suivie de trois semaines de repos avant la séance suivante.

4. Le protocole dit TAC.

Il associe le Taxotère® (T), la doxorubicine (A) et le cyclophosphamide (C) : TAC. Ce traitement consiste en une cure de chimiothérapie toutes les trois semaines, six fois de suite. Chaque cure correspond à une séance de perfusion. Chaque séance est suivie de trois semaines de repos avant la séance suivante.

5. Le protocole AC -Taxol®.

Il associe la doxorubicine (A), le cyclophosphamide (C) : AC et le Taxol®. Ce traitement consiste en une cure de chimiothérapie toutes les trois semaines soit 4 AC, suivie de 4 Taxol®. Chaque cure correspond à une séance de perfusion. Chaque séance est suivie de trois semaines de repos avant la séance suivante.

6. Le protocole dit CMF.

Il associe le cyclophosphamide (C), le méthotrexate (M) et le 5-FU (F) : CMF. Ce traitement consiste en six cures de chimiothérapie. Chaque cure correspond à deux séances de perfusion espacées d'une semaine. Elles sont suivies de trois semaines de repos durant lesquelles des comprimés sont à prendre à domicile avant la cure suivante. Ce protocole varie parfois légèrement.

Dans un souci de qualité de soins, l'équipe médicale choisit un protocole parmi ceux qui ont démontré leur efficacité. Le médecin explique à la patiente ses avantages et ses inconvénients.

Chaque cancer est particulier et nécessite une chimiothérapie appropriée.



Préparation
de la chimiothérapie

Pour des informations complémentaires, voir le guide SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre la chimiothérapie*. Des informations détaillées sur la chute des cheveux sont également disponibles dans la brochure éditée par l'Institut National du Cancer : *Traitement du cancer et chute des cheveux* (2006).

À retenir

Une chimiothérapie est un traitement qui agit dans l'ensemble du corps à l'aide de médicaments. Ces médicaments ont pour but de détruire les cellules cancéreuses ou de les empêcher de se multiplier.

La décision d'effectuer une chimiothérapie dépend des caractéristiques de chaque cancer. Une chimiothérapie complète un traitement chirurgical.

Une chimiothérapie se déroule en plusieurs cures, le plus habituellement sous forme de perfusions. Il existe de nombreux médicaments de chimiothérapie, souvent associés entre eux.

N'hésitez pas à dialoguer avec votre médecin. Il est important de poser toutes les questions qui vous préoccupent. D'anciennes patientes suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



Questions à poser

Les anticorps monoclonaux

Les anticorps sont des **protéines*** produites par les lymphocytes, cellules du système immunitaire qui protègent l'organisme contre les **infections***. Le rôle des anticorps est de neutraliser certaines substances chimiques, les antigènes, qu'ils reconnaissent comme n'appartenant pas à l'individu. Les anticorps sont importants pour lutter contre les infections et les cancers. Certains anticorps, appelés anticorps monoclonaux, peuvent être produits en laboratoire.

Un quart des tumeurs du sein possèdent à la surface de leurs cellules un grand nombre de protéines particulières appelées HER2 ou c-erb B2. On dit que ces cellules surexpriment cette protéine (on parle aussi de surexpression ou d'amplification). HER2 est un facteur de croissance qui stimule la production de cellules cancéreuses.

De récentes études ont montré qu'un anticorps monoclonal, appelé trastuzumab empêche cette protéine d'agir en bloquant son récepteur. La production des cellules cancéreuses est alors stoppée. Il est donc proposé comme traitement **adjuvant*** chez des patientes atteintes d'un cancer du sein dont la tumeur possède beaucoup de protéines HER2. Ce nouveau traitement réduit de 50 % environ le risque de récurrence dans les premières années.

■ Quand propose-t-on un traitement par trastuzumab ?

Un traitement par trastuzumab est actuellement proposé à des patientes opérées d'un cancer du sein **infiltrant*** avec une surexpression ou une amplification de HER2 et pour lesquelles une **chimiothérapie*** adjuvante est nécessaire.

C'est l'**examen anatomopathologique*** qui détermine si les cellules cancéreuses présentent une surexpression ou une amplification de HER2. Cette recherche est effectuée le plus tôt possible. Seule une patiente qui présente une surexpression ou une amplification de HER2 peut bénéficier du trastuzumab.

Les différents traitements du cancer du sein

■ Quand et durant combien de temps le trastuzumab est-il administré ?

Le trastuzumab est administré après une radiothérapie ou une chimiothérapie adjuvantes. Cette chimiothérapie doit s'être conformée aux **standards*** : au moins quatre cycles de traitement composé d'une anthracycline associée ou non à un taxane.

Le trastuzumab doit être prescrit par un médecin qui a une bonne expérience des traitements anticancéreux.

La durée du traitement par trastuzumab est en général de 52 semaines. Le traitement peut être interrompu en cas de **récidive*** du cancer du sein.

■ Quel est le mode d'administration du trastuzumab et la dose utilisée ?

Le trastuzumab est administré à l'aide d'une **perfusion*** dans une veine ou dans un **site implantable***. En fonction des doses administrées, le rythme varie d'une perfusion par semaine à une toutes les trois semaines. La première dose perfusée est plus importante que les autres, elle est administrée en 90 minutes. Si la patiente la tolère bien, les suivantes peuvent être perfusées en 30 minutes.

Les patientes sont surveillées pendant 6 heures au moins après le début de la première perfusion et 2 heures après le début des perfusions suivantes. Pendant la perfusion, des **effets secondaires*** tels que de la fièvre et des frissons apparaissent parfois. Dans ce cas, la perfusion est interrompue afin de traiter ces **symptômes***. La perfusion reprend après leur disparition.

■ Quels sont les effets secondaires du trastuzumab ?

Le trastuzumab est parfois responsable de troubles cardiaques.

Afin de les prévenir, la patiente est surveillée régulièrement. Un cardiologue réalise des examens de sa fonction cardiaque tous les 3 mois. Ces examens commencent pendant le traitement, puis sont réalisés régulièrement après le traitement.

« Les examens de surveillance du cœur m'ont rassurée »

Ces troubles cardiaques disparaissent à l'arrêt du traitement.

■ Quelles sont les contre-indications au trastuzumab ?

Les patientes qui présentent les caractéristiques suivantes ne doivent pas être traitées par trastuzumab :

- une hypersensibilité connue au trastuzumab, à certaines protéines* (les protéines murines) ou à l'un des constituants du trastuzumab ;
- des difficultés importantes à respirer au repos ;
- une grossesse ou un allaitement. En l'absence de grossesse, une contraception est obligatoire pendant toute la durée du traitement ;
- une intolérance au médicament : problèmes respiratoires, cutanés ou d'ordre plus général. En cas de doute, le traitement est suspendu. S'il reprend, la patiente est soigneusement surveillée. Si elle présente une nouvelle intolérance au traitement, il est arrêté définitivement ;
- si la patiente est déjà en cours de traitement avec des anthracyclines ;
- si elle présente des problèmes cardiaques : insuffisance cardiaque, troubles du rythme, etc. Avant de commencer le traitement, le médecin s'assure que la patiente ne présente pas de risque de développer une insuffisance cardiaque. Une surveillance régulière par échocardiographie sera mise en place pendant la durée du traitement ;
- si la patiente bénéficie d'une hormonothérapie adjuvante uniquement, sans avoir eu de chimiothérapie (sauf en cas de participation à un essai thérapeutique*) ;
- si la patiente est en train d'être traitée par radiothérapie.

À retenir

L'anticorps monoclonal trastuzumab est proposé à des patientes opérées d'un cancer du sein infiltrant dont la tumeur surexprime HER2 (environ le quart des tumeurs du sein) et qui nécessitent une chimiothérapie adjuvante.

N'hésitez pas à dialoguer avec votre médecin. Il est important de poser toutes les questions qui vous préoccupent. D'anciennes patientes suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



Questions à poser

L'hormonothérapie

L'hormonothérapie est l'un des traitements du cancer du sein. C'est un **traitement général*** qui agit dans l'ensemble du corps.

Certaines **hormones*** secrétées par les **ovaires*** stimulent la croissance des cellules cancéreuses. Une hormonothérapie vise à empêcher l'action de ces hormones ou à diminuer leur sécrétion afin de ralentir ou de stopper la croissance des cellules cancéreuses.

Il s'agit d'un **traitement adjuvant*** qui complète le traitement local.

L'hormonothérapie du cancer du sein a deux objectifs :

- réduire le risque de **récidive*** dans le sein opéré, dans l'autre sein ou à distance (**métastases***);
- faciliter le **traitement local*** du cancer. Lorsqu'une hormonothérapie est prescrite avant une chirurgie ou une radiothérapie, elle permet de diminuer la taille de la tumeur et facilite ainsi la chirurgie ou la radiothérapie. On parle alors d'hormonothérapie néoadjuvante.

Tous les cancers ne réagissent pas à l'action d'une hormonothérapie. Pour réagir à une hormonothérapie, un cancer doit être **hormonosensible***, c'est-à-dire que les cellules de la tumeur doivent posséder des **récepteurs hormonaux***. Ces récepteurs détectent et captent les hormones qui passent dans le sang.

Un examen au **microscope*** détermine si les cellules cancéreuses possèdent des récepteurs (voir la fiche « *Les prélèvements mammaires* »).



Récepteurs hormonaux d'un cancer hormonosensible

Une hormonothérapie n'est envisagée que pour les cancers hormonosensibles. C'est pourquoi une hormonothérapie n'est pas proposée de façon systématique à toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Les différents traitements du cancer du sein

■ Quand le médecin propose-t-il une hormonothérapie ?

La décision de proposer une hormonothérapie dépend :

- du fait que le cancer soit **hormonosensible*** ;
- de l'âge de la femme et de son état hormonal (ménopausée ou non) ;
- de caractéristiques comme la présence de cellules cancéreuses dans les ganglions **lymphatiques*** et les vaisseaux situés autour de la tumeur, la taille de la **tumeur*** et son **grade***. On les appelle des facteurs de risque de récurrence métastatique ;
- de l'avis de la patiente.

Pour les femmes de moins de 50 ans ou non ménopausées, lorsque les ganglions sont envahis ou qu'il existe d'autres facteurs de risque de récurrence métastatique, c'est une **chimiothérapie*** qui est habituellement proposée (voir « *La chimiothérapie* »). Lorsque la **tumeur*** est hormonosensible, une hormonothérapie est le plus souvent proposée en plus de cette chimiothérapie.

Pour les femmes de plus de 50 ans ou ménopausées, lorsque la tumeur est hormonosensible et qu'il existe un ou plusieurs facteurs de risque de récurrence métastatique, l'hormonothérapie est proposée de façon systématique. Elle est prescrite seule ou avec une chimiothérapie. L'hormonothérapie commence après la radiothérapie si elle a lieu.

Le médecin propose un ou des traitements adaptés à la situation de la patiente et lui explique leurs avantages et leurs inconvénients.

Parfois, lorsque la femme est ménopausée et que sa tumeur est sensible aux hormones et évolue lentement, le médecin propose une hormonothérapie avant la chirurgie. On parle alors d'hormonothérapie néoadjuvante. Ce traitement a pour but de diminuer la taille de la tumeur afin d'envisager par la suite un traitement si possible **conservateur*** (chirurgie et radiothérapie).

■ Quelles sont les différentes méthodes d'hormonothérapie ?

Chaque cancer est particulier et nécessite une hormonothérapie appropriée.

Il existe trois types d'hormonothérapie utilisés en traitement **adjuvant*** :

- les antiœstrogènes (le tamoxifène) ;
- les antiaromatases ;

- la suppression ovarienne chez les femmes non ménopausées.

Leur mode d'action repose sur le même principe : il s'agit d'empêcher l'action de certaines hormones, les œstrogènes, sur les cellules cancéreuses ou d'en diminuer la sécrétion. Les œstrogènes sont produits par les ovaires. Ils favorisent la croissance des cellules et donc le développement de la tumeur. En diminuant la sécrétion ou en empêchant l'action des œstrogènes sur les cellules cancéreuses, on ralentit ou stoppe ainsi la croissance de la tumeur.

Le tamoxifène

L'une des méthodes d'hormonothérapie consiste à administrer des médicaments qui entrent en compétition avec les œstrogènes. Ces médicaments bloquent l'effet des œstrogènes sur les cellules cancéreuses **hormonosensibles***. On appelle ces médicaments des antiœstrogènes. L'antiœstrogène le plus fréquemment utilisé est le tamoxifène.

Le tamoxifène est commercialisé sous plusieurs noms : Nolvadex®, Kessar®, Oncotam®, Tamofène®, Tamoxifène®, mais c'est le même médicament. Il s'agit d'un médicament utilisé depuis plus de 30 ans.

C'est un des traitements **standards*** du cancer du sein lorsqu'il est proposé une hormonothérapie.

Le tamoxifène utilisé seul reste l'hormonothérapie de référence chez la femme non ménopausée. Associé à une suppression ovarienne, il remplace dans certains cas une chimiothérapie.

Délivré pendant 5 ans, le tamoxifène réduit le risque de récurrence dans le même sein d'environ 25 % ainsi que celui de développement d'un cancer dans l'autre sein.

Le tamoxifène se présente sous forme de comprimés. La patiente prend un comprimé de 20 mg par jour durant 5 ans.

Le traitement est pris indifféremment le matin, le midi ou le soir. Si la patiente l'oublie une fois, ce n'est pas grave : c'est un médicament qui est éliminé très lentement par l'organisme. Elle prendra normalement le comprimé suivant.

Le tamoxifène n'est pas contraceptif. Bien qu'il puisse perturber les règles, il stimule parfois les ovulations, il est vivement conseillé d'avoir une contraception pendant le traitement.

Chez les femmes traitées pour un cancer du sein, la contraception

Les différents traitements du cancer du sein

par les pilules à base d'œstrogènes est contre-indiquée. Le médecin conseille alors une autre méthode de contraception : stérilet sans hormones, préservatifs, gels spermicides. Un gynécologue aide la patiente à choisir la méthode qui lui convient le mieux.

Les inhibiteurs de l'aromatase

Une autre méthode d'hormonothérapie consiste à administrer des médicaments qui entrent en compétition avec une substance qui synthétise les œstrogènes : l'aromatase. Ces médicaments bloquent ainsi la fabrication d'œstrogènes. On appelle ces médicaments des antiaromatases ou des inhibiteurs de l'aromatase.

Jusqu'à présent les inhibiteurs de l'aromatase étaient seulement utilisés en cas de **récidive*** ou de **métastases***. Des études ont montré qu'ils sont un peu plus efficaces et souvent mieux tolérés que le tamoxifène. C'est la raison pour laquelle ils sont désormais utilisés en traitement **adjuvant*** du cancer du sein.

Les antiaromatases sont uniquement prescrites chez la femme ménopausée. Elles sont inefficaces chez la femme non ménopausée.

Les antiaromatases actuellement utilisées sont : l'anastrozole (Arimidex®), le létrozole (Fémara®) et l'exémestane (Aromasine®). Ces médicaments sont prescrits à raison d'un comprimé par jour.

La suppression ovarienne

Le troisième type d'hormonothérapie consiste à bloquer la production des œstrogènes, les hormones produites par les **ovaires***. **Cette suppression de l'activité ovarienne** est effectuée chez les femmes non ménopausées. Elle entraîne un arrêt des règles. Une contraception n'est donc plus nécessaire.

Les ovaires sont enlevés par chirurgie ou leur fonctionnement peut être arrêté par **radiothérapie***. La suppression de l'activité ovarienne par chirurgie est réalisée par laparotomie (ouverture de l'abdomen) ou, le plus souvent, par **cœlioscopie***. La chirurgie supprime la production des œstrogènes instantanément, la radiothérapie dans les mois qui suivent. Dans les deux cas, la suppression de l'activité ovarienne est définitive et provoque une **ménopause*** artificielle.

Un autre type de suppression de l'activité ovarienne consiste à administrer des substances analogues à l'hormone LHRH (abréviation

de l'anglais *Luteinizing hormone-releasing hormone*) qu'on appelle agonistes de la LHRH. La LHRH est une hormone naturelle produite par l'hypothalamus, **glande*** située à la base du cerveau qui stimule les ovaires. L'administration prolongée à doses élevées d'agonistes de la LHRH supprime le fonctionnement des ovaires tant que le traitement est maintenu. Si la femme n'est pas proche de la ménopause quand le traitement s'arrête, les ovaires fonctionnent à nouveau.

L'intérêt de supprimer l'activité des ovaires (associé ou non aux autres types d'hormonothérapie) après ou à la place d'une chimiothérapie, est actuellement en cours d'évaluation dans le cadre d'**essais thérapeutiques***.

Le médecin propose un traitement adapté à la situation de la patiente. Le choix de la méthode dépend de son âge, de son avis, de son état hormonal (ménopause ou non), ainsi que des pratiques du médecin et de l'équipe médicale. Les différents types de traitement sont parfois associés : il s'agit d'**options***.

■ **Quelle est la durée d'une hormonothérapie adjuvante ?**

Une hormonothérapie adjuvante est prescrite pour 5 ans.

Le tamoxifène et la suppression ovarienne sont utilisés seuls ou associés entre eux.

Les antiaromatases sont toujours prescrites chez la femme ménopausée, seules pendant au moins 5 ans ou alors après 2 ans et demi ou 5 ans d'antiœstrogènes (tamoxifène).

■ **Quels sont les effets secondaires de l'hormonothérapie ?**

• ***Les effets secondaires du tamoxifène***

Ce produit est en général bien toléré. Cependant, quelques **effets secondaires*** apparaissent parfois.

Certains ressemblent aux **symptômes*** de la ménopause, notamment les bouffées de chaleur, présentes une fois sur deux. Le médecin prescrit si nécessaire un traitement non hormonal afin d'atténuer cet effet.

« Il ne faut pas hésiter à parler des effets secondaires du tamoxifène à son médecin, des médicaments peuvent les soulager »

Les différents traitements du cancer du sein

Avant la ménopause, le tamoxifène bloque quelquefois les règles ou les rend irrégulières mais il s'accompagne rarement d'une ménopause précoce. Cette ménopause peut être réversible chez la femme jeune. Il provoque parfois également des **kystes*** de l'ovaire sans gravité.

Après la ménopause, le tamoxifène entraîne très souvent un épaississement de l'intérieur de l'utérus provoquant dans de rares cas, des saignements. Le tamoxifène augmente le risque de cancer de l'endomètre (muqueuse de l'utérus). Ce risque est toutefois faible.

Le bénéfice du tamoxifène est supérieur au risque de développer un cancer de l'endomètre.

Il est parfois responsable du développement d'une tumeur sans gravité de l'utérus, d'un fibrome et d'une **endométriose*** qui existait avant la ménopause.

Quel que soit l'âge, le tamoxifène provoque parfois une chute de cheveux (jamais importante), des pertes vaginales et, plus rarement, des douleurs articulaires et une prise de poids.

Il est conseillé d'effectuer une surveillance gynécologique régulière et de réaliser un **bilan*** en cas de saignements inhabituels. Généralement, les examens effectués sont rassurants : ces saignements sont le plus souvent liés à une autre cause sans gravité.

Dans de rares cas, le tamoxifène entraîne :

- des **phlébites** : un caillot de sang se forme et obture une veine ;
- des **inflammations*** du foie ;
- des **complications*** oculaires, notamment des cataractes et altération de la rétine (rétinopathie).

Ces risques sont le plus souvent minimes par rapport aux bénéfices du traitement par tamoxifène en cas de cancer du sein non métastatique.

• **Les effets secondaires des antiaromatases**

Les antiaromatases entraînent peu d'**effets secondaires***. On observe des bouffées de chaleur comme avec le tamoxifène, une sécheresse vaginale est parfois signalée. Des douleurs articulaires sont souvent signalées, essentiellement à type de déverrouillage au matin ainsi qu'au niveau des mains. Une modification de la muqueuse utérine et les formations de caillots dans les **vaisseaux sanguins*** (thrombose) sont également moins fréquentes.

Il existe à l'inverse un risque important de décalcification osseuse, voire d'ostéoporose (fragilité des os). Un examen évalue la perte d'os : il s'agit de l'ostéodensitométrie. Cet examen est presque systématiquement réalisé en cas de traitement **adjuvant*** avec des antiaromatases. En fonction des résultats, le médecin conseille d'augmenter la consommation quotidienne de calcium et de vitamine D. Des études sont en cours pour savoir si des médicaments de la classe des bisphosphonates sont capables de prévenir la perte osseuse ; en cas d'ostéoporose avérée, ils doivent être prescrits tant que les antiaromatases sont administrées.

Des patientes décrivent une perte légère des cheveux.

• *Les effets secondaires de la suppression ovarienne*

Les **effets secondaires*** de la suppression ovarienne sont directement liés à la baisse des œstrogènes. Ce sont les mêmes effets que ceux de la ménopause

Des bouffées de chaleur accompagnées de sueurs ainsi que des douleurs articulaires au repos sont fréquentes, mais disparaissent parfois au bout de quelques mois. Une fragilité des os (ostéoporose) peut survenir. Ce risque est plus important chez les patientes dont la suppression de l'activité ovarienne a été précoce.

Quel que soit le type d'hormonothérapie, certaines patientes ressentent une fatigue pendant et après ce traitement.

■ **Une grossesse est-elle envisageable pendant une hormonothérapie ?**

Malgré les perturbations du cycle menstruel, une grossesse peut survenir. Toutefois, elle est contre-indiquée pendant une hormonothérapie. En effet, certains médicaments entraînent des malformations du fœtus. Les médecins conseillent d'attendre un certain temps après la fin du traitement avant d'envisager une grossesse. Ce temps d'attente varie en fonction du type de cancer.

Pendant une hormonothérapie, le couple doit envisager un moyen de contraception. Le médecin le conseille sur les différentes possibilités.

Si la patiente est enceinte lorsque le cancer est diagnostiqué, elle doit systématiquement en informer le médecin avant de commencer tout traitement.

Les différents traitements du cancer du sein

■ Est-il possible de poursuivre le traitement de la ménopause ?

Si une femme ménopausée prend un traitement hormonal substitutif, le médecin lui demande d'arrêter son traitement de la [ménopause*](#). En effet, les traitements à base d'œstrogènes sont actuellement contre-indiqués en cas d'antécédents de cancer du sein.

Si une femme prend la pilule, le médecin lui demande de l'arrêter. En effet, les traitements à base d'œstrogènes sont actuellement contre-indiqués en cas d'antécédents de cancer du sein.

Pour des informations complémentaires notamment concernant la fatigue pendant et après les traitements, voir le guide SOR SAVOIR PATIENT *Fatigue et cancer*.

À retenir

L'hormonothérapie est un traitement qui agit dans l'ensemble du corps. Elle a pour but d'empêcher l'action de certaines hormones sur les cellules cancéreuses.

Tous les cancers ne réagissent pas à une hormonothérapie. Ce traitement n'est donc pas proposé à toutes les femmes.

Il existe trois types d'hormonothérapie : les antiœstrogènes, les antiaromatases et la suppression ovarienne.

Certains effets secondaires d'une hormonothérapie sont semblables à ceux de la ménopause.

N'hésitez pas à dialoguer avec votre médecin. Il est important de poser toutes les questions qui vous préoccupent. D'anciennes patientes suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



Questions à poser

La surveillance après le traitement

Pourquoi surveiller ?	71
En quoi consiste la surveillance après le traitement ?	72
La surveillance comprend-elle des examens réguliers ?	74
À quel rythme surveiller ?	75

Pourquoi surveiller ?

Les traitements du cancer du sein ont pour buts de soigner le cancer et de réduire le risque de **récidives*** locales ou à distance (**métastases***).

Le risque de récurrence est très variable et étroitement lié au **stade d'évolution*** du cancer au moment de son **diagnostic***. La plupart des récurrences du cancer du sein surviennent dans les 5 ans qui suivent le traitement. Parfois, ces récurrences sont beaucoup plus tardives. **Cependant, ces récurrences ne sont pas systématiques.** En effet, **dans la plupart des cas, le cancer ne revient jamais.**

Le rôle de la surveillance est de :

- détecter des **signes*** de récurrences de la maladie, ce qui permet de mettre en place un traitement adapté. La surveillance doit être régulière et prolongée ;
- évaluer les résultats du traitement notamment au niveau esthétique ;
- prévenir et traiter d'éventuels **effets secondaires***. Les effets secondaires dépendent des traitements reçus, des doses administrées et de la façon dont la femme a réagi à la maladie et aux traitements. Ils n'apparaissent pas systématiquement ;
- évaluer la qualité de vie de la patiente, notamment en fonction des traitements reçus. Chaque patiente réagit différemment

La surveillance après le traitement

en fonction de sa personnalité, de ses conditions de vie, de sa maladie, des traitements et des effets secondaires. La fatigue a un impact important sur la qualité de vie. Elle est liée au traitement ou à une réaction dépressive. La fatigue et la douleur doivent toujours être prises en compte par le médecin ;

- accompagner la personne pour se réinsérer. La **réinsertion*** vise à aider la patiente à retrouver l'équilibre psychologique, affectif et professionnel qu'elle avait avant la maladie ;
- rassurer la patiente et répondre à ses questions. Le médecin est à l'écoute de la patiente. Si elle le souhaite, il met la patiente en contact avec des professionnels (infirmières, assistantes sociales, masseurs-kinésithérapeutes, psychiatres ou psychologues, sexologues, etc.) ou des associations d'anciens malades. Ces professionnels et associations aident la patiente à reprendre une vie quotidienne la plus normale possible (voir « *Les professionnels au service du patient* »).

« Pour ma famille et moi, la surveillance nous rassure même si l'attente des résultats est stressante »

En quoi consiste la surveillance après le traitement ?

La surveillance consiste à consulter le médecin à un rythme déterminé. Les consultations comprennent un interrogatoire, suivi d'un examen physique.

L'interrogatoire a pour but de rechercher des **symptômes*** qui font craindre une **récidive*** du cancer du sein et de prendre en charge les effets secondaires éventuels des traitements. Il est très important, surtout si ces signes persistent, que la patiente exprime et décrive tout ce qu'elle ressent d'anormal ou d'inhabituel.

Ces signes ou symptômes peuvent être :

- l'apparition récente de **ganglions*** palpables ou visibles ou encore de modifications du sein traité et de la cicatrice ;
- des symptômes généraux (fatigue générale et inexpliquée, perte de poids en dehors de tout régime amaigrissant) ;
- des symptômes osseux (douleurs plus ou moins précises, de plus

en plus fortes, surtout la nuit) ;

- des symptômes respiratoires (essoufflement récent, toux d'irritation, douleurs dans la poitrine, crachats avec présence de sang) ;
- des symptômes digestifs (perte d'appétit, nausées ou dégoût pour certains aliments, démangeaisons) ;
- des symptômes neurologiques (maux de tête, vertiges, troubles de la vision).

Si certains de ces symptômes apparaissent et persistent, il est important de les signaler rapidement au médecin sans attendre le rendez-vous suivant programmé.

« J'ai pris l'habitude de signaler à mon médecin tout ce que je trouve anormal »

S'il faut absolument signaler ces symptômes, ils ne sont pas pour autant le signe d'une récurrence du cancer. Ils peuvent être simplement liés à une autre maladie tout à fait **bénigne*** (grippe, arthrose ou simple rhume). S'ils disparaissent au bout de quelques jours, il est peu probable qu'ils soient liés au cancer.

L'examen physique permet de surveiller :

- le sein ou la paroi thoracique traités ;
- l'autre sein ;
- les ganglions ;
- les organes éloignés du sein, comme le foie, les poumons et l'ensemble du squelette.

Lors de la consultation, le médecin donne des conseils sur l'hygiène de vie, l'alimentation, la sexualité et la contraception. Ces conseils adaptés doivent aider la patiente à retrouver le plus rapidement possible un équilibre de vie. Pendant la surveillance, un soutien psychologique peut être nécessaire.

La surveillance après le traitement

La surveillance comprend-elle des examens réguliers ?

■ La surveillance du sein traité

Chez les femmes ayant été traitées par une **chirurgie conservatrice***, une **mammographie*** annuelle est indispensable en plus de la consultation chez le médecin. Cette mammographie permet de détecter une éventuelle récurrence du cancer dans le sein qui a été malade. Elle offre la possibilité de mettre en place rapidement un traitement si nécessaire. Elle est associée à une **échographie*** si le radiologue le juge nécessaire.

■ La surveillance du sein non malade

Chez toutes les femmes traitées pour un cancer du sein, une mammographie est recommandée pour dépister l'apparition d'un autre cancer dans le deuxième sein.

■ La surveillance générale de la patiente en rémission complète

L'interrogatoire et l'examen physique sont les deux seuls examens standards qui permettent la surveillance générale d'une patiente en **rémission***. En l'absence de **symptômes***, aucun autre examen n'est nécessaire.

En cas de symptômes ou de signes anormaux décrits par la patiente ou mis en évidence lors de l'examen physique, le médecin peut juger nécessaire de prescrire des examens supplémentaires :

- une **scintigraphie osseuse*** ;
- une échographie du foie ;
- un dosage des marqueurs tumoraux. Un marqueur tumoral est une substance sécrétée par les cellules d'une **tumeur*** cancéreuse. On peut la repérer lors de l'analyse d'une simple prise de sang. Le dosage des marqueurs tumoraux donne des indications sur l'évolution de la maladie ;
- une numération formule sanguine (NFS). La NFS est un examen qui, à la suite d'une prise de sang, vise à compter les différents

composants du sang (globules rouges, globules blancs, plaquettes) afin de déterminer si leur nombre est suffisant ;

- un **bilan*** biologique du foie ou une vitesse de sédimentation (VS) en cas de suspicion de récurrence.

En l'absence de symptôme ou d'anomalie lors de l'examen physique, les spécialistes ne recommandent pas de réaliser systématiquement d'autres examens. Ces examens provoquent des angoisses inutiles. Il est donc fondamental de ne pas les multiplier sans raison.

La patiente peut être surveillée par le médecin généraliste, l'oncologue médical ou radiothérapeute, le chirurgien ou le gynécologue. La patiente a le choix du médecin chargé de la surveillance de son cancer du sein.

À quel rythme surveiller ?

Chez toutes les femmes traitées pour un cancer du sein, les médecins généralistes et spécialistes du cancer du sein recommandent une surveillance régulière. Le rythme de surveillance du sein non malade est identique à celui du sein traité.

Chez les femmes ayant été traitées par une chirurgie conservatrice, un **examen clinique*** du sein traité doit être réalisé 3 à 4 mois après la radiothérapie. L'examen clinique est ensuite renouvelé tous les 6 mois pendant 5 ans, puis tous les ans. Une mammographie doit être effectuée 6 mois après la radiothérapie, puis tous les ans. La surveillance doit être poursuivie au-delà de 10 ans.

Chez les femmes ayant été traitées par mastectomie*, les études scientifiques n'ont pas encore établi parfaitement le meilleur rythme de surveillance. Les experts se sont mis d'accord pour établir un modèle de surveillance le plus approprié et le moins contraignant possible pour chaque patiente.

Dans certains établissements de soins, un calendrier de surveillance est défini avec la patiente à la fin du traitement. Le nom du médecin qui la suivra est noté et chaque date de consultation est programmée. Le médecin traitant comme le gynécologue sont invités à participer au suivi de la patiente. Les informations recueillies par le médecin doivent être transmises à l'établissement dans lequel la patiente a été traitée pour suivi et évaluation

À retenir

Après un traitement du cancer du sein, il est nécessaire d'effectuer une surveillance régulière afin de détecter les signes d'une éventuelle récurrence et de prendre en charge les effets secondaires des différents traitements qui auraient pu se manifester.

Une consultation et une mammographie périodiques sont suffisantes. D'autres examens sont prescrits en complément si nécessaire. La surveillance est adaptée à chaque patiente.

N'hésitez pas à dialoguer avec votre médecin. Il est important de poser toutes les questions qui vous préoccupent. D'anciennes patientes suggèrent d'écrire à l'avance une liste de questions, ce qui permet de ne pas les oublier au moment de la consultation.



Questions à poser

Les professionnels au service de la patiente

Au cours de sa maladie, la patiente et ses proches vont rencontrer de nombreux professionnels. Pour mieux les connaître, cette fiche explique en quoi consiste leur activité.

L'**anatomopathologiste**, ou **pathologiste**, est un médecin spécialiste qui examine au microscope des **cellules*** et des **tissus*** prélevés sur la patiente. Son rôle est déterminant dans le **diagnostic*** et l'orientation du choix des traitements lors de la concertation multidisciplinaire.

L'**anesthésiste-réanimateur** est un médecin spécialiste chargé du suivi de la patiente avant, pendant et après une intervention chirurgicale. C'est lui qui endort la patiente, la surveille, assiste son réveil et prend en charge la douleur après l'opération.

Le **cancérologue**, ou oncologue, est un médecin spécialiste du cancer. Ce peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de **chimiothérapie*** (oncologue médical) ou de **radiothérapie*** (oncologue radiothérapeute).

Le **chimiothérapeute** est un médecin qui traite les cancers à l'aide de médicaments. Il existe trois types de médicaments possibles : la **chimiothérapie*** (par des substances naturelles ou de synthèse), l'**hormonothérapie*** (par des hormones) ou l'**immunothérapie*** (par la stimulation des défenses immunitaires de l'organisme). On parle aussi d'oncologue médical.

Le **chirurgien** est un médecin qui pratique des opérations pour diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur, des tissus ou des organes atteints, assurer le fonctionnement correct d'un organe, remédier à certaines **complications*** ou effectuer des réparations (chirurgie plastique). Certains médecins spécialistes (gastroentérologue, gynécologue, pédiatre...) sont aussi chirurgiens.

Le **gynécologue** est un médecin spécialiste de l'appareil génital de la femme.

L'**infirmier** diplômé d'État (IDE) est chargé des soins aux personnes malades, de leur surveillance et de l'administration

Les professionnels au service de la patiente

des traitements prescrits par le médecin. L'infirmier exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral. Le cadre de santé (ou surveillant) est un infirmier responsable de la coordination d'un service à l'hôpital. Il joue un rôle important de communication entre l'équipe soignante et la patiente.

Le **manipulateur de radiologie** est un technicien responsable du maniement des appareils de **radiologie***. Il est spécialement formé en imagerie médicale. Il assiste le radiologue lors des examens d'**imagerie***.

Le **manipulateur de radiothérapie** est un technicien responsable du maniement des appareils de **radiothérapie***. Il est également chargé de veiller au bon déroulement de la séance de radiothérapie en collaboration avec le physicien. Il s'occupe de la patiente en salle de traitement, l'aide à s'installer et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que la patiente ne présente pas de réactions anormales.

L'**oncologue** est un médecin cancérologue plus particulièrement spécialisé dans les traitements du cancer par chimiothérapie ou radiothérapie. On parle d'oncologue médical (chimiothérapeute) ou d'oncologue radiothérapeute (radiothérapeute).

Le **physicien** est spécialiste du fonctionnement et du contrôle des appareils de **radiothérapie***, de **radiologie*** et de **médecine nucléaire***. Lors d'une radiothérapie, il choisit en concertation avec le radiothérapeute les modalités précises du traitement, notamment la durée et la répartition des doses de manière à bien traiter la tumeur et à protéger les organes voisins, et il détermine la durée de chaque séance. On parle aussi de radiophysicien ou de physicien médical.

Le **radiologue** est un médecin spécialiste qui réalise et interprète des images de parties du corps ou d'organes lors des examens radiologiques (ou examens d'imagerie) qui contribuent au diagnostic. Il existe différents examens radiologiques : **radiographie***, **échographie***, **scanner***, **IRM*** (Imagerie par Résonance Magnétique).

Le **radiothérapeute** est un médecin spécialiste du traitement des cancers par radiothérapie. Certains radiothérapeutes sont spécialisés en curiethérapie. On parle aussi d'**oncologue radiothérapeute**.

Le **sénologue** est un médecin spécialisé dans la prise en charge des maladies du sein.

Fiches d'informations complémentaires

Fiche 1 Les prélèvements mammaires **81**

Fiche 2 Les complications du curage axillaire **89**

Fiche 3 La reconstruction du sein **91**

Les prélèvements mammaires (ponction, biopsie)

Qu'est-ce qu'un prélèvement ?	81
Pourquoi fait-on des prélèvements ?	82
Quels sont les types de prélèvements les plus souvent effectués pour un cancer du sein ?	82
Quelles sont les différentes techniques de prélèvements ?	82
Quel est l'objectif de l'examen au microscope ?	87

Qu'est-ce qu'un prélèvement ?

Un prélèvement consiste à enlever des **cellules*** (cytoponction) ou un fragment de **tissu*** dans l'anomalie du sein (**biopsie***). En cas de biopsie, ce prélèvement est réalisé soit par un radiologue soit par un chirurgien au bloc opératoire. Le prélèvement est ensuite analysé au **microscope***. Ces prélèvements n'aggravent pas un éventuel cancer et ne provoquent pas son évolution.



L'examen au microscope

Les prélèvements mammaires (ponction, biopsie)

Pourquoi fait-on des prélèvements ?

Un prélèvement permet de faire un **examen anatomopathologique***, c'est-à-dire d'analyser au microscope les cellules ou les tissus prélevés. Cet examen, réalisé par un médecin anatomopathologiste (pathologiste), permet de déterminer si l'anomalie est cancéreuse ou non. C'est un élément indispensable au diagnostic.

Quels sont les types de prélèvements les plus souvent effectués pour un cancer du sein ?

Deux types de prélèvements sont effectués dans le cas d'un cancer du sein : une ponction cytologique et une biopsie.

Une ponction cytologique consiste à prélever des **cellules*** dans la lésion mammaire. Les cellules sont aspirées à l'aide d'une seringue et d'une aiguille fine. Elles sont ensuite analysées au microscope (c'est un examen cytopathologique).

Une biopsie consiste à prélever sous **anesthésie*** locale un fragment de **tissu*** dans la lésion mammaire à l'aide d'une aiguille adaptée. Les éléments de tissus prélevés font environ 1 à 2 millimètres de diamètre. Ils sont ensuite examinés au **microscope*** (c'est un examen histopathologique).

Quelles sont les différentes techniques de prélèvements ?

En fonction des résultats de l'examen clinique et des examens d'imagerie (**mammographie***, **échographie***), le médecin demande un prélèvement au niveau de l'anomalie dans le sein. La technique de prélèvement utilisée dépend des caractéristiques de l'anomalie (boule palpable, écoulement par le mamelon, anomalie visible sur la mammographie ou l'échographie).

On distingue les prélèvements non chirurgicaux appelés prélèvements percutanés, c'est-à-dire qu'ils s'effectuent à travers la peau et les prélèvements chirurgicaux (appelés **biopsies*** chirurgicales).

Selon la technique utilisée, le prélèvement nécessite ou non une anesthésie générale. Si la patiente doit subir une anesthésie générale,

une consultation pré-anesthésique est obligatoire 8 à 10 jours avant l'intervention.

■ Les prélèvements percutanés

Un prélèvement percutané consiste à prélever à travers la peau des **cellules*** ou des fragments de **tissus*** dans la lésion découverte dans le sein. Lorsque la lésion est palpable et de taille suffisante, le prélèvement est effectué sans aide d'examens radiologiques. Quand la lésion mammaire n'est pas palpable et qu'elle est découverte par les examens radiologiques, le médecin radiologue effectue ce prélèvement en s'aidant d'examens d'imagerie (mammographie, échographie).

Les prélèvements percutanés ne nécessitent ni anesthésie générale, ni hospitalisation. Ils sont réalisés le plus souvent dans l'établissement choisi par la patiente. Cependant, pour certains types de prélèvements effectués par le radiologue en même temps qu'une mammographie ou une échographie, il faut que l'établissement soit équipé d'un matériel spécial auquel l'équipe médicale doit être formée.

On distingue trois techniques différentes de prélèvements percutanés. Leur choix dépend de la situation clinique et du type d'anomalie.

• *La ponction à l'aiguille fine ou ponction cytologique*

Une ponction cytologique permet de prélever des cellules dans la lésion mammaire à l'aide d'une aiguille fine. Les cellules prélevées sont alors examinées au microscope. Plus rarement, lorsque la lésion dans le sein évoque un cancer, cette ponction est également effectuée dans des **ganglions*** de l'aisselle.

Peu douloureuse et rapide, cette technique ne nécessite pas d'**anesthésie*** locale ;

- le matériel est le même que pour une injection sous la peau réalisée lors d'un vaccin ;
- elle est effectuée par le gynécologue, le radiologue ou le chirurgien.

La ponction cytologique permet seulement de prélever des cellules et non des tissus. En général, elle n'est pas suffisante pour établir le **diagnostic*** ; il est alors nécessaire de réaliser une biopsie (microbiopsie, macrobiopsie ou prélèvement chirurgical) qui permet de prélever des fragments de tissu dans la lésion mammaire.

Les prélèvements mammaires (ponction, biopsie)

• Les microbiopsies

Une microbiopsie est une autre technique de prélèvement qui permet de prélever à l'aide d'une aiguille adaptée des fragments de tissus dans la lésion à travers la peau. Les tissus prélevés sont alors analysés au microscope.

Si l'anomalie n'est pas bien visible à l'échographie, le médecin s'oriente grâce à la mammographie (c'est ce qu'on appelle une microbiopsie sous stéréotaxie). Un appareillage spécifique est nécessaire pour réaliser la stéréotaxie. Tous les centres de **radiologie*** n'en sont pas équipés.

Les microbiopsies se font à l'aide d'une aiguille actionnée par un appareillage automatique (un pistolet). Leur introduction à travers la peau nécessite une petite incision (3 à 5 millimètres). C'est pourquoi, ce type de prélèvement se fait sous **anesthésie*** locale ;

- les prélèvements sont réalisés à l'aide d'aiguilles plus grosses que celles utilisées pour les ponctions cytologiques. Ces aiguilles sont maniées à l'aide de « pistolets » ;
- cette technique n'est pas douloureuse grâce à une anesthésie locale. Quand la microbiopsie est réalisée sous stéréotaxie, elle est parfois désagréable du fait de la compression du sein nécessaire à la mammographie.
- l'examen dure 20 minutes en moyenne ;
- un simple pansement compressif ou de la glace (qui ne doit pas être en contact direct avec la peau) permettent ensuite d'éviter un **hématome***.

Si la patiente a eu mal lors d'un précédent prélèvement ou si elle ressent une douleur malgré l'anesthésie, elle ne doit pas hésiter à en parler. L'équipe médicale soulage la douleur en augmentant la dose de produits **anesthésiants*** ou par d'autres moyens simples.

L'aspirine, les anti-inflammatoires et les traitements **anticoagulants*** favorisent les saignements. C'est la raison pour laquelle la patiente doit toujours informer son médecin de tout traitement en cours (y compris des antibiotiques pris lors de soins dentaires). Il lui indiquera s'il est nécessaire d'arrêter ce traitement et, le cas échéant, combien de temps avant l'examen.

• *Les macrobiopsies*

Une macrobiopsie est une technique de prélèvement qui utilise une aiguille plus grosse et un dispositif spécial permettant de prélever des fragments de tissus plus volumineux que ceux obtenus par microbiopsie. Cette technique est utilisée quand l'anomalie n'est pas palpable et n'est visible que sur des mammographies (le plus souvent pour des [microcalcifications*](#)).

Si la patiente a eu mal lors d'un précédent prélèvement ou si elle ressent une douleur malgré l'anesthésie, elle ne doit pas hésiter à en parler. L'équipe médicale soulage la douleur en augmentant la dose de produits [anesthésiants*](#) ou par d'autres moyens simples.

Une macrobiopsie nécessite une petite incision de la peau (5 à 10 millimètres) réalisée sous anesthésie locale. Cette technique n'est donc pas douloureuse. Elle ne nécessite pas d'hospitalisation.

- Elle est effectuée par un radiologue.
- Elle est généralement réalisée sous stéréotaxie, c'est-à-dire pendant une mammographie, et elle est parfois désagréable du fait de la compression du sein et de la position sur la table d'examen. Plus rarement, elle se fait sous échographie.
- L'examen dure 30 minutes en moyenne.
- Les suites de la macrobiopsie (pansement compressif ou glace) et les consignes vis-à-vis de l'aspirine, des anti-inflammatoires et des traitements anticoagulants sont exactement les mêmes que pour les microbiopsies.

Après la macrobiopsie, la patiente peut retourner chez elle.

Les microbiopsies et macrobiopsies sont des techniques de diagnostic : ce ne sont pas des traitements. S'il s'agit d'un cancer, elles ne permettent pas de l'enlever comme le ferait une biopsie chirurgicale : elles ne remplacent donc pas la chirurgie en cas de cancer. En revanche, elles permettent d'éviter une biopsie chirurgicale quand elles apportent la preuve que la lésion n'est pas un cancer.

■ Les prélèvements chirurgicaux

Dans certaines situations, il est nécessaire de réaliser un prélèvement chirurgical, appelé biopsie chirurgicale. Ce prélèvement consiste

Les prélèvements mammaires (ponction, biopsie)

généralement à enlever l'anomalie trouvée dans le sein, puis à l'analyser au microscope.

La biopsie chirurgicale diagnostique consiste à prélever sous **anesthésie*** générale des tissus repérés par le médecin soit par la palpation, soit sur les examens radiologiques. Généralement, la biopsie chirurgicale nécessite une hospitalisation durant 3 ou 4 jours.

Parfois, on propose à la patiente une chirurgie dite ambulatoire c'est-à-dire en étant hospitalisée une seule journée. Tout dépend de l'organisation de la structure de soins où se rend la patiente.

La consultation pré-anesthésique est obligatoire avant tout acte chirurgical nécessitant une anesthésie générale. Le médecin anesthésiste interroge la patiente sur ses **antécédents*** médicaux et chirurgicaux. Il est important qu'elle lui signale tout problème de santé, en particulier allergies (asthme, eczéma, rhume des foins, etc.), problèmes cardiaques (hypertension par exemple), prise de médicament, etc. Cette consultation comporte également une prise de sang, un **électrocardiogramme*** et éventuellement une **radiographie*** des poumons.

Parfois, l'anomalie visible sur la mammographie ou l'échographie n'est pas palpable lors de l'examen **clinique***. Si tel est le cas, une nouvelle mammographie ou une échographie sont nécessaires pour repérer l'anomalie avant le prélèvement chirurgical : l'imagerie indique au chirurgien la situation précise de l'anomalie dans le sein et son étendue. Ce repérage radiologique est indispensable au chirurgien. Il le guide lors du prélèvement et facilite l'**exérèse*** de toute la zone anormale.

Le repérage de la tumeur est le plus souvent réalisé à l'aide d'une aiguille. L'aiguille est mise en place lors de la mammographie (parfois sous stéréotaxie) ou de l'échographie. Cette aiguille permet d'installer un fil métallique recourbé très fin (que les médecins appellent harpon ou hameçon) dont l'extrémité se situe au contact de la lésion et indique au chirurgien la situation exacte de l'anomalie. La partie extérieure du fil métallique souple est fixée sur la peau par un adhésif stérile (c'est-à-dire sans microbe). Cette mise en place se fait parfois sous anesthésie locale. Elle n'est donc pas douloureuse. La patiente peut se laver, s'habiller et bouger normalement. Si l'intervention a lieu le matin, le fil peut être installé la veille.

Lorsque le chirurgien a effectué la biopsie, il fait examiner l'anomalie immédiatement au microscope par l'anatomopathologiste

(voir « *Les professionnels au service du patient* »). C'est ce qu'on appelle un **examen extemporané***. Les résultats de cet examen, reçus au cours de l'opération, permettent de dire s'il s'agit ou non d'un cancer. En fonction des résultats, le chirurgien adapte le type de chirurgie (voir « *La chirurgie* »).

Si la patiente a eu mal lors d'un précédent prélèvement ou si elle ressent une douleur malgré l'anesthésie, elle ne doit pas hésiter à en parler. L'équipe médicale soulage la douleur en augmentant la dose de produits **anesthésiants*** ou par d'autres moyens simples.

Avant toute biopsie chirurgicale, le chirurgien informe systématiquement la patiente de la nécessité d'adapter la chirurgie en fonction des résultats de l'examen extemporané. C'est uniquement après avoir obtenu l'accord de la patiente que le chirurgien réalise l'opération.

L'examen extemporané ne remplace pas l'examen anatomopathologique définitif systématiquement réalisé après l'opération. Parfois, les résultats de l'examen anatomopathologique définitifs rendent nécessaire une nouvelle opération.

Quel est l'objectif de l'examen au microscope ?

L'examen au microscope a pour but d'observer des cellules isolées (**cytologie***) ou des fragments de **tissus*** (**histologie***) prélevés au niveau de l'anomalie.

Très souvent, un examen cytopathologique (examen des cellules) ne permet pas de définir s'il s'agit d'un cancer. **Seul un examen histopathologique (examen des tissus) conclut de façon définitive s'il s'agit ou non d'un cancer : c'est lui qui en apporte la preuve formelle.**

En fonction de l'anomalie et des examens réalisés, le compte rendu de l'examen au **microscope*** mentionne :

- le type d'anomalie dont il s'agit (si celle-ci est cancéreuse ou non) ;
- s'il s'agit d'une tumeur cancéreuse, son type et son **grade*** ;
- si les **ganglions*** prélevés sont envahis ou non par le cancer.

L'examen anatomopathologique nécessite quelques jours (2 à 10 jours)

Les prélèvements mammaires (ponction, biopsie)

entre l'envoi du prélèvement au laboratoire qui va l'analyser, l'examen des [tissus*](#) et la rédaction du compte rendu. Ce délai augmente s'il est nécessaire de compléter l'examen de base par des études supplémentaires pour affiner le diagnostic.

Il n'est pas possible d'obtenir les résultats de l'examen anatomopathologique directement par le cabinet d'[anatomopathologie*](#). Celui-ci communique toujours les résultats au médecin qui a demandé cet examen. C'est lui qui informe la patiente des résultats.

Si l'examen histopathologique a confirmé le diagnostic de cancer du sein, le médecin demande systématiquement une recherche des [récepteurs hormonaux*](#). Les récepteurs hormonaux détectent et captent les hormones dans la circulation sanguine. Toutes les cellules ne possèdent pas de récepteurs hormonaux. La recherche de ces récepteurs s'effectue sur des fragments de tissus prélevés sur la tumeur. Cette recherche guide le médecin dans la décision de proposer ou non une [hormonothérapie*](#) (voir « *L'hormonothérapie* »).

Pour des informations complémentaires, voir les fiches SOR SAVOIR PATIENT *Comprendre la biopsie stéréotaxique* et *Comprendre le repérage mammaire*.

Les complications du curage axillaire

Les complications précoces

89

Les complications tardives du curage axillaire

90

Les complications liées au curage des **ganglions*** apparaissent rapidement après la chirurgie ou plus tardivement.

Les complications précoces

Les complications précoces du curage axillaire les plus courantes sont :

- Des problèmes **lymphatiques***. Le curage axillaire peut provoquer une accumulation de **lymphe*** sous la peau. Il arrive également que certains canaux lymphatiques soient sectionnés. Cette section provoque un écoulement de lymphe qui peut persister (lymphocèle). Un **drain*** ou des ponctions répétées permettent d'évacuer la lymphe dans les jours ou dans les semaines qui suivent l'opération.
- Des troubles de la sensibilité de la face interne du bras. Lors de l'opération, le nerf perforant, responsable de la sensibilité de la face interne du bras, est parfois sectionné, ce qui entraîne une diminution de la sensibilité du bras. Celle-ci revient en partie en 6 à 12 mois. Très rarement, la section de ce nerf entraîne un névrome (il s'agit une tumeur constituée de fibres nerveuses, non cancéreuse mais très douloureuse et invalidante).
- Des douleurs ou une raideur de l'épaule. Les patientes opérées d'un cancer du sein ressentent fréquemment des douleurs au niveau de la cicatrice du sein ou du bras, notamment à l'endroit où les ganglions ont été enlevés lors du curage axillaire. Elles peuvent également ressentir une raideur de l'épaule. Ces complications s'observent parfois dans les jours qui suivent l'intervention, mais le plus souvent dans les semaines suivantes. Il est important de les signaler au plus tôt car une rééducation précoce du bras ou de l'épaule permet de les limiter ou de les faire disparaître.

Les complications du curage axillaire

- Une nécrose cutanée. Lorsque la cicatrice « tiraille » la peau, les points de la suture ont tendance à se désunir, voire à provoquer la destruction des **tissus*** autour de la cicatrice.

Les complications tardives du curage axillaire

Les complications tardives du curage axillaire sont les suivantes :

- Un lymphœdème. Le curage axillaire diminue et ralentit la circulation **lymphatique*** du bras, ce qui entraîne parfois une augmentation de volume du bras, appelée lymphœdème (on parle aussi de « gros bras »). Lorsque la chirurgie est suivie d'une **radiothérapie***, il est courant de voir apparaître un léger gonflement de la paroi thoracique. Il est parfois accompagné d'un lymphœdème du bras du côté du sein opéré. La durée de ce lymphœdème varie en fonction de chaque patiente. Il est possible de réduire le risque de voir apparaître un lymphœdème en respectant quelques mesures de précaution de façon prolongée :
 - éviter de prendre la tension artérielle ou de faire des prises de sang du côté opéré ;
 - porter des gants lors de travaux ménagers ou de jardinage ;
 - désinfecter correctement les blessures éventuelles, même minimales ;
 - éviter de plonger la main dans un liquide très froid ou très chaud ;
 - éviter de porter des choses lourdes.
- Des séquelles fonctionnelles. Une douleur, une raideur de l'épaule, ainsi qu'une diminution de la force musculaire sont fréquentes. Ces **séquelles*** fonctionnelles altèrent parfois la qualité de vie de la patiente et de sa famille et posent des problèmes de **réinsertion*** professionnelle. Plus rarement, le curage axillaire entraîne une inflammation des tissus qui entourent l'articulation de l'épaule ou des douleurs musculaires et neurologiques.

Des informations détaillées sur les complications tardives du curage axillaire sont disponibles dans l'ouvrage *Rééducation et cancer du sein*, publié par les éditions Masson, ainsi que sur le site de la Ligue nationale contre le cancer : www.ligue-cancer.asso.fr.

La reconstruction du sein

La reconstruction du volume du sein 91

La reconstruction de la zone du mamelon et de l'aréole 94

La reconstruction du sein nécessite le plus souvent deux interventions :

- la première opération a pour but de reconstruire le volume du sein ;
- la deuxième opération consiste à refaire la zone du mamelon et de l'aréole et d'harmoniser les deux seins afin d'améliorer le résultat esthétique. Elle a lieu 3 à 6 mois après la première opération.

La reconstruction du volume du sein

■ La reconstruction du volume du sein par prothèse interne

Cette technique nécessite une bonne qualité de peau.

La reconstruction par **prothèse*** interne présente trois avantages :

- l'intervention chirurgicale est simple, la durée d'hospitalisation est courte et peu traumatisante ;
- il n'y a pas de cicatrice supplémentaire : la prothèse est introduite par la cicatrice de la **mastectomie*** ;
- il n'est pas nécessaire de prélever des tissus dans une autre partie du corps.

Mais cette technique rencontre quelques inconvénients :

- l'harmonie entre les deux seins est difficile à obtenir ;
- le matériel de la prothèse peut s'altérer. Le plus souvent, la prothèse devra être changée au bout de quelques années.

L'enveloppe de cette prothèse est en silicone. Son contenu est fait de sérum physiologique ou de gel de silicone, pour les prothèses plus récentes, d'hydrogel. Les prothèses préremplies en silicone ont été

La reconstruction du sein

l'objet d'une vive polémique ces dernières années. Depuis 1995, seules les prothèses homologuées peuvent être implantées. Des complications* sont néanmoins possibles : elles sont précoces ou tardives.

Les complications précoces sont le plus souvent :

- une infection* ;
- un risque de nécrose* de la peau.

Les complications tardives sont le plus souvent :

- une réaction fibreuse autour de la prothèse. Dans certains cas, une coque se forme, celle-ci arrondit le sein, le durcit et le rend douloureux ;
- un suintement* ou une rupture.

Les patientes doivent systématiquement être informées de ces complications éventuelles et bénéficier d'un suivi médical régulier.

Parfois, la prothèse est mise en place après que la peau du thorax et le muscle sous-jacent aient été progressivement distendus. Cette technique dite d'extension tissulaire consiste à placer dans un premier temps une prothèse provisoire. Chaque semaine, cette prothèse provisoire est gonflée doucement à l'aide de sérum physiologique et laissée en place pendant 2 à 3 mois. Puis, la prothèse provisoire est remplacée par une prothèse définitive.



Reconstruction différée par prothèse

■ La reconstruction du volume du sein par lambeaux musculo-cutanés

La technique des lambeaux musculo-cutanés consiste à prélever sur une autre partie du corps, un morceau de peau et de graisse, ainsi qu'une partie du muscle situé en dessous pour le transférer au niveau du sein. Cette technique qui prélève des tissus de la patiente est aussi appelée reconstruction autologue.

Les résultats de cette technique sont souvent satisfaisants d'un point de vue esthétique (forme et consistance du sein plus naturelles). Une prothèse est parfois associée à la reconstruction.

Deux types de lambeaux sont plus couramment utilisés :

- le lambeau de muscle grand dorsal, prélevé dans le dos, assure une reconstruction de bonne qualité. L'inconvénient de cette technique est de créer une cicatrice supplémentaire dans le dos ;
- un autre muscle peut être employé, celui de l'abdomen. Cette technique est basée sur le transfert de la graisse abdominale inférieure. Elle est cependant plus contraignante et plus longue.

Cette reconstruction présente l'avantage de reconstituer un sein plus naturel sans prothèse. Tout comme la prothèse, elle restitue le mieux possible l'identité corporelle et la silhouette féminine. Cependant, l'obtention d'un résultat satisfaisant sur le plan physique et psychologique, nécessite le plus souvent un délai minimum de 12 à 18 mois.



avant



après

Reconstruction immédiate par lambeau du grand dorsal et prothèse



Reconstruction différée par lambeau du grand dorsal et prothèse

La reconstruction du sein

La reconstruction de la zone du mamelon et de l'aréole

Cette reconstruction est réalisée 3 à 6 mois après la première intervention par diverses techniques.

Le tatouage de l'aréole ou la greffe autologue de **tissus*** permettent de reconstruire l'aréole.

Le mamelon est généralement reconstruit par greffe de la moitié du mamelon de l'autre sein.



Reconstruction du mamelon et de l'aréole par tatouage

Des informations complémentaires sur la reconstruction du sein sont disponibles dans la brochure éditée par la Ligue nationale contre le cancer : *Reconstruction du sein après un cancer* (www.ligue-cancer.asso.fr). Cancer info service : 0810810821, Numéro Azur, prix d'un appel local).

Glossaire:

Les mots et leur sens

Ce glossaire explique le vocabulaire médical employé dans ce guide.

Un dictionnaire plus complet sur l'ensemble des cancers figure dans le livre *Les cancers de A à Z*. Ce dictionnaire est disponible sur le site internet de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (www.fnclcc.fr) et chez l'éditeur à l'adresse suivante : Éditions Frison-Roche, 18, rue Dauphine, 75 006 Paris, Tél. 01 40 46 94 91.

* : voir ce mot

A

adénocarcinome : type de cancer qui se développe à partir d'une **glande*** (sein, thyroïde, prostate, etc.) ou du revêtement d'une glande (ovaire). 95 % des cancers du sein sont des adénocarcinomes.

adénopathie : augmentation, douloureuse ou non de la taille d'un **ganglion*** qui devient dur et parfois, enflammé. Une adénopathie peut être provoquée soit par une infection, soit par des cellules cancéreuses qui proviennent d'un organe ou d'un **tissu*** voisin.

adjuvant : se dit d'un traitement qui complète un traitement principal.

Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) : agence qui vise à garantir la sécurité des produits de santé. Créée en 1998, l'agence évalue, contrôle et inspecte les médicaments, les cosmétiques, etc., de leur fabrication à leur commercialisation. C'est

l'Afssaps qui donne l'autorisation de vendre des médicaments.

anatomopathologie : examen au microscope de cellules (examen cytopathologique ou cytologie) ou de **tissus*** (examen histopathologique ou histologie) de l'organisme. On parle aussi d'un examen anatomopathologique. C'est l'histologie qui permet d'établir de façon certaine le **diagnostic*** de cancer.

anesthésiant : produit qui permet d'endormir et de rendre insensible le patient (anesthésie générale) ou une partie du corps (anesthésie locale ou partielle).

anesthésie : acte qui consiste à endormir et rendre insensible un patient (anesthésie générale) ou une partie du corps (anesthésie locale).

antécédent : fait antérieur concernant la santé du

Glossaire: Les mots et leur sens

patient ou de sa famille. On parle d'antécédent chirurgical pour une opération déjà subie. On parle d'antécédent familial lorsqu'il s'agit de l'histoire des maladies de la famille d'un patient. On parle d'antécédent médical pour un traitement déjà subi, en cours ou pour une maladie antérieure (diabète, maladie cardiaque, etc.).

anticoagulant : médicament qui diminue la coagulation du sang, évitant ainsi la formation de caillots dans les vaisseaux sanguins.

anxiété : sentiment de danger imminent face à une situation précise ou non. L'anxiété se traduit par un malaise général, un désarroi, une agitation ou une sensation d'anéantissement. L'anxiété est souvent accompagnée de malaises physiques : gêne respiratoire, mal de ventre, troubles digestifs, etc.

axillaire : situé au niveau d'une aisselle (espace creux situé sous le bras).

B

bénin/bénigne : sans gravité. Une tumeur* bénigne n'est pas un cancer.

bilan : ensemble d'exams médicaux qui évaluent l'état de santé d'une personne à un moment donné.

bilan diagnostique : ensemble d'exams médicaux qui ont pour but de déterminer si le patient a un cancer et si tel est le cas, d'identifier le type de cancer.

biopsie : prélèvement qui consiste à

enlever un petit morceau de tissu* en forme de cylindre au niveau de l'anomalie afin de l'analyser au microscope et d'en identifier la nature. Dans certains cas, la partie du corps où le médecin réalise une biopsie est endormie et insensible (anesthésie locale), dans d'autres, le patient est endormi en entier et insensible (anesthésie générale). Les techniques utilisées pour le prélèvement (endoscopie, chirurgie, ponction...) dépendent de l'endroit où est placée la tumeur* et du type de tissu à analyser. Le fragment de tissu est ensuite examiné par un médecin anatomopathologiste (médecin spécialiste qui examine des cellules et des tissus* au microscope.)

C

cancer : ensemble de cellules anormales qui se multiplient de façon incontrôlée. Elles finissent souvent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.

cellule : élément visible au microscope dont est constitué tout organisme vivant. Plantes et animaux sont composés de cellules très différentes qui se multiplient, meurent et se renouvellent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu. Des cellules cancéreuses sont des cellules qui se sont modifiées et se multiplient de façon incontrôlée.

chimiothérapie/chimio : traitement

qui agit dans l'ensemble du corps (traitement général) à l'aide de médicaments toxiques pour les cellules cancéreuses. Ces médicaments visent à les détruire ou à les empêcher de se multiplier. Les médicaments de chimiothérapie peuvent être administrés par piqûres, perfusions ou parfois, sous forme de comprimés.

chirurgie conservatrice : opération qui ne retire que la tumeur en conservant l'organe sur lequel le cancer s'est développé.

cœlioscopie/céloscopie : examen d'une cavité de l'organisme à l'aide d'un appareil appelé endoscope. Cet appareil permet d'observer l'intérieur du corps.

complication : apparition de nouveaux problèmes au cours d'une maladie, liés à la maladie elle-même ou à ses traitements.

Comité de protection des personnes/ CPP : comité qui se réunit régulièrement dans chaque région afin d'examiner les projets d'**essais thérapeutiques*** et vérifier qu'ils respectent les droits et les intérêts des patients. Le CPP se dénommait auparavant CCPPRB.

consentement éclairé : accord qu'un patient (les parents lorsqu'il s'agit d'un enfant) doit donner au médecin par la signature d'un document écrit avant tout geste thérapeutique important (intervention chirurgicale, etc.) après avoir été informé des complications et des risques éventuels que présente l'intervention. Un consen-

tement éclairé est également recueilli lorsque le patient participe à un **essai thérapeutique***.

curage axillaire : acte qui consiste à enlever une partie ou l'ensemble des ganglions situés sous les aisselles (ganglions axillaires). Le curage axillaire diminue ou ralentit la circulation de la **lymphe*** au niveau de la région du sein opéré et du bras (**lymphœdème***).

cure : traitement médical d'une durée déterminée.

cytologie : technique d'examen qui permet d'observer des cellules au microscope et de rechercher des cellules anormales (des cellules cancéreuses par exemple). On parle aussi d'examen cytopathologique.

D

dépistage : recherche systématique chez une personne en bonne santé apparente, de signes ou de symptômes traduisant une maladie.

dépression : état de profonde tristesse installé dans le temps, accompagné de perte de désir et d'intérêt pour le monde environnant, d'idées noires et parfois de troubles de l'appétit et du sommeil.

diagnostic : démarche qui identifie la maladie à l'origine des signes ou des symptômes ressentis ou observés par le patient.

drain : tuyau souple et fin. Maintenu à la base d'une plaie, il permet

Glossaire :

Les mots et leur sens

d'évacuer le sang ou des sécrétions afin d'éviter une infection.

E

échographie : technique d'examen qui montre des images d'une partie du corps ou de certains organes à l'aide d'ultrasons (vibration non audible par l'oreille humaine) à l'aide d'une sonde reliée à un écran de télévision et à un ordinateur. La sonde envoie des ultrasons qui permettent de regarder l'intérieur du corps à travers la peau. Quand ils rencontrent un changement de tissu, les ultrasons rebondissent, ce qui permet à l'ordinateur de construire des images de l'intérieur du corps. Une échographie du sein s'appelle une échographie mammaire.

éducation thérapeutique : ensemble d'actions proposées aux patients tout au long d'une maladie. Ces actions ont pour but d'aider les patients et leurs proches à mieux comprendre la maladie et ses traitements, de participer aux soins de façon plus active et de favoriser un retour à une vie normale. La notion d'éducation thérapeutique recouvre un large champ qui va de l'aide psychologique et sociale à l'information sur la maladie et ses traitements, en passant par l'organisation et la façon dont les soins se déroulent à l'hôpital.

effet secondaire : les traitements ont pour but de soigner le cancer. Parfois, ils entraînent des conséquences désagréables pour le

patient qu'on appelle effets secondaires. Si les effets secondaires sont fréquents, ils n'apparaissent pas de façon obligatoire ni systématique. Ils dépendent des traitements reçus, des doses administrées, du type de cancer et de la façon dont chacun réagit aux traitements. Il existe deux types d'effets secondaires : les **effets secondaires immédiats*** et les **effets secondaires tardifs***.

effet secondaire immédiat : effet secondaire à court terme (nausées, perte de cheveux, etc.). Temporaire, il disparaît généralement après la fin des traitements.

effet secondaire tardif : effet secondaire à long terme (cicatrice douloureuse, etc.). Un effet secondaire peut persister longtemps après l'arrêt des traitements, parfois jusqu'à la fin de la vie. Il est alors appelé séquelle.

électrocardiogramme/ECG : enregistrement graphique de l'activité électrique qui accompagne la contraction du cœur, ce qui permet d'en visualiser le fonctionnement.

endométriose : tumeur bénigne (sans gravité) qui se développe à partir de l'endomètre (muqueuse de l'utérus) en dehors de l'utérus (sur l'ovaire, le **péritoine***).

essai thérapeutique : étude qui vise à tester et à évaluer de nouveaux traitements afin de les comparer aux traitements habituellement utilisés. Un essai thérapeutique est réalisé pour savoir si un nouveau traitement ou

une nouvelle combinaison de traitements peut apporter un avantage par rapport aux modes de traitements habituellement utilisés (meilleures chances de guérison, diminution des effets secondaires, amélioration de la qualité de vie). Ces essais offrent des informations précieuses sur l'efficacité de nouveaux traitements. Un essai thérapeutique est soumis à l'approbation et au contrôle de conseils scientifiques, du Comité de protection des **personnes*** et des autorités sanitaires (**Afssaps***). Le consentement du patient est obligatoire. Si un nouveau traitement proposé démontre son efficacité, il devient alors le nouveau traitement de référence et est proposé aux autres patients. On parle aussi d'étude clinique.

examen anatomopathologique : examen au microscope de cellules (examen cytopathologique ou cytologie) ou de **tissus*** (examen histopathologique ou histologie) de l'organisme. C'est l'**histologie*** qui permet d'établir de façon certaine le diagnostic de cancer.

examen complémentaire : examen qui permet d'affirmer le diagnostic ou de déterminer si des cellules cancéreuses se sont propagées dans d'autres endroits du corps.

examen clinique : examen pratiqué par un médecin qui, après avoir posé des questions en relation avec la maladie, examine le patient (auscultation, palpation, etc.).

examen d'imagerie : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps ou d'un organe.

examen extemporané : examen au microscope d'un prélèvement au cours d'une opération. Cet examen est réalisé par un médecin spécialiste de l'examen des cellules et des tissus au microscope (un anatomopathologiste). Les résultats de cet examen, immédiatement disponibles, permettent au chirurgien d'adapter le type de chirurgie au cours de l'opération en cours. L'examen extemporané ne permet pas toujours de préciser la nature de la tumeur et ne remplace donc pas l'examen anatomopathologique, systématiquement réalisé après l'opération.

exérèse : acte chirurgical qui consiste à enlever une partie d'un organe ou un organe entier.

F

facteur de risque : élément qui peut favoriser le développement d'un cancer ou une récurrence.

G

ganglion : petit renflement réparti le long des vaisseaux **lymphatiques***. Disposés dans certaines parties du corps, les ganglions sont soit superficiels (dans le cou, l'aisselle, l'aîne), soit profonds (dans l'abdomen, le thorax). Les ganglions jouent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les

Glossaire :

Les mots et leur sens

cellules cancéreuses. Ils mesurent normalement moins d'un centimètre de diamètre. Si leur taille est anormale, on parle d'**adénopathie***.

glande : organe ayant pour fonction de produire une substance particulière. La plupart des glandes sécrètent la substance qu'elles produisent vers l'extérieur. On parle alors de glandes exocrines, comme le sein qui fabrique le lait ou les glandes salivaires qui fabriquent la salive. Certaines glandes produisent des hormones qu'elles sécrètent dans le sang comme les ovaires ou la thyroïde. On parle alors de glandes endocrines.

glande endocrine : organe qui fabrique une substance qu'elle libère dans le sang ou la **lymphe*** (une hormone par exemple).

grade : degré d'agressivité (de malignité) d'une tumeur. L'examen des cellules au microscope permet d'établir le grade. Connaître le grade permet d'adapter le traitement en relation avec les autres caractéristiques de la **tumeur***.

guérison : disparition des signes et des symptômes d'une maladie et retour à une bonne santé. Dans le cas du cancer, on parle de guérison dès lors que toute trace de cancer a disparu après un certain temps.

H

hématome : accumulation de sang sous la peau ou dans une cavité naturelle à la suite d'une rupture des

vaisseaux. Le sang forme un bleu.

histologie : technique d'examen qui analyse au microscope des fragments de tissus prélevés au niveau d'une anomalie. Cet examen permet d'affirmer ou d'éliminer avec certitude le diagnostic de cancer. On parle aussi d'examen histopathologique.

hormone : substance produite par une glande et qui se déverse dans le sang. Les hormones ont des effets spécifiques sur les cellules, contribuant au développement ou au fonctionnement de divers organes. Les hormones les plus importantes dans le cas du cancer du sein sont les œstrogènes et la progestérone.

hormonosensible : se dit d'un cancer dont le développement est sensible aux hormones.

hormonothérapie : traitement général du cancer. Une hormonothérapie consiste à réduire ou à empêcher l'activité ou la production d'une hormone susceptible de stimuler la croissance d'une tumeur cancéreuse.

I

immunothérapie : traitement qui vise à stimuler les défenses de l'organisme contre les cellules cancéreuses.

infection : pénétration et prolifération d'un micro-organisme invisible à l'œil nu (bacille, bactérie, virus), susceptible de provoquer des conséquences sur le plan médical. Une infection généralisée est appelée septicémie.

infiltrant : on parle de cancer infiltrant lorsque les cellules cancéreuses ont envahi les couches de tissus voisines de la tumeur contrairement au cancer *in situ* où les cellules n'ont pas dépassé la membrane basale.

inflammation : réponse de l'organisme à une irritation ou une lésion de **tissus*** (douleur, gonflement, rougeur, chaleur...).

immunothérapie : traitement qui vise à stimuler les défenses de l'organisme contre les cellules cancéreuses.

IRM/Imagerie par Résonance Magnétique : technique d'examen qui permet de créer des images précises des organes ou d'une partie du corps en utilisant les propriétés de l'hydrogène présent dans les molécules d'eau de notre corps. L'appareil contient un aimant très puissant (d'où le terme de magnétique) qui fait réagir les molécules d'hydrogène et permet de les visualiser.

invasif : se dit à propos d'un examen qui risque de léser l'organisme.

K

kinésithérapie : traitement qui utilise les mouvements ou un appareillage à des fins de rééducation.

kyste : anomalie contenant une substance liquide. Il s'agit la plupart du temps d'une anomalie sans gravité (anomalie bénigne).

L

lymphatique : se dit du réseau de petits vaisseaux et de ganglions qui transportent la **lymphe***. Ce réseau forme le système lymphatique.

lymphe : liquide légèrement coloré produit par le corps dans lequel baignent les cellules. La lymphe transporte et évacue les déchets des cellules. Comme le sang, la lymphe circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques.

lymphœdème : gonflement du bras qui peut apparaître à la suite d'un **curage*** des ganglions situés sous l'aisselle, lié au ralentissement de la circulation de la **lymphe***. On parle aussi de « gros bras ».

M

mammographie : technique d'imagerie qui utilise des **rayons X*** en très faible quantité. C'est une radiographie qui permet d'obtenir des images de la structure interne du sein.

mastectomie : opération chirurgicale qui consiste à enlever un sein dans sa totalité pour traiter un cancer du sein. On parle dans ce cas de mastectomie totale. S'il s'agit d'enlever seulement la **tumeur*** ou une partie du sein, on parle de tumorectomie ou de quadrantectomie.

médecine nucléaire : spécialité médicale qui réalise des examens à l'aide de traceurs radioactifs. La **scintigraphie***

Glossaire :

Les mots et leur sens

est un examen de médecine nucléaire d'aide au diagnostic.

ménopause : arrêt définitif du fonctionnement des ovaires entraînant la suppression des règles. La ménopause peut être naturelle ou liée à un traitement (ablation des ovaires, chimiothérapie, radiothérapie).

métastase : tumeur formée par des cellules cancéreuses provenant d'une première tumeur. On parle également de maladie **métastatique***, ou de localisation secondaire du cancer.

métastatique : qui a produit des **métastases***.

microcalcification : petit dépôt minéral (calcaire ou autre). Certaines microcalcifications peuvent correspondre à un cancer. La plupart d'entre elles sont des anomalies bénignes (sans gravité).

microscope : instrument d'optique qui sert à examiner les objets qui ne sont pas visibles à l'œil nu.

N

nécrose : mort de cellules d'un corps vivant.

nodule : formation anormale, généralement arrondie, bénigne (sans gravité) ou maligne (cancéreuse), dans un organe ou à sa surface.

O

oncologie génétique : spécialité médicale qui étudie les facteurs héréditaires pouvant favoriser le

développement de certains cancers.

option : recommandation d'examen ou de traitement. Dans une même situation, les recherches scientifiques n'ont pas identifié d'examen ou de traitement qui présente plus d'avantages que d'autres.

ovaire : **glande*** féminine dans laquelle se développent les cellules reproductrices de la femme (les ovules) et qui produit les hormones féminines (œstrogènes et progestérone).

P

perfusion : injection continue goutte à goutte de médicaments liquides dans les veines (après une opération ou lors d'une chimiothérapie par exemple).

péritoine : double membrane qui tapisse l'intérieur de l'abdomen et recouvre les organes abdominaux tels que l'estomac, le foie, le pancréas, etc.

plan thérapeutique : ensemble de différents traitements réalisés dans un ordre bien défini. Par exemple, une chirurgie peut être suivie d'une chimiothérapie. Le plan thérapeutique entre dans le programme personnalisé de soins (PPS) proposé au patient lors de la consultation d'annonce.

ponction : prélèvement de cellules, de tissus ou de liquide à l'aide d'une aiguille fine, dans une partie du corps. En cas de prélèvement de cellules, on parle de ponction cytologique ; en cas de prélèvement de tissus, on parle de biopsie.

prélèvement : échantillon de l'organisme (sang, tissu...) que l'on prend afin de l'examiner au microscope.

programme personnalisé de soins/PPS : ensemble des traitements, bilan et programmation détaillée à l'aide d'un agenda proposé au patient. Ce programme peut évoluer ou être modifié au cours de la maladie.

pronostic : prévision concernant l'évolution d'une maladie et son issue. Le pronostic se réfère à l'évolution habituellement observée chez de nombreuses autres personnes présentant une maladie identique.

protéine : molécule qui entre dans la composition des êtres vivants.

prothèse : dispositif mis en place pour remplacer un organe ou une articulation que l'on a enlevée (prothèse qui remplace un sein par exemple).

protocole : description précise des conditions et du déroulement d'une étude ou d'un traitement. Un protocole de chimiothérapie a pour but de spécifier les noms et les doses de médicaments, le nombre de cures, etc. Un protocole de radiothérapie spécifie les doses, le nombre de séances, etc.

psychanalyse : méthode d'investigation psychologique, imaginée par Freud, qui consiste à déceler chez une personne des souvenirs, des désirs ou des images qui peuvent provoquer des troubles psychiques.

R

radiographie/radio : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de **rayons X***. Il s'agit d'un examen d'imagerie. Une mammographie est une radiographie du sein.

radiologie : spécialité médicale qui utilise des **rayons X***, des **ultrasons*** ou des techniques basées sur la résonance magnétique pour obtenir des images d'une partie du corps ou des organes (radiographie, échographie, scanner, IRM).

radiothérapie : traitement local du cancer à l'aide d'un appareil qui émet des rayons. Ces rayons, dirigés vers la tumeur, la détruisent. Ce traitement se fait dans un service spécialisé de radiothérapie. On parle aussi de rayons ou de séances de rayons.

rayons X : rayons invisibles plus ou moins arrêtés selon les différents composants du corps qu'ils traversent. Les rayons qui peuvent traverser sont détectés et dessinent des images de l'intérieur du corps. Les rayons X sont également appelés photons X.

récepteur hormonal : molécule qui reconnaît et capte les hormones dans le sang. Certaines cellules cancéreuses possèdent des récepteurs hormonaux. Une recherche des récepteurs hormonaux est réalisée sur un fragment de **tissu*** de la tumeur.

récidive : réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans

Glossaire :

Les mots et leur sens

une autre région du corps. Une récurrence peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de rémission.

recommandation : examen ou traitement préconisé dans une situation donnée, selon les résultats des recherches scientifiques. On distingue deux types de recommandations : les standards, lorsqu'il existe une seule recommandation, et les options, lorsqu'il existe plusieurs recommandations.

reconstruction : opération chirurgicale qui vise à remplacer ou à réparer le sein opéré.

réinsertion : retour à la vie normale dans toutes ses dimensions (physique, psychologique, sexuelle, professionnelle et sociale) après une maladie.

rémission : diminution ou disparition des **signes*** et des **symptômes*** d'une maladie. Dans le cas du cancer, on parle de rémission dès lors que toute trace du cancer a disparu. Au bout d'un certain délai, la rémission devient **guérison***.

réseau : organisation dans un secteur de santé qui permet de coordonner les acteurs de soins autour du patient. Lorsqu'il s'agit de la prise en charge de patients atteints de cancer, on parle de réseau de cancérologie.

réunion de concertation pluridisciplinaire : moment d'échanges périodiques entre professionnels de santé où se discutent les traitements proposés à un patient, l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter

pour le patient et l'analyse des bénéfices et risques qu'il encoure. Ces réunions comprennent au minimum un chirurgien, un oncologue médical et un radiothérapeute. Lors de ces réunions, une proposition de **programme personnalisé de soins*** (PPS) est élaborée pour être présentée et remise à la patiente.

S

scanner : examen qui permet d'obtenir des images du corps à l'aide de **rayons X***. C'est un type de radiographie dont les images sont reconstituées par ordinateur et grâce auxquelles on peut faire une analyse précise de différentes régions du corps. Les radiologues parlent aussi de tomodynamomètre, abrégé en TDM.

scintigraphie osseuse : examen qui montre des images du squelette osseux. Cette technique d'imagerie utilise des produits faiblement radioactifs qui, une fois injectés, se fixent sur les os. Une scintigraphie osseuse permet de repérer une anomalie au niveau des os susceptible d'être une tumeur.

séquelle : complication plus ou moins tardive et durable d'une maladie. Les séquelles peuvent être esthétiques (cicatrice importante après une opération, par exemple) ou affecter le fonctionnement d'un organe.

site implantable : petit boîtier placé sous la peau du **thorax*** et relié à une veine par un petit tuyau (cathéter).

Grâce à une aiguille, on peut injecter un produit à travers la peau dans le sang sans abîmer les veines des bras. On parle aussi de chambre implantable ou de Port-à-Cath® (PAC).

signe : manifestation anormale observée par le patient ou par le médecin.

stade d'évolution : développement du cancer. Un cancer commence par le développement d'une ou plusieurs cellules cancéreuses. Ces cellules se multiplient et forment une tumeur. Quand les cellules cancéreuses restent dans l'organe d'origine, on parle d'évolution ou d'extension locale du cancer. Plus les cellules se multiplient, plus la **tumeur*** grossit. Elle risque alors de laisser échapper des cellules cancéreuses vers d'autres endroits de l'organisme. Si les cellules cancéreuses atteignent des ganglions, on parle d'extension régionale. Lorsqu'on retrouve des cellules cancéreuses dans d'autres organes (foie, os, poumon, etc.), on parle d'extension métastatique.

standard : examen ou traitement pour lequel les résultats sont connus et qui est considéré comme le meilleur examen ou traitement. Un examen ou traitement standard est proposé de façon systématique dans une situation donnée. Il arrive que le médecin ne puisse pas disposer de l'examen ou appliquer le traitement standard du fait de facteurs particuliers liés au patient ou à sa maladie ; le médecin propose alors un ou plusieurs

examens ou traitements mieux adaptés à la situation.

suintement : lent écoulement d'un liquide.

symptôme : manifestation anormale provoquée par la maladie sur l'organisme (gêne, douleur, brûlure, sensation d'étouffement, etc.). Un symptôme est ressenti d'une façon différente d'un patient à l'autre. L'apparition de tout nouveau symptôme doit être signalée au médecin.

T

thorax : partie supérieure du tronc qui contient le cœur et les poumons.

tissu : ensemble de cellules qui ont une même fonction (tissu musculaire ou tissu osseux par exemple).

traitement adjuvant : traitement complémentaire d'un traitement principal.

traitement conservateur : traitement qui permet de conserver l'organe atteint par le cancer et ne fait pas subir de mutilation au patient.

traitement général : traitement qui agit sur la **tumeur*** et sur l'ensemble du corps par voie générale. Une chimiothérapie est un traitement du cancer par voie générale.

traitement local/traitement locorégional : traitement qui consiste à agir directement sur la tumeur ou sur la région où est située la **tumeur***. Le but de ce type de traitement est

Glossaire: Les mots et leur sens

d'éliminer toutes les cellules cancéreuses dans la région de la tumeur. La chirurgie et la radiothérapie sont des traitements locorégionaux du cancer.

tumeur : amas de cellules. Il existe des tumeurs bénignes (sans gravité) et des tumeurs malignes (cancéreuses).

V

vaisseau lymphatique : canal par lequel circule la lymphe et qui relie les ganglions entre eux pour former le système lymphatique.

vaisseau sanguin : canal par lequel circule le sang (artère, veine ou petit vaisseau très fin).

voie générale : voie qui permet d'atteindre l'ensemble du corps.

Les SOR

SAVOIR PATIENT

Le programme SOR SAVOIR PATIENT, « Standards, Options et Recommandations pour le Savoir des Patients », est mené depuis 1998 par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et les vingt Centres de lutte contre le cancer, en collaboration avec la Ligue nationale contre le cancer, la Fédération hospitalière de France, la Fédération nationale de cancérologie des centres hospitaliers régionaux et universitaires, la Fédération française de cancérologie des centres hospitaliers généraux et avec l'Institut national du Cancer.

Ce programme vise à :

- mettre à la disposition des personnes malades une information médicale validée, compréhensible et régulièrement actualisée sur le cancer ;
- mieux leur faire comprendre les différents aspects de la maladie et ses répercussions, tant sur le plan médical que social, familial et psychologique ;
- faciliter le dialogue entre les patients, leurs proches, le médecin et l'équipe soignante ;
- permettre aux patients de mieux participer aux choix de leurs traitements.

■ Des guides pour les personnes malades et leurs proches

Le programme SOR SAVOIR PATIENT élabore des guides d'information et de dialogue pour différents cancers, à destination des personnes malades et de leurs proches. Les informations médicales contenues dans ces guides sont issues de documents scientifiques élaborés par des experts spécialistes du cancer : les *Standards, Options et Recommandations*, abrégés en SOR.

Les SOR sont des **recommandations*** pour la pratique clinique (RPC) destinées aux médecins spécialistes. Ces documents médicaux résument les résultats des recherches publiées dans

Les SOR SAVOIR PATIENT

les revues scientifiques dans le domaine du cancer. À partir de ces données et de l'expérience des oncologues, les SOR définissent la meilleure prise en charge existante pour un cancer donné. Il existe deux types de recommandations : les **standards*** et les **options***. Ces recommandations ont pour objectif d'aider les médecins et les patients à choisir les décisions médicales les plus appropriées, que ce soit au niveau du diagnostic, des traitements ou de la surveillance. Ces documents sont disponibles auprès de la FNCLCC (101, rue de Tolbiac 75 013 Paris - Tél. : 01 76 64 78 00 - www.fnclcc.fr).

Le guide *Comprendre le cancer du sein* est une version adaptée de la RPC-SOR *Cancers du sein infiltrants non métastatiques* et des *Recommandations de Saint-Paul de Vence*. Associant étroitement groupes de patients et proches de patients, cette adaptation en langage non scientifique a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire, composée de professionnels de santé spécialistes du cancer, de professionnels paramédicaux, de chargés de missions en santé et de spécialistes du langage (voir la liste des membres du groupe de travail, p. 5).

Ce guide peut permettre au patient et à son entourage de retenir plus facilement les explications du médecin et de l'équipe soignante. Il complète ou renforce l'information que le médecin est tenu de lui donner. C'est un outil d'information, consultable par les proches et utilisable dans une démarche d'**éducation thérapeutique*** du patient.

Le médecin ne connaît pas ce que le patient sait déjà, ni la quantité d'information qu'il souhaite avoir. Il ne sait pas ce qu'il peut entendre, ni ce qu'il veut comprendre. Les médecins disposent de nombreux éléments d'informations. Certains en donnent spontanément, d'autres moins. Certains utilisent des mots simples, d'autres un langage plus technique. Le médecin doit s'adapter à chacun de ses malades pour fournir une information aussi compréhensible que possible. Si le patient estime qu'il n'est pas suffisamment informé, il est en droit de demander des explications supplémentaires.

Les guides SOR SAVOIR PATIENT sont régulièrement mis à jour en fonction des nouveaux résultats de la recherche.

■ Comment ce guide a-t-il été élaboré ?

Des patientes, d'anciennes patientes et des proches ont été impliqués dans le travail d'élaboration du guide *Comprendre le cancer du sein*, lors de réunions, d'entretiens individuels et à l'aide de questionnaires. Leur participation a permis d'adapter les informations aux besoins qu'ils ont exprimés. Certains d'entre eux ont participé directement à sa rédaction.

Les informations mises à jour ont été validées par un groupe de travail scientifique (voir la liste des membres du groupe de travail, p. 5).

Ce guide concerne le cancer du sein le plus fréquent chez la femme. Il n'aborde pas :

- le cancer du sein secondaire à un autre cancer (moins de 0,01 % des cas) ;
- les cancers du sein métastatiques et le traitement des **récidives*** ;
- la prise en charge de la douleur et de la fatigue ;
- les aspects psychologiques ;
- les aspects sociaux liés au cancer (congés maladie, aides sociales, etc.) ;
- le cancer du sein chez l'homme.

Ces thèmes sont abordés dans d'autres guides SOR SAVOIR PATIENT (voir Informations pratiques p. 112).

Un site de recherche documentaire en santé à destination des patients et leurs proches, CISMeF-patients, (<http://www.chu-rouen.fr/ssf/patient/cancerologie.html>) permet également de rechercher, à l'aide de mots clés ou par thèmes, des informations de bonne qualité sur les différents cancers et les thèmes associés.

■ Sources de financement

Ce guide a bénéficié d'un soutien financier des Centres de lutte contre le cancer (CLCC), de la Ligue nationale contre le cancer, de la Fédération hospitalière de France (FHF) et de l'Institut national du cancer (INCa).

Les SOR SAVOIR PATIENT

Relecteurs de la mise à jour

Jean Chomant, Rouen ; **Béatrice Gairard**, CHU, Strasbourg (SFSPM) ; **Anne Lesur**, Centre Alexis Vautrin, Nancy (SFSPM) ; **Brigitte Seradour**, Hôpital de la Timone, Marseille (SFSPM) ; **Daniel Serin**, Clinique Sainte-Catherine, Avignon (SFSPM) ; **Philippe Trouffleau**, Centre Alexis Vautrin, Nancy (SOFMIS).

Relecteurs de la mise à jour 2 000

C. Ardiet, Centre Léon Bérard, Lyon ; **F. Bahuchet**, Centre René Huguenin, Saint-Cloud ; **B. Barreau**, Institut Bergonié, Bordeaux ; **I. Barillot**, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **J.-P. Basuyau**, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **C. Coadou**, Bordeaux ; **J. Cuisenier**, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **N. Daly-Schweitzer**, Institut Claudius Regaud, Toulouse ; **A. Delignette**, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **L. Demange**, Polyclinique de Courlency, Reims ; **F. Dhermain**, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **J.-B. Dubois**, Centre Val d'Aurelle Paul Lamarque, Montpellier ; **A. Dumortier**, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **J.-C. Ferrandez**, Clinique Sainte-Catherine, Avignon ; **J.-R. Garbay**, Centre René Huguenin, Saint-Cloud ; **S. Giard**, Centre Oscar Lambret, Lille ; **A. Giraud**, Hôpital Jean Verdier, Bondy ; **Y. Graic**, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **M.V. Guillaume**, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **F. Guillemin**, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy ; **C. Hill**, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **B. Hoerni**, Institut Bergonié, Bordeaux ; **J.-C. Horiot**, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **P. Jallet**, Centre Paul Papin, Angers ; **C. Lanzarotti**, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **P. Leblanc-Talent**, Centre Antoine Lacassagne, Nice ; **G. Lorimier**, Centre Paul Papin, Angers ; **G. Mac Grogan**, Institut Bergonié, Bordeaux ; **F. May-Levin**, Ligue Nationale Contre le Cancer, Paris ; **H. Mignotte**, Centre Léon Bérard, Lyon ; **I. Raoust**, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **I. Ray-Cocquard**, Centre Léon Bérard, Lyon ; **M. Reich**, Centre Oscar Lambret, Lille ; **J. Rouesse**, Centre René Huguenin, Saint-Cloud ; **D. Serin**, Clinique Sainte-Catherine, Avignon ; **S. Toussaint-Martel**, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy.

Comité d'organisation de SOR

T. Philip, directeur des SOR, pédiatre, FNCLCC, Paris

B. Fervers, directeur adjoint des SOR, coordinatrice des projets internationaux, oncologue médical, FNCLCC, Paris

■ SOR SPÉCIALISTES

A. Bataillard, coordinatrice des SOR spécialistes, médecin généraliste, FNCLCC, Paris

L. Bosquet, méthodologiste, FNCLCC, Paris

S. Rousmans, méthodologiste, FNCLCC, Paris

C. El Guerche-Seblain, méthodologiste, FNCLCC, Paris

D. Kassab-Chahmi, méthodologiste, FNCLCC, Paris

F. Planchamp, méthodologiste, FNCLCC, Paris

S. Guillo, méthodologiste, FNCLCC, Paris

H. Cazeneuve, chargé de projet, sociologue, FNCLCC, Paris

E. Luporsi, méthodologiste associée, oncologue médical, Centre Alexis Vautrin, Nancy

S. Theobald, méthodologiste associé, médecin de santé publique, Centre Paul Strauss, Strasbourg

F. Farsi, référent réseau, médecin de santé publique, Réseau Oncora, Lyon

■ SOR SAVOIR PATIENT

J. Carretier, coordinateur des SOR SAVOIR PATIENT, méthodologiste, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris

L. Leichtnam-Dugarin, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris

S. Brusco, méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris

M. Déchelette, méthodologiste, FNCLCC, Paris

V. Delavigne, linguiste, FNCLCC, Paris

■ PROJETS INTERNATIONAUX

M. Rémy-Stockinger, chargée de projet international, FNCLCC, Paris

V. Millot, assistante de gestion, FNCLCC, Paris

■ SERVICE ADMINISTRATIF

L. Pretet, assistante de gestion, FNCLCC, Paris

■ DOCUMENTATION

C. Prot, technicienne documentaliste, FNCLCC, Paris

■ SERVICE ÉDITORIAL

H. Borges-Paninho, responsable de l'édition, FNCLCC, Paris

D. Gouvrit, assistante de gestion, FNCLCC, Paris

E. Sabatier, assistante de gestion, FNCLCC, Paris

Informations pratiques

■ Guides SOR SAVOIR PATIENT parus sur l'internet et sur papier

- Comprendre la nutrition entérale (2007)
- Comprendre le néphroblastome (2006)
- Comprendre le cancer du rectum (2006)
- Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)
- Fatigue et cancer (2005)
- Comprendre le cancer de la prostate (2005)
- Comprendre la chimiothérapie (2004)
- Démarches sociales & cancer (2004)
- Comprendre le cancer du poumon et En savoir plus sur le cancer du poumon (2003)
- Comprendre l'ostéosarcome (2003)
- Comprendre le cancer du sein (mise à jour 2002)
- Le risque familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire (2002)
- Comprendre le cancer de l'ovaire (2002)
- Comprendre le neuroblastome (2001)
- Comprendre le neuroblastome localisé (2001)
- Comprendre le neuroblastome disséminé (2001)
- Comprendre le neuroblastome 4S (2001)
- Comprendre le cancer du sein non métastatique (2000)

■ Fiches d'information SOR SAVOIR PATIENT parues

- Comprendre le scanner (2004)
- Comprendre l'IRM (2004)
- Comprendre la mammographie (2003)
- Comprendre l'échographie mammaire (2003)
- Comprendre la biopsie échoguidée du sein (2003)
- Comprendre la biopsie stéréotaxique du sein (2003)
- Comprendre le repérage mammaire préopératoire (2003)

■ Guides SOR SAVOIR PATIENT parus sur l'internet

- Vivre pendant et après un cancer (2005)
- Utilisation de la tomographie par émission de positons au FDG (TEP-FDG) en cancérologie (2004)

■ D'autres guides SOR SAVOIR PATIENT sont prévus

- Comprendre la radiothérapie
- Comprendre les tumeurs cérébrales
- Comprendre le cancer du côlon
- Comprendre le mélanome
- La prise en charge de la douleur

La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) n'est pas habilitée à recueillir ou à répondre aux questions d'ordre médical. Pour toute question de cet ordre, nous vous invitons à en parler à votre médecin.

Un service téléphonique d'information, de conseil et de soutien « *Cancer info service* » répond aux besoins d'informations de tous ceux qui sont concernés par le cancer : Cancer info service 0810810821 (Numéro Azur, prix d'un appel local).

Des informations complémentaires sur les différents cancers sont disponibles sur les sites internet de la FNCLCC (<http://www.fnclcc.fr>) et de la Ligue nationale contre le cancer (<http://www.ligue-cancer.asso.fr>).

Mentions légales

Les SOR SAVOIR PATIENT sont des guides d'information et de dialogue, accessibles sur l'internet, à destination des patients atteints de cancer et de leurs proches. Ces guides ont pour fonction d'aider les patients et leurs proches à mieux communiquer avec les médecins en ce qui concerne les maladies cancéreuses, leurs traitements et les modalités de prise en charge. Ils associent ainsi davantage le patient à l'acte thérapeutique.

Ces guides participent à l'information du patient sans pour autant pouvoir se substituer aux informations données par les médecins ni remplacer la relation individuelle et personnelle entre le médecin et le patient

Les SOR SAVOIR PATIENT sont de simples outils d'informations médicales, décrivant en termes compréhensibles par les patients et leurs proches l'état des connaissances sur la prise en charge des différents cancers. Ils se basent sur une revue critique des données de la littérature scientifique et du jugement argumenté des experts. Ces guides sont d'un usage facultatif. Ils n'ont donc aucune valeur en termes d'avis thérapeutique ou de prescription et, malgré tout le soin qui a été apporté à leur rédaction, ils peuvent inévitablement comporter des erreurs ou des approximations. À ce titre, la FNCLCC n'assume aucune responsabilité propre en ce qui concerne les conséquences dommageables éventuelles pouvant résulter de l'exploitation par les patients des données extraites du document, d'une erreur ou d'une imprécision dans le contenu des documents.

Les SOR SAVOIR PATIENT, élaborés à l'initiative de la FNCLCC, utilisent et adaptent en langage non scientifique des informations médicales empruntées aux SOR. Ils constituent des œuvres dérivées au sens de l'article L 113-2 du Code de la Propriété Intellectuelle (CPI).

L'adaptation de l'œuvre première que constitue les SOR ayant été réalisée à l'initiative de la FNCLCC, celle-ci est seule investie des droits d'auteur de nature patrimoniale sur l'œuvre nouvelle en application de l'article L 113-4 du CPI.

Vous êtes autorisé à télécharger, imprimer et utiliser des extraits des SOR SAVOIR PATIENT pour votre usage personnel non commercial, sous réserve de la citation de la source originelle.

Si vous souhaitez diffuser des guides SOR SAVOIR PATIENT, des bons de commande sont disponibles sur le site internet de la FNCLCC ou sur simple demande.

Pour toute autre utilisation des SOR SAVOIR PATIENT et, en particulier pour leur republication ou leur redistribution, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, vous devez obtenir l'autorisation expresse et préalable de la FNCLCC. S'il est effectué sans autorisation, ce type d'utilisation peut être constitutif d'actes de contrefaçon susceptible d'engager la responsabilité civile et pénale de leur auteur. Les demandes d'autorisation peuvent être adressées au Service des SOR de la FNCLCC.

Copyright© FNCLCC 2007 –
1ère réédition Novembre 2007
Tous droits réservés

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC)

101, rue de Tolbiac - 75013 Paris
Tél. : 01 76 64 78 00 – Fax : 01 45 82 07 59
Courriel : fnclcc@fnclcc.fr – Internet : www.fnclcc.fr

La Ligue nationale contre le cancer
14, rue Corvisart - 75013 Paris
Tél. : 01 53 55 24 00 – Fax : 01 43 36 91 10
Internet : www.ligue-cancer.asso.fr

Cancer Info Service : 0810810821
(Numéro Azur, prix d'un appel local)

Où se procurer les guides SOR SAVOIR PATIENT ?

Les guides SOR SAVOIR PATIENT sont disponibles
sur les sites internet de la FNCLCC

<http://www.fnclcc.fr>

et de la Ligue nationale contre le cancer

<http://www.ligue-cancer.asso.fr>

Vous pouvez également vous les procurer dans le
Centre de lutte contre le cancer le plus proche de chez vous,
ainsi qu'à la Ligue nationale contre le cancer
14, rue Corvisart, 75 013 Paris

Ce guide peut vous être remis gracieusement
par un médecin ou une association partenaire.

