



HAL
open science

La prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein : exemples de cas concrets au sein d'une officine

Clara Moreau

► To cite this version:

Clara Moreau. La prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein : exemples de cas concrets au sein d'une officine. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02277926v2

HAL Id: dumas-02277926

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02277926v2>

Submitted on 6 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2019

N°

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 17 mai 2019

Par

Moreau Clara

Née le 13 septembre 1993 à Fécamp

La prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein : exemples de cas concrets au sein d'une officine.

Président du jury : Monsieur Gargala, Gilles, MCU-PH

Membres du jury : Madame Guerard-Detuncq, Cécile,
Professeur associé universitaire

Madame Seguin, Elisabeth, Professeur
universitaire

Monsieur Guillou, Paul, Docteur en
pharmacie

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER

Professeur Guillaume SAVOYE

| |
|--------------|
| I - MEDECINE |
|--------------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|-----------------------------|-------|--|
| Mr Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Gisèle APTER | Havre | Pédopsychiatrie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Jean-Marc BASTE | HCN | Chirurgie Thoracique |
| Mr Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Ygal BENHAMOU | HCN | Médecine interne |
| Mr Jacques BENICHOU | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mr Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| Mme Sophie CANDON | HCN | Immunologie |
| Mr François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe CHASSAGNE | HCN | Médecine interne (gériatrie) |
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Jean-Nicolas CORNU | HCN | Urologie |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |
| Mr Stéfan DARMONI | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |

| | | |
|--------------------------|-------|--|
| Mr Stéphane DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CB | Cancérologie |
| Mr Fabien DOGUET | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard DUBRAY | CB | Radiothérapie |
| Mr Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| Mr Pierre FREGER | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Dominique GUERROT | HCN | Néphrologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Didier HANNEQUIN | HCN | Neurologie |
| Mr Claude HOUDAYER | HCN | Génétique |
| Mr Fabrice JARDIN | CB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato – Vénérologie |
| Mme Bouchra LAMIA | Havre | Pneumologie |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Joël LECHEVALLIER | HCN | Chirurgie infantile |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HB | Rhumatologie |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HB | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie cardiaque |

| | | |
|---|-----|---|
| Mr Bertrand MACE | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| Mr Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HB | Médecine interne |
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Epidémiologie |
| Mr Pierre MICHEL | HCN | Hépatogastro-entérologie |
| M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation Médicale |
| Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>) | HB | Pneumologie |
| Mr Marc MURAINÉ | HCN | Ophthalmologie |
| Mr Christophe PEILLON | HCN | Chirurgie générale |
| Mr Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Mr Gaëtan PREVOST | HCN | Endocrinologie |
| Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>) | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie - Pathologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépatogastrologie |
| Mme Céline SAVOYE-COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Thérapeutique |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>) | HB | Pharmacologie |
| Mr Hervé TILLY | CB | Hématologie et transfusion |
| M. Gilles TOURNEL | HCN | Médecine Légale |
| Mr Olivier TROST | HCN | Chirurgie Maxillo-Faciale |
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>) | HCN | Pédiatrie génétique |

| | | |
|------------------------|-----|--|
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric VERIN | HB | Service Santé Réadaptation |
| Mr Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier VITTECOQ | HB | Rhumatologie |
| Mme Marie-Laure WELTER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|-----|-------------------------------------|
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Neurophysiologie |
| Mme Sophie CLAEYSSENS | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>) | HCN | Virologie |
| Mr Gaël NICOLAS | HCN | Génétique |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme Laëtitia ROLLIN | HCN | Médecine du Travail |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| Mr David WALLON | HCN | Neurologie |
| Mr Julien WILS | HCN | Pharmacologie |

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

| | | |
|------------------|-----|---------------|
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |
|------------------|-----|---------------|

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

| | |
|--|----------------------|
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite) | Toxicologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET | Physiologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|-------------------------------------|--|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mr Jérémy BELLIEU (MCU-PH) | Pharmacologie |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) | Statistiques |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |

| | |
|--------------------------------|------------------------------|
| Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER | Pharmacologie |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Hervé HUE | Biophysique et mathématiques |
| Mme Hong LU | Biologie |
| M. Jérémie MARTINET (MCU-PH) | Immunologie |
| Mme Marine MALLETER | Toxicologie |
| Mme Sabine MENAGER | Chimie organique |
| Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT | Chimie analytique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| Mme Caroline BERTOUX | Pharmacie officinale |

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|---------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|---------------------|---------|

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|--------------------|------------------|
| Mme Sophie MOHAMED | Chimie Organique |
|--------------------|------------------|

| |
|--|
| LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES |
|--|

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation et économie de la santé |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| Mr Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mr François ESTOUR | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET | Physiologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mr Rémi VARIN | Pharmacie clinique |
| M. Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup HERMIL (PU-MG) UFR Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-MG) UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia BOURDON UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale

Mr Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal BOULET UFR Médecine générale

Mr Emmanuel HAZARD UFR Médecine Générale

Mme Marianne LAINE UFR Médecine Générale

Mme Lucile PELLERIN UFR Médecine générale

Mme Yveline SEVRIN UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su RUAN (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine CLEREN (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain FRAINEAU (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline GAILDRAT (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas GUEROUT (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel LETELLIER (med)

Physiologie

Mme Christine RONDANINO (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric PASQUET

Sciences du langage, orthophonie

Mr Youssan Var TAN

Immunologie

Mme Isabelle TOURNIER (med)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 24 |
| LE CANCER DU SEIN | 25 |
| 1 Epidémiologie | 26 |
| 2 Rappels de la pathologie | 27 |
| 2.1 Anatomie du sein | 27 |
| 2.2 Les facteurs de risque | 28 |
| 2.3 Symptômes | 29 |
| 2.4 Les stades du cancer | 30 |
| 2.5 Les grades du cancer | 30 |
| 3 Prévention/ dépistage en France | 31 |
| 3.1 Recommandations sur la prévention et le dépistage | 31 |
| 3.2 Le programme de dépistage organisé | 32 |
| 3.3 Quelques chiffres sur le dépistage | 33 |
| TRAITEMENTS ET RECONSTRUCTION | 36 |
| 4 Choix du traitement | 37 |
| 4.1 Les adénocarcinomes <i>in situ</i> | 37 |
| 4.2 Les adénocarcinomes infiltrants | 38 |
| 5 Chirurgie | 38 |
| 5.1 Chirurgie mammaire conservatrice | 39 |
| 5.2 Chirurgie mammaire non conservatrice | 39 |
| 5.2.1 La mastectomie totale | 40 |
| 5.2.2 La mastectomie radicale modifiée | 40 |
| 5.3 Chirurgie préventive | 41 |
| 5.4 Exploration ganglionnaire | 41 |
| 5.4.1 Exérèse du ganglion sentinelle | 41 |
| 5.4.2 Curage ganglionnaire | 42 |
| 5.5 Lymphœdème | 42 |
| 5.6 Reconstruction mammaire | 44 |
| 5.7 Reconstruction par prothèse interne | 44 |
| 5.7.1 Le système Brava® | 45 |
| 5.8 Reconstruction par lambeau | 46 |
| 5.8.1 Reconstruction par le lambeau du muscle grand dorsal | 47 |
| 5.8.2 Reconstruction par lambeau du muscle grand droit de l'abdomen | 48 |

| | | |
|------------------------|--|-----------|
| 5.8.3 | La reconstruction par lambeau de peau et de graisse prélevé au niveau de l'abdomen | 48 |
| 5.9 | Autres types de reconstructions | 49 |
| 5.10 | L'harmonisation des deux seins | 50 |
| 6 | Radiothérapie | 50 |
| 6.1 | La radiothérapie peropératoire..... | 51 |
| 7 | Hormonothérapie | 52 |
| 7.1 | Les anti-estrogènes | 52 |
| 7.2 | Les anti-aromatases | 52 |
| 7.3 | Les agonistes de la LH-RH..... | 53 |
| 8 | Chimiothérapie | 53 |
| 8.1 | Les anthracyclines | 54 |
| 8.2 | Les taxanes | 54 |
| 8.3 | Les antipyrimidiques | 55 |
| 8.4 | Les agents alkylants..... | 56 |
| 8.5 | Les poisons du fuseau | 57 |
| 8.6 | Le méthotrexate | 57 |
| 9 | Thérapies ciblées | 57 |
| 9.1 | Les anticorps monoclonaux humanisés | 57 |
| 9.2 | Le lapatinib | 59 |
| 9.3 | L'éribuline..... | 59 |
| 9.4 | L'évérolimus | 59 |
| 9.5 | Le palbociclib..... | 59 |
| PRISE EN CHARGE | | 61 |
| 10 | Une prise en charge multidisciplinaire | 62 |
| 11 | Prise en charge des effets indésirables à l'officine | 64 |
| 11.1 | Les nausées et vomissements | 64 |
| 11.1.1 | Conseils du pharmacien | 67 |
| 11.2 | Les mucites..... | 68 |
| 11.2.1 | Conseils du pharmacien | 69 |
| 11.2.2 | Complications des mucites..... | 71 |
| 11.3 | Les troubles gastro-intestinaux..... | 71 |
| 11.3.1 | La diarrhée..... | 71 |
| 11.3.2 | La constipation | 72 |
| 11.4 | Les troubles cutanés..... | 73 |
| 11.4.1 | Liés à la radiothérapie | 73 |

| | | |
|---|--|------------|
| 11.4.2 | Syndrome main-pied..... | 76 |
| 11.4.3 | Cicatrisation | 78 |
| 11.5 | L’Alopécie..... | 79 |
| 11.5.1 | La prothèse capillaire | 81 |
| 11.6 | Toxicité unguéale | 85 |
| 11.7 | Le lymphœdème | 87 |
| 11.8 | Les troubles hématologiques | 89 |
| 11.8.1 | Neutropénie | 89 |
| 11.8.2 | Anémie | 91 |
| 11.9 | Les troubles sexuels et gynécologiques | 92 |
| LES PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES | | 95 |
| 12 | La réglementation | 96 |
| 12.1 | La prescription | 96 |
| 12.2 | Les indications..... | 96 |
| 12.3 | Le remboursement..... | 97 |
| 12.4 | Le renouvellement | 97 |
| 12.5 | Formation des professionnels délivrant les prothèses mammaires externes..... | 98 |
| 13 | Les différents types de prothèses mammaires externes | 99 |
| 13.1 | Les prothèses externes transitoires en textile non adhérentes | 99 |
| 13.2 | Les prothèses externes en silicone | 99 |
| 14 | Délivrance des prothèses mammaires externes – Exemple avec la gamme AMOENA® | 100 |
| 14.1 | Le laboratoire Amoena® | 100 |
| 14.2 | Les prothèses mammaires externes évolutives..... | 100 |
| 14.3 | Les prothèses mammaires externes transitoires | 101 |
| 14.4 | Les compléments mammaires | 102 |
| 14.5 | Les prothèses mammaires externes totales | 103 |
| 14.6 | L’entretien des prothèses mammaires externes | 107 |
| 14.7 | Lingerie et accessoires | 107 |
| 14.7.1 | Choix du soutien-gorge adapté..... | 107 |
| 14.7.2 | Accessoires..... | 109 |
| 14.8 | L’application..... | 111 |
| 14.8.1 | Le local | 111 |
| 14.8.2 | La prise de rendez-vous | 111 |
| 14.8.3 | Le choix de la prothèse | 112 |
| 14.8.4 | L’essayage | 113 |
| TEMOIGNAGES ET ACTIONS MISES EN ŒUVRE A LA PHARMACIE | | 114 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 15 | Exemple de cas concrets à la pharmacie | 115 |
| 15.1 | Actions mises en œuvre à la pharmacie de la Marine | 115 |
| 15.2 | Questionnaires patientes | 116 |
| 15.2.1 | Témoignage 1 | 116 |
| 15.2.2 | Témoignage 2 | 119 |
| 15.2.3 | Témoignage 3 | 122 |
| 15.2.4 | Témoignage 4 | 126 |
| 15.2.5 | Conclusion des différents témoignages | 129 |
| | CONCLUSION | 131 |
| | ANNEXES | 132 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 149 |
| | SERMENT DE GALIEN | 160 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 - Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein, Institut National du Cancer, INCa..... | 26 |
| Figure 2 - Taux d'incidence (à gauche) et de mortalité (à droite) par cancer du sein à l'échelle départementale, INCa. | 26 |
| Figure 3 - Anatomie du sein, INCa..... | 27 |
| Figure 4- Les ganglions lymphatiques du sein, INCa..... | 27 |
| Figure 5 - Campagne de sensibilisation sur les symptômes du cancer du sein, Worldwide Breast Cancer. | 29 |
| Figure 6 - Autopalpation des seins, Cancerdusein.org | 29 |
| Figure 7 - Evolution du taux de participation au dépistage organisé par région, INVS. | 34 |
| Figure 8- Evolution du taux de participation au dépistage organisé par âge, INVS..... | 35 |
| Figure 9- Cancer canalaire in situ et infiltrant, INCa..... | 38 |
| Figure 10- La chirurgie mammaire conservatrice, INCa. | 39 |
| Figure 11- Mastectomie totale, INCa..... | 40 |
| Figure 12- Mastectomie radicale modifiée, INCa..... | 40 |
| Figure 13 - Mécanismes du lymphœdème, Thuasne 2018. | 43 |
| Figure 14 - Lymphœdème du membre supérieur, Thuasne 2018. | 43 |
| Figure 15- Lymphœdème compliqué d'un érysipèle, Thuasne 2018. | 43 |
| Figure 16 - Technique d'expansion tissulaire, INCa..... | 45 |
| Figure 17 - Système BRAVA, Centre Nantais de chirurgie plastique..... | 46 |
| Figure 18- Reconstruction par lambeau du grand dorsal, DIEP asso. | 47 |
| Figure 19 - Avant/après reconstruction par technique du grand dorsal, Dr Derhy..... | 47 |
| Figure 20- Reconstruction par lambeau du muscle grand droit, DIEP asso. | 48 |
| Figure 21- Reconstruction du lambeau DIEP, DIEP asso. | 48 |
| Figure 22 - Avant/après reconstruction par technique DIEP, Dr Derhy..... | 49 |
| Figure 23 - Suivi du cancer en médecine générale, étude VICAN5..... | 62 |
| Figure 24 - Contact avec les associations de malades depuis le diagnostic de cancer, étude VICAN5..... | 64 |
| Figure 25 - Sévérité de la mucite orale, grades NCI-CTC et OMS. | 68 |
| Figure 26 - prise en charge des mucites en fonction du grade OMS – AFSOS..... | 69 |
| Figure 27 - Dermites de grade I. | 75 |

Figure 28 - Dermite de grade II. Figure 29 - Dermite de grade III.

75

| | |
|--|-----|
| Figure 30 - Mesures curatives des toxicités cutanées - AFSOS..... | 76 |
| Figure 31- Illustrations du syndrome main pied..... | 77 |
| Figure 32 - Comment nouer son foulard, INCa..... | 81 |
| Figure 33 - Remboursement des prothèses capillaires et accessoires, INCa..... | 82 |
| Figure 34 - Comment mettre sa perruque, INCa. | 84 |
| Figure 35 - Paronychie, la presse médicale volume 43. | 86 |
| Figure 36 - Effets du bandage réducteur chez une patiente présentant un lymphœdème, Thuasne 2018..... | 88 |
| Figure 37 - Mobiderm autofit® Thuasne® Figure 38 - Manchon et gant de contention Thuasne® | 89 |
| Figure 39 - Utilisation des ASE au cas par cas, The Oncologist - Aapro et al, 2007..... | 91 |
| Figure 40 - Application de la prothèse évolutive Amoena PurFit®..... | 101 |
| Figure 41 - Prothèse mammaire externe évolutive, Amoena PurFit® | 101 |
| Figure 42 - Prothèse mammaire externe transitoire, modèle Priform®, Amoena..... | 101 |
| Figure 43 - Compléments mammaires de la gamme Amoena®. (De droite à gauche ; Delta, Oval, Varia) | 102 |
| Figure 44 - Prothèse mammaire externe standard, modèle Essential, Amoena®. | 104 |
| Figure 45 - Prothèse mammaire externe technique, modèle Energy®, Amoena®. | 104 |
| Figure 46- Prothèse mammaire externe technique, modèle Natura®, Amoena®..... | 105 |
| Figure 47- Prothèse mammaire externe adhésive, modèle Contact®, Amoena®..... | 106 |
| Figure 48 - Soutien-gorge postopératoire, Amoena®. | 108 |
| Figure 49 - Soutien-gorge adapté pour prothèse mammaire, Amoena®..... | 108 |
| Figure 50 - Soutien-gorge de compression..... | 109 |
| Figure 51 - Mamelons Amoena® contact. | 109 |
| Figure 52 - Prothèse Aqua wave swimform, Amoena®. | 110 |
| Figure 53 - Prothèse Leisure form, Amoena®. | 110 |
| Figure 54 - Choix d'une prothèse, Amoena®..... | 113 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|-----|
| Tableau 1 - Déterminer le grade du cancer..... | 31 |
| Tableau 2- Taux de participation au programme de dépistage organisé, INVS..... | 34 |
| Tableau 3 - Recommandations de l'ESMO pour la prise en charge des nausées et vomissements chimio-induits..... | 66 |
| Tableau 4 - Equivalence de posologies entre différents corticoïdes..... | 66 |
| Tableau 5 - Grade des neutropénies selon l'OMS..... | 90 |
| Tableau 6 - Trouver la bonne taille de complément mammaire (Amoena®)..... | 103 |

LISTE DES ABREVIATIONS

- 5-FU : *5-Fluoro-Uracile*
- AFSOS : *Association Francophone des Soins Oncologiques de Support*
- AME : *Aide Médicale d'Etat*
- AMM : *Autorisation de Mise sur le Marché*
- ANSM : *Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé*
- ASE : *Agents Stimulants l'Erythropoïèse*
- AVML : *Association Vivre Mieux avec le Lymphœdème*
- CCIS : *Carcinomes Canalaires In Situ*
- CeRiCa : *Centre de Rencontre et d'Information sur le Cancer*
- CIRC : *Centre International de Recherche en Cancérologie*
- CMU : *Couverture Maladie Universelle*
- DAB : *Différence d'Arrondi de Bonnet*
- DIEP : *Deep Inferior Epigastric Perforator*
- EGFR : *Epidermal Growth Factor*
- ESMO : *European Society for Medical Oncology*
- FEC : *5-Fluoro-uracile, Epirubicine, Cyclophosphamide*
- G-CSF : *Granulocyte Colony-Stimulating Factor*
- HAS : *Haute Autorité de Santé*
- IGAP : *Inferior Gluteal Artery Perforator*
- INCa : *Institut National du Cancer*
- INVS : *Institut de Veille Sanitaire*
- IRM : *Imagerie par Résonance Magnétique*
- LAGC : *Lymphome Anaplasique à Grandes Cellules*
- LH-RH : *Luteinizing Hormone Releasing Hormone*
- LPP : *Liste des Produits et Prestations remboursables par l'assurance maladie*
- OMEDIT : *Observatoire du MÉdicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation
Thérapeutique*
- OMS : *Organisation Mondiale de la Santé*
- PAP : *Profunda Artery Perforator*
- PNN : *PolyNucléaires Neutrophiles*
- PPAC : *Programme Personnalisé de l'Après Cancer*

PPS : *Programme Personnalisé de Soins*

RCP : *Réunion de Concertation Pluridisciplinaire*

SERD : *Selective Estrogen Receptor Degradation*

SERMs : *Selective Estrogen Receptor Modulators*

SGAP : *Superior Gluteal Artery Perforator*

TNM : *Tumor, Nodes, Metastasis*

TRAM : *Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap*

TTC : *Toutes Taxes Comprises*

VIH : *Virus de l'Immunodéficience Humaine*

LISTE DES ANNEXES

| | |
|---|-----|
| Annexe 1 – Modèle de fiche RCP patient | 133 |
| Annexe 2 – Modèle de fiche RCP professionnels | 135 |
| Annexe 3 – Programme personnalisé de soin..... | 138 |
| Annexe 4 – Fiche informative activité physique adaptée..... | 141 |
| Annexe 5 – Fiche information nutritionnelle mucite..... | 142 |
| Annexe 6 - Evaluation d'une prothèse capillaire..... | 143 |
| Annexe 7 –Prise de mesures manchons et gants (Thuasne®)..... | 144 |
| Annexe 8 – Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe | 145 |
| Annexe 9 – Trouver la bonne taille de prothèse..... | 146 |
| Annexe 10 – Entretien d'une prothèse contact..... | 147 |
| Annexe 11 – Prise de mesure soutien-gorge | 148 |
| Annexe 12 – Fiche patient sur l'Aromasine® de l'OMEDIT | 149 |

INTRODUCTION

En France, environ 54 000 nouveaux cas de cancer du sein ont été détectés en 2015. Au cours de sa vie près d'une femme sur neuf sera concernée par cette maladie, le risque augmentant avec l'âge. Cette pathologie représente 12 000 décès estimés par an. (INVS, 2017)

Grâce à un dépistage efficace l'incidence et le taux de mortalité de cette pathologie ont diminué de 1.5% entre 2005 et 2012. Seulement, aujourd'hui uniquement une femme sur deux réalise ce dépistage. (INVS, 2017)

Une fois ce long parcours de soin terminé, les patientes se retrouvent souvent « seules » après leurs nombreux rendez-vous médicaux et les soins hospitaliers. C'est face à ce constat que j'ai souhaité réaliser mon travail de thèse, afin d'étudier le rôle qu'a ou que pourrait avoir le pharmacien.

En effet, le pharmacien est le professionnel de santé le plus facilement accessible et c'est pourquoi il a un rôle important dans la sensibilisation au dépistage et dans la promotion de la lutte contre le cancer du sein. C'est également lui qui pourra apporter des réponses aux questions des patientes sur leurs traitements et leurs effets indésirables. Et c'est encore lui qui délivrera aux patientes leurs traitements d'hormonothérapie à la fin de leurs cures de chimiothérapie. Il aura donc l'occasion de suivre les patientes tout au long de leur parcours de soin et pourra les soutenir psychologiquement.

De plus, certaines pharmacies délivrent maintenant des prothèses mammaires externes ainsi que des sous-vêtements adaptés et des accessoires capillaires.

J'ai alors voulu savoir auprès des patientes d'une officine ce qu'elles pensaient du rôle de l'équipe officinale face à leur maladie et comment améliorer leur prise en charge.

Dans une première partie nous aborderons la physiopathologie du cancer du sein ainsi que son dépistage, puis nous décrirons les différents traitements ; chirurgie, reconstruction, traitements médicamenteux et radiothérapie. Enfin nous nous intéresserons à la prise en charge des effets indésirables par le pharmacien et à la délivrance des prothèses mammaires externes en nous appuyant sur différents témoignages de patientes.

LE CANCER DU SEIN

1 Epidémiologie

Le cancer du sein est le deuxième cancer le plus fréquent en France et le cancer le plus fréquent chez la femme. C'est aussi la maladie représentant la première cause de mortalité par cancer chez les femmes en France. (INVS, 2017.)

Entre 2005 et 2012 l'incidence et le taux de mortalité du cancer du sein ont diminué de 1,5% par an. On note que certains départements sont exposés à des plus forts taux d'incidence et de mortalité surtout dans le nord de la France.

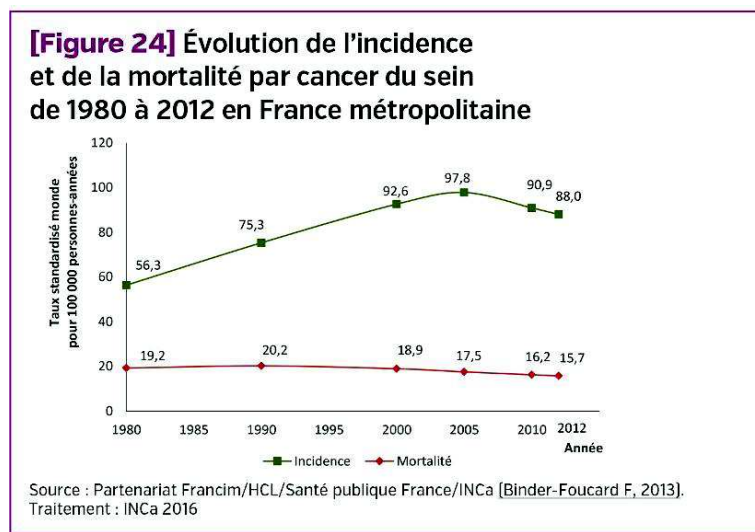


Figure 1 - Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein, Institut National du Cancer, INCa.

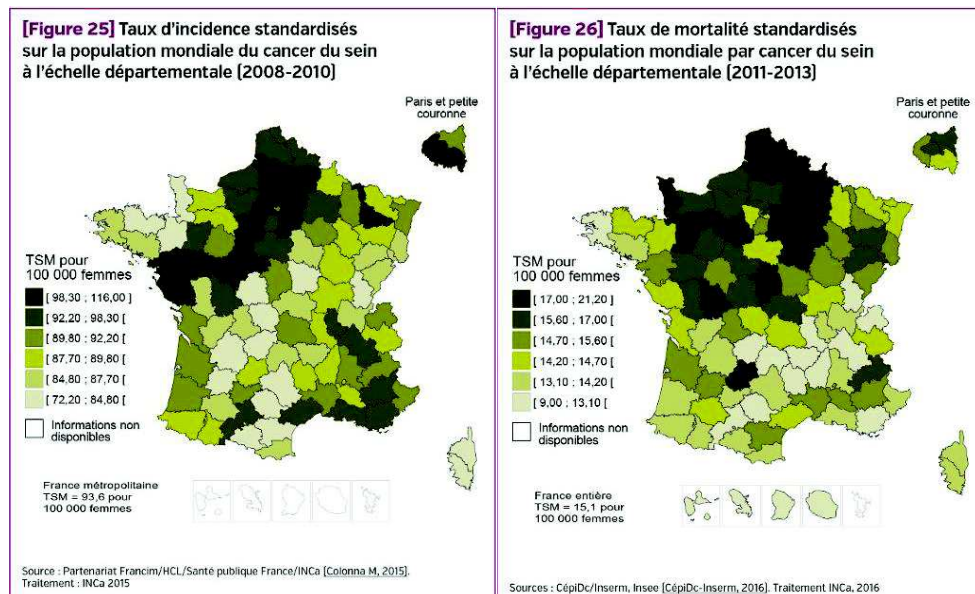


Figure 2 - Taux d'incidence (à gauche) et de mortalité (à droite) par cancer du sein à l'échelle départementale, INCa.

2 Rappels de la pathologie

2.1 Anatomie du sein

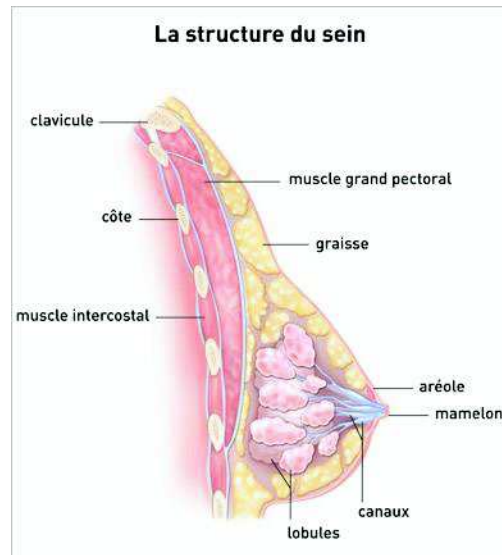


Figure 3 - Anatomie du sein, INCa

Le sein est constitué de plusieurs compartiments de tissus graisseux lui donnant sa forme. Chacun de ces compartiments est composé de lobules produisant le lait et de canaux galactophores transportant le lait vers le mamelon.

Le sein est parcouru par des vaisseaux sanguins et lymphatiques se drainant dans les ganglions lymphatiques axillaires (au nombre de 30 à 50 par aisselle), sus et sous claviculaires et dans les ganglions mammaires internes. Ces ganglions filtrent la lymphe et aident le corps à lutter contre les infections.

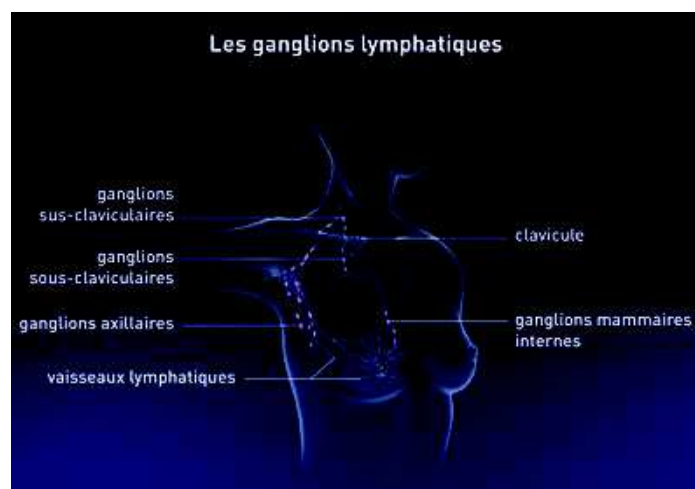


Figure 4- Les ganglions lymphatiques du sein, INCa

Pendant la puberté les œstrogènes fabriqués par les ovaires vont permettre le développement des seins, la progestérone a un rôle sur la différenciation des cellules du sein et sur le cycle menstruel.

2.2 Les facteurs de risque

L'âge : (Sun et al, 2017)

- Près de 80% des cancers du sein se développent après 50 ans
- L'âge précoce des premières règles
- L'âge tardif d'une ménopause (après 55 ans) et certains traitements hormonaux substitutifs
- L'âge tardif d'une première grossesse ainsi que la durée de l'allaitement.

Certaines habitudes de vie telles que la consommation d'alcool, le surpoids après la ménopause et le manque d'activité physique (Nkondjock et Parviz, 2005) peuvent avoir une influence sur le développement d'un cancer du sein.

D'autres facteurs de risque tels que des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, de l'ovaire et/ou de l'endomètre ou certaines affections du sein (hyperplasie atypique ou affection proliférative bénigne), une densité mammographique supérieure à 50% peuvent favoriser la survenue d'un cancer du sein. (Nkondjock et Parviz, 2005)

Des antécédents personnels d'exposition aux radiations ionisantes avant l'âge de 30 ans sont susceptibles d'accroître ce risque.

Après la ménopause environ 53% des cancers du sein sont dus à des facteurs liés au comportement, dont 14% à la prise d'un traitement hormonal substitutif, 10% à une alimentation déséquilibrée, 6% à la consommation d'alcool, 5% à un surpoids à l'âge adulte et 17% à un sous-poids à la puberté. (Dartois et al, 2016)

Enfin, l'allaitement (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002) et la pratique d'une activité physique (Lacey et al, 2009) sont reconnus pour amoindrir le cancer du sein après la ménopause.

L'arrêt du tabac réduit les risques de complications chirurgicales et de toxicités radio-induites, de second cancer et a un impact sur la survie spécifique et globale.

2.3 Symptômes

L'apparition d'une grosseur dans le sein ou au niveau de l'aisselle, en général non douloureuse et donnant l'impression d'être « fixée » dans le sein ou l'aisselle.

Une modification de l'apparence du sein : rétraction, rougeur, œdème, aspect de peau d'orange, changement de forme. Aussi bien qu'une modification de l'apparence du mamelon ou de l'aréole ; rétraction, changement de coloration, suintement, écoulement, changement de forme. (INCa)



Figure 5 - Campagne de sensibilisation sur les symptômes du cancer du sein, Worldwide Breast Cancer.

L'auto-examen des seins constitue un atout de plus mais ne substitue pas à la visite annuelle chez le gynécologue. L'autopalpation devra être réalisée une fois par mois, à la même période quelques jours après les règles.

Tout d'abord il faut inspecter les deux seins et vérifier qu'il n'y a rien d'anormal, puis avec les 3 doigts de la main gauche palpez le sein droit en commençant par la partie externe en effectuant de petits cercles pour chercher une grosseur/ une induration, à la fin il faudra presser le mamelon afin de vérifier qu'aucun écoulement ne se produit. Puis on répètera la même chose sur le sein gauche.

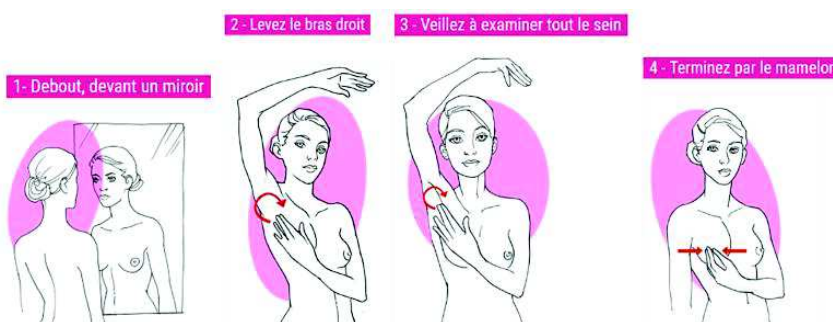


Figure 6 - Autopalpation des seins, Cancerdusein.org

2.4 Les stades du cancer

Selon la classification TNM (Tumor, Nodes, Metastasis) il faut prendre en compte 3 critères ; la taille et l'infiltration de la tumeur, l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques et la présence ou non de métastases.

- La taille et l'infiltration : quand les cellules cancéreuses se forment elles créent une tumeur au niveau des canaux ou des lobules du sein, c'est ce qu'on nomme carcinome *in situ*. Puis, la tumeur peut traverser la membrane basale du canal ou du lobule pour devenir infiltrante ou invasive.
- L'atteinte ou non des ganglions lymphatiques, leur nombre et leur emplacement. Les cellules cancéreuses peuvent se multiplier ailleurs, les ganglions lymphatiques axillaires sont souvent les premiers touchés. Le médecin doit alors examiner la patiente pour rechercher des ganglions anormaux. Afin de déterminer si les ganglions contiennent des cellules cancéreuses il faut les prélever pour les analyser au microscope. Si les ganglions sont atteints cela signifie que la pathologie a atteint un degré de propagation plus avancé.
- La présence ou non de métastases. Les cellules cancéreuses peuvent envahir d'autres organes comme le foie, les poumons et les os qui sont les plus touchés lors d'un cancer du sein.

En fonction des examens réalisés une annotation par lettre ou chiffre est apposée pour T, N ou M : (on utilisera la lettre x lorsqu'on ne pourra pas évaluer un des paramètres)

- Tx à T4 pour la taille de la tumeur
- Nx à N3 pour le degré d'envahissement des ganglions
- Mx, M0 et M1 pour la présence ou non de métastase à distance

Le stade du cancer du sein est alors exprimé par un chiffre romain allant de 0 à IV. (Sobin et al. 2009)

2.5 Les grades du cancer

C'est l'examen anatomopathologique qui permettra d'évaluer le type de cancer et de définir son grade. On évalue alors trois paramètres ; l'architecture tumorale, la forme et la taille du noyau de la cellule ainsi que l'activité mitotique. La cellule cancéreuse perd peu à

peu sa fonction d'origine, se développe plus rapidement et finit par changer d'apparence, elle devient alors indifférenciée et donc plus agressive.

Tableau 1 - Déterminer le grade du cancer.

| Critère | Note 1 | Note 3 |
|--------------------|--|--|
| Architecture | La tumeur contient beaucoup de structures bien formées | La tumeur contient peu ou pas de structures bien formées |
| Noyau | Les noyaux sont petits et uniformes | Les noyaux sont gros et leur taille et forme varient |
| Activité mitotique | Faible nombre de mitoses | Important nombre de mitoses |

Le grade du cancer correspond à la somme des notes obtenues pour chacun des trois critères, on obtient alors un score allant de I à III (selon Elston- Ellis).

Pour des notes allant de 3 à 5 on parlera de grade I, pour des notes allant de 6 à 7 on parlera de grade II enfin, pour des notes allant de 8 à 9 on parlera de grade III.

Plus le grade sera élevé plus les tumeurs seront agressives.

3 Prévention/ dépistage en France

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, et est responsable de 18.2% des décès féminins par cancer. (INCa)

Lorsque le cancer est détecté à un stade précoce (0, I ou II), les chances de survies à 5 ans sont supérieures à 95%. (INVS, 2017)

Le dépistage est donc nécessaire pour prendre en charge précocement cette pathologie.

3.1 Recommandations sur la prévention et le dépistage

A partir de 25 ans : examen clinique des seins (observation et palpation) tous les ans.

Entre 50-74ans : examen clinique des seins et mammographie de dépistage tous les deux ans lors du programme national.

Après 74 ans : question du dépistage examinée au cas par cas avec un médecin.

(HAS, 2015)

3.2 Le programme de dépistage organisé

Instauré au début de l'année 2004, ce programme de dépistage organisé cible les femmes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen, c'est-à-dire sans symptôme apparent ou facteur de risque particulier.

Tous les deux ans, ces femmes reçoivent un courrier d'invitation qui les invite à se rendre chez un radiologue agréé afin de réaliser une mammographie et un examen clinique des seins. Ce rendez-vous est pris en charge à 100% par l'assurance maladie, sans avance de frais.

Si aucune anomalie n'est détectée, une double lecture de la mammographie est toujours effectuée par un second radiologue.

Dans le cas où une anomalie serait décelée le radiologue effectue immédiatement un bilan diagnostique.

Ne sont donc pas éligibles au programme de dépistage organisé : (HAS, 2015)

- Les femmes à risque élevé (antécédent personnel de cancer du sein, image anormale lors de la dernière mammographie ; existence d'une néoplasie lobulaire ; existence d'une hyperplasie épithéliale atypique) ont pour recommandation d'effectuer une mammographie annuelle.
- Les femmes à risque très élevé (forme héréditaire de cancer du sein, présence de mutations génétiques, notamment BRCA1 et BRCA2) sont orientées vers une consultation d'oncogénétique. Si le risque très élevé est avéré une surveillance par mammographie, échographie et Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est alors mise en place.

La question d'abaisser l'âge du dépistage en dessous de 50 ans est en cours d'évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS). La densité plus élevée des seins, plus sensibles aux

rayonnements rend plus difficile l'interprétation des clichés, cela pourrait donc amener des sur-diagnostic et des actes invasifs inutiles.

Cette mammographie de dépistage peut également être réalisée en dehors du programme national de dépistage organisé, on parle alors de dépistage individuel. Cependant la participation au programme de dépistage organisé permet de bénéficier de garanties supérieures en termes de qualité : (Assurance Maladie, 2018)

- Invitation systématique des femmes de la tranche d'âge ciblée et prise en charge à 100 % par l'assurance maladie en tiers payant ;
- Examen clinique des seins ;
- Seconde lecture systématique des mammographies par un deuxième radiologue indépendant du premier (environ 6 % des cancers dépistés sont détectés en seconde lecture) ;
- Agrément et formation spécifique des radiologues ;
- Bilan diagnostique immédiat en cas de mammographie positive, pour minimiser le délai d'une éventuelle prise en charge et éviter une attente angoissante ;
- Evaluations épidémiologique, technique et organisationnelle du programme.

3.3 Quelques chiffres sur le dépistage

En 2016, le taux de participation à ce dépistage était de 50.7 % (contre 51.5 % en 2015). A cette participation il convient d'ajouter environ 10% de femmes qui réalisent des mammographies de dépistage dans le cadre d'une démarche individuelle. (HAS, 2014)

On observe certaines disparités régionales, certaines des régions présentent des taux supérieurs à 60 % d'autres à moins de 40 %.

Exemples de taux de participation au dépistage organisé pour l'année 2015-2016 (INVS) ;

- 29.6% en Guyane
- 36.1% en Corse
- 39.6% en Ile-de-France
- 57.4% en Normandie
- 60.5% en Pays de la Loire

Pour rappel l'objectif européen est de 70%. (INCa)

Après une progression régulière depuis 2004, le taux de participation au programme de dépistage stagne depuis 2008.

Tableau 2- Taux de participation au programme de dépistage organisé, INVS.

| Année | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Taux de participation (%) | 40,2 | 44,8 | 49,3 | 50,8 | 52,5 | 52,3 | 52,0 | 52,7 | 52,7 | 51,6 | 52,1 | 51,5 | 50,7 |

Evolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, par région
Période 2005 à 2016

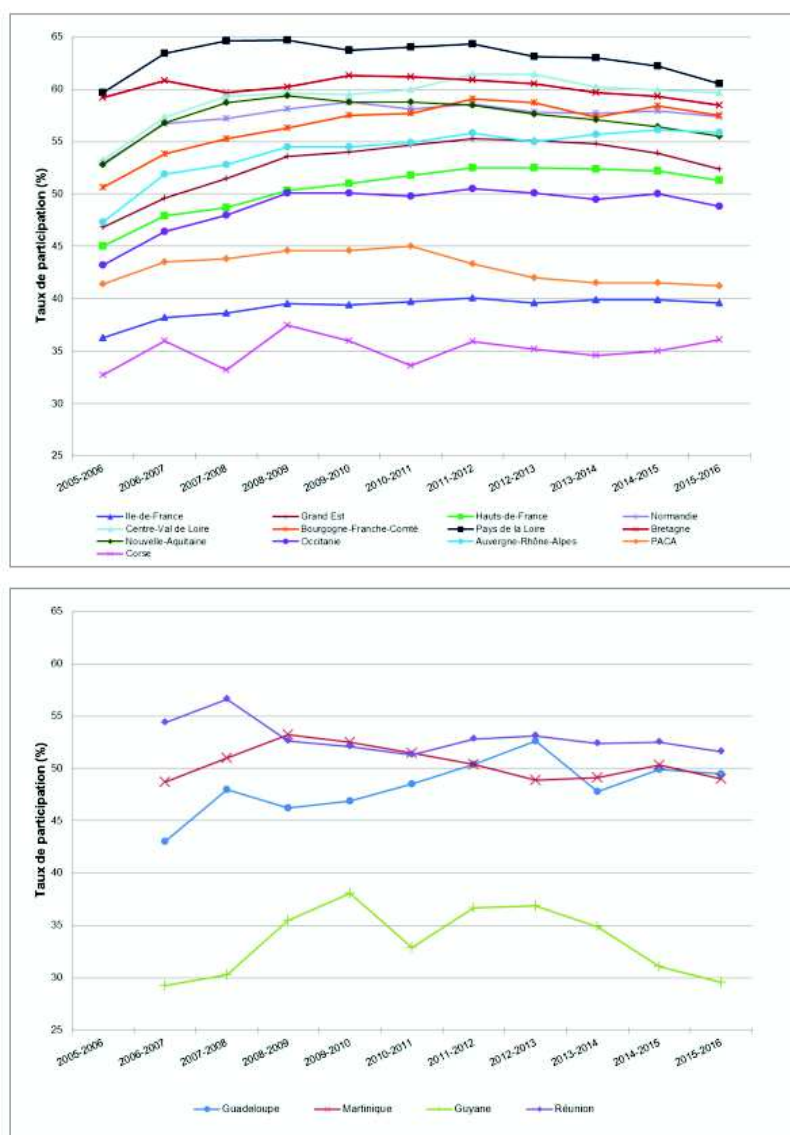
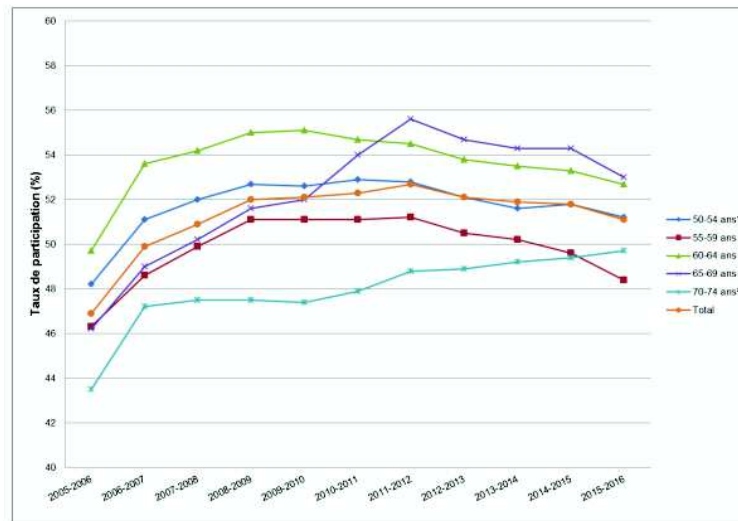


Figure 7 - Evolution du taux de participation au dépistage organisé par région, INVS.

Evolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, par âge
Période 2005 à 2016



¹ Les femmes de < 50 ans sont incluses dans cette tranche d'âge.
² Les femmes de > 74 ans sont incluses dans cette tranche d'âge.

Figure 8- Evolution du taux de participation au dépistage organisé par âge, INVS.

Les femmes des classes d'âge 60-64 ans et 65-69 ans sont celles participant le plus au dépistage organisé mais ce taux est en baisse depuis les années 2011-2012.

Entre 2013 et 2014 le programme de dépistage organisé a permis de détecter 14.8% des cas, ainsi près de 36 889 cancers ont été détectés par le programme au niveau national, soit environ 60% des cas incidents annuels de cancer du sein en France. (INVS, 2017)

La réduction de la mortalité due au programme de dépistage organisé est estimée entre 15 et 21%. Grâce à ce programme 150 à 300 décès par cancer du sein sont évités pour 100 000 femmes participant de manière régulière pendant 7 à 10 ans. (Gøtzsche et Jørgensen, 2013).

Les résultats de l'évaluation du Centre International de Recherche en Cancérologie (CIRC) permettent de prouver l'efficacité du dépistage par mammographie. La réduction de la mortalité par cancer du sein est suffisante pour les femmes de 50 à 74 ans, ce qui justifie le programme en place en France.

TRAITEMENTS ET RECONSTRUCTION

4 Choix du traitement

Chaque cas étant particulier et nécessitant un traitement spécifique, une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est nécessaire afin de mettre en place un programme personnalisé de soins (PPS).

Le but de cette RCP est d'améliorer la prise en charge du patient, de faciliter les échanges et les partages d'informations entre professionnels afin de mieux appréhender le parcours de santé du patient.

(Annexe 1 – fiche RCP patient) (Annexe 2 – fiche RCP professionnels)

Le traitement s'organise autour de la chirurgie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, les thérapies ciblées et la chimiothérapie.

Suite à la mesure 18 du Plan Cancer 2009-2013, un PPS est remis à tous les malades juste après le dispositif d'annonce.

Le PPS comporte un volet social permettant de mettre en œuvre un accompagnement social face aux difficultés rencontrées par le patient. Une fois les traitements hospitaliers terminés le PPS est relayé par le programme personnalisé de l'après cancer (PPAC).

Le PPS constitue une norme qualité obligatoire dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé à pratiquer la cancérologie. Il contient 2 volets :

- Volet soins : contenant la proposition thérapeutique acceptée par le patient ainsi que les bilans prévus, propositions de la RCP, compte-rendu etc.
- Volet social : contenant les coordonnées de l'assistante sociale, le bilan social réalisé, les mesures entreprises dans le cadre de l'après-cancer (retour à l'emploi) etc.

(Annexe 3, programme personnalisé de soin)

4.1 Les adénocarcinomes *in situ*

On parle de carcinome *in situ* lorsque les cellules cancéreuses restent à l'intérieur des lobules ou des canaux sans franchir la membrane basale. La plupart des cancers *in situ* sont des carcinomes canaux *in situ* (CCIS).

Le traitement du CCIS est la chirurgie et parfois l'exérèse du ganglion sentinelle si le carcinome est étendu ou palpable

4.2 Les adénocarcinomes infiltrants

Lorsque les cellules cancéreuses ont infiltré le tissu entourant les canaux et les lobules on parle alors de cancer infiltrant, ils sont le plus souvent canaux.

- Cancer infiltrant non métastatique : traitement par chirurgie et exérèse du ganglion sentinelle ou curage ganglionnaire selon les cas.
- Cancer infiltrant métastatique : certaines cellules cancéreuses de la tumeur primaire se sont multipliées et ont migrées par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques pour former de nouvelles tumeurs (os, poumons, foie...). Dans ce cas le traitement repose sur la chimiothérapie ou thérapie ciblée et/ou hormonothérapie. La chirurgie et la radiothérapie peuvent être associées suivant les cas.

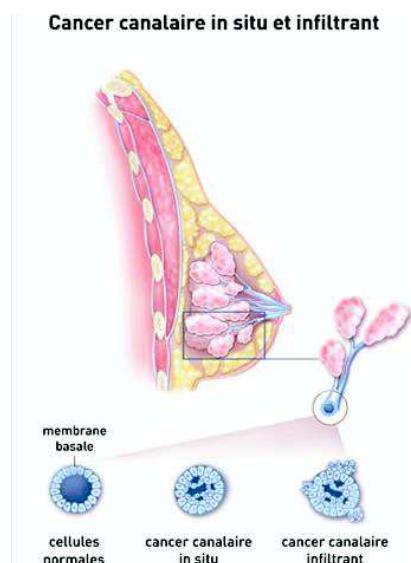


Figure 9- Cancer canalaire in situ et infiltrant, INCa.

5 Chirurgie

C'est le traitement de base du cancer du sein. La tumeur est totalement enlevée pour être analysée.

5.1 Chirurgie mammaire conservatrice

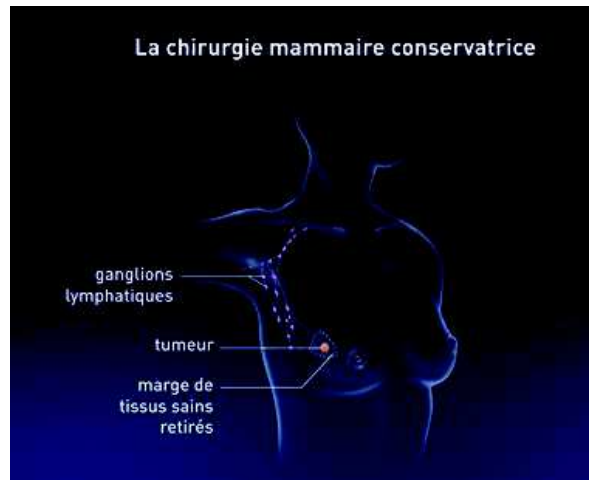


Figure 10- La chirurgie mammaire conservatrice, INCa.

Cette chirurgie permet de conserver la plus grande partie du sein. Deux types de chirurgie conservatrice existent : la tumorectomie (ou zonectomie si la lésion est non palpable) et la quadrantectomie pour des lésions plus étendues (ou mastectomie segmentaire).

La chirurgie conservatrice est proposée dès lors que la taille de la tumeur est suffisamment petite par rapport à la taille du sein, de façon à réaliser une exérèse complète avec une marge de tissus sains autour et à assurer un résultat esthétique satisfaisant.

Si la tumeur est trop volumineuse, une chimiothérapie néoadjuvante sera réalisée avant la chirurgie pour réduire la taille de la tumeur.

Après l'intervention, une analyse des tissus au niveau de la marge de sécurité est réalisée, on peut retrouver des cellules cancéreuses, dans ce cas il pourra y avoir une seconde intervention.

La chirurgie conservatrice s'accompagnera toujours d'une radiothérapie. (INCa)

5.2 Chirurgie mammaire non conservatrice

Réalisée sous anesthésie générale cette intervention consiste à enlever la totalité du sein où la tumeur est présente. Il existe deux types de chirurgie mammaire non conservatrice ; la mastectomie totale (mastectomie simple) et la mastectomie radicale modifiée.

Cette chirurgie sera indiquée lorsque la tumeur est trop volumineuse, si plusieurs tumeurs existent ou si le résultat esthétique avec une chirurgie conservatrice n'est pas satisfaisant.

5.2.1 La mastectomie totale

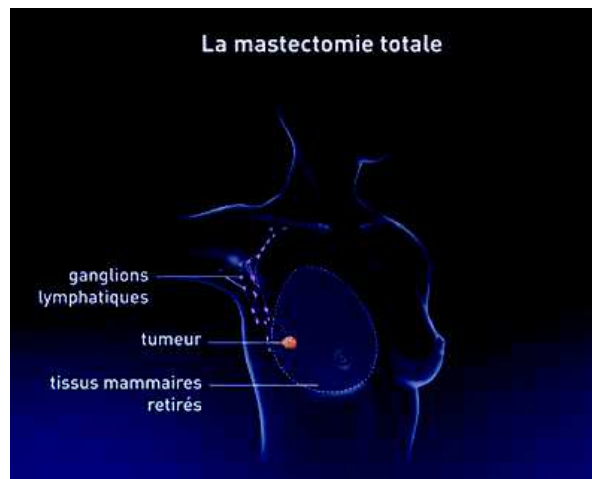


Figure 11- Mastectomie totale, INCa.

Lors d'une mastectomie totale le chirurgien enlève le sein, le mamelon ainsi que le fascia pectoral, il laisse les ganglions lymphatiques, les nerfs et les muscles du thorax.

Cette technique est indiquée lorsque le cancer est découvert à un stade précoce, *in situ* et que rien n'indique que les ganglions lymphatiques sont touchés.

5.2.2 La mastectomie radicale modifiée

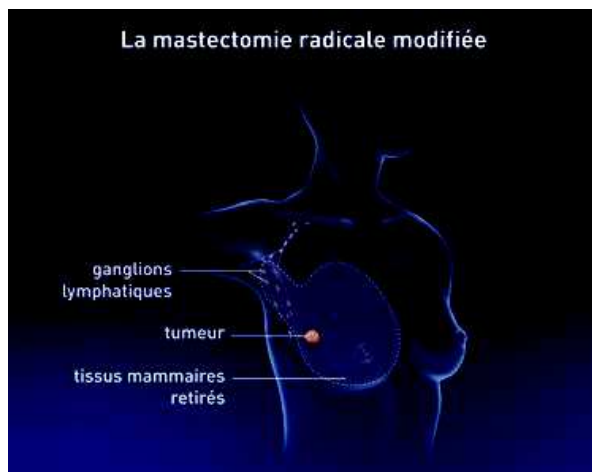


Figure 12- Mastectomie radicale modifiée, INCa.

Lors d'une mastectomie radicale modifiée le chirurgien enlève le sein, le mamelon et le fascia pectoral. Il laisse les nerfs et les muscles.

Le chirurgien procède à l'exérèse du ganglion sentinelle ou à un curage axillaire, ce qui permettra par la suite de déterminer le traitement et le degré d'extension de la maladie.

Les effets indésirables de la chirurgie ne sont pas systématiques. Les effets les plus fréquents sont des complications du curage des ganglions axillaires et des séquelles esthétiques. Des hématomes et des infections peuvent suivre l'intervention. Une impression de tension de la peau du sein et de raideur des muscles du bras et de l'épaule se rencontrent parfois par la suite. (INCa)

L'ablation d'un grand nombre de ganglions axillaires ralentit quant à elle la circulation lymphatique dans le bras, source éventuelle d'œdème. La technique du ganglion sentinelle à la place du curage axillaire permet de réduire cet effet indésirable.

5.3 Chirurgie préventive

5 à 10% des cancers du sein sont dus à une prédisposition génétique. Plus couramment les cancers héréditaires du sein sont attribuables à des altérations dans les gènes BRCA, les plus impliqués étant BRCA1 et BRCA2 qui sont normalement suppresseurs de tumeur. A titre anecdotique, nous pouvons aussi citer d'autres mutations génétiques intervenant dans la prédisposition au cancer du sein ; T53, CHEK2, ATM, PTEN, STK11.

Une femme porteuse d'une mutation BRCA1 a un risque très important de développer un cancer du sein (risque estimé entre 60 et 70% au cours de sa vie). (Revue Prescrire, 2016).

C'est pourquoi un test oncogénétique est proposé chez les patientes ayant un risque élevé d'être porteuse de mutation, suite aux résultats de ce test la patiente peut avoir recours si elle le souhaite à une chirurgie préventive suivie d'une reconstruction mammaire immédiate.

La mastectomie prophylactique, si elle est réalisée avant l'âge de 40 ans, a un bénéfice maximal. Cette chirurgie permet de réduire d'environ 95% le risque de développer un cancer du sein. (Bleret et al, 2011)

5.4 Exploration ganglionnaire

5.4.1 Exérèse du ganglion sentinelle

Cette intervention consiste à enlever le ou les ganglion(s) le(s) plus proche(s) de la tumeur pour vérifier s'ils contiennent des cellules cancéreuses ou non. L'objectif étant d'observer si la tumeur s'étend au-delà du sein et de déterminer si un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie des ganglions est nécessaire.

Une exérèse du ganglion sentinelle est indiquée en cas de tumeur de taille inférieure à 3cm et si aucune adénopathie maligne n'est détectée. (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens, 2010.)

Le chirurgien injecte un produit (colorant bleu patenté ou produit radioactif) au voisinage de la tumeur. Dès qu'un ou plusieurs ganglions sentinelles ont été repéré(s) le praticien les retire en réalisant une incision, ils sont alors envoyés pour être analysés par un anatomopathologiste. Si les ganglions sont atteints, un curage axillaire sera programmé.

5.4.2 Curage ganglionnaire

Le curage a pour but d'enlever toutes les cellules cancéreuses ayant pu se multiplier jusqu'aux ganglions lymphatiques et donc de réduire le risque de récurrence.

Il n'est pas nécessaire de retirer tous les ganglions de l'aisselle, en moyenne, 8 à 10 ganglions sont retirés afin d'être analysés. (INCa)

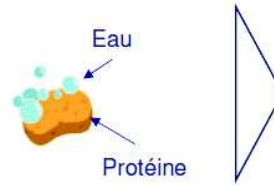
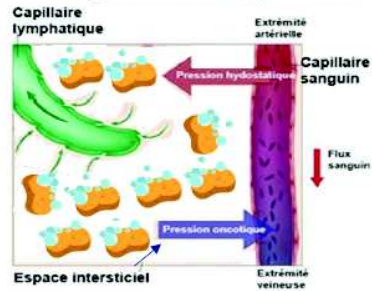
Suite à l'intervention l'effet secondaire le plus connu est le lymphœdème du membre supérieur. Très rapidement après le curage des séances de kinésithérapie seront essentielles pour retrouver un fonctionnement normal du bras et de l'épaule.

5.5 Lymphœdème

Il peut survenir quelques semaines après le curage axillaire ou des mois parfois même plusieurs années après. Le risque augmentant avec le nombre de ganglions retirés et la réalisation d'une radiothérapie au niveau de l'aisselle.

La lymphe a pour mission de drainer et d'éliminer l'excédent de liquide et les déchets de nos cellules, elle protège l'organisme contre les infections et transporte les cellules dans le corps. Le corps humain transporte 1 à 2 litres de lymphe par jour via le système lymphatique, cette circulation résulte des mouvements du corps, de la contraction des muscles et des fibres lisses des parois vaisseaux lymphatiques.

Echanges entre capillaires



L'excès de protéines dans le compartiment extracellulaire attire l'eau=> gonflement du membre.

Figure 13 - Mécanismes du lymphœdème, Thuasne 2018.

La circulation lymphatique alors ralentie ou complètement bloquée provoque un gonflement du membre supérieur. Ce gonflement commence d'abord par la main ou l'avant-bras puis l'œdème remonte le long du bras. D'autres signes sont évocateurs ; sensation de lourdeur, aspect de la peau différent, difficulté à la mobilité.



Figure 14 - Lymphœdème du membre supérieur, Thuasne 2018.

Le diagnostic est confirmé s'il y a une différence de 2cm au moins entre la circonférence des deux bras, poignets et mains. (AFSOS, 2014)

Le lymphœdème peut parfois se compliquer par un érysipèle, une infection de la peau causée la plupart du temps par un streptocoque. Cet érysipèle provoque une inflammation aiguë et de la fièvre, c'est une urgence médicale.



Figure 15- Lymphœdème compliqué d'un érysipèle, Thuasne 2018.

5.6 Reconstruction mammaire

La reconstruction fait partie intégrante de la prise en charge de la maladie, en particulier après une chirurgie mammaire non conservatrice. Prise en charge à 100 % dans le cadre de l'affection longue durée sur la base de tarif de l'assurance maladie, elle vise à limiter les retentissements psychosocial et physique de la mastectomie.

Depuis 2014 dans le cadre du Plan cancer 2014-2019, les tarifs de remboursement de six actes de reconstruction mammaire ont été revalorisés. L'assurance maladie prend aussi en charge des actes de symétrisation mammaire (mastoplastie unilatérale de réduction ou d'augmentation avec la pose d'un implant)

La reconstruction peut être réalisée en même temps que la chirurgie non conservatrice, on parlera de reconstruction immédiate. La plupart du temps elle est réalisée après la fin des traitements au cours d'une nouvelle intervention, on parlera de reconstruction différée ou secondaire.

La patiente ayant subi une chirurgie conservatrice pourra elle aussi prétendre à une reconstruction mammaire si le résultat esthétique ne la satisfait pas.

Il existe plusieurs méthodes de reconstruction et quelle que soit celle retenue il faudra alors réaliser deux ou trois interventions espacées de trois à six mois. La première intervention permettra de reconstruire le volume du sein, la seconde à harmoniser les deux seins et la troisième à redessiner la zone de l'aréole et du mamelon.

5.7 Reconstruction par prothèse interne

La technique de la prothèse interne ou implant mammaire nécessite une bonne qualité de peau et donc elle ne sera pas proposée aux femmes ayant subi ou qui subiront une radiothérapie au sein ou au thorax.

Cette reconstruction ne crée pas de cicatrice supplémentaire car la prothèse est introduite par la cicatrice de la chirurgie mammaire non conservatrice. Elle est donc moins invasive mais peut donner un résultat « figé », et si les seins sont volumineux, une chirurgie de l'autre sein est nécessaire pour obtenir une symétrie.

Le chirurgien peut utiliser une technique d'expansion tissulaire si la peau est tendue et mince, il placera alors une prothèse provisoire sous le muscle pectoral, et chaque semaine de faibles quantités de sérum physiologique seront injectées dans la prothèse grâce à une valve de remplissage. Cet acte sera réalisé une à deux fois par semaine. Au bout d'environ trois mois la peau sera suffisamment étirée pour recevoir l'implant mammaire définitif, la prothèse d'expansion peut parfois être laissée en place comme implant permanent.

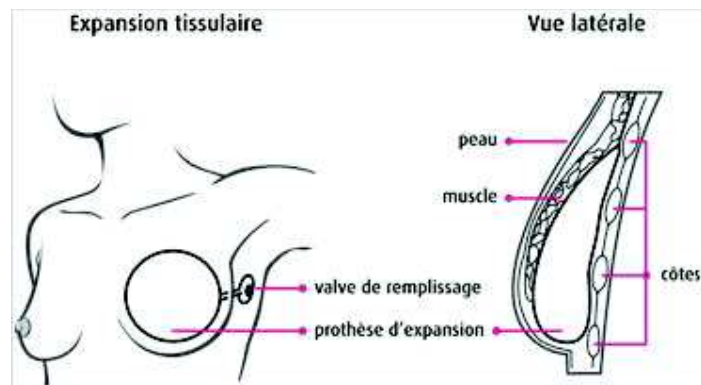


Figure 16 - Technique d'expansion tissulaire, INCa.

Certaines complications tardives peuvent survenir comme une réaction fibreuse autour de la prothèse, un suintement au niveau de la prothèse voir même sa rupture ou un déplacement de l'implant. L'implant devra être changé tous les dix ans environ.

Il convient tout de même de noter qu'il existe un risque de lymphome anaplasique à grandes cellules (LAGC) suite à la pose de prothèse mammaire. La Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique recommande dorénavant de ne plus mettre en place d'implant mammaire à surface macro-texturée en raison de la surreprésentation de ces prothèses dans cette pathologie. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), elle, ne s'est pas encore prononcée clairement mais elle recommande d'utiliser de préférence des implants mammaires à enveloppe lisse.

5.7.1 Le système Brava®

Cet appareil utilise le principe de pression négative tridimensionnelle (suction) afin de générer une traction homogène sur toutes les cellules de la glande mammaire créant alors progressivement un espace libre où pourront être injectées des cellules adipocytaires.

Le système est assez contraignant, l'appareil est mis en place 11 heures par jour (la nuit le plus souvent) pendant 4 semaines préopératoires et 3 semaines post-opératoires.

Une étude réalisée en 2012 démontre que ce système associé au lipomodélage est efficace dans la reconstruction mammaire et présente peu de risque de nécrose ou de complication. (Khouri et al, 2012.)

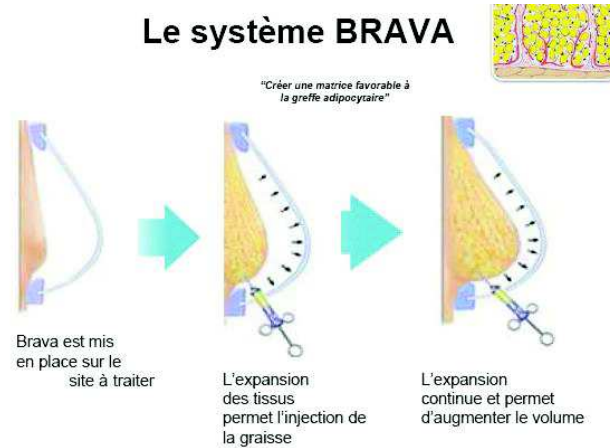


Figure 17 - Système BRAVA, Centre Nantais de chirurgie plastique.

5.8 Reconstruction par lambeau

Encore appelée reconstruction autologue, cette technique utilise aussi bien le lambeau du muscle grand dorsal que le lambeau du muscle grand droit de l'abdomen ou un lambeau de peau et de graisse prélevé au niveau de l'abdomen (DIEP : Deep Inferior Epigastric Perforator).

Cette technique d'un point de vue esthétique donne des résultats souvent satisfaisants, forme et souplesse du sein sont plus naturelles qu'avec un implant mammaire. Mais l'intervention est lourde et complexe et une nouvelle cicatrice est créée à l'endroit où le lambeau est prélevé.

Les complications de cet acte peuvent être ; une infection, un hématome, une lymphorée, la nécrose du lambeau, une éventration. (INCa)

5.8.1 Reconstruction par le lambeau du muscle grand dorsal

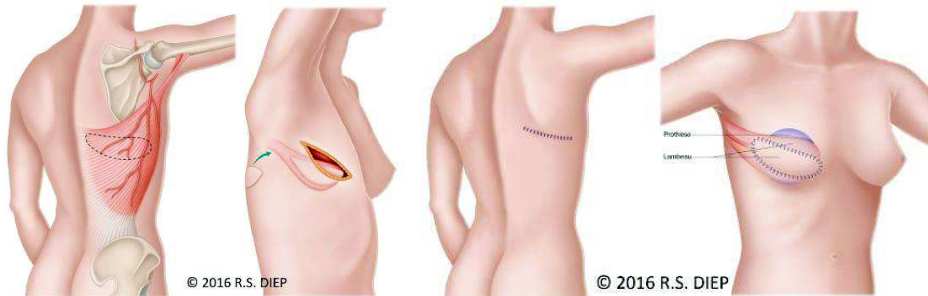


Figure 18- Reconstruction par lambeau du grand dorsal, DIEP asso.

Le muscle grand dorsal est un muscle du dos, la quasi-totalité du muscle est prélevée avec un lambeau de peau, ce lambeau musculo-cutané reste relié à l'aisselle par l'artère, le nerf et la veine du creux axillaire, puis est glissé et inséré entre la cicatrice de mastectomie et le sillon sous-mammaire.

Cette intervention est souvent associée à une prothèse mammaire ou à un lipomodelage pour ajouter du volume au sein reconstruit.

Cette technique crée une nouvelle cicatrice dans le dos et donc une force musculaire moins importante du côté opéré. De plus la peau du dos a une couleur et une texture différente de celle du sein, on peut alors percevoir des différences de teinte ou d'aspect. (Association R.S DIEP, 2018.)



Figure 19 - Avant/après reconstruction par technique du grand dorsal, Dr Derhy.

5.8.2 Reconstruction par lambeau du muscle grand droit de l'abdomen

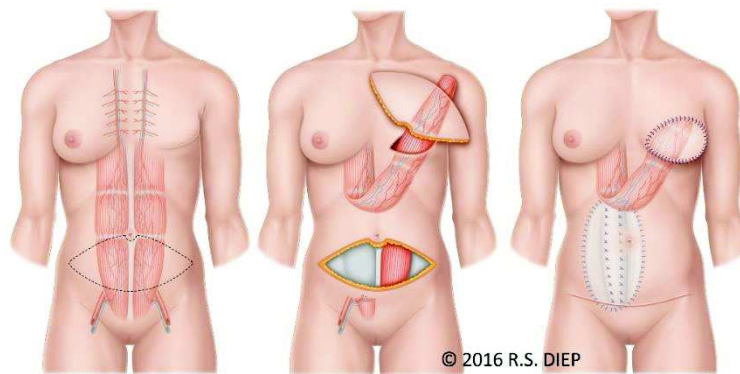


Figure 20- Reconstruction par lambeau du muscle grand droit, DIEP asso.

Encore appelée TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap), cette technique utilise le muscle grand droit qui s'étend du pubis au thorax, ce lambeau est alors remonté vers le sein en le faisant glisser sous la peau de l'abdomen.

Le lambeau prélevé est toujours de même taille, le chirurgien l'adaptera en supprimant de l'épiderme ou de la graisse pour venir former un volume correct au niveau du sein opéré.

Cette chirurgie est indiquée de préférence chez les femmes ayant un excès de graisse abdominale. Comme la reconstruction par lambeau du muscle grand dorsal, cette technique crée une cicatrice supplémentaire au niveau abdominal, de plus elle fragilise la paroi abdominale c'est pourquoi une plaque en maille souple est souvent mise en place pour servir de renfort et éviter une éventration. (Association R.S DIEP, 2018.)

5.8.3 La reconstruction par lambeau de peau et de graisse prélevé au niveau de l'abdomen

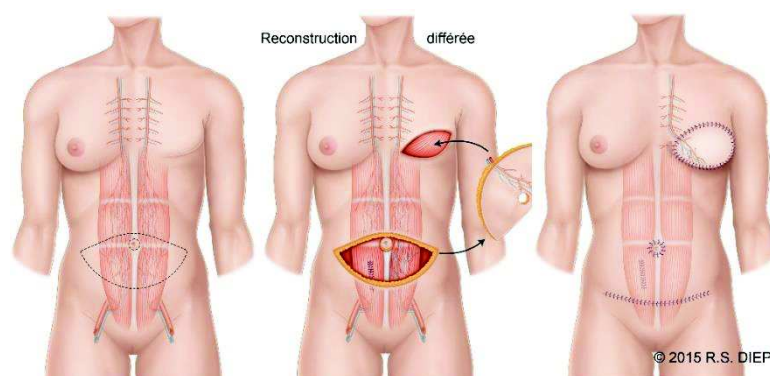


Figure 21- Reconstruction du lambeau DIEP, DIEP asso.

Encore appelée DIEP, c'est une variante du TRAM, seulement lors du DIEP seuls un lambeau de peau et de graisse avec une artère et une veine sont prélevés, le muscle grand

droit reste donc en place. Il faut alors raccorder ce lambeau de peau et de graisse aux vaisseaux sanguins de la région du thorax.

Comme pour le TRAM cette technique s'adresse aux patientes présentant un excès de graisse abdominale, mais elle est contre-indiquée chez les patientes en forte surcharge pondérale.

Cette technique ne touche pas aux muscles abdominaux et permet de créer un sein d'aspect naturel et volumineux. C'est une opération très précise nécessitant des connaissances en microchirurgie. Cette technique est contre-indiquée chez les fumeuses qui ont une moins bonne vascularisation de leurs tissus. (Association R.S DIEP, 2018.)



Figure 22 - Avant/après reconstruction par technique DIEP, Dr Derhy.

5.9 Autres types de reconstructions

Les lambeaux fessiers ; SGAP (Superior Gluteal Artery Perforator) et IGAP (Inferior Gluteal Artery Perforator), cette technique est similaire au DIEP. Le chirurgien prélève un lambeau de peau et graisse avec une veine et une artère dans la zone de la fesse. Le SGAP utilise un lambeau de l'artère supérieure fessière et l'IGAP utilise un lambeau de l'artère inférieure fessière. Cette intervention reste très rarement utilisée du fait de la difficulté de prélèvement du lambeau.

Le PAP (Profunda Artery Perforator), utilise un lambeau de graisse de la face postéro-interne de la cuisse. Comme pour le DIEP cette intervention nécessite une technique de microchirurgie.

Le lambeau libre de gracilis à palette transversale, cette technique nécessite le prélèvement du muscle gracile situé à la face interne de la cuisse. Ce muscle est un adducteur accessoire et son prélèvement n'aura aucune conséquence sur les mouvements. Cette technique uni ou bilatérale permet de reconstruire un sein de volume moyen. (Association R.S DIEP, 2018.)

5.10 L'harmonisation des deux seins

Après avoir opté pour la reconstruction de son choix, la patiente peut alors effectuer une troisième intervention dans le but d'harmoniser ses deux seins et de construire une aréole et un mamelon.

L'harmonisation consiste en une intervention sur le sein non malade pour obtenir une parfaite symétrie avec le sein reconstruit, soit en réduisant ou augmentant le volume du sein (lipofilling ou implant) ou en corrigeant sa forme.

La reconstruction est achevée par la plaque aéro-mamelonnaire. L'ajout d'une aréole est réalisé soit par tatouage, par greffe de peau (intérieur de la cuisse, région génitale) ou par greffe de fragments de l'aréole de l'autre sein. Le mamelon, lui, est reconstruit lui par greffe (moitié du mamelon de l'autre sein), utilisation de la peau du sein reconstruit ou par greffe d'autres parties du corps (fragment de l'oreille par exemple). (Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique, 2013)

Pour les femmes ne désirant ni tatouage ou intervention, ou simplement en attendant l'intervention sur la plaque aéro-mamelonnaire il existe des mamelons en silicone se collant sur les 2 seins afin de donner un relief dans les sous-vêtements.

6 Radiothérapie

La radiothérapie utilise des rayonnements ionisants dans le but de supprimer les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Les rayonnements sont dirigés vers la zone à traiter en protégeant le mieux possible les tissus sains et les organes voisins.

Cette technique vise à compléter la chirurgie en réduisant la taille de la tumeur avant l'intervention (radiothérapie adjuvante) ou en détruisant d'éventuelles cellules cancéreuses encore présentes dans les tissus après l'intervention.

La radiothérapie externe utilise des rayonnements provenant d'un accélérateur de particules. La curiethérapie quant à elle utilise une source radioactive placée directement à l'intérieur du corps au niveau de la zone à traiter (cette technique est moins utilisée pour traiter le cancer du sein)

Dans le cadre du cancer du sein quatre zones peuvent être traitées : (INCa)

- La glande mammaire (après chirurgie conservatrice)
- Le lit tumoral (après chirurgie conservatrice)
- La paroi thoracique (après chirurgie non conservatrice)
- Les ganglions de la chaîne mammaire interne et les ganglions sus-claviculaires

Après une chirurgie conservatrice, la radiothérapie est quasiment toujours réalisée.

Concernant la chirurgie non conservatrice l'irradiation de la paroi thoracique est indiquée uniquement pour les cancers infiltrants s'il existe des risques de récidives.

Les effets indésirables de la radiothérapie sont le plus souvent : fatigue, déglutition douloureuse, toux irritative, réactions cutanées. Un sein traité par radiothérapie peut également être plus ferme qu'auparavant et changer légèrement de volume. Ces effets secondaires apparaissent pendant et même après le traitement. (Deutsch E., 2018.)

6.1 La radiothérapie peropératoire

Depuis plusieurs années l'heure est à la désescalade thérapeutique, c'est pourquoi dans la prise en charge du cancer du sein traité par chirurgie conservatrice une radiothérapie peropératoire est mise en place. Il s'agit de délivrer pendant l'intervention chirurgicale, une dose de rayons sur le lit tumoral. Cette technique permet d'éviter 5 à 6 semaines de radiothérapie après la chirurgie ainsi que les déplacements et la fatigue qu'elle engendre. Dans certains cas il sera quand même nécessaire de pratiquer une radiothérapie post-opératoire. (INCa)

Cette technique est toujours en phase d'expérimentation et n'est proposée qu'aux femmes de plus de 60 ans souffrant d'une tumeur canalaire infiltrante hormonodépendante et ne sur exprimant pas HER2, sans ganglion lymphatique envahi. (HAS, 2016)

7 Hormonothérapie

L'hormonothérapie s'avère utile si l'examen de la biopsie révèle la présence de récepteurs hormonaux au niveau de la tumeur.

70% à 75 % des cancers du sein sont hormonodépendants (Odermatt et al, 2013), on considère que le cancer est hormonodépendant s'il y a présence de plus de 10% de récepteurs à la progestérone et/ou à l'œstrogène. (INCa)

Les effets indésirables de l'hormonothérapie sont variables, mais généralement limités et d'intensité modérée. Il s'agit le plus souvent de bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, perte de libido, prise de poids, arthromyalgies et ostéoporose. (Odermatt et al, 2013)

7.1 Les anti-estrogènes

Ils ne suppriment pas la sécrétion des œstrogènes mais entrent en compétition avec ces derniers pour prendre leur place au niveau des récepteurs.

Il existe deux classes d'anti-estrogènes :

- Les SERMs (Selective Estrogen Receptor Modulators) ; le tamoxifène (Novaldex®), torémifène (Fareston®)
- Les SERD (Selective Estrogen Receptor Degradation) ; le fulvestrant (Faslodex®)

7.2 Les anti-aromatases

L'aromatase est une enzyme permettant de continuer la synthèse des œstrogènes à partir des androgènes chez la femme ménopausée. Les anti-aromatases permettent d'inhiber la production d'œstrogènes d'origine extra-ovarienne.

Ils sont indiqués dans le cancer du sein hormonodépendant chez les femmes ménopausées ou ovariectomisées en deuxième intention (intolérance ou échec du tamoxifène).

Il existe deux classes d'anti-aromatases :

- De type I ; l'exemestane (Aromasine®)
- De type II ; le létrozole (Femara®) et l'anastrozole (Arimidex®)

7.3 Les agonistes de la LH-RH

Ils possèdent un effet anti-oestrogénique chez les femmes non ménopausées. Il existe 2 molécules : la goséréline (Zoladex®) et la leuproréline (Enantone®, Eligard®)

Chez les femmes non ménopausées le traitement par anti-estrogène est prescrit pour une durée de 5 ans. Les agonistes de la LH-RH (Luteinizing Hormone Releasing Hormone) seront réservés à certains cas pour une durée de 3 à 5 ans.

Chez les femmes ménopausées, en première intention on utilisera un anti-aromatase pour une durée de 5 ans ou pendant 2 ans si le traitement est suivi par du tamoxifène. Les anti-estrogènes peuvent être utilisés pendant 2 à 3 ans s'ils sont suivi par un anti-aromatase, ou seuls, pendant 5 ans. (Vidal Reco, 2019)

8 Chimiothérapie

La chimiothérapie n'est pas un traitement systématique, son utilité sera évaluée en fonction du stade de la pathologie et du risque de récurrence.

On parlera de chimiothérapie adjuvante lorsqu'elle sera réalisée après la chirurgie et de chimiothérapie néo-adjuvante lorsqu'elle sera réalisée avant la chirurgie.

Les schémas d'administration sont habituellement faits de 4 à 6 cures, espacées de 21 jours. Le traitement s'étend souvent sur une période de 3 à 6 mois. (INCa)

Concernant le traitement adjuvant des cancers du sein infiltrants plusieurs molécules sont souvent associées pour créer un protocole de chimiothérapie respectant certaines doses ou un calendrier précis. On pourra citer ; le cyclophosphamide, le docétaxel, la doxorubicine, l'épirubicine, le fluoro-uracile, le méthotrexate et le paclitaxel. Ces molécules sont le plus souvent associées. (INCa)

Dans le cas du traitement des cancers du sein métastatiques, la prise en charge est plus longue et varie en fonction de la tolérance du traitement. Les molécules suivantes peuvent être utilisées seules ; les anthracyclines, la capécitabine, le cyclophosphamide, le docétaxel, l'éribuline, la gemcitabine, le paclitaxel, la vinorelbine. (INCa)

Les injections répétées de chimiothérapie peuvent être douloureuses et il existe un risque d'extravasation pouvant abîmer les tissus alentours, c'est pourquoi la pose d'une chambre implantable est nécessaire pour faciliter les administrations.

Problème majeur, les effets indésirables des chimiothérapies sont liés à l'absence de sélectivité des produits employés. Le traitement détruit les cellules cancéreuses, mais aussi certaines cellules à croissance rapide : cheveux, ongles, paroi du tube digestif et cellules sanguines. Fatigue, moins bonne résistance aux infections, perte d'appétit, modification du goût, nausées et vomissements, infections buccales (stomatites) et chute des cheveux sont, par conséquent, les manifestations indésirables les plus fréquentes. (Partridge et al, 2001)

8.1 Les anthracyclines

Ce sont des inhibiteurs des topo-isomérases. On retrouve la doxorubicine et ses 2 dérivés ainsi que l'épirubicine. La doxorubicine et l'épirubicine ont toutes deux une AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans les carcinomes du sein. Les doxorubicines liposomales sont plus récentes et ont des indications plus spécifiques ; Caelyx® en monothérapie dans le cancer du sein métastatique en cas de risque cardiaque augmenté et Myocet® en association avec le cyclophosphamide dans le cancer du sein métastatique en première ligne.

Leurs effets indésirables les plus fréquents sont une myélosuppression (neutropénie), des nausées et vomissements, des mucites, des diarrhées et une alopecie réversible. La cardiotoxicité traduite par une insuffisance cardiaque est moindre avec l'épirubicine ou les anthracyclines liposomales. (Vidal Reco, 2019.)

Cas particulier de la mitoxantrone, considérée comme un analogue des anthracyclines et disposant d'une AMM dans le cancer du sein métastatique. Cette molécule est moins toxique que les anthracyclines mais partage leurs effets indésirables cardiaques, hématologiques et digestifs.

8.2 Les taxanes

Ils appartiennent au groupe des poisons du fuseau et sont des alcaloïdes de l'if. Parmi les taxanes on retrouve :

Le paclitaxel, possédant une AMM ;

- En situation adjuvante dans le cancer du sein avec envahissement ganglionnaire et après traitement initial par anthracycline et cyclophosphamide.
- Dans le carcinome mammaire localement avancé ou métastatique, en association avec une anthracycline ou avec le trastuzumab (si surexpression de HER2 et contre-indication à l'anthracycline).

Le docétaxel, possédant une AMM ;

- En situation adjuvante après chirurgie en cas d'envahissement ganglionnaire, il sera alors utilisé en association à la doxorubicine et au cyclophosphamide.
- En cas de tumeur localement avancée, en association avec la doxorubicine ou en monothérapie.
- Dans les cancers métastatiques avec surexpression de HER2, il sera utilisé avec le trastuzumab ou le pertuzumab.

Leurs effets indésirables sont remarquables par leur fréquence et leur gravité ; myélosuppression (neutropénie brève et réversible), réactions d'hypersensibilité dans les dix premières minutes suivant les perfusions (matériel de réanimation adapté pendant l'administration et contre-indication définitive si réaction grave), neurotoxicité. Le paclitaxel provoque une alopécie complète et réversible, une neuropathie périphérique, des myalgies et des arthralgies. Le docétaxel quant à lui provoque des effets cutanés (éruption maculo-papuleuse, érythémateuse et prurigineuse), une desquamation palmo-plantaire, des onychodystrophies et une rétention hydrique. (Vidal Reco, 2019.)

8.3 Les antipyrimidiques

Ils interrompent la synthèse des acides nucléiques. Le chef de file de cette famille, le 5-fluoro-uracile (5-FU) est un élément essentiel de nombreux protocoles de chimiothérapie.

Le 5-FU a une AMM dans les adénocarcinomes mammaires après traitement loco-régional ou lors des rechutes.

Ses effets secondaires sont caractérisés par des nausées et vomissement fréquents mais d'intensité modérée, une toxicité hématologique (leucocytes et polynucléaires

neutrophiles), des mucites survenant après la 1^{ère} semaine de traitement, une photosensibilisation. Une cardiotoxicité peut apparaître après la 3^e ou 5^e cure et nécessite l'arrêt du traitement. (Vidal recos, 2019)

La capécitabine (prodrogue du 5-FU) est indiquée dans les tumeurs mammaires localement avancées, en monothérapie ou en association avec le docétaxel. Les effets indésirables de la capécitabine sont semblables au 5-FU avec des diarrhées plus fréquentes et des érythrodysesthésies palmoplantaires. (Vidal recos, 2019)

8.4 Les agents alkylants

C'est le groupe des moutardes à l'azote avec le cyclophosphamide, l'ifosfamide, le malphalan, la mitocyne et le thiotépa.

Leurs effets indésirables communs sont une myélosuppression, une toxicité digestive, une alopecie, ils sont également tous tératogènes. Le cyclophosphamide et l'ifosfamide ont une toxicité vésicale, on conseillera alors une vidange importante et régulière de la vessie. (Vidal recos, 2019.)

Le cyclophosphamide a une AMM dans le traitement adjuvant et en situation métastatique des adénocarcinomes mammaires.

L'ifosfamide dispose d'une AMM dans le cancer du sein métastatique, il est souvent associé au mesna pour diminuer sa toxicité vésicale.

Le melphalan administré en intraveineuse a une AMM dans l'intensification du traitement de l'adénocarcinome mammaire. *Per os* il est indiqué dans les stades avancés ou en complément d'une chirurgie.

Le thiotépa dispose d'une AMM dans le cancer du sein, il est réservé aux situations métastatiques.

La mitomycine C est indiquée dans les adénocarcinomes du sein et leurs métastases.

8.5 Les poisons du fuseau

Ce groupe rassemble les alcaloïdes de la pervenche ou vinca-alcaloïdes. Les molécules ayant une AMM dans le cancer du sein métastatique sont la vinorelbine, la vinblastine, la vindésine et la vincristine.

Ces traitements sont irritants pour les parois vasculaires et à l'origine de nécroses cutanées sévères en cas d'extravasation. C'est pourquoi on utilise un cathéter veineux central ou une chambre implantable pour administrer ces molécules.

Leurs effets indésirables sont une neurotoxicité, un ralentissement du transit intestinal, une rétention urinaire, une hypertension orthostatique, une hyper/hypotension artérielle et une alopecie est possible. (Vidal recos, 2019)

8.6 Le méthotrexate

Cet antifolique dispose d'une AMM dans les adénocarcinomes mammaires en traitement adjuvant ou après rechute. Les principaux effets indésirables sont la myélosuppression, la mucite orale et gastro-intestinale, l'hépatotoxicité, la néphrotoxicité. (Vidal recos, 2019.)

9 Thérapies ciblées

Dans le milieu des années 2000 les thérapies ciblées ont révolutionné le traitement du cancer. Grâce aux progrès de la recherche, la détection des anomalies présentes au niveau des cellules cancéreuses est possible de façon à mettre au point des traitements les ciblant précisément. Les thérapies ciblées ne détruisent que les cellules pathologiques et épargnent au maximum les cellules saines, contrairement à la chimiothérapie classique, moins sélective. (Vassal G., 2018)

Ces traitements présentent des effets indésirables différents et moins marqués, souvent d'ordre cutané ou digestif, parfois cardiaque (hypertension).

9.1 Les anticorps monoclonaux humanisés

Les anticorps monoclonaux ayant une AMM dans le cancer du sein sont ; le bévacizumab, le trastuzumab, le pertuzumab et le trastuzumab emtansine.

Le bévacizumab (Avastin®) est un traitement de première ligne du cancer du sein métastatique. Il est souvent associé au paclitaxel ou à la capécitabine. Cet anticorps est susceptible d'altérer la cicatrisation, il faut alors être prudent quant à son emploi précédant ou suivant une chirurgie. Les effets indésirables sont une hypertension artérielle, une asthénie, des troubles digestifs, et risques d'ostéonécrose de la mâchoire (soins dentaires appropriés avant d'instaurer le traitement.) (Vidal reco, 2019)

Le trastuzumab (Herceptin®, Herzuma®, Kanjinti®, Ontruzant®) est un anticorps qui cible le récepteur HER2 surexprimé dans 20 à 30% des cancers primitifs du sein. Cette molécule, développée pour le traitement du cancer du sein métastatique, est aussi efficace dans la prévention des rechutes. Il peut être responsable d'insuffisance cardiaque, risque majoré par l'association aux anthracyclines. Un autre effet important commun aux anticorps est une toxicité pulmonaire. (Vidal reco, 2019)

Le pertuzumab (Perjeta®) est utilisé dans le cancer du sein métastatique ou localement récidivant non résécable, HER2 positif, n'ayant pas reçu d'anti-HER2 ou de chimiothérapie. Il constitue un traitement de première ligne en association avec le trastuzumab/docétaxel dans le cancer du sein métastatique HER2 positif. Les effets indésirables retrouvés sont une neutropénie fébrile et des troubles digestifs. (Vidal reco, 2019)

Le trastuzumab emtansine (Kadcyla®) a une AMM en monothérapie dans le cancer du sein HER2 positif métastatique ou localement avancé et non résécable, ayant déjà reçu du trastuzumab et un taxane. Cet anticorps est innovant dans le sens où il possède une spécificité anti tumorale en se fixant sur le récepteur HER2 et activité cytotoxique par l'action du DM1, un inhibiteur des microtubules, au sein des cellules malignes sur exprimant le récepteur HER2. Il est à privilégier en deuxième ligne dans le cancer du sein métastatique HER2 positif chez les patientes ayant déjà été traitées par trastuzumab. (Vidal reco, 2019)

9.2 Le lapatinib

Le lapatinib (Tyverb®) est un inhibiteur de la tyrosine-kinase des récepteurs EGFR (récepteur du facteur de croissance épidermique) ou ErbB1 et HER2 ou ErbB2. Il dispose d'une AMM dans le cancer du sein avec surexpression d'HER2 (ErbB2) en association.

Les effets indésirables sont cardiaques, digestifs, cutanés et pulmonaires. (Vidal recos, 2019)

9.3 L'éribuline

L'éribuline (Halaven®) est un antimétabolite disposant d'une AMM en monothérapie dans le cancer du sein localement avancé ou métastatique, ayant progressé après un protocole de chimiothérapie par taxane ou anthracycline. Les effets indésirables sont une neutropénie, une asthénie, une alopecie ainsi qu'une neuropathie périphérique. (Vidal recos, 2019)

9.4 L'évérolimus

L'évérolimus (Afinitor®) inhibe la croissance et la prolifération des cellules tumorales et endothéliales, des fibroblastes et des cellules musculaires lisses vasculaires. Il est indiqué dans le traitement du cancer du sein avancé avec récepteurs hormonaux positifs, HER2 négatif, en association avec l'exémestane chez les femmes ménopausées n'ayant aucune atteinte viscérale dès récidive ou précédemment traitées par un inhibiteur de l'aromatase.

Les effets indésirables sont une altération de la phase de cicatrisation des plaies (prudence lors des phases péri-opératoires), une pneumopathie non infectieuse (retrouvée chez 12% des patients traités), une toxicité hématologique, des troubles métaboliques et nutritionnels (hyperglycémie, hypercholestérolémie, hypertriglycémie, anorexie), des troubles neurologiques, respiratoires, gastro-intestinaux et cutanés. (Vidal recos, 2019)

9.5 Le palbociclib

Le palbociclib (Ibrance®) est un inhibiteur de protéine kinase dépendante des cyclines 4 et 6. Il possède une AMM dans le cancer du sein localement avancé ou métastatique RH+ (positif aux récepteurs hormonaux) et HER2- (négatif au récepteur du facteur de

croissance épidermique humain-2), en association avec le fulvestrant chez les femmes ayant été traitées antérieurement par hormonothérapie.

Cette molécule a un intérêt insuffisant chez les femmes non ménopausées. Par contre, chez les femmes ménopausées sans atteinte viscérale il s'agit d'un traitement de première ligne en association à un inhibiteur de l'aromatase chez les femmes non préalablement traitées ou en association au fulvestrant chez les femmes prétraitées par hormonothérapie.

Les effets indésirables les plus fréquents sont une myélotoxicité, une asthénie et des risques d'infections. Il est également indiqué aux femmes non ménopausées d'utiliser une contraception hautement efficace. (Vidal recos, 2019)

PRISE EN CHARGE

10 Une prise en charge multidisciplinaire

Cette pathologie ayant des répercussions très larges pour les patientes et leurs familles, le traitement du cancer du sein regroupe plusieurs professionnels.

Au cours de leur protocole de soin les patientes rencontreront des oncologues, des radiologistes, des chirurgiens, des infirmières, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des psychologues, des diététiciens, des travailleurs sociaux, des socio-esthéticiennes, des éducateurs sportifs...

Médecin généraliste ; il sera présent pour sensibiliser les patientes au risque de cancer du sein et si besoin accompagner la patiente lors de son protocole de soin. Son aide sera très utile à la fin du protocole de soin car la patiente se retrouvera souvent seule et perdue, cependant 1/3 des patientes déclare ne pas être suivie en médecine générale 5 ans après son cancer du sein. (Etude VICAN 5, 2018)

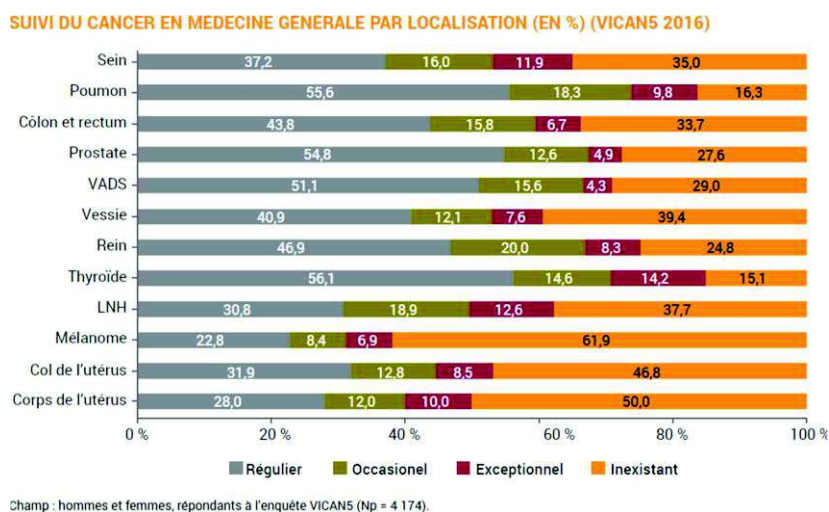


Figure 23 - Suivi du cancer en médecine générale, étude VICAN5.

Médecins spécialistes ; c'est eux qui feront le diagnostic de la maladie et qui se réuniront pour décider du protocole de soin à réaliser. Le chirurgien réalisera si nécessaire une mastectomie et une reconstruction si la patiente le désire.

Infirmièr(e)s ; ils seront présents pour annoncer la maladie à la patiente et lui expliquer comment se déroulera sa prise en charge, ils seront disponibles pour réaliser les soins après chirurgie et écouter les patientes.

Pharmaciens ; ils pourront promouvoir le dépistage, et accompagner les patientes lors de leurs traitements médicamenteux, ils pourront aussi suite à une mastectomie proposer des prothèses et des sous-vêtements adaptés à la patiente. Ils délivreront les manchons de contention en cas de lymphœdème et également des prothèses capillaires.

Kinésithérapeutes ; ils prendront en charge la rééducation après une mastectomie et si besoin le drainage du lymphœdème.

Socio-esthéticiennes ; elles procureront des soins bien-être et esthétiques aux patientes afin de les détendre et de les aider à retrouver l'estime de soi.

Diététiciennes/ nutritionnistes ; afin d'aider les patientes à mieux gérer les effets indésirables (troubles digestifs en particulier) et leur manque d'appétit afin de palier à de possibles carences.

Psychologues ; pour aider à maîtriser la peur de la maladie et des traitements, pour parler librement de ses ressentis. Après les traitements lourds, pour parler de la peur de récurrence. Ils prendront en charge les retentissements psychologiques de la maladie pour la femme mais aussi sa famille, en effet lors de cette pathologie l'image de soi se retrouve chamboulée et peut affecter la vie de couple, il y a alors parfois besoin de consulter un sexologue.

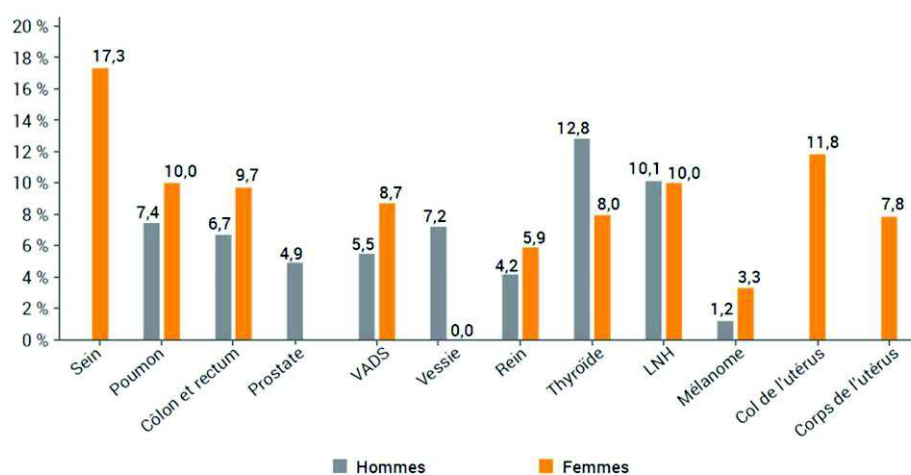
Educateurs sportifs ; pour pratiquer une activité physique adaptée afin de retrouver une amélioration de la fatigue et de la qualité de vie (impact sur l'anxiété, sur la qualité du sommeil, impact également sur l'image corporelle). Le réseau onco-normand propose une prise en charge intégrale de dix séances d'activités physiques adaptées avec une consultation médicale préalable. (Annexe 4 – fiche informative activité physique adaptée)

Médecines douces et thérapies complémentaires ; en France entre 28 et 60% (AFSOS, 2012) des patients ont recours aux thérapies complémentaires dans les soins de support oncologiques. Doivent être utilisées en complément de la médecine conventionnelle pour atténuer les effets secondaires comme l'utilisation de l'homéopathie, la phytothérapie, l'acupuncture, la sophrologie, la chiropraxie... ces thérapies complémentaires doivent être encadrées par un professionnel et ne doivent pas faire abandonner la médecine conventionnelle. (Equipe de l'American Cancer Society, 2015.)

Certaines associations regroupent différents professionnels pour proposer aux patientes le maximum de soins de support possible, comme le CeRICa (Centre de Rencontre et d'Information sur le Cancer), une association intégrée à la Clinique des Ormeaux au Havre. Cette association regroupe médecins, psychologues, infirmières d'annonce, infirmières conseillères en image, assistantes sociales, sophrologues et permet de répondre aux attentes des patients et de leurs proches. L'objectif étant de proposer des activités et une aide psychologique aux patientes de la clinique pendant leurs traitements.

Certaines patientes sont très demandeuses de ce genre d'activité et au contraire d'autres veulent parfois sortir de l'hôpital car elles associent ce lieu aux traitements, le fait de se retrouver avec d'autres femmes dans le même cas leur rappelant trop la maladie. En 2016, seul 17,3% des patientes sont en contact avec des associations. (Etude VICAN 5, 2018)

CONTACT AVEC LES ASSOCIATIONS DE MALADES DEPUIS LE DIAGNOSTIC PAR SEXE ET LOCALISATION (EN %) (VICAN5 2016)



Champ : hommes et femmes répondants (Np = 4 174).

Figure 24 - Contact avec les associations de malades depuis le diagnostic de cancer, étude VICAN5.

11 Prise en charge des effets indésirables à l'officine

11.1 Les nausées et vomissements

On distinguera plusieurs types de nausées et vomissements (Brasseur et al, 2002) :

- Anticipés ; ce sont les nausées et vomissements se produisant avant la chimiothérapie. Ils sont liés à un réflexe de type Pavlov en relation avec les vomissements survenus lors des cures précédentes.

- Aigus ; se produisent le jour de la chimiothérapie et peuvent durer les 24 premières heures.
- Retardés ; surviennent plus de 24 heures après la chimiothérapie et peuvent s'étendre sur 5 jours.
- Réfractaires ; par rapport au traitement.

De même on distinguera 3 intensités de chimiothérapies :

- Hautement émétisante, on aura alors recours à un antagoniste des récepteurs NK1 de la substance P (aprépitant, nétupitant, rolapitant), associé à un antagoniste des récepteurs à la sérotonine (granisétron, ondansétron, palonosétron) et à des corticoïdes (dexaméthasone, méthylprednisolone, prednisone, prednisolone, hydrocortisone)
Les molécules hautement émétisantes sont : le cyclophosphamide, la cisplatine, la doxorubicine à haute dose, le methotrexate à haute dose (AFSOS, 2017)
- Moyennement émétisante, on aura recours à un antagoniste des récepteurs à la sérotonine associé à des corticoïdes.
Les molécules moyennement émétisantes sont : l'alentuzumab, le carboplatine, la doxorubicine, l'épirubicine, l'ifosfamide, l'irinotecan, le thiotepa. (AFSOS, 2017.)
- Faiblement émétisante, on utilisera des corticoïdes et/ou des antagonistes dopaminergiques (métochloramide, métopimazine). On pourra aussi utiliser des neuroleptiques type benzodiazépines.
Les molécules faiblement émétisantes sont : le 5 fluoro-uracile, le docétaxel, la gemcitabine, le méthotrexate, le paclitaxel, le pertuzumab, le trastuzumab. (AFSOS, 2017.)

| Chimiothérapie | NV précoces | NV retardés |
|--|---|---|
| Hautement émétisante | Aprépitant (Emend®) 125mg + sétron + dexaméthasone 12mg (ou équivalent) | Aprépitant (Emend®) 80mg à J2 et J3 + dexaméthasone 8mg à J2 et J4 ou dexaméthasone seule à 8mg |
| Moyennement émétisante (doxorubicine + cyclophosphamide) | Aprépitant (Emend®) 125mg + sétron + dexaméthasone 8mg dose unique | Aprépitant (Emend®) 80mg à J2 et J3 |
| Moyennement émétisante | Sétron + dexaméthasone 8mg en dose unique | Dexaméthasone 8mg à J2 et J3 |
| Peu émétisante | Corticoïdes VO ou sétron ou anti dopaminergiques | |
| Faiblement émétisante | | |

Tableau 3 - Recommandations de l'ESMO pour la prise en charge des nausées et vomissements chimio-induits (Roila et al., 2016)

Tableau 4 - Equivalence de posologies entre différents corticoïdes.

| Molécule | Posologies arrondies (mg) | |
|-------------------------|---------------------------|-----|
| Dexaméthasone | 8 | 12 |
| Méthylprednisolone | 40 | 60 |
| Prednisone/prednisolone | 50 | 75 |
| Hydrocortisone | 200 | 300 |

(Info Cancer, 2019)

Les nausées et vomissements sont fonction du traitement : molécule (dérivés du platine, moutardes à l'azote, méthotrexate sont fortement émétisants), dose, durée mais aussi fonction du patient, plus le patient sera jeune (<45 ans) plus il aura de risque d'être sujet à des nausées, de même la prévalence est plus élevée chez les femmes ou si la personne a des antécédents d'émésis. (AFSOS, 2017.)

11.1.1 Conseils du pharmacien

Eviter d'avoir l'estomac vide : manger plusieurs fois en petite quantité, les rejets sont moins fréquents quand l'estomac est lesté. Il conviendra de choisir des aliments cuits sans graisse animale.

Limiter les odeurs écœurantes : Préférer les aliments froids ou tièdes, déléguer si possible les tâches de cuisine, privilégier les cuissons au four à micro-onde ou en papillotes.

Dire aux patientes de se faire plaisir, la dénutrition est un facteur de risque de rechute.

Éviter les épices et les aliments forts en goût. De même proscrire le café et les boissons lactées à remplacer par un thé et un yaourt par exemple.

Boire en petite quantité, plutôt après les repas pour calmer les nausées et privilégier les boissons à base de cola.

En homéopathie on pourra alors proposer pour calmer ces nausées (Boiron et al, 2014) :

- Cocculine® (composé de *Cocculus indicus*, *Nux vomica*, *Tabacum*, *Petroleum*) à commencer le matin de la chimiothérapie : 2 comprimés 3 fois par jour pendant 3 jours et à renouveler à chaque cure de chimiothérapie.
- *Nux Vomica* 5CH, si les nausées sont améliorées par les vomissements : 5 granules à la demande.
- *Ipeca* 5CH, si les nausées ne sont pas améliorées par les vomissements : 5 granules à la demande.
- *Colchicum autumnale* 9CH, si les nausées sont amplifiées par les odeurs : 5 granules à la demande.
- *Ignatia amara* 15CH, si les nausées d'origine anxieuse : 5 granules à la demande.

En aromathérapie on pourra utiliser la voie olfactive, la patiente pourra respirer son stick inhaleur à la demande. (Couic Marinier F., 2017)

- Huile essentielle de menthe poivrée : 10 gouttes
- Huile essentielle de citron : 10 gouttes
- Huile essentielle de gingembre : 10 gouttes.

Et en urgence la personne pourra utiliser l'huile essentielle de gingembre frais ou de menthe poivrée (Tate S, 1997) (Tayarani-Najaran et al, 2013) à inhaler sur un mouchoir dès qu'une nausée arrive. (Couic Marinier F., 2017.)

11.2 Les mucites

Une mucite est une inflammation de la muqueuse buccale ou du système digestif, elle se manifeste par l'apparition d'aphtes, d'une rougeur et est très douloureuse et peut évoluer vers une ulcération. Ce trouble peut alors entraîner des difficultés de mastication et donc générer une dénutrition et une déshydratation. C'est une complication fréquente après chimiothérapie ou radiothérapie, en effet, elle touche 1 patient sur 2. (Collangettes et al., 2014)

Certains patients seraient plus à risque de développer une mucite, les facteurs de risque sont les suivants : l'âge, les problèmes buccaux, des antécédents de mucite, une mauvaise hygiène buccale, le tabagisme, l'alcoolisme et le diabète. (AFSOS, 2015)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en distingue 4 grades :

| Grade | NCI-CTC | | OMS |
|-------|---|---|--|
| | Signes cliniques | Signes fonctionnels | |
| 0 | Absence de mucite | | Absence de mucite |
| 1 | Érythème de la muqueuse | Symptômes minimes, alimentation normale | Érythème, sensation désagréable (douleur) |
| 2 | Ulcérations isolées ou pseudomembranes | Symptomatique mais possibilité de s'alimenter avec une diététique adaptée | Érythème, ulcères, alimentation solide possible |
| 3 | Ulcérations confluentes, pseudomembranes, hémorragie au contact | Symptomatique et incapacité à s'alimenter et à s'hydrater de manière correcte | Ulcères, alimentation uniquement liquide possible |
| 4 | Nécrose, hémorragie spontanée | Symptomatique avec menace du pronostic vital | Alimentation per os impossible, alimentation entérale (par sonde) ou parentérale obligatoire |

Figure 25 - Sévérité de la mucite orale, grades NCI-CTC et OMS.

Avant de débiter une chimiothérapie il faudra réaliser un bilan bucco-dentaire, puis au cours des différentes hospitalisations il sera important de réaliser des détartrages fréquents pour prévenir l'apparition de mucite.

| Grade | Prise en charge des mucites en fonction du grade OMS ^(*) |
|-------|--|
| 0 | - Hygiène bucco-dentaire - Bains de bouche avec anti-ulcéreux topique |
| 1 | - Antalgiques niveaux I et II - Bains de bouche avec anti-ulcéreux topique, froids, glaces |
| 2 | - Antalgiques niveau II - Bains de bouche avec anti-ulcéreux topique - Bains de bouche avec bicarbonate 1,4 %, anesthésique local et corticoïdes locaux - Badigeonnage avec compresses d'anesthésiques locaux |
| 3 | - Antalgiques niveau III - Bains de bouche avec bicarbonate 1,4 %, anesthésique local et corticoïdes locaux - Traitement parentéral : corticoïdes, antibiotiques en cas d'infection |
| 4 | Au cas par cas, en RCP - ACP d'antalgique de niveau III - Alimentation entérale ou parentérale en fonction du contexte clinique |

OMS : Organisation Mondiale de la Santé ; ACP : Analgésie Contrôlée par le Patient ; RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

Figure 26 - prise en charge des mucites en fonction du grade OMS – AFSOS.

Le traitement des mucites repose sur l'hygiène bucco-dentaire, l'utilisation de corticoïdes, d'anesthésiques, d'antalgiques et d'antiulcéreux.

Les bains de bouche au bicarbonate 1,4% se feront pur sans adjonction d'autre produit, la patiente devra réaliser ces bains de bouche aussi souvent que possible (8 à 10 fois par jour, pendant au moins 30 secondes et à distance des repas), il conviendra de préciser qu'un flacon ne se conserve au réfrigérateur que quelques jours. L'utilisation d'antiseptiques à base de chlorhexidine est déconseillée. Les associations type Bicarbonate + Fungizone® + Xylocaïne® sont contre-indiquées car il existe des problèmes de stabilité et de baisse d'efficacité entre le bicarbonate et les suspensions buvables antifongiques. (AFSOS, 2015) (Jolivot et al, 2012)

11.2.1 Conseils du pharmacien

Concernant l'hygiène bucco-dentaire il faudra recommander l'usage d'une brosse à dent extra-souple une à deux fois par jour, si l'usage de la brosse à dent est trop douloureux on pourra alors proposer de nettoyer les dents à l'aide d'un coton-tige ou de bâtonnets glycélinés. (AFSOS, 2015)

Il faudra proscrire l'utilisation de brosse à dent électrique ou de cure dents.

La patiente devra aussi faire attention à son alimentation, on pourra lui remettre une fiche avec les aliments à privilégier (Annexe 5 – fiche d'information nutritionnelle mucite).

On conseillera de diminuer les aliments durs pouvant léser la muqueuse (croûte de pain, biscuits secs, aliments panés...) et les aliments acides. On privilégiera les aliments froids ou glacés pour leur côté anesthésiant, et les textures crémeuses (purées, viande hachée...). On pourra aussi conseiller de boire à la paille pour limiter le contact des liquides avec la muqueuse buccale. (AFSOS, 2015)

En prévention ou si présence d'aphtes, on pourra conseiller en homéopathie (Boiron et al., 2014) :

- Kalium bichromicum 9CH : 5 granules une fois par jour en prévention et 3 à 5 fois par jour en cas de troubles buccaux.
- Borax 9CH : 5 granules trois fois par jour en cas d'aphtes.
- Mercurius corrosivus 7CH : 5 granules une fois par jour en prévention et 3 à 5 fois par jour en cas de troubles buccaux.

Les granules pourront être dissous dans un peu d'eau si la succion devient trop douloureuse. (Boiron et al., 2014)

Pour soulager les douleurs d'aphtes on pourra conseiller en aromathérapie un mélange à déposer sur un coton tige et à badigeonner sur l'aphte 3 fois par jour (Couic Marinier F., 2017) :

- Huile essentielle d'arbre à thé (anti-infectieux): 30 gouttes
- Huile essentielle de girofle (anti-infectieux): 10 gouttes
- Huile essentielle de laurier noble (antiseptique): 30 gouttes
- Huile végétale culinaire : 10 millilitres.

Ce mélange sera à appliquer après les repas car l'huile essentielle de girofle est anesthésiante.

De même en accord avec le médecin l'utilisation quotidienne d'une goutte d'huile essentielle d'arbre à thé pourra être diluée dans chacun des bains de bouche au bicarbonate de sodium.

11.2.2 Complications des mucites

Brûlures digestives entraînant des gastrites pouvant être associées à des œsophagites, l'acidité gastrique va alors augmenter les lésions buccales et une surinfection par une mycose peut venir s'ajouter. Le traitement sera alors constitué d'antiacides, d'inhibiteurs de la pompe à protons et d'un antimycosique si nécessaire. Certains médecins prescrivent systématiquement en prévention un inhibiteur de la pompe à proton pendant toute la durée de la chimiothérapie.

En homéopathie le pharmacien pourra alors proposer à la patiente (Boiron et al, 2014) :

- Gastrocynésine® (composé d'Abies nigra, Carbo vegetabilis, Nux vomica, Robinia pseudo-acacia) : 2 comprimés 2 à 3 fois par jour avant les repas.
- Iris versicolor 5CH et Kalium bichromicum 9CH, dans le cas de brûlures gastriques et de la bouche avec pyrosis : 5 granules à la demande.

En aromathérapie on pourra proposer de traiter les mycoses buccales par des gargarismes de (Couic Marinier F., 2017) :

- Huile essentielle d'arbre à thé : 60 gouttes
- Huile essentielle de menthe poivrée : 5 gouttes
- Sucralfate (Keal®, Ulcar®) : 10 sachets
- Bicarbonate de sodium 1,4% : 500 millilitres

On conseillera de réaliser des gargarismes avec 15 millilitres de cette préparation après chaque repas, et de laisser le mélange 5 minutes en bouche si possible.

11.3 Les troubles gastro-intestinaux

11.3.1 La diarrhée

La diarrhée peut avoir diverses origines, l'anxiété et le stress peuvent déréguler le transit intestinal, le changement d'alimentation également. Selon les protocoles de chimiothérapie

la diarrhée sera plus ou moins importante. Le 5-fluoro-uracile, la capécitabine et l'irinotécan ainsi que les anti-tyrosines kinases sont connus pour être responsables de ce symptôme. (Dischl-Antonioni et al, 2016)

Il faut dans tous les cas prendre en compte cet effet car il peut entraîner une déshydratation et/ou une dénutrition.

Il n'y a pas de traitement spécifique de la diarrhée liée à la chimiothérapie. Le médecin prescrira un ralentisseur du transit type lopéramide associé à agent absorbant (type Smecta®). Une hospitalisation en urgence doit être envisagée en cas de diarrhée persistante ou associée à de la fièvre ou à des vomissements.

- Conseils du pharmacien :

Choisir des aliments ralentissant le transit intestinal (riz, carottes, compotes de pommes ou de coings...). On limitera les repas riches en graisses, on évitera de consommer des chewing gums et des bonbons (surtout les produits allégés contenant du sorbitol qui accélère le transit), de même il faudra éviter les laitages. (Vidal recos, 2018)

Il faudra veiller à boire fréquemment pour compenser la perte en eau et en minéraux (eaux fortement minéralisées, bouillons, thé, boissons riches en sucre...)

En homéopathie on pourra proposer : (Boiron et al, 2014.)

- Diaralia® (composé d'Arsenicum album, China rubra, Podophyllum peltatum) : 1 comprimé toutes les heures
- Veratrum album 9CH, si les diarrhées sont très fréquentes et douloureuses : 5 granules après chaque selle.
- Phosphoricum acidum 15CH : 5 granules après chaque selle.

11.3.2 La constipation

On parlera de constipation si la personne va à la selle moins de trois fois par semaine (Mion F, 2018). La constipation peut avoir plusieurs origines chez les malades, le stress

d'une part, les changements d'habitudes alimentaires d'autres part. De plus la fatigue et la réduction de l'activité physique amoindrissent le péristaltisme intestinal.

Les traitements peuvent aussi causer ce trouble notamment les inhibiteurs de la polymérisation de la tubuline (taxanes, vinorelbine). Les antalgiques opioïdes renforcent cet effet tout comme les antiémétiques (sétrons et aprépitant). (InfoCancer, 2016)

La patiente pourra alors recevoir des laxatifs osmotiques (lactulose, macrogol) qui permettront d'hydrater les selles. Un régime adapté permettra aussi d'améliorer le transit.

- Conseils du pharmacien

Privilégier les aliments riches en fibres (fruits secs, pain complet, légumes et fruits) et en eau (courgette, salade cuite, compotes...). On conseillera d'intensifier la prise de boissons (eau, jus de fruits).

Une activité physique adaptée sera bénéfique pour lutter contre la constipation en stimulant l'intestin et en libérant des endorphines aidant au relâchement musculaire (marche...) (Laboratoire Biogaran, 2016)

En homéopathie on pourra conseiller : (Boiron et al, 2014.)

- Nux vomica 5CH : 5 granules matin et soir.
- Opium 5CH, si la patiente est sous opiacés : 5 granules matin et soir

11.4 Les troubles cutanés

11.4.1 Liés à la radiothérapie

On parle de radiodermite pour décrire les lésions affectant la peau après une exposition aux rayonnements ionisants. On distinguera les radiodermites aiguës qui surviennent dans les jours ou les semaines suivant le début de l'irradiation, des radiodermites chroniques qui surviennent des mois voire des années après l'irradiation et s'aggravent avec le temps. C'est pourquoi les patients devront donc être surveillés à vie. (AFSOS, 2014)

Toute automédication en particulier avec certaines huiles essentielles (niaouli par exemple) qui sont à proscrire car elles ont un effet perturbateur hormonal.

On évitera les irritants cutanés (parfums ou déodorants spray alcoolisés), les vêtements trop serrés, les soutiens gorge à armature.

Il ne faudra jamais exposer au soleil la peau ayant reçue la radiothérapie, y compris l'année suivant.

Certains facteurs peuvent aggraver et favoriser la radio-toxicité cutanée : (AFSOS, 2014.)

- La chimiothérapie concomitante (surtout avec les sels de platine, la gemcitabine, les anthracyclines...) et/ou les thérapies ciblées.
- Les inhibiteurs de l'Epidermal Growth Factor (EGFR)
- Certaines zones où la peau est plus fine et plissée (région axillaire, sous-mammaire)
- L'âge élevé, l'immunodépression (diabète, VIH), le tabagisme, la dénutrition
- Certains médicaments photosensibilisants tels que les antiinflammatoires non stéroïdiens (kétoprofène, piroxicam...), les fluoro-quinolones (ofloxacine, lévofloxacine...), les cyclines (doxycycline, tolexine...), les sulfamides...

En homéopathie on pourra limiter le risque de développer une dermite grâce à (Boiron et al, 2014.) :

- Apis mellifica 15CH : 5 granules avant et après chaque séance de radiothérapie
- Belladonna 9CH : 5 granules avant et après chaque séance de radiothérapie
- Radium bromatum 15CH : 5 granules au coucher (à continuer 1 mois après la fin de la radiothérapie)

En aromathérapie pour prévenir les radiodermes on pourra effectuer un massage après la séance avec (Couic Marinier F., 2017):

- Huile essentielle d'arbre à thé (protecteur cutané) : 60 gouttes
- Huile essentielle de lavande officinale (cicatrisant) : 60 gouttes
- Huile végétale de rose musquée du Chili : qsp 2 pressions

Il existe 4 grades de dermite selon l'INCa (CTCAE VERS 4)

- 1. Erythème modéré ou desquamation sèche
- 2. Erythème modéré à important, desquamation non confluyente principalement des plis, œdème modéré
- 3. Desquamation (pas seulement dans les plis), saignement induit par de petits traumatismes ou abrasions
- 4. Nécrose ou ulcération, hémorragie spontanée au niveau de la lésion



Figure 27 - Dermite de grade I.



Figure 28 - Dermite de grade II.



Figure 29 - Dermite de grade III.

Il est possible d'intervenir à l'officine pendant les grades 1 et 2 en donnant quelques conseils à la patiente comme garder sa peau propre et sèche au moins 2 heures avant la séance, bien hydrater sa peau matin et soir à l'aide d'une crème sans parfum, sans lanoline et non comédogène. Lui préciser que le recours à un antibactérien est inutile. (Laboratoire La Roche-Posay)

Tableau récapitulatif – mesures curatives

| | Dermo-épidermite sèche | | Dermo-épidermite exsudative | | | |
|---|--|--|------------------------------|---|--|---|
| Description | Erythème léger | Erythème intense | Petites zones de suintements | Suintements par plaques | Suintements sur tout le champ | Ulcération, nécrose |
| Classification | GRADE I | GRADE II | | GRADE III | | GRADE IV |
| Produits utilisés Sauf patients sous oxygène | Crèmes émollientes et/ou dermocorticoïdes | Crèmes émollientes topiques et/ou dermocorticoïdes et/ou pansement hydro- colloïde hydrocellulaire mince non adhésif | Topiques et/ou asséchant | Nettoyage de la plaie au sérum physiologique Pansement hydrocellulaire non adhésif Topiques et/ou asséchant | Discuter l'arrêt de la radiothérapie Topiques et/ou asséchant et choix du pansement le plus approprié en fonction de la plaie | ARRET DE LA RADIOTHERAPIE Prise en charge spécifique par équipe spécialisée (service de grands brûlés) |
| Fréquence des soins | Au minimum 1 fois par jour : après les séances et le soir au coucher | | | 1 fois par jour | 1 à 2 fois par jour | |

Figure 30 - Mesures curatives des toxicités cutanées - AFSOS.

En prophylaxie secondaire pour limiter la survenue d'une radiodermite tardive après l'irradiation, on préconisera d'utiliser un dermo-nettoyant doux (syndet et pas de savon de Marseille ou d'Alep considérés trop asséchants). On protégera les zones traitées du soleil grâce à des vêtements ou écrans solaires. Il faudra éviter l'utilisation de parfum ou d'alcool sur les zones traitées. (INCa)

On surveillera à vie car il existe un risque de développer un cancer cutané même si la personne n'a pas eu de radiodermite aiguë et même après un délai très important (parfois plus de 25 ans). (AFSOS, 2014)

11.4.2 Syndrome main-pied

Appelé aussi érythrodysesthésie palmo-plantaire c'est un effet secondaire de certaines chimiothérapies. Ce trouble se manifeste par une inflammation douloureuse hyperkératosique, un œdème et une desquamation au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds.

Cet effet apparait dans les 4 premières semaines suivant le début des traitements et est réversible à l'arrêt des traitements. (OMEDIT, 2018)

Certaines chimiothérapie fragilisent les capillaires veineux au niveau des mains et des pieds comme ; le 5-fluorouracile, la capécitabine, les anthracyclines, l'épirubicine,

l'adriamycine, les taxanes... Concernant les thérapies ciblées les molécules en cause sont surtout le sunitinib et le sorafénib. (AFSOS, 2014)

Il existe 3 grades selon l'Institut National du Cancer :

- 1. Modifications légères de la peau ou dermite légère (érythème, œdème ou hyperkératose) sans douleur
- 2. Modifications cutanées modérées (desquamation, saignement, œdème, hyperkératose, bulles) avec douleur, interférant avec les activités physiques quotidiennes
- 3. Modifications cutanées sévères (ex : exfoliation, bulles, saignements, œdèmes, hyperkératose) avec douleur, interférant avec les activités élémentaires quotidiennes.



Figure 31- Illustrations du syndrome main pied.

En prévention avant le début du traitement il sera nécessaire de réaliser des soins podologiques adaptés par un pédicure.

Il est possible d'intervenir à l'officine lors du grade 1, en expliquant la nécessité d'agir dès les premiers symptômes (OMEDIT, 2018) :

- Protéger les mains des agressions (port de gants pour la vaisselle, pour se protéger du froid etc...),
- Eviter les chaussures trop serrées, porter des semelles orthopédiques pour répartir le poids du corps, porter des chaussettes en coton
- Eviter l'exposition aux rayons UV, à la chaleur

Si la sécheresse et l'érythème prédominent conseiller une crème hydratante ou un baume.
Si l'hyperkératose prédomine conseiller une crème émolliente ou un baume contenant 10% minimum d'urée, si l'hyperkératose est sévère il faudra avoir recours à l'acide salicylique.
Si l'inflammation prédomine il faudra appliquer des dermocorticoïdes. (OMEDIT, 2018)

Concernant les stades 2 et 3 une consultation avec un dermatologue est nécessaire.

Pendant les cures de chimiothérapie il sera proposé le port de gants et de pantoufles réfrigérés, le froid entraînant une vasoconstriction diminue l'exposition au médicament.

Si malgré les mesures de prévention un syndrome main-pied se déclare, il faudra alors éviter de mettre la peau en contact avec la chaleur, les patientes pourront réaliser des bains de pieds et de mains à l'eau fraîche, éviter de solliciter trop fortement les mains et les pieds (marche pieds nus, jogging...), au moment du coucher appliquer une crème hydratante puis couvrir les mains et les pieds avec des gants et des chaussettes lâches en coton.
(Fondation contre le Cancer Belge, 2018)

Le pharmacien pourra proposer en homéopathie (Boiron et al, 2014.) :

- Bovista gigantea 5CH et Carbo animalis 5CH, en phase érythémateuse : 5 granules de chaque matin et soir
- Graphites 9CH et Petroleum 9CH, en phase de desquamation : 5 granules de chaque matin et soir

En aromathérapie on pourra réaliser des massages doux avec l'huile essentielle de lavandin super (60 gouttes) en mélange avec l'huile essentielle d'argan (qsp 50 millilitres). (Couic Marinier F., 2017)

11.4.3 Cicatrisation

Afin de stimuler la microcirculation veineuse il est important de masser la cicatrice afin d'éviter le dépôt de fibres de collagène et d'assouplir la peau. Tant que la cicatrice est sensible il faudra effectuer des mouvements légers puis dès que les douleurs cessent on

pourra masser en profondeur (technique de palpé-roulé) au moins 5 minutes tous les jours pendant les 3 mois suivant l'intervention chirurgicale. (CHU Montréal, 2018).

Il faudra veiller à protéger la cicatrice du soleil avec un écran solaire très haute protection et même la recouvrir par des vêtements. Le tabagisme ralentit le processus de cicatrisation il sera alors à proscrire.

Un massage à base d'huiles essentielles pourra être conseillé (Couic Marinier F., 2017):

- Huile essentielle d'hélichryse italienne (cicatrisant) : 30 gouttes
Huile essentielle de ciste ladanifère (hémostatique) : 30 gouttes
Huile essentielle de carotte cultivée (régénérant) : 30 gouttes
Huile essentielle de lavande aspic (cicatrisant) : 30 gouttes
Huile végétale : qsp 50 millilitre.

11.5 L'Alopécie

L'alopécie chimio-induite est liée à une action cytotoxique directe des traitements anti-cancéreux (apoptose du follicule pileux et régression des glandes sébacées).

Le 5-fluorouracile, le cisplatine, la gemcitabine et la bléomycine n'induisent pas ou peu d'alopécie, alors que le méthotrexate, la vincristine, la vinblastine sont fortement alopeciantes et le cyclophosphamide, la doxorubicine, le paclitaxel et le docétaxel sont quant à eux très fortement alopeciantes. (Fiche pratique sur l'alopécie, réseau Rhône-Alpes, 2015.)

Les thérapies ciblées peuvent aussi être responsables de troubles au niveau du cuir chevelu, le sunitinib provoque des décolorations du cheveu pouvant être masquées par une coloration naturelle. (Laboratoire Pfizer, 2014)

Ce trouble apparaît entre 10 et 20 jours après le début du traitement soit de façon progressive ou brutale (Humbert P, 2009). L'alopécie est le plus souvent réversible à l'arrêt des traitements et la repousse débutant après 4 à 6 semaines (vitesse mensuelle de 1 centimètre). Après la repousse l'aspect des cheveux peut être différent, leur teinte peut également varier.

Cet effet est le plus connu et le plus redouté des patientes entraînant une image de soi négative, la femme étant atteinte dans sa féminité. L'impact psychologique est aussi très important et une aide psychologique est alors d'une grande utilité pour les patientes.

Afin de prévenir cette chute de cheveux il sera conseillé de limiter les facteurs agressants pour le cuir chevelu (colorations, sèche-cheveux, brossage énergique, lavages trop fréquents). Pour anticiper « moralement » cette chute certaines patientes préféreront se couper les cheveux courts avant de commencer les cures de chimiothérapie.

L'utilisation d'un casque réfrigérant afin de provoquer une vasoconstriction des artéioles du cuir chevelu et de limiter le passage du traitement au niveau des follicules pileux est très contraignant et souvent mal supporté par les patientes, il semble donner des résultats très fluctuants. (Ross et Fischer-Carlidge, 2017.)

La L-cystine et la vitamine B6 sont des cofacteurs enzymatiques des systèmes de défense anti radicalaires, c'est pourquoi leur apport permet de diminuer l'apoptose chimio-induite au niveau du cuir chevelu (Humbert P, 2009). De nombreux autres nutriments peuvent également prévenir la chute de cheveux ; le zinc (favorise la synthèse de la kératine), les autres vitamines B (B1 ; contenant du soufre, B2 ; renforçant la structure protidique du cheveu, B3 ; vasodilatatrice accroît la circulation à la racine du cheveu, B5 ; développement du follicule pileux, B8 ; stimule le cuir chevelu), la vitamine A (hydratante et anti-infectieuse), le magnésium (potentialise la vitamine B), le fer. (Scotté et al, 2007)

Plusieurs accessoires peuvent aider à masquer la perte de cheveux (INCa) ;

- Le foulard ; en matière naturelle (coton, lin, lycra) à nouer de différentes façons ou déjà noué pour limiter les mouvements douloureux ils sont vendus en pharmacie ou dans des magasins spécialisés. Il existe aussi des bandes de cheveux à accrocher au foulard, soit en frange ou au niveau de la nuque.

Pour la nuit il existe des bonnets en tissu si la femme ne veut pas rester tête nue.



Figure 32 - Comment nouer son foulard, INCa.

- La perruque : on peut en trouver dans des magasins spécialisés, chez les coiffeurs, mais aussi en pharmacie (pour citer quelques fournisseurs ; NJ Creation®, Henry Margu®...)

A la fin des traitements pour stimuler la repousse des cheveux on pourra appliquer un mélange d'aromathérapie (Couic Marinier F., 2017):

- Huile essentielle de romarin à 1,8 cinéole : 20 gouttes
- Huile essentielle d'Ylang ylang : 40 gouttes
- Huile végétale de ricin : 10 millilitres
- Huile végétale de noyau d'abricot : 10 millilitres

On appliquera cette huile capillaire sur cheveux secs avant le shampoing et on recouvrira les cheveux avec une serviette chaude pendant 15 minutes.

Pour favoriser la repousse des cils, des sourcils et des ongles on pourra conseiller à la patiente d'appliquer de l'huile de ricin chaque jour. (Baudoux D et Breda M.L., 2017)

11.5.1 La prothèse capillaire

Prise en charge :

La prothèse capillaire est prise en charge par l'Assurance maladie sur présentation d'une prescription médicale et si le vendeur est conventionné. Il faut savoir que le prix d'une perruque varie entre 125 euros et plusieurs milliers d'euros pour une perruque en cheveux naturels faite main (Laboratoire Même, 2016). La différence peut être remboursée par une

assurance complémentaire, il faudra alors se renseigner en amont afin de connaître son budget.

A compter du 2 avril 2019, suite à la publication au Journal Officiel du 20 mars 2019, les perruques dites de classe 1 (fibre synthétique) ont un prix limite de vente de 350 euros et sont intégralement remboursées, celles de classe 2 (avec 30% de cheveux naturels) ont un remboursement de 250 euros et leur prix de vente est plafonné à 700 euros. Les prothèses capillaires partielles ont un prix limite de vente de 125 euros et sont intégralement remboursées.

La prise en charge d'une perruque inclut celle d'un accessoire textile (foulard, turban, bonnet...). Si la patiente ne souhaite pas de perruque, alors, trois accessoires seront pris en charge dont au moins un accessoire de type textile.

| Type de prothèse capillaire | Prix de vente limite au public | Montant maximum remboursé par l'Assurance maladie obligatoire | Reste à charge avant assurance complémentaire |
|--|-----------------------------------|---|--|
| Perruque totale de classe 1 + un accessoire textile* | 350 euros TTC | 350 euros TTC | aucun |
| Perruque totale de classe 2 + un accessoire textile* | 700 euros TTC | 250 euros TTC | Entre 0 et 450 euros selon le prix de la perruque choisie |
| Perruque partielle + un accessoire textile* | 125 euros TTC | 125 euros TTC | aucun |
| Accessoires vendus par un professionnel spécialisé : - textile : turban, foulard, bonnet, ... ; - couronnes capillaires : couronne de cheveux ou tour de tête capillaire ; - textiles intégrant des fibres capillaires ; - autres accessoires capillaires : franges à positionner sur le front, mèche à positionner au niveau de la nuque. | 40 euros TTC (pour 3 accessoires) | 20 euros TTC (pour 3 accessoires) | Entre 0 et 20 euros selon les accessoires choisis. À noter : Si vous ne prenez pas de prothèse capillaire, la prise en charge porte sur un maximum de trois accessoires dont au moins un accessoire textile. |

(*) : La prise en charge d'une prothèse capillaire totale ou partielle s'accompagne et comprend systématiquement la prise en charge d'un accessoire textile.

Figure 33 - Remboursement des prothèses capillaires et accessoires, INCa.

Les femmes affiliées à la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou couvertes par l'Aide Médicale d'Etat (AME) bénéficient du tiers payant.

Pour les femmes ayant des difficultés financières il existe des sites internet où sont organisés des échanges de perruques (sites les Essentielles, les Impatientes et de la Ligue contre le cancer), de même certaines associations récupèrent d'anciennes perruques et les redistribuent. (INCa)

Le renouvellement de la prescription pourra se faire après une période de 12 mois. Un renouvellement anticipé sera possible si le produit est hors d'usage selon l'article R. 165-24 du Code de la Sécurité Sociale.

Choix et essayage d'une perruque :

En pharmacie il conviendra d'avoir un local spécifique pour garantir la confidentialité et la relation de confiance entre le professionnel et la patiente. Il sera important d'avoir un ou plusieurs membres de l'officine formé(s) afin de pouvoir renseigner les patientes à tout moment.

Il est primordial de conseiller à la patiente de choisir sa perruque avant la perte des cheveux, en effet cela lui laissera le temps d'accepter le port d'une prothèse capillaire et de revenir essayer plusieurs modèles pour trouver le bon.

A savoir qu'il existe 4 bases différentes de perruques ; (Laboratoire NJ Creation, 2018)

- Un montage sur bandes de cheveux, finition à la main, bonnet aéré et confortable.
- Une fixation des cheveux à la main sur un support en voile de tulle, très léger.
- Un montage sur bande de cheveux, finition à la main et dessus en micro-peau, impression de naturel.
- Une implantation à la main cheveu par cheveu avec un départ frontal invisible et un dessous en micro-peau. Bonnet en voile de tulle très confortable.

Pour positionner correctement sa perruque il faudra tout d'abord « l'aérer » pour lui donner du volume. Puis on la placera d'avant en arrière, comme un bonnet, on positionnera d'abord les cheveux sur la nuque puis on vérifiera que l'espace entre les sourcils et la bordure frontale est d'au moins 3 à 4 doigts. Il faudra enfin positionner correctement les

pattes de maintien sur les tempes et vérifier leur symétrie. Puis on pourra coiffer la perruque à son envie. (Laboratoire Henry Margu, 2018.)



Figure 34 - Comment mettre sa perruque, INCa.

Entretien :

Les perruques en cheveux synthétiques sont plus faciles d'entretien, il sera conseillé de la laver à l'eau froide tous les quinze jours et de l'essorer dans une serviette éponge puis de la laisser sécher à l'air libre si possible sur un support adéquat en plastique ajouré.

Concernant les perruques en cheveux naturels les mêmes règles s'appliquent. (Laboratoire Même, 2016)

Il est préférable de ne pas emmener sa perruque sous la douche, de même pratiquer une activité aquatique avec sa perruque accélérera son usure.

On conseillera aux patientes de laver leur crâne avec un shampoing doux et ensuite d'appliquer une crème non grasse pour hydrater le cuir chevelu et limiter les éventuelles démangeaisons.

Avis de la Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé du 18 décembre 2018 :

Cet avis fait suite à la modification de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires du Code de la sécurité sociale publié au Journal Officiel le 10 août 2018.

La Commission recommande d'élargir le droit de prescription des prothèses capillaires aux infirmiers en pratique avancée dans le cadre d'un parcours de soin coordonné en oncologie.

La Commission souligne qu'entre 2005 et 2018, l'INCa avait établi une charte des Droits du client et devoirs du vendeur de perruques. Son objectif était de garantir un service de qualité aux patients ayant besoin d'acheter une prothèse capillaire. Aujourd'hui, l'INCa travaille à l'élaboration d'une nouvelle version de la carte des perruquiers, établie en lien avec la Caisse nationale d'assurance maladie, qui permettra de répertorier l'ensemble des vendeurs conventionnés.

La Commission recommande que le patient reçoive lors de la prescription, un document d'information pour l'accompagner dans son choix au moment de l'acquisition. Une liste de points à vérifier doit l'aider à évaluer la prothèse proposée et savoir si le produit correspond à ses attentes en termes de critères minimum. (Annexe 6 - évaluation d'une prothèse capillaire.)

11.6 Toxicité unguéale

Les chimiothérapies pourront induire des onychopathies en particulier celles à base de taxanes ou les anthracyclines qui seront les plus susceptibles d'induire une onycholyse. Les thérapies ciblées pourront provoquer une paronychie. (InfoCancer, 2017)

On retrouvera plusieurs types d'anomalies liées aux traitements : un onyxis (inflammation), les lignes de Beau (sillons ou dépressions transversales de l'ongle liés à l'arrêt de synthèse de la kératine), une onycholyse (décollement de la tablette unguéale), des dyschromies (apparition de taches blanches ou marrons), des hémorragies sous unguéales, des surinfections bactériennes et mycosiques sont possibles (Scotté et al, 2007)

A la fin des traitements cette toxicité sera réversible mais pourra persister jusqu'à 6 mois pour les doigts et 12 à 18 mois pour les orteils.

3 grades de paronychies selon l'Institut National du Cancer :

- 1. Œdème ou érythème du repli cutané de l'ongle, rupture de la cuticule.
- 2. Œdème ou érythème douloureux du repli cutané de l'ongle, associé à un écoulement ou à la séparation des couches de la tablette unguéale, nécessitant un traitement local ou oral, interférant avec les activités physique de la vie quotidienne.

- 3. Nécessitant une chirurgie ou une antibiothérapie intraveineuse, interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne.



Figure 35 - Paronychie, la presse médicale volume 43.

En prévention on conseillera de ne pas couper les ongles trop courts et de préférer les limes à ongles aux ciseaux, d'éviter les traumatismes et de protéger les mains avec des gants doublés en coton pour manipuler des produits chimiques. De même il faudra proscrire les soins de manucure et les dissolvants à base d'acétone.

La patiente devra hydrater ses ongles et cuticules avec une crème hydratante, un baume ou une huile à la vitamine E. On pourra lui conseiller de protéger ses ongles des rayons UV grâce un vernis au silicium de couleur. (AFSOS, 2013)

L'utilisation de gants réfrigérants est proposée par certaines équipes médicales (Scotté et al, 2005).

En homéopathie on retrouvera 2 souches pouvant améliorer l'aspect de l'ongle (Boiron et al, 2014.) :

- Antimonium crudum 9CH et Graphites 9CH : 5 granules de chaque matin et soir.

En traitements curatifs en cas de surinfection, on utilisera des antibiotiques locaux voire systémiques ou des antifongiques. Pour soulager la douleur un bain de main avec de l'hexamidine pourra être utile. En cas de paronychie avec bourgeons charnus l'utilisation de dermocorticoïde sera adaptée. L'avulsion unguéale partielle au laser à CO2 ou la décortication chirurgicale pourra soulager la douleur. (InfoCancer, 2017)

11.7 Le lymphœdème

C'est un effet secondaire possible de tout geste ou traitement réalisé au niveau de l'aisselle, cet effet est majoré quand la chirurgie est associée à la radiothérapie. La lymphe ne circulant plus normalement s'accumule dans le bras du côté du sein opéré et peut entraîner une augmentation de son volume.

Cet effet peut apparaître quelques semaines après le curage axillaire mais parfois des mois voire des années plus tard. (INCa)

Le lymphœdème se manifeste par un gonflement du bras ou de la main, mais aussi par une sensation de tension ou de douleur, une différence d'aspect de la peau, une difficulté à la mobilisation du membre. (INCa)

Cet effet impact la qualité de vie des femmes ainsi que leurs capacités physiques et leur image corporelle et peut donc être responsable d'une détresse psychologique.

Traitements intensifs du lymphœdème (AFSOS, 2014) (Thuasne, 2018):

- Drainage lymphatique manuel par un kinésithérapeute spécialisé (contre-indiqué en cas d'érysipèle ou de lymphangite.)
- Bandages réducteurs : les bandes sont inélastiques ou à allongement court et devront être portées 24h/24 et renouvelées toutes les 24 à 48h, ces bandes pourront être posées en ambulatoires ou lors d'une hospitalisation complète. La durée du traitement est fonction de l'efficacité et de la tolérance, deux semaines sont souvent nécessaires.
Sous les bandes pourront être placés des dispositifs de capitonnage pour augmenter la pression locale type Mobiderm® de Thuasne®. Pour protéger la peau on pourra placer sous le dispositif de capitonnage une bande de coton.
- Gymnastique sous bandage : permet une variation de pression effective lors de la mobilisation du membre et accentue le drainage de l'œdème.

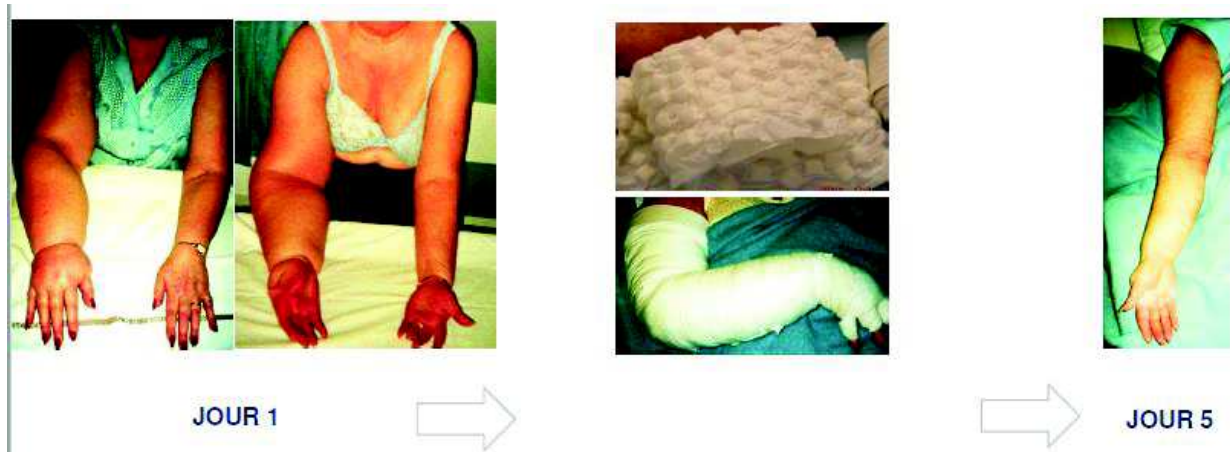


Figure 36 - Effets du bandage réducteur chez une patiente présentant un lymphœdème, Thuasne 2018.

Traitements d'entretien du lymphœdème (AFSOS, 2014) (Thuasne, 2018) :

- Draine lymphatique manuel par un kinésithérapeute spécialisé au long cours pour maintenir la souplesse cutanée et le volume du membre
- Auto-bandage : technique enseignée par le kinésithérapeute à la patiente et à son entourage, le bandage pouvant être porté jour et nuit de façon ponctuelle ou plus fréquemment en fonction de l'œdème.
- Orthèse de compression : manchon sur mesure avec mitaine attenante ou séparée à porter la journée (AFSOS, 2014). Pour la nuit il existe des vêtements mobilisateurs anti-œdème type Mobiderm autofit® de Thuasne®.

Le pharmacien orthésiste pourra réaliser la prise de mesure et la délivrance des manchons. La patiente devra avoir le bras en très légère flexion et le pharmacien prendra les mesures à l'intérieur du bras, il marquera les repères demandés par le fabricant à l'aide d'un crayon sur la peau de la patiente. (Annexe 7 – prise de mesures manchons et gants Thuasne®)

Il faudra vérifier la bonne adaptation tous les 6 mois (usure, renouvellement, modification de l'œdème)



Figure 37 - Mobiderm autofit® Thuasne®



Figure 38 - Manchon et gant de contention Thuasne®

Conseils (AFSOS, 2014):

- Education thérapeutique est indispensable car c'est un traitement à vie
- Soins de peau : importance d'hydrater sa peau, d'éviter toute effraction cutanée (sources de chaleur, coupures, griffures, piqûres, produits irritants...)
- Associations de patients : AVML (Association Vivre Mieux avec le Lymphoœdème)
- Cures thermales « lympho'thermes » : 3 centres à Argelès, Luz St Sauveur et La Léchère.
- Activité physique adaptée limitant les impacts et gestes brusques : natation, marche, yoga, qi gong...
- Alimentation : éviter la prise de poids après le traitement

11.8 Les troubles hématologiques

11.8.1 Neutropénie

Ce trouble est caractérisé par un taux de polynucléaires neutrophiles inférieur à 2G/L chez l'adulte. Le principal risque étant l'infection. On parlera de neutropénie fébrile si le taux de PNN <0,5G/L avec une fièvre associée : température axillaire > 38,5°C ou 38°C à 2 reprises à 2heures d'intervalle (Klastersky, 2016.)

Les premiers cycles de chimiothérapie représentent une période plus à risque, 58% des épisodes de neutropénie fébrile surviennent au cours du 1^{er} cycle (Lyman et al, 2003)

Selon l’OMS il existe 5 grades de neutropénie :

Tableau 5 - Grade des neutropénies selon l'OMS.

| Grade OMS | Grade 0 | Grade 1 | Grade 2 | Grade 3 | Grade 4 - agranulocytose |
|-------------------|----------|-----------|---------|-----------|--------------------------|
| Taux de PNN (G/L) | ≥ 2 | 1,5 - 1,9 | 1 - 1,4 | 0,5 – 0,9 | <0,5 |

Le « Nadir » est le taux le plus bas des PNN, il survient généralement 8 jours après le traitement et dure en moyenne 4 à 5 jours, la récupération est totale et spontanée en 14 à 21 jours.

Les facteurs de risques sont fonction : (Klastersky, 2016) du protocole de chimiothérapie ; docétaxel, doxorubicine, cyclophosphamide, épirubicine, 5FU sont connus pour leur toxicité (Smith et al, 2006), d’un âge avancé, d’une pathologie médullaire associée, de la présence de mucite...

On conseillera aux patientes de surveiller régulièrement leur température, elles devront éviter le contact avec les personnes malades et avoir une hygiène stricte (vaccins, bilans dentaires, attention au contact avec les animaux...). La prise de paracétamol comme antalgique sera à proscrire car elle masque les signes fébriles.

Prophylaxie (AFSOS, 2014):

- Antibiothérapie : elle est non systématique (on peut parfois retrouver du valaciclovir chez les patients avec antécédent d’infection à l’herpès simplex virus)

- Facteurs de croissance hématopoïétiques G-CSF : le filgrastime (Neupogene®), le pegfilgrastime (Neulasta®) et le lénograstime (Granulocyte®). Les G-CSF régulent la production et la libération des PNN à partir de la moelle osseuse.

En cas de neutropénie fébrile l’utilisation de G-CSF ne sera pas systématique en traitement adjuvant de l’antibiothérapie, on considérera son utilisation si il y a un haut risque de complication infectieuse ou si la neutropénie se prolonge pendant plus de 10 jours chez un patient ne répondant pas à un traitement antibiotique bien conduit.

11.8.2 Anémie

L'anémie se définit par un taux d'hémoglobine anormalement bas, ce taux variant en fonction du sexe et de l'âge. Chez la femme on définira une anémie quand le taux d'hémoglobine sera inférieur à 12g/dL. C'est une cause importante de fatigue. (AFSOS, 2016)

Les causes d'anémies en cancérologie sont nombreuses ; suite à un déficit nutritionnel, à la chimiothérapie, à une hémolyse, à la diminution de l'utilisation du fer, à la diminution de la survie des hématies... (Gilreath et al, 2014)

Ce trouble se manifestera par des symptômes caractéristiques ; fatigue, essoufflement au repos, vertiges, maux de tête, pâleur des lèvres, problèmes d'équilibre, troubles digestifs, difficulté à la concentration etc... (INCa)

Traiter l'anémie :

- Les agents stimulants l'érythropoïèse (ASE) : transfusion d'érythropoïétines (EPO) qui stimulent la prolifération des cellules souches précurseurs des hématies (Epoétine α : Eprex®, Epoétine β : Neorecormon®, Darbepoetin α : Aranesp®...). Ils seront utilisés au cas par cas. (Aapro et al, 2007)

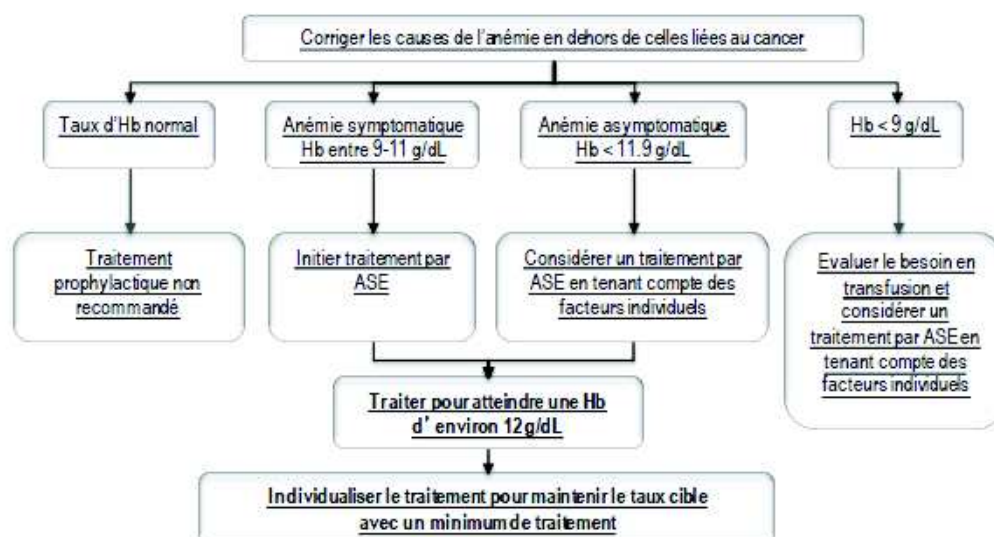


Figure 39 - Utilisation des ASE au cas par cas, The Oncologist - Aapro et al, 2007.

Ils seront prescrits pendant 4 semaines après la dernière cure de chimiothérapie (si l'hémoglobine augmente de plus de 2g/dL sur 4 semaines on réduira la dose de 25 à 50%). Leurs effets indésirables sont l'apparition éventuelle d'une hypertension artérielle et une augmentation du risque thromboembolique. (AFSOS, 2016.)

- Transfusion sanguine si taux d'hémoglobine <8 g/dL (HAS, 2014)
- Apport de fer par voie orale (Vidal Recos, 2018) et d'acide folique (Gilreath et al, 2014)

11.9 Les troubles sexuels et gynécologiques

Le cancer du sein est responsable de nombreuses modifications dans la vie de couple. D'une part à cause de la modification de l'image corporelle suite à la mastectomie (symbolique sexuelle du sein), d'autre part à cause de la perception de la peur du partenaire, ou encore à cause du traitement parfois responsable d'une ménopause induite. Les troubles sexuels peuvent être responsables d'une dépression et donc d'amoindrir les chances de guérison. (Brédart et al, 2009)

La chimiothérapie et l'hormonothérapie sont responsables de ; sécheresse vaginale, aménorrhée, sensibilité mammaire modifiée (surtout avec la doxorubicine, le cyclophosphamide, le tamoxifène, les anti-aromatases et les agonistes de la LH-RH, fatigue, prise de poids, alopecie, traitement long responsable d'altération du désir sexuel, bouffées vaso-motrices, nausées, vomissements, diarrhées, myalgies... (AFSOS, 2012)

Seulement 30% des couples ont pu évoquer la sexualité avec un professionnel de santé durant le suivi médical pour le cancer du sein (AFSOS, 2012) De même, il existe une insuffisance de prise en charge : 50% des femmes ont un syndrome climatérique non traité après cancer du sein (Antoine et al, 2008).

Ce trouble doit être prise en charge par tous les soignants intervenant dans le parcours de soin et ne doit pas être un tabou ou un luxe mais un droit de la patiente et de son partenaire. Il faut avoir une approche centrée sur la recherche d'une altération de la santé sexuelle (et pas de sexe), savoir entendre les plaintes ou les craintes et saisir l'opportunité d'aborder le sujet lors de la délivrance de contraception ou de prothèses. On peut renvoyer les patientes vers un sexologue qui pourra être à même de répondre aux demandes.

Il faut savoir informer les patientes des perturbations possibles et inviter leur partenaire à assister aux consultations. Pour prévenir les effets les plus pénalisants (AFSOS, 2012) :

- Trophicité vulvo-vestibulaire, mucites et dermites, infections urinaires : il faudra acidifier le pH vaginal à l'aide d'ovules ou de gels à base d'acide lactique, pour hydrater et lubrifier on utilisera des gels vaginaux, pour restaurer la souplesse tissulaire on aura recours à des ovules ou des gels à l'acide hyaluronique et à la vitamine E.
- Syndrome climatérique : on pourra proposer des séances d'acupuncture/ de relaxation/ d'hypnose, la prise de magnésium et de complément alimentaire.

En homéopathie on pourra conseiller (Boiron et al, 2014) :

- o Acthéane® (Composé d'Actea racemosa, Arnica montana, Glonoinum, Lachesis mutus, Sanguinaria canadensis) : 1 comprimé 4 fois par jour, au rythme des bouffées de chaleur
- o Lachesis mutus 15CH : 1 dose par semaine
- o Belladonna 9CH : 5 granules à chaque bouffée de chaleur
- Travailler sur l'image corporelle : grande importance de la socio-esthétique, l'activité physique adaptée aura un retentissement sur le bien-être et la fatigue.

Troubles sur la fertilité :

Après une chimiothérapie gonadotoxique :

- Risque élevé avec les agents alkylants si la patiente a plus de 39 ans,
- Risque modéré avec le protocole FEC si la patiente a entre 30 et 39 ans
- Risque faible avec le protocole FEC si la patiente a moins de 30 ans ou si utilisation d'anthracycline
- Aucun risque avec le méthotrexate, la vincristine et le fluoro-uracile (AFSOS, 2012)

Il y a une destruction des follicules intra-ovariens en croissance ce qui explique les aménorrhées post-chimiothérapie transitoires. Mais, la réapparition des règles ne signifie pas que la réserve ovarienne est normale. Lorsque la quasi-totalité de la réserve ovarienne a disparu, les règles s'arrêtent, avec pour conséquence un manque d'œstrogènes responsable de symptômes parfois invalidants (ex: bouffées de chaleur, sécheresse

vaginale avec douleurs pendant les rapports) et un risque d'ostéoporose. (Provansal M, 2019)

L'information des patientes est indispensable, car il existe des moyens de préserver la fertilité (conservation embryonnaire et fécondation *in vitro*, conservation des ovocytes matures, conservation des ovocytes immatures, conservation de tissu ovarien). Le choix des techniques sera à discuter en réunion pluridisciplinaire d'oncofertilité. (Provansal M, 2019)

**LES PROTHESES MAMMAIRES
EXTERNES**

12 La réglementation

12.1 La prescription

Selon l'arrêté du 4 avril 2016 publié au Journal Officiel du 12 avril 2016, la prescription doit être rédigée par le chirurgien ayant réalisé la mastectomie ou par un médecin suivant la patiente dans son parcours de soin (y compris médecin traitant.)

(Annexe 8 – modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe)

La prescription devra mentionner :

- La date de la prescription en cours
- L'identité et la date de naissance ainsi que le poids de la patiente
- Le sein opéré (gauche ou droit)
- L'indication de la prescription de prothèse mammaire externe
- L'historique de la prescription de prothèse mammaire externe
- La date de la mastectomie
- Le caractère partiel ou total de la mastectomie
- Les symptômes que peut (ou non) présenter la patiente ; peau fragilisée par une radiothérapie ?, cicatrice hyperesthésique ?, adhérences cicatricielles ?, cicatrice irrégulière ?, risque d'œdème ou lymphœdème ?, douleurs cervicales ou dorsales ?, bouffées de chaleur ou hypersudation ?

12.2 Les indications

Les prothèses mammaires externes sont indiquées (Journal Officiel, 12 avril 2016) :

- Après une mastectomie totale ou partielle
- En cas d'asymétrie congénitale ou acquise
- En cas d'hypoplasie majeure ou d'aplasie

Ici nous nous focaliserons sur les prothèses mammaires indiquées après mastectomie.

12.3 Le remboursement

Depuis mai 2016 la prise en charge des prothèses mammaires externes a évolué. Ces modifications sont inscrites dans le chapitre 4 titre II de la liste prévue par l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale sont décrites dans l'arrêté du 4 avril 2016.

La prise en charge d'une prothèse mammaire externe n'intervient que dans le cadre d'une vente réalisée après un essayage adapté sur site en présence d'un professionnel formé et de la patiente, aussi bien pour une première délivrance que pour un renouvellement. C'est pourquoi les prothèses mammaires externes achetées sur internet ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie. (VIDAL, 2019.)

- Prothèses externes transitoires ; le prix de vente est limité à 25 euros, elles sont remboursées intégralement par l'Assurance Maladie.
- Prothèses externes en silicone standard : le prix de vente est limité à 180 euros, elles sont remboursées intégralement par l'Assurance Maladie.
- Prothèses externes en silicone technique : le prix de vente est limité à 240 euros, elles sont remboursées intégralement par l'Assurance Maladie uniquement si un des items « symptômes » est coché sur la prescription médicale ; lymphœdème, douleurs cervicales ou dorsales, bouffées de chaleur... (Annexe 8 – modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe).

12.4 Le renouvellement

Des évolutions importantes de la pathologie (sensibilité de la peau due aux effets de la radiothérapie, état des cicatrices, prise ou perte de poids associées aux traitements hormonaux...) peuvent intervenir lors de la première année suivant une mastectomie. C'est pourquoi les prothèses pourront être renouvelées sur prescription médicale au bout de 12 mois (si la première prothèse a été prescrite entre 2 et 14 mois après l'opération), puis les renouvellements suivants se feront tous les 18 mois. (Journal Officiel du 12 avril 2016.)

Si la première prothèse a été prescrite au-delà des 14 mois suivant la mastectomie le renouvellement ne pourra se faire que dans un délai minimum de 18 mois.

Tout renouvellement anticipé devra être conforme aux dispositions de l'article R 165-24 du code de la sécurité sociale. À compter du premier renouvellement, la prise en charge de

tout renouvellement anticipé est assurée après accord préalable demandé par le médecin prescripteur. La réponse de l'organisme de sécurité sociale doit être adressée dans les délais prévus à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale.

12.5 Formation des professionnels délivrant les prothèses mammaires externes

Selon l'arrêté du 4 avril 2016 portant sur la modification des modalités de prise en charge des prothèses de sein : Il est recommandé que le distributeur dispose d'une compétence d'orthopédiste - orthésiste et d'une connaissance des dimensions d'ordre médical, psychologique, et social concernant les utilisatrices de prothèses mammaires externes.

Dans l'hypothèse où il ne disposerait pas de cette compétence, tout personnel délivrant des prothèses mammaires pour un distributeur doit pouvoir justifier de l'attestation d'une formation reconnue et validée en matière de délivrance de prothèses mammaires externes au plus tard à compter du 1er mai 2019. Cette formation est également ouverte, dans le cadre du développement professionnel continu aux professionnels de santé titulaires d'une compétence d'orthopédiste-orthésiste souhaitant mettre à jour leurs connaissances en matière de délivrance de prothèses mammaires externes.

La formation à l'attention des personnes délivrant les prothèses mammaires externes ne disposant pas d'une compétence d'orthopédiste - orthésiste est conforme au cahier des charges défini dans l'annexe des conventions passées avec le comité économique des produits de santé. Elle est assurée par le groupe de fabricants et les représentants des distributeurs, signataires des conventions et délivrée selon deux formats différenciés en fonction des qualités des professionnels à former :

- 35 heures pour les non-professionnels de santé ;
- 20 heures pour les professionnels de santé, dispensés de certains modules.

Les locaux des distributeurs sont équipés de manière à garantir l'intimité de la patiente lors de l'accueil et des essayages (isolation visuelle et phonique : salon ou cabine d'essayage individuelle, miroir, etc.). L'essayage est obligatoire avant la délivrance du produit. Le distributeur doit informer que l'essayage n'engage pas à l'achat.

Le distributeur doit fournir à la patiente un support écrit comportant les conseils d'utilisation de la prothèse externe délivrée.

La première visite de la patiente au distributeur, destiné à la délivrance d'une prothèse transitoire, intervient au plus près de la mastectomie.

Une nouvelle visite a lieu environ deux mois après l'opération, en fonction du degré de cicatrisation de la patiente, en vue de la mise en place d'une prothèse mammaire externe en silicone.

Un an après l'opération, un rendez-vous permet de vérifier la pertinence du choix de la prothèse, en fonction d'une éventuelle évolution de la situation de la patiente.

13 Les différents types de prothèses mammaires externes

13.1 Les prothèses externes transitoires en textile non adhérentes

Ce sont les premières prothèses que la patiente pourra porter juste après son opération et durant les 2 mois suivants. Elles sont constituées d'une enveloppe rembourrée de ouatine et donc très souples et très légères. Elles se placent dans un soutien-gorge spécifique muni d'une poche intérieure. (INCa)

13.2 Les prothèses externes en silicone

Ces prothèses en silicones ont le même poids et la même taille que le sein non opéré, elles permettent sur le plan physique de restaurer l'équilibre statique et la symétrie du corps. La compensation du poids permet d'éviter d'éventuels problèmes de posture à la patiente (rachis, épaule tombante...) Sur le plan psychologique, elles permettent à la patiente de retrouver son image corporelle et participent à la restauration de la confiance en soi.

Leurs formes sont variées, elles peuvent être partielles ou totales, symétriques ou asymétriques.

On en distingue 2 sortes (Assurance Maladie, 2016) :

- Les prothèses externes en silicone, modèle standard : elles peuvent être portées à la fin du deuxième mois après opération.
- Les prothèses externes en silicone modèle technique (adhérentes ou non) : concernant les prothèses adhérentes il faudra attendre la fin du quatorzième mois après opération pour pouvoir les porter, à condition que la phase de cicatrisation soit terminée et que la cicatrice ne soit pas hyperesthésique.

Les prothèses non adhérentes pourront être portées après un délai de 2 mois suivant l'opération.

Depuis le 1^{er} mai 2016, les patientes peuvent opter pour un modèle technique même si elles ne présentent aucun « symptôme » mentionné sur la prescription. Dans ce cas la base de remboursement est celle d'une prothèse standard et le prix de vente limite est celui d'une prothèse technique, la différence entre les 2 tarifs reste à la charge de la patiente.

14 Délivrance des prothèses mammaires externes – Exemple avec la gamme AMOENA®

14.1 Le laboratoire Amoena®

Cette entreprise Allemande fabrique des prothèses mammaires externes depuis 1975. Elle propose plus de 700 prothèses se différenciant par leur technologie, les galbes de bonnet, les formes, les tailles et les coloris. Ces prothèses respectent les normes ISO 9001 et 13485 pour les dispositifs médicaux.

Amoena® offre des technologies brevetées comme la thermorégulation comfort+ grâce à la technologie du laboratoire Outlast® développée initialement pour la NASA. Le gel comfort+ absorbe les excès de chaleur et les restitue quand le corps se refroidit.

Ce fabricant est le seul aujourd'hui à proposer une prothèse auto-adhérente sans support.

14.2 Les prothèses mammaires externes évolutives

Si la patiente a opté pour la reconstruction, il existe des prothèses évolutives qui s'utilisent pendant la phase de reconstruction par expansion tissulaire. En effet, le volume de cette prothèse s'adapte à celui du sein au fur et à mesure des interventions, en ajoutant ou en enlevant la fibre de remplissage. Elle est composée d'un insert en silicone donnant l'apparence d'un sein nature et d'une enveloppe textile très douce et lavable. Cette prothèse permet d'équilibrer la silhouette tout au long de la phase d'expansion tissulaire. (Laboratoire Amoena, 2019.)



Figure 40 - Application de la prothèse évolutive Amoena PurFit®.



Figure 41 - Prothèse mammaire externe évolutive, Amoena PurFit®

14.3 Les prothèses mammaires externes transitoires

Cette prothèse peut être portée directement après l'opération, elle est constituée de coton uniquement. Le volume de la prothèse peut être ajusté en enlevant ou en ajoutant de la fibre de remplissage afin d'obtenir la taille désirée. Elle permet de restaurer la silhouette pendant la cicatrisation mais ne procure pas un équilibre statique du fait de son très faible poids. (Laboratoire Amoena, 2019)



Figure 42 - Prothèse mammaire externe transitoire, modèle Priform®, Amoena.

Chez Thuasne on retrouvera aussi des prothèses mammaires transitoires dénommées Silima fiberbfill® et chez Anita® ; prothèses trifirst® ou equilight®.

14.4 Les compléments mammaires

Les femmes ayant une dissymétrie suite à une chirurgie conservatrice ou à cause de multiples biopsies pourront porter un complément mammaire, c'est-à-dire une prothèse mammaire externe partielle avec une forme, une taille ou une épaisseur différente, que l'on pourra orienter de la façon dont on le désire de façon à venir combler le tissu manquant au niveau du sein opéré.

Il en existe des non-adhérentes et des adhérentes. Elles sont proposées en plusieurs tailles, différents coloris et en deux épaisseurs. (Laboratoire Amoena, 2019)



Figure 43 - Compléments mammaires de la gamme Amoena®. (De droite à gauche ; Delta, Oval, Varia)

Prise de mesure : il faudra mesurer la différence d'arrondi du bonnet c'est-à-dire la mesure du sternum à la couture de côté du soutien-gorge.

- Etape 1 : mesurer l'arrondi du bonnet du côté non opéré
- Etape 2 : mesurer l'arrondi du bonnet du côté opéré
- Etape 3 : soustraire la mesure de l'étape 2 à la mesure de l'étape 1, la somme obtenue correspond à la Différence d'Arrondi de Bonnet (DAB).

| Mesure DAB | Essayer |
|------------|-------------------|
| <1cm | Complément THIN |
| 1 à 2 cm | Complément MEDIUM |
| ≥ 2cm | Complément VOLUME |

Dans le but de faciliter les essayages on disposera d'un boîtier contenant 16 compléments mammaires afin d'ajuster au mieux les essayages. (Laboratoire Amoena, 2019)

Tableau 6 - Trouver la bonne taille de complément mammaire (Amoena®).

| Bonnet | | Taille soutien-gorge | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-------|----------------------|----|-----|----|-----|----|-----|-----|------|-----|-------|-----|
| AA | | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | |
| A | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 |
| B | | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 |
| C | | | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 |
| D | | | | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 |
| E | | | | | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| F | | | | | | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 |
| G | | | | | | | | | | 75 | 80 | 85 | 90 |
| Taille complément | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| DAB | Forme | Taille complément | | | | | | | | | | | |
| <1cm | Oval | | | S | | M | | L | | XL | | | |
| Complément thin | Delta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| 1 à 2cm | Delta | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Complément médium | | | | | | | | | | | | | |
| ≥ 2cm | Delta | | | 3/4 | | 5/6 | | 7/8 | | 9/10 | | 11/12 | |
| Complément volume | | | | | | | | | | | | | |

14.5 Les prothèses mammaires externes totales

Afin de choisir la bonne prothèse il faut avant tout choisir un soutien-gorge adapté convenant parfaitement en taille et profondeur de bonnet. Une fois le soutien-gorge validé par un essayage il suffira d'utiliser le tableau de correspondance fourni par le laboratoire afin de trouver la bonne taille de prothèse. (Annexe 9 – trouver la bonne taille de prothèse)

Ensuite en questionnant la patiente sur ses habitudes de vie, ses activités, ses contraintes physiologiques on choisira la prothèse correspondant à ses besoins.

Il existe plusieurs types de prothèses mammaires externes chez Amoena® (Laboratoire Amoena, 2019) :

ESSENTIAL® : c'est une prothèse mammaire externe standard. Composée de silicone identique sur les deux faces avec un toucher très doux.



Figure 44 - Prothèse mammaire externe standard, modèle Essential, Amoena®.

Des équivalents sont aussi disponibles chez d'autres fabricants de prothèses. Nous pouvons citer les modèles Serena®, Silima classic® et Silima shell® du laboratoire Thuasne et les modèles Active®, Fashion®, Soft touch®, Authentic®, Tricup® et Softback du laboratoire Anita®.

ENERGY® : c'est une prothèse mammaire externe technique. Elle possède une face interne avec des perles tridimensionnelles qui permettent à l'air de circuler librement derrière la prothèse, réduisant de manière significative la transpiration en augmentant le taux d'évaporation grâce à la technologie comfort+.

Idéale pour les femmes sportives transpirant pendant l'exercice ou ayant des bouffées de chaleur liées à la ménopause ou aux traitements.



Figure 45 - Prothèse mammaire externe technique, modèle Energy®, Amoena®.

NATURA® : c'est une prothèse mammaire externe technique. Elle procure une sensation et un aspect encore plus naturel, elle évolue avec le corps et suit notamment la forme du sein en position allongée. Les modèles possèdent une face interne en gel fluide et transparent sans pression sur les tissus cicatriciels. Matériau confort+ intégré à la silicone qui réduit les accumulations de chaleur en régulant la température derrière la prothèse.

Elles existent en version allégée ; poids inférieur à 40% par rapport à une prothèse standard. C'est la prothèse idéale pour les patientes souffrant de lymphœdème et/ou d'ostéoporose du fait de son faible poids.



Figure 46- Prothèse mammaire externe technique, modèle Natura®, Amoena®.

Chez Thuasne® on retrouve les modèles équivalents ultralégers : Silima Soft et light®, Silima Elite®. Chez Anita® on retrouve les modèles Trinature® et Softlite®.

CONTACT® : cette prothèse adhère directement à la peau grâce à une face perlée de silicone cohésif et suit les mouvements du corps tout en restant en place lors de chaque mouvement. Elle libère la pression sur l'épaule et procure une sensation de légèreté surtout en cas de lymphœdème, de poitrine généreuse, d'ostéoporose ou si la mastectomie a été bilatérale. Elle possède également la technologie de thermorégulation confort+.

Cette prothèse sera toutefois contre-indiquée en cas de cicatrice trop creusée du fait de son système auto-adhérent.

La prothèse étant portée au niveau du buste, son utilisatrice peut la ressentir comme une partie d'elle-même, elle peut donc procurer plus de sécurité et de confiance en soi.

Les prothèses Contact® sont répertoriées en tant que prothèses techniques adhérentes et pourront être portées au plus tôt 14 mois après l'opération. Ces prothèses pourront être échangées dans un délai de trois mois, contre un autre concept technique de la gamme

Amoena® si la patiente est insatisfaite. Le principal facteur d'insatisfaction réside dans le pouvoir d'adhérence, variable d'une patiente à une autre.



Figure 47- Prothèse mammaire externe adhésive, modèle Contact®, Amoena®.

Afin d'entretenir au mieux la prothèse certaines règles d'application devront être données : appliquer la prothèse sur peau propre et sèche, nettoyer la peau avant application pour éliminer les cellules mortes ou autres impuretés grâce au Skin tonic Amoena®.

La patiente posera la prothèse dans le bonnet du soutien-gorge, puis, viendra remonter la bretelle, et enfin, appuiera sur la prothèse pour bien la fixer. Pour la retirer elle se penchera vers l'avant et l'enlèvera à partir d'un point éloigné de la cicatrice.

Le pouvoir adhérent de la prothèse augmentant avec le nombre d'application, le pharmacien conseillera alors à la femme de la porter régulièrement.

Le nettoyage de la prothèse s'effectue quotidiennement avec une brosse spécifique humide et une solution de nettoyage (Soft cleanser Amoena®), il faut alors brosser fermement la surface pendant quelques minutes puis rincer à l'eau tiède tout en continuant le brossage. La prothèse pourra être séchée à l'air libre. (Annexe 10 – entretien prothèse contact.)

Après le retrait de sa prothèse il est conseillé d'hydrater sa peau à l'aide du Skin Balance gel-cream Amoena®, ce gel n'altérant pas l'adhérence de la prothèse sur la peau.

Le laboratoire Thuasne® propose une prothèse équivalente : silima Direct®, qui est une prothèse adhésive via un coussinet fin en silicone sur toute sa surface.

Le laboratoire Anita® propose un modèle adhérent : Valence vario®, qui est une prothèse adhésive via un coussinet adhérent triangulaire ou rond se retirant à l'eau.

14.6 L'entretien des prothèses mammaires externes

Les prothèses sont vendues dans des boîtes spécifiques avec un calage de protection. Afin de préserver leur forme, elles devront systématiquement y être rangées lorsqu'elles ne sont pas portées. (Laboratoire Amoena, 2019)

Lors de l'essayage il conviendra de préciser quelques règles et bons conseils à la patiente :

- Lavage quotidien à la main et au savon, rinçage abondant à l'eau claire,
- Sécher la prothèse en la tamponnant à l'aide d'une serviette éponge,
- Proscrire les détergents agressifs,
- Attention aux objets piquants/tranchants pouvant percer la prothèse (broches, épingles, épines de fleurs, griffures d'animaux).

Quelques règles d'entretien sont spécifiques aux prothèses contact (Annexe 10 – entretien prothèse contact).

14.7 Lingerie et accessoires

14.7.1 Choix du soutien-gorge adapté

Afin de trouver la bonne taille de soutien-gorge et donc la bonne prothèse, il conviendra d'abord de mesurer le tour de buste complet (sous la poitrine), puis ensuite de mesurer le demi-tour de poitrine et le multiplier par 2 (du côté non opéré au niveau du mamelon ; en partant du sternum jusqu'au centre de la colonne vertébrale). On se rapportera alors au tableau pour obtenir la taille de soutien-gorge et le bonnet. (Annexe 11 – prise de mesure soutien-gorge.)

Lors de la prise de mesure le mètre ruban devra être à plat sur la peau sans trop le serrer. La patiente devra se placer de profil de préférence avec le soutien-gorge et bras le long du corps. (Laboratoire Amoena, 2019)

- Textiles postopératoires : après la chirurgie la cicatrice étant très sensible, l'applicateur choisit avec soin un soutien-gorge qui ne viendra pas blesser la patiente et facile à enfiler malgré les douleurs. Les soutiens gorge postopératoires s'ouvrent par le devant et se ferment à l'aide d'agrafes et de crochets, ne possèdent ni couture, ni armature, sont constitués larges bretelles molletonnées et composés majoritairement de coton.



Figure 48 - Soutien-gorge postopératoire, Amoena®.

- Lingerie quotidienne : tous les modèles possèdent des bretelles suffisamment larges pour limiter la striction au niveau de l'épaule. Une poche est systématiquement présente à l'intérieur du bonnet permettant de glisser la prothèse à l'intérieur. L'entregorge haute et des renforts élastiques en bordure de bonnet permettent un meilleur maintien de la prothèse.

Si la patiente craint que sa cicatrice reste visible quand elle se baisse, il existe des modèles avec une modestie ou des modesties unitaires que la patiente pourra coudre elle-même au niveau du décolleté de son soutien-gorge.



Figure 49 - Soutien-gorge adapté pour prothèse mammaire, Amoena®.

- Cas particulier de la reconstruction mammaire et textiles de compression : ces soutiens gorge seront portés après tous types de chirurgie du sein, ils aident à maintenir les tissus et l'implant en place. Ils favorisent la réduction des œdèmes, des hématomes postopératoires et le frottement sur les tissus cicatriciels fragilisés.

Ces soutiens gorges s'ouvrent par devant grâce à un système d'agrafes et de crochets ou grâce à une fermeture éclair. Ils sont sans couture et armatures. Les bretelles sont molletonnées et se ferment par un système auto-agrippant. Le dos est haut et emboitant.



Figure 50 - Soutien-gorge de compression

En plus du soutien-gorge on pourra ajouter une bande de compression par-dessus ce dernier afin d'assurer une immobilisation optimale des tissus en phase de convalescence.

14.7.2 Accessoires

- Mamelons auto-adhérents : les 3 laboratoires en proposent. Ces dispositifs se positionnent directement sur la prothèse ou le complément mammaire. Ils existent en plusieurs tailles et coloris et sont lavables et réutilisables.

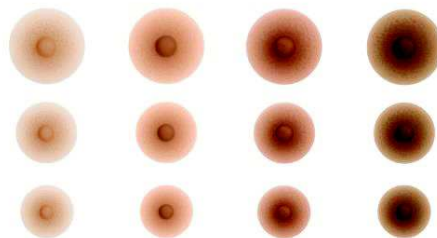


Figure 51 - Mamelons Amoena® contact.

- Autres prothèses :

- Pratique d'activités aquatiques : le laboratoire Amoena® a mis en place une prothèse mammaire externe avec une forme transparente en silicone : l'aqua wave swimform®. Des canaux sur la face interne favorisent l'évacuation de l'air et de l'eau. Très légère, elle ne tire pas vers le bas la poche d'un maillot mouillé comme

le ferait une prothèse en silicone. Cette prothèse se glisse dans la poche d'un maillot de bain adapté.

Ce produit est non remboursé (prix TTC : 72 euros, *site internet Amoena, 2019.*)



Figure 52 - Prothèse Aqua wave swimform, Amoena®.

Ces prothèses sont à porter dans un maillot de bain adapté disponible chez les 3 principaux fournisseurs ; Amoena®, Anita® et Thuasne®. Ces maillots possèdent une découpe haute dans le dos et un décolleté haut, ainsi le tissu reste plaquer sur le corps ce qui évite de dévoiler la prothèse. Une bande élastique sous la poitrine maintient la prothèse au plus près du corps.

- Pour la détente et la nuit : la prothèse Leisure form® de Amoena® est composée d'une mousse en polyuréthane légèrement lestée avec du sulfate de baryum (une poudre minérale naturelle). Cette mousse est recouverte d'une housse textile douce et lavable. Sur la face arrière se trouve la technologie confort+. Cette prothèse est idéale pour la nuit car plus légère.

Ce produit est non remboursé (prix TTC : 72 euros, *site internet Amoena, 2019.*)



Figure 53 - Prothèse Leisure form, Amoena®.

- Vêtements spécifiques : des tops munis d'un soutien-gorge intégré avec poches sont disponibles pour les femmes voulant dormir avec leur prothèse ou recherchant une tenue agréable à porter.

Des vêtements de sport équipés de poches sont également disponibles pour les femmes voulant reprendre une activité physique. Il existe aussi des soutiens gorge spécifiques assurant un maintien important adapté aux activités physiques intenses.

14.8 L'application

14.8.1 Le local

Selon l'arrêté du 4 avril 2016 portant sur la modification de prises en charge des prothèses de sein, l'essayage de la prothèse doit se faire dans un local dédié garantissant le calme et l'intimité de la patiente grâce à une isolation phonique et visuelle. Un grand miroir est essentiel en vue de vérifier l'application de la prothèse. Ce miroir peut être caché par un panneau, certaines patientes n'étant pas encore prêtes à se voir suite à l'opération.

Une lumière douce et indirecte est plus agréable pour la patiente.

Les prothèses et la lingerie doivent être rangées dans ce même local afin d'éviter les allers-retours inopportuns.

14.8.2 La prise de rendez-vous

Idéalement la première visite de la patiente intervient avant ou au plus près de la mastectomie. Il sera préférable de fixer un rendez-vous ensemble afin de se préparer en amont et pour permettre au pharmacien d'être entièrement disponible pour sa patiente. Dans le cas où une patiente se présenterait sans rendez-vous, il est important d'avoir toujours un applicateur formé travaillant à l'officine.

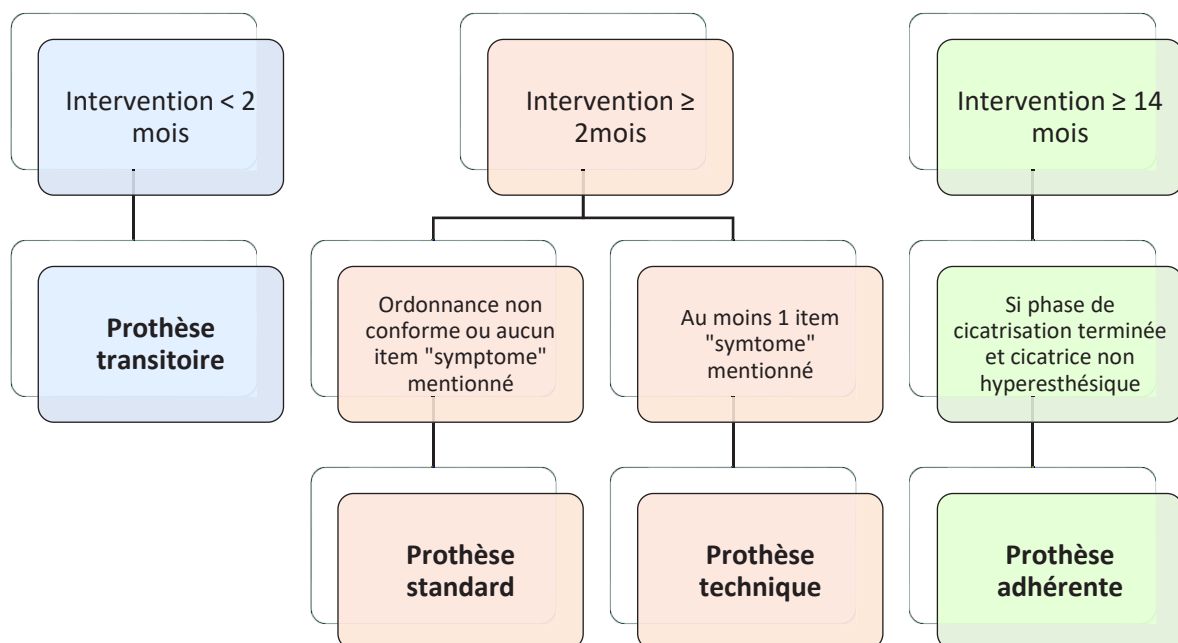
En vue de la mise en place d'une prothèse mammaire externe en silicone et en fonction du degré de cicatrisation, une nouvelle visite pourra avoir lieu environ deux mois après l'opération.

Un an après l'opération, un rendez-vous permet de vérifier la pertinence du choix de la prothèse, en fonction de l'évolution de la situation de la patiente. (Légifrance, 2016)

Les cadences des rendez-vous suivants sont déterminées par les durées de renouvellement associées aux différentes prothèses.

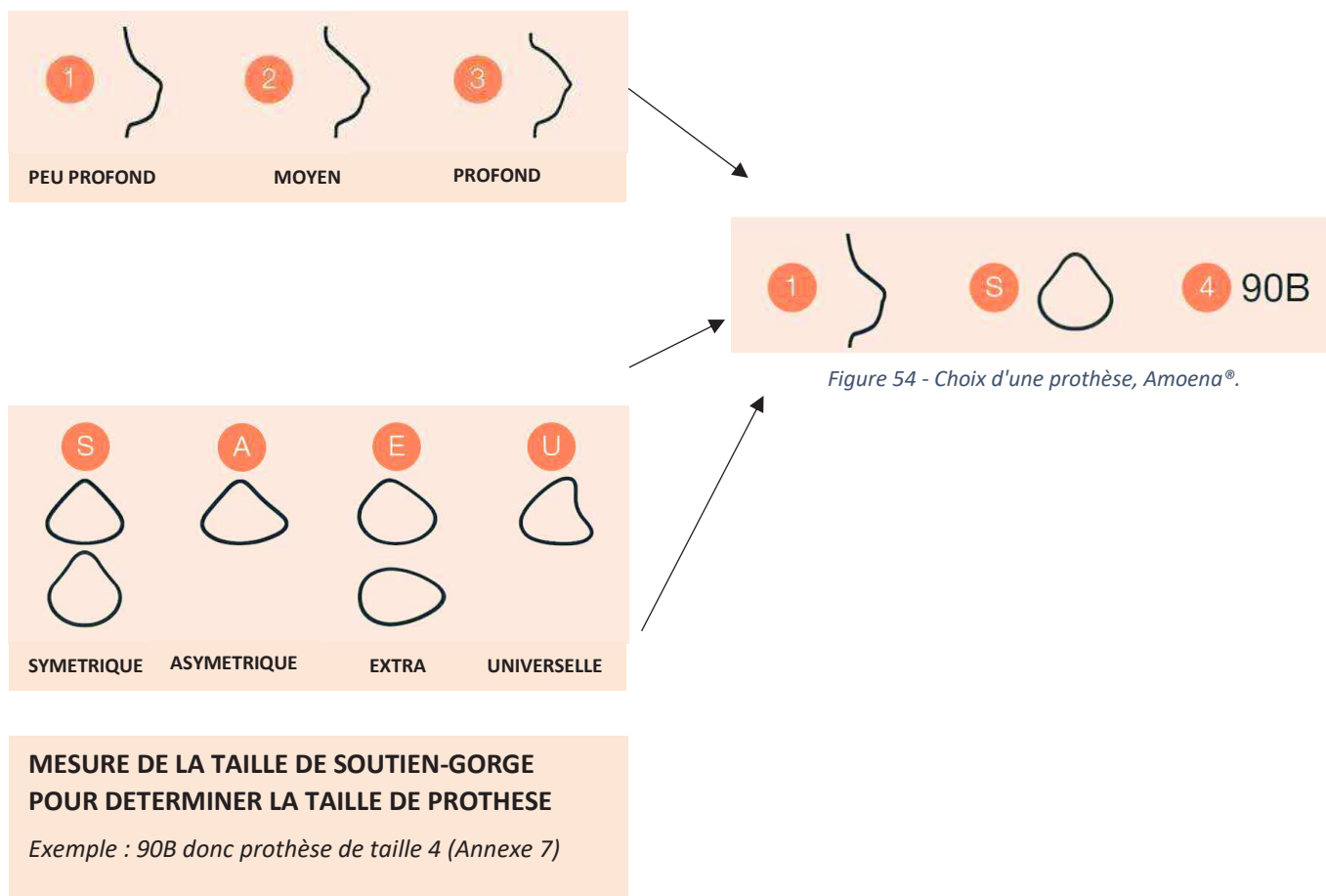
14.8.3 Le choix de la prothèse

Le rôle du pharmacien est d'adapter la délivrance de la prothèse mammaire externe en fonction des renseignements donnés par la patiente et de l'ordonnance du médecin : la localisation et la taille de la cicatrice, l'existence ou non de complication, les traitements adjuvants, les éventuels œdèmes... Ces informations orientent le choix de la prothèse et du soutien-gorge adapté.



La prise en charge d'une prothèse mammaire externe intervient seulement dans le cadre d'une vente réalisée après un essayage sur site en présence physique d'un professionnel formé et de la patiente, que ce soit pour une première délivrance ou pour tout renouvellement. (INCa)

Le professionnel prendra en référence le sein non opéré pour déterminer le galbe et la forme. Une forme symétrique convient mieux en cas de mastectomie sans curage axillaire tandis qu'une prothèse asymétrique est recommandée en cas d'ablation d'un grand nombre de ganglions lymphatiques (Laboratoire Amoena, 2019.)



Une fois les mesures de soutien-gorge prises et la taille de la prothèse définie, l'applicateur confie la prothèse à la patiente afin qu'elle puisse la manipuler.

14.8.4 L'essayage

L'essayage est primordial car certaines prothèses ne conviennent pas à toutes les morphologies. Il est donc essentiel d'avoir un stock constant ou d'avoir commandé le matériel nécessaire.

Dans le cas d'une prothèse de taille inférieure ou égale à 4 (90B, 85C, 80D et tailles inférieures), il sera conseillé à la patiente d'enfiler d'abord son soutien-gorge puis ensuite de placer la prothèse dans la poche intérieure. Si la prothèse est plus importante, alors il sera conseillé à la patiente d'agrafer le soutien-gorge, de se pencher et d'appliquer la prothèse dans la poche avant d'enfiler les bretelles. (Laboratoire Amoena, 2019)

Le port d'un tee-shirt moulant par-dessus le soutien-gorge avec prothèse permettra de valider ou non le choix effectué.

**TEMOIGNAGES ET ACTIONS MISES EN
ŒUVRE A LA PHARMACIE**

15 Exemple de cas concrets à la pharmacie

15.1 Actions mises en œuvre à la pharmacie de la Marine

Afin de promouvoir la délivrance de prothèses mammaires au sein de la pharmacie, de soutenir nos patientes et de faire connaître la maladie, l'équipe de la pharmacie a développé plusieurs événements :

- Un showroom de lingerie se tient une fois par an. La nouvelle collection de sous-vêtements et de maillots de bain de la marque Anita® y est présentée. C'est un moment convivial permettant de réunir les patientes entre elles dans un cadre neutre (salle de réception réservée dans la commune pour l'après-midi). En 2018, une de nos patientes a accepté de défiler accompagnée d'une collaboratrice de la pharmacie. La patiente était très heureuse de jouer ce rôle et les autres participantes ont apprécié de voir une femme opérée porter la lingerie.
Pour l'année 2019 nous avons prévu de reconduire cet événement, mais d'y associer aussi les kinésithérapeutes de la ville formés au drainage lymphatique, les sophrologues, les animateurs sportifs des associations et aussi des membres du CERICA afin que les patientes découvrent les soins de support s'offrant à elles.
- Une journée maquillage, la principale applicatrice de prothèse de la pharmacie a aussi été formée par une socio-esthéticienne. Nous avons donc proposé une journée où les femmes pouvaient s'inscrire afin de recevoir des conseils dermatologiques et un cours de maquillage.
- Des invitations sont transmises lors de réceptions de nouvelles collections Anita® ou Amoena® sous forme de flyer aux patientes.
- Un suivi du renouvellement des prothèses tous les deux ans, afin de vérifier que les patientes portent toujours une prothèse adaptée.
- L'événement « Octobre rose » pendant lequel la pharmacie est décorée sur le thème de la lutte contre le cancer du sein. Les fonds obtenus par la vente d'accessoires (broches, tasses, bracelets à l'initiative d'Amoena®) sont reversés à des associations d'entraide et de lutte contre la maladie.

- Une vitrophanie constante sur une des façades de la pharmacie, et à l'intérieur de la pharmacie a été placé un buste ainsi que des têtes de mannequin, ceci afin de mettre en scène les collections de lingerie/ maillot de bain et les accessoires capillaires. Ce moyen de communication visuel permet de faire savoir aux femmes concernées que notre équipe propose des réponses concrètes aux problèmes rencontrés) ;
- La remise d'une trousse composée de produits dermatologiques adaptés ; syndet, baume corps, protecteur solaire, eau thermale, lors de la première visite des patientes débutant leur radiothérapie.
- La remise des fiches patients de l'OMEDIT en vue de les responsabiliser dans la reconnaissance et la gestion des principaux effets indésirables de leurs traitements (exemple avec la fiche de l'Aromasine® en annexe 12)

15.2 Questionnaires patientes

Afin d'en apprendre plus sur notre rôle et l'expérience des patientes pendant cette épreuve, j'ai choisi d'interroger six femmes. La sélection de ces femmes repose sur deux critères : chacune d'elles porte une prothèse mammaire et se trouve confrontée depuis suffisamment longtemps pour aborder le sujet de leur maladie librement.

J'ai contacté les patientes par téléphone afin de leur expliquer mon sujet de thèse et leur ai proposé un rendez-vous à l'officine afin de leur soumettre des questions. Ces rencontres se sont tenues dans une pièce fermée, au calme, à l'intérieur de l'officine et duraient environ 30 minutes, entre septembre et octobre 2017. Enfin, le même questionnaire a été utilisé pour chacune des patientes.

15.2.1 Témoignage 1

Découverte de la maladie :

Quel âge avez-vous ? 50 ans

Quel métier exercez-vous ? Je suis infirmière

Dans quelles circonstances a été découvert votre cancer du sein ? Mon cancer a été découvert il y a 2 ans suite à un écoulement mammaire, je me suis rendue chez mon gynécologue qui a réalisé tous les examens nécessaires.

Participiez-vous au dépistage organisé tous les 2 ans ? Oui

Y a-t-il dans votre famille des antécédents de cancer du sein ? Non

L'annonce :

Qui vous a annoncé votre cancer ? C'est le chirurgien qui m'a annoncé la maladie, mais je me doutais qu'il se passait quelque chose.

Etiez-vous seule ou accompagnée ? J'étais accompagnée de ma mère lors de ce rendez-vous.

Avez-vous compris ce que l'on vous annonçait et avez-vous trouvé les explications claires ? J'ai entendu ce que l'on m'annonçait mais c'est comme si j'étais en dehors de moi. Le chirurgien m'a proposé de le rappeler si jamais j'avais d'autres questions.

Comment avez-vous vécu la maladie après l'annonce ? J'étais très angoissée, je ne mangeais plus, je ne dormais plus, je voulais que l'opération ait lieu le plus vite possible pour en être débarrassée. Mon cancer a été découvert au mois de mars 2016 et j'ai été opérée en mai, j'ai eu une mastectomie totale sans curage ganglionnaire et sans chimiothérapie ou radiothérapie.

En avez-vous parlé avec vos proches ? Vous êtes-vous sentie soutenue ? Oui je leur en ai parlé directement et ils ont été présents pour moi.

Avez-vous eu besoin de soutien, si oui, où êtes-vous allée en chercher ? Le soutien de ma famille m'a suffi.

Où avez-vous été suivie ? Au centre Henri Becquerel à Rouen.

Avez-vous trouvé l'accès aux soins facile ? Vous a-t-on proposé des activités annexes ? Oui pas de problème de ce côté.

Avez-vous eu recours à une de ces activités :

- Activité physique adaptée en association : Non, mais j'ai repris le sport par moi-même directement après l'opération.

- Sophrologie : Non
- Médecine complémentaire : Non
- Séance d'éducation thérapeutique à l'hôpital : Non
- Participation à un groupe d'entraide : Non
- Autre : j'ai été aidée par un psychologue pour savoir quoi faire quant à la reprise du travail, étant infirmière il était dur pour moi de côtoyer des malades ou des personnes en fin de vie. J'ai donc repris le travail après 9 mois d'arrêt à un poste adapté dans un service d'addictologie.

Reconstruction :

Suite à la mastectomie avez-vous choisi une reconstruction mammaire ? Et pourquoi ? Non, je ne voulais pas retourner à l'hôpital, je voulais laisser ce chapitre derrière moi.

Portez-vous une prothèse mammaire ? Si oui quel type ? Oui, une prothèse mammaire adhésive. Au centre Henri Becquerel on avait évoqué le sujet des prothèses mais très rapidement.

Vécu de la surveillance de la récurrence ? Aujourd'hui je suis moins angoissée mais je reste traitée par citalopram

Activités de l'officine :

Comment avez-vous connu la pharmacie pour son rôle dans la délivrance de prothèses mammaires ? On m'avait donné une liste à Becquerel.

Le pharmacien vous a-t-il aidé pour votre choix de prothèse ? Oui, j'ai en plus eu des explications sur des prothèses spécifiques pour les activités aquatiques que je ne connaissais pas.

Qu'avez-vous pensé de l'accueil réservé ? Avez-vous trouvé la pharmacie assez confidentielle ? Oui, tout est très bien je n'ai rien à redire.

Le pharmacien vous a-t-il parlé des associations d'entraide ou de soins de supports ? Non, mais je n'étais pas demandeuse.

Qu'auriez-vous aimé qu'il fasse de plus ? Rien.

15.2.2 Témoignage 2

Découverte de la maladie :

Quel âge avez-vous ? 66 ans

Quel métier exercez-vous ? Je suis retraitée

Dans quelles circonstances a été découvert votre cancer du sein ? Mon cancer a été découvert il y a 5 ans lors du dépistage organisé par mammographie.

Participiez-vous au dépistage organisé tous les 2 ans ? Oui

Y a-t-il dans votre famille des antécédents de cancer du sein ? Non

L'annonce :

Qui vous a annoncé votre cancer ? C'est le radiologue qui me l'a annoncé.

Etiez-vous seule ou accompagnée ? J'étais seule mais c'était un souhait.

Avez-vous compris ce que l'on vous annonçait et avez-vous trouvé les explications claires ? Oui j'ai compris mais je n'avais pas le sentiment d'être malade.

Comment avez-vous vécu la maladie après l'annonce ? Je comparais ça dans ma tête à une simple maladie comme une angine, j'étais dans le déni et j'étais sûre que tout se passerait normalement.

En avez-vous parlé avec vos proches ? Vous êtes-vous sentie soutenue ? Oui je leur en ai parlé directement, j'essayais d'être optimiste avec eux et de faire face.

Avez-vous eu besoin de soutien, si oui, où êtes-vous allée en chercher ? Oui car je ne voulais pas être triste avec ma famille, les infirmières et l'équipe de l'officine m'ont beaucoup soutenus et m'ont permis de me laisser aller.

Où avez-vous été suivie ? A la clinique des Ormeaux au Havre.

Avez-vous trouvé l'accès aux soins facile ? Vous a-t-on proposé des activités annexes ? Oui pas de problème de ce côté.

Chimiothérapie / Radiothérapie :

Combien de temps après l'annonce ? J'ai eu une mastectomie totale et 1 mois après commençaient les traitements. Après l'opération j'ai porté un t-shirt sous la douche pendant plus d'une semaine car je n'acceptais pas de voir ma cicatrice.

Quel protocole de chimiothérapie avez-vous reçu ? Avez-vous eu de la radiothérapie ? J'ai eu 6 séances de chimiothérapie mais je ne sais plus le nom des médicaments et 25 séances de radiothérapie.

Avez-vous eu des effets indésirables et comment les avez-vous gérés ?

- Nausées, vomissements : Non
- Syndrome main-pied : Oui, j'aurai aimé avoir plus d'informations sur cet effet notamment sur la toxicité au niveau des ongles. J'ai utilisé des produits dermatologiques conseillés à l'officine (crème, gel etc...)
- Troubles digestifs : Oui mais pas gênants
- Stomatites : Non
- Radiodermites : Non
- Alopecie : Oui, j'appréhendais beaucoup cet effet, j'ai porté une perruque.
- Asthénie : Un peu, j'ai eu recours à des ampoules de gelée royale pour me redonner un peu de dynamisme.

Qui vous a aidé à gérer ces effets indésirables ?

- Personnel hospitalier : oui les infirmières
- Médecin (préciser la spécialité) : oui, j'ai consulté un médecin homéopathe
- Pharmacien : oui, mais je n'ai pas eu beaucoup d'effets secondaires, c'était plus pour une aide psychologique
- Diététicien : non
- Psychologue : non
- Socio-esthéticienne : non
- Autre : j'ai consulté un magnétiseur/ coupeur de feu avant la radiothérapie.

Avez-vous eu recours à une de ces activités :

- Activité physique adaptée en association : Oui j'ai pratiqué le sport avec la CAMI pendant 1 an mais je n'ai pas souhaité poursuivre car je ne voulais plus être « entourée » de malades. J'ai repris dans un club « normal ».
- Sophrologie : Oui et cela m'a beaucoup aidé.
- Médecine complémentaire : Oui, magnétiseur, homéopathie.

- Séance d'éducation thérapeutique à l'hôpital : Oui grâce au CERICA, une association de la clinique.
- Participation à un groupe d'entraide : Non car je n'avais pas envie de côtoyer des personnes dans la maladie.

Reconstruction :

Suite à la mastectomie avez-vous choisi une reconstruction mammaire ? Et pourquoi ?

J'ai porté une prothèse mais je ne supportais pas l'image qu'elle renvoyait de moi. Je préférerais avoir un sein « à moi », c'est pourquoi j'ai pensé avoir recours à la chirurgie esthétique.

Au début j'avais choisi de me faire reconstruire directement après la mastectomie mais j'ai annulé le premier rendez-vous car j'avais peur. Un an après mon chirurgien m'a parlé du système BRAVA, j'ai adhéré car ce n'était pas un système invasif, je l'ai fait pendant 2 ans mais j'étais déçue du résultat au départ, je pensais retrouver mon sein d'avant. Le chirurgien ne m'a pas vraiment expliqué l'évolution de la reconstruction avec ce système et n'a jamais communiqué sur le réel résultat de cette technique. Je regrette de ne pas avoir été plus informée sur les techniques de reconstruction.

Portez-vous une prothèse mammaire ? Si oui quel type ? Oui, une prothèse mammaire adhésive. A l'hôpital on ne m'a jamais parlé de prothèse mammaire, il n'y a qu'à la pharmacie qu'on a abordé le sujet et que l'on m'a montré à quoi cela ressemblait.

L'après maladie :

A la fin des protocoles de soin comment vous sentiez-vous ? Comment avez-vous géré « l'après cancer » ? J'ai eu peur car j'étais seule, dès que j'avais une petite maladie ou que je ne me sentais pas en forme je pensais que c'était un cancer.

Vous êtes-vous sentie seule et désorientée ? Oui très.

Quel professionnel de santé a été proche de vous ? Aucun ? Les plus présents ont été mon médecin homéopathe et mon pharmacien, mon médecin généraliste ne s'en occupait pas et ne m'a jamais soutenue.

Vécu de la surveillance de la récurrence ? Je suis très stressée, je me soigne grâce à l'homéopathie et je suis sous venlafaxine et alprazolam. Mais je dois repasser d'autres examens plus poussés car certains résultats ne plaisent pas aux médecins, cela m'angoisse beaucoup.

Sous quel traitement êtes-vous maintenant ? Arimidex®

Activités de l'officine :

Comment avez-vous connu la pharmacie pour son rôle dans la délivrance de prothèses mammaires ? Par le bouche à oreille.

Le pharmacien vous a-t-il aidé pour votre choix de prothèse ? Oui c'est lui qui m'a parlé des prothèses le premier.

Qu'avez-vous pensé de l'accueil réservé ? Avez-vous trouvé la pharmacie assez confidentielle ? Oui, j'apprécie le fait que le pharmacien prenne le temps avec moi pas seulement pour l'application des prothèses mais aussi pour me soutenir moralement.

Le pharmacien vous a-t-il parlé des associations d'entraide ou de soins de supports ? Non

Avez-vous trouvé les conseils adaptés concernant la vente de lingerie ? Cela a-t-il été facile pour vous de partager ceci avec votre pharmacien (mise à nue etc.) ? Oui j'ai confiance en l'équipe.

Qu'auriez-vous aimé qu'il fasse de plus ? Peut-être donner plus de conseils homéopathiques ou en phytothérapie sur la gestion des effets indésirables et aussi me proposer un vernis au silicium car je n'en ai jamais entendu parler.

15.2.3 Témoignage 3

Découverte de la maladie :

Quel âge avez-vous ? 47 ans

Quel métier exercez-vous ? Je suis policier

Dans quelles circonstances a été découvert votre cancer du sein ? Il y a 5 ans, j'avais une boule dans la poitrine depuis quelques jours, donc j'ai consulté mon médecin généraliste en juin 2014.

Participiez-vous au dépistage organisé tous les 2 ans ? Non, je n'avais aucun suivi gynécologique.

Y a-t-il dans votre famille des antécédents de cancer du sein ? Non

L'annonce :

Qui vous a annoncé votre cancer ? Pendant la mammographie je me suis doutée car l'équipe ne m'a pas laissée repartir de suite et j'ai eu une biopsie après. C'est mon médecin généraliste qui m'a annoncé réellement la maladie.

Etiez-vous seule ou accompagnée ? J'étais accompagnée d'une amie.

Avez-vous compris ce que l'on vous annonçait et avez-vous trouvé les explications claires ? Oui j'ai compris mais j'ai dû redemander des informations à la personne qui m'accompagnait car je n'avais pas tout entendu, et j'ai effectué des recherches sur internet.

Comment avez-vous vécu la maladie après l'annonce ? Je n'ai pas vraiment réalisé mais je me suis dit qu'il fallait être forte, je ne suis pas du genre à m'apitoyer sur mon sort.

En avez-vous parlé avec vos proches ? Vous êtes-vous sentie soutenue ? Non je n'ai pas voulu leur en parler car ils ne sont pas dans la région et je n'ai plus mes parents.

Avez-vous eu besoin de soutien, si oui, où êtes-vous allée en chercher ? Oui vers mes amis.

Où avez-vous été suivie ? A la clinique des Ormeaux au Havre.

Avez-vous trouvé l'accès aux soins facile ? Vous a-t-on proposé des activités annexes ? Un taxi m'emmenait car la route était fatigante. Le personnel était sympathique mais l'oncologue très froid et ne donnant aucune explication.

Chimiothérapie / Radiothérapie :

Combien de temps après l'annonce ? Annonce en juin, mastectomie totale en juillet et chimiothérapie en août.

Quel protocole de chimiothérapie avez-vous reçu ? Avez-vous eu de la radiothérapie ? Je ne connais pas le nom des molécules de chimiothérapie et oui j'ai eu de la radiothérapie.

Avez-vous eu des effets indésirables et comment les avez-vous gérés ?

- Nausées, vomissements : Oui

- Syndrome main-pied : Oui, j'ai appliqué un vernis au silicium sur mes ongles et je me suis bien hydratée les mains et les pieds.
- Troubles digestifs : Oui mais pas gênants
- Stomatites : Oui, altération du goût. Je relisais des bains de bouche au bicarbonate de sodium.
- Radiodermites : Non
- Alopécie : Oui, je me suis coupée les cheveux très courts au préalable.
- Asthénie : Oui, je faisais du sport pour essayer d'améliorer cet effet.
- Autre : sécheresse oculaire

Qui vous a aidé à gérer ces effets indésirables ?

- Personnel hospitalier : non, je n'ai même pas eu d'ordonnance à la sortie pour une prothèse mammaire. Je suis restée plusieurs mois avec la coque que l'on m'avait fournie à l'hôpital.
- Médecin (préciser la spécialité) : oui, mon médecin généraliste qui m'a aidé et m'a prescrit une prothèse.
- Pharmacien : oui, dans la délivrance de produits dermatologiques et de conseils homéopathiques.
- Diététicien : non
- Psychologue : non
- Socio-esthéticienne : non

Avez-vous eu recours à une de ces activités :

- Activité physique adaptée en association : Non je n'en ai pas entendu parler mais j'étais déjà sportive j'ai continué mes activités comme avant. Pour la rééducation de mon bras je n'ai pas souhaité aller chez le kiné et je me suis débrouillée seule.
- Sophrologie : Non
- Médecine complémentaire : Non
- Séance d'éducation thérapeutique à l'hôpital : Non
- Participation à un groupe d'entraide : Non, je n'avais pas envie de me retrouver avec d'autres malades, je trouvais ça déprimant.

Reconstruction :

Suite à la mastectomie avez-vous choisi une reconstruction mammaire ? Et pourquoi ? Non car les techniques m'ont fait peur et je ne veux plus de nouvelles cicatrices.

Portez-vous une prothèse mammaire ? Si oui quel type ? Oui, une prothèse mammaire adhésive et une autre prothèse en silicone simple pour le sport.

L'après maladie :

Vous êtes-vous sentie seule et désorientée ? Oui assez désorientée car on est prises en charge de A à Z et d'un coup on se retrouve seule.

Quel professionnel de santé a été proche de vous ? Aucun ? Les plus présents ont été mon médecin généraliste et mon pharmacien.

Vécu de la surveillance de la récurrence ? J'appréhende à chaque fois les examens.

Sous quel traitement êtes-vous maintenant ? Sous aromasine et je prends parfois un peu d'alprazolam pour calmer certaines de mes angoisses.

Activités de l'officine :

Comment avez-vous connu la pharmacie pour son rôle dans la délivrance de prothèses mammaires ? En discutant dans une autre pharmacie qui m'a conseillé de venir ici.

Le pharmacien vous a-t-il aidé pour votre choix de prothèse ? Oui.

Qu'avez-vous pensé de l'accueil réservé ? Avez-vous trouvé la pharmacie assez confidentielle ? Oui, je trouve l'ambiance chaleureuse et j'ai confiance, le pharmacien m'a suivie tout le long de mon parcours de soin.

Le pharmacien vous a-t-il parlé des associations d'entraide ou de soins de supports ? Non je n'étais pas demandeuse.

Avez-vous trouvé les conseils adaptés concernant la vente de lingerie ? Cela a-t-il été facile pour vous de partager ceci avec votre pharmacien (mise à nue etc.) ? Oui je n'ai pas de problème avec mon nouveau corps.

Qu'auriez-vous aimé qu'il fasse de plus ? Rien très bien comme ça.

15.2.4 Témoignage 4

Découverte de la maladie :

Quel âge avez-vous ? 47 ans

Quel métier exercez-vous ? J'étais chauffeur-routier et avant j'ai travaillé dans le mannequinat.

Dans quelles circonstances a été découvert votre cancer du sein ? Je suis Belge et il y a 3 ans j'avais mon sein gonflé, je suis allée consulter ma gynécologue en Belgique qui m'a parlé de la maladie de Reclus, une pathologie bénigne. Trois ans passent où je me fais suivre pour cette maladie, puis je déménage en France et je me fais suivre de nouveau pour cette maladie, mon nouveau gynécologue découvre en faisant des examens complémentaires que c'est en fait une tumeur, à ce stade mon sein est déformé.

Participiez-vous au dépistage organisé tous les 2 ans ? Oui

Y a-t-il dans votre famille des antécédents de cancer du sein ? Non

L'annonce :

Qui vous a annoncé votre cancer ? C'est le gynécologue en France, directement en voyant mon sein il m'a dit que c'était une tumeur. Une biopsie a été réalisée et est venue confirmer le diagnostic.

Etiez-vous seule ou accompagnée ? Oui car je pensais que ça allait être une consultation de suivi.

Avez-vous compris ce que l'on vous annonçait et avez-vous trouvé les explications claires ? Oui j'ai compris, mais je me suis renseignée sur internet.

Comment avez-vous vécu la maladie après l'annonce ? J'étais très déçue et en colère contre ma gynécologue Belge.

En avez-vous parlé avec vos proches ? Vous êtes-vous sentie soutenue ? Oui et aussi à mes amis qui m'ont beaucoup soutenue. J'ai une fille et je m'inquiète beaucoup pour elle car j'ai peur qu'il lui arrive la même chose.

Avez-vous eu besoin de soutien, si oui, où êtes-vous allée en chercher ? Oui, je ne voulais pas craquer devant mes proches, je suis allée consulter une psychologue.

Où avez-vous été suivie ? A la clinique des Ormeaux au Havre.

Avez-vous trouvé l'accès aux soins facile ? Vous a-t-on proposé des activités annexes ?
Un taxi m'emmenait à l'hôpital car j'étais fatiguée et mon conjoint travaillait. On ne m'a proposé aucune activité, une socio-esthéticienne venait s'occuper de ma voisine de chambre mais ne m'a jamais proposé ses services.

Chimiothérapie / Radiothérapie :

Combien de temps après l'annonce ? J'ai eu une mastectomie totale et 1 mois après commençaient les traitements.

Quel protocole de chimiothérapie avez-vous reçu ? Avez-vous eu de la radiothérapie ? Je ne me souviens plus du nom de la chimiothérapie. J'ai eu de la radiothérapie, puis j'ai eu une récurrence avec plusieurs métastases (dos et hanches).

Avez-vous eu des effets indésirables et comment les avez-vous gérés ?

- Nausées, vomissements : Non
- Syndrome main-pied : Oui, j'ai appliqué du vernis au silicium.
- Troubles digestifs : Oui, diarrhée, perte d'appétit
- Stomatites : Non
- Radiodermites : Non
- Alopecie : Oui, je me suis coupée les cheveux très courts avant. J'ai porté un casque réfrigérant lors de la 1^{ère} séance mais c'était trop désagréable.
- Asthénie : Oui, je me suis reposée et j'ai fait de la marche à pied.
- Autres : neutropénie, tachycardie, cataracte causée par l'herceptine.

Qui vous a aidé à gérer ces effets indésirables ?

- Personnel hospitalier : non
- Médecin (préciser la spécialité) : non
- Pharmacien : oui, m'a donné des conseils dermatologiques et aide psychologique importante
- Diététicien : non
- Psychologue : non
- Socio-esthéticienne : oui, je me suis fait tatouer mes sourcils
- Autre : j'ai fait des recherches sur internet pour savoir comment gérer les effets indésirables.

Avez-vous eu recours à une de ces activités :

- Activité physique adaptée en association : Non, jamais entendu parler de l'activité physique adaptée pendant mon hospitalisation.
- Sophrologie : Non.
- Médecine complémentaire : Non.
- Séance d'éducation thérapeutique à l'hôpital : Non
- Participation à un groupe d'entraide : Non car je n'avais pas envie de côtoyer des personnes dans la maladie.

Reconstruction :

Suite à la mastectomie avez-vous choisi une reconstruction mammaire ? Et pourquoi ?
Non, j'ai peur d'avoir d'autres cicatrices et de me faire réopérer.

Portez-vous une prothèse mammaire ? Si oui quel type ? Oui, une prothèse mammaire adhésive. A l'hôpital je n'avais jamais entendu parler des prothèses mammaires.

L'après maladie :

A la fin des protocoles de soin comment vous sentiez-vous ? Comment avez-vous géré « l'après cancer » ? J'étais très mal et perdue. Ma féminité était à zéro, je me retrouvais avec un sein manquant et sans cheveux alors que je travaillais dans le mannequinat, ça a été une période très dure pour mon couple aussi.

Vous êtes-vous sentie seule et désorientée ? Non ma famille est très présente et j'ai voulu reprendre le travail rapidement pour m'étourdir.

Quel professionnel de santé a été proche de vous ? Aucun ? Le plus présent a été mon pharmacien il m'a proposé un large choix de prothèses et de sous-vêtements afin de retrouver ma féminité.

Vécu de la surveillance de la récurrence ? Je suis angoissée car je fais une récurrence avec des métastases osseuses, j'ai dû arrêter le travail.

Sous quel traitement êtes-vous maintenant ?

Activités de l'officine :

Comment avez-vous connu la pharmacie pour son rôle dans la délivrance de prothèses mammaires ? Grâce à la vitrine de la pharmacie.

Le pharmacien vous a-t-il aidé pour votre choix de prothèse ? Oui c'est lui qui m'a parlé des prothèses le premier et j'ai fait plusieurs essayages afin de trouver celle qui me correspondait le mieux.

Qu'avez-vous pensé de l'accueil réservé ? Avez-vous trouvé la pharmacie assez confidentielle ? Oui, j'apprécie le fait que le pharmacien prenne le temps avec moi pas seulement pour l'application des prothèses mais aussi pour me soutenir moralement.

Le pharmacien vous a-t-il parlé des associations d'entraide ou de soins de supports ? Non
Avez-vous trouvé les conseils adaptés concernant la vente de lingerie ? Cela a-t-il été facile pour vous de partager ceci avec votre pharmacien (mise à nue etc.) ? Un peu difficile au début mais j'avais confiance.

Qu'auriez-vous aimé qu'il fasse de plus ? Rien.

15.2.5 Conclusion des différents témoignages

Chaque femme interrogée a subi une mastectomie totale et sur les 4, une seule n'a pas eu de chimiothérapie. Sur les quatre cancers, un a été découvert lors d'une mammographie réalisée grâce au dépistage organisé, les trois autres ont été découverts fortuitement suite à des symptômes ressentis par les patientes (grosseur, écoulement). Une des patientes n'avait aucun suivi gynécologique.

Sur les quatre patientes, trois sont toujours traitées par un antidépresseur et/ou un anxiolytique, prouvant que cette pathologie a des retentissements psychologiques à long terme.

Elles portent toutes une prothèse adhésive et deux n'ont jamais entendu parler des prothèses mammaires externes à l'hôpital et sont ressorties sans ordonnance. Ce manque d'information conforte le rôle du pharmacien dans la promotion des prothèses mammaires.

Des formations du personnel hospitalier pourraient aussi être dispensées pour faire connaître ce dispositif.

Toutes ont ressenti un vide une fois les traitements terminés. La question de l'accompagnement post-cancer se pose alors. Valoriser les activités en associations, les soins de support, et savoir réorienter les patientes vers des professionnels compétents sont autant d'actions à mener pour les rassurer.

Chacune des patientes interrogées a indiqué avoir une confiance totale en leur pharmacien quant à la délivrance des prothèses mammaires. Pour elles, le pharmacien a été l'un des professionnels de santé les plus proches d'elles tout au long de leur parcours de soin. En plus de l'activité de dispensation des dispositifs, l'écoute, les conseils dermatologiques et homéopathiques sont relevés comme étant des atouts du pharmacien.

CONCLUSION

Le cancer du sein est une pathologie dont l'incidence augmente au fur et à mesure des années. Même si la prise en charge de cette pathologie est bien meilleure aujourd'hui, cette dernière reste une épreuve physique et psychique.

Le pharmacien d'officine intervient à tous les niveaux de la maladie et a un rôle dans la prévention et notamment le dépistage. Il doit s'assurer du bon suivi gynécologique de ses patientes et de leur participation au dépistage organisé. Etant un professionnel de santé de proximité accessible sans rendez-vous, c'est vers lui que se tournent les patientes atteintes d'un cancer du sein si elles ont des questions sur leurs traitements et/ou sur la gestion de leurs effets indésirables. Le pharmacien doit répondre à leurs interrogations et réorienter les patientes vers des spécialistes si nécessaire.

Après une mastectomie, les femmes doivent apprendre à apprivoiser leur nouveau corps. C'est une part d'elles-mêmes qui s'efface avec les symboliques sexuelle, maternelle et féminine que le sein représente. Le pharmacien sera présent pour soutenir les patientes par l'écoute et participera à leur équilibre psychique mais aussi physique en leur délivrant une prothèse mammaire externe adaptée. La dispensation de lingerie adaptée, de leçons de maquillage et de prothèses capillaires permettront à la femme de se sentir plus féminine et d'apprivoiser sa nouvelle image. En coordination avec les masseurs-kinésithérapeutes, le pharmacien orthésiste délivre aux femmes souffrant d'un lymphœdème des manchons de compression.

Même après la rémission le pharmacien est encore présent pour délivrer l'hormonothérapie de la patiente. Le pharmacien reste un point de repère pour les patientes quel que soit le stade de la maladie.

ANNEXES

Annexe 1 – modèle de fiche RCP patient

FICHE RCP

- Intitulé de la fiche (information issue de l'annuaire national des RCP) : SAC, SAC / Structure gestionnaire de la RCP / Intitulé de la RCP¹ ;
- Identifiant de la RCP (information issue de l'ANRCP) ;
- Auteurs² :
Les informations suivantes sont répétées autant de fois que nécessaire.
 - Rôle (ex. coordonnateur de session) ;
 - Informations sur l'auteur (RPPS : Identifiant, Nom/Prénom, Profession/S spécialité, Structure d'appartenance) ;
- Organisme chargé de la conservation du document (Identifiant, nom, adresse) ;
- Professionnel de santé ayant validé la fiche (ex. médecin demandeur, médecin effectuant la saisie pour le compte du médecin demandeur, médecin coordonnateur de session, ...) :
RPPS : Identifiant, Nom/Prénom, Profession/S spécialité, Structure d'appartenance
- Statut de la fiche RCP (En cours / Fiche complétée / Fiche validée) ;
- Date du statut ;
- Quorum (Atteint / Non atteint) ;
- Commentaires / Précisions :

MÉDECIN COORDONNATEUR DE LA SESSION

- Les informations qui identifient les professionnels de santé sont issues du RPPS.
- RPPS : Identifiant, Nom/Prénom, Profession/S spécialité, Structure d'appartenance (ex. cabinet, établissement de santé privé, hôpital, CHR-CHRU, laboratoire)

INSCRIPTION DU DOSSIER

- Les informations qui identifient les professionnels de santé sont issues du RPPS.
- Médecin demandeur :
RPPS : Identifiant, Nom/Prénom, Profession/S spécialité, Structure d'appartenance (ex. cabinet, établissement de santé privé, hôpital, CHR-CHRU, laboratoire)

PROFESSIONNELS DE SANTÉ PARTICIPANT À LA RCP (de manière physique ou à distance)

- Les informations qui identifient les professionnels de santé sont issues du RPPS.
- Médecin présentant le dossier :
RPPS : Identifiant, Nom/Prénom, Profession/S spécialité, Structure d'appartenance (ex. cabinet, établissement de santé privé, hôpital, CHR-CHRU, laboratoire)

¹ Annuaire national des séances de consultation pluridisciplinaire (ANRCP) est un composant du SAC - Intitulé de la RCP, SAC, SAC / Structure gestionnaire de la RCP / Intitulé de la RCP.

IDENTIFICATION DES INFORMATIONS RELEVANT DU DOMAINE MÉDICAL

- #### IDENTIFICATION DU PATIENT
- Nom(s) :
 - Nom de famille (de naissance ou d'adoption) ;
 - Nom d'usage (ex. nom d'épouse) ;
 - Prénom(s) ;
 - Sexe (féminin, masculin, indéfini) ;
 - Date de naissance (en l'absence de date de naissance complète, elle peut se limiter à l'année de naissance) ;
 - Lieu de naissance (au minimum le code postal et la commune de naissance) ;
 - Adresse(s) (au minimum le code postal et le nom de la commune) ;
 - Téléphone(s) ;
 - Identifiant(s) :
 - Identifiant local du patient et OID de l'établissement (IHF/OUV)⁴ ;
 - Identifiant national de santé (INS) ;
 - Représentant(s) du patient ;
 - Commentaires / Précisions – Identification du patient ;
 - Commentaires / Précisions – Profil du patient ;

CORRESPONDANTS MÉDICAUX DU PATIENT

- Ce sont des professionnels de santé habilités par le patient, la fiche RCP valide leur est transmise. Les informations qui identifient ces professionnels de santé sont issues du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)
- Médecin traitant :
RPPS : Identifiant, Nom/Prénom, Profession/S spécialité, Structure d'appartenance (ex. cabinet, établissement de santé privé, hôpital, CHR-CHRU, laboratoire)
 - Autre(s) correspondant(s) : Professionnels de santé consultés qui ont reçu ou adressé le patient (ex. médecins correspondants, infirmier(s), autres professionnels de santé).
Les informations suivantes sont répétées autant de fois que nécessaire.
RPPS : Identifiant, Nom/Prénom, Profession/S spécialité, Structure d'appartenance (ex. cabinet, établissement de santé privé, hôpital, CHR-CHRU, laboratoire)
 - Commentaires / Précisions :

⁴ Identifiant associé au processus d'identification de l'OMF - connectable
⁵ Le JHPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) a été fondé par le décret n°2009-134 du 6 février 2009 relatif aux procédures liées à l'exercice des professionnels de santé, l'article du 6 février 2009 est venu précéder son finalisé.

- **Médecin(s) participant(s)** (en fonction de la pathologie/localisation) :
Les informations qui identifient les médecins sont répétées autant de fois que nécessaire.
RPPS : Identifiant, Nom/Prénom, Profession/spécialité, Structure d'appartenance (ex. cabinet, établissement de santé privé, hôpital, CHR-CHRU, laboratoire)
- **Autre(s) participant(s)** :
Les informations qui identifient les participants sont répétées autant de fois que nécessaire.
RPPS : Identifiant, Nom/Prénom, Profession/spécialité, Structure d'appartenance (ex. cabinet, établissement de santé privé, hôpital, CHR-CHRU, laboratoire)

SESSION DE LA RCP

Contexte organisationnel de la session de RCP

- **Identifiant de la session de RCP** (si applicable) :
- **Date de la RCP** (jj/mm/aaaa) :
- **Lieu de la RCP** :
- **Numéro d'inscription du patient à la session de RCP** (si applicable) :

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">Ci-après, toutes les informations relèvent du domaine médical</p> <p>TYPE DE RCP Informations issues de l'ANRCP :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nature de la discussion : <ul style="list-style-type: none"> Libellé de la RCP par type de cancer <ul style="list-style-type: none"> Libellé classification CIM 10 : <ul style="list-style-type: none"> Code CIM 10 : OU Libellé de la RCP transversale et sous de support : <ul style="list-style-type: none"> RCP de recours : <input type="checkbox"/> RCP pédiatrique : <input type="checkbox"/> <p>Commentaires / Précisions :</p> | <p>TUMEUR (discuté ou non) Lorsqu'il s'agit d'une tumeur métastatique, la tumeur primitive doit être également décrite, si connue.</p> <ul style="list-style-type: none"> Localisation [Code CIM-10 / Libellé] (si applicable) : Précision sur la localisation [Texte libre, préciser si le code CIM-10 n'est pas applicable] : Latéralité (si applicable) : Précision sur la latéralité [Texte libre] : Date du diagnostic initial (Au minimum mois et année) : Il s'agit par défaut de la date du CR-ACP, si applicable. Il peut s'agir d'une autre date selon la situation. Stade clinique initial (si applicable) : <ul style="list-style-type: none"> T : T1 – T2 – T3 – T4 – Extension locale non déterminée (TX) N : Présence (N+) – absence (NO) – présence non déterminée (NX) M : Présence (M+) – absence (MO) – présence non déterminée (MX) Version du TNM clinique : Autre(s) stade(s) [Texte libre, à préciser lorsque le TNM n'est pas applicable] : <p>Commentaires / Précisions :</p> |
| <p>MOTIF DE LA RCP (Type de demande)</p> <ul style="list-style-type: none"> Avis diagnostique : <input type="checkbox"/> Proposition thérapeutique : Dont surveillance, ajustement du traitement Recours : <input type="checkbox"/> Pédiatrique : <input type="checkbox"/> Statut du cas présenté (Discuté / Enregistré) : Si le dossier ne fait pas l'objet d'une discussion : "Cas enregistré", les rubriques suivantes doivent être renseignées : Description de la tumeur / Localisation et phase clinique de la maladie / Référentiel de prise en charge <p>Commentaires / Précisions :</p> | <p>CLINIQUE Les informations (antécédents médicaux, comorbidités, éléments paracliniques) sont répétées autant de fois que nécessaire. Une liste de comorbidités est proposée à titre d'exemple et issue des Index de Charlson (1987) et ACE-27 (2003).</p> <p>Antécédents médicaux (Ceux notables pour l'avis) : <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> Nom et description de la pathologie [Texte libre] : Date de diagnostic de la pathologie : (Date de fin, si pertinent) <p>Éléments cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> Comorbidités (Celles notables pour l'avis) : <input type="checkbox"/> Exemple de comorbidités : pathologie vasculaire, respiratoire, hépatique, rénale, endocrinienne (diabète, obésité), neurologique, psychiatrique, infection (VIH...), addiction, handicap physique. Nom et description de la pathologie [Texte libre] : <ul style="list-style-type: none"> Date de début de la comorbidité : (Date de fin, si pertinent) Échelle de performance OMS <ul style="list-style-type: none"> Libellé français du stade OMS : Stade (Valeur comprise entre 0 et 4) : Date de l'observation : Outil de dépistage gériatrique (Age > ou = à 75 ans) : <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Score G8 (Valeur comprise entre 0 et 17) : Date de l'observation : |
| <p>MODE DE DÉCOUVERTE DU CANCER</p> <ul style="list-style-type: none"> Patient issu du dépistage : <input type="checkbox"/> | |

Commentaires / Précisions :

COMPTE RENDU ANATOMOCYTOPATHOLOGIQUE (CR-ACP)

Les informations qui identifient les professionnels de santé sont issues du RPPS. Les éléments importés du compte rendu ACP dématérialisé sont : la date de prélèvement, l'opérateur ayant effectué le prélèvement, l'anatomopathologiste ayant réalisé l'analyse, la conclusion du compte rendu, sa date et le nom de l'auteur de la conclusion.

- Conclusion du compte rendu :
En cas de ressource au compte rendu, l'opérateur de saisie est identifié, ainsi que l'auteur du CR-ACP original, sa structure d'appartenance et la date du CR-ACP.
- Date du compte rendu :
- Chirurgien ayant effectué le prélèvement :
RPPS : Identifiant, Nom, Prénom, Profession | Spécialité, Structure d'appartenance
- Date du prélèvement :
- Date de l'examen anatomo-pathologique :
- Anatomopathologiste ayant réalisé l'analyse :
RPPS : Identifiant, Nom, Prénom, Profession | Spécialité, Structure d'appartenance

Commentaires / Précisions :

SYNTHÈSE DU CAS PRÉSENTÉ ET QUESTION POSÉE À LA RCP

Commentaires / Précisions (Précision de la question posée à la RCP) :

AUTRES DONNÉES INDISPENSABLES À L'AVIS DE LA RCP

Commentaires / Précisions :

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

- Dossier complet : OUI NON
- Commentaire (Préciser lorsque le dossier est incomplet) :

Éléments paraclinique(s) (ex. radiologie, biologie, génétique) :
 - Description (Texte libre) :
 - Date de l'examen :

Commentaires / Précisions (ex. impact(s) sur l'avis de la RCP) :

LOCALISATION ET PHASE CLINIQUE DE LA MALADIE (discuté ou non)

- Phase initiale : ou Rechute :
Date de la rechute :
- Progression :
 - Locale :
 - Régionale :
 - A distance :

Commentaires / Précisions (si possible : date et nature de(s) l'examen(s) de référence établissant la phase clinique de la maladie) :

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DU CAS PRÉSENTÉ EN RCP

Les informations suivantes seront complétées autant de fois que nécessaire.

- Type de traitement (liste proposée : Chirurgie, Radiothérapie, Chimiothérapie, Chimiothérapie conventionnelle, Thérapies ciblées Hormonothérapie, Immunothérapie, Autre(s) traitement(s) médicamenteux spécifiques, Radiologie interventionnelle, Soins de support, Soins palliatifs, Surveillance seule, Endoscopie interventionnelle, Irradiation, Autre(s) traitement(s) à préciser)
 - Si autre(s) traitement(s) (Précision, texte libre) :
- Statut du traitement (Déjà réalisé / En cours de réalisation / Non réalisé) :

Lorsque la prise en charge existe :
 - Date de début de prise en charge :
 (Date de fin, si pertinent)

Commentaires / Précisions :

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE (CRO)

Les informations qui identifient les professionnels de santé sont issues du RPPS.

- Conclusion du compte rendu (Texte libre) :
- Date du compte rendu :
- Chirurgien ayant réalisé l'opération :
RPPS : Identifiant, Nom, Prénom, Profession | Spécialité, Structure d'appartenance

- Passage en RCP de recours :
 - Examen(s) et/ou expertise(s) complémentaire(s) :
- Si oui, préciser (autant de fois que nécessaire) :
- Type d'examen ou d'expertise attendu [Texte libre, ex. évaluation gériatrique, consultation génétique...]
 - Date au plus tôt souhaitée :
 - Date au plus tard [Si pertinent] :
- Surveillance :
 - Si oui, description [Texte libre] :
 - Traitement :

Préciser le(s) traitement(s) par ordre chronologique

- Type de traitement :
 (Chirurgie, Radiothérapie, Curiothérapie, Chimiothérapie conventionnelle, Thérapies ciblées, Hormonothérapie, Immunothérapie, Autre(s) traitement(s) médicamenteux spécifiques, Radiologie interventionnelle, Soins de support, Soins palliatifs, Surveillance seule, Endoscopie interventionnelle, Inthérapie, Autre(s) traitement(s) à préciser).

Si « Autre(s) traitement(s) » (Précision attendue, texte libre) : _____

- Date de début envisagé : _____
- [Date de fin, si pertinent] : _____

Commentaires / Précisions :

CADRE DE LA PROPOSITION THÉRAPEUTIQUE

- Proposition correspondant à la recommandation / au référentiel de pratique clinique [Information à préciser si la fiche est « enregistrée »] :
- Référentiel utilisé [Texte libre] : _____
- [Date de référence et/ou version de ce référentiel, si possible]

- Patient inclus dans un essai clinique :

Commentaires / Précisions :

Annexe 3 – Programme personnalisé de soin

VOLET SOINS

Calendrier prévisionnel de soins

Mr/Mme :

Année :

| | | Mois 1 | | | | Mois 2 | | | | Mois 3 | | | | Mois 4 | | | | Mois 5 | | | | Mois 6 | | | | Mois 7 | | | | Mois 8 | | | | Mois 9 | | | | | | | |
|--|--|----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Semaines | | | | Semaines | | | | Semaines | | | | Semaines | | | | Semaines | | | | Semaines | | | | Semaines | | | | Semaines | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| CHIRURGIE | Hospitalisation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nom du chirurgien : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lieu : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Type de chirurgie : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Date de la chirurgie : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RADIOTHERAPIE | Traitement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nom du médecin spécialiste : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lieu : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Durée de la radiothérapie : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nombre de séances prévues : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CHIMIOThERAPIE | Traitement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nom du médecin spécialiste : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lieu : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nom du protocole : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nombre de cures prévues : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Intervalle entre les cures : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORMONOTHERAPIE | Traitement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nom du médecin spécialiste : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lieu : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nom du traitement : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Forme : <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intra Musculaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DE SUPPORT (Préciser le nom du responsable) | Traitement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Soins en chambre de la douleur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Symptomatique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nutrition | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Soins psychologiques | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Autres | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SURVEILLANCE | Traitement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Examens : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fréquence : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Légende : ■ Traitement effectué en hospitalisation de jour
■ Traitement effectué en HAD

ATTENTION

Ceci est un plan général, non définitif, destiné à illustrer votre traitement. Il pourra être modifié, interrompu, adapté en fonction de votre tolérance et de vos besoins. Nous vous suggérons d'apporter ce plan à chaque consultation et de le présenter au médecin.

Etablissement:

Nom : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

☐ : _____

Num du 3C de rattachement : _____

PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS

Proposition de contenu minimum indispensable

Version de février 2011

Nom du (de la) patient(e) :

Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe :

N° d'identification :

Code postal de résidence :

Coordonnées de la personne de confiance :

Présente lors de la remise du programme de soins :

Oui Non

Date de la consultation d'annonce :

Programme de soins remis par le Docteur ?

Le :

Avec votre accord, ce programme de soins sera transmis à votre médecin traitant, ainsi que votre compte-rendu d'anatomopathologie



VOLET SOCIAL

Coordonnées de la personne ayant réalisé le bilan social:

.....

☒

Coordonnées de l'assistante sociale:

.....

☒

VOLET SOINS (suite)

Transmission des informations au médecin traitant

| Type de documents | Date de transmission |
|---|----------------------|
| Proposition de la RCP | |
| Programme Personnalisé de Soins | |
| Compte-rendu opératoire | |
| Compte-rendu d'anatomopathologie | |
| Compte-rendu d'examen complémentaires (biologie, scanner, IRM...) | |
| Lettre de sortie d'hospitalisation | |
| Autres, préciser: | |

Bilan social du dispositif d'annonce

Date :

Transmission à l'assistante sociale, et si ou préciser la date :

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :

.....

.....

Consultation sociale de mi-parcours

Date :

Transmission à l'assistante sociale, et si ou préciser la date :

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :

.....

.....

Autres consultations sociales

Date :

Transmission à l'assistante sociale, et si ou préciser la date :

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :

.....

.....

Médecins spécialistes référents:

.....

.....

.....

Infirmière d'information et de coordination:

.....

Médecin traitant:

.....

Pharmacien de ville:

.....

Contacts associatifs:

.....

.....

Réseau de santé:

.....

Autres intervenants de ville

Infirmière:

Masseur-kinésithérapeute:

Autres:

.....

Hôpital de proximité:

.....

HAD:

.....

Contacts sociaux

CAF:

CPAM:

Assistante sociale de secteur:

CCAS:

Maison départementale du handicap:

Numéro Santé Info Droit:

Annexe 4 – Fiche informative activité physique adaptée



Avec le soutien institutionnel du groupe



Grâce au Réseau Régional de Cancérologie, OncoNormandie :

BOUGEZ !

Un coach sportif vous accompagne après un cancer

La consultation médicale et les 10 séances d'Activité Physique Adaptée (APA) sont intégralement prises en charge par le réseau OncoNormandie, antenne de Rouen. Parlez-en à votre médecin.

POURQUOI FAIRE UNE APA ?

La pratique régulière d'une activité physique contribue à limiter la prise de poids, un des facteurs de risque de cancers.

Par ailleurs, pendant et après un traitement anticancéreux, une activité physique adaptée permet d'améliorer la survie des personnes malades, ainsi que leur qualité de vie (anxiété, dépression, sommeil, image du corps, sensation de fatigue).



QUI EST CONCERNÉ ?

- Les séances d'APA sont ouvertes à toutes les femmes opérées d'un **cancer du sein** ayant débuté ou terminé leurs traitements complémentaires éventuels (chimiothérapie ou radiothérapie).
- Les patient-e-s opéré-e-s d'un **cancer du côlon** sont aussi invité-e-s dans les mêmes conditions, à l'issue des traitements complémentaires éventuels.

COMMENT CELA SE PASSE-T-IL ?

Temps 1 – Consultation médicale

La consultation médicale aboutira à la prescription d'une Activité Physique Adaptée à votre état de santé, que vous soyez sporti-f-ve ou non.

Temps 2 – Séances d'APA

Dix séances sont encadrées par un **coach sportif formé et compétent** qui vous guidera dans les mouvements et les activités que vous pouvez faire et ne pas faire. Le but n'est pas de pratiquer une activité pour ce qu'elle est, mais pour ce qu'elle apporte, dans un contexte de bienveillance, d'optimisme et de respect absolu de la personne convalescente.

La consultation médicale et les dix séances d'APA sont intégralement prises en charge par le réseau OncoNormandie, antenne de Rouen. Vous aurez tout intérêt ensuite à poursuivre par vous-même cette activité physique, seul-e ou dans une association sportive, afin d'en conserver les bénéfices.



OÙ DOIS-JE ME RENDRE ?

Les sites d'APA sont situés à **Rouen/Bois-Guillaume, Evreux, Dieppe, Yvetot, Lillebonne et Le Havre.**



Les consultations médicales préalables ont lieu aux endroits suivants (rendez-vous par téléphone) :

CENTRE HENRI BECQUEREL - 02 32 08 29 18
Service des Soins de support, 1^{er} étage, 1 rue d'Amiens, à Rouen (76000)

INSTITUT RÉGIONAL DE MÉDECINE DU SPORT ET DE LA SANTÉ (IRMS²)
113 rue Herbeuse, Bois-Guillaume (76230) **02 78 77 53 63**

CLINIQUE BERGOUIGNAN - 02 32 31 45 60
Dr Pruvot, 1 rue Docteur Bergouignan, à Evreux (27000)

CLINIQUE MÉGIVAL - 02 76 20 31 76
Dr Metel, 1 328 avenue de la Maison Blanche, à Saint-Aubin-sur-Scie (76550)

HÔPITAL D'YVETOT - 02 35 96 48 87 - tapez 3 (Association EMMMA)
14 avenue Marechal Foch, à Yvetot (76190)

HÔPITAL FLAUBERT - 02 32 73 37 30
Maison du patient, 55 bis rue Gustave Flaubert, au Havre (76600)

CENTRE HOSPITALIER CAUX-VALLÉE DE SEINE - 02 35 39 36 36 - poste 12535
19 avenue René Coty, à Lillebonne (76170)

À l'issue de cette consultation, vous pourrez accéder à des séances d'Activité Physique Adaptée et choisir le site le plus proche de votre domicile.

QUI SONT VOS PARTENAIRES ?

Les partenaires de cette initiative sont nombreux. Ils œuvrent tous pour le bénéfice des patients atteints de cancer, que ce soit par un financement direct ou par la mise à disposition d'encadrants supplémentaires, de locaux et de matériel de fitness.

Annexe 5 – Fiche information nutritionnelle mucite.

| ALIMENTS | PERMIS | PERMIS SELON TOLERANCE PERSONNELLE | INTERDITS |
|-----------------------------------|--|--|--|
| LAIT ET FROMAGES | <ul style="list-style-type: none"> • Tous les laits • Petits suisses fromage blanc • Fromages à pâte molle (Camembert, Brie, etc...) • Fromages à pâte cuite (St Paulin, Pyrénées, etc...) | <ul style="list-style-type: none"> • Yaourt • Fromages forts (Roquefort, chèvre, etc...) | |
| VIANDE CHARCUTERIE POISSONS | <ul style="list-style-type: none"> • Toutes viandes cuisinées • Toutes charcuteries • Tous poissons cuisinés • Crustacés mollusques • Quenelles | | <ul style="list-style-type: none"> • Viandes panées • Poissons panés • Poissons en conserve, au vin ou au vinaigre • Sauce tomate |
| CEREALES | <ul style="list-style-type: none"> • Mie de pain ou pain de mie trempés • Biscottes trempées • Pâtes • Riz bien cuit • Tapioca • Flocons d'avoine | <ul style="list-style-type: none"> • Pain d'épices • Semoule | <ul style="list-style-type: none"> • Croute de pain • Pomme de terre en flocons (irritantes pour les muqueuses) • Purée de pomme de terre seule |
| LEGUMES SECS | | <ul style="list-style-type: none"> • Tous | |
| LEGUMES VERTS | <ul style="list-style-type: none"> • Tous cuits • Assaisonnement sans vinaigre et sans citron | <ul style="list-style-type: none"> • Éviter les crudités | <ul style="list-style-type: none"> • Tomates (irritantes pour les muqueuses) • Vinaigrette |
| FRUITS | <ul style="list-style-type: none"> • Tous si cuits | <ul style="list-style-type: none"> • Banane | <ul style="list-style-type: none"> • Tous si crus |
| SUCRE CONFISERIE | <ul style="list-style-type: none"> • Pâtisseries | <ul style="list-style-type: none"> • Tous | <ul style="list-style-type: none"> • Pâtisserie à alcool |
| BOISSONS | <ul style="list-style-type: none"> • Eau • Café • Tisane • Thé • Chocolat • Bouillons | <ul style="list-style-type: none"> • Sirop • Limonade • Eaux aromatisées | <ul style="list-style-type: none"> • Vin • Bière • Jus de fruit pur • Cidre • Alcool fort (cognac, mirabelle) • Alcool doux (vins cuits, liqueurs, etc...) |
| CONDIMENTS | <ul style="list-style-type: none"> • aucun | <ul style="list-style-type: none"> • Sauf sel en petite quantité | <ul style="list-style-type: none"> • Tous (moutarde, poivre, cornichons, curry, piment, vinaigre, ketchup) |
| GRAISSES | <ul style="list-style-type: none"> • Toutes (huile, beurre, lard, margarine, saindoux, crème) • mayonnaise | | <ul style="list-style-type: none"> • aucune |

Contenu du document d'information recommandé

Lors de la prescription, le patient doit recevoir un document d'information pour l'accompagner dans son choix au moment de l'acquisition. Une liste de points à vérifier doit l'aider à évaluer la prothèse proposée et savoir si le produit correspond à ses attentes en termes de critères minimum. La fiche d'information doit comporter au minimum les éléments suivants :

- **Lieu d'accueil - essai**
 - o Accueil d'une durée suffisante pour permettre de conseiller au mieux le patient ;
 - o Possibilité d'un essai garantissant discrétion et confidentialité ;
 - o Encouragement du patient à être accompagné par la personne de son choix, durant toute la durée du rendez-vous ;
 - o Présentation d'un échantillonnage de produits dans toutes les gammes de prix, avec référencement d'au moins un modèle dans diverses teintes au tarif de remboursement par l'Assurance maladie ;
 - o Garantie que l'essai n'engage pas le patient à l'achat, avec possibilité d'avoir un devis gratuit
 - o Retour possible du produit non porté, non modifié.

- **Critères généraux de choix de la prothèse capillaire**
 - o Modèle (coupe, couleur, longueur) ;
 - o Rendu naturel ;
 - o Confort (démangeaisons, sudation).

- **Caractéristiques de la prothèse capillaire**
 - o Matière du bonnet (lycra, coton, nylon, ruban de silicone ou élasthanne) ;
 - o Maintien du bonnet et possibilité d'en ajuster la taille (velcro, attaches...) en particulier chez l'enfant où l'ajustement doit tenir compte d'un tour de tête en moyenne plus petit que le tour de tête standard ;
 - o Matière de la fibre (synthétique ou cheveux naturels) ;
 - o Qualité de la fibre en fonction de son épaisseur (dans le cas d'une fibre synthétique), de la densité d'implantation... ;
 - o Type de montage (entièrement machine, machine avec zone implantée main, entièrement main) ;
 - o Présence ou non d'une zone en tulle transparent laissant apparaître la couleur du crâne pour un rendu plus naturel : cette zone se situe le plus souvent en zone frontale, sur le vertex ou au niveau de la raie, voire toute la zone du dessus du crâne pour faciliter le coiffage (raie à gauche, à droite, cheveux en arrière...) ;
 - o Ajustement obligatoire du bonnet par rapport au crâne du patient pour les prothèses capillaires réalisées sur mesure.

Annexe 8 – Modèle de prescription d’une prothèse mammaire externe

Modèle de prescription d’une prothèse mammaire externe

Date de la prescription : [] [] / [] [] / [] [] [] []

Nom et prénom de la patiente :

Date de naissance : [] [] / [] [] / [] [] [] []

Poids : [] [] [] [] Kg

Sein concerné par la prescription (cf. une prescription par prothèse mammaire) :

- sein gauche
- sein droit

Indication

- après une mastectomie totale ou partielle ;
- asymétrie congénitale ou acquise ;
- hypoplasie majeure ou aplasie.

Historique de prescription de prothèse mammaire externe

- 1^{ère} prescription de prothèse mammaire externe
- renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse transitoire)
- renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse en silicone)

En cas de mastectomie :

Date de la mastectomie : [] [] / [] [] / [] [] [] []

Type de mastectomie

- mastectomie partielle
- mastectomie totale

Symptômes présentés par la personne (cochez la case si la personne est concernée)

- la peau est fragilisée par une radiothérapie,
- la cicatrice est hyperesthésique
- la qualité de la cicatrice est irrégulière
- la patiente présente des adhérences cicatricielles
- il y a présence ou risque d’œdème ou de lymphoedème
- la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales
- la patiente est sujette à des bouffées de chaleur ou à une hypersudation

→ une prothèse mammaire externe est prescrite : Oui Non

[CACHET DU MÉDECIN]

Annexe 10 – Entretien d'une prothèse contact

Comment utiliser la prothèse mammaire Amoena Contact ?

Mise en place de la prothèse mammaire

La prothèse Amoena Contact adhère mieux sur une peau saine et bien entretenue. Appliquez l'Amoena Skin Preparation Tonic sur le buste à l'aide d'un coton démaquillant et nettoyez bien. Laissez sécher. Plus la peau est propre, saine et sèche, plus la prothèse adhère. Ne pas poser les doigts sur la face adhésive afin de ne pas l'endommager. **Expliquez à votre cliente comment procéder.**



1. Abaissez votre bretelle de votre soutien-gorge et sortez votre bras. Penchez-vous..

2. Utilisez votre main côté non opéré pour maintenir la bretelle et avancez le bonnet du soutien-gorge.

3. Prenez votre prothèse au creux de votre main (même côté que la prothèse) et en vous penchant, placez la prothèse dans le bonnet du soutien-gorge.

4. Assurez-vous qu'elle est bien en place dans le bonnet, pointe à la jonction de la bretelle.



5. Appuyez sur votre prothèse à l'aide de la main libre pour qu'elle trouve parfaitement sa place dans le bonnet.

6. Remontez la bretelle et une fois la prothèse bien en place, appuyez dessus pour vous assurer qu'elle tient bien.

7. Vérifiez l'application. Dans le cas où la prothèse a besoin d'être réajustée, enlevez la prothèse et recommencez l'opération.

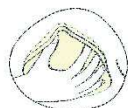
Retirer la prothèse mammaire



1. Placez votre main sur la prothèse et penchez-vous en avant jusqu'à ce que vous sentiez le poids de la prothèse dans votre main.

2. Commencez à retirer votre prothèse à partir d'un point éloigné de votre cicatrice.

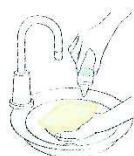
3. Il peut arriver que les deux côtés de la prothèse adhèrent entre eux. Dans ce cas, laissez tremper la prothèse quelques instants dans l'eau. Elle s'ouvrira d'elle-même.



4. Placez vos doigts aussi près que possible des bords de la prothèse.

5. Veillez à manipuler avec soin votre prothèse si vous avez des ongles longs – ils peuvent endommager le film de la prothèse.

Nettoyer la prothèse mammaire quotidiennement



1. Humidifiez la brosse spécifique Amoena avec de l'eau. Répartir 3 gouttes de solution de nettoyage Soft Cleanser d'Amoena sur la surface adhésive encore sèche. N'utilisez aucun autre produit.



2. Brossez fermement toute la surface, environ 1 à 2 minutes, avec des mouvements circulaires.



3. Important : rincez ensuite abondamment à l'eau claire, presque chaude en vous aidant de la brosse.

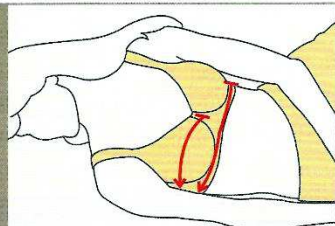


4. Laissez sécher à l'air libre ou utilisez un sèche-cheveux à faible température.

Plus on porte la prothèse Contact, plus elle adhère. Plus elle est portée sur une peau saine et hydratée, mieux elle adhère. Utilisez les produits Skin & Form Care

Prise de mesures : chaque femme est unique... son sein aussi !

| | | |
|------------------------------|--|---|
| Trouver le bon soutien-gorge | <p>1. Mesurer tout d'abord le tour de buste complet, juste dessous la poitrine.</p> <p>2. Mesurer ensuite le demi-tour de poitrine et multiplier par 2. Prendre la mesure du côté non opéré, au niveau du mamelon, en partant du sternum jusqu'au centre de la colonne vertébrale</p> <p>3. Se reporter ensuite au tableau ci-dessous pour obtenir la taille du soutien-gorge et la profondeur du bonnet.</p> <p>Lors de la prise de mesures, s'assurer que le mètre ruban est bien horizontal, à plat sur la peau, pas trop serré. Mesurer en se plaçant de profil, de préférence avec le soutien-gorge, bras le long du corps, à l'expiration normale.</p> | Conseils pratiques |
| Taille de soutien-gorge | <p>La taille des soutiens-gorge fonctionne par palier de 5 cm</p> <p>68-69 70-71 72 73-74 75-76 77 78-79 80-81 82 ...</p> <p>Une mesure comprise entre 68 et 72 cm correspond à la taille française de soutien-gorge 85, une mesure entre 73 et 77 cm à la taille 90, etc... Les tailles de soutien-gorge se terminent toujours par 0 ou 5.</p> | <p>Tour de buste : Mesurer le tour de buste complet, juste dessous la poitrine.</p> <p>Demi-tour de poitrine : Prendre la mesure du côté non opéré, au niveau du mamelon, en partant du sternum jusqu'au centre de la colonne vertébrale.</p> |



Tour de buste en cm compris entre

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|---------|---------|---------|---------|
| 63-67 | 68-72 | 73-77 | 78-82 | 83-87 | 88-92 | 93-97 | 98-102 | 103-107 | 108-112 | 113-117 | 118-122 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|---------|---------|---------|---------|

Correspond à la taille française de soutien-gorge




































| | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 |
|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

Correspondance du bonnet d'après la mesure du tour de poitrine en cm (demi-tour x 2)

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------|-------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| AA | 75-77 | 80-82 | 85-87 | 90-92 | 95-97 | 100-102 | 105-107 | 110-112 | 115-117 | 120-122 | 125-127 | 130-132 |
| A | 77-79 | 82-84 | 87-89 | 92-94 | 97-99 | 102-104 | 107-109 | 112-114 | 117-119 | 122-124 | 127-129 | 132-134 |
| B | 79-81 | 84-86 | 89-91 | 94-96 | 99-101 | 104-106 | 109-111 | 114-116 | 119-121 | 124-126 | 129-131 | 134-136 |
| C | 81-83 | 86-88 | 91-93 | 96-98 | 101-103 | 106-108 | 111-113 | 116-118 | 121-123 | 126-128 | 131-133 | 136-138 |
| D | 83-85 | 88-90 | 93-95 | 98-100 | 103-105 | 108-110 | 113-115 | 118-120 | 123-125 | 128-130 | 133-135 | 138-140 |
| E | 85-87 | 90-92 | 95-97 | 100-102 | 105-107 | 110-112 | 115-117 | 120-122 | 125-127 | 130-132 | 135-137 | 140-142 |
| F | 87-89 | 92-94 | 97-99 | 102-104 | 107-109 | 112-114 | 117-119 | 122-124 | 127-129 | 132-134 | 137-139 | 142-144 |
| G | 89-91 | 94-96 | 99-101 | 104-106 | 109-111 | 114-116 | 119-121 | 124-126 | 129-131 | 134-136 | 139-141 | 144-146 |

Annexe 12 – Fiche patient sur l’Aromasine® de l’OMEDIT

| Interactions médicamenteuses | Contacts | Fiche conseils patient |
|---|--|---|
| <p>Ce médicament peut interagir avec d'autres molécules.</p> <p>N'oubliez pas de donner la liste complète des médicaments, même ceux vendus sans ordonnance, à base de plantes et les produits naturels à votre médecin.</p> <div data-bbox="199 600 564 835" style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;">  <p>Ne prenez pas de nouveaux médicaments sans informer votre médecin ou votre pharmacien.</p> </div> <div data-bbox="287 945 478 1055" style="text-align: center;">  </div> | <div data-bbox="608 421 951 815" style="border: 2px dashed red; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Version d'avril 2018 Validée par experts régionaux</p> | <h3 style="color: red;">Exemestane</h3> <p style="text-align: center; color: red;">AROMASINE®</p> <p>À quoi sert ce médicament ?</p> <p>Ce médicament est utilisé dans le traitement de certaines formes de cancer du sein.</p> <p>Il est prescrit par un médecin hospitalier ou de ville.</p> <p>Il est disponible en pharmacie de ville.</p> <p>Il s'agit de comprimés de couleur blanc cassé.</p> <p>Il est présenté par boîtes de 30, sous plaquettes thermoformées.</p> <p>Il n'existe qu'un seul dosage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AROMASINE® 25 mg <div data-bbox="1157 996 1353 1070" style="text-align: right;">  </div> |

| Posologie Conseils de prise | Exemestane AROMASINE® | Principaux effets indésirables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|------------------------------------|--|--|-------------------------------------|---|--|------------------------------|---|--|-------------------------|--|--|--------------|---|--|----------|--|--|---------------------|--|--|--------------------|---|--|-------|---------------------------------|
| <p style="text-align: center; color: red;">Plan de prise</p> <p>La dose recommandée est de 25 mg en une prise quotidienne, de préférence après un repas</p> <div data-bbox="271 1393 466 1435" style="text-align: center;">  </div> <div data-bbox="236 1464 555 1697" style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px;"> <p> Conservez hors de portée des enfants.</p> <p>À conserver dans le conditionnement primaire d'origine, à l'abri de l'humidité, à une température ne dépassant pas 30°C.</p> </div> <p>Contactez rapidement votre médecin en cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise de poids rapide et inattendue - Saignement vaginal important. | <p style="text-align: center; color: red;">Quelques conseils</p> <div data-bbox="587 1249 954 1688" style="list-style-type: none;"> <ul style="list-style-type: none">  L'AROMASINE doit être pris une fois par jour avec un grand verre d'eau et de préférence après un repas.  Se laver soigneusement les mains avant et après chaque manipulation du comprimé.  Ne pas jeter les emballages ni les comprimés dans votre poubelle. Rapportez-les à votre pharmacien.  N'arrêtez jamais votre traitement et ne modifiez jamais le rythme d'administration sans avis du prescripteur.  Si vous avez oublié une prise, ne pas prendre celle manquée, Prenez la dose habituellement prescrite le jour suivant et notez cet oubli sur le carnet de suivi  Ne pas prendre en cas de grossesse ou d'allaitement. </div> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Bouffées de chaleur, transpiration</td> <td>Évitez les déclencheurs comme l'alcool, la caféine, le chocolat, les aliments chauds et épicés, le stress, la chaleur. Faites régulièrement de l'exercice. Restez au frais. Portez des vêtements légers. Buvez beaucoup d'eau.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Maux de tête, douleurs articulaires</td> <td>Faites de l'exercice léger (marche). En cas de douleur importante, contactez votre médecin pour la mise en place d'un traitement symptomatique.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Fatigue, insomnies, vertiges</td> <td>Essayez de maintenir des habitudes régulières de sommeil. Soyez prudent si vous conduisez un véhicule ou utilisez des machines.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Nausées et vomissements</td> <td>Buvez entre les repas. Évitez les aliments gras ou épicés. Mangez lentement. Faites plusieurs petits repas légers.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Constipation</td> <td>Privilégiez une bonne hydratation, une alimentation riche en fibres et une activité physique régulière. Buvez au moins 2L par jour. En cas de constipation prolongée, contactez votre médecin</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Diarrhée</td> <td>Évitez le café, les boissons glacées, le lait, les fruits et légumes crus, les céréales, le pain complet et l'alcool. Buvez au moins 2 litres par jour (eau, thé, tisanes, bouillons, boissons gazeuses) et privilégiez les féculents, les carottes, bananes. En cas de persistance, prévenez votre médecin.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Dédèmes des membres</td> <td>Surveillez votre poids et contactez votre médecin en cas de prise de poids rapide et inattendue.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Eruptions cutanées</td> <td>Utilisez un savon doux et un agent hydratant pour soulager les symptômes. Évitez les expositions au soleil.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td>Autre</td> <td>Risque d'hémorragies vaginales.</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small;">Si vous présentez des effets indésirables non mentionnés, veuillez en informer votre médecin ou pharmacien.</p> |  | Bouffées de chaleur, transpiration | Évitez les déclencheurs comme l'alcool, la caféine, le chocolat, les aliments chauds et épicés, le stress, la chaleur. Faites régulièrement de l'exercice. Restez au frais. Portez des vêtements légers. Buvez beaucoup d'eau. |  | Maux de tête, douleurs articulaires | Faites de l'exercice léger (marche). En cas de douleur importante, contactez votre médecin pour la mise en place d'un traitement symptomatique. |  | Fatigue, insomnies, vertiges | Essayez de maintenir des habitudes régulières de sommeil. Soyez prudent si vous conduisez un véhicule ou utilisez des machines. |  | Nausées et vomissements | Buvez entre les repas. Évitez les aliments gras ou épicés. Mangez lentement. Faites plusieurs petits repas légers. |  | Constipation | Privilégiez une bonne hydratation, une alimentation riche en fibres et une activité physique régulière. Buvez au moins 2L par jour. En cas de constipation prolongée, contactez votre médecin |  | Diarrhée | Évitez le café, les boissons glacées, le lait, les fruits et légumes crus, les céréales, le pain complet et l'alcool. Buvez au moins 2 litres par jour (eau, thé, tisanes, bouillons, boissons gazeuses) et privilégiez les féculents, les carottes, bananes. En cas de persistance, prévenez votre médecin. |  | Dédèmes des membres | Surveillez votre poids et contactez votre médecin en cas de prise de poids rapide et inattendue. |  | Eruptions cutanées | Utilisez un savon doux et un agent hydratant pour soulager les symptômes. Évitez les expositions au soleil. |  | Autre | Risque d'hémorragies vaginales. |
|  | Bouffées de chaleur, transpiration | Évitez les déclencheurs comme l'alcool, la caféine, le chocolat, les aliments chauds et épicés, le stress, la chaleur. Faites régulièrement de l'exercice. Restez au frais. Portez des vêtements légers. Buvez beaucoup d'eau. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Maux de tête, douleurs articulaires | Faites de l'exercice léger (marche). En cas de douleur importante, contactez votre médecin pour la mise en place d'un traitement symptomatique. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Fatigue, insomnies, vertiges | Essayez de maintenir des habitudes régulières de sommeil. Soyez prudent si vous conduisez un véhicule ou utilisez des machines. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Nausées et vomissements | Buvez entre les repas. Évitez les aliments gras ou épicés. Mangez lentement. Faites plusieurs petits repas légers. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Constipation | Privilégiez une bonne hydratation, une alimentation riche en fibres et une activité physique régulière. Buvez au moins 2L par jour. En cas de constipation prolongée, contactez votre médecin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Diarrhée | Évitez le café, les boissons glacées, le lait, les fruits et légumes crus, les céréales, le pain complet et l'alcool. Buvez au moins 2 litres par jour (eau, thé, tisanes, bouillons, boissons gazeuses) et privilégiez les féculents, les carottes, bananes. En cas de persistance, prévenez votre médecin. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Dédèmes des membres | Surveillez votre poids et contactez votre médecin en cas de prise de poids rapide et inattendue. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Eruptions cutanées | Utilisez un savon doux et un agent hydratant pour soulager les symptômes. Évitez les expositions au soleil. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Autre | Risque d'hémorragies vaginales. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIBLIOGRAPHIE

- Aapro MS, Link H. September 2007 Update on EORTC Guidelines and Anemia Management with Erythropoiesis-Stimulating Agents. *The Oncologist*. 1 mai 2008;13(Supplement 3):33-6.
- Abdesselem LB, Bereder I, Biron P, Brouers S, Brun M, Couderc AL, et al. AFSOS, anémie et cancer, 2016. :23.
- AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support) Mucites - 2015.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/12/Mucites-remis-AFSOS-NOVARTIS-2015.pdf>
- AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support), prise en charge des nausées et vomissements chimioinduits, décembre 2017. [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2018/02/NVCI-MAJ-J2R-DECEMBRE-2017-VF.pdf>
- AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support), prise en charge du lymphoedème secondaire après cancer du sein, 2014. [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/PEC_Lymphoedeme_maj_2014_Mode_de_compatibilite.pdf
- AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support). Place des thérapies complémentaires dans les soins oncologiques de support. 2012;23.
- American Cancer Society. What Are Complementary and Alternative Methods? 2015. [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/complementary-and-alternative-medicine/complementary-and-alternative-methods-and-cancer/what-are-cam.html>
- ANITA. Prothèses mammaires Anita care [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.anita.com/fr/univers-de-produits/breast-care/protheses-mammaires.html>
- Antoine DC, Vandromme J, Fastrez M, Carly B, Liebens F, Rozenberg S. A survey among breast cancer survivors: treatment of the climacteric after breast cancer. *Climacteric*. 1 janv 2008;11(4):322-8.
- Association pour la Reconstruction du Sein par D.I.E.P. Le lambeau musculo-cutané de grand droit de l'abdomen (TRAM) [Internet]. [cité 26 nov 2018]. Disponible sur:

<https://www.diep-asso.fr/content/le-lambeau-musculo-cutane-de-grand-droit-de-labdomen-tram>

- Assurance Maladie, LPP : Recherche par chapitre [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur:
http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=66&p_site=AMELI
- Avis de projet de fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en € TTC des prothèses capillaires visés au chapitre 2 du titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
- Avis de projet de modification des modalités de prise en charge des prothèses capillaires et accessoires inscrits au chapitre 2 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.
- AVML [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: http://www.avml.fr/crbst_6.html
- Azais L, Bansard E, Bidon S. AFSOS (Association Francophone des Soins Oncologiques de Support), Toxicité cutanée radio induite. :36.
- Baudoux D, Breda M-L. Huiles essentielles chémotypées. Amyris; 2017. 98 p. (Aromathérapie scientifique).
- Bianchi V, El Anbassi S. Médicaments. Vol. 3ème édition. de boeck; 2014. 195 p.
- Boiron M, Roux F, Wagner J-P. Accompagnement en oncologie. Le Moniteur des pharmacies. 2014. 165 p. (Homéopathie, les dossiers de l'expert).
- Boulot P, Plancon M, Thevenet G. AFSOS, Mucites et candidose. 2015;28.
- Brasseur E, Silvestre R, Jerusalem G, Sautois B, Polus M, Fillet G. Prévention et traitement des nausées et vomissements après chimiothérapie anticancéreuse [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2002 [cité 23 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2402/22402>
- Brédart A, Dolbeault S, Savignoni A, Besancenet C, This P, Flahault C, et al. Difficultés sexuelles après le traitement d'un cancer du sein non métastatique : résultats d'une étude exploratoire – Sexual difficulties following non-metastatic breast cancer treatment: findings from an exploratory study. oct 2009;XVII(8):4.
- Broeders M, Moss S, Nyström L, Njor S, Jonsson H, Paap E, et al. The Impact of Mammographic Screening on Breast Cancer Mortality in Europe: A Review of Observational Studies. J Med Screen. sept 2012;19(1_suppl):14-25.

- Bruant- Rodier Catherine. Plasticiens.fr - Le Portail de la Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique Française [Internet]. 2018 [cité 26 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.plasticiens.fr/?p=33>
- Cancerdusein.org - L'auto-examen des seins [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cancerdusein.org/le-depistage/lauto-examen-des-seins>
- Cancerdusein.org - Le kit d'information [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.cancerdusein.org/octobre-rose/le-kit-dinformation>
- Choma C, Wanecq T. Arrêté du 4 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses de sein inscrites au chapitre 4, titre II, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale | Legifrance [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/4/4/AFSS1609152A/jo>
- CHU Montréal. Prendre soin de mes cicatrices par le massage. 02/18;4.
- CNRD (Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. Soins de bouche lors des mucites [Internet]. [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: http://cnrd.fr/Prevention-et-traitement-des-1612?page=article-imprim&id_article=1612
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer – collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58 515 women with breast cancer and 95 067 women without the disease. *Br J Cancer*. nov 2002;87(11):1234-45.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *The Lancet*. 20 juill 2002;360(9328):187-95.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Réunion du 28 janvier 2005 à Lille. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2005;34(5):513.
- Couic Marinier F, Touboul A. Le guide terre vivante des huiles essentielles. Terre vivante éditions; 2017. 409 p.
- Couic Marinier F. Conférence d'aromathérapie. 2015 2014;Automne-Hiver niveau 3.
- CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) - Réglementation sur le remboursement des prothèses mammaires externes au 1er mai 2016. [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur:

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CPAM71_EnDirect_Pharmacie
Ph_7516.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CPAM71_EnDirect_Pharmacie_Ph_7516.pdf)

- Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [cité 18 févr 2019];(11).
Disponible sur:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006145.pub3/abstract>
- Cyril B, Christine B, Majid B, Isabelle C, Isabelle C, Nathalie C, et al. AFSOS, cancer, santé sexuelle et intimité. 2012;35.
- Darai E, Espie M, Gligorov J. Référentiel AP-HP, cancers du sein, mars 2016. [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur:
https://www.aphp.fr/sites/default/files/referentiel_cancers_du_sein_-_juin_2016_1.pdf
- Dartois L, Fagherazzi G, Baglietto L, Boutron-Ruault M-C, Delalogue S, Mesrine S, et al. Proportion of premenopausal and postmenopausal breast cancers attributable to known risk factors: Estimates from the E3N-EPIC cohort. *Int J Cancer*. 2016;138(10):2415-27.
- Delorme C, Laplace M, Louchet D, Pelestor T, Seince E, Talon A. Réseau Espace Santé-Cancer Rhône-Alpes, Fiche pratique sur l’alopécie, 2015. [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://ressources-ra.fr/wp-content/uploads/2018/11/BPA-FPI1503ALOPECIE.pdf>
- Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. HAS, mars 2014. [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf
- Deutsch E. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Qu’est-ce que la radiothérapie ? [Internet]. 2018 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur:
<https://www.fondation-arc.org/traitements-soins-cancer/radiotherapie/quest-ce-que-la-radiotherapie>
- Dischl-Antonioni I, Berthod G, Hiroz P, Anchisi S. Diarrhées provoquées par les traitements systémiques anticancéreux [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. 2016. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-529/Diarrhees-provoquees-par-les-traitements-systemiques-anticancereux>

- Dunnill CJ, Al-Tameemi W, Collett A, Haslam IS, Georgopoulos NT. A Clinical and Biological Guide for Understanding Chemotherapy-Induced Alopecia and Its Prevention. *The Oncologist*. 1 janv 2018;23(1):84-96.
- ESMO (European Society for Medical Oncology). Clinical Practice Guidelines on Supportive Care [Internet]. 2019 [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.esmo.org/Guidelines/Supportive-and-Palliative-Care>
- Eudeline S. Recherche une mutation génétique chez certaines femmes, après réflexion [Internet]. 2016 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_etudiant=&numero_resume=834
- EurekaSanté par VIDAL. AMOENA® prothèses mammaires externes, soutiens-gorge post-chirurgie du sein et de compression [Internet]. EurekaSanté. 2019 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/parapharmacie/vidal/produits-vida3836-AMOENA-protheses-mammaires-externes-soutiens-gorge-post-chirurgie-du-sein-et-de-compression.html>
- Gales Y, Potin S, Wairy A, Bertrand C. OMEDIT Bretagne et Pays de la Loire - Fiche d'aide à la prise en charge du syndrome main pied. 2018;2.
- Gilreath JA, Stenehjem DD, Rodgers GM. Diagnosis and treatment of cancer-related anemia. *Am J Hematol*. 2014;89(2):203-12.
- Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cité 4 mars 2019]; Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002/14651858.CD001877.pub5>
- Grevelman EG, Breed WPM. Prevention of chemotherapy-induced hair loss by scalp cooling. *Ann Oncol*. 1 mars 2005;16(3):352-8.
- Haute Autorité de Santé - Radiothérapie peropératoire dans le cancer du sein [Internet]. 2016 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2634845/fr/radiotherapie-peroperatoire-dans-le-cancer-du-sein
- HAS (Haute Autorité de Santé), dépistage et prévention du cancer du sein, 2015. [Internet]. [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
- HAS (Haute Autorité de Santé). Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du

cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage

- HAS (Haute Autorité de Santé), avis de la CNEDiMITS du 30 juin 2015 portant sur les implants mammaires mentionnés dans l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale. [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-08/implants_mammaires_30_juin_2015_dm_eval_102.pdf
- HAS (Haute Autorité de Santé), Avis de la CNEDiMITS du 18 décembre 2018 relatif aux modalités de prise en charge des prothèses capillaires. [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-12/protheses_capillaires_dm_eval_206.pdf
- Humbert P. Prévenir l'alopécie chimio-induite. *Ann Dermatol Vénéréologie*. mai 2009;136:S29-32.
- INCa (Institut National du Cancer). Anti-œstrogènes - Hormonothérapie [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie/Anti-oestrogenes>
- INCa (Institut National du Cancer). Cinq ans après un diagnostic de cancer, la qualité de vie et la situation en emploi restent fortement dégradés - Dossiers et communiqués de presse [Internet]. 2018 [cité 14 août 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communicues-de-presse/Cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-la-qualite-de-vie-et-la-situation-en-emploi-restent-fortement-degrades>
- INCa (Institut National du Cancer). Dépistage du cancer du sein : à qui vous adresser ? [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/A-qui-vous-adresser#toc-le-pharmacien>
- INCa (Institut National du Cancer). Différents types d'hormonothérapie - Hormonothérapie [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie/Differents-types-d-hormonotherapie>
- INCa (Institut National du Cancer). Etude VICAN 5; La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. 2018. 364 p.

- INCa (Institut National du Cancer). L'anémie - Causes de la fatigue [Internet]. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Causes-de-la-fatigue/L-anemie>
- INCa (Institut National du Cancer). Les cancers en France [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=65
- INCa (Institut National du Cancer). Les réponses à vos questions - Dépistage du cancer du sein [Internet]. 2019 [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Les-reponses-a-vos-questions>
- INCa (Institut National du Cancer). Les tests de génétique somatique [Internet]. 2017 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Types-de-cancer/Le-cancer-du-sein/Les-tests-de-genetique-somatique2>
- INCa (Institut National du Cancer). Médicaments utilisés - Chimiothérapie [Internet]. [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chimiotherapie/Medicaments-utilises>
- INCa (Institut National du Cancer). Perruque - Prendre soin des cheveux et de la peau [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Prendre-soin-des-cheveux-et-de-la-peau/Perruque>
- INCa (Institut National du Cancer). Prothèses mammaires externes - Cancer du sein [Internet]. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Protheses-mammaires-externes>
- INCa (Institut National du Cancer). Soins [Internet]. 2017 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Types-de-cancer/Le-cancer-du-sein/Radiotherapie-cancer-du-sein>
- INVS (Institut de Veille Sanitaire). Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein>
- INVS (Institut de Veille Sanitaire). Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016 [Internet]. 2017 [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des->

cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016

- Jeong JH, Choi B, Chang SY, Kim E-K, Kang E, Heo CY, et al. The Effect of Immediate Breast Reconstruction on Thoracic Spine Alignment After Unilateral Mastectomy. *Clin Breast Cancer* [Internet]. 29 juin 2017 [cité 19 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526820917303117>
- Jolivot PA, Dunyach-Remy C, Roussey A, Jalabert A, Mallié M, Hansel-Esteller S. Étude d'activité in vitro et de stabilité de suspensions antifongiques pour bain de bouche : vers une remise en question de pratiques empiriques ? *Pathol Biol*. 1 déc 2012;60(6):362-8.
- Khouri RK, Eisenmann-Klein M, Cardoso E, Cooley BC, Kacher D, Gombos E, et al. Brava and autologous fat transfer is a safe and effective breast augmentation alternative: results of a 6-year, 81-patient, prospective multicenter study. *Plast Reconstr Surg*. mai 2012;129(5):1173-87.
- Klastersky J, de Naurois J, Rolston K, Rapoport B, Maschmeyer G, Aapro M, et al. Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines†. *Ann Oncol*. sept 2016;27(suppl_5):v111-8.
- Laboratoire Amoena. Application des prothèses mammaires [Internet]. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.amoena.com/fr/a-notre-propos/application-des-proth%C3%A8ses-mammaires/>
- Laboratoire Amoena. Catalogue produits Amoena. 2016. 78 p.
- Laboratoire Amoena. Prothèses Comfort+ avec la technologie Outlast® [Internet]. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.amoena.com/fr/a-notre-propos/proth%C3%A8ses-comfort-avec-la-technologie-outlast/>
- Laboratoire Amoena. Prothèses Mammaires Externes après Cancer | Prothèse de Sein après Mastectomie [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.amoena.com/fr/protheses-mammaires/>
- Laboratoire Biogaran. Mieux dans mon assiette avec le cancer. 2016. 71 p.
- Lacey JV, Kreimer AR, Buys SS, Marcus PM, Chang S-C, Leitzmann MF, et al. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. *BMC Cancer*. 17 mars 2009;9:84.

- Lane B, Cannella K, Bowen C, Copelan D, Nteff G, Barnes K, et al. Examination of the Effectiveness of Peppermint Aromatherapy on Nausea in Women Post C-Section. *J Holist Nurs.* 1 juin 2012;30(2):90-104.
- Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med.* 11 juin 2015;372(24):2353-8.
- Layde PM, Webster LA, Baughman AL, Wingo PA, Rubin GL, Ory HW. The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. *J Clin Epidemiol.* janv 1989;42(10):963-73.
- Le Moniteur des Pharmacies. Autour du cancer du sein. janv 2010;(85):16.
- Légifrance. Décision du 6 mars 2019 fixant le tarif de responsabilité et le prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC des prothèses capillaires et des accessoires inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
- Lyman GH, Morrison VA, Dale DC, Crawford J, Delgado DJ, Fridman M, et al. Risk of febrile neutropenia among patients with intermediate-grade non-Hodgkin's lymphoma receiving CHOP chemotherapy. *Leuk Lymphoma.* déc 2003;44(12):2069-76.
- Lymphoœdème - Cancer du sein [Internet]. [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Lymphoedeme>
- Mastectomie bilatérale prophylactique chez les patientes a très haut risque de cancer mammaire: au-delà de la technique... [Internet]. ResearchGate. [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/277179466_Mastectomie_bilaterale_prophylactique_chez_les_patientes_a_très_haut_risque_de_cancer_mammaire_au-delà_de_la_technique
- Mesdag V, Régis C, Tresch E, Chauvet M-P, Boulanger L, Collinet P, et al. Nipple sparing mastectomy for breast cancer is associated with high patient satisfaction and safe oncological outcomes. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 1 oct 2017;46(8):637-42.
- Mion F. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, Conseil de pratique, Constipation. 2018. [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Bibliotheque_scientifique/cp035-constipation_2018.pdf
- NJ Créations, Catalogue NJ, 2018 [Internet]. issuu. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://issuu.com/nj-creation-paris/docs/df-nj-catalogue-perruques2018-fr-en/1>

- Nkondjock A, Ghadirian P. Facteurs de risque du cancer du sein. médecine/sciences. févr 2005;21(2):175-80.
- Odermatt R, Wolfer A, Zaman K. Hormonothérapie dans le cancer du sein : efficacité et effets adverses [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2013 [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-387/Hormonotherapie-dans-le-cancer-du-sein-efficacite-et-effets-adverses>
- OMÉDIT Normandie(Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l’Innovation Thérapeutique). Fiches de bon usage des produits de santé [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/fiches-de-bon-usage-des-produits-de-sante/fiches-de-bon-usage-des-produits-de-sante,3124,3454.html>
- Partridge AH, Burstein HJ, Winer EP. Side Effects of Chemotherapy and Combined Chemohormonal Therapy in Women With Early-Stage Breast Cancer. JNCI Monogr. 1 déc 2001;2001(30):135-42.
- Provansal M. Cancer et préservation de la fertilité : comment ça marche ? [Internet]. Institut Curie. 2019 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-et-preservation-de-la-fertilite-comment-ca-marche>
- Roila F, Molassiotis A, Herrstedt J, Aapro M, Gralla RJ, Bruera E, et al. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. Ann Oncol. sept 2016;27(suppl_5):v119-33.
- Ross M, Fischer-Carlidge E. Scalp Cooling: A Literature Review of Efficacy, Safety, and Tolerability for Chemotherapy-Induced Alopecia. Clin J Oncol Nurs. 17 mars 2017;21(2):226-33.
- Rugo HS, Voigt J. Scalp Hypothermia for Preventing Alopecia During Chemotherapy. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Clin Breast Cancer. 1 févr 2018;18(1):19-28.
- Scotté F, Tourani J-M, Banu E, Peyromaure M, Levy E, Marsan S, et al. Multicenter Study of a Frozen Glove to Prevent Docetaxel-Induced Onycholysis and Cutaneous Toxicity of the Hand. J Clin Oncol. 1 juill 2005;23(19):4424-9.
- Scotté F. Toxicité chimio-induite des phanères – Hair and nails chemotherapy-induced toxicity. 2007;5.

- Smith TJ, Khatcheressian J, Lyman GH, Ozer H. 2006 Update of Recommendations for the Use of White Blood Cell Growth Factors: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline | Journal of Clinical Oncology [Internet]. 2006 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2006.06.4451?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
- Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C. TNM Classification of Malignant Tumours. :332.
- Société canadienne du cancer. Comprendre les traitements du cancer du sein. 2017;94.
- Sun Y-S, Zhao Z, Yang Z-N, Xu F, Lu H-J, Zhu Z-Y, et al. Risk Factors and Preventions of Breast Cancer. Int J Biol Sci. 1 nov 2017;13(11):1387-97.
- Tate S. Peppermint oil: a treatment for postoperative nausea. J Adv Nurs. 1997;26(3):543-9.
- Tayarani-Najaran Z, Talasaz-Firoozi E, Nasiri R, Jalali N, Hassanzadeh MK. Antiemetic activity of volatile oil from *Mentha spicata* and *Mentha × piperita* in chemotherapy-induced nausea and vomiting [Internet]. 2013 [cité 19 févr 2019]. Disponible sur: </journal/7/290-antiemetic-activity-of-volatile-oil-from-mentha-spicata-and-mentha-piperita-in-chemotherapy-induced-nausea-and-vomiting.php>
- Vassal G. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Qu'est-ce qu'une thérapie ciblée ? [Internet]. 2018 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: </traitements-soins-cancer/therapies-ciblees/quest-ce-quune-therapie-ciblee>
- VIDAL - Cancer du sein - Prise en charge [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/4034/cancer_du_sein/prise_en_charge

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



MOREAU Clara

La prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein : exemples de cas concrets au sein d'une officine.

Th. D. Pharm., Rouen, 2019, 161 p.

RESUME

Le cancer du sein est une pathologie de plus en plus connue du grand public, aujourd'hui en France on dénombre environ 54000 femmes touchées. Nous connaissons tous quelqu'un de touché par cette maladie ou nous en avons déjà tous entendu parler à l'occasion d'Octobre Rose. Le cancer du sein est maintenant détecté plus tôt et se soigne mieux. Mais cette maladie n'est pas que physique et laisse sur son passage des séquelles aussi bien physiques que psychologiques. Le pharmacien occupe une place dans la sensibilisation au dépistage. Il est aussi présent pour aider les patientes de l'annonce de la maladie jusqu'à la guérison. Il interviendra lors de la délivrance de leurs médicaments, lors de la gestion des effets indésirables mais il aidera aussi la femme à se reconstruire en délivrant des prothèses mammaires externes et d'autres accessoires comme des prothèses capillaires ou des manchons de contention qui amélioreront nettement le regard de la patiente sur elle-même. Grâce à des témoignages de patientes nous affirmons notre place dans leur parcours de soin.

MOTS CLES : Cancer sein – Prothèse mammaire externe – Reconstruction mammaire – Conseils à l'officine

JURY

Président : Monsieur GARGALA Gilles, MCU-PH

Membres : Madame GUERARD-DETUNCQ Cécile, Professeur associé universitaire
Madame SEGUIN Elisabeth, Professeur universitaire

Monsieur GUILLOU Paul, Docteur en pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 17 mai 2019