



Le cancer du sein

Carcinome mammaire



**Une information de la Ligue
contre le cancer**
pour les personnes concernées
et leurs proches

Impressum

Éditrice

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40, case postale, 3001 Berne
tél. 031 389 91 00, fax 031 389 91 60
info@liguecancer.ch, www.liguecancer.ch

Responsables de publication

Susanne Lanz, Ines Fleischmann, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Direction du projet

Sabine Jenny, lic. phil., MAE, infirmière dipl. ES, responsable de service, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Conseils scientifiques

(par ordre alphabétique)

Prof. Daniel Fink, dr med., directeur de la clinique de gynécologie et du centre du sein, Hôpital universitaire de Zurich

Prof. Andreas Günthert, dr med., médecin-chef, nouvelle clinique de gynécologie, Hôpital cantonal de Lucerne

Karin Huwiler, dr med., Ligue suisse contre le cancer, Berne

Sabine Jenny, lic. phil., MAE, infirmière dipl. ES

Cornelia Leo, dr med., privat-docent, coordinatrice du centre du sein, clinique de gynécologie, Hôpital universitaire de Zurich

Armin Thöni, dr med., responsable médical, service de radio-oncologie, Hôpital Lindenhof, Berne

Prof. Beat Thürlimann, dr med., médecin-chef, centre du sein, Hôpital cantonal de Saint-Gall

Mark Witschi, dr med., Ligue suisse contre le cancer, Berne

Texte en allemand

Ruth Jahn, journaliste scientifique, agence de presse Index, Berne
Susanne Lanz, rédactrice, Ligue suisse contre le cancer, Berne
Ernst Schlumpf, collaborateur rédactionnel, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Traduction

Evelyne Carrel, Arzier-le-Muids

Révision

Jacques-Olivier Pidoux, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Couverture

Adam et Eve, d'après Albrecht Dürer

Illustrations

pp. 7, 13, 14, 27, 57 : Frank Geisler, illustrateur naturaliste, Berlin

Photos

p. 4 : Hetizia, Fotolia.com ; p. 24 : roboriginal, Fotolia.com ;
pp. 38, 78 : iStockphoto ; pp. 68, 84, 92 : shutterstock

Design

Ligue suisse contre le cancer, Berne

Impression

Ast & Fischer SA, Wabern

Cette brochure est également disponible en allemand et en italien.

© 2015, Ligue suisse contre le cancer, Berne

Table des matières

- 5 Editorial**
- 6 Qu'est-ce que le cancer ?**
- 12 Le cancer du sein**
 - 12 Le sein féminin et ses fonctions
 - 15 Modifications bénignes et nodules
 - 16 Les différentes formes de cancer du sein
 - 21 Causes possibles et facteurs de risque
 - 23 Troubles et symptômes possibles
- 25 Les examens et le diagnostic**
 - 25 Les examens de base
 - 26 Les investigations complémentaires
 - 29 Les stades de la maladie
 - 30 La classification TNM
 - 34 Les analyses supplémentaires pour préciser le diagnostic
- 39 Généralités concernant le traitement**
 - 39 Comment choisit-on le traitement ?
 - 44 L'objectif du traitement
 - 45 Les effets indésirables
 - 46 Image corporelle, désir d'enfant et sexualité
- 53 Le traitement du cancer du sein**
 - 53 La chirurgie (opération)
 - 56 L'ablation des ganglions lymphatiques
 - 59 La radiothérapie (rayons)
 - 62 Les traitements médicamenteux
 - 63 La chimiothérapie (cytostatiques)
 - 69 Les thérapies antihormonales (hormonothérapies)
 - 74 Les thérapies ciblées
- 79 Le déroulement du traitement**
 - 79 Le traitement du carcinome canalaire in situ
 - 80 Le traitement au stade précoce et au stade localement avancé
 - 81 Le traitement au stade métastatique
 - 83 Le traitement de la récurrence locale
 - 83 Le traitement dans le cadre d'une étude clinique
- 86 Les traitements additionnels**
 - 86 Les prothèses du sein et la reconstruction
 - 87 L'œdème lymphatique
 - 88 Le traitement de la douleur
 - 89 Les médecines complémentaires
 - 90 Le suivi et la réadaptation
- 92 Le retour à la vie quotidienne**
- 95 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.

Vous trouverez dans cette brochure une description détaillée du cancer du sein, des examens réalisés en vue de poser le diagnostic et du traitement, mais 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 plusieurs sous-types qui ne sont pas tous traités de la même manière. L'équipe médicale vous donnera les informations nécessaires et vous conseillera en fonction de votre situation particulière.

Grâce aux progrès réalisés par la médecine ces dernières années,

les traitements sont aujourd'hui 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.

La Ligue contre le cancer tient à votre disposition toute une série de brochures (voir pp. 97 et suiv.) où vous trouverez des conseils et des informations qui pourront vous aider à vivre au mieux avec la maladie.

N'hésitez pas à faire appel au soutien de vos proches. Vous pouvez également vous adresser en tout temps à votre équipe médicale et soignante ou à d'autres professionnels qui sauront vous conseiller avec compétence (voir pp. 95 et suiv.).

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 (voir p. 22). Le traitement est, globalement, le même pour les deux sexes. Les hommes concernés trouveront de plus amples informations dans la section « Internet », page 99.

Pour ne pas alourdir le texte, nous utilisons la forme féminine dans la suite de cette brochure. Nous remercions nos lecteurs de leur compréhension.

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 : 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. Les tumeurs malignes sont aussi appelées néoplasmes, ce qui signifie « nouvelle formation ».

Il existe plus de deux cents types de cancers différents. On distingue les tumeurs solides, qui se développent à partir des cellules d'un organe et qui forment une masse

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

Les tumeurs malignes solides qui se forment à partir de tissus superficiels comme la peau, les muqueuses ou les glandes sont appelées carcinomes. Le cancer du sein se classe dans cette catégorie. Les carcinomes représentent la grande majorité des tumeurs malignes.

Les tumeurs malignes solides qui se développent dans le tissu conjonctif, le tissu adipeux, les cartilages, les muscles, les os ou les vaisseaux sont qualifiées de sarcomes.

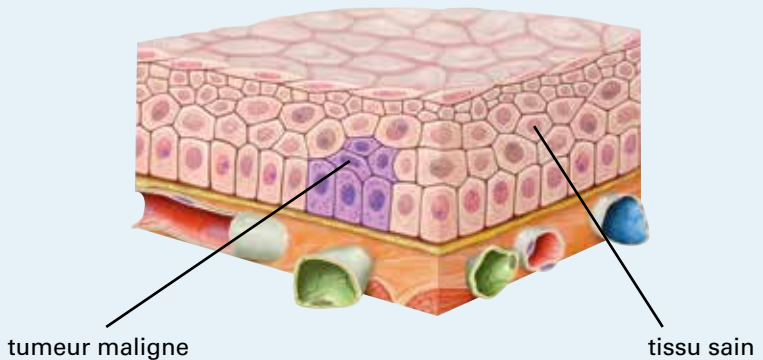
Tumeurs bénignes et tumeurs malignes

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.

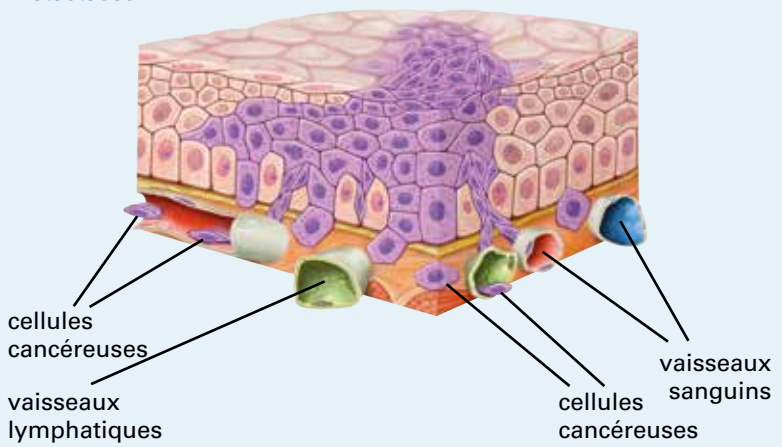
Comment se forme une tumeur ?

Exemple: carcinome de la muqueuse

La tumeur commence à infiltrer le tissu sain.



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.



Certaines tumeurs bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes, parfois après de longues années. Les polypes de l'intestin en sont un bon exemple. Ces excroissances qui se développent sur la muqueuse intestinale peuvent constituer un stade précurseur du cancer de l'intestin.

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. 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 dé-

soxyribonucléique (ADN), le support de l'information génétique.

Au cours du processus de division cellulaire, de nouvelles cellules apparaissent constamment tandis que d'autres meurent. Le matériel génétique peut être endommagé à la suite d'une erreur lors de la division cellulaire ou sous l'influence de divers autres facteurs. En principe, les cellules sont capables de détecter et de réparer elles-mêmes ces anomalies ou meurent si elles ont subi une altération. Lorsque ce n'est pas le cas, la cellule défectueuse – on parle de cellule mutée – continue de se diviser de manière incontrôlée. Les cellules qui prolifèrent ainsi finissent par former, avec le temps, un nodule, une tumeur.

Des dimensions inimaginables

Une tumeur d'un centimètre de diamètre contient déjà des millions de cellules et peut s'être formée il y a plusieurs années. En d'autres termes, une tumeur n'apparaît pas du jour au lendemain ; la vitesse à laquelle elle grandit varie toutefois d'un type de cancer à l'autre.

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 muta-

tions 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 (virus, polluants, fumée du tabac, rayonnement ultraviolet, etc.) ;
- des facteurs héréditaires ou génétiques.

Certains de ces facteurs de risque peuvent être influencés, d'autres pas. On estime qu'environ un tiers de tous les cancers pourraient être évités si on éliminait des 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, on ignore toutefois quels éléments particuliers ont conduit à la maladie.

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 qui affectent le matériel génétique et qui sont susceptibles d'entraîner l'apparition d'un cancer s'accumulent, ce qui explique que 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 – en d'autres termes, le mode de vie – 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 particules fines, il est possible de se prémunir contre d'autres, par exemple en adoptant une protection solaire appropriée contre le rayonnement ultraviolet ou en se faisant vacciner contre les virus susceptibles de provoquer un cancer.

L'hérédité

On estime que dans 5 à 10% des cas, le cancer est lié à une modifi-

cation congénitale avérée du matériel génétique. On parle 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, on peut toutefois, pour certains cancers, procéder à des examens de dépistage ou prendre des mesures qui réduisent le risque de développer la maladie (p. ex. 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. 21), de même que dans la brochure « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 98).

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 interrogiez 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 un spécialiste.

Personne ne peut se protéger à coup sûr de la maladie. Le cancer frappe indifféremment les personnes qui ont un comportement à risque et celles qui vivent sagement, 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.

Mes notes



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 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 *primaires*, 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, tout comme le mamelon et l'aréole.

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 que le lait maternel est produit à la naissance d'un enfant.

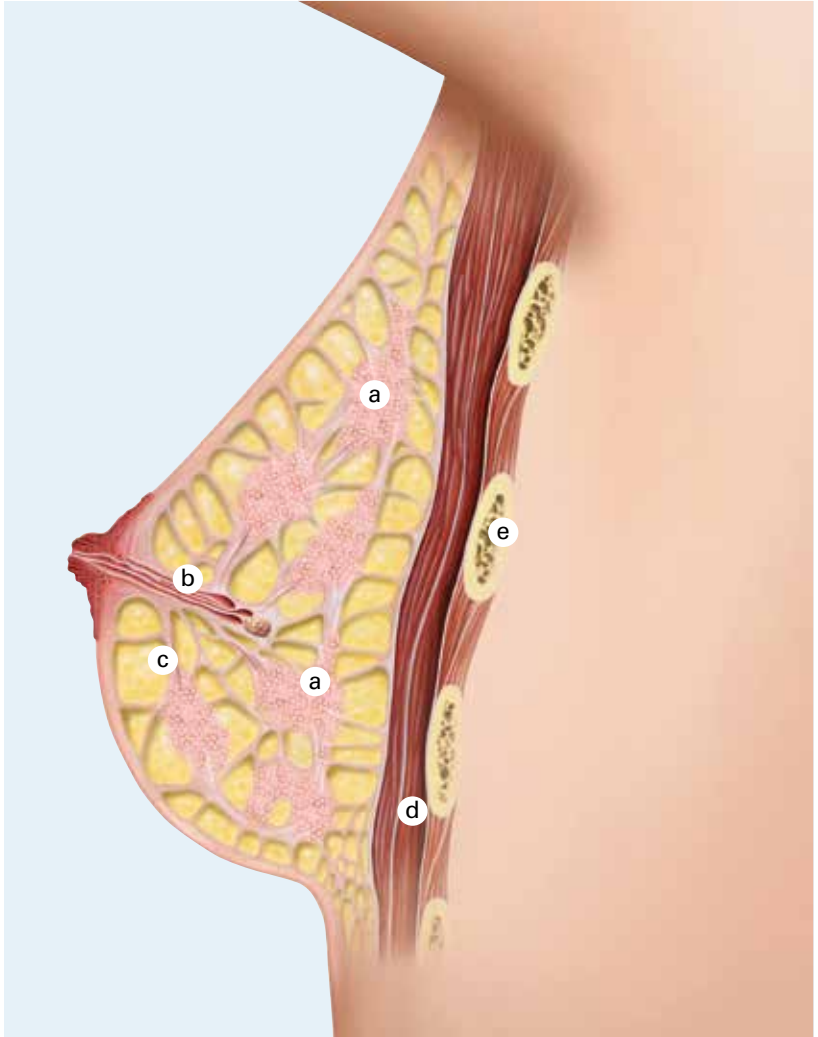
Vus de face, les canaux galactophores sont disposés en étoile (voir illustration p. 14). Cette étoile est toutefois irrégulière, car le quadrant supérieur externe du sein (le plus proche de l'aisselle) comporte davantage de tissu glandulaire. C'est là que près de la moitié des tumeurs du sein se forment.

Vaisseaux sanguins et lymphatiques

Le sang en provenance de l'aisselle et du sternum irrigue le sein et l'approvisionne en éléments nutritifs et en hormones.

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.

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 éliminés, c'est-



Sein féminin

a lobes, composés de nombreux lobules

b canaux galactophores
c tissu adipeux et conjonctif
d muscle pectoral
e côtes

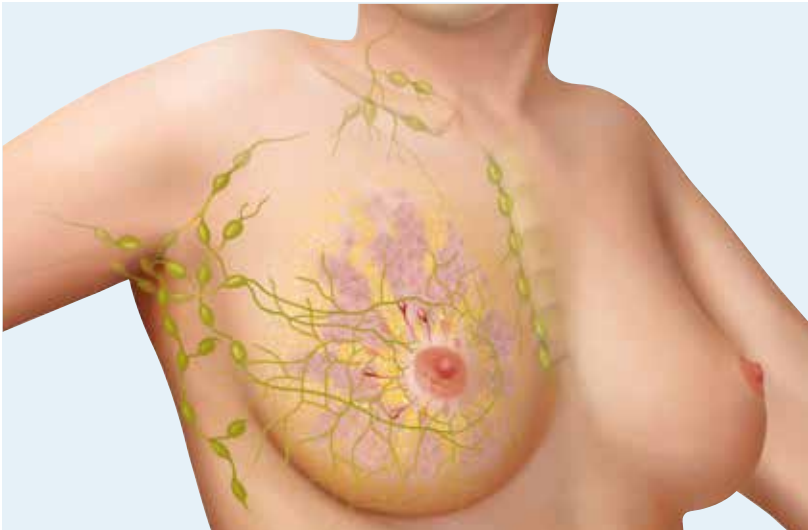
à-dire décomposés et évacués, dans les ganglions lymphatiques situés sur le parcours à l'aide des lymphocytes (globules blancs). Le système lymphatique joue un rôle important dans la défense de l'organisme; il contribue à prévenir ou à combattre les infections et les maladies.

On trouve de grands groupes de ganglions lymphatiques sous l'aisselle, en dessous et en dessus de la clavicule ainsi qu'ailleurs dans le corps. Lorsque ces gan-

glions n'arrivent pas à éliminer les cellules cancéreuses, celles-ci s'y accumulent et y forment des métastases qui, avec le temps, constituent une petite boule que l'on peut palper.

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



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).

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, la période de transition marquant le passage de la fertilité à la stérilité, 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 et, par là-même, un œdème, des tensions et un gonflement des seins. 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

Trois nodules palpables sur quatre sont bénins; en d'autres termes, 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

Les kystes sont relativement fréquents dans le sein, surtout à la ménopause. 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 et une autre modification du sein. A l'heure actuelle, on re-

nonce généralement à ponctionner (vider) ou à enlever les kystes, sauf s'ils occasionnent une gêne ou des douleurs ou s'ils grossissent rapidement.

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

La mastopathie (du grec *mas-tos* = sein et *páthos* = souffrance) 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 rup-

ture de l'équilibre entre les œstrogènes et la progestérone.

Pratiquement une femme sur deux est touchée par une mastopathie au cours de son existence. Une mastopathie sévère peut provoquer des douleurs, le plus souvent peu avant les règles; elle peut aussi entraîner un écoulement (sécrétion) 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 disparaît 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, le risque de cancer du sein peut être légèrement augmenté. Un suivi médical régulier est donc 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 dans les canaux galactophores (carcinome canalaire) ou dans les lobules (carcinome lobulaire).

Pour établir le diagnostic, le type de cellules à partir desquelles le cancer s'est formé n'est toutefois pas le seul élément déterminant ; il faut aussi savoir si le cancer s'est propagé aux tissus voisins, s'il est agressif et s'il présente certaines caractéristiques biologiques particulières.

Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans le chapitre « Les examens et le diagnostic », page 25 et suivantes.

Canalaire ou lobulaire ?

- Les carcinomes *canalaires* se forment dans les canaux galactophores ; ils représentent environ 80 % des cancers du sein.
- Les carcinomes *lobulaires* se forment dans les lobules ; ils constituent 5 à 15 % de tous les cancers du sein.

Il existe encore d'autres types de cancer du sein, qui sont plus rares (voir p. 20).

In situ ou invasif ?

- Certaines lésions ne sont pas encore des cancers à proprement parler, mais des stades précurseurs du cancer, ou précancérose. Elles peuvent, après des années bien souvent, se transformer en cancer (invasif), mais ce n'est pas systématiquement le cas. On parle de tumeurs *in situ*, c'est-

à-dire limitées à l'endroit où elles se sont formées.

- Les carcinomes *invasifs* sont souvent bien localisés (in situ) dans un premier temps, mais ils finissent par se propager au tissu voisin. Les cellules cancéreuses des carcinomes invasifs peuvent parvenir dans d'autres régions du corps en passant dans le système lymphatique ou sanguin et y former des métastases au stade précoce déjà.

Les stades précurseurs (carcinomes in situ)

Le carcinome canalaire in situ (CCIS)

Les carcinomes canaux in situ représentent jusqu'à 20 % des diagnostics initiaux de cancer du sein. Ces carcinomes restent circonscrits à l'intérieur d'un canal galactophore et constituent donc un stade précancéreux ; on parle aussi de lésion néoplasique intracanalair.

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 organisé.

Les lésions cellulaires limitées à la paroi intérieure des canaux galactophores ne sont généralement pas palpables. La mammographie et l'échographie ne permettent pas non plus de les détecter, mais la

mammographie peut mettre en évidence des microcalcifications (voir encadré), qui leur sont souvent associées.

Les cellules modifiées des canaux galactophores restent parfois longtemps confinées à l'endroit où elles se sont formées et ne se propagent donc pas en dehors des canaux. On parle quand même de cancer du sein, même si, à strictement parler, il s'agit d'un stade précurseur.

Un carcinome canalaire in situ peut toutefois apparaître dans plusieurs canaux galactophores en même temps et se montrer plus ou moins agressif; le risque qu'il dégénère en carcinome invasif est donc plus ou moins élevé. Par ailleurs, lors d'un

carcinome canalaire in situ, on voit souvent apparaître un carcinome invasif dans le même sein.

Une croissance invasive possible

Il s'écoule souvent plusieurs années, parfois même une à deux décennies, avant qu'un carcinome canalaire in situ ne se transforme en carcinome canalaire invasif (CCI, voir p. 19).

On estime que 14 à 60% des femmes atteintes d'un carcinome canalaire in situ développent un carcinome invasif par la suite. Les bases scientifiques ne sont pas suffisantes pour donner des indications plus précises.

Les microcalcifications

Les microcalcifications sont de minuscules dépôts de calcium dans les canaux galactophores; souvent associées à des modifications bénignes du tissu mammaire, elles sont généralement inoffensives.

Suivant leur forme et leur disposition, elles peuvent toutefois dissimuler une précancérose, voire un cancer du sein. En cas de doute, les médecins recommandent des investigations supplémentaires.

La néoplasie lobulaire (NL)

On observe parfois dans les lobules du sein une accumulation de cellules dont l'aspect rappelle celui d'un cancer: la néoplasie lobulaire. Celle-ci n'est pas considérée directement comme un stade précurseur d'un carcinome invasif, de sorte qu'en général, on renonce à l'éliminer complètement et à engager d'autres traitements.

La présence de ces cellules modifiées est toutefois associée à un risque accru de cancer dans les deux seins. Une mammographie annuelle est conseillée aux femmes concernées.

La néoplasie lobulaire de type pléomorphe

Cette forme particulière de néoplasie lobulaire, qui représente moins de 5% des carcinomes in situ, touche la zone intermédiaire entre les lobules et les canaux galactophores. Il s'agit d'une vraie précancérose, qui est traitée comme un carcinome canalaire in situ (voir p. 79).

Les formes de cancer du sein les plus fréquentes

Le carcinome canalaire invasif (CCI)

Le carcinome canalaire invasif est, de loin, le cancer du sein le plus fréquent: il représente environ 70% de tous les cancers du sein.

Le carcinome canalaire invasif 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.

En principe, la mammographie et l'échographie (voir pp. 25 et suiv.) permettent de déceler les nodules à partir d'un diamètre de 0,5 centimètre environ. A partir d'un centimètre, ceux-ci sont aussi palpables, mais il faut généralement plusieurs années pour qu'un nodule atteigne cette taille.

Le carcinome lobulaire invasif (CLI)

Cette forme de cancer du sein se développe à partir des cellules des lobules. Les carcinomes lobulaires invasifs représentent 10 à 15% des tumeurs du sein. Ils sont fréquents dans les seins où le tissu conjonctif est dense. Le carcinome lobulaire invasif est souvent difficile à déceler sur la mammographie, et il ne devient palpable qu'à partir de deux centimètres environ.

Le carcinome lobulaire invasif touche plus fréquemment les deux seins que le carcinome canalaire invasif. Il est aussi plus souvent multifocal ou multicentrique (plusieurs foyers cancéreux dans le même sein).

Les autres types de cancers du sein

Ils sont rares, apparaissent parfois avec les précancéreuses mentionnées plus haut ou les carcinomes invasifs et ne progressent pas tous à la même vitesse. On trouve notamment :

- le carcinome *tubulaire*, ainsi nommé en raison de la structure du tissu cancéreux, qui rappelle la forme d'un tube ;
- le carcinome *mucineux* (formant du mucus) ;
- le carcinome *médullaire*, dans lequel les cellules cancéreuses sont infiltrées par des lymphocytes (globules blancs) ;
- le carcinome *inflammatoire* : on parle de cancer mammaire inflammatoire lorsque le sein montre des signes d'inflammation. Il est rouge et chaud, et la peau peut présenter des creux et des bosses, des altérations 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* : ce type de cancer du sein, qui doit son nom au chirurgien qui l'a décrit, James Paget, se caractérise par des rougeurs autour du mamelon, avec des lésions qui se desquament et 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 mammaire invasif.

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. En fonction de celles-ci, on distingue différents sous-types, ce qui influence le choix du traitement, notamment lors de thérapies médicamenteuses.

Nous reviendrons plus en détail sur la question dans le chapitre « Les examens et le diagnostic », à partir de la page 25.

Causes possibles et facteurs de risque

Comme on ne connaît pas les causes spécifiques du cancer du sein, il n'est pas possible de prévenir la maladie.

On sait que certains facteurs peuvent augmenter le risque de carcinome mammaire, mais ce n'est pas systématiquement le cas. Etant 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 une ou plusieurs parentes au premier degré (mère, sœur, fille).
- Une prédisposition héréditaire : chez une minorité de patientes présentant des antécédents familiaux, l'existence d'une prédisposition héréditaire liée à une mutation génétique (voir cancer du sein héréditaire) est probable ou avérée.
- Une exposition prolongée aux œstrogènes : des premières règles précoces, une ménopause tardive, l'absence de

grossesse ou une grossesse après l'âge de 30 ans.

- Une radiothérapie du thorax pendant l'enfance ou l'adolescence, par exemple pour traiter un lymphome de Hodgkin (cancer des ganglions lymphatiques).

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 élevée ou régulière, le tabagisme, une alimentation riche en graisses et un manque d'exercice physique.

Le cancer du sein héréditaire

Dans environ 10 % des cas, il existe une prédisposition héréditaire ; la moitié d'entre eux sont liés à une altération (mutation) des gènes à haut risque BRCA1 et/ou BRCA2 (de l'anglais *BR*east-*C*ancer). L'existence d'une telle mutation ne peut être établie qu'au moyen d'un test génétique.

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 (mutation des gènes BRCA) est héritée du père ou de la mère et peut être transmise aux enfants. Les femmes qui présentent une mutation des gènes BRCA ont un risque nettement plus élevé de développer un cancer du sein (risque majoré de 85 %) ou un cancer de l'ovaire (risque majoré de jusqu'à 60 %).

Les femmes porteuses de la mutation sont souvent atteintes d'un cancer dans les deux seins avant la ménopause déjà. Dans les familles touchées, les hommes ont eux aussi un risque accru de cancer, surtout du sein, de la prostate et de l'intestin. Le cancer du sein lié à une mutation des gènes BRCA est souvent invasif et se montre relativement agressif.

On conseille aux femmes qui ont un risque familial de cancer très élevé et/ou qui présentent une mutation avérée des gènes BRCA de se soumettre à un dépistage spécifique à partir de 25 ans. Le cas échéant, une opération est également envisageable à titre préventif. La question peut être discutée dans le cadre d'une consultation génétique.

Vous trouverez de plus amples explications dans la brochure « Prédispositions héréditaires au cancer » (voir p. 98) et dans la fiche d'information « Risque familial de cancer du sein et de l'ovaire » (voir p. 99). 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 bien réfléchir et faites-vous conseiller en détail.

Le cancer le plus fréquent chez la femme

Chaque année en Suisse, on dénombre près de 5400 nouveaux cas de cancer du sein. Plus de 30 % 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 quarantaine 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 information » (voir p. 95) pour de plus amples renseignements.

Troubles et symptômes possibles

Le cancer du sein ne provoque 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 subit 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 de la clavicule ou d'un côté du sternum ;
- une perte de poids inexplicquée.

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 généralement découvert par la femme elle-même, à la palpation d'un nodule, plus rarement 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

Lors de modifications au niveau des seins ou de troubles ou de symptômes qui pourraient indiquer la présence d'un cancer du sein, on réalise en principe au moins les examens suivants :

- Entretien en vue de connaître les troubles et les symptômes, le mode de vie, les éventuels cas de cancer dans la famille, etc. ; dans le jargon médical, on parle d'anamnèse (du grec *anamnesis* = souvenir).
- Palpation, avec une attention particulière aux modifications et aux nodules dans le sein, dans le creux de l'aisselle (creux axillaire) ainsi que dans la région de la clavicule et du sternum. La palpation donne déjà de premières indications sur la nature d'un nodule.
- Mammographie.
- Echographie.
- Statut ménopausique ; il s'agit de déterminer si vous êtes déjà ménopausée ou non.

La mammographie

La mammographie est une radiographie des seins. Elle permet de déceler la plupart des modifications pathologiques et détecte des tumeurs de très petite taille, bien avant qu'elles ne soient palpables. En mettant en évidence des microcalcifications (voir p. 18), elle peut aussi faciliter *indirectement* la détection d'une éventuelle précancérose.

Deux radiographies au moins de chaque sein sont effectuées dans des positions différentes. Le sein étant comprimé entre deux plaques de verre, la mammographie est parfois ressentie comme désagréable et légèrement douloureuse.

Avec les appareils de mammographie modernes, l'exposition aux rayonnements est faible. Par ailleurs, l'amélioration sensible de la qualité des images, qui sont désormais lues sur écran, permet une évaluation beaucoup plus fiable que par le passé.

Vous trouverez des informations et des explications sur le dépistage systématique par mammographie et le dépistage en général sur le site www.liguecancer.ch → Prévention → Dépistage → Pour la femme. Vous pouvez également vous reporter aux brochures de la Ligue contre le cancer répertoriées

à la page 97, ainsi qu’au site internet du National Cancer Institute aux Etats-Unis (voir la section « Internet », p. 99).

L'échographie (ultrasons)

L'échographie est souvent utilisée en complément de la mammographie. Elle permet d'identifier plus clairement des nodules bénins (des kystes, par ex.) ou des ganglions lymphatiques suspects dans les creux axillaires, de même que des modifications indécélables par palpation et de préciser ainsi la nature de l'anomalie.

L'échographie n'utilise pas les rayons X, mais les ultrasons. Comme il n'y a pas d'irradiation, l'examen peut être répété sans problème, ce qui est important pour les femmes ayant un risque élevé de cancer du sein.

La galactographie

La galactographie est un examen radiologique complémentaire du sein qui permet de visualiser les canaux galactophores. Il 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 investigations complémentaires

Les examens ci-dessus permettent déjà, en général, d'évaluer si une modification tissulaire 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 sont donc nécessaires.

Si le médecin présume que l'anomalie est bénigne, la décision de procéder à des investigations complémentaires (une IRM ou une biopsie, par ex.) 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.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM)

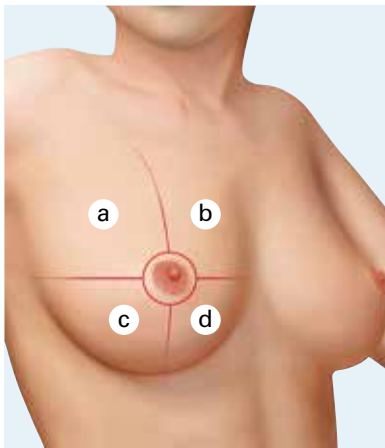
Cette technique d'imagerie médicale, qui nécessite l'injection d'un produit de contraste, est parfois utilisée en complément, par exemple lorsque la nature d'une anomalie repérée lors de la mammographie et de l'échographie n'est pas claire après une opération du sein.

L'imagerie par résonance magnétique fournit des images très précises du sein et des modifications tissulaires. Elle met toutefois aussi en évidence des anomalies qui ne sont pas dues à un cancer (fausse alerte). Des examens complémentaires peuvent alors être nécessaires pour rechercher l'origine de ces lésions.

La localisation de la tumeur

Pour situer facilement la tumeur, on divise le sein en quatre secteurs, les quadrants.

Plus de la moitié des tumeurs du sein apparaissent dans le quadrant supérieur externe ③ ce qui est lié au fait que cette zone est la plus riche en tissu glandulaire.



Les différents quadrants du sein

Le reste des tumeurs se répartit à parts à peu près égales entre le quadrant supérieur interne ② et le quadrant inférieur externe ④. Le quadrant inférieur interne ① et la région du mamelon sont un peu moins souvent touchés.

Multifocal, multicentrique

Quand il y a plusieurs foyers cancéreux dans un même quadrant, on parle de cancer *multifocal*; quand il y a plusieurs foyers cancéreux dans différents quadrants, on parle de cancer du sein *multicentrique*.

La biopsie (prélèvement de tissu)

Seul un prélèvement de tissu permet de dire avec certitude si la tumeur est cancéreuse ou non. Lorsque le médecin suspecte l'existence d'un cancer du sein, il prélève un échantillon de tissu dans la zone suspecte. Si celui-ci 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.

Aujourd'hui, les biopsies ne nécessitent plus d'hospitalisation; elles sont réalisées ambulatoirement, en association avec des techniques d'imagerie médicale (échographie, IRM). L'endroit où le tissu a été prélevé est noté de façon très précise dans l'optique

d'une intervention chirurgicale ultérieure pour enlever la tumeur.

Ponction-biopsie (micro-biopsie)

Ce type de biopsie est celui qui est le plus souvent utilisé et constitue donc la méthode standard. Des échantillons de tissu sont prélevés sous anesthésie locale. 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. C'est un examen qui est entré dans la pratique quotidienne pour tirer au clair des microcalcifications ou des anomalies uniquement visibles sur l'image mammographique.

Le tissu suspect est prélevé à l'aide d'une aiguille munie d'un petit couteau rotatif et d'un dispositif d'aspiration sous guidage mammographique (= stéréotaxique); on parle aussi de biopsie assistée par le vide, ou encore de macro-biopsie.

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, qui peut être réalisée sans anesthésie, ne laisse aucune cicatrice; elle est utilisée lorsque la probabilité que le tissu soit cancéreux est très faible ou lorsque le diagnostic de cancer du sein a déjà été posé. En principe, elle n'est pas indiquée pour un premier examen en cas de suspicion de cancer du sein.

L'examen du tissu tumoral

Le tissu prélevé par biopsie est soumis à diverses analyses. Comme celles-ci nécessitent une préparation préalable – la coloration du tissu, par exemple –, il peut s'écouler, suivant les tests à réaliser, plusieurs jours avant que l'on dispose des résultats. C'est à ce moment-là seulement que l'on saura clairement si on est en présence d'une modification tissulaire bénigne ou maligne.

Lésion bénigne ? Précancérose ? Lésion maligne ?

Le tissu analysé est classé selon le système suivant :

- B1** tissu normal
- B2** lésion bénigne
- B3** lésion bénigne à potentiel de malignité incertain (éventuelle précancérose)
- B4** suspicion de malignité (éventuelle précancérose)
- B5** lésion maligne

Les échantillons de tissu sont soumis à des analyses supplémentaires afin de définir plus précisément les caractéristiques du cancer du sein (voir p. 34). Ces analyses permettent de déterminer le degré d'agressivité de la tumeur et de planifier la suite du traitement.

Les autres examens d'imagerie médicale

Lorsque des ganglions axillaires sont atteints ou que le médecin suspecte la présence de métastases dans d'autres organes, des investigations complémentaires sont nécessaires. Celles-ci devraient être réalisées avant une éventuelle chimiothérapie.

Lorsque la présence de métastases est établie avant l'opération, le plan de traitement pourra être différent.

Pour détecter des métastases osseuses, on procède à une scinti-

graphie osseuse. Cet examen de médecine nucléaire permet de mettre en évidence une augmentation du métabolisme osseux, ce qui est le cas lors de métastases. Pour repérer les métastases du foie (hépatiques), on pratique une échographie / un scanner et pour les métastases du poumon, une radiographie. En cas de doute et lorsqu'on suspecte des métastases cérébrales, on peut aussi avoir recours à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou au scanner.

La tomographie par émission de positons (PET-scan ou scanner TEP) constitue une autre possibilité pour détecter la présence de métastases. Portant sur l'ensemble du corps, cet examen de médecine nucléaire met en évidence aussi bien les divers types de tissus, les os et les ganglions lymphatiques que les processus métaboliques. On l'utilise dans des cas bien spécifiques.

Les stades de la maladie

Les résultats des divers examens permettent de déterminer en partie l'étendue du cancer du sein et sa propagation. On parle de classification ou de stadification (*staging* en anglais). Associée à d'autres facteurs, cette classification sert de base pour planifier le traitement.

La classification TNM

Pour décrire l'étendue du cancer du point de vue anatomique et déterminer la gravité de l'atteinte, on utilise la classification TNM (*Tumor, Nodes, Metastasis*) de l'Union internationale contre le cancer (UICC).

Le tableau ci-après équivaut à une classification TNM *provisoire*. Dans la majorité des cas, la classification exacte de la tumeur sera possible seulement après l'opération, lorsque les tissus prélevés auront été analysés. Une fois cet examen effectué, on ajoute un p minuscule (pour analyse histopathologique) devant le résultat. Exemple: pT1, pN1.

Classification TNM (état 2014)

- T** correspond à tumeur; on exprime la taille et l'extension de celle-ci en utilisant des chiffres de 0 à 4. Plus le chiffre est élevé, plus la tumeur est de grande taille.
- 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. On peut préciser l'anomalie au moyen des lettres minuscules a, b et c. 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. On met alors un p minuscule devant le résultat, par exemple pT1, pN1. En l'absence d'analyse histopathologique, on remplace le p par un c (examen clinique).

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

T	correspond à tumeur ; on exprime la taille et l'extension de celle-ci en utilisant des 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 (CCIS, voir p. 17) ; modification tissulaire non invasive, limitée aux cellules superficielles d'un canal galactophore.
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.
mi	carcinome micro-invasif (infiltration visible uniquement au microscope).
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 et/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 (voir p. 20).
m	multifocal/multicentrique : présence de plusieurs foyers tumoraux dans un sein.
r	récidive : réapparition de la tumeur.

N correspond aux 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. On peut préciser l'anomalie au moyen des lettres minuscules a, b, c et d. Exemple: pN1a = au moins une métastase dans les ganglions lymphatiques mesure plus de 2 mm.

**Métastases ganglionnaires
(confirmées par l'examen pathologique):**

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.

pN3 cellules cancéreuses dans 10 ganglions ou plus de l'aisselle, de la région de la clavicule ou du sternum.

sn ganglion sentinelle (voir p. 56). Exemple: pN0sn = le ganglion sentinelle n'est pas atteint.

mi micrométastase: petites 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).

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.

Métastases

M0 absence de métastases à distance.

M1 présence de métastases. Une abréviation peut préciser la localisation des métastases (par ex.: M1PUL)
OSS = dans les os (osseuses)
PUL = dans les poumons (pulmonaires)
HEP = dans le foie (hépatiques)

mi micrométastase (petite métastase de taille microscopique).

La classification en stades

Sur la base de ces indications, on peut procéder à la classification en stades (stadification).

Stade précoce, localement limité

Pour qu'un cancer entre dans cette catégorie, la principale condition est qu'il n'y ait pas de ganglions lymphatiques atteints (métastases ganglionnaires) et pas de métastases dans d'autres organes.

Stade localement avancé

A ce stade, plusieurs ganglions lymphatiques sont atteints ou la tumeur a envahi la paroi thoracique, mais il n'y pas de métastases.

Stade métastatique

Dès que la présence de métastases est établie, on parle de stade avancé ou métastatique, quelle que soit la taille de la tumeur et quel que soit le nombre de ganglions lymphatiques atteints.

Une classification trop peu précise

La classification TNM et la stadification de l'UICC ne suffisent plus aujourd'hui pour établir un plan de traitement optimal. Les cellules cancéreuses du sein doivent être soumises à des analyses supplémentaires pour définir leurs caractéristiques biologiques, celles-ci pouvant alors servir de points d'attaque pour une thérapie dite

ciblée. Il s'agit en effet de lutter spécifiquement contre les cellules cancéreuses en épargnant au maximum les cellules saines.

Les analyses supplémentaires pour préciser le diagnostic

Avant et après l'opération, 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 (*grading*) et des caractéristiques biologiques comme le statut des récepteurs hormonaux et le statut HER2 (voir p. suivante).

Selon les cas, on conserve du tissu tumoral pour des analyses spécifiques ultérieures (par ex. analyse de l'expression génétique, voir p. 36).

Les degrés d'agressivité (*grading*)

L'analyse des prélèvements tissulaires permet de déterminer dans quelle mesure les cellules cancéreuses diffèrent des cellules saines du sein et d'estimer le degré d'agressivité de la tumeur,

c'est-à-dire sa vitesse de croissance et de propagation; les spécialistes parlent de *grading* et de grade de la tumeur.

Alors que les cellules saines présentent une structure et une fonction spécifiques et se divisent à un rythme normal (on dit qu'elles sont bien différenciées), les cellules cancéreuses ont une structure nettement plus simple et se divisent plus rapidement. Plus une cellule cancéreuse diffère d'une cellule saine, plus la tumeur est agressive et croît rapidement.

On distingue trois degrés d'agressivité, exprimés par la lettre G (pour grade), suivie des chiffres de 1 à 3.

- G1** Les cellules cancéreuses sont fortement différenciées des cellules saines du sein. Elles sont donc moins agressives qu'aux stades G2 et G3. On parle aussi de tumeur à faible risque.
- G2** Les cellules cancéreuses ressemblent encore un peu aux cellules saines du sein (elles sont moyennement différenciées).
- G3** Les cellules cancéreuses ne ressemblent presque plus aux cellules saines (elles sont peu différenciées ou indifférenciées). Il s'agit d'une tumeur agressive, qui croît rapidement.

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 de la croissance des cellules du sein peuvent également influencer la croissance de certains carcinomes mammaires. On examine par conséquent si les cellules cancéreuses présentent des récepteurs auxquels ces hormones peuvent se lier et, si elles en ont, en quelle quantité.

Dans 70 à 80% des cas, le cancer du sein présente des récepteurs hormonaux; on parle de cancer à récepteurs hormonaux positifs (RH+). S'il n'y a pas de récepteurs hormonaux, on parle de cancer à récepteurs hormonaux négatifs (RH-).

HER2

HER2 (de l'anglais *human epidermal growth factor receptor 2*, récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (on trouve aussi l'orthographe HER2/neu ou HER-2 ou encore ErB2) est une pro-

téine qui a la propriété de favoriser la croissance des cellules. Les cellules cancéreuses qui présentent à la surface une quantité anormalement élevée de récepteurs HER2 reçoivent par conséquent un nombre important de signaux qui les invitent à croître plus rapidement. On parle alors de cancer du sein HER2 positif (HER2+); dans le cas contraire, on aura un cancer du sein HER2 négatif (HER2-).

Avec la classification TNM, le degré d'agressivité, le statut ménopausique et l'âge de la femme, la présence ou l'absence de ces caractéristiques biologiques (RH, HER2) est la principale base de décision pour le choix du traitement médicamenteux (thérapie anti-hormonale en cas de récepteurs aux œstrogènes positifs, herceptine pour les cancers HER2+).

Autres analyses

Les chercheurs s'efforcent depuis un certain temps déjà d'établir des « cartes d'identité » aussi individualisées que possible des tumeurs. En approfondissant leur connaissance des propriétés biologiques des divers sous-types de cancer du sein, ils espèrent pouvoir déterminer plus précisément le risque de récidence et de métastases. Leurs travaux devraient également permettre de mieux évaluer si une chimiothérapie sera efficace ou non chez une patiente.

Ki-67-Test

La protéine Ki-67 est une protéine produite par le corps qui influence le processus de division des cellules cancéreuses du sein et, par là-même, leur vitesse de croissance (prolifération). Un taux élevé de Ki-67 dans les cellules cancéreuses peut indiquer une vitesse de croissance accrue. Ce test fait déjà partie des examens de routine.

Analyse de l'expression génétique

Les chercheurs analysent également les multiples processus qui interviennent dans la cellule cancéreuse au niveau des gènes afin de pouvoir établir un profil génétique de la tumeur (signature génétique).

L'utilité de ces profils génétiques supplémentaires n'a toutefois pas été démontrée.

Développement de thérapies innovantes

Plusieurs de ces tests et analyses visent à mettre au point des thérapies innovantes, dites ciblées, par exemple pour les formes de cancer du sein agressives qui ne répondent pas aux traitements médicamenteux usuels (par ex. cancers triple négatifs, voir p. 37). Les thérapies ciblées s'attaquent spécifiquement aux cellules cancéreuses, ce qui limite les effets indésirables.

Points importants

Les analyses décrites ci-dessus et les conclusions que l'on peut en tirer n'ont pas encore (2014) été standardisées, de sorte qu'elles n'apportent pas nécessairement plus d'informations sur la tumeur que la stadification traditionnelle avec les différents degrés d'agressivité.

Des études cliniques supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir mettre au point des traitements encore plus efficaces. Les tests effectués dans le cadre d'études contrôlées ne permettent pas seulement de progresser dans le traitement du cancer du sein; ils donnent accès à de nouveaux médicaments et garantissent aussi un contrôle de qualité supplémentaire grâce à la vérification effectuée par la centrale qui coordonne l'étude.

Classification en sous-groupes

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

Ces connaissances aident également à mieux comprendre pourquoi une tumeur circonscrite

localement, sans atteinte des ganglions lymphatiques, peut parfois être extrêmement agressive alors qu'une tumeur de grande taille sera relativement inoffensive.

Ces différentes analyses permettent de classer les cancers du sein en cinq sous-groupes. Les spécialistes parlent de sous-types moléculaires ou intrinsèques (=provenant de l'intérieur).

Les différents sous-types

Un cancer du sein est dit «luminal» lorsqu'il réagit aux influences hormonales.

Le carcinome luminal A

- est clairement hormonodépendant;
- est HER2 négatif;
- est peu agressif (G1 ou G2, taux de Ki-67 bas);
- répond bien à une thérapie antihormonale.

Le carcinome luminal B (HER2 négatif)

- est moins hormonodépendant que le carcinome luminal A;
- est HER2 négatif;
- est modérément à clairement agressif (G2 ou G3, taux de Ki-67 élevé);
- nécessite généralement une chimiothérapie en plus d'une thérapie antihormonale.

Le carcinome luminal B (HER2 positif)

- est moins hormono-dépendant que le carcinome luminal A;
- est HER2 positif;
- est agressif (G2 à G3, n'importe quel taux de Ki-67);
- répond peu à une thérapie antihormonale seule; on obtiendra une meilleure réponse avec une chimiothérapie et une thérapie ciblée (anticorps).

Le carcinome HER2 positif non luminal

- n'est pas hormonodépendant;
- est agressif (généralement G3);
- répond mieux à la chimiothérapie et à une thérapie ciblée (anticorps).

Le carcinome triple négatif (*basal-like*)

- n'est pas hormonodépendant (récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone négatifs);
- est HER2 négatif;
- est agressif (G3, taux de Ki-67 élevé);
- répond en partie à la chimiothérapie.

Les cancers triple négatifs touchent souvent des femmes jeunes; certaines sont également porteuses d'une mutation d'un gène BRCA (voir p. 21).



Généralités concernant le traitement

Les paramètres suivants sont déterminants pour le choix du traitement:

- la localisation et la taille de la tumeur;
- le type de tumeur: carcinome canalaire ou lobulaire, par exemple;
- le stade de la maladie (classification TNM): la tumeur est-elle circonscrite au sein? Des ganglions lymphatiques sont-ils touchés? Où? Combien? 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, récepteurs hormonaux (RH), HER2 et risque de récurrence;
- l'âge: la femme est-elle ménopausée ou non?;
- l'état de santé général (physique et psychique) et les préférences personnelles.

Comment choisit-on le traitement?

Le traitement du cancer du sein s'étend souvent sur plusieurs années. Il est planifié et suivi par une équipe pluridisciplinaire. La situation est évaluée par des experts de différents domaines, qui discutent ensemble afin de vous proposer la thérapie la mieux adaptée à votre cas particulier. Les spécialistes

parlent de réunion de concertation pluridisciplinaire, de colloque ou de *tumor board*.

Dans le cas du cancer du sein, le *tumor board* réunit essentiellement les spécialistes ci-après:

- Le gynécologue: spécialiste de l'appareil génital féminin (organes sexuels et organes de reproduction), de la grossesse et de l'accouchement (obstétrique), souvent avec une spécialisation supplémentaire, par exemple la sénologie (maladies du sein) ou la chirurgie des cancers.
- Le spécialiste de l'oncologie gynécologique: expert du traitement des tumeurs du sein et des organes génitaux.
- L'oncologue: spécialiste des traitements médicamenteux et des mesures de soutien.
- Le spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive.
- Le pathologiste: spécialiste de l'analyse des tissus.
- Le psycho-oncologue: spécialiste du soutien aux personnes touchées (pour les aider à faire face à la situation).
- Le radiologue: spécialiste de l'imagerie médicale.
- Le radio-oncologue: spécialiste de la radiothérapie.
- Le spécialiste en génétique médicale: expert des analyses permettant d'établir l'existence d'une prédisposition héréditaire.

La décision vous appartient

En principe, le traitement commence deux à trois semaines après le diagnostic. Dans l'intervalle, on vous expliquera comment les choses se dérouleront concrètement. Vous avez le temps de vous informer sur les différentes options possibles et d'en peser les avantages et les inconvénients.

Nous vous recommandons de discuter des traitements proposés avec les différents spécialistes. Dans certains hôpitaux et centres de traitement, ce processus est coordonné par un spécialiste, par

exemple une *breast care nurse* (infirmière spécialisée dans le conseil et l'accompagnement des personnes atteintes d'un cancer du sein, voir p. 95). L'oncologue ou le spécialiste de l'oncologie gynécologique peuvent également s'occuper de votre suivi.

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

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 sénologie ont créé en 2012 un label de qualité commun. Ce label est attribué aux centres du sein répondant à des critères clairement définis en matière de diagnostic, de traitement et de suivi. Il offre aux femmes concernées une base de comparaison pour choisir l'hôpital où elles seront soignées.

Il existe également des certifications 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 sur le site de la Ligue contre le cancer: www.liguecancer.ch/labeldequalite (→ Accès pour les spécialistes → label de qualité pour les centres du sein).

noncez à un traitement, demandez à être informée des conséquences possibles de votre décision sur l'évolution de la maladie.

Vous avez aussi le droit de laisser le choix du traitement aux médecins qui assurent votre prise en charge. Votre accord est cependant toujours nécessaire pour commencer un traitement ou pratiquer une opération. Vous pouvez également discuter avec votre médecin de famille ou demander l'avis d'un deuxième spécialiste : c'est votre droit le plus strict, et votre démarche ne sera pas considérée comme une marque de défiance.

Faites-vous accompagner et conseiller

Prenez le temps de bien comprendre le traitement proposé et posez les questions qui vous tiennent à cœur. Il vaut la peine de les préparer à la maison pour ne pas les oublier sous l'effet du stress. Vous recevrez beaucoup d'informations, de sorte qu'il peut aussi être utile de vous faire accompagner par un proche ou une personne de confiance pour tout retenir.

Si vous êtes inquiète ou avez le sentiment que la situation vous échappe, n'hésitez pas à consulter un psycho-oncologue. Vous pourrez aborder avec lui les questions qui sortent du cadre purement médical, comme les angoisses et les incertitudes auxquelles vous êtes confrontée ou d'autres problèmes d'ordre psychique ou social (voir aussi p. 95).

Osez soulever les questions !

- Que puis-je attendre du traitement proposé ? Prolonge-t-il la vie ? Améliore-t-il la qualité de vie ?
- Quels sont les avantages et les inconvénients du traitement ?
- L'hôpital a-t-il de l'expérience dans le traitement du cancer du sein ? Combien de carcinomes mammaires le chirurgien a-t-il déjà opérés ? Combien d'opérations du sein le chirurgien effectue-t-il chaque année dans cet hôpital ?
Ces questions sont essentielles, car l'expérience de l'équipe médicale et soignante influence grandement le résultat de l'opération et, par là-même, l'évolution de la maladie et la qualité de vie du patient.
- Quelles complications peuvent survenir lors de l'opération ?
- A quoi ressemblerai-je après l'opération ?
- A quels risques ou effets indésirables dois-je m'attendre ? Seront-ils transitoires ou définitifs ? Comment peut-on y remédier ?
- 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 en 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 la caisse-maladie ?

L'objectif du traitement

Suivant le type de tumeur et le stade de la maladie, le traitement ne visera pas le même objectif. Il peut être curatif ou palliatif, adjuvant ou néoadjuvant.

Traitement curatif

Un traitement est dit curatif lorsqu'il vise à guérir le cancer ou, pour le moins, à stabiliser l'état de santé sur le long terme (rémission); c'est le traitement qu'on applique lorsqu'une opération permet d'extirper la tumeur dans sa totalité et qu'il n'y 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 récurrence reste possible. C'est la raison pour laquelle un traitement médicamenteux et/ou une radiothérapie sont souvent envisagés en complément (traitement adjuvant, voir ci-dessous).

Traitement palliatif

Lorsque le cancer a déjà formé des métastases dans d'autres organes, les chances de guérison sont faibles. On s'efforce alors de ralentir la progression de la maladie et de maintenir une qualité de vie aussi bonne que possible. On parle de traitement palliatif. Il est parfois possible de tenir le can-

cer en échec pendant plusieurs années.

Lors d'un traitement palliatif, la qualité de vie est la principale préoccupation. Des mesures médicales, des soins, un accompagnement psychologique ou spirituel permettent d'atténuer les symptômes tels que douleurs, angoisses, fatigue ou autres.

Si on vous propose un traitement palliatif, définissez ce que signifie pour vous la qualité de vie, le cas échéant avec l'aide d'un psycho-oncologue. Parlez-en aussi à votre équipe soignante. Le traitement pourra ainsi être adapté pour mieux répondre à vos besoins.

Traitement néoadjuvant (préopératoire)

Par traitement néoadjuvant, on entend un traitement (chimiothérapie, radiothérapie) administré *avant* l'opération. Les médecins parlent également de traitement préopératoire. L'objectif est de réduire la taille de la tumeur afin de permettre de l'enlever dans sa totalité ou de faciliter l'opération.

Lors d'un cancer du sein, le traitement néoadjuvant est généralement une chimiothérapie, éventuellement associée à un traitement par anticorps; une thérapie antihormonale peut parfois aussi être envisagée.

On administre également un traitement néoadjuvant dans le cas d'un cancer du sein inflammatoire, un cancer aigu rare et plutôt agressif.

Traitement adjuvant

Par traitement adjuvant, on entend un traitement (chimiothérapie, radiothérapie) effectué *après* l'opération en vue d'éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses résiduelles et de détruire des micro-métastases (métastases microscopiques). Cela permet de diminuer le risque de récurrence (nouvelle apparition de tumeur) et, dans bien des cas, de retarder la progression de la maladie.

Les effets indésirables

Les effets indésirables varient en fonction de la thérapie (chirurgie, radiothérapie ou traitement médicamenteux) et de son mode d'action. Ils sont décrits plus en détail à partir de la page 53, dans les sections consacrées à la description des différentes méthodes de traitement.

Le type d'effets indésirables et l'intensité de ceux-ci varient fortement d'une personne à l'autre. Certains surviennent au cours du traitement et diminuent par la suite, d'autres n'apparaissent qu'après la fin de la thérapie.

Certains de ces effets – les inflammations, les infections, les troubles du système nerveux ou les réactions cutanées – sont liés à des traitements bien spécifiques. Il est donc possible qu'ils ne vous affectent jamais.

Informez-vous

Votre équipe soignante vous informera en détail et vous remettra une feuille pour vous expliquer vos médicaments, les effets indésirables possibles et la façon d'y remédier.

Des médicaments ou des soins peuvent atténuer ou supprimer la majorité des effets indésirables (voir p. 65, médicaments d'accompagnement). Ceux-ci diminuent d'ailleurs au fil des jours, des semaines ou des mois. Il est important que vous informiez votre équipe soignante des troubles que vous ressentez pour que les mesures nécessaires puissent être mises en place.

A un stade avancé de la maladie, il est recommandé de mettre soigneusement en balance le bénéfice escompté du traitement et les effets indésirables possibles.

Important

- De nombreux effets indésirables, comme les douleurs ou les nausées, sont prévisibles. Avant de commencer le traite-

ment, vous recevrez des médicaments d'accompagnement choisis en fonction de votre thérapie pour les atténuer. Il est important de les prendre conformément aux instructions reçues.

- Consultez votre équipe soignante avant de prendre des produits de votre propre initiative ; cela vaut aussi pour les crèmes et les produits utilisés en médecine complémentaire. Aussi « naturels » qu'ils soient ou inoffensifs qu'ils paraissent, ces produits peuvent interférer avec votre traitement, voire être contre-indiqués. Votre équipe soignante vous conseillera volontiers si vous souhaitez avoir recours à des méthodes complémentaires.
- 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.

Un grand nombre de brochures de la Ligue contre le cancer (voir pp. 97 et suiv.) sont consacrées aux traitements du cancer les plus courants et aux répercussions de la maladie et des thérapies. Vous y trouverez des conseils pour mieux faire face à la situation.

Image corporelle, désir d'enfant et sexualité

Les modifications de l'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 pp. 87 et suiv.) peut également modifier la perception de soi et l'apparence physique.

Le mouvement fait du bien

Vous trouverez à la fin de cette brochure un petit livret conçu spécifiquement pour les patientes atteintes d'un cancer du sein (voir troisième page de couverture). 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. 98) contient également de précieux conseils pour vous aider à retrouver confiance en votre corps.

Les prothèses ou la reconstruction du sein peuvent permettre de rétablir l'équilibre extérieur. Il existe également différentes possibilités pour dissimuler la chute temporaire des cheveux consécutive à une chimiothérapie.

Désir d'enfant

En principe, rien ne s'oppose à une grossesse après un traitement contre le cancer du sein. Les chimiothérapies et les thérapies antihormonales 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 souvent à la fin de 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 pré-

coce et donc à une stérilité définitive.

Il est établi qu'un traitement contre le cancer n'augmente pas le risque de malformation du fœtus. Les études réalisées à ce jour n'ont pas non plus mis en évidence de risque accru de récurrence en cas de grossesse *après* un cancer du sein. Ces études ne permettent toutefois pas de conclusions définitives; elles n'offrent pas la qualité requise pour que l'on puisse formuler des recommandations quant à une grossesse après un diagnostic de cancer du sein.

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

Important

Les femmes jeunes devraient discuter avec leur médecin *avant* le début d'un traitement médica-

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les répercussions du cancer du sein sur l'apparence physique dans les brochures de la Ligue contre le cancer « Une prothèse mammaire. Comment la choisir ? », « La reconstruction mammaire », « L'œdème lymphatique en cas de cancer » et « Soigner son apparence durant et après la thérapie » (voir pp. 97 et suiv.).

menteux pour voir si elles souhaitent avoir recours à des mesures en vue de préserver leur fertilité et sous quelle forme. Il existe en effet différentes possibilités pour mener une grossesse à bien ultérieurement.

Les mesures en vue de préserver la fertilité

- Abordez la question avec votre oncologue ou votre gynécologue *avant* le début de votre traitement contre le cancer du sein.
 - 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 des questions hormonales (endocrinologie gynécologique).
- Si vous tombez enceinte *après* le traitement, parlez-en à votre médecin.

Il existe différentes possibilités pour préserver la fertilité en vue d'une grossesse ultérieure. Les techniques, de même que les chances de succès, dépendent de votre pronostic et de différentes questions telles que :

- votre âge ;
- votre tumeur a-t-elle des récepteurs hormonaux positifs ?
- une chimiothérapie est-elle prévue ?

Les préférences personnelles et les moyens financiers jouent également un rôle, car les traitements sont généralement à la charge de la femme qui y recourt.

Le réseau Fertiprotekt

Ce réseau, dont le nom associe fertilité et protection, regroupe des spécialistes qui conseillent les

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.

personnes qui se soumettent à un traitement contre le cancer. Les mesures possibles pour préserver la fertilité sont notamment :

- la congélation d'ovules fécondés ;
- la congélation d'ovules non fécondés ;
- des traitements médicamenteux ;
- la conservation de tissu ovarien (cryoconservation).

Vous trouverez de plus amples informations sur ces techniques, avec leurs avantages et leurs limites, sur le site www.fertiprotekt.ch (en anglais et en allemand).

Faites-vous conseiller en détail le plus tôt possible après l'établissement du diagnostic si on ne vous propose pas spontanément une consultation.

La ménopause précoce

La chimiothérapie et les thérapies antihormonales peuvent altérer la production des ovules ou faire chuter le taux d'hormones, ce qui déclenche une ménopause précoce 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.

Un impact psychologique important

Une ménopause précoce peut avoir de lourdes conséquences sur le plan psychique, notamment si la femme souhaite encore fonder une famille et 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.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les effets du cancer et des traitements anticancéreux sur la sexualité dans la brochure « Cancer et sexualité au féminin » (voir p. 98).

Les troubles de la ménopause

L'éruption brutale de la ménopause peut entraîner l'apparition des troubles caractéristiques associés à celle-ci : 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 également 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 de ces troubles (sautes d'humeur, bouffées de chaleur) disparaissent avec le temps ; d'autres, comme la sécheresse des muqueuses, subsistent dans bien des cas, mais ils peuvent être traités efficacement. 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, car 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 antihormonale). Votre médecin ou votre *breast care nurse* vous proposera volontiers d'autres solutions. Vous pouvez également demander conseil à votre pharmacien.

En cas de risque accru d'ostéoporose et, par là-même, de fractures osseuses, des mesures préventives (par ex. médicaments, alimentation) sont recommandées afin de ralentir la diminution de la densité osseuse. L'activité physique peut également avoir un effet protecteur (voir le livret « Le mouvement fait du bien » en troisième page de couverture).

Le cancer du sein durant la grossesse ou l'allaitement

Lorsqu'un cancer du sein est diagnostiqué pendant la grossesse ou l'allaitement ou peu après, on parle de cancer du sein associé à une grossesse (CSAG).

En règle générale, le diagnostic est posé tardivement, ce qui s'explique par deux raisons: d'une part, la poitrine change durant cette période, de sorte qu'une masse palpable sera souvent mise sur le compte de la grossesse ou de l'allaitement; d'autre part, on tend à limiter les investigations médicales pendant la grossesse pour ne pas exposer la mère et l'enfant à des risques supplémentaires.

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

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 la 12^e semaine de grossesse.
- Les traitements anticancéreux avec des substances actives telles que le tamoxifène ou le trastuzumab (voir pp. 70 et 75), 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.

En l'état actuel des connaissances, on déconseille de provoquer la naissance avant terme pour pouvoir commencer la chimiothérapie plus tôt. On sait en effet aujourd'hui que les problèmes de santé sont plus fréquents 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.

Globalement, le cancer du sein associé à la grossesse est toutefois rare ; on enregistre une dizaine de cas par an en Suisse.

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. 40). 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 périnatal, c'est-à-dire une clinique spécialisée dans les soins aux prématurés et aux nouveau-nés. Vous bénéficierez ainsi de conseils, d'un traitement et d'un suivi adaptés à votre situation.

Le traitement du cancer du sein

Les principales méthodes de traitement du cancer du sein sont :

- la chirurgie (opération) ;
- la radiothérapie (rayons) ;
- les traitements médicamenteux (chimiothérapie, thérapie antihormonale, thérapies ciblées).

En général, ces traitements sont combinés. Ils ne sont cependant pas administrés en même temps, mais les uns après les autres pour 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 standard, 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 chez telle ou telle patiente.

La chirurgie (opération)

Généralités

Chez pratiquement toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein ou d'une précancérose, l'ablation chirurgicale de la tumeur ou du tissu suspect constitue la principale mesure thérapeutique, la question clé étant de savoir s'il est possible de conserver le sein ou s'il est nécessaire de l'enlever en entier.

L'opération se fait sous anesthésie générale et nécessite ensuite une hospitalisation d'environ cinq jours, parfois moins si l'intervention est moins lourde.

Le tissu cancéreux est enlevé avec une marge de sécurité (marge de résection), c'est-à-dire une zone de tissu sain autour de la lésion maligne. Lorsque l'analyse du tissu en laboratoire ne révèle pas de cellules cancéreuses dans les marges de résection, on parle de résection R0 ; lorsqu'elle montre que la marge de sécurité est insuffisante, 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 autant que les conditions suivantes soient réunies :

- tumeur localement limitée, relativement petite par rapport au sein, ou dont la taille a pu être réduite grâce à une chimiothérapie préopératoire ;
- pas d'envahissement du muscle pectoral ou de la peau du sein ;
- possibilité d'enlever la tumeur avec une marge de sécurité suffisante.

Si la tumeur ou la précancérose (voir pp. 17 et suiv.) se situe dans le voisinage du mamelon, celui-ci devra être enlevé ; le reste du sein sera conservé.

Pour procéder à l'ablation du tissu cancéreux, une petite incision suffit généralement. Au cours de l'opération, le chirurgien prélève au moins un ganglion afin de voir s'il contient des cellules cancéreuses (voir technique du ganglion sentinelle, pp. 56 et suiv.).

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 pratiquement toujours suivie d'une radiothérapie. Chez les patientes qui ne veulent pas faire de radiothérapie, une mastectomie est nécessaire (ablation de tout le sein).

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. Le pronostic dépend de la propagation de la tumeur ; il est moins bon si celle-ci 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.

Dans les cliniques spécialisées dans le cancer du sein, l'opération du sein est planifiée en collabora-

tion 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, ce qui permettra de procéder à une intervention moins lourde. Ce traitement, dit néoadjuvant, peut également éliminer d'éventuelles cellules cancéreuses dans les ganglions ou réduire la taille des métastases.

L'ablation du sein (mastectomie)

Aujourd'hui, l'ablation du sein, aussi appelée amputation ou mastectomie, est généralement une mastectomie radicale modifiée. Cela veut dire qu'on enlève le sein en entier avec la peau et le mamelon, mais que, contrairement à ce qui se faisait autrefois (mastectomie radicale), on laisse les muscles pectoraux en place.

Chez certaines femmes, il est possible, suivant la taille et l'emplacement de la tumeur, de préserver la peau et le mamelon, ce qui permettra 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 au sein ou il y a plusieurs foyers tumoraux dans le sein ;
- on est en présence 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 ;
- on est face à une nouvelle tumeur dans le sein opéré (récidive locale) ;
- la femme le souhaite expressément.

Après la mastectomie, on peut, pour autant que cela soit possible du point de vue médical, envisager une reconstruction immédiate du sein (voir pp. 86 et suiv.).

Complications possibles

- saignements ;
- mobilité réduite de l'épaule du côté opéré ;
- perte de sensibilité, des nerfs cutanés ayant été sectionnés ;
- 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 très volumineux.

Votre médecin vous conseillera pour trouver la meilleure solution possible.

L'ablation des ganglions lymphatiques

Les cellules cancéreuses peuvent passer dans les vaisseaux lymphatiques et parvenir ainsi 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, par là-même, les chances de guérison.

Par le passé, on enlevait les ganglions lymphatiques de l'aisselle, qui sont les ganglions le plus souvent touchés lors d'un cancer du sein. Cette intervention, appelée curage ou dissection axillaire, limitait considérablement la qualité de vie de la femme concernée.

Aujourd'hui, le curage axillaire ne constitue plus la procédure standard. On lui préfère la technique du ganglion sentinelle (voir ci-dessous).

Si la palpation des ganglions lymphatiques ou l'échographie laissent penser que ceux-ci pourraient être touchés, on effectue un prélèvement *avant* l'opération du sein afin de voir s'il y a bel et bien des cellules cancéreuses. La procédure normale consiste toutefois à prélever les ganglions lymphatiques durant l'opération.

Important

Lorsque la présence de métastases dans d'autres organes est déjà établie, on renonce à prélever des ganglions lymphatiques pour ne pas altérer davantage la qualité de vie.

La technique du ganglion sentinelle

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.

La technique du ganglion sentinelle est moins radicale que le curage axillaire. Elle entraîne moins de complications et permet une meilleure qualité de vie sans pour autant diminuer les chances de guérison.



Les zones de drainage lymphatique dans le sein

Faciliter le repérage des ganglions lymphatiques

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 afin de détecter le ou les ganglions sentinelles. Un colorant bleu peut lui être associé au début de l'opération afin de faciliter le repérage.

La tendance actuelle est de toucher le moins possible aux ganglions lymphatiques.

Le curage axillaire

Le curage axillaire vise à limiter le risque de dissémination du cancer aux autres organes. Il consiste à enlever au moins dix ganglions lymphatiques dans le creux de l'aisselle.

Demandez que l'on vous explique précisément les bénéfices et les risques du curage axillaire compte tenu de votre situation personnelle (âge, caractéristiques et agressivité de la tumeur, etc.). N'hésitez pas à demander l'avis d'un deuxième spécialiste.

La nécessité d'un curage axillaire en cas d'atteinte du ganglion sentinelle fait actuellement débat. Les avis divergent, car les bénéfices du curage axillaire sont souvent très faibles et ne peuvent pas toujours être démontrés.

Conséquences possibles d'un curage axillaire

- perte de la sensibilité et douleurs dans 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. 87 et suiv.) ;
- douleurs ;
- risque accru d'inflammation du bras (érysipèle).

Avec la technique du ganglion sentinelle, ces troubles sont nettement plus rares.

Si vous ressentez l'un ou l'autre de ces troubles, il est essentiel que vous en parliez à votre médecin pour qu'ils puissent être pris en charge.

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

La radiothérapie (rayons)

Contrairement à la plupart des traitements médicamenteux contre le cancer qui, suivant le mode d'administration, parviennent dans d'autres parties du corps et ont donc un effet systémique, la radiothérapie est un traitement local : elle n'agit qu'à l'endroit où les rayons pénètrent dans les cellules de l'organisme.

La radiothérapie endommage les cellules cancéreuses de telle sorte qu'elles ne parviennent plus à se diviser et à proliférer et finissent par mourir.

- Après une intervention chirurgicale, la radiothérapie peut détruire des cellules cancéreuses résiduelles à l'endroit opéré, ce qui diminue le risque de récurrence et augmente les chances de guérison.
- Dans de rares cas, par exemple lorsqu'une intervention chirurgicale n'est pas possible, une radiothérapie peut être la thérapie envisagée prioritairement, le cas échéant en association avec un traitement médicamenteux.
- La radiothérapie permet de réduire la taille de métastases isolées, voire de détruire celles-ci, et d'atténuer ainsi leurs effets, comme les douleurs.

Les rayons peuvent également endommager les cellules saines, ce qui peut entraîner des troubles passagers. Mais contrairement aux cellules cancéreuses, les cellules normales se rétablissent pratiquement toutes.

La radiothérapie peut être externe (percutanée, c'est-à-dire administrée à travers la peau) ou interne (pose d'implants, par ex.).

La radiothérapie externe (percutanée)

La radiothérapie externe est de loin la plus utilisée. Les rayons sont dirigés sur la zone à irradier depuis l'extérieur et traversent 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, par ex.).

Après une opération conservatrice, on irradie en général toute la région du sein. Des études cliniques sont actuellement en cours pour déterminer si, dans certains cas, une irradiation partielle suffirait.

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

La radiothérapie se fait sous forme de traitement ambulatoire dans un service spécialisé (radio-oncologie). 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 interne (curiethérapie)

La curiethérapie, parfois aussi appelée brachythérapie, consiste à placer la source de rayonnement à l'intérieur du corps, sur le site même de la tumeur. Cette technique permet de réduire fortement l'exposition des tissus sains aux radiations. Par ailleurs, les sources radioactives conservent leur position exacte, même si la patiente bouge.

La curiethérapie interstitielle est une forme particulière de radiothérapie interne. Elle consiste à introduire de fines sondes dans la région où la tumeur a été retirée – le lit tumoral – et à délivrer par ce canal une forte dose additionnelle de rayons commandée depuis l'extérieur; on parle de haut débit de dose en boost (de l'anglais *to boost* = augmenter). Cette méthode est toutefois peu utilisée en Suisse.

Des études sont en cours pour déterminer s'il serait possible, pour les tumeurs peu agressives, de procéder à une irradiation unique à haute dose du lit de la tumeur au cours de l'opération, ce qui permettrait de renoncer à une radiothérapie du sein entier par la suite. Cette méthode, appelée radiothérapie intra-opératoire (IORT), peut également être envisagée pour raccourcir la durée totale du traitement après l'opération.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur la radiothérapie dans la brochure gratuite de la Ligue contre le cancer « La radiothérapie » (voir p. 97).

La radiothérapie après une mastectomie

Après une ablation du sein (mastectomie), 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 ;
- lorsque le tissu cancéreux n'a pas pu être enlevé avec une zone de tissu sain suffisante autour de la lésion ;
- lorsque plusieurs ganglions lymphatiques sont atteints.

Pour les ganglions lymphatiques, la pratique varie toutefois sensiblement d'un cas à l'autre.

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 partielle de métastases.

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

Conséquences possibles d'une radiothérapie

- de la fatigue ;
- une rougeur rappelant un coup de soleil ;
- un risque accru d'œdème lymphatique (voir pp. 87 et suiv.) ;
- une atteinte possible du muscle cardiaque en cas de radiothérapie du côté gauche ou de radiothérapie de ganglions lymphatiques dans la région du sternum ;
- des atteintes nerveuses, en particulier en cas d'irradiation du creux axillaire ;
- des changements de pigmentation et une perte d'élasticité de la peau et du tissu conjonctif ;
- une modification de la forme du sein, un durcissement du tissu ;
- une inflammation douloureuse du sein (mastite radio-induite), parfois plusieurs mois après la fin du traitement ;
- un résultat esthétique moins satisfaisant si la radiothérapie a lieu après une reconstruction du sein ;
- une limitation des possibilités de reconstruction du sein.

Grâce aux techniques modernes, ces effets sont moins fréquents et moins marqués que par le passé. Ils dépendent de la dose totale de rayons administrée et de la taille de la zone irradiée.

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.

Vous pouvez également consulter la section «Les effets indésirables» (voir pp. 45 et suiv.).

Les traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux englobent les chimiothérapies, les thérapies antihormonales et les thérapies ciblées. On administre souvent différents types de médicaments, 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 médicaments les plus appropriés à votre situation personnelle dépend de la classification TNM et du risque de récurrence (voir pp. 30 et suiv.), mais aussi et surtout des caractéristiques biologiques et du comportement de la tumeur, c'est-à-dire de sa vitesse de croissance. Vous trouverez de plus amples explications sur le sujet dans la section «Les analyses supplémentaires pour préciser le diagnostic» (voir pp. 34 et suiv.).

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 récurrence. De ce fait, on analyse aujourd'hui le tissu cancéreux afin de définir ses caractéristiques biologiques (voir p. 35). Cette démarche vise à permettre, avec le temps, de prescrire uniquement des médicaments auxquels il sera hautement probable que la tumeur réagisse.

Le plan de traitement varie selon le type de cancer du sein (voir aussi «Classification en sous-groupes», pp. 36 et suiv.).

Carcinomes à récepteurs hormonaux positifs (luminal A et B, HER2 négatif)

Différentes thérapies antihormonales sont possibles, précédées le cas échéant d'une chimiothérapie.

Carcinome du sein HER2 positif non luminal

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

Carcinome HER2 positif à récepteurs hormonaux positifs (luminal B)

On administre, outre un traitement par anticorps et une

chimiothérapie, un traitement antihormonal.

Carcinome triple négatif

Le traitement sera une chimiothérapie.

La chimiothérapie (cytostatiques)

Le terme de chimiothérapie recouvre formellement tout traitement par des substances chimiques. Dans la pratique, il désigne en réalité l'emploi de cytostatiques. Les cytostatiques (du grec *cytos* = cellule, *statikós* = provoquer l'arrêt) visent à détruire les cellules cancéreuses ou à en empêcher la croissance. Contrairement à la radiothérapie, qui cible une partie bien définie de l'organisme et dont l'action est donc locale, les cytostatiques parviennent dans d'autres régions du corps par le biais de la circulation sanguine et affectent l'organisme dans son ensemble; on parle d'effet systémique.

Mode d'action

Les cytostatiques visent à empêcher la division et la prolifération des cellules cancéreuses, qui sont des cellules à croissance rapide. Ils permettent d'éliminer ou de réduire d'éventuels restes de tumeur, de ralentir la progression de la ma-

ladie et de bloquer la croissance des métastases.

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). Ces dommages involontaires infligés aux cellules saines sont la principale cause de bon nombre d'effets indésirables. Ceux-ci sont toutefois transitoires, car contrairement aux cellules cancéreuses, qui sont éliminées par le traitement, les cellules saines ont la capacité de se régénérer.

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

Le plan de traitement est conçu sur mesure pour chaque patiente, de sorte que nous ne pouvons pas expliquer en détail toutes les va-

riantes possibles dans le cadre de cette brochure.

Utilisations possibles

La chimiothérapie

- 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 (voir pp. 74 et suiv.) en fonction du diagnostic (carcinome HER2 positif);
- peut être utilisée *avant* une thérapie antihormonale en cas de cancer du sein à récepteurs hormonaux positifs associé à un risque élevé de récurrence;
- 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) lorsque le risque de récurrence est élevé;
- peut être associée, en cas de métastases, à un inhibiteur de l'angiogenèse (voir p. 75);
- peut être indiquée *avant* l'opération pour réduire la taille de 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 trois 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 donc 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 particulier. Le traitement est fractionné en quatre à huit 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, notamment lors de thérapies ciblées ou de thérapies antihormonales, peuvent être pris sous forme de comprimés à la maison, pour autant que la patiente soit prête à suivre scrupuleusement les instructions du médecin.

Médicaments et mesures d'accompagnement

Votre médecin peut vous prescrire différents médicaments ou traitements d'accompagnement pour vous aider à lutter contre les symptômes tels que nausées, vomissements, diarrhée, constipation, fièvre, infection, détresse respiratoire, douleur et valeurs sanguines basses. Parfois, certains peuvent même être prescrits à titre préventif :

- antiémétiques contre les nausées et les vomissements ;
- antidiarrhéiques contre la diarrhée, laxatifs contre la constipation ;
- antipyrétiques contre la fièvre (en partie identiques aux analgésiques) ;
- antibiotiques contre les infections bactériennes ;
- antimycosiques contre les mycoses (affections provoquées par des champignons) ;
- analgésiques contre les douleurs ;
- bains de bouche/sprays en cas d'inflammation des muqueuses dans la région de la bouche et de la gorge ;
- transfusions sanguines ou médicaments en cas d'anémie ou transfusions de plaquettes sanguines lors de risque d'hémorragie ;
- mesures (hygiène, médicaments) pour soutenir le système immunitaire en cas de diminution importante des globules blancs (leucopénie, neutropénie) ;
- bisphosphonates ou anticorps contre l'ostéoporose ;
- préparations à base de cortisone pour prévenir les réactions allergiques et les nausées.

Il est important de prendre les médicaments prescrits de façon rigoureuse pour que le traitement soit efficace. Consultez également la section « Les effets indésirables », pages 45 et suivantes.

Effets indésirables courants des cytostatiques

Le type d'effets indésirables et l'intensité de ceux-ci dépendent de la sorte de médicament, de la combinaison de substances utilisées et du dosage. Les effets indésirables varient sensiblement d'une personne à l'autre et peuvent survenir pendant le traitement ou après. Votre médecin vous informera en détail et discutera avec vous des mesures possibles pour y remédier.

Pratiquement tous les cytostatiques entraînent, au cours du traitement, une diminution de la production de cellules sanguines dans la moelle osseuse et des modifications de la formule sanguine, ce qui augmente le risque d'infection ou de saignements et peut entraîner une fatigue générale (voir la brochure « Fatigue et cancer », p. 98).

Les nausées et les vomissements, les diarrhées, la sécheresse des muqueuses (bouche, intestin, parties génitales), la chute des cheveux, les déséquilibres hormonaux, l'arrêt transitoire ou définitif des règles ou l'altération de la fertilité sont fréquents. Les problèmes cardiaques (cardiomyopathie), rénaux et hépatiques sont plus rares.

En cas d'administration au long cours, certains médicaments

peuvent provoquer des allergies, des douleurs nerveuses et une faiblesse musculaire et articulaire (polyneuropathie), des modifications de la peau et des ongles (coloration, acné, éruptions, démangeaisons, etc.) ainsi que des modifications inflammatoires douloureuses de la paume des mains et de la plante des pieds avec des troubles de la sensibilité, des picotements, etc.

Une chimiothérapie, oui ou non ?

Pour un groupe relativement important de patientes – pour l'essentiel des femmes ayant un cancer du sein localement limité –, il est difficile de conseiller ou de déconseiller formellement une chimiothérapie, car on ne sait pas si, à elle seule, une thérapie antihormonale suffirait. Certaines méthodes diagnostiques récentes peuvent éventuellement faciliter la prise de décision (voir encadré).

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 ou un psycho-oncologue 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.

Une chimiothérapie, oui ou non ?

Pour

- Je veux saisir toutes les opportunités et j'accepte les inconvénients qui pourraient en résulter.
- Je ne veux pas me reprocher plus tard de ne pas avoir tout essayé.
- La possibilité de vivre plus longtemps avec une bonne qualité de vie est importante pour moi.
- Je suis les recommandations de mon médecin.
- Je suis de nature à me battre.
- Une chimiothérapie peut me permettre d'influencer mon destin.

Contre

- Je renonce au traitement et, de ce fait, prends le risque de voir mon cancer réapparaître dans quelques années.
- Je prends la vie comme elle vient.
- Ma qualité de vie actuelle compte plus que mon espérance de vie et une bonne qualité de vie ultérieure.
- Je suis les recommandations de mon médecin.
- Je ne peux de toute façon pas influencer le cours de la maladie.

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



Les thérapies anti-hormonales (thérapies endocriniennes)

Les thérapies antihormonales, aussi appelées hormonothérapies, sont qualifiées de thérapies endocriniennes dans le jargon médical, l'endocrinologie étant 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, on préconise, quel que soit le stade de la maladie, une thérapie antihormonale afin d'inhiber la production de ces hormones et de bloquer leur effet stimulant sur les cellules cancéreuses.

Une thérapie antihormonale peut diminuer le risque de réapparition du cancer (récidive) et de métastases, de même que celui d'une tumeur dans l'autre sein. Pour cela, il est primordial de prendre scrupuleusement le médicament prescrit.

- Une thérapie antihormonale peut être utilisée comme seul

traitement médicamenteux lorsque la tumeur est très hormonosensible et qu'elle présente certaines caractéristiques biologiques spécifiques (voir pp. 35 et suiv.) ou lorsque la patiente ne souhaite pas faire de chimiothérapie.

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

Dans tous les cas, il est nécessaire de vérifier avant le traitement si la tumeur est bien hormonosensible. Au stade métastatique, on détermine le statut des récepteurs hormonaux des métastases, celui-ci n'étant pas forcément identique à celui de la tumeur du sein.

Pour un très petit nombre de tumeurs peu agressives sans atteinte ganglionnaire découvertes par exemple dans le cadre d'un programme de dépistage par mammographie, il est parfois possible de renoncer à une thérapie antihormonale.

Important

Il ne faut pas confondre la thérapie antihormonale, 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, le second en augmente le taux d'hormones dans l'organisme.

Le déroulement de la thérapie antihormonale

La thérapie antihormonale 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 mois, voire cinq à dix ans s'il s'agit de prévenir une récurrence. Pour garantir l'efficacité du traitement et continuer à freiner la croissance de la tumeur, les médicaments doivent être pris scrupuleusement. 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 récurrence, l'existence d'autres maladies et le statut ménopausique (voir encadré). Il arrive aussi que l'on

change de médicament en cours de traitement, tous n'ayant pas le même mode d'action.

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. On qualifie ces substances de modulateurs sélectifs des récepteurs œstrogéniques (SERM) ou, en simplifiant, d'anti-œstrogènes.

Le tamoxifène est la substance active la plus utilisée. Il « occupe » les récepteurs des œstrogènes dans les cellules cancéreuses et bloque ainsi l'action des hormones.

Le tamoxifène

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

Les inhibiteurs de l'aromatase

Les œstrogènes sont essentiellement produits dans les ovaires, mais également, en petites quantités, dans le tissu adipeux et musculaire même après la ménopause et l'arrêt de l'activité des ovaires. C'est une protéine (enzyme) spécifique, l'aromatase, qui est à l'origine de ce phénomène.

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.

- Les inhibiteurs de l'aromatase comprennent les médicaments qui ont pour principe actif l'anastrozole, le létrozole et l'exémestane.
- Ils sont utilisés *après* la ménopause.
- Lorsqu'ils sont mal supportés ou que le statut ménopausique n'est pas clair, le tamoxifène peut être une autre option.

- Autres combinaisons possibles : du tamoxifène pendant deux à trois ans, puis un inhibiteur de l'aromatase ou vice-versa.
- Les inhibiteurs de l'aromatase ne sont pas conseillés *avant* la ménopause. Si un traitement aux anti-aromatases devait exceptionnellement être envisagé, une suppression ovarienne préalable est nécessaire (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 hor-

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.

mones sexuelles dans les ovaires par le biais de plusieurs signaux; on l'appelle parfois aussi LhRH.

Les analogues de la GnRh sont des médicaments produits par synthèse. Un analogue, ou agoniste, est une substance qui ressemble à une autre substance et qui peut donc 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.

- Les analogues de la GnRH comportent des médicaments qui ont pour principe actif la goséreline, la leuproréline, etc.
- Avant la ménopause, le tamoxifène peut être associé à un analogue de la GnRH pour stopper l'activité des ovaires.
- Les femmes jeunes qui souhaitent encore avoir des enfants devraient se faire conseiller sur les mesures pos-

sibles pour préserver leur fertilité (voir pp. 47 et suiv.).

Suppression ovarienne

Pour arrêter l'activité des ovaires, il est également possible de procéder à une ablation chirurgicale des ovaires (ovariectomie) ou à une radiothérapie ovarienne. Ces deux méthodes provoquent toutefois une ménopause brutale et une stérilité définitive, ce qui peut avoir de lourdes conséquences chez les femmes jeunes du point de vue psychologique.

Les cancers du sein liés à une mutation génétique (voir pp. 21 et suiv.) sont également associés à un risque accru de cancer de l'ovaire. Chez les femmes concernées, l'ablation des ovaires pourrait être plus efficace et moins nocive pour l'organisme que la prise de médicaments au long cours.

Effets indésirables courants des thérapies antihormonales

- stérilité temporaire ou définitive;
- tendance à l'ostéoporose;
- fractures osseuses;
- tendance aux thromboses ou aux embolies (par ex. pulmonaires);
- troubles de la vue;
- saignements, modifications de la muqueuse utérine;
- douleurs articulaires et musculaires.

Les femmes jeunes qui envisagent encore une grossesse trouveront de plus amples informations dans la section « Image corporelle, désir d'enfant et sexualité », à partir de la page 46.

Autres médicaments

Les bisphosphonates

Ces médicaments sont utilisés pour prévenir et traiter l'ostéoporose (diminution de la masse osseuse) : en se liant avec l'os, ils rendent le processus de dégradation plus difficile. Les bisphosphonates sont administrés par perfusion ou sous forme de comprimés.

Dans le cas d'un cancer du sein, les bisphosphonates sont utilisés pour compléter un traitement avec des inhibiteurs de l'aroma-

tase ou des analogues de la GnRH afin de réduire le risque d'ostéoporose associé à la thérapie. Un examen est réalisé au préalable pour mesurer la densité osseuse (ostéodensitométrie). Les bisphosphonates sont également utilisés pour lutter contre les métastases osseuses.

Les anticorps

Pour prévenir l'ostéoporose ou les complications lors de métastases osseuses, il existe également, depuis quelque temps, une thérapie à base d'anticorps. Ceux-ci inhibent une protéine spécifique qui favorise la dégradation osseuse.

La substance active (denosumab) est injectée une fois par mois à la patiente lors de mé-

Lésions dentaires et hygiène buccale

Il est recommandé d'effectuer un contrôle chez le dentiste et de se faire soigner le cas échéant *avant* le début de la thérapie. Il s'agit avant tout de vérifier qu'il n'y a pas de foyers inflammatoires ou infectieux avant le début de la thérapie. Le traitement des lésions dentaires survenant après une thérapie contre le cancer n'est en effet remboursé par l'assurance-maladie que s'il est prouvé qu'il n'y avait pas de lésion avant celle-ci.

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

tastases osseuses, et tous les six mois si le but est de prévenir l'ostéoporose.

Effets indésirables courants

- Au début du traitement, des symptômes pseudo-grippaux passagers; des nausées et une légère diarrhée sont également possibles.
- Des irritations de la peau (démangeaisons, rougeur) et des inflammations du tissu sous-cutané.
- Des inflammations de la mâchoire, la mort de tissu osseux (ostéonécrose de la mâchoire).

Les thérapies ciblées

Contrairement aux traitements à base de cytostatiques, les thérapies ciblées (*targeted therapies*) 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 pratiquement toujours administrées en association avec un cytostatique.

D'autres substances actives que celles qui sont mentionnées ci-après sont testées dans le cadre d'études cliniques (voir p. 83) et pourraient donc être autorisées avec le temps.

Les thérapies à base d'anticorps

Les anticorps font partie de notre système immunitaire. Ils sont automatiquement activés par l'organisme pour combattre les intrus (agents pathogènes, bactéries, virus, etc.) et peuvent, jusqu'à un certain point, lutter contre les cellules cancéreuses.

Les techniques actuelles permettent de fabriquer des anticorps en laboratoire. Ceux-ci sont programmés pour se fixer sur les cellules cancéreuses qui présentent à leur surface une particule spécifique à laquelle ils peuvent se lier (récepteur).

Les anticorps « occupent » le récepteur responsable de la croissance d'une cellule cancéreuse spécifique et la privent ainsi d'une des bases nécessaires à sa survie ou à sa division. Le système immunitaire identifie la cellule ainsi marquée comme étrangère et se met lui aussi à la combattre.

Les anticorps anti-HER2

Les anticorps produits en laboratoire qui ciblent la protéine HER2 comme le trastuzumab ou le trastuzumab emtansine peuvent bloquer le récepteur HER2 à la surface des cellules cancéreuses du sein. Celles-ci ne reçoivent dès lors plus les signaux qui leur ordonnent de se diviser, ce qui freine la croissance de la tumeur.

- Le trastuzumab et le trastuzumab emtansine sont utilisés uniquement lorsque les cellules cancéreuses du sein présentent une grande quantité de récepteurs HER2 (cancer du sein HER2 positif, voir p. 35).
- Le trastuzumab est utilisé soit seul (monothérapie), soit en association avec d'autres types de médicaments (traitement combiné).
- Le trastuzumab emtansine est indiqué en monothérapie pour le cancer du sein traité au préalable avec du trastuzumab et une taxane (cytostatique).
- Avant et pendant le traitement, l'activité cardiaque doit être contrôlée régulièrement au moyen d'une échographie en raison d'effets toxiques possibles sur le cœur.
- Le trastuzumab peut, lors de sa première utilisation, être complété par un autre anticorps, le pertuzumab, afin

d'accroître l'efficacité du traitement. Administré seul, le pertuzumab est peu efficace. On l'utilise en association avec le trastuzumab et le docétaxel – un cytostatique – lors de cancer du sein HER2 positif métastatique ou récidivant, pour autant que la patiente n'ait pas encore reçu de chimiothérapie.

Les médicaments sont administrés par perfusion toutes les trois semaines pendant un an, voire plus en cas de métastases. Il est également possible de les administrer par injection sous-cutanée dans la cuisse, mais cette technique n'est pas encore utilisée en Suisse.

Les effets indésirables les plus courants sont des symptômes pseudo-grippaux, parfois des troubles cardiaques; ils surviennent surtout au début du traitement. Le fonctionnement de la pompe cardiaque doit être surveillé au moyen d'une échographie.

Les inhibiteurs de l'angiogenèse

Ces anticorps sont dirigés contre le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (*vascular endothelial growth factor, VEGF*), qui joue un rôle important dans l'angiogenèse, c'est-à-dire la formation de nouveaux vaisseaux

sanguins. La substance active (bevacizumab) bloque l'angiogenèse et entrave ainsi l'approvisionnement de la tumeur en sang. Celle-ci reçoit moins de substances nutritives, ce qui freine sa croissance. Le médicament est administré toutes les deux à trois semaines par perfusion.

- Le bevacizumab est utilisé uniquement pour le cancer du sein HER2 négatif au stade métastatique, en association avec un cytostatique, le paclitaxel.

L'utilité de ce traitement lors d'un cancer du sein est toutefois contestée. Aux États-Unis, un médicament contenant du bevacizumab (Avastin®) n'est plus autorisé

depuis fin 2011 pour le traitement du carcinome mammaire, son efficacité n'ayant pas pu être suffisamment démontrée. De nouvelles études cliniques sont en cours.

Les effets indésirables possibles sont les suivants: fatigue et faiblesse, tendance accrue aux saignements et aux infections, hypertension, risque accru de caillot sanguin (thrombose) et troubles gastro-intestinaux. L'utilisation de bevacizumab est clairement contre-indiquée lors de telles affections.

La tension artérielle doit être contrôlée régulièrement durant le traitement, de même que l'élimination de l'urine.

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 atténuer ces désagréments.

Pour en savoir plus, lisez également la section « Les effets indésirables », à partir de la page 45, et l'encadré « Médicaments et mesures d'accompagnement » à la page 65.

Vous trouverez de plus amples informations sur les traitements médicamenteux, leurs effets indésirables et les mesures qui permettent d'y remédier dans la brochure gratuite de la Ligue contre le cancer « Les traitements médicamenteux des cancers » (voir p. 98).



Le déroulement du traitement

Le traitement du carcinome canalaire in situ

Le carcinome canalaire non invasif (CCIS) est une précancérose. Ce n'est donc pas un cancer du sein à proprement parler, mais un stade précurseur possible d'un cancer mammaire (voir pp. 17 et suiv.).

Chirurgie

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un cancer au sens strict, on préconise généralement l'ablation du tissu anormal avec une marge de sécurité. Il est en effet possible qu'un carcinome canalaire in situ se transforme en carcinome invasif après plusieurs années.

En principe, il n'est pas nécessaire de prélever des ganglions lymphatiques ; le ganglion sentinelle est analysé uniquement si la tumeur mesure plus de cinq centimètres, s'il y a plusieurs foyers cancéreux dans le sein ou s'il existe des facteurs de risque particuliers.

En présence de tissu suspect (microcalcifications, voir p. 16) à plusieurs endroits dans le sein – ce qui est le cas dans à peu près un tiers des carcinomes canauxaires in situ –, on recommande parfois une ablation du sein (mastectomie).

Pour la femme concernée, la décision est difficile à prendre, car tous les carcinomes canauxaires 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 ?

Traitements médicamenteux

En présence d'un carcinome canalaire in situ à récepteurs hormonaux positifs, une thérapie anti-hormonale peut éventuellement diminuer le risque de récurrence ou de cancer dans l'autre sein (voir pp. 69 et suiv.).

Radiothérapie

Une radiothérapie peut abaisser le risque de récurrence locale dans le sein. Après une opération conservatrice, elle est conseillée à pratiquement toutes les femmes qui ont un carcinome canalaire in situ, surtout aux femmes jeunes, aux femmes qui présentent un risque accru de cancer du sein et à celles chez qui on a découvert des cellules cancéreuses sur le pourtour du tissu enlevé.

Le traitement au stade précoce et au stade localement avancé

La distinction entre ces deux stades repose d'une part sur le nombre de ganglions lymphatiques atteints et, d'autre part, sur la taille de la tumeur et le fait qu'elle ait déjà infiltré la paroi thoracique (voir classification TNM, pp. 30 et suiv.).

Chirurgie

Au stade précoce, une opération conservatrice est généralement possible (voir pp. 54 et suiv.). Le ganglion sentinelle est analysé pour voir s'il contient des cellules cancéreuses.

Pour réduire la taille de tumeurs ou de foyers tumoraux importants dans l'optique d'une opération conservatrice, un traitement médicamenteux peut être proposé *avant* l'opération (traitement néoadjuvant) si la tumeur présente certaines caractéristiques biologiques spécifiques.

Radiothérapie

Après l'opération, une radiothérapie peut contribuer à augmenter les chances de guérison en détruisant d'éventuelles cellules cancéreuses résiduelles.

Traitements médicamenteux

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

Chimiothérapie

Une chimiothérapie n'est pas toujours nécessaire en cas d'atteinte des ganglions lymphatiques. Les résultats des autres examens sont importants: est-on en présence d'une tumeur à récepteurs hormonaux positifs ou négatifs? La tumeur est-elle HER2 positive ou HER2 négative?

Au stade *localement limité*, la décision est souvent difficile à prendre. A l'heure actuelle, il est établi qu'au stade précoce, la chimiothérapie apporte un bénéfice à environ 30% des femmes en diminuant le risque de récurrence et en augmentant les chances de guérison. Cela signifie que 70% des femmes pourraient s'en passer. Mais comme il est impossible de dire à l'avance quelle patiente entre dans quel groupe, beaucoup optent pour une chimiothérapie par sécurité.

Lisez également la section « Une chimiothérapie, oui ou non ? » à la page 66 et le chapitre « Les examens et le diagnostic », page 25.

Au stade *localement avancé*, une chimiothérapie est généralement proposée *avant* l'opération, en

particulier lors de cancers du sein à récepteurs hormonaux négatifs, souvent plus agressifs.

Lors d'un cancer du sein HER2 positif, la chimiothérapie préopératoire devrait être associée à une thérapie ciblée (anticorps).

Thérapies anti-hormonales

Pour en savoir plus sur les thérapies anti-hormonales, nous vous renvoyons à la page 69 ; une thérapie anti-hormonale présuppose que la tumeur soit hormonosensible.

Thérapies ciblées (*targeted therapies*)

Si votre tumeur est HER2 positive, nous vous conseillons la lecture de la section « Les thérapies ciblées » à partir de la page 74.

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 pen-

dant plusieurs années. Le plan de traitement sera donc prioritairement axé sur les soins palliatifs (voir aussi p. 44).

Le cancer du sein forme essentiellement des métastases dans les os (jusqu'à 60 % de toutes les métastases), le poumon (jusqu'à 20 %) et le foie (environ 10 %), plus rarement dans le cerveau.

Chirurgie

Même au stade métastatique, il est parfois possible de procéder à une opération conservatrice du sein (voir critères, p. 54). On peut généralement renoncer à prélever des ganglions lymphatiques. En présence de métastases dans des organes éloignés, l'opération du sein est à discuter au cas par cas ; il arrive qu'on y renonce suivant l'étendue et la localisation des foyers cancéreux.

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 ; une opération peut également être réalisée pour stabiliser des os fragilisés.

Thérapies administrées en complément

Celles-ci 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.

Les préférences et les besoins personnels de la patiente, de même que son état physique et psychique, passent au premier plan.

Traitements médicamenteux

Tous les groupes de médicaments mentionnés à partir de la page 62 peuvent être utilisés lors d'un cancer du sein métastatique.

Radiothérapie

Une radiothérapie peut être envisagée pour atténuer certains symptômes, notamment lors de métastases osseuses et cérébrales.

Traitements par la chaleur ou par le froid

La cryothérapie est un traitement qui détruit les tumeurs par le froid, alors que l'ablation par radiofréquence est une méthode qui fait appel à la chaleur. Ces deux méthodes de traitement locales peuvent être utilisées pour traiter des métastases hépatiques isolées.

Traitement de la détresse respiratoire

Lorsque la tumeur déborde sur la plèvre, du liquide peut s'accumuler dans l'espace situé entre le poumon et les côtes (épanchement pleural), ce qui rend la respiration plus difficile. On peut remédier au problème en comblant cet espace par une intervention chirurgicale ou en le « collant » à l'aide de médicaments.

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 « Quand l'espoir de guérir s'amenuise » (voir p. 98).

Le traitement de la récurrence locale

Que l'on ait pratiqué une opération conservatrice ou une mastectomie, il est possible que, tôt ou tard, la tumeur réapparaisse. Ce risque 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 adjuvante ou à un traitement médicamenteux adjuvant ;
- lors d'un cancer HER2 positif.

Pour l'essentiel, le traitement ne diffère guère du traitement précédemment administré, à moins que des métastases ne se soient formées dans l'intervalle. Il est donc recommandé de définir encore une fois le stade de la tumeur (voir la section « Les stades de la maladie » à partir de la p. 29).

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 et un certain nombre de ganglions lymphatiques.

Radiothérapie

Dans certains cas, une (nouvelle) radiothérapie est possible et judicieuse.

Traitements médicamenteux

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

En cas de réapparition d'un cancer du sein HER2 positif, il convient de discuter en détail les bénéfices et les risques d'une nouvelle chimiothérapie ou d'une nouvelle thérapie à base d'anticorps.

Le traitement dans le cadre d'une étude clinique

La recherche médicale développe constamment de nouvelles approches et méthodes thérapeutiques qui sont évaluées avec les patients dans le cadre d'études cliniques.

L'objectif de ces études est d'apporter un bénéfice aux personnes traitées, par exemple en prolongeant l'espérance de vie, en ralentissant la progression de la maladie ou en améliorant la qualité de vie.



Il est possible que l'on vous propose de participer à une telle étude dans le cadre de votre traitement. La décision vous appartient entièrement. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser et, si vous acceptez, de vous retirer à tout moment. Seul un entretien avec votre médecin vous permettra de cerner les avantages et les inconvénients qui pourraient en résulter pour vous. N'hésitez pas à demander des informations sur les études en cours.

Le refus de participer à une étude clinique n'a aucune influence sur votre traitement. Dans tous les cas, vous bénéficiez d'une prise en charge optimale. Mais le fait de savoir qu'une telle étude pourrait être utile à d'autres malades à l'avenir peut être motivant.

Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure «Thérapie anticancéreuse dans le cadre d'une étude clinique» (www.sakk.ch → Le SAKK offre → Pour les patients).

Les traitements additionnels

Les prothèses du sein et la reconstruction

Les prothèses externes

Si vous avez subi une mastectomie, vous recevrez une prothèse provisoire à votre taille à l'hôpital. Une fois que la plaie aura cicatrisé, vous pourrez acquérir une prothèse définitive bien adaptée à votre morphologie (voir encadré).

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

Dans le jargon des assurances, on parle d'*exoprothèses définitives du sein*.

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 immédiate-

ment après l'intervention ou ultérieurement.

Points importants

- la reconstruction n'a aucune influence sur les chances de guérison;
- elle ne gêne pas les examens post-opératoires;
- elle est possible même après une opération conservatrice (reconstruction partielle).

La reconstruction immédiate

Dans certains cas, la reconstruction peut se faire tout de suite après l'opération si vous le souhaitez, à condition que la tumeur ait pu être enlevée avec une marge de sécurité suffisante et qu'une radiothérapie ne soit pas nécessaire; celle-ci peut en effet compromettre le résultat sur le plan esthétique.

Si une reconstruction immédiate est envisageable, vérifiez que la clinique où vous serez opérée propose toutes les techniques usuelles de reconstruction du

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les prothèses du sein, les différents modèles, leur coût et les prestations des assurances dans la brochure gratuite de la Ligue contre le cancer « Une prothèse mammaire – comment la choisir » (voir p. 97).

sein. En cas d'hésitation, prenez l'avis d'un deuxième spécialiste.

La reconstruction ultérieure

Si on vous déconseille une reconstruction immédiate ou si vous n'êtes vous-même pas sûre de ce que vous souhaitez faire, vous pouvez décider de remettre la reconstruction à plus tard. Certaines femmes franchissent le pas un ou deux ans après l'opération, d'autres renoncent à toute reconstruction.

Implant ou prélèvement de tissu ?

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 qui vous opère et, éventuellement, l'oncologue.

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur la reconstruction, les points à vérifier au préalable, les résultats que l'on peut attendre, les différentes méthodes possibles et les prestations des caisses-maladie dans la brochure « La reconstruction mammaire » (voir p. 97).

L'œdème lymphatique

Après l'ablation de ganglions lymphatiques, il peut arriver que la lymphe s'accumule dans le bras du côté opéré ou dans le thorax. Le risque augmente avec le nombre de ganglions lymphatiques enlevés, mais aussi lorsque la zone de drainage de la lymphe a été irradiée. L'œdème lymphatique peut parfois survenir après plusieurs années.

L'œdème lymphatique se présente essentiellement sous la forme d'un gonflement. Il peut limiter certains mouvements et provoquer des douleurs. Etant donné qu'il entrave l'oxygénation du tissu atteint, il existe un risque d'infection; le tissu peut également durcir avec le temps. La chaleur et l'effort physique aggravent les troubles.

Au premier signe, consultez impérativement votre médecin et insistez pour qu'il vous prescrive un traitement. Plus celui-ci commencera tôt, plus il aura de chances d'être efficace.

Un drainage lymphatique peut être réalisé uniquement si la peau est saine et s'il n'y a plus aucun signe de tumeur.

Comment diminuer les risques ?

Le bras, l'épaule et la région du creux axillaire devraient être mobilisés et étirés de manière ciblée sous la direction d'un physiothérapeute le plus tôt possible après l'opération. Ces mesures permettent d'éviter la formation d'un tissu cicatriciel et peuvent, le cas échéant, être complétées par des massages et un drainage lymphatique. Si on ne vous le propose pas automatiquement à l'hôpital, demandez à pouvoir en bénéficier.

A la fin de cette brochure, vous trouverez un petit livret d'exercices conçus spécifiquement pour les femmes atteintes d'un cancer du sein (voir troisième p. de couverture). Il propose un programme de gymnastique à faire chez soi et peut aussi être commandé à part. La brochure «Activité physique et cancer» (voir p. 98) comporte également des conseils utiles pour retrouver confiance en votre corps.

Le traitement de la douleur

Les douleurs d'origine cancéreuse peuvent pratiquement toujours être soulagées, voire supprimées, que ce soit par des médicaments ou par d'autres méthodes, comme une radiothérapie ou une opération.

Le cancer du sein provoque surtout des douleurs au stade avancé, à cause des métastases. Les douleurs affaiblissent et démoralisent inutilement. Il est donc important que vous ne souffriez pas en silence, mais que vous vous adressiez au médecin, par exemple l'oncologue. Il existe un large éventail de possibilités pour vous soulager.

Si vous ou votre entourage avez des réticences quant à l'emploi de morphine ou d'autres opioïdes, vous devriez en discuter avec votre médecin car certaines dou-

Pour en savoir plus

Vous trouverez de plus amples informations sur les risques, les mesures préventives, le traitement et les prestations des caisses-maladie dans la brochure de la Ligue contre le cancer « L'œdème lymphatique en cas de cancer » (voir p. 97).

leurs ne peuvent pas être soulagées autrement. Il est important que vous sachiez qu'il n'y pas lieu de craindre une dépendance.

Vous trouverez de nombreuses informations utiles dans la brochure « Les douleurs liées au cancer et leurs traitements » (voir p. 98).

Les médecines complémentaires

Un grand nombre de personnes touchées par le cancer ont recours à des méthodes complémentaires à côté de leur traitement médical. Ces méthodes n'ont généralement pas d'incidence directe sur la tumeur, mais elles peuvent améliorer le bien-être et la qualité de vie pendant et après le traitement en fortifiant l'organisme et en atténuant les effets indésirables.

Si certaines méthodes utilisées en complément au traitement classique peuvent avoir des effets bénéfiques, la Ligue contre le cancer met en garde contre les méthodes qui prétendent se substituer à la médecine conventionnelle. Vous trouverez de plus amples informations sur le sujet dans la brochure « Parallèles ? Complémentaires ? » (voir p. 98).

Si vous souhaitez utiliser une méthode complémentaire, discutez-en avec l'équipe médicale afin de définir laquelle pourrait avoir un effet positif dans votre cas sans pour autant compromettre l'efficacité de votre traitement médical. Ne suivez pas un traitement complémentaire sans en informer votre médecin. Même si elles paraissent inoffensives, certaines préparations peuvent interférer avec votre traitement, voire être contre-indiquées dans votre situation particulière.

Le suivi et la réadaptation

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 (voir pp. 95 et suiv.); 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 trois premières années après l'opération

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

A partir de la quatrième année

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

A 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 récurrence ou de métastases.

L'intervalle entre les contrôles dépend notamment du type de tumeur, du stade de la maladie, des traitements et de votre état général. Si vous suivez une thérapie anti-hormonale qui s'étend sur plusieurs années, par exemple, il est important de vérifier régulièrement que vous supportez bien le traitement.

Certains troubles peuvent être liés à une récurrence 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 votre médecin, 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 en cas de cancer du sein.

Dès que la plaie opératoire aura cicatrisé, vous pourrez aller nager, pour autant que le médecin vous donne son feu vert. La natation peut vous aider à conserver votre mobilité; elle fait du bien au moral et contribue à prévenir l'œdème lymphatique.

La Ligue contre le cancer propose également des cours et des séminaires de deux à sept jours. Vous trouverez de plus amples informations dans la brochure « Stages » (voir p. 98). La ligue contre le cancer de votre canton pourra vous renseigner sur les offres dans votre région (voir le chapitre « Conseils et informations », pp. 95 et suiv.).



Le retour à la vie quotidienne

Les progrès réalisés ces dernières décennies ont permis d'améliorer sensiblement la qualité et l'espérance de vie des personnes touchées par le cancer. Les traitements restent toutefois longs et éprouvants. Certaines personnes sont capables de poursuivre leurs activités quotidiennes durant cette période, d'autres pas.

Une fois le traitement terminé, il n'est pas toujours facile de retrouver ses marques. Les rendez-vous chez le médecin et les traitements ont rythmé votre quotidien pendant de longues semaines. L'équipe médicale vous a soutenue et vos proches vous ont entourée en cherchant à vous simplifier l'existence au cours de cette période difficile.

Votre entourage s'est employé à vous remonter le moral et vous avez peut-être pu partager vos craintes et vos espoirs. Et voilà que vous devez à nouveau vous débrouiller seule alors que vous étiez jusque-là au centre de l'attention. Il est donc possible que vous vous sentiez déboussolée ou que vous traversiez un passage à vide.

Les traitements sont certes derrière vous, mais rien n'est plus comme avant. Vous ne vous sentez peut-être pas encore de taille à reprendre vos activités habituelles. Vous souffrez peut-être

encore physiquement et psychologiquement des suites de la maladie et des effets indésirables des traitements; vous êtes fatiguée, vous n'avez pas d'énergie et vous éprouvez une profonde tristesse.

Cela n'est sans doute pas facile à comprendre pour vos proches, car ils s'attendent à ce que vous soyez comme avant. Il est d'autant plus important que vous soyez à l'écoute de vos besoins et ne vous mettiez pas sous pression.

Prenez le temps qu'il faudra pour vous adapter à votre nouvelle situation. Essayez de déterminer ce qui vous fait du bien et peut contribuer à améliorer votre qualité de vie.

L'horizon s'éclaire parfois si on se pose des questions toutes simples :

- Qu'est-ce qui compte pour moi à présent ?
- De quoi ai-je besoin ?
- Comment pourrais-je arriver à cela ?
- Qui serait en mesure de m'aider ?

En parler avec d'autres

Face à la maladie comme face à la vie en général, chacun réagit à sa façon. Il n'y a pas de recette universelle et chacun doit trouver sa propre voie.

Le cancer fait peur, même lorsque les chances de guérison sont élevées. En parler peut être un soulagement. Mais tout le monde n'a pas envie d'aborder la question ou n'ose pas le faire. Certains attendent parfois que leur entourage fasse le premier pas. Il faut souvent du temps jusqu'à ce que, petit à petit, les choses se remettent en place.

Faire appel à un soutien professionnel

Si vous avez du mal à reprendre le dessus, n'hésitez pas à faire appel à un professionnel. Parlez de vos difficultés à l'équipe médicale, à la Ligue contre le cancer ou à un autre spécialiste. Ils pourront vous conseiller, vous expliquer quelles mesures sont remboursées par l'assurance-maladie et trouver avec vous ce qui vous aidera le mieux.

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 donner des forces et faciliter votre réadaptation.

L'infirmière référente pour le cancer du sein (IRCS)

Une infirmière référente pour le cancer du sein (ou *breast care nurse*) fait partie des équipes soignantes de nombreux hôpitaux. Cette professionnelle possède des compétences spécifiques pour conseiller et accompagner les personnes touchées, hommes ou femmes. Elle assure la liaison entre les différents spécialistes et coordonne les traitements.

D'ailleurs, la présence d'infirmières référentes pour le cancer du sein dans les cliniques est considérée comme l'un des critères à remplir pour recevoir la certification comme Centre du sein (voir p. 40). L'infirmière référente pour le cancer du sein suit la personne dès le diagnostic mais aussi après le traitement. Interlocutrice importante, elle apporte un soutien émotionnel et défend vos intérêts. Enfin, elle prend part aux entretiens avec le médecin ou aux réunions de concertation pluridisciplinaire.

La psycho-oncologie

Les conséquences d'un cancer vont bien au-delà des aspects purement médicaux: la maladie affecte aussi la vie psychique. Les personnes touchées souffrent notamment de dépression, d'anxiété et 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 offrir 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.

Physiothérapie

À la suite d'une ablation de ganglions lymphatiques, des douleurs peuvent apparaître et entraver la mobilité de votre bras, même si seuls quelques ganglions sentinelles ont été retirés.

Idéalement, le personnel de l'hôpital vous orientera vers des séances de physiothérapie pour vous apporter du soutien. De retour chez vous, il est important de poursuivre la pratique de certains exercices ou d'envisager une physiothérapie. Discutez-en avec votre médecin traitant pour qu'il vous en prescrive une.

Vous trouverez quelques suggestions dans le livret en fin de brochure « Le mouvement fait du bien » (voir troisième p. de couverture).

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 conseillère 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 s'effectuer via Skype, à l'adresse: krebstelefon.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 recevront des informations au sujet du cancer, ils pourront poser des questions et échanger sur tout ce qui les préoccupe. Du lundi au vendredi de 11 h à 16 h et le mercredi uniquement pour les enfants et les adolescents.

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 avec eux le sujet ainsi que les possibles conséquences de votre cancer.

Vous trouverez dans le dépliant «Cancer: comment en parler aux enfants?» des suggestions pour parler de la maladie avec eux. Il 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 poupée à habiller «Madame Tout-Le-Monde» permet aux femmes touchées d'expliquer aux enfants comment se déroule tout le traitement:

www.madame-tout-le-monde.ch ou commander via www.liguecancer.ch → Boutique → Brochures/matériel d'information → Cancer du sein → Madame Tout-Le-Monde

Guide du cancer

Le Guide du cancer est un répertoire en ligne d'offres psychosociales et de prestations de nature non médicale (cours, conseils, etc.). Elles ont pour but de préserver la qualité de vie des personnes touchées ou de l'améliorer: www.liguecancer.ch/guidedecancer. Comme cet outil est relativement récent, adressez-vous à votre ligue si vous ne trouvez pas ce qui vous convient.

La Ligne stop-tabac 0848 000 181

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

Stages

La Ligue contre le cancer propose des stages de durée variable pour les personnes touchées, organisés dans différentes régions de Suisse: www.liguecancer.ch/stages. Le programme des cours est publié dans la brochure «Stages», (voir p.98).

Activité physique

De nombreuses personnes touchées pratiquent une activité physique pour retrouver de l'énergie, reprendre confiance en soi et réduire la sensation de fatigue. Il existe des groupes de sport adaptés aux personnes atteintes d'un cancer: renseignez-vous auprès de votre ligue cantonale ou régionale, et consultez la brochure «Activité physique et cancer». Vous trouverez aussi un petit livret d'exercices en troisième page de couverture.

Autres personnes touchées

Les contacts avec des personnes qui ont traversé des épreuves semblables peuvent vous redonner du 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.

Service de soins à domicile

De nombreux cantons proposent des services de soins à domicile. 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 vous communiquera une adresse.

Conseils en alimentation

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

Association suisse des diététiciens et diététiciennes diplômé-e-s ES/HES (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 *Liste des diététicien/nés dipl.* vous permet de trouver l'adresse d'un professionnel dans votre canton.

palliative.ch

Vous trouvez sur le site de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs les adresses des sections cantonales et des réseaux. Indépendamment de votre domicile, ils assurent aux personnes concernées un accompagnement optimal et des soins.

palliative.ch
Société suisse de médecine et de soins palliatifs
Bubenberplatz 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 obliga-

toire 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). Votre médecin doit vous donner les précisions nécessaires à ce sujet.

Dans le cadre d'une étude clinique également, les traitements basés sur des substances autorisées donnent aussi lieu à une prise en charge (voir p. 83). Si la commercialisation de médicaments n'est pas encore autorisée ou si les procédures utilisées sont encore nouvelles ou des mesures complémentaires encore nécessaires (par ex. des examens génétiques), ces coûts sont couverts par des fonds de recherche.

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 la question des assurances, nous vous invitons à consulter la brochure « Cancer : prestations des assurances sociales » (voir p. 98).

Brochures de la Ligue contre le cancer

- **Une prothèse mammaire**
Comment la choisir ?
- **La reconstruction mammaire**
- **L'œdème lymphatique en cas de cancer**
- **Unis contre le cancer du sein**
Les réponses aux questions essentielles
- **Unis contre le cancer du sein**
Facteurs de risque et dépistage
- **La radiothérapie**

- **Les traitements médicamenteux des cancers**
Chimiothérapie, thérapie antihormonale, immunothérapie
- **Parallèles? Complémentaires?**
Risques et bénéfices des méthodes non vérifiées en oncologie
- **Les douleurs liées au cancer et leurs traitements**
- **Fatigue et cancer**
Identifier les causes, trouver des solutions
- **Difficultés alimentaires en cas de cancer**
- **Cancer et sexualité au féminin**
- **Soigner son apparence durant et après la thérapie**
Peau, coiffure, couleurs et vêtements: les conseils de la Ligue contre le cancer
- **Stages**
Pour les personnes touchées par le cancer
- **Le mouvement fait du bien**
Exercices à réaliser après une opération du sein
- **Activité physique et cancer**
Retrouver confiance en son corps grâce au mouvement
- **Accompagner un proche atteint de cancer**
Suggestions et conseils pour les parents et amis des personnes touchées
- **Soigner un proche et travailler: une mission possible**
Dépliant de 8 pages pour mieux concilier activité professionnelle et soins prodigués à un proche
- **Quand le cancer touche les parents**
En parler aux enfants
- **Cancer: comment en parler aux enfants?**
Dépliant de 8 pages pour les parents et les enseignants
- **Madame Tout-Le-Monde**
Fait de carton et de papier, Madame Tout-Le-Monde est une poupée que l'on habille: elle est spécialement conçue pour permettre aux femmes touchées d'expliquer aux enfants comment se déroule le traitement
- **Prédispositions héréditaires au cancer**
Des réponses aux questions que se posent les familles fortement touchées par le cancer
- **Cancer: prestations des assurances sociales**
- **Décider jusqu'au bout**
Brochure sur les directives anticipées
- **Les directives anticipées de la Ligue contre le cancer**
15 francs ou téléchargement gratuit sur: www.liguecancer.ch/directivesanticipees
- **Cancer: quand l'espoir de guérir s'amenuise**
Guide de l'offre en soins palliatifs

Commandes

Ligue contre le cancer de votre canton
Téléphone: 0844 85 00 00
Courriel: boutique@liguecancer.ch
Internet: www.liguecancer.ch

Vous trouverez toutes les brochures de la Ligue contre le cancer sur www.liguecancer.ch/brochures. La grande majorité vous est remise gratuitement et vous pouvez également les télécharger. La Ligue suisse contre le cancer et votre ligue cantonale peuvent vous les offrir grâce au soutien de leurs donateurs.

Votre avis nous intéresse

Vous avez un avis sur nos brochures? Prenez quelques minutes et remplissez le ques-

tionnaire à l'adresse www.forumcancer.ch.
Votre opinion nous est précieuse !

Internet

(Par ordre alphabétique)

Offre de la Ligue contre le cancer

www.ligecancer.ch/cancerline

La Ligue contre le cancer offre des conseils par chat pour les enfants, les jeunes et les adultes.

www.forumcancer.ch

Forum internet de la Ligue contre le cancer

www.ligecancer.ch

Site de la Ligue suisse contre le cancer contenant des liens vers toutes les ligues cantonales.

www.ligecancer.ch/guidecancer

Répertoire en ligne d'offres psychosociales et de prestations de nature non médicale.

www.ligecancer.ch/migrants

Cette adresse propose des informations en albanais, portugais, serbe/croate/bosniaque, espagnol, turc et anglais.

www.ligecancer.ch/stages

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

www.ligecancer.ch → Prévention → Dépistage → Pour la femme

www.ligecancer.ch → Prévention → Prédisposition familiale au cancer

Feuille d'information (factsheet) « Risque familial du cancer du sein et de l'ovaire ».

Autres institutions ou sites spécialisés

www.avac.ch

Site de l'association « Apprendre à vivre avec le cancer », qui développe et organise des cours pour les personnes touchées et leurs proches.

www.brustforum.ch

Portail d'informations détaillées, sous la direction de spécialistes du cancer du sein.

www.chuv.ch/centredusein

Centre du sein du CHUV, distingué par le label de qualité de la Ligue suisse contre le cancer et la Société suisse de sénologie.

www.europadonna.ch

Forum suisse du cancer du sein.

www.hug-ge.ch

Centre d'oncologie → Cancer du sein
Centre du sein des HUG, distingué par le label de qualité de la Ligue suisse contre le cancer et la Société suisse de sénologie.

www.la-maison-du-cancer.com

Fondé par une journaliste touchée par la maladie, ce site français propose des informations non médicales et thématiques.

www.ligue-cancer.asso.fr

Site de la Ligue française contre le cancer.

www.palliative.ch

Société suisse de médecine et de soins palliatifs.

www.physioswiss.ch

Association suisse de physiothérapie.

www.senologie.ch

Société suisse de sénologie.

www.sggg.ch/fr

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 atteintes d'un cancer du sein.

Cancer du sein chez l'homme

www.cancer.ca

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

www.e-cancer.fr

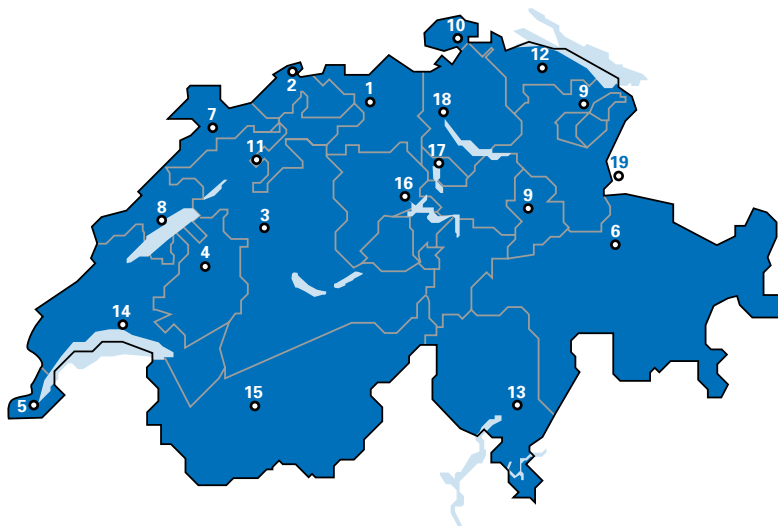
Le cancer du sein chez l'homme décrit par l'Institut national du cancer (France).

www.ligecancer.ch → A propos du cancer → Types de cancer → Le cancer du sein chez l'homme

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).

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



1 Krebsliga Aargau

Milchgasse 41
5000 Aarau
Tel. 062 834 75 75
Fax 062 834 75 76
admin@krebssliga-aargau.ch
www.krebssliga-aargau.ch
PK 50-12121-7

2 Krebsliga beider Basel

Mittlere Strasse 35
4056 Basel
Tel. 061 319 99 88
Fax 061 319 99 89
info@klbb.ch
www.klbb.ch
PK 40-28150-6

3 Bernische Krebsliga

Ligue bernoise contre le cancer
Marktgasse 55
Postfach 184
3000 Bern 7
Tel. 031 313 24 24
Fax 031 313 24 20
info@bernischekrebsliga.ch
www.bernischekrebsliga.ch
PK 30-22695-4

4 Ligue fribourgeoise

contre le cancer
Krebsliga Freiburg
route St-Nicolas-de-Flüe 2
case postale 96
1705 Fribourg
tél. 026 426 02 90
fax 026 426 02 88
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
fax 022 322 13 39
ligue.cancer@mediane.ch
www.lgc.ch
CP 12-380-8

6 Krebsliga Graubünden

Ottoplatz 1
Postfach 368
7001 Chur
Tel. 081 252 50 90
Fax 081 253 76 08
info@krebssliga-gr.ch
www.krebssliga-gr.ch
PK 70-1442-0

7 Ligue jurassienne contre le cancer

rue des Moulins 12
2800 Delémont
tél. 032 422 20 30
fax 032 422 26 10
ligue.ju.cancer@bluewin.ch
www.liguecancer-ju.ch
CP 25-7881-3

8 Ligue neuchâteloise

contre le cancer
faubourg du Lac 17
case postale
2001 Neuchâtel
tél. 032 721 23 25
LNCC@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
Fax 071 242 70 30
info@krebssliga-ostschweiz.ch
www.krebssliga-ostschweiz.ch
PK 90-15390-1

10 Krebsliga Schaffhausen
Rheinstrasse 17
8200 Schaffhausen
Tel. 052 741 45 45
Fax 052 741 45 57
info@krebssliga-sh.ch
www.krebssliga-sh.ch
PK 82-3096-2

11 Krebsliga Solothurn
Hauptbahnhofstrasse 12
4500 Solothurn
Tel. 032 628 68 10
Fax 032 628 68 11
info@krebssliga-so.ch
www.krebssliga-so.ch
PK 45-1044-7

12 Thurgauische Krebsliga
Bahnhofstrasse 5
8570 Weinfelden
Tel. 071 626 70 00
Fax 071 626 70 01
info@tgkl.ch
www.tgkl.ch
PK 85-4796-4

13 Lega ticinese
contro il cancro
Piazza Nosetto 3
6500 Bellinzona
Tel. 091 820 64 20
Fax 091 820 64 60
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
fax 021 623 11 10
info@lvc.ch
www.lvc.ch
CP 10-22260-0

15 Ligue valaisanne contre le cancer
Krebsliga Wallis
Siège central:
rue de la Dixence 19
1950 Sion
tél. 027 322 99 74
fax 027 322 99 75
info@lvcc.ch
www.lvcc.ch
Beratungsbüro:
Spitalzentrum Oberwallis
Überlandstrasse 14
3900 Brig
Tel. 027 604 35 41
Mobile 079 644 80 18
info@krebssliga-wallis.ch
www.krebssliga-wallis.ch
CP/PK 19-340-2

16 Krebsliga Zentralschweiz
LU, OW, NW, SZ, UR
Löwenstrasse 3
6004 Luzern
Tel. 041 210 25 50
Fax 041 210 26 50
info@krebssliga.info
www.krebssliga.info
PK 60-13232-5

17 Krebsliga Zug
Alpenstrasse 14
6300 Zug
Tel. 041 720 20 45
Fax 041 720 20 46
info@krebssliga-zug.ch
www.krebssliga-zug.ch
PK 80-56342-6

18 Krebsliga Zürich
Freiestrasse 71
8032 Zürich
Tel. 044 388 55 00
Fax 044 388 55 11
info@krebssligazuerich.ch
www.krebssligazuerich.ch
PK 80-868-5

19 Krebshilfe Liechtenstein
Im Malarsch 4
FL-9494 Schaan
Tel. 00423 233 18 45
Fax 00423 233 18 55
admin@krebsshilfe.li
www.krebsshilfe.li
PK 90-3253-1

Ligue suisse contre le cancer

Effingerstrasse 40
case postale
3001 Berne
tél. 031 389 91 00
fax 031 389 91 60
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

Guide du cancer

www.liguecancer.ch/guidecancer
Le répertoire internet de la Ligue contre le cancer avec les offres de soutien psychosocial (conseils, cours, etc.) en Suisse

Ligne stop-tabac

tél. 0844 000 181
max. 8 cts/min.
(sur réseau fixe)
Du lundi au vendredi
11 h – 19 h

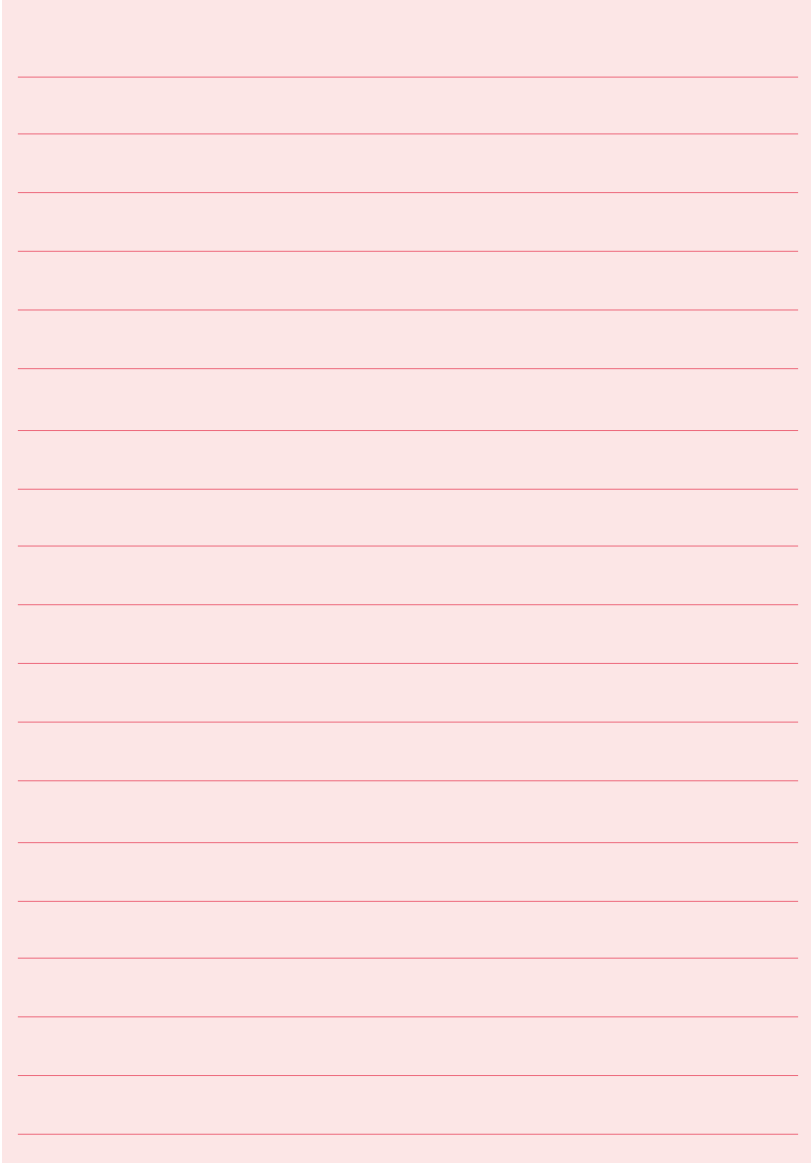
Vos dons sont les bienvenus.

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 large rectangular area with a light pink background and horizontal red lines, intended for writing notes. The lines are evenly spaced and extend across the width of the area.

Vous pouvez commander gratuitement le programme de gymnastique – « **Le mouvement fait du bien** » – pour les femmes qui ont subi une opération du sein :

- auprès de votre ligue cantonale ou régionale
- en appelant le 0844 85 00 00
- par courriel : boutique@liguecancer.ch
- à l'adresse www.liguecancer.ch/brochures



Le mouvement fait du bien

Exercices à réaliser après
une opération du sein

Une offre de la Ligue contre le cancer



Brochure offerte par la ligue contre le cancer: