

Journée d'information

## « Action Sein 2008 »

Avant, pendant et après les cancers du sein

Vendredi 10 octobre 2008

Auditorium Dexia – Passage 44, Bruxelles

*Cette journée d'information est organisée conjointement par la  
Fondation contre le Cancer, Europa Donna et Vivre Comme Avant*



En collaboration avec



Et avec le soutien de



## Sommaire

### *Accueil et présentation des partenaires*

Dr Didier **Vander Steichel**, Fondation contre le Cancer p 3

### *Qui est à risque de cancer du sein ? Comment mesurer ce risque ?* p 6

Dr Frédéric **Buxant**, ULB Erasme

### *Des médicaments préventifs pour les femmes risque ?* p 11

Dr Caroline **Duhem**, CHL Luxembourg

### *Avancées en échographie* p 16

Dr Véronica **Mendez**, Europa Donna Belgium – CHIREC, Cavell

### *Pet scan : bien doser les indications !* p 19

Pr Max **Lonneux**, UCL

### *Le cancer du sein vu par le mouvement mutuelliste : Un plaidoyer pour plus de qualité de vie* p 22

Madame Anne **Remacle**, Mutualités Chrétiennes – Agence Intermutualiste

### *Le rôle de l'infirmière de référence pour le cancer du sein* p 31

Madame Soumia **Etbaz**, CHU Saint-Pierre, Bruxelles

### *Bonnes et mauvaises raisons de proposer une mastectomie* p 34

Pr Martine **Berlière**, UCL

### *L'alimentation avant, pendant et après le cancer du sein* p 40

Madame Martine **Pauly**, diététicienne, RHMS - Baudour

## **Convaincre chaque femme de passer à l'action**

**Dr Didier Vander Steichel**

Directeur médical et scientifique, Fondation contre le Cancer

En 2005, une enquête belge (NOP World) réalisée auprès de 276 femmes âgées d'au moins 45 ans indiquait que plus de la moitié d'entre elles redoutaient pour elle-même de développer un cancer du sein.

Or, seule une femme sur dix sera personnellement concernée par cette maladie avant l'âge de 75 ans.

Peut-être faudrait-il tout d'abord rassurer les femmes, pour mieux les encourager à l'action. Les cancers du sein ne doivent ni être pris à la légère, ni faire l'objet de peurs obsessionnelles.

Des craintes exagérées sont souvent source de fatalisme ou, au contraire, de surconsommation médicale. Avec, dans un cas comme dans l'autre, des conséquences négatives.

Au cours des dernières années, les progrès médicaux ont été bien réels.

Certes, il y a de plus en plus de cancers du sein. C'est dû, pour une large part, au vieillissement de la population. Et pourtant, les cancers du sein font de moins en moins de victimes. Autrement dit, les chances de guérison ont nettement progressé. C'est évidemment une très bonne chose.

Mais les avancées de la médecine ne doivent pas faire oublier une réalité fondamentale : chaque femme garde un rôle essentiel à jouer face au cancer du sein.

## **Qui mieux que vous ?**

Première priorité : réduire les risques. Pour cela, deux conseils de prévention devraient être mis en pratique :

- Bougez et évitez les kilos superflus, tout particulièrement une prise de poids importante à l'âge adulte.
- Réduisez fortement la consommation de boissons alcoolisées, sous quelque forme que ce soit. Le risque de cancer du sein augmenterait de 9% pour chaque « dose » de 10 gr de consommation quotidienne d'alcool. Il est donc vivement déconseillé aux femmes de boire plus d'un verre de boisson alcoolisée par jour.

La prévention est importante, sans être une assurance « tous risques ». C'est pourquoi le dépistage est, lui aussi, essentiel. Aujourd'hui, dans notre pays, le mammothest (mammographie de dépistage) est gratuit. Sa qualité est contrôlée. Pourtant, de nombreuses femmes oublient, négligent ou refusent d'en profiter. Comment les convaincre de ne pas laisser passer cette chance ?

En effectuant un mammothest tous les deux ans, les femmes de 50 à 69 ans se garantissent les meilleures possibilités de guérison, au cas où...

La mammographie de dépistage permet de découvrir un cancer du sein un à deux ans en moyenne avant l'apparition des premiers symptômes. Ce gain de temps se traduit bien souvent en gain de vie !

En effet, un traitement précoce a nettement plus de chances de succès. Il permet aussi, chez de nombreuses femmes, d'éviter une opération mutilante. Encore faut-il avoir fait le nécessaire pour permettre aux médecins d'intervenir le plus tôt possible.

Avant 50 ans et après 70 ans, il est conseillé de discuter au cas par cas avec son médecin quels examens de dépistage peuvent être utiles. Et à tout âge, y compris dans l'intervalle entre deux mammothests, les femmes doivent consulter leur médecin en cas d'anomalie constatée au niveau du sein (creux, fossette, boule, rougeur, écoulement...).

## **Il reste du travail...**

Chaque jour dans notre pays, 26 femmes vivent l'annonce d'un diagnostic de cancer du sein. Ces femmes ont des visages, une famille, un compagnon, des enfants, une profession, bref un vécu et une histoire différents. Elles nous rappellent, tous les jours, que si les cancers du sein ne sont pas une fatalité, ils sont une réalité face à laquelle nous devons continuer à nous mobiliser, tous ensemble, au quotidien.

Qu'il s'agisse de pratiquer la prévention, de participer au dépistage, de se mobiliser pour des structures de soin toujours plus performantes ou de soutenir la recherche, nous pouvons tous et toutes agir, chacune et chacun à son niveau.

De nombreux progrès sont au rendez-vous. Un meilleur accès aux nouveaux médicaments, plus d'encadrement psychologique ou la reconnaissance officielle des cliniques du sein sont autant de résultats acquis dans notre pays grâce à la mobilisation du secteur associatif, largement soutenu par le grand public.

Mais il reste un défi de taille : changer de nombreux comportements individuels.

## **Qui est à risque de cancer du sein ?**

### **Comment mesurer ce risque ?**

Dr Frédéric **Buxant**

Clinique du Sein, Hôpital Erasme

Université Libre de Bruxelles

Malgré les progrès réalisés dans le traitement du cancer du sein et la chute de mortalité observée au cours des deux dernières décades, l'incidence du cancer du sein continue d'augmenter et laisse perplexe (jusqu'à 60% d'augmentation en 20 ans). Comment l'expliquer ? Les progrès et le développement du dépistage, ainsi que l'augmentation de l'espérance de vie peuvent en partie justifier ce phénomène. Mais en partie seulement.

Les facteurs environnementaux sont très certainement incriminés. Ainsi, les femmes japonaises connaissent un taux de cancer du sein trois fois moindre que les américaines. Mais lorsqu'elles migrent aux Etats-Unis, ce risque devient identique à celui des autochtones dès la deuxième génération. Quelles sont ces modifications du mode de vie pouvant être pointés du doigt ? Alimentation, pesticides, absence de grossesse, contraception orale, traitements hormonaux de la ménopause, etc. Tous responsables ?

Les facteurs constamment associés à une augmentation du risque de cancer du sein sont les suivants :

- Histoire familiale
- Exposition plus élevée que la moyenne aux œstrogènes, hormones produites naturellement par l'organisme (puberté précoce, ménopause tardive)
- Traitement hormonal substitutif de la ménopause
- Nullipare
- Aucun antécédent d'allaitement
- Antécédent de biopsie mammaire pour lésion dite « proliférative »
- Obésité

- Pilule contraceptive
- Sexe
- Âge

D'autres facteurs tels les seins denses à la mammographie, la consommation d'alcool, l'inactivité physique et le tabagisme majorent également le risque de cancer du sein mais de façon moindre que les précédents.

Au cours de cet exposé, ces différents facteurs seront repris et détaillés.

### **Histoire Familiale**

Une histoire familiale chargée amène parfois des patientes à se questionner sur un risque accru d'origine génétique. En fait, seuls 5 à 10% des cancers du sein sont liés à une anomalie ou mutation génétique ; et donc seules 0,5 à 1% de la population féminine est porteuse de ces anomalies. Dans les familles suivantes, une suspicion de forme héréditaire doit être recherchée :

- 2 femmes < 50 ans avec un cancer du sein unilatéral
- 4 femmes avec un cancer du sein unilatéral
- 1 femme avec un cancer du sein et de l'ovaire
- 1 femme < 35 ans avec un cancer du sein

Cette recherche ne sera pas donc pas effectuée chez toutes les femmes ayant présenté un cancer du sein, et ce d'autant plus qu'elle est laborieuse (plus de trois mois) et chère.

### **Exposition hormonale**

La majorité des cancers du sein sont hormono-dépendants, c'est-à-dire que les cellules cancéreuses possèdent à leur surface des récepteurs aux hormones féminines (essentiellement aux œstrogènes et à la progestérone). Les facteurs augmentant les taux d'œstrogènes sont donc à risque. Schématiquement, le risque de cancer du sein croît avec le nombre de cycles menstruels qu'ils soient artificiels (pilule oestroprogestative) ou naturels.

### **Non-fécondité ou fécondité tardive**

Les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, ou qui ont eu leur première grossesse tardivement (après 30 ans) ont un risque sensiblement augmenté de développer un cancer du sein, par rapport à celles ayant eu au moins un enfant avant 30 ans. Ce sont en effet les cycles

précédant la première grossesse menée à terme qui semblent les plus dangereux pour le sein. La grossesse protège le sein par la modification des cellules mammaires dans le sens d'une plus grande différenciation. Les cellules différenciées sont moins sensibles aux carcinogènes, en particulier hormonaux.

### **Obésité et surpoids**

L'obésité, de par l'augmentation de la quantité de tissu graisseux, augmente le taux d'œstrogène sanguin via une activation d'une enzyme appelée aromatasase. Celle-ci, présente dans la graisse, transforme en effet les hormones de type androgène en œstrogène.

Une étude récente a montré l'augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes ménopausées en fonction de leur prise de poids.

### **Consommation excessive d'alcool**

L'augmentation du risque de cancer du sein due à la consommation excessive d'alcool agit par ce même mécanisme.

### **Ménopause tardive, ménarche précoce**

La ménopause tardive et la puberté (= ménarche) précoce agissent par augmentation du nombre de cycles menstruels et donc des taux d'œstrogènes.

### **Non allaitement**

Allaiter agit comme un protecteur vis à vis du cancer du sein, notamment par mise en sommeil des ovaires et diminution du nombre de cycles.

### **Traitement hormonal de la ménopause**

Ce type de traitement prolonge l'exposition de la femme aux hormones et majore donc le risque par rapport aux femmes ne prenant aucun traitement. Néanmoins, cette majoration est relativement peu importante : si 38 cancers du sein sont diagnostiqués dans une population de 1000 femmes ménopausées non traitées au cours d'un suivi de 5 années ; 39,5 à 44 à cancers du sein le seront (en fonction du type de traitement) dans une population identique mais traitée. Ce risque accru doit être mis en balance avec l'augmentation de la qualité de vie. La prescription de ces traitements doit donc résulter d'un conseil éclairé par le médecin traitant ou le gynécologue.



## **Alimentation**

Le soja est souvent cité comme agent protecteur. Ceci résulte d'études observationnelles constatant une incidence moindre de cancer du sein chez les femmes japonaises dont la richesse de l'alimentation en soja est bien connue. Le soja possède des œstrogènes végétaux (les isoflavones, dont le principal est la génistéine) dont l'aspect positif réside en ce qu'ils présentent une forme et une structure similaire à celles des œstrogènes humains ; ils peuvent donc s'adapter aux récepteurs œstrogéniques. Mais comme ils sont beaucoup plus faibles que les œstrogènes, ils semblent capables de diminuer le risque de déclenchement du processus de division cellulaire. Néanmoins, on ne dispose actuellement d'aucune étude scientifique démontrant ce rôle protecteur d'une alimentation riche en soja. La richesse d'un régime alimentaire en légumes et fruits influence favorablement le risque de cancer ; pour le sein, le rôle de ces derniers semble indirect et être lié à la réduction de l'obésité.

Le rôle de l'huile d'olive et de la vitamine D sera aussi évoqué.

## **Tabac**

Différentes études se sont intéressées à l'influence du tabagisme actif et passif. On note généralement que l'exposition régulière et prolongée à la fumée du tabac, sous sa forme active ou passive, ferait plus que doubler le risque de cancer du sein chez les femmes en préménopause, en comparaison des femmes n'ayant jamais fumé et n'ayant jamais été exposées à la fumée secondaire.

Chez les femmes ménopausées, le risque de cancer du sein lié au tabagisme passif et prolongé augmente non seulement de 30 % en moyenne, mais également de 50 % dans les cas de tabagisme actif. En outre, le risque de cancer du sein s'accroît de 60 % chez les fumeuses ménopausées.

## **Et chez l'homme ?**

Le cancer du sein chez l'homme étant moins fréquent (<1% de l'ensemble des cancers mammaires), son étiologie est peu connue. Les cancers héréditaires représentent ici 10% (surtout la mutation BRCA2) et l'on retrouve aussi une incidence accrue chez les hommes présentant des taux d'œstrogènes (hormones féminines mais aussi synthétisées par l'homme) anormalement élevés (obésité, testicules absents ou atrophiques, etc). Quelques études ont montré un risque accru chez les travailleurs exposés à des champs magnétiques, de hautes températures, des pesticides, des hydrocarbures aromatiques polycycliques, etc. Néanmoins,

ces études ne sont pas irréfutables sur le plan scientifique et doivent encore être confirmées. Des facteurs alimentaires (consommation de viande, de fruits) et l'alcoolisme doivent de même être évoqués.

### **Evaluation d'un risque**

Connaissant ces différents facteurs de risque généraux, chaque individu aimerait chiffrer son risque personnel. Malheureusement, bien qu'il existe de nombreuses études épidémiologiques, les modèles de calcul (par exemple : le Modèle de Gail) n'apportent pas de réponses précises. En effet, ceux-ci ne tiennent compte que d'une partie des facteurs de risque actuellement reconnus et répondent insuffisamment aux questions que l'on peut se poser en tant qu'individu.

Nous connaissons donc les principaux facteurs influençant notre risque de cancer mammaire. Ainsi, chaque individu pourrait, au cours d'une consultation médicale spécialisée, cerner son « profil de risque individuel ». La perception de celui-ci permet alors à tout un chacun d'adapter, d'améliorer son mode de vie afin d'optimiser son profil de risque personnel.

## Des médicaments préventifs pour les femmes à risque ?

Dr Caroline **Duhem**  
Oncologie Médicale  
CHL Luxembourg

### **Introduction**

Il existe souvent une certaine confusion dans la terminologie utilisée en santé publique, notamment entre notions de dépistage et de prévention : ainsi, le dépistage dans le cadre du cancer du sein visera à diagnostiquer une tumeur à un stade précoce, à en permettre un traitement moins lourd et (surtout) à en améliorer le pronostic; sous le terme de « prévention » sont regroupées une série de mesures, médicamenteuses ou non, visant à réduire le risque de développer un cancer.

Une prévention efficace repose donc sur la reconnaissance et le contrôle des facteurs de risque. Or, pour le cancer du sein, il existe des facteurs de risque qui ne peuvent être modifiés (âge, histoire familiale, etc.) et d'autres qui ne le pourront plus, passé un certain âge (comme l'âge de la première grossesse, l'allaitement prolongé, etc.). Par contre, au rang des facteurs de risque modifiables par une prévention, ce sont surtout sur les facteurs liés aux modes de vie qu'il faudra insister (activité physique, alimentation) mais aussi sur l'éviction des facteurs augmentant le risque de cancer du sein (tels que la consommation excessive d'alcool, la prise d'hormones après la ménopause, la prise de poids, etc.). On peut enfin envisager de réduire le risque de cancer par la prise de certains médicaments.

La chimioprévention est un terme rarement utilisé dans le langage courant, qui correspond à la traduction de la « chemoprevention » des auteurs anglo-saxons : elle est définie par la prise de médicaments visant à diminuer le risque de cancer du sein, en particulier quand celui-ci est élevé. Ce sont les substances à visée anti-hormonale qui sont les plus étudiées dans ce domaine et les seules pour lesquelles on dispose de résultats consistants à l'heure actuelle.

## **Chimioprévention par médicaments antihormonaux**

Puisque l'exposition prolongée du tissu mammaire aux œstrogènes est l'un des principaux facteurs de risque de cancer du sein, il semble logique qu'un blocage de leur action puisse en prévenir l'apparition (en tous cas, celle de cancers du sein sensibles aux hormones). Ce blocage peut s'envisager essentiellement de deux façons : en diminuant les taux des œstrogènes circulants et en bloquant l'action des œstrogènes directement au niveau du sein, en particulier en bloquant les récepteurs hormonaux (récepteurs aux œstrogènes) du tissu mammaire.

De ce dernier point de vue (blocage des récepteurs hormonaux), les SERM's (selective estrogen receptor modulators), en particulier le Tamoxifène, sont de loin les substances les mieux étudiées.

- **Chimioprévention par Tamoxifène** (ou Nolvadex ®) : depuis plus de 30 ans, de nombreuses études, toutes concordantes, ont clairement établi le bénéfice majeur apporté par un traitement à base de Tamoxifène aux patientes porteuses d'un cancer de sein hormonosensible, tous stades et âges confondus.

Publiées il y a une dizaine d'années, 4 études dites de chimioprévention ont permis d'établir l'impact de la prise de Tamoxifène pendant 5 ans par des femmes à risque élevé sur l'incidence de la maladie lorsqu'on les compare à un groupe « contrôle » (c'est-à-dire un groupe de femmes simplement suivies, qui ne prennent pas le médicament). Le risque élevé de développer un cancer du sein y était défini par score de risque (tel que le score dit « de Gail »), essentiellement basé sur des données personnelles et familiales. Lorsqu'on regroupe les résultats de ces études, il apparaît que le risque de développer un cancer du sein diminue de 30 à 40 % chez les femmes qui ont pris du tamoxifène, en comparaison à celles du groupe contrôle. Cet effet apparaissait particulièrement clairement dans une grande étude américaine, l'étude NSABP-P1, incluant plus de 13.000 femmes ménopausées mais aussi âgées de moins de 50 ans.

Malheureusement, le Tamoxifène n'est pas dépourvu d'effets secondaires potentiellement sévères : possibilité de thrombose veineuse voire d'embolie

pulmonaire, d'effets secondaires utérins (y compris un faible risque de cancer de la matrice), de bouffées de chaleur, de cataracte, etc. Donc, en dépit de l'effet bénéfique démontré de ce médicament, il est capital de trouver d'autres substances d'efficacité égale mais moins toxiques dans un contexte de prévention chez des femmes porteuses de maladie.

- **Le Raloxifène** (ou Evista ®) est un autre SERM, initialement développé à visée anti-ostéoporotique. Son effet chimiopréventif du cancer du sein s'est par la suite avéré tout aussi important que celui du Tamoxifène au travers d'une vaste étude comparative regroupant plus de 20.000 patientes, l'étude STAR (study of prevention of Tamoxifène and Raloxifène) ou NSABP-P2. Par contre, le profil de toxicité du Raloxifène semble plus favorable, avec notamment moins d'effets secondaires utérins et thrombo-emboliques que le Tamoxifène. La prise de Raloxifène à raison d' 1 comprimé par jour pendant 5 ans représente donc une alternative raisonnable à celle de Tamoxifène , en cas de risque élevé de cancer du sein, surtout si l'on a déjà eu des problèmes de type thrombose ou embolie par le passé. De plus, ce médicament présente des vertus anti-ostéoporotiques bien établies auprès des femmes après la ménopause.
- Contrairement aux SERMs, **les inhibiteurs de l'aromatase** entraînent une diminution des taux d'œstrogènes circulants chez les femmes après la ménopause. Au travers d'études internationales, 3 substances de cette famille (l'anastrozole ou Arimidex ®, le Létrozole ou Fémara ® et l'exemstane ou Aromasin ®) ont pu démontrer une efficacité supérieure à celle du Tamoxifène chez les patientes ménopausées traitées pour un cancer du sein hormonosensible et ce, au prix d'une moindre toxicité. Il est dès lors logique d'en envisager l'administration en chimioprévention mais aucune donnée n'est actuellement disponible dans ce contexte (plusieurs études internationales sont actuellement menées à cette fin).

### **Chimioprévention par médicaments non hormonaux**

Si les approches médicamenteuses à base de SERM's (Tamoxifène et Raloxifène) ont fait preuve de leur efficacité, celle-ci se limite à la prévention de tumeurs hormonosensibles.

Les chercheurs restent très démunis quant la prévention médicamenteuse des cancers du sein dépourvus de récepteurs hormonaux, fréquemment diagnostiqués chez les patientes à haut risque génétique (porteuses de mutations des gènes BRCA1 et 2).

L'impact chimiopréventif de plusieurs médicaments non hormonaux a été suggéré au travers d'études dites « d'observation » dont la contribution scientifique est plus critiquable que celles des études comparatives, randomisées telles que celles menées avec les SERM's : dans ces dernières, on compare « dos à dos » deux approches (soit la comparaison d'un médicament comme le Tamoxifène et d'un simple contrôle, soit la comparaison de deux médicaments entre eux), tandis que dans les études observationnelles, les conclusions ne s'appuieront que sur la constatation de l'effet apparent d'un médicament sur l'incidence de la maladie dans une population générale, hors étude (et donc sans « groupe contrôle »). C'est ainsi que les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (tels que l'Aspirine et ses dérivés), les statines (médicaments pour diminuer le cholestérol sanguin), la Metformine (ou Glucophage®, un médicament anti-diabétique) et d'autres substances à visée non hormonale pourraient avoir un impact positif en diminuant l'incidence des cancers du sein.

Il faut toutefois rester très prudent dans l'analyse de ces données avant de recommander l'usage de telles substances à des fins chimiopréventives exclusives. Tout au plus, dans l'état actuel de nos connaissances, ne peut-on qu'encourager la poursuite de prise de ces médicaments lorsqu'ils sont pris pour d'autres raisons de santé (diabète, cholestérol trop élevé, etc.), en rassurant les patientes quant à leur effet chimiopréventif potentiel.

### **En pratique**

Les données dont on dispose actuellement sur le Tamoxifène et le Raloxifène soutiennent le principe de faisabilité d'une prévention médicamenteuse du cancer du sein mais il convient d'en réserver encore la prescription aux femmes présentant non seulement un risque élevé de tumeur hormonosensible mais aussi un faible risque d'effet secondaire.

Plusieurs pistes sont actuellement investiguées afin de mieux déterminer quelles femmes sont individuellement les plus susceptibles de réellement bénéficier d'une telle approche (par exemple : par suivi de la densité mammaire en mammographie sous traitement) ou

encore quelles sont les personnes les plus à risque de développer des effets secondaires (par exemple : étude des facteurs de risque de thrombose par prise de sang).

En pratique quotidienne, la chimioprévention par SERMs reste rarement prescrite : elle n'est pas guidée uniquement par l'évaluation du risque absolu de développer un cancer du sein, mais aussi par la perception de ce risque par la femme qui se la verra proposée, perception elle-même influencée par son histoire familiale et personnelle ainsi que par son caractère plus ou moins anxieux. Certaines femmes seront d'emblée rebutées par la toxicité potentielle de ces médicaments, qu'elles jugeront disproportionnée au vu du bénéfice escompté. De plus, actuellement, le remboursement de ces substances à visée de chimioprévention n'est pas pris en charge par les mutuelles belges.

### **En conclusion**

La prévention médicamenteuse du cancer du sein est faisable mais au prix d'une toxicité qui en restreint actuellement l'indication aux femmes à risque élevé de cancer du sein et qui expriment clairement leur approbation après discussion avec leur médecin. Toutefois, les progrès à faire dans ce domaine restent immenses, en particulier, afin de pouvoir offrir aux femmes porteuses d'une prédisposition génétique une alternative réelle à la mutilation d'une chirurgie préventive et à l'angoisse d'un suivi rapproché.

## **Avancées en échographie**

Dr Véronica **Mendez**  
Europa Donna Belgium  
CHIREC Cavell

(Texte non reçu)





Blank lined writing paper with 20 horizontal lines.

## **PET-scan : bien doser les indications !**

Professeur Max **Lonneux**  
Université Catholique de Louvain

PET-scan est l'acronyme de « Positron Emission Tomography », ou « Tomographie par Emission de Positons » (TEP) en français. Il s'agit d'une technique d'imagerie médicale reposant sur le principe suivant : une molécule marquée à l'aide d'un atome radioactif (dans ce cas, émetteur de positons, ce qui est un type de radioactivité) est injectée au patient et va se concentrer dans le tissu-cible en fonction de l'activité métabolique de l'organe. Il s'agit donc d'une méthode d'imagerie fonctionnelle, par opposition à l'imagerie dite anatomique ou structurelle comme le CT-scanner à rayons X. Par exemple, un CT-scanner ou une radiographie vont détecter un nodule ou une masse quelque part, et permettre d'en évaluer la taille, la densité, ses rapports avec les tissus environnants. L'imagerie fonctionnelle par PET-scan va dire si cette masse est « vivante » ou pas, c'est-à-dire apporter des précisions quant à la nature de la masse. Se multiplie-t-elle ? Est-elle avide pour le glucose ? Etc ... De nombreuses molécules peuvent être marquées par des émetteurs de positons et être ainsi « suivies » dans le corps. En application clinique de tous les jours, le traceur utilisé pour l'imagerie du cancer est le  $^{18}\text{F}$ -FDG (fluorodéoxyglucose), un analogue du glucose qui se concentre dans tous les tissus dont les besoins en énergie sont élevés, dont les cancers.

Grâce aux machines combinant une caméra PET et un CT-scanner, on obtient le meilleur des deux mondes : à la fois des indications sur le niveau de métabolisme des tumeurs (par le PET-scan) et la précision anatomique (par le CT-scanner). Grand avantage de la méthode, il s'agit de caméras permettant de réaliser des examens dits « corps entier », c'est-à-dire une imagerie de tous les éventuels sites tumoraux en une seule - et courte, de l'ordre de 20 minutes avec les caméras les plus récentes - séance d'examen.

Le cancer du sein est un type de cancer avide en glucose, et peut donc être « imagé » par PET-CT au FDG. Il s'agit cependant de bien sélectionner les cas où cette technique sera réalisée. En bonne pratique médicale, il faut toujours réaliser un examen à bon escient, c'est-à-dire

quand on estime que le résultat (positif ou négatif) de cet examen va effectivement modifier le traitement ou la prise en charge du patient. Quelles sont ces situations dans le cancer du sein où le PET-CT au FDG va justement apporter des informations cruciales pour la prise en charge ?

1. Est-ce un examen de dépistage ? Certainement pas. Le dépistage du cancer du sein repose sur l'examen clinique (la palpation) et sur les examens de dépistage que sont mammographie et échographie du sein. Il arrive cependant que lors d'un PET-scan réalisé pour tout autre chose, on mette en évidence une fixation anormale du FDG au niveau du sein (découverte fortuite). Le sein normal ne capte pas ou peu le FDG, une faible captation homogène pouvant être observée en fonction du cycle et de l'imprégnation hormonale.
2. Est-ce un examen qu'on réalise chez toutes les patientes pour la mise au point initiale d'un cancer du sein ? Non. Il n'y a pas de place pour une utilisation systématique du PET-scan pour évaluer l'extension de la maladie (« stadification ») avant de débiter le traitement. Seules certaines situations particulières justifient la réalisation d'un PET-scan, par exemple quand on doute de la nature de ganglions axillaires détectés par échographie, ou pour la stadification des tumeurs de grande taille ou inflammatoire.
3. Quelles sont les indications de réaliser un PET-scan dans le cancer du sein ? La première indication et la plus courante est la recherche de la récurrence tumorale en cas d'augmentation du taux de marqueur tumoral (CEA, CA15.3) dans le sang. L'apparition de ces marqueurs fait soupçonner une rechute, mais ne dit pas où elle se trouve. C'est là qu'une technique « corps entier » comme le PET-scan révèle toute sa valeur car on peut mettre en évidence une rechute dans la moelle osseuse, les ganglions, les poumons,... précocement, et donc permettre l'instauration rapide du traitement.

La deuxième indication qui se développe beaucoup est l'évaluation de la réponse au traitement (chimiothérapie, hormonothérapie, nouveaux agents dits « biologiques »). Des travaux récents notamment au sujet des patientes avec métastases osseuses ont ainsi démontré que si on observait une réponse « métabolique » au PET-scan, le pronostic était bien meilleur. Le PET-scan permet d'évaluer la réponse biologique des cancers au traitement, et cette réponse est beaucoup plus précoce que la réponse

morphologique (la réduction en taille de la tumeur). Ainsi, on sait plus rapidement si oui ou non un traitement est actif. S'il l'est, on le poursuit. Sinon, on l'arrête pour éviter des effets secondaires inutiles et on propose une alternative rapidement dans le décours de la maladie.

# **Le cancer du sein vu par le mouvement mutuelliste : Un plaidoyer pour plus de qualité de vie**

*Une étude des Mutualités Chrétiennes*

Madame Anne **Remacle**  
Mutualités Chrétiennes

## **Contexte**

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. La qualité du dépistage et du traitement sont dès lors des enjeux de première importance pour la société. Si la survie reste le principal objectif de toute équipe ou service d'oncologie, on porte aujourd'hui également de plus en plus d'attention à la qualité de cette vie, pendant et après le traitement.

Un coup d'œil à l'actualité et à la littérature nous permet de saisir les enjeux inhérents à la situation et aux tendances actuelles dans la prise en charge du cancer du sein : la prise en charge globale, les questions persistantes autour des traitements, l'information et la communication, les relations entre patientes et professionnels de la santé, le financement. Autant d'enjeux dévoilant l'impératif d'une politique de soutien global de la patiente.

Il ne fait plus aucun doute que l'approche thérapeutique choisie influence l'issue de la maladie mais également la qualité de vie de la patiente. La perte d'un sein affecte l'image corporelle et le sentiment d'attractivité de chaque femme. La littérature scientifique confirme d'ailleurs que les femmes ayant eu une tumorectomie<sup>1</sup> seraient moins touchées dans leur qualité de vie.

---

<sup>1</sup> La tumorectomie est l'ablation chirurgicale d'une tumeur. En principe limitée, cette intervention enlève seulement la lésion, en respectant les tissus alentour, sans faire l'amputation large du sein. A l'inverse, la mastectomie désigne l'enlèvement chirurgical, partiel ou total, d'un sein ou des deux.

Par ailleurs, la chirurgie réparatrice s'impose aussi comme un nouvel enjeu dans l'amélioration de la qualité de vie des patientes mastectomisées en diminuant par exemple l'effet négatif du traitement chirurgical sur leur vie sexuelle.

De même, les traitements contre la douleur sont de plus en plus importants dans l'amélioration de la qualité de vie des patientes et leur apportent un certain soulagement. Ce type de prise en charge a fortement évolué ces dernières années et combine aujourd'hui idéalement une approche médicamenteuse et une approche psycho-corporelle.

Les délais entre les différentes étapes de la prise en charge peuvent avoir une grande influence sur la prise en charge du cancer du sein. Les recommandations scientifiques<sup>1</sup> prônent donc l'observance de délais de traitement très courts : 5 jours entre les premiers examens et le diagnostic ; 4 semaines entre le diagnostic et le début du traitement.

Mais au-delà de ces évolutions, une certaine variabilité des pratiques est toujours constatée à l'heure actuelle. Plusieurs études ont par exemple démontré que l'âge de la patiente jouait un rôle significatif dans le choix du traitement. De la même façon, le type d'hôpital auquel les femmes s'adressent, détermine en partie les choix thérapeutiques. Pour l'instant, les femmes qui entreprennent elles-mêmes des démarches d'information et de conseil peuvent choisir leur institution et ainsi être prises en charge de manière plus adéquate ou plus globale. Ceci pose évidemment la question du rôle et de la place du médecin de famille dans l'orientation et/ou le choix du centre de soin.

Parler de prise en charge globale présuppose donc, outre l'approche multidisciplinaire, la coordination des soins médicaux et paramédicaux ainsi que la continuité des soins. Et si l'encadrement médical et paramédical est la clé de voûte de la qualité de la prise en charge et du suivi, il ne faut pas oublier que celle-ci dépend également de l'initiative du patient et de son investissement personnel dans son traitement.

## **Objectifs**

C'est dans ce cadre que la Mutualité chrétienne (MC) veut contribuer à promouvoir cette approche "globale" car de nombreux enjeux restent encore à relever en la matière. S'inscrivant dans cette voie, cette étude se penche d'une part sur la prise en charge médicale actuelle des femmes touchées par le cancer du sein, et d'autre part, sur leur vécu et leurs perceptions de la qualité des soins et de leur qualité de vie.

## **Méthode**

Dans une première partie, le volet quantitatif de l'étude, la prise en charge médico-chirurgicale est étudiée sur la base des données de facturation et de données en provenance du Registre National du Cancer. Au total, nous avons identifié 20.439 femmes, membres des MC, qui, entre 1998 et 2003 ont été touchées par le cancer du sein.

Dans la seconde partie, le volet qualitatif, la parole est donnée aux femmes elles-mêmes. Via des interviews et au sein de groupes focalisés, 50 femmes ont raconté leur vécu par rapport à la maladie, avec une attention toute particulière pour les aspects psychosociaux qui peuvent contribuer à une amélioration de la qualité des soins mais aussi de la qualité de vie.

## **Résultats**

### **La population étudiée**

L'âge moyen des femmes étudiées (n=20.439) touchées par le cancer du sein est de 60 ans ; près d'un quart a moins de 50 ans et 8% a moins de 40 ans. D'autre part, 27% des femmes ont plus de 70 ans. La fréquence, tout âge confondu, s'élève à 148 cas<sup>2</sup> par 100.000 membres féminins des MC. Après standardisation pour l'âge et le statut de remboursement<sup>3</sup>, l'incidence est plus élevée dans la Région de Bruxelles-Capitale et en Wallonie, avec respectivement 12% et 7% de cas en plus par rapport à l'ensemble de la population d'étude.

Les femmes étudiées ont été traitées dans 117 hôpitaux différents. Un quart des hôpitaux a traité moins de 25 nouveaux cas par an. Seuls 8 hôpitaux traitent plus de 150 nouveaux cas par an - norme préconisée par EUSOMA et l'EORTC<sup>4</sup> - couvrant 24% de l'ensemble des femmes traitées. Les femmes ne semblent pas choisir leurs hôpitaux en fonction de leur maladie. Dans les petits centres, on ne retrouve qu'un peu plus de cancers à un stade avancé et les patientes y ont un âge légèrement plus élevé.

---

<sup>2</sup> En moyenne, pour les 6 années couvertes par l'étude MC

<sup>3</sup> Bénéficiaire de l'intervention majorée ou non.

<sup>4</sup> *European Society of Mastology* et *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*



## **La prise en charge**

### **Le diagnostic**

Aujourd'hui, plus aucune femme n'est traitée sans avoir subi un ou généralement plusieurs examens d'imagerie médicale. Il s'agit surtout de mammographies, échographies ou scintigraphies. Le recours plus fréquent à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est une tendance récente (18% pour la période 2000-2003). Constat général: même à stade égal de la tumeur, on utilise une panoplie d'examens beaucoup plus réduite pour les femmes plus âgées. Ceci est particulièrement vrai pour les tumeurs les plus avancées. 93% des femmes sont traitées endéans le mois suivant le diagnostic, conformément aux recommandations édictées par le NICE<sup>5</sup>. Le délai moyen pour commencer le traitement est de 10 jours.

### **Le traitement**

- Chirurgie

La toute grande majorité des cancers du sein est traitée par chirurgie. Pour environ la moitié des cas, seule la tumeur a été excisée ; pour l'autre moitié, il y a eu une ablation totale du sein, presque toujours accompagnée d'un évidement des ganglions lymphatiques.

On constate à nouveau que, même à stade tumoral égal, les femmes de plus de 70 ans, en comparaison avec les femmes plus jeunes, subissent jusqu'à 10% de chirurgie conservatrice en moins (excision de la seule tumeur). On observe également que les centres ayant un service de radiothérapie recourent plus souvent à la chirurgie conservatrice que les centres sans service de radiothérapie.

- Chimiothérapie

Globalement, 41% des femmes étudiées ont subi une chimiothérapie. Dans deux tiers des cas, celle-ci a eu lieu dans les six semaines qui suivaient l'intervention chirurgicale; dans seulement un cas sur treize, il s'agissait de chimiothérapie préopératoire. On observe à nouveau de grands écarts en fonction de l'âge : à stade de tumeur égal, les femmes de plus de 70 ans qui sont traitées par chimiothérapie le sont en moyenne plus tard après l'intervention que celles appartenant à des tranches d'âges inférieures: par exemple, pour le stade II, leur

---

<sup>5</sup> National Institute for Clinical Excellence – <http://www.nice.uk.org>

délai d'attente est de six semaines ou plus dans plus de la moitié des cas, tandis que, parmi les plus jeunes, seul un quart d'entre elles doit attendre aussi longtemps.

On observe enfin que les centres ayant un volume d'expérience important utilisent 1,3 à 1,5 fois plus la chimiothérapie que les centres à plus petits volumes.

- Radiothérapie

71% des femmes de la population d'étude ont été traitées par radiothérapie. Dans deux tiers de ces cas, une chimiothérapie a été associée. Ici encore, les femmes au-delà de 70 ans sont significativement moins traitées par radiothérapie que les plus jeunes.

Même à stade tumoral égal, les femmes opérées dans les centres qui n'ont pas de service de radiothérapie sont moins souvent traitées par radiothérapie. Ceci vaut surtout pour les femmes ayant une tumeur de stade III.

- Hormonothérapie

Environ deux tiers des femmes de la population d'étude ont eu des médicaments remboursés dans le cadre d'une hormonothérapie ; un nombre inconnu d'entre elles peut cependant avoir été traité (éventuellement dans un deuxième temps) par des produits non remboursés. On remarque que les stades tumoraux avancés sont surtout traités par hormonothérapie et, cette fois-ci, de manière plus fréquente chez les femmes plus âgées, ces dernières ayant plus souvent des tumeurs hormono-dépendantes.

- Prothèse mammaire et reconstruction

Le recours à la prothèse mammaire a fortement augmenté entre 1998 et 2003. Durant la période 2001-2003, deux tiers des femmes y ont eu recours après une ablation totale alors que de 1998 à 2000, seule la moitié y recourait.

Le nombre de reconstructions mammaires reste lui plutôt faible (dans 5% des cas). La reconstruction mammaire est le plus souvent réalisée auprès de femmes de moins de 40 ans. Ce sont les centres qui soignent le plus de femmes qui proposent le plus fréquemment la reconstruction: jusqu'à deux fois plus que dans les plus petits centres.

- Patterns de traitement global

Les centres qu'un plus grand nombre de femmes fréquente, utilisent 1,3 à 1,5 fois plus la chimiothérapie que les centres à petits volumes. Par contre, on voit plus de chirurgie seule (éventuellement associée à l'hormonothérapie) dans les centres qui ont moins de patientes.

A stade tumoral égal – et surtout pour les tumeurs de stade III - les femmes opérées dans les centres qui n'ont pas de service de radiothérapie, bénéficient moins souvent d'une radiothérapie. Globalement, 67% des patientes opérées dans un centre sans service de radiothérapie reçoit quand même des rayons, mais dans un autre hôpital.

### **La survie**

Comme l'on pouvait s'y attendre, les taux de survie dépendent fortement de l'âge et du stade de la tumeur. Ainsi, la survie à 5 ans est de 93% pour les tumeurs de stade I et de 83% pour les tumeurs de stades II. Elle tombe à 53% pour le stade III et 22% pour le stade IV.

### **La voix des femmes**

Outre la prise en charge spécifique que les professionnels de la santé offrent aux patientes, qu'en est-il de leur adaptation et de leur réactivité dans la mise en œuvre des réglementations et programmes telle la consultation oncologique multidisciplinaire ? Comment réfléchissent-ils aux questions relatives au droit à l'information ? Quelles formes de participation et de représentation des patientes mettent-ils en place pour tenir compte de leurs points de vue et expériences en vue d'améliorer leurs propres mécanismes ? Enfin, quelle place accordent-ils à la reconnaissance et l'autonomie de leurs patientes ?

Grâce au témoignage de 50 femmes, nous avons pu mieux préciser les éléments-clés qui contribuent à la qualité perçue des soins et à la qualité de vie. Nous en avons distillé une série de messages qui s'adressent aux professionnels de la santé.

### **"Raconter le cancer du sein"**

Le besoin d'information est au cœur des préoccupations des patientes. Nombre de patientes ne se plaignent plus du manque d'information mais bien d'une information éloignée de leurs véritables besoins. Ici, les femmes demandent une forme narrative, qui décrit quoi et comment dans un discours qui leur permet de s'imaginer un tant soit peu ce qui les attend. De même, elles s'attendent à ce que l'information soit donnée avec tact, et dans un langage

compréhensible, au-delà du jargon médical. Vu l'état de bouleversement dans lequel beaucoup de ces femmes se trouvent, il faudra s'assurer que le message a correctement été entendu et interprété par la patiente. Il sera souvent nécessaire de répéter l'information, à la demande de la femme, ou de manière spontanée.

L'entourage de la patiente ne doit pas être oublié : lui expliquer l'impact que les différents traitements peuvent avoir dans différents domaines de la vie privée, y compris celui de la sexualité. A ce niveau, le médecin de famille peut jouer le rôle essentiel de traducteur : décrypter le langage souvent trop technique des spécialistes en langage courant, compréhensible et clair pour la patiente.

### **Prendre en compte le contexte**

Pour être efficace, il est essentiel de prendre le temps de replacer les différents éléments de la prise en charge de la patiente dans son contexte à elle. Il s'agit d'appréhender la réalité de la patiente, ses besoins spécifiques, ses incertitudes, ses angoisses... face à la maladie elle-même, au traitement, à ses effets secondaires, à ses séquelles mais aussi face aux problèmes de la vie quotidienne introduits par la maladie. Pour ce faire, il faut nécessairement poser des questions précises, s'enquérir de la situation personnelle et éviter les interprétations hâtives... Toutefois, cette démarche demande également l'indispensable participation de la patiente dans la juste définition de son problème ainsi que dans le choix de stratégies appropriées pour y répondre. Tout cela ne peut se faire sans une saine communication entre la patiente et son médecin, sans un esprit de collaboration entre eux, sans rechercher une plus grande autonomie et une responsabilité accrue dans le chef de la patiente.

### **Participation et amélioration des capacités à faire face**

Actuellement, de plus en plus de femmes osent affirmer leur souhait de participer aux prises de décision qui les concernent. Il s'agit donc d'adapter le contenu et le style de la communication en conséquence. Il faut ouvrir la porte aux questions afin de chercher ensemble, en collaboration, des réponses et/ou des solutions adaptées. Pour ce faire, il est important de prendre du temps, de susciter et de ménager des temps de paroles, d'encourager les questions ET de les gérer de manière concertée. Et même s'il ne peut tout résoudre ni

assumer, le praticien est souvent bien placé pour orienter la patiente vers d'autres réponses ou solutions à son problème.

### **Faire rimer prise en charge globale avec accueil et convivialité**

La convivialité du cadre et de l'environnement dans lesquels se déroule la prise en charge est également formulée comme un facteur de satisfaction. Ainsi, les femmes accordent une grande importance à la qualité de l'accueil et de l'accompagnement lors de leurs premiers contacts avec l'institution et/ou le service. Elles expriment le souhait de pouvoir bénéficier d'espaces d'attente accueillants et discrets, à l'abri du regard des autres.

Sur le plan relationnel, elles savent apprécier les attitudes d'un personnel formé à l'écoute active et à l'accompagnement des malades.

A un moment ou l'autre, offrir la possibilité d'une prise en charge psychologique de la patiente et - il ne faut pas l'oublier - de son entourage, fera partie de ce souci de soutien global. Par ailleurs, d'autres types d'appui - esthétique, diététique,... - sont très appréciés par ces femmes. Mais si l'on reconnaît l'importance de ce type d'aides psycho-sociales et autres, leur financement est souvent bien faible en regard du financement des soins médicaux au sens strict. Toutefois nombre d'initiatives se développent aujourd'hui qui intègrent ce type d'approches dans l'ensemble de la prise en charge.

### **Conclusion**

Les résultats de l'analyse quantitative sont pour une part attendus mais peut-être pas totalement. Ainsi, lorsque l'on compare les femmes de plus de 70 ans au groupe des plus jeunes, on observe des différences dans la prise en charge, même à stade tumoral égal :

- elles subissent moins d'examens lors du diagnostic;
- elles subissent moins de chirurgie conservatrice et plus d'ablations;
- elles subissent également moins de radiothérapie;
- elles sont plus souvent traitées par hormonothérapie (plus de tumeurs hormono-dépendantes) ou par simple chirurgie.

Le type de données dont nous disposons ne nous permet pas de poser un jugement absolu quant à l'efficacité et/ou la qualité des soins. Tel n'est d'ailleurs pas le but de cette étude. L'objectif est plutôt de rendre compte aux médecins et aux hôpitaux des pratiques observées dans notre pays pour la période étudiée et partant, de poser un certain nombre de questions suite à ces résultats.

Le plus important en effet est de renforcer au sein des instances hospitalières la remise en question permanente qui favorise la qualité : Qu'en est-il des différentes options thérapeutiques prises au sein de notre institution ? Quels standards suivons-nous ? Existe-t-il, chez nous également, un tel gradient d'âge dans l'intensité du diagnostic et des traitements ? Est-ce un choix conscient et justifié ? Où en sommes-nous en termes de délais ? Comment nous positionnons-nous face aux chiffres observés ? Qu'en faisons-nous ?

De même, les messages délivrés par les femmes qui sont déjà passées par là, doivent eux aussi susciter une telle remise en question et un regard critique et constructif sur les choses à améliorer.

Par ailleurs, nous devons, nous aussi en tant que mutualité, prendre la balle au bond : comment pouvons-nous contribuer à la diffusion de ces messages et veiller à ce que ces derniers atteignent les patientes dès aujourd'hui et dans le futur ? Comment faire en sorte que tous ces témoignages que nous avons recueillis servent à d'autres patientes de «vocabulaire» nécessaire pour développer leur capacité à faire face à la maladie ? Quelles stratégies mettre en place afin de mieux informer et mieux aider les femmes via nos services sociaux et l'ensemble du réseau de notre mouvement, l'autre visage des MC ? Pour nous, le vrai travail va s'intensifier dès maintenant.

Par le biais de cette étude, nous espérons, en tant qu'assureur social comme en tant que mouvement, aider à réaliser cette double aspiration qui est la nôtre : s'appliquer à promouvoir des soins de qualité pour tous nos membres tout en visant la personne dans sa totalité, c'est à dire dans son aspect santé autant que son bien-être et sa qualité de vie.

## Le rôle de l'infirmière de référence pour le cancer du sein

Madame Soumia **Etbaz**

Infirmière du sein

Clinique du Sein, CHU St-Pierre, Bruxelles

L'Article 6 de l'Arrêté royal du 26 avril 2007 définit, dans le cadre de la clinique du sein, la fonction de l'infirmière de référence (ou infirmière du sein) dont le rôle est d'accompagner les femmes atteintes d'un cancer du sein. Cette professionnelle de la santé est présente dès l'annonce du diagnostic et reste une personne de référence dans le parcours médical et émotionnel de toute patiente. Elle est donc le lien entre la patiente et son entourage, l'équipe soignante et l'équipe médicale.

Même si cette fonction est encore en pleine création, l'infirmière du sein doit présenter un certain nombre de compétences définies à l'échelle européenne :

- L'infirmière doit avoir une connaissance générale du cancer et plus spécifiquement du cancer du sein.
- Elle doit être capable de soutenir émotionnellement les patientes.
- Elle doit faire preuve d'une capacité d'organisation et montrer une ouverture à la communication.

Tout en suivant ces recommandations et en tenant compte de notre expérience personnelle antérieure, nous avons trouvé nécessaire de personnaliser ce rôle au sein même de notre hôpital.

Pour ne reprendre que brièvement les moments clés de cette fonction que nous aurons l'occasion d'approfondir au cours de notre exposé, nous pouvons dire qu'au moment de l'annonce du diagnostic, l'infirmière de référence est disponible sur le plateau de consultation. Par ses aptitudes professionnelles et son empathie, elle soutient la patiente et parfois la

famille, durant ce moment de traumatisme important tout en donnant des informations médicales mais aussi des données pratiques.

Durant l'hospitalisation l'infirmière de référence rencontre régulièrement et de façon systématique toute femme atteinte d'une pathologie du sein. Ces moments d'échange sont importants car ils permettent à l'infirmière de maintenir un lien entre la patiente et le monde hospitalier. Lors des rencontres pré-opératoires, l'infirmière remet à la patiente, tout en les expliquant, des brochures d'accueil et d'information qui complètent les renseignements déjà reçus auparavant. C'est aussi une occasion supplémentaire pour la patiente de poser d'éventuelles questions encore en suspens et d'être ainsi rassurée.

Après l'opération et quelque soit la chirurgie pratiquée, l'infirmière est présente lors des premiers soins de la cicatrice et continue d'informer la patiente selon sa demande. Elle lui présente également différents groupes d'entraide tel que « Vivre comme avant » et lui propose d'organiser une visite avec une bénévole de l'association lors de son séjour hospitalier.

Avant la sortie de l'hôpital, l'infirmière rencontre toute patiente ayant eu une mastectomie durant un temps particulier pour lui présenter les prothèses mammaires et lui fournir une prothèse de sortie qui peut l'aider à affronter les premiers regards extérieurs. Si une chimiothérapie est prévue, l'infirmière de référence renseigne la patiente sur les prothèses capillaires et les soins cosmétiques. Elle peut aussi organiser les rencontres avec les professionnels concernés.

A la sortie de l'hôpital, la patiente prend connaissance des rendez-vous organisés par l'infirmière de référence qui a pris contact avec les différents services de consultations tel que la sénologie, la radiologie, l'oncologie et la radiothérapie.

Cette procédure de prise en charge de l'infirmière de référence reste similaire qu'il s'agisse d'un patient homme ou femme. En effet, le cancer du sein ne touche pas uniquement les femmes mais également les hommes qui représentent 1% de l'ensemble des cancers mammaires. Dans tous les cas, l'infirmière reste attentive aux demandes spécifiques de chaque personne.



En lien avec cette activité principale d'accompagnement et d'information des patientes atteintes d'un cancer du sein, l'infirmière de référence remplit aussi une série de tâches relevant de la collaboration, de la communication et de l'organisation. Ainsi, elle participe aux réunions hebdomadaires pluridisciplinaires pré et post-opératoires. Elle y prend connaissance de la date d'arrivée des patientes et des examens programmés tout en étant attentive aux particularités que certaines patientes pourraient présenter (protocole médical particulier, examens médicaux supplémentaires, etc.). C'est aussi en communiquant régulièrement avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire que l'infirmière peut assurer un suivi médical et émotionnel des patientes. Elle contacte également systématiquement le médecin généraliste de chacune d'elles pour l'aviser des traitements prévus.

Ce travail, rendu possible par la collaboration continue avec les différents intervenants tels que les médecins, les infirmières du service d'hospitalisation et de consultations, les psychologues et la kiné, permet une approche globale et un suivi à court et à long terme de la femme traitée pour un cancer du sein. Cette fonction, encore en pleine création, et son intégration dans les différents services reste un défi quotidien passionnant.

## **Bonnes et mauvaises raisons de proposer une mastectomie en 2008**

Professeur Martine **Berlière**  
Université Catholique de Louvain

Six siècles avant Jésus Christ, Héraclite, philosophe grec, affirmait que tout change et rien n'est immuable. Cette maxime se rapporte parfaitement à la chirurgie mammaire et à sa constante évolution.

### **Introduction :**

Fin du 19<sup>ème</sup> siècle, le cancer du sein est considéré comme une maladie loco-régionale et selon Halsted et les chirurgiens de l'époque, plus le traitement chirurgical est radical, plus les chances de guérison sont importantes. Ces constatations conduisent malheureusement à des interventions chirurgicales particulièrement mutilantes avec amputation des muscles de la paroi thoracique et exérèse des ganglions axillaires sus-claviculaires et mammaires internes. Heureusement, on assiste progressivement à une désescalade thérapeutique (Veronesi) et du traitement maximum tolérable, on passe au traitement minimal efficace. Les mastectomies deviennent moins radicales. Il s'agit de mastectomies selon Patey ou Madden et les bases du traitement conservateur s'érigent peu à peu sous l'influence de Veronesi en Europe et de Fischer aux Etats-Unis.

### **Quels sont les objectifs du traitement chirurgical dans le cancer du sein ?**

Les objectifs sont :

- Assurer le diagnostic complet ;
- Recueillir les facteurs pronostiques ;
- Participer au contrôle loco-régional du cancer et l'on sait aujourd'hui que ce traitement loco-régional bien fait a un impact sur la survie.

Les objectifs du traitement chirurgical conservateur sont les mêmes que ceux de la mastectomie mais on peut y ajouter en plus la vocation particulière de réduire l'impact

psychologique d'une mastectomie sur la patiente en réalisant un traitement aussi efficace mais en conservant en plus, ou en restaurant, la morphologie du sein.

Les traitements conservateurs ont certaines limites et, dans 20 à 30 % des cas, on estime que les résultats esthétiques sont imparfaits car il y a, non seulement, des déformations, des séquelles au niveau de la cicatrice, des pertes de volume et une ascension de la plaque aréolo-mamelonnaire.

Grâce aux techniques de chirurgie plastique et en particulier l'onco-plastique, la morphologie du sein peut être, en bonne partie, restaurée. Néanmoins, il serait dangereux de vouloir traiter tous les cancers du sein par traitement conservateur et plastie mammaire. En 2008, il persiste des indications absolues et des indications relatives de mastectomie.

#### **Indications absolues de mastectomie :**

- Bifocalité ou multifocalité tumorale en dehors des cas de tumeurs situées dans le même quadrant et distantes de moins de 3 cm.
- Carcinome in situ diffus : microcalcifications dans plusieurs quadrants.
- Cancer inflammatoire après chimiothérapie.
- Marges non saines après réexcision.
- Récidive après traitement conservateur.
- Non-réponse à la chimiothérapie néo-adjuvante avec persistance d'un volume tumoral trop important par rapport à la taille du sein.

#### **Indications relatives de mastectomie :**

- Cancer familial avec mutation génétique.
- Rapport taille de la tumeur par rapport à la taille du sein élevé.
- Croissance rapide de la tumeur.
- Choix de la patiente.

Certaines indications d'hier ne sont plus des indications aujourd'hui : par exemple, une tumeur centrale rétro-aréolaire ou encore les tumeurs bifocales de proximité.

Certaines indications d'aujourd'hui peuvent évoluer et ne seront peut-être plus des indications de mastectomie demain.

### **Mauvaises indications :**

- Age avancé : la mastectomie a un impact psychologique très délétère quel que soit l'âge de la patiente.
- Absence de service de radiothérapie disponible ou éloignement par rapport au service de radiothérapie : les schémas courts sont de plus en plus appliqués pour des patientes au-delà de 60 et 65 ans. La radiothérapie connaît des progrès importants dans l'application des schémas courts et la radiothérapie intra-opératoire (Mobetron) modifiera également profondément la durée des traitements de radiothérapie.
- Tumeurs centrales : il est tout à fait inexact de proposer une mastectomie pour éviter un traitement plus lourd. En effet, chaque étape du traitement du cancer du sein est indispensable. Aucune étape ne peut rattraper ou remplacer une autre étape. Par exemple, un surdosage ne rattrape pas des marges non saines et une mastectomie ne peut pas se substituer à de l'hormonothérapie ou à de la chimiothérapie.

Dans un certain nombre de cas, la mastectomie peut s'accompagner d'une reconstruction immédiate, essentiellement quand on peut savoir à l'avance qu'il y aura abstention de radiothérapie postopératoire. Par exemple, pour une lésion tumorale in situ inférieure à 5 cm, lorsqu'il n'y a pas d'atteinte cutanée aréolo-mamelonnaire ou pariétale, pas d'embol tumoro-vasculaire lymphatique ou une absence de chimiothérapie néoadjuvante avec, bien sûr, une absence d'envahissement ganglionnaire.

Les bonnes indications sont donc, par exemple, des marges non saines chez une patiente qui a un curage axillaire ou un ganglion sentinelle négatif, des lésions in situ avec marges non saines et un ganglion sentinelle négatif.

### **Quelles sont les perspectives ?**

L'onco-plastique apporte une aide importante à la patiente en permettant d'améliorer la qualité du traitement conservateur et d'élargir les indications tout en conservant des indications formelles de mastectomie.

Dans un certain nombre de cas de mastectomies, essentiellement lorsque l'abstention de traitement de radiothérapie est possible, la reconstruction immédiate offre également de belles possibilités. C'est en appliquant ce concept exigeant que les chances de guérison augmenteront.

## **Conclusion**

Il faut bien garder en mémoire que les choix chirurgicaux doivent être élaborés de manière précise et consensuelle avec les différents intervenants traitant du cancer du sein lors des réunions pluridisciplinaires de concertation.

Chaque étape du traitement doit tendre vers la perfection.

## **Cancer du sein chez l'homme :**

Le cancer du sein chez l'homme est une affection rare. Il représente 0.8 % à 1 % des cancers du sein. L'incidence est très variable en fonction de la géographie. On peut noter une incidence élevée dans certains pays comme la Zambie et l'Ouganda, et une incidence très basse, par exemple, au Japon.

Les facteurs de risque principaux sont des facteurs d'ordre génétique comme le syndrome de Klinefelter et surtout les mutations du gène BRCA2 qui, lorsqu'elles sont présentes, sont responsables d'une incidence de 4 à 40 % des cancers du sein chez les patients porteurs de ces mutations.

Certaines conditions, comme l'obésité, la prise d'œstrogènes et la consommation d'alcool favorisent le développement du cancer du sein.

Enfin, certains antécédents médicaux comme des problèmes hépatiques, des problèmes testiculaires, les antécédents de radiothérapie sur la paroi thoracique, prédisposent également au cancer du sein.

Le cancer du sein chez l'homme se présente essentiellement sous forme de masse, parfois sous forme d'écoulement sanguinolent. L'atteinte mamelonnaire est présente dans 40 à 50 % des cas.

Les moyens diagnostiques utilisés sont les mêmes que chez la femme, à savoir la mammographie, l'échographie et la biopsie.

## **Caractéristiques principales**

Le carcinome canalaire infiltrant est le type histologique prédominant dans plus de 90 % des cancers du sein. On observe beaucoup plus rarement des cancers papillaires, médullaires, in situ ou lobulaires infiltrants qui sont très rares.

Les récepteurs hormonaux sont très fréquemment positifs.

Dans les études rétrospectives, on note environ 80 % de récepteurs aux œstrogènes, 70 % de récepteurs à la progestérone, ce qui en fait une fréquence un peu plus élevée que chez les

femmes et plus ou moins similaire aux patientes post-ménopausées. La surexpression du récepteur aux androgènes est variable et la surexpression du cErb2 peut atteindre 30 % dans certaines études, alors que dans d'autres, elle est faible.

Parmi les facteurs pronostiques principaux, on note l'atteinte ganglionnaire et le stade.

### Traitement loco-régional

En 2008, la mastectomie demeure le « gold standard ».

Il est rapporté dans la littérature quelques cas de traitement conservateur qui ne sont pas recommandés à l'heure actuelle.

La radiothérapie est administrée aux mêmes doses et dans les mêmes indications que chez la femme après mastectomie.

### Traitement systémique

L'hormonothérapie : le tamoxifène reste le « gold standard ».

On ne dispose pas d'étude randomisée mais bien des études rétrospectives qui ont montré leur efficacité.

En maladie métastatique, les agonistes de la LH-RH ont prouvé leur efficacité soit seuls, soit en association avec des inhibiteurs de l'aromatase qui sont maintenant étudiés en première ligne.

Certains recommandent toujours l'association des inhibiteurs aux agonistes de la LH-RH.

Le Fulvestrant, dans de petites études, montrait également une bonne efficacité.

Le rôle de la chimiothérapie adjuvante est moins bien établi mais des études rétrospectives montrent un bénéfice à la fois en maladie métastatique et en adjuvant. Les schémas les plus utilisés sont à base d'Anthracycline et les Taxanes sont à l'étude.

La thérapie ciblée est également recommandée et notamment l'utilisation de l'Herceptin pour les patient surexprimant le cErb2.

### Conclusion

Le cancer du sein chez l'homme a ses propres caractéristiques.

La prise en charge optimale est loin d'être établie étant donné la rareté de l'affection qui n'a pas permis d'effectuer d'études randomisées.

Il est proposé d'inclure les hommes dans les études randomisées destinées aux femmes, de développer des registres internationaux pour augmenter le nombre de cas et avoir ainsi des

données plus importantes. Il est aussi recommandé de développer des organisations et des réseaux de support pour les patients masculins atteints d'un cancer du sein.

# L'alimentation avant, pendant et après le cancer du sein

Martine **Pauly**

Diététicienne, RHMS - Baudour

Avant de traiter de l'influence de l'alimentation dans le développement du cancer du sein et de son importance durant le traitement, il est important de définir l'alimentation équilibrée.

## **Définition de l'alimentation équilibrée**

Une alimentation équilibrée est une alimentation qui couvre tous les besoins de l'organisme en protéines, lipides, glucides (nutriments énergétiques) et en vitamines, minéraux, oligo-éléments (nutriments non énergétiques). Ces nutriments doivent être apportés en quantité optimale. L'alimentation équilibrée contribue au bon fonctionnement de l'organisme et influence directement notre capital santé.

## **Rôles de l'alimentation**

- Assurer la croissance de l'organisme ;
- Réparer les tissus ;
- Maintenir la température du corps ;
- Assurer les fonctions de base tels que la digestion, la respiration, etc. ;
- Apporter l'énergie nécessaire à l'activité physique.

## **Les grands principes de l'alimentation équilibrée**

- Boire minimum un litre et demi par jour, d'eau de préférence, en limitant la consommation des boissons alcoolisées et sucrées.
- Consommer trois rations de légumes et deux rations de fruits chaque jour. On évalue le poids d'une ration à cent cinquante grammes.



- Préférer les céréales complètes : pain complet, riz et pâtes complètes.
- Limiter la consommation de viande. La ration recommandée est de maximum cent grammes. Il est conseillé de consommer de la viande, du poisson et des œufs deux fois par jour. La viande rouge (bœuf, cheval, canard) est recommandée à raison de deux fois par semaine. Il est également recommandé de consommer du poisson deux fois par semaine. Un repas composé de poisson gras (thon, saumon, maquereau et sardine) est recommandé chaque semaine.

Les charcuteries grasses telles que le salami, le saucisson, le pâté et le boudin sont à éviter.

- Limiter la consommation de sel en évitant d'ajouter du sel à table et dans les préparations. Eviter de consommer des aliments très riches en sel tels que les chips, les biscuits salés et les amuse gueule servis lors de l'apéritif. Eviter de boire des eaux minérales riches en sel.
- Consommer du lait et des produits laitiers à raison de 50 gr de fromage par jour. Compléter la ration de calcium par une utilisation régulière de lait, de fromage blanc et de yaourt. Il est préférable de consommer des produits laitiers écrémés pour limiter la consommation de graisses animales.
- Limiter l'utilisation des graisses et particulièrement des graisses animales. Utiliser des graisses végétales pour cuisiner et tartiner. Ces huiles et margarines sont à base de soya, colza, d'arachide, de tournesol et d'olive.
- Limiter la consommation d'aliments trop sucrés et trop gras (chocolat, pâtisserie, biscuit, etc.).
- Consommer 3 repas par jour. Ne pas oublier le petit déjeuner et ne pas sauter de repas.
- Mastiquer correctement les aliments pour faciliter le travail de la digestion.
- Ne pas oublier que manger est une source de plaisir. Veiller à ce que les repas soient variés et consommés dans une ambiance agréable et conviviale.
- Eviter toute prise de poids – conserver votre poids idéal.
- Pratiquer un exercice physique quotidien à raison de 30 minutes de marche, de vélo et de natation.
- Eviter de fumer.

## **Quel est le rôle de l'alimentation dans l'augmentation du risque du cancer du sein ?**

Une consommation d'alcool, même en faible quantité, semble augmenter le risque de cancer du sein.

Après la ménopause, l'excès de poids est un des facteurs qui favorise l'apparition du cancer du sein chez la femme.

La consommation de tabac ne semble pas avoir d'influence dans ce domaine, par contre certaines études laissent à penser que l'exercice physique pourrait réduire ce risque. Pour réduire le risque d'apparition du cancer du sein, l'exercice doit être régulier et pratiqué durant toute la durée de la vie.

En conclusion : pour réduire le risque de cancer du sein, il faut éviter toute prise de poids, limiter sa consommation de boissons alcoolisées et pratiquer un exercice physique régulier.

## **Quelle est l'importance de l'alimentation équilibrée pendant la période du traitement du cancer du sein ?**

L'alimentation n'a pas d'effet thérapeutique sur le cancer. Elle ne contribue donc pas directement au processus de guérison. Conserver une alimentation équilibrée est essentiel en complément du ou des traitements prescrits.

### **Facteurs influençant l'alimentation**

- La maladie :  
La dépression et l'anxiété qui en résultent peuvent être à l'origine d'un manque d'appétit et de la diminution des apports alimentaires. Le dégoût de certains aliments peut également perturber l'équilibre de l'alimentation.
- Les nombreux examens peuvent entraîner de longues périodes de jeûne pour le patient.
- Les traitements :
  - La chirurgie
  - La radiothérapie
  - La chimiothérapie
  - L'hormonothérapie

## **Importance de l'alimentation équilibrée durant la période du traitement**

- Préserver l'immunité et réduire le risque d'infection.
- Réduire la durée et l'intensité des effets secondaires consécutifs à la chimio- et à la radiothérapie.
- Réduire le nombre et les durées d'hospitalisation.
- Limiter la fatigue.
- Améliorer les processus de cicatrisation après une intervention chirurgicale.
- Maintenir une qualité de vie au quotidien.

Ces effets secondaires ne sont pas systématiques. Ils sont temporaires, leur intensité peut être fortement réduite grâce aux médicaments prescrits. Ils disparaissent dès l'arrêt du ou des traitements. Des mesures diététiques complètent l'action des médicaments.

## **Effets secondaires de la chimiothérapie**

- L'anorexie ou la perte d'appétit ;
- Les nausées et les vomissements ;
- La fatigue ;
- La diarrhée ;
- Une moindre résistance aux infections ;
- Une inflammation, des brûlures de la bouche et de la gorge, des aphtes.

## **Effets secondaires de la radiothérapie**

- Un œdème et une inflammation de l'œsophage peuvent rendre la déglutition douloureuse.
- La fatigue.

## **Effets secondaires de l'hormonothérapie**

- Une prise de poids.
- Une rétention d'eau.

Exemple : en cas de fatigue et de perte d'appétit

De nombreux petits repas seront conseillés au cours de la journée. De l'aide pour la préparation des repas peut être proposée de manière à limiter la fatigue. La préparation de grandes quantités stockées au congélateur peut solutionner le problème. Les collations compléteront les repas et apporteront lait entier, yaourt aux fruits, fromage blanc et fruits. Ces collations permettront de compléter les apports alimentaires du patient et d'éviter les complications liées à une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité.

### **Comment manger pour éviter le risque de rechute et de récurrence ?**

La poursuite d'une alimentation équilibrée et variée est essentielle pour réduire le risque de rechute et de récurrence.

De nombreuses études montrent l'importance de ces différentes recommandations dans la prévention de la maladie :

- Limiter la consommation d'alcool : pour les femmes, il est recommandé de consommer un verre de vin de 10 cl, de bière de 25 cl ou d'alcool de 6 cl par jour.
- Eviter toute prise de poids – conserver le poids idéal.
- Consommer 3 rations de fruits et 2 rations de légumes par jour.
- Préférer les céréales complètes : pain gris complet, riz complet et pâtes complètes.
- Limiter la consommation de graisses et particulièrement de graisses animales. Utiliser des huiles et des margarines à base de soya, olive, tournesol, arachide et colza pour tartiner et cuisiner.
- Pratiquer un exercice physique quotidien à raison de trente minutes de marche, vélo ou natation.

Les antioxydants font l'objet de nombreuses études dont les résultats semblent prometteurs dans la prévention du cancer du sein. La consommation régulière d'aliments riches en antioxydants est conseillée.

Les antioxydants recommandés dans la prévention du cancer du sein sont les caroténoïdes, la vitamine E et le sélénium.

- Aliments riches en caroténoïdes : épinards, carottes, abricots et les mangues
- Aliments riches en vitamine E : germes de soya, brocolis, épinards, noix, huiles végétales et les céréales complètes
- Aliments riches en sélénium : ail, noix, son et le lait

L'usage de compléments fortement dosés est déconseillé, il semblerait qu'ils pourraient favoriser le développement du cancer.

### **Conclusion**

L'alimentation équilibrée joue un rôle essentiel dans la prévention et le traitement du cancer du sein. Les conseils d'un diététicien peuvent vous aider à atteindre cet objectif.

Je souhaite réconcilier diététique, plaisir de manger et gastronomie afin que nous puissions bien manger tout en préservant notre capital santé.

---