

La RADIOTHÉRAPIE des cancers du **SEIN**

Mieux comprendre votre traitement



Document réalisé
avec le soutien de

MERCK

Société Française
de Radiothérapie
Oncologique
SFRO

SNRO
Société Nationale de Radiothérapie Oncologique

SFJRO
Société Française
de Radiothérapie
des Oncologues

Ce livret est un résumé explicatif à l'usage des patientes dont le but est de répondre aux principales questions concernant la radiothérapie des cancers du sein.

Ce document a été élaboré avec l'aide d'oncologues radiothérapeutes et médicaux, médecins généralistes, infirmières, psychologues, aides-soignants, manipulateurs, secrétaires médicales, patientes en cours de traitement, patientes après le traitement, familles de patientes, bénévoles.

Ce document a été relu par plusieurs oncologues radiothérapeutes et médicaux.

Ce livret est édité sous l'égide de la Société Française de Radiothérapie Oncologie (SFRO), du Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues (SNRO) et de la Société Française des jeunes Radiothérapeutes Oncologues (SFjRO).

Sommaire

Anatomie et localisation

| | |
|--------------------------------------|---|
| Le sein | 4 |
| Information générale sur les cancers | 6 |
| Les cancers du sein | 7 |
| Diagnostic | 8 |

Les traitements

| | |
|-------------------|----|
| La chirurgie | 10 |
| La chimiothérapie | 10 |
| La radiothérapie | 11 |
| L'hormonothérapie | 11 |

Les effets secondaires pendant le traitement

| | |
|----------------------------|----|
| En cours de chimiothérapie | 12 |
| En cours d'hormonothérapie | 12 |
| En cours de radiothérapie | 12 |

Les conseils pratiques pendant le traitement

| | |
|--------------------------|----|
| Pendant la radiothérapie | 13 |
|--------------------------|----|

Les effets secondaires d'après traitement

| | |
|--------------|----|
| Lymphocèle | 16 |
| Lymphœdème | 16 |
| La peau | 16 |
| La sexualité | 16 |

Les conseils pratiques d'après traitement

| | |
|-------------------|----|
| Conseils généraux | 17 |
|-------------------|----|

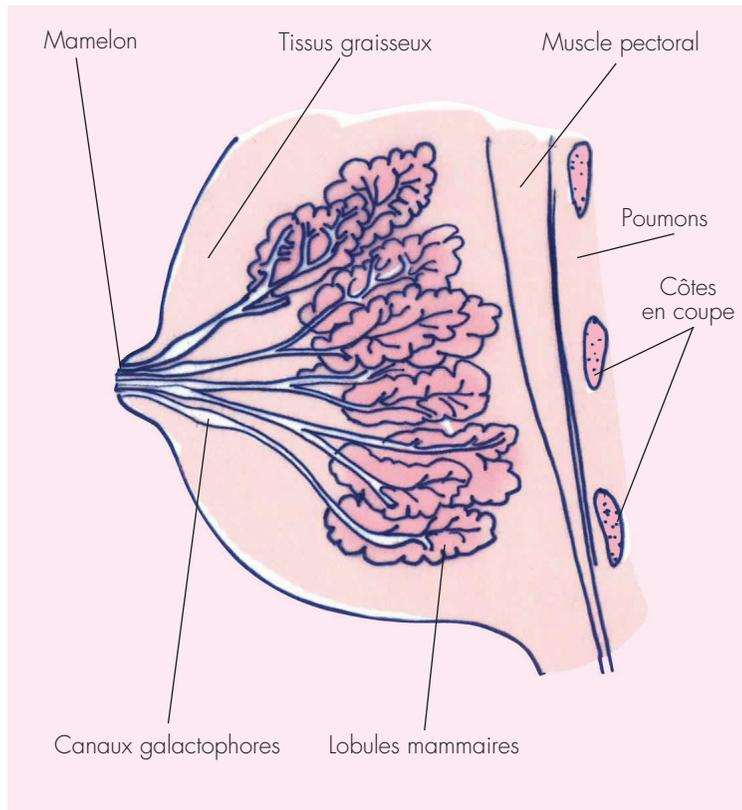
L'après traitement

| | |
|--|----|
| Les prothèses externes | 18 |
| Reconstruction mammaire | 19 |
| Reconstruction du mamelon | 19 |
| Mesure des résultats et suivi d'après-traitement | 20 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| Les associations et autres ressources | 21 |
|---------------------------------------|----|

| | |
|-----------|----|
| Glossaire | 22 |
|-----------|----|

Anatomie et localisation



Le sein

Chaque sein est constitué d'une vingtaine de sections appelées lobules. De ces lobules partent les canaux mammaires (appelés galactophores) qui conduisent le lait après l'accouchement.

Ces canaux se rejoignent au niveau du mamelon. Il n'y a aucun muscle dans le sein mais il en existe un en arrière du sein : c'est le muscle pectoral qui, avec les côtes, constitue la paroi thoracique.

Chaque sein contient aussi des vaisseaux sanguins et lymphatiques (lymphe située dans les ganglions axillaires, sus-claviculaires et mammaires internes) mais il y a aussi de la lymphe dans d'autres parties du corps.

Coupe du sein

Anatomie et localisation

Le système lymphatique est constitué de ganglions dans lesquels circule le liquide lymphatique (composé de globules blancs, de graisses et de protéines) ainsi qu'un liquide dans lequel s'évacuent les déchets de l'organisme.

› L'aisselle ou région axillaire

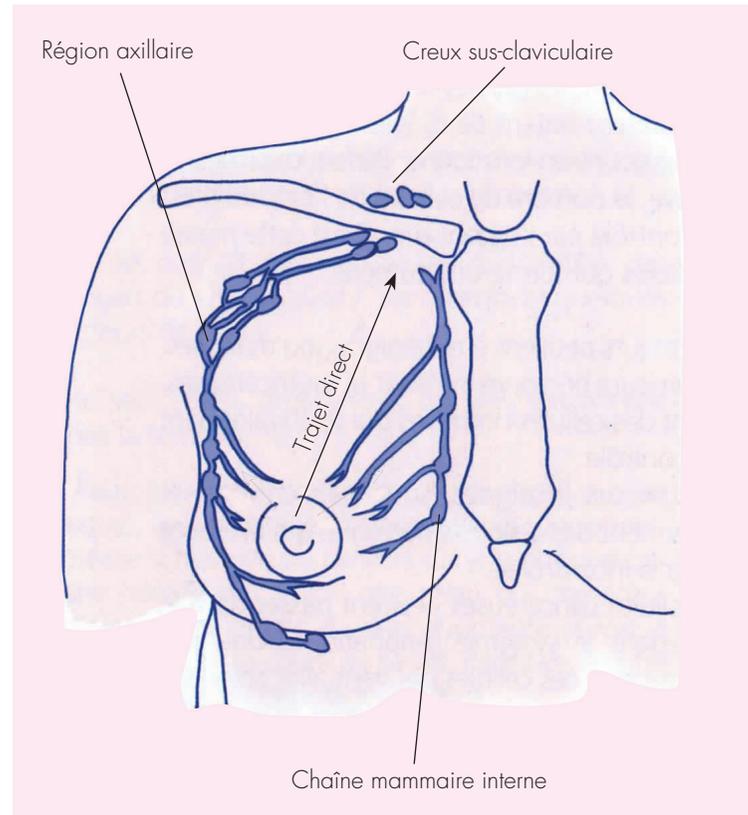
C'est la région située en arrière du muscle pectoral qui contient l'artère et la veine axillaire ainsi que les vaisseaux et les ganglions lymphatiques.

› Le creux sus-claviculaire

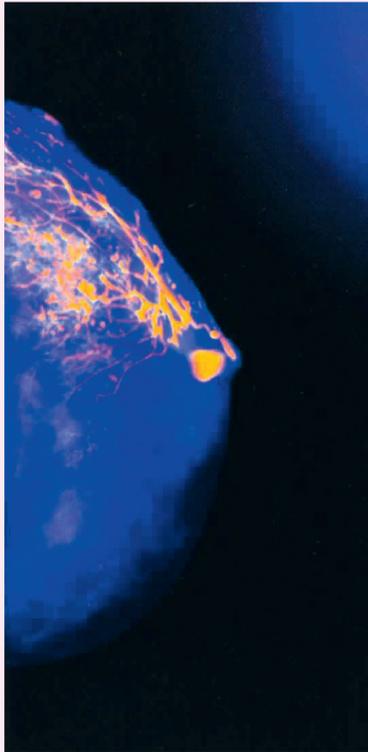
C'est la région au-dessus de la clavicle qui comporte des ganglions. Cette région est souvent irradiée quand les ganglions qui ont été enlevés dans l'aisselle sont atteints.

› La chaîne mammaire interne

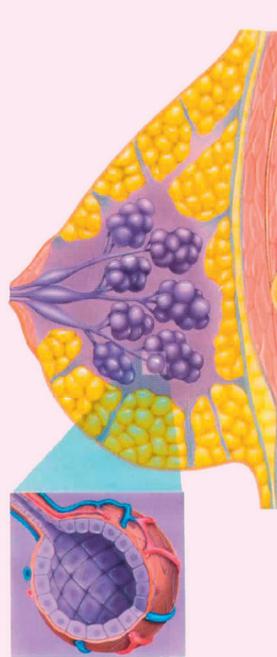
C'est la région située de chaque côté du sternum où sont situés des vaisseaux lymphatiques et des ganglions non palpables. Son atteinte est moins fréquente que celle du creux axillaire (aisselle).



Anatomie et localisation



Mammographie



Information générale sur les cancers

Le corps est fait de différents types de cellules. Normalement, les cellules grandissent, se divisent et produisent autant de cellules que le corps en a besoin pour bien fonctionner.

Parfois, ce processus s'enraye, le nombre de cellules de l'organe n'est plus contrôlé par l'organisme. C'est cette masse de cellules qui forme une tumeur.

Les tumeurs peuvent être bénignes ou malignes.

Les tumeurs bénignes ne sont pas cancéreuses, ce sont des cellules normales qui se développent sans contrôle.

Les tumeurs malignes sont cancéreuses et contiennent des cellules anormales qui se multiplient de façon incontrôlée.

Ces cellules cancéreuses peuvent passer dans le sang, dans le système lymphatique. Une fois dans le sang, ces cellules peuvent aller coloniser d'autres organes où elles vont former de nouvelles tumeurs (les métastases).

Anatomie et localisation

Les cancers du sein

Dans 95 % des cas, le point de départ du cancer du sein se situe au niveau de l'épithélium, c'est à dire dans les canaux galactophores (voir schéma page 4).

Quand les cellules cancéreuses restent regroupées dans la membrane basale, on parle de cancer "in situ" (c'est à dire "resté en place") et il n'y a pas de risque d'extension au-delà du sein. La pratique de plus en plus fréquente du dépistage augmente la mise en évidence de lésions plus précoces et, en particulier, de cancers "in situ".

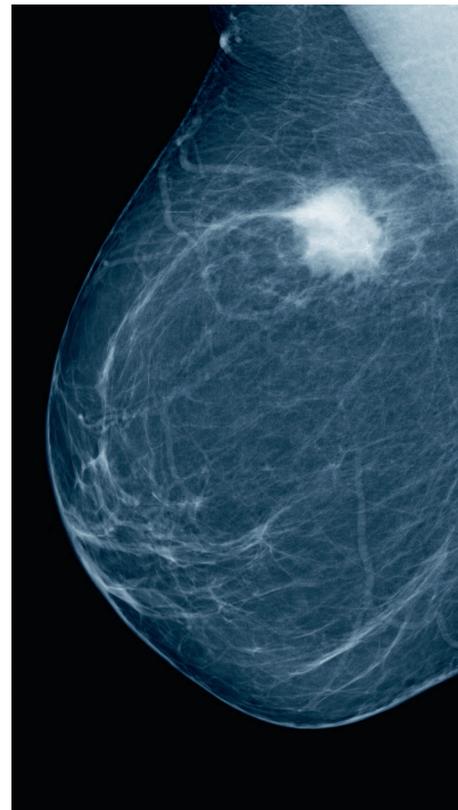
Quand il y a extension (ou infiltration) au-delà de cette membrane, on parle alors de cancer infiltrant. Les cellules cancéreuses (ou néoplasiques) ont alors la capacité d'infiltrer les vaisseaux lymphatiques. Elles sont alors découvertes lors de l'examen au microscope des ganglions prélevés au cours de l'intervention.

Les cellules cancéreuses peuvent aussi passer dans la circulation sanguine et se développer à distance de la tumeur primitive (du sein), ce sont alors des métastases.

Le cancer du sein représente un tiers des cancers qui touchent la femme. C'est le plus fréquent. Environ une femme sur dix sera concernée au cours de sa vie.

On ne connaît ni les causes ni l'origine des cancers du sein, on peut juste répertorier quelques facteurs de risque :

- › le sexe (99 % des cancers du sein surviennent chez la femme),
- › l'âge (plus la personne est âgée plus le risque augmente), les maladies familiales et personnelles (même si très peu de cancers du sein ont une origine héréditaire). Avoir une mère ou une soeur atteinte d'un cancer du sein augmente le risque d'en avoir un au cours de sa vie. Parlez-en à votre médecin lors du dépistage précoce,
- › la nulliparité (le fait de n'avoir jamais eu d'enfant), une longue période d'activité génitale (puberté précoce, ménopause tardive, allaitement, traitement hormonal prolongé).



Anatomie et localisation

Diagnostic

› Les symptômes (signes cliniques)

Il peut s'agir de la découverte d'une masse "boule", soit par l'autopalpation, soit lors d'une visite chez le gynécologue, soit lors d'une mammographie mais le plus souvent, c'est par la découverte de micro-calcifications sur mammographie que le diagnostic est réalisé.

Il peut y avoir aussi d'autres signes comme : une modification de la couleur du sein, de sa température, de sa forme, de sa taille, de sa texture, de la tenue du mamelon, de la peau, mais aussi la découverte d'une masse au niveau de l'aisselle.

Du fait de la généralisation du dépistage du cancer du sein, les lésions sont dépistées à des stades de plus en plus précoces, permettant un traitement plus efficace.

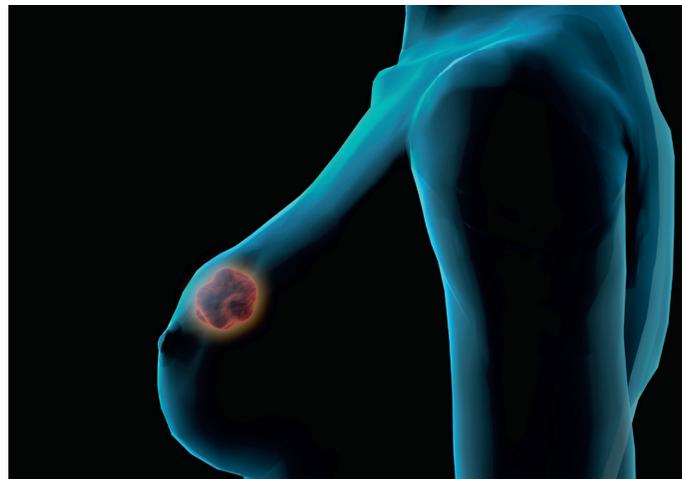
Parfois, il n'y a pas de signe clinique particulier et c'est en cela qu'un suivi médical régulier est nécessaire et recommandé ; la découverte se fait à l'occasion d'un examen.

› Etablissement du diagnostic

Le médecin va évaluer le parcours médical de la patiente ainsi que de sa famille. Il va examiner le sein, l'aisselle, le cou mais faire aussi un examen complet.

Ensuite, il demande des examens comme une mammographie (radiographie du sein) et/ou une échographie et/ou une biopsie (pour confirmer son diagnostic, en cas de doute).

La biopsie est un prélèvement local d'un petit morceau de tissu du sein au niveau de la masse suspecte. C'est un acte qui peut être un peu douloureux mais qui ne nécessite pas d'hospitalisation. Ce prélèvement est analysé au microscope et permet de porter ou non le diagnostic de cancer. Aujourd'hui, ce diagnostic est accompagné de la recherche de certaines particularités de la tumeur qui serviront à orienter le traitement.



Anatomie et localisation

Ce bilan peut être complété par une recherche d'extension autour de la tumeur (recherche de ganglions envahis) et dans d'autres organes. On connaît alors le type de cancer et son stade de développement, ce qui oriente vers le traitement le plus adapté à la maladie de la patiente : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie.

Le choix du traitement (seul ou associé à un autre) n'est pas un indicateur de gravité.

A tout moment, il est possible de demander l'avis d'un deuxième spécialiste.

*Réalisation
d'une mammographie*



Les traitements

Il est difficile de présenter des généralités sur les traitements car ils sont spécifiques à chaque maladie cancéreuse mais aussi dépendent de la localisation, du stade de développement

de la maladie ainsi que de l'état général de la personne. Il est donc conseillé de ne pas comparer son propre traitement à celui d'une autre personne car il existe forcément des éléments différents.

La chirurgie

Le premier traitement proposé est, le plus souvent, une opération chirurgicale. Son but est double : enlever la tumeur ainsi que les ganglions axillaires (les ganglions qui sont au niveau de l'aisselle).

Dans certains cas, la technique du ganglion sentinelle est utilisée en remplacement du curage. Cette technique consiste à repérer (méthode lymphoscintigraphique ou au bleu) le ou les premiers relais de drainage ganglionnaire qui sont ensuite prélevés et examinés.

Cette ablation de la tumeur peut se faire soit en enlevant la tumeur et le sein : on parle alors de mastectomie ; soit en n'enlevant que la tumeur avec une marge de sécurité tout autour : on parle alors de tumorectomie.

Le choix de l'une ou de l'autre de ces techniques est dicté par la taille de la tumeur, sa localisation dans le sein et enfin, le volume du sein de la patiente. Quel que soit le geste pratiqué sur le sein, la chirurgie comporte pratiquement toujours (exception faite pour certains cancers in situ) un curage axillaire qui permet d'enlever des ganglions de l'aisselle pour les analyser au microscope et de faire le diagnostic de cancer.

Quand il y a mastectomie, le chirurgien peut décider, avec l'accord de la patiente, la reconstruction immédiate du sein ou préférer la prévoir plusieurs mois plus tard.

La chimiothérapie

Ce peut être le premier traitement du cancer du sein ou venir en complément d'une opération.

La chimiothérapie agit sur tout l'organisme. Son but est de détruire les cellules cancéreuses, non détectables par les examens radiologiques, qu'elle rencontre. Dans ce cas, elle est prescrite de façon préventive après la chirurgie (on parle de chimiothérapie «adjuvante») pour éviter l'apparition de métastases.

Les effets secondaires sont différents selon les chimiothérapies utilisées et généralement transitoires (alopécie, chute des globules blancs, nausées).

Vous pourrez en discuter avec votre oncologue.

Il existe de très nombreux produits ; le oncologue choisira celui ou ceux qui sont le(s) plus adapté(s) à chaque cas. De nombreuses chimiothérapies ne provoquent plus de chute de cheveux (alopécie).

Une association radiothérapie-chimiothérapie concomitante, peut être proposée.

Les traitements

La radiothérapie

› La radiothérapie externe :

Deux types de rayons sont utilisés : les photons X qui traversent le corps humain afin de déposer leur énergie en profondeur, directement au niveau de la tumeur ; les électrons, quant à eux, vont traiter des régions superficielles.

Les photons X sont utilisés pour traiter le sein et une partie des régions ganglionnaires.

Les électrons sont plus utilisés pour traiter la paroi thoracique après mastectomie et une autre partie des ganglions.

Un scanner de repérage réalisé en position de traitement sert à préparer la radiothérapie.

Le traitement débute ensuite par une simulation qui permet de délimiter la zone à traiter. Cette zone est dessinée sur la peau ce qui implique de garder les traces pendant toute la durée du traitement, certains centres préfèrent tatouer quelques points de repérage sur la peau mais le choix est toujours possible. Les séances se déroulent de façon (presque) quotidienne et en trois à six semaines environ. La patiente est installée sur une table de traitement, reste seule pendant la séance qui dure entre quatre et quinze minutes selon les cas.

L'équipe reste en permanence en contact visuel et auditif avec la patiente (vidéos et micros). Les rayons sont invisibles et indolores, ils ne font pas mal et ne rendent pas radioactif.

Le but de la radiothérapie, effectuée le plus souvent après la chirurgie, est de détruire les quelques cellules cancéreuses qui pourraient être présentes après la chirurgie.

Elle est parfois prescrite avant la chirurgie afin de stériliser la tumeur, ou pour faciliter la chirurgie en faisant réduire la masse de la tumeur à enlever.

Elle est aussi parfois combinée à la chimiothérapie, en même temps ou successivement.

› La radiothérapie interne : la curiethérapie

Il s'agit de guides qui sont placés durant l'opération dans le sein et destinés à recevoir des fils radioactifs pendant deux à quatre jours.

Cela nécessite une hospitalisation pendant toute la durée du traitement ainsi qu'une anesthésie. Cette curiethérapie peut être prescrite comme un complément de dose situé dans le lit tumoral, c'est à dire la cicatrice de la tumorectomie. Les indications sont rares et sont expliquées par le médecin responsable de ce traitement, au cas par cas.

L'hormonothérapie

L'étude des cellules cancéreuses au microscope permet de savoir si ces cellules se servent des hormones féminines (œstrogène et progestérone) pour se développer. Si cela est le cas, on peut prescrire un comprimé, souvent pris une fois par jour pendant 5 ans, qui va empêcher l'action des hormones sur les cellules mammaires et donc éviter le développement de cellules cancéreuses.

Les effets secondaires pendant le traitement

Les effets secondaires chez une patiente sont prévisibles mais ne surviennent pas obligatoirement car chaque situation est unique et chaque personne réagit différemment.

Cependant, certains effets secondaires sont assez courants et surveillés par l'oncologue-radiothérapeute.

L'équipe médicale est là pour répondre aux questions de chaque patiente, pour l'écouter et trouver une solution aux problèmes rencontrés pendant le traitement.

En cours de chimiothérapie

Cela va dépendre du choix des médicaments et des doses qui sont nécessaires pour traiter la tumeur. Néanmoins, il est important de savoir qu'un certain nombre de chimiothérapies ne fait pas perdre les cheveux et que les nausées d'après chimiothérapie sont de mieux en mieux contrôlées. Cependant, la fatigue est très souvent ressentie.

L'association de la radiothérapie et de la chimiothérapie peut accroître les effets secondaires tels que la fatigue, les nausées.

En cours d'hormonothérapie

Les patientes peuvent ressentir des bouffées de chaleur, parfois une irritation vaginale. Les règles peuvent aussi devenir irrégulières.

En cours de radiothérapie

› **La fatigue** : l'accumulation de fatigue n'est pas signe d'une aggravation de la maladie, elle n'est pas non plus toujours présente.

Elle est souvent due à la répétition quotidienne du traitement et aux déplacements pour venir dans le service plus qu'au traitement lui-même. C'est aussi parfois un contre-coup de l'opération préalable ou des chimiothérapies.

› **La peau** : au niveau du sein, du bas du cou, de l'aisselle, la peau peut devenir rouge (comme un coup de soleil) au bout de trois ou quatre semaines de traitement. Parfois la peau est sèche, brunie ou plus rarement desquamée. Il est possible de sentir aussi des picotements dans le sein, un échauffement du sein ou du bras.

Il est important de noter que la peau retrouve sa coloration d'origine au bout de deux à quatre mois après la fin du traitement.

Il n'existe pas de traitement préventif mais, en cas de douleur, le médecin peut prescrire un médicament, une pommade.

› **Problème de déglutition (en cas d'irradiation sus clavulaire)** : au bout de quatre à cinq semaines de traitement, il est possible de ressentir une difficulté pour avaler. Il existe des traitements à demander auprès du médecin. La gêne pour avaler peut provenir du fait que la paroi de l'oesophage peut être un peu irritée par le traitement.

› **Les nausées** : il peut y avoir quelques nausées, mais c'est assez rare.

› **Le cou (en cas d'irradiation sus clavulaire)** : il peut exister une sensation de picotement, de démangeaison du cou, en fin de traitement. Il est possible d'y remédier grâce à certains médicaments selon la prescription de l'oncologue radiothérapeute.

Les conseils pratiques pendant le traitement

Selon le vécu du traitement et le niveau de fatigue, il est essentiel d'être à l'écoute des besoins du corps.

Le sein est un organe qui représente à la fois la féminité, la maternité et la sexualité.

Le cancer du sein va remettre en question ou interroger ces différents aspects, il est donc

nécessaire que chaque personne agisse en fonction de ce qu'elle ressent.

Certaines personnes ont envie de continuer à travailler (le plus souvent partiellement), d'autres se reposent.

Il n'y a pas de règle générale établie, il n'y a pas d'obligation, pas d'interdit.

Pendant la radiothérapie

› En cas de fatigue

Les siestes et le besoin de se coucher tôt le soir sont courants.

Faire appel à des amis, la famille, une aide ménagère pour les soins aux enfants, le ménage, le linge, les courses, les repas, les démarches administratives (en parler avec une assistante sociale).

Eviter les transports inutiles et chercher toujours la position la plus confortable pour se reposer (en position assise : disposer un coussin sous le bras ; en position allongée : mettre un oreiller sous le bras afin que la main soit plus haute que le coude).

L'important est d'apprendre à adapter les activités quotidiennes aux capacités du moment sans se forcer à être trop actif.

Pratiquer de façon modérée le jardinage, le ménage, le repassage, le bricolage, le lavage des vitres.

Le port de charges lourdes est particulièrement déconseillé. En cas de prise de sang, de prise de tension artérielle ou d'injection, prévenir le soignant et préférer utiliser l'autre bras.



Les conseils pratiques pendant le traitement

Éviter les situations de compression du bras du côté opéré : sac à dos, sac à main, vêtements et sous-vêtements trop serrés, bijoux trop serrés tels que montre, bracelet, bague du côté opéré et/ou traité.

Éviter, tant que possible, les coupures, piqûres, les griffures d'animaux, pour lutter contre les risques d'infection du bras (le bras gonfle : œdème). Toute infection accidentelle doit être bien désinfectée pour éviter toute inflammation des vaisseaux du bras qui pourrait provoquer une lymphangite (infection du bras) et laisser des séquelles de type "gros bras".

La conduite en voiture n'est pas très conseillée pendant le traitement et le port de la ceinture peut être douloureux (il est possible de glisser un petit coussin sous la ceinture pour éviter tout frottement).

› En cas d'irritation de la peau

Laver la peau avec un savon au pH neutre, la sécher en tapotant (ou avec un sèche-cheveux pas trop chaud ce qui est très pratique), sans frotter et sans oublier le pli sous le sein.

Porter des vêtements larges, éviter les matières qui frottent ou grattent et les soutien-gorge à armatures (préférer le coton).

Ne pas exposer la peau irradiée au soleil, sans pour autant s'enfermer.

Éviter les lotions, les déodorants pendant le traitement ainsi que les épilations des aisselles.

En cas de picotement ou sensation de chaleur de la peau, en parler au médecin et ne jamais mettre de crème avant une séance.

Les douches très chaudes comme les bains sont à éviter.

L'oncologue radiothérapeute est le mieux habilité à répondre à ces questions.

› En cas de douleurs au niveau du bras

S'il y a des douleurs au niveau du bras, en parler à l'oncologue radiothérapeute qui peut recommander des séances de kinésithérapie ou de drainage lymphatique (technique de massage pratiquée par les kinésithérapeutes afin de favoriser la circulation de la lymphe).

En cas de douleur, de fièvre et/ou de rougeur en même temps : contacter un médecin.

Les conseils pratiques pendant le traitement

› Concernant la vie de couple et plus particulièrement la sexualité

La maladie (tout comme la fatigue) favorise le non-désir.

La mastectomie entraîne une nécessaire adaptation à l'image du corps ainsi modifiée et peut prendre du temps. Il n'est pas rare que la libido (le désir sexuel) soit diminuée ou même absente pendant la durée du traitement.

Si cela perdure, il est bien d'en parler avec un médecin.

La radiothérapie ne pose aucun problème pour avoir des rapports sexuels. Il n'y a aucun effet du traitement sur le partenaire, aucun risque pour les proches, aucune contamination possible de la maladie ou du traitement.

Il est important de prévoir une contraception par préservatifs pendant la durée du traitement car aucune autre contraception n'est possible pendant cette période.

Il est déconseillé d'avoir une grossesse pendant le traitement mais cela peut être envisagé plus tard (un à deux ans après la fin des traitements), s'il n'y a pas eu d'arrêt des règles pendant les traitements.

Durant le traitement, qu'il y ait eu tumorectomie ou mastectomie, les patientes sont parfois déprimées et doivent prendre le temps qui leur est nécessaire afin d'accepter des modifications corporelles toujours traumatisantes.

Il y a parfois des vécus de repli sur soi, de dépression, de tristesse, de révolte, d'agressivité passagère, d'anxiété ce qui est tout à fait normal et doit être entendu par les proches et par l'équipe soignante.

Il est souhaitable de pouvoir exprimer en couple ses doutes, ses craintes, ses ressentis par rapport à la maladie et aux traitements.



Les effets secondaires d'après-traitement

Il est important de noter que les rayons continuent d'agir sur le corps pendant deux à trois semaines après la fin du traitement. Souvent, la fatigue et les effets secondaires persistent quelques temps mais c'est normal. Il est nécessaire d'en discuter avec votre médecin pour qu'il puisse les traiter.

Lymphocèle

Il peut exister un petit gonflement sous le bras après la chirurgie. Il peut ne s'agir que d'une petite poche de lymphes, parlez-en à votre médecin.

Lymphœdème

En cas de curage ganglionnaire, il peut y avoir une augmentation du volume du bras du même côté, du fait de l'accumulation de lymphes.

D'autres symptômes peuvent apparaître comme une certaine lourdeur du bras, une diminution de la mobilité du bras ou des douleurs. Il est important d'en parler au médecin pour trouver la solution la mieux adaptée.

La peau

L'irritation de la peau peut durer encore quelques semaines après la fin du traitement.

La peau peut rester aussi plus brune ou plus rouge que le reste du corps et ce, pendant quelques mois après la fin du traitement.

Une corde lymphatique

Ou « pseudo-maladie de Mondor » parfois douloureuse et limitant certains mouvements peut être présente après la chirurgie et peut être inconfortable pendant la radiothérapie. Parlez en à votre médecin, cette corde peut être traitée efficacement par kinésithérapie.

La sexualité

De même, le manque de désir sexuel, le manque de confiance en soi, en son corps, peuvent aussi nécessiter du temps avant de retrouver un certain équilibre.

- › Le traitement du cancer du sein ne rend pas stérile (si les règles persistent après les traitements), il est donc nécessaire d'envisager une contraception après le traitement. La pilule est interdite (exception faite des pilules à la progestérone seule). Il est souvent recommandé d'envisager un dispositif intra-utérin (le stérilet) ou l'utilisation de préservatifs. Pour les femmes qui ne désirent plus de grossesse et qui le souhaitent, une ligature des trompes peut être effectuée.
- › Concernant le traitement substitutif de la ménopause, il est souvent déconseillé, mais à discuter avec le médecin. Il existe des traitements non-hormonaux que le médecin peut conseiller. L'ostéoporose peut être prévenue grâce au calcium et à la vitamine D.
- › Si certains signes gênants perdurent au-delà d'un ou deux mois, il est important de contacter alors l'oncologue radiothérapeute ou le médecin généraliste.

Les conseils pratiques d'après-traitement

Il est avant tout recommandé de contacter l'oncologue radiothérapeute ou le médecin généraliste en cas de symptômes persistants et/ou inquiétants.

Conseils généraux

- › Éviter les lotions, les déodorants au moins trois mois après le traitement ainsi que l'épilation des aisselles (le rasoir électrique est autorisé), les bains de soleil. De même, il est conseillé d'éviter tout mouvement brusque, douloureux du bras.
- › Aucun sport n'est interdit à partir du moment où il est pratiqué avec réserve et ne fait pas compression sur les zones traitées.
- › Une rééducation avec un kinésithérapeute peut être nécessaire, après la fin des traitements, afin de rétablir la souplesse ou de remuscler le bras, l'épaule.
- › La période d'après traitement n'est pas toujours simple à affronter. Au-delà de la satisfaction d'en avoir terminé avec la radiothérapie, il va falloir apprendre à vivre l'après-maladie, sans l'organisation quotidienne qu'imposait le traitement, sans l'équipe soignante dont la proximité était rassurante, intégrer parfois difficilement la mutilation corporelle. L'entourage reprend ses habitudes d'avant la maladie alors que la patiente a besoin de plus de temps pour trouver de nouveaux repères et s'adapter à l'après-traitement. Il peut persister des doutes, des angoisses.

- › Quant à la vie familiale, sociale, professionnelle, il faut retrouver sa place, parfois différente de celle d'avant. Cela est parfois rapide, mais cela peut aussi prendre du temps. En cas de difficulté, en parler avec son médecin, rencontrer un psychologue, un psychanalyste ou un psychiatre selon les besoins peut permettre d'évacuer certains traumatismes dus au cancer.
- › Il est nécessaire, de façon générale, de pouvoir parler simplement mais sans honte de sa maladie, des traitements et des angoisses d'après-traitement avec ses proches afin que chacun puisse s'adapter à cette période particulière.



L'après traitement

Les prothèses externes

Il s'agit d'une forme en silicone à glisser dans le soutien-gorge pour combler la perte de volume du sein opéré. Elles sont de plus en plus performantes, pratiques d'utilisation et permettent de se sentir plus à l'aise dans la vie quotidienne ou lors de la pratique de sports.

Néanmoins, les prothèses demandent un certain temps d'adaptation par la personne concernée.

- › Il existe des prothèses simples qui se glissent dans le soutien-gorge ou non.
- › Des magasins spécialisés vendent des maillots de bains adaptés, des soutiens-gorge spéciaux ou encore des prothèses auto-fixantes (sur la peau) qui facilitent les mouvements. Il est important de respecter le choix des patientes concernant le port de prothèses et/ou de vêtements adaptés.



Prothèse externe qui se glisse dans le soutien-gorge ou se fixe à la peau

L'après traitement

La reconstruction mammaire

La reconstruction du sein après mastectomie est devenue un geste technique qui se fait, selon les cas, juste après l'opération ou quelques mois après la fin des traitements, parfois plus tard. Il est important d'avoir conscience qu'une reconstruction du sein formera un sein différent du sein d'avant la maladie et qu'il ne sera pas possible de retrouver le sein d'avant.

Du temps est nécessaire pour accepter un corps parfois mutilé par une opération qui conduit à l'ablation du sein. Une reconstruction complète se fait en une ou plusieurs étapes ; en général, sur une année. Elle n'entraîne pas la rechute de la maladie.

Il existe plusieurs techniques de reconstruction du sein par intervention chirurgicale :

➤ Reconstruction avec prothèse mammaire

Il s'agit de l'insertion d'une prothèse en arrière du muscle grand pectoral qui est derrière le sein.

La prothèse est remplie de sérum physiologique ou de silicone.

➤ Reconstruction à partir de certains muscles

Le sein est reconstitué par une partie d'un muscle prélevé dans le dos (le grand dorsal) ou au niveau abdominal (le muscle grand droit) afin d'obtenir un certain volume mammaire.

Dans les deux types de reconstruction, une modification de la forme et/ou du volume de l'autre sein est souvent nécessaire pour obtenir un résultat harmonieux des deux seins.

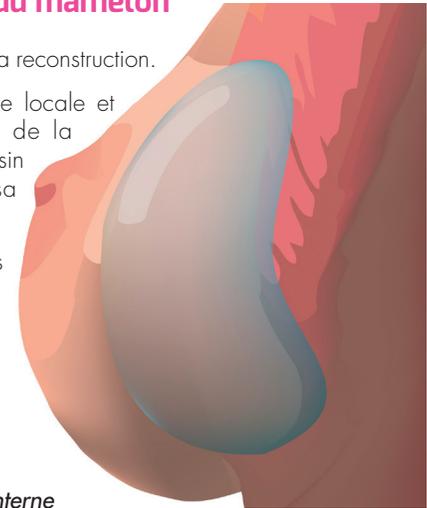
C'est le chirurgien plasticien qui conseillera la patiente sur les différentes possibilités de reconstruction en fonction de la propre anatomie de la patiente et de l'opération qu'elle a subie.

La reconstruction du mamelon

C'est la dernière étape de la reconstruction.

Elle se fait sous anesthésie locale et consiste en un tatouage de la peau afin de recréer le dessin du mamelon ainsi que sa couleur.

La plupart des patientes retrouve une certaine sensibilité du sein, mais rarement celle du mamelon.



Prothèse interne

L'après-traitement

Mesure des résultats et suivi d'après-traitement

Un suivi régulier va être mis en place, il est nécessaire et se fera tous les six mois, avec un examen clinique attentif tout particulièrement des seins et des régions ganglionnaires.

Le médecin évalue la qualité des résultats esthétiques, les séquelles éventuelles ou tout autre problème.

Ce n'est qu'en cas d'apparition de symptômes anormaux que des examens complémentaires sont demandés.

Même s'il n'existe plus de cellules cancéreuses décelables, il n'est pas possible de garantir à une patiente qu'elle n'aura jamais de récurrence ou d'autre cancer. Ces visites de bilan deviendront annuelles, tout comme les mammographies de contrôle, pendant 5 à 10 ans.

Il est important de savoir que l'équipe soignante reste à la disposition de la patiente, même après le traitement et qu'il vaut mieux aller voir son médecin que de s'inquiéter ou de s'angoisser sur des questions auxquelles l'équipe peut répondre.



Les associations et autres ressources

Plusieurs associations de patients ou d'aide aux patients existent, parlez en à votre médecin qui vous aidera à vous mettre en contact si vous le souhaitez.



Glossaire

- › **Bénigne** : se dit d'une tumeur non cancéreuse qui a une évolution purement locale et qui ne fait pas de métastase.
- › **Biopsie** : prélèvement d'un fragment de tissu pour analyse au microscope.
- › **Echographie mammaire** : technique indolore d'examen du sein par ultra-sons.
- › **Effet secondaire** : symptôme désagréable attendu dû au traitement en cours ou réalisé.
- › **Maligne** : se dit d'une tumeur cancéreuse qui s'aggrave de façon progressive et inéluctable en l'absence de traitement.
- › **Mammographie ou mastographie** : examen de type radiographie du sein (plus ou moins douloureux selon la densité du sein).
- › **Métastase** : ensemble de cellules cancéreuses qui est parti du cancer d'origine pour se développer dans un autre organe.
- › **Scanner** : radiographie plus détaillée qui permet de voir les organes dans tous les plans de l'espace (après injection d'un produit de contraste pour faciliter l'observation d'un organe).
- › **Simulation ou repérage** : étape de préparation de la radiothérapie pendant laquelle est définie la position de traitement, avec un scanner de préparation du traitement. Ce scanner n'est pas le même que celui utilisé pour faire le diagnostic.
- › **Tumeur** : ensemble de cellules constituant une masse anormale à l'intérieur du corps.

Notes



A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, intended for taking notes.





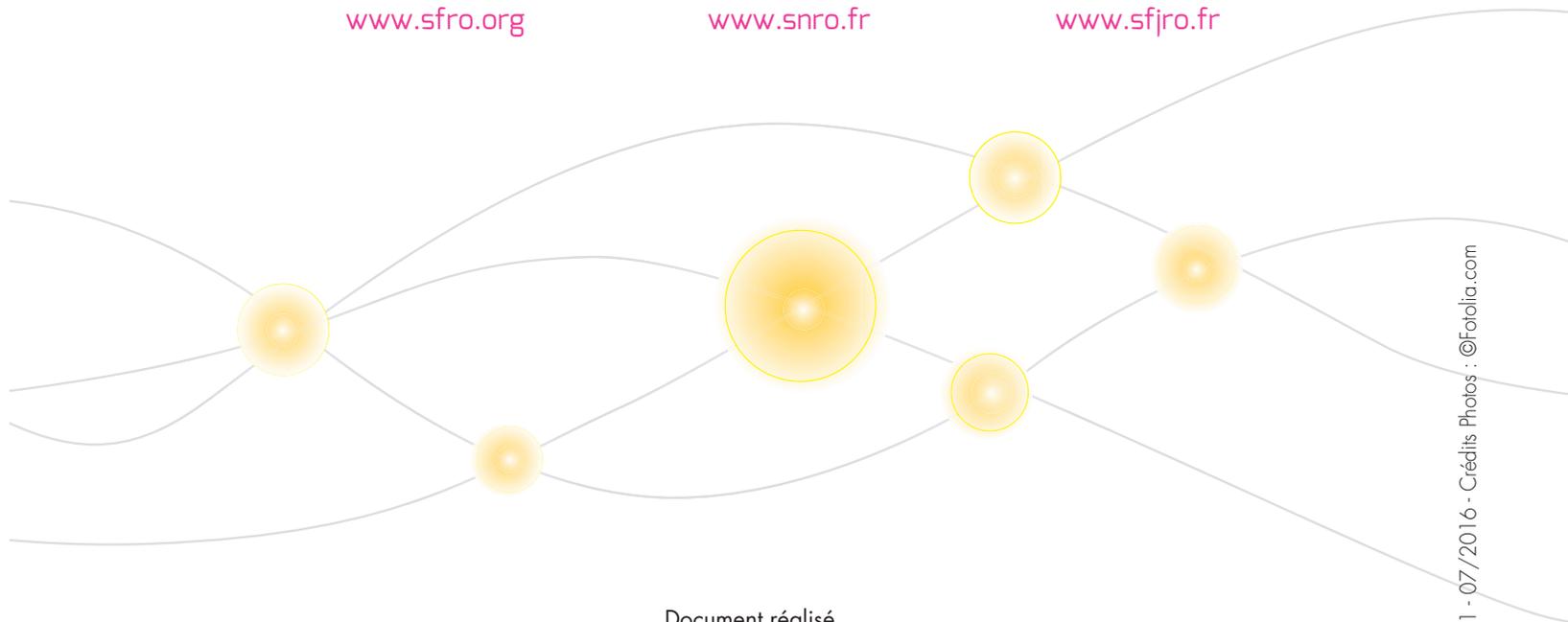
www.sfro.org



www.snro.fr



www.sfjro.fr



Document réalisé
avec le soutien de

MERCK