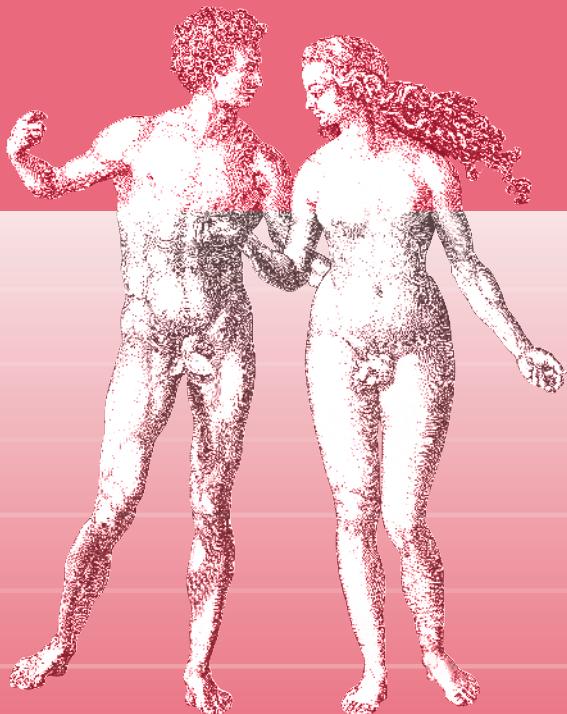




ligue contre le cancer

Le cancer du sein

Un guide de la Ligue
contre le cancer



Les ligues contre le cancer en Suisse : proximité, soutien individuel, confidentialité et professionnalisme

Vous et vos proches pouvez vous appuyer sur les activités de conseil et soutien proposées gratuitement près de chez vous. Près de 100 professionnels, répartis sur plus de 60 sites en Suisse, offrent un suivi individuel et confidentiel pendant et après la maladie.

En parallèle, les ligues cantonales développent des actions de prévention auprès de la population. Objectif: diminuer les facteurs de risque qui pré-disposent au développement de la maladie.

Impressum

Éditrice

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
Case postale
3001 Berne
Tél. 031 389 91 00
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch

2^e édition, direction du projet et rédaction

Nicole Bulliard, spécialiste Publications, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Conseils scientifiques

PD Dr med. Gilles Berclaz, directeur médical du centre du sein de Berne, Hôpital Lindenhof, Berne; Dr med. Aline Flatz, collaboratrice scientifique, Ligue suisse contre le cancer, Berne; Patricia Magnin, infirmière référente cancer du sein, Fribourg; Prof. Dr med. Brigitte Pittet-Cuénod, médecin-cheffe, service de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, HUG, Genève; Didier Tomson, physiothérapeute avec expertise, service d'angiologie, CHUV, Lausanne, président du Swiss Lymphoedema Framework et vice-président de Lympho-Suisse; Prof. Dr med. Pelagia G. Tsoutsou, médecin-cheffe, service de radio-oncologie, département d'oncologie, HUG, Genève; PD Dr med. Khalil Zaman, oncologue médical, responsable médical du centre du sein, département d'oncologie, CHUV, Lausanne

Nous remercions la personne touchée pour sa relecture attentive et ses précieux commentaires.

Relecture

Jacques-Olivier Pidoux, spécialiste Révision et traduction, Ligue suisse contre le cancer, Berne

1^{re} édition, direction de projet, contenu, conseils scientifiques, texte, rédaction

Prof. Dr med. Daniel Fink, directeur de la clinique de gynécologie et du centre du sein, Hôpital universitaire de Zurich; Ines Fleischmann, Ligue suisse contre le cancer, Berne; Prof. Dr med. Andreas Günthert, médecin-chef, nouvelle clinique de gynécologie, Hôpital cantonal de Lucerne; Dr med. Karin Huwiler, Ligue suisse contre le cancer, Berne; Ruth Jahn, journaliste scientifique, agence de presse Index, Berne; Sabine Jenny, responsable du Service d'information sur le cancer, Ligue suisse contre le cancer, Berne; Susanne Lanz, rédactrice, Ligue suisse contre le cancer, Berne; PD Dr med. Cornelia Leo, coordinatrice du centre du sein, clinique de gynécologie, Hôpital universitaire de Zurich; Ernst Schlumpf, collaborateur rédactionnel, Ligue suisse contre le cancer, Berne; Dr med. Armin Thöni, responsable médical, service de radio-oncologie, Hôpital Lindenhof, Berne; Prof. Dr med. Beat Thürlimann, médecin-chef, centre du sein, Hôpital cantonal de Saint-Gall; Dr med. Mark Witschi, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Couverture

Adam et Ève, d'après Albrecht Dürer

Illustrations

pp. 9, 13, 14, 27, 44: Frank Geisler, illustrateur scientifique, Berlin

Photos

pp. 4, 24, 64, 78: iStock;
pp. 10, 38, 86, 98: Shutterstock

Conception graphique

Wassmer Graphic Design, Zäziwil

Impression

Jordi AG, Belp

Cette brochure est également disponible en allemand et en italien.

© 2020, 2015, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Sommaire

5 Avant-propos

6 Qu'est-ce que le cancer?

12 Le cancer du sein

- 12 Le sein féminin et ses fonctions
- 15 Modifications bénignes et nodules
- 17 Les différentes formes de cancer du sein
- 20 Causes possibles et facteurs de risque
- 23 Troubles et symptômes possibles

25 Les examens et le diagnostic

- 25 Les examens de base
- 27 Les investigations complémentaires
- 31 Les analyses supplémentaires pour préciser le diagnostic
- 34 Les stades de la maladie

40 Options thérapeutiques possibles

- 41 La chirurgie
- 44 L'ablation des ganglions lymphatiques
- 46 La radiothérapie
- 50 Les traitements médicamenteux
- 51 La chimiothérapie
- 54 Les thérapies anti-hormonales
- 58 Autres médicaments
- 59 Les thérapies ciblées
- 62 L'immunothérapie
- 63 La préservation de la fertilité

66 Généralités concernant le traitement

- 73 Le déroulement du traitement
- 73 Le traitement du carcinome canalaire in situ
- 74 Le traitement du cancer infiltrant
- 75 Le traitement au stade métastatique
- 77 Le traitement de la récidive locale
- 79 Le traitement dans le cadre d'une étude clinique

80 Les effets indésirables

- 82 Image corporelle
- 83 Désir d'enfant et sexualité

88 Les traitements additionnels

- 88 Les prothèses du sein et la reconstruction
- 89 L'œdème lymphatique
- 91 Le traitement de la douleur
- 93 Les médecines complémentaires

94 Après les traitements

- 94 Le suivi médical
- 95 Offres de réadaptation
- 96 Retour au travail
- 97 Soins palliatifs

100 Conseils et informations



Chère lectrice, cher lecteur,

Cancer. Pour les malades comme pour leurs proches, le diagnostic est généralement un choc. Du jour au lendemain, la vie bascule : le présent, l'avenir, tout est chamboulé et les questions se précipitent, chargées d'espoir un jour, lourdes d'angoisse et de colère le lendemain.

Cette brochure est destinée à vous aider à mieux comprendre et affronter la maladie. Vous y trouverez une description détaillée du cancer du sein, des examens réalisés en vue de poser le diagnostic et de définir le traitement. Elle donne aussi des conseils utiles pour la période qui suit les thérapies et des offres de soutien pour vous faciliter le retour à la vie de tous les jours.

Le cancer du sein peut se présenter sous différentes formes. Il comprend de nombreux sous-types qui ne sont pas tous traités de la même manière. L'équipe médicale vous donnera les informations nécessaires dans votre cas et vous conseillera.

Grâce aux progrès réalisés par la médecine, les traitements sont plus efficaces et mieux tolérés. Au stade

précoce, le cancer du sein offre de bonnes perspectives de guérison. Au stade avancé, lorsque la tumeur a déjà formé des métastases, il est souvent possible de ralentir l'évolution de la maladie et d'en atténuer les symptômes de manière à préserver une bonne qualité de vie.

Si vous avez des questions, l'équipe médicale et soignante est là pour y répondre. N'hésitez pas non plus à faire appel au soutien de votre entourage, qu'il s'agisse de votre famille, de vos amis ou de vos voisins.

De nombreuses autres brochures de la Ligue contre le cancer sont source d'informations et de conseils utiles. Les professionnels à l'œuvre au sein des ligues cantonales et régionales et à la Ligne InfoCancer connaissent bien les questions qui se posent dans le cas d'un cancer. Ils sont là pour vous conseiller et vous accompagner. Nous vous indiquons les coordonnées nécessaires aux pages 108 et 109.

Nos vœux les plus chaleureux vous accompagnent.

Votre Ligue contre le cancer

Remarque

Cette brochure est consacrée au cancer du sein chez la femme. Le carcinome mammaire peut également apparaître chez l'homme, mais les cas sont beaucoup plus rares. Le traitement est, dans l'ensemble, le même pour les deux sexes. Les hommes concernés trouveront des références dans la section « Internet », page 105.

Qu'est-ce que le cancer ?

Le terme de «cancer» recouvre un large éventail de maladies différentes qui présentent néanmoins certaines caractéristiques communes :

- Des cellules normales au départ se multiplient de façon incontrôlée ; elles prolifèrent et se transforment en cellules cancéreuses.
- Les cellules cancéreuses envahissent le tissu sain ; elles le compriment et le détruisent.
- Certaines de ces cellules peuvent se détacher de l'endroit où elles se sont constituées et donner naissance à des foyers secondaires dans d'autres parties du corps : ce sont les métastases.

Le terme de «cancer» désigne donc la prolifération de cellules qui se multiplient de façon incontrôlée et qui envahissent le tissu sain. Dans le langage courant, on parle aussi de tumeur. Il faut toutefois distinguer les tumeurs bénignes, qui ne mettent pas la vie en danger, des tumeurs malignes, qui peuvent menacer l'existence.

Il existe plus de deux cents types de cancer différents. On distingue deux groupes principaux :

- les tumeurs solides, qui se développent à partir des cellules d'un organe et qui forment une masse

ou un nodule (c'est le cas du cancer du sein) ;

- les cancers qui prennent naissance dans le système sanguin ou lymphatique (les leucémies, par exemple). Ceux-ci peuvent notamment se traduire par un gonflement des ganglions lymphatiques, mais aussi par des modifications de la formule sanguine.

Tumeurs bénignes et tumeurs malignes

En grandissant, les tumeurs bénignes compriment le tissu sain, mais elles ne l'envahissent pas et ne forment pas non plus de métastases. Suivant leur localisation, elles peuvent cependant provoquer des troubles importants en écrasant le tissu normal ou en entraînant le rétrécissement d'un canal comme un nerf ou un vaisseau sanguin.

Certaines tumeurs bénignes peuvent être liées à une augmentation de risque de cancer du sein, comme le carcinome lobulaire in situ (voir p. 18).

Les tumeurs malignes, quant à elles, envahissent le tissu environnant et l'endommagent. Elles forment également de nouveaux vaisseaux sanguins pour s'approvisionner en éléments nutritifs.

Des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur et passer dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Elles parviennent ainsi dans les ganglions lymphatiques et dans d'autres organes, où elles forment des métastases. Les métastases du cancer du sein se développent le plus souvent dans les ganglions lymphatiques régionaux situés dans la région de l'aisselle, de la clavicule ou du sternum. Elles peuvent aussi s'étendre à la peau, à la paroi thoracique, aux os, au foie, au poumon ou au cerveau. En principe, les cellules cancéreuses conservent les caractéristiques de leur tissu d'origine, de sorte qu'il est possible d'identifier l'organe dont les métastases sont issues.

Tout commence dans la cellule

Les tissus et les organes sont composés de plusieurs milliards de cellules. Chaque cellule renferme dans son noyau le plan de construction de l'individu : le matériel génétique (génome), avec les chromosomes et les gènes. Celui-ci est constitué d'acide désoxyribonucléique (ADN), le support de l'information génétique.

Des causes multiples

Les maladies cancéreuses sont dues à des altérations qui affectent le matériel génétique des cellules. Certains facteurs sont connus pour favoriser ces mutations et jouent un rôle dans l'apparition du cancer :

- le vieillissement naturel ;
- le mode de vie (alimentation trop peu variée, sédentarité, tabagisme, consommation d'alcool, etc.) ;
- des influences extérieures (infections, polluants, fumée du tabac, rayonnement ultraviolet, rayons X, radioactivité) ;
- des facteurs héréditaires ou génétiques.

Certains de ces facteurs de risque peuvent être influencés, d'autres pas. Environ un tiers de tous les cancers pourraient être évités sans les facteurs de risque comme l'alcool ou le tabac. Les deux tiers restants sont liés à des facteurs non modifiables ou inconnus.

En principe, l'apparition d'un cancer est due à la conjonction de plusieurs facteurs. Dans bien des cas, les éléments particuliers qui ont conduit à la maladie restent inconnus.

Le vieillissement

Le vieillissement naturel de l'organisme favorise le développement des maladies cancéreuses. La fréquence de la plupart des cancers augmente avec l'âge. Près de 90% surviennent après 50 ans.

En règle générale, la division cellulaire s'effectue correctement et les éventuelles erreurs sont réparées. Mais avec les années, les altérations du matériel génétique qui sont susceptibles d'entraîner l'apparition d'un cancer s'accumulent. Ainsi, plus une personne est âgée, plus son risque de cancer est élevé. Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie moyenne, le nombre de cancers est en augmentation.

Le mode de vie

Le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation et l'activité physique sont autant de facteurs sur lesquels chacun peut agir. En ayant une bonne hygiène de vie, on peut diminuer le risque de certains cancers.

Les influences extérieures

Si l'on ne peut que partiellement se soustraire à certains facteurs extérieurs auxquels on se trouve involontairement exposé, comme les poussières fines, il est possible de

se prémunir contre d'autres. Adopter une protection solaire appropriée contre le rayonnement ultraviolet ou se faire vacciner contre les virus susceptibles de provoquer un cancer en sont des exemples.

L'hérédité

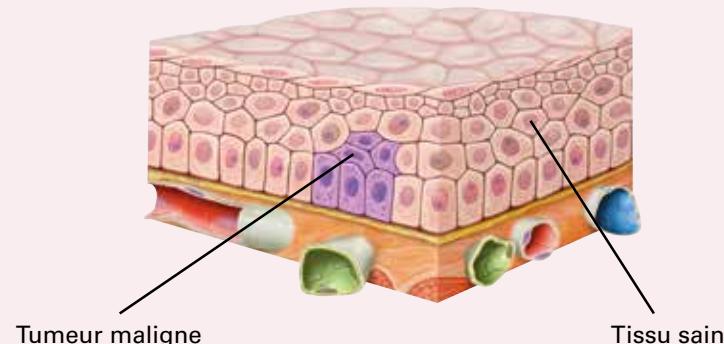
Dans 5 à 10 % des cas, le cancer est lié à une modification congénitale avérée du matériel génétique. Il s'agit alors de cancer héréditaire. Les personnes qui présentent une prédisposition supposée ou avérée au cancer devraient consulter un spécialiste. S'il n'est pas possible d'influencer cette prédisposition en soi, la personne concernée peut, pour certains cancers, suivre des examens de dépistage réguliers. Elle peut aussi prendre des mesures qui réduisent le risque de développer la maladie, comme la mastectomie en cas de risque élevé de cancer du sein.

Dans certaines familles, on observe une accumulation de cancers spécifiques, dont le cancer du sein. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la section « Causes possibles et facteurs de risque » (voir p. 20), de même que dans la brochure « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 103).

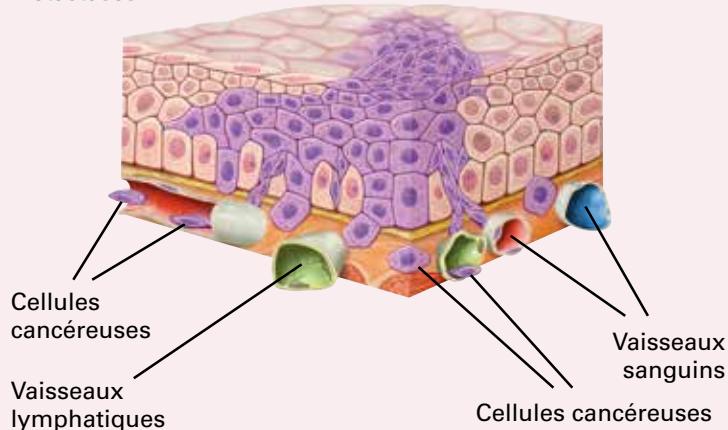
Comment se forme une tumeur?

Exemple : carcinome de la muqueuse

1. La tumeur commence à infiltrer le tissu sain.



2. Elle envahit le tissu voisin. Les cellules cancéreuses pénètrent dans les vaisseaux sanguins (en rouge/bleu) et lymphatiques (en vert) et parviennent ainsi dans d'autres organes, où elles forment des métastases.





Pourquoi moi?

Vous vous posez peut-être cette question et vous vous demandez si vous auriez pu faire les choses autrement pour échapper à la maladie. Il est compréhensible que vous vous interrogez et que vous soyez en proie au doute ou à la colère. Vous devez toutefois savoir que la genèse du cancer est un processus extrêmement complexe, qui est difficile à cerner même pour les spécialistes.

Personne ne peut se protéger à coup sûr de la maladie. Le cancer peut frapper les personnes qui ont un comportement à risque et celles qui vivent sainement, les jeunes et les moins jeunes. La probabilité d'être atteint relève en partie du hasard ou de la fatalité. Ce qui est sûr, c'est que le diagnostic engendre un stress important.

Vous trouverez dans la brochure «Cancer et souffrance psychique: Le cancer touche la personne dans sa totalité» (voir p. 103) des explications sur les difficultés que le cancer peut engendrer sur le plan émotionnel et mental et des pistes pour mieux les affronter.

Le cancer du sein

Lorsque des cellules du sein dégénèrent et se multiplient de façon incontrôlée, elles finissent par donner naissance à une tumeur. Quand celle-ci est maligne, on parle de cancer du sein, ou de carcinome mammaire.

Le sein féminin et ses fonctions

Le sein est une glande dont la principale fonction est de produire le lait maternel à la naissance d'un enfant. La glande mammaire, que nous appellerons « sein » pour simplifier dans la suite du texte, se compose de tissu glandulaire, adipeux et conjonctif.

Les seins font partie des caractères sexuels dits secondaires, car contrairement aux caractères sexuels *pri-maires*, ils ne sont pas essentiels à la reproduction.

Chaque sein repose sur un muscle du thorax appelé muscle pectoral. Le sein lui-même est dépourvu de muscles.

La taille et la forme des seins dépendent essentiellement de la part de tissu adipeux et conjonctif, qui varie fortement d'une femme à l'autre. Le mamelon et l'aréole sont également très différents suivant la femme.

Lobules et canaux galactophores

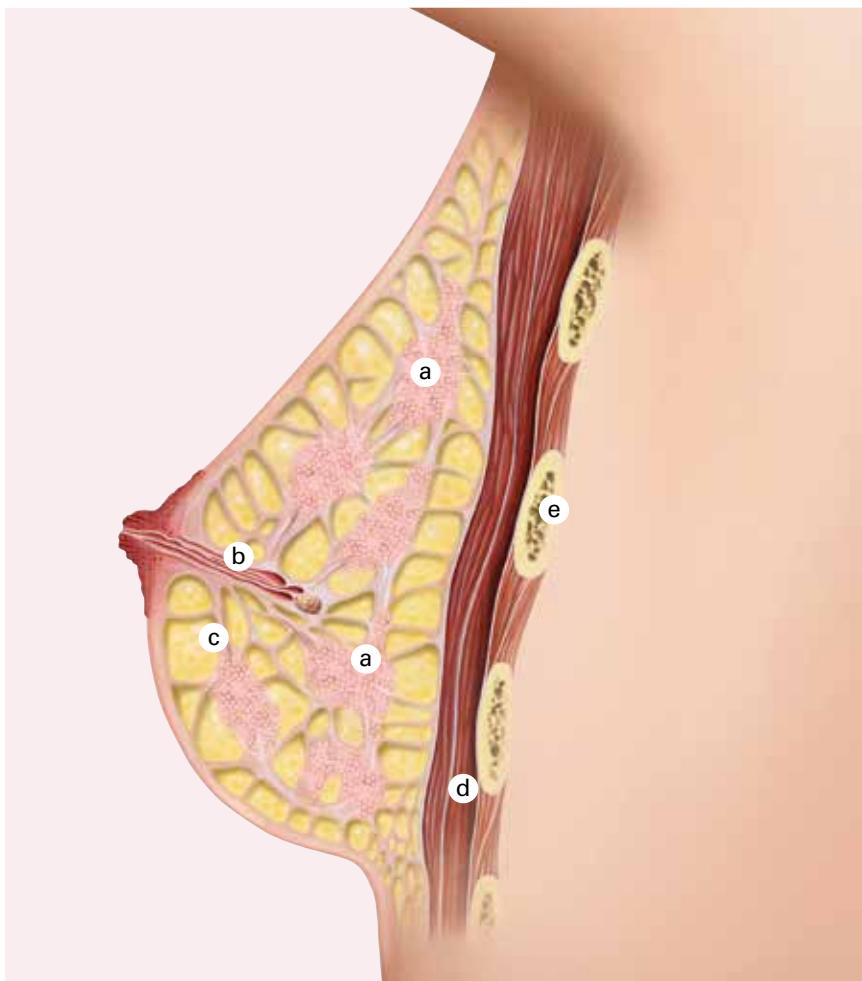
Chaque sein se compose de plusieurs lobes, eux-mêmes subdivisés en lobules. Il est parcouru par un réseau de 15 à 20 canaux galactophores allant des lobes au mamelon. C'est dans les lobules, stimulés par une hormone, la prolactine, que le lait maternel est produit à la naissance d'un enfant.

Vus de face, les canaux galactophores sont disposés en étoile (voir illustration p. 14). Cette étoile est toutefois irrégulière, car le quadrant supérieur externe du sein (le plus proche de l'aisselle) comporte davantage de tissu glandulaire. C'est là que près de la moitié des tumeurs du sein se forment.

Vaisseaux sanguins et lymphatiques

Le sang en provenance des artères de la région de l'aisselle et du sternum irrigue le sein et l'approvisionne en éléments nutritifs et en hormones. Les veines évacuent le sang en suivant les mêmes chemins dans le sens inverse.

Les vaisseaux lymphatiques, voisins des vaisseaux sanguins, transportent la lymphe en direction des aisselles, mais aussi, dans une moindre mesure, de la clavicule et du sternum. La lymphe est un liquide contenant divers globules blancs et des anticorps.



Sein féminin

- a lobes, composés de nombreux lobules
- b canaux galactophores
- c tissu adipeux et conjonctif
- d muscle pectoral
- e côtes

Sur son chemin, la lymphe emporte notamment les cellules mortes et dégénérées ainsi que les agents pathogènes, autrement dit, les « débris » de l'organisme. Ces déchets sont évacués pour être décomposés. Les ganglions lymphatiques situés sur le parcours filtrent la lymphe à l'aide de globules blancs. Le système lymphatique joue un rôle important dans la défense de l'organisme. Il contribue à prévenir ou à combattre les infections et à stimuler l'immunité contre certaines maladies.

On trouve de grands groupes de ganglions lymphatiques sous l'aisselle, en dessous et en dessus de la clavicule, derrière le sternum ainsi qu'ailleurs dans le corps. Lorsque ces ganglions sont touchés par les cellules cancéreuses, celles-ci s'y accumulent et y forment des métastases qui constituent avec le temps une boule que l'on peut palper.



Sein vu de face

Glande mammaire avec les vaisseaux et les ganglions lymphatiques (en vert), les lobules (en violet), le tissu adipeux et conjonctif (en jaune) et les canaux galactophores (esquissés en rouge).

Un symbole de la féminité

Pour les femmes – et pour les hommes –, les seins sont plus qu'une simple partie du corps. Symboles de la féminité, de la maternité et de la séduction, ils dessinent la silhouette. Extrêmement sensibles au toucher, ce sont des attributs érotiques et sexuels qui jouent un rôle important dans les relations amoureuses. Ils remplissent également une fonction biologique et contribuent à l'attachement entre la mère et l'enfant lors de l'allaitement.

Pour une femme, le cancer du sein n'est pas seulement une maladie grave. Il menace aussi son identité féminine et l'image qu'elle a d'elle-même.

Modifications bénignes et nodules

Les seins ne cessent de se transformer au cours de la vie. Ils réagissent aux fluctuations hormonales durant le cycle menstruel, la grossesse et l'allaitement, ainsi qu'au moment de la ménopause, avec une période de transition durant laquelle le cycle menstruel devient irrégulier jusqu'à l'arrêt total des règles.

Une augmentation du taux d'hormones sexuelles peut entraîner un afflux de sang dans les vaisseaux qui irriguent le sein ainsi qu'un développement de la glande. En conséquence, un œdème, des tensions et un gonflement des seins peuvent apparaître. Les vaisseaux sanguins se dilatent également lors de l'excitation sexuelle et le sein devient plus ferme et plein.

Avec l'âge, la part de tissu glandulaire et conjonctif diminue dans le sein au profit du tissu adipeux.

Le sein se transforme donc constamment. Ces modifications peuvent déstabiliser, voire inquiéter certaines femmes.

Nodules palpables

Avant la ménopause, la plupart des nodules palpables sont bénins. Il ne s'agit pas de tumeurs cancéreuses. Les hormones sexuelles peuvent stimuler la croissance des tumeurs dans le sein, qu'elles soient bénignes ou malignes.

Les nodules et autres modifications du sein peuvent disparaître aussi soudainement qu'ils sont apparus. Si vous découvrez une petite boule dans un de vos seins ou si vous observez d'autres troubles, il est néanmoins recommandé de consulter un médecin.

Les kystes simples

Les kystes simples sont relativement fréquents dans le sein, surtout avant la ménopause. Les kystes sont appelés simples lorsqu'ils ne présentent pas d'autres anomalies à l'imagerie. Un kyste est une accumulation de liquide sécrété par les lobules. Il se forme lorsque le canal excréteur d'un lobule est bouché.

Une échographie permet de faire clairement la différence entre un kyste simple et une autre modification du sein. À l'heure actuelle, on renonce généralement à ponctionner (vider) ou à enlever les kystes, sauf s'ils occasionnent une gêne ou des douleurs ou s'ils grossissent rapidement.

Les kystes simples ne font pas augmenter le risque de cancer du sein.

Les fibroadénomes et les lipomes

Les fibroadénomes sont des tumeurs bénignes qui résultent d'une prolifération de tissu conjonctif ou glandulaire. Ils sont surtout fréquents chez les femmes jeunes. Les lipomes sont des masses bénignes constituées de tissu adipeux.

Les fibroadénomes et les lipomes sont généralement palpables. Suivant leur taille, ils peuvent apparaître sous la forme d'une bosse ou

d'un renflement sous la peau. Ils ont des contours bien délimités et sont mobiles.

Il arrive qu'ils provoquent des tensions, mais ils ne sont généralement pas douloureux. Les lipomes ne sont pas un facteur de risque du cancer du sein, et il est rare qu'un fibroadénome se transforme en cancer.

La mastopathie fibrokystique

La mastopathie fibrokystique est une altération bénigne du tissu glandulaire ou conjonctif qui se manifeste sous la forme d'une protubérance ou d'un nodule. On suppose qu'elle est due à une rupture de l'équilibre entre deux hormones, les œstrogènes et la progesterone.

Pratiquement une femme sur deux peut présenter une mastopathie fibrokystique au cours de son existence. Une mastopathie fibrokystique sévère peut provoquer des douleurs, le plus souvent peu avant les règles. Elle peut aussi entraîner un écoulement par le mamelon.

Suivant les troubles qu'elle provoque, elle peut nécessiter un traitement.

Au moment de la ménopause, lorsque le taux d'œstrogènes chute, la mastopathie fibrokystique disparaît.

raît généralement d'elle-même, pour autant que la femme concernée ne suive pas un traitement hormonal de substitution.

Suivant le degré de gravité et le type de mastopathie fibrokystique, le risque de cancer du sein peut être légèrement augmenté. Un suivi médical régulier est recommandé.

Les différentes formes de cancer du sein

Le cancer du sein peut apparaître à différents endroits dans le sein. Le plus souvent, il se développe à partir des canaux galactophores ou des lobules.

Canalaire ou lobulaire?

- Les *carcinomes canalaires type non spécial (NST)* se forment dans les canaux galactophores. Ils représentent entre 50 et 80 % des cancers du sein.
- Les *carcinomes lobulaires* se forment dans les lobules. Ils constituent 5 à 15 % des cancers du sein.

Les formes mixtes des deux catégories précédentes représentent 2 à 30 % des cancers du sein. Il existe encore d'autres types de cancer du sein, qui sont plus rares (voir p. 19).

In situ ou infiltrant?

- Certaines lésions ne sont pas encore des cancers à proprement parler, mais des stades précurseurs. Ils peuvent aussi être des stades précoces, soit un cancer débutant, dont les cellules ne peuvent pas se propager au-delà du sein. On parle pour les deux formes de tumeurs *in situ*, c'est-à-dire limitées à l'endroit où elles se sont formées. Les tumeurs *in situ* peuvent se transformer en cancer, appelé carcinome infiltrant ou invasif. Cette évolution prend souvent plusieurs années, mais ce n'est pas systématiquement le cas.
- Les carcinomes *infiltrants* sont souvent bien localisés dans un premier temps, mais ils finissent par se propager au tissu voisin ou à distance.

Les stades précurseurs

Le carcinome canalaire *in situ*

Les carcinomes canalaires *in situ* représentent jusqu'à 20 à 25 % des diagnostics initiaux de cancer du sein. Ces carcinomes restent circonscrits à l'intérieur d'un canal galactophore et ne constituent pas un danger immédiat. On parle quand même de cancer du sein, même si, à strictement parler, il s'agit d'un stade précurseur.

La fréquence du carcinome canalaire *in situ* varie d'un pays à l'autre. Elle dépend dans une large mesure de l'existence d'un dépistage.

Les lésions cellulaires limitées à la paroi intérieure des canaux galactophores ne sont souvent pas palpables. La mammographie et l'échographie peuvent parfois les déceler. La mammographie met cependant souvent en évidence des microcalcifications qui leur sont associées.

Un carcinome canalaire *in situ* peut apparaître dans plusieurs canaux galactophores en même temps. Il arrive également qu'un carcinome infiltrant se développe dans le même sein où se trouve déjà un carcinome canalaire *in situ*.

Le risque qu'un carcinome *in situ* dégénère en carcinome infiltrant est plus ou moins élevé. La rapidité de transformation dépend beaucoup de la biologie de la lésion (voir p. 32). Les spécialistes ignorent encore quels facteurs jouent un rôle dans cette transformation.

Le carcinome lobulaire *in situ*

Les lobules du sein présentent parfois une accumulation de cellules dont l'aspect rappelle celui d'un cancer. Cette accumulation n'est pas

considérée comme un stade précurseur d'un carcinome infiltrant. Il se peut que le médecin doive enlever la zone détectée, afin de s'assurer de l'absence d'un carcinome infiltrant ou canalaire *in situ* associé. Le médecin n'a pas toujours besoin de l'éliminer complètement ni d'engager d'autres traitements.

La présence de ces cellules modifiées est toutefois associée à un risque accru de cancer dans les deux seins. Les femmes concernées ont avantage à passer une mammographie annuelle pour vérifier l'évolution de leurs seins.

Le carcinome lobulaire *in situ* de type pléomorphe

Cette forme particulière est peu fréquente. Elle touche la zone intermédiaire entre les lobules et les canaux galactophores. Elle est traitée chirurgicalement comme un carcinome canalaire *in situ* (voir p. 17).

Les formes de cancer du sein les plus fréquentes

Le carcinome canalaire NST

Le carcinome canalaire type non spécial (NST) est le cancer du sein le plus fréquent: il représente environ 50 à 80% de tous les cancers du sein.

Le carcinome canalaire NST se développe à partir des cellules des canaux galactophores. Les cellules cancéreuses franchissent la paroi du canal, forment des nodules et infiltrent le tissu voisin. Elles peuvent se propager à d'autres organes par le système lymphatique et la circulation sanguine.

En principe, la mammographie et l'échographie (voir p. 25 et suiv.) permettent de déceler les nodules à partir d'un diamètre de 0,5 cm. À partir d'un centimètre, ceux-ci peuvent aussi être palpables. Il faut parfois plusieurs années pour qu'un nodule atteigne cette taille.

Le carcinome lobulaire infiltrant

Cette forme de cancer du sein se développe à partir des cellules des lobules. Elle représente 10% des tumeurs du sein. Elle est plus difficile à déceler à la mammographie et à la palpation. Le médecin peut procéder à une biopsie, à une échographie ou à une IRM pour préciser le diagnostic.

Les cellules cancéreuses franchissent la paroi des lobules et infiltrent le tissu voisin. Elles peuvent se propager à d'autres organes par le système lymphatique et la circulation sanguine.

Le carcinome lobulaire infiltrant touche plus fréquemment les deux seins que le carcinome canalaire NST. Il présente aussi plus souvent plusieurs foyers cancéreux dans le même sein.

Les autres types de cancer du sein

Ces types de cancer du sein sont rares. Ils apparaissent parfois avec les stades précurseurs mentionnés plus haut ou les carcinomes infiltrants. Ils ne progressent pas tous à la même vitesse. Les types principaux sont :

- le carcinome *tubulaire*, ainsi nommé en raison de la structure du tissu cancéreux, qui rappelle la forme d'un tube;
- le carcinome *mucineux*, qui forme du mucus;
- le carcinome *médullaire*, dont la caractéristique est une forte infiltration de la tumeur par des globules blancs;
- le carcinome *papillaire*, très rare, qui affecte le plus souvent la femme ménopausée et se manifeste parfois par un saignement au niveau du mamelon et un nodule palpable;

- le carcinome *inflammatoire*, lorsque le sein montre des signes d'inflammation. Il est rouge, tuméfié ou chaud. La peau présente souvent des creux et des bosses qui évoquent une cicatrice ou la pelure d'une orange. Comme les symptômes ressemblent à ceux d'une inflammation de la glande mammaire (mastite), il est parfois difficile de diagnostiquer cette forme de cancer du sein, qui est relativement agressive;
- la *maladie de Paget* qui doit son nom au chirurgien qui l'a décrite, James Paget. Elle se caractérise par des rougeurs autour du mamelon, avec des croûtes qui peuvent faire penser à un eczéma. La maladie de Paget est généralement associée à un carcinome canalaire *in situ*, plus rarement à un carcinome infiltrant.

Les sous-types de cancer du sein

Pour poser un diagnostic précis, il faut définir non seulement le type de cancer du sein, mais aussi ses autres caractéristiques (voir chapitre « Les examens et le diagnostique », p. 25). Le choix du traitement en dépend, notamment celui des thérapies médicamenteuses.

Causes possibles et facteurs de risque

Les causes spécifiques du cancer du sein ne sont pas connues. Il n'est donc pas possible de prévenir la maladie.

Certains facteurs peuvent augmenter le risque de cancer du sein, mais ce n'est pas systématiquement le cas. Étant donné que la plupart de ces facteurs ne sont pas modifiables, il n'y a aucune raison de culpabiliser lorsque la maladie se déclare.

Facteurs de risque non influençables

- L'âge: quatre femmes sur cinq ont plus de 50 ans au moment du diagnostic.
- Les antécédents familiaux: un cancer du sein chez un ou plusieurs parents surtout de premier degré (mère, sœur, fille, plus rarement père ou frère).
- Une prédisposition héréditaire: chez une minorité de patientes, l'existence d'une prédisposition héréditaire liée à une mutation génétique peut être mise en évidence (voir cancer du sein héréditaire, p. 21).
- Une exposition prolongée aux œstrogènes: des premières règles précoces, une ménopause tardive, l'absence de grossesse ou une grossesse tardive.

- Une radiothérapie du thorax pendant l'enfance ou l'adolescence, par exemple pour traiter un lymphome hodgkinien.
- Des modifications bénignes spécifiques du tissu glandulaire ou un antécédent de cancer du sein.
- Les prothèses en silicone ne présentent pas de risque de cancer du sein. Il existe cependant un lien entre les prothèses en silicone et un certain type de lymphome dont l'occurrence est rare.

Facteurs de risque influençables

- Un traitement hormonal de substitution combiné (œstrogènes et progestérone) pendant plusieurs années à la ménopause et après.
- Une surcharge pondérale, surtout après la ménopause, car les œstrogènes ne sont pas seulement produits dans les ovaires, mais aussi, en plus faibles quantités, dans le tissu adipeux.
- Une consommation d'alcool régulière, le tabagisme, une alimentation riche en graisses et un manque d'exercice physique.
- La prise de la pilule contraceptive augmente le risque de développer un cancer du sein. Après l'arrêt de la prise de la pilule contraceptive, ce risque diminue et retourne à la normale après dix ans.
- Les déodorants contenant de l'aluminium ne présentent pas de risque avéré de cancer du sein. La Ligue contre le cancer conseille cependant par précaution de ne pas les utiliser après le rasage, lors d'irritation de la peau ou si la peau n'est pas intacte.

Le cancer du sein héréditaire

Dans 5 à 10% des cas, il existe une prédisposition héréditaire qui peut être mise en rapport avec une mutation génétique. Les mutations les plus importantes concernent les gènes BRCA1 ou BRCA2 (de l'anglais *BReast-CAncer*). L'existence d'une telle mutation peut être établie au moyen d'un test génétique. Elle peut toucher autant les femmes que les hommes.

Il ne faut pas confondre cancer du sein héréditaire et accumulation de cancers dans une même famille. Dans le cas du cancer du sein héréditaire, une modification génétique identifiable est héritée du père ou de la mère et peut être transmise aux enfants. Les femmes qui présentent une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2 ont un risque nettement plus élevé de développer un cancer du sein ou un cancer de l'ovaire.

Les femmes porteuses de la mutation ont un risque augmenté de cancer à un jeune âge et dans les deux seins. Dans les familles touchées, les hommes ont eux aussi un risque accru de cancer, surtout du sein, de

la prostate et du pancréas. Le cancer du sein lié à une mutation des gènes BRCA est souvent invasif et relativement agressif.

Les femmes qui ont un risque familial de cancer très élevé ou qui présentent une mutation avérée des gènes BRCA ont avantage à se soumettre à un dépistage spécifique à partir de 25 ans. Le cas échéant, une opération pour retirer le tissu glandulaire des seins et les ovaires et les trompes est envisageable pour réduire le risque. La question devrait être discutée dans le cadre d'une consultation génétique.

Les résultats de la recherche ont montré l'existence d'autres gènes dont la mutation augmente le risque de cancer du sein. Les implications de ces mutations sont moins bien connues que celles concernant les gènes BRCA1 et BRCA2. Les modalités de dépistage chez les femmes qui présentent une de ces mutations génétiques varient selon la mutation concernée.

Vous trouverez de plus amples explications dans les brochures « Prédispositions héréditaires au cancer » et « Les cancers du sein et de l'ovaire liés à une prédisposition héréditaire » (voir pp. 102 et 103).

Ces informations pourront vous aider à décider si vous et vos proches souhaitez effectuer un test génétique en sachant les conséquences que cela pourrait avoir. Prenez le temps de réfléchir et faites-vous conseiller.

Le cancer le plus fréquent chez la femme

Chaque année en Suisse, on dénombre près de 6200 nouveaux cas de cancer du sein. Plus de 35% des femmes touchées ont plus de 70 ans au moment du diagnostic, près de la moitié ont entre 50 et 69 ans et 20% ont moins de 50 ans.

Le cancer du sein chez l'homme

Le cancer du sein peut aussi apparaître chez l'homme. En Suisse, on dénombre une cinquantaine de cas par an. Aborder la problématique spécifique du cancer du sein masculin dépasserait le cadre de cette brochure. Nous renvoyons les hommes concernés au chapitre « Conseils et informations » (voir p. 105) pour des références.

Troubles et symptômes possibles

Le cancer du sein ne provoque souvent aucun symptôme pendant une longue période. Au moment du diagnostic, la plupart des femmes ont l'impression d'être en bonne santé et ne ressentent pas le moindre trouble. Les signes annonciateurs d'un cancer du sein ne se manifestent souvent qu'à partir du moment où la tumeur devient palpable, c'est-à-dire lorsqu'elle mesure environ un centimètre de diamètre. Suivant le type de cancer du sein, il peut s'écouler plusieurs années avant que la tumeur n'atteigne cette taille.

Symptômes possibles

- un nodule généralement indolore ou une zone plus dure dans le sein;
- des modifications au niveau de la peau : une inflammation subite, une rougeur, de la peau d'orange;
- une rétraction ou un renflement de la peau, en particulier dans la région du mamelon;
- des modifications du mamelon de type inflammatoire;
- une différence de taille soudaine entre les deux seins;

- un écoulement par le mamelon en dehors de la grossesse ou de l'allaitement, éventuellement teinté de sang;
- des ganglions lymphatiques enflés dans le creux de l'aisselle, en dessous ou en dessus de la clavicule;
- une perte de poids inexpliquée.

Ces troubles peuvent également avoir d'autres causes qu'un cancer, comme une maladie bénigne. Ils peuvent également être liés au cycle féminin. Une consultation médicale s'impose néanmoins, à plus forte raison si vous présentez un risque accru de cancer du sein.



Les examens et le diagnostic

Le cancer du sein est souvent découvert par la femme elle-même, à la palpation d'un nodule. Il est plus rarement détecté par le gynécologue ou le médecin de famille à l'occasion d'un contrôle de routine, ou encore lors d'une mammographie réalisée dans le cadre d'un programme de dépistage.

Les examens de base

Les examens suivants sont réalisés lors de modifications au niveau des seins ou de troubles ou de symptômes qui pourraient indiquer la présence d'un cancer du sein.

Anamnèse

L'anamnèse est un entretien en vue de connaître vos troubles et vos symptômes, votre mode de vie, vos éventuels antécédents de cancer et les cas de cancer dans la famille, si vous êtes ménopausée, si vous prenez des hormones contraceptives ou de substitution, si vous avez subi une radiothérapie du thorax, notamment.

Examen physique

L'examen physique consiste en une palpation, avec une attention particulière aux modifications et aux nodules dans les seins, dans le creux de l'aisselle ainsi que dans la région de la clavicule. La palpation donne de premières indications sur la nature d'un nodule.

Mammographie

La mammographie est une radiographie des seins. Elle permet de déceler la plupart des modifications des seins et détecte des tumeurs de très petite taille, bien avant qu'elles ne soient palpables. En mettant en évidence des microcalcifications (voir p. 26), elle peut aussi faciliter indirectement la détection d'un éventuel stade précurseur.

Deux radiographies au moins de chaque sein sont effectuées dans des positions différentes pour la mammographie diagnostique, soit lors de troubles ou de symptômes. Le sein est comprimé entre deux plaques transparentes, ce qui rend

En savoir plus

Les patientes bénéficient du soutien et de l'accompagnement d'une infirmière référente pour le cancer du sein dès l'annonce du diagnostic et tout au long de la maladie. Cet accompagnement permet de valider la bonne compréhension des points abordés en consultation médicale et de définir les attentes et les besoins de la patiente.

la mammographie parfois désagréable, voire douloureuse. La compression diminue l'exposition aux rayons et améliore la visibilité. Avec les appareils de mammographie modernes, l'exposition aux rayonnements est faible.

La mammographie de dépistage est recommandée aux femmes qui ne présentent pas de symptômes dès l'âge de 50 ans. Vous trouverez des informations et des explications sur le dépistage systématique par mammographie et le dépistage en général à la page www.liguecancer.ch/cancerdusein. Vous pouvez également vous reporter aux brochures de la Ligue contre le cancer répertoriées aux pages 102 et 103.

L'échographie

L'échographie est un examen par ultrasons. Elle est souvent utilisée en complément de la mammographie. Elle permet d'identifier plus clairement des nodules bénins (des kystes, par exemple), des ganglions lymphatiques suspects dans les creux axillaires ou des modifications indécelables à la palpation. Elle peut aussi servir à détecter d'éventuelles métastases dans le foie en présence d'un cancer du sein de stade avancé. Le médecin se repère également grâce à l'échographie pour guider l'aiguille vers la région suspecte lors d'une biopsie (voir p. 28).

L'échographie peut être répétée sans problème, parce que les ultrasons ne provoquent pas d'irradiation. Ceci est important pour les femmes qui ont un risque élevé de cancer du sein.

Les microcalcifications

Les microcalcifications sont de minuscules dépôts de calcium dans les canaux galactophores. Elles sont visibles à la mammographie. Souvent associées à des modifications bénignes du tissu mammaire, elles sont généralement inoffensives.

Suivant leur forme et leur disposition, elles peuvent être associées à un stade précurseur de cancer du sein, voire un cancer du sein. En cas de doute, les médecins recommandent des investigations supplémentaires.

Les investigations complémentaires

Les examens mentionnés ci-dessus permettent en général d'évaluer si une modification des tissus est ou pourrait être cancéreuse. Ils ne donnent toutefois pas d'informations précises sur l'étendue et la propagation d'un éventuel cancer du sein. Pour préciser une anomalie, des investigations complémentaires peuvent être nécessaires.

Si le médecin présume que l'anomalie est bénigne, la décision de procéder à des investigations complémentaires à ce stade dépend de votre risque personnel de cancer du sein,

de votre besoin d'être rassurée et de vos préférences. Une autre solution consisterait par exemple à refaire une mammographie ou une échographie après six mois pour comparer.

Dans les autres cas, les investigations complémentaires servent de base pour déterminer précisément la nature des lésions et le choix des traitements.

La localisation de la tumeur

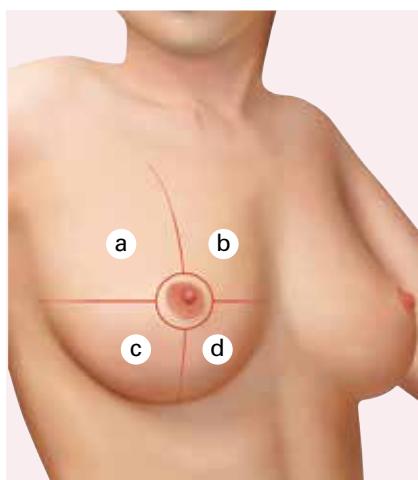
Pour situer facilement la tumeur, le sein est divisé en quatre secteurs, les quadrants. S'y ajoute le centre du sein, la région aréolaire.

Plus de la moitié des tumeurs du sein apparaissent dans le quadrant supérieur externe ④. Cette zone est aussi la plus riche en tissu glandulaire.

Le reste des tumeurs se répartit à parts à peu près égales entre le quadrant supérieur interne ⑥ et le quadrant inférieur externe ⑦. Le quadrant inférieur interne ⑧ et la région du mamelon sont un peu moins souvent touchés.

Multifocal, multicentrique

Un cancer du sein multifocal présente plusieurs foyers cancéreux dans un même quadrant. Un cancer du sein multicentrique comporte plusieurs foyers cancéreux dans différents quadrants.



Les différents quadrants du sein

La biopsie

Lorsque le médecin présume l'existence d'un cancer du sein, il prélève un échantillon de tissu dans la zone suspecte. Le tissu prélevé est analysé au microscope par un spécialiste (pathologiste). S'il contient des cellules cancéreuses, des analyses supplémentaires sont effectuées afin de déterminer si les cellules en question présentent certaines caractéristiques particulières et de définir leurs propriétés biologiques.

Les biopsies sont généralement réalisées en ambulatoire, en association avec des techniques d'imagerie médicale : guidage par échographie, mammographie ou IRM. L'endroit où le tissu a été prélevé est noté de façon très précise dans l'optique d'une éventuelle intervention chirurgicale ultérieure pour enlever la tumeur.

Après la biopsie, la région concernée peut être douloureuse pendant quelques jours et un hématome peut se former.

Il existe plusieurs types de biopsies qui sont utilisés pour prélever du tissu du sein.

Ponction-biopsie (microbiopsie)

Ce type de biopsie est le plus souvent utilisé et constitue la méthode standard. Des échantillons de tissu sont prélevés sous anesthésie lo-

cale. Lorsque l'anomalie est visible à l'échographie, la biopsie est guidée avec cette technique. Malgré leur petite taille, les échantillons ainsi prélevés permettent un diagnostic exact.

Biopsie par aspiration sous guidage mammographique

Cette forme de biopsie est généralement réalisée dans un centre spécialisé. L'examen sert à vérifier des microcalcifications ou des anomalies uniquement visibles sur l'image mammographique. Le tissu suspect est prélevé à l'aide d'une aiguille munie d'une petite lame rotative et d'un dispositif d'aspiration sous guidage mammographique.

Biopsie par aspiration sous guidage échographique

Dans certains cas particuliers, il est possible de procéder directement à l'ablation de lésions bénignes, comme un fibroadénome gênant, au moyen d'une biopsie par aspiration sous guidage échographique. Cette technique permet d'extraire le fibroadénome sans qu'une nouvelle intervention soit nécessaire.

Ponction à l'aiguille fine

Cette technique a été remplacée par la ponction-biopsie en raison de résultats plus fiables. On peut l'utiliser pour examiner des lésions très petites ou difficiles d'accès pour la ponction-biopsie ainsi que pour la

ponction de kystes. Elle peut être réalisée sans anesthésie.

Biopsie chirurgicale

Lorsque les méthodes précédentes ne sont pas possibles, le médecin pratique une incision sous anesthésie générale ou parfois locale pour retirer si possible l'entier de la région suspecte.

L'examen du tissu tumoral

Le tissu prélevé par biopsie est soumis à diverses analyses. Comme celles-ci nécessitent une préparation préalable, comme la coloration du tissu, il peut s'écouler plusieurs jours avant que l'on dispose des résultats. L'analyse permet de déterminer la présence d'une modification bénigne ou maligne.

Les échantillons de tissu sont soumis à des analyses supplémentaires afin de définir plus précisément les caractéristiques du cancer du sein (voir p. 21). Ces analyses permettent de déterminer le degré d'agressivité de la tumeur et de planifier la suite du traitement.

Imagerie médicale

Imagerie par résonance magnétique

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) repose sur l'utilisation de puissantes forces magnétiques

et d'ondes radioélectriques pour produire des images en coupes des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins du corps. Un ordinateur assemble les clichés en images en deux ou en trois dimensions.

Cette technique d'imagerie médicale nécessite l'injection d'un produit de contraste. Elle est parfois utilisée en complément, par exemple lorsque la nature d'une anomalie repérée lors de la mammographie et de l'échographie n'est pas claire avant une opération du sein.

L'IRM fournit des images très précises du sein et des modifications des tissus. Cette technique peut aussi être utilisée pour explorer d'autres organes comme le cerveau, le foie ou l'os et y déceler d'éventuelles métastases.

Les autres examens d'imagerie médicale

Des investigations complémentaires sont nécessaires lorsque des ganglions lymphatiques des aisselles sont atteints ou que le médecin suspecte la présence de métastases dans d'autres organes.

Scintigraphie osseuse

La scintigraphie osseuse sert à déceler des métastases dans les os. Cet examen de médecine nucléaire utilise une petite quantité de matières

légèrement radioactives qui se fixent dans les os. Les risques potentiels pour la santé dus aux radiations sont faibles. Un ordinateur produit des images du squelette. Il permet de mettre en évidence une augmentation du métabolisme osseux, ce qui est le cas lors de métastases.

Scanner

Le scanner ou tomodensitométrie produit des images en coupe et en trois dimensions des organes, tissus, os et vaisseaux sanguins du corps au moyen de rayons X. Un liquide de contraste iodé est injecté au préalable pour augmenter la précision de l'image. Le scanner sert à repérer les métastases du foie ou des poumons. L'échographie peut aussi servir à vérifier la présence de métastases.

Radiographie

La radiographie utilise les rayons X à faible dose pour obtenir des clichés des organes, des tissus et des os. Le médecin l'utilise pour déterminer la présence de métastases du poumon.

PET scanner

Ce procédé repose sur l'utilisation d'un appareil combinant une tomodensitométrie par émission de positrons et une tomographie assistée par ordinateur. La personne concernée

reçoit une perfusion intraveineuse de glucose associé à un produit faiblement radioactif. Le liquide vient se fixer dans les tissus du corps qui montrent des changements de leur activité métabolique. Ils sont visibles à l'écran en images à deux ou trois dimensions. Les risques potentiels pour la santé dus aux radiations sont faibles. Il n'y a pas d'effets secondaires sur le long terme. Il est ainsi possible de déterminer la taille, l'emplacement et l'extension d'une tumeur, ainsi que la présence d'éventuelles métastases dans les tissus, les os ou les ganglions lymphatiques. Cet examen permet aussi de préparer minutieusement le prélèvement d'échantillons de tissu, des opérations et la radiothérapie.

Galactographie

La galactographie est un examen radiologique complémentaire du sein qui permet de visualiser les canaux galactophores. Elle se pratique en injectant un produit de contraste dans les canaux galactophores à travers le mamelon au moyen d'une canule, puis en réalisant une mammographie. Grâce au produit de contraste, les anomalies apparaissent plus clairement. Cet examen est surtout réalisé lors d'un écoulement anormal par le mamelon.

Les analyses supplémentaires pour préciser le diagnostic

Les échantillons de tissus prélevés lors de la biopsie sont soumis à des analyses supplémentaires afin de dresser une «carte d’identité biologique» de la tumeur aussi précise que possible. L’analyse des prélèvements tissulaires permet généralement de définir le type de cancer du sein, le degré d’agressivité de la tumeur et des caractéristiques biologiques comme le statut des récepteurs hormonaux et le statut HER2 (voir p. 32). Selon les cas, le pathologue conserve du tissu tumoral pour des analyses spécifiques ultérieures (par ex. analyses sanguines, analyse de l’expression génétique, voir p. 33).

Les degrés d’agressivité

L’analyse des prélèvements de tissus permet de déterminer dans quelle mesure les cellules cancéreuses diffèrent des cellules saines du sein. Elle sert aussi à estimer le degré d’agressivité de la tumeur, soit sa vitesse de croissance et de propagation.

Les cellules saines présentent une structure et une fonction spécifiques et se divisent à un rythme normal. Les cellules cancéreuses se divisent plus rapidement et de façon non contrôlée. Plus une cellule cancéreuse diffère d’une cellule saine, plus la tumeur est agressive.

Les spécialistes distinguent trois degrés d’agressivité, exprimés par la lettre G (pour grade), suivie des chiffres de 1 à 3.

Grade de la tumeur

- | | |
|-----------|---|
| G1 | Les cellules cancéreuses ressemblent beaucoup aux cellules saines du sein et forment des tubes. Elles se développent en général lentement.
La tumeur est peu agressive ou de bas grade. |
| G2 | Les cellules cancéreuses sont d’aspect moyennement régulier comparé aux cellules saines du sein.
Elles croissent plus vite que celles de grade 1.
La tumeur est de grade intermédiaire. |
| G3 | Les cellules cancéreuses sont très différentes des cellules saines du sein et disposées de façon anarchique.
La tumeur est agressive, elle croît rapidement.
La tumeur est de haut grade. |

Les caractéristiques biologiques

Les cellules possèdent de nombreuses caractéristiques biologiques qui donnent des indications sur les processus normaux ou pathologiques qui se déroulent dans l'organisme. L'identification de ces caractéristiques permet de mettre en place des traitements spécifiques.

Les récepteurs hormonaux

Les hormones féminines, œstrogènes et progestérone, responsables notamment de la croissance des cellules de la glande mammaire peuvent également influencer la croissance de certains carcinomes mammaires. Le spécialiste examine par conséquent si les cellules cancéreuses présentent des récepteurs auxquels ces hormones peuvent se lier. Il détermine aussi leur quantité.

Dans 70 à 80 % des cas, le cancer du sein présente des récepteurs hormonaux. Les spécialistes parlent de cancer à récepteurs hormonaux positifs (RH+). S'il n'y a pas de récepteurs hormonaux, il s'agit de cancer à récepteurs hormonaux négatifs (RH-).

HER2

HER2 est une protéine qui a la propriété de favoriser la croissance des cellules. HER2 vient de l'anglais *human epidermal growth factor receptor 2*, récepteur 2 du facteur de

croissance épidermique humain. Les cellules cancéreuses qui présentent à la surface une quantité anormalement élevée de récepteurs HER2 reçoivent un nombre important de signaux qui les invitent à croître plus rapidement. Les spécialistes parlent de cancer du sein HER2 positif (HER2+). Dans le cas contraire, il s'agit d'un cancer du sein HER2 négatif (HER2-). Environ 15 % des cancers du sein sont HER2 positifs.

Ki-67

La protéine Ki-67 est produite par les cellules qui influencent le processus de division des cellules cancéreuses et, ainsi, leur vitesse de croissance. Un taux élevé de Ki-67 dans les cellules cancéreuses peut indiquer une vitesse de croissance accrue. Ce test fait partie des examens de routine.

Classification en sous-groupes

Ces différentes analyses permettent de classer les cancers du sein en sous-groupes. Les spécialistes parlent de sous-types moléculaires.

L'analyse approfondie des caractéristiques biologiques et du comportement des cellules cancéreuses permet de définir plus clairement, en association avec la classification TNM (voir p. 35), le profil de la tumeur et de mieux évaluer si le risque de récidive est faible, moyen ou élevé.

Les analyses sanguines

Formule sanguine complète

Le médecin peut prescrire des analyses sanguines pour faire un bilan avant de commencer les traitements. Le décompte de la quantité des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes ainsi que l'évaluation de leur qualité permettent de vérifier l'état de santé général de la personne concernée. Ils permettent encore d'obtenir des valeurs de référence comparative qui seront utilisées au cours du traitement.

Analyses biochimiques

L'analyse du taux de certaines substances chimiques dans le sang permet de vérifier le fonctionnement des reins et du foie et l'activité de l'os.

Marqueurs tumoraux

Le dosage des marqueurs tumoraux présents dans le sang permet de vérifier la réaction aux traitements pour les cancers avancés ou qui présentent des métastases. Les marqueurs utilisés pour le cancer du sein sont l'antigène tumoral 15-3 (CA 15-3) et l'antigène carcinoembryonnaire (CEA).

Analyse de l'expression génétique

La recherche de l'expression des gènes dans le tissu cancéreux peut aider à définir ses caractéristiques.

La recherche de mutations génétiques dans le tissu cancéreux peut être utile pour trouver des cibles pour des traitements spécifiques. Votre médecin vous expliquera pourquoi il demande certains de ces tests, leurs résultats et les conséquences sur votre traitement.

Les chercheurs étudient par ailleurs les mutations génétiques en vue de développer de nouvelles thérapies ciblées (voir p. 59).

La détermination des traitements en fonction des gènes et le développement de nouveaux traitements suite à l'étude des mutations génétiques sont deux domaines de la médecine personnalisée.

Les stades de la maladie

Les résultats des divers examens permettent de déterminer en partie l'étendue du cancer du sein et sa propagation. Il s'agit de classification ou de stadification.

Ces éléments vont définir la stratégie thérapeutique. Pour chaque patiente ayant reçu le diagnostic d'un cancer du sein, cette stratégie doit être discutée par un panel de spécialistes, appelé colloque pluridisciplinaire.

Pour établir le plan de traitement, les spécialistes se basent sur :

- le stade;
- le grade;
- les caractéristiques biologiques;
- les résultats des analyses sanguines;
- l'analyse de l'expression génique;
- l'état général de santé.

La prise en compte de tous ces facteurs est très complexe et varie de cas en cas. Les classifications sont compliquées et ne vous sont indiquées dans les pages suivantes qu'à titre indicatif. N'hésitez pas à demander des explications concernant votre cas et votre traitement à votre médecin ou à votre équipe soignante. Vous pouvez ainsi aisément poursuivre votre lecture à la page 40.

La classification TNM

Pour décrire l'étendue du cancer du point de vue anatomique et déterminer la gravité de l'atteinte, les spécialistes utilisent la classification TNM de l'Union internationale contre le cancer (UICC).

Le tableau ci-après équivaut à une classification TNM provisoire.

Classification TNM (état 2017)

- T** correspond à tumeur. Sa taille et son extension sont indiquées par les chiffres de 0 à 4. De T1 à T3, plus le chiffre est élevé, plus la tumeur est de grande taille ou étendue.
- N** correspond aux métastases dans les ganglions lymphatiques régionaux (*nodes* en anglais). Font partie de cette catégorie les ganglions lymphatiques de l'aisselle (ganglions axillaires) et ceux de la région de la clavicule et du sternum. Le chiffre après N correspond au nombre ou à la localisation des ganglions lymphatiques touchés. Les lettres minuscules a, b et c servent à préciser l'anomalie. Exemple: pN1a = au moins une métastase dans les ganglions lymphatiques mesure plus de 2 mm.
- M** correspond aux métastases dans les ganglions lymphatiques en dehors des creux axillaires, de la région de la clavicule et du sternum, ainsi qu'aux métastases dans d'autres organes. Lors d'un cancer du sein, les organes le plus souvent touchés sont les os, le foie et le poumon, plus rarement le cerveau.
- p** signifie que le résultat a été confirmé par l'analyse du prélèvement de tissu (analyse histopathologique). Cette classification définitive ne peut généralement être faite qu'après l'opération. Cette étape est signalée par le p minuscule devant le résultat, par exemple pT1, pN1. En l'absence d'analyse histopathologique, on remplace le p par un c (examen clinique).
- y** signifie le résultat confirmé par l'analyse du prélèvement de tissu après l'opération pour les patientes qui ont reçu un traitement avant la chirurgie (chimiothérapie, hormonothérapie ou thérapie ciblée). Cette étape est signalée par le y minuscule devant le résultat et avant le p, par exemple ypT1, ypN1.

Les trois éléments de la classification (T, N et M) peuvent être précisés comme suit.

T	correspond à tumeur. Sa taille et son extension sont indiquées par les chiffres de 0 à 4. Plus le chiffre est élevé, plus la tumeur est de grande taille.
T0	aucun signe de tumeur.
TiS	tumeur in situ (carcinome canalaire in situ, carcinome lobulaire in situ, maladie de Paget).
T1	tumeur jusqu'à 2 cm. La taille de la tumeur peut être précisée avec les lettres minuscules a, b et c. Exemple: pT1a = jusqu'à 0,5 cm.
pN1mi	micrométastase: petites métastases microscopiques (0,2 à 2 mm) dans les ganglions lymphatiques.
T2	tumeur de 2 à 5 cm.
T3	tumeur de plus de 5 cm.
T4	tumeur de toute taille ayant envahi (= infiltré) la paroi thoracique ou la peau, ou de nature inflammatoire. L'emploi de lettres minuscules de a à d permet de préciser l'anomalie. Exemple: pT4d = carcinome inflammatoire.
m	multifocal/multicentrique: présence de plusieurs foyers tumoraux dans un sein.
r	récidive: réapparition de la tumeur.

N correspond aux métastases dans les ganglions lymphatiques régionaux (*nodes* en anglais). Font partie de cette catégorie les ganglions lymphatiques de l'aisselle (ganglions axillaires) et ceux de la région de la clavicule et derrière le sternum. Les lettres minuscules a, b et c servent à préciser l'anomalie. Exemple: pN1a = au moins une métastase dans les ganglions lymphatiques mesure plus de 2 mm.

Métastases ganglionnaires (confirmées par l'examen des tissus):

- pN0** pas de tumeur dans les ganglions lymphatiques régionaux.
- pN1** cellules cancéreuses dans 1 à 3 ganglions lymphatiques, par exemple dans le creux axillaire.
- pN2** cellules cancéreuses dans 4 à 9 ganglions lymphatiques, par exemple dans le creux axillaire ou présence de ganglions lymphatiques touchés derrière le sternum uniquement.
- pN3** cellules cancéreuses dans 10 ganglions ou plus de l'aisselle, ou de la région du sternum et de l'aisselle à la fois, ou de la région de la clavicule.
- sn** ganglion sentinelle. Exemple: pN0(sn) = le ganglion sentinelle n'est pas atteint.
- mi** micrométastase: métastases microscopiques (0,2 mm à 0,2 cm) dans les ganglions lymphatiques.
- L1,V1** présence de cellules cancéreuses dans les vaisseaux lymphatiques (L) ou sanguins (V, invasion veineuse).

Métastases:

- M0** absence de métastases à distance.
- M1** présence de métastases à distance.



La classification en stades

Sur la base de ces indications, le médecin peut procéder à la classification en stades. Les stades ci-dessous ont été simplifiés pour faciliter la lecture. Pour connaître le stade exact de votre tumeur, demandez des explications à votre médecin ou à l'équipe soignante.

- | | |
|------------------|--|
| Stade 0 | La tumeur est limitée au tissu mammaire (in situ). |
| Stade I | La tumeur de maximum 2 cm est limitée au tissu mammaire. Les ganglions lymphatiques des aisselles peuvent être atteints par des micrométastases. |
| Stade II | La tumeur de 2 à 5 cm est présente dans le tissu mammaire et les ganglions lymphatiques des aisselles sont atteints OU la tumeur de plus de 5 cm est présente dans le tissu mammaire, mais les ganglions lymphatiques des aisselles ne sont pas atteints. |
| Stade III | La tumeur de plus de 5 cm est présente dans le tissu mammaire et les ganglions lymphatiques voisins sont atteints OU la tumeur de 2 à 5 cm est présente dans le tissu mammaire et beaucoup de ganglions lymphatiques voisins sont atteints OU la tumeur a envahi la peau du sein ou la paroi thoracique OU il y a des métastases dans la région de la clavicule. |
| Stade IV | La tumeur s'est propagée à d'autres régions du corps, comme le foie, le poumon, les os ou le cerveau. |
| Récidive | Le cancer est réapparu soit à la même place, soit dans la même région du corps, soit à distance. |

Options thérapeutiques possibles

Le médecin vous explique :

- quels sont les traitements les mieux adaptés dans votre cas ;
- quelles sont les influences sur votre mode de vie ;
- quels sont les effets indésirables possibles.

Les pages suivantes vous donnent des indications sur les différentes thérapies possibles. Toutes ne sont pas appliquées pour chaque cas. Le choix dépend du stade de la maladie, du type de cancer du sein, de la vitesse de progression du cancer, de votre état de santé général et de vos préférences. Vous pourrez lire dès la page 73 quelles thérapies sont prises en compte selon l'avancée de la maladie.

Les principales méthodes de traitement du cancer du sein sont :

- la chirurgie ;
- la radiothérapie ;
- les traitements médicamenteux : chimiothérapie, thérapie anti-hormonale, thérapies ciblées, immunothérapie.

En général, ces traitements sont combinés, mais souvent administrés les uns après les autres selon le plan de traitement et afin d'éviter des effets indésirables trop importants.

Les traitements décrits ci-après ne sont pas toujours tous utilisés. Le cancer du sein n'évolue pas de façon unique, de sorte que le plan de traitement peut varier sensiblement d'une patiente à l'autre.

Comme différentes options peuvent généralement être envisagées, il n'est pas toujours facile de choisir un traitement plutôt qu'un autre, d'autant plus qu'il est impossible de dire à l'avance si la thérapie aura bien l'effet escompté. En cas de doute, vous pouvez toujours demander un deuxième avis (voir p. 69).

Si vous répondez aux critères, le médecin pourra par ailleurs vous proposer de participer à une étude clinique. Avant de commencer tout traitement, la question de la préservation de la fertilité sera abordée pour toute personne en âge de procréer qui pourrait avoir un désir d'enfant après la thérapie. Une contraception non hormonale efficace est indispensable durant tous les traitements oncologiques chez les femmes non ménopausées.

La chirurgie

Généralités

L'ablation chirurgicale de la tumeur ou du tissu suspect constitue une mesure thérapeutique indispensable chez presque toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein sans métastases ou d'un stade précurseur. Une question clé sera de savoir s'il est possible de conserver le sein ou s'il est nécessaire de l'enlever en entier.

L'opération a lieu sous anesthésie générale et nécessite une hospitalisation de deux à cinq jours.

Le tissu cancéreux est enlevé entièrement avec une marge de sécurité. L'étendue de la marge nécessaire dépend du type de cancer. Lorsque l'analyse du tissu en laboratoire révèle des cellules cancéreuses dans la marge de sécurité, le chirurgien est amené à proposer une seconde intervention chirurgicale.

L'opération conservatrice du sein

Chez la plupart des femmes, il est aujourd'hui possible d'enlever le tissu cancéreux sans enlever tout le sein. Pour ce faire, les conditions suivantes doivent être réunies :

- la tumeur est localement limitée, relativement petite par rapport à la taille du sein, ou sa taille a pu être réduite grâce à une chimio-

thérapie ou une hormonothérapie préopératoire ;

- il n'y a pas d'envahissement de la paroi thoracique ou de la peau du sein ;
- il ne s'agit pas d'un cancer du sein inflammatoire ;
- il est possible d'enlever totalement la tumeur.

Si la tumeur ou le stade précurseur se situe dans le voisinage du mamelon, ce dernier devra être enlevé. Le reste du sein sera conservé.

Une incision de quelques centimètres suffit généralement pour procéder à l'ablation du tissu cancéreux. Au cours de l'opération, le chirurgien prélève au moins le ganglion sentinelle afin de voir s'il contient des cellules cancéreuses. Le ganglion sentinelle est le premier ganglion qui draine la lymphe venant de la tumeur (voir pp. 44 à 46).

Il existe trois techniques opératoires différentes lorsque le sein est conservé :

- *la segmentectomie* : le chirurgien enlève le segment atteint avec les canaux galactophores touchés ;
- *la quadrantectomie* : il procède à l'ablation du quadrant atteint ;
- *la tumorectomie* : il retire la tumeur avec une marge de sécurité.

L'opération conservatrice du sein est presque toujours suivie d'une radiothérapie. Une ablation de tout le sein (mastectomie) est parfois proposée chez les patientes qui ne veulent pas faire de radiothérapie. Cette option n'est pas toujours envisageable.

Les chances de guérison

Le choix de la technique opératoire dépend de la localisation et de la taille de la tumeur. Par le passé, on pensait qu'une opération conservatrice diminuait les chances de guérison. Ces craintes ne sont pas fondées. Des études ont démontré qu'une opération conservatrice du sein suivie par une radiothérapie permet d'obtenir les mêmes chances de guérison que la mastectomie. Le pronostic dépend de la propagation de la tumeur et de la biologie tumorale. Il est moins bon si la tumeur a déjà formé des métastases.

Les considérations esthétiques

Dans certains cas, le résultat esthétique peut être moins bon après une opération conservatrice qu'après une ablation totale suivie d'une reconstruction mammaire. Demandez à votre médecin à quoi vous devez vous attendre.

L'opération du sein est parfois planifiée en collaboration avec un spécialiste en chirurgie plastique.

Le traitement médicamenteux préopératoire

Lorsque la tumeur est relativement grande, il est possible d'en réduire la taille avant l'opération au moyen d'un traitement médicamenteux. Ceci permettra de procéder à une intervention moins lourde. Ce traitement peut également éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques ou réduire la taille des métastases.

L'ablation du sein

Aujourd'hui, l'ablation du sein, aussi appelée mastectomie, est généralement une mastectomie simple. Cela veut dire que le chirurgien enlève le sein en entier avec la peau et le mamelon, mais qu'il laisse les muscles pectoraux en place. Il peut aussi retirer le ganglion sentinelle ou faire un curage axillaire (voir p. 45).

Chez certaines femmes, il est possible, suivant la taille et l'emplacement de la tumeur, de préserver la peau et le mamelon, ce qui permet parfois un résultat esthétique plus satisfaisant en cas de reconstruction du sein.

La mastectomie est recommandée dans les cas suivants :

- la tumeur est très grosse par rapport à la taille du sein ou il y a plusieurs foyers tumoraux dans le sein ;

- il s'agit d'un carcinome inflammatoire;
 - la tumeur ne peut pas être enlevée complètement en procédant à une ou à plusieurs opérations conservatrices du sein;
 - le résultat esthétique risque de ne pas être satisfaisant avec une opération conservatrice;
 - une radiothérapie n'est pas possible ensuite ou est refusée par la femme concernée;
 - il s'agit d'une nouvelle tumeur dans le sein opéré et irradié (récidive locale);
 - la femme est porteuse d'une mutation génétique de type BRCA;
 - la femme le souhaite expressément.
- modification de l'aspect extérieur, même après une chirurgie conservatrice;
 - douleurs cervicales et maux de dos liés à un déséquilibre postural en cas d'ablation d'un sein volumineux.

Votre médecin vous conseillera pour trouver la meilleure solution possible.

L'ablation chirurgicale de métastases

Lorsque des métastases osseuses entraînent ou risquent d'entraîner des fractures, il est possible de les opérer pour améliorer la qualité de vie.

Parfois, le médecin peut également procéder à l'ablation d'autres métastases isolées, par exemple dans le foie, le poumon ou le cerveau. Seul le colloque pluridisciplinaire est à même d'évaluer si une intervention de ce type est judicieuse. Il vaut souvent la peine de demander un deuxième avis.

Après la mastectomie, le chirurgien peut parfois envisager une reconstruction immédiate du sein (voir p. 88).

Complications possibles

- douleurs après l'opération;
- saignements ou hématome;
- durcissement des tissus de la zone opérée;
- mobilité réduite passagère de l'épaule du côté opéré;
- perte de sensibilité de la zone thoracique opérée, des nerfs cutanés ayant été sectionnés;

L'ablation des ganglions lymphatiques

Les cellules cancéreuses peuvent passer dans les vaisseaux lymphatiques et parvenir dans les ganglions lymphatiques avoisinants ou dans d'autres organes.

L'atteinte des ganglions lymphatiques influence le choix du traitement et l'évolution de la maladie et, ainsi, les chances de guérison.

Si la palpation des ganglions lymphatiques ou l'échographie laissent penser que ceux-ci pourraient être touchés, le médecin effectue une microbiopsie d'un ganglion suspect avant l'opération du sein. L'analyse révèle la présence de cellules cancéreuses.

Si les examens ne montrent pas de ganglion suspect touché, le médecin recherche lors de l'opération le ou les ganglion(s) sentinelle(s), qu'il enlève (voir ci-contre).



Les zones de drainage lymphatique dans le sein

Si l'analyse révèle qu'un ou deux ganglions sont touchés par le cancer, le médecin peut proposer une radiothérapie complémentaire ou enlever plus de ganglions lymphatiques de l'aisselle. Cette intervention est appelée curage axillaire (voir ci-dessous). Elle peut limiter considérablement la qualité de vie de la femme concernée. Elle n'est pratiquée qu'en cas de nécessité.

Important

Lorsque la présence de métastases dans d'autres organes est déjà établie, le médecin peut renoncer à opérer le sein et à prélever des ganglions lymphatiques. Le traitement médicamenteux proposé traite alors le sein, les ganglions et les métastases. Il n'est pas utile d'effectuer une chirurgie qui risque d'altérer la qualité de vie.

La technique du ganglion sentinel

Le ganglion sentinelle est le premier ganglion qui draine la lymphe venant de la tumeur. Si ce premier ganglion placé en avant-poste ne contient pas de cellules cancéreuses, il n'est pas nécessaire de réaliser l'ablation des autres ganglions. Le nombre de ganglions sentinelles peut varier entre un et trois.

La veille de l'opération ou quelques heures avant celle-ci, un produit de contraste légèrement radioactif est

injecté dans le voisinage de la tumeur ou autour de l'aréole afin de détecter le ou les ganglions sentinelles. Un colorant bleu ou un traceur magnétique peut lui être associé au début de l'opération afin de faciliter le repérage.

La technique du ganglion sentinelle enlève moins de ganglions que le curage axillaire. Le risque de complications est moins grand. Ceci permet une meilleure qualité de vie sans pour autant diminuer les chances de guérison.

Le curage axillaire

Le curage axillaire vise à savoir combien de ganglions sont touchés et à limiter le risque de dissémination du cancer. Il consiste à enlever au moins dix ganglions lymphatiques dans le creux axillaire, près du sein concerné.

Demandez que le médecin vous explique précisément les bénéfices et les risques du curage axillaire compte tenu de votre situation personnelle. N'hésitez pas à demander l'avis d'un deuxième spécialiste.

Conséquences possibles d'un curage axillaire

- perte de la sensibilité et douleurs dans le creux axillaire ou le bras;
- limitation des mouvements au niveau de l'articulation de l'épaule;

- gonflement du bras lié à une accumulation de la lymphe qui ne circule plus normalement (œdème lymphatique, voir pp. 89 et 90).

Avec la technique du ganglion sentinelle, ces troubles sont nettement moins fréquents.

Si vous ressentez l'un ou l'autre de ces troubles, il est essentiel que vous en parliez à votre médecin.

La radiothérapie

La radiothérapie est un traitement local. Elle consiste à diriger des rayons ionisants ou des particules de haute énergie à travers la peau pour détruire les cellules cancéreuses. La radiothérapie se différencie en cela de bon nombre de traitements médicamenteux contre le cancer qui se diffusent dans tout l'organisme ou presque. Elle n'agit qu'à l'endroit où les rayons sont appliqués. Il s'agit en général de toute la région du sein après une opération conservatrice. Un complément de dose peut être aussi délivré à l'endroit où la tumeur a été enlevée. La région de la paroi thoracique après une mastectomie ou celle des ganglions lymphatiques voisins après une chirurgie conservatrice ou une mastectomie est aussi concernée en présence de certains facteurs de risque.

La radiothérapie provoque des lésions dans les cellules cancéreuses. Elles ne parviennent alors plus à se diviser et finissent par mourir. Elle peut également affecter les cellules saines, ce qui peut provoquer des troubles passagers. Les tissus concernés se régénèrent cependant pour la plupart au terme du traitement, lorsque la production de nouvelles cellules saines reprend.

La radiothérapie est prescrite pour différentes raisons :

- Avant l'opération, la radiothérapie sert à réduire la taille de la tumeur. Cette situation reste rare et la radiothérapie est proposée quelquefois dans le contexte des études cliniques (voir p. 79).
- Après la chirurgie conservatrice, la radiothérapie peut détruire des cellules cancéreuses résiduelles au sein opéré. Ceci diminue le risque de récidive et augmente les chances de guérison.
- Après la mastectomie, en fonction de certains facteurs de risque, la radiothérapie peut détruire des cellules cancéreuses résiduelles. Ceci diminue le risque de récidive et augmente les chances de guérison.
- En cas d'atteinte ganglionnaire, la radiothérapie au niveau des aires ganglionnaires diminue le risque de récidive et augmente les chances de guérison.

- Dans de rares cas, par exemple lorsqu'une intervention chirurgicale n'est pas possible, une radiothérapie peut être envisagée prioritairement, le cas échéant en association avec un traitement médicamenteux.
- La radiothérapie permet de réduire la taille de métastases isolées, voire de les détruire, et d'atténuer leurs effets, comme les douleurs.
- En cas de récidive qui ne peut pas être opérée, la radiothérapie peut contrôler localement la maladie et les symptômes. Dans ces cas, surtout si l'endroit a déjà été irradié, la radiothérapie est quelquefois associée à une technique supplémentaire, l'hyperthermie, qui peut rendre la radiothérapie plus efficace. L'hyperthermie consiste à éléver la température du corps ou d'une partie du corps à des valeurs supérieures à la normale.

La radiothérapie externe

La radiothérapie externe est de loin la plus utilisée. Les rayons sont dirigés sur la zone à irradiier à travers la peau. La dose de rayons nécessaire est calculée avant le début du traitement et la région à traiter est délimitée très précisément à l'aide d'un scanner.

L'objectif est de détruire la lésion cancéreuse ou une métastase spécifique en épargnant au maximum les organes voisins, le poumon et le cœur, notamment. Les nouvelles techniques de radiothérapie ont permis de rendre ce traitement beaucoup plus précis et mieux toléré.

La radiothérapie débute habituellement quelques semaines après l'opération ou après la fin de la chimiothérapie. Il faut que la plaie ait bien cicatrisé et que le bras ait retrouvé sa mobilité.

La radiothérapie est un traitement ambulatoire. Elle est fractionnée en plusieurs séances qui ne durent que quelques minutes chacune. Au total, elle s'étend sur trois à six semaines, avec cinq séances hebdomadaires, du lundi au vendredi.

La radiothérapie après une chirurgie conservatrice

Après une chirurgie conservatrice, le sein est traité dans sa totalité. Un complément de dose peut être délivré à l'endroit où se trouvait la tumeur en fonction de certains critères de risque, dont le plus important est l'âge de la patiente.

La radiothérapie après une mastectomie

Après une ablation du sein, une irradiation de la paroi thoracique et, le cas échéant, des ganglions environnants, peut être nécessaire, par exemple, lorsque

- la tumeur est de grande taille;
- le tissu cancéreux n'a pas pu être enlevé avec une zone de tissu sain suffisante autour de la lésion et une opération supplémentaire n'est pas possible;
- des ganglions lymphatiques sont atteints.

La radiothérapie des ganglions lymphatiques

L'irradiation des aires ganglionnaires peut s'étendre à la zone des aisselles, de la clavicule et de la région derrière le sternum. Toutes ces régions ou certaines sont traitées en fonction des facteurs de risque: avec le sein en cas de chirurgie conservatrice ou avec la paroi thoracique en cas de mastectomie.

La radiothérapie lors de métastases

Lors de troubles localisés liés à l'existence de métastases osseuses, une radiothérapie peut contribuer à atténuer les douleurs, à améliorer la mobilité et à prévenir les fractures. Elle peut également être utilisée après une ablation de métastases, afin de stériliser la zone opérée.

Lors de métastases cérébrales, il est parfois possible d'envisager une radiothérapie ciblée ou de tout le cerveau dans les cas d'une atteinte importante.

Chez les patientes qui ont peu de métastases, des traitements par irradiation ablative pour éliminer les métastases peuvent être envisagés. Il s'agit de doses plus élevées, délivrées de manière encore plus précise, sur un petit volume, en quelques séances.

La radiothérapie partielle du sein

La radiothérapie partielle du sein est envisageable pour certaines patientes ayant des caractéristiques favorables. Il existe plusieurs techniques pour l'effectuer.

La radiothérapie intraopératoire

Cette technique consiste à placer la source de rayonnement à l'intérieur du corps, à l'endroit où se trouvait la tumeur. La radiothérapie intraopératoire est administrée pendant l'opération, après avoir retiré la tumeur. Cette technique permet de réduire fortement l'exposition des tissus sains aux radiations et de ne pas devoir, dans la plupart des cas, suivre une radiothérapie externe de plusieurs séances.

La curiethérapie

La curiethérapie interstitielle est une forme particulière de radiothérapie partielle du sein. Elle consiste à introduire de fines sondes dans la région où la tumeur a été retirée et à délivrer par ce canal une forte dose additionnelle de rayons commandée depuis l'extérieur. Ainsi le nombre de séances est diminué. Cette méthode est toutefois peu utilisée en Suisse.

Une irradiation partielle peut également être effectuée par radiothérapie externe. Elle peut être mieux tolérée, grâce aux nouvelles techniques de radiothérapie. Moins de tissu sain est irradié et le nombre des séances est diminué.

Le choix entre les différentes options de radiothérapie doit se faire avec un radio-oncologue spécialiste en sénologie. Plusieurs facteurs sont pris en compte, liés à la patiente, la tumeur et le type des traitements reçus et prévus. N'hésitez pas à demander à votre radio-oncologue les différentes options liées à votre situation.

Effets indésirables possibles

Des effets indésirables de la radiothérapie peuvent apparaître pendant et quelques semaines après le traitement:

- fatigue;
- irritations cutanées.

Pendant le traitement, des visites hebdomadaires sont prévues auprès de votre radio-oncologue, afin que vous soyez accompagnée en cas d'apparition d'effets secondaires.

Si vous ressentez l'un ou l'autre de ces troubles ou si vous êtes inquiète, parlez-en avec votre radio-oncologue ou avec un autre membre de l'équipe soignante.

Des effets secondaires plus rares peuvent apparaître plusieurs mois ou des années après la radiothérapie:

- changements de pigmentation et perte d'élasticité de la peau et du tissu conjonctif;
- plus rarement, modification de la forme et de la taille du sein, un durcissement du tissu ;
- très rarement, inflammation douloureuse du sein, parfois plusieurs mois après la fin du traitement;
- résultat esthétique moins satisfaisant si la radiothérapie a lieu après une reconstruction du sein;
- limitation des possibilités de reconstruction du sein;
- dans certains cas, surtout après une mastectomie ou un curage axillaire, risque accru d'œdème lymphatique (voir pp. 89 et 90);
- dans de très rares cas, une inflammation du poumon par l'irradiation ;

- augmentation du risque d'événements cardiovasculaires, plusieurs techniques ont été développées pour amoindrir ce risque;
- risque faible d'un deuxième cancer induit par l'irradiation.

Ces effets secondaires dépendent de la sensibilité de la patiente à la radiation, de la distribution de la dose de rayons administrée, de l'extension de la zone irradiée et des traitements chirurgicaux reçus.

Les traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux englobent les chimiothérapies, les thérapies anti-hormonales, les thérapies ciblées et l'immunothérapie. Le médecin prescrit souvent différents types de médicaments administrés, parfois en même temps, parfois les uns après les autres, dans un ordre précis.

La décision de compléter la chirurgie par un traitement médicamenteux et le choix du ou des groupes de médi-

caments les plus appropriés à votre situation personnelle dépendent de l'extension de la maladie (classification TNM) et de la biologie du cancer (voir p. 32). N'hésitez pas à demander à votre médecin de préciser quels sont les facteurs qui ont pesé dans le choix de votre traitement médicamenteux validé par le colloque pluridisciplinaire.

La « carte d'identité de la tumeur »

Il n'est malheureusement pas possible de dire avec certitude chez quelle patiente quelle thérapie permettra de retarder ou d'empêcher une récidive. Le pathologiste analyse le tissu cancéreux afin de définir ses caractéristiques biologiques. Cette démarche vise à prescrire des médicaments auxquels il sera hautement probable que la tumeur réagisse.

Le plan de traitement varie selon le type de cancer du sein. Vous trouverez ci-dessous les principes généraux, même si dans votre cas personnel, il se peut que la proposition soit différente. N'hésitez pas à demander un deuxième avis si vous le souhaitez.

En savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur l'emploi des rayons à des fins thérapeutiques dans la brochure de la Ligue contre le cancer « La radiothérapie » (voir p. 103).

Carcinomes à récepteurs hormonaux positifs

Différentes thérapies anti-hormonales sont possibles, précédées le cas échéant d'une chimiothérapie.

Carcinome HER2 positif

Le traitement sera une thérapie ciblée (anticorps), en association avec une chimiothérapie.

Carcinome HER2 positif à récepteurs hormonaux positifs

Le médecin administre un traitement anti-hormonal, outre un traitement par anticorps et une chimiothérapie.

Carcinome triple négatif

Un carcinome triple négatif ne présente pas de récepteurs d'œstrogènes, de progestérone ni de HER2. Le traitement est une chimiothérapie.

La chimiothérapie

Le traitement médicamenteux le plus connu pour lutter contre le cancer est la chimiothérapie. En cas de cancer du sein, le colloque pluridisciplinaire propose une chimiothérapie avant la chirurgie si l'extension de la tumeur est importante. Une chimiothérapie est souvent prescrite pour des cancers HER2 positifs ou triple négatifs. Une chimiothérapie est souvent proposée par ailleurs après la

chirurgie pour détruire les cellules cancéreuses restantes ou réduire le risque d'une récidive. La chimiothérapie est encore utilisée pour traiter une récidive ou soulager la douleur et contrôler les symptômes d'un cancer avancé.

Mode d'action

La chimiothérapie repose sur l'emploi de cytostatiques, des médicaments qui détruisent les cellules cancéreuses ou en bloquent la croissance. Chez l'homme, les cellules se divisent à une fréquence plus ou moins élevée, en passant par différentes phases. Les cytostatiques perturbent ces phases de division dans les cellules tumorales qui sont des cellules à croissance rapide et les empêchent ainsi de se multiplier. Ils sont distribués dans tout l'organisme par le biais de la circulation sanguine.

Les cytostatiques n'agissent pas seulement sur les cellules cancéreuses, mais aussi sur d'autres cellules à croissance rapide, comme les cellules de la moelle osseuse, qui donnent naissance aux cellules sanguines, les cellules du système pileux, les cellules des muqueuses (bouche, estomac, intestin) et les cellules reproductrices (ovules et spermatozoïdes).

Les dommages subis par les cellules saines sont la principale cause des effets indésirables de la chimiothérapie. La plupart des effets indésirables disparaissent d'eux-mêmes ou peuvent être traités, mais certains peuvent durer longtemps ou être permanents.

Les cytostatiques utilisés varient selon le type de cancer et les caractéristiques des cellules cancéreuses. Pour lutter contre le cancer du sein, le médecin en associe souvent plusieurs pour accroître l'efficacité du traitement. Les différentes substances agissent chacune sur une autre phase de la division cellulaire. On parle de chimiothérapie combinée.

Le plan de traitement est conçu sur mesure pour chaque patiente, de sorte que nous ne pouvons pas expliquer en détail toutes les variantes possibles dans le cadre de cette brochure. Une chimiothérapie avant ou après l'opération n'est pas forcément indiquée. Votre médecin choisit de vous proposer ce traitement en prenant en compte de nombreux facteurs. N'hésitez pas à lui demander des explications.

Utilisations possibles

La chimiothérapie

- peut être indiquée avant l'opération pour réduire la taille de la tumeur, si les ganglions

lymphatiques des aisselles sont atteints ou si le cancer est triple négatif;

- est la thérapie de choix pour le cancer du sein à récepteurs hormonaux négatifs et le cancer du sein triple négatif;
- peut être combinée à un traitement à base d'anticorps en fonction du diagnostic (carcinome HER2 positif);
- peut être utilisée avant une thérapie anti-hormonale en cas de cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs, associé à un risque plus élevé de récidive;
- peut être administrée à intervalles plus rapprochés, c'est-à-dire chaque semaine ou toutes les deux semaines (chimiothérapie dose-dense, voir aussi la section « Dosage et fréquence » ci-après) selon la biologie du cancer et le schéma choisi;
- peut être associée, en cas de métastases, à une thérapie ciblée par inhibiteurs de l'angiogenèse, qui bloquent la croissance de vaisseaux sanguins qui viennent alimenter la tumeur;
- peut être utilisée à des fins palliatives pour atténuer des douleurs ou une détresse respiratoire.

La chimiothérapie a souvent une influence favorable sur l'évolution de la maladie.

Le déroulement du traitement

La chimiothérapie débute en principe deux à six semaines après l'opération du sein, généralement avant la radiothérapie. Elle dure entre trois et six mois, avec des interruptions.

Les cytostatiques sont normalement administrés par perfusion sous forme de traitement ambulatoire. Une hospitalisation n'est pas nécessaire.

Dosage et fréquence

La quantité de chaque substance active et l'intervalle entre les séances sont déterminés de manière personnalisée, en fonction de votre cas. Le traitement est fractionné en plusieurs cycles, chaque séance étant suivie d'une pause plus ou moins longue pour permettre aux cellules saines de se régénérer.

Comprimés à prendre à domicile

Certains médicaments peuvent être pris sous forme de comprimés à la maison.

Effets indésirables les plus fréquents

Le type d'effets indésirables, leur fréquence et leur intensité dépendent des médicaments administrés, de leur dosage, ainsi que de la sensibilité individuelle.

Les principaux effets indésirables de la chimiothérapie pour traiter le cancer du sein sont :

- globules rouges et blancs en nombre peu élevé;
- saignements et bleus;
- infections;
- nausées et vomissements;
- sécheresse ou inflammation des muqueuses de la bouche et de la gorge;
- chute des cheveux et des poils;
- fatigue;
- diarrhée;
- constipation;
- manque d'appétit;
- troubles neurologiques : fourmillements, insensibilité;
- ménopause provoquée par le traitement;
- altération de la fertilité;
- dommages au cœur.

En savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les traitements médicamenteux, les thérapies ciblées et leur mode d'action dans la brochure « Les traitements médicamenteux des cancers » (voir p. 103).

L'équipe médicale et soignante vous informe et vous conseille. Consultez également la section «Les effets indésirables», à la page 80.

Une chimiothérapie, oui ou non ?

Pour un groupe relativement important de patientes, pour l'essentiel des femmes ayant un cancer du sein localement limité avec des tumeurs à récepteurs hormonaux positifs, il est désormais possible d'estimer le bénéfice d'une chimiothérapie en utilisant un test génomique. La génomique étudie le comportement des gènes, en particulier leur rôle dans certaines maladies. La décision d'effectuer ce test afin de définir si une chimiothérapie est nécessaire appartient au colloque pluridisciplinaire.

Le bénéfice de la chimiothérapie est parfois petit. Dans ces cas, la décision doit être partagée entre vous et votre oncologue. Si vous êtes dans cette situation, nous vous conseillons de discuter avec votre oncologue des avantages qu'une chimiothérapie pourrait vous apporter dans une optique curative. Il peut aussi être utile de définir avec votre médecin de famille, un psycho-oncologue ou l'infirmière référente pour le cancer du sein ce qui compte pour vous, car votre attitude personnelle vis-à-vis de la vie, de la maladie, de la médecine et de la mort revêt une grande importance.

Si vous n'êtes pas sûre de votre décision, il vaut la peine de demander l'avis d'un deuxième spécialiste. La décision finale vous appartient.

Les thérapies anti-hormonales

Les thérapies anti-hormonales, aussi appelées hormonothérapies, sont qualifiées de thérapies endocrinianennes dans le jargon médical. L'endocrinologie est la partie de la médecine qui étudie les hormones.

Les hormones féminines peuvent favoriser la croissance des cellules cancéreuses du sein. C'est le cas chez environ trois quarts des patientes. Elles ont un cancer du sein qui présente un plus ou moins grand nombre de récepteurs hormonaux (RH+) et qui est donc hormonodépendant. Pour ces femmes, quel que soit le stade de la maladie, le médecin prescrit une thérapie anti-hormonale afin d'inhiber la production de ces hormones et de bloquer leur effet stimulant sur les cellules cancéreuses.

Une thérapie anti-hormonale peut diminuer le risque de récidive dans le sein opéré, de métastases et d'une tumeur dans l'autre sein.

Dans de rares cas, une thérapie anti-hormonale peut être utilisée comme

seul traitement médicamenteux lorsque la tumeur est fortement hormonosensible et que la patiente n'est pas opérable (patiente âgée).

Chez les femmes ménopausées qui ont un cancer du sein localement avancé à récepteurs hormonaux positifs, une thérapie anti-hormonale peut parfois être administrée avant l'opération ou à la place d'une chimiothérapie.

Il convient toujours de vérifier avant le traitement si la tumeur est hormonosensible. Au stade métastatique, le médecin détermine le statut des récepteurs hormonaux des métastases. Ce statut n'est pas forcément identique à celui de la tumeur du sein.

Important

Il ne faut pas confondre la thérapie anti-hormonale, ou hormonothérapie, avec le traitement hormonal de substitution parfois prescrit pour atténuer les troubles de la ménopause. La première bloque la production d'hormones sexuelles ou inhibe leur activité, le second augmente le taux d'hormones dans l'organisme.

Le déroulement de la thérapie anti-hormonale

La thérapie anti-hormonale débute généralement après l'opération. Elle est souvent administrée sous forme de comprimés à prendre tous les

jours. Suivant la situation et le type de médicaments, le traitement s'étend sur plusieurs années, en général cinq à dix ans, s'il s'agit de prévenir une récidive. Un suivi par un médecin expérimenté est conseillé.

Des médicaments adaptés à chaque situation

Le type de médicament utilisé varie selon l'âge de la femme concernée, son risque de récidive, l'existence d'autres maladies et le statut ménopausique (voir encadré à la p. 56). Il arrive aussi que le médecin change de médicament en cours de traitement. Certains ont parfois un mode d'action différent. Le médecin peut aussi changer la médication si les effets indésirables d'un traitement ne diminuent pas avec le temps et sont difficiles à supporter.

Les thérapies anti-hormonales sont de quatre types principaux, qui ont un mode d'action différent.

Le tamoxifène

Le tamoxifène et d'autres substances au mode d'action comparable bloquent l'effet stimulant des œstrogènes produits par l'organisme sur les cellules cancéreuses du sein. Les œstrogènes sont des hormones sexuelles.

Le tamoxifène « occupe » les récepteurs des œstrogènes dans les cellules

cancéreuses et bloque ainsi l'action des hormones.

Le tamoxifène

- est utilisé avant la ménopause;
- peut être prescrit après la ménopause en alternance avec un inhibiteur de l'aromatase.

Les femmes qui envisagent une grossesse devraient interrompre la prise de tamoxifène, car il n'est pas compatible avec la grossesse. Un projet de grossesse doit faire l'objet d'une décision partagée et une planification avec votre médecin.

D'autres médicaments ont une action similaire en détruisant les récepteurs hormonaux situés à la surface des cellules cancéreuses.

Les inhibiteurs de l'aromatase

Une protéine spécifique, l'aromatase, est à l'origine de la production d'œstrogènes. Les œstrogènes sont essentiellement produits dans les ovaires, mais également en plus petites quantités dans le foie, le tissu adipeux et musculaire. À la ménopause, la production d'œstrogènes par les ovaires s'arrête. Elle se poursuit cependant dans les autres tissus.

En bloquant l'aromatase, les médicaments empêchent la production d'œstrogènes dans les tissus. Le taux d'œstrogènes chute alors pratiquement à zéro, ce qui freine la croissance des cellules cancéreuses du sein hormonodépendantes.

Le statut ménopausique

La ménopause désigne la cessation de l'activité des ovaires, qui s'accompagne de l'arrêt définitif des règles. Elle est précédée d'une période plus ou moins longue pendant laquelle les règles sont irrégulières: la préménopause.

Dans certains cas, il n'est pas possible de définir clairement si la femme est en préménopause ou en post-ménopause, car même après l'arrêt des règles, les ovaires peuvent encore produire des hormones féminines pendant quelques mois.

Le statut hormonal est alors déterminé à l'aide d'une prise de sang.

- Les inhibiteurs de l’aromatase sont utilisés après la ménopause.
- Lorsqu’ils sont mal supportés ou que le statut ménopausique n’est pas clair, le tamoxifène peut être une alternative.
- Autres combinaisons possibles : du tamoxifène pendant deux à trois ans, puis un inhibiteur de l’aromatase.
- Si un traitement aux anti-aromatases est envisagé chez une femme non ménopausée, une suppression ovarienne préalable est nécessaire, sinon l’anti-aromatase ne fonctionne pas (voir analogues de la GnRH).

Les analogues de la GnRH

La GnRH, ou hormone de libération des gonadotrophines (de l’anglais *gonadotropin releasing hormone*), est une hormone qui stimule la production des hormones sexuelles dans les ovaires. Elle est aussi appelée LH-RH.

Les analogues de la GnRH sont des médicaments produits par synthèse. Un analogue est une substance qui ressemble à une autre substance et qui peut se faire passer pour elle. Les analogues de la GnRH empêchent l’hypophyse, une glande située à la base du cerveau, de donner aux ovaires l’ordre de sécréter des hormones. Ils bloquent ainsi l’activité

des ovaires, ce qui réduit pratiquement à zéro la quantité d’hormones sexuelles féminines qui parvient dans l’organisme.

L’emploi de ces médicaments avant la ménopause provoque une ménopause artificielle durant la thérapie. Suivant l’âge de la femme, la production d’hormones reprend à la fin du traitement.

- Avant la ménopause, un analogue de la GnRH peut être associé au tamoxifène ou à un inhibiteur de l’aromatase pour stopper l’activité des ovaires.
- Les femmes jeunes qui souhaitent encore avoir des enfants devraient se faire conseiller sur les mesures possibles pour préserver leur fertilité (voir p. 63).

Suppression ovarienne

Les cancers du sein liés à certaines mutations génétiques sont associés à un risque accru de cancer de l’ovaire. Chez les femmes porteuses d’une mutation génétique de type BRCA, l’ablation des ovaires évite le développement de ce cancer.

Effets indésirables possibles des thérapies anti-hormonales

- irrégularité ou arrêt des règles temporaire ou définitif;
- troubles de la ménopause tels que bouffées de chaleur, sécheresse des muqueuses (yeux, vagin);
- tendance à l'ostéoporose, fractures osseuses;
- prise de poids;
- tendance aux thromboses ou aux embolies (par ex. pulmonaires);
- fatigue et troubles du sommeil;
- troubles de la vue;
- saignements vaginaux, modifications de la muqueuse utérine;
- douleurs articulaires et musculaires;
- humeur changeante.

Les femmes jeunes qui envisagent une grossesse trouveront de plus amples informations à partir de la page 83.

Autres médicaments

Les bisphosphonates

Ces médicaments sont utilisés pour prévenir et traiter l'ostéoporose, soit la diminution de la masse osseuse. En se liant avec l'os, ils ralentissent le processus de dégradation. Les bisphosphonates sont administrés par perfusion ou sous forme de comprimés.

Dans le cas d'un cancer du sein, les bisphosphonates sont utilisés pour réduire le risque d'ostéoporose associé à la thérapie, en complément de l'hormonothérapie chez les patientes à plus haut risque d'ostéoporose ou ayant déjà une ostéoporose. Un examen est réalisé au préalable et durant l'hormonothérapie pour mesurer la densité osseuse. Les bisphosphonates sont également administrés parfois pour lutter contre les métastases osseuses.

Lésions dentaires et hygiène buccale

Le traitement des lésions dentaires survenant avant, pendant et après une thérapie contre le cancer est remboursé par l'assurance-maladie à certaines conditions. Demandez à votre dentiste d'établir une proposition de traitement et un devis à l'attention de votre assurance-maladie. Seule l'appréciation de l'assurance-maladie vous indiquera si elle prend en charge le traitement.

Une hygiène buccale rigoureuse est essentielle pour prévenir des lésions. L'équipe soignante vous conseillera volontiers.

Les anticorps

Une thérapie à base d'anticorps existe aussi pour prévenir l'ostéoporose ou les complications lors de métastases osseuses. Les anticorps inhibent une protéine spécifique qui favorise la dégradation osseuse.

La substance active est injectée sous la peau une fois par mois à la patiente lors de métastases osseuses, et tous les six mois si le but est de prévenir l'ostéoporose.

Effets indésirables possibles

- symptômes pseudo-grippaux passagers, nausées et légère diarrhée;
- irritations de la peau (déman-geaisons, rougeur);
- inflammations de la mâchoire.

Les thérapies ciblées

Les thérapies ciblées visent des structures spécifiques à l'intérieur ou à la surface de la cellule cancéreuse. Ces structures varient en fonction du type de médicament utilisé. On qualifie ces thérapies de ciblées parce qu'elles ne s'attaquent qu'aux cellules cancéreuses et n'ont donc en principe pas d'effets sur les cellules normales. Elles sont parfois administrées en association avec un cytostatique ou une hormonothérapie.

Comment les traitements ciblés agissent-ils ?

Toute cellule humaine porte un grand nombre de caractéristiques différentes: des récepteurs. Des molécules s'y fixent et déclenchent une série de réactions dans la cellule cancéreuse. C'est ce que l'on appelle une cascade de signaux ou une transduction de signaux. Ces phénomènes sont importants pour la division et la mort cellulaire.

Si une cascade de signaux est perturbée, il se peut que les cellules dégénèrent et deviennent cancéreuses.

Les substances actives des médicaments ciblés reconnaissent les caractéristiques des cellules cancéreuses et les bloquent de manière ciblée, de sorte que la cascade de signaux n'est pas déclenchée.

Les principaux types de thérapie ciblée utilisés sont:

- les anticorps monoclonaux;
- les inhibiteurs de la tyrosine kinase;
- les inhibiteurs des kinases dépendantes de cyclines;
- les inhibiteurs de la cible de la rapamycine chez les mammifères (mTOR);
- les inhibiteurs de PARP.

Les inhibiteurs de la croissance tumorale par anticorps monoclonaux

Le système immunitaire produit des anticorps pour combattre de manière ciblée les agents pathogènes tels que virus ou bactéries.

Certains médicaments contre le cancer fonctionnent sur le même principe. Produits en laboratoire, ils sont tous identiques (clones), raison pour laquelle on les appelle anticorps monoclonaux.

Les anticorps sont capables de reconnaître un récepteur à la surface d'une cellule cancéreuse. Ils s'y fixent et le « marquent ». Le système immunitaire reconnaît ainsi à son tour la cellule tumorale et peut la combattre.

Les anticorps monoclonaux sont administrés par perfusion intraveineuse ou en injection sous la peau. Ils peuvent être administrés seuls ou être utilisés en combinaison avec une chimiothérapie.

Les thérapies par anticorps monoclonaux visent principalement à

- traiter un cancer du sein métastasé;
- diminuer la taille de la tumeur ou l'atteinte des ganglions avant la chirurgie en cas de cancer du sein avancé;
- diminuer le risque de récidive.

Les effets indésirables les plus courants sont des symptômes pseudo-grippaux ou allergiques. Les traitements anti-HER2 peuvent parfois altérer la fonction cardiaque. Ceci survient surtout pendant la période de traitement et rarement après l'arrêt. C'est pourquoi le fonctionnement du cœur est contrôlé avant de débuter le traitement, puis surveillé régulièrement au moyen d'une échographie.

Les inhibiteurs de la tyrosine kinase

Ces médicaments bloquent l'action de kinases à l'intérieur de la cellule. Les kinases sont des enzymes capables d'activer d'autres enzymes. Elles favorisent ainsi la croissance des cellules cancéreuses. Le blocage opéré par les inhibiteurs de la tyrosine kinase favorise la mort des cellules cancéreuses et freine leur multiplication.

Les inhibiteurs de la tyrosine kinase peuvent être utilisés en combinaison avec d'autres médicaments contre le cancer du sein. Ceux utilisés pour traiter le cancer du sein visent principalement à bloquer l'effet de la protéine HER2 à l'intérieur de la cellule.

Les inhibiteurs des kinases dépendantes de cyclines

Ces médicaments ciblés bloquent des protéines appelées kinases dépendantes des cyclines. Ce sont

des protéines qui contrôlent le cycle cellulaire à l'intérieur de la cellule. Le traitement empêche les cellules cancéreuses de proliférer. Les inhibiteurs de kinases dépendants de cyclines sont essentiellement utilisés lorsque les récepteurs hormonaux sont positifs, en association avec l'hormonothérapie.

Les inhibiteurs de la cible de la rapamycine chez les mammifères (mTOR)

Cette thérapie ciblée bloque une protéine appelée mTOR. Elle empêche ainsi la croissance cellulaire. Elle est utilisée en cas de cancer du sein

avancé, principalement en association avec l'hormonothérapie.

Les inhibiteurs de PARP

Ces médicaments empêchent les cellules cancéreuses de réparer leur matériel génétique, l'ADN, et précipitent ainsi leur mort. Ils ne fonctionnent qu'en présence de mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2 (voir p. 21).

Généralités concernant les effets indésirables des traitements médicamenteux

Le type d'effets indésirables, leur intensité et le moment où ils apparaissent dépendent de la sorte de médicaments utilisés et de la combinaison de substances. Ils varient d'une personne à l'autre.

Votre médecin vous informera en détail et discutera avec vous des mesures possibles pour les atténuer. Certains effets peuvent être traités rapidement, d'autres s'inscrivent dans la durée ou sont permanents.

Pour en savoir plus, lisez également la section « Les effets indésirables » et l'encadré « Médicaments et traitements de soutien » à la page 81.

Vous trouverez de plus amples informations sur les traitements médicamenteux, leurs effets indésirables et les mesures qui permettent d'y remédier dans la brochure « Les traitements médicamenteux des cancers » (voir p. 103).

L'immunothérapie

L'immunothérapie consiste à stimuler le système immunitaire pour renforcer ses propres défenses contre les cellules cancéreuses. Pour l'instant, cette thérapie n'a montré un bénéfice que pour traiter certains cancers du sein triple négatifs régionalement avancés ou métastatiques.

Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire

À la surface de chaque cellule de notre corps se trouvent des points de contrôle. Ce sont des récepteurs. Leur rôle consiste à s'assurer que l'organisme n'attaque pas ses propres cellules. Les globules blancs de notre système immunitaire sont chargés de détruire les agents pathogènes étrangers (virus, bactéries). Lorsqu'ils rencontrent les points de contrôle des cellules de notre propre organisme, les globules blancs reçoivent le signal de ne pas les détruire. Or, il en va de même pour les cellules cancéreuses qui ne sont pas des cellules étrangères, mais nos propres cellules défectueuses. Elles ne sont pas automatiquement éliminées par les globules blancs. Les

substances actives des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire suppriment ce blocage. Les globules blancs reconnaissent alors mieux les cellules cancéreuses comme anormales et les éliminent.

Administration du traitement

Les inhibiteurs de point de contrôle sont administrés par perfusion.

Effets indésirables possibles

- symptômes semblables aux symptômes grippaux;
- nausées;
- douleurs (estomac, abdomen);
- réactions cutanées;
- diarrhées;
- fatigue;
- inflammations, maladie auto-immune;
- toux sèche;
- problèmes hormonaux;
- jaunisse.

Les effets indésirables possibles de l'immunothérapie sont nombreux et divers. Pour en savoir plus, consultez la brochure « Immunothérapie par inhibiteurs de points de contrôle immunitaire: Que faire lors d'effets indésirables » (voir p. 103).

La préservation de la fertilité

La chimiothérapie utilisée pour le traitement du cancer du sein s'attaque aux cellules cancéreuses. Elle a cependant aussi des effets sur les cellules saines. Suivant les substances, la dose de médicaments et l'âge de la personne, elle peut aussi endommager les ovaires de telle sorte que des femmes ne peuvent plus concevoir d'enfant de manière naturelle.

Au moment du diagnostic et avant le début des traitements, vous êtes peut-être en âge de procréer et vous en visagez de concevoir un enfant après la thérapie. Il convient alors de vous entretenir avec votre médecin des risques d'infertilité suite à la thérapie et des méthodes de préservation possibles. La Ligne InfoCancer peut également vous renseigner sur les centres de préservation de la fertilité de votre région (voir p. 109).

Préservation de la fertilité chez la femme

Plusieurs méthodes sont possibles qui devront être discutées au cas par cas :

- *Le prélèvement et la congélation d'ovules non fécondés ou fécondés in vitro avec le sperme du partenaire.* Les ovules fécondés ou non fécondés pourront être utilisés dans le cadre d'une procréation médicalement assistée, à l'issue du traitement de la maladie, lorsque le couple le souhaite.
- *Le prélèvement et la congélation de tissus ovariens et leur réimplantation ultérieure, une fois le traitement du cancer du sein terminé.*
- *La protection des ovaires durant la chimiothérapie* par un traitement médicamenteux (agonistes de la GnRH) permet de diminuer le risque d'une insuffisance ovarienne, mais ne permet pas d'en éliminer le risque. C'est pourquoi cette mesure est souvent prise en combinaison avec d'autres mesures de préservation de la fertilité.

Grossesse

Il convient de faire un test de grossesse avant la thérapie pour les femmes qui pourraient être enceintes. Les traitements peuvent avoir des conséquences néfastes sur l'enfant à naître.



Relations sexuelles pendant la thérapie

Il est impératif d'avoir des relations sexuelles protégées pendant et quelque temps après la thérapie, même si la fécondité est limitée, voire inexisteante. Les traitements peuvent occasionner des malformations de l'enfant à naître. La pilule contraceptive est contre-indiquée après un cancer du sein.

Prise en charge des mesures de préservation de la fertilité

Depuis le 1^{er} juillet 2019, les frais de prélèvement et de cryoconservation (préservation par congélation) des ovules et des tissus ovariens sont remboursés par l'assurance de base. La prise en charge des frais de cryoconservation est limitée à cinq ans. Ceci est valable pour les personnes de moins de 40 ans prises en charge dans des centres spécialisés qui participent à un programme de garantie de la qualité. D'autres mesures, comme la fécondation de l'ovule, sont à la charge des patientes.

Sexualité et cancer

Vous trouverez des informations supplémentaires sur la sexualité, la fécondité et la grossesse en cas de cancer au chapitre « Désir d'enfant et sexualité » à la page 83 et dans la brochure « Cancer et sexualité au féminin » que vous pouvez lire en ligne ou commander à la page www.liguecancer.ch/brochures.

Généralités concernant le traitement

Votre équipe soignante prend en compte plusieurs facteurs pour établir un plan de traitement qui répondre le mieux à votre situation:

- la localisation et la taille de la tumeur;
- le type de tumeur;
- le stade de la maladie: la tumeur est-elle circonscrite au sein ? Des ganglions lymphatiques sont-ils touchés ? Des métastases se sont-elles formées dans d'autres organes ?;
- les caractéristiques du tissu prélevé lors de la biopsie ou de l'opération : degré d'agressivité de la tumeur, statut des récepteurs hormonaux et du récepteur HER2, taux de cellules cancéreuses ;
- la femme est-elle ménopausée ou non ?;
- l'état de santé général et les souhaits de la patiente.

Pour planifier le traitement, le médecin tient également compte de vos attentes en matière de qualité de vie.

Planification du traitement

Il faut beaucoup de patience jusqu'à ce que les résultats des examens soient connus. Plus il y a de données, plus le traitement pourra être planifié précisément.

Le traitement est programmé et suivi par une équipe pluridisciplinaire. Des experts de divers domaines évaluent la situation ensemble dans le cadre d'un colloque pluridisciplinaire, ou *tumor board*. Ce système vise à vous proposer la thérapie la mieux adaptée à votre cas.

Pour le cancer du sein, les spécialistes impliqués sont en premier lieu les suivants :

- le pathologue, spécialiste de l'analyse des tissus ;
- le radiologue, spécialiste de l'imagerie médicale ;
- le spécialiste en génétique médicale, expert des analyses permettant d'établir l'existence d'une prédisposition héréditaire ;
- le sénologue ou chirurgien sénologue, spécialiste de la chirurgie du sein ;
- l'oncologue, spécialiste des traitements médicamenteux et des mesures de soutien ;
- le radio-oncologue, spécialiste de la radiothérapie ;
- le spécialiste en chirurgie plastique et reconstructrice ;
- l'infirmière spécialisée en sénologie : infirmière référente pour le cancer du sein (IRCS) ou *breast care nurse* ;

- le physiothérapeute, pour prévenir et traiter les problèmes liés à la chirurgie et la radiothérapie ;
- le psycho-oncologue, spécialiste du soutien aux personnes touchées.

Traitements de première ligne

Le traitement réalisé et recommandé en premier est appelé traitement de première ligne ou de première intention. C'est celui dont on pense qu'il donnera les meilleurs résultats. Il est choisi sur la base d'études médicales. Elles ont permis d'établir à plusieurs reprises qu'il était efficace.

Traitements de deuxième ligne

Il intervient lorsque le traitement de première ligne n'est plus efficace ou provoque trop d'effets secondaires. Le médecin recourt généralement à une autre substance active ou une autre méthode de traitement.

Principes thérapeutiques

La thérapie de première ligne la plus fréquente du cancer du sein est la chirurgie. Elle est suivie, selon les cas, de la radiothérapie ou d'un traitement médicamenteux. Le but de l'intervention est de retirer complètement les foyers tumoraux, lorsqu'il n'y a pas de métastases.

Les principes thérapeutiques varient selon les foyers tumoraux, le stade de la maladie et l'état de santé général de la patiente.

Traitements curatifs

Un traitement est dit curatif lorsqu'il vise à guérir le cancer ou à stabiliser l'état de santé sur le long terme (rémission). C'est le traitement qu'on applique lorsqu'une opération permet d'extraire la tumeur dans sa totalité et qu'il n'y a pas de métastases.

L'ablation de tous les tissus atteints ne garantit toutefois pas forcément la guérison définitive ou une rémission à long terme. Une récidive reste possible. C'est la raison pour laquelle un traitement médicamenteux ou une radiothérapie sont souvent envisagés en complément (traitement adjuvant, voir ci-dessous).

Traitements néo-adjuvants

Il s'agit d'un traitement qui précède l'opération pour réduire la taille de la tumeur ou de ganglions lymphatiques atteints. Le chirurgien peut ensuite l'enlever tout en ménageant les tissus voisins. Le traitement néo-adjuvant réduit aussi le risque de récidive à plus long terme.

Le traitement néo-adjuvant du cancer du sein est généralement une chimiothérapie, éventuellement associée à un traitement par anticorps. Le médecin peut aussi prescrire parfois une thérapie anti-hormonale.

Traitement adjuvant

Ce traitement intervient après l'opération afin d'éliminer d'éventuelles cellules malignes résiduelles ou des micrométastases. Il permet de diminuer le risque de récidive.

Traitement palliatif

Le traitement est qualifié de palliatif quand les chances de guérison sont très faibles. Il est cependant parfois possible de contrôler la maladie sur le long terme, même pendant plusieurs années, selon les cas.

On parle de soins palliatifs lorsque la maladie est trop avancée pour faire l'objet de traitements spécifiques. La qualité de vie représente alors l'objectif prioritaire. Des mesures ou des soins médicaux, des soins, un accompagnement psychologique et un soutien spirituel peuvent atténuer des symptômes de la maladie et des troubles comme des douleurs, l'anxiété, la fatigue et les problèmes liés à l'alimentation.

Dans cette situation, peut-être avec l'aide d'un psycho-oncologue, réfléchissez à votre définition personnelle de la qualité de vie. Parlez-en aussi à votre équipe soignante. Les médecins seront ainsi en mesure de cibler le traitement.

Objectifs thérapeutiques

Allez-vous suivre un traitement curatif ou palliatif? Avant de commencer le traitement, discutez des objectifs poursuivis avec votre médecin. Au cours de la thérapie, ils sont réexaminés et adaptés en fonction de l'efficacité du traitement et de la situation de la personne concernée. Ces changements s'effectuent toujours en concertation avec la personne malade.

La décision vous appartient

Nous vous recommandons de discuter des options thérapeutiques avec les spécialistes. Dans certains hôpitaux ou centres de traitement, ce processus est coordonné par un médecin responsable de votre suivi.

Vous pouvez poser des questions à tout moment, remettre en question une décision ou demander un temps de réflexion. Il est important que vous compreniez les conséquences et les effets secondaires d'un traitement avant de donner votre accord.

Vous avez le droit de le refuser. Demandez au médecin de vous expliquer comment va évoluer la maladie si vous prenez cette décision.

Vous pouvez aussi laisser la décision du choix thérapeutique aux médecins qui assurent votre prise en charge. Votre accord est de toute façon indispensable pour entreprendre un traitement ou décider d'une opération.

Faites-vous accompagner et conseiller

Avant de commencer votre traitement, vous aurez un entretien avec le médecin qui vous expliquera son déroulement, les différentes options possibles, les avantages et les inconvénients.

Lors de l'entretien, prenez le temps nécessaire pour bien comprendre le traitement proposé et poser des questions. Il est recommandé d'être accompagné par un proche ou une personne de confiance. Chez vous, dans le calme, préparez par écrit ce que vous souhaitez demander au médecin afin de penser à tout au moment du rendez-vous.

Vous pouvez également en parler avec votre médecin de famille ou demander un deuxième avis médical. C'est votre droit le plus strict. Ce n'est pas signe de manque de loyauté de votre part. Le spécialiste chargé de votre suivi connaît cette option et transmettra les informations de votre dossier au médecin qui donnera le deuxième avis afin qu'il puisse se prononcer.

Dans certains hôpitaux et centres de traitement, ce processus est coordonné par une spécialiste, par exemple une infirmière référente pour le cancer du sein, spécialisée dans le conseil et l'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer du sein. Elle s'assure notamment de la bonne compréhension du traitement. Elle fait partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire. L'oncologue ou le spécialiste de l'oncologie gynécologique peuvent également s'occuper de votre suivi.

Peut-être allez-vous également ressentir le besoin de consulter un psychoncologue. Ce professionnel peut vous soutenir au-delà des aspects purement médicaux, si vous souhaitez parler d'autres difficultés, d'ordre psychologique (angoisse) ou social.

Osez poser des questions !

- Quel est le type de cancer du sein ? Quel est le stade de la maladie ?
À quelle vitesse se propage-t-elle ?
- Quels sont les traitements possibles ?
- Quels sont les bénéfices attendus des traitements ? Combien de temps durent-ils ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients des traitements ?
- L'hôpital ou le médecin a-t-il de l'expérience dans le traitement du cancer du sein ? Cette question est importante en matière de perspectives de guérison et de réduction des effets secondaires. Au besoin, la Ligne InfoCancer peut vous renseigner (voir p. 109).
- Est-ce que je peux guérir ?
- Est-ce que les traitements auront lieu en ambulatoire ou demandent une hospitalisation ?
- Quels sont les risques et les effets indésirables des thérapies ? Ces derniers sont-ils passagers ou définitifs ? Que peut-on faire pour les atténuer ?
- Quelles complications peuvent survenir lors de l'opération ?
- À quoi ressemblerai-je après l'opération ?
- Quel sera l'impact du traitement sur ma sexualité, ma fertilité ?
- Quelles répercussions la maladie, le traitement auront-ils sur mon quotidien, mon entourage et mon bien-être ?
- Si je renonce à certains traitements, quelles seront les répercussions sur mon espérance de vie et ma qualité de vie ?
- Y a-t-il d'autres options en dehors du traitement proposé ?
- D'autres traitements seront-ils éventuellement nécessaires ?
- Les coûts du traitement sont-ils pris en charge par l'assurance-maladie ?

Mes questions

Centres du sein certifiés

L'appellation de « centre du sein » n'étant pas protégée, n'importe quel établissement peut se qualifier ainsi. Pour permettre au public de s'y retrouver dans le large éventail d'institutions existantes, la Ligue suisse contre le cancer et la Société suisse de sérologie ont créé en 2012 un label de qualité commun. Ce label est attribué aux centres du sein répondant à des critères de qualité clairement définis en matière de diagnostic, de traitement et de suivi. Il offre aux femmes concernées une base de comparaison pour choisir l'équipe par laquelle elles seront soignées.

Il existe également des certifications semblables délivrées par la Société allemande du cancer (Deutsche Krebsgesellschaft DKG) ou la Société européenne des spécialistes du cancer du sein (EUSOMA).

Vous trouverez de plus amples informations ainsi que la liste des centres certifiés sur le site de la Ligue contre le cancer :
www.liguecancer.ch/q-label.

Le déroulement du traitement

Les pages suivantes vous présentent les grandes lignes des traitements des cancers du sein à différents stades. Ces descriptions ne sont pas exhaustives. N'hésitez pas à demander des explications à votre médecin concernant votre cas.

Le traitement du carcinome canalaire in situ

Le carcinome canalaire non invasif est un stade précoce possible d'un cancer du sein (voir p. 17).

Chirurgie

Le traitement consiste en général en une chirurgie conservatrice du sein, soit l'ablation du tissu anormal avec une marge de sécurité. L'intervention vise à réduire le risque qu'un carcinome canalaire in situ se transforme en carcinome invasif.

Lorsque la tumeur est étendue ou en présence de microcalcifications (voir p. 26) à plusieurs endroits dans le sein, le chirurgien peut procéder à une ablation complète du sein.

Le médecin prélève le ganglion sentinelles lorsqu'une mastectomie est nécessaire.

Pour la femme concernée, la décision est difficile à prendre, car tous les carcinomes canalaire in situ ne se transforment pas en carcinomes malins par la suite. Il est toutefois impossible de dire à l'avance comment le cancer va évoluer.

N'hésitez pas à poser des questions :

- Que peut-il arriver si je ne fais pas de traitement ?
- Qu'est-ce qui m'attend si je fais un traitement ?
- Dans quel cas un traitement serait-il utile pour moi ?

Radiothérapie

La chirurgie conservatrice est en général suivie d'une radiothérapie pour diminuer le risque de récidive dans le sein. Le bénéfice de la radiothérapie dépend de l'âge, de la taille tumorale, de la marge de résection et de l'aspect au microscope, notamment du grade (voir p. 31). Le bénéfice escompté et les effets indésirables potentiels jouent un rôle dans la prise de décision.

Thérapie anti-hormonale

En présence d'un carcinome canalaire in situ à récepteurs hormonaux positifs, une thérapie anti-hormonale peut éventuellement diminuer le risque de récidive ou de cancer dans l'autre sein, surtout chez les femmes qui ont un risque plus élevé de récidive.

Les femmes ménopausées peuvent recevoir dans certains cas un traitement aux inhibiteurs de l'aromatase (voir p. 56).

Le traitement du cancer infiltrant

La distinction entre les stades de la maladie repose sur la taille de la tumeur, le nombre et la localisation des ganglions lymphatiques atteints et le fait qu'elle ait déjà infiltré la paroi thoracique ou non.

Chirurgie

Si la tumeur est localisée et peut être retirée totalement avec un bon résultat esthétique, le médecin propose une opération conservatrice du sein (voir p. 41).

Le médecin propose une mastectomie (voir p. 42) dans les autres cas. Il le fait aussi parfois après une opération conservatrice qui contient des traces de tumeur dans la marge de sécurité et lorsqu'une nouvelle opération conservatrice n'est pas possible.

Au niveau axillaire, le médecin procède le plus souvent à une excision d'un ou plusieurs ganglions sentinelles ou, dans les cas les plus avancés, à un curage axillaire (voir p. 45).

Un traitement médicamenteux (chimiothérapie ou hormonothérapie en cas de tumeur hormonosensible) peut être proposé avant l'opération pour réduire la taille de la tumeur ou des foyers tumoraux importants. Le but est alors une opération conservatrice.

Radiothérapie

La chirurgie conservatrice est presque toujours suivie d'une radiothérapie de la glande mammaire. Une dose supplémentaire dans la région où se trouvait la tumeur peut également être délivrée en fonction de certains critères. Le traitement des ganglions lymphatiques de l'aisselle, de ceux situés près de la clavicule ou derrière le sternum peut être proposé. L'option d'une radiothérapie partielle du sein, intra-opératoire ou externe, peut être envisagée pour certaines patientes.

La radiothérapie n'est en général pas nécessaire après une mastectomie d'un cancer du sein de stade débutant. Pour les stades plus avancés, une radiothérapie de la paroi thoracique avec ou sans les ganglions lymphatiques de l'aisselle, près de la clavicule ou derrière le sternum peut être proposée.

Traitements médicamenteux

Ils servent à diminuer le risque de récidive et à prévenir la formation de métastases.

Chimiothérapie

Le choix de prescrire une chimiothérapie dépend de nombreux facteurs. Si une femme présente des récepteurs hormonaux négatifs, elle reçoit en général une chimiothérapie. La chimiothérapie vient aussi parfois compléter une thérapie hormonale. C'est le cas si les récepteurs hormonaux sont positifs et le risque de récidive élevé en raison de la biologie tumorale, par exemple, ou si les ganglions lymphatiques sont atteints.

Les combinaisons de chimiothérapie sont nombreuses. La prescription diffère d'un cas à l'autre. Si le cancer du sein est HER2 positif, la chimiothérapie est souvent préopératoire et associée à une thérapie ciblée par anticorps.

Tous ces choix se font aujourd'hui de manière très raffinée grâce à de nombreux outils qui permettent d'estimer le risque de récidive et le bénéfice d'une chimiothérapie.

Thérapie anti-hormonale

Les femmes atteintes de cancer du sein dont les récepteurs hormonaux sont positifs reçoivent en général une thérapie anti-hormonale. Pour en savoir plus, veuillez vous référer à la page 54.

Thérapies ciblées

Les femmes atteintes de cancer du sein HER2 positif reçoivent en général une thérapie ciblée pendant un an. Pour en savoir plus, veuillez vous référer à la page 59.

Le traitement au stade métastatique

Lorsqu'il y a des métastases, on parle de stade avancé, quels que soient la taille de la tumeur et le nombre de ganglions lymphatiques atteints.

Dans ce cas, l'objectif premier est de ralentir la progression de la maladie, d'atténuer les symptômes et de maintenir une qualité de vie aussi bonne que possible, ce que l'on peut généralement faire pendant plusieurs années.

Le cancer du sein forme fréquemment des métastases dans les os, le poumon et le foie, plus rarement dans le cerveau.

Le traitement principal est en général médicamenteux. Il peut s'agir d'une chimiothérapie, d'une thérapie ciblée ou d'une thérapie anti-hormonale, suivant le cas. Les dosages et les combinaisons de médicaments sont le moins agressifs possible.

Le plan de traitement est ouvert et dépend surtout des préférences et des besoins personnels de la patiente, de même que de son état physique et psychique.

Les thérapies sont choisies en fonction :

- des traitements déjà effectués;
- des symptômes actuels;
- du statut des récepteurs hormonaux (tumeur et métastases);
- du statut HER2;
- du statut ménopausique;
- du type et de la localisation des métastases;
- des autres maladies et des médicaments déjà pris par la patiente.

Traitement des métastases

Un traitement local des métastases est parfois possible.

Chirurgie

Dans certains cas, une intervention chirurgicale peut être pratiquée pour éliminer des métastases isolées dans le cerveau, les os ou le foie ou pour en réduire la taille ou les complications. Une opération peut également être réalisée pour stabiliser des os fragilisés.

Bisphosphonates

Les bisphosphonates sont utilisés pour réduire les complications liées aux métastases osseuses.

Radiothérapie

Une radiothérapie peut être envisagée pour atténuer certains symptômes, notamment lors de métastases osseuses et cérébrales. Chez les patientes qui présentent peu de métastases, une radiothérapie de haute dose en peu de séances peut être envisagée afin de contrôler toutes les lésions métastatiques.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement du cancer au stade avancé dans la brochure de la Ligue contre le cancer « Cancer : Quand l'espoir de guérir s'amenuise » (voir p. 103).

Traitements par la chaleur ou le froid

L'ablation par radiofréquence est une méthode qui fait appel à la chaleur. La cryothérapie fait appel au froid. Ces méthodes de traitement local peuvent être utilisées pour éliminer des métastases osseuses ou du foie isolées.

Traitements de l'épanchement pleural

Lorsque la tumeur atteint la plèvre, deux membranes qui entourent le poumon, du liquide peut s'accumuler dans l'espace situé entre le poumon et les côtes, ce qui gêne la respiration.

L'évacuation du liquide avec une aiguille ou un tube permet un soulagement temporaire. Si nécessaire, le médecin peut effectuer une intervention chirurgicale et « coller » les parois de cet espace à l'aide de médicaments ou de talc, afin d'éviter que le liquide ne se reforme.

Le traitement de la récidive locale

La récidive du cancer du sein peut prendre différentes formes. Le cancer:

- réapparaît là où il a été traité une première fois;

- se développe dans l'autre sein;
- survient dans d'autres régions du corps : os, poumon, foie, cerveau.

Le risque de récidive est notamment accru:

- chez les femmes jeunes;
- lors de tumeurs à récepteurs hormonaux négatifs et de cancers triple négatifs;
- lors de tumeurs de grande taille;
- lorsque les ganglions lymphatiques sont atteints;
- lorsqu'on renonce à une radiothérapie ou à un traitement médicamenteux après l'opération;
- lors d'un cancer HER2 positif sans thérapie ciblée.

Le traitement peut être semblable au traitement précédemment administré, à moins que des métastases ne se soient formées dans l'intervalle. Dans ce cas, il ne guérit pas le cancer, mais en freine l'évolution, parfois pendant plusieurs années. Il est administré aussi longtemps qu'il fait effet et qu'il est suffisamment bien toléré.

Traitements médicamenteux

En présence d'un cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs, une thérapie anti-hormonale peut être efficace, tout comme une nouvelle chimiothérapie. La décision sera prise en fonction de votre cas.



Le choix d'un traitement ciblé dépend de ceux administrés précédemment qui ne font plus effet.

Chirurgie

La possibilité de réaliser une (nouvelle) opération conservatrice dépend de la situation initiale. Dans certains cas, il sera nécessaire d'enlever tout le sein. Le prélèvement d'un ganglion sentinelle peut parfois être répété.

Radiothérapie

Dans certains cas, une radiothérapie est possible après la chirurgie ou pour contrôler des métastases dans les os, les poumons, le foie ou le cerveau. Dans des cas de récidive sur une zone déjà irradiée, une deuxième irradiation est quelquefois possible.

Le traitement dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale est en constante évolution. Elle développe de nouvelles approches et méthodes en vue d'améliorer l'efficacité des soins. Dernière étape de ce processus, les études cliniques au cours desquelles les traitements sont testés et optimisés grâce à la participation des personnes touchées. C'est grâce aux études effectuées par le passé que nous sommes en mesure de proposer les traitements actuels.

Il est tout à fait possible qu'on vous propose une telle étude dans le cadre de votre traitement. Toutefois, seul un entretien avec votre médecin permettra de cerner les avantages ou inconvénients pour vous. Certaines personnes acceptent de participer à une étude clinique parce qu'elles pensent que les résultats en seront bénéfiques pour d'autres.

Sur le site www.kofam.ch, vous trouverez de nombreuses informations sur les études en cours (se rapportant à votre tableau clinique). La décision vous appartient entièrement, vous êtes libre d'accepter ou refuser, et si vous acceptez, vous pouvez vous retirer à tout instant.

Le refus de participer à une étude clinique n'influe aucunement sur la qualité de votre traitement par l'équipe médicale. Dans tous les cas, vous serez soignée selon les connaissances scientifiques les plus récentes et profiterez de la meilleure prise en charge possible.

Vous en saurez davantage en lisant la brochure du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK) intitulée «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique».

Les effets indésirables

La survenue, la nature et l'intensité des effets indésirables varient fortement d'un individu à l'autre. Ils se différencient aussi suivant les traitements: opération, radiothérapie ou traitements médicamenteux. Ils peuvent apparaître en cours de traitement et régresser plus tard. D'autres ne se manifestent qu'après la fin du traitement.

Certains d'entre eux (inflammations, infections, troubles neurologiques ou réactions cutanées) sont liés à des traitements très spécifiques et ne vous concernent probablement pas du tout.

Informations indispensables

Votre équipe soignante a le devoir de vous fournir des informations précises. Elle remet souvent une feuille sur la médication, les effets indésirables possibles et la manière de les atténuer.

Des médicaments ou des soins peuvent influer sur la plupart des effets indésirables (voir « Médicaments et traitements de soutien », ci-contre). Ces derniers diminuent au fil des jours, des semaines ou des mois.

Informez votre équipe soignante de vos troubles. Elle pourra mettre en place les mesures nécessaires. À un

stade avancé de la maladie, il est particulièrement recommandé de réfléchir avec le médecin à l'efficacité du traitement en regard des effets indésirables engendrés.

Important

- Certains troubles comme les douleurs ou les nausées sont prévisibles, raison pour laquelle vous recevez des médicaments d'accompagnement, en fonction du traitement choisi. Respectez la prescription du médecin.
- Consultez votre équipe soignante avant de prendre des produits de votre propre chef. Ces précautions concernent aussi les onguents ou les médicaments de médecine complémentaire. En effet, certains produits « naturels » ou inoffensifs en apparence peuvent s'avérer incompatibles avec votre traitement (on parle de contre-indication). Souhaitez-vous recourir aux médecines complémentaires ? Les professionnels impliqués dans votre prise en charge sauront vous conseiller.
- Il est établi que, chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, une activité physique adaptée pendant et après la thérapie améliore le bien-être général.

Médicaments et traitements de soutien

Votre médecin peut vous prescrire différents médicaments ou traitements pour soulager ou prévenir les symptômes liés à la maladie ou aux thérapies :

- antiémétiques contre les nausées et les vomissements ;
- laxatifs contre la constipation ;
- antipyrrétiques contre la fièvre (en partie identiques aux analgésiques) ;
- antibiotiques contre les infections bactériennes ;
- antimycosiques contre les affections provoquées par des champignons ;
- analgésiques contre les douleurs ;
- virostatiques contre les maladies d'origine virale ;
- bains de bouche ou soins en cas d'inflammation des muqueuses de la bouche et de la gorge ;
- transfusions sanguines ou médicaments en cas d'anémie, transfusions de plaquettes sanguines ;
- médicaments ou mesures d'hygiène pour soutenir le système immunitaire en cas de diminution importante des globules blancs (leucopénie, neutropénie) ;
- préparations à base de cortisone pour prévenir les réactions allergiques et les nausées ;
- ovules ou crèmes contre la sécheresse vaginale ;
- bisphosphonates contre l'ostéoporose, à savoir la diminution de la densité osseuse.

Il est important de prendre les médicaments prescrits en se conformant strictement aux indications du médecin pour que le traitement soit efficace.

Le mouvement fait du bien

Vous trouverez dans cette brochure un petit livret conçu spécifiquement pour les patientes atteintes d'un cancer du sein. Il comporte un programme de gymnastique avec des idées d'exercices utiles et peut être commandé à part. La brochure «Activité physique et cancer» (voir p. 103) contient également de précieux conseils pour vous aider à retrouver confiance en votre corps.

Image corporelle

Le cancer du sein et l'opération qui en découle portent profondément atteinte à l'intégrité corporelle. Même lorsque le sein peut être conservé, il faut du temps pour réapprivoiser son corps.

Un œdème lymphatique (voir p. 89) peut également modifier la perception de soi et l'apparence physique.

Les prothèses ou la reconstruction du sein (voir p. 88) peuvent permettre de rétablir l'équilibre extérieur. Il existe également différentes possibilités pour dissimuler la chute temporaire des cheveux, des cils et des sourcils, consécutive à une chimiothérapie.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les répercussions du cancer du sein sur l'apparence physique dans les brochures «Reconstruction et prothèses mammaires», «L'œdème lymphatique en cas de cancer» et «Soigner son apparence durant et après la thérapie» (voir pp. 102 et 103).

Désir d'enfant et sexualité

Désir d'enfant

En principe, rien ne s'oppose à une grossesse après un traitement contre le cancer du sein traité dans un but curatif. Les chimiothérapies et les thérapies anti-hormonales peuvent toutefois affecter la production des ovules et les taux hormonaux.

De nombreuses femmes conservent la capacité de procréer malgré les traitements. Chez les femmes jeunes, en particulier, la fertilité se rétablit quelque temps après la thérapie. Certaines ne peuvent toutefois plus tomber enceintes naturellement et devront avoir recours à la procréation médicalement assistée. D'autres encore devront faire face à une ménopause précoce et donc à une stérilité définitive.

Avant de décider de mettre en route une grossesse ou d'y renoncer, les femmes concernées et leur partenaire devraient se faire conseiller.

Si vous tombez enceinte après le traitement, parlez-en à votre médecin.

Préservation de la fertilité

Les femmes jeunes devraient discuter avec leur médecin avant le début d'un traitement médicamenteux pour voir si elles souhaitent avoir recours à des mesures en vue de préserver leur fertilité (voir p. 63).

Pour définir la méthode la plus appropriée, adressez-vous à un spécialiste des questions de fertilité qui travaille en collaboration avec le médecin qui vous suit. Les centres du sein proposent généralement une consultation interdisciplinaire à laquelle participe un spécialiste de la médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique.

Le site internet FertiOnco informe par ailleurs les jeunes femmes touchées par le cancer qui souhaitent avoir des enfants et leur propose un outil d'aide à la décision : www.fertionco.ch.

Une contraception indispensable

Que vous ayez encore vos règles ou non pendant le traitement médicamenteux, il est essentiel d'utiliser un moyen contraceptif. Cette recommandation est également valable durant une radiothérapie. Votre médecin vous conseillera volontiers. Une grossesse ne devrait être planifiée que lorsque vous aurez suffisamment récupéré après la maladie et ses traitements.

Les préférences personnelles et les moyens financiers jouent également un rôle. Seuls les frais de prélèvement et de cryoconservation (préservation par congélation) des ovules et des tissus ovariens sont remboursés par l'assurance de base sous certaines conditions.

La ménopause précoce

La chimiothérapie et les thérapies anti-hormonales peuvent altérer la production des ovules ou faire chuter le taux d'hormones, ce qui déclenche une ménopause précoce transitoire ou définitive chez les femmes jeunes.

L'âge au moment du diagnostic, le type de traitement, sa durée et son intensité jouent également un rôle, tout comme la constitution personnelle.

Les symptômes liés à cette ménopause varient beaucoup d'une personne à l'autre.

Un impact psychologique important

Une ménopause précoce peut avoir de lourdes conséquences sur le plan psychique, notamment si la femme souhaite encore avoir des enfants.

Elle peut également affecter la sexualité et la relation de couple en diminuant la libido, l'excitation et le sentiment d'être désirable, à plus forte raison si, après l'opération du

sein, la femme a l'impression d'avoir perdu sa féminité.

Les troubles de la ménopause

L'irruption brutale de la ménopause peut entraîner l'apparition des troubles caractéristiques associés à celle-ci, notamment:

- bouffées de chaleur;
- insomnies;
- sautes d'humeur;
- douleurs articulaires;
- maux de tête;
- sécheresse de la peau et des muqueuses (yeux, vagin).

La ménopause peut également entraîner de la rétention d'eau, une prise de poids et, à long terme, une diminution de la densité osseuse (ostéoporose).

Ces troubles peuvent se manifester lorsque la ménopause survient naturellement. Mais comme le traitement déclenche une ménopause brutale, les symptômes sont souvent plus marqués, car la production d'hormones ne diminue pas progressivement, mais d'un seul coup.

La plupart des troubles liés à l'humeur et les bouffées de chaleur disparaissent avec le temps. D'autres, comme la sécheresse des muqueuses, subsistent dans bien des cas. Un traitement efficace existe cependant.

Demandez conseil à votre équipe soignante ou à votre pharmacien.

Un traitement hormonal de substitution est-il possible ?

En principe, un traitement hormonal de substitution n'entre pas en ligne de compte pour atténuer les désagréments de la ménopause. La plupart des cancers du sein sont hormonodépendants et donc traités au moyen d'une thérapie qui vise à bloquer la production ou l'action des hormones (thérapie anti-hormonale). Votre médecin ou votre infirmière référente pour le cancer du sein vous proposera volontiers d'autres solutions. Vous pouvez également demander conseil à votre pharmacien.

En cas de risque accru d'ostéoporose et de fractures osseuses, des mesures préventives (médicaments, alimentation) sont recommandées afin de ralentir la diminution de la densité osseuse. L'activité physique a égale-

ment un effet protecteur (voir le livret « Le mouvement fait du bien » dans cette brochure).

Le cancer du sein durant la grossesse ou l'allaitement

Lorsqu'un cancer du sein est diagnostiqué pendant ou juste après la grossesse ou l'allaitement, on parle de cancer du sein associé à une grossesse. Il est rare.

En règle générale, le diagnostic de cancer du sein est posé plus tardivement, car :

- la poitrine change durant cette période, de sorte qu'une masse peut être plus difficilement palpable et elle sera souvent mise sur le compte de la grossesse ou de l'allaitement;
- le médecin tend à limiter les investigations médicales pendant la grossesse pour ne pas exposer la mère et l'enfant à des risques supplémentaires.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les effets du cancer et des traitements sur la sexualité dans la brochure « Cancer et sexualité au féminin » (voir p. 103).



Traitements

Les spécialistes préconisent le même traitement chez la femme enceinte qu'en dehors d'une grossesse.

- L'opération peut généralement être réalisée sans autre durant la grossesse.
- Le cas échéant, la chimiothérapie devrait débuter au plus tôt après le premier trimestre de grossesse.
- Les traitements avec des thérapies anti-hormonales ou une thérapie ciblée, de même que la radiothérapie, sont à proscrire durant la grossesse.

Le degré d'agressivité de la tumeur et sa vitesse de croissance détermineront souvent si le traitement débutera pendant la grossesse ou s'il sera remis à plus tard. Malheureusement, le cancer du sein est souvent agressif chez les femmes jeunes.

Plusieurs études ont montré qu'une chimiothérapie adaptée durant le deuxième ou le troisième trimestre de la grossesse (depuis la 14^e semaine environ) n'entraîne pas de préjudice notable pour le fœtus. Les atteintes à la santé de l'enfant ne semblent ni plus fréquentes ni plus importantes que lors d'une grossesse normale. On ne dispose toutefois pas du recul nécessaire pour pouvoir affirmer que le traitement n'entraînera pas de pro-

blèmes. Le stress psychique supplémentaire ne doit pas non plus être sous-estimé.

Il n'est souvent pas nécessaire de provoquer la naissance avant terme, car les complications sont plus fréquentes chez les prématurés.

La décision d'effectuer un traitement durant la grossesse ou de le remettre à plus tard nécessite une réflexion approfondie et les conseils d'un professionnel. La façon d'aborder la maladie, les traitements et les peurs liées à la situation jouent notamment un rôle essentiel. Il est aussi important d'écouter son cœur. Il n'est généralement pas nécessaire d'interrompre une grossesse en raison de la survenue du cancer.

Choisir les bons spécialistes

Si vous apprenez que vous avez un cancer du sein durant votre grossesse, adressez-vous à un centre du sein (voir p. 72). C'est là que vous trouverez les spécialistes qui ont le plus d'expérience dans des situations rares et complexes comme celle-ci. Par ailleurs, cela facilitera la collaboration avec un centre périmatal, soit une clinique spécialisée dans les soins aux prématurés et aux nouveau-nés. Vous bénéficieriez ainsi de conseils, d'un traitement et d'un suivi adaptés à votre situation.

Les traitements additionnels

Les prothèses du sein et la reconstruction

Les prothèses externes

Vous recevrez une prothèse provisoire à votre taille à l'hôpital si :

- vous avez subi une mastectomie et qu'une reconstruction n'est pas possible immédiatement ;
- vous avez choisi de porter une prothèse externe placée dans le soutien-gorge plutôt que d'opter pour une reconstruction chirurgicale.

Une fois que la plaie aura cicatrisé, vous pourrez acquérir une prothèse définitive adaptée à votre morphologie, ou aller de l'avant dans la chirurgie reconstructive de votre sein.

En cas d'opération conservatrice du sein, il existe également des prothèses partielles, qui peuvent être utiles pour compenser un léger déséquilibre.

La reconstruction du sein

Avant de vous faire opérer de votre cancer, réfléchissez à ce que vous souhaitez faire par la suite et discutez avec l'équipe médicale pour savoir si une reconstruction peut être envisagée immédiatement, durant la même opération que la chirurgie d'excision, ou ultérieurement.

Points importants

- La reconstruction n'a aucune influence sur les chances de guérison.
- Elle est complètement prise en charge par l'assurance-maladie, quel que soit le mode de reconstruction choisi.
- Elle ne gêne pas les examens postopératoires.
- Elle est possible même après une opération conservatrice : reconstruction partielle.

La reconstruction immédiate

Dans certains cas et si vous le souhaitez, la reconstruction peut se faire tout de suite durant la même intervention. Il est aussi possible pour certaines patientes qui le souhaitent, de pratiquer une symétrisation de l'autre sein dans les cas où l'opération du cancer induirait une asymétrie marquée. Cette intervention est en principe aussi prise en charge par l'assurance-maladie.

Si une reconstruction immédiate est envisageable, vérifiez que la clinique où vous serez opérée propose toutes les techniques usuelles de reconstruction du sein. En cas d'hésitation, prenez l'avis d'un deuxième spécialiste.

La reconstruction secondaire

Si le chirurgien vous déconseille une reconstruction immédiate ou si vous n'êtes vous-même pas sûre de ce que vous souhaitez faire, vous pouvez décider de la remettre à plus tard. Certaines femmes préfèrent se concentrer sur le traitement oncologique dans un premier temps et envisager la reconstruction dans un deuxième temps. Quelques patientes décident de renoncer à toute reconstruction.

Choix du type de reconstruction

La reconstruction du sein peut se faire soit par apport de tissus prélevés sur vous-même, soit par insertion d'une prothèse mammaire. De nombreux facteurs peuvent influencer ce choix, comme votre morphologie et celle de vos seins, vos souhaits et envies. Il faut aussi prendre en compte le type de traitement chirurgical et complémentaire prévu, en particulier si une radiothérapie est incluse dans le traitement.

Seul un entretien personnel avec le chirurgien plasticien permet de définir le type de reconstruction le mieux adapté dans votre cas. Abordez la question avant votre opération du sein, en associant à la discussion le chirurgien sénologue qui vous操rera et, éventuellement, l'oncologue.

L'œdème lymphatique

Après l'ablation de ganglions lymphatiques, le drainage de la lymphe est localement perturbé. Elle peut s'accumuler dans le sein opéré ou sur la paroi thoracique en cas de mastectomie et dans le bras du côté opéré. Le risque d'œdème lymphatique augmente avec le nombre de ganglions lymphatiques prélevés, mais aussi lorsque la zone de drainage de la lymphe a été irradiée. L'œdème lymphatique peut parfois survenir après plusieurs années.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur la reconstruction et les prothèses du sein, les différentes méthodes ou modèles disponibles et les prestations des assurances-maladie dans la brochure « Reconstruction et prothèses mammaires » (voir p. 102).

L'œdème lymphatique se présente essentiellement sous la forme d'un gonflement. Il peut limiter certains mouvements, devenir invalidant et provoquer des sensations douloureuses. Il favorise les infections de la peau et des tissus sous-cutanés. Le tissu peut également se fibroser et durcir avec le temps. La chaleur et l'effort physique intense et répété aggravent les troubles.

Au premier signe de gonflement, consultez impérativement votre médecin et insistez pour qu'il vous prescrive un traitement. Plus celui-ci commencera tôt, meilleur sera son pronostic.

Comment traiter l'œdème lymphatique ?

Il n'existe pas de traitement curatif de l'œdème lymphatique à ce jour.

Une physiothérapie décongestionnante constitue le traitement de choix et offre la possibilité de réduire le volume de l'œdème. Elle permet aussi de diminuer le risque d'infection et de faciliter les mouvements.

Comment diminuer les risques d'apparition de l'œdème lymphatique

Il est important de se référer aux recommandations de votre chirurgien concernant l'utilisation de votre bras du côté opéré. La rééducation post-opératoire par un traitement de physiothérapie peut s'avérer utile afin de retrouver toute votre mobilité, de résorber l'œdème provoqué par l'intervention et de prévenir l'œdème lymphatique.

La mobilisation de l'épaule et du bras du côté opéré, des étirements musculaires doux, du drainage lymphatique manuel et éventuellement l'application de bandages compressifs permettent le plus souvent d'atteindre ces objectifs.

Si votre personne de référence ne vous propose pas de prescription de physiothérapie automatiquement à l'hôpital, demandez à pouvoir en bénéficier. Si vous avez eu une reconstruction mammaire immédiate, la prescription de physiothérapie doit se faire en accord avec votre

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations concernant l'œdème lymphatique, les mesures préventives, les complications, les traitements et les prestations des assurances-maladie dans la brochure « L'œdème lymphatique en cas de cancer » (voir p. 103).

chirurgien plasticien. Une mobilitation trop intense et trop précoce peut interférer avec la cicatrisation. Il est important que cette rééducation soit réalisée par un praticien spécialisé. Vous trouverez une liste de praticiens en consultant le site www.lymphosuisse.ch.

Le traitement de la douleur

Douleurs après la chirurgie

Des douleurs peuvent apparaître après l'opération du cancer du sein. Le bras, l'aisselle ou le thorax sont douloureux. Le mouvement ne fait qu'aggraver la sensation.

Certaines femmes éprouvent parfois une sensation douloureuse du sein retiré par mastectomie. Le cerveau stimule encore les nerfs de la région du sein enlevé, ce qui provoque la sensation de douleur.

Douleurs au stade avancé

C'est surtout à un stade avancé de la maladie que les douleurs peuvent se manifester. Elles vous affaiblissent inutilement et vous minent le moral, raison pour laquelle vous ne devez pas les subir en silence. Parlez-en à l'équipe médicale. Il existe de nos jours des professionnels hautement spécialisés dans la gestion de la douleur oncologique. Il est important de

faire appel à toutes les possibilités offertes par le traitement moderne de la douleur.

La plupart du temps, il est possible de soulager les douleurs d'origine cancéreuse, voire de les supprimer complètement, que ce soit par des médicaments ou par d'autres méthodes. Les moyens mis en place s'adaptent à la nature du cancer, l'intensité des douleurs, leurs causes exactes et vos préférences personnelles.

Il existe une large palette d'options afin de vous venir en aide:

- différents médicaments;
- la chirurgie;
- la radiothérapie;
- la chimiothérapie;
- des exercices de relaxation (méditation, entraînement autogène, par exemple);
- l'activité physique, le sport;
- la physiothérapie, la thérapie par la chaleur ou le froid, l'ergothérapie;
- une thérapie psycho-oncologique;
- une psychothérapie.

Souffrez-vous de douleurs légères que vous souhaitez calmer à l'aide de médicaments? Le médecin vous prescrira souvent un analgésique faible à base de paracétamol ou d'anti-inflammatoires (diclofénac ou acide acétylsalicylique). S'il s'avère

insuffisant, vous pouvez recevoir des opioïdes, des médicaments plus puissants.

D'autres moyens existent pour atténuer les douleurs comme les exercices de relaxation ou un accompagnement psychothérapeutique. Parfois, ces mesures permettent aussi de réduire la quantité d'antidouleurs.

Il est possible que les personnes touchées et les proches nourrissent des craintes à l'égard des opioïdes. La peur de certains effets secondaires comme la dépendance n'est pas fondée lorsque le traitement est correctement suivi. Des effets indésirables comme de légères nausées ou de la somnolence peuvent éventuellement apparaître en début de traitement. Ils sont facilement contrôlables ou disparaissent d'eux-mêmes après un certain temps.

Si la tumeur comprime un nerf, il est possible d'opérer ou d'administrer une radiothérapie afin d'apaiser la douleur.

En effet, l'administration d'opioïdes sous surveillance médicale n'a rien à voir avec l'usage qu'en fait la personne toxicomane. Cette dernière s'injecte en une seule fois une forte dose dans la veine. Elle atteint rapidement le cerveau et provoque un état euphorique qui peut créer une dépendance. Dans le traitement du cancer en revanche, les opioïdes sont administrés régulièrement en plus petites doses, et en cas de besoin seulement. Il est important de garder cela à l'esprit, car certaines douleurs réagissent uniquement aux opioïdes. Une pompe à perfusion est parfois utilisée. Elle vous permet de doser vous-même l'apport du médicament. L'expérience montre qu'avec ce système, les doses d'opioïdes sont nettement réduites.

Si vous ou vos proches êtes réticents à l'idée d'avoir recours à la morphine ou aux opiacés, abordez ce thème avec votre médecin.

Ces informations sont essentielles, car seuls les opioïdes soulagent certaines douleurs de manière efficace.

Que sont les opioïdes ?

La morphine ou la codéine appartiennent à la famille des opioïdes, composants naturels de l'opium. Il est aussi possible de les produire en laboratoire (comme le tramadol).

Vous trouverez de précieux conseils sur le sujet dans la brochure «Les douleurs liées au cancer et leur traitement» (voir p. 103).

Les médecines complémentaires

Un grand nombre de personnes touchées par le cancer ont recours aux médecines complémentaires, pour compléter leur traitement médical conventionnel.

Certaines d'entre elles peuvent aider, pendant et après la thérapie, à améliorer le bien-être général et la qualité de vie. Elles peuvent renforcer le système immunitaire et rendre les effets indésirables plus tolérables. En général, elles n'ont pas d'effet sur la tumeur elle-même.

En revanche, la Ligue contre le cancer déconseille les approches dites parallèles ou alternatives qui prétendent se substituer à la médecine conventionnelle. Vous trouverez davantage d'informations à ce propos dans la brochure «Les médecines complémentaires» (voir p. 103).

Adressez-vous à votre médecin ou à un membre de votre équipe soignante si une méthode complémentaire vous intéresse, ou si vous en suivez déjà une. Ensemble, vous définirez celle qui vous convient le mieux sans qu'elle interfère avec la thérapie recommandée par le médecin.

Après les traitements

Le cancer bouleverse l'existence. Pendant des semaines, les rendez-vous chez le médecin ont rythmé votre emploi du temps. Au cours de cette période, vous avez peut-être, comme beaucoup d'autres patients, eu du mal à démêler vos sentiments, passant sans cesse de la peur à l'espoir, au désarroi, à la colère et à la tristesse. À présent, les traitements sont terminés, mais vous avez encore du mal à retrouver vos marques.

Chacun réagit différemment à un cancer et fait face à la situation de façon très personnelle. Beaucoup trouvent le temps de réfléchir aux sentiments qui les submergent après la fin des traitements. Certains connaissent un passage à vide, de sorte que le retour à la vie de tous les jours peut s'avérer difficile.

Le corps a besoin de temps pour se remettre des traitements, et il se peut que vous soyez temporairement moins performante. Il en va de même de l'âme. Le stress pendant les examens et les traitements peut entraîner de la fatigue et de l'épuisement. Avec le cancer, certains découvrent leurs limites pour la première fois, ce qui n'est pas facile.

Vous trouverez de plus amples informations dans les brochures de la Ligue contre le cancer « Cancer et souffrance psychique », « Fatigue et

cancer » ou « Accompagner un proche atteint de cancer » (voir p. 103).

En parler avec d'autres

Parler de ce que l'on vit peut apporter un soulagement. Vous ne devriez pas avoir peur d'aborder la situation avec vos amis et vos proches. Votre entourage est lui aussi désemparé et ignore ce qu'il peut faire pour vous aider. Une discussion vous permettra de définir vos souhaits et vos besoins en ce moment précis.

Le suivi médical

Des contrôles réguliers vous seront proposés au terme de votre traitement. Ce suivi vise à déceler d'éventuels troubles ou effets indésirables. Il ne concerne pas seulement les problèmes physiques tels que douleurs, fatigue, troubles de la ménopause ou autres, mais permet également d'aborder des difficultés d'ordre psychique, professionnel ou social.

Il est important d'aborder les difficultés liées à la maladie et de chercher une solution avec l'aide d'un professionnel. Cela facilitera votre réadaptation et votre retour à la vie de tous les jours. Si vous en éprouvez le besoin, vous pouvez également consulter un psycho-oncologue. Vous pouvez aussi vous adresser à votre médecin de famille.

Si vous avez des questions concernant les modifications de votre apparence physique, un désir de grossesse ou votre sexualité, n'hésitez pas à les poser à l'équipe médicale.

Contrôles recommandés

Les deux premières années après l'opération

- Entretien médical et examen clinique tous les trois mois.
- Mammographie et échographie une fois par an.

À partir de la troisième année

- Entretien médical et examen clinique tous les six mois.
- Mammographie et échographie une fois par an.
- Examens supplémentaires en cas de suspicion de récidive (réapparition de la tumeur) ou de métastases.

À partir de la sixième année

- Entretien médical et examen clinique une fois par an.
- Mammographie et échographie une fois par an.

- Examens supplémentaires en cas de suspicion de récidive ou de métastases.

Certains troubles peuvent être liés à une récidive ou à des métastases. Les contrôles permettent de les identifier et d'engager un traitement. Si vous avez le moindre doute, n'hésitez pas à consulter, même si ce n'est pas encore le moment de votre contrôle.

Différentes mesures permettent de retrouver des forces après la maladie et le traitement. L'exercice en fait notamment partie. Il est prouvé scientifiquement qu'une activité physique régulière peut avoir une influence favorable lors d'un cancer du sein.

Offres de réadaptation

Le corps, mais aussi la vie psychique et sociale souffrent des conséquences d'une maladie grave. Les offres de réadaptation peuvent vous aider à reprendre des forces sur le plan physique et psychique. Un programme prévoit des activités dans ce but. L'activité physique, le sport,

Bon à savoir

Si, entre deux contrôles, vous remarquez des symptômes ou vous rencontrez des problèmes, quels qu'ils soient, consultez votre médecin sans attendre le prochain rendez-vous.

une occupation créative et artistique ainsi que les différentes méthodes de relaxation vous permettent de trouver de nouvelles sources d'énergie et de renforcer votre vitalité.

La Ligue contre le cancer offre des cours de plusieurs jours sur divers thèmes. Votre ligue cantonale ou régionale vous indique où en trouver un proche de chez vous (voir pp. 108 et 109).

Programmes de réadaptation oncologique

Les personnes atteintes d'un cancer profitent de ces offres si elles :

- souffrent de symptômes liés au cancer ou aux traitements;
- se sentent limitées au quotidien ou dans leurs activités;
- souhaitent reprendre des forces avant de se soumettre à un nouveau traitement oncologique.

Vous trouverez sur le site de la Ligue suisse contre le cancer les adresses des prestataires sous supervision médicale.

Retour au travail

Nombreuses sont les personnes qui reprennent leur activité professionnelle après la fin de leur traitement.

Cette étape constitue un pas important. Toutefois, les personnes concernées ne sont souvent plus en mesure d'assumer la même charge de travail. La maladie et les traitements peuvent causer une fatigue permanente, des troubles de la mémoire, du sommeil ou de la concentration. De plus, les survivants du cancer vivent dans la crainte d'une récidive.

Conseils pour le retour au travail

Pour les personnes concernées, il est souvent impossible de fournir dès le premier jour la même quantité de travail qu'avant.

Il est recommandé de planifier soigneusement votre retour avec le service du personnel. Dans une phase initiale, il est notamment possible d'adapter les tâches ou de réduire le temps de travail de l'employé.

Avez-vous des questions ? Les conseillères et les conseillers des ligues cantonales ou régionales vous apportent leur aide. Vous trouverez toutes les adresses proches de chez vous aux pages 108 et 109.

Vous pouvez aussi consulter le dépliant « Je retourne au travail » ainsi que la brochure « Cancer: relever les défis au travail » (voir p. 103).

Soins palliatifs

L'OMS définit les soins palliatifs de la façon suivante:

«Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel.»

Équipes de soins palliatifs ou projet de soins anticipés Advance Care Planning (ACP)

Quelques hôpitaux sont dotés d'équipes de soins palliatifs ou de projets de soins anticipés (de l'anglais *Advance Care Planning [ACP]*). Leur spécificité: anticiper la prise en charge du patient. Elles impliquent les proches ou les personnes que le patient considère comme telles.

Ce dispositif permet aux personnes touchées de discuter avec l'équipe soignante de leurs besoins individuels, de leurs objectifs ou de leurs souhaits ou de déterminer une marche à suivre personnalisée. Elle consiste par exemple à noter les mesures mé-

dicales ou les soins à mettre en place dans une situation précise.

Il est recommandé de s'informer à ce sujet dès que le diagnostic de cancer est posé. L'intervention de ces équipes est conseillée lorsque le patient est encore capable de discernement et en mesure de s'exprimer.

Équipes mobiles de soins palliatifs

Quelques régions suisses disposent d'équipes mobiles de soins palliatifs. Elles accompagnent les patients à domicile et coordonnent sur place la prise en charge globale du patient.

Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires qui se composent de:

- médecins spécialisés en soins palliatifs, médecins de famille ou d'autres disciplines;
- personnel infirmier;
- psycho-oncologues;
- aumôniers;
- travailleurs sociaux;
- conseillers en alimentation;
- professionnels de la musicothérapie, de la thérapie par la peinture, par le mouvement, ou d'autres encore.

L'état de santé du patient et ses besoins sont souvent déterminants pour décider du lieu de prise en charge: à domicile, soutenu par l'équipe des soins oncologiques, à l'hôpital dans



un service de soins palliatifs, dans un hospice ou un établissement médico-social (EMS) qui collabore avec une équipe mobile de soins palliatifs.

Demandez à votre équipe soignante si une équipe mobile de soins palliatifs dans votre région peut vous prendre en charge à la maison.

Les conseillers des ligues cantonales et régionales et de la Ligne InfoCan-

cer peuvent vous accompagner dans la planification d'une prise en charge palliative. Consultez les adresses et les numéros de téléphone à partir de la page 108.

Souhaitez-vous en savoir davantage? Vous pouvez lire la brochure «Cancer: quand l'espoir de guérir s'amenuise» ou vous rendre sur le site de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs.

Directives anticipées

Les directives anticipées sont un document où vous consignez vos souhaits et vos volontés relatifs aux décisions médicales.

La maladie, le décès et la mort sont des thèmes que nous avons tendance à éviter dans la vie de tous les jours. La démarche n'est donc pas évidente: cependant, les directives anticipées vous aident vous, vos proches et l'équipe soignante à clarifier votre volonté en fin de vie et en particulier ce que vous ne voulez pas. Si vous êtes amenée à ne plus être capable de discernement, les directives anticipées prendront le relais et seront l'expression de votre volonté.

Parlez à vos proches, à la personne qui vous représente, votre médecin et à d'autres personnes en qui vous avez confiance. Discutez avec eux de vos décisions. Ces entretiens ou conversations peuvent vous aider à appréhender certaines questions existentielles.

Adressez-vous à votre ligue cantonale ou régionale: elle vous conseillera sur la manière de remplir les directives anticipées (voir pp. 108 et 109).

Pour en savoir davantage sur le sujet, lisez «Décider jusqu'au bout» ou les «Directives anticipées de la Ligue contre le cancer».

Conseils et informations

Faites-vous conseiller

Votre équipe soignante

Elle est là pour vous informer et vous aider à surmonter les problèmes liés à la maladie et au traitement. Demandez-vous quelle démarche supplémentaire pourrait vous venir en aide et faciliter votre réadaptation.

Les conséquences d'un cancer vont bien au-delà des aspects purement médicaux: la maladie affecte aussi le psychisme. Les personnes touchées souffrent notamment de dépression, d'angoisse, de tristesse. Si vous en ressentez le besoin, faites appel à une personne formée en psycho-oncologie.

Des professionnels issus d'horizons variés (médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux ou accompagnants spirituels ou religieux) peuvent proposer des conseils ou une thérapie, car ils ont acquis une vaste expérience avec des personnes atteintes d'un cancer et leurs proches. Certains d'entre eux bénéficient d'une formation spécifique en psycho-oncologie. Actifs notamment dans les services d'oncologie ou de psychiatrie des hôpitaux, ces personnes vous apportent un soutien qui dépasse le cadre strictement médical. Ici encore, nous vous recommandons dans un premier temps de vous adresser à votre ligue cantonale ou régionale (voir pp. 108 et 109).

Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer

Elle conseille, accompagne et soutient les personnes touchées par un cancer et leurs proches de différentes manières, en proposant notamment des entretiens individuels, des réponses en matière d'assurances ou des cours. Par ailleurs, elle aide aussi à remplir des directives anticipées et oriente les personnes vers des professionnels pour traiter un œdème lymphatique, garder des enfants ou trouver une consultation en sexologie.

La Ligne InfoCancer 0800 11 88 11

Au bout du fil, une infirmière spécialisée vous écoute, vous propose des solutions et répond à vos questions sur la maladie et son traitement. L'appel et les renseignements sont gratuits. Les entretiens peuvent aussi s'effectuer via Skype, à l'adresse: krebstelefon.ch. Vous pouvez aussi écrire à helpline@liguecancer.ch.

Cancerline : pour chatter sur le cancer

Sous www.liguecancer.ch/cancerline, les enfants, adolescents et adultes peuvent chatter en direct avec les conseillères spécialisées de la Ligne InfoCancer. Ils y reçoivent des informations sur le cancer, et ils peuvent poser des questions et échanger sur tout ce qui les préoccupe.

Cancer: comment en parler aux enfants?

Vous avez appris que vous êtes malade et vous avez des enfants. Qu'ils soient petits ou grands, vous vous demanderez bientôt comment aborder le sujet avec eux ainsi que les conséquences possibles de votre cancer.

Vous trouverez dans le dépliant « Cancer: comment en parler aux enfants? » des suggestions pour parler de la maladie avec vos enfants. Ce document contient aussi des conseils à l'intention des enseignants. La Ligue publie également une brochure utile sous le titre « Quand le cancer touche les parents: en parler aux enfants ».

La Ligne stop-tabac 0848 000 181

Des conseillères spécialisées vous renseignent et vous aident à arrêter de fumer. Si vous le souhaitez, des entretiens de suivi gratuits peuvent être mis en place.

Cours

Dans différentes régions de Suisse, la Ligue contre le cancer propose aux personnes touchées des cours de durée variable: www.liguecancer.ch/cours.

Activité physique

De nombreuses personnes touchées par le cancer pratiquent une activité physique pour retrouver de l'énergie, reprendre confiance et réduire la sensation de fatigue. Il existe des groupes de sport spécifiquement adaptés aux personnes atteintes d'un cancer: renseignez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer, et consultez la brochure « Activité physique et cancer » (voir p. 103).

Autres personnes touchées

Entrer en contact avec des personnes ayant traversé des épreuves semblables peut vous redonner courage. N'oubliez toutefois pas que ce qui a aidé une personne ne vous conviendra pas forcément.

Forums de discussion

Il existe sur internet des forums de discussion sur le thème du cancer, notamment le forum de la Ligue contre le cancer www.forumcancer.ch, géré par la Ligne InfoCancer.

Groupes d'entraide

Se retrouver dans un groupe favorise l'échange d'informations et d'expériences. Bien des choses paraissent plus légères quand on en discute avec des personnes confrontées aux mêmes difficultés.

Informez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale: elle vous renseignera sur les groupes d'entraide, sur les groupes de parole ou sur les offres de cours pour personnes touchées et leurs proches (voir pp. 108 et 109). Sous www.infoentraidesuisse.ch, vous pouvez chercher un groupe d'entraide à proximité de chez vous.

Soins à domicile

De nombreux cantons proposent des services de soins à domicile. Ceux-ci interviennent sur mandat médical exclusivement. Vous pouvez faire appel à eux pendant toutes les phases de la maladie. Ils vous conseillent à la maison pendant et après les cycles de traitement, notamment sur les effets secondaires. Votre ligue cantonale ou régionale contre le cancer vous communiquera une adresse.

Conseils nutritionnels

De nombreux hôpitaux proposent des consultations en nutrition. Vous trouverez par ailleurs des conseillers indépendants collaborant la plupart du temps avec les médecins et regroupés en une association:

Association suisse des diététicien-ne-s (ASDD)

Altenbergstrasse 29, case postale 686
3000 Berne 8
tél. 031 313 88 70
service@svde-asdd.ch
www.svde-asdd.ch

Sur la page d'accueil, le lien Chercher un-e diététicien-ne vous permet de trouver l'adresse d'un professionnel dans votre canton.

palliative ch

Vous trouverez sur le site de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs les adresses des sections cantonales et des réseaux. Ceux-ci assurent un accompagnement et des soins optimaux aux personnes concernées partout en Suisse.

palliative ch

Société suisse de médecine et de soins palliatifs
Bubenbergplatz 11, 3011 Berne
tél. 044 240 16 21
info@palliative.ch, www.palliative.ch

Les assurances

Les frais des traitements contre le cancer sont pris en charge par l'assurance obligatoire pour autant qu'il s'agisse de thérapies reconnues ou que le produit figure sur la liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Le remboursement de certains traitements très spécifiques peut être soumis à des conditions. Votre médecin vous donnera toutes les précisions nécessaires.

Les frais de traitements avec des substances autorisées sont également pris en charge dans le cadre d'une étude clinique.

En cas de conseils ou de traitements supplémentaires non médicaux, la prise en charge par l'assurance obligatoire ou l'assurance complémentaire n'est pas garantie. Informez-vous avant le début du traitement. La Ligue contre le cancer de votre canton peut également vous accompagner dans ces démarches.

Pour de plus amples informations sur les assurances, nous vous invitons à consulter la brochure « Cancer: prestations des assurances sociales ».

Brochures de la Ligue contre le cancer

- **Unis contre le cancer du sein**
Facteurs de risque et dépistage
- **Le dépistage du cancer du sein par mammographie**
- **Le cancer du sein**
Brochure en langage facile à lire
- **Diagnostic: cancer du sein**
Flyer pour les personnes concernées
- **Les cancers du sein et de l'ovaire liés à une prédisposition héréditaire**
- **Reconstruction et prothèses mammaires: Quelles sont mes options?**
Paraît en 2021

- Les traitements médicamenteux des cancers: Chimiothérapies et autres traitements
 - Le traitement médicamenteux à domicile: Les chimiothérapies orales du cancer
 - Immunothérapie par inhibiteurs de points de contrôle immunitaire: Que faire lors d'effets indésirables ?
 - La radiothérapie
 - Chirurgie et cancer
 - Les médecines complémentaires
 - Les douleurs liées au cancer et leur traitement
 - Fatigue et cancer: Identifier les causes, chercher des solutions
 - Alimentation et cancer
 - L'œdème lymphatique en cas de cancer
 - Prédispositions héréditaires au cancer
 - Cancer et sexualité au féminin
 - Cancer et sexualité au masculin
 - Soigner son apparence durant et après la thérapie
 - Cancer et souffrance psychique: Le cancer touche la personne dans sa totalité
 - Activité physique et cancer: Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement
 - La réadaptation oncologique
 - Cancer: relever les défis au travail
 - Accompagner un proche atteint de cancer
 - Soigner un proche et travailler: une mission possible
Dépliant de huit pages pour mieux concilier activité professionnelle et soins prodigues à un proche
 - Quand le cancer touche les parents: En parler aux enfants
 - Cancer: comment en parler aux enfants?
Dépliant contenant conseils et informations pour les parents et les enseignants
 - Cancer: prestations des assurances sociales
 - Décider jusqu'au bout: Comment établir mes directives anticipées ?
 - Directives anticipées de la Ligue contre le cancer: Mes volontés en cas de maladie et de décès
 - Cancer: Quand l'espoir de guérir s'amenuise
 - Le temps du deuil: Lorsqu'un être aimé meurt d'un cancer
- Commandes**
- Ligue contre le cancer de votre canton
 - Téléphone: 0844 85 00 00
 - Courriel: boutique@liguecancer.ch
 - Internet: www.liguecancer.ch/brochures



Lisez et commandez toutes les brochures en ligne.

Votre avis nous intéresse

Vous avez un commentaire à faire sur nos brochures? Prenez quelques minutes et remplissez le questionnaire dans cette brochure ou à l'adresse
www.liguecancer.ch/brochures.
Votre opinion nous est précieuse!

Autres brochures

Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique (2015), à commander auprès du Groupe suisse de recherche clinique sur le cancer (SAKK), tél. 031 389 91 91, sakkcc@sakk.ch, www.sakk.ch

Internet

(Par ordre alphabétique)

Offres de la Ligue contre le cancer

www.forumcancer.ch

Forum internet de la Ligue contre le cancer

www.liguecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer

www.liguecancer.ch/cancerline

Le chat sur le cancer pour les enfants, les adolescents et les adultes: du lundi au vendredi de 11 h à 16 h.

www.liguecancer.ch/cours

La Ligue contre le cancer propose des cours de réadaptation pour mieux vivre avec la maladie au quotidien

Groupes d'entraide pour personnes touchées et leurs proches

Renseignez-vous auprès de votre Ligue contre le cancer cantonale ou régionale pour savoir où trouver un groupe d'entraide ou de parole près de chez vous. Ils sont conçus pour les personnes atteintes d'un cancer, mais aussi pour les proches.

www.infoentraidesuisse.ch

Info-Entraide Suisse est une fondation qui regroupe toutes les adresses de groupes d'entraide destinés aux personnes touchées et aux proches.

Autres institutions ou sites spécialisés

www.avac.ch

L'association «Apprendre à vivre avec le cancer» organise des cours pour les personnes touchées et leurs proches.

www.cancer.ca

Site de la Société canadienne du cancer

www.chuv.ch/centredusein

Centre du sein du CHUV

www.chuv.ch/fertilite

Unité de médecine de la reproduction du CHUV

www.europadonna.ch

Forum suisse du cancer du sein

www.fertionco.ch

Fertilité et cancer

www.hug-ge.ch/cancerdusein

Centre du sein des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

www.hug-ge.ch/medecine-reproduction-endocrinologie-gynecologique

Cette unité des HUG propose une consultation spécialisée sur la préservation de la fertilité

www.liguecancer.ch/q-label

Liste des centres du sein certifiés sur le site de la Ligue contre le cancer

www.palliative.ch

Société suisse de médecine et de soins palliatifs

www.planetesante.ch

Site romand sur la santé destiné au grand public

www.rose-up.fr/rose-magazine

Rose magazine, publication française pour les femmes touchées par le cancer

www.senologie.ch

Société suisse de sénologie

www.sggg.ch

Gynécologie suisse SSGO, société médicale ayant pour but de promouvoir la gynécologie et l'obstétrique en Suisse

www.vivre-comme-avant.ch

«Vivre comme avant», association d'aide aux femmes touchées par le cancer du sein

Cancer du sein chez l'homme**www.cancer.be/cancer-du-sein-chez-lhomme**

Brève présentation du cancer du sein chez l'homme, proposée par la Fondation contre le Cancer du Luxembourg

www.cancer.ca

La Société canadienne du cancer fournit des informations sur le cancer du sein chez l'homme

www.e-cancer.fr

Le cancer du sein chez l'homme décrit par l'Institut national du cancer (France)

www.liguecancer.ch

Le site de la Ligue suisse contre le cancer fournit une page sur le cancer du sein chez l'homme

Sites en anglais**www.cancer.org**

American Cancer Society

www.cancer.gov

National Cancer Institute USA

www.cancer.net

American Society of Clinical Oncology

www.cancersupport.ch

Site de l'ESCA (English speaking cancer association) s'adresse aux anglophones et à leurs proches résidant en Suisse

www.macmillan.org.uk

A non-profit cancer information service

Sources

Les publications et les sites internet mentionnés dans cette brochure ont également servi de sources pour sa rédaction. Ils correspondent pour l'essentiel aux critères de qualité de la fondation La Santé sur Internet (voir charte sur www.hon.ch/HONcode/French).

Albert, U.-S., Fehm, T., Fey, H., Gebhardt, M., Hübner, J., Jurmeister, P., Roncarati, R. & Wöckel, A. (2018). Brustkrebs im frühen Stadium. *Patientenleitlinie*. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe.

Beckmann, I. A. (2019). Brustkrebs. *Die blauen Ratgeber*. Stiftung Deutsche Krebshilfe.

Institut national du cancer (France) (n.d.). *Le cancer du sein : points clés*.
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>

Janni, W. & Müller, V. (Hrsg.) im Namen der Kommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. (AGO) (2019). Brustkrebs. *Patientenratgeber zu den AGO-Empfehlungen 2019*. W. Zuckschwerdt Verlag.

Kstorfin Medical Communication Ltd on behalf of European Society for Medical Oncology (ESMO) (2018). What is Breast Cancer? *ESMO Patient Guide Series*. European Society for Medical Oncology (ESMO).

Macmillan Cancer Support's Cancer Information Development team (2019). *Understanding Breast Cancer in Woman*. Macmillan Cancer Support.

Manegold, K. (18.08.2016). *Brustkrebs, ein Überblick und Wegweiser zu Datenbanktexten und KID-Informationen im Internet – Überblick*. Deutsches Krebsforschungszentrum. <https://shr.dkfz-heidelberg.de/dbkid/Web/DocView.aspx?Id=2105>

National Comprehensive Cancer Network (2018). Breast Cancer. Invasive. *NCCN Guidelines for patients*.

National Comprehensive Cancer Network (2018). Breast Cancer. Non invasive. *NCCN Guidelines for patients*.

National Comprehensive Cancer Network (2018). Breast Cancer. Metastatic. *NCCN Guidelines for patients*.

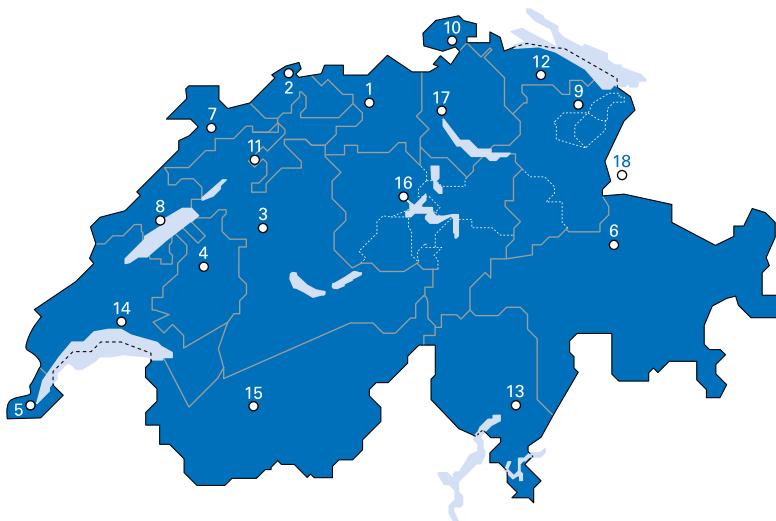
PDO Adult Treatment Editorial Board (21.11.2019). *Breast Cancer Treatment (Adult) (PDQ®), Patient Version*. National Center for Biotechnology Information (NCBI).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65969/>

Société canadienne du cancer (n.d.). *Qu'est-ce que le cancer du sein ?*
<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/breast-cancer/?region=on>

Union nationale contre le cancer (UICC) (2017). *TNM Classification des tumeurs malignes*. 8^e édition. Sous la direction de Brierley, J. D., Gospodarowicz, M. K. & Wittekind, C. Cassini.

Wörmann, B., Aebi, S., Balic, M., Decker, Th., Fehm, T., Greil, R., Harbeck, N., Krug, B., Overkamp, F., Rick, O., Wenz, F. & Lüftner, D. (01.2018). *Mammakarzinom der Frau*. onkopedia leitlinien. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.
<https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/mammakarzinom-der-frau/@@guideline/html/index.html>

La ligue contre le cancer de votre région offre conseils et soutien



1 Krebsliga Aargau

Kasernenstrasse 25
Postfach 3225
5001 Aarau
Tel. 062 834 75 75
admin@krebsliga-aargau.ch
www.krebsliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel

Petersplatz 12
4051 Basel
Tel. 061 319 99 88
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 Krebsliga Bern

Ligue bernoise contre le cancer
Schwanengasse 5/7
Postfach
3001 Bern
Tel. 031 313 24 24
info@krebsligabern.ch
www.krebsligabern.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise contre le cancer

Krebsliga Freiburg
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale
1701 Fribourg
tél. 026 426 02 90
info@liguecancer-fr.ch
www.liguecancer-fr.ch
CP 17-6131-3

5 Ligue genevoise contre le cancer

11, rue Leschot
1205 Genève
tél. 022 322 13 33
ligue.cancer@median.e.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Graubünden

Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 300 50 90
info@krebsliga-gr.ch
www.krebsliga-gr.ch
PK 70-1442-0

7 Ligue jurassienne contre le cancer

rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
info@ljcc.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

8 Ligue neuchâtoise contre le cancer

faubourg du Lac 17
2000 Neuchâtel
tél. 032 886 85 90
LNC@ne.ch
www.liguecancer-ne.ch
CP 20-6717-9

9 Krebsliga Ostschweiz SG, AR, AI, GL

Flurhofstrasse 7
9000 St. Gallen
Tel. 071 242 70 00
info@krebsliga-ostschweiz.ch
www.krebsliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 Krebsliga Schaffhausen

Mühlentalstrasse 84
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
info@krebsliga-sh.ch
www.krebsliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn

Wengistrasse 16
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
info@krebsliga-so.ch
www.krebsliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Thurgauische Krebsliga

Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

13 Lega ticinese

contro il cancro
Piazza Nussetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
info@legacancro-ti.ch
www.legacancro-ti.ch
CP 65-126-6

14 Ligue vaudoise

contre le cancer
place Pépinet 1
1003 Lausanne
tél. 021 623 11 11
info@lvc.ch
www.lvc.ch
UBS 243-483205.01Y
CCP UBS 80-2-2

15 Ligue valaisanne contre le cancer**Krebsliga Wallis**

Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebsliga-wallis.ch
www.krebsliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

16 Krebsliga Zentralschweiz

LU, OW, NW, SZ, UR, ZG
Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
info@krebsliga.info
www.krebsliga.info
PK 60-13232-5

17 Krebsliga Zürich

Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
info@krebsligazuerich.ch
www.krebsligazuerich.ch
PK 80-868-5

18 Krebshilfe Liechtenstein

Im Mälarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
admin@krebshilfe.li
www.krebshilfe.li
PK 90-4828-8

Ligue suisse**contre le cancer**

Effingerstrasse 40
case postale
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
info@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch
CP 30-4843-9

Brochures

tél. 0844 85 00 00
boutique@liguecancer.ch
www.liguecancer.ch/brochures

Forum

www.forumcancer.ch,
le forum internet de la
Ligue contre le cancer

Cancerline

www.liguecancer.ch/cancerline, le chat sur le
cancer pour les enfants,
les adolescents et
les adultes
du lundi au vendredi
11 h–16 h

Skype

krebstelefon.ch
du lundi au vendredi
11 h–16 h

Ligne stop-tabac

tél. 0848 000 181
max. 8 cts/min.
(sur réseau fixe)
du lundi au vendredi
11 h–19 h

**Vos dons sont
les bienvenus.**

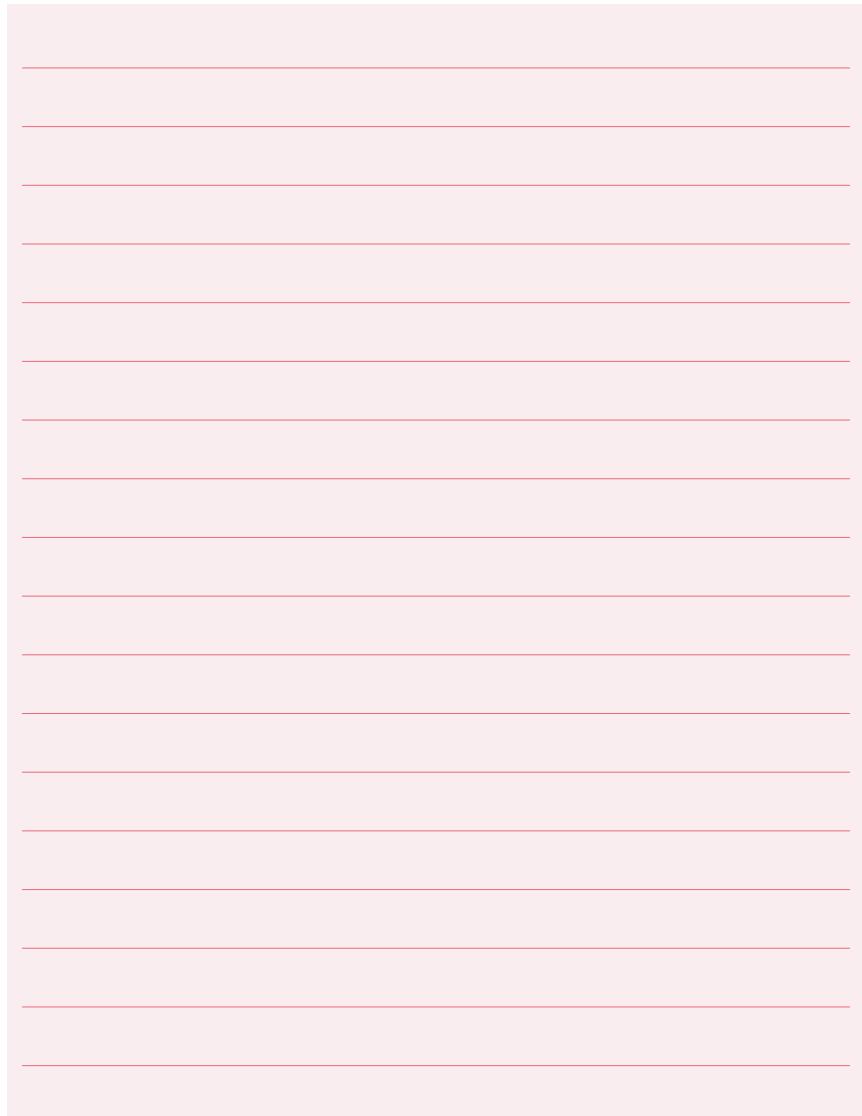
Ligne InfoCancer

0800 11 88 11

du lundi au vendredi
9 h–19 h
appel gratuit
helpline@liguecancer.ch

Unis contre le cancer

Mes notes

A vertical column of 20 blank red-lined horizontal lines for notes.

Cette brochure vous est remise par votre Ligue contre le cancer, qui se tient à votre disposition avec son éventail de prestations de conseil, d'accompagnement et de soutien. Vous trouverez à l'intérieur les adresses de votre ligue cantonale ou régionale.