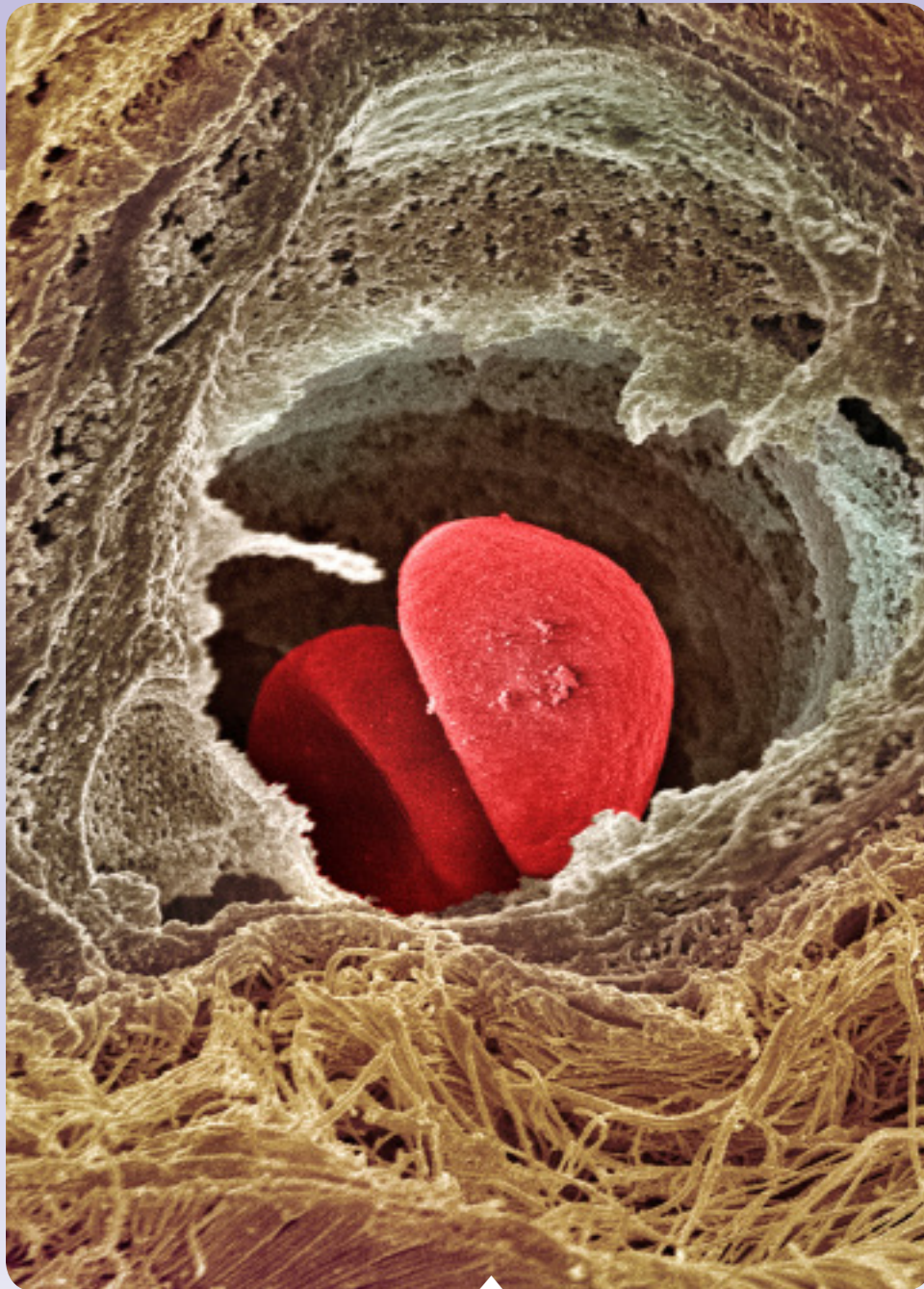


Cancer du sein



STEVE SCHMEISSNER/SPL/PHANIE

Cellules cancéreuses d'un sein, encerclant des globules rouges.

Sommaire

Fiche maladie p. 102

LES SERVICES DE POINTE

Nord-Ouest p. 103

Sud-Ouest p. 104

Nord-Est p. 105

Sud-Est p. 106

Île-de-France p. 107

REPORTAGE

Le centre
Paul-Strauss,
à Strasbourg p. 108

ZOOM

La radiothérapie
peropératoire p. 109

QUESTIONS À

Pr Frédérique
Penault-Llorca, du
Centre Jean-Perrin
à Clermont-
Ferrand p. 110

PISTE D'AVENIR

Sortir la chimio
de l'hôpital p. 110

Cancer du sein

Une guérison dans neuf cas sur dix

COMPRENDRE

Le cancer du sein est la tumeur maligne la plus fréquente chez la femme. Très majoritairement asymptomatique, il est découvert grâce au dépistage.

Dans 95 % des cas, il s'agit d'un adénocarcinome: il prend naissance à partir des cellules épithéliales tapissant l'intérieur de la glande mammaire. Lorsque la tumeur se développe dans les canaux par lesquels transite normalement le lait, on parle de carcinome canalaire. Il est plus rarement lobulaire, c'est-à-dire qui se développe dans un lobule, la structure sécrétant le lait. On distingue par ailleurs les cancers *in situ*, lorsque les cellules malignes sont cantonnées à l'intérieur des canaux ou des lobules et n'ont pas encore envahi les tissus voisins, des cancers infiltrants. Ces derniers peuvent se propager vers les ganglions les plus proches, au niveau des aisselles, appelés ganglions axillaires. Chez la femme, plus de huit cancers diagnostiqués sur dix sont des carcinomes canauxaires *in situ* (ou CCIS).

Parmi les facteurs de risque, on trouve l'âge, les antécédents personnels et familiaux, la prise prolongée d'un traitement hormonal substitutif, le surpoids, la consommation d'alcool et de tabac. Par ailleurs, 5 à 10 % de ces cancers sont héréditaires, c'est-à-dire attribuables à une mutation génétique (les gènes BRCA1 et BRCA2 sont le plus souvent en cause).

Rappelons enfin que moins de 1 % des cancers du sein sont diagnostiqués chez des hommes, plus souvent touchés par un carcinome canalaire infiltrant. La prise en charge est sensiblement identique à celle de la femme.

TRAITER

Différents types de traitements peuvent être envisagés, seuls ou en association: la chirurgie, qui peut aller de la simple exérèse de la tumeur jusqu'à l'ablation complète du sein (mastectomie), suivie ou non d'une reconstruction mammaire; la radiothérapie; l'hormonothérapie; la chimiothérapie et les thérapies ciblées. Ils ont pour objectif, selon les cas, de supprimer la tumeur et ses éventuelles métastases, de réduire le risque de récurrence ou de ralentir le développement de la tumeur, et peuvent être complétés par des « soins de support », indiqués pour aider à supporter les conséquences de la maladie. S'agissant du carcinome canalaire *in situ* qui est le plus fréquent, le traitement est essentielle-

ment locorégional: une chirurgie conservatrice suivie d'une radiothérapie ou une mastectomie totale, avec dans les deux cas une exérèse des ganglions axillaires si nécessaire. Quant à la forme lobulaire *in situ*, sa prise en charge repose avant tout sur une surveillance régulière, avec si besoin une biopsie et/ou une ablation de la tumeur.

Pour les autres types de tumeurs, le choix du traitement dépend de plusieurs facteurs:

- la localisation de la tumeur;
- son stade (taille, caractère infiltrant ou non, présence éventuelle de métastases);
- son grade, c'est-à-dire son agressivité potentielle, défini en fonction des caractéristiques des cellules cancéreuses;
- la présence d'un ou plusieurs foyers tumoraux;
- son statut quant aux récepteurs hormonaux (ER pour estrogènes et PR pour progestérones) et récepteurs HER2: si les cellules cancéreuses en sont porteuses, on dit alors que la tumeur est ER+ et/ou HER2+ par exemple, une hormonothérapie et/ou une thérapie ciblée sera donc envisageable;
- enfin, l'état de santé général de la patiente, mais aussi son avis quant aux options thérapeutiques proposées. ■

Émilie Gillet



Radiographie d'un sein porteur d'une tumeur, examinée par le médecin d'un centre de lutte contre le cancer.

PASCAL BASTIEN POUR SCIENCES ET Avenir

Chiffres

C'est le premier cancer féminin

48 763 nouveaux cas en 2012

11 886 décès en 2012

63 ans, c'est l'âge moyen au moment du diagnostic

Taux de survie de 87 % à 5 ans,

76 % à 10 ans

Source: Inca

Adresses utiles

Vivre comme avant - www.vivrecommeavant.fr - 14, rue Corvisart 75013 Paris - Tél.: 01 53 55 25 26

Europa Donna - www.europadonna.fr - 14, rue Corvisart 75013 Paris - Tél.: 01 44 30 07 66



PASCAL BASTIEN POUR SCIENCES ET Avenir

En salle de réveil, le médecin anesthésiste Virginie Proust échange avec une patiente qui vient d'être opérée d'une mastectomie partielle du sein, au Centre de lutte contre le cancer de Strasbourg.

CENTRE PAUL-STRAUSS, STRASBOURG

Chirurgie ambulatoire, une organisation millimétrée

Le dernier Plan cancer prévoit que 50 % des chirurgies du cancer du sein pourront, dans les années à venir, être effectuées en ambulatoire. Découverte du parcours-type d'une patiente.

6h 30. Il fait encore nuit quand les premières patientes arrivent dans l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) du Centre Paul-Strauss à Strasbourg, pour y subir une opération du sein. Dans les couloirs encore vides, chacune est accueillie individuellement: un infirmier vérifie qu'elle est à jeun, a pris une douche le matin même et apporte son dossier médical complet. Une bonne organisation est en effet la clé d'une chirurgie ambu-

latoire réussie, ce terme désignant une hospitalisation réduite à la seule journée. Avant tout, « *il faut que la patiente soit d'accord, et donc bien informée*, précise le Dr Stéphanie Jost, chirurgien responsable de l'UCA. *Les critères sont aussi chirurgicaux: pour l'instant, nous ne réalisons pas de mastectomie totale (retrait du sein, ndlr) en ambulatoire. Et, conformément aux critères classiques, la patiente ne doit pas rentrer chez elle ni passer la première nuit seule.* » La veille

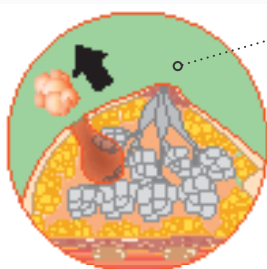
de l'opération, des examens sont nécessaires, notamment une échographie pour situer précisément la tumeur, ainsi qu'un repérage du « ganglion sentinelle », ce ganglion lymphatique le plus proche de la tumeur, dont l'analyse permet de déterminer la progression de la maladie. Il n'est pas encore 8 heures quand la première patiente rejoint le bloc. C'est à pied qu'elle s'y rend, soutenue par le bras rassurant d'une infirmière. Puis, le Dr Vir-

La radiothérapie peropératoire

Elle permet de réaliser sous certaines conditions l'ablation de la tumeur et l'irradiation de la zone opérée au cours d'une seule intervention.

ginie Proust, médecin-anesthésiste, prépare la patiente : « Je commence par une anesthésie loco-régionale de la zone à opérer. L'effet va durer 24 heures afin que la patiente souffre moins après l'opération. Cela permet aussi une anesthésie générale plus légère, donc un réveil plus rapide. »

Peu après, la chirurgienne entre en scène. Le Dr Ludivine Lousert commence par ôter le ganglion sentinelle : « Nous l'envoyons immédiatement au service d'anatomopathologie pour qu'il l'analyse pendant que l'on réalise l'exérèse (retrait, ndlr) de la tumeur, explique-t-elle. Vingt minutes plus tard, les résultats sont donnés au bloc par téléphone. Vingt minutes d'incertitude pour toute l'équipe... « Si le ganglion est positif, c'est-à-dire envahi par des cellules cancéreuses, alors on effectue un curage ganglionnaire. » Un geste lourd qui consiste à retirer l'ensemble des ganglions lymphatiques et peut impliquer la pose de redons (tubes permettant l'évacuation du sang et de la lymphe de la zone opérée) et donc une hospitalisation de plusieurs jours. Au Centre Paul-Strauss, cela n'arrive que dans 6 % des cas. « Si les ganglions sont négatifs, on referme la plaie avec des fils résorbables, et la patiente part en salle de réveil. » En fonction des caractéristiques de la tumeur, un traitement complémentaire ou une simple surveillance seront discutés une semaine plus tard en réunion de concertation pluridisciplinaire. 10 heures. Doucement, la patiente se réveille. À son chevet, l'anesthésiste vérifie que tout va bien. Dans une heure, elle aura rejoint sa chambre, où une collation lui



1. Exérèse

La tumeur est ôtée. Seules celles de petite taille (moins de 2 cm) et n'ayant pas infiltré les ganglions peuvent être candidates à une radiothérapie peropératoire.



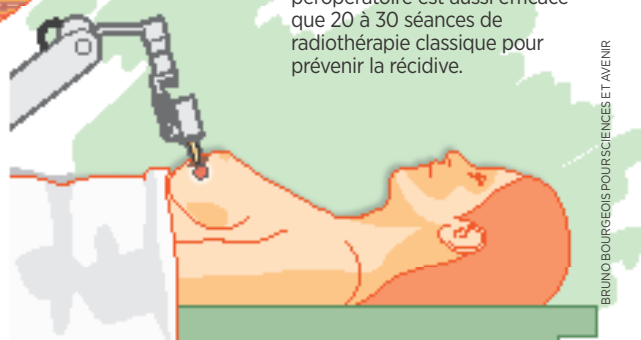
2. Irradiation

Un applicateur est positionné dans le sein : il délivre une dose unique et massive de rayons X immédiatement après l'exérèse de la tumeur, alors que la patiente est encore endormie au bloc.



Une seule séance

Des études ont montré qu'une seule séance de radiothérapie peropératoire est aussi efficace que 20 à 30 séances de radiothérapie classique pour prévenir la récurrence.



BRUNO BOURGEOIS POUR SCIENCES ET Avenir

sera servie. « Dans l'après-midi, je retourne voir chaque patiente, notamment pour changer son premier pansement afin qu'elle ne découvre pas seule sa cicatrice une fois rentrée à domicile », raconte le Dr Lousert. Vers 16 heures, la patiente rentre chez elle accompagnée, munie d'un numéro de téléphone à composer au moindre souci. Le lendemain, un membre de l'UCA l'appellera pour prendre de ses nouvelles. Dès le troisième jour, elle pourra prendre une douche et changer seule son pansement. Pendant une dizaine de jours, une infirmière libérale passera quotidiennement pour des injections d'anticoagulants, comme c'est le cas après n'importe quelle opération. « Si l'infirmière

constate quelque chose d'anormal ou s'inquiète pour la cicatrice, elle nous contacte directement. Quant à la patiente, nous la revoyons dix jours plus tard pour parler des résultats de l'examen de sa tumeur et de la suite de sa prise en charge », précise la chirurgienne.

« Les patientes sont de plus en plus nombreuses à nous demander une chirurgie ambulatoire. Rentrer chez soi le soir-même constitue un vrai plus en termes de confort. Cela permet aussi de ne pas rompre avec la vie familiale et professionnelle, résume le Dr Stéphanie Jost. L'ambulatoire ne rend pas le diagnostic moins grave, mais cela dédramatise la chirurgie, qui est souvent la première étape thérapeutique. »

■ **Émilie Gillet**

Piste d'avenir

Sortir la chimio de l'hôpital

En 2020, 14 % des chimiothérapies pratiquées dans le cancer du sein pourront se faire à domicile, contre seulement 3 % en 2013. C'est le résultat de l'étude* menée par Unicancer, l'organisme qui fédère tous les centres de lutte contre le cancer en France. Et la tendance n'est pas spécifique au cancer du sein : de plus en plus de patients devraient être soignés chez eux grâce aux chimiothérapies en hospitalisation à domicile (HAD) et au développement des traitements par voie orale, estime Unicancer. Mais encore faut-il que l'offre d'HAD se développe et que les oncologues se mobilisent. Dans un rapport publié début 2015, la Haute Autorité de santé considère en effet la volonté du médecin prescripteur comme le principal facteur déclenchant d'une chimiothérapie en HAD. Ce rapport constate par ailleurs une très forte disparité sur le territoire français : alors que quatre régions réalisent à elles seules 82 % des chimiothérapies en HAD tous cancers confondus en 2013 (Île-de-France, Limousin, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Rhône-Alpes), il existe également de véritables zones blanches (Franche-Comté, Champagne, Haute-Corse et Basse-Normandie). En parallèle se développent aussi les chimiothérapies par voie orale, pour l'instant réservées aux cancers du sein métastatiques. Si elles sont plébiscitées par les patientes, les médecins, eux, restent globalement assez prudents, craignant notamment des problèmes d'observance (respect scrupuleux des doses et des horaires de prise des traitements par les malades). ■ É. G.

*« Quelle prise en charge des cancers en 2020 », étude publiée en 2013 par Unicancer.

Questions à

PR FRÉDÉRIQUE PENAULT-LLORCA DIRECTRICE GÉNÉRALE DU CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER JEAN-PERRIN DE CLERMONT-FERRAND

Généraliser les tests pour éviter les traitements inutiles

Quels tests permettent aujourd'hui de caractériser une tumeur du sein ?

Deux types de tests sont utilisés pour évaluer l'intérêt d'une thérapie ciblée en plus des traitements conventionnels. Le premier recherche la présence de récepteurs hormonaux (RH) à la surface des cellules cancéreuses. C'est le cas pour 75 à 80 % des tests. On dit alors que la tumeur est RH+ : une hormonothérapie est envisagée pour diminuer le risque de récurrence. Le second détecte les récepteurs de type HER2. Dans 15 % des cas, les tumeurs sont HER2+. On dispose dans ce cas, en phase précoce, d'un traitement ciblé, le trastuzumab (ou Herceptin®), qui bloque ces récepteurs HER2 pour inhiber la croissance tumorale.

On parle aussi de tests permettant d'éviter certaines chimiothérapies. De quoi s'agit-il ?

Pour les tumeurs de haut grade, très agressives, la chimiothérapie est incontournable pour diminuer le risque de récurrence. Mais pour les autres, il est parfois difficile de faire un choix. Chez certaines femmes, la chimiothérapie n'apporte aucun bénéfice alors que les effets secondaires sont importants. Depuis quelques années, il existe des tests qui analysent l'expression de différents gènes impliqués dans le cancer du sein et qui nous permettent d'évaluer le risque



GIL LE FAUCONNIER

de rechute. S'il est faible, la chimiothérapie n'est pas nécessaire.

Ces tests sont-ils utilisés en routine ?

En Amérique du Nord et chez nos voisins européens, oui. Mais en France, ils sont toujours en cours d'évaluation. Pourtant, de nombreuses études internationales ont prouvé leur intérêt ! Ne serait-ce qu'en termes d'économie de santé : un test coûte 2 500 à 3 500 euros, contre plus de 15 000 euros pour une chimiothérapie. Au Centre Jean-Perrin, grâce à un financement caritatif, plus de 300 patientes ont bénéficié de ces tests depuis cinq ans. Cela a permis d'éviter une chimiothérapie à plus de deux tiers d'entre elles. D'autres services en France évaluent la pertinence de ces tests. Nous espérons qu'ils pourront très prochainement être généralisés. ■ **Propos recueillis par É. G.**