

Cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent. Cependant, les progrès réalisés ces dernières années en font un cancer dont on guérit dans un grand nombre de cas.



Chirurgie du cancer du sein

La prise en charge du cancer du sein débute par une étape diagnostique :

- > le plus souvent radiologique
- > et ou clinique en consultation

Le traitement associe:

- > toujours un acte chirurgical,
- > parfois une chimiothérapie,
- > Souvent une radiothérapie.

L'encadrement de ce soins est essentiel :

- > Kinésithérapie
- > Infirmière de consultation d'annonce
- > Aide sociale
- > Soutien psychologique

MIEUX COMPRENDRE LE CANCER DU SEIN



Avec 53000 nouveaux cas estimés en France en 2011 et 11500 décès (Source INCa), le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent. Comme pour la majorité des cancers, le risque d'en être atteint augmente avec l'âge. Moins de 10% des cancers du sein surviennent avant 40 ans. Dans 8 cas sur 10, il se manifeste à partir de 50 ans. Le cancer du sein est très rare chez l'homme (1%). L'incidence augmente ensuite régulièrement jusqu'à l'âge de 65 ans. Ceci, associé au fait que la densité de la glande mammaire est moins importante à cet âge, justifie le choix de la tranche d'âge de 50 à 74 ans retenue pour le dépistage généralisé par mammographie.

Ce dépistage organisé du cancer du sein repose sur une mammographie tous les 2 ans. Dans 5 à 10% des cas, le cancer du sein est lié à une prédisposition génétique qui nécessite une prise en charge spécifique. Beaucoup de progrès ont été réalisés ces dernières années : chirurgie conservatrice, technique du ganglion sentinelle, thérapies ciblées... C'est un cancer dont on guérit dans un grand nombre de cas.

LES FACTEURS DE RISQUE DU CANCER DU SEIN



Les causes du cancer du sein ne sont pas connues, mais on a pu identifier quelques facteurs de risque qui peuvent agir conjointement pour favoriser le développement d'un cancer :

Les mastopathies bénignes

certaines mastopathies bénignes ont une propension plus grande que d'autres à se transformer en cancer. Ces lésions bénignes, dont la majorité le restera, sont bien connues des médecins qui proposent aux femmes atteintes une simple surveillance et éventuellement un traitement chirurgical.

L'état hormonal

Les facteurs de risque classiquement signalés sont une puberté précoce ou une ménopause tardive. De même, les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, ou encore ayant eu leur première grossesse tardivement (après 30 ans), ont un risque sensiblement augmenté de développer un cancer du sein, par rapport à celles ayant eu un enfant avant 30 ans ;

L'alimentation, l'obésité

Le risque de cancer du sein augmente avec la quantité de calories absorbées : il peut ainsi être multiplié par 1,5 ou 2 pour les consommations plus élevées. L'obésité, une consommation relativement importante d'alcool (0,5 à 1L de vin/j), la faible consommation de fruits et de légumes sont également suspectées d'augmenter le risque, alors que l'exercice physique régulier serait protecteur.

Les traitements hormonaux

Le traitement hormonal substitutif (THS) : des travaux récents ont mis en évidence un sur-risque de cancer du sein chez les femmes ayant recours à un THS oestroprogestatif. Pour le THS faisant appel aux oestrogènes seuls, des études sont encore nécessaires.

Alors faut-il systématiquement bannir les THS ?

NON, estiment les experts. Mais il faut en réserver l'usage sur une courte durée et uniquement dans l'objectif de lutter contre les troubles climatériques durant la période de ménopause. Dans tous les cas, il faut mettre en balance des avantages et les risques. La décision d'utilisation doit se faire conjointement entre la femme et son médecin, après une information claire.

Les risques familiaux

Ils sont de 2 ordres :

Simple susceptibilité familiale :

on retrouve plusieurs cas dans la famille mais sans transmission systématique. Il s'agit plutôt de transmission de certains facteurs de risque : hypofécondité, tendant à avoir une mastopathie bénigne, obésité,... Dans ces familles, les risques sont multipliés par 2 à 3.

Prédisposition génétique forte :

dans environ 5 à 8% des cas, un gène anormal, dit « muté » est susceptible d'être transmis d'une génération à l'autre. Dans ce cas, les risques encourus par les femmes d'une famille dans laquelle un gène prédisposant est présent (gène BRCA 1 ou BRCA2) dépendent du fait qu'elles ont ou non hérité du gène anormal. Si elles n'ont pas le gène, leur risque est le même que celui des femmes n'ayant pas de prédisposition au cancer du sein ; mais parmi celles qui sont porteuses du gène, 7 à 8 sur 10 pourront développer un cancer du sein.

On soupçonne cette transmission génétique si dans une même famille on observe des cancers du sein, mais aussi parfois des ovaires, chez des femmes et plusieurs de leurs parentes proches, dont l'une au moins est du 1er degré (mère, sœur, fille).

Ces cancers surviennent en règle générale dans la première partie de la vie. Si tel est le <https://www.chu-montpellier.fr/fr/gynecologie-obstetrique/unite-de-cancerologie-de-la-femme/cancer-du-sein>

cas (et la preuve peut être apporté par un examen génétique), les parentes exposées doivent faire l'objet d'une surveillance particulièrement étroite. Les tests de recherche du gène muté ne peuvent donner de certitude que s'ils sont positifs. C'est pourquoi cet acte demande réflexion et ne s'adresse qu'aux familles des femmes dont l'histoire signe une origine héréditaire confirmée par une consultation d'oncogénétique. Ces tests ne sont effectués que par des laboratoires spécialisés.

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



Etant donné nos connaissances limitées sur les facteurs de risque, on ne peut, à l'heure actuelle, empêcher la survenue d'un cancer du sein. En revanche, on peut le détecter lorsqu'il est de très petite taille (moins de 1 cm de diamètre), grâce à la mammographie réalisée dans le cadre d'un suivi régulier. On peut ainsi accroître les chances de guérison, tout en bénéficiant de traitements moins lourds (moins de chirurgie mutilante, moins de chimiothérapie).

On appelle dépistage le fait de mettre en évidence par la mammographie, un cancer du sein encore "muet", c'est-à-dire sans signes extérieurs de sa présence. D'où la généralisation, dans le Plan Cancer, du dépistage organisé du cancer du sein : aujourd'hui, sur tout le territoire, le programme de dépistage organisé du cancer du sein propose à toutes les femmes de 50 à 74 ans, un examen mammographique qui comprend deux clichés radiologiques par sein, associé à un examen clinique avec questionnaire médical qui permettra au radiologue de connaître leurs antécédents familiaux et personnels. Ce dépistage organisé bénéficie d'une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie (sans avance des frais).

Les résultats de nombreuses études ont montré qu'il permet de réduire la mortalité par cancer du sein de l'ordre de 30% chez les femmes participant aux programmes de dépistage, par rapport à celles qui n'ont eu aucun dépistage.

LES SYMPTÔMES DU CANCER DU SEIN



La palpation du sein doit faire partie de l'examen gynécologique annuel que doit faire pratiquer toute femme dès le début de l'activité sexuelle. Dans la plupart des cas, le cancer se manifeste cliniquement par un nodule que l'on peut découvrir à partir de 1 cm de diamètre environ, nodule plus ou moins profond, dur, habituellement non douloureux. Toute anomalie récente doit également attirer l'attention :

- › Une fossette ou une ride creusant la surface du sein
- › Un aspect de "peau d'orange"

<https://www.chu-montpellier.fr/fr/gynecologie-obstetrique/unite-de-cancerologie-de-la-femme/cancer-du-sein>

- › Une déformation du mamelon, le rétractant vers l'intérieur,
- › Un aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, croûteux, ou érodé,
- › Un écoulement du mamelon, surtout si il est sanglant ou noirâtre

La constatation d'un de ces signes impose une consultation médicale sans retard. Le médecin jugera des examens complémentaires nécessaires.

LE DIAGNOSTIC ET LE CHOIX DU TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN



Comment est fait le diagnostic?

Le bilan comporte un examen clinique et une mammographie des deux seins, souvent associée à une échographie des deux seins et des aisselles. Le diagnostic de votre cancer est établi par les résultats de l'examen anatomopathologique des fragments de tissu prélevés dans le sein, au niveau de l'anomalie. Ces prélèvements sont généralement pratiqués par biopsies percutanées. Selon les besoins, d'autres examens peuvent être réalisés (prise de sang, IRM). Ils ne sont pas systématiques.

A quoi servent ces examens?

Ces examens permettent de vous proposer un traitement adapté à votre situation, selon le type de cancer, l'extension de la maladie (son stade), son degré d'agressivité (son grade), sa sensibilité à certains traitements, le fait pour une femme d'être ou non ménopausée, votre état général et les éventuelles contre-indications aux traitements.

Comment est fait le choix de vos traitements?

Des médecins de différentes spécialités se réunissent lors d'une réunion appelée réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Compte tenu de votre situation et en s'appuyant sur des référentiels de bonne pratique, ils élaborent une proposition de traitement. Celle-ci vous est ensuite expliquée par le médecin qui vous prend en charge. Elle tient compte de votre avis et doit faire l'objet de votre accord. Un programme personnalisé de soins (PPS) vous est alors remis. Il peut également vous être proposé de participer à un essai clinique.

Quels sont les professionnels de santé qui vous prennent en charge?

Vous êtes pris en charge par une équipe spécialisée dans un établissement qui dispose d'une autorisation de traiter les personnes atteintes de cancer du sein (liste des établissements autorisés de votre région disponible sur www.e-cancer.fr). Cette équipe rassemble toutes les compétences qui vous sont nécessaires. Elle travaille en lien régulier avec votre médecin traitant. Selon votre situation, différents professionnels peuvent être impliqués : chirurgien, gynécologue, radiologue, oncologue, radiothérapeute, oncologue médical, pathologiste, anesthésiste, infirmiers, psychologues, assistante sociale,...

LES TRAITEMENTS DU CANCER DU SEIN



Le traitement d'un cancer du sein repose principalement sur la chirurgie qui peut être complétée, selon les cas, par une radiothérapie et/ou une chimiothérapie et/ou une hormonothérapie.

La chirurgie

Elle consiste le plus souvent à retirer uniquement la tumeur en conservant le sein. Elle peut parfois être plus large et nécessiter d'enlever la totalité du sein (mastectomie). Dans certains cas, les ganglions de l'aisselle sont également enlevés. Le choix entre une chirurgie conservatrice et une mastectomie est fait en fonction de votre cas et en concertation avec vous. Si la totalité du sein est enlevée, différentes techniques de reconstruction mammaire vous seront proposées.

La radiothérapie

Elle utilise des rayons pour détruire localement les éventuelles cellules cancéreuses résiduelles tout en préservant au maximum les tissus sains voisins.

La chimiothérapie

Elle utilise des médicaments anti-cancéreux qui agissent dans l'ensemble du corps sur toutes les cellules cancéreuses, y compris celles qui ne sont pas repérables par les examens. Elle peut nécessiter la pose d'une chambre implantable. La chimiothérapie est

le plus souvent utilisée après la chirurgie afin de réduire le risque de rechute de la maladie (chimiothérapie adjuvante). Elle peut aussi être réalisée avant la chirurgie en vue de réduire la taille de la tumeur et de faciliter ainsi l'opération (chimiothérapie néo-adjuvante). Dans certains cas, une thérapie ciblée peut être utilisée.

L'hormonothérapie

Elle est proposée pour les cancers du sein ayant des récepteurs hormonaux, dits hormonosensibles. Elle utilise des médicaments qui empêchent l'action stimulante des hormones féminines sur la croissance des cellules cancéreuses. Tous les traitements peuvent avoir des effets indésirables. Ces derniers vous sont expliqués par le médecin qui vous suit et qui s'assure de leur prise en charge.

LE SUIVI APRÈS TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN



Un suivi vous est proposé pour :

- détecter et traiter d'éventuels effets indésirables tardifs et séquelles, tels qu'un lymphoedème par exemple,
- détecter le plus tôt possible les signes d'une éventuelle récurrence ou l'apparition d'un cancer dans l'autre sein
- vous accompagner afin de vous aider à retrouver un équilibre psychologique, relationnel et professionnel.

Le suivi doit être régulier et prolongé sur plusieurs années.

Il dépend du stade auquel a été diagnostiqué votre cancer et du traitement que vous avez reçu. Il repose en règle générale sur :

- 2 consultations médicales par an pendant 5 ans, et ensuite une fois par an, à vie
- la réalisation annuelle d'une mammographie, éventuellement associée à une échographie mammaire

Votre médecin adapte ce rythme à votre situation. Il vous indique également les signes qui doivent vous amener à consulter en dehors des rendez-vous programmés. Les différents médecins participant à votre suivi (médecin traitant et équipe spécialisée ayant réalisé le traitement) se tiennent mutuellement informés.

Chirurgie du sein

Votre Médecin vous a proposé une chirurgie mammaire. Vous trouverez ci après un complément d'information sur cette chirurgie.

TUMORECTOMIE DU SEIN

Votre médecin vous a proposé une intervention dont le but est l'ablation d'un nodule du sein ou de micro-calcifications à des fins d'analyse (biopsie chirurgicale du sein) ou de traitement et d'analyse (tumorectomie). Le présent texte a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération qu'il vous a conseillée.

En quoi consiste l'opération ?

C'est l'ablation chirurgicale d'un nodule du sein ou d'une zone dans laquelle des micro-calcifications ont été mises en évidence. La nature maligne de la lésion peut être connue avant l'intervention par un prélèvement de celle-ci au cabinet du médecin ou sous contrôle radiologique ou échographique, ou bien lors de l'intervention proprement dite par son examen microscopique pendant votre anesthésie. Un geste complémentaire axillaire (sous le bras) est parfois nécessaire. Cette exploration des ganglions de l'aisselle du même côté que la lésion peut-être faite en totalité (curage axillaire), ou bien ne porter que sur des ganglions repérés avant l'intervention proprement dite (ganglion axillaire sentinelle).

Comment se passe l'opération ?

• AVANT L'INTERVENTION

Si un geste ganglionnaire est prévu et si la technique du ganglion sentinelle est programmée, une injection d'un isotope la veille sera faite dans la zone suspecte ou autour du mamelon afin de localiser le ou les ganglion(s) sentinelle(s). On y associe l'injection d'un colorant bleu le jour de la chirurgie, qui peut colorer également votre peau et vos urines pendant les 24 premières heures, et la peau du sein pendant quelques semaines. Lorsqu'un curage ganglionnaire complet est préféré, ces injections préalables sont inutiles. Lorsque le nodule n'est pas palpable (ou pour les micro-calcifications), la zone dont il faut pratiquer l'ablation est repérée avant l'opération par le radiologue. Ce repérage est fait soit par l'injection d'un isotope (le même que pour le ganglion sentinelle) soit en plaçant un fil repère métallique en s'aidant de la radiographie ou de l'échographie du sein.

• L'INTERVENTION

En règle générale l'opération chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale. L'incision est, si possible, réalisée dans un endroit peu visible : autour du mamelon ou dans le sillon cutané en dessous du sein selon l'emplacement du nodule à enlever. Quelquefois, sa localisation nécessite une incision directement au niveau du nodule. Selon les constatations de votre médecin et les examens complémentaires déjà réalisés, il peut être nécessaire de vérifier la nature de ce nodule en cours d'intervention par un examen au microscope (examen anatomo-pathologique extemporané) alors que vous êtes toujours sous anesthésie. Lorsque le nodule apparaît bénin lors de cet examen, l'intervention est terminée. Un dispositif de drainage des sécrétions (petit tuyau ou drain) est parfois mis en place au niveau du sein. Si des cellules malignes sont mises en évidence, l'intervention peut être poursuivie par le prélèvement de ganglions par une incision du creux de l'aisselle (curage ganglionnaire qui consiste en l'ablation de ganglions pour analyse). Un dispositif de drainage des sécrétions de lymphes par un petit tuyau ou un drain est souvent laissé en place pour quelques jours au niveau du creux de l'aisselle.

Que se passe-t-il après une tumorectomie du sein?

• SI L'ABLATION DU NODULE SEUL A ÉTÉ RÉALISÉE

L'hospitalisation est généralement de courte durée (votre chirurgien peut vous le préciser). Si un dispositif de drainage a été mis en place, il est habituellement enlevé après un à trois jours. Les fils de fermeture de la peau sont parfois résorbables. Parfois, ils doivent être enlevés après la sortie de l'hôpital ou de la clinique.

• SI UN CURAGE GANGLIONNAIRE A ÉTÉ RÉALISÉ

L'hospitalisation est un peu plus longue, jusqu'à ce que l'écoulement de lymphes soit arrêté ou suffisamment diminué pour retirer le dispositif de drainage. Si du bleu a été injecté, la teinte cutanée peut persister quelques semaines pour disparaître ensuite.

Y a-t-il des risques ou des inconvénients ?

L'ablation du nodule est une intervention courante et bien maîtrisée, dont le déroulement est simple dans la majorité des cas. En cours d'opération, la voie d'abord peut être modifiée selon les constatations faites au cours de l'intervention : ouverture plus grande que prévue ou deuxième ouverture parfois. Exceptionnellement, une blessure ou une brûlure de la peau du sein peut se produire. Si un curage ganglionnaire est nécessaire, ses risques propres sont la possibilité de blessure des vaisseaux et des nerfs du creux de l'aisselle. Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont quelquefois douloureuses et nécessitent un traitement antalgique. Parfois, une ecchymose, un hématome ou une infection de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent des soins locaux. Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère survenant dans les jours suivant l'opération peut nécessiter une réintervention. Comme toute chirurgie, cette intervention peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves. Si un curage ganglionnaire a été nécessaire, une limitation des mouvements de l'épaule peut s'observer dans les suites immédiates. Elle s'atténue spontanément ou avec des soins de kinésithérapie en quelques semaines. Des modifications de la sensibilité siégeant à la face interne du bras s'observent dans environ 20 % des cas. Enfin, un gonflement du bras peut s'observer chez 10 à 20 % des patientes dans les semaines ou les mois qui suivent l'opération ; cette éventualité est beaucoup moins fréquente en cas de prélèvement du ganglion sentinelle et après kinésithérapie avec drainage du membre supérieur opéré. Selon la situation du ou des nodules, une déformation localisée du sein peut être constatée dont vous aurez été informée. Enfin, une réintervention peut être nécessaire lorsque toutes les lésions malignes ou précancéreuses entourant le nodule ou les microcalcifications opérés n'ont pu être retirées lors de l'intervention initiale. Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

En pratique

• AVANT L'OPÉRATION :

— une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention ; — l'hospitalisation a lieu en général le matin ou la veille de l'opération ; — si le nodule doit être repéré, ce repérage est habituellement effectué la veille ou le matin de l'intervention. L'éventuelle injection d'isotope aura été pratiquée et une scintigraphie réalisée ; — après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire ; — une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée.

• APRÈS L'OPÉRATION :

— vous passerez en salle de réveil avant de retourner dans votre chambre ; — un petit drain est parfois mis en place pour quelques jours sous la peau ; — un petit hématome ou une sensation de dureté de la zone où se trouvait le nodule est très fréquent et peut durer quelques jours ou semaines ; — la reprise d'une alimentation normale se fait en général dès le soir ou le lendemain de l'opération ; — le moment de votre sortie dépend du type d'intervention qui aura finalement été réalisé en fonction des constatations effectuées en cours d'intervention ; — des douches sont possibles quelques jours après l'opération, mais il est recommandé d'attendre 15 jours avant de prendre un bain. • Après la sortie : — après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements ou écoulements du sein, de la fièvre ou un gonflement important du sein surviennent, il est indispensable d'en informer votre médecin ; — des séances de kinésithérapie du membre supérieur seront prescrites en cas de curage ganglionnaire ; — une visite de contrôle postopératoire, après la sortie, est indispensable pour vérifier la cicatrisation ; le rendez-vous vous sera précisé par votre opérateur ou l'équipe au moment de votre sortie ; — en cas de lésion maligne, votre dossier aura été présenté à un collège de médecins qui aura évalué les traitements complémentaires éventuels (comme les rayons, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et l'immunothérapie), en fonction de votre état clinique et des résultats des analyses effectuées sur la tumeur et les ganglions.

Afin de vous proposer du contenu enrichi et d'élaborer des statistiques de fréquentation, nous sommes susceptibles de déposer des cookies tiers sur votre machine. Cela ne peut se faire qu'en obtenant, au préalable, votre consentement pour chacun de ces cookies.

✓ OK, tout accepter

Personnaliser