



HAL
open science

Accompagnement à l'officine des femmes ayant subi une mastectomie vers la reconstruction de leur nouveau corps

Anne-Coline Martin

► **To cite this version:**

Anne-Coline Martin. Accompagnement à l'officine des femmes ayant subi une mastectomie vers la reconstruction de leur nouveau corps. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02433930

HAL Id: dumas-02433930

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02433930>

Submitted on 9 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.

THESE**Pour obtenir le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie****Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie****ACCOMPAGNEMENT A L'OFFICINE
DES FEMMES AYANT SUBI UNE MASTECTOMIE
VERS LA RECONSTRUCTION DE LEUR NOUVEAU CORPS****Présentée par
Anne-Coline MARTIN****Soutenue publiquement le 10 Mai 2019
devant le jury composé de**

Madame Virginie PREVOST	Docteur en Pharmacie, Enseignant-Chercheur, Faculté des Sciences Pharmaceutiques, UFR Santé CAEN	Président du jury
Madame Elodie LENFANT	Docteur en Pharmacie, Pharmacien titulaire, Pharmacie 2000 CAEN	Directeur de thèse
Madame Claire PRUD'HOMME	Docteur en Pharmacie, Pharmacien assistant, Pharmacie des Matignon GRANVILLE	Examineur

Thèse dirigée par Elodie LENFANT et Virginie PREVOST



LISTE DES ENSEIGNANTS – CHERCHEURS

Directeur de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques
Professeur Michel BOULOUARD

Assesseurs
Professeur Pascale SCHUMANN-BARD
Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

Directrice administrative et Directrice administrative adjointe
Madame Sarah CHEMTOB
Madame Alexandra HOUARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BOULOUARD Michel	Physiologie, Pharmacologie
BUREAU Ronan	Biophysique Chémoinformatique
COLLOT Valérie	Pharmacognosie
DALLEMAGNE Patrick	Chimie médicinale
DAUPHIN François	Physiologie, Pharmacologie
DELEPEE Raphaël	Chimie analytique
FABIS Frédéric	Chimie organique
FRERET Thomas	Physiologie, Pharmacologie
GARON David	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
GAUDUCHON Pascal Eméritat jusqu'au 31/08/2019	Biologie cellulaire
GIARD Jean-Christophe	Bactériologie, Virologie
MALZERT-FREON Aurélie	Pharmacie galénique
RAULT Sylvain Eméritat jusqu'au 31/08/2019	Chimie thérapeutique
ROCHAIS Christophe	Chimie organique
SCHUMANN-BARD Pascale	Physiologie, Pharmacologie
SICHEL François	Toxicologie
SOPKOVA Jana	Biophysique, Drug design
VOISIN-CHIRET Anne-Sophie	Chimie médicinale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ANDRE Véronique – HDR

BOUET Valentine – HDR

CAILLY Thomas – HDR

DENOYELLE Christophe – HDR

DHALLUIN Anne

ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR

GROO Anne-Claire

KIEFFER Charline

KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier)

LAPORTE-WOJCIK Catherine

LEBAILLY Pierre – HDR

LECHEVREL Mathilde – HDR

LEGER Marianne

LEPAILLEUR Alban – HDR

N'DIAYE Monique

PAIZANIS Eleni

PEREIRA-ROSENFELD Maria de Fatima

POTTIER Ivannah

PREVOST Virginie – HDR

QUINTIN Jérôme

RIOULT Jean-Philippe

SINCE Marc

VILLEDIEU Marie

Biochimie, Toxicologie

Physiologie, Pharmacologie

Chimie bio-inorganique, Chimie organique

Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie

Bactériologie, Virologie, Immunologie

Parasitologie, Mycologie médicale

Pharmacie galénique

Chimie médicinale

Biologie clinique

Chimie bio-inorganique

Santé publique

Toxicologie

Physiologie, Pharmacologie

Modélisation moléculaire

Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique

Physiologie, Pharmacologie

Chimie organique et thérapeutique

Chimie et toxicologie analytiques

Chimie analytique, Nutrition,

Education thérapeutique du patient

Pharmacognosie

Botanique, Mycologie, Biotechnologies

Chimie analytique

Biologie et thérapies innovantes des cancers



PROFESSEUR AGREGÉ (PRAG)

PRICOT Sophie

Anglais

PERSONNEL ASSOCIÉ À TEMPS PARTIEL (PAST)

SAINT-LORANT Guillaume

Pharmacie clinique

SEDILLO Patrick

Pharmacie officinale

RICHARD Estelle

Pharmacie officinale

Enseignants titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Le sein au cœur de la féminité
Statue de Vénus



CITATION

« Le lendemain de ma mastectomie, une infirmière m'a flanqué un choix de fausses mamelles sous le nez ! J'avais envie de hurler. Toutes ces prothèses étalées sur mon lit, ces poches de silicone... Ces postiches, à quoi pouvaient-ils bien servir ? Ils n'allaient pas remplacer mon sein. Je n'étais plus une femme. »

< Paroles d'une patiente... >

Gros, Dominique (2009).
Cancer du sein : Entre raison et sentiments.
Paris : Springer-Verlag, 20p.

REMERCIEMENTS

A la fin de ce travail de thèse, je souhaite exprimer toute ma gratitude aux personnes qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à son élaboration.

Je pense en premier lieu à **Madame Virginie PREVOST**, directrice de cette thèse. Je la remercie infiniment de son aide, sa disponibilité et sa rigueur intellectuelle. Je mesure la chance qu'elle ait accepté ce rôle de directrice de thèse, compte-tenu des nombreuses demandes dont elle fait l'objet !

Je pense ensuite à **Madame Elodie LENFANT**, codirectrice de ce travail de thèse, qui a accepté de participer à ce projet malgré ses nombreuses obligations professionnelles et familiales. Je la remercie de l'intérêt qu'elle a porté à ma thématique ainsi que de ses nombreux encouragements. Je la remercie également de m'avoir permis de faire mon stage de 6ème année au sein de son officine et de la confiance qu'elle m'a accordée durant celui-ci !

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à **Madame Claire PRUD'HOMME**, qui a accepté avec gentillesse de procéder à l'évaluation de mon travail doctoral. Je la remercie également de sa patience et de sa bienveillance à mon égard. Son savoir et les conseils qu'elle a sus me transmettre durant mes expériences professionnelles estivales, m'ont permis de progresser rapidement et m'ont donné des bases solides !

Je souhaite également remercier **Madame Marie-Laure JOANNON**, **Monsieur Jean-Pierre TOULLERON** et **Monsieur Arnaud CAILL** ainsi que les équipes de la **pharmacie JOANNON** et de la **pharmacie 2000**, grâce auxquels j'ai pu acquérir une expérience profitable et enrichissante !

Je tiens profondément à remercier **Sandra SCHMITT** et le **laboratoire ANITA**, d'avoir accepté de me fournir des documents d'une extrême importance pour la réalisation de cette thèse !

Je souhaite remercier tout particulièrement **mes parents** qui m'ont toujours guidée et soutenue. Je les remercie également de m'avoir donné l'opportunité de m'investir pleinement dans mes études !

Merci à **mes frères et sœurs** des moments de détente et de discussion, dans lesquels je puisais de l'énergie.

Je remercie **Anne-Charlotte** de ses encouragements, ses conseils et de notre motivation commune de chaque jour : le plaisir de contempler l'augmentation du nombre de pages de chacune de nos thèses !

Je remercie **Anne-Flore** grâce à qui j'ai pu « prendre de la graine » ! Merci pour les détentes entourées de **Farouk, Lady, Tom, Elliot, Jumper** et **Vagabon** !

Merci à **Colin** pour ses tournures de phrases et ses pizzas !

Je remercie **Jean-Charles** qui me prouve chaque jour son amour en me soutenant et en montrant sa patience depuis 6 ans. Merci d'avoir supporté mes humeurs pendant mes longues soirées de révision puis mes longues soirées de thèse !

Je souhaite remercier **Gabrielle** du réconfort apporté par le chocolat allemand qu'elle m'a si souvent offert et pour son intelligence et ses talents en langues étrangères !

Je souhaite remercier **Laurent** de son aide lors de notre installation qui m'a permis d'avoir plus de temps à consacrer à ma thèse !

Merci à **Janine** et **Philippe** pour leur gentillesse, leur aide et les bons plats cuisinés !

Merci aux membres de **ma famille** d'être qui vous êtes et de savoir être présents à mes côtés !

Merci à **mes amis**, des bons moments de rire et d'échange que je partage avec vous.

Je pense à **Amélie** qui m'accompagne depuis de nombreuses années, à la fac, à la pharmacie, au cheval et dans la vie de tous les jours !

Je remercie **Justine, Avran** et **Mathilde** pour leur amitié et les goûters musicaux !

Je remercie **Seb** et **Alexis** pour les soirées foot. Je remercie également Alexis pour son précieux encadrement pendant 2 de mes stages hospitaliers !

Merci à **Claire** et **Marie** pour les apéros caennais !

Je remercie **Agathe, Camille.R, Harmonie** et **Julia** pour les 6 années passées à la fac pendant lesquelles nous avons appris à nous connaître !

Je remercie **Camille.A** de m'avoir accompagnée durant 6 mois de stage et surtout de m'avoir rappelée trop régulièrement de poser ma date de thèse !

Merci à **Alizée** de m'avoir aidée et de rire avec moi depuis plus de 10ans !

Merci à **Juju** et **Lou** d'être mes amies depuis notre plus jeune âge !

Merci à **Ruby** (Petit Ruru) de m'avoir tenu compagnie à mon bureau pendant mes longues soirées de création puis de correction et qui me faisait rêvé d'être un chat !

Merci à **Chafouin** pour ses gros câlins et à **Josie** pour ses parties de folie avec la « baballe » !

Merci à **Violaine** de sa patience et de son aide à rendre cette thèse meilleure !



AVANT-PROPOS

L'analyse de la personne me fascine et m'intéresse. J'aime le relationnel et j'aime lorsque les gens semblent heureux.

Depuis toujours, je suis passionnée par tout ce qui touche à la féminité. J'étais donc certaine de faire mon travail de fin d'étude sur cette thématique.

Je souhaitais également que ce travail m'apporte une plus-value pour mon futur métier, l'exercice officinal.

Afin « d'apprendre » l'exercice officinal ainsi que le contact avec les patients, je travaille depuis ma 2^{ème} année, au sein d'une pharmacie d'officine à Granville, Pharmacie dans laquelle je me suis très bien intégrée et dans laquelle j'ai été formée.

Le choix de mon sujet de thèse m'est venu lors d'un remplacement de plusieurs semaines durant lequel une des assistantes s'est vue confrontée au désespoir d'une femme désemparée face à son corps mutilé. L'équipe officinale se sentit démunie face à cette femme. Personne n'avait les compétences nécessaires pour l'accompagner et l'aider dans le choix de sa prothèse.

La patiente est venue à plusieurs reprises durant plusieurs semaines, afin d'essayer différentes prothèses, essayage qu'elle souhaitait effectuer seule ! Ne souhaitant pas que nous la voyions dans cet « état ».

Animée par de nombreux questionnements, au sujet de cette pratique en officine dont j'étais « spectatrice », j'ai souhaité réaliser une étude exploratoire sur ce sujet. Que ressentent ces femmes opérées du sein ? Comment améliorer leur qualité de vie ? Comment les aider à se reconstruire après la mutilation d'une partie de leur corps ? Quelle est la place du pharmacien d'officine dans cette reconstruction ?

Tel a été mon premier questionnement...



TABLE DES MATIERES

I. LE CANCER DU SEIN	5
A. EPIDEMIOLOGIE	5
1. EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE	5
2. EPIDEMIOLOGIE ANALYTIQUE	5
B. ANATOMIE DU SEIN	7
1. LA GLANDE MAMMAIRE	7
2. LA VASCULARISATION	8
3. LE DRAINAGE LYMPHATIQUE	9
4. L'INNERVATION	11
C. DIAGNOSTIC ET ANNONCE DU CANCER DU SEIN	11
1. LE DIAGNOSTIC	11
2. L'ANNONCE	14
D. LES DIFFERENTS TYPES DE CANCER ET LEURS TRAITEMENTS	15
1. LES DIFFERENTS TYPES DE CANCER DU SEIN	15
a) Les adénocarcinomes <i>in situ</i>	16
b) L'adénocarcinome infiltrant	17
c) Autres formes rares de carcinomes malins	18
2. LES DIFFERENTS TRAITEMENTS DU CANCER DU SEIN	18
a) La chirurgie	19
b) La radiothérapie	19
c) La chimiothérapie	21
d) L'hormonothérapie et la thérapie ciblée	25
E. LA MASTECTOMIE	28
1. INDICATIONS	29
2. COMMENT ?	30
a) La mastectomie totale	30
b) La mastectomie radicale modifiée	30
c) La chirurgie ganglionnaire axillaire	31
3. QUELLE CHIRURGIE POUR QUEL TYPE DE CANCER ?	32
4. LES SEQUELLES...	33
a) ... Physiques	33
b) ... Psychologiques	35
5. LES LYMPHŒDEMES	35
a) Définition	35
b) Recommandations	36
c) Les prises en charge	37
d) Les séances de kinésithérapie	37
e) Le manchon compressif	38
6. LA CICATRISATION	38
F. CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	40

II. LES PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PATIENTE A L'OFFICINE ----- 42

A. POURQUOI UTILISER UNE PROTHESE MAMMAIRE EXTERNE ? -----	42
1. LES DIFFERENTS IMPACTS DE LA PROTHESE MAMMAIRE EXTERNE -----	43
a) Impact postural -----	43
b) Impact esthétique -----	43
c) Impact psychologique -----	43
B. LES DIFFERENTES PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES -----	44
1. JUSTE APRES L'INTERVENTION... -----	45
2. ... ET ENSUITE-----	47
a) Prothèses standards -----	47
b) Prothèses techniques non adhésives-----	48
c) Prothèses techniques adhésives-----	49
d) Les points communs de chaque prothèse -----	53
C. BIEN ACCUEILLIR UNE PATIENTE A L'OFFICINE POUR LE CHOIX DE SA PROTHESE MAMMAIRE -----	54
1. COMMENT ACCUEILLIR LA PATIENTE ? -----	54
2. UN ESPACE DEDIE, SPECIALISE ET CONFIDENTIEL-----	55
3. UN PERSONNEL FORME : NOTION DE CONNAISSANCES ET DE COMPETENCES-----	55
D. LA PRISE DE MESURE ET LES ESSAYAGES -----	56
1. AVANT L'ESSAYAGE – DISCUTER ET POSER LES BONNES QUESTIONS -----	56
a) Pour une femme nouvellement opérée -----	56
b) Pour un renouvellement de prothèse -----	57
2. LA PRISE DE MESURE -----	57
a) Trouver la taille du soutien-gorge -----	57
b) Déterminer la taille de la prothèse -----	58
c) Choisir la prothèse appropriée à la forme et le galbe du sein -----	58
3. ESSAYAGE DE LA PROTHESE CHOISIE -----	59
a) Faire essayer la prothèse choisie-----	59
b) Les caractéristiques d'un soutien-gorge adapté aux prothèses mammaires-----	61
4. LES PLUS... -----	61
a) Conseils à la délivrance d'une prothèse mammaire externe -----	61
b) Entretenir sa prothèse -----	62
E. REGLEMENTATION – SELON LA HAUTE AUTORITE DE SANTE^{57,58} -----	62
1. LES CONDITIONS DE PRESCRIPTION D'UNE PROTHESE MAMMAIRE EXTERNE-----	62
a) La qualité du prescripteur -----	62
b) Modalité de prescription -----	62
2. LA PRISE EN CHARGE DES PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES -----	64
3. LES CONDITIONS DE DELIVRANCE D'UNE PROTHESE MAMMAIRE EXTERNE-----	65
F. CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE -----	67

III.L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE DU CANCER ----- 70

A. « L'IMAGE DU CORPS » DE LA FEMME -----	70
1. DEFINITION -----	70
2. L'IMAGE DU CORPS APRES UN ACTE CHIRURGICAL MUTILATOIRE -----	70
B. L'IMPACT DU CANCER SUR LE PSYCHISME -----	71
1. LA PSYCHOLOGIE DU PATIENT-----	71

2.	LES CINQ ETAPES IMPORTANTES DU PROCESSUS DE DEUIL -----	72
a)	Le refus -----	72
b)	La colère-----	73
c)	La négociation-----	73
d)	La dépression -----	73
e)	L'acceptation -----	74
C.	LES DIFFERENTES ETAPES LORS D'UNE MALADIE -----	74
1.	LE TEMPS DE L'ANNONCE -----	74
2.	LE TEMPS DES TRAITEMENTS -----	77
3.	LE TEMPS DE L'APRES-MALADIE -----	79
D.	LES SOINS DE SUPPORT -----	80
1.	LA PSYCHO-ONCOLOGIE -----	81
2.	LA SOCIO-ESTHETIQUE -----	82
E.	L'IMPACT PARTICULIER DU CANCER DU SEIN SUR LE PSYCHISME -----	84
1.	LE SEIN ET SA REPRESENTATION-----	84
2.	UNE FEMINITE TOUCHEE ET MODIFIEE -----	85
3.	UN NOUVEAU CORPS A APPRIVOISER-----	86
F.	CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE-----	86

IV.ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DES PATIENTES A L'OFFICINE ----- 89

A.	LA RELATION « SOIGNANT-SOIGNE » -----	89
B.	LE PRENDRE SOIN -----	89
C.	COMMENT LE PHARMACIEN PEUT-IL APPORTER SON AIDE ?-----	90
D.	QUELLES SONT LES ATTITUDES A AVOIR AU COMPTOIR ?-----	91
E.	LES CONSEILS DU PHARMACIEN POUR MIEUX VIVRE AVEC SON CANCER^{87,88} -----	92
1.	LES CONSEQUENCES DE LA RADIOTHERAPIE -----	92
2.	PRENDRE SOIN DE SA PEAU-----	93
a)	L'hygiène du corps -----	93
b)	L'hygiène du visage -----	94
3.	LA PHOTOSENSIBILITE-----	95
4.	ATTEINTES DES EXTREMITES -----	95
a)	Les mains et les pieds-----	95
b)	Les ongles-----	96
5.	ATTEINTE DE LA BOUCHE -----	97
a)	Une hygiène irréprochable -----	97
b)	L'alimentation-----	98
c)	La sécheresse buccale -----	98
d)	L'halitose-----	98
e)	Quoi faire en cas de lésions ?-----	98
6.	L'ALOPECIE – PERRUQUES, FOULARDS ET TURBANS -----	100
7.	LES PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES -----	101
8.	ACTIVITE PHYSIQUE ET CANCER DU SEIN -----	101
a)	L'activité physique -----	101
b)	Les bénéfices -----	102
c)	Quel sport choisir ?-----	103

F. LES CONSEILS DU PHARMACIEN POUR VIVRE L'APRES-CANCER	103
1. LA VIE QUOTIDIENNE	103
2. DES CONTROLES REGULIERS	104
G. CONCLUSION DE LA QUATRIEME PARTIE	105
V. CONCLUSION GENERALE	107
VI. BIBLIOGRAPHIE	110
VII. ANNEXES	120

LISTE DES ABREVIATIONS

ACR	American College of Radiology
AFSOS	Association Francophone des Soins Oncologiques de Support
CCIS	AdénoCarcinome Canalaire <i>In Situ</i>
CDK	Kinase Dépendante des Cyclines
CLIS	AdénoCarcinome Lobulaire <i>In Situ</i>
FEC	5-Fluorouracile Epirubicine et Cyclophosphamide
HAS	Haute Autorité de Santé
HER2	Human Epidermal growth factor Receptor 2
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
LH	Hormone Lutéinisante
mTor	mechanistic Target of rapamycin
RH	Récepteur Hormonaux
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SPF	Sunburn Protection Factor = Facteur de protection solaire
TNM	Tumeur – Node – Métastase

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe sagittale de la paroi thoracique et de la glande mammaire - <i>Chirurgie du cancer du sein 2-9p</i>	p.7
Figure 2 : Vascularisation de la glande mammaire - <i>Chirurgie du cancer du sein 2-9p</i>	p.8
Figure 3 : Le système lymphatique - <i>www.e-cancer.fr</i>	p.9
Figure 4 : Les trois niveaux de curage mammaires - <i>Chirurgie du cancer du sein 2-9p</i>	p.10
Figure 5 : Innervation de la glande mammaire - <i>Chirurgie du cancer du sein 2-9p</i>	p.11
Figure 6 : Mammographie.....	p.12
Figure 7 : Cancer canalaire - <i>Chirurgie du cancer du sein 2-9p</i>	p.16
Figure 8 : Zonectomie - <i>Institut du sein de l'Estuaire</i>	p.29
Figure 9 : Mastectomie totale - <i>Institut du sein de l'Estuaire</i>	p.30
Figure 10 : Les ganglions axillaires - <i>SOS Cancer du Sein</i>	p.31
Figure 11 : Ganglion sentinelle - <i>Institut du sein de l'Estuaire</i>	p.31
Figure 12 : Lymphoedème du membre supérieur gauche - <i>www.lymphotoedeme-ra.fr</i>	p.35
Figure 13 : Cicatrice de mastectomie - <i>Chirurgie Esthétique & Médecine Esthétique Paris</i>	p.39
Figure 14 : Equilibre statique – <i>AMOENA</i>	p.43
Figure 15 : Déséquilibre de la colonne – <i>AMOENA</i>	p.43
Figure 16 : AMOENA : Priform Premium 216	p.46
Figure 17 : AMOENA : Priform standard 214	p.46
Figure 18 : ANITA : TriFirst 1019X	p.46
Figure 19 : ANITA : TriWing 1053X	p.47
Figure 20 : ANITA : Valance 1052X	p.47
Figure 21 : ANITA : SoftBack 1050X	p.48
Figure 22 : ANITA : Authentic 1020X	p.48
Figure 23 : AMOENA : ENERGY	p.49
Figure 24 : AMOENA : CONTACT COMFORT+	p.50
Figure 25 : Appliquer la prothèse – <i>AMOENA</i>	p.51
Figure 26 : Appliquer la prothèse – <i>AMOENA</i>	p.52
Figure 27 : Appliquer la prothèse – <i>AMOENA</i>	p.52
Figure 28 : Retirer la prothèse – <i>AMOENA</i>	p.52

Figure 29 : Nettoyage de la prothèse de contact – <i>AMOENA</i>	p.53
Figure 30 : Différents galbes – <i>AMOENA</i>	p.53
Figure 31 : La prise de mesure – <i>AMOENA</i>	p.58
Figure 32 : Tableau de correspondance des tailles – <i>AMOENA</i>	p.58
Figure 33 : Installation de la prothèse dans le soutien-gorge – <i>AMOENA</i>	p.59
Figure 34 : Position de la prothèse - <i>AMOENA</i>	p.59
Figure 35 : Forme générale de la prothèse - <i>AMOENA</i>	p.59
Figure 36 : Symétrie de l'application de prothèse – <i>AMOENA</i>	p.60
Figure 37 : Reflet dans le miroir – <i>AMOENA</i>	p.60

INTRODUCTION

Au long de ce travail, nous tenterons de mettre en avant le ressenti d'une femme mastectomisée afin de l'accompagner au mieux dans sa reconstruction, autant physique que psychologique.

Dans un premier temps, revenons sur les définitions des termes du sujet.

De façon générale, l'accompagnement est une « action, le fait d'aller quelque part avec quelqu'un ; c'est à dire le conduire, l'escorter. »

De façon plus centrée sur le sujet, c'est un « ensemble d'actions et d'attitudes médicales et paramédicales, visant à guérir ou soulager une personne atteinte d'une maladie grave de longue durée ». Ces deux définitions montrent qu'accompagner une personne est un ensemble d'activités et de missions à accomplir avec le patient, pour le seconder et l'épauler dans l'épreuve qu'il doit traverser.

La mastectomie ou « ablation chirurgicale du sein » peut être partielle ou totale. C'est une chirurgie mutilante qui correspond à la perte d'un sein ou à la déformation de celui-ci. Bien souvent, la mastectomie altère l'image du corps et la perception que l'on a de soi. C'est un problème non négligeable en oncologie, puisque chez la femme, le sein est le signe de la féminité, la représentation même de celle-ci.

Le mot femme, qui vient du latin *femina*, signifie « adulte du sexe féminin considéré par rapport à ses qualités, ses défauts, ses activités, ses origines, etc. ». Les seins sont une qualité et une caractéristique particulières à la femme, d'où l'importance donnée par celle-ci à cette partie du corps. La mastectomie sera une épreuve pour la femme tant la vision qu'elle a de son corps est modifiée. Il est nécessaire que celle-ci apprenne à se redécouvrir, se reconstruire avec un corps différent et « hors norme » à ce qu'impose la société contemporaine. Pour arriver à se soigner totalement, il faudra que la femme se reconstruise, c'est-à-dire qu'elle apprenne à « imaginer quelque chose autrement ».

Or, imaginer quelque chose qui sort de l'habitude n'est pas chose facile. Aujourd'hui, notre société, bien plus basée sur le paraître que sur l'être, impose que l'image du corps et l'estime de soi jouent un rôle crucial dans le bien-être humain. La mutilation du corps

est, certes, une blessure physique mais elle impacte aussi considérablement le psychique.

La femme face à un cancer du sein craint la perte de son sein, de sa féminité et de son intégrité corporelle. Elle vivra la mastectomie comme une mutilation de son corps.

Le pharmacien d'officine, professionnel médical facile d'accès, pourra pour cela essayer de l'accompagner au mieux en lui proposant des prothèses mammaires externes. La prothèse mammaire externe est un appareil prothétique pour suppléer à l'ablation de la partie du corps atteinte par le cancer : le sein.

La prise en charge des aspects physiologiques et psychologiques reste donc une priorité pour le pharmacien d'officine, puisque la patiente recherche une satisfaction en termes de qualité de vie et de bien-être.

Nous verrons au cours de cette thèse, le rôle important du pharmacien d'officine auprès des femmes ayant subi une mastectomie, afin de les soulager, les emmener si possible vers la guérison et les aider à retrouver leur place de femme dans la société.

La prothèse mammaire externe, qui était autrefois une poche de tissu remplie de riz, a beaucoup évolué pour se rapprocher au maximum du poids, de la forme et des mouvements de la poitrine naturelle d'une femme, pour qu'à l'avenir cette prothèse puisse faire corps avec le corps et l'esprit de toute femme opérée.

Il existe trois laboratoires de prothèses mammaires en France. AMOENA, ANITA, et THUASNE. Au cours de cette thèse nous prendrons les exemples des laboratoires AMOENA et ANITA qui ont gentiment accepté de m'aider pour l'élaboration de ce travail de thèse.

Le laboratoire ANITA, particulièrement impliqué dans la fabrication de prothèses, nous raconte l'histoire de son évolution.

« Christine Weber-Unger, la mère de l'actuel propriétaire, est le personnage central à l'origine des produits de lingerie et des maillots de bain pour les femmes ayant subi une opération mammaire. Elle s'est consacrée avec passion aux changements physiques chez les femmes concernées et a développé, avec un grand esprit pratique, des articles spécifiques adaptés à leur situation.

Le domaine des soutiens-gorge pour prothèses a été créé dans les années 1960 à la suite d'un cas de maladie dans l'entreprise : une collaboratrice a dû subir une mastectomie. Avec les moyens du bord, Mme Weber-Unger a commencé à créer des prothèses en tissu remplies de riz. Parallèlement sont apparus les premiers soutiens-gorge avec poches dans lesquels ces prothèses pouvaient être intégrées. Les premières prothèses mammaires remplies de liquide ont été développées et commercialisées dès la fin des années 1960.

L'idée de garnir de silicone une enveloppe faite d'une matière ressemblant à la peau et d'offrir ainsi une prothèse mammaire nettement plus naturelle est apparue dès le début des années 1970 aux États-Unis. Mme Weber-Unger l'a reprise et ANITA l'a perfectionnée jusqu'à pouvoir la produire en série.

Aujourd'hui encore, les prothèses mammaires externes en silicone ainsi que la lingerie et les maillots de bain adaptés bénéficient toujours du même intérêt, dans la droite lignée du travail de Mme Weber-Unger, et font l'objet d'un développement continu. »

PARTIE I

LE CANCER DU SEIN

I. Le cancer du sein

« Le cancer, c'est un *alien* : une chose vivante, dans une autre chose vivante. Il naît, se multiplie. Il peut mourir sous l'effet du bistouri, des rayons ou de la chimiothérapie : c'est la guérison. Quoique coupé, brûlé ou empoisonné, il peut renaître : c'est la récurrence. », nous dit D.GROS.¹

A. Epidémiologie

1. Epidémiologie descriptive

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent, en France, chez la femme. Il y a environ 54 000 nouveaux cas par an et 12 000 décès.² Ces chiffres placent le cancer du sein au deuxième rang des cancers et au troisième rang de la mortalité tous sexes confondus.

Depuis 2005 on observe un changement de tendance puisque l'incidence voit sa courbe se stabiliser.² Le taux de mortalité et de survie s'améliore avec le temps. Cette amélioration est influencée par l'évolution des pratiques de dépistage, plus précoces et plus fines, ainsi que par le progrès des traitements proposés. En effet, il existe en France, depuis 2004, un programme de dépistage proposé à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. Ce programme est réalisé pour assurer l'égalité d'accès au dépistage et l'égalité de la qualité et de l'accès aux soins.

L'importance portée aux actions de prévention, de dépistage et de recherche thérapeutique, montre que le cancer du sein constitue un problème majeur de santé publique.

2. Epidémiologie analytique

Les causes réelles du cancer du sein ne sont pas connues. Cependant, il existe des caractères communs entre les femmes atteintes de ce cancer qui permet d'identifier des facteurs de risque de la maladie. Bien souvent, le cancer du sein est un cancer multifactoriel. Toutefois, il ne faut pas s'arrêter sur le cas des femmes qui possèdent des

facteurs de risque puisqu'il s'est avéré que 70% des femmes atteintes par le cancer du sein ne possédaient aucun de ces facteurs.³

Les facteurs de risque avérés sont^{4 et 5} :

- le **sexe** - il y a 1 cancer du sein chez l'homme pour 100 chez la femme.
- l'**âge** - le nombre de cancers du sein augmente avec l'âge de la femme. Entre 30 et 35 ans, environ 10% des cancers se développent. Après 50 ans, ce sont 78% des cancers qui sont diagnostiqués.
- la **prédisposition génétique** - c'est à dire une mutation du gène BRCA1 et BRAC2. Cette altération génétique représente entre 5 et 10% des cancers du sein. Elle apparaît dans certaines familles et est héréditaire. Les cancers de ce type apparaissent le plus souvent avant 40 ans et atteignent les deux seins.
- les **antécédents personnels** ou **familiaux** de **pathologie mammaire** – s'il existe déjà un cancer du sein pour un membre de la famille, que cela soit : soi-même, mère, sœur, ou fille, la patiente a plus de risque de développer un cancer du sein.
- Les facteurs **hormonaux** et **reproductifs** – il existe les facteurs endogènes comme une puberté précoce (avant 12 ans), une ménopause tardive (après 50 ans), la nulliparité, une grossesse tardive (après 35 ans). Il y a également des facteurs exogènes comme la prise de traitements hormonaux substitutifs de la ménopause qui entraînent une augmentation du risque. Cette augmentation du risque de développer un cancer du sein avec ces traitements est prouvée mais reste assez faible contrairement à la prise d'une contraception orale qui a été mise en cause dans cette augmentation sans toutefois qu'aucune étude ne l'ait démontré.
- L'**alcool** et/ou le **tabac** – d'après une étude⁶, les résultats sont en faveur d'une augmentation du risque de cancer du sein associée à la consommation de boissons alcoolisées.
- Le **surpoids, l'obésité**⁶ - Avant la ménopause, l'IMC n'est pas associé au risque de cancer du sein. Après la ménopause, il est retrouvé une association significative entre l'IMC et le risque de cancer du sein.

Il existe d'autres facteurs de risque dont la participation dans le développement du cancer du sein, reste à prouver. Ils sont liés au mode de vie et à l'environnement :

- La sédentarité⁶
- Le travail de nuit
- Un environnement socioéconomique favorisé.⁷

Le cancer du sein peut être découvert à un stade précoce grâce à un dépistage par mammographie.

B. Anatomie du sein

L'anatomie du sein, ou glande mammaire, est importante à connaître pour comprendre le cancer du sein. Connaître ses particularités permet également de comprendre certaines conséquences et réactions devant l'ablation totale ou partielle de celui-ci.

1. La glande mammaire

Le sein renvoie à la « féminité », c'est un marqueur de l'identité sexuée. Le sein renvoie à la « mère », il sert à nourrir un nouveau-né. Effectivement, la fonction biologique de celui-ci est de produire du lait.

Les seins se développent lors de la puberté sous l'influence de deux hormones, les œstrogènes et la progestérone.

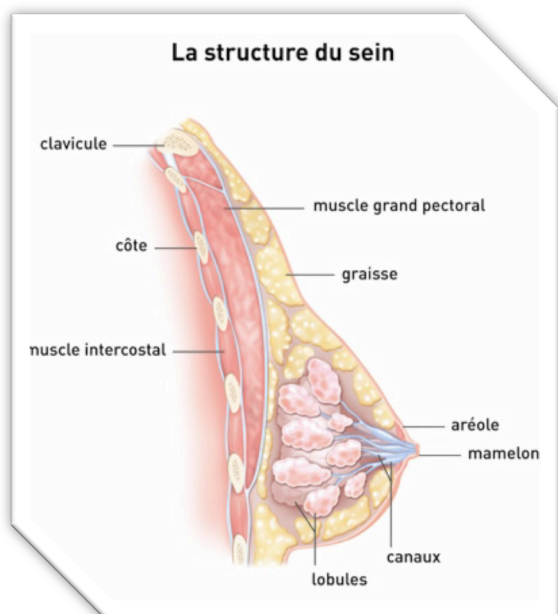


Figure 1: Coupe sagittale de la paroi thoracique et de la glande mammaire
Chirurgie du cancer du sein 2-9p.

Les œstrogènes permettent le développement des seins et la répartition des graisses sous-cutanées, dites féminines, au niveau des hanches et des seins.

La progestérone, elle, joue un rôle dans la différenciation des cellules du sein et sur le cycle menstruel.

Les seins sont recouverts par une peau fine avec une zone centrale pigmentée, l'aréole, qui est centrée par le mamelon. Ils sont situés sur la paroi antérieure du thorax, devant le muscle grand pectoral. Plus en profondeur et sur la partie inférieure du sein, celui-ci est en rapport avec les côtes et les muscles intercostaux (*Figure 1*).

Chaque sein contient une glande mammaire qui elle, est composée de 15 à 20 compartiments - lobes - séparés par du tissu de soutien, fait de tissus graisseux, de fibres et de vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Chaque lobe est constitué de lobules et de canaux galactophores. Les lobules servent à produire le lait au moment de l'allaitement et les canaux conduiront le lait produit, en direction du mamelon. Avant la sortie, chaque canal présente une zone dilatée qui s'appelle le sinus lactifère dans lequel le lait peut s'accumuler entre les différentes tétés.

Le sein est parcouru par de nombreux vaisseaux sanguins, lymphatiques et nerveux.

2. La vascularisation

La vascularisation de la glande mammaire (*Figure 2*) est constituée d'un réseau qui se situe derrière la glande - soit rétroglandulaire - et d'un réseau antérieur. Le réseau antérieur est composé d'un réseau sous-dermique, beaucoup plus dense au niveau de l'aréole et d'un réseau pré-glandulaire situé à la surface de la glande. Deux pédoncules principaux et trois pédoncules accessoires serviront à alimenter le sein :

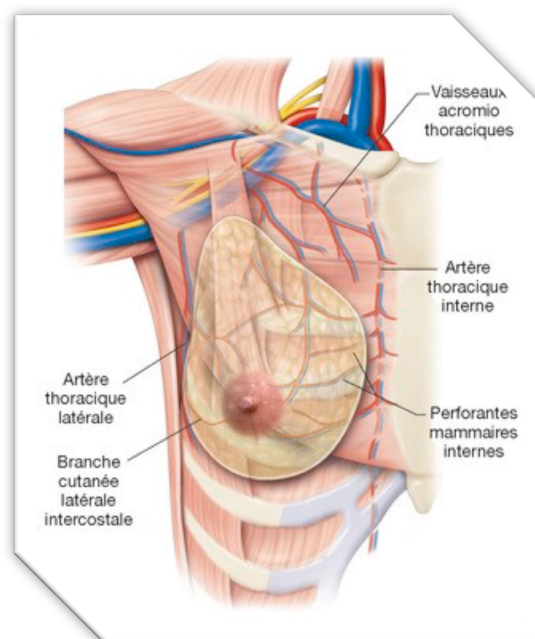


Figure 2 : Vascularisation de la glande mammaire
Chirurgie du cancer du sein 2-9p.

Les pédoncules principaux sont :

- Les branches de l'artère thoracique latérale qui irriguent le quadrant supéro-externe du sein
- Les branches perforantes issues de l'artère thoracique interne qui irriguent le quadrant supéro-interne.

Les pédoncules accessoires sont :

- Les branches de l'artère acromiothoracique qui irriguent au niveau supérieur

- Les branches cutanées latérales des artères intercostales postérieures qui irriguent le quadrant inféro-externe
- Les branches perforantes inférieures de l'artère thoracique interne. Celles-ci sont de faible calibre et irriguent le quadrant inféro-interne.

Chaque pédicule peut, à lui seul, assurer la vascularisation de la glande mammaire.

Des variations anatomiques existent pour la vascularisation du sein, elles sont nombreuses et fréquentes.

3. Le drainage lymphatique

« L'homme est essentiellement un paquet de ganglions. »

Ramon Cender-Garcès, *La sphère*

Le système lymphatique est composé de tissu lymphoïde ainsi que de vaisseaux lymphatiques qui véhiculent la lymphe pour se retrouver dans les ganglions (Figure 3). Ce système possède deux fonctions principales : gérer le liquide interstitiel, et assurer la protection du corps contre les agressions infectieuses.

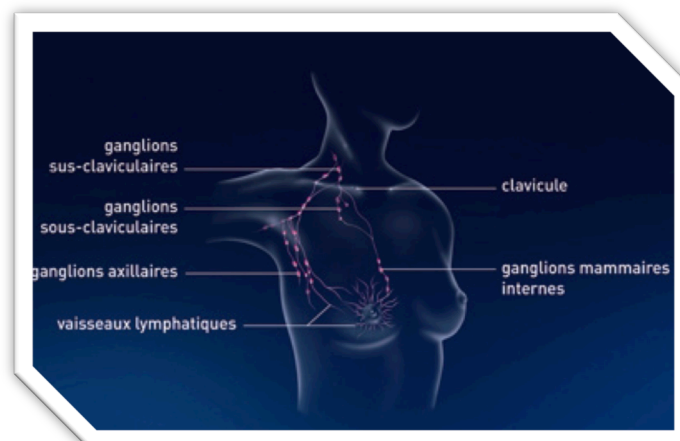


Figure 3 : Le système lymphatique
www.e-cancer.fr

Le drainage mammaire est constitué :

- d'un réseau cutané dans la couche profonde du derme
- d'un réseau glandulaire profond associé aux lobes

- d'un réseau péri-aréolaire, aussi appelé cercle de Sappey, qui possède des tubules de plus gros calibre.

Les ganglions mammaires internes sont situés au niveau des trois premiers espaces intercostaux.

Les ganglions du sein convergent vers deux endroits :

- Au niveau des aisselles - les ganglions axillaires
- A l'intérieur du thorax, autour du sternum - les ganglions parasternaux ou ganglions mammaires internes.

Les ganglions axillaires et parasternaux se jettent, ensuite, dans des ganglions de second niveau.

Les ganglions axillaires sont répartis en cinq groupes :

- Axillaires pectoraux
- Axillaires postérieurs
- Axillaires latéraux
- Axillaires centraux
- Axillaires apicaux.

Cliniquement, ces cinq groupes ne sont pas individualisables, on utilise alors la classification en trois étages ganglionnaires de Berg (*Figure 4*) :

- Niveau I = en dessous du muscle petit pectoral
- Niveau II = en arrière du muscle petit pectoral
- Niveau III = en dessous du tendon du petit pectoral.

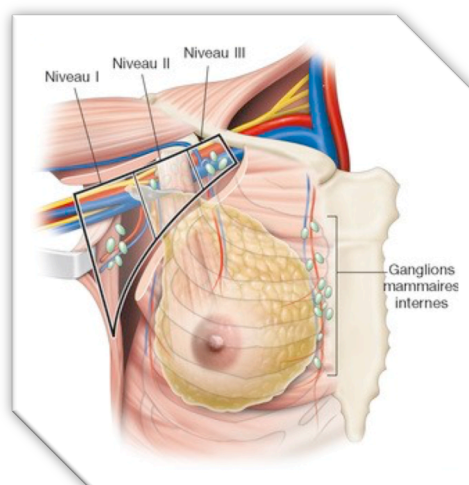


Figure 4 : Les trois niveaux de curage mammaire
Chirurgie du cancer du sein 2-9p.

4. L'innervation

L'innervation du sein agit sur deux systèmes : somatique et autonome. (Figure 5)

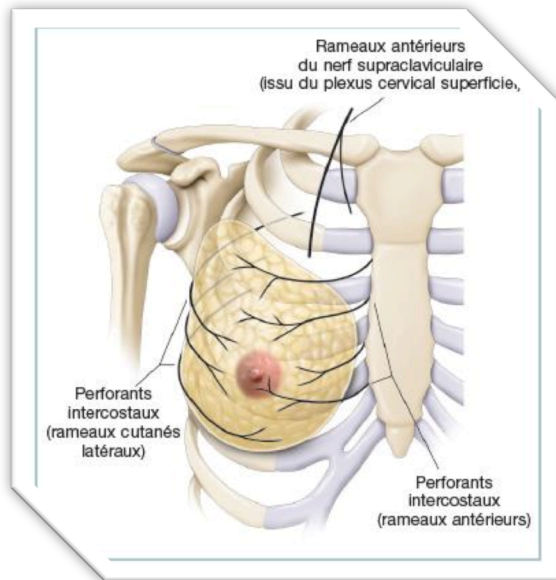


Figure 5 : Innervation de la glande mammaire
Chirurgie du cancer du sein 2-9p.

Dans le système somatique, les terminaisons nerveuses sensibles sont nombreuses au niveau de l'aréole et du mamelon. L'innervation provient de deux réseaux principaux qui sont les rameaux perforants cutanés latéraux et antérieurs des 2^{ème} au 7^{ème} nerfs intercostaux. La glande mammaire, est quant à elle, beaucoup moins innervée.

Dans le système autonome, ce sont les neurofibres motrices sympathiques qui sont responsables de la contraction de

fibres musculaires lisses locales. Les contractions de ces fibres sont liées à la stimulation sensitive et environnementale, comme le froid, sur l'aréole et le mamelon.

C. Diagnostic et annonce du cancer du sein

1. Le diagnostic

Plus le diagnostic du cancer du sein est fait précocement, plus le risque de mortalité diminue. Un diagnostic précoce est donc important et préférable.

Une anomalie peut être découverte, par la patiente elle-même lors d'une autopalpation, lors de la palpation au cours d'une consultation chez son médecin généraliste, gynécologue, médecin du travail... au cours d'un examen de dépistage, ou encore, devant tout symptôme présent chez la patiente.

A la suite de la découverte de cette anomalie, différents examens doivent être réalisés pour confirmer ou infirmer le diagnostic du cancer du sein.

Un bilan initial est alors réalisé. Si le diagnostic du cancer du sein est avéré, ce bilan permettra de préciser, le type de cancer, son étendue et l'agressivité de celui-ci.

Le premier examen réalisé sera la palpation du sein par un médecin spécialisé. Grâce à cette dernière, le médecin aura une idée de la taille, de la consistance et de la localisation de la lésion.

Ensuite, une mammographie des deux seins sera effectuée (*Figure 6*). Cet examen dure entre 5 et 10 minutes. C'est une radiographie à rayons X. La patiente est installée torse nu, debout dans une cabine. Chaque sein est l'un après l'autre compressé entre deux plaques pour obtenir, pour chacun d'entre eux, deux clichés : un de profil et l'autre de face. Ces clichés permettent de visualiser la présence de tumeur.

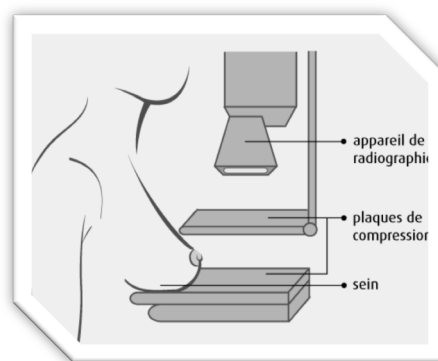


Figure 6 : Mammographie

Si une anomalie est repérée, d'autres examens complémentaires seront prescrits.

L'échographie, est une technique d'imagerie qui utilise les ultrasons - ondes sonores de haute fréquence - pour réaliser des images précises. Elle permettra de compléter les clichés de la mammographie, en précisant la nature des lésions.

A la suite de ces examens radiologiques, les clichés obtenus sont classés selon la classification de *l'American College of Radiology (ACR)*. Cette classification va permettre de répartir les conclusions selon cinq types.

- ACR 1 et 2 : Les images montrent la présence de tumeurs bénignes
- ACR 3 : Les images sont suspectes. Le résultat est à confirmer par un prélèvement anatomopathologique
- ACR 4 et 5 : Les images montrent un cancer malin, très probablement.

A la suite de ces techniques d'imagerie, la confirmation du diagnostic se fait grâce à l'examen anatomo-pathologique d'un fragment du tissu mammaire, situé au niveau de l'anomalie. Il existe :

- La **cytoponction** - ce prélèvement sera réalisé pour des lésions palpables. L'aspiration du liquide et des cellules potentiellement cancéreuses se fera par le biais d'une toute petite aiguille.
- La **biopsie** - examen réalisé sous anesthésie locale. A l'aide d'une aiguille, du tissu suspect sera prélevé. Le médecin se guidera avec l'aide d'une sonde d'échographie ou un scanner.
- La **macrobiopsie** - technique qui suit les mêmes principes que la biopsie classique. Toutefois, l'aiguille est plus large et reste en place plus longtemps. Cette technique va permettre de réaliser plusieurs prélèvements, entre 6 et 12. Le médecin réalise ici, la biopsie stéréotaxie, c'est-à-dire sous mammographie.
- La **chirurgie** - technique faite lorsque la localisation n'est pas bien connue ou que le sein est de faible épaisseur une fois comprimé. Il est alors nécessaire d'enlever une partie ou la totalité de l'anomalie.

Les prélèvements sont ensuite étudiés au microscope, ce qui permettra de définir avec certitude, si la lésion est bénigne ou maligne. Le diagnostic de cancer sera établi de façon définitive. Si les lésions sont cancéreuses, il faudra alors caractériser le cancer : le type, le stade, la catégorie, l'agressivité... Ceci se nomme l'examen anatomopathologique.

Des examens biologiques seront ici réalisés sur les différentes biopsies, afin de doser les récepteurs présents.

Si l'existence de récepteurs hormonaux, aux œstrogènes ou à la progestérone est retrouvée, cela prouvera que le cancer est hormonodépendant, celui-ci sera alors noté RH+. La croissance des tumeurs sera alors favorisée par la présence de ces hormones. Les tumeurs hormonodépendantes sont plus fréquentes chez les femmes ménopausées. *A contrario*, il est possible de mettre en évidence le gène HER2. Ce gène régit la protéine appelée HER2, « Human Epidermal growth factor Receptor 2 ». Cette protéine se trouve à la surface des cellules mammaires et stimule leur croissance. Sur certaines des cellules mammaires, la protéine HER2 est surexprimée. Les cellules se développent alors plus rapidement qu'à l'ordinaire. Le cancer est dit : HER2+. Les cancers du sein HER2+ n'évoluent pas comme les autres cancers du sein et nécessitent un traitement particulier, ciblant spécifiquement cette protéine.

Lorsqu'à l'issue de ces examens anatomopathologiques, les résultats laissent imaginer que les cellules cancéreuses ont pu migrer et peuvent se retrouver ailleurs que dans le

sein (ganglions lymphatiques, poumon, foie, os...), des examens complémentaires seront prescrits, tels une radiographie du thorax, un scanner, une IRM ou encore une scintigraphie osseuse. Ces examens complémentaires composent, le bilan d'extension. Grâce aux résultats des examens réalisés au cours du bilan d'extension, il est possible d'évaluer le stade du cancer selon la classification « T.N.M ». (Cf. Annexe n°1)

- **T = Taille de la tumeur**

Elle est classée de T0, tumeur non palpable, à T4, tumeur en extension à la paroi thoracique et/ou à la peau.

- **N = Node = Atteinte ganglionnaire**

N0, lorsque le cancer n'a pas d'extension aux ganglions axillaires, jusqu'à N2-3 lorsque la tumeur a atteint ces derniers et/ou, ceux présents dans la cage thoracique.

- **M = Métastase**

M1 présence de métastases, M0 pas de métastases.

Ce bilan permet d'établir un classement des cancers. Le stade I correspond au stade le plus précoce. Le stade IV, le plus avancé. Chaque stade nécessite la mise en place d'un protocole de traitement spécifique. (Cf. Annexe n°2)

Tous les examens réalisés au cours de ces bilans, permettront de définir au mieux le cancer et guideront la proposition de traitement la mieux adaptée.

Le cancer diagnostiqué laisse place alors à l'annonce de la maladie, à la patiente ; « Silencieuse, calme et confiante, Anne m'attend. Elle ne sait rien encore, ne se doute de rien. Moi, je sais déjà. Je n'ai pas très envie de lui parler, pourtant il me faudra bien lui dire. Certes, je n'y suis pour rien, n'empêche que c'est moi qui l'ai découvert. Maintenant, c'est ma bouche qui va parler. Malgré moi, je vais de venir son bourreau. J'aimerais ne pas la faire pleurer, j'aimerais qu'elle ne souffre pas de ce que je vais lui dire... Je voudrais ne pas être celui qui lui a trouvé son cancer du sein. » relate D.GROS.²⁰

2. L'annonce

L'annonce concerne deux personnes. Deux personnes reliées par une relation de confiance : le médecin et la patiente. Le médecin a l'obligation d'annoncer et la patiente a le droit de se faire annoncer le diagnostic. Les conditions d'annonce d'un cancer en

France sont encadrées par une loi relative aux droits des malades qui date du 4 mars 2002. Cette loi est dictée par un triple faisceau, législatif, déontologique et humain. Le médecin doit annoncer le diagnostic et expliquer clairement le programme personnalisé de soin à la patiente. Cette dernière peut demander à être seule, informée, sur son état de santé.

Le cancer fait peur car il renvoie à « une maladie d'autant plus dangereuse qu'elle progresse sans symptômes apparents et qu'elle peut frapper à tout moment, n'importe qui ». ²³

Le cancer fait brutalement irruption dans la vie des personnes comme nous le raconte Marguerite, 22 ans ; « Et lorsque le mot cancer est prononcé, c'est la sidération (...) la consultation d'annonce comme on dit ! C'est la douche froide ». ²⁴

Il y a un choc tant physique que psychologique. C'est le choc de l'annonce, l'incompréhension, le refus.

A l'annonce de la maladie, la patiente passe de la personne « bien portante à celle du malade en sursis ». Elle est dans l'incertitude de son destin, elle prend conscience de sa vulnérabilité, du risque de la mort. Elle vient d'apprendre qu'elle est atteinte d'une maladie potentiellement mortelle, et redoute que la vie ne s'arrête.

Pour le cancer du sein, c'est le symbole de la féminité, le sein, qui est touché. A l'annonce de la maladie, c'est la féminité et la maternité qui sont amputées.

Lors de l'annonce du cancer, il faut tenir compte de la personne dans son intégralité. Chaque annonce est subjective. En effet, l'attente du diagnostic, la crainte de recevoir une mauvaise nouvelle, la détresse et l'âge sont propres à chaque patiente.

D. Les différents types de cancer et leurs traitements

1. Les différents types de cancer du sein

Le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du tissu mammaire. Selon l'endroit où se développe la tumeur, le cancer ne sera pas le même. Dans 95% des cas, ce sont des adénocarcinomes. « Carcinome » désigne un cancer qui s'est développé dans les cellules épithéliales, et « adéno- » ramène à la structure glandulaire. Ce sont donc des cancers du sein qui touchent les cellules épithéliales de la glande mammaire.

Les adénocarcinomes se développent le plus souvent à partir des cellules des canaux - les carcinomes canauxiaux (Figure 7) - et plus rarement à partir des cellules des lobules - carcinomes lobulaires.

Chacun de ces deux adénocarcinomes peut être *in situ* ou infiltrant.

In situ, est le synonyme de non infiltrant. Comme son nom l'indique, le cancer est confiné au niveau des canaux si celui-ci est un carcinome canalaire, ou des lobules si celui-ci est un carcinome lobulaire.

Le cancer infiltrant est quant à lui un cancer qui envahira le tissu mammaire pour ensuite s'étendre dans les tissus voisins voire à d'autres parties du corps ; on parlera alors de « métastases ».

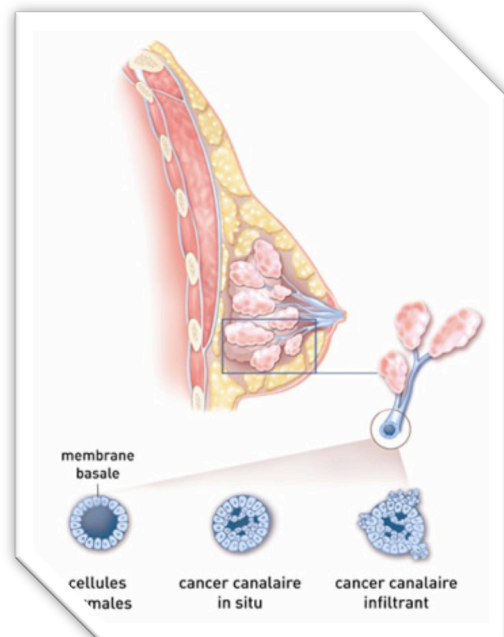


Figure 7 : Cancer canalaire
Chirurgie du cancer du sein 2-9p.

a) Les adénocarcinomes *in situ*

Dans l'adénocarcinome *in situ*, la prolifération tumorale maligne épithéliale est limitée, soit aux canaux, soit aux lobules, sans que la membrane basale qui les entoure, soit franchie. Le tissu voisin ne sera par conséquent, pas touché.

On en trouve deux grands types : l'adénocarcinome canalaire *in situ* (CCIS) et l'adénocarcinome lobulaire *in situ* (CLIS).

L'adénocarcinome canalaire *in situ* (CCIS) est le plus fréquent des cancers *in situ*, environ 8 cancers sur 10 des cancers *in situ*, sont de ce type.

La maladie de Paget est une sorte de CCIS, mais de haut grade. Cette maladie se traduit cliniquement par une lésion croûteuse et eczématiforme du mamelon et de l'aréole. Cette lésion est spécifique de la maladie de Paget et n'est jamais isolée. Celle-ci traduit

toujours l'existence de tumeurs mammaires sous-jacentes. Les cellules cancéreuses se développent dans les conduits, appelés canaux galactophores, qui amènent le lait vers le mamelon lorsque la femme allaite et se propagent à l'aréole et/ou au tissu mammaire.

L'adénocarcinome lobulaire *in situ* (CLIS) est plus rare. Il représente 10 à 15% des cancers du sein *in situ*. Dans 8% des cas, cet adénocarcinome donne naissance à un carcinome lobulaire infiltrant. Le CLIS n'est pas considéré comme une réelle lésion maligne mais plutôt comme un facteur de risque à développer un cancer du sein. Ici, une surveillance scrupuleuse est souhaitable.

b) L'adénocarcinome infiltrant

Le cas de l'adénocarcinome infiltrant, est un cancer dont les cellules cancéreuses ont infiltré le tissu mammaire qui entoure les canaux et les lobules, voire d'autres parties du corps.

Dans l'adénocarcinome infiltrant, on trouve deux grands types : l'adénocarcinome canalaire infiltrant (CCI) et l'adénocarcinome lobulaire infiltrant (CLI).

L'adénocarcinome canalaire infiltrant (CCI) est le plus fréquent. Il représente 80% des cas. Ces cancers peuvent envahir le tissu mammaire pour ensuite s'étendre dans les tissus voisins voire d'autres parties du corps pour former des métastases. L'atteinte peut être au niveau ganglionnaire, notamment ceux qui se situent au niveau des aisselles (ganglions axillaires).

L'adénocarcinome lobulaire infiltrant (CLI), est moins fréquent. Il représente 10% des cas. Dans ce type d'adénocarcinome, il y a souvent une association avec le carcinome lobulaire *in situ*. L'évolution de cet CLI mène souvent à des localisations métastatiques particulières comme l'ovaire, le péritoine, l'orbite, les méninges...

Il existe également d'autres types rares de cancer du sein décrits ci-dessous.

c) Autres formes rares de carcinomes malins

Le **carcinome médullaire** : Il représente 1% des cancers du sein infiltrants. Il apparaît notamment chez les femmes jeunes, moins de 50 ans. Ce cancer est la plupart du temps génétique.

Le **carcinome colloïde muqueux** : Il est rare puisqu'il représente environ 2 % de tous les cancers du sein infiltrants. Il se développe plus généralement chez les femmes plus âgées, entre 60 et 70 ans et est de bon pronostic. Les cellules cancéreuses contiennent une grande quantité de mucus.

Le **carcinome tubuleux** : 1 à 2% des cancers du sein infiltrants, sont des carcinomes tubuleux. Ils se développent chez les femmes de 55 ans et plus. Il est de meilleur pronostic que le carcinome canalaire ou lobulaire infiltrant.

Il existe également le **carcinome papillaire** beaucoup plus rare, le **carcinome adénoïde kystique**, le **carcinome métaplasique**, la **tumeur phyllode**, l'**angiosarcome** et le **lymphome**...

2. Les différents traitements du cancer du sein

De l'antiquité au début du XX^{ème} siècle, l'ablation du sein par une technique très mutilante, était la seule arme dont disposaient les médecins pour lutter contre le cancer du sein. Cependant, cette technique n'engendrait pas de très bons résultats. Plus tard, est née une autre forme de chirurgie, la mastectomie radicale.

Par la suite, l'usage diagnostique et thérapeutique de la radiothérapie ajoutée à la chirurgie a permis d'augmenter les chances de guérison. Pourtant, dans les années 70, malgré l'association de la chirurgie et de la radiothérapie, de nombreuses femmes décédaient, envahies par les métastases. C'est à ce moment que le concept de traitement médical adjuvant fut établi. Un traitement général, capable de protéger non seulement le sein mais l'ensemble du corps ; chimiothérapie, hormonothérapie, thérapie ciblée... On remarquera l'importance de toutes les étapes du diagnostic, vues précédemment, afin que chaque patiente bénéficie d'un traitement spécifique et adapté à son cancer.

Comme nous l'avons vu précédemment, dans 80% des cas, le cancer du sein est un adénocarcinome canalaire infiltrant. Nous verrons donc maintenant, les différentes possibilités de le traiter.

Les différents traitements existants aujourd'hui sont : le traitement chirurgical locorégional, la radiothérapie, les traitements médicamenteux du cancer du sein. (Cf *Annexe 3*)

a) La chirurgie

La chirurgie, également appelé traitement chirurgical locorégional, est dans la plupart des cas, le premier traitement réalisé et également le traitement le plus courant. Actuellement, les techniques changent pour que la chirurgie reste efficace et la moins mutilante possible pour la femme.

Lorsque la tumeur mesure moins de 3 cm, il sera réalisé une tumorectomie. Il s'agit ici, d'effectuer l'ablation de la tumeur, en conservant le sein dans sa totalité.

Si la tumeur est plus importante, supérieure à 3 cm, une mastectomie – ablation totale du sein - sera réalisée.

Toute la complexité de la mastectomie, ses techniques, ses avantages, ses inconvénients ainsi que le vécu des patientes après cette chirurgie mutilante, seront plus longuement développés dans un prochain paragraphe (Cf *I.E.*).

Pour combattre le cancer du sein, outre cette opération, il est généralement associé une radiothérapie et parfois à une chimiothérapie préventive.

b) La radiothérapie

(1) Principe

La radiothérapie appelée plus communément les "rayons" est un traitement local ou locorégional utilisé dans deux circonstances. Soit elle va compléter la chirurgie en réduisant la taille de la tumeur avant l'opération, soit elle va détruire les cellules cancéreuses, encore présentes dans les tissus après l'intervention, à l'aide de radiations de haute énergie.

Deux techniques sont utilisées. Elles peuvent être utilisées seules ou en association.

Il existe le rayonnement externe qui est appliqué directement sur le sein, si ce dernier n'a pas été enlevé ou sur la paroi, s'il y a eu ablation complète du sein.

Il existe également l'implantation de matériaux radioactifs directement dans le sein - la curiethérapie.

Le traitement dure en moyenne 5 à 6 semaines. La radiothérapie est réalisée le plus souvent sans hospitalisation puisque les récents progrès technologiques et médicaux ont permis d'en améliorer considérablement la tolérance.

(2) *Les effets secondaires*

Il existe cependant des effets secondaires à cette radiothérapie. Elle agit sur une région, donc sur des cellules cancéreuses mais également sur des cellules saines. C'est le fait que les cellules saines soient touchées qui provoque les effets secondaires.

Ceux-ci sont dépendants du nombre de séances, de la radiation reçue, de la sensibilité intrinsèque des patients, de la zone traitée...

Les effets secondaires peuvent apparaître lors des séances de radiothérapie, et constituent alors les effets secondaires immédiats. Des effets secondaires tardifs peuvent également apparaître une fois les séances de radiothérapie terminées.

Les principaux effets secondaires de la radiothérapie du cancer du sein sont :

- Erythème de la peau ; inflammation de la peau, brûlures cutanées
- Pigmentation de la peau persistante
- Œdème du sein
- Lymphœdème modéré du côté du sein traité
- Œdème de la paroi de l'œsophage ou œsophagite
- Asthénie.

A long terme, il peut apparaître une dilatation des petits vaisseaux, réversible par des séances de laser chez le dermatologue. Aussi, les tissus traités sont moins souples et plus épais.

A l'officine, le pharmacien écoute les inquiétudes de la patiente. Il est capable de la rassurer sur ces effets secondaires car la plupart, sont temporaires. Il pourra conseiller aux patientes des gestes et des soins à réaliser pour apaiser et diminuer les effets secondaires. (Cf VI.E.)

c) La chimiothérapie

(1) Le principe

La chimiothérapie est une diffusion dans l'organisme de médicaments spécifiquement mis au point pour détruire les cellules des tumeurs cancéreuses. Ces médicaments vont être distribués dans l'ensemble de l'organisme et cibler toutes les cellules cancéreuses.

Pour le cancer du sein infiltrant, les molécules peuvent être utilisées seules ou en association.

Celles habituellement employées sont :

- La doxorubicine
- Le cyclophosphamide
- Le fluoro-uracile
- Le méthotrexate
- L'épirubicine
- Les taxanes.

Pour le cancer du sein métastatique, le traitement est plus long, les molécules principalement utilisées sont :

- Par voie intraveineuse :
 - o Les antracyclines
 - o Le docétaxel
 - o L'éribuline
 - o La gemcitabine associée au paclitaxel
 - o La vinorelbine.
- Par voie orale :
 - o La capécitabine
 - o Le cyclophosphamide.

Le traitement le plus communément utilisé pour un cancer du sein est le protocole FEC décrit ci-dessous.

(2) Protocole FEC

Ce protocole associe trois médicaments, le 5-Fluorouracile, l'Épirubicine et le Cyclophosphamide dont les doses sont adaptées à la surface corporelle qui est calculée selon le poids et la taille de la patiente. La dose est susceptible d'être modifiée d'une séance de chimiothérapie à l'autre. Ce traitement s'administre en perfusion intraveineuse durant 2 heures environ et se répète toutes les 3 semaines.³⁴

Avant de commencer le traitement de chimiothérapie, une chambre implantable est posée sous anesthésie locale, le plus souvent en haut du thorax.

Les médicaments sont injectés directement au sein de cette chambre implantable, ce qui permet de ne pas fragiliser les veines et d'éviter les douleurs liées aux injections répétées.

La chambre implantable permet d'avoir des activités normales. Elle reste en place pendant toute la durée du traitement.

La chimiothérapie du protocole FEC commence par l'injection de l'épirubicine, un produit de couleur rouge qui peut colorer les urines pendant 1 ou 2 jours après l'administration. Le cyclophosphamide est ensuite administré en une vingtaine de minutes, suivi du 5-fluorouracile, en 10 à 20 minutes.

La chimiothérapie est un traitement qui est fait pour agir sur les cellules cancéreuses. Cependant elle agit également sur certaines cellules saines. Inévitablement, il existe des effets indésirables.

(3) Les effets secondaires

Il est important que le pharmacien d'officine connaisse les principaux effets secondaires de la chimiothérapie, car le plus souvent les séances de chimiothérapie se déroulent plus ou moins loin du lieu d'habitation des patientes. C'est donc vers leur pharmacie habituelle que celles-ci se tourneront pour avoir un conseil et des réponses à leurs doutes. (Cf IV.E.)

Les principaux effets secondaires provoqués par la chimiothérapie sont :

- **Alopécie : Chute des cheveux**

L'alopécie, soit la chute de cheveux, est le moment le plus redouté du traitement puisqu'elle atteint le physique de la patiente. Cette chute commence une dizaine de jour après la première injection mais est momentanée. Celle-ci s'arrête 3 à 4 semaines après la dernière injection et la repousse des cheveux débutera.

Pour que la patiente se sente bien, il est possible que lui soit prescrite une prothèse capillaire (*Cf IV.E.6.*) Il existe également des bandeaux colorés, lesquels constituent une bonne alternative, surtout durant les périodes chaudes de l'été.

- **Asthénie : Fatigue**

- **Troubles digestifs : Nausées - Vomissements - Diarrhées**

Les nausées commencent souvent le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de 72 heures. Aujourd'hui, de nombreux protocoles antiémétiques existent pour contrer les nausées. Le goût et l'odorat peuvent se trouver également modifiés momentanément par la chimiothérapie. L'anxiété et l'appréhension pourront venir aggraver les nausées.

Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger. Il est préférable de manger en petite quantité et des aliments digestes. Il faut éviter les repas chauds, qui dégagent plus d'odeurs et souvent sont plus lourds.

Certains traitements peuvent occasionner des diarrhées. Pour pallier les effets des diarrhées, il est conseillé de boire beaucoup pour compenser les pertes d'eau. Il sera préférable de consommer des aliments pauvres en fibres (pâtes, riz, pain blanc, légumes pelés et fruits).

- **Douleurs - Sensation d'engourdissement des mains et des pieds**

- **Toxicité hématologique : Baisse des globules blancs, rouges et des plaquettes**

La baisse des globules blancs entraîne un risque important d'infection car les moyens de défense du corps sont réduits. Ce risque d'infection est élevé entre le 8ème et le 12ème jour post chimiothérapie.

L'anémie qui est une baisse des globules rouges, se traduit par une pâleur du visage et une très grande fatigue.

Entre une à trois semaines après le début de la chimiothérapie se produit une aplasie, c'est-à-dire une baisse simultanée des globules blancs, rouges et des plaquettes. Le taux est strictement contrôlé par des prises de sang régulières. Le résultat de la prise de sang effectuée avant chaque séance de chimiothérapie, donnera l'accord ou non pour celle-ci. En effet, la séance pourra être reportée pour le bien être de la patiente.

En cas de fièvre atteignant 38 degrés, il faut conseiller à la patiente de prendre contact avec son médecin afin qu'elle soit examinée et qu'elle puisse réaliser une prise de sang. Le plus souvent, des antibiotiques seront prescrits.

- **Mucite : lésions de la bouche**

En période de chimiothérapie, il peut survenir, une inflammation des muqueuses notamment celles au niveau de la bouche.

Pour prévenir leur apparition, il existe des astuces :

- Il est préférable de réaliser des bains de bouche neutres après chaque repas. Il ne faut pas utiliser des bains de bouches à base d'alcool qui dessècheront les muqueuses
- Il faut se nettoyer les dents à l'aide d'une brosse à dent souple
- Il est conseillé de sucer des glaçons, de la glace pilée, des glaces à l'eau, des sorbets ainsi que des bonbons à la menthe
- Il faut boire beaucoup et régulièrement
- Privilégier des aliments moelleux ou mixés et aussi, éviter ceux qui favorisent l'apparition d'aphtes tels que les noix, le gruyère, l'ananas...
- Il faut que les patientes s'hydratent les lèvres régulièrement avec un lubrifiant gras.

- **Troubles du cycle menstruel**

Le FEC peut entraîner une disparition des règles pendant plusieurs mois. Cet arrêt des menstruations, qui la plupart du temps, sera réversible chez les patientes âgées de moins de 40 ans, sera souvent définitive à partir de 48 ans.

- **Troubles cutanés : Syndrome Main-Pied - Fragilisation des ongles - Réactions allergiques**

Le syndrome main-pied se manifeste, comme son nom l'indique, au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. Des rougeurs, une sécheresse et des ampoules

peuvent apparaître. Il est conseillé d'hydrater régulièrement et intensément la peau, dès la toilette, jusqu'à l'hydratation. Il faut éviter toute source de chaleur et les activités qui créent un frottement ou une pression de la peau.

Les ongles deviennent cassants, striés et parfois même, ondulés. Il est conseillé de porter des chaussures confortables et des gants de protection pour toute activité qui risquerait de fragiliser les ongles des mains. La pose d'un vernis au silicium permet de protéger les ongles tout au long du traitement par chimiothérapie.

d) L'hormonothérapie et la thérapie ciblée

(1) L'hormonothérapie

Comme vu précédemment le cancer du sein peut être hormonodépendant ; RH+ et/ou, surexprime la protéine HER2 ; il est alors dit HER2+.

Il peut donc y avoir plusieurs combinaisons remarquées. Soit les cellules sont uniquement hormonodépendantes, soit elles expriment aussi le gène HER2. Les différentes combinaisons possibles sont donc les suivantes :

- RH+ / HER2-
- RH+ / HER2+
- RH- / HER2+
- RH- / HER2-

L'hormonothérapie agit en privant la tumeur des hormones, œstrogènes et progestérones, qui stimulent dans certains cas les cellules cancéreuses.

Il existe deux types d'hormonothérapie :

- Le traitement systémique est un traitement médicamenteux qui agit par voie générale.
- Les traitements non médicamenteux, qui consistent à stopper la production d'œstrogènes par les ovaires soit par intervention chirurgicale (ovariectomie), soit en les irradiant par radiothérapie.

Les traitements médicamenteux : il en existe trois sortes :

Les anti-œstrogènes empêchent les œstrogènes de stimuler les cellules cancéreuses en prenant leur place au niveau des récepteurs hormonaux. La molécule la plus couramment utilisée dans le traitement du cancer du sein est le tamoxifène. C'est le traitement de première intention proposée à la femme non ménopausée. La patiente devra prendre ce médicament pour une durée de 5 ans.

Les principaux effets secondaires engendrés par ce médicament sont : les bouffées de chaleur - effet indésirable le plus fréquent - des sautes d'humeur, une prise de poids, des pertes vaginales et un dérèglement du cycle menstruel avec des retard de règles, ou un arrêt total des règles.

Les anti-aromatases sont utilisés chez la femme ménopausée en première intention. Ils vont empêcher la fabrication des œstrogènes en agissant sur l'aromatase - enzyme qui permet de transformer les androgènes en estrogènes chez les femmes ménauposées. Ils peuvent être utilisés seuls pendant une durée de 5 ans ou seulement pendant 2 ans, relayés par un traitement d'anti-œstrogènes pendant les 3 années suivantes.

Les médicaments utilisés en France sont des inhibiteurs de troisième génération. Ce sont le létrozole, l'anastrozole et l'exémestane.

Les principaux effets secondaires rencontrés par ces traitements sont : des bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, des douleurs articulaires, une fatigue, une diminution de la densité minérale osseuse - facteur de risque d'une ostéoporose. C'est pourquoi avant de débiter le traitement par anti-aromatase, une ostéodensitométrie osseuse est réalisée. C'est ensuite l'évaluation de la balance bénéfique/risque, qui orientera le choix d'un traitement par anti-aromatases.

Les analogues de la LH-RH, hormone de libération de la lutéinostimuline, qui, eux, supprimeront la production des hormones féminines fabriquées par les ovaires en provoquant une ménopause temporaire. Ce traitement est utilisé chez la femme jeune, non ménopausée. Le traitement est donné au cas par cas et est injecté une fois par mois pendant une durée de 3 à 5 ans. Les médicaments utilisés sont la goséréline et la leuproréline.

Concernant les traitements non médicamenteux, il en existe deux sortes :

L'ovariectomie ou ablation des ovaires s'effectue par intervention chirurgicale. Les effets de cette opération chirurgicale sont immédiats puisque la production des œstrogènes est instantanément stoppée. La femme opérée entre donc en ménopause prématurée et cela de façon irréversible. Des symptômes de ménopause se font ressentir et de façon plus intense que si celle-ci avait été naturelle et progressive.

Des bouffées de chaleur ainsi que des sueurs sont présentes. Des douleurs articulaires au repos peuvent survenir et disparaissent parfois au bout de quelques mois. Il peut survenir une fragilité des os. Il est important de noter également la possibilité d'une prise de poids, des difficultés à dormir et une diminution du désir sexuel.

L'irradiation des ovaires se fait par radiothérapie. Contrairement à l'ovariectomie, les effets de la radiothérapie ne sont pas immédiats. La production des œstrogènes est stoppée progressivement dans les 3 mois qui suivent l'irradiation.

La radiothérapie des ovaires entraîne des effets secondaires spécifiques comme une ménopause définitive ainsi que des troubles digestifs possibles.

L'hormonothérapie, qu'elle soit médicamenteuse ou non entraîne une baisse voire un arrêt de la production des œstrogènes. Les os sont donc fragilisés et il est possible qu'une ostéoporose s'installe. De la vitamine D et du calcium seront prescrits. Mais il est important de rappeler aux patientes de modifier leur alimentation afin d'augmenter la dose de calcium ingéré. On peut notamment les inciter à favoriser la consommation de lait, fromages à pâte dure ou molle, yaourts mais aussi celle des brocolis, du fenouil, des épinards, ou bien encore des noisettes et du sésame. Il est préférable de remplacer l'eau du robinet par une eau minérale riche en calcium comme *l'Hépar*, ou *la Contrex*...

(2) *La thérapie ciblée*

La thérapie ciblée, comme son nom l'indique est une thérapie avec laquelle des molécules ont une action ciblée et spécifique sur les cellules cancéreuses. Ainsi, cette thérapie permet de diminuer les effets secondaires des traitements.

Pour le cancer du sein, il existe différentes classes ^{43 et 44} :

Les inhibiteurs du mTor (*Everolimus*) de l'anglais mechanistic target of rapamycin, vont inhiber la voie de signalisation de la protéine mTor responsable de la croissance et de la prolifération des cellules tumorales.

Les anti HER2 (*Trastuzumab*) qui s'attaquent spécifiquement aux tumeurs présentant à leur surface une quantité très importante de protéines HER2 en bloquant les récepteurs. Le processus de division et de développement des cellules cancéreuses sera donc stoppé.

Les anti-angiogéniques (*Bevacizumab*) qui agissent sur les vaisseaux sanguins tumoraux en bloquant la formation de nouveaux vaisseaux, et vont ainsi empêcher la croissance tumorale.

Les inhibiteurs de CDK4, CDK6 (*Palbociclib, Ribociclib...*) qui inhibent deux petites molécules CDK4 et CDK6 qui sont responsables de la prolifération cellulaire dans les cancers.

Le domaine de la cancérologie est en perpétuelle évolution, notamment avec l'évolution fulgurante des chimiothérapies orales. Pour garder une place essentielle dans la prise en charge de ces pathologies, le pharmacien doit actualiser en permanence ses connaissances pour connaître tous les enjeux des nouvelles thérapies et répondre au mieux aux besoins des patients.

E. La mastectomie

La mastectomie est une épreuve difficile pour les femmes. Elles se sentent touchées dans leur féminité. Et ce morceau de chair, arraché à vie, ne fera que leur rappeler leur maladie et la mutilation qu'elles ont subie.

Iris, 43 ans nous raconte « Je veux garder mon sein. Le médecin me parle de chirurgie plastique. Je dis non. Je ne veux pas de ce traumatisme à vie. »

Comme annoncé dans un paragraphe précédent, il existe deux sortes de chirurgie du cancer du sein.

Une chirurgie conservatrice, également appelée mastectomie partielle ou tumorectomie. Dans cette pratique, la tumeur ainsi qu'une petite quantité du tissu alentour, sont retirées. Cela permet de retirer la tumeur dans sa totalité en prenant une marge de sécurité autour de celle-ci, tout en gardant un résultat « esthétique ». Cette chirurgie conservatrice est toujours complétée d'une radiothérapie du sein : (Cf Annexe n°4)

Il existe :

- La zonectomie (Figure 8) correspond à l'exérèse d'une lésion non palpable se trouvant dans le sein. La lésion est visionnée grâce à une opacité radiologique ou lors d'une échographie. Seule une petite partie du sein est enlevée. Cela forme un petit creux
- La tumorectomie consiste à retirer la lésion ainsi que du tissu mammaire sain qui l'entoure. Seule une petite partie du sein est enlevée. Cela forme également un petit creux
- La pamectomie est l'exérèse de la plaque aréolo-mamelonnaire.



Figure 8 : Zonectomie
Institut du sein de l'Estuaire

Une chirurgie non conservatrice, appelée aussi mastectomie complète. Dans cette chirurgie, le sein est enlevé en sa totalité, aréole et mamelon compris. C'est cette chirurgie mutilante qui sera plus particulièrement développée au cours de ce paragraphe. Il existe :

- La mastectomie, exérèse de la totalité du sein
- La mastectomie avec curage et cicatrice boursouflée
- La mastectomie avec cicatrices irrégulières.

1. Indications

Plusieurs cas rendent nécessaire une chirurgie non conservatrice. Cela peut être, une tumeur volumineuse qui rend la réduction par chimiothérapie ou hormonothérapie, impossible, ou bien la forme ou la localisation complexes de la tumeur, ou encore la

présence de plusieurs tumeurs. Cette mastectomie complète peut être totale (simple) ou radicale modifiée.

2. Comment ?

a) La mastectomie totale

La mastectomie totale (Figure 9) est proposée lorsque le cancer du sein est diagnostiqué à un stade très précoce, *in situ*, et que rien n'indique que les ganglions lymphatiques alentours sont touchés. Le chirurgien enlève alors, le sein, le mamelon ainsi que le « fascia pectoral » qui est le revêtement des muscles du thorax. Celui-ci ne touche ni aux nerfs, ni aux muscles du thorax, ni aux ganglions lymphatiques.

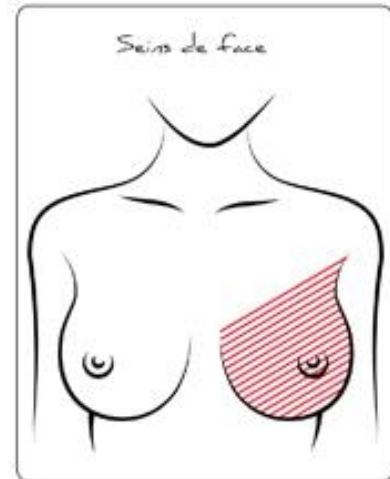


Figure 9 : Mastectomie totale
Institut du sein de l'Estuaire

b) La mastectomie radicale modifiée

Tout comme pour la mastectomie totale, le chirurgien enlève le sein, le mamelon et le fascia pectoral. Il ne touche ni aux nerfs ni aux muscles du thorax. Ce qui la différencie de la mastectomie totale, est que certains ganglions lymphatiques de l'aisselle, appelés ganglions axillaires, sont retirés puis analysés afin de savoir s'ils contiennent, eux aussi, des cellules cancéreuses. Une fois cette information recueillie, le degré d'extension du cancer du sein est plus facilement identifiable et permet une meilleure adaptation de la suite du traitement.

Pour enlever les ganglions axillaires, deux techniques existent, l'exérèse du ganglion sentinelle ou le curage axillaire.

c) La chirurgie ganglionnaire axillaire

La chirurgie ganglionnaire axillaire est réalisée en cas de cancer du sein infiltrant. Il est important de retirer un ou plusieurs ganglions lymphatiques situés dans le creux axillaire du bras pour juger l'envahissement ganglionnaire par les cellules cancéreuses. Cette information est très importante pour établir la nécessité des traitements complémentaires comme la chimiothérapie, l'hormonothérapie ou la radiothérapie.

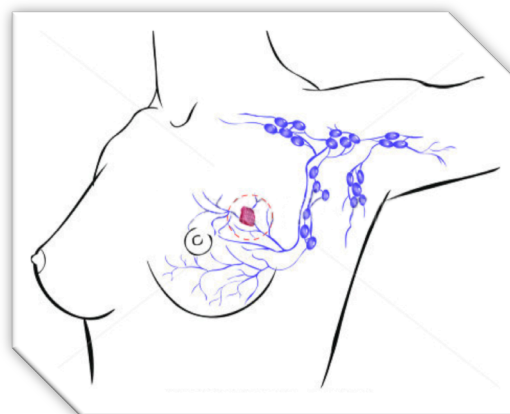


Figure 10 : Les ganglions axillaires
SOS Cancer du Sein

Comme énoncé précédemment (Cf I.B.3.), les ganglions axillaires (Figure 10) sont classés selon 5 groupes mais ces groupes n'étant pas individualisables, on utilise la classification en 3 niveaux de Berg.

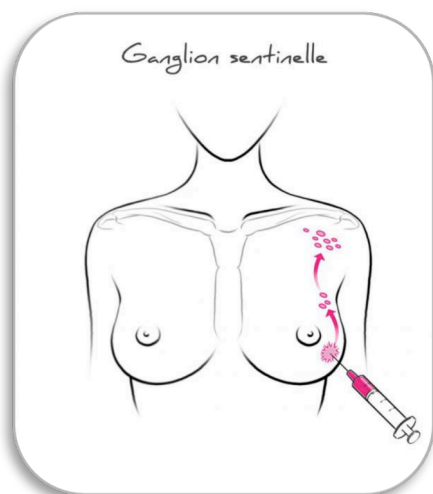


Figure 11 : Ganglion sentinelle
Institut du sein de l'Estuaire

Le principe de l'exérèse du ganglion sentinelle (Figure 11) est le suivant.

Lorsqu'une tumeur du sein se développe, des cellules cancéreuses peuvent migrer dans la circulation lymphatique et coloniser des ganglions de niveau en niveau. Les ganglions sentinelles, ou ganglions de niveau I, sont les premiers touchés. Il sera enlevé entre deux et quatre ganglions qui seront alors soumis à examen microscopique.

Si les ganglions sentinelles ne contiennent pas de cellules cancéreuses, ils seront dits ganglions négatifs. Le risque de retrouver des cellules cancéreuses dans les ganglions des niveaux supérieurs, est très faible. Il n'y aura donc pas de curage axillaire complet. En revanche, si des cellules cancéreuses sont présentes, les ganglions sont dits positifs. Le cancer s'étend au-delà du sein. Il sera, ici, nécessaire de réaliser un curage ganglionnaire pour analyser l'ensemble des ganglions du creux axillaire.

Le curage axillaire a pour but d'enlever les cellules cancéreuses qui auraient pu se propager jusqu'aux ganglions lymphatiques et par cela, de réduire le risque de récurrence de la maladie. Le curage axillaire permet également de préciser si la maladie progresse au-delà du sein et donc de contribuer au choix des traitements complémentaires à la chirurgie.

Il sera réalisé pour les tumeurs infiltrantes lorsque l'exérèse du ganglion sentinelle n'est pas possible ou n'est pas indiquée ou encore quand le ganglion sentinelle contient des cellules cancéreuses.

Pour se faire, une dizaine des ganglions de l'aisselle sont prélevés dans les deux premiers niveaux. L'ensemble des ganglions retirés fait l'objet d'un examen anatomopathologique afin de déterminer combien sont atteints par des cellules cancéreuses.

Le curage axillaire entraîne des effets secondaires plus importants. C'est pour cette raison que la technique du ganglion sentinelle s'est développée.

3. Quelle chirurgie pour quel type de cancer ?

Comme nous l'avons déjà exposé précédemment (*Cf I.D.1*), il existe différents types de cancer du sein.

L'adénocarcinome *in situ* est un cancer pour lequel les deux options - chirurgie conservatrice ou non conservatrice - sont possibles. Parfois, l'exérèse du ganglion sentinelle peut être pratiquée quand l'adénocarcinome est étendu ou palpable, ou lorsqu'une micro-invasion est suspectée. Mais la plupart du temps, ce type de cancer ne présente pas d'invasion lymphatique et ne nécessite donc pas de curage.

L'adénocarcinome infiltrant est un type de cancer pour lequel le traitement repose essentiellement sur les médicaments : chimiothérapie voire thérapie ciblée et/ou hormonothérapie. La chirurgie de la tumeur ou des métastases peut être associée selon les cas. Les tumeurs infiltrantes de petite taille peuvent bénéficier de la technique du ganglion sentinelle.

4. Les séquelles...

« Nous ne sommes pas nous-mêmes lorsque la nature, opprimée, commande à l'esprit de souffrir avec le corps. »

William Shakespeare

Les traitements et la chirurgie peuvent provoquer des effets secondaires de degré variable selon les patientes. Ils ne sont pas systématiques et ceux-ci varient de manière interpersonnelle, sans moyen de savoir si la patiente tolèrera mieux ou moins bien qu'une autre patiente, l'intervention.

Les facteurs pouvant agir sur l'intensité des effets secondaires sont :

- Le type de chirurgie pratiqué
- L'état de santé général de la patiente
- Les effets des autres traitements du cancer.

Les effets indésirables les plus fréquents sont ceux dus au curage des ganglions axillaires.

A tous les effets secondaires « physiques », viennent s'ajouter les effets secondaires « psychologiques » qu'une ablation d'une partie de son corps peut engendrer.

En effet, une mastectomie constitue un évènement bouleversant dans la vie d'une femme. Le sein est un organe superficiel et visible. Il représente la féminité, la maternité, la sexualité et est symbole de beauté. Les ressentis seront propres à chacune des patientes. Il est pour cela impossible de prédire la façon dont la femme réagira, devant cette mutilation de son corps.

a) ... Physiques

Les effets secondaires qui suivent l'intervention chirurgicale peuvent apparaître rapidement. Ils sont alors nommés effets précoces. La plupart du temps, ils sont temporaires. En revanche, ils peuvent apparaître plus tardivement (effets tardifs) et leur durée sera, le plus souvent, bien plus longue.

Parmi les effets précoces, nous pouvons voir :

Une douleur. Il peut apparaître un inconfort et une légère douleur au niveau du point d'incision, dès le réveil après l'intervention. Cette douleur peut irradier le long de la partie interne du bras. Celle-ci est généralement très modérée. Après discussion, l'équipe médicale prescrira des antalgiques à la patiente.

Un œdème de la zone opérée, de l'épaule, du thorax ou du bras sera fréquent après une chirurgie mammaire conservatrice. Dans la plupart des cas, celui-ci se résorbe spontanément en quelques jours.

Des problèmes lymphatiques. Le curage axillaire peut provoquer une accumulation de lymphes sous la peau et un gonflement au niveau de l'aisselle. C'est la formation d'une poche de lymphes dans l'aisselle. Bien qu'indolore, il sera nécessaire de poser un drain afin d'évacuer cette poche.

Un hématome peut apparaître au niveau du site opératoire. Le plus souvent, grâce à des soins locaux, celui-ci disparaît. Si cet hématome persiste, une nouvelle intervention peut être nécessaire.

Une raideur de l'épaule, une faiblesse ou une mobilité réduite du bras, côté opéré, peut apparaître. Pour prévenir cette raideur, des séances de rééducation précoces par un kinésithérapeute permettent de la limiter ou de la faire disparaître.

Des troubles de la sensibilité de la face interne du bras. Il est possible que la patiente ressente un engourdissement, une sensation de froid, une faiblesse, une sensibilité réduite ou au contraire une sensibilité accrue, au toucher ou à la pression de la face interne du bras, ou bien encore, une sensation de brûlure ou de picotement.

Cette sensibilité apparaît car lors de l'opération, le nerf perforant, responsable de la sensibilité de la face interne du bras, est parfois sectionné. Ces troubles de la sensibilité disparaissent en partie, en six à douze mois.

Une fatigue. Elle est due à l'intervention chirurgicale en elle-même - anesthésie, pertes de sang ou l'anxiété générée. La fatigue ressentie est propre à chacune et dépend de la façon dont la patiente supporte l'intervention.

Une sensation de **déséquilibre** du corps, après une mastectomie totale. Ce point sera développé dans un paragraphe suivant. (Cf II.A.1.a)

b) ... Psychologiques

Toucher le sein revient à toucher bien plus puisque l'intégrité corporelle et aussi l'intégrité psychique sont atteintes.

D'un point de vue psychologique, la perte d'un ou de deux seins est une épreuve difficile. Cette épreuve est vécue par chaque femme de façon différente et personnelle. La femme opérée devra faire un travail psychologique important pour renoncer à l'image de celle qu'elle était avant son opération.

La patiente opérée ne se reconnaît plus puisque son corps a changé de façon brutale et rapide. Des cicatrices sont apparues à la surface de son corps ce qui laisse penser aux blessures internes que peut ressentir la patiente.

En plus de la mastectomie, de nombreux effets secondaires engendrés par les traitements se font ressentir. (Cf paragraphe IV.E)

5. Les lymphœdèmes

a) Définition

Le **lymphœdème**, plus communément appelé « gros bras », est un gonflement provoqué par le ralentissement ou le blocage de la circulation de la lymphe (Figure 12). Celle-ci ne circule plus correctement, elle s'accumule parfois dans la peau du bras du côté du sein opéré.

C'est la complication la plus fréquente après une chirurgie du sein notamment après une chirurgie au niveau de l'aisselle (curage axillaire ou exérèse du ganglion sentinelle).



Figure 12 : Lymphoedème du membre supérieur gauche
www.lymphotoedeme-ra.fr

En effet, sa fréquence est estimée entre 2 et 20% après un curage axillaire. Il apparaît généralement entre 5 à 24 mois après la chirurgie, mais peut parfois se former immédiatement ou encore, dans les 5 ans suivant la chirurgie.

Lors de l'apparition d'un lymphœdème, le gonflement de la main ou de l'avant-bras est souvent le premier signe. D'autres signes peuvent apparaître ensuite, comme une sensation de tension ou de lourdeur du membre, une peau plus épaisse, une diminution de la mobilité de la main, du poignet ou du bras.

Les lymphœdèmes sont plus ou moins invalidants, mais la moitié d'entre eux se résument à un œdème limité au bras, peu gênant et même parfois non remarqué par la patiente. C'est un problème chronique qui demande des soins prolongés pour éviter que le volume n'augmente d'avantage. Il modifie l'image corporelle et peut générer un handicap. Ce handicap peut avoir un retentissement sur la vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle de la patiente avec altération de sa qualité de vie.

Apprendre à vivre avec ce nouveau corps, différent de la « norme » est un long chemin semé d'embûches et propre à chacune. La gêne physique que ce « gros bras » peut entraîner est souvent accompagnée par une gêne psychologique provoquée par cette déformation. La patiente peut alors développer une anxiété sévère, ne plus savoir qui elle est, perdre en quelque sorte son identité.

b) Recommandations

Dans ce cas particulier, le pharmacien occupe un rôle important, celui de conseiller. En effet, cette complication majeure ne doit pas être négligée, d'autant plus qu'une fois le gonflement installé, il y a peu d'espoir de le faire disparaître totalement.

Voici une liste non exhaustive de quelques conseils que le pharmacien pourra prodiguer facilement à la patiente pour prévenir l'apparition d'un lymphœdème :

- Protéger le bras et la main des coupures, des égratignures, des ecchymoses et brûlures
- Attention au soleil, aux bains trop chauds et aux épilations et rasage
- Éviter de faire des prises de sang ou prise de tension du côté opéré
- Éviter de porter des charges lourdes.

Une kinésithérapie post-opératoire avec drainages lymphatiques est systématiquement prescrite à la sortie pour prévenir un lymphœdème et retrouver une mobilité optimale du membre supérieur.

c) Les prises en charge

Lorsque le lymphœdème est apparu, le but est de réduire le volume au maximum et ensuite de maintenir celui-ci. Il peut disparaître tout seul après la mise au repos du bras en position surélevée. Dans le cas contraire, la pose d'un manchon compressif est nécessaire ainsi que des séances de kinésithérapie.

Le pharmacien est là pour rappeler au patient l'importance de prendre en charge rapidement ce lymphœdème. Il doit lui rappeler qu'il est primordial de demander l'avis de spécialistes avant d'entreprendre un traitement.

Pour déterminer le type de traitement, il faut se baser sur la grosseur du membre et sur la dureté de l'œdème. Pour ce faire, le médecin pose un diagnostic après la mesure de la circonférence des deux bras, des deux poignets et des deux mains. S'il constate une différence d'au moins deux centimètres entre les deux membres, le lymphœdème est mis en évidence et des séances de kinésithérapie sont indiquées.

d) Les séances de kinésithérapie

Les séances pour soulager et soigner un lymphœdème du bras sont à réaliser par un masseur kinésithérapeute à la fréquence de deux à trois fois par semaine. Elles devront avoir lieu jusqu'à amélioration des symptômes.

Le kinésithérapeute réalisera un drainage lymphatique manuel de 30 minutes, afin de faire circuler le liquide interstitiel et améliorer la mobilité et l'esthétique de ce « gros bras ».

Une fois que l'accumulation de liquide dans le membre a été réduite, le port d'un manchon est recommandé afin de maintenir cette réduction.

e) Le manchon compressif

Le manchon de compression joue un rôle capital dans le traitement du lymphoedème. Il soulage et limite les gonflements. Il permet de réduire les infections de la peau. En d'autres termes, il améliore le confort et la qualité de vie du patient.

La compression ne fait pas qu'améliorer la circulation, elle favorise également l'écoulement vers le haut, du système lymphatique et veineux.

Le manchon est fabriqué sur mesure. Il couvre le membre du poignet jusque sous l'épaule. Le plus souvent est rajouté un gantelet ou une mitaine qui pourront au choix, être séparés du manchon ou alors attenants. Il est également possible de rajouter un couvre épaule, si le besoin se fait sentir.

La prescription médicale du manchon est indispensable pour que la prise en charge puisse avoir lieu. Elle doit être réalisée sur une ordonnance indépendante de celles comportant la prescription de produits pharmaceutiques. Le nombre d'unités prises en charge n'est pas limité.

La prescription doit préciser :

- la désignation du dispositif, éventuellement la marque
- la pression en intervalle de pression en mm Hg ou éventuellement en classe
- le nombre d'unités à délivrer.

6. La cicatrisation

Après une chirurgie et donc, après cicatrice (*Figure 13*), plusieurs choses sont importantes pour soulager les symptômes.

Dans un premier temps, le massage des cicatrices est très important pour assouplir la peau et améliorer leur état. La cicatrisation peut provoquer des tiraillements. Pour empêcher ces tiraillements, la patiente peut bloquer instinctivement son épaule en position antalgique mais qui risque de provoquer une raideur de l'épaule.

La kinésithérapie précoce est alors une solution. La mobilisation et le drainage manuel vont favoriser une meilleure revascularisation et aideront à redonner de la souplesse à

la peau. La patiente peut en plus des séances de kinésithérapie, masser elle-même sa cicatrice, 1 à 2 fois par jour, pendant au moins 5 minutes.

Pour améliorer le rendu de la cicatrice, elle peut utiliser une crème réparatrice (**CICALFATE** de chez Avène ou **CICAPLAST** de chez La Roche Posay qui sont des crèmes cicatrisantes et antibactériennes) ou de l'huile d'amande douce.

Le pharmacien est là pour rappeler l'importance de surveiller tout signe d'infection autour de la cicatrice :

- rougeur,
- chaleur,
- suintements,
- douleurs importantes...

Dans ce cas, une consultation médicale est indispensable.

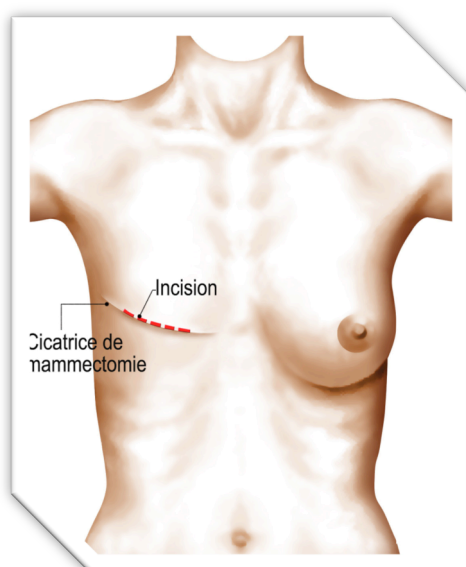


Figure 13 : Cicatrice de mastectomie
Chirurgie Esthétique & Médecine Esthétique Paris

F. Conclusion de la première partie

- Le cancer du sein est à la fois le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme
- En développant l'anatomie du sein, nous avons pu différencier les types de cancer du sein existants et en connaître les traitements appropriés.
- Les adénomes canauxaires *in situ et* infiltrants sont les plus fréquents
- Le traitement médicamenteux le plus communément utilisé pour le cancer du sein est le protocole FEC
- La mastectomie totale est indiquée lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade précoce, *in situ*
- La mastectomie est une épreuve difficile pour une femme du fait de ses répercussions physiques et psychologiques
- L'exérèse du ganglion sentinelle permet de juger de l'envahissement par les cellules cancéreuses et ainsi d'établir un protocole adapté
- Le lymphœdème est l'effet secondaire le plus fréquent à la suite d'une mastectomie.

Par son accessibilité, le pharmacien d'officine sera un acteur essentiel dans cette épreuve difficile que traverse la patiente. En répondant à ses moindres questionnements pour soulager ses angoisses et grâce à ses conseils et son professionnalisme lors des essayages des différentes prothèses mammaires externes, le pharmacien d'officine contribuera à ce que la patiente recouvre son « estime de soi ».

PARTIE II

LES PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PATIENTE A L'OFFICINE

II. Les prothèses mammaires externes et l'accompagnement de la patiente à l'officine

A. Pourquoi utiliser une prothèse mammaire externe ?

La mastectomie ou l'ablation chirurgicale du sein peut être partielle ou totale. C'est une chirurgie mutilante : elle correspond à la perte d'un sein ou la réduction de celui-ci.

Le sein est le signe de la féminité, l'image du corps sera donc altérée.

La décision de porter une prothèse mammaire externe est personnelle. Le temps d'acceptation de la maladie et de la mutilation du corps, est différent et appartient à chacune : « Après l'opération je me disais que mon sein n'était plus là, je n'en avais plus, alors pourquoi le remplacer ! Je ne voulais pas entendre parler de ces prothèses. », nous confie Geneviève lors d'un rendez-vous de renouvellement de prothèse.

En fonction de ce qu'elle désire, de ses activités et de son mode de vie, différentes propositions s'offrent à la patiente.

C'est ici que le rôle du pharmacien d'officine est important. Il devra être accueillant, rassurant, et bien conseiller la patiente, le plus souvent, en détresse.

Dans un premier temps - durant les deux premiers mois suivant l'ablation du sein - il est conseillé de porter une prothèse dite « transitoire ».

Par la suite, certaines femmes choisiront de porter une prothèse externe avant d'opter secondairement pour une reconstruction mammaire.

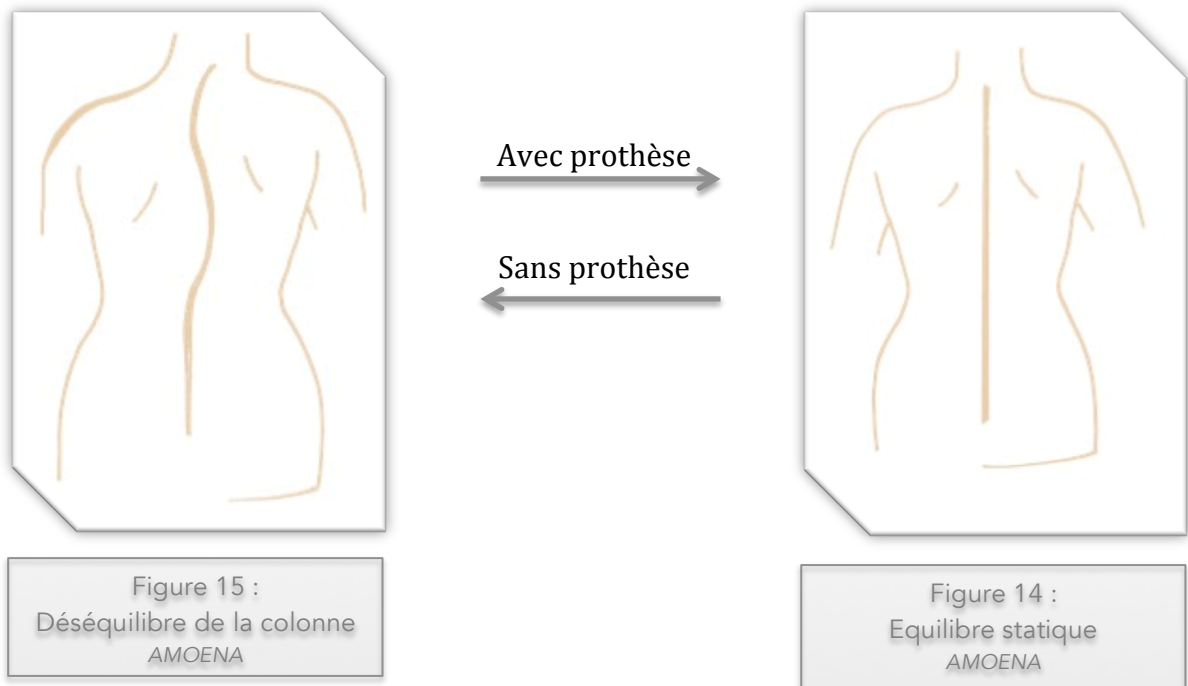
D'autres, ne voudront pas entendre parler de la reconstruction mammaire, soit par rejet d'une nouvelle intervention chirurgicale qui les obligera à une seconde période de convalescence, soit parce que certaines de ces femmes ont fait le deuil de leur sein manquant et ne souhaitent pas le remplacer.

Il est important que le pharmacien d'officine respecte le choix et le temps dont chacune des femmes a besoin pour intégrer au mieux les différents choix de prothèses mammaires. Il doit avoir, sur chacune d'elles, un regard d'écoute et de bienveillance.

1. Les différents impacts de la prothèse mammaire externe

a) Impact postural

La prothèse mammaire sera choisie en fonction du poids, de la forme et de la taille de l'autre sein. En effet, la prothèse mammaire permet de restaurer l'équilibre statique (*Figure 14*) ainsi que la symétrie du corps. La compensation du poids permet d'éviter, à la patiente, d'éventuels problèmes de posture, une déviation de la colonne, qui elle-même, entraîne des douleurs lombaires et cervicales, des douleurs musculaires, une épaule tombante. (*Figure 15*)



b) Impact esthétique

Elle permet de reconstituer la forme et la masse du ou des seins manquants.

c) Impact psychologique

La prothèse mammaire permet à la patiente de commencer à travailler sur « l'image de soi » et sur « l'image du corps » pour ensuite évoluer vers une confiance de son corps et d'elle-même.

Les prothèses permettent de recréer une forme et une masse et permettront de faire face au regard parfois curieux, parfois malveillant, des personnes extérieures.

Les prothèses sont conçues pour se fondre dans une lingerie spécifique dite « à poches ». Chaque prothèse est différente, le pharmacien devra trouver celle qui épousera au mieux le physique et qui facilitera les activités de la femme opérée pour que sa vie ne change pas : « Les prothèses peuvent vraiment être magiques. » *AMOENA*⁵⁵

Qu'il s'agisse d'un complément mammaire, d'une prothèse mammaire, d'une prothèse pour se baigner, d'une prothèse pour se détendre, le sourire de la patiente illustrera parfaitement la satisfaction et la confiance en soi retrouvées.

B. Les différentes prothèses mammaires externes

Les prothèses mammaires externes sont indiquées :

- **après une mastectomie totale ou partielle**
- en cas d'asymétrie congénitale ou acquise
- en cas d'hypoplasie majeure ou d'aplasie.

Dans notre sujet, nous nous intéresserons uniquement aux prothèses mammaires faisant suite à une mastectomie totale ou partielle.

Il existe trois sortes de prothèses mammaires externes.

1 - Les prothèses mammaires externes **transitoires** qui s'utilisent pendant la période de cicatrisation, c'est-à-dire au lendemain de l'opération et ce pendant un minimum de deux mois.

2 - Les prothèses mammaires externes en **silicone standard**. Celles-ci s'utilisent deux mois après l'intervention et seulement pour les femmes ayant terminé la période de cicatrisation. Toutefois, quelques exceptions sont à prendre en compte, nous développerons ce sujet dans la prochaine partie.

3 - Les prothèses mammaires externes en **silicone technique**. Ces prothèses s'utilisent dans un délai minimum de deux mois après la mastectomie, pour les femmes qui ont

terminé leur période de cicatrisation mais dont certains symptômes contre-indiquent le port de la prothèse standard.

Les exemples de prothèse que nous verrons au cours de ce chapitre ne font pas partie de la liste exhaustive de toutes celles existantes sur le marché de la prothèse mammaire externe. Ce sont seulement des exemples qui nous permettront d'illustrer ce chapitre.

1. Juste après l'intervention...

Dès la mastectomie, les prothèses mammaires transitoires seront utilisées. Elles permettent de compenser la forme du sein manquant directement après l'opération, sans délai d'attente. Cette possibilité qui s'offre à la femme est importante. Celle-ci redoute le plus souvent les regards extérieurs. Cette solution immédiate après l'opération permet de restaurer la silhouette, le temps de la cicatrisation.

Ces prothèses sont indiquées, sans délai après l'opération et pendant un minimum de 2 mois, temps minimum nécessaire pour la période de cicatrisation. Elles peuvent également être indiquées lors d'une cicatrisation difficile, lors d'une radiothérapie si la peau est fragilisée par celle-ci et autres complications médicales comme les lymphœdèmes.

Ces prothèses sont très souples et légères et sont constituées à 100% de coton sur la face interne. Ces caractéristiques les rendent très agréables et confortables à porter. Elles se mettent à l'intérieur d'un soutien-gorge post-opératoire, muni d'une poche intérieure.



Figure 16 :
AMOENA : Priform Premium 216

AMOENA : Priform Premium 216 (Figure 16)

- Face interne 100% coton, respirant et doux
- Face externe sans couture
- Se glisse dans la poche d'un soutien-gorge postopératoire Amoena.
- Volume ajustable par remplissage avec de la fibre pour ajuster le volume à la taille désirée.

AMOENA : Priform standar 214 (Figure 17)

- Face interne 100% coton, respirant et doux
- Face externe avec coutures
- Se glisse dans la poche d'un soutien-gorge postopératoire Amoena.
- Volume ajustable par remplissage avec de la fibre pour ajuster le volume à la taille désirée.



Figure 17 :
AMOENA : Priform standard 214

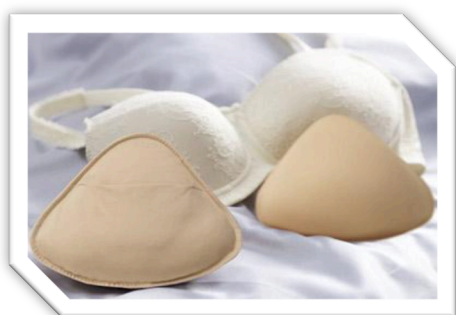


Figure 18 :
ANITA : TriFirst 1019X

ANITA : TriFirst 1019X (Figure 18)

- Légère et douce
- Symétrique
- Rembourrage médical avec variation du volume possible

Depuis le 1^{er} Mai 2016, la prise en charge des prothèses mammaires transitoires est complète. Celles-ci coûtent 25€ et le prix de vente limite est de 25€. Il n'y a donc pas de « reste à charge » pour les patientes.

2. ... Et ensuite

a) Prothèses standards

Les prothèses mammaires externes en silicone standard s'utilisent donc après l'intervention lorsque la période de cicatrisation est terminée. Toutefois, les femmes ne doivent pas avoir l'un des symptômes suivants :

- présence ou risque d'œdème, de lymphœdème
- douleurs cervicales ou dorsales
- cicatrices hyperesthésiques, adhérences cicatricielles, cicatrices irrégulières
- arthrose
- métastases
- bouffées de chaleur/hypersudation.

Ces prothèses existent en version classique. Elles existent également en version allégée pour des poitrines assez généreuses ou pour des personnes qui souffrent de lymphœdème. Celles-ci sont conçues pour répondre aux besoins essentiels des femmes n'ayant aucune complication, post-opératoire. Elles vont redonner un équilibre, une sécurité.



Figure 19 :
ANITA : TriWing 1053X

ANITA : TriWing 1053X (Figure 19)

- Prothèse allégée : jusqu'à 35% plus légère
- Compensation complète du poids
- Dos lisse et souple
- Symétrique
- S'adapte à toutes les poitrines.

ANITA : Valance 1052X (Figure 20)

- Compensation complète du poids
- Bords plats formés, anatomiques
- Symétrique
- Convient très bien pour les petites poitrines.



Figure 20 :
ANITA : Valance 1052X

b) Prothèses techniques non adhésives

Les prothèses mammaires externes en silicone technique non adhésives s'utilisent dans un délai minimum de deux mois après la mastectomie et pour les femmes qui ont terminé leur période de cicatrisation. Toutefois celles-ci ne doivent pas présenter l'un des symptômes énoncés précédemment (Cf II.B.2.a). Ces prothèses vont mimer le sein manquant tout en allégeant les effets secondaires provoqués par la mastectomie. Ces prothèses se glissent obligatoirement dans un soutien-gorge, puisqu'elles sont non adhésives.

En voici quelques exemples :



Figure 21 :
ANITA : SoftBack 1050X

ANITA : SoftBack 1050X (Figure 21)

- Modèle allégé - 35% plus légère
- Symétrique
- Très souple avec des mouvements naturels
- Bord ultra fin
- Permet de compenser les inégalités cutanées en cas de cicatrices inégales grâce à son double silicone
- Permet un micro massage de la zone opérée ce qui favorise la revascularisation des tissus.

ANITA : Authentic 1020X (Figure 22)

- Modèle allégé soit 35% plus légère
- Symétrique
- FlexGap – Système breveté d'Anita qui permet à la prothèse d'avoir des mouvements très naturels et de s'aplatir en position allongée. Ce système imite parfaitement le mouvement naturel du sein
- Spécialement conçue pour les poitrines dites « ptosées », c'est-à-dire creusées sur le haut du buste



Figure 22 :
ANITA : Authentic 1020X

- Prothèse faite en deux couches de silicone :
 - 1^{ère} couche avec un silicone plus ferme qui permet d'assurer la tenue de la pointe, du dos et d'éviter l'affaissement de la prothèse dans le soutien-gorge
 - 2^{ème} couche qui permet de remplir le bonnet. Ici, le silicone a un poids normal et est plus souple.



Figure 23 :
AMOENA : ENERGY

AMOENA : Energy (Figure 23)

- Sentiment de fraîcheur pour un meilleur confort d'utilisation grâce à une circulation d'air ventilée. L'air circule facilement derrière la prothèse
 - Réduction de la transpiration
 - Augmentation de l'évaporation.
- Idéale pour les activités physiques ou lors des traitements hormonaux ou pendant la ménopause.

c) Prothèses techniques adhésives

(1) Pourquoi les choisir ?

Certaines prothèses techniques sont auto-adhérentes. Elles se fixent directement sur la poitrine par adhérence. Pour ce modèle de prothèse, il faut que l'antériorité de l'opération soit supérieure à 14 mois et que la phase de cicatrisation soit terminée. Cependant certaines restrictions existent quant au port de la prothèse adhérente, qui seront soit momentanées, soit durables : l'hygiène, les traitements médicaux telles la chimiothérapie, la radiothérapie ou l'allergie au silicone.

En revanche, une cicatrice boursouflée, en relief, ne sera pas une contre-indication à l'utilisation d'une prothèse adhérente. L'adhérence sera partielle. Mais l'important reste le confort de l'utilisatrice qui devra se sentir à l'aise en la portant.

Les prothèses peuvent être ressenties comme lourdes par l'utilisatrice. En adhérant directement à la peau, le poids est reparté sur une plus grande surface - le buste - et permet ainsi de soulager l'épaule.

La prothèse adhérente donnera à la femme une sensation de liberté puisqu'elle suivra le mouvement de son corps. Elle en fait partie intégrante et ainsi permet plus de confiance en soi et plus de sérénité.

Aussi, la pression sur les épaules ainsi libérée rend la prothèse plus agréable à porter. Elle permettra de porter un plus grand choix de vêtements. L'adhérence sera d'autant plus appréciable pour les femmes qui ont une poitrine généreuse, celles souffrant d'un lymphœdème ou encore pour les femmes opérées d'une mastectomie bilatérale.

(2) *Les différents modèles des prothèses adhésives*

Pour AMOENA, les prothèses mammaires standards et techniques non adhésives peuvent devenir des prothèses adhésives grâce à un « *Contact Multi* ». C'est un support en silicone qui a les mêmes caractéristiques que la face interne d'une prothèse adhérente « standard ». Cependant, il adhère sur ses deux faces. Un côté se fixe sur la face interne des prothèses non adhésives et l'autre face sur le thorax.

Grâce à ce principe, les femmes opérées ont la liberté de choisir si elles souhaitent porter leur prothèse directement sur la peau ou si elles préfèrent la poser dans leur soutien-gorge. Elles pourront varier l'utilisation selon leurs activités.



Figure 24 :
AMOENA : CONTACT
COMFORT+

Il existe également la prothèse « contact confort » avec une technologie qui lui permet de rester en place. (Figure 24)

ANITA, propose une prothèse adhérente, la **Valance Vario** 1052XV. Celle-ci peut être appliquée avec ou sans coussinet qui permet la régulation de la transpiration.

(3) L'application

La patiente doit être avertie que l'adhérence peut varier d'une personne à une autre. Les facteurs influents sont, le modèle de soutien-gorge porté, le type de peau et de sueur, l'hygiène, les traitements médicamenteux ingérés ainsi que l'activité pratiquée. Il faut savoir que la patiente bénéficie d'une période d'essai de 3 mois durant laquelle la prothèse auto-adhérente est échangeable.

Il est également important de préciser à l'utilisatrice de la prothèse au moment de la délivrance, que plus une prothèse est portée, plus elle adhèrera correctement à son buste. L'entretien de la prothèse et de la peau sont également des facteurs à prendre en compte pour la bonne adhérence de la prothèse.

Il est conseillé pour une adhérence optimale de :

- Nettoyer sa peau en profondeur
- Hydrater sa peau tous les jours pour en prendre soin et l'adoucir
- Appliquer une lotion spécifique avant la pose de la prothèse. Cela permet de nettoyer la peau et d'augmenter le pouvoir d'adhérence des prothèses.
- Faire un nettoyage quotidien de la prothèse.

Appliquer la prothèse

Il est important de montrer à la patiente comment appliquer sa prothèse. Il y a plusieurs étapes à respecter pour une application optimale et confortable de celle-ci.

Dans un premier temps, mettre le soutien-gorge en place seulement sur le sein non opéré. Pour le côté du sein opéré, sortir le bras de la bretelle et se pencher en avant. Placer ensuite la prothèse dans le bonnet du soutien-gorge à l'aide de la main qui se trouve du côté du sein opéré. (Figure 25)

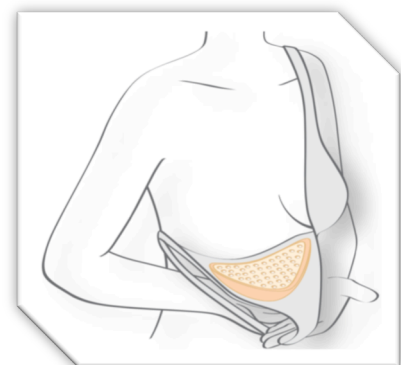


Figure 25

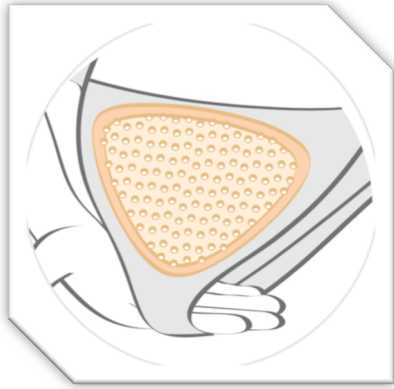


Figure 26

S'assurer alors que la prothèse est bien en place dans le bonnet. La pointe de la prothèse doit se situer à la jonction de la bretelle. (Figure 26)

Ensuite, appuyer sur la prothèse à l'aide de la main libre pour qu'elle trouve parfaitement sa place dans le bonnet. Remonter la bretelle. Une fois la prothèse bien placée, appuyer dessus pour qu'elle tienne convenablement. (Figure 27)



Figure 27

Si la prothèse est mal placée, recommencer toute les étapes pour réajuster.

Retirer la prothèse

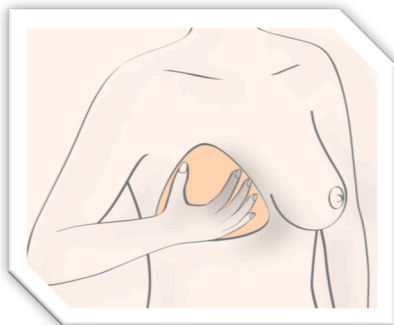


Figure 28

Placer une main sur la prothèse et se pencher en avant pour que tout le poids de celle-ci soit basculé dans la main. (Figure 28)

Ensuite, décoller la prothèse en commençant par la partie qui est la plus éloignée de la cicatrice.

Il est important de préciser à la patiente de manier la prothèse avec précaution et de faire attention si elle a des ongles longs. En effet, la partie externe est très fragile et risquerait d'être endommagée.

Après avoir retiré la prothèse, il faut procéder à un nettoyage quotidien de celle-ci.

(4) Comment l'entretenir ?

La prothèse adhérente se nettoie quotidiennement à l'aide d'une brosse prévue à cet effet selon un protocole établi par AMOENA (Figure 29) :

- Humidifier la brosse spécifique puis répartir 3 gouttes de solution nettoyante sur la surface adhérente encore sèche
- Brosser fermement la surface adhérente pendant 1 à 2 minutes, avec des mouvements circulaires
- Il est important de rincer abondamment à l'eau tiède à l'aide de la brosse
- Laisser sécher à l'air libre ou avec un sèche-cheveux à faible température.

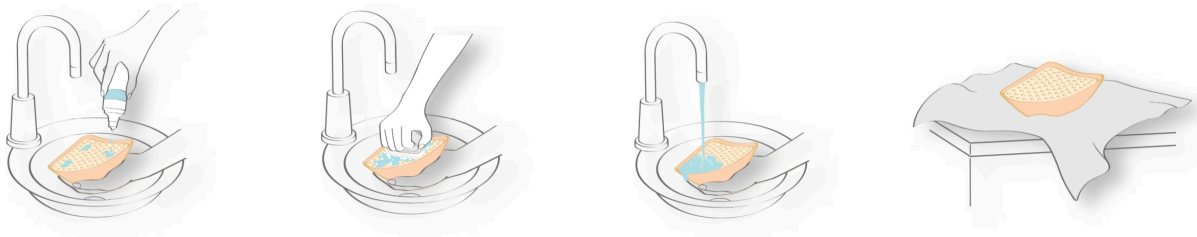


Figure 29 :
Nettoyage de la prothèse de contact
AMOENA

d) Les points communs de chaque prothèse

Les prothèses en silicone, qu'elles soient standards ou techniques, sont conçues de façon à avoir le même poids et la même apparence que le sein restant. Elles existent avec des formes et des galbes différents pour s'approcher le plus possible de la forme naturelle du sein (Figure 30). Chaque femme est différente et chaque opération et cicatrice laissée est propre à chacune. C'est pour cela que pour chaque prothèse, différentes densités et différente association de gels de textures sont utilisées pour un rendu visuel et tactile naturel. (Cf Annexe 5)



Figure 30 : Différents galbes
AMOENA

La reconstruction de l'image corporelle après une mastectomie est très importante. Pour cette raison les prothèses sont disponibles en plusieurs couleurs de peau ; claire et foncée. La différence avec le sein reste minime et permet à la femme opérée, de pouvoir intégrer son sein plus rapidement et de se sentir bien en le portant. C'est également le cas pour les mamelons qui existent en quatre teintes et en trois tailles différentes.

Comme vu au cours du chapitre précédent, nous ne sommes pas toujours dans le cas de mastectomies totales. Il y a la tumorectomie, une zonectomie ou encore des cicatrices asymétriques. C'est pourquoi, il existe également des prothèses partielles et des prothèses asymétriques pour répondre au besoin de chaque femme opérée et se rapprocher au maximum du sein ou de la partie du sein amputé.

C. Bien accueillir une patiente à l'officine pour le choix de sa prothèse mammaire

1. Comment accueillir la patiente ?

Pour réaliser un bon rendez-vous de prothèse mammaire, il faut le préparer en amont afin d'être opérationnel et efficace. La fiche de la patiente doit être sortie, ainsi que les catalogues et les accessoires nécessaires. Le pharmacien en charge du rendez-vous avertit alors l'équipe officinale afin de ne pas être dérangé, au cours de celui-ci. Il est important que la patiente se détende et qu'elle ne sente pas limitée par le temps. En effet, il faut prévoir un minimum de 45 minutes à 1 heure pour un premier rendez-vous. Pour les rendez-vous de renouvellement, 30 minutes peuvent être suffisantes mais tout dépendra des demandes de la patiente.

Il faut dans un premier temps apprendre à connaître la patiente, la connaître d'un point de vue médical, bien sûr, puisque sa pathologie permettra d'orienter le choix de prothèses.

Il faudra également connaître son histoire, afin de mesurer l'état psychologique de la patiente : quelle relation entretient-elle avec son corps ? A-t-elle fait le deuil de son sein ? Peut-elle parler facilement de son sein manquant ? Arrive-t-elle à se dévoiler ? Autant de questions qui permettront au pharmacien d'adapter son discours.

Mais il faudra également la connaître sur le plan physique. A-t-elle subi une mastectomie totale ou partielle ? Sa cicatrice est-elle lisse ou boursouflée ? A-t-elle une poitrine généreuse ou au contraire assez petite ?

2. Un espace dédié, spécialisé et confidentiel

Pour les raisons évoquées précédemment, il est donc important d'accueillir la patiente dans un espace dédié uniquement aux prothèses mammaires. Un endroit confidentiel, à l'abri des regards. En plus d'être confidentiel, il est préférable que cet endroit soit agréable.

En effet, la plupart du temps, la patiente sort du monde médical et de l'hôpital où elle n'a pas forcément passé d'agréables moments. Un endroit chaleureux sera donc approprié.

Il faut prévoir de quoi s'asseoir confortablement afin de discuter paisiblement. Il faut également prévoir une table pour y présenter les documents, prothèses, lingerie...

Le choix d'être accompagnée ou non doit être laissé à la patiente. Pourtant, dans un premier temps, il est préférable que l'accompagnant reste en dehors puisque ce rendez-vous, intime, est souvent chargé en émotions. Il est important que la femme n'ait pas de retenue et puisse s'exprimer sans filtre.

3. Un personnel formé : notion de connaissances et de compétences

Certaines femmes, après une opération d'un cancer du sein, ne seront pas prêtes à regarder ce corps modifié qu'est devenu le leur. Elles n'auront pas intégré la partie manquante de leur corps. Elles sont touchées dans leur féminité, dans leur intégrité et ne souhaitent pas se montrer ainsi.

C'est pourquoi, il est indispensable que le pharmacien qui s'occupe de ces femmes, ait des connaissances sur le sujet mais aussi sur la sensibilité du sujet. En effet, le plus souvent après une telle épreuve, la confiance en soi est faible. Il faut donc qu'en face d'elle, la patiente trouve une personne compétente. Une personne qui pourra la rassurer, l'orienter, la réconforter...

Cette personne devra donc posséder une parfaite connaissance des solutions post-mastectomies et des techniques d'application pour trouver la taille, le galbe adapté à la

morphologie de chacune des patientes, mais il faudra surtout qu'elle soit à l'écoute de ses situations, de ses besoins, de ses envies, pour ensuite lui proposer un choix de prothèses compatibles avec ses exigences.

Pour cela il est important de lui consacrer le temps nécessaire pour trouver la prothèse la plus adaptée, de laisser le temps nécessaire à la patiente pour qu'elle s'accepte avec cette prothèse.

Le pharmacien d'officine se doit de lui montrer du respect pour ses choix, du respect pour son intimité si celle-ci ne souhaite pas se montrer nue, du respect pour le temps dont elle aura besoin pour qu'une confiance s'installe entre eux.

D. La prise de mesure et les essayages

1. Avant l'essayage – Discuter et poser les bonnes questions

a) Pour une femme nouvellement opérée

Il est important dans un premier temps de mettre la patiente à l'aise. Il faudra commencer à lui poser des questions afin de cibler ses envies, ses craintes et ses appréhensions.

Savoir comment se passe pour elle la perte de son sein, est important. Est-elle prête à recevoir une prothèse mammaire ? Ou au contraire est-elle inquiète et déstabilisée ? Ou encore se situe-t-elle dans le déni complet de sa maladie ?

Il faut également connaître la date de son opération et le niveau de cicatrisation, qui orienteront le choix de la prothèse. Il sera obligatoire de connaître les activités qu'elle pratique, afin d'ajuster le modèle de prothèse. Cette discussion amènera un climat de confiance, qui permettra d'adapter au mieux le choix du modèle. Pour terminer, il sera important d'expliquer à la patiente, le déroulement de ce rendez-vous. Cela lui permettra de se projeter avec moins d'appréhension.

Même, si le premier rendez-vous n'aboutit pas au choix d'une prothèse - la patiente est le plus souvent fermée - il aura permis de cerner son profil, de connaître ses craintes et ses souhaits. Elle partira avec toutes les informations nécessaires pour revenir à un

moment plus propice pour elle. Il est indispensable que la patiente se sente en confiance et écoutée.

b) Pour un renouvellement de prothèse

Pour un renouvellement de prothèse, dans la plupart des cas, les femmes ont une meilleure acceptation de ce nouveau corps. Les rendez-vous sont donc plus faciles puisque la femme connaît et sait ce qui l'attend. Aussi, elle a porté sa prothèse pendant plusieurs mois et par conséquent sait ce qui lui a correspondu ou non, ce qu'elle souhaite modifier ou garder.

Il est toutefois important de continuer à prendre son temps et à l'écouter. Tout comme au premier rendez-vous, un temps d'écoute est indispensable.

Il faut se renseigner sur le modèle de prothèse qu'elle porte actuellement. Se sent-elle bien avec ? Si oui, qu'est-ce qui lui plaît. Si non, qu'est-ce qui la gêne ? Il faudra rechercher ce qu'elle désire en plus ou en moins pour la nouvelle prothèse.

Au niveau de la lingerie : Est-elle satisfaite de sa lingerie actuelle ? Quel genre de soutien-gorge porte-elle ? Avec ou sans armature ? Paddé ou non ?

Sans penser à la prothèse, quel genre de lingerie aime-t-elle ?

Que cela soit pour un premier rendez-vous, ou pour un renouvellement, la prise de mesure est semblable.

2. La prise de mesure

a) Trouver la taille du soutien-gorge

Pour trouver la taille du soutien-gorge, il faut dans un premier temps mesurer le tour de buste complet, en dessous de la poitrine. Il faut prêter attention au positionnement du ruban pour qu'il soit bien à plat.

La femme doit se maintenir les bras le long du corps avec une respiration normale.

Ensuite, prendre le demi-tour de poitrine. Cette mesure se prend en partant du sternum, en passant sur le mamelon et en s'arrêtant dans le dos au niveau de la colonne vertébrale. Il faut prendre cette mesure du côté du sein non opéré. Une fois la mesure faite en centimètres, la multiplier par deux. (Figure 31)

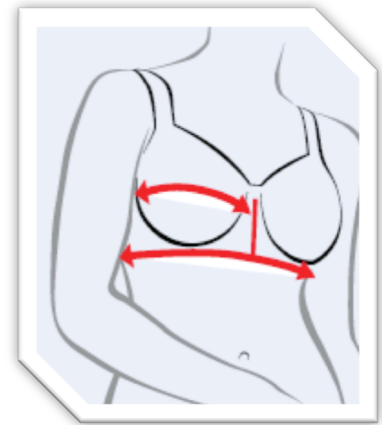


Figure 31 - AMOENA

Ces mesures se prennent avec un soutien-gorge adapté à la patiente. Pour finir, on se reporte au tableau de correspondance pour définir la taille et la profondeur du bonnet. (Cf Annexe n°6)

b) Déterminer la taille de la prothèse

Une fois la taille du bonnet et le tour de buste déterminés, se reporter au tableau ci-dessous (Figure 32). Sur la ligne du bonnet, on repère la taille, et à partir de là, on descend verticalement pour trouver la taille de la prothèse.

amoena		1: Taille de soutien-gorge														
BONNET	Taille de soutien-gorge															
AA	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135				
A	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135			
B			80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135		
C				80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135	
D					80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	
E						80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	
F							80	85	90	95	100	105	110	115	120	
G								75	80	85	90	95	100	105	110	115
taille de la prothèse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	

2: Taille du Bonnet

3: Taille de la prothèse

Figure 32 - AMOENA

c) Choisir la prothèse appropriée à la forme et le galbe du sein

Une fois la taille de la prothèse déterminée, il faudra choisir la forme la plus appropriée à la forme et au galbe de sein de la patiente. (Cf Annexe n°5)

3. Essayage de la prothèse choisie

a) Faire essayer la prothèse choisie

Il est important de vérifier que la prothèse choisie correspond bien à la morphologie et aux souhaits de la patiente. Pour vérifier cela, le mieux est l'essayage de la prothèse.

Cet essayage peut se faire lors du premier rendez-vous si la prothèse choisie pour la patiente est en stock à la pharmacie et si la patiente est prête pour ce premier essayage. Sinon, un deuxième rendez-vous peut être fixé lorsque la patiente sera prête.

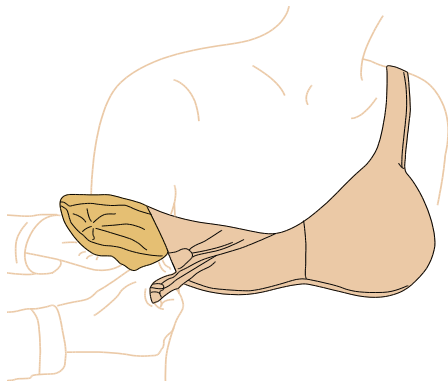


Figure 33 - AMOENA

Pour ce faire, installer un soutien-gorge ajusté à la bonne taille, à la patiente. Insérer la prothèse dans la poche prévue à cet effet dans le soutien-gorge. (Figure 33)

Puis vérifier que la prothèse est bien positionnée. (Figure 34)

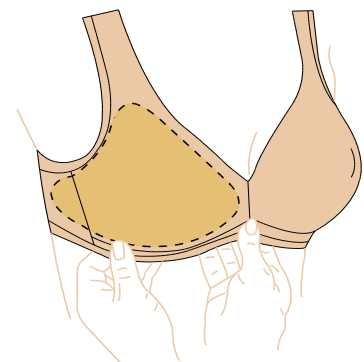


Figure 34 - AMOENA

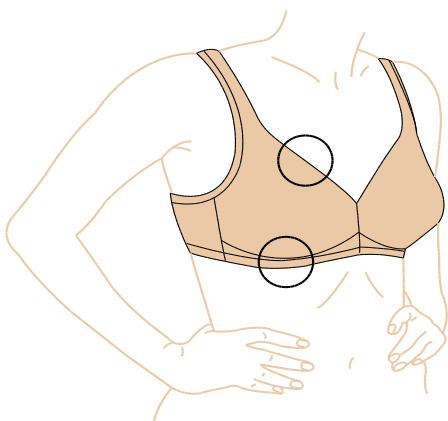


Figure 35 - AMOENA

Ensuite, il faut vérifier que la prothèse remplisse correctement le bonnet, en haut et en bas. Mais il ne faut pas que celle-ci dépasse du bonnet.

Puis on vérifie la forme générale. (Figure 35)

Une fois la prothèse correctement en place, il faut régler les bretelles du soutien-gorge pour que les mamelons soient symétriques. Pour vérifier cette symétrie, mesurez à l'aide d'un mètre ruban l'espace du mamelon au creux sternal. Les deux mesures doivent être identiques. (Figure 36)

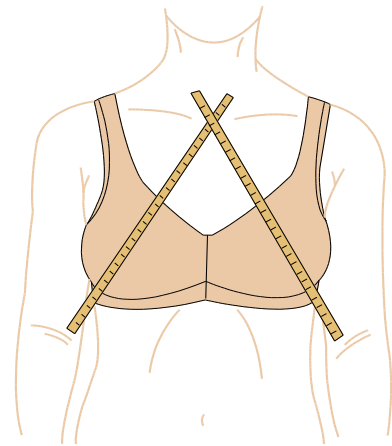


Figure 36 - AMOENA

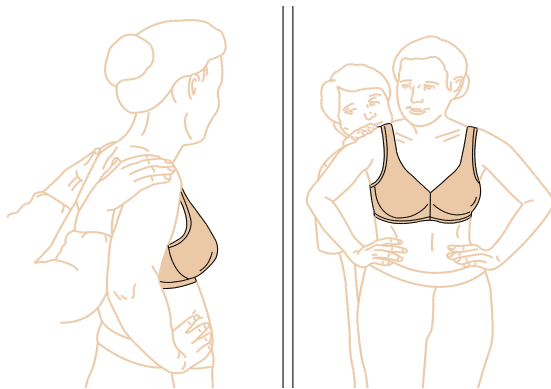


Figure 37 - AMOENA

Une fois ces ajustements réalisés, on montre le résultat à la patiente dans le miroir (Figure 37), dans un premier temps en soutien-gorge, puis avec un T-shirt ou un vêtement près du corps dans un coloris clair et uni. Le fait de faire un essayage avec un T-shirt permet à la patiente de se rendre compte du rendu très naturel de la prothèse.

A la fin de l'essayage, il est important d'expliquer le choix retenu à la patiente. Il ne faut pas qu'elle ait l'impression que la prothèse lui a été imposée.

Il est important de lui donner quelques conseils pratiques. Comme la mise en place de la prothèse dans le soutien-gorge, des conseils d'entretien de celle-ci et également de l'entretien de la lingerie.

Il est préférable de proposer un rendez-vous d'accompagnement à la patiente un mois plus tard. Il est important que la patiente se sente soutenue et suivie. Ce second rendez-vous permettra de faire un premier bilan. La patiente pourra faire part de ses inquiétudes, de ses interrogations et le pharmacien d'officine réfléchira avec elle à des solutions plus adaptées.

b) Les caractéristiques d'un soutien-gorge adapté aux prothèses mammaires

Pour toute application de prothèse, il est très important d'avoir un soutien-gorge adapté à sa morphologie. Celui-ci doit avoir un bon maintien et être confortable.

80% des femmes⁵⁶ portent des soutiens-gorge mal adaptés. En tant que professionnel, nous devons vérifier que le soutien-gorge de la patiente lui convienne parfaitement, puisqu'un soutien-gorge mal adapté, maltraite la poitrine provoquant des pincements, des douleurs, des frottements et des maux de dos.

Pour chaque délivrance de soutien-gorge, il est important de vérifier que la bande sous-poitrine ne serre pas ou ne soit pas trop lâche.

Il faut s'assurer que le sein est correctement maintenu dans le bonnet et que celui-ci le remplisse en totalité. Si ce n'est pas le cas, le bonnet montrera des plis. Le bonnet doit entourer la poitrine sans creuser.

La longueur des bretelles doit être vérifiée régulièrement et ajustée si nécessaire. L'ajustement des bretelles est essentiel pour corriger le positionnement des seins.

Si la fermeture arrière comporte trois rangées de crochets, sélectionnez la position du milieu. S'il y a quatre rangées, utilisez également la seconde. Laisser un doigt d'aisance.

Il est important de prendre les mesures régulièrement puisque le sein évolue constamment. La durée de vie d'un soutien-gorge dépend de la fréquence avec laquelle il est porté et lavé. En moyenne, il est nécessaire de le remplacer tous les 9 à 12 mois.

4. Les plus...

a) Conseils à la délivrance d'une prothèse mammaire externe

Il est important d'expliquer à la patiente qu'il est possible dans les premiers temps qu'elle ne se sente pas immédiatement à l'aise avec sa prothèse. Lorsque celle-ci aura épousé ses formes au plus près de son buste, cette sensation de gêne va disparaître. Une fois par an, il est recommandé de faire vérifier l'adaptation de la taille de la prothèse auprès du pharmacien orthopédiste.

Pour garantir une bonne compréhension des gestes de nettoyage de la prothèse, le pharmacien montrera comment nettoyer la prothèse et fera nettoyer la prothèse de démonstration afin que ces gestes, qui devront être quotidiens soient bien assimilés.

b) Entretien sa prothèse

Toutes les prothèses se lavent quotidiennement à l'aide des lotions spécifiques ou d'un savon doux et de l'eau. Les prothèses standard ou techniques non adhérentes se lavent sans brosse, alors que le nettoyage des prothèses adhérentes se fera à l'aide d'une brosse prévue à cet effet. Il est important de prendre soin de sa prothèse pour qu'elle ait une bonne tenue dans le temps.

E. Réglementation – Selon la Haute Autorité de Santé^{57 et 58}

1. Les conditions de prescription d'une prothèse mammaire externe

a) La qualité du prescripteur

Les prothèses mammaires externes peuvent être prescrites par le chirurgien réalisant la mastectomie, ou tout médecin en relation avec la patiente en ce qui concerne sa pathologie y compris le médecin traitant.

b) Modalité de prescription

Il existe un modèle de prescription spécifique qui permet de cerner au mieux les besoins de la patiente. L'ordonnance établie déterminera les indications médicales pour le choix d'une prothèse standard ou technique.

Le modèle de prescription (Cf *Annexe n°7*) est disponible sur le site de l'assurance maladie : www.ameli.fr.

En voici un extrait :

« L'avis de projet prévoit un modèle de prescription. La Commission souligne qu'il appartient au médecin de remplir le modèle de prescription, afin que la patiente puisse

bénéficiaire de la prothèse la plus appropriée. En l'absence de modèle de prescription, le décideur prévoit la délivrance d'une prothèse en silicone standard. En l'absence de caractéristiques techniques communes permettant de différencier les prothèses mammaires externes en silicone, il appartient à l'industriel de définir si la prothèse qu'il commercialise relève de la catégorie de prothèse en silicone « standard » ou prothèse en silicone « technique ». L'avis de projet prévoit que le distributeur propose la prothèse mammaire la plus appropriée, en fonction des informations renseignées par le prescripteur sur l'ordonnance standardisée. »

Le modèle de prescription des prothèses mammaires externes permet de renseigner, pour chaque sein opéré :

- la date de la prescription en cours
- l'identité, la date de naissance et 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 PME
- la date de la mastectomie
- le caractère partiel ou total de la ou des mastectomie(s)
- les symptômes que peut (ou non) présenter la femme mastectomisée
- si la peau est fragilisée par une radiothérapie
- si la cicatrice est hyperesthésique
- si la patiente présente des adhérences cicatricielles
- si la qualité de la cicatrice est irrégulière
- s'il y a présence ou risque d'œdème ou de lymphœdème
- si la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales
- si la patiente est sujette à des bouffées de chaleur, à une hypersudation.

Pour qu'elle soit valide, l'ordonnance doit comporter toutes les indications du document en annexe. Celle-ci aboutit à la prescription d'une prothèse mammaire externe adaptée au cas personnalisé de la patiente et à ses besoins.

En d'autres termes, si aucune des cases de la rubrique « Symptômes présentés par la personne » n'est cochée, une prothèse standard sera délivrée à la patiente. Si au moins une case est cochée, une prothèse technique sera délivrée. Cependant, si la femme opérée souhaite avoir une prothèse technique cela reste possible au dépend d'un reste à charge pour la patiente (*Cf paragraphe suivant*).

2. La prise en charge des prothèses mammaires externes

Depuis le 1^{er} Mai 2016, la prise en charge des prothèses mammaires a changé.

Pour les prothèses transitoires, la prise en charge est complète. Celles-ci coûtent 25€ et le prix limite de vente est de 25€. Il n'y a donc pas de reste à charge pour les patientes.

L'Haute Autorité de Santé (HAS) annonce, « une prothèse mammaire transitoire peut être prescrite dès que la mastectomie a eu lieu. Cette prise en charge peut également intervenir ultérieurement durant un traitement par radiothérapie. »

Pour les prothèses mammaires en silicone standard, la prise en charge est également complète. Celles-ci coûtent 180€ et le prix limite de vente est de 180€. Il n'y a donc pas de reste à charge pour les patientes.

Une prothèse mammaire externe en silicone standard peut être prise en charge en fin de période de cicatrisation, après un délai minimum de 2 mois après l'intervention.

Pour les prothèses mammaires en silicone technique adhérentes ou non-adhérentes, la prise en charge est également complète. Depuis le 1^{er} Avril 2019, celles-ci coûtent 233,44€ et le prix limite de vente est de 233,44€. Il n'y a donc pas de reste à charge pour les patientes.

Toutefois, la patiente a la liberté de choisir une prothèse technique même si celle-ci ne présente aucun des symptômes aboutissants à la prescription d'une prothèse technique. Si une prothèse technique correspond mieux à ses attentes et que la patiente estime que ses caractéristiques répondent mieux à sa qualité de vie et à son confort, celle-ci pourra en bénéficier avec une participation financière maximum de 53,44€. (Cf Annexe 8)

Le renouvellement

S'il n'y a pas de complications de la chirurgie, pour toute prothèse mammaire en silicone, le premier renouvellement est possible dès la fin du 12^{ème} mois de prise en charge. Les renouvellements ultérieurs se feront dans un délai minimum de 18 mois. Il est important de rappeler que pour tout renouvellement, une nouvelle ordonnance est obligatoire.

Il est cependant possible que dans les 14 mois qui suivent la mastectomie, des évolutions importantes de la pathologie - comme une sensibilité de la peau due aux effets de la radiothérapie, l'état des cicatrices, une prise ou une perte de poids associées aux traitements hormonaux - puissent se déclarer. Ici, si la première prise en charge a lieu dans les 14 mois qui suivent la mastectomie, alors le renouvellement d'une prise en charge de prothèse mammaire externe en silicone peut intervenir dès la fin du 12^{ème} mois de prise en charge. Les renouvellements ultérieurs se feront comme dans le cas classique, c'est-à-dire dans un délai minimum de 18 mois, sur présentation d'une nouvelle ordonnance.

Par contre, un renouvellement anticipé reste possible mais devra faire l'objet d'une demande d'accord préalable du médecin prescripteur, à l'organisme de sécurité sociale. « 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 et renseigné 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. »

3. Les conditions de délivrance d'une prothèse mammaire externe

Selon le journal officiel d'Avril 2016, les modalités de délivrance d'une prothèse mammaire externe sont les suivantes :

- Une **délivrance** adaptée à la prescription et aux attentes de la patiente.

« Le rôle du distributeur est d'adapter la délivrance de la prothèse mammaire externe en fonction des renseignements de l'ordonnance du médecin. Il a également pour rôle de suivre la bonne adéquation du dispositif médical dans le temps compte tenu des évolutions physiques, de mode de vie et du ressenti de son utilisatrice. »

- Un **choix** de prothèses parmi les catégories de prothèses mammaires externes ci-dessous :

« **Prothèse transitoire** : Si l'antériorité de l'opération est inférieure à 2 mois et/ou si la cicatrisation est en cours et/ou si la peau est fragilisée lors d'une radiothérapie.

Prothèse en silicone standard : En fin de période de cicatrisation (après un délai minimum de 2 mois après la mastectomie) ; et si les réponses sont négatives pour l'ensemble des items « symptôme » du modèle de prescription (en dehors du point relatif à la fragilisation de la peau en cas de radiothérapie permettant la prescription d'une prothèse transitoire) ; ou si l'ordonnance de prescription n'est pas conforme au modèle de prescription.

Prothèse en silicone technique (non adhérente ou adhérente) : si l'on compte au moins une réponse positive pour les items « symptôme » du modèle de prescription (en dehors du point relatif à la fragilisation de la peau en cas de radiothérapie conduisant à la délivrance d'une prothèse transitoire), ... - ... et concernant la prothèse en silicone technique de type non adhérente - en fin de période de cicatrisation (après un délai minimum de 2 mois après la mastectomie) ; - ... et pour la prothèse en silicone technique de type adhérente : - si l'antériorité de l'opération est supérieure à 14 mois, et - si la phase de cicatrisation est terminée ; et - si la cicatrice n'est pas hyperesthésique. »

- Il est recommandé une **formation** spécifique du distributeur
« Le distributeur doit disposer d'une compétence d'orthopédiste - ou doit pouvoir justifier de l'attestation d'une formation reconnue et validée en matière de délivrance de prothèses mammaires externes. Cette formation 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, sans numéro RPPS et 20 heures pour les professionnels de santé possédant un numéro RPPS, dispensés de certains modules. »

- Le distributeur doit disposer d'un **échantillonnage** de chaque type de prothèses externes
« Le distributeur doit disposer d'un choix large de prothèses mammaires externes pris en charge par la liste des produits et prestations remboursables (transitoires, silicones standards, silicones techniques de modèles variés, dont prothèses adhérentes...), et d'un éventail de formes et de tailles de ces dernières. »

- Le **local** adapté à la délivrance de prothèse
« 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 fournir à la patiente un **support écrit** comportant les conseils d'utilisation de la prothèse externe délivrée.

- Echelonnage des **rendez-vous**

« La première visite de la patiente au distributeur, destinée 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. »

F. Conclusion de la seconde partie

Nous avons dans cette partie, mis en évidence l'importance du rôle du pharmacien d'officine dans la délivrance des prothèses mammaires. Effectivement, après l'épreuve de la mastectomie, les femmes, le plus souvent anéanties par cette difficile épreuve, souhaitent retrouver une image « acceptable » de leur corps.

La décision d'utiliser une prothèse mammaire externe est personnelle. Le pharmacien en alliant, bienveillance, compassion et professionnalisme, permettra à la patiente d'orienter son choix vers la solution la mieux adaptée devant les choix multiples de prothèses, lui permettant ainsi de répondre à ses désirs, ses besoins, ses activités.

Afin que le pharmacien d'officine comprenne parfaitement le psychisme de la femme ayant subi une mastectomie, nous étudierons maintenant l'impact psychologique du cancer du sein sur les femmes qui le subissent.

En outre, connaître et comprendre l'impact psychologique de cette maladie sera indispensable au pharmacien d'officine lorsqu'au comptoir, il aura face à lui une personne atteinte d'un cancer quel qu'il soit.

PARTIE III

L'IMPACT
PSYCHOLOGIQUE DU CANCER

III. L'impact psychologique du cancer

« Nous ne sommes pas nous-mêmes lorsque la nature, opprimée, commande à l'esprit de souffrir avec le corps. »

William Shakespeare

A. « L'image du corps » de la femme

1. Définition

L'image du corps est un concept qui date de 1935. Celui-ci a été fondé par P. SCHILDER, psychiatre et psychanalyste autrichien qui la définit comme « la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps ». Il ajoute que « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». ⁶⁰

En d'autres termes, l'image du corps est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, comment on le perçoit, comment on le sent, comment on se trouve. La façon dont on l'aime et la façon dont on imagine que les autres le voient.

2. L'image du corps après un acte chirurgical mutilatoire

Les troubles de l'image corporelle induits par le cancer et ses thérapeutiques mutilantes vont engendrer une blessure tant physique que narcissique chez les patientes. En effet, les traitements du cancer sont dans la plupart des cas invasifs et agressifs ce qui va entraîner chez la patiente une métamorphose de son corps et de l'identité qu'elle se fait de son corps.

Le cancer peut changer l'apparence, de façon temporaire ou permanente. Certaines personnes prennent ou perdent du poids. La chimiothérapie fait tomber les cheveux et les poils. Les chirurgies sont parfois mutilantes et laissent des cicatrices.

A la suite de ces épreuves, la patiente est contrainte de se voir différemment. Le regard qu'elle porte sur son corps va changer le regard d'autrui et l'interprétation qu'elle se fera de ce regard sera le plus souvent douloureux.

La patiente se retrouve confrontée à différentes difficultés que chacune abordera à sa manière. Il faut accepter la mutilation et le fait de se voir mutilée. La mutilation est une castration, c'est-à-dire que la patiente perd quelque chose qui la rendait puissante et dans le cas du cancer de sein, sa féminité. A la suite de cette castration, la patiente est affaiblie, différente. L'intégrité narcissique et la relation à son corps seront bouleversées. En effet, la mutilation a attaqué l'image de la patiente, l'amour et l'estime qu'elle avait pour elle. L'image de soi sera alors dégradée.

La chirurgie mutilatoire a enlevé une partie importante de la construction que la patiente avait fait d'elle-même et de son identité. C'est pour cela que chaque patiente n'a pas la même capacité de faire le deuil de « l'avant », c'est-à-dire le deuil de ce corps non mutilé, de ce corps sain sans cicatrice, ce corps entier, un corps féminin et beau !

Après avoir établi une définition de l'image du corps et sa représentation modifiée à la suite d'une chirurgie mutilatoire, nous allons nous pencher sur l'impact du cancer sur le psychisme de la patiente opérée.

B. L'impact du cancer sur le psychisme

1. La psychologie du patient

Le mot « *trauma* » vient du grec et signifie « *blessure* ». Nous percevons dans cette définition, les aspects soudains, brutaux et intenses de l'annonce du cancer du sein. L'annonce du cancer est traumatisante, ce mot fait peur, il est vaste et fait remarquer au patient qu'il est mortel.

Il est difficile de dire qu'un évènement ou une situation est traumatisant en soi. En effet, un même évènement peut être traumatisant pour une personne mais pas pour une autre. Tel évènement sera traumatisant chez une personne aujourd'hui, mais ne l'aurait pas obligatoirement été hier dans d'autres circonstances. C'est ainsi que nous

comprenons que l'effet négatif d'un traumatisme est, non seulement lié à l'intensité de l'évènement, mais aussi à son intensité subjective.

La femme opérée du sein, passe par différentes phases quel que soit son parcours de soins. Pour chaque patiente, les phases seront toutes présentes même si le degré de ressenti de chaque phase est différent pour chacune d'elles.

Les cinq étapes importantes du processus de deuil ont été décrites par E. KÜBLER-ROSS, psychiatre et écrivain.⁶¹ Ce sont des états émotionnels, des mécanismes de défense contre une situation qui est insupportable. Ce ne sont pas obligatoirement des phases successives, mais elles vont et viennent suivant l'état psychologique de la personne et de l'évolution de la maladie.

2. Les cinq étapes importantes du processus de deuil

a) Le refus

La phase de refus regroupe le choc et le déni.

Le plus souvent, après l'annonce, la patiente est en état de choc. Cela peut aller de la surprise à l'angoisse. L'intensité du choc varie selon les expériences de la patiente et la conception qu'elle se fait de la maladie.

Ensuite vient la phase de déni qui est un mécanisme de défense contre l'angoisse. La patiente rejette inconsciemment une menace de destruction pour elle. Ce déni va lui permettre d'appivoiser la menace de mort.

Pendant cette phase de refus, certaines patientes vont continuer à travailler, refuser les soins et les traitements. D'autres vont consulter plusieurs professionnels de santé en espérant que le précédent se soit trompé. D'autres femmes encore, pourront cacher le pronostic à leur entourage.

b) La colère

Le déni laissera la place à un sentiment d'irritation : la colère. En effet, la patiente se plaint, se montre hostile et opposante devant le soignant. Ce comportement traduit l'angoisse qui l'habite.

Il faut savoir que cette colère du patient n'est pas dirigée vers le soignant en lui-même, mais vers ce que le soignant représente.

Cette phase est une évolution nécessaire. La patiente montre ainsi que la maladie est une réalité bien présente pour elle.

c) La négociation

La patiente prend alors conscience qu'elle va peut-être mourir. Elle pense avoir encore un peu de temps devant elle et demande du répit face au temps qu'il lui reste à vivre. Elle souhaite mettre une distance entre elle et la mort.

d) La dépression

La dépression est une phase de tristesse intense. En effet, la patiente ne veut plus lutter. Elle s'isole et ne souhaite plus voir personne. Elle refuse de parler.

Ses préoccupations sont internes et existentielles. Elle se retrouve seule, face à sa souffrance. Elle pense à la mort.

Il existe deux types de dépressions :

- La dépression réactionnelle : la patiente déplore les pertes vécues et ses regrets. Elle a besoin d'échanges
- La dépression de préparation : elle est silencieuse. La patiente se désole de ce qu'il est sur le point de lui arriver.

La dépression est une étape nécessaire qui permettra d'arriver à l'acceptation.

e) L'acceptation

La tristesse laisse place à l'apaisement : la patiente se montre calme et détachée. Ce n'est pas une étape heureuse, mais une étape de repos, souvent vide de sentiment.

La maladie a trouvé sa place dans la vie de la patiente et la patiente a trouvé la place de sa maladie.

Elle prend conscience de ce qu'elle peut attendre des soignants et de leurs limites.

Il est possible que certaines patientes n'arrivent pas à accepter leur maladie. Elles peuvent passer directement à un état de résignation. C'est souvent lorsqu'il y a des complications sévères que les patients se réfugient dans une attitude résignée face à cette maladie « toute-puissante ». Ces patientes subissent leur maladie comme un destin.

Maintenant que nous connaissons les cinq étapes de l'acceptation de la maladie, nous allons détailler l'état psychologique de la patiente lors des trois temps forts d'un cancer. Le temps de l'annonce, le temps des traitements puis le temps de l'après-maladie.

C. Les différentes étapes lors d'une maladie

1. Le temps de l'annonce

Le temps de l'annonce de la maladie est un véritable traumatisme pour les patientes. Le mot cancer choque. Il dérange. Il est cet intrus étranger, inquiétant, invisible et sournois. Le mot cancer fait peur, il suscite la pensée d'une mort potentielle.

Cette annonce est une cassure dans l'idée que se faisait la personne de sa vie. Le choc est aussi brutal qu'inattendu. Cette annonce, si violente et si intense, entraîne un vacillement psychique chez le malade, comme si la personne éclatait en mille morceaux. Elle est sidérée, elle est en état de choc donc incapable de penser. Ici, la vie bascule et rien ne sera plus comme avant.

Avant l'annonce de la maladie, la patiente sait que l'humanité a une fin, mais pour elle, cette fin est un horizon lointain et inimaginable. Après l'annonce, la finitude humaine devient possible et bien réelle.

Cependant, cette sidération va retomber peu à peu, ce qui permettra au malade de pouvoir commencer à laisser la place à un important travail psychique pour accepter et vaincre la maladie. Ce travail est personnel et différent pour chaque personne. Chacune aura ses propres mécanismes de défense :

La dissociation, permet à la personne de se détacher d'une réalité interne ou externe douloureuse, voire insupportable. En effet, le cancer est un inconnu, un étranger qui habite en soi. Par ces phénomènes de dissociation, la patiente va ressentir l'évènement comme s'il n'était pas réel, comme si elle était spectatrice de sa maladie et de son corps.

Puis vient la phase de **l'isolation** et du **détachement**, tout se passe comme si les affects étaient bloqués. En effet, face à l'annonce de la maladie cancéreuse, la personne est capable de l'évoquer avec une grande assurance et une sérénité apparente sans aucune émotion. Elle connaît cependant la gravité de sa maladie, mais elle la décrit avec détachement ce qui lui permet de se déconnecter de cette réalité insupportable.

La **maitrise** et le **contrôle** permettent à la patiente de combler son angoisse. En effet, le fait d'essayer de tout contrôler lui permet de se sentir moins dépassée et moins dépossédée. Ainsi, elle va pouvoir aborder la lourdeur des traitements de la maladie du cancer du sein.

Ce mécanisme de défense permet cependant à la patiente d'avoir du pouvoir et un sentiment de sécurité face à la situation. Toutefois, elle pourra connaître la culpabilité pour ne pas avoir réussi à échapper à cette situation traumatisante.

La **honte** et la **culpabilité** peuvent exister chez la personne atteinte de cancer du sein : « Qu'est-ce que j'ai bien pu faire pour que cela m'arrive ? ». La patiente s'attribue la faute, ce qui lui permet de s'appuyer dessus et ainsi trouver un lien logique à ce qui lui arrive.

L'annonce du cancer la confronte à l'impuissance et à la honte. En effet, la patiente reçoit le diagnostic auquel elle ne s'attend pas du tout : une maladie grave ! Cette annonce la met en contradiction brutale avec ce qu'elle avait prévu, avec ce qu'elle avait imaginé de sa vie, avec ce que l'autre imaginait. C'est à ce moment que la patiente ne se sent plus à la hauteur, à la hauteur de l'idéal que la vie stigmatisée impose.

La patiente a peur du regard de l'autre, de l'ami, de la famille, de ce proche qui lui aussi a peur de cette maladie « mortelle ».

Pour le cancer du sein, le corps est impliqué, puisqu'une mastectomie est possible. « Qu'est-ce que l'autre peut penser de moi ? Qu'est qu'il va penser de moi avec ce corps modifié ? » C'est à ce moment que la patiente peut ressentir le sentiment de honte.

La **répression des affects** peut apparaître, ce qui permet à la patiente de sauvegarder sa relation avec l'autre. Effectivement, dans ce mécanisme de défense, la patiente va cacher sa peine et ses craintes pour ne pas être un « poids » pour ses proches, pour ainsi les ménager. Cela lui permet également de pouvoir passer outre les stigmatisations associées à la maladie cancéreuse, comme être jugée négativement ou perçue comme vulnérable.

L'affiliation selon S. IONESCU serait « la recherche de l'aide et du soutien d'autrui quand on vit une situation qui engendre de l'angoisse ». ⁶⁴

En effet, la patiente peut s'autoriser à se confier à quelqu'un en qui elle a confiance. Cela lui permet de se libérer de ses craintes et de ses préoccupations. Le fait que la patiente se confie à quelqu'un lui apporte du soutien, mais également de la reconnaissance affective. Ainsi, elle pourra extérioriser et partager ses sentiments ce qui lui permettra de diminuer ses angoisses. En revanche, le fait de s'ouvrir à l'autre peut entraîner un sentiment de honte et de culpabilité puisque la patiente s'avoue qu'elle n'est pas capable de régler ses « problèmes » seule.

Lors du mécanisme de défense de **l'anticipation**, la patiente va essayer de prévoir les difficultés qu'elle pourra rencontrer et les vivre en avance, tant au niveau des conséquences qu'au niveau de ses propres réactions émotionnelles. Elle va donc essayer de prévoir les événements douloureux qui pourraient se produire à l'avenir.

Dans cette partie, nous avons pu noter la prise de conscience de la vulnérabilité de l'humain ainsi que la perte d'illusion d'immortalité. De nombreux mécanismes de défense sont mobilisés pour pallier la peur dans l'annonce de la maladie cancéreuse. En effet, les tensions et les angoisses vécues vont engendrer chez la patiente, des mécanismes de défense qui lui sont propres. Notons enfin que lors de l'annonce du cancer, la question de la cause et du sens de la maladie va être très importante. La pensée pourra ici reprendre son fonctionnement et tenter de rétablir le néant et le choc créés par l'annonce de la maladie.

Après l'annonce du cancer et les examens réalisés, les traitements vont débiter. Cette étape sera également vécue de différentes façons.

2. Le temps des traitements

Le diagnostic est tombé. Bien qu'il repose sur des données fiables et vérifiées, le réel est pour la patiente impossible à entendre et à imaginer. Comment faire entrer la maladie dans son existence ? La patiente est confrontée à ce qu'elle était hier et ce qu'elle est aujourd'hui.

Maintenant que le diagnostic est posé, la patiente est envoyée dans le monde médical, à l'hôpital, lieu inconnu, stérile et froid. Elle est privée de tout point de repère. C'est sur cette terre inconnue que la patiente va se laisser guider par les personnes qui la soignent.

Marguerite, 22 ans, dans *Cancer du sein : une féminité à reconstruire* nous dit : « J'ai envie de me laisser porter, de me faire opérer, de ne plus penser. Je suis dans la mise en place d'un autre monde, d'un autre langage, je découvre des mots médicaux, administratifs, techniques. Le jargon médical, c'est pour moi comme du chinois ». ⁶⁷

Le temps des traitements est un temps d'incertitude, de perte de repères et de vulnérabilité. En effet, ils vont créer une rupture dans la vie sociale, familiale et professionnelle de la patiente. Et cela, pendant de longs mois. Cette rupture sociale imposée, va favoriser la création d'un lien de dépendance vis-à-vis des équipes soignantes. La patiente n'a pas d'autre choix que de se laisser porter.

Le cancer empêche de penser, l'identité de la patiente a disparu. Elle ne se donne plus le droit d'exprimer ni ses pensées, ni ses avis, ni ses envies. En effet, tout désir est désormais silencieux, étouffé par l'angoisse, avec l'omniprésence des contraintes médicales. Tout se passe comme si la personne se situait dans une dépendance extrême à la parole médicale. Parole qui a, sur elle, un pouvoir de vie et de mort. Pourtant, ces contraintes médicales sont très sécurisantes. La patiente va en effet avoir besoin de cette régularité des traitements qui vont être, ses nouveaux repères provisoires.

La patiente, confrontée à des traitements très lourds et à de nombreux effets secondaires, va perdre son autonomie laissant place à une grande fatigue. Cette asthénie, est la conséquence directe d'un excès de sollicitations tant physiques que psychiques.

M. DERZELLE⁶⁸ dans *Fatigues et métamorphoses de l'image du corps chez les patients atteints de cancer : entre replis du corps et nécessaire travail de la dépression*, décrit cette asthénie comme une « sorte de paralysie transformant le patient en un bloc de fatigue ou en une colonne ... une forme d'éreintement, l'impression d'une chape s'abattant sur le monde, un drôle d'endormissement, un évanouissement, un écran entre soi et l'autre en quelque sorte modifiant la limite du dehors, un nuage de fatigue... ».

En effet, cette fatigue est le fait d'avoir à se porter soi-même et à supporter une mort potentielle qui s'est invitée devant soi. Le cancer montre la mort, l'être humain en prend conscience et perçoit parfaitement sa vulnérabilité.

Pour lutter contre ce sentiment d'impuissance engendré par les traitements du cancer, la patiente va avoir recours à plusieurs mécanismes. En essayant de maîtriser tous les aspects associés à la maladie, la patiente parviendra à apaiser son angoisse.

Certaines patientes pour « s'empêcher » de penser et pour cacher leurs émotions vont devenir **hyperactives**. Le fait d'être actives va leur permettre de ne pas se retrouver seules face à leurs pensées, face à la mort. Cette activité va permettre également à la patiente de tenter de reprendre le contrôle, perdu lors de l'annonce de la maladie.

La vie doit rester presque comme avant. La patiente veut donner à son entourage une image conforme à ce qu'elle était avant, une image sociale, mais aussi une image corporelle pour prouver que son corps, modifié, peut encore faire comme avant.

D'autres vont **refuser de reconnaître la réalité** pour se protéger de cette vérité désagréable. Elles agiront, comme si les symptômes de la maladie cancéreuse n'existaient pas. Elles nieront la fatigue de leurs corps et continueront à faire comme avant.

D'autres patientes vont jouir d'une **omnipotence**, une toute puissance qui permet aux patientes de mobiliser une énergie surprenante, pour laisser place à la confiance et à l'espoir. Il s'agit ici d'un combat qui permet de réduire l'angoisse.

Nous avons pu remarquer qu'au cours de ce deuxième temps de la maladie, que la patiente va être confrontée à un sentiment d'impuissance face à ces traitements lourds. Devant l'espérance d'une solution magique pour la sauver, une idéalisation de la médecine peut s'installer. Tous ces éléments peuvent minimiser de façon significative l'angoisse et le doute chez la personne atteinte de cancer du sein.

3. Le temps de l'après-maladie

Le temps de l'après-maladie pose la question de la rémission ou de la rechute. En effet, après tous les traitements subis, la patiente attend le verdict de la guérison. Le terme « guérison » n'est pas employé à propos d'un cancer. C'est le mot « rémission » qui sera utilisé. Seulement, ce terme n'est pas synonyme de guérison, aux yeux des patientes. Elles savent que les bilans périodiques et les contrôles seront nécessaires, leur faisant redouter à tout moment une nouvelle annonce, celle de la possibilité de rechute.

Bien que les traitements soient terminés, la patiente va se trouver confrontée à une fatigue physique et émotionnelle intense. Non seulement elle manque d'énergie mais elle présente également un épuisement physique. Le corps se relâche et occasionne un ressenti de fatigue plus intense, qui peut durer de quelques semaines à quelques mois. A cela peut s'ajouter en fin des traitements, une dépression « réactionnelle » avec un malaise psychologique et une baisse de la motivation qui va permettre à la patiente de se concentrer sur « un retour sur soi ».

« Le travail de deuil serait cette rencontre entre le mortifère et le vivant, entre ce qui a été perdu mais aussi ce qui est né de cette perte », nous disent E. RICADAT et L. TAIEB dans *Après le cancer du sein, un féminin à construire*.⁶⁹ Nous pouvons parler d'une sorte de renoncement à ce que la patiente était, pour s'autoriser à devenir une autre personne et ainsi rétablir un équilibre de vie. C'est en effet l'altération de l'image de soi, qui oblige le psychisme de la patiente à réaliser un nouvel ajustement de l'identité. C'est donc au risque de se perdre que la patiente va se trouver. Il faut qu'elle digère toutes les angoisses et les peurs présentes au long de sa maladie.

Dans l'après-maladie, la vision de la vie change. Elle est remise en question, car les événements sont vus maintenant sous l'angle de la survie. En effet, la patiente va refuser

de gâcher du temps et de l'énergie pour ce qui n'en vaut pas la peine. Son regard change par rapport à elle-même, mais aussi par rapport à la vie. Le cancer a en effet bousculé l'ordre des priorités et a ramené en premier plan des questions et des projets qui avaient été occultés. Des projets oubliés réapparaissent, des rêves oubliés reviennent à la surface, avec une urgence d'accomplissement. Le « plus tard » d'avant-maladie devient le « maintenant » de l'après-maladie, avant qu'il ne soit trop tard. La patiente vit le présent de façon plus intense par la pleine conscience de l'épreuve qu'elle a subi, l'obligeant à vivre maintenant et non plus, projetée dans un futur aléatoire.

L'après-maladie est le moment de découvrir les vraies valeurs et de revenir à l'essentiel pour donner un sens différent à son existence c'est-à-dire se donner de nouvelles normes de vie. En d'autres termes, c'est réinvestir sa vie, son corps et ses désirs, en faisant avec une nouvelle image de soi, tout en faisant le deuil de l'ancienne, disparue. Mais « se retrouver » impose du temps, qui peut, pour certaines patientes, se compter en années.

La personne atteinte d'un cancer passe par trois grandes phases que nous avons développées précédemment, le temps de l'annonce, le temps des traitements et le temps de l'après maladie.

Pour les accompagner au mieux tout au long de ces étapes, des démarches d'aide appelées soins de support, sont mises en place pour soutenir et soulager le patient et son entourage le temps de la maladie. Ici, nous allons essentiellement développer le thème de la socio-esthétique et celui de la psycho-oncologie, soins de support qui me paraissent plus particulièrement appropriés dans le cadre de mon sujet de thèse.

D. Les soins de support

L'expression « *soins de support* » est une expression traduite de l'anglais « *supportive-care* » qui englobe tous les soins de soutien aux personnes atteintes d'une maladie grave et/ou chronique. Il s'agit de soins qui améliorent et diminuent les effets secondaires des traitements et les effets de la maladie. Ils permettent d'assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients et à leurs proches, sur les plans physique, psychologique et social. Ces soins prennent en compte la diversité des besoins, et les

souhaits de chacune des patientes. Ils seront proposés à chaque personne à l'hôpital. Et pourront être poursuivis en ville pour assurer un lien ville-hôpital.

Les soins de support sont variés. Certains permettent d'améliorer la prise en charge et concernent les points suivants.

Les **douleurs** - Il existe des consultations pour la prise en charge de la douleur. Ces consultations peuvent être faites avec un médecin, une infirmière, un psychologue.

La **nutrition** – Des consultations avec une diététicienne ou un médecin nutritionniste sont possibles pour pallier la perte des poids et la fonte musculaire.

Le **service social** – Pour les démarches à réaliser, pour bénéficier des aides possibles, pour la prise en charge à 100%...

La **rééducation fonctionnelle** – Des activités physiques adaptées peuvent être proposées, en fonction des problématiques et des pathologies. Des séances de kinésithérapie peuvent aider dans la prise en charge des douleurs, de la fonte musculaire. Il existe également la possibilité de séances d'orthophonie.

Les médecines complémentaires – Des médecines douces comme la mésothérapie peuvent être proposées. Parfois une médecine parallèle permet de rassurer le patient, de prendre en charge certains maux qui ne le sont pas forcément par le protocole de la maladie.

Confort et bien-être – Il existe la réflexologie plantaire, la relaxation, les soins esthétiques et les conseils en image.

Les soins de support contribuent au bon déroulement et à la bonne observance des traitements spécifiques lorsqu'il y en a. Ils permettent d'anticiper au mieux les difficultés prévisibles, tout en améliorant la qualité de vie des patientes et des proches à toutes les étapes de la maladie. Les soins de support favorisent le retour à une vie « de qualité » dans l'après-cancer.

1. La psycho-oncologie

La psycho-oncologie est un concept relativement récent. Elle est définie comme une approche multidisciplinaire du soin en cancérologie, permettant de prendre en compte les dimensions psychologiques, comportementales, familiales et sociales relatives à un cancer. Ce suivi permet de prévenir et de traiter les potentielles

répercussions négatives du cancer sur le psychisme de la patiente et de son entourage en proposant un accompagnement adapté à leurs besoins.

La psycho-oncologie est exercée par des psychiatres et/ou des psychologues. Ceux-ci agissent auprès des personnes malades et de leur entourage, que cela soit au moment de l'annonce, pendant le traitement mais également après la maladie. Ils vont s'intéresser à la réinsertion de la patiente et à son devenir dans la société, en tenant compte de l'entourage et des éventuelles séquelles, laissées par cette épreuve. Elle s'adresse également à la famille et aux proches pendant toute la durée de la maladie.

2. La socio-esthétique

« Je suis socio-esthéticienne depuis 7 ans ... mon objectif professionnel est d'aider l'être humain à être bien dans son corps tel qu'il est, plutôt que de chercher à le modifier pour rentrer dans le moule « des normes » et de jeunisme. Prendre soin de soi tout simplement, aimer et bichonner ce que la nature nous a donné, malgré les imperfections, tel est le but. »

Agnès ARQUILLIÈRE

FRANCEQUIN, Ginette (2012).

Cancer du sein : une féminité à reconstruire.

La socio-esthétique est « la pratique professionnelle des soins esthétiques adaptés aux personnes fragilisées ou en souffrance suite à une atteinte de leur intégrité physique, psychique ou en détresse sociale. »⁷¹

En cancérologie, la socio-esthéticienne a pour mission d'accompagner et d'aider la personne fragilisée pendant tout le parcours thérapeutique. Elle possède différents outils comme le toucher, le dialogue, l'écoute, et surtout c'est une personne qui se situe hors du circuit médical même si elle travaille en étroite collaboration avec toute l'équipe pluridisciplinaire.

La socio-esthéticienne a quatre rôles principaux.

Elle possède un **rôle social**. Elle aide à redonner confiance, à faciliter la relation avec les autres.

Elle a également un **rôle psychologique** en aidant à restaurer l'estime et la confiance en soi. Elle va aider les femmes opérées à verbaliser leurs difficultés et la prise de conscience de leur schéma corporel.

Elle a aussi un **rôle éducatif**. Elle va inciter la femme opérée à être actrice de son mieux être. Elle va l'initier aux techniques de maquillage, aux astuces pour réaliser des soins sur sa peau fragilisée.

Elle a aussi un **rôle d'accompagnement**, d'écoute, de guide. Elle va aider les patientes à retrouver l'envie de se voir dans le miroir.

Le rythme des séances est variable d'une patiente à une autre. Chaque patiente est unique, il faut respecter les envies et tenir compte de la date de chirurgie, de la fréquence des séances de chimiothérapie et de radiothérapie. Il faut également prendre en compte les traitements spécifiques.

Selon l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), www.afsos.org ⁷⁵, les objectifs de l'accompagnement individuel sur le plan physique permettent de :

- Améliorer l'aspect de la peau et des phanères par des techniques de soins et des produits adaptés
- Pallier les effets secondaires et les faire accepter
- Restaurer l'apparence et maintenir l'hygiène
- Conseiller en termes de coiffure d'appoint, de maquillage correcteur...
- Faire acquérir des techniques nécessaires au maintien identitaire
- Centrer l'attention sur les points positifs du corps
- Améliorer les sensations de bien-être grâce à un toucher agréable et reposant
- Améliorer la qualité de vie et l'accompagnement
- Favoriser la détente, la relaxation
- Réconforter.

Les objectifs de l'accompagnement individuel sur le plan psychologique permettent de :

- Mettre en place différents vecteurs de communication par une approche différente et une écoute non-médicalisée
- Contribuer au maintien des repères spatiotemporels
- Faciliter la relation soignant-soigné et l'acceptation des traitements
- Compléter les soins médicaux et paramédicaux

- Susciter l'envie et le désir de vie
- Aider au maintien de la construction sociale de soi
- Aider au maintien de la conservation d'une énergie positive et de la personnalité en revalorisant l'image corporelle et l'estime de soi
- Favoriser les relations sociales et familiales
- Aider à s'adapter au changement de l'image de son corps, pouvant permettre à la personne d'exercer une certaine autonomie
- Aider à pallier certains effets secondaires au niveau de la peau et des phanères, lesquels peuvent engendrer des troubles de l'image de soi...
- Aider le patient à mieux intégrer sa nouvelle image corporelle puis, peut-être, à se l'approprier progressivement.

E. L'impact particulier du cancer du sein sur le psychisme

1. Le sein et sa représentation

Le sein a diverses symboliques, qu'elles soient conscientes ou inconscientes.

Le sein :

- Représente la **féminité**. C'est un marqueur de l'identité.
- A une composante **anatomique** - sein mamelle, sein nourricier, source de vie et de maternité. C'est une relation symbiotique de plaisir partagé entre la mère et l'enfant.
- A une composante **narcissique** - source de séduction, de beauté et de féminité.
- une composante **érotique** - source de fantasmes, élément de la sexualité. Le sein est perçu comme un objet de séduction, il concerne la sexualité en étant l'objet du désir.

JP. PIERRON dans *la représentation du corps malade et symbolique du mal*⁷⁶, voit le sein comme, « Plus qu'un identifiant - objectivement les seins déploient à l'extérieur la profondeur intérieure du féminin - les seins contribuent à l'expression/compréhension d'une identité, d'une intimité voire d'une intériorité ».

« Parler du sein, c'est parler de la Vie. Parler du cancer, c'est parler de la Mort. » - *Cancer du sein : Entre raison et sentiment*.⁷⁷

Par la maladie cancéreuse, le sein source de vie, peut devenir porteur de mort. Il est important pour la femme malade d'être débarrassée de sa tumeur. Cependant, l'ablation d'une partie ou de la totalité de son sein renvoie la femme à une privation de sa féminité.

2. Une féminité touchée et modifiée

Toucher le sein, revient à toucher bien plus, car c'est l'intégrité corporelle et psychique qui est touchée. La mastectomie permet de se débarrasser au plus vite de ce mal qui ronge de l'intérieur, qui détruit. Il faut « faire le sacrifice d'une part de soi pour sauver le tout ».

La patiente a le désir de guérir. Ce qui est nécessaire pour la guérison, c'est d'enlever cette part « mauvaise » de soi. Les changements corporels sont au fond, non voulus mais rapides, brutaux et violents. L'image de la femme et de la féminité est atteinte de plein fouet. Le corps lâche.

Vient s'ajouter à la mutilation, une toxicité des traitements avec des effets particulièrement dévastateurs sur le plan physique.

En effet, l'alopecie – chute des cheveux - apparaît 2 à 3 semaines après la première perfusion de chimiothérapie. Il y a souvent un changement dans le poids avec soit une prise de poids soit un amaigrissement. La peau devient fragile et laisse percevoir des transformations apparentes. Des cicatrices externes sont présentes laissant transparaître des cicatrices internes. Tous ces changements physiques vont affecter le corps sexué. La chute des cheveux est l'un des effets cruellement ressenti par la femme, car il constitue un signe à forte visibilité sociale, un stigmate visible. Si la chevelure n'a pas un rôle vital, elle représente un attribut féminin essentiel. Cette chute de cheveux est pour beaucoup d'entre elles, la perte d'une identité et d'une féminité.

Nous savons que la chevelure et les seins sont deux éléments essentiels dans la constitution de la féminité. Lors d'un cancer du sein ces deux symboles phares sont touchés et entravent le sentiment de féminité.

Cette perte d'attributs féminins est vécue par les patientes comme la perte d'une part « narcissique » d'elles-mêmes, sans laquelle il est difficile de s'aimer, de se regarder et

d'avoir une vie relationnelle avec autrui. La femme devra faire le deuil de son ancien « moi », modifié par la maladie.

3. Un nouveau corps à apprivoiser

Il y a un véritable travail psychologique à faire pour renoncer à l'image de celle que l'on était avant le cancer. Il faut accepter d'être différente et de refaire connaissance avec soi et son nouveau corps. Les repères antérieurs ont disparu, il faut en créer de nouveaux.

Pour créer de nouveaux repères, il faut pallier et expliquer les zones d'ombre que ressent la femme. Ses cheveux lui manquent ? Il faut rechercher une solution anticipatoire, par exemple le port d'une prothèse capillaire. Son sein manquant déséquilibre sa silhouette qu'elle trouvait gracieuse, avant l'opération ? L'application d'une prothèse mammaire externe est possible. Ces accessoires vont combler son manque et ainsi contribuer à appréhender son nouveau corps et le regard des autres.

Le fait de mettre en place une rééducation sensitive est également indispensable. C'est une aide au toucher et à la visualisation de la zone corporelle modifiée. Cela permet de donner dans son cerveau les nouvelles limites de son corps et ainsi le reconnaître et l'aimer. Inclure la nouvelle zone opérée dans l'intégrité de son corps, permet de se reconstruire dans l'unité. Cette rééducation sensitive se met en place à la demande de la patiente auprès de la socio-esthéticienne.

F. Conclusion de la troisième partie

- L'image du corps, façon dont nous le percevons, est modifiée après une chirurgie mutilatoire comme la mastectomie
- L'annonce d'un cancer du sein est vécue de façon différente selon les femmes et leur histoire personnelle
- Il existe cinq étapes du processus du deuil qui varient suivant l'état psychologique de la patiente : le refus, la colère, la négociation, la dépression et l'acceptation.
- Lors de l'annonce de la maladie, chaque patiente met en place des mécanismes de défenses qui lui sont propres

- La patiente se sent démunie et impuissante face aux effets secondaires des traitements et va alors mettre en place différents mécanismes de défense
- Des soins de support peuvent être mis en place à l'hôpital pour soutenir la patiente et améliorer la gestion des effets secondaires engendrés par la maladie
- Le cancer du sein touche doublement la féminité : le sein et les cheveux, tous deux symboles forts de la féminité.

Nous verrons au cours du prochain paragraphe, comment le pharmacien contribue à permettre à la femme opérée d'appivoiser son nouveau corps.

PARTIE IV

ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DES PATIENTES A L'OFFICINE

IV. Accompagnement global des patientes à l'officine

A. La relation « soignant-soigné »

La relation « soignant-soigné » est, ce que l'on peut appeler, la base de toute prise en charge, quel que soit notre rôle au sein d'une institution. De son bon « fonctionnement » découlera une meilleure prise en charge, tant pour la patiente que pour le pharmacien.

D'après A.MANOUKIAN⁸⁰ « une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières, deux histoires.»

Selon lui, d'autres facteurs entrent en compte, tels que :

- les facteurs psychologiques
- les facteurs sociaux
- les facteurs physiques.

On voit, à travers le témoignage de l'auteur, qu'une relation n'est pas fixe. « *Au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens* ». Chacun d'eux, doit trouver en l'autre ce qu'il cherchait, la patiente, une aide bienveillante sur laquelle elle peut compter, le pharmacien, le sentiment de faire son métier dignement et avec amour, en correspondance avec ses valeurs.

Il se construit autour de la patiente, une balance entre les projets thérapeutiques et les projets de vie. En effet, un projet thérapeutique est mis en place, mais il existe également un projet de vie instauré par la patiente elle-même et son entourage. L'idée est de permettre que l'un ne fasse pas obstacle à l'autre. Il faut prendre en compte le projet de vie dans le contexte de la maladie afin de permettre à la patiente de vivre comme elle l'entend. Cela peut également lui donner des raisons de se battre et atteindre ses objectifs personnels.

B. Le prendre soin

Tout d'abord, il semble bon de définir ce concept de « prendre soin ». Selon le Petit Larousse⁸¹, le mot « prendre », c'est « traiter quelqu'un de telle manière en vue

d'un certain résultat. ». Toujours selon le Petit Larousse le mot « soin » lui, est « une attention, application, à quelque chose. »

Lorsque que l'on parle de « prendre soin », on se doit d'évoquer l'origine de ce mot qui est le mot « *caring* ». Ce mot d'origine anglaise est développé par J. WATSON en 1979 qui décrit le « *caring* » comme « l'activité d'aider une autre personne à croître et s'actualiser ; un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement. »⁸²

Selon W.HESBEEN⁸³ « prendre soin », c'est « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, et de contribuer à son bien-être, à sa santé ». Toujours selon W.HESBEEN, « prendre soin est un art, il s'agit de l'art du thérapeute, celui qui réussit à combiner des éléments de connaissance, d'habilité, de savoir-être, d'intuition, qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière ».

Les pharmaciens ne sont pas seulement des individus dotés de compétences techniques associées à des connaissances théoriques. Ce sont des personnes qui peuvent également utiliser leurs qualités relationnelles afin de prendre soin de personnes vulnérables vivant des moments difficiles de leur vie.

C. Comment le pharmacien peut-il apporter son aide ?

Durant la réalisation de cette thèse, j'ai pu réaliser des entretiens avec des femmes opérées du sein, qui avaient besoin de conseils et d'écoute. J'ai pu lors de ces entretiens d'une trentaine de minutes, échanger avec ces femmes sur différentes problématiques. La prise en charge du cancer n'est pas qu'une prise en charge médicale. Il y a tous les « à-côtés ». La place du pharmacien dans la prise en charge du cancer du sein va au-delà de la délivrance des traitements médicamenteux. Il a un rôle d'écoute et d'accompagnement. Il prodigue également à la patiente des conseils pour améliorer son quotidien et sa qualité de vie. Aussi, au travers des prothèses mammaires, il permettra à la patiente de retrouver confiance en elle et en son corps malgré les séquelles laissées par la maladie.

Le pharmacien est également un professionnel de santé accessible et fiable, qui possède de nombreuses connaissances. Il pourra aussi orienter les patientes vers des associations spécialisées et leur transmettre des sites de référence pour s'informer sur leur maladie.

Le domaine de la cancérologie est en perpétuelle évolution. Pour garder une place essentielle dans la prise en charge de ces pathologies, le pharmacien doit actualiser en permanence ses connaissances pour connaître tous les enjeux des nouvelles thérapies et répondre au mieux aux besoins et aux questionnements des patients.

D. Quelles sont les attitudes à avoir au comptoir ?

Même si recevoir et aider une femme opérée du sein n'est pas de l'éducation thérapeutique en tant que tel, le pharmacien doit avoir beaucoup de compétences.

En effet, le but du pharmacien d'officine lorsqu'il reçoit une patiente opérée du sein est de l'aider, ainsi que son entourage, à comprendre et appréhender sa maladie. Pour apprendre à vivre avec et ainsi améliorer sa qualité de vie.

Pour ce faire, le pharmacien doit posséder certaines compétences. Des compétences techniques, des compétences relationnelles et des compétences organisationnelles empruntées au référentiel de compétences de l'INPES⁸⁶.

Concernant les compétences **techniques**, le pharmacien doit être capable d'orienter les patients vers des sources fiables d'information et d'évaluer le niveau de connaissance de la pathologie des patients et celui de leurs proches.

Pour les compétences **relationnelles**, le pharmacien doit posséder des compétences liées à l'écoute et la compréhension.

Il doit pratiquer l'écoute active et bienveillante, c'est-à-dire qu'il doit écouter et reformuler les demandes de la patiente pour s'assurer qu'il a bien compris ses souhaits.

Il doit pratiquer l'empathie, c'est-à-dire se mettre à la place de la patiente pour adapter ses compétences pédagogiques.

Il doit comprendre les ressorts psychologiques de la patiente pour l'aider à prendre conscience de ses représentations de la maladie et des traitements.

Le pharmacien doit être capable d'échanger, d'informer la patiente et de traduire des données techniques et spécialisées dans un langage plus accessible.

Concernant les compétences **pédagogiques**, le pharmacien doit être capable de prendre du recul et d'évaluer. Il doit se questionner et délimiter son rôle et sa zone de compétences pour répondre ou orienter une demande de la patiente.

Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement de la femme opérée du sein est central. En effet, dans la plupart des cas, le pharmacien connaît bien la patiente et son entourage puisque l'officine est un lieu de rencontre et d'écoute. Souvent les patientes ont une officine attitrée dans laquelle elles ont l'habitude de se rendre chaque trimestre, chaque mois, à chaque fois qu'elles ont besoin.

Grâce à sa proximité avec la patiente, le pharmacien va pouvoir détecter d'éventuels problèmes, des effets indésirables provoqués par les traitements et ainsi orienter la femme opérée vers des soins de support adaptés à son cas. Des soins pour son mieux-être dont elle n'aurait pas forcément pensé pouvoir bénéficier.

E. Les conseils du pharmacien pour mieux vivre avec son cancer^{87 et 88}

1. Les conséquences de la radiothérapie

Comme énoncé dans le premier paragraphe, la radiothérapie appelée plus communément "rayons", va détruire les cellules cancéreuses à cause des radiations à haute énergie. Ce traitement est appliqué sur le sein, ou parfois directement sur la paroi thoracique après ablation complète du sein. Le traitement dure en moyenne de 5 à 6 semaines. Aujourd'hui, il est généralement réalisé sans hospitalisation.

La radiothérapie a pour but de compléter l'action de la chirurgie ou bien de freiner l'évolution d'une tumeur mais aussi de traiter des métastases. Cependant, cette thérapie n'est pas ciblée uniquement sur les cellules cancéreuses et par conséquent, atteint également les tissus sains. Lorsque les tissus sains sont touchés, la survenue d'un érythème cutané se déclare : les radiodermites. Il existe plusieurs stades de radiodermites qui vont de la simple rougeur à l'irritation avec ulcération.

Voici quelques conseils pour limiter l'aggravation de l'érythème :

- Porter des vêtements en coton, amples et confortables afin d'éviter les frottements sur la ou les zone(s) irradiée(s)
- Préférer l'utilisation d'un savon surgras, syndet ou les huiles lavantes non parfumées
- Rincer à l'eau tiède. Il est préférable d'éviter les douches et bains trop chauds
- Se sécher sans frotter, en tamponnant avec une serviette douce et moelleuse
- Appliquer une crème hydratante :
 - Celle-ci doit être validée par l'équipe médicale
 - En prévention :
 - **XERACALM A.D** – Avène – Baume ou Crème
 - **LIPIKAR BAUME AP+** - La roche Posay – Baume
 - En relais :
 - **CICALFATE** – Avène – Crème
 - **CICAPLASTE BAUME B5** – La Roche Posay – Baume
 - Entre les séances mais jamais avant une séance car la peau doit être propre et sèche au moment de la séance de radiothérapie
- Ne pas appliquer de déodorant, d'eau de toilette ou parfums sur la zone irradiée
- Ne pas exposer la zone au soleil durant l'année suivant la radiothérapie.

2. Prendre soin de sa peau

a) L'hygiène du corps

La chimiothérapie, la radiothérapie, les thérapies ciblées... mettent la peau à rude épreuve. En effet, cela réduit la sécrétion de sébum et assèche la peau. Celle-ci devient sensible, intolérante, peut présenter des rougeurs, être inconfortable, parfois rugueuse au toucher. Elle peut également tirailler voire démanger. Elle induit également, un vieillissement prématuré.

Il faut préciser que ces problèmes sont transitoires. La peau commence à se régénérer 5 à 6 semaines après l'arrêt des traitements.

Le nettoyage :

- Il est essentiel d'avoir une hygiène douce afin de ne pas accentuer les effets secondaires des traitements médicamenteux,
- Il est préférable d'utiliser un savon surgras, syndet ou les huiles lavantes non parfumées qui respectent la barrière cutanée de la peau et qui possèdent un fort pouvoir surgraisant,
- Proscrire les gants de toilette et les fleurs de douche pour que la douche soit la plus douce possible,
- Rincer à l'eau tiède; Il est préférable d'éviter les douches et bains trop chauds qui augmentent la sécheresse cutanée et l'irritation de la peau,
- Se sécher sans frotter en tamponnant avec une serviette douce et moelleuse.

L'hydratation :

- Appliquer une crème hydratante 1 à 2 fois par jour :
 - **XERACALM A.D** – Avène – Baume
 - **LIPIKAR BAUME AP+** - La roche Posay – Baume.

b) L'hygiène du visage

Le nettoyage :

- Privilégier des gestes doux
- Il est préférable d'utiliser des laits ou des lotions gélifiées à appliquer du bout des doigts en faisant des massages circulaires
- Eliminer le soin nettoyant à l'aide d'un mouchoir en papier imbibé d'Eau Thermale
- Pulvériser de l'Eau Thermale pour apaiser la peau
- Sécher en tamponnant très délicatement
- Pour **démaquiller les yeux**, utilisez un coton imbibé de démaquillant doux spécial pour les yeux à déposer sur la paupière durant dix secondes, puis essuyer de l'extérieur vers l'intérieur doucement.

L'hydratation :

- Utiliser une crème haute tolérance
 - o **TOLERIANE ULTRA** – La Roche Posay
 - o **TOLERANCE EXTREME** – Avène
- Déposer la crème sur les joues, le front et le cou
- Etaler délicatement du bout des doigts
- Lisser du centre du visage vers l'extérieur.

3. La photosensibilité

La plupart des traitements contre le cancer augmentent la sensibilité de la peau au soleil. Cela veut dire que le risque de coups de soleil est plus important et qu'ils peuvent laisser des traces durables sous forme d'une hyperpigmentation.

Dès le début de traitement et jusqu'à 1 an après l'arrêt du traitement, il est indispensable de se protéger avec une crème solaire d'indice SPF élevé.

Les conseils de base :

- Ne jamais s'exposer directement au soleil
- Si l'exposition est inévitable, il faut une bonne protection par des vêtements, un chapeau et des lunettes
- Utiliser une crème solaire :
 - o Indice SPF 50+
 - o Hypoallergénique, sans parabène et sans parfum
 - o Penser aux zones « oubliées » : oreilles, lèvres, nuque, mains...
 - o Renouveler l'application toutes les 2 heures.
- Bannir les séances de bronzage en cabine
- Apaiser les démangeaisons en utilisant une eau thermale.

4. Atteintes des extrémités

a) Les mains et les pieds

Il est indispensable d'être très attentif aux extrémités du corps (mains, pieds, lèvres). Ces zones, pauvres en glandes sébacées, sont moins grasses et moins protégées

que le reste du corps. Elles vont donc s'assécher plus rapidement, des rougeurs peuvent apparaître et la peau va s'épaissir, se craqueler et devenir douloureuse. Ces symptômes se localisent essentiellement au niveau des paumes des mains et des plantes des pieds.

Les conseils :

- Eviter les marches prolongées
- Porter des chaussures larges, souples et confortables
- Porter des gants pour les travaux manuels
- Garder les mains et les pieds au frais.
- Soulever les jambes avec des coussins dès que possible pour les reposer
- Bien hydrater intensément voire, faire un pansement occlusif avec :
 - En prévention :
 - **XERACALM A.D** – Avène – Baume ou Crème
 - **LIPIKAR BAUME AP+** - La roche Posay – Baume
 - Pour cicatriser :
 - **CICALFATE** – Avène – Crème
 - **CICAPLAST BAUME B5** – La Roche Posay – Baume
- Une consultation podologique peut être indiquée.

b) Les ongles

A cause des traitements, la texture des ongles se modifie. Ils sont fragilisés, peuvent devenir secs et cassants, friables voire se décoller partiellement ou totalement. Les bons gestes à adopter durant le traitement sont de limer les ongles de mains et de pieds plutôt que de les couper avec des ciseaux afin d'éviter tout risque d'infection, ne pas arracher les petites peaux ni couper les cuticules. Il faut plutôt les hydrater avec une crème adaptée.

Il est important de porter des gants pour les travaux ménagers, le jardinage.

Il est préférable d'éviter tout produit agressif (manucure, produits détergents, dissolvant avec acétone, contact prolongé avec de l'eau...), car cela augmente le risque d'infection.

En cas de fissures des doigts, on utilisera une crème cicatrisante. En cas de rougeurs autour des ongles, on pourra proposer un bain d'Hexomédine® transcutanée pour désinfecter.

Pour protéger les cuticules et les ongles, il est important de masser quotidiennement avec de l'huile protectrice pour éviter le dessèchement.

Pour protéger les ongles il faut appliquer deux couches de vernis contenant du silicium pour renforcer l'ongle. Ces vernis sont fortifiants et protecteurs. L'application doit être renouvelée dès que le vernis s'abîme, après avoir nettoyé l'ongle avec un dissolvant doux et sans acétone.

5. Atteinte de la bouche

La chimiothérapie peut engendrer des effets secondaires importants au niveau de la bouche. Il peut y avoir une inflammation, des saignements des gencives, des infections dentaires et parodontales ainsi qu'une sécheresse buccale.

Il est important de prendre rendez-vous chez son dentiste avant de débiter les traitements. Cela permet de faire un bilan et de soigner si besoin.

a) Une hygiène irréprochable

Le brossage des dents doit se faire avec une brosse à dents aux poils souples. Si l'on souhaite l'assouplir encore plus, il est possible de la passer sous l'eau chaude avant de s'en servir.

Il faut utiliser un dentifrice sans agent polissant et éviter ceux qui contiennent des agents blanchissants. Il est préférable de ne pas utiliser de fil dentaire, les gencives étant déjà plus sensibles, il n'est pas intéressant d'ajouter un agent extérieur qui risque encore plus de les sensibiliser.

Après chaque repas, il faut conseiller de réaliser des bains de bouche sans alcool pour éviter que des germes ne prolifèrent. En effet, ceux contenant de l'alcool risquent de provoquer des sensations de brûlure et dessécher la bouche.

b) L'alimentation

Il faut essayer de ne pas manger des aliments trop épicés ou acides comme le citron, la vinaigrette ou la moutarde. Il faut également éviter tous les aliments qui peuvent donner des aphtes : fruits oléagineux (amandes, noix...), fruits non pelés, fraises, raisins, citrons, agrumes, ananas, bananes, kiwis, fromages à pâte dure type gruyère, tomates, épices et chocolat.

Les aliments moelleux, mixés, faciles à avaler vont être privilégiés contrairement aux aliments durs et croquants qui peuvent blesser la muqueuse buccale.

c) La sécheresse buccale

A cause des traitements, une sécheresse buccale peut apparaître. Pour pallier cet effet désagréable, il faut se rincer la bouche à l'eau fraîche plusieurs fois par jour, selon les besoins. Il existe également en pharmacie, des sprays de salive artificielle (Aequasyl®) disponibles sans ordonnance. Il est également possible de s'humidifier la bouche avec un vaporisateur d'eau thermale ou d'utiliser des glaçons, des bonbons ou des pastilles pour activer la production de salive.

d) L'halitose

En cas de mauvaise haleine, il est possible de tester l'effet de pastilles à la chlorophylle à avaler, disponibles sans ordonnance en pharmacie. Il faut également utiliser un gratte-langue, régulièrement le matin.

e) Quoi faire en cas de lésions ?

Les boissons glacées diminuent la sensation de douleur par leur effet anesthésiant.

Il existe également des bains de bouche anesthésiants qui permettent de manger sans douleurs. Ces bains de bouche sont sur prescription puisqu'il faut les utiliser avec précaution. Il est important d'attendre une demi-heure entre le gargarisme et le repas

pour permettre au médicament de déployer toute son action et ainsi d'éviter les fausses routes.

En cas de port de prothèse dentaire, on conseille de les retirer la nuit ainsi que quelques heures entre les repas.

Comme vu précédemment, il faut privilégier une alimentation dite non irritante. Si des difficultés se font ressentir pour s'alimenter, le pharmacien peut orienter la patiente dans son alimentation. Dans un premier temps il peut donner des conseils de base :

- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée
- Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (> 12 heures)
- Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines
- Manger des aliments et des plats adaptés aux goûts du patient
- Favoriser un environnement agréable.

Si malgré ces conseils, des difficultés se sont ressentir, le pharmacien peut préconiser l'enrichissement de l'alimentation. Cela consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base comme la poudre de lait, substituer le lait écrémé ou demi-écrémé par du lait concentré entier, ajouter du fromage râpé au plat cuisiné, manger des œufs, de la crème fraîche, du beurre fondu, de l'huile, des pâtes ou de la semoule enrichies en protéine... Cette alimentation a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique sans augmenter la quantité mangée.

Si malgré ces conseils, les difficultés se font toujours senti, le pharmacien pourra orienter la patiente vers des préparations nutritives enrichies qui sont faciles à avaler. Ces préparations sont remboursées.

Durant les traitements anti-cancéreux, les aphtes sont fréquents. Les aphtes sont douloureux et peuvent gêner lors de l'alimentation. Pour les éviter, des bains de bouche peuvent être réalisés, plusieurs fois par jour, durant la première semaine des traitements. Cela peut suffire à éviter leur apparition. Si ce n'est pas suffisant, un traitement antifongique sera prescrit pour favoriser la cicatrisation.

6. L'alopecie – Perruques, foulards et turbans

La perte des cheveux est très redoutée par les femmes qui vont subir une chimiothérapie. La perte des cheveux, c'est pour beaucoup d'entre elles, la perte d'une identité et d'une féminité.

La chimiothérapie agit sur les cellules qui se divisent beaucoup : les cellules cancéreuses. Le bulbe pileux se divise également beaucoup. C'est pour cela que les cheveux sont touchés lors d'une chimiothérapie.

Cette phase est redoutée puisque c'est le premier signe visible de la maladie. La chute des cheveux commence en général 2 à 3 semaines après la première perfusion de chimiothérapie et ils repoussent environ 6 à 8 semaines après la fin du traitement.

Se couper les cheveux avant de commencer les séances de chimiothérapie est conseillé mais non obligatoire. En effet, cela permet de retarder la chute de quelques jours et de la rendre moins difficile à vivre. En effet, il est moins difficile de perdre des cheveux courts que des cheveux longs. La coupe des cheveux permet aussi d'anticiper moralement la chute, en établissant une sorte d'étape intermédiaire. D'autres personnes, quant à elles, préfèrent se raser la tête pour écourter la période de perte des cheveux. En effet, voir leurs cheveux tomber en grande quantité leur est insupportable.

Pour certaines patientes, couper ses cheveux en amont de la chimiothérapie représente aussi une façon de prendre les choses en main. Ce sont des patientes actives face à la maladie, qui ne seront pas dans une stratégie passive.

Pour d'autres, cette étape est très difficile. Elles peuvent la percevoir comme une contrainte, que la préparation du traitement oblige.

Pour pallier cette perte de cheveux, plusieurs choix s'offrent aux femmes opérées : foulards et turbans, perruques ou rien !

La sécurité sociale prend à charge jusqu'à 350€, deux fois par an. Ce tarif correspond perruques de classe 1, c'est-à-dire en fibres synthétiques, et sont remboursées intégralement avec un prix de vente limite au public de 350€. Pour une perruque de classe 2, c'est-à-dire au moins 30% de cheveux naturels, sont remboursées à hauteur de 250€ avec un prix de vente limite au public fixé à 700 €. Pour une perruque en cheveux naturels, les prix vont de 800 à 1500€. Certaines mutuelles peuvent prendre la différence selon les contrats. (Cf *Annexe 9*)

Le choix est libre pour chaque femme de choisir une perruque ou un foulard. Il est également possible d'alterner entre les deux ou de ne rien porter.

Pour trouver un foulard, les rayons d'un magasin de vêtement peuvent suffire. Mais il existe bien sûr des adresses spécialisées qui sont dans la plupart des cas, les mêmes que pour les prothèses externes ou la lingerie spécialisée.

Pour choisir sa perruque, il est préférable de le faire avant de perdre ses cheveux complètement. Cela permettra à la prothésiste de pouvoir mieux cerner le style de perruque qui pourra plaire à la patiente.

Lors du choix de sa perruque, il faut éviter plusieurs erreurs. Il faut éviter de choisir une coiffure qui ne ressemble pas du tout à son style habituel. Il est préférable de rester dans une couleur proche de sa couleur habituelle et de rester dans la nature de ses cheveux naturels.

Ce qui est le plus important est de se sentir à l'aise avec la perruque choisie et de pouvoir faire face aux regards, déjà assez insistants, d'autrui.

7. Les prothèses mammaires externes

Les conseils que peut dispenser le pharmacien à ce sujet ont déjà été développés précédemment. (*Cf paragraphe II*)

8. Activité physique et cancer du sein

a) L'activité physique

L'activité physique au quotidien, permet de diminuer le risque de survenue de maladies chroniques. C'est vrai aussi pour le cancer du sein, dont le risque diminuera de 30 à 40%.⁹³

D'après des chercheurs français⁹⁴, le risque de cancer du sein diminue d'autant plus que l'activité hebdomadaire est importante. Le risque diminue également en fonction de l'intensité du sport. Plus le sport pratiqué est intense et moins le risque de développer un cancer du sein est important.

L'activité physique permet également de lutter contre le surpoids qui est l'un des facteurs de risque de la survenue du cancer.

Il est important de souligner que activité physique ne veut pas forcément dire sport intense, ou sport de compétition. Le fait de mettre son corps en mouvement et de bouger, a de nombreux effets bénéfiques sur la santé, le moral et la qualité de vie.

b) Les bénéfices

Nous savons que, la pratique du sport diminue le risque de cancer du sein. Les effets bénéfiques de l'exercice physique sont également mesurables pendant et après le traitement d'un cancer.

En effet, face à un cancer du sein, l'activité physique a de nombreux avantages.

Elle permet de combattre efficacement la fatigue et de donner de l'énergie. Les traitements, notamment la chimiothérapie et la radiothérapie, engendrent un épuisement profond. Le fait de rester inactif entraîne une fonte musculaire, diminue la circulation sanguine et donc l'oxygénation du corps. Le corps ressent alors une plus grande fatigue. Le meilleur remède est donc l'activité physique qui permettra au corps de se recharger.

Il n'est pas nécessaire de faire des sports difficiles et intenses, un exercice modéré est suffisant pour créer de l'énergie.

L'activité physique permet également de lutter contre certains effets secondaires comme les nausées, les vomissements, la constipation ou les diarrhées. Elle permet aussi de stimuler l'appétit et de diminuer les douleurs dues aux tensions musculaires.

L'activité physique renforce le système immunitaire et aide à mieux dormir. Cela est également bon pour le moral. En effet, l'exercice augmente la production d'endorphines qui diminuent l'anxiété et la dépression.

L'activité physique aide à accepter son corps. Le fait de faire de l'activité physique permet de dissiper les tensions et les douleurs. Comme vu précédemment, la circulation

est stimulée et la cicatrice devient ainsi plus souple. Le fait de bouger renforce les muscles mais permet également de se renforcer intérieurement. Grâce à cette force intérieure, le regard sur soi sera plus positif.

c) Quel sport choisir ?

Les sports à choisir en priorités sont la marche, la musculation, la gym douce, le pilates, le tai chi, le yoga, la marche en piscine, l'aquagym, la natation, le vélo, le vélo d'appartement...

La musculation favorise le maintien de la masse musculaire, par conséquent le système immunitaire, tout en aidant les muscles à développer plus de résistance à la fatigue.

Ce qui est important est d'adapter les exercices et le sport choisi à ses capacités, sa fatigue et les effets secondaires imposés par les traitements.

Pour ressentir les bénéfices décrits précédemment, il est conseillé de faire 30 minutes de sport par jour. Ces 30 minutes peuvent être réparties tout au long de la journée. Par exemple, deux fois 15 minutes ou trois fois 10 minutes et si possible, tous les jours, malgré la fatigue et les nausées.

F. Les conseils du pharmacien pour vivre l'après-cancer

1. La vie quotidienne

Après un cancer du sein, de nouvelles habitudes de vie sont à mettre en place. Il est préférable de manger mieux et de bouger plus.

Le fait de garder une bonne hygiène de vie et de lutter contre les facteurs de risque permet d'éviter les récurrences.

Il est important de garder une alimentation équilibrée et de réduire voire arrêter, l'alcool. Le tabac est également à proscrire puisqu'il augmente les risques du cancer du sein. Rester actif en pratiquant une activité physique régulière est bénéfique autant pour le moral que pour la santé, puisque l'activité physique diminue sensiblement le risque de récurrences.

Le sport post-cancer du sein doit rester un plaisir. L'idéal est d'alterner entre des sports "doux" et des sports d'endurance et les pratiquer au moins 2 ou 3 fois par semaine. Il est important de recommander également d'inclure des exercices de musculation douce et de stretching tous les jours.

Il est préférable de bouger plutôt le matin et/ou en deuxième partie d'après-midi. En effet, le sport 5-6 heures avant le coucher peut favoriser les insomnies.

2. Des contrôles réguliers

Il est important de continuer à se faire suivre régulièrement après la fin des traitements.

Dans un premier temps, les rendez-vous de contrôle auront lieu tous les 6 mois pendant 5 ans, puis tous les ans. Ces rendez-vous permettent de contrôler si tout va bien et si les traitements reçus ont bien été supportés.

Entre deux rendez-vous médicaux, il est important de prendre le réflexe de pratiquer l'autopalpation. En effet, la patiente est la personne la mieux placée pour ressentir et connaître son corps. Elle notera facilement une modification du sein traité ou de la cicatrice. Elle sentira des éventuels ganglions durs, une boule ou autres anomalies.

Il est important de sensibiliser la patiente sur le risque de survenue de lymphœdème et de lui expliquer comment réagir.

A la moindre douleur dans les os, si sa respiration devient pénible ou difficile, si de violents maux de tête apparaissent, il doit lui être conseillé de se rapprocher de son médecin sans attendre le prochain rendez-vous de contrôle.

Il doit être expliqué à la patiente qu'il est important après un cancer du sein, qu'elle sache écouter son corps.

Le pharmacien d'officine a les connaissances suffisantes pour pouvoir l'orienter lors de ses moindres doutes et de ses craintes.

G. Conclusion de la quatrième partie

- Pour une bonne prise en charge de chaque patiente, le pharmacien devra tenir compte des facteurs psychologiques, sociaux et physiques propres à chacune d'elles
- Le pharmacien doit posséder différentes compétences : techniques, relationnelles et organisationnelles
- Le pharmacien est un acteur principal pour orienter la patiente dans le choix de sa prothèse mammaire et/ou capillaire
- Le pharmacien doit, pour mieux aider la patiente, savoir que :
 - La peau est modifiée et sensibilisée pendant les traitements
 - La chimiothérapie engendre de nombreux désagréments au niveau buccal
- Le sport a de nombreux bénéfices dont celui de faire diminuer le risque de cancer du sein.

La place du pharmacien dans la prise en charge du cancer du sein est une place centrale. La prise en charge que celui-ci dispense est globale. Le pharmacien a un rôle d'écoute, d'accompagnement, d'information et de prévention. Il prodigue également à la patiente des conseils pour améliorer son quotidien et sa qualité de vie. Au travers de conseils divers, il permet à la patiente de retrouver confiance en elle et en son corps malgré les séquelles laissées par la maladie.

Le pharmacien est également un professionnel de santé accessible et fiable, qui possède de nombreuses connaissances. Il peut également orienter les patientes vers des associations spécialisées et leur transmettre des sites de référence qui leur permettront de s'informer sur leur maladie.

PARTIE V

CONCLUSION GENERALE

V. Conclusion générale

Ce travail a permis de mettre en évidence le rôle de pharmacien dans le long chemin que la patiente doit parcourir vers l'acceptation de soi après une chirurgie du cancer du sein. Il n'y a pas de, cancer du sein mais, des femmes avec un sein atteint du cancer.

Le cancer du sein est à la fois le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. La mastectomie totale ou l'ablation d'un sein, est indiquée lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade précoce, *in situ*. C'est une épreuve difficile tant par ses répercussions physiques que psychologiques. Chaque année en France, une femme souffrant d'un cancer du sein sur trois (soit environ 20 000 femmes), doit subir une mastectomie.

Si la patiente en fait le choix, une prothèse mammaire externe pourra lui être proposée. Celle-ci permettra d'harmoniser et de rééquilibrer sa silhouette. Cette solution permet d'éviter la pose d'un implant mammaire, souvent présentée dans l'actualité comme néfaste pour la santé.

Chaque personne et chaque femme se fait sa propre idée de son corps. C'est ce qu'on appelle l'image de soi. Cette image du corps est modifiée après une chirurgie mutilatoire comme la mastectomie. En effet, celle-ci se voit soudainement amputée d'une part d'elle-même et trouve son identité sexuée affectée puisque l'intervention chirurgicale touche le sein, symbole de féminité et de maternité. A toute étape de la maladie, chaque femme réagira à sa façon en mettant en place des mécanismes de défense.

Le rôle du pharmacien est très important dans la prise en charge d'une patiente ayant subi une mastectomie. Il a un rôle de prothésiste en l'accompagnant lorsqu'elle fait le choix du remplacement du sein manquant par une prothèse mammaire externe. Il a un rôle de consultant avec les conseils associés d'hygiène et de confort. Il a un rôle d'informateur en sensibilisant les patientes sur le dépistage préventif, les visites de contrôles et les conseils hygiéno-diététiques.

Le pharmacien pourra également informer la patiente de l'existence de la reconstruction mammaire. La reconstruction mammaire fait partie intégrante de la prise en charge du

cancer du sein, en particulier après une mastectomie totale. Le choix de la reconstruction chirurgicale va être personnel. Certaines femmes ne ressentent pas le besoin de reconstruire leur sein. Seule une minorité de femmes, soit 2 à 3 sur 10, s'engage dans une reconstruction, le plus souvent plusieurs mois, voire plusieurs années après leur mastectomie.⁹⁷

Ainsi, tout au long du suivi de la maladie, le pharmacien grâce à ses connaissances et à son soutien, aide la patiente à évaluer ce qui lui convient le mieux lorsque des choix se posent à elle et l'accompagne dans la gestion de la maladie et de ses conséquences.

PARTIE VI

BIBLIOGRAPHIE

VI. Bibliographie

1. **D. GROS** (2009). *Cancer du sein, entre raison et sentiment*. Paris : Springer-Verlag. 83p.
2. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-sein>
3. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-sein/comprendre-cancer-sein>
4. **J. SAGLIER ; A. POMMEYROL ; T. BOUILLET ; AS. HENNEBICQUE** (2003). *Cancer du sein : Questions et réponses au quotidien*. Paris : Masson. Préface, 1-6 p.
5. **JC. FERRANDEZ ; D. SERIN** (2006). *Rééducation et cancer du sein*. Paris : Masson. 1-6p.
6. Nutrition-et-prevention-primaire-des-cancers-actualisation-des-donnees-Rapport_mel_20150601.pdf.pdf
7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/pdf/2017_4_1.pdf - ENVIRONNEMENT SOCIOÉCONOMIQUE ET INCIDENCE DES CANCERS EN FRANCE
8. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
9. **Dr P. GEPNER** (2009). *Le Corps humaine pour LES NULS*. Paris : First-Gründ ©. 502-504p.
10. **A. FITOUSSI ; B. COUTURAUD ; E. DELAY ; L. LANTIERI** (2011). *Chirurgie du cancer du sein*. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson SAS ©. 2-9p.
11. **JC. FERRANDEZ ; D. SERIN** (2006). *Rééducation et cancer du sein*. Paris : Masson ©. 25-37p.

12. **JC. FERRANDEZ ; D. SERIN** (2006). *Rééducation et cancer du sein*. Paris : Masson ©. 6-9 p.
13. **J. SAGLIER ; A. POMMEYROL ; T. BOUILLET ; AS. HENNEBICQUE** (2003). *Cancer du sein : Questions et réponses au quotidien*. Paris : Masson ©. 19-38 p.
14. **G. FRANCEQUIN** (2012). *Cancer du sein : une féminité à reconstruire*. Toulouse : Eres ©. 57-64p
15. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic>
16. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic/Examen-anatomopathologique>
17. <https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-du-sein-la-biopsie-pour-confirmer-le-diagnostic>
18. **FONDATION ARC : POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER** - <https://www.fondation-arc.org/cancers-sein-diagnostic>
19. **SITE : CANCER DU SEIN** - <http://www.cancerdusein.org/le-depistage/les-differentes-techniques-de-depistage>
20. **D. GROS** (2009). *Cancer du sein, entre raison et sentiment*. Paris : Springer-Verlag. 7p.
21. **JC. FERRANDEZ ; D. SERIN** (2006). *Rééducation et cancer du sein*. Paris : Masson ©. 189-193 p.
22. **G. FRANCEQUIN** (2012). *Cancer du sein : une féminité à reconstruire*. Toulouse : Eres ©. 41-46 p.
23. **CITATION** - *Le cancer fait peur car il renvoie à « une maladie d'autant plus dangereuse qu'elle progresse sans symptôme apparent et qu'elle peut frapper à tout moment,*

n'importe qui » **N. HUCHETTE**, chargée de la conservation et valorisation des archives au musée Curie, UMS 6425, institut Curie/CNRS-IN2P3, conférence du 24 mars 2009 et Toulouse-Le Mirail, le 21 janvier 2010

24. CITATION - Margueritte, 22 ans ; « Et lorsque le mot cancer est prononcé, c'est la sidération (...) la consultation d'annonce comme on dit ! C'est la douche froide. » **G. FRANCEQUIN** (2012). *Cancer du sein : une féminité à reconstruire*. Toulouse : Eres ©. 13p. 25p.
25. **J. SAGLIER ; A. POMMEYROL ; T. BOUILLET ; AS. HENNEBICQUE** (2003). *Cancer du sein : Questions et réponses au quotidien*. Paris : Masson ©. 41-50 p.
26. SITE AMELI - <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-sein/comprendre-cancer-sein>
27. SITE : INSTITUT NATIONAL DU CANCER - <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>
28. **J. SAGLIER ; A. POMMEYROL ; T. BOUILLET ; AS. HENNEBICQUE** (2003). *Cancer du sein : Questions et réponses au quotidien*. Paris : Masson ©. 69-148 p.
29. **JC. FERRANDEZ ; D. SERIN**, Daniel (2006). *Rééducation et cancer du sein*. Paris : Masson ©. 9-21 p.
30. SITE CANCER DU SEIN – CONSULTE LE 31/07/18 - www.cancerdusein.org/vivre-un-cancer/les-traitements
31. SITE LIGUE CONTRE LE CANCER – CONSULTE LE 31/07/18 - www.ligue-cancer.net
32. SITE FUTURA SANTE – CONSULTE LE 06/08/18 - <https://www.futura-sciences.com/sante/actualites/medecine-cancer-sein-seule-radiotherapie-cest-possible-25082/>
33. SITE ASSOCIATION CONTRE LE CANCER DU SEIN – CONSULTE LE 06/08/18 - <https://www.europadonna.fr/du-depistage-aux-traitements/les-traitements/>

34. RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE DE LA LORRAINE – CONSULTÉ LE 06/08/18 -
<http://www.oncolor.org/wp-content/uploads/2011/08/fec.pdf>
35. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU SEIN – CONSULTÉ LE 06/08/18 - <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Radiotherapie>
36. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chimiotherapie>
37. SITE SOS CANCER DU SEIN – CONSULTÉ LE 06/08/18 -
<http://www.soscancerdusein.org/sos-cancer-du-sein-perruques-foulards-turbans-49.html>
38. <http://www.soscancerdusein.org/sos-cancer-du-sein-chimiotherapie-39.html>
39. SITE SOS CANCER DU SEIN – CONSULTÉ LE 06/08/18 -
<http://www.soscancerdusein.org/sos-cancer-du-sein-hormonotherapie-41.html>
40. SITE INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU SEIN – CONSULTÉ LE 06/08/18 - <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie>
41. <https://www.europadonna.fr/du-depistage-aux-traitements/les-traitements/lhormonotherapie/>
42. SITE LA LIGUE CONTRE LE CANCER – CONSULTÉ LE 06/08/18 - https://www.ligue-cancer.net/article/26094_cancer-du-sein#7
43. SITE ASSOCIATION CONTRE LE CANCER DU SEIN – CONSULTÉ LE 06/08/18 -
<https://www.europadonna.fr/du-depistage-aux-traitements/les-traitements/therapies-ciblees/>
44. SITE INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU SEIN – CONSULTÉ LE 06/08/18 - <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Therapies-ciblees>

45. SITE INSTITUT CURIE – CONSULTE LE 06/08/18 - <https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-du-sein-les-autres-traitements>
46. **J. LANSAC ; N. EVRARD** (2013). *Le grand livre de la gynécologie*. Paris : Groupe Eyrolles ©. 203-213 p.
47. **INCa** (Octobre 2013). *Les traitements des cancers du sein, collection Guides patients Cancer info*.
48. INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU SEIN - <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chirurgie-tumorectomie-et-mastectomie>
49. SOS CANCER DU SEIN - <http://www.soscancerdusein.org/sos-cancer-du-sein-chirurgie-35.html>
50. LA LIGUE CONTRE LE CANCER - https://www.ligue-cancer.net/article/26094_cancer-du-sein#7
51. INSTITUT DE SEIN DE L'ESTUAIRE - <https://www.institutdusein-hpe.fr>
52. http://centre-maladies-sein-saint-louis.org/formations/presentations/M3_2012/M3_BOurstyn_Place_pamectomie_chirurgie_oncologique.pdf
53. SITE HAS - https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/rapport_lymphoedeme_2012-12-20_09-18-24_35.pdf « Prise en charge massokinésithérapique d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein »
54. COURS DE KINESITHERAPEUTE – Ecole de kiné d'Alençon – Le lymphoedème
55. FORMATION – « Module de base » - AMOENA – *Cancer du sein : Les solutions* - Janvier 2017
56. FORMATIONS ANITA – Août 2018

57. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-10/prothse_mammaire_externe_06_octobre_2015_dm_eval_103_avis.pdf
58. SITE LEGIFRANCE -
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/4/4/AFSS1609152A/jo>
59. « Les Points Clés - Nouvelles bases de prise en charge des prothèses mammaires externes - *Application au 1er Mai 2016* »
60. ARTICLE – **M. REICH**. « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, vol. volume 85, no. 3, 2009, pp. 247-254.
61. http://www.medical78.com/nat_fmc_annonce_ross.pdf - « LES ETAPES PSYCHIQUES FACE A LA MALADIE GRAVESELON **E. KÜBLER-ROSS** »
62. **JL. PUJOL** - *L'annonce du cancer. Entre corps-symptôme et langage traumatique*. - p. 39
63. **K. GUERICHE, M. JACQUOT** - *Vécu fantasmatique et imaginaire chez les femmes atteintes de cancer du sein* - p. 740
64. **S. IONESCU, MM. JACQUET, CL. LHOTE** - *Les mécanismes de défense* - p.135
65. **G. FRANCEQUIN** (2012). *Cancer du sein : une féminité à reconstruire*. Toulouse : Eres ©. 41-44 p.
66. **G. FRANCEQUIN** (2012). *Cancer du sein : une féminité à reconstruire*. Toulouse : Eres ©. 45-50 p.
67. CITATION - « J'ai envie de me laisser porter, de me faire opérer, de ne plus penser. Je suis dans la mise en place d'un autre monde, d'un autre langage, je découvre des mots médicaux, administratifs, techniques. Le jargon médical, c'est pour moi comme du chinois ». **G. FRANCEQUIN** (2012). *Cancer du sein : une féminité à reconstruire*. Toulouse : Eres ©. 27 p.

68. **M. DERZELLE**, *Fatigues et métamorphoses de l'image du corps chez les patients atteints de cancer : entre replis du corps et nécessaire travail de la dépression*, p. 15
69. **E. RICADAT ; L. TAIEB** (2009). *Après le cancer du sein, un féminin à construire*
70. COURS SOCIO-ESTHETICIENNE – UFR pharmacie CAEN – Décembre 2017
71. SITE AFSOS - <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/socio-esthetique-cancerologie/>
72. **G. FRANCEQUIN** (2012). *Cancer du sein : une féminité à reconstruire*. Toulouse : Eres
©. 144-145 p.
73. COURS SUR LES SOINS DE SUPPORT – UFR pharmacie Caen – Décembre 2017
74. SITE DE L'ASSOCIATION FRANCOPHONE DES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT -
<http://www.afsos.org/fiche-metier/psycho-oncologie/>
75. <http://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
76. **JP. PIERRON**, *Représentation du corps malade et symbolique du mal : maladie, malheur, mal ?*, p. 38
77. **D. GROS** (2009). *Cancer du sein, entre raison et sentiment*. Paris : Springer-Verlag. 27p.
78. <http://ipcem.org/img/articles/Lacroix.pdf> - « Approche psychologique de l'éducation du Patient : obstacles liés aux patients et aux soignants »
79. <http://e-learning-formation.com/plateforme/formation/local/cerfpa/fin-vie/3/5-phases.html> - « Les cinq phases du mourir »
80. **A. MANOUKIAN**. *La relation soignant-soigné*. p. 9
81. Le Petit Larousse Illustré. p. 816

82. **P. PRAYEZ.** Distance professionnelle et qualité du soin. p. 1
83. **W. HESBEEN.** Prendre soin à l'hôpital. p 8
84. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf>
85. <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-journey/living-with-cancer/dealing-with-change/self-esteem-body-image/?region=on>
86. www.inpes.sante.fr - Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme
87. LIVRET LA ROCHE-POSAY – *Vous êtes touché par le cancer ? Votre peau aussi.*
88. LIVRET AVENE – *Accompagnement du patient sous traitement oncologique*
89. SITE DANGER-SANTE.ORG - <http://www.danger-sante.org/aphtes-dans-la-bouche/>
90. <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/a6b00970-c0bd-4a6c-aebb-a1444fbdc4ad>
91. SITE – INSTITUT NATIONAL DU CANCER - <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chimiotherapie/Effets-secondaires>
92. SITE – SOS CANCER DU SEIN - <http://www.soscancerdusein.org/sos-cancer-du-sein-perruques-foulards-turbans-49.html>
93. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Activites-physiques-et-cancer>
94. <http://www.soscancerdusein.org/sos-cancer-du-sein-sport-53.html>
95. <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Activite-physique>

96. SITE – INSTITUT NATIONAL DU CANCER - « Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer. Des connaissances scientifiques aux repères pratiques » / Synthèse, collection Etats des lieux et des connaissances, INCa, mars 2017.

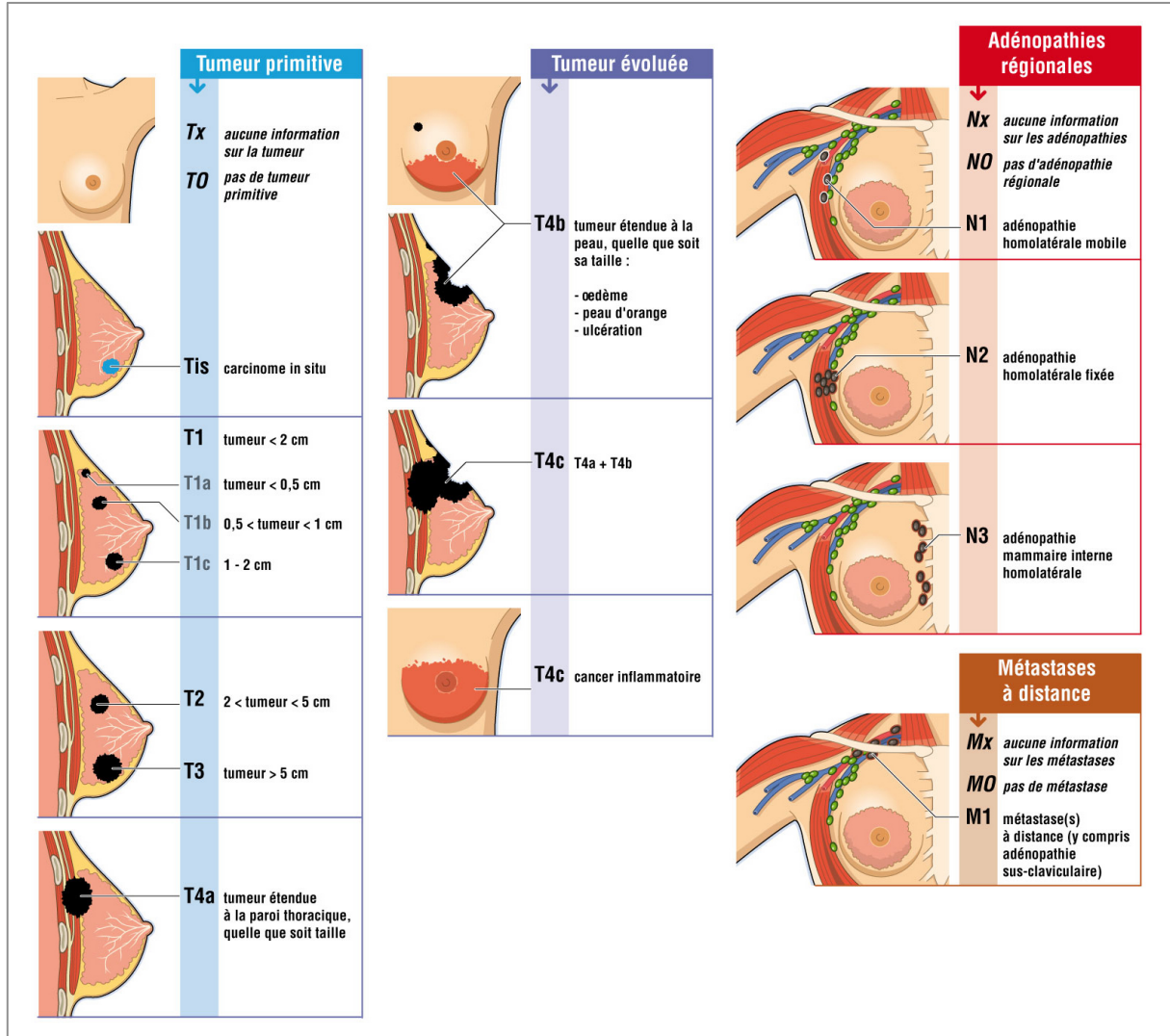
97. HAS (Haute autorité de santé), Reconstruction du sein par lambeau cutanéograissex libre de l'abdomen avec anastomose vasculaire. Technique DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator), Rapport d'évaluation technologique. HAS, 07/2011, 70p.

PARTIE VII

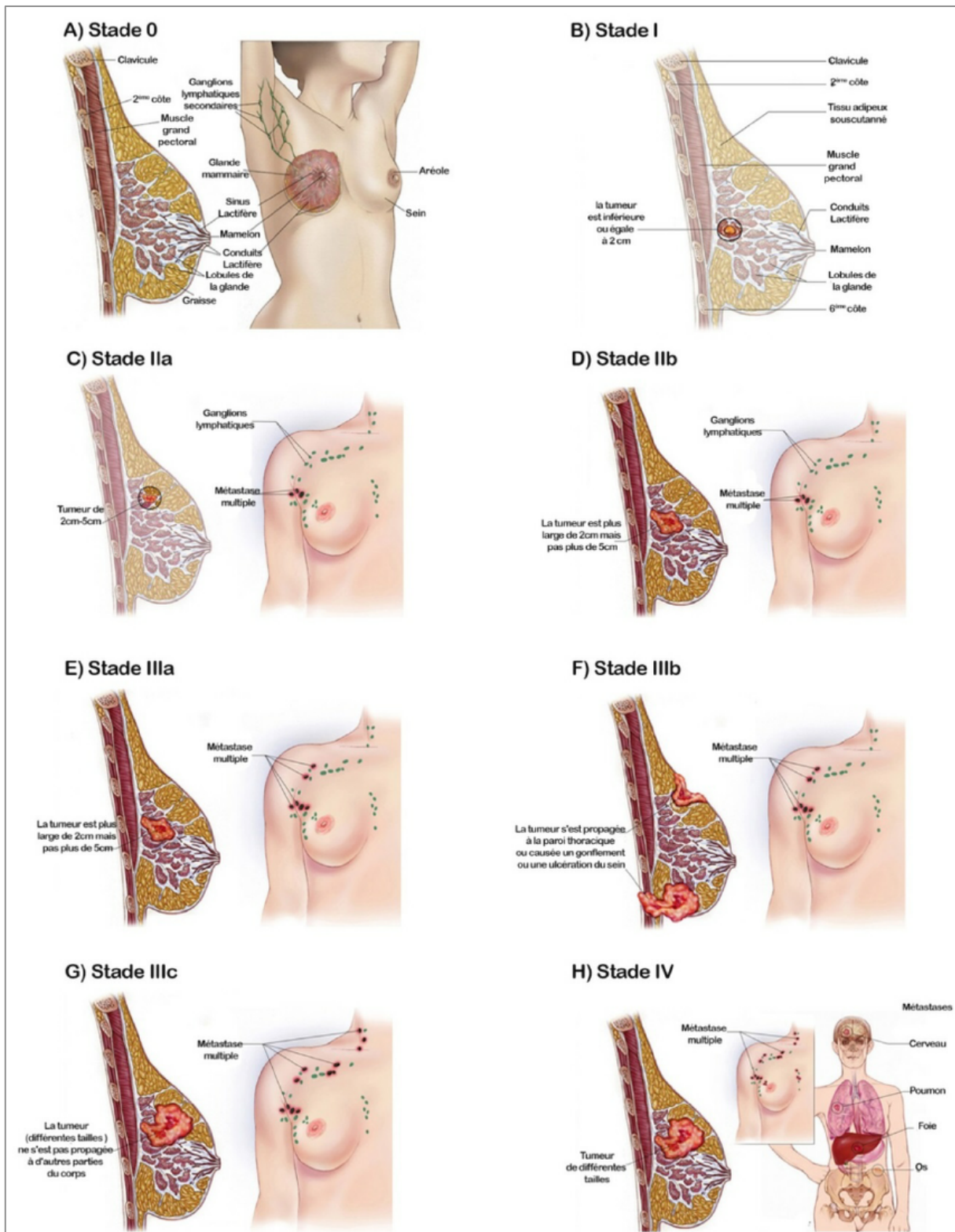
ANNEXES

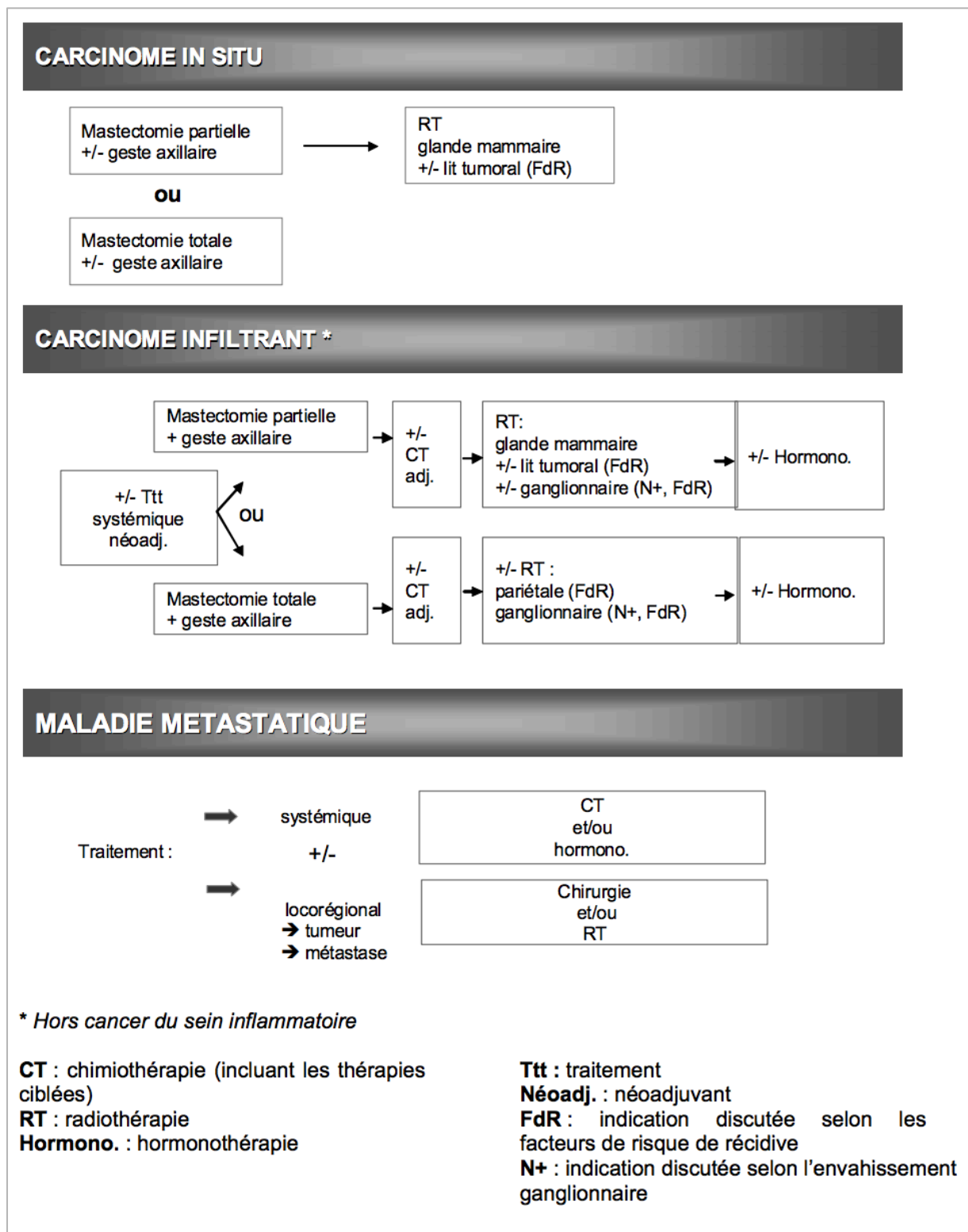
VII. Annexes

ANNEXE N°1 – CLASSIFICATION TNM



ANNEXE N°2 – STADES





CARCINOME INFILTRANT *

Mastectomie partielle
+ geste axillaire

+/-
CT
adj.

RT:
glande mammaire
+/- lit tumoral (FdR)
+/- ganglionnaire (N+, FdR)

+/- Hormono.

↙
ou
↘

+/- Ttt
systémique
néoadj.

Mastectomie totale
+ geste axillaire

+/-
CT
adj.

+/- RT :
pariétale (FdR)
ganglionnaire (N+, FdR)

+/- Hormono.

MALADIE METASTATIQUE

Traitement :

→

systémique

+/-

CT
et/ou
hormono.

→

locorégional

→ tumeur

→ métastase

Chirurgie
et/ou
RT

CT : chimiothérapie (incluant les thérapies ciblées)

RT : radiothérapie

Hormono. : hormonothérapie

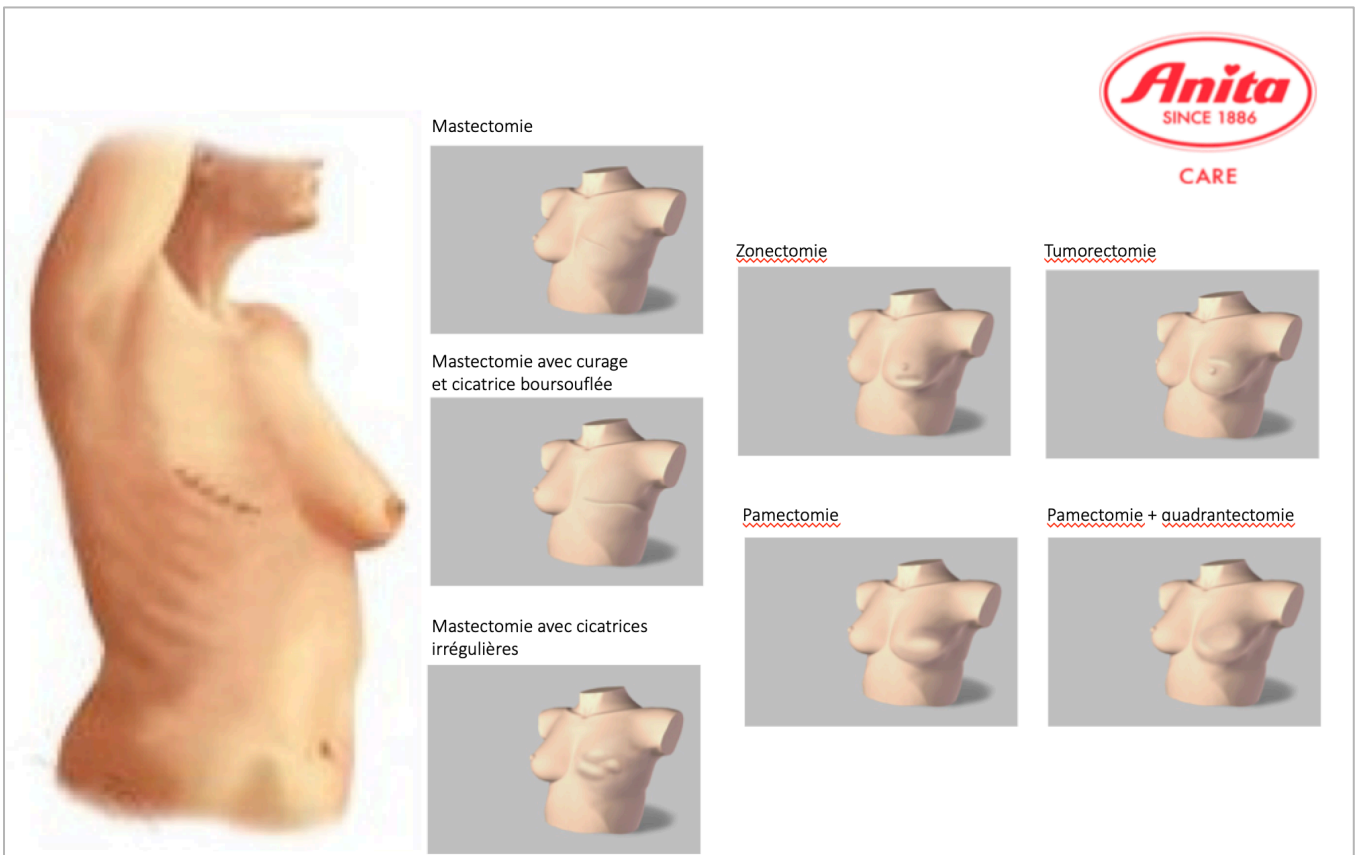
Ttt : traitement

Néoadj. : néoadjuvant

FdR : indication discutée selon les facteurs de risque de récurrence

N+ : indication discutée selon l'envahissement ganglionnaire

ANNEXE N°4 – LES DIFFERENTES PRISES EN CHARGE CHIRURGICALES



ANNEXE N° 5 – LES DIFFERENTS TYPES DE PROTHESES EXISTANTES SELON LE GALBE DU SEIN

		morphologie du sein		
		galbe 1	galbe 2	galbe 3
Bonnet	A			
	B			
	C			
	D-G	Les exemples sont donnés pour les bonnets A à C, ils peuvent être adaptés pour les bonnets D-G		

3 galbes différents

Galbe 1	Galbe 2	Galbe 3
Symétrique	Symétrique Asymétrique Extra forme Universelle	Symétrique Extra forme

ANNEXE N° 6 – TROUVER LA TAILLE DU SOUTIEN-GORGE – TABLEAU DE CORESPONDANCE AMOENA

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

amoena

Trouver le bon soutien-gorge

1. Mesurer tout d'abord le tour de buste complet, juste dessous la poitrine. Mesurer ensuite le demi-tour de poitrine et multiplier par 2.
2. Prendre la mesure du côté non opéré, au niveau du mamelon, en partant du sternum jusqu'au centre de la colonne vertébrale
3. Se reporter ensuite au tableau ci-dessous pour obtenir la taille du soutien-gorge et la profondeur du bonnet.

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.

Taille de soutien-gorge

La taille des soutiens-gorge fonctionne par palier de 5 cm

68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 ...

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.

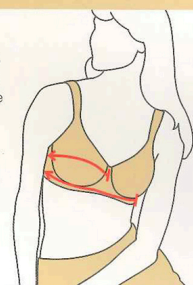
Conseils pratiques

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.

Tour de buste :

Mesurer le tour de buste complet, juste dessous la poitrine.



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 : Modèle type de prescription (qui sera bientôt téléchargeable sur ameli.fr)

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

1ère 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 lymphœdème

la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales

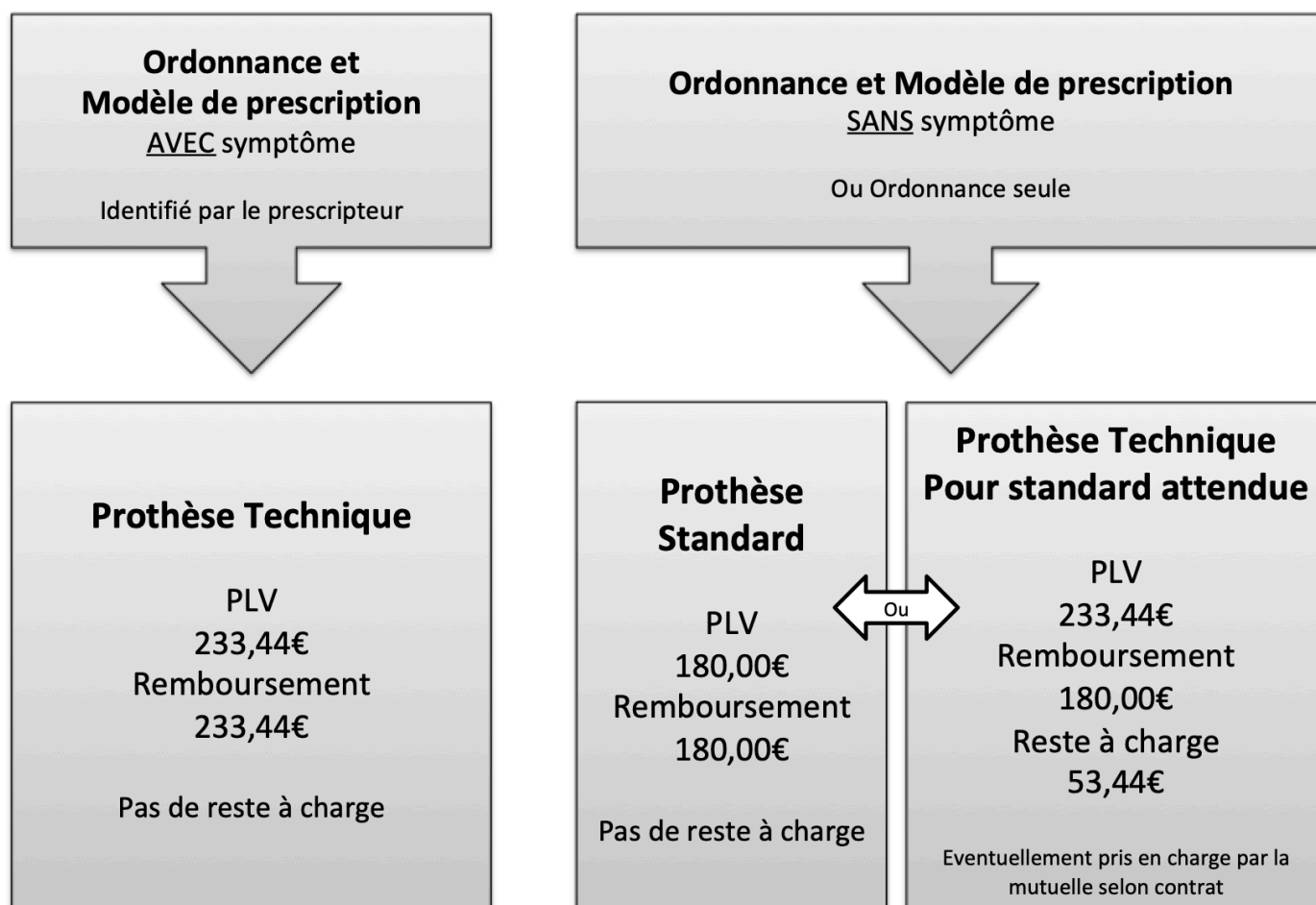
la patiente est sujette à des bouffées de chaleur ou à une hypersudation

Une prothèse mammaire externe est prescrite : Oui Non

Cachet du médecin

ANNEXE N°8 – DELIVRANCE DES PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES

A compter du 1^{er} Avril 2019



ANNEXE N°9 – LA PRISE EN CHARGE DES PROTHESES CAPILLAIRES

Barème de remboursement des prothèses capillaires à compter du 2 avril 2019

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 avec cheveux synthétiques + un accessoire textile*	350 euros TTC	350 euros TTC	aucun
Perruque totale avec un mélange de cheveux synthétiques et naturels (au moins 30%) + 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.



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

U.F.R. Santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

TITRE

ACCOMPAGNEMENT A L'OFFICINE DES FEMMES AYANT SUBI UNE MASTECTOMIE VERS LA RECONSTRUCTION DE LEUR NOUVEAU CORPS

Résumé

Le cancer du sein est à la fois le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme. Le traitement médical de ce cancer peut aboutir à une mastectomie - ablation d'un sein susceptible d'engendrer des répercussions physiques et psychologiques importantes chez la femme opérée. En effet, celle-ci se voit soudainement amputée d'une part d'elle-même et trouve son identité sexuée affectée puisque l'intervention chirurgicale touche le sein, symbole de féminité et de maternité. Par son accessibilité, le pharmacien d'officine sera un acteur essentiel dans cette épreuve de « réparation » et de « réappropriation » corporelle, pendant et après la maladie. Il aura pour rôle d'accompagner, d'informer, de prévenir et d'orienter la patiente vers un choix adapté de prothèse mammaire.

TITLE

ASSISTANCE TO WOMEN WHO HAVE UNDERGONE A MASTECTOMY IN THE RECONSTRUCTION OF THEIR NEW BODY AT THE DISPENSARY

Summary

Breast cancer is both the most common and deadliest cancer diagnosed in women. The surgery to remove breast cancer can lead to a mastectomy - a removal of the entire breast that can have physical and psychological impact on the patient. Indeed, the women is suddenly amputated of a part of herself and finds her sexual identity affected since the surgery involve the loss of the breast, symbol of femininity and motherhood. Through his accessibility, the pharmacist is an essential actor in this process of "reconstruction" and "re-appropriation" of the body. His role is to support, inform, prevent and guide the patient towards the appropriate choice of an external breast prosthesis.

Mots-clés

- Accompagnement
- Cancer du sein
- Mastectomie
- Prothèses mammaires externes
- Seins
- Accompagnement psychologique
- Conseils à l'officine