



Conserver sa féminité pendant et après un cancer du sein : rôle et conseils du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de ces patientes

Marion de La Calle

► To cite this version:

Marion de La Calle. Conserver sa féminité pendant et après un cancer du sein : rôle et conseils du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de ces patientes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02529139

HAL Id: dumas-02529139

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02529139>

Submitted on 2 Apr 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.

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2020

Thèse n° 36

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par **DE LA CALLE, Marion**

Née le 21 Janvier 1994 à Dax (40)

Le 21 Février 2020

**CONSERVER SA FEMINITE PENDANT ET APRES UN
CANCER DU SEIN : RÔLE ET CONSEILS DU
PHARMACIEN D'OFFICINE DANS
L'ACCOMPAGNEMENT DE CES PATIENTES**

Sous la direction de : Isabelle PASSAGNE

Membres du jury :

Mme DUFOURCQ Pascale

Président

Mme PASSAGNE Isabelle

Directeur de thèse

Mme LASSABE Anne-Sophie

Jury

REMERCIEMENTS

A Madame DUFOURCQ,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et de juger mon travail.

A Madame PASSAGNE,

Merci d'avoir suivi et corrigé mon travail tout au long de cette année, pour votre investissement et vos conseils bienveillants.

A Madame LASSABE,

Merci pour votre présence dans mon jury, en espérant que vous apprécierez ce travail.

A paps et mams,

Tout d'abord merci de m'avoir permis de suivre ces longues années d'études afin de m'offrir la vie que je souhaite. Merci de m'avoir encouragée à chaque épreuve, à chaque déception, à chaque instant de ma vie où j'en avais besoin. Merci pour votre bienveillance envers moi, pour votre soutien constant et pour votre dévouement. Merci de me pousser à toujours donner le meilleur de moi-même. Merci d'être là, merci d'être vous. Je ne vous dirai jamais assez combien je vous aime.

A ma famille,

Merci à toi Florian, mon frère, qui même à des milliers de kilomètres me soutient quoique j'entreprenne. Je sais que tu seras toujours là pour moi, et je suis fière d'être ta petite sœur.

Merci à mes grands-parents, à mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines, pour votre gentillesse et votre accompagnement.

A mes amis de la fac,

Mes premières pensées sont pour Aude, Sarah, Mélanie et Margaux qui sont présentes depuis le tout début de ce parcours de pharmacie. Merci pour ces heures interminables de papotages, pour tous ces moments partagés, pour toutes ces soirées, malgré la différence de parcours. Merci d'avoir été là et d'avoir fait de mes années d'études des années que je n'oublierai jamais.

Merci à toi Elsa, pour ta bonne humeur permanente, pour ton soutien, pour ces dizaines de tours au stade Chaban. Pour nos fous rires, pour notre amitié.

Maya, merci pour ta présence durant ces derniers mois de vie étudiante qui ont été plus que difficiles. Une rencontre certes tardive, mais très belle.

Merci à toutes les filles d'officine, avec qui j'ai pu partager de très bons moments.

A mes amies de Soustons, Anais, Didou, Laetiti, Marie C., Marie L.,

Merci pour tous ces moments passés ensemble, merci de faire partie de ma vie. Nous avons toutes des carrières différentes qui nous attendent, nous en sommes à des stades différents de nos vies, mais pour rien au monde je ne voudrais que nos chemins se séparent.

A Rosalie,

Malgré notre éloignement d'années en années, on se retrouve toujours pour des après-midis entières de potins. Merci d'avoir toujours été là pour moi depuis maintenant 15 ans. Merci pour tous ces moments, de la glace à la coupe aux soirées dragibus noix de cajou. Pour toutes ses soirées à m'écouter sur ton balcon, à me rassurer, à me soutenir. Merci d'avoir été là quand tout allait mal pour moi. Pour ne pas m'avoir lâché la main une seule fois. Merci pour tout.

A Margaux, mon poussin,

Un simple merci ne suffirait pas. Tu as été ma plus belle rencontre de ces dernières années. Si belle que j'ai l'impression de te connaître depuis toujours. Je ne pourrai jamais parler de mes études sans mentionner ton prénom. Quand je repense à toutes nos années, le premier souvenir que j'ai c'est le fameux « c'est toi Marion De la Calle ? ». Ce jour-là j'ai eu peur de toi 5 secondes, mais je suis tellement contente de t'avoir piqué ton stage pour que tu puisses venir me le dire. Comme quoi ça tient à pas grand-chose. Le deuxième c'est la soirée plafond micro chatte (*oui oui, j'ai écrit ça sur ma thèse de docteur en pharmacie*). Est-ce que je continue ? Les soirées mojito kasteel rouge au levrette, les nombreux films à l'UGC, les pâtes au CPP, les soirées téléphone, les soirées coolin, les karaokés à en rouler à 260km/h. Pour ces remerciements je veux que ça balance, en rythme et en cadence. Je pourrais écrire des lignes et des lignes, mais je vais conclure par un énorme merci d'amour.

A toute l'équipe de la pharmacie du Lac,

Merci pour toutes ces années à vos côtés. Merci pour votre bienveillance, pour tous vos conseils, pour votre savoir, pour les connaissances que vous m'avez transmises. Merci d'avoir fait de moi la pharmacienne que je serai.

Une énorme pensée pour ma petite savoyarde, pour ses nombreuses heures au téléphone, pour ses fous rires, pour nos conversations de quiche ; ma jolie Laurie qui va énormément me manquer.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
PREMIERE PARTIE – LE SEIN ET LE CANCER DU SEIN	11
I. LE SEIN.....	11
A. Anatomie du sein	11
1. Constitution	11
2. Glande mammaire	12
3. Tissu adipeux et tissu de soutien.....	13
4. Vascularisation.....	13
B. Physiologie du sein	14
II. LE CANCER DU SEIN.....	15
A. Epidémiologie.....	15
B. Physiopathologie	17
1. Description.....	17
2. Les adénocarcinomes in situ	17
3. Les adénocarcinomes infiltrants.....	18
4. De l'in situ à l'infiltrant.....	18
C. Dépistage.....	19
D. Diagnostic	20
E. Facteurs de risques ,	21
F. Facteurs permettant la classification des types de cancers.....	24
1. Définition	24
2. Classification TNM	24
3. Gradient SBR	26
4. Récepteurs	27
III. PRISE EN CHARGE.....	27

A.	Prise en charge thérapeutique	28
B.	Prise en charge médicamenteuse.....	28
1.	Médicaments cytotoxiques	29
2.	Thérapies ciblées	30
3.	Hormonothérapie.....	31
C.	La place du pharmacien d'officine.....	32
IV.	SURVEILLANCE	33
DEUXIEME PARTIE – LES IMPACTS DU CANCER : ATTEINTE A LA FEMINITE ET LEUR PRISE EN CHARGE		34
I.	L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE	34
A.	Le choc de l'annonce	35
1.	L'adaptation psychologique.....	35
2.	L'effraction psychologique provoquée par le cancer	37
3.	Triple confrontation.....	37
B.	Les réactions émotionnelles post-annonce	38
C.	Trouble de l'image du corps	39
D.	La perte de confiance	41
II.	L'IMPACT SUR LE CORPS.....	42
A.	Modification de l'apparence du sein	42
B.	Sécheresse cutanée.....	43
C.	Syndrome main-pied	44
1.	Définition	44
2.	Prise en charge	45
D.	Cheveux, poils, sourcils	47
1.	Prise en charge	48
E.	Ongles	49
1.	Généralités	49

2.	Prise en charge	49
F.	Variation du poids	51
III.	L'IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE	52
A.	Fatigue	52
1.	Définition	52
2.	Les causes.....	54
3.	La prise en charge	54
4.	La gestion de la fatigue au quotidien.....	56
B.	Douleurs.....	56
1.	Définition	57
2.	Les causes.....	57
3.	La prise en charge	57
4.	La gestion de la douleur au quotidien	59
C.	Sexualité et fertilité	59
1.	Libido	60
2.	Troubles corporels associés à la sexualité	61
3.	Troubles de la fertilité	61
4.	Troubles du cycle menstruel	62
TROISIEME PARTIE – LA RECONSTRUCTION DE L'IDENTITE FEMININE PAR DIFFERENTES APPROCHES		64
I.	APPROCHES CORPORELLES.....	64
A.	Relaxation.....	65
B.	Sophrologie.....	66
II.	BIEN-ÊTRE MENTAL : SOCIO-ESTHETIQUE	67
A.	Définition	67
B.	Histoire de la socio-esthétique	68
C.	Les objectifs.....	69

1.	Les objectifs de l'accompagnement individuel.....	69
2.	Les objectifs de la prise en charge collective	70
D.	Les types de soins.....	71
E.	Rôles de la socio-esthétique dans l'accompagnement du patient	72
III.	FORMES DU CORPS	73
A.	Reconstruction mammaire.....	73
1.	Généralités	73
2.	Les différentes reconstructions	76
3.	Les différentes étapes suivant la reconstruction mammaire.....	78
B.	Prothèses mammaires externes	78
1.	Définition et motivations	78
2.	Les différents types de prothèses mammaires.....	79
3.	Prescription, prise en charge, renouvellement	80
4.	Conseils associés	81
IV.	MODE ET BEAUTE : UN CORPS NOUVEAU	82
A.	Coiffure adaptée	82
1.	Les prothèses capillaires : les perruques.....	83
2.	Les franges et les turbans/foulards.....	86
B.	Lingerie.....	86
C.	Tatouage	87
QUATRIEME PARTIE – LE ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE FACE AUX PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN		89
I.	RÔLE DANS LA PROMOTION DE LA PREVENTION ET DU DEPISTAGE	89
A.	Connaître les modalités	90
1.	Population cible	92
2.	Limites du dépistage	92
B.	Comprendre les raisons de la peur du dépistage	93

C.	Octobre rose	94
1.	Définition	94
2.	Historique	94
3.	Le ruban rose : symbole de la lutte contre le cancer du sein	95
4.	Le mois d'octobre : les initiatives	96
D.	En tant que pharmacien d'officine : répondre aux questions essentielles des patientes.....	96
II.	RÔLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES EFFETS INDESIRABLES ET CONSEILS ASSOCIES	99
A.	Conseils lors d'une radiothérapie	101
1.	Conseils pour se préparer avant la séance de radiothérapie	101
2.	Conseils pour apaiser après une séance de radiothérapie.....	102
3.	Fiche conseil	102
B.	Prise en charge d'une patiente traitée par chimiothérapie et/ou thérapie ciblée	104
1.	Les différents effets secondaires	104
2.	Fiches conseil associées	104
C.	Conseils lors d'un traitement par hormonothérapie.....	109
1.	Les sautes d'humeur	109
2.	Gérer les bouffées de chaleur	109
3.	Libido et sécheresse vaginale	110
4.	Fiche conseil.....	110
III.	GESTION DES COMPLICATIONS : FACE A UNE TUMORECTOMIE.....	112
A.	Prise en charge des cicatrices	112
B.	Face à une prothèse mammaire.....	112
1.	Accueil de la patiente	112
2.	Prise de mesure et essayage.....	113
3.	Conseils et conclusion du rendez-vous	114

IV.	EXEMPLES DE PRODUITS DERMOCOSMETIQUES ADAPTES AUX CONSEILS DU PHARMACIEN	115
A.	Même Cosmetics®	115
B.	Avène®.....	117
V.	CONSEILS PHARMACEUTIQUES SUPPLEMENTAIRES	118
	CONCLUSION.....	120

INTRODUCTION

D'une manière générale, il est difficile d'oser parler du cancer. Le terme « cancer » est défini par la multiplication et la propagation anarchique de cellules anormales. Ces dernières s'amassent en une tumeur maligne dans l'organe de départ. Chaque cancer est différent, se développant à différentes vitesses et répondant à différents traitements. Nous entendons beaucoup parler du cancer du sein ces dernières années, surtout durant le mois d'Octobre, nous savons que c'est une maladie grave qui atteint de plus en plus de personnes et que les traitements sont lourds. Mais que savons-nous des réalités de cette maladie et de ses impacts sur les patientes ?

Aujourd'hui en touchant 1 femme sur 8, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France et représente la première cause de décès par cancer chez la femme. Son incidence a augmenté depuis les années 90 alors que la mortalité a diminué. Nous verrons dans cette thèse toutes les conséquences que peut avoir cette maladie sur les femmes et sur la vie quotidienne, ainsi que les différentes solutions pour y faire face.

64% des femmes concernées par le cancer se sentent moins bien dans leur corps, deux femmes sur trois estiment que les changements physiques liés à la maladie ont un impact sur leur vie de femme. Le pharmacien d'officine, de par ses connaissances et sa place dans le parcours de soin, est un interlocuteur privilégié pour ces patientes. Il fait preuve d'une écoute attentive et peut ainsi prodiguer de nombreux conseils afin d'améliorer l'estime de soi et la qualité de vie.

Dans une première partie, nous aborderons les généralités sur le sein et le cancer du sein : épidémiologie, physiopathologie, facteurs de risques... Nous parlerons également de la prise en charge et des traitements anti-cancéreux utilisés, ainsi que de la surveillance des patientes.

Dans un second temps, nous listerons les nombreux effets secondaires causés par la maladie elle-même et par les traitements. Les effets sur la peau sont systématiques et communs à toutes les thérapies, mais nous verrons qu'il y en a bien d'autres, sur les muqueuses, cheveux, ongles...

Enfin, les deux dernières parties vont se consacrer aux différentes solutions pour ne pas perdre sa féminité. Nous aborderons des techniques médicales, des techniques corporelles mais aussi l'apport plus que bénéfique de la mode et de la cosmétologie. Un chapitre entier sera consacré au pharmacien d'officine face à ces patientes atteintes d'un cancer du sein, aux différentes situations qu'il peut aborder et surtout à tous les conseils et notions qu'il peut leur transmettre.

PREMIERE PARTIE – LE SEIN ET LE CANCER DU SEIN

I. LE SEIN

A. Anatomie du sein

Le sein est une glande exocrine hormonodépendante qui renferme la glande mammaire entourée d'un tissu de soutien contenant des vaisseaux, des fibres et de la graisse. Contrairement aux glandes endocrines, les glandes exocrines vont expulser leurs sécrétions à l'extérieur de l'organisme, ici avec évacuation du lait maternel. La principale fonction biologique du sein chez la femme est donc la lactation. Les seins font partie des caractères sexuels secondaires qui permettent de différencier l'homme de la femme. Ils possèdent donc également un rôle important dans la fonction sexuelle en tant que déterminant de la féminité. En effet, pour la plupart des femmes, l'esthétique du sein est aussi importante, voire plus, que la fonction biologique.

Anatomiquement, les seins sont localisés « au niveau du thorax, en avant du muscle pectoral de chaque côté et s'étendent en hauteur jusqu'à la clavicule et en largeur de l'aisselle jusqu'au milieu du sternum environ ».¹

1. Constitution

A l'extrémité du sein, on distingue une saillie de forme ressemblante à un cône pigmenté brunâtre ; ceci correspond au mamelon constitué de pores des canaux galactophores. Ce dernier est entouré d'un disque pigmenté d'environ trente millimètres de diamètre, de couleur marron foncé, qui constitue l'aréole.

Le mamelon et l'aréole forment la plaque aréolo-mamelonnaire. L'épaisseur de la peau varie avec un revêtement cutané épais en périphérie et qui s'amincit au voisinage de l'aréole.²

En ce qui concerne la structure interne du sein elle est complexe. En effet, le sein est un organe constitué de différents tissus et repose en arrière sur le muscle pectoral.

Chaque sein est composé d'une glande mammaire, de tissu glandulaire fibreux et de tissu adipeux. La proportion de ces différents constituants varie d'une femme à une autre. C'est en effet la quantité de ces tissus qui détermine le volume du sein. La peau recouvre le tout et, avec le tissu fibreux, participe au maintien du sein.^{3,4}

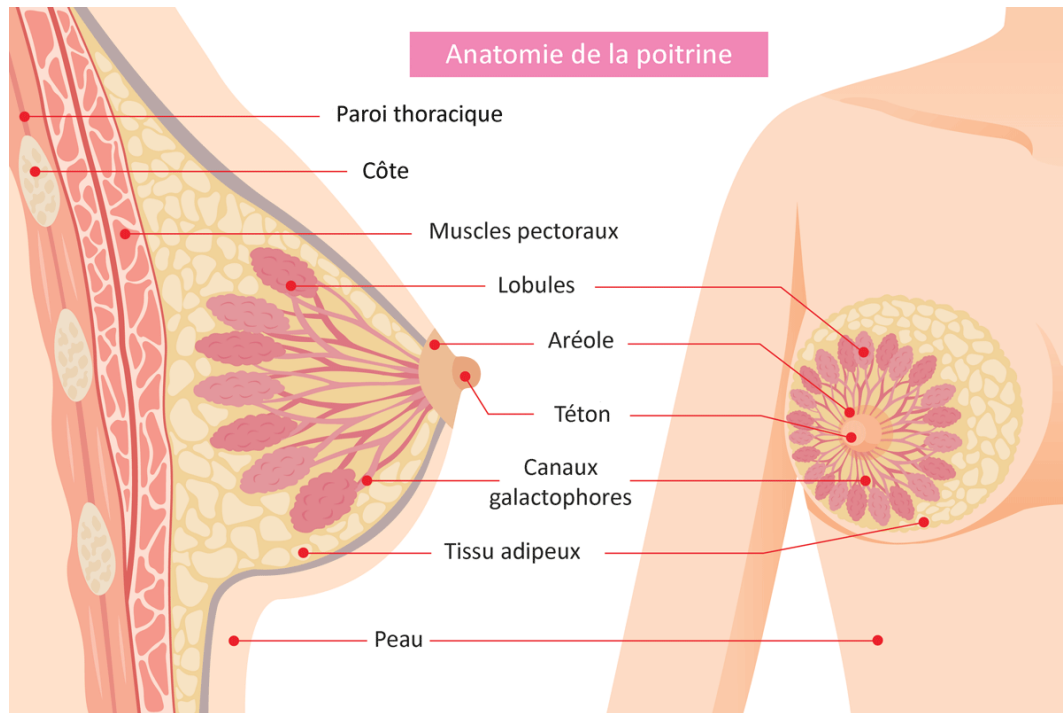


Figure 1 - Schéma légendé de l'anatomie du sein ⁵

2. Glande mammaire

La glande mammaire est une glande exocrine paire, constituée de 15 à 20 lobes, composés de lobules. Ces lobes ont pour rôle la sécrétion lactée.

Chacun des lobes est relié au mamelon par un canal. De chaque lobe part donc un canal galactophore, puis ils sont prolongés et tous convergent jusqu'au mamelon. Avant de l'atteindre, à environ 1 centimètre de ce dernier, il y a le sinus lactifère correspondant à la dilatation de ces canaux galactophores. Ces derniers tiennent leur nom de leur fonction, assurant l'acheminement du lait jusqu'aux pores du mamelon.⁶

3. Tissu adipeux et tissu de soutien

La quantité de tissu adipeux est en grande partie responsable du volume des seins, mais n'a aucun effet sur la quantité et la qualité de lait produite. On retrouve deux couches graisseuses étroitement liées au tissu glandulaire :

- la couche antérieure pré-glandulaire cloisonnée par des travées conjonctives
- la couche postérieure séparée du grand pectoral par du tissu conjonctif.

L'ensemble peau + glande + graisse glisse sur le muscle grand pectoral.

4. Vascularisation

On retrouve dans le sein des vaisseaux sanguins et lymphatiques, ainsi que des nerfs.

La vascularisation artérielle provient de trois troncs artériels : l'artère thoracique interne, l'artère axillaire et les artères intercostales. La distribution est effectuée par des rameaux profonds qui pénètrent la glande et des rameaux superficiels ou cutanés très denses.

Le réseau veineux assure un drainage médian vers les veines thoraciques internes, latéral vers la veine axillaire et postérieur vers les veines intercostales. Le réseau profond chemine entre les lobes et est non visible. ⁷

Les vaisseaux lymphatiques accumulent et transportent la lymphe jusqu'aux ganglions lymphatiques, entourant la région mammaire. Les ganglions lymphatiques du sein se situent des deux côtés du corps, et permettent l'évacuation de la lymphe de chaque sein. Plus précisément, ils sont localisés au niveau de l'aisselle, au-dessus et sous la clavicule, ainsi qu'autour du sternum.

Ganglions lymphatiques du sein

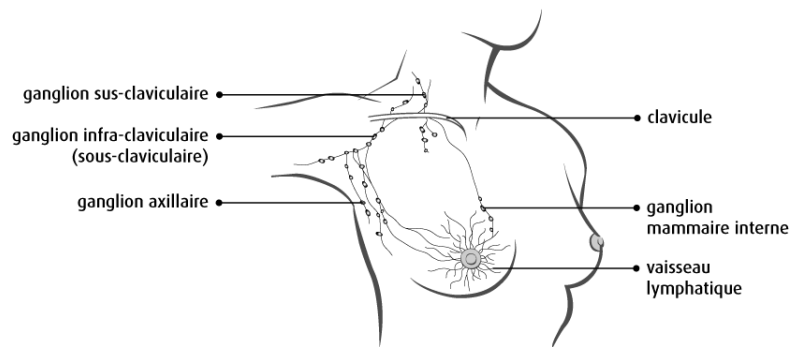


Figure 2 - Positions anatomiques des ganglions lymphatiques du sein ⁸

Ces chaînes de ganglions lymphatiques filtrent les microbes et aident à combattre les infections en faisant partie du système lymphatique.⁹

B. Physiologie du sein ¹⁰

Le développement et le fonctionnement de la glande mammaire dépendent des hormones sexuelles. Fabriquées par les ovaires, ces hormones sont les oestrogènes et la progestérone.

Les oestrogènes¹¹ ont un rôle dans le développement, le maintien et le bon fonctionnement des organes génitaux ainsi que des seins chez la femme. Leur rôle est d'autant plus important tout au long de la grossesse.

La progestérone¹² est une hormone stéroïdienne qui intervient dans la préparation de l'utérus à la grossesse à chaque cycle. Elle joue également un rôle dans le développement des glandes mammaires au cours de la grossesse afin d'assurer la production de lait après l'accouchement.

Dans la physiologie du sein, il y a l'intervention d'une autre hormone : la prolactine. La prolactine¹³ est une hormone peptidique sécrétée par l'hypophyse, glande située dans le cerveau. Elle permet la synthèse et le maintien de la lactation après l'accouchement.

La glande mammaire, soumise à ce contrôle hormonal, provoque des modifications au niveau des seins. En effet, les seins vont varier et adopter différentes tailles et différentes formes. La taille est dépendante de la quantité de graisse.

Tout au long de leur vie, les femmes noteront des changements de leurs seins. Ces modifications se produisent lors de périodes bien définies :

- A la naissance : la glande mammaire est au repos, immature. Elle restera dans cet état jusqu'à la puberté. *Chez les hommes, la glande mammaire reste dans cet état à vie.*
- A la puberté : les seins commencent à se développer chez la femme entre 10 et 12 ans. La hausse des oestrogènes et de la progestérone provoque une augmentation du volume des seins, ainsi qu'une saillie du mamelon. Cette dernière s'accompagne d'un élargissement et d'une pigmentation de l'aréole autour. Il est à noter à ce stade, bien que ce soit un changement non visible à l'œil, le développement des canaux et lobes qui produiront le lait. Les seins commencent ici à former une réserve de graisse, créant ainsi une apparence plus ronde.
- Lors du cycle menstruel : on observe des changements à chaque cycle. Les oestrogènes interviennent dans la 1^{ère} phase du cycle en stimulant le développement des canaux galactophores. La progestérone prend le relais et n'est synthétisée qu'à la 2nde phase du cycle, après l'ovulation.
- Lors des grossesses : sous l'action des hormones, le volume des seins augmente du fait de la prolifération des lobules et canaux, mais aussi du tissu adipeux.
- Après l'accouchement : la prolactine stimule les lobules de la glande mammaire pour la production de lait. On notera lors de l'allaitement le mamelon qui ressort davantage.
- A la ménopause : la glande mammaire s'atrophie, la sécrétion hormonale est stoppée. Le volume des seins diminue à peine car l'atrophie est compensée, son remplacement se fait par du tissu fibreux ou du tissu adipeux.

II. LE CANCER DU SEIN

A. Epidémiologie

En France, le cancer du sein est le cancer rencontré le plus fréquemment chez la femme, avant ou après la ménopause. Il en est de même aux Etats-Unis ainsi que dans l'Union Européenne.¹⁴

En 2017, il a été recensé 58 968 nouveaux cas de cancer du sein en France. Cependant, et ce depuis quelques années, le taux de mortalité est en diminution.

On a observé une diminution de l'incidence de -1,5 par an entre les années 2005 et 2012. Malgré cette baisse du taux d'incidence, le cancer du sein reste celui qui cause le plus grand nombre de décès par cancer chez la femme, avec 18,2% des décès féminins. Près de 80% des décès se produisent chez des femmes âgées de 60 ans et plus.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le dépistage qui s'adapte de plus en plus à chaque femme en prenant en compte ses facteurs de risques (*on reverra cette notion dans la partie II.D.*), ainsi que des traitements de plus en plus efficaces. La survie à 5 ans est passée de 80% pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 1993 à 87% pour celles diagnostiquées entre 2005 et 2010.¹⁵

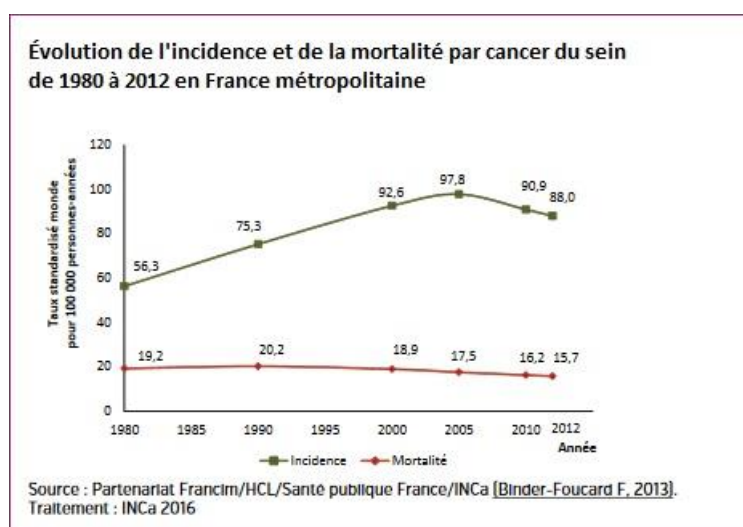


Figure 3 - Evolution de l'incidence et de la mortalité (1980-2012)

Une notion à connaître est la survie nette ou relative à 5 ans. Cette survie est standardisée, elle correspond à une survie théorique où la seule cause de décès serait le cancer étudié, et non l'ensemble des causes de décès.¹⁶

Près de 87% des femmes ayant un cancer diagnostiqué survivent à leur cancer après 5 ans, et 78% après 10 ans.

Bien que les chiffres varient selon l'âge, la survie à 5 ans s'est grandement améliorée depuis les années 90. Cette amélioration est, tout comme la baisse de la mortalité indiquée précédemment, due aux progrès dans la prise en charge thérapeutique, ainsi qu'à un plus grand nombre de dépistages précoces. En effet, plus la prise en charge s'effectue précocement, meilleurs sont les résultats et la survie.¹⁷

B. Physiopathologie ¹⁸

1. Description

« Le terme Cancer du sein correspond à la présence de cellules anormales dans un sein, cellules qui se multiplient de façon anarchique pour former une tumeur maligne, un carcinome. Selon le type de cancer du sein, ces cellules peuvent rester confinées dans le sein ou migrer vers les ganglions avoisinants, voire le reste du corps. » ¹⁹

Dans 95% des cas, les cancers du sein sont des adénocarcinomes. Un adénocarcinome²⁰ est par définition un type de cancer se développant à partir des cellules d'une glande, de son revêtement ou bien d'une muqueuse.

Dans le cas du cancer du sein, il s'agit donc d'une prolifération anormale des cellules épithéliales de la glande mammaire.

On distingue différents types d'adénocarcinomes selon la nature des cellules à l'origine de la naissance du cancer, ainsi que l'aspect de la tumeur :

- Adénocarcinome par prolifération intra-canalair : dans ce cas, le cancer du sein atteindra les cellules qui bordent les canaux reliant les lobules au mamelon.
- Adénocarcinome par prolifération intra-lobulaire : ici, et plus rarement, le cancer du sein touchera les cellules des lobules.

Cette classification permet de définir le site de prolifération, c'est-à-dire le site à partir duquel a commencé le développement anarchique des cellules. A partir de ces sites, la prolifération peut se faire de deux façons : forme in situ ou bien forme infiltrante.

2. Les adénocarcinomes in situ

Le cancer in situ, ou plus couramment dit non invasif, est défini par une prolifération des cellules cancéreuses uniquement dans le tissu d'origine. Autrement dit, les cellules se développant en continu n'envahissent pas les tissus voisins.

Ces cancers sont plus facilement traités que les cancers invasifs.

Le carcinome canalaire in situ est le plus fréquent. Huit à neuf cancers sur dix sont de ce type.

Le cancer lobulaire non invasif est beaucoup plus rare. Il représente au maximum 15% des cancers in situ.

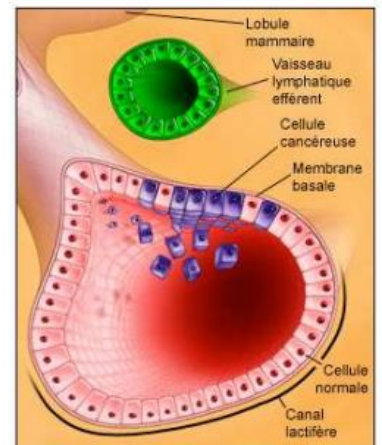


Figure 4 - Illustration d'un cancer canalaire in situ¹

3. Les adénocarcinomes infiltrants

Le cancer infiltrant ou invasif à l'inverse du cancer in situ, caractérise un cancer au cours duquel les cellules cancéreuses ne restent pas dans leur site de prolifération d'origine. Au contraire, les cellules envahissent les tissus voisins, et plus particulièrement les ganglions locaux. En premier lieu et comme vu sur la Figure 2, les ganglions touchés sont les plus proches qui correspondent aux ganglions axillaires situés sous l'aisselle.

Dans un pronostic plus sombre, les cellules peuvent se retrouver dans le reste du corps.

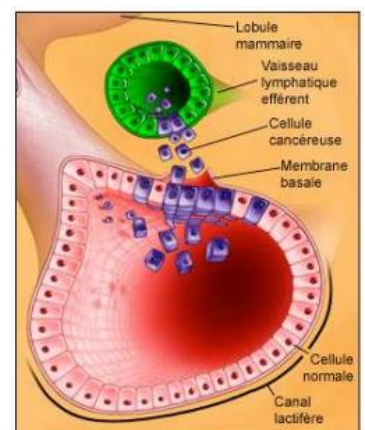


Figure 5 - Illustration d'un cancer canalaire infiltrant¹

4. De l'in situ à l'infiltrant

Dans un premier temps, les cellules cancéreuses envahissent l'organe concerné, ici le sein. Les cellules reposent sur une membrane basale.

Dans le cas d'une rupture de la membrane basale, on observe alors une migration des cellules cancéreuses. Ces dernières quittent leur localisation d'origine afin de passer dans les veines pour rejoindre la circulation générale, ainsi que dans les vaisseaux lymphatiques. Ces cellules progressent par voie lymphatique jusqu'à atteindre les ganglions axillaires, ceci correspond au premier relais ganglionnaire.

Il existe d'autres formes rares de cancers du sein qui ne seront pas détaillées dans cet exercice car ce n'est pas le sujet principal.

C. Dépistage

Certains cancers, à savoir le cancer colorectal et le cancer du sein qui nous intéresse ici, peuvent être découverts grâce à des programmes de dépistage organisés. Ces programmes sont mis en place par les pouvoirs publics et font l'objet d'une évaluation régulière. Cependant, pour être utilisés, ils doivent répondre à un certain nombre de conditions :

- « une prévalence et une mortalité du type de cancer dont il est question suffisamment élevées pour justifier l'effort et le coût d'un programme de dépistage ;
- l'accès à des traitements capables de réduire la mortalité associée à ce type de cancer ;
- des méthodes d'examen acceptables par une population à priori en bonne santé, fiables, sans danger et relativement peu coûteuses. » ²¹

Sous l'action de la Direction Générale de Santé (DGS), le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été évoqué et mis en place en France en 1994. Ce n'est qu'au début de l'année 2004 qu'il a été généralisé à l'ensemble du territoire.

Ce dépistage comprend deux objectifs principaux qui sont en première intention de diminuer la mortalité due au cancer du sein ainsi que, dans un second temps, d'améliorer la qualité de la prise en charge des patientes concernées. Il est proposé gratuitement tous les deux ans, et s'adresse à une population cible. Seules les femmes âgées de 50 ans à 74 ans, sans symptômes apparents, ni facteurs de risques peuvent être éligibles à ce dépistage. Les femmes présentant un risque considéré comme élevé (par exemple antécédent personnel de cancer du sein) ou très élevé (par exemple forme héréditaire de cancer du sein) en sont exclues. En effet, ces patientes doivent bénéficier d'un suivi et d'une surveillance adaptée à chacune. La Haute Autorité de Santé, à la demande de l'Institut National du Cancer, a élaboré des recommandations de santé publique concernant le dépistage des femmes à haut risque. ²²

Pour le dépistage du cancer du sein, l'examen de référence est la mammographie. La mammographie²³, pratiquée par un manipulateur en radiologie et interprétée par un radiologue, est une radiographie utilisant les rayons X permettant d'obtenir des images de l'intérieur du sein. Durant l'examen, deux clichés par sein sont réalisés : un de face, un de profil et éventuellement un en oblique. Si nécessaire, un agrandissement de cliché peut être effectué sur

la demande du radiologue dans le cas d'un doute sur l'imagerie. Une invitation personnalisée est envoyée à partir des fichiers transmis par les régimes d'Assurance Maladie. Cet examen est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, sans avance de frais. L'avantage du dépistage organisé est la double lecture effectuée par des radiologues agréés. Si aucune anomalie n'est détectée, la mammographie est tout de même systématiquement relue par un second radiologue.

La mammographie de dépistage permet alors de détecter des cancers à un stade précoce, de petite taille, avant même l'apparition des symptômes. Elle est effectuée dans deux situations, à savoir le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein vu précédemment, ou alors à titre individuel lorsque la femme est considérée comme à risques particuliers.²⁴

D. Diagnostic²⁵

La plupart du temps, le diagnostic s'effectue en présence d'une symptomatologie sur palpation mammaire qui peut correspondre à :

- Une masse suspecte
- Un écoulement mamelonnaire
- Une rétraction cutanée
- Une adénopathie axillaire : à ce stade, le diagnostic est plus sombre car cela signifie qu'il y a déjà un envahissement mammaire.

Lorsque le médecin pratiquant l'auscultation suspecte la présence d'un cancer du sein, il a recours à des examens complémentaires.

En premier lieu, on retrouve la mammographie, mais dans ce cas elle est dite mammographie de diagnostic. Elle se déroule de la même façon que la mammographie de dépistage comprenant des clichés classiques, mais des clichés supplémentaires pour cibler la zone suspecte sont effectués. La mammographie permet au médecin d'orienter son diagnostic.

En complément, deux examens d'imagerie peuvent être effectués.

L'échographie mammaire²⁶ est un examen utilisant les ultrasons qui vont émettre un écho à la rencontre de l'organe. Cet écho est converti en images grâce à un ordinateur sur un écran. Elle est très utile pour définir la nature liquide ou solide des nodules mis en évidence sur la

mammographie. L'échographie permet au médecin de compléter son diagnostic dans le cas d'une anomalie, mais ne permet pas à elle-seule de déterminer s'il s'agit d'un adénome ou non.

Plus rarement, le médecin peut demander une Imagerie par Résonnance Magnétique²⁷ qui permet d'obtenir des images précises du sein grâce à des ondes et un champ magnétique.

Quelques soient les examens d'imagerie pratiqués, il sera nécessaire d'avoir recours à une biopsie²⁸. Cette dernière correspond à un prélèvement d'un morceau de tissu afin de l'envoyer à l'anatomopathologiste pour l'analyse complète.

La biopsie percutanée est la principale réalisée, il s'agit d'un prélèvement directement au niveau de l'anomalie à travers la peau. L'analyse du prélèvement par le microscope permet la détermination de la cancérogénicité, l'identification de la nature et permet de guider le médecin pour le choix du traitement adéquat aux résultats. En conclusion, la biopsie permet de confirmer le diagnostic.

Suivant les situations, la biopsie percutanée peut s'avérer difficile ou inadaptée, d'autres pratiques examens sont alors réalisées mais ne seront pas développées dans cet exercice. Il s'agit de la biopsie stéréotaxique, de la biopsie échoguidée, parfois même de la chirurgie.

E. Facteurs de risques ^{29,30}

Le cancer du sein est une maladie dite multifactorielle, cela signifie que son apparition dépend de divers facteurs génétiques et environnementaux (contrairement à une maladie monofactorielle qui dépend d'un seul facteur connu). Ces facteurs sont appelés facteurs de risques³¹, qui par définition, sont des éléments qui favorisent la survenue d'un cancer ou influent sur sa rechute. On émet une distinction entre les différents facteurs de risques mis en évidence.

Il y a tout d'abord les facteurs de risques non liés aux habitudes de vie des patientes. Ces facteurs sont indépendants de l'environnement et définissent alors des personnes avec un risque plus important par rapport au reste de la population :

- Le sexe : près de 99% des cancers du sein touchent les femmes
- L'âge : près de 80% des cancers se développent chez les femmes de plus de 50 ans
- Les prédispositions génétiques : pour le cancer du sein, la prédisposition génétique s'explique par des mutations génétiques localisées sur les gènes BRCA1 et BRCA2

(BRCA pour BReast Cancer). Ils sont responsables de près de 5% des cancers chez une famille montrant une histoire familiale de cancer du sein, mais également de cancers de l'ovaire. Cela ne signifie pas que toutes les personnes porteuses de mutations sur ces gènes développeront un cancer, seulement que son risque est augmenté en comparaison avec la population générale (Stratton and Rahman, 2008 ³²). Lorsqu'une mutation est suspectée ou trouvée, une consultation avec un oncologue génétique est proposée afin d'évaluer le risque génétique et d'adapter la prise en charge spécifique de la patiente.

- Les antécédents personnels : les femmes ayant des antécédents de cancer du sein, de cancer de l'ovaire, de cancer de l'endomètre, ou présentant des affections bénignes comme l'hyperplasie atypique présentent un risque accru de cancer du sein. En ce qui concerne les cancers du sein, il a été démontré que 15% environ des femmes traitées développent dans les années suivantes un adénocarcinome à l'autre sein ³³.
- Les antécédents familiaux : le risque de cancer du sein est multiplié par deux si une parente au premier degré a déjà été atteinte d'un cancer du sein et plus particulièrement si c'était à un âge jeune avant la ménopause (*par parente au premier degré on entend la mère, la sœur, la fille*). Le risque est un peu moindre si c'est une parente au second degré qui a été atteinte. Aussi, si plusieurs membres de la famille ont eu un cancer du sein, le risque augmente d'autant plus.
- Des règles précoces (avant 12 ans) et une ménopause tardive (après 50 ans) : selon une étude menée aux Pays-Bas en 2005 ³⁴, plus le nombre de cycles menstruels au cours de la vie est élevé, plus le risque de cancer du sein l'est aussi. De plus, une ménopause tardive implique une exposition aux oestrogènes plus longue du fait d'un arrêt hormonal plus tardif, ceci augmentant le risque de cancer du sein. *Il existe de nombreuses autres études relatant les mêmes résultats.*

Ensuite, il existe des facteurs de risques liés à l'environnement. Ce sont des facteurs sur lesquels on peut potentiellement jouer car ils sont individuels et dépendent du style de vie et du comportement de chacun :

- Un traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS) : selon les différentes études référencées, la prise d'un traitement hormonal substitutif combinant les oestrogènes et la progestérone augmenterait l'incidence de cancer du sein. Le risque varie avec la composition du THS. Le risque relatif est de 2 avec association oestro-progestative, alors qu'il n'est augmenté que de 30% avec un traitement oestrogénique seul. ³⁵

- La prise de pilule contraceptive ³⁶ : les contraceptifs contiennent des oestrogènes et de la progestérone qui augmentent le risque de cancer du sein. Ceci d'autant plus que la contraception est prise durant des dizaines d'années. Contrairement aux autres facteurs de risques, l'arrêt du traitement contraceptif permet de faire diminuer le risque. C'est un facteur réversible. C'est en 2005 que le Centre International de Recherche sur le Cancer (**CIRC**) a déclaré la pilule cancérogène, du fait du classement des oestroprogestatifs comme cancérogène du groupe 1. ³⁷
- Les grossesses tardives ou l'absence de grossesse : après 30 ans, avoir un premier enfant accroît le risque de cancer du sein.
- Le surpoids et l'obésité après la ménopause : il a été bien établi, suite à des études de cohorte, un lien entre l'IMC et l'incidence du cancer du sein chez les femmes ménopausées. ³⁸
- La consommation d'alcool : depuis des années, l'élaboration d'un lien entre cancer du sein et consommation d'alcool a beaucoup évolué. Toutes études confondues, cela induirait une augmentation du risque de cancer de 30% correspondant à 3 verres d'alcool par jour. ³⁹
- Le tabagisme : l'association entre tabac et cancer du sein n'a pas été mise en évidence avec des chiffres significatifs, les études sont hétérogènes, mais le tabagisme n'est pas non plus totalement exclu des facteurs de risques, d'autant plus que le tabac est souvent associé à une consommation d'alcool. Néanmoins, le CIRC a classé le tabac comme cancérogène du groupe 1. Le risque existant pour le cancer du sein est alors considéré comme faible par les scientifiques. ⁴⁰
- La sédentarité : une inactivité physique, souvent associée à une alimentation déséquilibrée, est responsable d'une augmentation des diagnostics de cancers. ⁴¹
- La consommation de viande transformée : publiée en Octobre 2008, une étude menée par Maryam Farvid à Harvard indiquerait que la viande transformée augmenterait légèrement les risques d'avoir un cancer du sein. Le risque pouvant atteindre 9% chez les plus grandes consommatrices ne semble pas négligeable pour les chercheurs. ⁴²

F. Facteurs permettant la classification des types de cancers

1. Définition ⁴³

Les facteurs pronostics, aussi appelés facteurs de rechute, sont des facteurs qui permettent d'apprécier le risque de rechute, ainsi que d'adapter la thérapeutique de la situation clinique. En effet, plus le risque de rechute est important, plus on va augmenter les traitements, on va doubler voire tripler les stratégies thérapeutiques.

De par l'évolution de la science, les principaux facteurs pronostics mis en évidence sont :

- L'âge de survenue : l'agressivité du cancer est plus forte quand la patiente est jeune.
- L'envahissement ganglionnaire : lorsqu'il y a une propagation dans le système lymphatique, le risque de rechute est supérieur. Par ailleurs, plus le nombre de ganglions atteints est important, plus le risque de rechute augmente.
- La taille tumorale : mesurée en anatomopathologie, elle permet d'établir le stade du cancer (*ce facteur sera développé dans le II.F.2.*)
- Le grade du cancer : selon le gradient SBR (*ce facteur sera développé dans le II.F.3.*)
- Le statut des récepteurs : dans le cancer du sein, on s'intéresse aux récepteurs hormonaux ainsi qu'aux récepteurs HER2 (*ce facteur sera développé dans le II.F.4.*)

2. Classification TNM

Cette classification **TNM**⁴⁴ est internationale et permet de déterminer le stade du cancer. Elle est utilisée par les médecins et prend en compte trois critères :

- T = « Tumor » : on étudie avec ce paramètre la taille de la tumeur et l'infiltration tumorale. Comme vu précédemment dans la physiopathologie du cancer du sein, les cellules cancéreuses apparaissent en premier lieu au niveau d'un canal galactophore ou d'un lobule. Dans ces cas-là, le cancer est in situ. Si les cellules cancéreuses atteignent les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, on parlera d'un cancer infiltrant. Ce paramètre « T » permet donc d'étudier l'étendue de la tumeur au moment du diagnostic.

- N = « Nodes » pour ganglion : cela permet d'étudier l'atteinte ganglionnaire. Les premiers ganglions touchés sont les ganglions axillaires situés au niveau de l'aisselle, puis l'atteinte des ganglions sous-claviculaires peut arriver secondairement. Ce paramètre « N » permet donc d'étudier la propagation des cellules cancéreuses.
- M = « Metastasis » : une métastase⁴⁵ est une tumeur secondaire formée de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une tumeur primitive et qui ont atteint une autre partie du corps par migration dans le système lymphatique ou sanguin.

Cette classification permet d'établir quatre stades de cancers de 0 à IV.

Tableau 1 - Classification TNM du cancer du sein ⁴⁶

TUMEUR	ADENOPATHIES REGIONALES
Tumeur primitive	Nx : aucune information sur les adénopathies
Tx : aucune information sur la tumeur	N0 : pas d'adénopathie régionale
T0 : pas de tumeur primitive	N1 : adénopathie homolatérale mobile
Tis : carcinome in situ	N2 : adénopathie homolatérale fixée
T1 : tumeur de moins de 2cm	N3 : adénopathie mammaire interne homolatérale
- T1a : < 0,5 cm	
- T1b : 0,5 à 1 cm	
- T1c : 1 à 2 cm	
T2 : tumeur de 2 à 5 cm	
T3 : tumeur de plus de 5 cm	METASTASES A DISTANCE
T4a : tumeur étendue à la paroi thoracique, quelle que soit sa taille	Mx : aucune information sur les métastases
	M0 : pas de métastase
	M1 : métastase(s) à distance (<i>y compris adénopathie sus-claviculaire</i>)
Tumeur évoluée	
T4b : tumeur étendue à la peau, quelle que soit sa taille : œdème, peau d'orange, ulcération, nodules internes sur le sein	
T4c : T4a + T4b	
T4d : cancer inflammatoire	

3. Gradient SBR

La classification **SBR** (Scarff, Bloom and Richardson) repose sur trois critères histologiques différents. Elle a été modifiée par Elston et Ellis en 1999. ⁴⁷

Sur un échantillon de tumeur, l'anatomopathologiste observe les paramètres architecturaux des cellules afin de se prononcer sur le grade du cancer :

- Le degré de différenciation architecturale (score de 1 à 3) : la cellule cancéreuse a perdu ses caractéristiques d'origine. Elle devient indifférenciée et peut alors changer d'aspect.
- Le pléomorphisme nucléaire = degré d'atypie (score de 1 à 3) : le noyau de la cellule cancéreuse peut varier de taille, de forme, devenir irrégulier ou uniforme.
- Le nombre de mitoses par champs (score de 1 à 3) : plus le nombre de mitoses est important, plus cela signifie que la cellule cancéreuse se développe vite. Dans ce cas, le risque de propagation du cancer est augmenté.

Grading SBR (Scarff-Bloom-Richardson) modifié par Elston et Ellis :

En fonction du score obtenu dans chaque catégorie, l'addition permet de classer le cancer du sein dans un grade allant de I à III.

Le grade I correspond aux cancers bien différenciés c'est-à-dire les moins agressifs, le grade II aux cancers moyennement différenciés et le grade III aux cancers indifférenciés agressifs.

1. Différenciation tubulo-glandulaire : proportion de tubes ou glandes dans la tumeur (en % de surface tumorale)	Score
> 75 % : Tumeur bien différenciée	1
10-75 % : Tumeur moyennement différenciée	2
< 10 % : Tumeur peu différenciée	3
2. Pléomorphisme nucléaire : degré d'atypie apprécié sur la population tumorale prédominante	
Noyaux petits, réguliers, uniformes	1
Pléomorphisme modéré	2
Variations marquées de taille, de forme, avec nucléoles proéminents	3
Nombre de mitoses (à compter sur 10 champs au grossissement x 400 ; valeurs définies pour un champ de 0,48 mm de diamètre ; calibrage du microscope nécessaire pour des champs différents)	
0 à 6 mitoses	1
7 à 12 mitoses	2
> 12 mitoses	3
AU TOTAL	
Grade I	3, 4, 5
Grade II	6, 7
Grade III	8, 9

Figure 6 - Gradient SBR et résultats ⁴⁸

4. Récepteurs

Lors du processus du diagnostic du cancer du sein, on analyse le statut des récepteurs hormonaux ainsi que le statut **HER2**.

Les récepteurs hormonaux⁴⁹ sont des récepteurs capables de reconnaître une hormone circulante dans le sang et de la capter. A l'intérieur ou à la surface des cellules du sein, on retrouve des récepteurs aux oestrogènes et des récepteurs à la progestérone, qui sont les deux hormones impliquées dans le comportement ou la croissance cellulaire. Certaines cellules cancéreuses peuvent posséder ces récepteurs hormonaux, c'est pour ça qu'il est important de les rechercher. Des tests d'immunohistochimie permettent de quantifier les récepteurs présents dans les cellules du sein, sur un tissu prélevé par biopsie. Les résultats sont soit récepteurs « positifs » soit récepteurs « négatifs ». Connaître le statut des récepteurs hormonaux est très important pour définir le pronostic et la survie de la patiente, il permet également de prévoir l'efficacité de l'hormonothérapie et des autres traitements.⁵⁰

HER2 est un récepteur transmembranaire aux facteurs de croissance, impliqué dans la régulation de la prolifération cellulaire. Aujourd'hui, la recherche du statut HER2 est quasiment systématique chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. Lorsqu'une cellule devient cancéreuse, le nombre en surface de HER2 peut augmenter très fortement : cette cellule sur-exprime HER2 ou est « HER2 positive ». L'augmentation des récepteurs HER2 favorise alors la croissance tumorale. Connaître le statut HER2 permet de savoir si la patiente peut bénéficier d'une thérapie ciblée anti-HER2.⁵¹

III. PRISE EN CHARGE

La prise en charge du patient est décidée en en réunion de concertation pluridisciplinaire (**RCP**) pour déterminer le traitement le mieux adapté à la patiente. Ces réunions⁵² sont régulières et comportent au minimum trois spécialistes différents, dont un oncologue, un chirurgien, un pharmacien hospitalier mais il peut y avoir d'autres spécialistes.

A. Prise en charge thérapeutique

Sur le plan local, on dispose de la chirurgie et de la radiothérapie.

La chirurgie réalisée peut être de deux types. Dans un premier cas, il peut y avoir recours à une mastectomie où la totalité du sein est enlevé – on parle de chirurgie non conservatrice – après laquelle différentes techniques de reconstruction mammaire sont proposées. Autrement, la chirurgie peut être une tumorectomie lorsque la tumeur est localisée (chirurgie conservatrice). Dans ce dernier cas, la tumeur est retirée ainsi qu’une partie des tissus autour, mais le sein est conservé. Toute chirurgie conservatrice doit être suivie d’une irradiation du sein.

Les cancers du sein sont des cancers dits radiosensibles. Les séances de radiothérapie⁵³ permettent de détruire les cellules cancéreuses ou d’arrêter leur développement par des rayons ionisants. La radiothérapie est, tout comme la chirurgie, un traitement local et peut concerner quatre zones d’irradiation :

- la paroi thoracique
- les ganglions de la chaîne mammaire interne et les ganglions sus-claviculaires lorsque la tumeur est interne ou centrale
- la région du sein où se trouvait la tumeur avant la chirurgie (*aussi appelé le lit tumoral*)
- la glande mammaire

La radiothérapie est souvent suivie d’effets indésirables au niveau du thorax, du sein traité ainsi que de l’aisselle. Ces effets peuvent apparaître en suivant des séances mais également à beaucoup plus long terme. Il est nécessaire de signaler tout effet ou sentiment inhabituel.

Depuis quelques années, on a pu voir beaucoup d’articles à destination des patientes pour limiter l’apparition de ces effets ou pour les atténuer, comme le type de crème à utiliser, les produits déconseillés (*déodorants, parfums..*).⁵⁴

B. Prise en charge médicamenteuse

Sur le plan systémique, on dispose pour traiter ces patientes de médicaments cytotoxiques, de l’hormonothérapie ainsi que de la thérapie ciblée. Lorsque l’on utilise ces traitements, cela

permet d'agir sur les cellules cancéreuses dans le corps entier, et non pas sur une zone spécifique cible comme le font les traitements locaux vus précédemment.

Un traitement à base de médicaments anti-cancéreux est appelé chimiothérapie. Les médicaments de chimiothérapie agissent sur la division cellulaire en empêchant les cellules cancéreuses de se multiplier. Ils sont souvent associés entre eux et sont administrés par voie veineuse c'est-à-dire par perfusion ou bien par voie orale par la prise de comprimés.

1. Médicaments cytotoxiques ⁵⁵

Le but de cet exercice n'est pas de détailler les différents traitements alors on se limitera aux principales familles et quelques exemples de molécules données en Dénomination Commune Internationale (**DCI**). On peut ainsi retrouver :

- Anti-métabolites : ils agissent en amont de l'ADN en inhibant sa synthèse et provoquant ainsi un arrêt de la division cellulaire.

On y trouve par exemple le 5-fluoro-uracile (5-FU), la Capécitabine, la Gemcitabine ou encore le Méthotrexate.

- Médicaments alkylants : ils agissent directement sur l'ADN en formant des adduits covalents.
 - Moutardes azotées : on distingue le Cyclophosphamide, l'Ifosfamide.
 - Inhibiteurs de topoisomérases II : on distingue la Doxorubicine, l'Epirubicine et l'Etoposide.
 - Poisons du fuseau mitotique : dans cette famille on distingue les molécules qui inhibent la polymérisation des microtubules comme la Vinorelbine, la Vinblastine, la Vincristine qui sont des vinca-alcaloïde. On retrouve une seconde catégorie, les taxanes, qui inhibent la dépolymérisation des microtubules comme le Paclitaxel et le Docétaxel.

L'important dans l'administration de ces médicaments est qu'ils sont utilisés en association suivant des protocoles de chimiothérapie⁵⁶, qui vont spécifier les noms et les doses de médicaments, le nombre de cures à réaliser.

Intitulé des principaux protocoles de traitements adjuvants	Nombre de cycles	Durée des cycles (semaines)
AC (Doxorubicine-Cyclophosphamide)	4	3
DC (Docétaxel –Cyclophosphamide)	4	3
CMF (Cyclophosphamide-Methotrexate-FU)	6	4
FEC100 (FU-Epirubicine-Cyclophosphamide)	6	3
CEF (Cyclophosphamide-Epirubicine-FU)	6	3-4
DAC (Docetaxel-Doxorubicine-Cyclophosph)	6	3
FEC100 → Docetaxel	3 → 3	3 → 3
EC (Epirubicine-Cyclophosphamide) → Taxane	4 → 4	3
Doxorubicine ou Epirubicine → CMF	4 → 4	3 → 4
AC → CMF	4 → 4	3 → 4
AC → Paclitaxel HEBDO	4 → 4	3 → 3
AC dose dense → Paclitaxel dose dense	4 → 4	2 → 2
AC → Docétaxel	4 → 4	3 → 3

Figure 7 - Principaux protocoles de chimiothérapie

Par exemple, si l'on s'intéresse au premier protocole « FEC 100 » surligné en vert. Il s'agit d'un protocole qui comporte :

- F : 5-fluoro-uracile
- E : épirubicine
- C : cyclophosphamide

Pour ce protocole, on voit que le nombre de cures est de 6 toutes les 3 semaines. Pour le second protocole surligné en vert, il s'agit de 3 cures de FEC 100 comme vu précédemment, suivies de 3 cures de docétaxel. Encore ici, chaque cure se réalise toutes les 3 semaines.

2. Thérapies ciblées ⁵⁷

A l'aide de médicaments, les thérapies ciblées⁵⁸ vont stopper la croissance cellulaire de la cellule cancéreuse suivant différents moyens, soit en la détruisant, soit en la faisant redevenir normale, soit en provoquant sa destruction par le système immunitaire.

On retrouve les inhibiteurs de tyrosine kinase (ITK) ainsi que les anticorps monoclonaux. Ces molécules sont en plein essor depuis quelques années. Tout comme les médicaments cytotoxiques, on peut les trouver sous forme veineuse ou bien sous forme orale.

Ces thérapies agissent très spécifiquement sur des récepteurs membranaires de ces cellules cancéreuses :

- Anti-HER2 :
 - Anticorps monoclonaux : Trastuzumab, Pertuzumab
 - ITK : Lapatinib
- Anti-VEGF (*pour Vascular Endothelial Growth Factor*)⁵⁹ : les anti-VEGF agissent sur le facteur de croissance VEGF pour limiter la formation de nouveaux vaisseaux. En limitant l'apparition de ces derniers et donc l'angiogenèse, la tumeur est moins vascularisée et sa survie diminue car elle a besoin de nouveaux vaisseaux pour croître. On retrouve le Bevacizumab.
- Everolimus : assez récent dans le cancer du sein, il inhibe la croissance tumorale.
- Eribuline : c'est une nouvelle classe d'anti-mitotique, placée en 2^{ème} ligne pour les cancers localement avancés ou métastatiques en monothérapie.

3. Hormonothérapie

Avant la ménopause, la stimulation hypothalamo-hypophysaire active la production ovarienne d'oestrogènes, qui stimule les cellules cancéreuses. Dans ce cas, il existe deux moyens d'action :

- la castration chirurgicale ou chimique avec les agonistes de la GnRH
- les anti-oestrogènes : ils entrent en compétition avec les oestrogènes au niveau du récepteur situé sur la cellule tumorale. On retrouve le Tamoxifène, le Torémifène et le Fulvestrant.

Après la ménopause, il n'y a plus d'activité ovarienne, donc la castration n'est plus utile. Les anti-oestrogènes cités précédemment sont également utilisés mais il existe une autre classe de médicaments uniquement chez la femme ménopausée. Il s'agit des anti-aromatases qui suppriment la sécrétion résiduelle d'oestrogènes, comme l'Exemestane, l'Anastrozole et le Létrozole.

C. La place du pharmacien d'officine

Le pharmacien a un véritable devoir de conseil envers ces patientes. En effet, lorsque les patientes sortent de l'hôpital, elles sont tout d'abord « sonnées » par l'épreuve qu'elles doivent traverser. Elles se tournent alors vers le premier professionnel de santé accessible librement : le pharmacien d'officine. Cet effet est d'autant plus observé pour les patientes issues de milieux ruraux ou éloignés des centres hospitaliers. Ce sont des pathologies très difficiles à prendre en charge, qui nécessitent une observance totale, d'où l'importance de l'accompagnement et des conseils du pharmacien.

On compte de plus en plus de spécialités en officine, qui étaient pendant très longtemps dans la réserve hospitalière. L'utilisation des anti-cancéreux oraux est en augmentation constante.

D'ici 2020, la proportion de ces traitements pourrait atteindre 50%.⁶⁰

Ce sont des traitements complexes, lourds, parfois déroutants. Les patients préfèrent ce mode de traitement du fait du confort apporté par le mode d'administration, cependant les chimiothérapies orales ne présentent pas moins d'effets indésirables. De par notre savoir, on connaît le nombre majeur d'effets indésirables de ces traitements, ainsi que les nombreuses interactions médicamenteuses. L'administration ne se faisant plus à l'hôpital, la gestion des effets indésirables peut parfois s'avérer compliquée et peut favoriser une non-observance.

En tant qu'acteur de santé, le pharmacien d'officine doit accompagner les patientes atteintes de cancer du sein afin de répondre à plusieurs objectifs. L'objectif principal reste la guérison, la prolongation ainsi que l'amélioration de la survie. Pour se faire, il est essentiel de faire comprendre son traitement à la patiente, de lui expliquer les modalités de prise en charge afin d'assurer une observance totale de sa part.

L'accompagnement de la patiente ainsi que celui de son entourage est capital pour lui apporter tout le soutien nécessaire. On se doit d'être à l'écoute, rassurant afin que la patiente puisse s'appuyer sur nous en cas de besoin lorsqu'elle se retrouve loin de l'hôpital.

IV. SURVEILLANCE

Pour les femmes traitées pour un cancer du sein, il est nécessaire d'avoir une surveillance à vie. Un examen clinique complet est effectué tous les 3 mois, puis tous les 6 mois pendant 5 ans après la maladie. Enfin, après ces 5 ans, le suivi sera réalisé une fois par an.

Cependant, tous les ans se pratique une mammographie bilatérale.

Dès l'annonce du diagnostic et suite à la maladie, ces patientes ainsi que leur famille bénéficient d'un programme d'éducation thérapeutique. Ceci permet l'adhésion de la patiente à ses traitements, mais aussi de gérer sa maladie, ses émotions et ses ressentis. Elle se sent à l'écoute et cela peut être continué après le cancer.

DEUXIEME PARTIE – LES IMPACTS DU CANCER : ATTEINTE A LA FEMINITE ET LEUR PRISE EN CHARGE

L'annonce du diagnostic et les traitements du cancer du sein représentent un réel traumatisme émotionnel et physique pour la patiente. Le retentissement psychologique et socio-familial peut ainsi s'étendre sur plusieurs années. L'amélioration du dépistage et des traitements offrent tout de même un véritable espoir de guérison, mais cela n'empêche pas la confrontation à l'angoisse de mort et à la vulnérabilité. Cette partie traitera des différents impacts provoqués par le cancer du sein et de comment y faire face.

Les aspects psychologiques de la maladie pour la patiente et ses proches seront abordés. L'objectif est de permettre aux professionnels de santé comme au pharmacien d'officine, de comprendre comment se fait l'adaptation psychique à la maladie, de savoir reconnaître les troubles psychologiques et ainsi pouvoir réagir devant des symptômes évocateurs afin d'orienter la patiente. Le pharmacien d'officine peut être un véritable intermédiaire de santé dans le parcours de soin de la patiente.

Dans le chapitre suivant, on détaillera les principaux troubles corporels apparents pouvant être vécus comme un traumatisme et pouvant altérer très fortement l'image de soi avec des fiches conseils pouvant être utilisées par les patientes elle-même ou par l'équipe officinale.

Enfin, un chapitre concernant l'impact sur la qualité de vie clôturera cette partie, prenant en compte la gestion de la fatigue et de la douleur au quotidien. Certains aspects liés au retentissement de la maladie sur la sexualité et la fécondité seront également abordés.

I. L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE

L'annonce du diagnostic et le traitement ensuite entrepris face au cancer du sein peut avoir un impact très important sur l'état psychologique de la patiente. En effet, les traitements évoquent chez cette dernière, une véritable atteinte de l'intégrité corporelle et donc de la féminité .^{61, 62}

A. Le choc de l'annonce

L'annonce du diagnostic positif d'un cancer est avant tout un choc pour le patient, quel que soit le cancer en question. La symbolique du cancer est une image négative, angoissante et effrayante qui s'associe inévitablement à l'image de la mort.

1. L'adaptation psychologique

L'adaptation psychologique est un processus dynamique et multifactoriel dont le but est de préserver au mieux l'intégrité physique et psychologique de la patiente. Cette adaptation se traduit par un ensemble de réactions émotionnelles, psychologiques et comportementales. Elle nécessite un certain temps, variable pour chaque patiente. La maladie n'étant pas prévisible la plupart du temps, les patientes sont momentanément incapables de réaliser ce qui leur a été annoncé. C'est ce qu'on appelle le temps d'adaptation.⁶³

On ne parle pas de temps d'acceptation, car de nombreuses femmes après la tombée du diagnostic n'accepteront toujours pas leur cancer. Le moment le plus important qui va conditionner le vécu de la maladie est l'annonce du diagnostic. Cette annonce est faite à la patiente par un médecin lors d'une consultation d'annonce. Cette dernière est capitale car elle représente les premières informations reçues par la patiente, concernant la maladie, les traitements et mais également la conduite à tenir.

A partir de ce moment-là, on peut déjà catégoriser deux types de patientes :

- les patientes ayant bien compris et enregistré les paroles du médecin, qui ne cessent de se les répéter pour se convaincre de la situation, tout en espérant que ce n'est pas arrivé.
- les patientes qui restent confuses, déformant les paroles du médecin, ne se souvenant pas de l'annonce, qui sont dans une sorte de premier déni.

Le moment de l'annonce constitue un véritable choc pour la patiente. Dans les différents témoignages disponibles dans les revues ou sur internet, les patientes se retrouvent un point commun : dès l'annonce, il y a systématiquement la mise en place d'un avant la maladie et d'un après la maladie. Leur vie se retrouve scindée en deux par cette étape considérée comme majeure.

Sissy : « *Je n'arrive pas à réaliser que ma vie ne sera jamais plus comme avant !* » ⁶⁴

Caro : « *L'annonce est comme un tsunami dans notre vie, tellement violent, tellement dévastateur, tellement inattendu.* »

Fati : « *La vie bascule dans un monde parallèle en quelques phrases prononcées par les médecins.* » ⁶⁵

Dans un témoignage ⁶⁶, le docteur Marc Espié – oncologue spécialiste des cancers du sein à l'hôpital Saint-Louis de Paris – soulève un point très important dans l'annonce. Lors de la prononciation du mot « cancer », les patientes ont dès lors en tête la connotation très négative qui se cache derrière ce mot, voire même l'image de la mort. Pour lui, le médecin se doit d'affirmer le diagnostic en prononçant « cancer du sein », car en voulant ne pas effrayer la patiente, cela provoque parfois l'effet inverse. La patiente se retrouve dans un état d'angoisse, car les diagnostics reformulés pour paraître moins effrayants laissent planer un doute chez elle. A un moment donné, elle finit par connaître le diagnostic exact et cela peut impacter la relation de confiance avec son médecin. Si cette confiance est rompue alors que cette maladie nécessite un suivi et des entretiens réguliers, la patiente se renfermera sur elle-même, s'isolera et les conséquences influenceront sur l'observance des traitements. Dans ce cas, une surveillance psychologique sera engagée et il faudra veiller à ce que la patiente soit bien entourée.

En effet, le soutien de l'entourage est capital pour l'adaptation par la patiente de sa maladie. Même si les proches – familles, amis, collègues, associations – sont consternés devant la nouvelle, il ne faut pas oublier que la patiente se sentira impuissante, et nécessitera de la bonne humeur, un changement d'idées, n'importe quelle façon d'oublier le temps de quelques instants sa maladie.

2. L'effraction psychologique provoquée par le cancer

Pour la plupart des gens, le sentiment d'identité relève de la conviction que l'on vit à l'intérieur d'une enveloppe charnelle, qui nous protège et nous porte chaque jour. Il existe en l'être humain la certitude que le corps et le soi sont indissociables de notre vivant. Le cancer est vécu comme une dissociation entre le corps que l'on connaît - dans lequel on a vécu des années - et le corps biologique qui devient porteur de maladie et objet médical. Malgré le fait qu'il vienne de l'intérieur, le cancer est représenté comme un étranger qui s'introduit dans ce corps habituellement neutre et protecteur.

En ce qui concerne l'effraction psychologique, elle est d'autant plus destructrice que la surprise de l'annonce est grande. Comme vu précédemment, l'annonce est un moment décisif et dans les témoignages des patientes, cet instant est vécu comme le « début de leur propre mort ».

3. Triple confrontation

Suite à l'annonce du diagnostic, il est important de prendre en compte l'état psychologique de la patiente. En effet, plus cette dernière est dans un état psychique désorienté, moins la guérison sera rapide.

Il faut savoir qu'à ce moment-là, la patiente vit une triple confrontation. Elle doit effectivement faire face à :

- la révélation soudaine de la maladie naissante en elle et au risque léthal associé auquel on pense irrémédiablement en premier lieu,
- sa vulnérabilité : en effet, un tel diagnostic remet facilement en question la force et la faiblesse de la patiente,
- la désobjectivation du monde médical : en effet, loin des médecins et traitements quotidiens, l'annonce permet de ne plus considérer le corps médical comme objectif. Cela crée un passage du monde des « non-malades » au monde des « malades atteints de cancer du sein », plongeant la patiente dans une véritable incertitude.

L'annonce du cancer constitue une véritable rupture existentielle. Il y a pour la patiente une confrontation brutale avec le réel et la mort, de là se crée une certaine vulnérabilité ainsi qu'un

sentiment de perte de contrôle interne, perte de contrôle du corps. En plus de la vision de la mort, il s'agit également d'un drame féminin, la féminité se retrouve amputée par la perte symbolique du sein.

En conclusion du choc de l'annonce, il se peut que, durant quelques jours ou semaines, la patiente se remette en question sur ce qu'elle a fait de mal, sur ce qui a pu provoquer le cancer, sur ce qu'elle a fait pour mériter ça, elle va se demander pourquoi son corps va la trahir comme cela. C'est durant ces jours-là que la patiente a besoin de temps. C'est ce qu'on appelle le temps d'adaptation à une nouvelle vie. Le choc est physique mais aussi psychique, soulevant des questions sur le sens de la vie, la place du cancer dans le couple, sur le regard des enfants, des autres, mais aussi des questions sur le monde professionnel.

B. Les réactions émotionnelles post-annonce

A la fin des consultations « d'annonce », les médecins demandent délicatement aux patientes si elles ont compris tout ce qui vient de leur être dit. Chaque patiente doit effectivement digérer l'information, mais également l'effet boomerang des dommages collatéraux, c'est-à-dire tout ce qui va falloir être en capacité de gérer, que ce soit sur le plan personnel, social ou professionnel. Chaque individu réagit différemment face au verdict annoncé. Les émotions se bousculent, s'emmêlent.

En 1969, le docteur Elisabeth Kübler-Ross – psychiatre, auteur de *Accueillir la mort* – fut la première à déterminer les étapes psychiques importantes du deuil par lesquelles passe un individu à l'annonce d'une maladie terminale. Elle a extrapolé ces étapes à toute forme de perte catastrophique (*perte d'un être cher, emploi, divorce, maladie grave...*).⁶⁷

Ces dernières sont :

- 1) Le déni : face au choc, la patiente refuse le fait d'être malade et la possibilité de mourir.
- 2) La colère : l'angoisse et l'idée de la mort amène la patiente à avoir un comportement hostile avec l'équipe médicale le prenant en charge. Le malade cherche un coupable, seul le temps permet de passer à l'étape suivante. Il faut laisser libre cours à cette colère.

- 3) Le marchandage : la patiente cherche à gagner du temps, demande une période de répit face à l'avancée de la maladie.
- 4) La dépression : cette phase est inévitable pour parvenir à l'acceptation. Elle regroupe des angoisses, des regrets, de la peur.
- 5) L'acceptation : la patiente accepte sa maladie, ses traitements ainsi que les conséquences et issues possibles.

Passer par toutes ces étapes est selon plusieurs spécialistes nécessaire pour gérer au mieux la maladie et les émotions associées.

Le laboratoire Pfizer a réalisé une étude intégrant 672 patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique et 117 professionnels de santé (*médecins, oncologues, radiothérapeutes...*). Cette étude consiste en une « Evaluation de la perception de leur maladie, de leur traitement, et de la qualité des soins par des patientes ménopausées atteintes d'un cancer du sein métastatique ». Cette étude montre que les femmes veulent être davantage écoutées, mieux informées et plus soutenues. Les médecins insistent sur la notion de qualité de vie.

Les résultats de cette étude montrent que les mots utilisés par les médecins ne sont pas toujours ceux retenus par les malades. De plus dans cette étude, ce sont surtout les qualités relationnelles qui sont mises en avant, débutant dès la consultation d'annonce, moment primordial pour entamer la relation entre la patiente et son médecin.^{68, 69}

C. Trouble de l'image du corps

*« L'image du corps est un fondement de l'estime de soi. L'estime de soi est l'appréciation que nous pouvons faire de nous-mêmes, tant individuellement que dans les interactions avec les autres ».*⁷⁰

Le concept de l'image du corps est dû à Paul Schilder en 1935 qui précise que l'image du corps est la façon dont nous apparaît notre propre corps. Cela correspondrait à une vision psychologique avec la représentation mentale que l'on peut s'en faire.⁷¹

L'image de notre corps constitue notre vécu, notre intimité, notre corps représente notre histoire. Quand on dit que notre corps est notre histoire, c'est parce qu'on le contrôle entièrement, on peut le chérir comme le maltraiter, on peut lui infliger des épreuves, le casser.

Malgré tout, notre corps nous abritera toute notre vie, il faut en prendre soin car c'est le seul endroit dans lequel on vivra tous les jours, à chaque minute.

Dans le cadre du cancer du sein, le corps est vécu comme vulnérable, incontrôlable, infiltré par la maladie, devant supporter la brutalité des traitements mais surtout des effets indésirables. Cela constitue une menace pour l'identité sexuelle. Il s'agit par les traitements de se débarrasser au plus vite de la tumeur et parfois même en y laissant une partie de soi. Même si le sein ne paraît pas être un organe vital et essentiel à la survie, il détient pour la femme une place particulière. Le sein constitue le signe de l'identité féminine. En perdant un sein, la femme peut ne pas se reconnaître et ne plus se supporter. L'atteinte de son image provoque l'atteinte de soi, de son identité, de sa dignité. L'un ne va pas sans l'autre pour une femme.

Dans notre société actuelle où l'image que l'on renvoie importe autant, sortir de la norme d'une façon aussi visible et aussi brutale contribue au mal-être de la patiente. La perte de l'image de soi laisse la patiente face à une perte de repères, une perte du sentiment d'être encore une femme, désirable et désirée.

Dans un article intitulé « Cancer du sein : comment j'ai continué à m'aimer » ⁷², Marianne Mairesse retranscrit le témoignage de trois femmes abordant leur combat face au cancer et leur reconstruction. Martine 44 ans, Alice 55 ans et Coralie 41 ans se sont vues changer de peau, perdre du poids. Elles ont perdu leurs sourcils, poils et cheveux, et même leur libido.

Martine : « Le cancer s'attaquait à mon visage, et le visage, c'est notre identité. [...] Je me suis fait raser les cheveux, je me suis dit : je ne suis plus rien. »

Alice : « Quand le médecin m'a parlé d'ablation, je me suis effondrée. Comment accepter une mutilation ? »

L'altération de l'image du corps constitue un véritable problème en oncologie. Les troubles de l'image corporelle vont créer une blessure tant physique que narcissique chez les patients, les conséquences sur le plan psychologique ne doivent pas être négligées. Cela peut se traduire par une perte totale de confiance en soi, de l'anxiété, des syndromes dépressifs ou de stress post-traumatique. ⁷³

D. La perte de confiance

Le cancer du sein va toucher chez la patiente son identité corporelle et donc l'image de soi comme vu précédemment, mais également son identité psychologique correspondant à la conscience de soi. Le trouble de cette conscience contribue à la désorientation totale de la patiente, elle ne sait plus qui elle est, ni pourquoi cela lui arrive à elle. On trouve alors une rupture de la patiente avec elle-même, une perte de confiance.⁷⁴

Il y a un véritable travail psychologique à faire pour renoncer à l'image de celle qu'on était avant et refaire connaissance avec soi.

Beaucoup de recherches dans les sciences humaines et sociales se sont éloignées de l'approche biomédicale afin de se concentrer sur la vision corporelle et sensorielle. Ces études mettent en avant la perte – d'identité, de repères relationnels, de repères sociaux, d'autonomie – mais également de nombreux troubles liés à la lourdeur de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie. Les troubles émotionnels et cognitifs apparaissent en premier lieu, puis dans certains cas des troubles de la mémoire. En milieu hospitalier où sont prises en charge les patientes, il est vrai que le personnel médical a de moins en moins de temps pour le relationnel, ceci étant dû aux nombreuses réformes existantes. La conséquence est que les patientes peuvent être amenées à s'isoler. C'est là qu'interviennent les nombreux à côté : la psycho-oncologie et la socio-esthétique pratiquées toutes deux par des professionnels formés, mais également le bénévolat.

Les séances de psycho-oncologie⁷⁵ à l'hôpital sont réalisées par des psychiatres ou des psychologues. Ces séances prennent en compte les dimensions psychologiques, comportementales, familiales et également sociales en rapport avec le cancer. Les patientes bénéficient de ces séances, mais leur famille également. Le but de la psycho-oncologie est d'accompagner au mieux la patiente tout au long de son parcours, mais également de prévenir les conduites à risques et les situations de détresse pouvant à terme être dangereuse pour la patiente elle-même.

La socio-esthétique est pratiquée par des esthéticiennes qui vont prodiguer des soins aux personnes fragilisées, qui souffrent physiquement mais également psychologiquement en voyant leur corps changer.

Le bénévolat au sein de l'hôpital est un domaine très encadré mais indispensable. Les bénévoles sont des personnes totalement extérieures, qui le deviennent suite à une expérience directe ou

indirecte avec la maladie, ou sans rapport. Ils suivent une formation ainsi qu'un suivi psychologique rendu obligatoire pour justement prendre le recul nécessaire afin de ne pas laisser leur histoire prendre le dessus le cas échéant. En effet, les patientes ont besoin de l'écoute du bénévole car ils ne leur apparaissent pas comme des médecins, des infirmières. Ils sont « comme tout le monde » aux yeux des patientes, et permettent parfois un relais avec l'équipe médicale de la patiente.⁷⁶

En conclusion de cette partie, la prise en charge des aspects physiologiques et psychologiques reste donc une priorité en termes de qualité de vie et de satisfaction des soins pour les patientes. La connaissance de l'état psychologique de la patiente est indispensable pour son accompagnement pendant et après sa maladie.

II. L'IMPACT SUR LE CORPS

A. Modification de l'apparence du sein

Avant même que le diagnostic de cancer du sein soit établi et posé, la patiente peut d'ores et déjà constater des changements au niveau du sein qui sont appelés « premiers symptômes ».⁷⁷

Dans un premier temps, on peut observer des symptômes assez généraux comme une modification de la taille, de la forme et de la fermeté d'un sein. Cela peut se traduire par des rougeurs, des œdèmes, une température importante au niveau du sein. Ces signes peuvent définir le stade inflammatoire d'un cancer du sein.

Plus localement, une boule ou masse suspecte dans un sein est le signe le plus fréquemment observé dans le cas d'un cancer du sein. Cette boule est dure, avec des bords irréguliers mais n'est pas douloureuse. Une ou d'autres masses peuvent être perçues par la patiente au niveau de l'aisselle, cela signifie que le cancer s'est propagé aux ganglions comme vu précédemment. Ces symptômes peuvent être remarqués par la patiente par simple autopalpation.

Dans un second temps, il y a des symptômes qui ne sont pas nécessairement remarqués par la patiente, ou du moins qui ne sont pas « spécifiques » au point d'alarmer mais qui pourtant sont extrêmement évocateurs. En effet, il est important de surveiller le mamelon et l'aréole. Ces

derniers peuvent changer de couleur et dans le cas du mamelon il peut suinter. La peau peut également changer de couleur avec l'apparition de rougeurs, elle peut adopter l'aspect de peau d'orange et se rétracter.

Après le diagnostic et les traitements, on observe également des modifications physiques et visibles du sein atteint. Ces changements sont différents suivant la prise en charge de la patiente.

Dans le cas d'une chirurgie, il y a une règle d'or à suivre après une mastectomie : pour faire le deuil d'un sein, il faut impérativement éviter de le comparer à l'autre.

Lors d'une reconstruction mammaire avec implantation d'une prothèse (*on détaillera les différentes prothèses dans une partie à suivre*), la base du sein ne sera pas parfaitement identique et il persistera une certaine asymétrie des deux seins. Sur les nombreuses brochures destinées aux patientes, on peut y trouver plusieurs catégories de réponses aux différentes questions que l'on pourrait se poser. Le but de ces brochures est d'accompagner les patientes dans leur « nouvelle vie avec un nouveau sein » tout en leur faisant comprendre que ce ne sera plus exactement comme avant. Les points abordés concernent des conseils pratiques comme : ne pas dormir sur le ventre ; ne pas recevoir de coups ; la surveillance ; les activités professionnelles et sportives ; la sensibilité du nouveau sein ; les variations de poids. Tous ces points peuvent paraître anodins, mais s'avèrent nécessaire dans l'acceptation de la prothèse.⁷⁸

En conclusion, quelle que soit la prise en charge de la patiente, thérapeutique ou médicamenteuse, le sein malade ne sera plus jamais identique au sein connu durant des années sur le corps de cette dernière.

B. Sécheresse cutanée

La sécheresse cutanée est l'un des effets le plus observé lors de traitement par chimiothérapie. Elle se manifeste autant sur le visage que sur l'ensemble du corps. Due à une altération de la barrière cutanée, cette sécheresse est qualifiée de xérose. On peut observer d'après des études que cette sécheresse est due à un dysfonctionnement des glandes sébacées ainsi qu'à un problème d'hydratation. En effet, la peau ne retient plus l'eau.

Au niveau du visage, la chimiothérapie réduit considérablement la sécrétion de sébum, ce qui a pour conséquence un assèchement de la peau. La peau devient sèche et sensible, commence à peler et devient sujette aux rougeurs. Cependant, la peau se régénérant en 5 à 6 semaines, ces effets secondaires sont temporaires.

De nombreuses solutions existent pour remédier à cet effet néfaste, car en l'absence de soins, la peau va présenter des écailles accompagnées de démangeaisons, puis dans un état plus prononcé, des fissures et crevasses peuvent apparaître au niveau des doigts, du talon, des orteils, mais dans tous les cas les zones les plus touchées restent les plis cutanés.

Dans le cas d'un traitement par thérapie ciblée, une éruption de boutons est souvent observée. Elle peut apparaître très rapidement, dès deux semaines après le début du traitement, et est aussi liée à une altération de l'épiderme. Les bactéries pouvant proliférer plus facilement, on note des lésions ressemblant à de l'acné pouvant se localiser sur le visage, le cou, le haut du dos.

Les réactions cutanées sont d'autant plus fortes lorsque la chimiothérapie est suivie d'une radiothérapie. En effet, l'irradiation de la peau va provoquer des rougeurs prononcées quelques semaines après. Plusieurs mois après la radiothérapie, une pigmentation supplémentaire peut apparaître, la peau s'assombrit puis très souvent s'assèche et se desquame. Les réactions les plus aiguës sont retrouvées au niveau des plis cutanés – dans l'aîne ou sous les aisselles – mais surtout sous les seins.⁷⁹

Quel que soit le traitement suivi et l'intensité des réactions cutanées, la patiente devra être très prudente lors d'une exposition au soleil surtout durant la première année post-traitement.

C. Syndrome main-pied⁸⁰

1. Définition

L'érythrodysesthésie palmo-plantaire, plus connue sous l'appellation syndrome main-pied, est un effet secondaire indésirable résultant d'un traitement par chimiothérapie ou par thérapies ciblées. Il est cependant réversible dès la fin du traitement.

Ce syndrome est dû à une réaction inflammatoire touchant les micro-vaisseaux des mains et des pieds qui se retrouvent alors fragilisés. Les premiers signes se manifestent quelques semaines après la prise du traitement sur les paumes des mains et la plante des pieds.

Le degré d'atteinte dépend de chaque patiente, mais aussi de la dose du traitement. On distingue trois stades selon l'évolution et les symptômes :

- Grade 1 : en premier apparaissent des rougeurs, une sensibilité de la peau, des gonflements, également des tiraillements. Parfois même une sensation de brûlure est possible. Tous ces symptômes sont inconfortables, mais ils n'ont pas de conséquences sur les gestes du quotidien.
- Grade 2 : les symptômes se développent et on peut voir apparaître des crevasses douloureuses, des cloques et parfois des oedème. Par rapport au stade 1, ici la douleur est plus élevée mais le quotidien n'en est pas altéré pour autant.
- Grade 3 : considéré comme sévère, ce stade est défini par une peau extrêmement sèche qui s'épaissit, amenant à des desquamations. La vie quotidienne est perturbée, des douleurs apparaissent et l'atteinte sévère des plantes de pieds peut réduire la capacité à marcher.

On voit ici que selon le stade d'avancée du syndrome, la vie quotidienne peut être plus ou moins altérée, ainsi que le confort de la patiente. Si le syndrome main-pied est très invalidant, il faut le signaler à l'équipe médicale afin que le médecin ré-évalue la posologie de la chimiothérapie ou de la thérapie ciblée. A un stade inférieur ou dès l'apparition des symptômes, il ne faut pas hésiter à en parler, que ce soit au médecin, à une infirmière ou au pharmacien d'officine.

En effet, il existe des solutions adaptées pour prévenir et soulager les symptômes, mais surtout pour diminuer l'inconfort que le syndrome main-pied peut provoquer.

2. Prise en charge

En tant que pharmacien d'officine afin d'accompagner le patient, il faut savoir repérer les signes annonciateurs de ce syndrome, à savoir des rougeurs, des gonflements, des sensations de brûlures et même des fourmillements. Il est important de connaître le délai d'apparition de façon à rassurer les patients et surtout ralentir l'évolution avec une prise en charge précoce.⁸¹

Surtout, il est indispensable de rassurer le patient sur l'évolution des lésions, qui sont passagères et gérables avec des traitements appropriés. Un patient rassuré sera un patient observant.

Cet effet secondaire toxique et douloureux, parfois invalidant, altère de façon importante la qualité de vie des patients. Chaque malade doit apprendre à prévenir et gérer les symptômes cutanés pour préserver son bien-être et son autonomie. Des recommandations pour prévenir l'apparition du syndrome main-pied peuvent être données par le pharmacien pour aider le patient à adapter sa vie à la pathologie. Ce sont des gestes applicables dans la vie de tous les jours mais importants à connaître :

Tableau 2 - Recommandations pour prévenir le syndrome main-pied ⁸²

Gestes à éviter	Gestes à adopter
- éviter les douches très chaudes - éviter les bains ou contacts prolongés avec l'eau - ne pas s'exposer au soleil - éviter la station debout et la marche prolongées, la conduite sur de longs trajets	- privilégier les chaussures souples, larges et confortables - protéger au maximum les mains lors des activités de la vie quotidienne (<i>tâches ménagères, jardinage</i>) - appliquer des crèmes hydratantes de façon régulière

En supplément de ces mesures préventives, plusieurs soins dermocosmétiques sont à prévoir pour soulager ce syndrome. Avant même que les signes apparaissent, un émollient de fond pour hydrater la peau doit être utilisés sur les mains et les pieds. Une fois les premières lésions installées, d'autres traitements non médicamenteux et médicamenteux peuvent être instaurés suivant le grade et l'avancée des symptômes :

- syndrome main-pied de grade 1 : il faut appliquer des soins qui vont hydrater et nourrir la peau, effectuer des bains d'eau fraîche sur les zones atteintes, nettoyer la peau en douceur avec un dermo-nettoyant de type syndet/huile/pain surgras. Il est important de rincer à l'eau fraîche, de sécher sans frotter en utilisant une serviette hypoallergénique. Afin de nourrir la peau et renforcer l'efficacité des produits, des gants ou chaussons de

soin MômeCosmetics® peuvent être utilisés. Ils permettent ainsi d'apaiser les sensations d'inconfort.

Lorsque des problèmes cutanés spécifiques apparaissent, il faut conseiller un soin réparateur comme Cicalfate® de chez Avène, Cicaplast Baume B5® du laboratoire La Roche-Posay, Bariéderm® de chez Uriage.

- syndrome main-pied de grades 2 et 3 : lorsqu'il y a des desquamations, bulles, saignements ou même des œdèmes avec douleur, il faut envoyer la patiente consulter un dermatologue. Dans le cas d'une inflammation, un traitement par dermocorticoïdes sera prescrit (Dermoval® par exemple) en association avec les mesures du grade 1.

Le syndrome main-pied est un effet cutané toxique qui peut être une véritable gêne pour les patientes et altérer la qualité de vie. L'éducation de ces dernières est fondamentale car la prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse nécessite une parfaite observance, que ce soit pour l'application d'émollients ou, selon les lésions, de dermocorticoïdes puissants. Cette démarche de soutien fait partie intégrante des nouvelles missions du pharmacien, l'éducation thérapeutique.⁸³

D. Cheveux, poils, sourcils

La perte de cheveux, aussi appelée alopecie, est l'effet indésirable le plus redouté par les patientes. Pour comprendre rapidement le mécanisme, quand on dit « cheveu » il s'agit d'un abus de langage car le cheveu n'est pas le poil apparent. En effet, par définition le cheveu est composé d'un follicule pileux au niveau du cuir chevelu – partie invisible – et de la tige – partie visible – communément appelée cheveu. Les follicules pileux sont constamment en croissance et se divisent pour permettre le renouvellement capillaire et la pousse. On a vu dans la partie précédente que les chimiothérapies agissaient sur les cellules dans le corps entier et le cuir chevelu étant fortement irrigué, la circulation des principes actifs s'y fait rapidement. De plus, les follicules pileux étant particulièrement actifs sont fortement touchés par ces traitements, ils vont être détruits entraînant la chute des cheveux. L'action des chimiothérapies sur les follicules pileux ne se limitent pas au cuir chevelu, c'est pourquoi on observe une chute des cils, des sourcils et des poils de certaines zones.⁸⁴

Il s'agit d'un effet extérieur immédiatement perçu par le regard des autres, très difficile à supporter pour l'estime de soi et socialement traumatisant. Il existe des traitements préventifs qui actuellement ont prouvé une efficacité limitée.

L'alopécie n'est pas systématique, elle dépend du traitement de chaque patiente, de la posologie ainsi que de la durée du traitement. Elle dépend également de la réaction de la patiente elle-même. Dans tous les cas, à l'arrêt du traitement, les cheveux repoussent à raison d'environ un centimètre par mois. Il s'agit donc d'un effet réversible mais plus long à se rétablir.

1. Prise en charge

Symbole de la féminité, la perte des cheveux est un moment qui peut être très difficile, tant sur le plan physique que moral.

Face à la peur de l'alopécie, le pharmacien peut conseiller en première approche à la patiente de se couper les cheveux assez courts avant le début du traitement, afin de limiter le traumatisme lorsque la chute commencera.

Il faut que la patiente se sente à l'aise, si ce n'est pas le cas, elle pourra avoir recours à l'utilisation d'une perruque, d'un foulard, d'un turban, d'une frange etc., de façon à sentir belle et accepter le regard des autres. En complément de ces conseils, il ne faut pas hésiter à parler à la patiente de la socio-esthétique. A l'hôpital, la patiente peut solliciter l'aide d'une socio-esthéticienne qui pourra lui apprendre à se coiffer, se maquiller, qui prendra soin d'elle pendant quelques heures de façon à l'aider à se réapproprier cette nouvelle apparence.

En ce qui concerne le cuir chevelu, se retrouvant à nu il est de suite plus exposé aux agressions extérieures. Il peut devenir irritant, provoquer des démangeaisons. Il est important de le masser régulièrement et de l'hydrater avec un soin adapté.⁸⁵

Afin de le protéger, il faut appliquer quotidiennement un photoprotecteur SPF50+.

Pour le cheveu lui-même, il peut se retrouver plus fin, plus terne, plus sec. La chevelure peut ainsi devenir moins dense. Il faut dans ce cas faire des masques au moins deux fois par semaine

et utiliser un shampoing doux. Surtout, il faut éviter les colorations, mèches, permanentes durant cette période. Les cheveux étant déjà fragilisés, cela risque de les agresser.⁸⁶

E. Ongles

1. Généralités

La croissance de l'ongle s'effectue à partir de la matrice, vers l'avant et continuellement, elle ne s'arrête jamais. Cette matrice se retrouve sous l'épiderme à la base de l'ongle et fabrique la kératine, indispensable à la croissance et la solidité de l'ongle. L'onychodystrophie va entraîner des troubles de cette croissance. De ce fait, l'ongle va être fragilisé et déformé, pouvant avoir un aspect rongé, une coloration blanchâtre, jaunâtre et de taille extrêmement réduite.⁸⁷

Les anomalies unguéales peuvent toucher les ongles des mains ou des pieds, de manière isolée ou tous les ongles. Les ongles striés, fragiles, décolorés représentent avant tout des effets secondaires d'ordre esthétique. Cependant, le retentissement psychologique des lésions sur l'ongle est à ne surtout pas négliger car ces atteintes inquiètent les patientes et attirent le regard d'autrui, renforçant la présence de la maladie. Il faut une prise en charge adaptée et rapide.

2. Prise en charge

En tant que pharmacien d'officine, il faut tout d'abord accompagner la patiente, la rassurer sur le caractère transitoire et réversible de ces atteintes, même si cela peut prendre un certain nombre de mois après l'arrêt des traitements anti-cancéreux.

Pour les conseils que l'on peut donner à l'officine, il faut tout d'abord rappeler à la patiente quelques gestes au quotidien pouvant aggraver les atteintes unguéales afin de prévenir les risques (*voir tableau ci-dessous*).⁸⁸

Tableau 3 - Les gestes à connaître pour prévenir les troubles unguéaux

Gestes à éviter	Gestes à adopter
- éviter les frottements et traumatismes - éviter de s'arracher les petites peaux, de couper les ongles trop courts - éviter le contact prolongé avec l'eau - proscrire les durcisseurs d'ongles, les dissolvants agressifs - éviter le contact avec les produits détergents et irritants - ne pas faire de manucure comprenant la pose de faux ongles en en gel ou résine	- porter des chaussures larges et adaptées - se protéger les mains en portant des gants à l'utilisation de produits ménagers, chimiques, détergents etc. - se couper régulièrement les ongles - se limer les ongles (<i>plus les ongles sont longs, plus ils sont fragiles</i>) - privilégier une hygiène et hydratation régulière - utiliser des dissolvants sans acétone

On retrouve à l'officine de nombreux compléments alimentaires oraux destinés à améliorer ce dysfonctionnement. Dans les actifs présents, on peut citer :

- la vitamine B8 : la biotine joue un rôle dans la production d'énergie qui contribuerait au renforcement de l'ongle.
- les algues : elles sont souvent retrouvées dans les compléments alimentaires du fait de leur richesse en minéraux et oligoéléments.
- le silicium : il est présent dans la composition de la peau, des cheveux et des ongles.

Il faut cependant être très vigilant dans la complémentation alimentaire et savoir que les cures à base de cystéine sont à proscrire. Quelle que soit l'intention du patient, il faut demander conseil au pharmacien sur l'utilisation et les recommandations de la complémentation.⁸⁹

Toujours dans les recommandations, le pharmacien peut conseiller l'application de vernis opaques, enrichis en urée et en silicium. Ce dernier est un oligoélément essentiel à notre organisme qui comprend plusieurs rôles :

- facilite la cicatrisation en régénérant les tissus
- augmente la production de collagène et élastine ce qui assure la flexibilité et l'élasticité
- retient l'eau dans les tissus donc détient un fort pouvoir hydratant
- augmente l'apport en nutriments

- apporte luminosité, élasticité et résistance aux cheveux, ongles et à la peau

Les ongles sont composés de 10 à 20% de silicium, pourcentage qui baisse lors d'une chimiothérapie. Cette diminution entraîne la fragilisation de l'ongle. ⁹⁰

Du fait de sa bonne pénétration cutanée, l'application d'un vernis contenant du silicium va permettre le renforcement des ongles.

En complément de ces soins cosmétiques, avoir une bonne hydratation est très important, il faut donc masser la base unguéale deux fois par jour avec une crème hydratante, un baume ou bien une huile riche en vitamine E.

Pour finir, le pharmacien doit savoir reconnaître les signes précurseurs d'une complication, comme une inflammation des tissus autour, ou bien des hémorragies sous-unguéales. Dans ce cas-là où le pharmacien note des anomalies, le patient peut en informer rapidement son équipe médicale pour une prise en charge adaptée. ⁹¹

F. Variation du poids

La variation du poids durant un cancer est un sujet très discuté dans notre société. En effet, un des plus gros préjugés concernant le cancer est que les traitements ont tendance à provoquer un amaigrissement très important, même flagrant que l'on remarque tout de suite. Ceci n'est pas totalement faux car certaines patientes perdent l'appétit et ont parfois des difficultés à s'alimenter suite à un affaiblissement provoqué par les traitements. Cependant, ce n'est pas toujours le cas, notamment dans le cancer du sein.

Au contraire, d'après le docteur David Elia : « *La chimiothérapie est un facteur favorisant la prise de poids. Plus précisément, la chimiothérapie tend à augmenter la masse grasse et à baisser légèrement la masse maigre* ». En effet et comme précisé dans Rose Magazine, une femme sur deux prendrait de 3 à 5kg durant ses traitements. La prise de poids n'est pas une fin en soi, il n'est pas grave de prendre quelques kilos. En revanche, certaines femmes peuvent atteindre une prise de 12kg entre la sédentarité, l'anxiété et l'alimentation déséquilibrée. Ceci devient problématique car une patiente en surpoids augmente son risque de récurrence ainsi que le risque de développer un autre cancer gynécologique, ou bien un cancer digestif. ⁹²

III. L'IMPACT SUR LA QUALITE DE VIE

La qualité de vie est devenue une problématique incontournable des cancers gynécologiques. En effet, les différents traitements du cancer du sein (*radiothérapie, chirurgie, hormonothérapie, chimiothérapie*) peuvent avoir un impact majeur sur la qualité de vie des patientes. De nouveaux standards dans l'évaluation de la qualité de vie ont été mis en place.

Après les recommandations pour améliorer la mesure de la qualité de vie publiées par le Center for Medical Technology and Policy (CMTP) en 2012, c'est l'International Society for Quality of Life Research (ISOQOL) qui a établi cinq points de recommandations pour la qualité de vie en 2013. Depuis cette année-là, plusieurs communications s'intéressant à ce sujet ont été présentées à l'American Society of Clinical Oncology (ASCO). Les résultats qui sont issus de ces études de qualité de vie permettent ainsi de mieux informer les patientes, d'adapter au mieux le traitement et la prise en charge de chacune d'entre elles.⁹³

Peu importe l'âge auquel survient la maladie, les répercussions sur la vie quotidienne sont toujours présentes. Pendant la durée des traitements, la patiente interrompt dans la majorité des cas son activité professionnelle, du fait de la fatigue, de la douleur et du temps investi dans le parcours du soin. Également, toutes les modifications physiques et psychiques subies par la patiente peuvent avoir des conséquences sur la vie de couple, sur le plan affectif et sexuel.

Nous allons dans cette partie aborder ces différentes répercussions.

A. Fatigue

1. Définition

Alors que la fatigue est un phénomène normal à la fin d'une journée ou suite à un effort physique ou intellectuel, le plus souvent elle est atténuée par une nuit de sommeil réparatrice. La fatigue liée à un cancer est beaucoup plus importante. Elle n'est pas compensée par une nuit de sommeil et a des répercussions sur la qualité de vie. Aussi appelée « asthénie », cet état de fatigue apparaît sans effort particulier et peut être invalidant au quotidien. On parle généralement d'un manque d'énergie continu, ainsi que d'abattement. Cette fatigue liée au

cancer est un état d'épuisement chronique interférant avec le bien être personnel mais aussi les relations avec autrui.

Différents effets peuvent en découler comme par exemple :

- des insomnies,
- une nervosité ou irritabilité, qui sont des réactions émotionnelles liées à la sensation de fatigue
- des difficultés de concentration et de mémorisation,
- des sensations de vertige. ⁹⁴

Les caractéristiques de la fatigue peuvent être classées suivant trois dimensions : une dimension physique, une dimension émotionnelle et une dimension cognitive.

La physique (*manque d'endurance, besoin accru de repos, manque d'énergie...*) porte sur l'importance et l'intensité, la nature de la fatigue.

La dimension affective-émotionnelle (*syndrome dépressif, manque de courage...*) s'attache à la détresse et les émotions induites par la fatigue.

La cognitive pourra tenir compte des altérations de la maîtrise de soi et de la difficulté à intégrer des informations.

Cependant, la fatigue ne touche pas toutes les patientes atteintes d'un cancer du sein, elle est retrouvée dans 65% des cas, variable en intensité et en durée. Beaucoup de patientes pensent que cette fatigue est un des effets secondaires des traitements et qu'elle est inévitable, ceci ne les pousse donc pas à en parler à l'équipe médicale car elle est qualifiée de « normale ». Cette fatigue est largement sous-estimée, pourtant il est nécessaire d'en parler afin de pouvoir la prendre en charge lorsqu'elle a des répercussions sur la qualité de vie et les gestes au quotidien. Pour pouvoir mettre en place une prise en charge efficace, il faut avant tout décrire cette fatigue et en identifier les causes. ⁹⁵

Cette fatigue est encore trop souvent négligée, contrairement à la prise en charge de la douleur. Le traitement est à entreprendre le plus tôt possible.

2. Les causes

Son étiologie est multifactorielle. Ces causes peuvent être :

- la maladie en elle-même ainsi que son évolution, le stade, le grade
- les différents traitements chirurgicaux ou médicamenteux,
- certains effets secondaires de ces traitements,
- la douleur,
- la prise en charge avec ou sans hospitalisation,
- des variations du poids,
- ...

Cette liste n'est pas exhaustive ⁹⁶, les causes étant multiples et dépendantes de chaque patiente. Afin de mesurer cette fatigue et les causes, un questionnaire d'évaluation de la fatigue sous forme de tableau peut être remis aux patientes. Ce tableau recense différentes questions afin d'évaluer les symptômes. Il y a également une ligne réservée aux dates, de façon à préciser à quel moment de la journée est apparu tel ou tel symptôme. Les questions que l'on peut retrouver sont par exemple : *Êtes-vous essoufflé ? Êtes-vous fatigué rapidement ? Avez-vous des difficultés à vous endormir ? Avez-vous perdu l'appétit ? Avez-vous des difficultés de concentration ? [...]*

En fonction des symptômes décrits, un traitement médicamenteux peut être instauré lors de fatigue excessive et extrêmement invalidante. Dans tous les cas, il est capital de la décrire et d'en parler pour une prise en charge optimale.

Il n'existe pas de marqueur biologique de la fatigue donc elle ne peut être explorée que par des questionnaires d'auto-évaluation.

3. La prise en charge

La prise en charge de la fatigue est spécifique et nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire comprenant différents professionnels de santé.

Le masseur kinésithérapeute ⁹⁷, intervenant sur prescription médicale, est un spécialiste de la rééducation des différentes parties du corps afin de maintenir une certaine mobilité dans les

mouvements. Malgré les apparences, une activité physique régulière permet à la patiente de limiter sa fatigue et de la combattre. En effet, cela permet une amélioration du rythme cardiaque, de la fonction respiratoire ainsi que de la force musculaire qui permettra de diminuer les douleurs osseuses et musculaires dues aux traitements. Pour ces interventions, le masseur kinésithérapeute utilise des techniques de relaxation, des exercices de gymnastique souvent associés à des massages, de la thermothérapie et de l'électrothérapie. Toutes ces méthodes permettent de réduire les sensations d'inconfort et de douleur, elles améliorent la circulation du sang et de la lymphe, dans un but final de redonner de l'aisance aux mouvements et de redonner le goût de l'effort à la patiente.

L'ergothérapeute⁹⁸ est spécialisé dans la prise en charge des troubles physiques ou psychiques qui vont affecter l'autonomie. Son but est de trouver une solution à tous les problèmes mis en avant lors de son entretien avec la patiente. Cela va concerner les habitudes de la patiente mais cela peut aller jusqu'à l'aménagement de l'habitat pour optimiser les pièces, des accessoires pour aider la gestion du quotidien (*installer des mains courantes, prévoir un tabouret dans la douche au cas où...*).

Le psychomotricien⁹⁹ va agir sur les troubles psychomoteurs générés par la maladie qui peuvent apparaître à différents niveaux. Ces désordres peuvent toucher l'estime de soi, l'image du corps, les capacités à agir, les perceptions sensorielles, et amènent in fine à la perte de repères et de confiance en soi. Pour préserver ces repères et s'adapter à un nouveau corps, le psychomotricien utilise la relaxation, l'écoute, des massages, des stimulations sensorielles (*musique, odeurs*), la balnéothérapie mais aussi des activités manuelles.

Le diététicien¹⁰⁰ s'occupe de la prise en charge des problèmes nutritionnels causés par la maladie ou par les différents traitements. Avec les différents effets indésirables (*constipation, diarrhées, nausées, vomissements*), il peut y avoir une difficulté pour s'alimenter, cela crée un déséquilibre et conduit à une augmentation de la fatigue. En effet, pour diminuer la fatigue, maintenir son poids et mieux tolérer la maladie il faut une alimentation équilibrée. Manger doit rester un plaisir et l'intervention du diététicien est essentielle pour la patiente.

Les différentes interventions des professionnels sont optimisées et adaptées à chaque patiente afin d'améliorer sa qualité de vie. Le traitement de la fatigue se fait de façon individuelle et cela permet de créer une relation de confiance entre les soignants, la patiente et l'entourage proche. Le but final étant d'accompagner la patiente tout au long de sa maladie et de conserver l'espoir.

4. La gestion de la fatigue au quotidien

Comme on a pu le voir précédemment, lorsqu'une patiente se retrouve face à un cancer du sein, il y a pour elle un « avant la maladie » et un « après la maladie ». Pendant et même après la maladie, il y a un véritable chamboulement pour la vie quotidienne. Cet état de fatigue chronique va nécessiter une réorganisation des journées, des habitudes. Divers conseils sont à prodiguer aux patientes concernant leur nouvelle vie. Dans les plus généraux on retrouve :

- se reposer et bien s'alimenter : tout au long de la maladie le corps a besoin de régularité, il est donc conseillé d'avoir les mêmes créneaux horaires pour la gestion du sommeil et de l'alimentation (*se coucher et se lever à la même heure chaque jour, manger équilibré à chaque repas afin de faciliter la digestion et le transit*).
- optimiser l'organisation de son quotidien : la fatigue est un véritable handicap pour la qualité de vie, il est donc nécessaire d'établir des priorités dans la journée, de planifier les activités afin de garder de l'énergie pour ce qui tient à cœur. Il faut arriver à différencier ce qui est nécessaire de ce qui est accessoire pour pouvoir garder un maximum d'autonomie dans la journée et éviter des grosses fatigues.
- pratiquer une activité physique régulière : l'effort permet d'accumuler de la « bonne fatigue » ainsi que d'avoir le moral, deux atouts pour un sommeil réparateur.
- apprendre à gérer ses angoisses : même si l'équipe soignante est très disponible, une fois à la maison, les patientes se doivent de pratiquer des exercices de relaxation, de respiration ou même de la méditation afin de garder un esprit sain et maintenir le lien créé avec les professionnels de santé.
- accepter le soutien de ses proches : il n'y a aucune honte à se faire aider ou accompagner pour des gestes simples du quotidien lorsque l'on se sent trop faible. La maladie est une épreuve pour la patiente mais également pour ses proches, maintenir le contact est primordial pour garder le moral, de l'espoir et des habitudes de vie proches de celles d'avant.

B. Douleurs

Ressentir des douleurs physiques peut avoir des retentissements très importants sur le moral, la qualité de vie, les gestes quotidiens, les relations. ¹⁰¹

Tout au long de la maladie, il faut parvenir à prévenir ou traiter cette douleur afin de limiter l'altération de la vie quotidienne de la patiente.

1. Définition

La douleur fait partie de notre système de défense, cependant elle est très difficile à définir. Chacun d'entre nous possède les mêmes mécanismes d'activation de la douleur, pourtant elle peut être ressentie de diverses façons et à différents degrés. Cette douleur est physique mais aussi émotionnelle, plus ou moins difficile à supporter selon le contexte. Elle se manifeste par :

- une sensation physique ;
- une émotion ;
- un comportement ;
- une réaction mentale qui correspond à la façon de chacun de la gérer.

Ces quatre réactions sont indissociables et doivent être prises en compte en plus de la cause pour soulager cette douleur.

2. Les causes

Les douleurs ressenties pendant un cancer sont très variables, que ce soit en terme de durée ou en terme d'intensité. Chaque douleur ressentie par une patiente est unique.

Elle peut être liée à la maladie elle-même, aux différents traitements et effets indésirables, ainsi qu'aux soins et examens médicaux.

3. La prise en charge

Le traitement de la douleur est établi par le médecin pour chaque patiente. Il existe différents moyens pour soulager la patiente, prenant en compte les dimensions physiques mais aussi les dimensions mentales et émotionnelles (*stress, anxiété, dépression*).

Dans une interview du Dr. Estelle Botton, elle préconise avant tout une prise en charge globale considérant la douleur comme chronique. La prise en charge repose avant tout sur des séances de kinésithérapie. ¹⁰²

Lorsque que la douleur est due au cancer lui-même, on peut utiliser des traitements du cancer. Ils sont de plus en plus utilisés car ils agissent directement sur la tumeur ou les métastases, cause(s) de la douleur. Ces traitements correspondent à ce que l'on a pu voir précédemment comme la chirurgie, la radiothérapie ou encore les médicaments anti-cancéreux.

Des médicaments contre la douleur à proprement parler sont également disponibles pour un soulagement quotidien. Il y a différentes classes existantes :

- les antalgiques : ce sont les médicaments les plus utilisés dans les douleurs liées au cancer. Ils sont divisés en trois paliers :
 - palier 1 : le paracétamol, le néfopam et les anti-inflammatoires non stéroïdiens
 - palier 2 : ce sont les opioïdes faibles correspondant à la codéine et au tramadol
 - palier 3 : ce sont les opioïdes forts correspondant à la morphine, au fentanyl, à l'hydromorphone et à l'oxycodone.
- certain anti-dépresseurs et anti-épileptiques : certains de ces médicaments sont efficaces pour soigner les douleurs d'origine neuropathique liées à une lésion du système nerveux, lorsque les antalgiques ne sont pas suffisants.
- les co-antalgiques : on retrouve différentes classes de médicaments dont l'action est de potentialiser celle des antalgiques comme les corticoïdes, les anti-dépresseurs, les antispasmodiques, les myorelaxants.

Il existe des méthodes non médicales pour soulager la douleur en complément des traitements médicamenteux. En effet, on peut retrouver tout d'abord le soutien psychologique qui est essentiel, de la relaxation, de la sophrologie, l'accompagnement des masseurs kinésithérapeutes, de l'hypnose. Chaque patiente peut choisir de quelle aide elle veut disposer mais aussi à quelle fréquence, toujours selon son ressenti de la douleur.

Pour finir, on peut retrouver également des techniques spécialisées dans des centres de lutte contre la douleur. Elles sont réalisées par des équipes expérimentées et peuvent correspondre par exemple à l'injection de produit anesthésiant pour insensibiliser la douleur, à l'injection de morphine à proximité de la moelle épinière ou bien à l'injection d'alcool à des points très précis.

4. La gestion de la douleur au quotidien

Comme évoquée précédemment, la douleur est propre à chacun, mais si elle perdure trop longtemps, elle est susceptible d'altérer énormément de choses à commencer par le moral. S'en suit alors une altération du sommeil, de l'appétit, de l'humeur, des relations ainsi que des gestes même simples du quotidien. Le plus important à prendre en compte dans la douleur au quotidien ce n'est pas tant l'intensité, mais le handicap qu'elle peut engendrer. En effet, une douleur même très légère peut devenir insurmontable si elle prive la patiente d'une capacité simple comme monter un escalier, conduire une voiture.

Tout cela est en prendre en compte notamment dans la gestion de la vie professionnelle car pour reprendre une activité, il faut que le médecin soit informé rapidement pour le traitement de cette douleur. Il est essentiel que chaque patiente parle de sa douleur, la décrive au maximum afin que l'on puisse la prendre en charge au mieux.

Pour cela, un questionnaire peut être également mis à leur disposition.

C. Sexualité et fertilité

Selon plusieurs témoignages, près de la moitié des femmes atteintes d'un cancer évoquent des difficultés dans leur sexualité. Pour revivre une sexualité épanouissante, il faut tout d'abord accepter son nouveau corps et renouer avec.

Des études récentes sur la sexualité des femmes dans le contexte du cancer du sein abordent le caractère multidimensionnel de la maladie. Dans une étude menée par le département de médecine sociale de la faculté de médecine de Sao Paulo, DB. Santos et EM. Vieira ont cherché à comprendre comment la sexualité des patientes était affectée par le cancer du sein et ses traitements. Cette étude concerne autant la vie sexuelle que les relations de couple.¹⁰³

Toutes ces études s'accordent à dire que la survenue du cancer et les traitements proposés qui entraînent des modifications corporelles temporaires ou permanentes, provoquent des changements dans la vie de couple et dans la vie sexuelle. Ces changements sont dus au fait des métaphores renvoyant à l'image de mort, la douleur, la souffrance et au fait de l'importance accordée à l'aspect esthétique du corps.

Selon une étude menée auprès de 100 femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein et publiée dans le Bulletin du Cancer en mars 2018, presque 25% des patientes ont rapporté une altération de leur relation de couple et 47% de leurs relations sexuelles. D'après les résultats, la dysfonction sexuelle était reliée au trouble de l'image du corps. ¹⁰⁴

Chaque patiente est différente et nécessite une prise en charge adaptée pour envisager sa vie sexuelle dans l'après cancer. ¹⁰⁵

1. Libido

Lors d'un cancer du sein, il est très fréquent d'observer une baisse de la libido. ¹⁰⁶ Le cancer du sein peut affecter la sensualité, l'attractivité également. Plusieurs facteurs peuvent être en cause comme la perte de sensations de plaisir au niveau des seins, une ménopause iatrogène, de l'anxiété ou une phase de dépression. Les patientes n'osent pas en parler mais il faut, car il est nécessaire de savoir que c'est d'abord une conséquence artificielle des traitements, mais aussi une conséquence plus psychologique dont il faut s'occuper afin que cela ne perdure pas après le cancer. Les causes de cette baisse de désir peuvent être multiples. ¹⁰⁷

Tout d'abord, il y a l'angoisse et les peurs ressenties à l'annonce du diagnostic et des traitements envisagés pour la suite de la prise en charge. Ce choc de l'annonce prédomine les préoccupations et souvent le désir est mis de côté. Cela crée un bousculement total dans la vie de la patiente qui va devoir se recentrer sur elle-même afin de combattre sa maladie. S'en suivent alors les douleurs et la fatigue qui ne vont pas dans le sens d'une grande libido.

On retrouve ensuite l'aspect psychologique et typiquement féminin ; la patiente craint de ne plus être désirable de par les modifications de son corps et la baisse de l'estime de soi. Le sentiment d'être abandonnée prend alors le dessus et seule la conversation et la confiance permettra de débloquer la situation.

Enfin, les médicaments anti-cancéreux, mais aussi les anti-dépresseurs si il y en a, sont des traitements pouvant perturber et réduire le désir sexuel. Il s'agit d'un effet secondaire connu et physiologique de ces molécules.

Cet effet secondaire est habituel et s'améliore à l'arrêt des traitements et lors de la rémission.

2. Troubles corporels associés à la sexualité

La perte des repères corporels ressentie dès l'annonce du diagnostic de cancer s'accroît avec les traitements. Les séquelles post-opératoires ainsi que les modifications esthétiques et/ou fonctionnelles peuvent altérer profondément l'image corporelle. Les examens répétés et les procédures médicales invasives peuvent induire un sentiment d'intrusion et d'effraction. Le corps n'est alors plus désirable, ni désiré, il n'est plus objet de plaisir, de sensations agréables et voluptueuses.¹⁰⁸

La première séquelle rapportée par les différentes patientes est une sécheresse vaginale associée à une irritation des muqueuses. Elle provient des traitements mais peut également être aggravée par la baisse de désir. Différentes solutions peuvent être proposées, à commencer par un gel lubrifiant prescrit par un médecin après consultation. Dans d'autres situations, il est possible de procéder à des injections locales d'acide hyaluronique pour ré-hydrater la muqueuse vaginale. Pour les cas les plus extrêmes comme en témoigne *Kathy*, il peut y avoir un recours à des séances de laser vaginal pulsé qui permettent de restaurer totalement la muqueuse vaginale afin de récupérer une sexualité « comme avant ».¹⁰⁹

Dans un deuxième temps, selon les traitements reçus par la patiente, on retrouve une modification de la sensibilité des zones érogènes. En effet, chaque femme possède des zones plus ou moins érogènes dont la stimulation provoque une excitation sexuelle soudaine. Après un traitement médicamenteux ou une irradiation, une ou plusieurs de ces zones peuvent être touchées et devenir moins sensibles. Il est également possible de retrouver des irritations de la peau au niveau de ces zones.

Ces troubles corporels peuvent alors devenir un frein aux rapports sexuels et participer ainsi à la baisse de la libido ressentie par la patiente.

3. Troubles de la fertilité

La fertilité désigne la capacité biologique pour une personne à produire une descendance. Elle est maximale pour la femme aux alentours de 20 ans et décroît progressivement jusqu'à disparaître vers 50 ans. Cette fertilité est évidemment très variable d'un individu à l'autre.¹¹⁰

Le cancer du sein ainsi que les traitements peuvent réduire considérablement cette fertilité. Si les traitements sont le plus souvent efficaces, les conséquences sur la fertilité sont encore ignorées. La chimiothérapie peut avoir des effets néfastes sur les ovaires, suivant la dose ou le type de molécules. Ces effets varient d'une femme à l'autre, avec l'âge de traitement qui joue un rôle capital. Plus la patiente est âgée, plus les risques de toxicité sur l'ovaire et de diminution de stock ovocytaire sont importants. Pour préserver cette fertilité, plusieurs techniques peuvent être proposées à la patiente, après l'avis d'une équipe pluridisciplinaire.

La question de la maternité peut être au centre d'une crise identitaire durant la maladie. Après un cancer du sein, pour les femmes non ménopausées il est nécessaire d'avoir une contraception non hormonale efficace. De plus, pour ces patientes, il faudra planifier la grossesse car souvent, un délai après la prise en charge est recommandé par le médecin. En effet, de petites concentrations restantes de médicaments toxiques pour l'embryon pourraient avoir des effets très néfastes. Cette planification de grossesse est donc à prendre au sérieux, d'où la nécessité d'une contraception jusqu'au moment du feu vert médical. Les médecins préconisent en général un délai minimum de 3 ans entre la fin des traitements et la conception. Dans tous les cas, il est tout à fait possible de mener à terme une grossesse après un cancer du sein. ¹¹¹

Tout comme la vie sexuelle, la question de la fertilité est un sujet qui doit être abordé avec le médecin lors de l'entretien.

4. Troubles du cycle menstruel

Lorsque les ovaires ne fonctionnent plus, un phénomène appelé ménopause se met en place chez la femme. C'est un processus physiologique apparaissant à 50 ans plus ou moins 2 ans. Différents symptômes accompagnent cette ménopause :

- Bouffées de chaleur et sueurs nocturnes : selon une enquête anglaise réalisée en 2014, 94% des femmes interrogées avouent souffrir de bouffées de chaleur, très handicapantes pour $\frac{3}{4}$ d'entre elles. ¹¹²
- Sautes d'humeur
- Sécheresse vaginale

Durant un cancer du sein, les traitements tels que la chimiothérapie ou l'hormonothérapie peuvent entraîner une ménopause précoce. Malheureusement, les symptômes de la ménopause

précoce sont les mêmes que ceux de la ménopause naturelle. Ces différents symptômes peuvent gêner la vie quotidienne ainsi que la vie sexuelle de la patiente. Il est nécessaire d'en parler avec un médecin ou gynécologue afin de trouver une prise en charge adaptée.

Pour conclure cette seconde partie sur les effets indésirables, il faut comprendre que tous ces changements au niveau psychologique, au niveau du corps ainsi que dans la vie quotidienne sont une véritable épreuve portant atteinte à la féminité de la patiente, à son estime d'elle ainsi qu'au couple. Il est nécessaire de veiller à ce que la patiente ne se renferme pas sur elle-même, il lui faut une écoute active de la part de l'équipe soignante, de ses proches, de sa famille.

Les deux parties précédentes ont abordé la maladie, les traitements ainsi que les différents effets indésirables ressentis par les patientes. Les parties suivantes seront centrées sur le corps et sa beauté : à conserver pour certaines, ou bien à retrouver pour d'autres patientes ayant besoin de redéfinir leur corps afin de l'approprier correctement et de se familiariser avec lui.

TROISIEME PARTIE – LA RECONSTRUCTION DE L'IDENTITE FEMININE PAR DIFFERENTES APPROCHES

Faire face aux aléas et aux conséquences des traitements oblige un nouveau rapport à son corps dans la vie de tous les jours. Comme vu précédemment, l'arrêt des traitements entraîne possiblement une repousse différente des cheveux, des sourcils, des irritations. Ces petits maux peuvent paraître bénins mais constituent une véritable altération à l'image de soi. Les méfaits sont encore plus grands dans les cas où une ablation d'un sein ou des deux seins est pratiquée. La mastectomie, ou ablation totale du sein, est une épreuve douloureuse touchant un grand nombre de femmes : 20.000 nouvelles femmes chaque année en France. ¹¹³

Pour mieux vivre le cancer du sein, des soins de support complémentaires aux traitements spécifiques anti-cancéreux sont proposés pour améliorer la qualité de vie des patientes. Il s'agit de consultations antidouleur, de séances de relaxation ou de sophrologie, des groupes de paroles, de soutien psychologique, des conseils esthétiques grâce à l'intervention d'une socio-esthéticienne...

Il a été prouvé qu'une meilleure qualité de vie augmente les chances de guérison, ces soins regroupent donc des disciplines proposées gratuitement tout au long de la maladie. ¹¹⁴

Nous allons détailler tout au long de cette partie certains de ces soins de support afin de mettre en évidence leur importance sur la vie quotidienne et le moral des patientes.

I. APPROCHES CORPORELLES

Les thérapeutiques paramédicales basées sur les sciences et les techniques du corps permettent d'aborder et de comprendre les problématiques liées au ressenti de la patiente, à la représentation et à l'image de son corps.

Nous allons aborder deux méthodes différentes mais complémentaires pouvant s'avérer salvatrices au cours d'un cancer du sein : la relaxation et la sophrologie.

A. Relaxation

La relaxation peut être un atout majeur pour rétablir un lien entre corps et psyché.¹¹⁵ En effet, l'image du corps est la première représentation inconsciente de soi. Dans le cadre d'un cancer du sein, de nombreuses femmes doivent vivre avec la perte d'un sein, symbole de maternité et de fécondité. De plus, le sein reflète la féminité et intervient dans la vie affective et sexuelle.

La relaxation agit de manière globale. Dans le cas du cancer du sein, elle agit sur deux facteurs préférentiels que sont l'estime de soi et la tension corporelle.

Côté estime de soi, lors des premières séances de la patiente, la mise en mots de ses ressentis va permettre d'accepter son histoire et son vécu. Cette verbalisation est très importante et permet d'induire un sentiment positif d'acceptation, afin de se projeter vers un avenir plus prometteur et non centré sur les douleurs et les tensions. La relaxation peut être pratiquée par un psychomotricien qui va favoriser un mieux-être.

Côté tension corporelle, il existe différents types de relaxation :

- la relaxation musculaire progressive qui permet à la patiente de prendre conscience des niveaux de tension et de mettre en œuvre des stratégies chaque fois qu'elle ressent cette tension dans son corps. Cet apprentissage de la tension s'effectue à travers plusieurs exercices dans diverses zones du corps. Ces modifications de l'état « tensionnel » pourront entraîner un ressenti plus apaisé.
- la visualisation guidée qui consiste à effectuer un voyage mental à travers des images, en cherchant des sensations, des situations, des lieux apportant du plaisir à la patiente et une sensation de bien-être amenant à la détente.

La relaxation améliore l'état émotionnel de la patiente, favorise la maîtrise de soi et limite les comportements impulsifs. Le type de relaxation recommandé dépendra de chaque situation et de chaque patiente, il faut cependant une adhérence totale de cette dernière pour retirer des bénéfices. Aucune technique sera constructive si elle est « forcée ».

En 2005, l'unité de psycho-oncologie de l'institut CURIE de Paris a mis en place des groupes psycho-éducatifs incluant des patientes atteintes de cancers du sein non métastatiques. Le programme s'appuie sur des techniques cognitivo-comportementales comme l'apprentissage de techniques de gestion du stress, relaxation, restructuration cognitive. Cette expérience a donné des résultats très concluants. Les patientes interrogées ont su exprimer leur satisfaction et le

bénéfice apporté. Ces techniques permettent de répondre aux besoins d'information, d'éducation et surtout de soutien émotionnel. ¹¹⁶

B. Sophrologie

La sophrologie est une méthode psychocorporelle exclusivement verbale et non tactile. C'est un entraînement de l'esprit et du corps pour développer sérénité et mieux-être.

Cette approche amène la patiente à travailler sur ses propres valeurs et à mieux se connaître, pour in fine garder confiance, espoir et améliorer son quotidien. La sophrologie utilise un ensemble de techniques qui travaillent à la fois sur la respiration, la décontraction musculaire et l'imagerie mentale.

Cette méthode ne guérit pas le cancer mais elle est définie comme soin oncologique de support afin d'améliorer la qualité de vie des patientes. ¹¹⁷

Les bienfaits de la sophrologie peuvent se ressentir à différents niveaux comme sur le sommeil, sur le stress, sur les douleurs également. Ils permettent ¹¹⁸:

- de réapprendre à aimer l'image de soi, l'image de son corps : les différents traitements peuvent entraîner des modifications corporelles très importantes que ce soit au niveau physique ou au niveau esthétique. La sophrologie permet de se réapproprier ce corps et surtout d'en accepter les changements afin de trouver une harmonie.
- de prendre du recul et se retrouver : une fois ce nouveau corps accepté, il faut que la patiente prenne du recul face à sa maladie. C'est un point très important car il faut l'aider à surmonter ses angoisses liées aux traitements, le stress du lendemain, la peur de l'inconnue et surtout le fait de se sentir totalement démunie et impuissante face à la maladie en étant à la merci de l'équipe soignante. Les exercices de sophrologie vont permettre d'évacuer tous ces stress accumulés au fil des stades de la maladie.
- d'apprendre à trouver le repos : comme vu précédemment, cette fatigue est chronique et invalidante. Avec la maîtrise du stress, la sophrologie permet de retrouver une certaine vitalité.
- de gérer la douleur : les différents exercices peuvent apporter des techniques de gestion de la douleur, sans les faire disparaître mais en les soulageant et en favorisant le repos et la récupération.

- de renforcer la combativité : de par un travail sur la restauration de l'image de soi, la sophrologie permet de retrouver un mieux-être et une détermination à lutter contre la maladie. Cette persévérance s'accompagne d'une amélioration de l'observance qui peut parfois se « perdre » au fil des mois.

II. BIEN-ÊTRE MENTAL : SOCIO-ESTHETIQUE

La socio-esthétique trouve largement sa place au sein du parcours de la maladie. Intégrées aux soins de support, les soins socio-esthétiques sont réalisés par une socio-esthéticienne ayant reçu une formation spécifique. Ils peuvent être proposés dès l'annonce du traitement ainsi que tout au long de la maladie. Ces soins contribuent à éviter l'isolement de la patiente, à réappivoiser un corps abimé par les traitements et la maladie, ainsi qu'à reprendre confiance en son image et en soi pour affronter l'après cancer. Ils ont deux buts ultimes pour chaque patiente :

- restaurer l'image corporelle
- « oublier » la maladie en s'offrant un moment de détente où le cancer n'est plus au premier plan

Une étude menée auprès de 108 patientes sur l'impact de la socio-esthétique sur l'image corporelle et la qualité de vie a prouvé que ces soins de support répondaient à la problématique fondamentale de se reconstruire et retrouver l'estime de soi.¹¹⁹

A. Définition

Arrivée en Angleterre en 1960 et pour la première fois en France dans un hôpital de Lyon en 1964, la socio-esthétique est une pratique de plus en plus exercée et reconnue. Depuis le Plan Cancer 2003, elle fait intégralement partie des soins de support en cancérologie.¹²⁰

La socio-esthétique¹²¹ est la pratique professionnelle des soins esthétiques aux personnes en souffrance par une atteinte de leur intégrité, qu'elle soit physique, psychique ou sociale. Elle s'exerce en milieu hospitalier, carcéral ou médico-social. Cette pratique représente un précieux soutien pour les patientes. Basée sur des soins du corps – *maquillage, coiffure, modelage* – elle répond à une demande personnalisée des malades en s'adaptant à leurs attentes et à leurs maux.

Les fondamentaux de cette discipline sont les suivants : **Conseil - Toucher - Ecoute.**

En effet, la socio-esthétique un outil indispensable dans la prise en charge globale des patientes qui vise à :

- un accompagnement corporel du mal par l'écoute et le toucher pour un mieux-être,
- la reconstruction de l'image de soi (*et donc finalement à l'estime de soi et à sa dignité*),
- la resocialisation des patientes.

Il s'agit d'une écoute attentive et empathique autour du rapport au corps, afin de restaurer l'image de soi bouleversée par la maladie et les traitements. ¹²²

B. Histoire de la socio-esthétique

Le métier de socio-esthéticienne repose sur une double compétence :

- une pratique professionnelle reconnue dans le domaine de l'esthétique ainsi que de la cosmétique
- des connaissances spécifiques acquises grâce à une formation complémentaire dirigée par le CODES.

Le CODES¹²³ (COurs D'ESThétique à option humanitaire et sociale) est une association qui a pour mission « *d'aider les souffrants à dépasser leur mal-être en les réconciliant avec leur corps et leur image grâce aux soins esthétiques* » depuis 1978. Cette association comporte deux axes principaux : former des professionnels au titre d'Etat de socio-esthéticien(ne), ainsi que promouvoir la socio-esthétique et ses apports pour les personnes fragilisées.

Sa création est due à Renée Rousière, une esthéticienne de formation, qui décida en 1978 de s'entourer de plusieurs médecins afin de donner naissance à l'association loi 1901 CODES.

Dès 1979, l'association est hébergée par le centre hospitalier régional universitaire (**CHRU**) de Tours et reçoit sa première session à la formation de socio-esthétique. Le CHRU ouvre ainsi ses portes aux stagiaires afin d'allier théorie et pratique, ces derniers pouvant bénéficier du savoir des médecins et autres professionnels hospitaliers. Cependant, il faudra attendre 1984 pour que la formation soit homologuée par l'Etat.

En 2001, le CODES propose un module social pour compléter la formation, dispensé dans les hôpitaux de Saint-Maurice.

Cette même année, l'association reçoit le soutien de L'Oréal Luxe, qui devient partenaire du CODES. Ce partenariat a notamment permis, en 2010, d'effectuer la première étude nationale sur l'apport de la socio-esthétique auprès des patients bénéficiaires. En effet, pour cette étude, l'Oréal Luxe apporta son soutien financier.

Depuis sa création, l'association loi 1901 CODES est soutenue par de nombreux partenaires¹²⁴ :

- CHRU – Hôpitaux de Tours
- L'Oréal Luxe
- Hôpitaux de Saint-Maurice
- Fondation L'Oréal
- La Ligue contre le Cancer
- La Roche-Posay
- Le Conseil Régional du Centre et le Fonds Social Européen
- La ville de Clichy
-

Tous ces partenaires sont certains du sérieux de l'association et de l'impact positif que procure la socio-esthétique auprès des personnes fragilisées.

Depuis 2012, l'institut Pasteur de Paris accueille annuellement le Congrès National de la Socio-esthétique, auquel participe des professionnels de santé, des professionnels du monde social ainsi que des socio-esthéticien(ne)s. Cette année, il se déroulera le 22 Novembre 2019.

C. Les objectifs

1. Les objectifs de l'accompagnement individuel

Les objectifs de cet accompagnement sont axés sur deux plans, à savoir sur le plan physique et sur le plan psychologique, détaillés dans le tableau suivant :

Tableau 4 - Les objectifs de l'accompagnement individuel ¹²⁵

Sur le plan physique	- améliorer l'aspect de la peau et des phanères - pallier aux effets secondaires et les faire accepter par la patiente - restaurer l'apparence et maintenir l'hygiène - apporter des conseils en terme de coiffure, maquillage, soins - centrer l'attention sur les points positifs du corps - améliorer les sensations de bien-être grâce au toucher - améliorer l'accompagnement et la qualité de vie - favoriser la détente et la relaxation - reconforter la patiente
Sur le plan psychologique	- mettre en place différents vecteurs de communication par une écoute non-médicalisée - 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 - aider à pallier à certains effets au niveau de la peau et des phanères - aider le patient à mieux intégrer sa nouvelle image corporelle puis, peut-être à se l'approprier progressivement

2. Les objectifs de la prise en charge collective

La prise en charge collective permet en premier lieu de faire sortir les patientes de l'isolement, de lutter contre le repli sur soi et de leur montrer qu'elles ne sont pas « les seules » dans ce cas. Mettre en place une activité de prévention et d'éducation sur l'image corporelle permet aux patientes de développer des compétences dans la prise en charge de leur bien-être et dans leur apparence. Cela leur permet d'accepter petit à petit les changements vécus comme violents.

Les rendez-vous collectifs sont conçus pour parler d'autre chose que la maladie elle-même, pour être ludiques. C'est le moyen pour les patientes de communiquer, d'accepter de faire connaissance pour favoriser un lien social ou pour le retrouver.

Les objectifs mis en place par la socio-esthéticienne animant le groupe permet de pallier aux craintes des patientes et au final leur permettre de :

- accepter de toucher ou d'être touchée
- accepter le regard et les critiques de l'autre sans se sentir jugée
- acquérir une assurance et une meilleure communication en groupe

Ces séances sont aussi importantes que l'accompagnement individuel. Si une patiente les refuse ou ne se sent pas prête, il ne faut surtout pas forcer les choses et lui laisser le temps de les accepter d'elle-même.

D. Les types de soins

Les soins socio-esthétiques prennent en compte la pathologie, les modifications corporelles, ainsi que l'altération psychique ressentie par les patientes. Différents soins et conseils sont proposés aux patientes afin de les aider à se sentir au mieux dans leur corps et dans leur tête.

Tout d'abord, on retrouve des soins et des conseils d'entretien dermatologique et d'hygiène, portés sur le visage, le corps ainsi que les phanères.

On peut ensuite avoir des soins et des conseils de correction ou de mise en valeur. Cette partie comprend par exemple le maquillage, des manucures, la pose de vernis, l'entretien de la pilosité.

Des conseils en image peuvent être prodigués sur les tenues vestimentaires, sur l'harmonie des couleurs, sur la morphologie. La socio-esthéticienne possède beaucoup de compétences, mais peut aussi conseiller à la patiente de faire appel à d'autres professionnels en ce qui concerne la coiffure, les perruques...

Pour finir, dans les soins et conseils liés au confort, à la relaxation, à la détente, on peut avoir recours à des massages, des modelages, l'utilisation de l'aromathérapie, de la musicothérapie.

E. Rôles de la socio-esthétique dans l'accompagnement du patient

La socio-esthétique est une discipline très riche sur laquelle la patiente va vraiment pouvoir s'appuyer tout au long de son épreuve. La socio-esthéticienne va ainsi tenir plusieurs rôles :

- rôle social : aider la patiente à reprendre confiance en elle est le point essentiel au métier. Cette confiance va se regagner petit à petit, c'est pourquoi cet aspect social va permettre de faciliter la relation avec autrui, de maintenir la communication, dans le but de préserver l'identité sociale.
- rôle psychologique : l'écoute non médicalisée de la socio-esthéticienne permet avec le temps de restaurer l'estime de soi, la confiance en soi, une bonne image, mais surtout le sentiment d'identité.
- rôle éducatif : cette partie du métier est « hors compétence ». Il s'agit de guider la patiente et de l'inciter à devenir actrice de son mieux être, à pratiquer l'auto-soins, ainsi qu'à consulter d'autres professionnels.
- rôle d'accompagnement : « écouter, encourager, guider ». Ces trois comportements vont permettre à la patiente de réapproprier le miroir et d'éviter l'isolement en reprenant confiance et en s'acceptant telle qu'elle est.

En 2018 a été publiée une enquête nationale¹²⁶ menée entre juin et août 2017 sur l'impact des soins de beauté et de bien-être, auprès de 1166 personnes.

Cette enquête a permis d'évaluer au travers d'un questionnaire l'offre des soins de socio-esthétique et la satisfaction des patientes. Selon les résultats, les bénéfices de ces soins de support se sont révélés multiples. Cette étude est très intéressante car elle permet d'explorer directement le point de vue des patientes face à ces soins de support. De plus, l'effectif de l'enquête est amplement supérieur aux précédentes études menées sur le sujet.

« Grâce aux soins de beauté et de bien-être que vous avez reçus... »

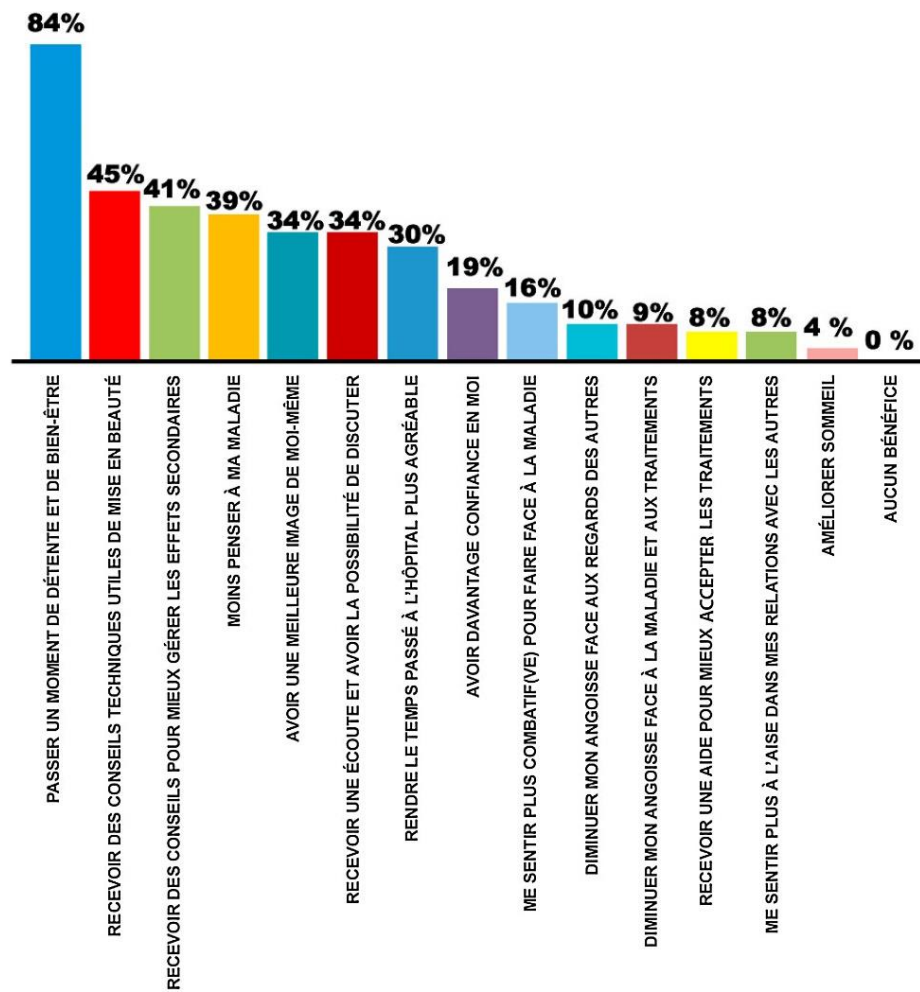


Figure 8 - Bénéfices ressentis des soins de beauté et de bien-être ¹²⁷

III. FORMES DU CORPS

A. Reconstruction mammaire

1. Généralités

a) Définition et indications

La reconstruction mammaire est une opération chirurgicale permettant de remodeler un sein abîmé par une ablation partielle ou totale suite à un cancer.¹²⁸

Elle est généralement pratiquée après une mastectomie, c'est-à-dire lors d'une chirurgie non conservatrice, sur un sein ou sur les deux. Dans le cas d'une tumorectomie où la tumeur est localisée et une partie du sein conservée, cette opération peut être réalisée pour restructurer le sein étant déformé, mais également pour régler une importante différence de volume.

Cette reconstruction des seins résulte d'un choix personnel et réfléchi, et en aucun cas elle est une obligation. Les patientes peuvent y avoir recours afin de se sentir plus à l'aise dans leur corps, ou bien pour éviter le port d'une prothèse.

b) Prise en charge

La reconstruction mammaire fait partie intégrante de la prise en charge du cancer du sein. Sur la base du tarif de l'Assurance maladie et le cadre de l'affection longue durée (**ALD**), elle est prise en charge à 100%. Cependant, de nombreux témoignages relèvent un reste à charge. Ce dernier dépend des dépassements d'honoraires facturés par le chirurgien, de l'établissement pratiquant l'opération, de l'éloignement du domicile, de la technique de reconstruction utilisée ainsi que de la prise en charge de la complémentaire santé de la patiente.

Selon les résultats d'une étude publiés par le rapport 2014 de l'Observatoire sociétal des cancers comprenant 236 femmes ayant eu une reconstruction mammaire dans les trois années précédentes, 1 femme sur 2 déclare un reste à charge moyen de 1391€. ¹²⁹

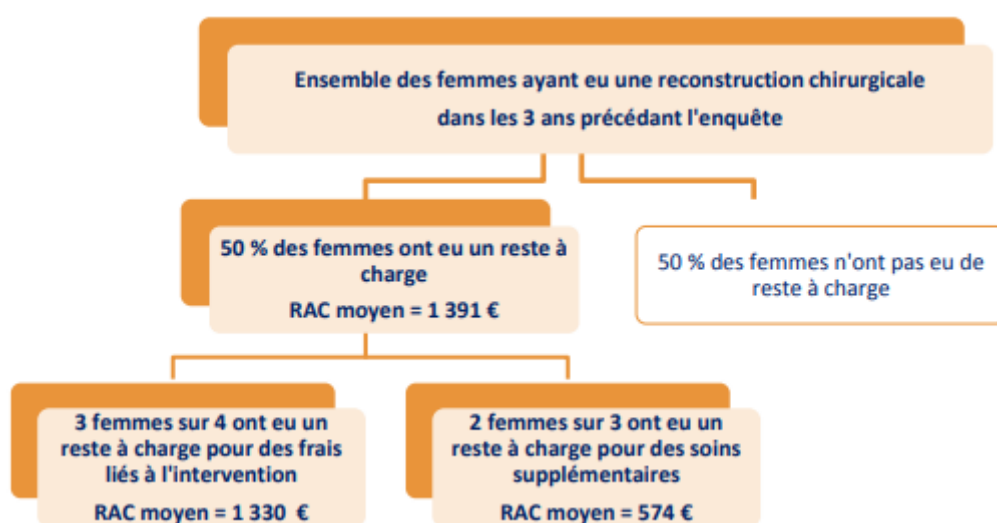


Figure 9 - Résultats de l'étude (Rapport 2014 de l'Observatoire sociétal des cancers ; Page 69)

Dans le cadre du Plan Cancer 2014-2019 et suite à ce rapport de 2014, des mesures agissant sur les restes à charge afin d'améliorer l'accès plus égal à la reconstruction mammaire pour toutes les femmes ont été prises.

Depuis Juin 2014, grâce à l'avenant 8 de la convention médicale, une contribution financière de 2 millions d'euros par an a permis un élargissement du remboursement par l'Assurance maladie. En d'autres termes, les tarifs de remboursement des actes de reconstruction mammaire ont été augmentés de 23% entre les années 2013 et 2015.

c) *Motivations et freins à l'opération*

Chaque année, sur les 20 000 femmes subissant une mastectomie, seulement un peu plus d'un tiers choisissent de se faire reconstruire.

Pour les femmes ne se faisant pas reconstruire le(s) sein(s), cela n'est pas forcément un choix.¹³⁰ Cela reste cependant 1 femme sur 4 qui dit non à la reconstruction. Pour 64% de ces femmes, ce sont les peurs et les angoisses qui prennent le dessus, puis on retrouve des raisons financières comme les restes à charge évoqués précédemment, ou bien des femmes qui ne le souhaitent tout simplement pas. Sur le diagramme ci-dessous apparaissent les différents motifs :

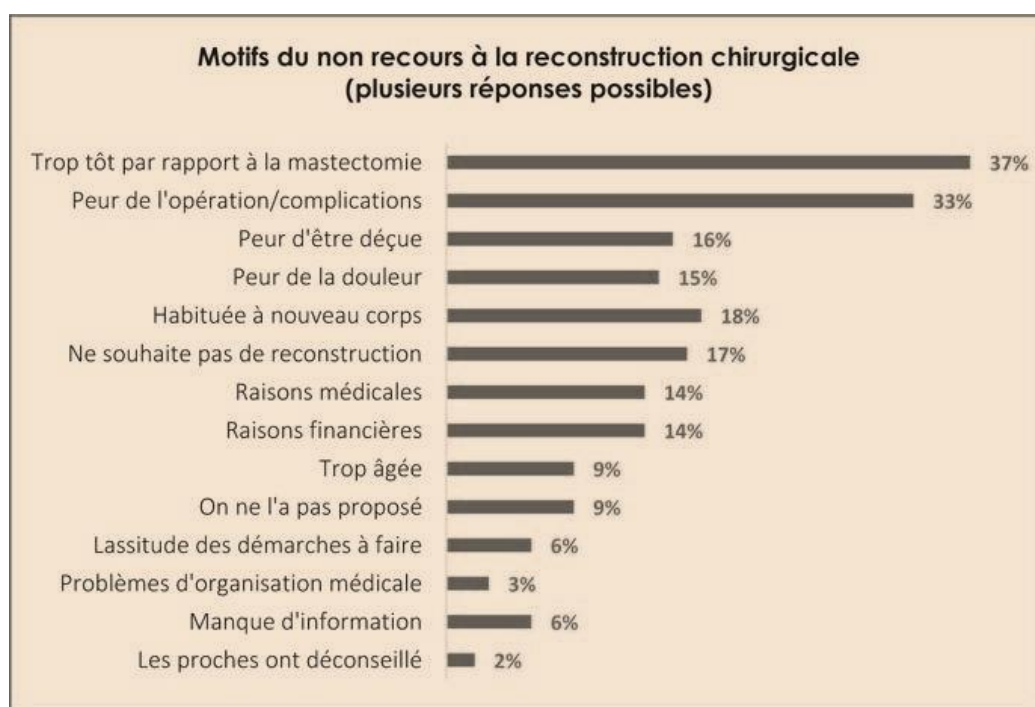


Figure 10 - Les motifs du non à la reconstruction mammaire ¹³¹

Le manque d'informations concernerait un quart des femmes, car les chirurgiens pratiquant la mastectomie ne maîtrisent pas forcément la reconstruction. Ajoutée à la peur d'une nouvelle intervention et au coût, un grand nombre de femmes renoncerait à ce bénéfice esthétique.¹³²

Dans le cas contraire où l'intervention est pratiquée, on retrouve en première place le désir d'oublier le cancer pour aller de l'avant. En effet, si une femme se lève chaque jour avec un sein en moins, elle se remémorera toujours ce qu'elle a traversé.

Le recours à la reconstruction peut également avoir lieu pour éviter de porter une prothèse. Pour des raisons plus féminines, le fait d'avoir un « nouveau vrai sein » permet aux patientes de se sentir plus à l'aise, plus désirables, de varier la garde-robe, de porter de la lingerie comme toutes les autres femmes.¹³³

2. Les différentes reconstructions

La reconstruction mammaire peut être immédiate ou différée.

Si elle se pratique en même temps que la chirurgie du cancer, on parle alors de double compétence car il s'agit d'une opération de chirurgie plastique et d'oncologie. Cela permet d'éviter une seconde opération et l'angoisse pour la patiente de se retrouver « sans sein » pour une durée indéterminée.

Lorsque la reconstruction est plus tardive, elle est qualifiée de différée. Cela peut être pour des raisons médicales, par exemple quand un traitement par radiothérapie est prescrit. Cette intervention secondaire permet aussi à la patiente de se laisser un temps pour accepter la perte du sein, pour réfléchir éventuellement à la meilleure méthode avec le chirurgien, de discuter avec le personnel soignant, de poser des questions. Cette option engendre cependant une seconde opération, ce qui est une épreuve supplémentaire dans le parcours de soin de la patiente.

Il existe plusieurs types de reconstruction. Le choix de la méthode est décidé pour chaque cas, suivant l'étendue de la chirurgie, l'état de santé de la patiente, selon sa morphologie également, mais surtout selon la disponibilité des tissus pour effectuer la reconstruction. On distingue :

- des reconstructions par prothèse (ou implant)
- des reconstructions autologues : utilisation des propres tissus de la patiente¹³⁴

a) *Reconstruction par prothèse interne*

L'utilisation d'une prothèse mammaire interne, aussi appelée implant mammaire, permet de reconstruire le volume du sein. Cette intervention ne peut se faire qu'en présence d'une bonne qualité de peau. C'est pour cela qu'elle n'est pas pratiquée dans le cas d'un traitement par radiothérapie, susceptible d'abimer les tissus.¹³⁵

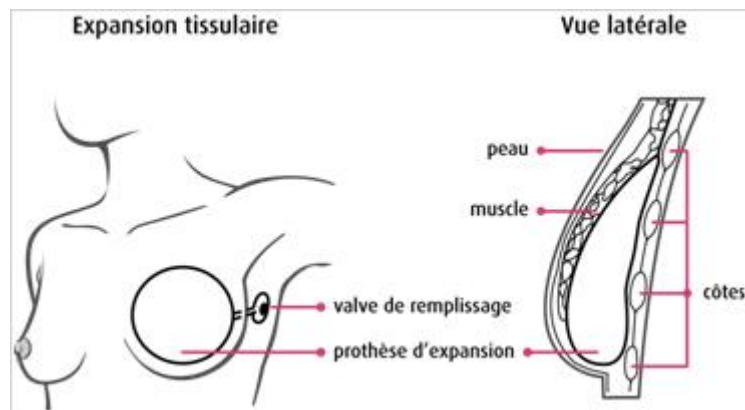


Figure 11 - Reconstruction par prothèse interne

La prothèse, pré-remplie de gel de silicone ou plus rarement de sérum physiologique, est placée en arrière de la peau et du muscle pectoral. Dans certains cas, il faut d'abord distendre le muscle progressivement avec une prothèse temporaire ; l'opération se fera donc en deux temps.

b) *Reconstruction autologue*

Aussi appelée reconstruction par lambeau, cette technique utilise les tissus venant d'une autre partie du corps de la patiente pour créer à nouveau du volume.¹³⁶

On ne va pas donner les détails de chaque opération, mais les différents muscles pouvant être utilisés sont :

- lambeau du muscle grand dorsal
- lambeau du muscle grand droit de l'abdomen
- lambeau de peau et de graisse prélevé au niveau de l'abdomen

D'un point de vue esthétique, les résultats sont très satisfaisants, les seins sont plus souples et la forme dessinée paraît plus naturelle. Cependant, l'opération est plus longue que dans le cas d'une pose d'implant. Elle nécessite souvent 12 à 18 mois pour obtenir un résultat acceptable tant au niveau physique qu'au niveau psychologique.

3. Les différentes étapes suivant la reconstruction mammaire

Pour résumer, la reconstruction mammaire peut être définie comme une opération chirurgicale visant à reconstruire le volume du sein. Parfois, deux opérations suivent : une première consistant à symétriser les deux seins, une seconde visant à reconstruire l'aréole et le mamelon. Elles ne sont pas systématiques et dépendent des envies et besoins de chaque patiente.¹³⁷

Après l'intervention de reconstruction, il existe souvent une différence entre le sein reconstruit et l'autre sein. Il est nécessaire de réaliser une nouvelle opération pour que l'aspect du nouveau sein se rapproche au mieux de l'autre, en ajustant la forme, le volume. Ceci correspond à une opération d'harmonisation des seins, plus courte que la précédente recréant le volume.

La reconstruction du mamelon se fait par lambeau local ou bien par greffe. Celle de l'aréole peut également se faire par greffe ou par dermopigmentation (tatouage de la peau).

B. Prothèses mammaires externes

1. Définition et motivations

Suite à la perte d'un sein ou à sa déformation, l'image corporelle et la perception de soi-même sont altérées. La prothèse mammaire externe, coussinet que l'on vient glisser à l'intérieur du soutien-gorge, permet de rétablir l'équilibre statique et la symétrie du corps. Elle permet à la patiente de retrouver confiance en soi et son image corporelle, en palliant à d'éventuels problèmes de posture et en créant de nouveau la forme naturelle du sein.¹³⁸

Le recours à la prothèse externe dépend de différents facteurs propres à chaque patiente, comme ses besoins, ses désirs mais surtout son mode de vie. Que ce soit une solution provisoire ou

définitive, cela reste un moyen esthétique mais également psychologique de retrouver une silhouette féminine. En effet, des femmes choisissent la prothèse mammaire externe le temps de réfléchir et d'opter secondairement pour une prothèse interne (reconstruction mammaire).

2. Les différents types de prothèses mammaires

a) *Les prothèses externes transitoires en textile non adhérentes*

Dès la sortie de l'hôpital, une prothèse légère en coton peut être portée, et permettra d'attendre les quelques semaines nécessaires pour la cicatrisation avant de faire des essayages. Elles sont souples, légères et très confortables.

Le fait qu'elles soient non adhérentes signifie qu'elles ne sont pas au contact direct de la peau, mais à placer dans un soutien-gorge muni d'une petite poche intérieure conçu à cet effet. Ce dernier est lui, non pris en charge par l'Assurance Maladie.



Figure 12 - Prothèse externe transitoire

b) *Les prothèses externes en silicone*

Ces prothèses sont conçues afin d'avoir la même apparence que le sein normal, ainsi que le même poids. Il existe deux sortes de prothèses en silicone :

- modèle standard : ce sont des prothèses dont l'utilisation est possible à partir du troisième mois suivant l'opération. Elles sont non adhérentes et se glissent dans le soutien-gorge.

- modèle technique : il s'agit de prothèses adhérentes qui se fixent directement sur la poitrine. Elles peuvent être portées à partir du quinzième mois suivant la mastectomie.



Figure 13 - Prothèse externe en silicone, modèle standard



Figure 14 - Prothèse externe en silicone, modèle technique

Ce type de prothèses mammaires externes permet de favoriser un bon maintien et donne une forme naturelle aux seins sous les vêtements.

3. Prescription, prise en charge, renouvellement

Suite aux dernières recommandations du Plan Cancer, les modalités de prescription et de prise en charge des prothèses mammaires externes ont été modifiées depuis le 1^{er} Mai 2016.¹³⁹

Les prothèses mammaires externes peuvent être prescrites par le chirurgien réalisant la mastectomie, un médecin en relation avec la patiente concernant sa pathologie ou bien son médecin traitant.¹⁴⁰

En fonction de la morphologie, du déroulé de l'opération et des symptômes, le prescripteur remplira un modèle de prescription spécifique pour orienter chaque patiente vers un type de prothèse. Le montant des remboursements pris en charge par l'Assurance Maladie dépend des différents modèles de prothèses détaillés dans la partie suivante.

Pour les prothèses mammaires externes transitoires en textile, la prix de vente maximum est fixé à 25€ par l'Assurance Maladie et correspond au montant du remboursement.

Pour les prothèses mammaires externes en silicone – modèle standard -, le montant du remboursement de l'Assurance Maladie qui correspond à son prix de vente est limité à 180€.

Pour les prothèses mammaires externes en silicone – modèle technique -, la prise en charge est de 240€ uniquement en cas de prescription spécifique par le médecin en présence de certains symptômes comme des œdèmes, problèmes de cicatrisation, douleurs. Cependant, une patiente peut choisir de porter un modèle technique si il lui convient mieux, mais dans ce cas, le remboursement sera fixé à 180€ comme pour le modèle standard avec 60€ de reste à charge.

Concernant le renouvellement de ces prothèses, il s'effectue au bout de 12 mois si la prescription a été faite entre le 2^{ème} et le 14^{ème} mois suivant l'opération. Ensuite, ce renouvellement se fait tous les 18 mois.

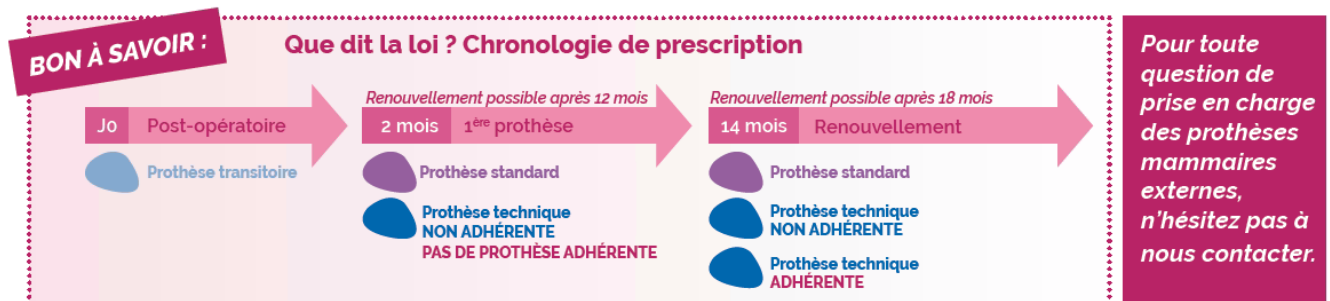


Figure 15 - Schéma récapitulatif des prescriptions et renouvellements ¹⁴¹

4. Conseils associés

a) Choix de la prothèse

A la sortie de l'hôpital est fournie une prothèse en tissu, celle en silicone ne s'utilise qu'une fois la cicatrisation terminée. Il est indispensable de se faire aider par un prothésiste compétent, dans un magasin spécialisé dont les coordonnées peuvent être données par l'hôpital. ¹⁴²

Les critères à prendre en compte dans le choix de la prothèse sont :

- la matière : le tissu recommandé en post-opératoire, le silicone afin d'assurer un visuel et des sensations proches de la réalité.
- le galbe : cela correspond à la courbe naturelle de la poitrine, symétrique ou asymétrique. Il existe trois catégories qui sont : galbe peu profond, galbe moyen, galbe profond.

- la forme conseillée :
 - une forme ronde pour les petites poitrines
 - une forme triangulaire pour les poitrines volumineuses
 - une forme de cœur pour un décolleté volumineux
 - une forme ovale pour une adaptation aux cicatrices marquées
- le type de prothèse : adhérente ou à glisser dans le soutien-gorge comme vu précédemment
- la taille : la prise de mesure est l'élément essentiel pour obtenir une prothèse la mieux adaptée possible

b) Entretien de la prothèse

Un lavage quotidien à la main à l'eau tiède claire et avec du savon sans parfum est recommandé. S'en suit un rinçage et un séchage délicat. Lorsque la prothèse n'est pas utilisée, elle doit être rangée dans son étui afin de conserver sa forme d'origine.

Dans le cas des prothèses modèle technique, en raison de l'adhérence, il est déconseillé d'utiliser des produits détergents et agressifs pour la peau. Cette dernière doit être nettoyée dès que la prothèse est enlevée, avec des produits non irritants.

La prothèse peut être gardée pour des bains de mer ou de piscine à condition d'être rincée à l'eau douce tout de suite après. En revanche, lorsque les baignades sont fréquentes, des prothèses adaptées à cette activité sont disponibles.¹⁴³

IV. MODE ET BEAUTE : UN CORPS NOUVEAU

A. Coiffure adaptée

Après l'arrêt du traitement anti-cancéreux, les cheveux repoussent en quelques semaines, voire en quelques mois dans de rares cas. Malgré un aspect différent en terme de texture ou de couleur lors de la première repousse, les cheveux finissent par retrouver leur nature d'origine.

Dans les premiers mois de repousse, des démangeaisons du cuir chevelu peuvent apparaître. Il est donc formellement déconseillé d'avoir recours à des traitements agressifs tels que des teintures, des permanentes, des défrisages...

Il est nécessaire pour la patiente d'accepter que cette repousse prenne du temps et d'opter pour une solution provisoire comme une perruque, une frange, l'utilisation d'un turban ou d'un foulard. Ces différents accessoires permettent de ne pas se retrouver « chauve », tout en permettant aux cheveux de repousser naturellement à leur rythme.

1. Les prothèses capillaires : les perruques

Lors de l'annonce d'une chimiothérapie, la perruque est l'accessoire auquel les patientes pensent en premier. Cela lui entraîne une connotation négative, d'autant plus lorsqu'il s'agit des perruques en cheveux synthétiques. Ces prothèses capillaires sont souvent mal connues et pourtant, elles ont beaucoup évolué ces dernières années. Il existe aujourd'hui une très large gamme de produits, en cheveux synthétiques ou naturels, des perruques longues ou courtes, de la plus classique à la plus originale.¹⁴⁴

a) Choix de la perruque

Lors du choix de sa perruque, deux options apparaissent :

- opter pour un modèle très proche de sa coiffure naturelle afin de dissimuler la maladie et préserver une certaine stabilité face à ce bouleversement,
- choisir de changer totalement d'apparence et opter pour une toute nouvelle tête.

Ce choix est évidemment personnel, mais relève également de l'importance que l'on accorde aux réactions de l'entourage. En effet, certaines patientes voudront masquer leur maladie et montrer aux proches que « tout va bien ».

L'achat de la perruque peut se faire avant la perte des cheveux, ou bien cette décision peut être prise lorsque les cheveux commencent à tomber. Certaines perruques peuvent s'avérer très onéreuses, ce qui amènent parfois les patientes à se décider après la chute des cheveux, car si il n'y a pas d'alopécie, l'achat aura été inutile.

b) Coût et prise en charge

Concernant le prix des perruques, il est déterminé en fonction de la nature des cheveux utilisés. En effet, les cheveux naturels sont plus chers que les cheveux synthétiques.

Ces prothèses capillaires peuvent être médicalement prescrites avec un remboursement par l'Assurance Maladie. Depuis le 2 avril 2019, un barème de prise en charge a été établi :

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

Figure 16 - Barème de prise en charge des prothèses capillaires ¹⁴⁵

c) *Conseils associés à l'achat*

L'achat de la perruque peut se faire chez le coiffeur, mais le recours à un magasin spécialisé est conseillé. Lors de la première visite, l'accompagnement par une personne proche est recommandé, afin tout d'abord de ne pas être seule, mais également pour l'objectivité et les conseils que cette personne de confiance peut apporter. La patiente doit se sentir bien accompagnée pour que la prestation s'avère efficace et utile.

Il est important avant l'achat de la prothèse capillaire de s'informer sur les différentes gammes de prix et sur les modalités de remboursement.

Le point fondamental à cet achat est que la patiente prenne son temps et surtout ne se précipite pas pour « expédier » la chose au plus vite. Il faut s'observer, essayer différents modèles, réfléchir à l'usage quotidien, et surtout accepter cette étape.

d) *Entretien*

Tableau 5 - Conseils d'entretien des prothèses capillaires

	<u>Perruque synthétique</u>	<u>Perruque en cheveux naturels</u>
Lavage	Recommandé 1 à 2 fois par mois avec un shampooining spécial et un après-shampooining.	Recommandé de la déposer chez le vendeur pour un nettoyage complet et la remise en forme
	Dans tous les cas, un lavage du crâne avec un shampooining doux doit également se faire. En complément, un soin afin de calmer les démangeaisons peut être appliqué en supplément.	
A éviter	- les bains de mer ou de piscine - le port de la perruque la nuit - l'utilisation de laque - l'utilisation de sèche-cheveux, de fer à lisser, de fer à friser - la proximité des sources de chaleur	

2. Les franges et les turbans/foulards

Les franges sont une alternative à la perruque. Elles sont à glisser sous un turban ou un bonnet et permettent d'apporter un effet naturel à la coiffure. Elles sont idéales en cas de température chaude où le port de la perruque est difficile à supporter, ou en cas de démangeaisons intenses.

Elles peuvent aussi faire l'objet d'une prise en charge auprès de l'Assurance Maladie.

En ce qui concerne les foulards ou les turbans, ce sont des accessoires à nouer, de différentes matières, coloris, apportant une touche de gaieté à l'alopecie vécue par la patiente. ¹⁴⁶

B. Lingerie

Après une mastectomie, une lingerie adaptée¹⁴⁷ au port d'une prothèse mammaire est essentielle pour se sentir belle dans son corps. Plusieurs changements sont possibles comme une variation de bonnet, des cicatrices douloureuses ou une sensibilité des seins. Il est donc nécessaire d'adapter le choix du soutien-gorge pour prendre soin de la nouvelle poitrine. ¹⁴⁸

Pendant quelques semaines, il est capital de porter un soutien-gorge post-opératoire. En effet, la fragilité de la peau et la sensibilité des cicatrices nécessitent un choix particulier de lingerie afin de permettre une cicatrisation parfaite. Ce soutien-gorge post-opératoire est un dispositif médical qui permet :

- le maintien et la compression de la poitrine : durant les semaines qui suivent l'opération, il est capital que la poitrine ne bouge pas pour éviter la douleur et favoriser la cicatrisation.
- le confort et l'aisance dans la vie quotidienne : cette lingerie post-opératoire possède un effet seconde peau et une douceur permettant d'éviter les démangeaisons, ainsi que des bretelles plus larges pour limiter la pression sur le dos et les épaules.

Progressivement et une fois la cicatrisation terminée, la patiente peut repasser à une variété plus large de matières et de soutien-gorge, avec l'accord du médecin.

Le passage d'une lingerie post-opératoire à une lingerie classique peut parfois être perturbante. La taille peut varier par rapport à celle d'avant, la forme portée jusqu'à présent peut ne plus correspondre à la nouvelle poitrine. Il faut donc attendre que les seins aient retrouvé leur forme définitive avant de se lancer dans les rachats de lingerie fine et sexy.

C. Tatouage

Suite à une mastectomie et une reconstruction mammaire, une dernière étape complémentaire peut être choisie par les patientes. Il s'agit de la dermopigmentation réparatrice, soumise à des conditions d'hygiène très rigoureuses.

Cette technique de tatouage médical utilise le même principe que le tatouage semi-permanent esthétique. Des pigments de différentes couleurs sont déposés dans le derme, environ 2 millimètres sous la peau. Cette palette de particules colorées permet ainsi de masquer des cicatrices, mais également de redessiner l'aréole mamelonnaire. Ceci revient à réaliser un véritable « trompe l'œil ». ¹⁴⁹

Cependant, pour entamer la reconstruction de l'aréole, il est conseillé d'attendre la cicatrisation complète du sein après la chirurgie, soit au moins 6 mois minimum. Il faut également avoir en sa possession un certificat médical de non contre-indication.

Cette technique n'étant pas réglementée, il est préférable de choisir un professionnel reconnu. Cela peut être un médecin, un infirmier formé, des esthéticiennes ou même des tatoueurs. Dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD), cette technique peut être prise en charge par l'Assurance Maladie. ¹⁵⁰

Pour les patientes n'ayant pas recours à la chirurgie réparatrice, nombre d'entre elles choisissent le tatouage artistique afin de se réapproprier leur corps. Qu'il s'agisse d'un dessin arboré, fleuri, ou autre, le tatouage post-mastectomie fait partie intégrante de la reconstruction de beaucoup de patientes qui trouvent en cette technique de quoi retrouver leur féminité.

Dans la ville de Bordeaux, l'association *Sœurs d'encre*, sous la surveillance de médecins, offre la possibilité pour ces patientes de se faire tatouer. ¹⁵¹

Chaque année, durant Octobre Rose le mois de sensibilisation au dépistage du cancer du sein, l'association organise la « Semaine Rose Tattoo » consacrée au tatouage post maladie. Les

tatoueuses s'engagent bénévolement et sont formées sur l'aspect cicatriciel. Parmi les présentes, on peut retrouver une chirurgienne spécialisée dans la chirurgie du sein et une tatoueuse expérimentée dans les brûlures et cicatrices. Cette semaine est consacrée aux femmes ayant eu un cancer du sein et étant à plus de 2 ans de cicatrisation, possédant un certificat médical. ¹⁵²

L'association a pour projet de récolter des fonds afin de créer une extension de la pratique dans toute la France.



Figure 17 - Exemples de tatouages réalisés durant la semaine Rose Tattoo ¹⁵³

QUATRIEME PARTIE – LE ROLE DU PHARMACIEN D’OFFICINE FACE AUX PATIENTES ATTEINTES D’UN CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est à la fois le plus fréquent des cancers chez la femme et le plus mortel. Sa guérison dépend de plusieurs facteurs : l’âge de la patiente, le type de la tumeur, sa taille, le stade de la maladie. D’une manière générale, l’essentiel à retenir pour nous, pharmaciens, est que plus les cancers du sein sont détectés tôt, plus les chances de guérison sont importantes.

En tant que professionnels de santé, il est de notre devoir d’encourager les patients à partir d’un certain âge afin qu’ils participent aux dépistages organisés. Le rôle du pharmacien dans cette approche sera détaillé dans un premier volet.

Dans une seconde partie, on traitera de la prise en charge des effets indésirables, provoqués par la maladie elle-même ou par les traitements. De la douleur à la gestion des bouffées de chaleur, de la mise en beauté à la préparation pour une séance de radiothérapie, tous les conseils pouvant être donnés par le pharmacien seront listés, afin d’améliorer le dialogue avec la patiente. Un petit volet sur la gestion des complications (*cicatrices, prothèses*) pouvant survenir à l’officine sera abordé de façon à pouvoir adopter la meilleure attitude professionnelle possible.

Pour finir, on résumera dans un dernier chapitre tous les conseils supplémentaires pouvant être donnés afin de gérer au mieux la maladie, mais aussi pour améliorer le quotidien et la qualité de vie de chaque patiente.

I. RÔLE DANS LA PROMOTION DE LA PREVENTION ET DU DEPISTAGE

Seuls les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal bénéficient de campagnes organisées. Il permet de manière présomptive d’identifier les sujets atteints de la maladie au stade infraclinique à l’aide de tests standardisés.

L’article L.5125-1-1 A de la partie législative du Code de la Santé Publique définit les différentes missions du pharmacien d’officine. En tête de liste, il est mentionné que les pharmaciens « *contribuent aux soins de premier recours définis à l’article L.1411-11* ». ¹⁵⁴

On retrouve notamment dans ces soins de premier recours¹⁵⁵ :

- la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des patients,
- l'éducation pour la santé,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.

L'éducation pour la santé est une obligation déontologique pour le pharmacien et dans ce cadre, les rôles du pharmacien sont multiples. L'un de ces rôles est *Sensibiliser et informer le public, promouvoir la prévention et le dépistage*.

A. Connaître les modalités

Le dépistage du cancer du sein a pour objectif de détecter une tumeur, avant même qu'elle ne soit palpable ou que des symptômes apparaissent. Il permet de diagnostiquer un cancer à un stade précoce, plus facile à soigner avec une prise en charge moins lourde.

En tant que professionnels de santé, il est essentiel de connaître les principales recommandations et conduites à tenir concernant le dépistage afin de rassurer les patientes qui nécessitent un encouragement ou simplement d'avoir des réponses à leurs questions.

Un document destiné aux professionnels de santé a été mis en ligne en Novembre 2018 sur le site e-cancer.¹⁵⁶

En ce qui concerne le cancer du sein, il faut que le pharmacien prenne connaissance des conditions du dépistage notamment la population cible, ainsi que des limites de prise en charge de ce dépistage.

Le cancer du sein reste un problème majeur de santé publique en France avec l'une des incidences les plus élevées au monde. Cette maladie est associée à des séquelles à long terme et les traitements sont très lourds, même à un stade précoce. Malgré des modalités qui doivent être révisées, le dépistage reste donc une nécessité, avec l'objectif d'un diagnostic à un stade moins avancé et une diminution du risque de décès.¹⁵⁷

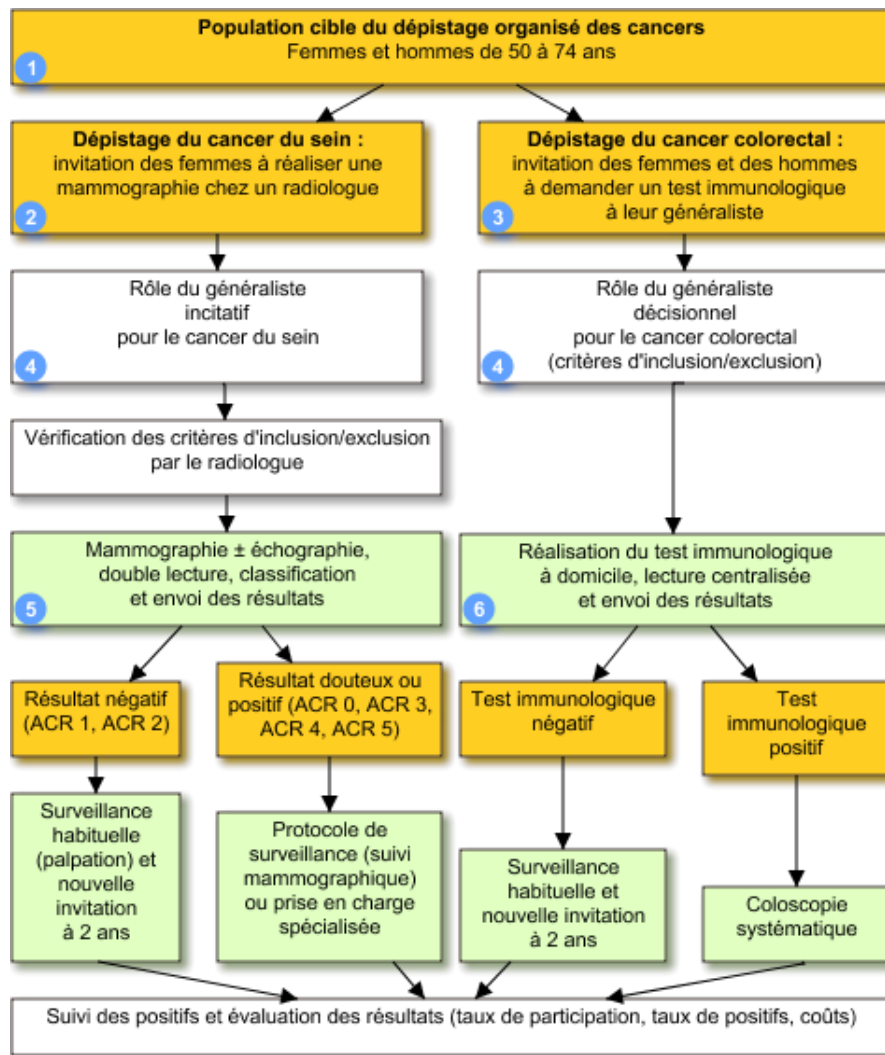


Figure 18 - Arbre décisionnel de la prise en charge du dépistage des cancers ¹⁵⁸

En regardant la partie gauche de l'arbre décisionnel, on peut s'apercevoir que notre rôle en tant que pharmacien d'officine correspond au numéro 2. Il faut savoir que toute femme dans la tranche d'âge cible (50-74 ans) peut bénéficier, gratuitement et tous les deux ans, d'une mammographie de dépistage. Cet examen sera réalisé chez un radiologue qui fera également la lecture de la radiographie et les résultats seront ensuite communiqués au médecin généraliste.

Le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie est un acte de santé publique généralisé à l'ensemble du territoire français depuis 2005. ¹⁵⁹

1. Population cible

On peut distinguer trois catégories de patientes :

- patiente à risque moyen : il faut recommander un dépistage tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé vu précédemment. Si la patiente n'a pas reçu son invitation au dépistage, il faut lui proposer de contacter le centre régional de coordination des dépistages des cancers.
- patiente à risque élevé : selon les antécédents, les examens et le suivi seront adaptés.
- patiente à risque très élevé : une consultation d'oncogénétique doit être réalisée ainsi qu'un suivi adapté.

Ces trois catégories sont importantes à connaître pour le pharmacien d'officine afin de pouvoir orienter au mieux la patiente qui aurait une question sur les modalités du dépistage.

Il faut également savoir qu'une femme présentant une pathologie mammaire suspecte, déjà suivie pour un cancer du sein ou ayant des antécédents familiaux doit être exclue du dépistage organisé. En effet, ces patientes doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique et doivent être orientées par le pharmacien vers un médecin ou spécialiste.

2. Limites du dépistage

Il existe des controverses à l'égard du dépistage organisé. En France, on note une grande contribution de ce dernier à l'amélioration de la prise en charge du cancer du sein.

Cependant depuis quelques années, la presse médicale met l'accent sur les limites du dépistage, notamment pour attirer l'attention sur le risque de surdiagnostic et, par extension, de surtraitement. Le surdiagnostic est défini comme « une maladie qui n'aurait pas été révélée du vivant de la personne ou n'aurait pas entraîné le décès de celle-ci ». Il a pour conséquences de transformer des femmes bien portantes en malades.¹⁶⁰

Dans les arguments évoqués, on retrouve notamment l'augmentation continue de l'incidence du cancer du sein, l'absence de diminution de l'incidence, et également la persistance de

découverte de cancers à un stade avancé (stade II et plus). Le surtraitement est une autre des conséquences négatives du dépistage organisé, entraînant des effets adverses, fausses alertes et angoisses inutiles.

Parmi les controverses, on retrouve également le fait que le taux de participation reste aux alentours de 50%, ce résultat étant variable selon les régions. Le dépistage ne peut pas repérer les cancers d'évolution rapide, qui pourtant sont les plus graves.¹⁶¹

Malgré toutes ces discussions, le dépistage de masse par mammographie reste de loin recommandé par les autorités de santé et la grande majorité des spécialistes.¹⁶²

B. Comprendre les raisons de la peur du dépistage

Selon le Ministère de la santé, une femme sur trois ne participerait pas au dépistage par pudeur, par crainte que ce soit douloureux, même si la douleur est brève, mais surtout par peur.¹⁶³

Europa Donna France, association reconnue des Pouvoirs Publics contre le cancer du sein, a pu établir d'après une enquête de 2017 que plus de 60% des femmes ne se feraient pas dépister. Dans les raisons expliquées, la moitié d'entre elles ne se sentent pas encouragées par le médecin à le faire, l'autre moitié pense n'avoir que peu de risques et ne se sent pas concernée.¹⁶⁴

Dans le département des Yvelines, une enquête à l'échelle départementale a été menée dans le but de comprendre les causes de non-participation au dépistage organisé, ainsi que les différentes réticences des femmes. Cette étude a été réalisée au travers d'un questionnaire anonyme. Sur les 29.992 questionnaires envoyés, seules 3.026 réponses ont été obtenues. Parmi elles, 86% des femmes assurent avoir un suivi régulier et une mammographie tous les deux ans, les 14% restants admettent avoir un suivi occasionnel voire inexistant.¹⁶⁵

Sur ces questionnaires ont pu être notés les freins au dépistage, dans lesquels on retrouve :

- le manque de temps,
- un mauvais souvenir d'une expérience passée, la peur de la douleur,
- penser ne pas avoir de risques du fait d'une bonne hygiène de vie ou le manque d'antécédents familiaux,
- la peur d'un résultat positif,
- l'absence de centre de dépistage à proximité.

Toutes ces raisons peuvent se comprendre, c'est pourquoi un comportement rassurant doit être employé à l'égard des patientes. Il faut surtout être attentif aux patientes qui disent ne pas avoir le temps... Prendre une matinée pour dépister une maladie afin de limiter les risques d'une découverte tardive peut permettre d'éviter de grandes souffrances. De même pour le fait ne pas se sentir concernées, le risque devient encore plus important.

Le pharmacien d'officine a tout son rôle à tenir dans ces situations, afin d'expliquer le déroulé et le but d'un dépistage, d'encourager la patiente à le faire, ainsi que de rassurer sur les éventuels résultats positifs.

C. Octobre rose

1. Définition

La campagne Octobre Rose est un rendez-vous annuel de mobilisation. Cette campagne de communication reconnaissable par son ruban rose est destinée à **Inform**er – **Dialog**uer – **Se mobiliser**, dans le but de sensibiliser au dépistage du cancer du sein, mais également de réunir des fonds qui serviront pour la recherche. Chaque année, Octobre rose est le mois consacré à la lutte contre le cancer du sein. Il se déroule du 1^{er} au 31 Octobre, où professionnels de santé, associations, bénévoles, patients et ONG se rassemblent afin d'intensifier l'information au maximum sur le dépistage.

Durant ce mois, c'est l'occasion de mettre en avant et en lumière toutes celles et ceux qui combattent la maladie.

2. Historique

Originnaire des Etats-Unis où elle a eu lieu pour la première fois en 1985, la campagne Octobre Rose a été lancée par l'American Cancer Society et l'entreprise Imperial Chemical Industries.¹⁶⁶

C'est en 1994 que la première campagne française a eu lieu, sous l'initiative du groupe Estée Lauder France et du magazine Marie Claire, qui se sont engagés ensemble en créant l'association « *Le Cancer du Sein, Parlons-en !* ».

Dans les membres fondateurs, la marque Estée Lauder France, appartenant au groupe américain Estée Lauder Companies, est particulièrement impliquée dans la campagne du fait de son expertise dans le domaine du soin, du parfum et du maquillage. Quant à lui, le magazine Marie Claire est lu par près de trois millions de femmes en France. Du fait de sa notoriété, il est présent dans 34 pays et est devenu un leader de la presse féminine. C'est le magazine qui réalise chaque année le visuel de la campagne officielle.¹⁶⁷

Depuis sa création, l'association informe toutes les femmes du rôle et de l'importance d'un dépistage précoce. En 2003, l'Association a mis en place les Prix Ruban Rose qui permettent de soutenir financièrement la recherche et les innovations.¹⁶⁸ Ces prix sont financés par les membres fondateurs, par des partenaires et supporters qui chaque année rejoignent la campagne. Des dons particuliers sont également effectués et permettent de récolter des fonds supplémentaires. On retrouve dans les soutiens financiers des marques de cosmétiques, de vêtements, de chaussures, des marques alimentaires ainsi que des organismes de voyage ou encore des mutuelles.¹⁶⁹

Pour finir, chaque 1^{er} Octobre depuis 2014, la tour Eiffel s'illumine en rose à la nuit tombée. Beaucoup d'initiatives sont mises en place, on en verra quelques exemples dans la partie 4.

3. Le ruban rose : symbole de la lutte contre le cancer du sein

Dans l'histoire, le premier ruban était un ruban jaune. En 1979, une américaine Penney Laingen accrocha dans son jardin des rubans aux arbres, afin de signaler le désir de revoir son mari, retenu en otage en Iran, de retour à la maison.

Alors qu'au début des années 90 le ruban jaune fut détourné par un ruban rouge, couleur de la passion, symbolisant la lutte contre le virus du Sida, la rédactrice en chef du magazine Self, Alexandra Penney, imagina en 1992 un ruban rose pour la lutte contre le cancer du sein.



En 20 ans, plus de 100 millions de rubans roses ont été distribués gratuitement.¹⁷¹

4. Le mois d'octobre : les initiatives

Cette année, sous le slogan « *Tous unis par la même couleur* », la campagne a débuté par un grand concert caritatif. La remise des Prix Ruban Rose s'est déroulé à l'Auditorium de la Cité de l'Architecture et a permis de reverser 730 000 euros pour le financement de la recherche.¹⁷²

D. En tant que pharmacien d'officine : répondre aux questions essentielles des patientes

96

pharmacien d'officine se doit de pouvoir répondre aux questions les plus fréquentes, dans un langage simple et accessible par toutes.

1) Pourquoi se faire dépister ?

Lorsque que l'on nous détecte un cancer du sein de façon précoce, les chances de guérison sont augmentées. Comme abordé précédemment, il faut bien faire comprendre à la patiente qui poserait la question que le but de ce dépistage organisé est de pouvoir intervenir avant l'apparition des symptômes. Plus le cancer est détecté tôt, plus les traitements peuvent être adaptés. Les traitements lourds et mutilants ont plus de chance de pouvoir être évités.

2) Pourquoi tous les 2 ans ?

Comme toute radiographie, la mammographie est un examen exposant à des rayons X. Le rythme fixé à 2 ans permet de limiter la surexposition des femmes à ces rayons. Selon l'INCa, une exposition répétée à des rayons X peut entraîner la survenue d'un cancer. C'est ce que l'on appelle des cancers radio-induits.

De plus, les doses de rayons nécessaires pour une mammographie sont plus faibles passé 50ans, du fait de la diminution de densité des seins.

Pour ces deux raisons, la mammographie ne doit être faite que si elle s'avère utile, dans des cas bien particuliers.¹⁷³

3) La mammographie, qu'est-ce que c'est ?

Les patientes doivent savoir que la mammographie est l'examen clé du dépistage. Elle permet de détecter plus de 90% des cancers du sein.

Il s'agit tout simplement d'une radiographie des seins, réalisée par un appareil spécifique appelé mammographe, réalisée chez un radiologue. Pendant quelques secondes, les seins sont comprimés entre deux plaques. Cette pression permet de réaliser deux clichés, qui seront lus et commentés par le médecin. Cette radiographie est complétée par un examen clinique qui consiste en une palpation des seins.

Dans certains cas pour une meilleure visibilité et lecture des images, une échographie peut être réalisée.

4) Et si quelque chose est découvert à l'examen ?

Lorsqu'une anomalie est détectée à la mammographie, des examens complémentaires peuvent être prescrits par le radiologue. Il peut s'agir d'une échographie, d'une biopsie ou bien d'un IRM.

C'est l'association de tous ces examens qui permettront de poser le diagnostic de cancer du sein. Dans cette situation, il faut consulter un médecin et une équipe spécialisée en cancérologie.

5) Pourquoi de 50 à 74 ans ?

De 50 à 74 ans, les femmes sont dans la période où elles ont le plus de risques de développer un cancer du sein. Il s'agit également de la tranche d'âge où le dépistage est le plus efficace.

6) Comment se faire dépister ?

A partir de 50 ans, le risque de développer un cancer du sein augmente considérablement. C'est pourquoi une lettre d'invitation pour effectuer une mammographie sera automatiquement envoyée au domicile de la patiente. Une liste des radiologues agréés est jointe au courrier, il suffit donc de prendre rendez-vous pour effectuer l'examen.

En ce qui concerne le déroulé du jour même, la première étape est de remplir une fiche de renseignements fournie par le secrétariat. Cette fiche permet au radiologue de connaître les antécédents de la patiente ainsi que son médecin traitant. Ensuite, la mammographie est pratiquée par un manipulateur en radiologie et l'examen clinique par le radiologue lui-même.

Les premiers résultats sont donnés par le radiologue juste après l'examen. Lorsque ni la mammographie, ni l'examen clinique ne montrent une anomalie, un deuxième avis est demandé sous un délai de deux semaines.

Ci-dessous, un schéma récapitulatif du dépistage organisé du cancer du sein faisant apparaître la population cible, le courrier d'invitation, les examens ainsi que les différents résultats et adaptations possibles pour chaque cas de patientes.

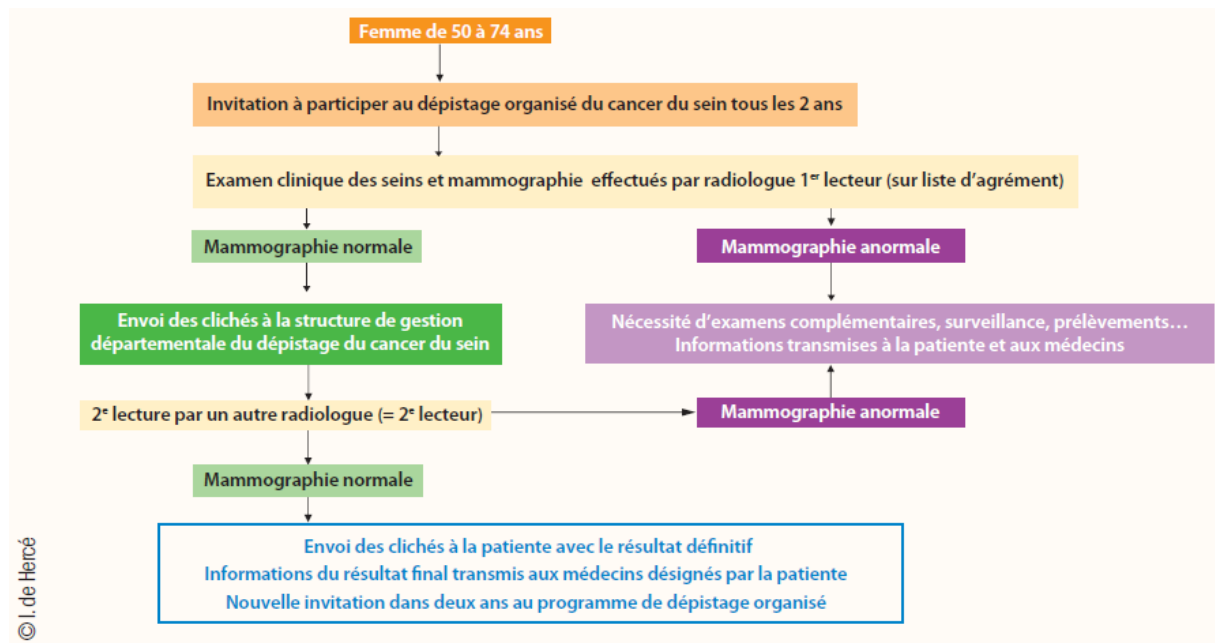


Figure 20 - Le dépistage organisé du cancer du sein ¹⁷⁴

II. RÔLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES EFFETS INDESIRABLES ET CONSEILS ASSOCIES

Du fait de la sortie de la réserve hospitalière de nombreux anti-cancéreux et du développement des traitements oraux, le pharmacien d'officine est devenu un acteur intégrant dans la prise en charge de ces patients.

Cependant, son rôle ne se limite pas au traitement médical mais aussi aux soins de support et aux conseils concernant les conséquences du cancer et des traitements telles que les douleurs, les troubles hormonaux, les troubles corporels. Ces soins de support sont capitaux pour améliorer la qualité de vie des patients.

Le pharmacien joue un rôle fondamental dans la délivrance des médicaments supports et doit également soutenir psychologiquement la patiente, ainsi que son entourage.

Dans le tableau ci-dessous sont répertoriés les effets indésirables corporels visibles et portant atteintes à la féminité sur lesquels le pharmacien peut aider, améliorer, conseiller en fonction du type de traitement de la patiente :

Tableau 6 - Les effets secondaires selon le type de prise en charge

	Cheveux	Peau	Mains/Pieds	Ongles
La radiothérapie		Rougeurs et brûlures localisées		
Les chimiothérapies	Alopécie, modification de la texture et/ou de la couleur	Rougeurs, sécheresse, démangeaisons, hyperpigmentation, éruptions, allergies	Syndrome mains-pieds	Fissures, fragilisation, coloration, sensibilité aux UV
Les thérapies ciblées	Alopécie, modification de la texture et/ou de la couleur	Rougeurs, sécheresse, démangeaisons, hyperpigmentation, éruptions, allergies	Syndrome mains-pieds	Fissures, fragilisation, coloration, sensibilité aux UV
L'hormonothérapie	Perte, modification de la texture et/ou de la couleur	Eruption cutanée		
La tumorectomie		Cicatrice(s)		

Dans les parties suivantes, une fiche conseil sera établie en fonction du traitement de la patiente, afin de l'aider à comprendre les différents effets mais aussi pour les prévenir et les prendre en charge au mieux. Ces fiches sont à destination des patientes, mais également de l'équipe officinale si un rappel est nécessaire.

Les fiches sont construites sur un schéma simple : une introduction, un encadré définition, des conseils de prévention et de prise en charge, des conseils beauté pour ne pas perdre sa féminité ainsi qu'une liste de geste à éviter pour ne pas aggraver les symptômes.

A. Conseils lors d'une radiothérapie

Si la radiothérapie empêche la multiplication des cellules cancéreuses en entraînant leur destruction grâce aux rayonnements, elle peut provoquer des effets secondaires. En effet, les rayonnements utilisés ne détruisent pas la peau ni les tissus environnants, mais ils peuvent cependant les irriter. Il peut alors y avoir une rougeur de la peau, un érythème apparaissant 24h à 48h après la séance. Il s'agit d'une brûlure au 1^{er} degré qui a l'aspect d'un coup de soleil.

Au second degré, apparaît ce que l'on appelle épidermite, ou radio-épidermite.¹⁷⁵

Il en existe deux types :¹⁷⁶

- épidermites sèches : elles apparaissent généralement deux semaines après la radiothérapie. On observe un aspect rouge aux bords nets, régressant rapidement à l'arrêt des séances. Le traitement repose sur l'application deux à trois fois par jours de Trolamine (BIAFINE®) ou DEXERYL® en couche épaisse dès la première séance.
- épidermites exsudatives : dans ce cas, l'arrêt de la radiothérapie s'impose. L'érythème peut évoluer et prendre un aspect d'érosion suintante et douloureuse. La cicatrisation est lente et laisse souvent des troubles cutanés définitifs de la pigmentation.¹⁷⁷

Un nettoyage de la plaie au sérum physiologique est obligatoire quotidiennement, avec ensuite la pose d'un pansement de type tulle gras. Si il y a une surinfection cutanée, l'application d'Acide fusidique (FUCIDINE®) peut être recommandé en tant qu'antibiotique local.

1. Conseils pour se préparer avant la séance de radiothérapie

D'une manière générale, avant la séance, il faut veiller à n'appliquer aucun produit sur la zone à traiter, que ce soit une crème, une lotion, du déodorant etc. Pour recevoir au mieux le traitement, la peau doit être propre et sèche.

En revanche, les jours sans radiothérapie, il faut bien hydrater la peau, notamment la zone cible.

2. Conseils pour apaiser après une séance de radiothérapie

Une exposition aux rayons plus irradiants que ceux du soleil peut entraîner une rougeur de la peau, une sensibilité, ou même des sécheresses. Il s'agit là des principaux effets secondaires à la radiothérapie.

Il existe des bons gestes simples, faciles à adopter au quotidien afin d'apaiser ces irritations :

Tableau 7 - Les gestes à connaître lors d'une radiothérapie

Gestes à éviter	Gestes à adopter
- éviter de se raser pendant quelques temps - arrêter le déodorant, le parfum et les lotions alcoolisées (<i>très agressives pour la peau</i>) - éviter la piscine chlorée - limiter l'exposition au soleil pendant au moins 3 mois après la fin du traitement par radiothérapie	- porter des vêtements doux, en coton, amples - sécher sa peau en tapotant en douceur avec une serviette, sans frotter ni gratter - se laver avec un savon doux, surgras (<i>une huile de douche par exemple ou syndet</i>) - se doucher à l'eau tiède (<i>l'eau très chaude est à proscrire</i>), douches rapides - hydrater la peau à distance des séances

Il faut que le pharmacien rappelle une règle essentielle : il faut proscrire l'utilisation de tout traitement sans avis médical ! En effet, certains médicaments peuvent être photosensibilisants et augmentent ainsi la sensibilité aux rayonnements.

En cas de plaie, on consulte le plus vite possible son médecin. S'il le recommande, les pommades apaisantes et cicatrisantes peuvent être utilisées. ¹⁷⁸

3. Fiche conseil ¹⁷⁹

Grâce aux rayonnements X, la radiothérapie empêche la multiplication des cellules cancéreuses en entraînant leur destruction. Cependant, des effets secondaires peuvent apparaître comme des rougeurs, ainsi que des brûlures (ou radiodermites).

Les radiodermites sont des lésions cutanées précoces induites par les radiations ionisantes. Elles surviennent en cours de traitement, en lien avec la dose et le type de rayonnement.

Au premier degré, on observe un **érythème** uniforme, douloureux, 24h à 48h après une séance de radiothérapie.

Au second degré, on différencie :

- **L'épidermite sèche** : elle apparaît environ deux semaines après la radiothérapie et régresse à l'arrêt des séances. La peau devient sèche, se desquame et un prurit peut survenir.

Traitement : application de pommades telles que BIAFINE® ou DEXERYL® en couche épaisse dès la première séance.

- **L'épidermite exsudative** : elle impose l'arrêt des séances. La rougeur devient suintante et douloureuse. La cicatrisation demande 1 à 2 mois.

Traitement : nettoyage de la plaie quotidiennement avec du sérum physiologique, application d'un pansement de type tulle gras. En cas de surinfection, contacter le médecin en urgence pour la prescription d'une pommade antibiotique adaptée telle que FUCIDINE®.

SE PRÉPARER AVANT LA SÉANCE

- ◇ N'appliquer aucun produit sur la zone à traiter
- ◇ Avoir une peau propre et sèche

APAISER APRES LA SÉANCE

- ◇ Porter des vêtements doux, amples, en coton
- ◇ Sécher la peau en tapotant en douceur
- ◇ Se laver avec un savon doux, surgras
- ◇ Hydrater la peau le plus souvent possible



LES AUTRES SITUATIONS

- ◇ Proscrire l'utilisation de tout traitement sans avis médical
- ◇ En cas de plaie, consulter un médecin le plus vite possible

A EVITER

- ◇ Ne pas gratter, ni frotter la zone irradiée
- ◇ Ne pas se raser de près pendant quelques temps
- ◇ Ne pas utiliser de parfum, déodorant, lotions, crèmes ou talc
- ◇ Ne pas s'exposer au soleil durant les premiers mois post irradiation
- ◇ Eviter les bains de mer ou de piscine, ou sinon, rincez la peau à l'eau douce de suite après
- ◇ Ne pas se doucher à l'eau trop chaude, mais privilégier une eau tiède

B. Prise en charge d'une patiente traitée par chimiothérapie et/ou thérapie ciblée

1. Les différents effets secondaires

Les patientes prises en charge par chimiothérapies ou de thérapies ciblées sont les plus touchées en terme d'effets secondaires.

En effet, on observe des répercussions sur :

- les cheveux : les chimiothérapies peuvent entraîner une chute partielle des cheveux ou une chute totale. Les thérapies ciblées n'entraînent que très rarement une alopecie, mais plutôt une modification de la couleur et de la texture de la chevelure.
- la peau : elle est la plus touchée par les médicaments cytotoxiques. De nombreuses réactions cutanées ont été répertoriées, avec une intensité plus ou moins grande suivant les patientes et la sensibilité de chacune.

Dans les différents effets cutanés, on peut notamment retrouver des érythèmes qui sont des rougeurs apparaissant par plaques ; des éruptions sur plusieurs zones du corps qui peuvent entraîner des démangeaisons et des douleurs ; une hyperpigmentation de la peau se traduisant par l'apparition de tâches ; des réactions allergiques ; etc..

- les mains et les pieds : on retrouve sur les paumes et les plantes des symptômes cutanés qui caractérisent ce que l'on appelle le syndrome main-pied.
- les ongles : ces derniers peuvent être abimés, fissurés, fragilisés.. il est important d'orienter la patiente afin qu'elle puisse prendre soin de ses ongles, visibles continuellement au cours de la journée, par elle-même mais aussi par les autres personnes.

2. Fiches conseil associées

Ci-dessous, une fiche conseil pour chaque zone touchée a été élaborée.

L'alopécie est incontestablement l'effet secondaire le plus appréhendé par toutes les patientes. Elle s'observe dans le cas d'un traitement par chimiothérapie et parfois lors de thérapies ciblées, bien que ces dernières entraînent plutôt une modification de l'aspect et de la couleur des poils et cheveux.

L'alopécie est le terme médical désignant la chute des cheveux. Certains traitements anti-cancéreux éliminent les cellules de l'organisme en cours de division et notamment celles des follicules pileux qui sont très actives. Cela provoque alors la chute des cheveux, cils et sourcils, poils... Elle débute généralement deux à trois semaines après la 1^{ère} séance de chimiothérapie.

Cette chute, associée aux autres troubles de l'image de soi, peut être lourde à supporter. C'est pourquoi, il ne faut pas oublier que cette alopécie est toujours réversible !

EN PREVENTION

- ◇ Dès le début du traitement : il est essentiel de **discuter** du risque de survenue* possible de l'alopécie suivant le type de traitement suivi.

**le pharmacien est le premier relais entre l'hôpital et la ville pour assurer la continuité des soins.*

- ◇ Anticiper : un petit tour chez le coiffeur et opter pour une **coupe courte**, la perte des cheveux en sera moins traumatisante.
- ◇ Protéger : utiliser un shampoing doux en petite quantité et ne pas laver les cheveux trop souvent. Sécher en tamponnant doucement le cuir chevelu (*ne surtout pas frotter!*) et laisser les cheveux sécher à l'air libre.

PRISE EN CHARGE

- ◇ **Soins dermocosmétiques** :

* Utiliser un *shampoing doux* la veille du traitement et répéter l'opération en espaçant au maximum les shampoings.

* Utiliser des *soins nourrissants* pour hydrater et apaiser le cuir chevelu, comme des huiles végétales, des émoullients ou une brume hydratante Même Cosmetics®.

* Utiliser un *photoprotecteur SPF50+* quotidiennement sur la peau et le cuir chevelu pour les protéger du soleil.

- ◇ **Casque réfrigérant** : pendant la séance de chimiothérapie, il est utilisé pour ralentir la chute des cheveux et préparer une meilleure repousse en diminuant la pénétration des toxiques.

- ◇ **Prothèses capillaires** : il s'agit d'un choix esthétique très personnel.

Tout d'abord, il existe de nombreuses gammes de perruques en cheveux naturels (*qui demandent plus d'entretien et sont plus onéreuses*) ou synthétiques.

Une prise en charge de la sécurité sociale existe suivant le type de perruque choisi.

Comme alternative, il existe des franges qui sont à glisser sous un accessoire de coiffure (*foulard, turban, chapeau*) afin d'apporter un côté naturel à la coiffure.

Opter pour seulement un turban est possible aussi, cela permet d'en changer très régulièrement, que ce soit au niveau des couleurs, des matières...



A EVITER

- ◇ Les shampoings 3 à 5 jours suivant les séances
- ◇ Les shampoings pour bébé s qui ont tendance à graisser les cheveux.
- ◇ Les accessoires de coiffage : sèche-cheveux, fer à lisser, fer à boucler
- ◇ Les produits de coiffage : gel, laque
- ◇ Les coiffures trop serrées du type tresse, chignon

Les chimiothérapies et thérapies ciblées peuvent entraîner la survenue d'effets secondaires touchant la peau. Il n'y a pas de conséquences pour la santé, mais lorsqu'ils sont visibles, cela peut avoir un retentissement sur la qualité de vie. Dès qu'un signe apparaît, il faut le signaler afin de bénéficier d'une prise en charge adaptée.

HYPERPIGMENTATION

Elle se traduit par l'apparition de taches *brunes ou violettes*, d'une intensité plus ou moins prononcée.

Cette effet secondaire peut être difficile à accepter, d'autant que certaines des taches mettent beaucoup de temps à s'estomper, parfois elles peuvent être définitives.

Il n'y a pas de moyens efficaces permettant de prévenir ou d'atténuer ces taches.

Cependant, il est conseillé de :

- ◇ **Ne pas s'exposer** au soleil
- ◇ Appliquer un **photoprotecteur SPF50+** sur la peau et le cuir chevelu
- ◇ **Hydrater** la peau continuellement

ERUPTIONS CUTANÉES

Des éruptions de formes diverses peuvent survenir lors d'un traitement par chimiothérapie. Elles se développent sur le visage, le cuir chevelu, le torse ainsi que le haut du dos. Ces éruptions sont réversibles à l'arrêt du traitement.

Les lésions provoquent des douleurs et des démangeaisons. Il faut adopter les bons gestes :

- ◇ Utiliser sous la douche des savons surgras, des huiles lavantes et **hydrater** la peau
- ◇ Appliquer un **baume apaisant** anti-grattages
- ◇ Se vaporiser de **l'eau thermale** lorsque les réactions s'amplifient
- ◇ **Éviter les frottements** le plus possible (*vêtements et chaussures serrés, ceinture, bandages, sport...*)

ERYTHEMES

Les érythèmes se caractérisent par des plaques rouges plus ou moins foncées ressemblant à un coup de soleil.

Certaines plaques peuvent d'accompagner de petits boutons transparents (*vésicules*).

Ces érythèmes sont souvent liés à une photosensibilisation, c'est-à-dire à une sensibilité de la peau aux rayons du soleil. Il faut donc suivre quelques recommandations :

- ◇ **Éviter l'exposition** au soleil
- ◇ Appliquer un **photoprotecteur SPF50+** sur la peau et le cuir chevelu
- ◇ Porter des **vêtements couvrants**
- ◇ Porter des **accessoires** protégeant le crâne : *chapeau, bonnet, casquette...*

REACTIONS ALLERGIQUES

Les chimiothérapies et thérapies ciblées administrées peuvent provoquer des réactions allergiques, marquées par la survenue d'une éruption type urticaire, des démangeaisons, de plaques rouges.

Des symptômes plus importants comme des nausées, des vertiges, des difficultés à respirer, une accélération du rythme cardiaque peuvent survenir. Dans ce cas, il faut prévenir le médecin de toute urgence.

Il n'existe pas de conseils de prévention, mais il faut savoir **reconnaître ces signes d'alerte** afin de bénéficier d'une prise en charge adaptée.

CÔTÉ MAQUILLAGE..

Pour camoufler ces atteintes cutanées, utiliser des produits dermocosmétiques hypoallergéniques comme maquillage correcteur est la solution. Une routine simple peut aider à se sentir belle :

1. **Nettoyer le visage** : utiliser une pommade démaquillante Même Cosmetics® ou lait démaquillant Avène® puis rincer en douceur à l'eau thermale, sécher en tapotant avec un coton ou mouchoir.
2. **Appliquer une crème de jour** : utiliser une crème tolérance extrême pour peaux sensibles.
3. **Appliquer un fond de teint** : pour embellir le visage, utiliser des poudres mosaïques, des correcteurs de teint, des BB crème d'une gamme dermocosmétique.
4. **Corriger les imperfections et les rougeurs** : appliquer un stick correcteur vert en premier puis un stick correcteur couleur peau.

Provoqué par certaines chimiothérapies et thérapies ciblées, le syndrome mains-pieds (SMP) touche de façon bilatérale les paumes et les plantes. Cette atteinte cutanée peut devenir douloureuse, invalidante et altérer la vie quotidienne. Une prise en charge et des conseils adaptés doivent être privilégiés. Chaque patient doit apprendre à prévenir et gérer ces symptômes cutanés pour préserver sa qualité de vie.



Le SMP est une conséquence d'une réaction inflammatoire touchant les micro-vaisseaux des mains et des pieds se retrouvant fragilisés. Il se caractérise par des rougeurs, des tiraillements, une sensibilité de la peau, mais peut également atteindre le stade de desquamations, de brûlures ainsi que de crevasses. Il apparaît quelques semaines après le début des traitements.

Selon la sensibilité personnelle, une classification du SMP en trois grades a été établie, décrivant des intensités et atteintes différentes :

- **Grade 1** : on retrouve des rougeurs, une sensibilité de la peau, des tiraillements, des gonflements
- **Grade 2** : apparaissent des crevasses, des cloques, des œdèmes
- **Grade 3** : le stade de modifications cutanées est sévère, on peut avoir une hyperkératose, des saignements, qui sont très invalidantes pour la vie quotidienne

Ces symptômes sont réversibles à l'arrêt du traitement. Parfois, lorsque ces derniers sont trop intenses, il peut y avoir une diminution des doses ou une interruption temporaire du traitement.

EN PREVENTION

- ◇ Dès le début du traitement : il est essentiel d'utiliser un **produit émollient de fond*** plusieurs fois par jour sur les mains, les pieds et les ongles. Il permet d'hydrater la peau, d'apporter du confort et de prévenir le SMP.

**il faut privilégier des produits dermocosmétiques (Avène®, Mème Cosmetics®, La Roche-Posay®...) spécialisés pour peaux sensibles.*

- ◇ Sous la douche : utiliser des crèmes ou huiles nourrissantes pour nettoyer la peau en douceur et rincer à l'eau fraîche
- ◇ Protéger des agressions extérieures : porter des vêtements et des chaussures larges pour éviter le contact prolongé de la peau, la transpiration et les frottements. Le port de gants pour protéger du froid et lors d'activités manuelles est conseillé.

PRISE EN CHARGE

Il faut tout d'abord savoir repérer les premiers signes annonciateurs : rougeurs, gonflements, sensation de brûlures, fourmillements, douleur.

Pour un *SMP de grade 1* il faut :

- ◇ **hydrater et nourrir la peau** : en plus des produits dermocosmétiques, des gants et/ou chaussons de soin Mème Cosmetics® à faire poser 30 minutes permettent d'apaiser les premières sensations d'inconfort. Des baumes plus nourrissants que les crèmes peuvent être utilisés, ainsi que des kératolytiques (*urée 10 à 30%*)
- ◇ **apaiser la peau** : bains d'eau fraîche, spray d'eau thermale..
- ◇ **nettoyer la peau** : utiliser un savon type syndet, huile lavante, pain surgras, sans savon, sans parfum adapté aux peaux sensibles. Puis rinçage à l'eau fraîche ou tiède et séchage en tapotant (*sans frotter!*)

Pour un *SMP de grade 2 ou 3*, des traitements médicamenteux de type dermocorticoïdes sont proposés. Il faut **consulter le médecin** en cas d'aggravation des symptômes.

A EVITER

- ◇ Les douches très chaudes, les bains chauds, les bains de mer et de piscine.
- ◇ L'exposition au soleil et les températures extrêmes.
- ◇ La station debout et les marches prolongées
- ◇ Les accessoires trop serrés comme des bandages, des bijoux, des ceintures.
- ◇ Les vêtements et chaussures serrés qui favorisent la macération et la transpiration.
- ◇ Le contact avec des irritants cutanés (*parfums, alcool, détergents*) ou des produits agressifs lors des activités ménagères (*vaisselle, lessive, ménage, jardinage..*) sans le port de gants.

Les anomalies unguéales provoquées par les traitements anti-cancéreux touchent aussi bien les mains et les pieds, de manière isolée ou sur tous les ongles. Ces effets secondaires sont visibles, gênants et attirent le regard d'autrui ce qui renforcent la présence de la maladie.

L'onychodystrophie est un terme médical désignant une pathologie qui compromet la croissance des ongles. L'ongle va se retrouver alors fragilisé, déformé avec un aspect rongé. La coloration va devenir blanchâtre, jaunâtre et peut laisser apparaître des stries. Les ongles sont cassants et parfois dédoublés.

Ces atteintes apparaissent plusieurs semaines après le début du traitement avec une intensité croissante. Elles sont cependant transitoires et la repousse normale s'effectue sur des mois (*de 6 à 18 mois*).

EN PREVENTION

- ◇ Hygiène et beauté : il faut laver régulièrement les mains et les ongles, ainsi qu'avoir une hydratation quotidienne.
- ◇ Beauté : penser à couper les ongles (*les ongles longs sont plus fragiles*) et les limer.
- ◇ Protéger : porter des chaussures larges et adaptées afin d'éviter les frottements et appuis sur les ongles. Lors des activités ménagères et manuelles, penser à porter des gants pour éviter les traumatismes et le contact avec des produits agressifs.

PRISE EN CHARGE

◇ Soins dermocosmétiques et manucure/pédicure :

* Utiliser un *dissolvant sans acétone* pour enlever toute ancienne trace de vernis, par exemple l'huile dissolvante de Mème Cosmetics®

* Utiliser des *soins nourrissants* pour hydrater et apaiser les mains et les pieds

◇ Compléments alimentaires : il faut être très vigilant en terme de supplémentation et demander conseil à un professionnel de santé.

Dans les compléments alimentaires oraux, de nombreux actifs peuvent aider à renforcer les ongles.

Pour faire les ongles en 3 étapes :

* *Pour commencer* : appliquer une **base fortifiante** pour ongles fragiles à base de silicium puis attendre environ 2 minutes avant la première couleur.

* *Ensuite* : appliquer deux couches de **verniss de couleur au silicium** en espaçant de 5 minutes.

* *Pour finir* : appliquer une couche de **top coat** pour donner brillance et éclat aux ongles.



Des gammes dermocosmétiques telles que Mème Cosmetics® ou La Roche-Posay® dispose de produits à base de silicium pour renforcer les ongles !

A EVITER

- ◇ De s'arracher les petites peaux, de couper les ongles trop courts.
- ◇ Le contact prolongé avec l'eau, le contact avec les produits détergents et irritants.
- ◇ Les frottements et les traumatismes.
- ◇ Les produits agressifs : durcisseurs d'ongles, dissolvants avec acétone..
- ◇ La pose de faux ongles en gel ou en résine

C. Conseils lors d'un traitement par hormonothérapie

1. Les sautes d'humeur

L'hormonothérapie est un véritable fléau pour l'humeur. Un jour tout va bien, l'euphorie est là, le lendemain la tristesse, le jour d'après l'agacement. Une telle variation peut contribuer à l'épuisement, tant physique que nerveux, pour la patiente mais également pour ses proches.

Ces sautes d'humeur sont relativement propres à chaque patiente, selon le caractère, les habitudes de vie, comment elle gère son cancer, mais le pharmacien peut apporter quelques recommandations pour essayer de limiter ces variations :

- utiliser au maximum des techniques de relaxation, notamment les exercices respiratoires
- évacuer la pression : il ne faut pas hésiter à sortir, marcher, s'aérer, lire sur un banc, etc... Des gestes simples à réaliser mais qui permettent un peu de retrouver un peu de sérénité
- garder un équilibre familial : il ne faut pas se replier sur soi, mais parler, communiquer, rire, se faire accepter de sa famille. Il faut garder contact avec ses proches, conserver son cercle d'amis, de façon à se rassurer et se sentir apaisée.

2. Gérer les bouffées de chaleur

Les bouffées de chaleur durent en général quelques minutes. Elles sont décrites comme une sensation de chaleur intense avec une rougeur brutale, des sueurs et souvent des palpitations.¹⁸⁰

Ces dernières sont un des symptômes les plus fréquents de la ménopause. Or chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, elles posent un véritable problème du fait de leur sévérité, de leur fréquence et de leurs difficultés à être prises en charge.¹⁸¹

Face à une patiente qui souhaiterait des conseils de son pharmacien, on peut lui soumettre de :

- avoir sur soi un brumisateur d'eau et un éventail,
- prendre une bouteille d'eau dans son sac,
- la journée : opter pour plusieurs couches de vêtements fins plutôt qu'un unique gros pull en laine,

- la nuit : mettre un pyjama ou nuisette légère et la couette par-dessus.

Ces conseils sont simples mais peuvent ainsi limiter le déclenchement des bouffées, ainsi que d'être « prête » et d'en atténuer la durée en se rafraîchissant directement.

3. Libido et sécheresse vaginale

Pour limiter la sécheresse vaginale, il faut tout d'abord conseiller à la patiente un produit de douche dont le pH est compris entre 5 et 7, de façon à être adapté à son intimité. En effet, les savons douches classiques agressent la muqueuse vaginale déjà fragilisée.

Lors des menstruations, il faut conseiller l'utilisation d'une cup 100% silicone médical. En effet, les serviettes hygiéniques jetables sont principalement composées de plastique et favorisent la sécheresse et les mycoses. Les tampons quant à eux absorbent non seulement les pertes sanguines mais également une partie de la flore vaginale, ce qui contribue à l'assèchement du vagin.

Un dernier point pour améliorer le confort, c'est le port d'une tenue adaptée : culottes en coton, jeans non serrés, jupes, robes, on évite les tenues pouvant provoquer des frottements.

En ce qui concerne la libido, il faut surtout rappeler que sa baisse est une conséquence artificielle des traitements, mais également une conséquence psychologique. Le corps est mutilé, être à l'aise est plus difficile, le doute d'être désirable s'installe. Pourtant, le sexe peut être une excellente thérapie pour lutter contre la maladie. Le sexe est considéré comme une activité physique qui peut redonner confiance et booster le moral ! ¹⁸²

4. Fiche conseil

L'hormonothérapie est utilisée si le cancer est hormonosensible. Elle agit de manière globale sur l'ensemble du corps et fait partie des traitements disponibles, au même titre que la chimiothérapie et la radiothérapie.

Qu'est-ce que l'hormonothérapie ?

L'hormonothérapie a pour but d'empêcher la stimulation de certaines hormones sur les cellules cancéreuses en bloquant la production ou l'activité de ces hormones, naturellement produites par l'organisme. Trois hormonothérapies sont utilisées en traitement par voie orale : les anti-œstrogènes, les inhibiteurs de l'aromatase, la suppression ovarienne (*chez les femmes non ménopausées*).

Dans le cancer du sein, elle a deux objectifs :

- **réduire le risque de rechute** du cancer
- **faciliter son traitement** avant une chirurgie ou une radiothérapie pour diminuer la taille de la tumeur

Cependant, les effets secondaires sont nombreux mais tous réversibles à l'arrêt des traitements, avec un délai variable :

- Fatigue
- Nausées et vomissements
- Prise de poids
- Ménopause provoquée par le traitement
- Bouffées de chaleur
- Enflure ou sensibilité des seins
- Diminution ou perte totale d'intérêt pour le sexe
- Douleurs articulaires
- Sécheresse vaginale
- ...

Gérer les bouffées de chaleur

Les bouffées de chaleur durent généralement quelques minutes. On retrouve le plus souvent des sueurs, des palpitations, des rougeurs. Afin de limiter leur déclenchement, vous pouvez :

- ◇ Avoir dans le sac : un brumisateur d'eau, un éventail, une bouteille d'eau
- ◇ Pour la journée : avoir plusieurs couches fines de vêtements pour pouvoir les ôter au cas où
- ◇ Pour la nuît : privilégier un pyjama léger et mettre la couette par-dessus

Limiter les sautes d'humeur

- ◇ Prendre du temps pour soi : s'aérer, marcher, lire, écouter de la musique, chanter. Toute activité permettant d'évacuer la pression
- ◇ Pratiquer des exercices respiratoires, a relaxation, la sophrologie
- ◇ Conserver un équilibre familial

LA LIBIDO EN CHIFFRES

⇒ 94% des femmes interrogées souffrent de bouffées de chaleur (*étude menée en Angleterre en 2014*)

⇒ Sur 100 femmes, 25% ont rapporté une altération de leur relation de couple et 47% de leurs relations sexuelles (*étude menée en Tunisie en 2018*)

Côté sexualité...

La baisse de la libido est une conséquence artificielle des traitements anti-cancéreux. Pourtant, le sexe est un excellent moyen de lutter contre la maladie en reboostant et redonnant confiance en soi ! Pour retrouver une sexualité épanouie avec son partenaire, il est capital de renouer avec son nouveau corps.

Pour lutter contre la sécheresse vaginale, il faut utiliser un produit lavant au pH entre 5 et 7, adapté à la muqueuse vaginale. Il faut également privilégier des culottes en coton, des vêtements non serrés pour limiter la sécheresse au maximum. Lors des menstruations, il est préférable d'utiliser des cup en silicone médical.

À ÉVITER

- ◇ Les repas copieux, lourds qui favorisent les nausées et la prise de poids durant l'hormonothérapie.
- ◇ Les activités physiques trop intenses, trop rapprochées qui peuvent aggraver les douleurs articulaires et provoquer un état de fatigue permanent.
- ◇ Les situations stressantes, angoissantes ainsi que les endroits confinés qui peuvent provoquer des sueurs et entraîner une crise de bouffée de chaleur.
- ◇ Les pantalons et sous-vêtements serrés du type jean slim, string, tanga, etc..
- ◇ Les serviettes hygiéniques, protège-slip et tampons qui favorisent la sécheresse, les mycoses et le dérèglement de la flore vaginale.

III. GESTION DES COMPLICATIONS : FACE A UNE TUMORECTOMIE

A. Prise en charge des cicatrices

Afin d'atténuer les cicatrices et éviter les indurations, il est important de les masser quotidiennement. Matin et soir, l'application de crèmes réparatrices telles que Cicalfate® de Avène, Cicaplast® de La Roche-Posay favorise la souplesse cutanée.

Il faut rappeler à la patiente les signes d'infection : toute rougeur ou chaleur doit être signalée au médecin le plus rapidement possible et dans ce cas désinfecter avec un antiseptique. ¹⁸³

B. Face à une prothèse mammaire

Comme décrit précédemment, l'intérêt principal de la prothèse est de remplir le bonnet du soutien-gorge pour redonner ainsi une silhouette entièrement féminine. Afin d'obtenir un résultat satisfaisant, il faut avoir en tête ces trois points :

- la prothèse doit imiter le sein naturel par sa forme/poids/souplesse
- le port d'un soutien-gorge spécialement conçu pour accueillir une prothèse
- une prothèse allégée ou auto-adhérente privilégiée si la poitrine naturelle est généreuse

Le pharmacien dispose d'un rôle primordial dans l'accompagnement des patientes dans cette démarche pour trouver le type de prothèse externe correspondant le mieux à chaque patiente. Aujourd'hui, plusieurs laboratoires proposent ces produits : AMOENA®, ANITA®, THUASNE®, MEAVANTI®.

1. Accueil de la patiente

Le pharmacien d'officine doit accueillir la patiente avec bienveillance, dans un local adapté et la mettre la plus à l'aise possible. En effet, la pharmacie doit disposer d'un espace dédié à ce

type de rendez-vous afin de garantir l'intimité de la patiente lors des essayages. Un miroir peut être également placé dans la pièce. L'essayage est obligatoire avant la délivrance du produit.

Le rendez-vous pour les essayages doit être pris en avance et le pharmacien doit prévoir dans son planning 30 minutes à 1 heure. Il faut préciser à la patiente de venir avec :

- un vêtement près du corps pour apprécier au mieux sa prothèse
- son soutien-gorge actuel pour vérifier que la prise de mesure est bonne

Avant de passer à la prise de mesure, il faudra discuter avec la patiente de son parcours de soin, de l'intervention chirurgicale qui a été pratiquée, connaître ses traitements en cours, si une radiothérapie a eu lieu, les douleurs annexes qu'elle peut présenter au niveau du cou ou du dos. Enfin, un modèle d'exposition peut être présenté à la patiente avant les essayages afin qu'elle apprécie le poids ainsi que la texture de la prothèse.

2. Prise de mesure et essayage

La prise de mesure est une étape très précise qui est capitale pour éviter les erreurs de délivrance. Il y a deux mesures à effectuer à l'aide d'un mètre : ¹⁸⁴

- le tour de buste : il détermine la taille du soutien-gorge. Bras le long du corps, le pharmacien place le mètre autour du dos, le fait passer sous les bras et sous la poitrine au niveau du pli du sein. La taille de la mesure se note en centimètres et il faut se référer au tableau de correspondance (*voir ci-dessous*).
- le tour de poitrine : il détermine le bonnet. Côté sein non opéré, il faut placer le mètre au niveau du sternum jusqu'à la colonne vertébrale en passant par le mamelon. La taille notée en centimètres doit être multipliée par deux et regarder la correspondance sur le tableau.

Tour de sous-poitrine (en cm)	63-67	68-72	73-77	78-82	83-87	88-92	93-97	98-102	103-107
Taille à commander	80	85	90	95	100	105	110	115	120

Bonnet	Tour de poitrine (en cm)								
A	77-79	82-84	87-89	92-94	97-99	102-104	107-109	112-114	117-119
B	79-81	84-86	89-91	94-96	99-101	104-106	109-111	114-116	119-121
C	81-83	86-88	91-93	96-98	101-103	106-108	111-113	116-118	121-123
D	83-85	88-90	93-95	98-100	103-105	108-110	113-115	118-120	123-125
E		90-92	95-97	100-102	105-107	110-112	115-117	120-122	125-127
F		92-94	97-99	102-104	107-109	112-114	117-119	122-124	127-129
G		94-96	99-101	104-106	109-111	114-116	119-121	124-126	129-131
H		96-98	101-103	106-108	111-113	116-118	121-123	126-128	131-133

Figure 21 - Tableau de correspondance des tailles ¹⁸⁵

Une fois que la taille du soutien-gorge est déterminée à l'aide de ces deux mesures, la taille de la prothèse se détermine à l'aide d'un tableau propre à chaque laboratoire fabricant.

Le pharmacien doit choisir la prothèse en fonction de la patiente, de sa taille de poitrine mais il doit également prendre en compte le galbe et la forme du sein pour s'approcher le plus possible du sein naturel. C'est pour cela que la durée du rendez-vous doit être prévue assez large.

3. Conseils et conclusion du rendez-vous

Des conseils sur la lingerie doivent être donnés par le pharmacien, à savoir que la patiente doit disposer d'au moins deux soutien-gorge pour en avoir toujours un propre et de rechange.

La patiente doit connaître les signes d'un soutien-gorge non adapté. Lorsqu'il n'est pas à la bonne taille, ce dernier provoque des irritations, le sein peut déborder du bonnet, l'arrière remonte sans cesse. Lorsqu'il est adapté, on ne doit pas le sentir de la journée.

Des conseils sur l'entretien de la prothèse et de la lingerie doivent être prodigués à la patiente pour éviter l'usure de chacun.

Pour conclure le rendez-vous, il faut que la patiente revienne 3 à 4 semaines plus tard pour évaluer son confort et voir si tout se passe bien ou si des changements sont à prévoir.

IV. EXEMPLES DE PRODUITS DERMOCOSMETIQUES ADAPTES AUX CONSEILS DU PHARMACIEN

Depuis quelques années, la question de la beauté et de la féminité a été de plus en plus soulevée. Des gammes cosmétiques dédiées aux femmes ayant eu un cancer ont été créées, on se limitera à deux exemples seulement : Mème Cosmetics et Avène, deux marques en partenariat.

A. Mème Cosmetics®

La gamme a été imaginée par Judith et le projet a été rejoint par Juliette. Toutes deux se sont rencontrées en développement marketing chez L'Oréal Luxe et ont été touchées de très près par le cancer dans leur famille. La définition de MEME COSMETICS® est d'être une gamme de produits de beauté dédiée aux femmes concernées par le cancer, qui serait « *experte, désirable et féminine* ». ¹⁸⁶

La formulation est 100% française, adaptée aux peaux particulièrement fragilisées. Les ingrédients potentiellement nocifs sont substitués par mesure de précaution, et ceux d'origine naturelle sont privilégiés dès que possible. De nombreux essais cliniques ont été réalisés de façon à ce que le produit commercialisé soit le plus sûr pour les patientes.



Figure 22 - Produits MEME COSMETICS ¹⁸⁷

Parmi les différents produits on retrouve :

Tableau 8 - Récapitulatif des différents produits de la gamme MEME¹⁸⁸

Visage et teint	- pommade démaquillante - poudre bonne mine - correcteur de teint - BB crème - crème visage 
Cuir chevelu	- brume pour le cuir chevelu 
Corps	- huile lavante - crème corps 
Mains et pieds	- chaussons de soin - gants de soin 
Vernis et ongles	- soin pour les ongles - huile dissolvante - base protectrice au silicium - top coat au silicium - vernis au silicium 

Tous ces produits sont spécialisés pour les femmes victimes de cancer. Reconquérir sa féminité et la garder tout au long de la maladie peut réellement aider au niveau psychologique, pour être plus forte et ainsi mieux se battre contre le cancer. Pour la patiente, préserver son image, préserver son estime de soi, ne pas paraître malade augmente considérablement l'envie de lutter contre la maladie, pour faire face le plus rapidement possible. Se sentir belle « comme avant » mais avec des produits différents est un moyen de ne pas perdre totalement confiance en soi.

B. Avène®

Avène est un village situé au cœur du parc naturel du Haut Languedoc. Depuis 1743, de nombreux curistes y font des séjours. En 1990, les thermes ont été rénovées, et en cette même année les Laboratoires Dermatologiques Avène ont été créés. Depuis, l'unité de production a été étendue, les thermes ont été agrandies, pour qu'en 2010, les Laboratoires Dermatologiques Avène confirment leur place de leader international. L'eau thermale d'Avène est au cœur de la station thermale et des laboratoires. ¹⁸⁹

Parmi les différents produits à conseiller on retrouve : ¹⁹⁰ (*liste non exhaustive*)

Tableau 9 - Récapitulatif des différents produits de la gamme AVÈNE

Adopter une hygiène douce	- Tolérance extrême - Lait nettoyant visage - XeraCalm A.D – Huile lavante - Spray Eau Thermale - Pain peaux intolérantes 
Lutter contre la peau sèche	- Tolérance extrême – Crème - Akérat 10 – Crème corporelle - XeraCalm A.D – Baume relipidant 
Mains et pieds abimés	- Cicalfate – Crème réparatrice - Cicalfate mains - XeraCalm A.D – Baume relipidant/Akérat 10/Akérat 30
Se protéger du soleil	- Soin solaire peaux sensibles SPF50+ - SunsiMed - Dispositif médical peaux à risque 
Embellir son visage	- Stick correcteurs Couvrance - Crèmes de teint compactes - Fonds de teint correcteurs fluides - Poudres mosaïques 

A chaque catégorie de produits sont associés des conseils. *Par exemple, pour avoir une hygiène douce, il faut utiliser des gels, des huiles, ne pas se laver à l'eau très chaude, sécher la peau en*

tamponnant, etc... Ces conseils sont à la disposition des patientes sur le livret « Peau et cancer » ou sur le site internet de Avène. Cependant, ils sont importants à connaître par le pharmacien d'officine, vers qui la patiente peut se tourner plus facilement du fait de son accessibilité et de sa disponibilité.

Avène possède également une station thermale¹⁹¹, dont l'expertise a été étendue aux effets indésirables cutanés des traitements anti-cancéreux. Les femmes en rémission éprouvent une perte de féminité et d'abandon. Les stations thermales sont donc un relai pour les accompagner, grâce à des programmes multidisciplinaires physique et psychique.¹⁹²

Une étude clinique a démontré une amélioration de la qualité de vie, mais aussi des signes d'inconfort liés à la chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie. De très bons résultats ont été obtenus : -100% de sécheresse, -61% de prurit.¹⁹³

Les cures post-cancer sont accessibles aux patientes ayant des séquelles sur leur peau (*sécheresse, prurit, cicatrices*). Sur prescription du médecin traitant ou de l'oncologue, une cure de 18 jours peut être prise en charge en renvoyant un formulaire à l'Assurance Maladie. En fonction des traitements reçus et des effets secondaires, un programme de soins adapté à chaque patiente : bains hydromassants, douches générales, enveloppements, compresses, soins apaisants et hydratants, etc...¹⁹⁴

V. CONSEILS PHARMACEUTIQUES SUPPLEMENTAIRES

Le pharmacien d'officine a un rôle fondamental d'écoute mais il se doit en tant que professionnel de santé d'accompagner les patientes mais également de les aiguiller.

Il n'est pas évident de s'adapter à cette nouvelle vie, de trouver de nouvelles habitudes, de gérer les nombreux effets secondaires aux traitements. C'est pourquoi, des conseils simples de la vie quotidienne sont importants à donner. Les patients pourront ainsi se créer de nouvelles routines, de nouveaux rythmes de journée, de nouvelles activités.

L'exercice physique, même modéré comme la marche, apporte de nombreux bénéfices et permet d'augmenter l'appétit, l'énergie et surtout l'état psychologique. Il permet de s'aérer et de se « vider la tête » le temps d'un court moment. Ne pas avoir une baisse d'activité physique

trop conséquente permet également de limiter le surpoids. Lors d'un cancer du sein, la prise de poids est fréquente et peut être le facteur d'une récurrence.¹⁹⁵

Pour limiter la fatigue, les activités doivent être fractionnées tout au long de la journée. Les patientes doivent éviter de rester au lit trop longtemps le matin, mais elles doivent également veiller à ne pas faire des siestes de plus d'une heure.

Un des facteurs à ne pas négliger : la douleur. La patiente doit en parler et faire régulièrement des évaluations pour pouvoir être soulagée au maximum. Lorsqu'elle est très vive, toutes les classes d'antalgiques peuvent être utilisées et dispensées par le pharmacien d'officine.

Enfin, dans son éducation thérapeutique, le pharmacien peut conseiller à la patiente de se tourner vers des associations de malades, afin de pouvoir parler librement et de rencontrer des personnes pouvant comprendre. Pour un patient, être compris est primordial pour aller mieux.

CONCLUSION

Au fil de cette thèse et des nombreux témoignages, on peut conclure que la lourdeur de cette maladie ainsi que celle des traitements entraînent le déclin de l'image de soi et de la féminité. C'est là que le pharmacien d'officine peut intervenir et détient tout son rôle.

Du fait de la proximité officinale et de la disponibilité des traitements anti-cancéreux en ville, l'officine accueille désormais de nombreuses patientes atteintes d'un cancer avec lesquelles les contacts sont privilégiés. Il s'agit là d'un accompagnement de longue durée dans le cadre d'une pathologie chronique, c'est pourquoi une relation de confiance entre le pharmacien et la patiente doit être créée.

Les effets indésirables sur la peau et les phanères sont lourds, souvent visibles et les patientes doivent devenir actrices de leur traitement. Il faut qu'elles s'attachent à maintenir une image positive pour influencer positivement sur le moral et sur la guérison.

Le pharmacien d'officine est capable de conseiller la patiente afin de prévenir et d'accompagner au mieux les effets secondaires des traitements. Il possède toutes les compétences pour réaliser la délivrance des traitements, l'accompagnement psychique ainsi que l'accompagnement dermo-cosmétique de la patiente afin d'assurer sa sécurité, son confort et de garantir la conservation d'une bonne image et estime de soi.

LISTES DES FIGURES

Figure 1 - Schéma légendé de l'anatomie du sein	12
Figure 2 - Positions anatomiques des ganglions lymphatiques du sein	14
Figure 3 - Evolution de l'incidence et de la mortalité (1980-2012)	16
Figure 4 - Illustration d'un cancer canalaire in situ	18
Figure 5 - Illustration d'un cancer canalaire infiltrant	18
Figure 6 - Gradient SBR et résultats	26
Figure 7 - Principaux protocoles de chimiothérapie	30
Figure 8 - Bénéfices ressentis des soins de beauté et de bien-être	73
Figure 9 - Résultats de l'étude (Rapport 2014 de l'Observatoire sociétal des cancers ; Page 69)	74
Figure 10 - Les motifs du non à la reconstruction mammaire	75
Figure 11 - Reconstruction par prothèse interne	77
Figure 12 - Prothèse externe transitoire	79
Figure 13 - Prothèse externe en silicone, modèle standard	80
Figure 14 - Prothèse externe en silicone, modèle technique	80
Figure 15 - Schéma récapitulatif des prescriptions et renouvellements	81
Figure 16 - Barème de prise en charge des prothèses capillaires	84
Figure 17 - Exemples de tatouages réalisés durant la semaine Rose Tattoo	88
Figure 18 - Arbre décisionnel de la prise en charge du dépistage des cancers	91
Figure 19 - Le ruban rose	96
Figure 20 - Le dépistage organisé du cancer du sein	99
Figure 21 - Tableau de correspondance des tailles	114
Figure 22 - Produits MEME COSMETICS	115

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1 - Classification TNM du cancer du sein	25
Tableau 2 - Recommandations pour prévenir le syndrome main-pied	46
Tableau 3 - Les gestes à connaître pour prévenir les troubles unguéaux	50
Tableau 4 - Les objectifs de l'accompagnement individuel	70
Tableau 5 - Conseils d'entretien des prothèses capillaires	85
Tableau 6 - Les effets secondaires selon le type de prise en charge	100
Tableau 7 - Les gestes à connaître lors d'une radiothérapie	102
Tableau 8 - Récapitulatif des différents produits de la gamme MEME	116
Tableau 9 - Récapitulatif des différents produits de la gamme AVENE	117

SERMENT DE GALIEN

« En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

BIBLIOGRAPHIE

-
- ¹ « Seins - Surveillance de la forme des seins - Risques de cancer », <https://www.passeportsante.net/>, 27 juillet 2016, <https://www.passeportsante.net/fr/parties-corps/Fiche.aspx?doc=sein>.
- ² « Aréole - Anatomie, Physiologie, Douleurs, Soins », <https://www.passeportsante.net/>, 31 juillet 2016, <https://www.passeportsante.net/fr/parties-corps/Fiche.aspx?doc=aerole>.
- ³ « Anatomie du sein », Medisite, consulté le 21 janvier 2019, <https://www.medisite.fr/cancer-anatomie-du-sein.276.38942.html>.
- ⁴ « Anatomie du sein », consulté le 21 janvier 2019, <http://www.depistagesein.ca/anatomie-du-sein/>.
- ⁵ « L'anatomie du sein », consulté le 22 janvier 2019, <https://www.onco-learning.lu/cancerdusein/index.php/comprendre/l-anatomie-du-sein-et-sa-physiologie>.
- ⁶ « Glande mammaire », consulté le 21 janvier 2019, <http://www.anatomie-humaine.com/Glande-mammaire.html>.
- ⁷ « Anatomie de la glande mammaire - <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/glandemammaire/site/html/cours.pdf> », s. d., 21.
- ⁸ « Les seins - Société canadienne du cancer », www.cancer.ca, consulté le 22 janvier 2019, <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/breast-cancer/the-breasts/?region=on>.
- ⁹ « Anatomie du sein - Cancer du sein », consulté le 22 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>.
- ¹⁰ « Les seins - Société canadienne du cancer ».
- ¹¹ « Oestrogènes - Définition », Figaro Santé, consulté le 24 janvier 2019, <http://sante.lefigaro.fr/sante/traitement/oestrogenes/definition>.
- ¹² « Définition | Progestérone | Futura Santé », consulté le 24 janvier 2019, <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-progesterone-2820/>.
- ¹³ « Prolactine - Qu'est-ce que c'est ? », Figaro Santé, consulté le 24 janvier 2019, <http://sante.lefigaro.fr/sante/analyse/prolactine/quest-ce-que-cest>.
- ¹⁴ « Quelques chiffres - Cancer du sein », consulté le 26 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Quelques-chiffres>.
- ¹⁵ « Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents », consulté le 26 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>.
- ¹⁶ « Définition survie », consulté le 26 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/S/survie>.
- ¹⁷ « Cancer du sein - Survie », s. d., <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-sein>.
- ¹⁸ « Cancers du sein - Les maladies du sein », consulté le 24 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>.
- ¹⁹ « Cancer du sein - EurekaSanté par VIDAL », EurekaSanté, consulté le 24 janvier 2019, <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-sein.html>.
- ²⁰ « Définition adénocarcinome », consulté le 25 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/A/adenocarcinome>.
- ²¹ « Les stratégies de dépistage des cancers - Dépistage et détection précoce », consulté le 26 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Strategies-de-depistage>.
- ²² « Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage », consulté le 26 janvier 2019, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage.
- ²³ « Définition mammographie », consulté le 26 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/M/mammographie>.
- ²⁴ « Le dépistage organisé du cancer du sein - EurekaSanté par VIDAL », EurekaSanté, consulté le 26 janvier 2019, <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-sein.html>.

- ²⁵ « Diagnostic d'un cancer du sein - Cancer du sein », consulté le 26 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic>.
- ²⁶ « Définition échographie », consulté le 26 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/E/echographie>.
- ²⁷ « Définition IRM », consulté le 27 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/I/IRM>.
- ²⁸ « Définition biopsie », consulté le 26 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/B/biopsie>.
- ²⁹ « Les facteurs de risque de cancer du sein - EurekaSanté par VIDAL », EurekaSanté, consulté le 27 janvier 2019, <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-sein.html>.
- ³⁰ « Facteurs de risque - Cancer du sein », consulté le 27 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>.
- ³¹ « Définition facteur de risque », consulté le 27 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/F/facteur-de-risque>.
- ³² Michael R. Stratton et Nazneen Rahman, « The Emerging Landscape of Breast Cancer Susceptibility », *Nature Genetics* 40, n° 1 (janvier 2008): 17-22, <https://doi.org/10.1038/ng.2007.53>.
- ³³ M. Espié, « Second cancer après un cancer du sein », s. d., http://centre-maladies-sein-saint-louis.org/formations/presentations/presentations_hors_DU_pdf/2e_cancers_apres_k_sein.pdf.
- ³⁴ Mariana Chavez-MacGregor et al., « Postmenopausal Breast Cancer Risk and Cumulative Number of Menstrual Cycles », *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 14, n° 4 (avril 2005): 799-804, <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-04-0465>.
- ³⁵ I. Letendre et P. Lopes, « Ménopause et risques carcinologiques », <http://www.em-premium.com/data/revues/03682315/v41i7sS/S0368231512002220/>, 29 octobre 2012, <https://www.em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr/article/763169/resultatrecherche/50>.
- ³⁶ « Pilule et cancer du sein : un risque à relativiser », 14 décembre 2017, <http://sante.lefigaro.fr/article/pilule-et-cancer-du-sein-un-risque-a-relativiser/>.
- ³⁷ « Le Circ déclare
la pilule cancérogène », L'Obs, consulté le 28 janvier 2019, <https://www.nouvelobs.com/societe/20050802.OBS5119/le-circ-declare-la-pilule-cancerogene.html>.
- ³⁸ J.-L. Schlienger et al., « Obésité et cancer », <http://www.em-premium.com/data/revues/02488663/v30i9/S0248866309005906/>, 16 septembre 2009, <https://www.em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr/article/225901/resultatrecherche/35>.
- ³⁹ INCa, « Alcool et risques de cancers - COLLECTION Rapports & Synthèses éditée par l'Institut National du Cancer », novembre 2017, <https://www.e-cancer.fr/content/download/63160/568589/file/RAPALC07.pdf>.
- ⁴⁰ Chelsea Catsburg et al., « Active Cigarette Smoking and the Risk of Breast Cancer: A Cohort Study », *Cancer Epidemiology* 38, n° 4 (août 2014): 376-81, <https://doi.org/10.1016/j.canep.2014.05.007>.
- ⁴¹ Harri Vainio, Rudolf Kaaks, et Franca Bianchini, « Weight Control and Physical Activity in Cancer Prevention: International Evaluation of the Evidence », *European Journal of Cancer Prevention: The Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)* 11 Suppl 2 (août 2002): S94-100.
- ⁴² « Cancer du sein : la consommation de viande transformée augmenterait les risques », Medisite, consulté le 28 janvier 2019, <https://www.medisite.fr/cancer-du-sein-cancer-du-sein-la-consommation-de-viande-transformee-augmenterait-les-risques.5492253.38942.html>.
- ⁴³ « Facteurs de risque de récurrence - Cancer du sein », consulté le 29 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque-de-recidive>.
- ⁴⁴ « Définition classification TNM », consulté le 29 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/classification-TNM>.
- ⁴⁵ « Définition métastase », consulté le 29 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/M/metastase>.
- ⁴⁶ « FMPMC-PS - Gynécologie - Niveau DCEM2 », consulté le 29 janvier 2019, <http://www.chups.jussieu.fr/polys/gyneco/POLY.Chp.25.12.html>.
- ⁴⁷ C. W. Elston, I. O. Ellis, et S. E. Pinder, « Pathological Prognostic Factors in Breast Cancer », *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 31, n° 3 (août 1999): 209-23.
- ⁴⁸ Fabien XUEREB, « Cours UE PM 1-5 Cancérologie - 4ème année de pharmacie », s. d.
- ⁴⁹ « Définition récepteur hormonal », consulté le 30 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/R/recepteur-hormonal>.
- ⁵⁰ « Analyse du statut des récepteurs hormonaux - Société canadienne du can », [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/tests-and-procedures/hormone-receptor-status-test/?region=qc), consulté le 30 janvier 2019, <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/tests-and-procedures/hormone-receptor-status-test/?region=qc>.
- ⁵¹ « Analyse du statut HER2 - Société canadienne du cancer », www.cancer.ca, consulté le 30 janvier 2019, <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/tests-and-procedures/her2-status-testing/?region=qc>.
- ⁵² « Définition réunion de concertation pluridisciplinaire », consulté le 31 janvier 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/R/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire>.

- ⁵³ « Radiothérapie - Cancer du sein », consulté le 6 février 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Radiotherapie>.
- ⁵⁴ « Comment limiter les effets néfastes de la radiothérapie », Santé Magazine, 8 avril 2011, <https://www.santemagazine.fr/traitement/traitement-du-cancer/comment-limiter-les-effets-nefastes-de-la-radiotherapie-173036>.
- ⁵⁵ XUEREB, « Cours UE PM 1-5 Cancérologie - 4ème année de pharmacie ».
- ⁵⁶ « Définition protocole », consulté le 6 février 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/P/protocole>.
- ⁵⁷ « Les médicaments du cancer du sein - EurekaSanté par VIDAL », EurekaSanté, consulté le 6 février 2019, <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-sein.html>.
- ⁵⁸ « Définition thérapie ciblée », consulté le 6 février 2019, <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/T/therapie-ciblee>.
- ⁵⁹ « Définition | Anti-VEGF | Futura Santé », consulté le 6 février 2019, <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-anti-veg-9254/>.
- ⁶⁰ « Bonnes Pratiques de Dispensation des anticancéreux oraux - Données INCa & Dépenses officinales », consulté le 30 janvier 2019, http://www.omedit-centre.fr/CHIMIO-ORALES_web_gen_web/co/3-Enquete_de_l_INCa.html.
- ⁶¹ Ginette Francequin, *Cancer du sein : une féminité à reconstruire*, Erès, Sociologie clinique, 2012.
- ⁶² Delphine Apiou, *Avant, j'avais deux seins*, Robert Laffont (Paris, 2015).
- ⁶³ *Vivre pendant et après un cancer*, Guides patients / La vie avec un cancer GUIVPD07, 2007.
- ⁶⁴ « Témoignage : Le cauchemar démarre », 15 octobre 2018, <https://www.lachainerose.fr/temoignage-cancer-le-cauchemar-demarre/>.
- ⁶⁵ « Témoignage : Annonce », 27 novembre 2018, <https://www.lachainerose.fr/temoignage-cancer-annonce/>.
- ⁶⁶ Roche, « Témoignage : « L'annonce » vue par le Dr Marc Espié », 18 mai 2017, <https://www.lachainerose.fr/temoignage-cancer-lannonce-vue-par-le-dr-marc-espie/>.
- ⁶⁷ « Existe-t-il un lien entre cancer et émotions ? : Faire face au diagnostic du cancer », <https://www.passeportsante.net/>, 29 novembre 2012, <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=lien-cancer-emotions-faire-face-au-diagnostic-du-cancer>.
- ⁶⁸ Antoine Spire et Rollon Poinot, « L'annonce en cancérologie », *Questions de communication*, n° 11 (1 juillet 2007): 159-76, <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7340>.
- ⁶⁹ Fanny Soum-Pouyalet, « Le risque émotionnel en cancérologie. Problématiques de la communication dans les rapports entre soignants et soignés », *Face à face. Regards sur la santé*, n° 8 (1 avril 2006), <http://journals.openedition.org/faceface/257>.
- ⁷⁰ « Estime de soi - Cancer du sein », consulté le 15 février 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Estime-de-soi>.
- ⁷¹ Paul Schilder, *L'image du corps : étude des forces constructives de la psyché*, 1935.
- ⁷² « Cancer du sein et féminité : témoignages de femmes en reconstruction - Marie Claire », consulté le 23 septembre 2019, <https://www.marieclaire.fr/cancer-du-sein-reconstruction-psychologique,20161,424214.asp>.
- ⁷³ Michel Reich, « Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique », *L'information psychiatrique* Volume 85, n° 3 (2009): 247-54.
- ⁷⁴ Francequin, *Cancer du sein : une féminité à reconstruire*.
- ⁷⁵ « La psycho-oncologie - AFSOS », *Association Francophone des Soins Oncologiques de Support* (blog), consulté le 18 février 2019, <http://www.afsos.org/fiche-metier/psycho-oncologie/>.
- ⁷⁶ « Bénévoles à l'hôpital : un rôle utile, mais encadré », Ligue contre le cancer, consulté le 19 février 2019, [/vivre/article/26499_benevoles-lhopital-un-role-utile-mais-encadre](http://vivre/article/26499_benevoles-lhopital-un-role-utile-mais-encadre).
- ⁷⁷ « Symptômes - Cancer du sein », consulté le 14 mars 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Symptomes>.
- ⁷⁸ ISIS Ligue contre le Cancer, « La reconstruction du sein après un cancer », s. d., http://www3.ligue-cancer.net/files/national/article/documents/bro/reconstruction_sein.pdf.
- ⁷⁹ « Peau (chimio- et radiothérapie) | Fondation contre le Cancer », consulté le 21 février 2019, <https://www.cancer.be/les-cancers/effets-secondaires/attention-la-peau-irradi-e>.
- ⁸⁰ « Syndrome main pied - Effets secondaires des traitements anti cancer | Roche », consulté le 19 février 2019, <http://www.roche.fr/patients/info-patients-cancer/effets-secondaires-traitement-cancer/syndrome-main-pied-cancer.html>.
- ⁸¹ M. Karray et al., « P 89 : Syndrome main-pied secondaire aux médicaments anti-cancéreux », *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 30 Congrès de l'Association des Dermatologistes Francophones, 20-23 avril 2016 - Abidjan, Côte d'Ivoire, 143, n° 4, Supplement 1 (1 avril 2016): S65, [https://doi.org/10.1016/S0151-9638\(16\)30264-2](https://doi.org/10.1016/S0151-9638(16)30264-2).
- ⁸² Sandra Lemoine et Sébastien Faure, « Rôle du pharmacien auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein », *Actualités Pharmaceutiques* 55, n° 558 (1 septembre 2016): 26-32, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2016.06.013>.

- ⁸³ « L'accompagnement d'un Patient Présentant Un Syndrome Mains-Pieds », *Actualités Pharmaceutiques* 57, n° 577 (1 juin 2018): 57-60, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2018.04.013>.
- ⁸⁴ « Chute des cheveux - Prendre soin des cheveux et de la peau », consulté le 21 février 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Prendre-soin-des-cheveux-et-de-la-peau/Chute-des-cheveux>.
- ⁸⁵ « Livre gratuit : cancer et chute de cheveux, nos meilleurs conseils pour mieux vivre l'alopécie », *MÊME* (blog), 26 mars 2019, <https://www.memecosmetics.fr/blog/livre-gratuit-cancer-et-chute-de-cheveux-nos-meilleurs-conseils-pour-mieux-vivre-lalopécie/>.
- ⁸⁶ Caroline Battu, « La prise en charge d'un patient présentant une alopécie », *Actualités Pharmaceutiques* 57, n° 581 (1 décembre 2018): 53-56, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2018.10.011>.
- ⁸⁷ « Onychodystrophie : tous les symptômes de l'onychodystrophie », Ooreka.fr, consulté le 9 octobre 2019, <http://ongles.ooreka.fr/comprendre/onychodystrophie>.
- ⁸⁸ Caroline Battu, « L'accompagnement de l'atteinte unguéale secondaire à un traitement anticancéreux », *Actualités Pharmaceutiques* 58, n° 583 (1 février 2019): 55-58, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2018.12.013>.
- ⁸⁹ François Pilon et François-André Allaert, « Conseiller une supplémentation orale destinée à renforcer les ongles », *Actualités Pharmaceutiques* 54, n° 545 (1 avril 2015): 47-48, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2015.02.012>.
- ⁹⁰ « Le Silicium organique, l'arme secrète pour renforcer vos ongles et vos cheveux ! », *MÊME* (blog), 5 avril 2019, <https://www.memecosmetics.fr/blog/le-silicium-organique-larme-secrete-pour-renforcer-vos-ongles-et-vos-cheveux/>.
- ⁹¹ Battu, « L'accompagnement de l'atteinte unguéale secondaire à un traitement anticancéreux ».
- ⁹² Admin RoseUp, « Prise de poids et cancer : stop aux idées reçues ! », *RoseUp Association* (blog), 17 mai 2012, <https://www.rose-up.fr/magazine/prise-poids-cancer-idees-recues/>.
- ⁹³ Pierre Emmanuel Brachet et Florence Joly, « Qualité de vie dans les cancers gynécologiques : actualités », *Bulletin du Cancer* 101, n° 7 (1 juillet 2014): 756-59, <https://doi.org/10.1684/bdc.2014.1938>.
- ⁹⁴ « Fatigue et cancers - Fatigue », consulté le 14 mars 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Fatigue-et-cancers>.
- ⁹⁵ « Fatigue et cancer : ce qu'il faut savoir | Roche », consulté le 10 avril 2019, <http://www.roche.fr/patients/info-patients-cancer/vivre-avec-un-cancer/fatigue-cancer/fatigue-et-cancer.html>.
- ⁹⁶ « Causes de la fatigue - Fatigue », consulté le 23 septembre 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Causes-de-la-fatigue>.
- ⁹⁷ « Masseur kinésithérapeute - Prendre en charge », consulté le 10 avril 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Masseur-kinesitherapeute>.
- ⁹⁸ « Ergothérapeute - Prendre en charge », consulté le 10 avril 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Ergotherapie>.
- ⁹⁹ « Psychomotricien - Prendre en charge », consulté le 10 avril 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Psychomotricien>.
- ¹⁰⁰ « Diététicien - Prendre en charge », consulté le 10 avril 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Fatigue/Prendre-en-charge/Dieteticien>.
- ¹⁰¹ « Douleur et cancer - Douleur », consulté le 10 avril 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Douleur-et-cancer>.
- ¹⁰² « Douleur et cancer du sein : questions posées au Docteur Estelle Botton », *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement* 19, n° 3 (1 juin 2018): 145-49, <https://doi.org/10.1016/j.douler.2018.05.002>.
- ¹⁰³ EM Vieira DB Santos, « Scripts de la sexualité dans le contexte du cancer du sein », *Elsevier Masson France*, mai 2014.
- ¹⁰⁴ Faten Ellouze et al., « Le trouble de l'image du corps chez 100 femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein », *Bulletin du Cancer* Tome 105, n° N°4 (7 mars 2018), <https://www.em-consulte/revue/bulcan>.
- ¹⁰⁵ « Les effets du cancer sur la vie intime », 11 novembre 2013, <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/11/11/21509-effets-cancer-sur-vie-intime>.
- ¹⁰⁶ « Sexualité après un cancer du sein », Institut Curie, consulté le 11 avril 2019, <https://curie.fr/dossier-pedagogique/sexualite-apres-un-cancer-du-sein>.
- ¹⁰⁷ A. Graziottin et V. Rovei, « Sexuality after breast cancer », *Sexologies, Cancer et fonction sexuelle / Cancer and Sexual function*, 16, n° 4 (1 octobre 2007): 292-98, <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2007.06.008>.
- ¹⁰⁸ Edith Vanlerenberghe, Anne-Laure Sedda, et Fazy Ait-Kaci, « Cancers de la femme, sexualité et approche du couple », *Bulletin du Cancer* 102, n° 5 (1 mai 2015): 454-62, <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2015.02.008>.
- ¹⁰⁹ « Après un cancer, je souffre de sécheresse vaginale », *Santé Magazine*, 6 octobre 2015, <https://www.santemagazine.fr/psycho-sexo/troubles-sexuels/apres-un-cancer-je-souffre-de-secheresse-vaginale-172980>.
- ¹¹⁰ « Cancer et fertilité : le point sur les connaissances », Institut Curie, consulté le 11 avril 2019, <https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-et-fertilite-le-point-sur-les-connaissances>.
- ¹¹¹ Graziottin et Rovei, « Sexuality after breast cancer ».

-
- ¹¹² « Cancer du sein et bouffées de chaleur », 5 novembre 2014, <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/11/05/23008-cancer-sein-bouffees-chaaleur>.
- ¹¹³ « 4ème rapport de l'Observatoire sociétal des cancers », Ligue contre le cancer, consulté le 13 mai 2019, [/article/32486_4eme-rapport-de-lobservatoire-societal-des-cancers](http://article/32486_4eme-rapport-de-lobservatoire-societal-des-cancers).
- ¹¹⁴ « Les soins de support pour mieux vivre le cancer du sein », Santé Magazine, 20 avril 2012, <https://www.santemagazine.fr/sante/maladies/cancer/cancer-du-sein/les-soins-de-support-pour-mieux-vivre-le-cancer-du-sein-176552>.
- ¹¹⁵ « La relaxation chez les femmes atteintes de cancer du sein », *Nos Pensées* (blog), 21 septembre 2017, <https://nospensees.fr/relaxation-chez-femmes-atteintes-de-cancer-sein/>.
- ¹¹⁶ « Groupes Psycho-Éducationnels Pour Femmes Atteintes de Cancers Du Sein En France : Thèmes et Techniques », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 15, n° 1 (1 mars 2005): 15-21, [https://doi.org/10.1016/S1155-1704\(05\)81207-8](https://doi.org/10.1016/S1155-1704(05)81207-8).
- ¹¹⁷ Chambre Syndicale Sophrologie, « Qu'est ce que la sophrologie ? - Définition de la méthode », *Chambre Syndicale de la Sophrologie* (blog), consulté le 13 mai 2019, <https://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/definition-sophrologie/>.
- ¹¹⁸ « Cancer : la sophrologie aide à supporter les traitements », Santé Magazine, 5 avril 2017, <https://www.santemagazine.fr/medecines-alternatives/relaxation/sophrologie/cancer-la-sophrologie-aide-a-supporter-les-traitements-173850>.
- ¹¹⁹ H. Labeyrie et al., « T019 - Impact d'une approche socio-esthétique sur l'image du corps et la qualité de vie de patientes mastectomisées ou tumorectomisées pour cancer du sein », *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement* 7 (1 novembre 2006): 87, [https://doi.org/10.1016/S1624-5687\(06\)77865-9](https://doi.org/10.1016/S1624-5687(06)77865-9).
- ¹²⁰ « Cancer : la socio-esthétique pour faire face aux effets des traitements », Marie Claire, consulté le 15 mai 2019, <https://www.marieclaire.fr/socio-esthetique-cancer,1239204.asp>.
- ¹²¹ Dominique Christ et Martine Reaux, « La socio-esthétique en oncologie, une parenthèse dans le parcours du patient » (Elsevier Masson, 2013), <https://www.em-consulte.com/article/842967/la-socio-esthetique-en-oncologie-une-parenthese-da>.
- ¹²² « La socio-esthétique pour conserver l'estime de soi », Ligue contre le cancer, consulté le 15 mai 2019, [/vivre/article/26517_la-socio-esthetique-pour-conserver-lestime-de-soi](http://vivre/article/26517_la-socio-esthetique-pour-conserver-lestime-de-soi).
- ¹²³ « CODES - Cours d'esthétique à Option Humanitaire et Sociale - Association », consulté le 17 mai 2019, <http://www.socio-esthetique.fr/association.php>.
- ¹²⁴ « CODES - Cours d'esthétique à Option Humanitaire et Sociale - Association partenaires », consulté le 20 mai 2019, http://www.socio-esthetique.fr/association_partenaires.php.
- ¹²⁵ AFSOS, « La socio-esthétique en cancérologie », novembre 2014, http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/RIR_Socioesth_AFSOS_-_Partie_1_10-12-14-2.pdf.
- ¹²⁶ Mahasti Saghatchian et al., « La socio-esthétique en oncologie : impact des soins de beauté et de bien-être évalué dans une enquête nationale auprès de 1166 personnes », *Bulletin du Cancer* 105, n° 7 (1 juillet 2018): 671-78, <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2018.05.012>.
- ¹²⁷ Saghatchian et al.
- ¹²⁸ « Reconstruction mammaire - Définition », *Journal des Femmes Santé*, consulté le 25 mai 2019, <https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/28002-reconstruction-mammaire-definition>.
- ¹²⁹ « observatoire_societal_des_cancers_rapport_2014.pdf », consulté le 27 mai 2019, https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/observatoire_societal_des_cancers_rapport_2014.pdf.
- ¹³⁰ « Trop pauvres pour une reconstruction mammaire », Marie Claire, consulté le 27 mai 2019, <https://www.marieclaire.fr/reconstruction-mammaire-cancer-du-sein-cout-securite-sociale,20121,424207.asp>.
- ¹³¹ « 4ème rapport de l'Observatoire sociétal des cancers ».
- ¹³² « Chirurgie réparatrice après un cancer du sein : les femmes trop mal informées », 5 février 2019, <http://sante.lefigaro.fr/article/chirurgie-reparatrice-apres-un-cancer-du-sein-les-femmes-trop-mal-informees/>.
- ¹³³ « Reconstruction mammaire - Cancer du sein », consulté le 28 mai 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Reconstruction-mammaire>.
- ¹³⁴ « Reconstruction mammaire - indications, techniques et déroulement », *Journal des Femmes Santé*, consulté le 28 mai 2019, <https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/68429-reconstruction-mammaire-indications-techniques-et-deroulement>.
- ¹³⁵ « Prothèses mammaires internes - Reconstruction mammaire », consulté le 28 mai 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Reconstruction-mammaire/Protheses-mammaires-internes>.
- ¹³⁶ « Reconstruction par lambeau - Reconstruction mammaire », consulté le 28 mai 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Reconstruction-mammaire/Reconstruction-par-lambeau>.
- ¹³⁷ « Harmonisation des seins - Reconstruction mammaire », consulté le 28 mai 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Reconstruction-mammaire/Harmonisation-des-seins>.

- ¹³⁸ « Prothèses mammaires externes - Cancer du sein », consulté le 4 juin 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Protheses-mammaires-externes>.
- ¹³⁹ B de Lafontan, « Guide pratique des prothèses mammaires externes et différents accessoires », n° 15 (2002): 4.
- ¹⁴⁰ « CPAM71_EnDirect_Pharmaciens_7516.pdf », consulté le 4 juin 2019, http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CPAM71_EnDirect_Pharmaciens_7516.pdf.
- ¹⁴¹ « mandalia : prothèse mammaire, lingerie foulard dans le val d'oise 95 », *Centre Mandalia* (blog), consulté le 5 juin 2019, <http://centre-mandalia.com/mandalia-confort>.
- ¹⁴² « Comment choisir sa prothèse mammaire externe ? - Conseil beauté & bien-être », consulté le 6 juin 2019, <https://www.pharma-gdd.com/fr/comment-choisir-sa-prothese-mammaire-externe>.
- ¹⁴³ « Choisir sa prothèse mammaire externe », consulté le 6 juin 2019, <https://www.oncovia.com/blog/expert/choisir-sa-prothese-mammaire-externe/>.
- ¹⁴⁴ « Perruque femmes, perruques médicales, prothèse capillaire chimio - Oncovia », consulté le 11 juin 2019, <https://www.oncovia.com/fr/77-perruque-femme-chimio>.
- ¹⁴⁵ « Perruque - Prendre soin des cheveux et de la peau », consulté le 11 juin 2019, <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Prendre-soin-des-cheveux-et-de-la-peau/Perruque>.
- ¹⁴⁶ « Turbans, foulards chimio et bonnets chimio pour les femmes - Oncovia », consulté le 11 juin 2019, <https://www.oncovia.com/fr/78-turbans-bonnets>.
- ¹⁴⁷ « Comment bien choisir sa lingerie après une mastectomie ou une reconstruction : tout savoir sur le soutien-gorge post-opératoire ! », *MÊME* (blog), 15 février 2019, <https://www.memecosmetics.fr/blog/comment-bien-choisir-sa-lingerie-apres-une-mastectomie-ou-une-reconstruction-tout-savoir-sur-le-soutien-gorge-post-operatoire/>.
- ¹⁴⁸ « Lingerie et soutien gorge post mastectomie - Oncovia », consulté le 11 juin 2019, <https://www.oncovia.com/fr/6-lingerie-protheses>.
- ¹⁴⁹ S. Riot et al., « Tatouage de la plaque aréolo-mamelonnaire en reconstruction mammaire : note technique », *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique* 61, n° 2 (1 avril 2016): 141-44, <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2015.11.005>.
- ¹⁵⁰ « Dermopigmentation: cinq choses à savoir sur le tatouage médical », *L'Express.fr*, 17 juillet 2014, https://www.lexpress.fr/styles/beaute/dermopigmentation-cinq-choses-a-savoir-sur-le-tatouage-medical_1560041.html.
- ¹⁵¹ « Cancer du sein: le tatouage, un dernier acte de guérison », *FIGARO*, 28 décembre 2018, <http://www.lefigaro.fr/sciences/2018/12/28/01008-20181228ARTFIG00205-cancer-du-sein-le-tatouage-un-dernier-acte-de-guerison.php>.
- ¹⁵² « Accueil - Site de soeursdencre ! », consulté le 12 juin 2019, <https://www.soeursdencre.fr/>.
- ¹⁵³ « Galerie de femmes tatouées », Site de soeursdencre !, consulté le 12 juin 2019, <https://www.soeursdencre.fr/semaine-rose-tattoo-1/galerie/>.
- ¹⁵⁴ « Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A | Legifrance », consulté le 16 juillet 2019, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020890192&cidTexte=LEGITEX T000006072665&dateTexte=20090723>.
- ¹⁵⁵ « Code de la santé publique - Article L1411-11 | Legifrance », consulté le 16 juillet 2019, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006686929&dateTexte=&categorieLien=cid>.
- ¹⁵⁶ « Dépistage des cancers : recommandations et conduites à tenir - Ref: MEMODEP18 », consulté le 13 septembre 2019, <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Depistage-des-cancers-recommandations-et-conduites-a-tenir>.
- ¹⁵⁷ « Dépistage Du Cancer Du Sein : En Route Vers Le Futur », *Bulletin Du Cancer* 103, n° 9 (1 septembre 2016): 753-63, <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2016.06.005>.
- ¹⁵⁸ « VIDAL - Cancers : dépistages organisés - Prise en charge », consulté le 2 octobre 2019, https://www.vidal.fr/recommandations/2575/cancers_depistages_organises/prise_en_charge/.
- ¹⁵⁹ Luc Ceugnart et al., « Dépistage organisé du cancer du sein : point de vue du radiologue », *Bulletin du Cancer* 106, n° 7 (1 juillet 2019): 684-92, <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2019.03.003>.
- ¹⁶⁰ « Controverses Sur Le Dépistage Du Cancer Du Sein Par Mammographie : Quelles Informations Donner Aux Femmes ? », *Imagerie de La Femme* 24, n° 2 (1 juin 2014): 92-96, <https://doi.org/10.1016/j.femme.2014.03.005>.
- ¹⁶¹ Isabelle de Hercé, Cécile Bour, et Sébastien Faure, « Regards croisés sur le dépistage du cancer du sein », *Actualités Pharmaceutiques* 55, n° 558 (1 septembre 2016): 35-37, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2016.06.015>.
- ¹⁶² Ceugnart et al., « Dépistage organisé du cancer du sein ».
- ¹⁶³ « Cancer du sein : la peur du dépistage », consulté le 16 juillet 2019, <https://www.medisite.fr/cancer-cancer-du-sein-la-peur-du-depistage.977014.46.html>.
- ¹⁶⁴ « Cancer du sein : 9 raisons qui expliquent pourquoi les femmes ne se font pas dépister », consulté le 16 juillet 2019, <https://www.medisite.fr/cancer-du-sein-cancer-du-sein-9-raisons-qui-expliquent-pourquoi-les-femmes-ne-se-font-pas-depister.3492609.38942.html>.

- ¹⁶⁵ M. Tomietto et al., « Réticences au dépistage organisé du cancer du sein dans les Yvelines », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 42, n° 11 (1 novembre 2014): 761-65, <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.09.002>.
- ¹⁶⁶ « Octobre Rose : ruban, dates clés, courses, faire un don », consulté le 7 octobre 2019, <https://sante.journaldesfemmes.fr/maladies/2565846-octobre-rose-date-ruban-course-dons-ruban-2019/>.
- ¹⁶⁷ « Cancerdusein.org - L'ASSOCIATION », consulté le 7 octobre 2019, <https://www.cancerdusein.org/lassociation>.
- ¹⁶⁸ « Cancerdusein.org - Historique et mission des Prix Ruban Rose », consulté le 7 octobre 2019, <https://www.cancerdusein.org/prix-ruban-rose/historique-et-mission-des-prix-ruban-rose>.
- ¹⁶⁹ « Octobre rose, le mois dédié à la lutte contre le cancer du sein », 12 octobre 2018, <http://sante.lefigaro.fr/article/octobre-rose-le-mois-dedie-a-la-lutte-contre-le-cancer-du-sein/>.
- ¹⁷⁰ « Pensez avant de vous rose » Histoire du ruban rose », consulté le 8 octobre 2019, <http://thinkbeforeyoupink.org/resources/history-of-the-pink-ribbon/>.
- ¹⁷¹ « Cancerdusein.org - Le Ruban Rose », consulté le 8 octobre 2019, <https://www.cancerdusein.org/association/le-ruban-rose>.
- ¹⁷² « Course, marche, concert : le programme Octobre Rose 2019 », consulté le 8 octobre 2019, <https://sante.journaldesfemmes.fr/maladies/2566670-campagne-octobre-rose-2019-course/>.
- ¹⁷³ INCa, « Dépistage des cancers du sein - S'informer et décider », 2017, <https://www.theragora.fr/cancerologie/cancer-du-sein/inca--le-livret-du-depistage-des-cancers-du-sein-s-informer-et-decider.html>.
- ¹⁷⁴ de Hercé, Bour, et Faure, « Regards croisés sur le dépistage du cancer du sein ».
- ¹⁷⁵ Elsevier Masson, « Manipulatrice en radiothérapie : prévenir les radio-épithélites », EM-Consulte, consulté le 8 octobre 2019, <https://www.em-consulte.com/article/85385/figures/manipulatrice-en-radiotherapie-prevenir-les-radio>.
- ¹⁷⁶ « Fiche-radio-epithelite.pdf », consulté le 8 octobre 2019, <http://m.rohlim.fr/sites/default/files/files/Fiches%20effets%20secondaires%20sein/Fiche-radio-epithelite.pdf>.
- ¹⁷⁷ H Marsiglia et C Bourcier, « Complications de la radiothérapie du sein – Breast radiotherapy complications », s. d., 3.
- ¹⁷⁸ Lemoine et Faure, « Rôle du pharmacien auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein ».
- ¹⁷⁹ « Les effets de la radiothérapie », Le blog du Groupe Sein CHL, consulté le 1 décembre 2019, <http://www.cancerseinchl.lu/groupe-sein-chl/2018/5/7/les-effets-de-la-radiotherapie>.
- ¹⁸⁰ Guylaine Laroumagne, « Bouffées de Chaleur », in *120 diagnostics à ne pas manquer* (Elsevier, 2009), 57-58, <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-08782-0.50018-7>.
- ¹⁸¹ G. Boutet, « Traitement des bouffées de chaleur après cancer du sein », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 40, n° 4 (avril 2012): 241-54, <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.02.015>.
- ¹⁸² « Sexualité et cancer : vivre et reconquérir son intimité », *MÊME* (blog), 14 décembre 2016, <https://www.memecosmetics.fr/blog/sexualite-et-cancer-vivre-et-reconquerir-son-intimite/>.
- ¹⁸³ Lemoine et Faure, « Rôle du pharmacien auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein ».
- ¹⁸⁴ « Guide des tailles : choisir sa taille de soutien-gorge pour prothèse », consulté le 13 octobre 2019, <https://www.oncovia.com/blog/expert/guide-des-tailles-soutien-gorge/>.
- ¹⁸⁵ « Connaître sa taille de soutien-gorge », Lingerie Sans Complexe, consulté le 13 octobre 2019, https://sanscomplexe.co-buying.com/iaf/sanscomplexe_raf2/og.
- ¹⁸⁶ « L'Histoire de MÊME », *MÊME* (blog), 25 septembre 2016, <https://www.memecosmetics.fr/blog/histoire-de-meme/>.
- ¹⁸⁷ « La gamme MÊME cosmetics ! - MÊME », consulté le 10 octobre 2019, <https://www.memecosmetics.fr/fr/12-produits-meme>.
- ¹⁸⁸ « La gamme MÊME cosmetics ! - MÊME ».
- ¹⁸⁹ d.berger, « Avène, une histoire riche », Text, Eau Thermale Avène, 2 août 2012, <https://www.eau-thermale-avene.fr/avene-une-histoire-riche>.
- ¹⁹⁰ ffoveau_32155, « Peau et cancer », Text, Eau Thermale Avène, 3 mai 2018, <https://www.eau-thermale-avene.fr/peau-et-cancer>.
- ¹⁹¹ « Station Thermale d'Avène | Cures, Traitements, Thermalisme », Station Thermale d'Avène, consulté le 10 octobre 2019, <https://www.avenecenter.com/fr/homepage>.
- ¹⁹² « Cures post cancer - Thermes et cures thermales en France », consulté le 20 janvier 2019, <http://www.medecinthermale.fr/la-medecine-thermale/cure-post-cancer>.
- ¹⁹³ « Dalenc F et al, Eur J Cancer Care 2017 aug 22 », s. d.
- ¹⁹⁴ « Cure thermale après un cancer : à la découverte de la station thermale d'Avène », *MÊME* (blog), 2 mai 2018, <https://www.memecosmetics.fr/blog/cure-thermale-apres-cancer-a-decouverte-de-station-thermale-davene/>.
- ¹⁹⁵ B Bonnan, « Rôle des pharmaciens hospitaliers et officinaux - Prise en charge pharmaceutique des patients cancéreux » (John Libbey Eurotext, 2008).

Titre :**Conserver sa féminité pendant et après un cancer du sein : rôle et conseils du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de ces patientes**

Thèse soutenue le 21 Février 2020

Par Marion DE LA CALLE

Résumé :

Nous entendons beaucoup parler du cancer du sein ces dernières années, nous savons que c'est une maladie grave qui atteint de plus en plus de personnes et que les traitements sont lourds. Mais que savons-nous vraiment des réalités de cette maladie et de ses impacts sur les patientes ? Aujourd'hui, en touchant 1 femme sur 8, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France et représente la première cause de décès par cancer chez la femme. La maladie elle-même ainsi que les traitements provoquent de nombreux effets indésirables, portant atteinte à la féminité et mettant en péril l'estime de soi. C'est là que le pharmacien d'officine peut intervenir et détenir tout son rôle. Du fait de la proximité officinale et de la disponibilité des traitements anti-cancéreux en ville, l'officine accueille désormais de nombreuses patientes atteintes d'un cancer avec lesquelles les contacts sont privilégiés.

Dans cette thèse, les différentes solutions pour conserver la féminité seront abordées : des techniques médicales aux techniques corporelles, en s'appuyant également sur la cosmétique.

Le but de cet exercice est d'être capable de conseiller la patiente afin de prévenir et d'accompagner au mieux les effets secondaires des traitements. Le pharmacien possède toutes les compétences pour réaliser la délivrance des traitements, l'accompagnement psychique ainsi que l'accompagnement dermo-cosmétique de la patiente afin d'assurer sa sécurité, son confort et de garantir la conservation d'une bonne image et estime de soi.

Mots-clés :

Cancer du sein – Féminité – Officine – Cosmétique – Conseils

Directeur de thèse	Laboratoire	Nature
Isabelle PASSAGNE	Laboratoire de toxicologie Recherche en cancérologie	Expérimentale ☐ Bibliographique ☒