Lieu du topo

CANCER DU SEIN

Dr Carine SEGURA-DJEZZAR
Oncologie médicale

UNICANCER
Centre de Lutte contre le Cancer François Baclesse

PLAN

Introduction: qu’est-ce qu’un cancer? définitions.
Epidémiologie du cancer du sein: incidence-mortalité
Dépistage et prévention: octobre rose- définitions
Une fois le cancer du sein diagnostiqué: les traitements.

Introduction: qu'est-ce qu'un cancer? (1)

Notre corps est composé d'une multitude de cellules formant différents tissus dans nos organes:

- Tissu épithélial (muqueuses, épiderme, glandes)
- Tissu conjonctif (tissu adipeux, hypoderme,muscles,os,cartilage)
- Tissu glandulaire (sein, prostate, galndes salivaires ou sudoripares…)
- Tissu nerveux
- Système mélanique (la mélanine est un pigment

brun qui joue un rôle dans le bronzage)

->> Chaque organe, chaque tissu est composé de cellules qui lui sont propres (forme, propriétés)

Les cellules vivent, se multiplient et meurent de façon normale.

Introduction: qu'est-ce qu'un cancer? (2)

Parfois des erreurs se produisent:

- Le plus souvent: elles sont réparées-> cycle de vie « normal »
- Mais il arrive qu'une erreur irrémédiable survienne-> cycle de vie devient « anormal » (division anarchique, perte de la capacité à mourir) et génèse d'un cancer

Le risque augmente avec le vieillissement des cellules

Et peut être augmenté/ accéléré par des agents externes soit liés au mode de vie (tabac, alcool, soleil…), soit présents dans l'environnement (virus,pesticides….)

et des agents internes (gène de prédisposition familiale par exemple)

Introduction: Définitions

CANCER/ TUMEUR MALIGNE: résultat de la multiplication anarchique des cellules d'un tissu ou d'un organe, résultant de la perte de contrôle accidentelle de la régulation des cellules et accumulation d'anomalies génétiques

NB: une tumeur peut être bénigne (polype par exemple)

METASTASE : anomalie cancéreuse, qui est le résultat de la dissémination par voie sanguine ou lymphatique des cellules cancéreuses, de la tumeur initiale vers d'autres organes

Cancer du sein: os, poumons, foie, ganglions (tout est possible)

Apparition d'une cellule cancéreuse et d'un cancer

Incidence du cancer du sein (OMS)

EN FRANCE (INCA 2012)

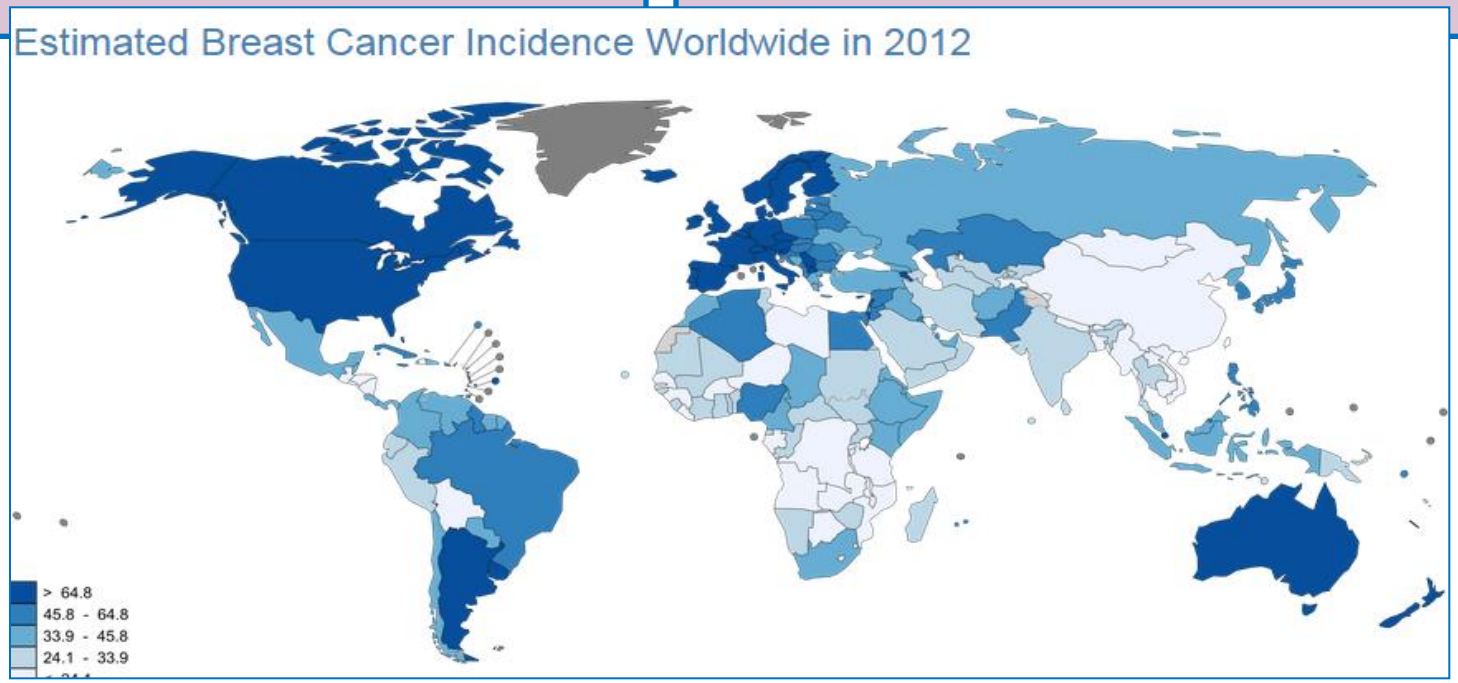
48 763 cas/an (sur 382 000 cas de K dont 155 000 chez la femme)

1er cancer le plus fréquent chez la femme/ 14% des cancers féminins

DANS LE MONDE (OMS 2012)

1 670 000 cas/an

1er cancer le plus fréquent chez la femme/ 25% des cancers féminins



Les chiffres du cancer en France: incidence décroissante par type de cancer

Inca 2018:

382 000/an

♀: 177 400
♂: 204 600

1. Prostate : 53 465 nouveaux cas
2. Sein : 48 763
3. Colon-rectum : 42 152
4. Poumon: 39 495
5. Vessie : 11 965
6. Pancréas : 11 662
7. Rein : 11 573
8. Lèvre- bouche- pharynx : 11 316
9 mélanomes : 11 176
10. Foie: 8723
11. Thyroïde : 8200
12. Corps utérin : 7275
13. Estomac : 6556
14. Système nerveux central : 4999
15. Oesophage : 4632
16. Ovaire: 4615
17. Larynx : 3322
18. Col utérin : 3028
19. Testicule : 2317

Mortalité liée au cancer en France (2018)

- **157400 décès** dont:

♂: 85 000 (cancer du poumon++)

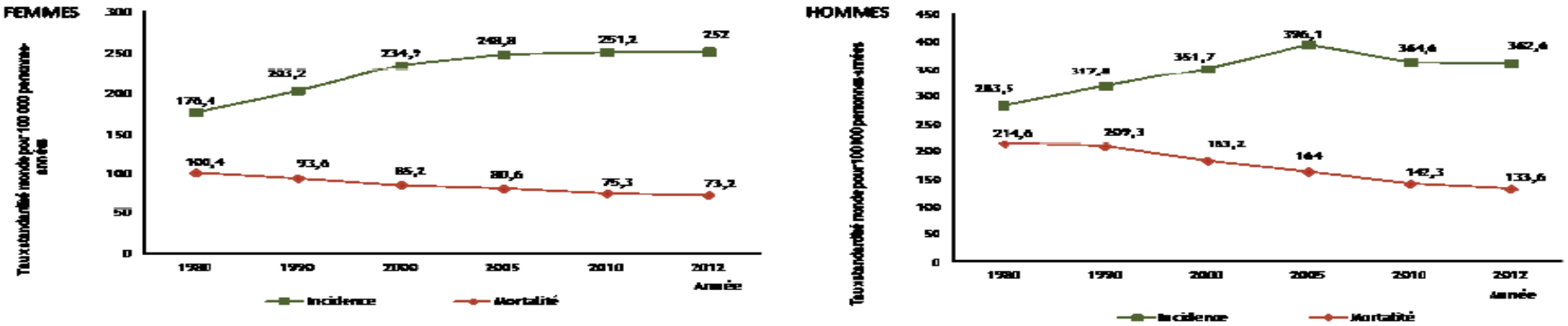
♀: 67 800 (dont 11 000/an pour le cancer du sein)

- 1ère cause de décès prématuré chez patients< 65 ans
- 1ère cause de décès chez l'homme (2ème pour la femme) tous âges confondus

Lieu du topo

Evolution sur les 30 dernières années: rapport incidence/ mortalité

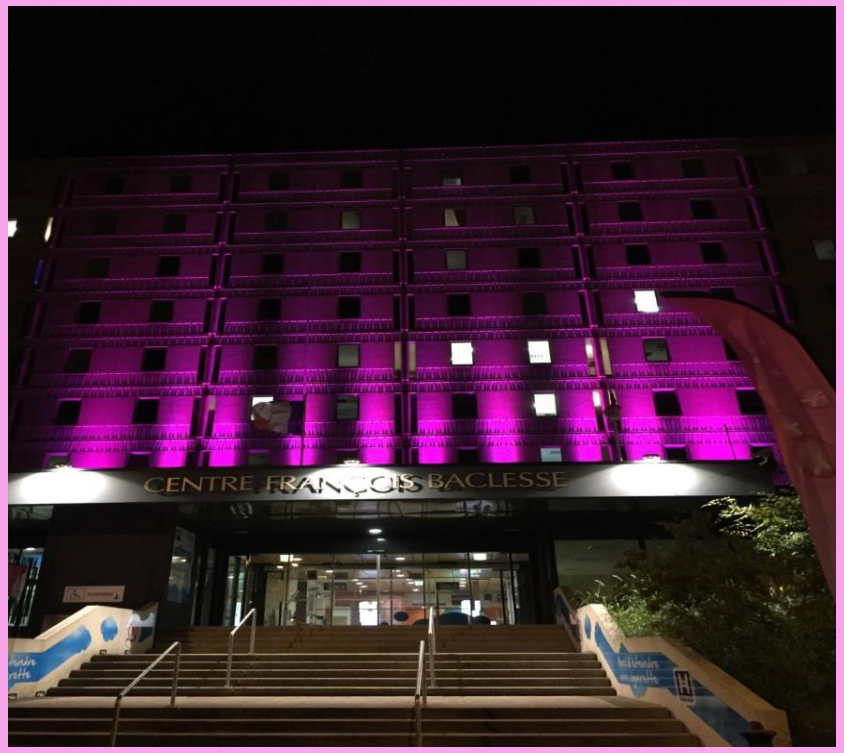
[Figure 1] Évolution de l'incidence et de la mortalité « tous cancers » (taux standardisé monde estimé) de 1980 à 2012 selon le sexe



Sources : Binder-Foucard F, 2013. Traitement : INCa 2013

rapport INCA « les cancers en France: édition 2013.

OCTOBRE ROSE: le mois du dépistage



L'opération Octobre rose rassemble depuis le début des années 90 associations, professionnels de santé et organismes sanitaires et cherche à sensibiliser les femmes sur le dépistage du cancer du sein.

LE DEPISTAGE?

Définition:

« ensemble de mesures mises en place pour détecter de façon précoce, chez un individu a priori sain, une maladie. Il peut être organisé (ou D de masse), ou individuel. »

En France:

2 campagnes nationales de dépistage organisé:
CANCER DU SEIN
CANCER DU COLON/RECTUM

En France, pour le cancer du sein:

DEPISTAGE ORGANISE

Population cible: femmes 50-74 ans

Mammographie / 2 ans
2 Incidences: face et oblique externe

Double lecture

-> « invitation » par courrier (sécurité sociale)

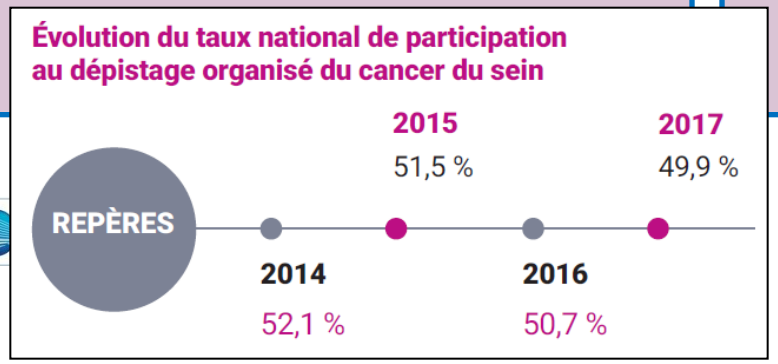
DEPISTAGE INDIVIDUEL

Si patiente avec des FR individuels

Si ATCD familiaux de cancer du sein et/ou mutation familiale identifiée

Age de début des mammographies: selon âge du cas le plus jeune→ appréciation du médecin

(5 ans avant le cas le plus précoce)



ET LA PREVENTION ALORS?

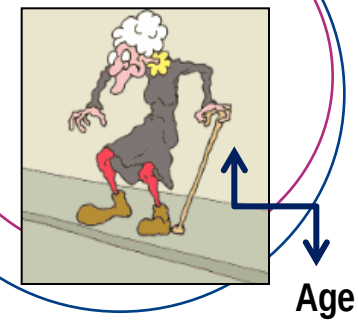
Ensemble de mesures mises en place pour empêcher l'apparition d'une maladie

« les experts considèrent que 4 cancers sur 10 pourraient être évités en modifiant certains de nos comportements. »

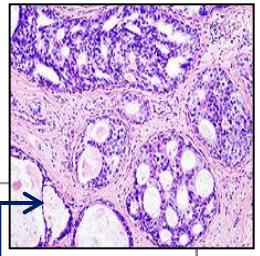
↓

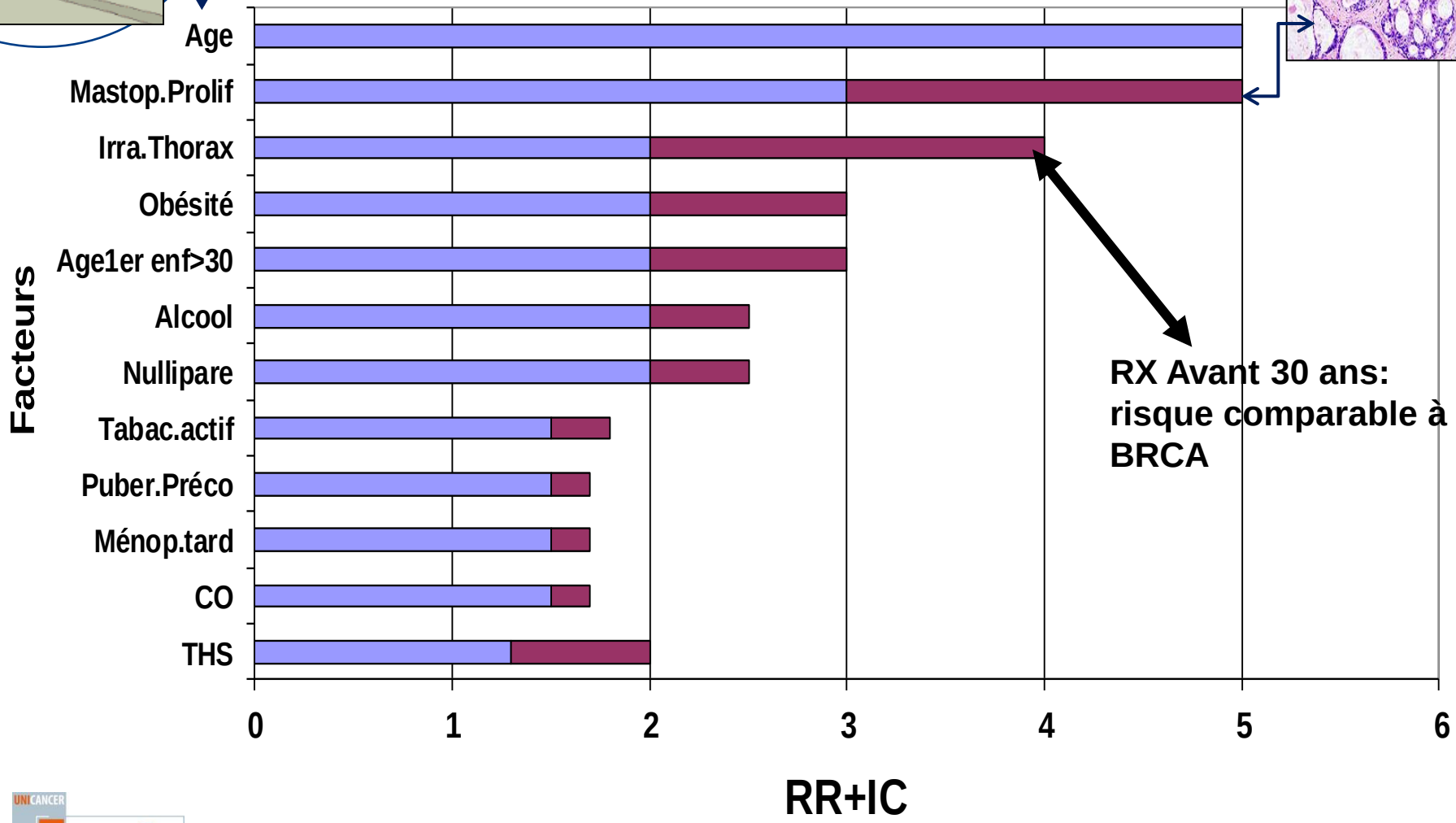
Bien connaitre les facteurs de risque

Lutter contre les FR évitables



Facteurs de risque non familiaux des cancers du sein





* Hyperoestrogénie: hormones exogènes (CO, THS) et aussi endogènes: puberté précoce, ménopause tardive, âge tardif 1ère grossesse, nulliparité

Sédentarité

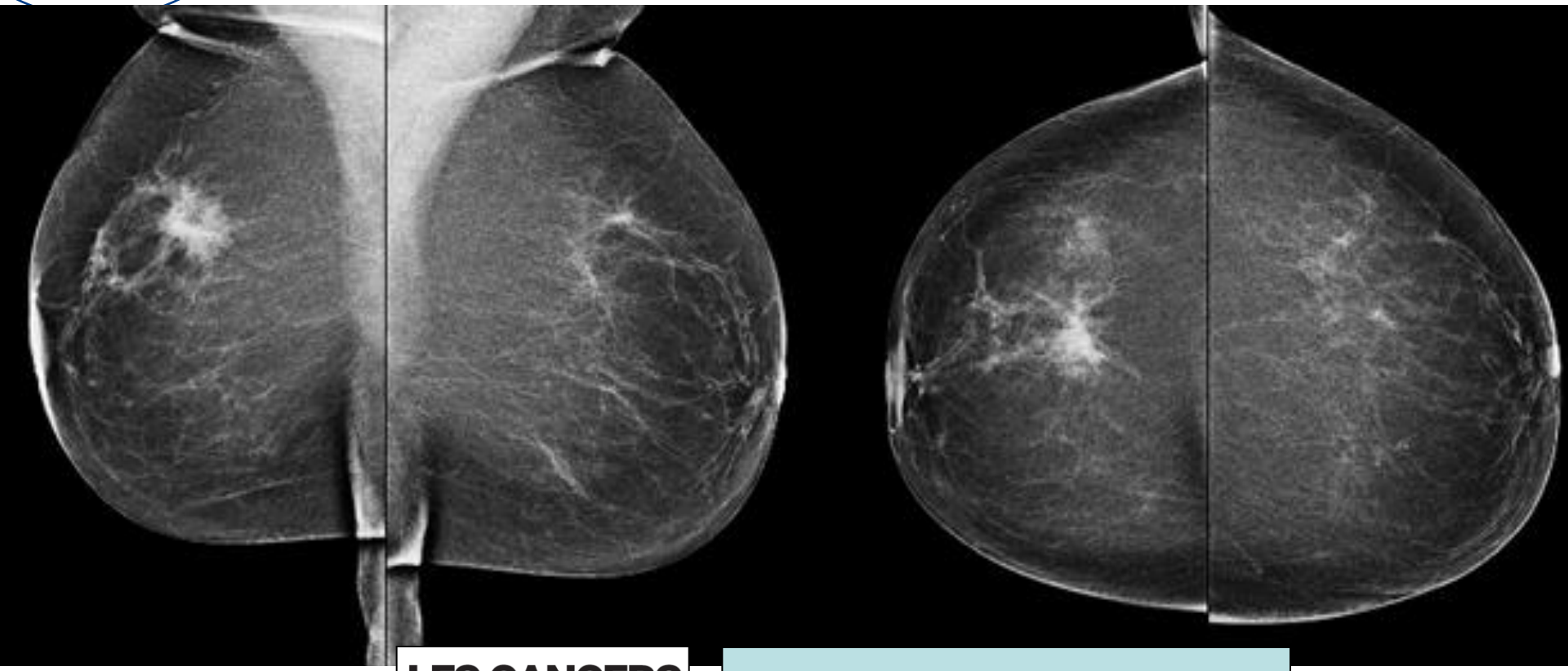
Trop gras trop sucré

Environnement

Surpoids/obésité:
1 adulte/ 2 est concerné en France

Lieu du topo

UNE FOIS LE CANCER DU SEIN DIAGNOSTIQUE?



LES CANCERS EN FRANCE
L'ESSENTIEL DES FAITS ET CHIFFRES
/Édition 2019

60% à un stade précoce

10% à un stade avancé

Lieu du topo

Les traitements du cancer du sein

Les différents traitements qui existent

Traitements LOCALISES (traitement d'un nombre limité de lésions/ métastases):

- Chirurgie
- Radiothérapie
- Autres techniques: radiofréquence, chimio-embolisation, …

Traitements MEDICAMENTEUX: chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie

→ TRAITEMENTS UTILISES SEULS OU ASSOCIES ENTRE EUX

Curatifs ou palliatifs ?

- Situation CURATIVE
- **Objectif= Guérison:**

1. Enlever la tumeur de façon complète: Chirurgie= 1er temps du traitement le + souvent,

NB: parfois « traitement néo-adjuvant » pour faciliter la chirurgie

2. Prévenir le risque de récidive

« traitements adjuvants » tout en limitant le risque de séquelles (soins de support)

- Situation métastatique
- **Objectif= prolonger la survie en préservant la qualité de vie**

1. Agir sur les cellules cancéreuses pour diminuer la masse tumorale
2. Traiter les symptômes invalidants et limiter le risque de complications/ effets secondaires= soins de support et soins palliatifs

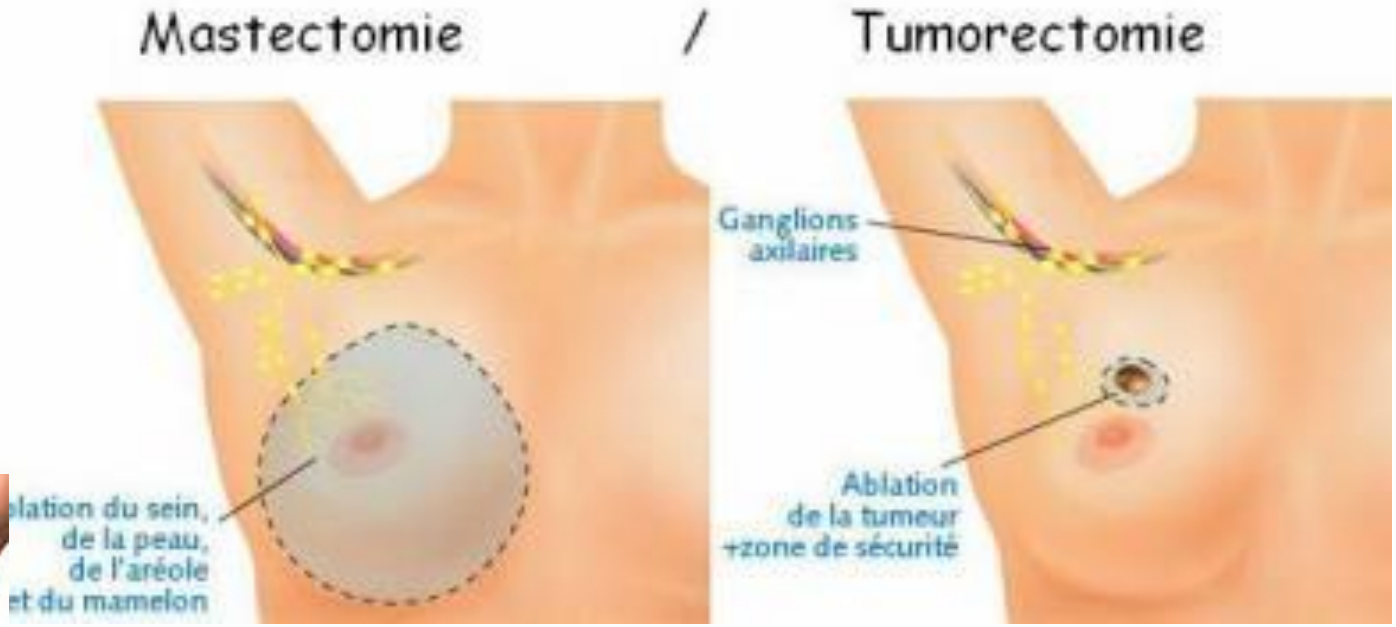
La chirurgie

- **But:** retirer de façon complète la tumeur, avec une marge de sécurité suffisante pour ne pas laisser en place de lésion cancéreuse (marges d'exérèse saines).
- Rarement indiquée en situation métastatique
- Mutilante parfois, selon la taille de la tumeur et/ou sa localisation par rapport aux organes avoisinants
- **Cadre réglementaire:** Des critères qualité spécifiques à cette discipline ont été définis dans le cadre de l'autorisation des établissements de santé en cancérologie. Des seuils d'activité minimale ont été, par ailleurs, fixés pour la chirurgie des cancers du sein, …

Ce dispositif vise à assurer à toutes les personnes malades une prise en charge de qualité sur l'ensemble du territoire.

Lieu du topo

Exemple du cancer du sein (1): chirurgie selon la taille de la tumeur (et du sein)



CHIRURGIE: LE TRAITEMENT LE PLUS COURANT EN CANCEROLOGIE

ETUDE VICAN 2:

84.6% des patients ont été opérés dans le cadre du traitement de leur cancer

La radiothérapie (1)

- **Définition:** technique médicale qui utilise les rayonnements ionisants pour détruire des cellules, principalement les cellules de tumeurs cancéreuses.
- La « dose de rayonnement » correspond à la quantité d'énergie que les rayonnements vont déposer dans les tissus. Elle s'exprime en « grays » (Gy) : un gray est égal à une énergie de un joule déposée dans un kilogramme de matière.

- **Objectif:** délivrer de la manière la plus précise possible la dose de rayonnement prescrite au volume de la tumeur, en épargnant au mieux les tissus sains avoisinants.

- **Contraintes techniques:** L'étude des effets biologiques des rayonnements ionisants montre que tout sous-dosage au-delà de 5% accroit les risques de récidive du cancer alors qu'un surdosage supérieur à 5 % est susceptible d'entraîner des complications cliniques sévères. Les différents acteurs d'un service de radiothérapie doivent donc mettre en œuvre les techniques et les contrôles nécessaires afin de s'assurer que l'écart entre la dose prescrite par le radiothérapeute et la dose délivrée au patient reste inférieur à 5%.

La radiothérapie (2)

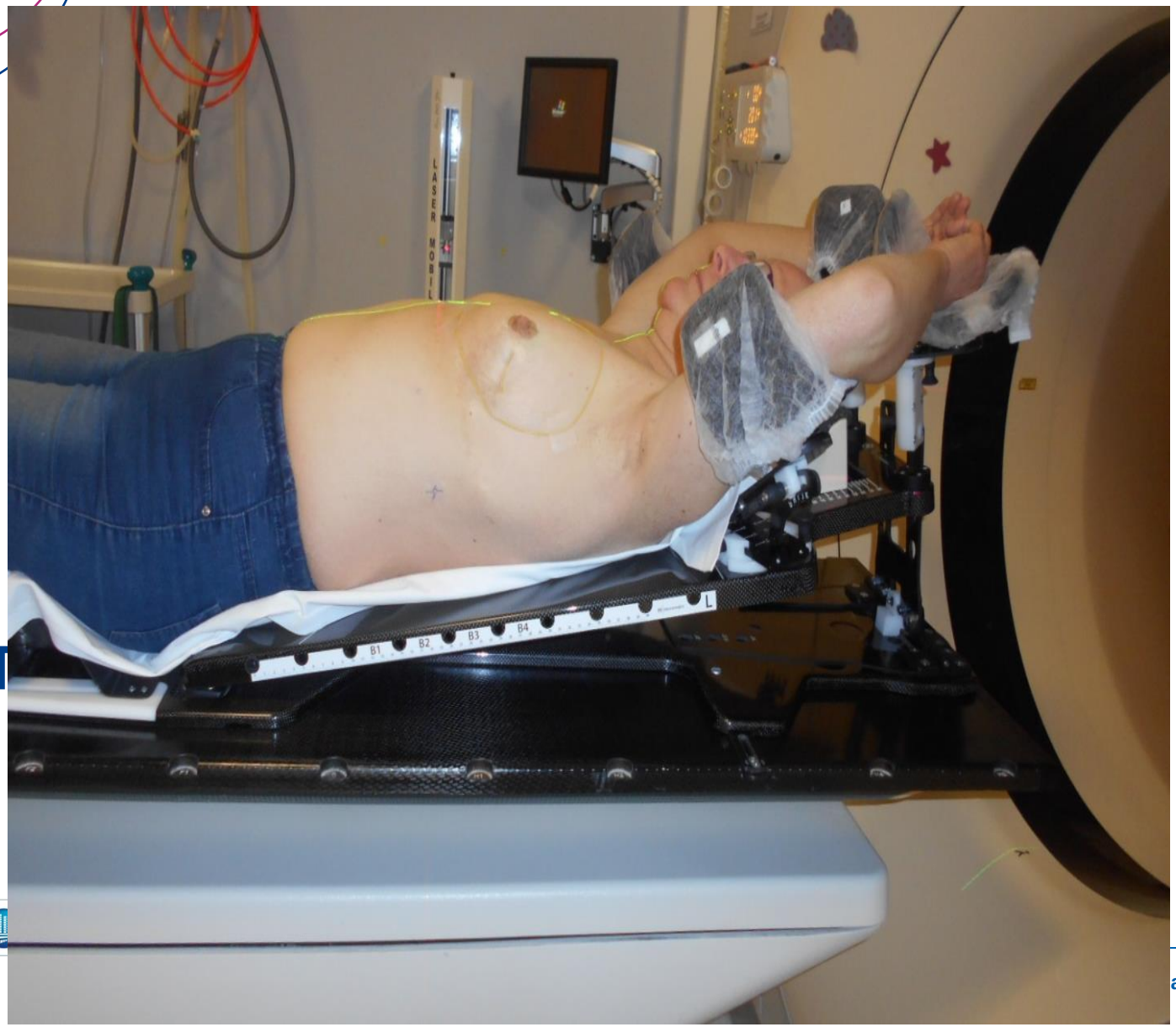
- Ces deux dernières décennies, des évolutions technologiques majeures, avec l'apparition de techniques de "haute" et de "très haute précision" qui permettent d'optimiser la dose reçue sur tout le volume tumoral en protégeant de façon optimale les tissus sains.

- On distingue:
- RADIOTHERAPIE EXTERNE (RTE) :source de rayonnements ionisants située à distance du patient.

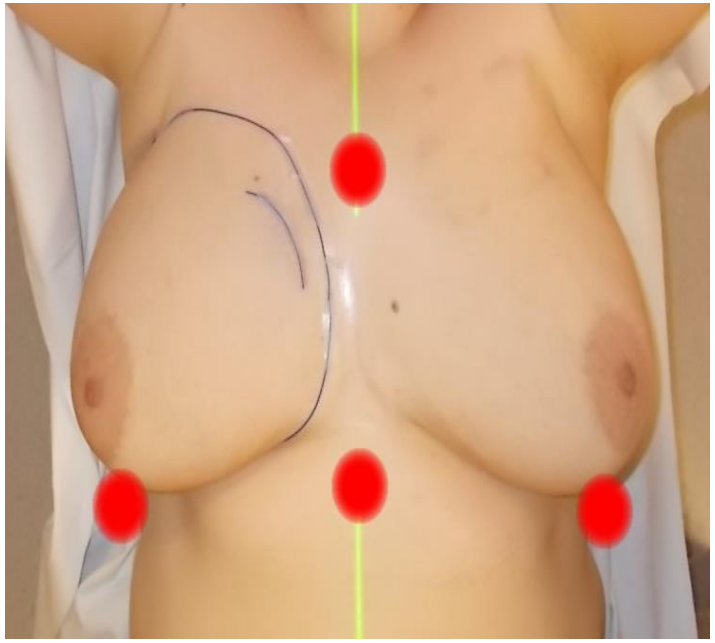
- CURIETHERAPIE: source placée dans les tissus du patient, à l’intérieur ou au plus prêt de la tumeur.

Lieu du topo

Position de traitement

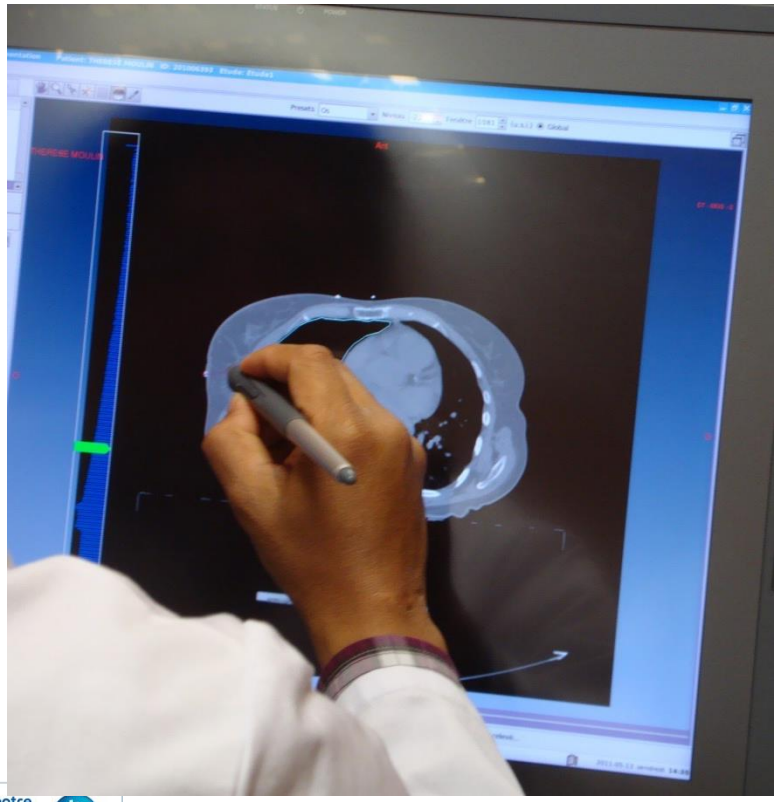


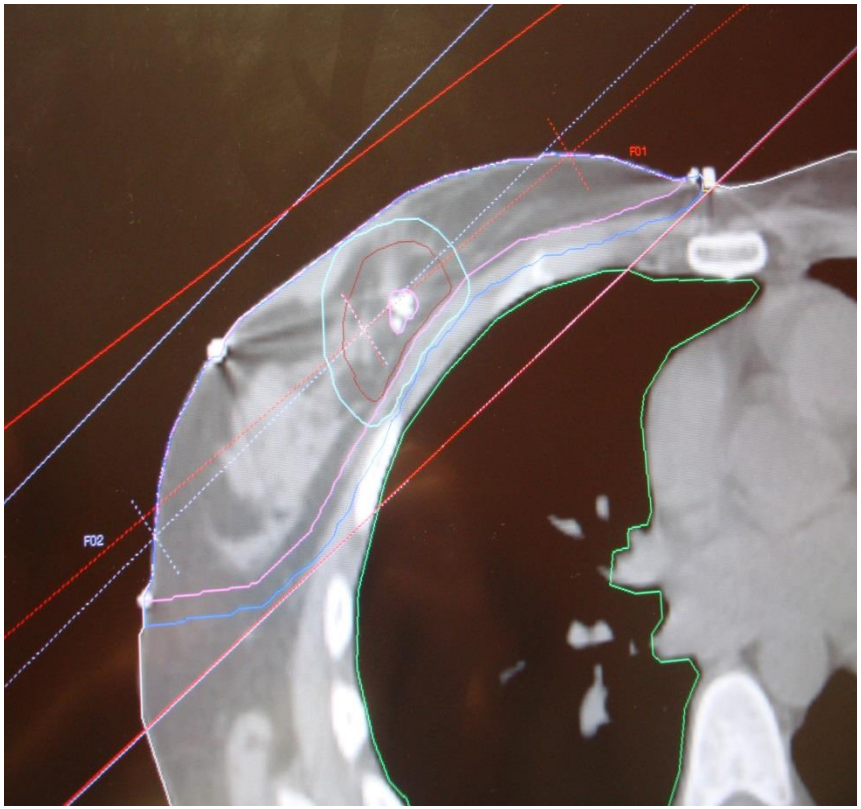
ÉT



Contourage des volumes à traiter

Fait par le radiothérapeute→ choix d'une balistique (faisceaux)



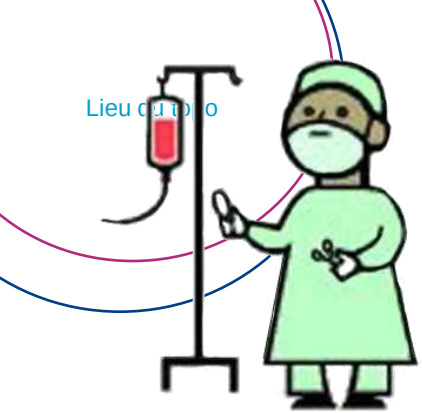


-> Film:

Docvadis/ Examens et traitements/ la radiothérapie:

« Je me prépare à mes séances de radiothérapie »

Durée: 7’06

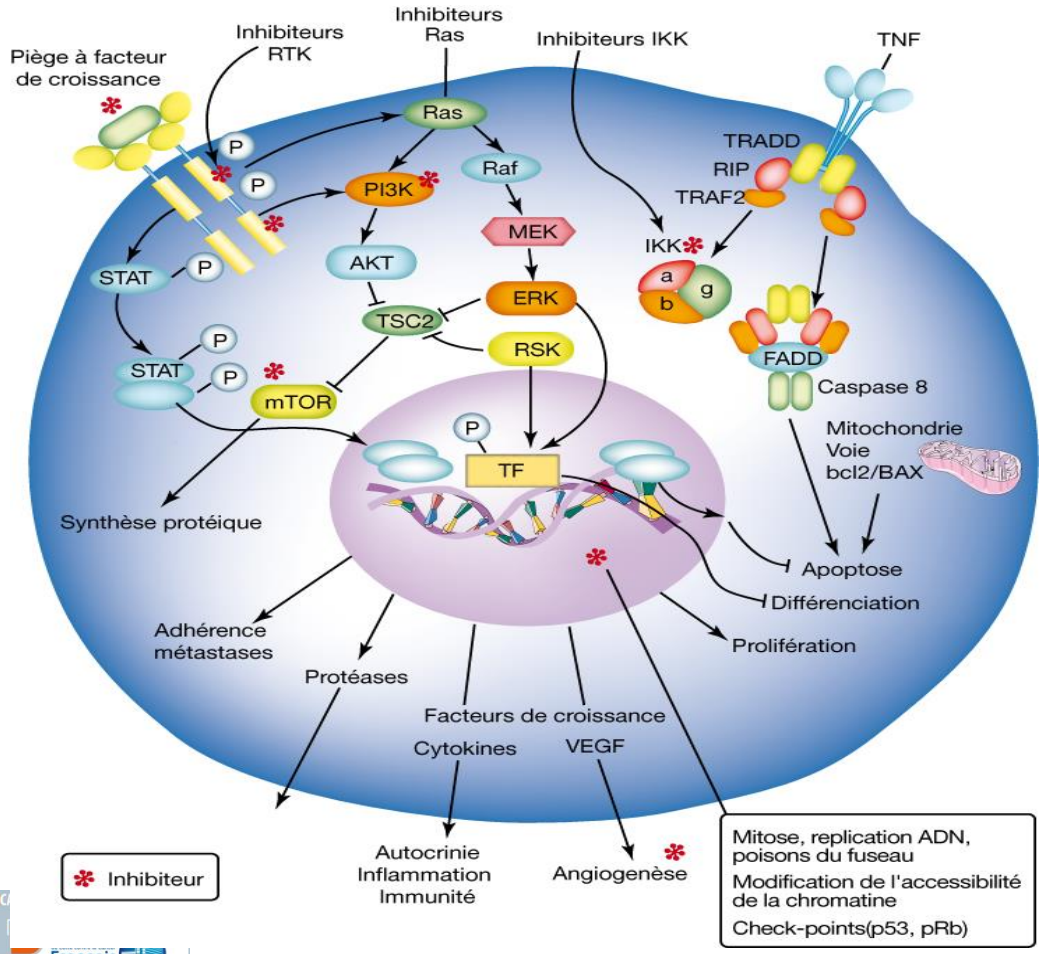


Chimiothérapies et thérapies ciblées (1)

- **Chimiothérapie:** famille de médicaments cytotoxiques, donc ayant la capacité de détruire les cellules tumorales, ou de ralentir leur prolifération et/ou leur dissémination;

- **Thérapies ciblées:** famille de médicaments agissant sur une cible identifiée dans la cellule tumorale ou son micro-environnement, et entrainant sa destruction et/ou un ralentissement de sa prolifération.
- S'administrent par voie: intraveineuse le plus souvent, orale, sous-cutanée, intrathécale.

« Les racines du cancer sont dans nos gènes » R.A. Weinberg



- AGIR SUR LES CELLULES TUMORALES POUR:
- Empêcher leur prolifération
- Et/ou stimuler leur mort

En pratique ça se passe comment?

UNICANCER
Centre de Lutte contre le Cancer François Baclesse

CYCLE : correspond à 1 perfusion (quelques heures le plus souvent) ou à 1 prise orale de traitement; durée variable de 1 à 4 semaines selon le type de médicaments prescrits.

INTERCURE : intervalle entre 2 traitements

- Durée variable en fonction du type de chimiothérapie,
- Compatible avec le retour à domicile,
- Son bon déroulement dépend essentiellement :

- de la survenue ou non d'effets secondaires de la chimiothérapie
- et du soutien effectif apporté au patient (famille, aides sociales)

Où faire le traitement ?

- Modes d'hospitalisation compatibles avec ces traitements (administration):
  - Hospitalisation de jour: **oui**
  - Hospitalisation de semaine: **oui**
  - Hospitalisation traditionnelle: **oui**
    - Concernent les traitements en perfusion IV ou sous-cutanée
- Hospitalisation à domicile (HAD): **non**
  - traitement intraveineux ou sous-cutané : pas possible ;
  - traitement oral : ne justifie pas à lui seul d'une HAD

Où faire l'intercure ?

- Convalescence
  - Si le patient est trop altéré par son traitement, qu'il ait ou non de l'aide à domicile,
  - Dans ce cas là : traitement en centre spécialisé, et intercure en convalescence

- Domicile: le cas le plus fréquent,
  - Avec ou sans aide « sociale »
  - Au minimum: passage d'une infirmière pour prises de sang 24-48 H avant la chimiothérapie

CHIMIOTHERAPIE

ETUDE VICAN 2:

37.9% des patients ont eu une chimiothérapie

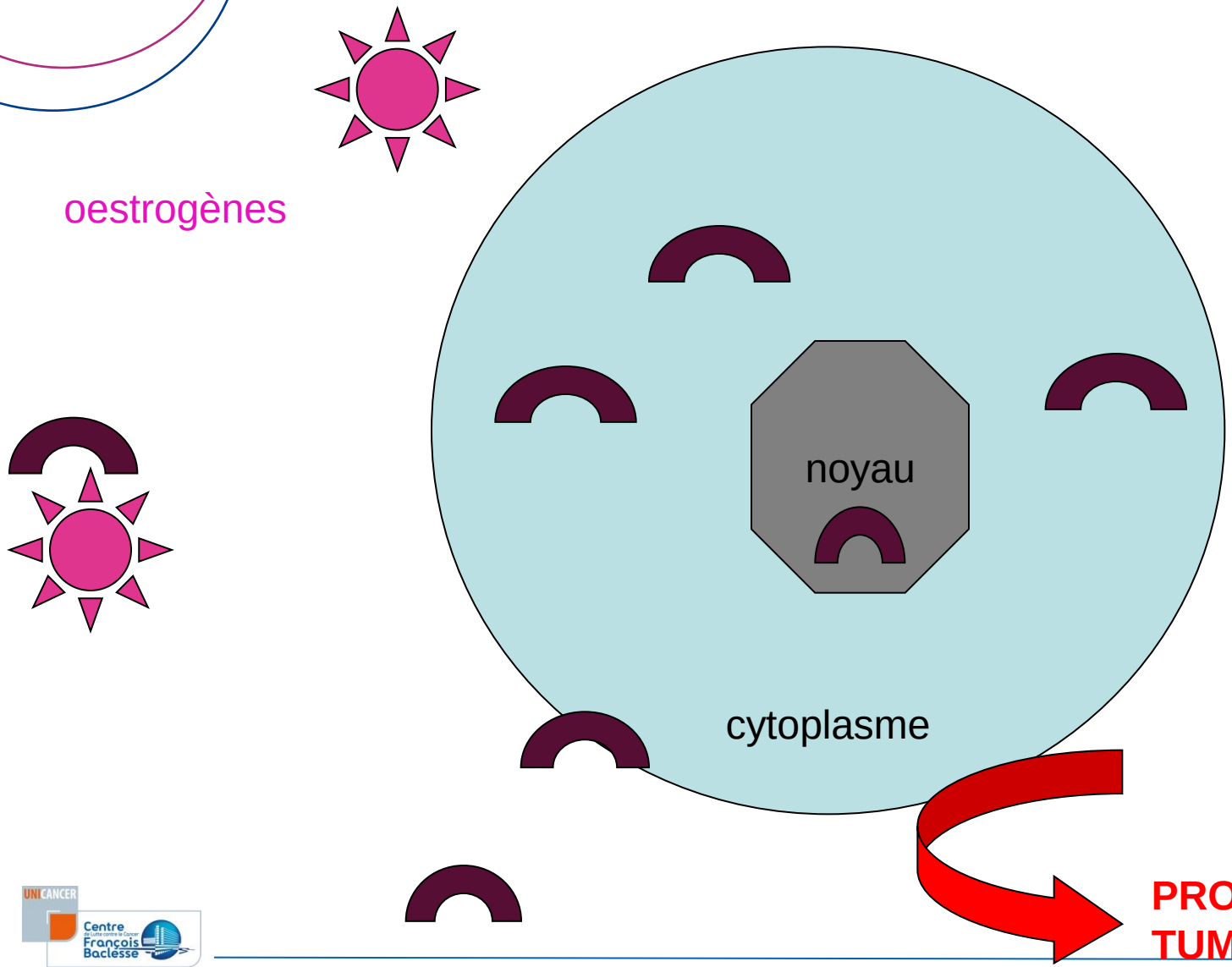
dans le cadre

du traitement de leur cancer

Traitements médicamenteux: l'hormonothérapie

- **Définition:** médicaments rendant inactifs l'action d'hormones synthétisées naturellement par l'organisme (oestrogènes, testostérone) favorisant la croissance de certaines tumeurs (respectivement cancer du sein et de la prostate). Ces cancers présentent en effet au sein de leurs cellules, des récepteurs spécifiques de ces hormones, permettant la stimulation de la croissance tumorale quand l'hormone se fixe sur eux.
- On parle de cancer « hormono-dépendants » ou « hormonosensibles »

Exemple: hormones et cancer du sein→ traitement « anti-hormones »



HORMONOTHERAPIE

ETUDE VICAN 2:

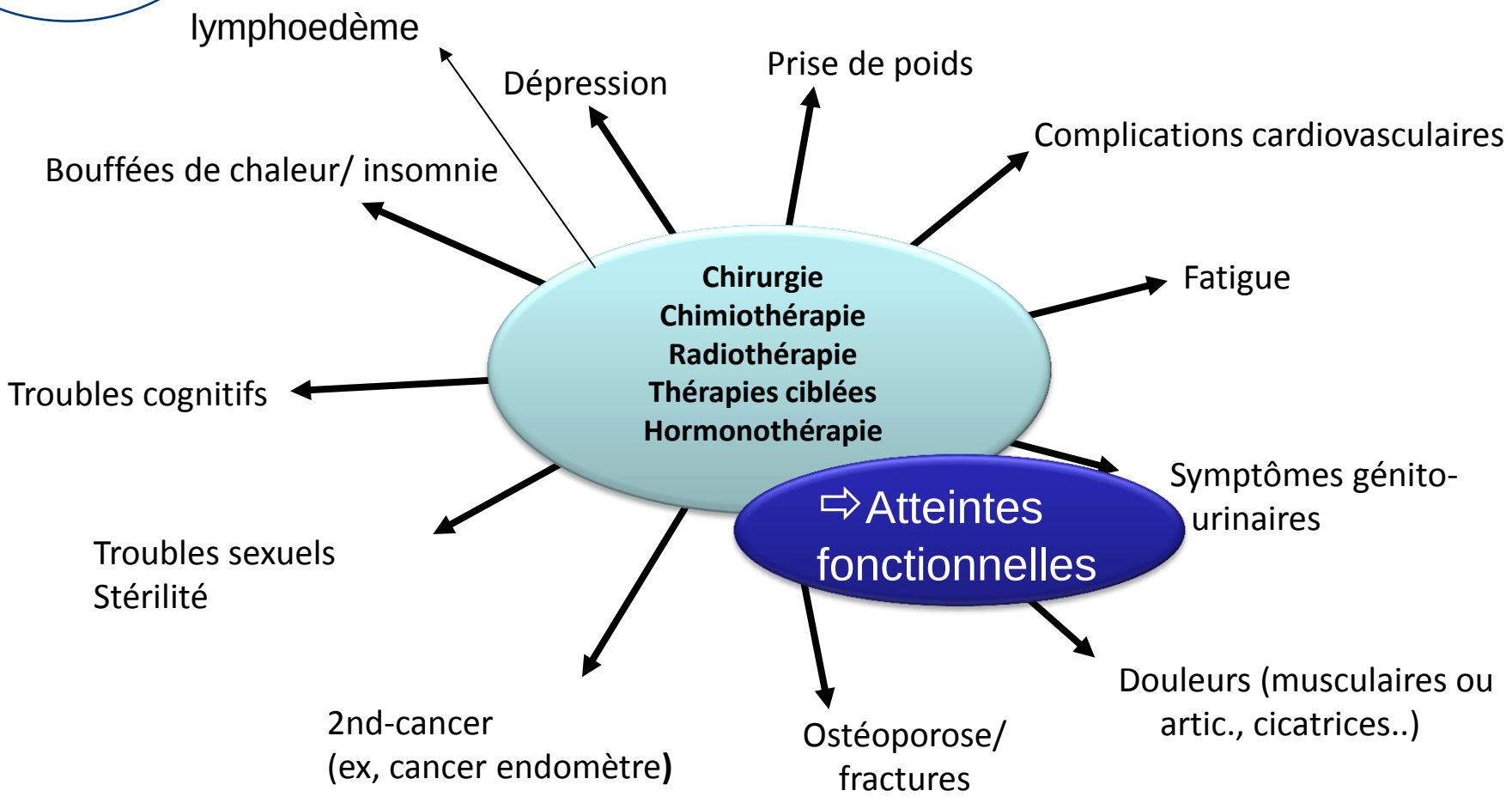
70.5% des femmes

ont eu une hormonothérapie
dans le cadre
du traitement de leur cancer

Après-cancer
Séquelles des traitements

- Nombreuses et variées, de gravité variable,
- Réversibles.. Ou définitives
- Dépendent surtout du type de traitements reçus et du stade de la maladie
- Répercussions physiques et psychiques, avec possible impact sur: vie socio-professionnelle, familiale et conjugale.

Complications/ effets secondaires après cancer du sein



Dr O.RIGAL, centre Henri Becquerel d'après Hayes DF; *N Engl J Med*. 2007.

Lieu du topo

SOINS DE SUPPORT EN 2020

UNICANCER
Centre de Lutte contre le Cancer François Baclesse

FOCUS SUR L' ONCOSEXUALITE

Prise en charge des troubles sexuels liés au cancer et/ou à ses traitements

OBJECTIFS: Maintien et respect de la santé sexuelle tout au long du parcours de soins, dès l'annonce diagnostic

Les effets du cancer sur la sexualité dépendent:

- du type de cancer,
- des traitements réalisés (chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, thérapie ciblée,…)
- et de leurs effets secondaires,
- de la sévérité de la maladie,
- de la façon dont le patient vivait sa relation à l'autre et sa sexualité avant la survenue du cancer.

Définition OMS

- Parmi les problématiques du vécu de la maladie cancéreuse, la fonction sexuelle apparait tout à fait importante.

- Santé sexuelle définie comme:

« un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contrainte, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. »

Besoins exprimés

5 millions de personnes concernées

Demande d'informations

100%

Demande de solutions « 1er recours »

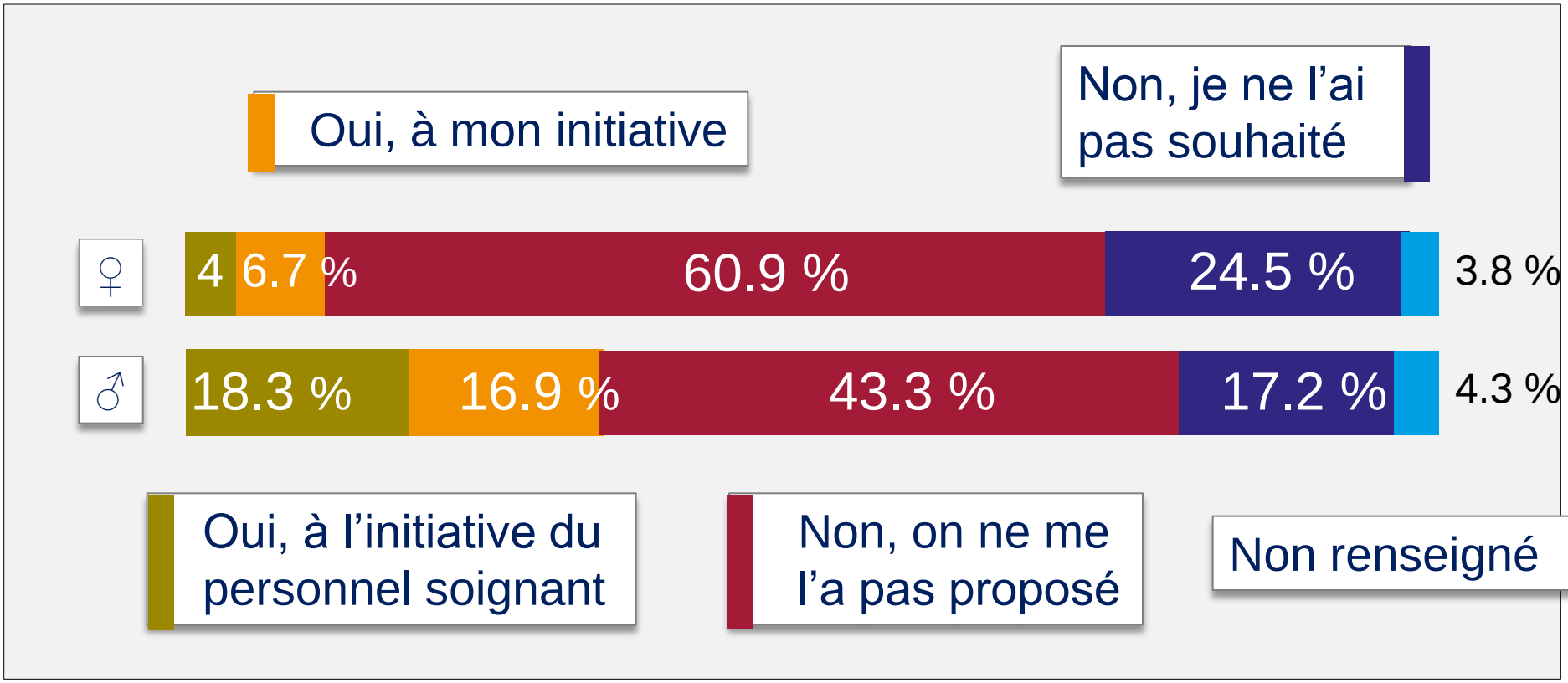
2/3

Troubles sexuels « complexes »/ accompagnement spécialisé

1/3

Proportion de H/F ayant parlé de leur sexualité

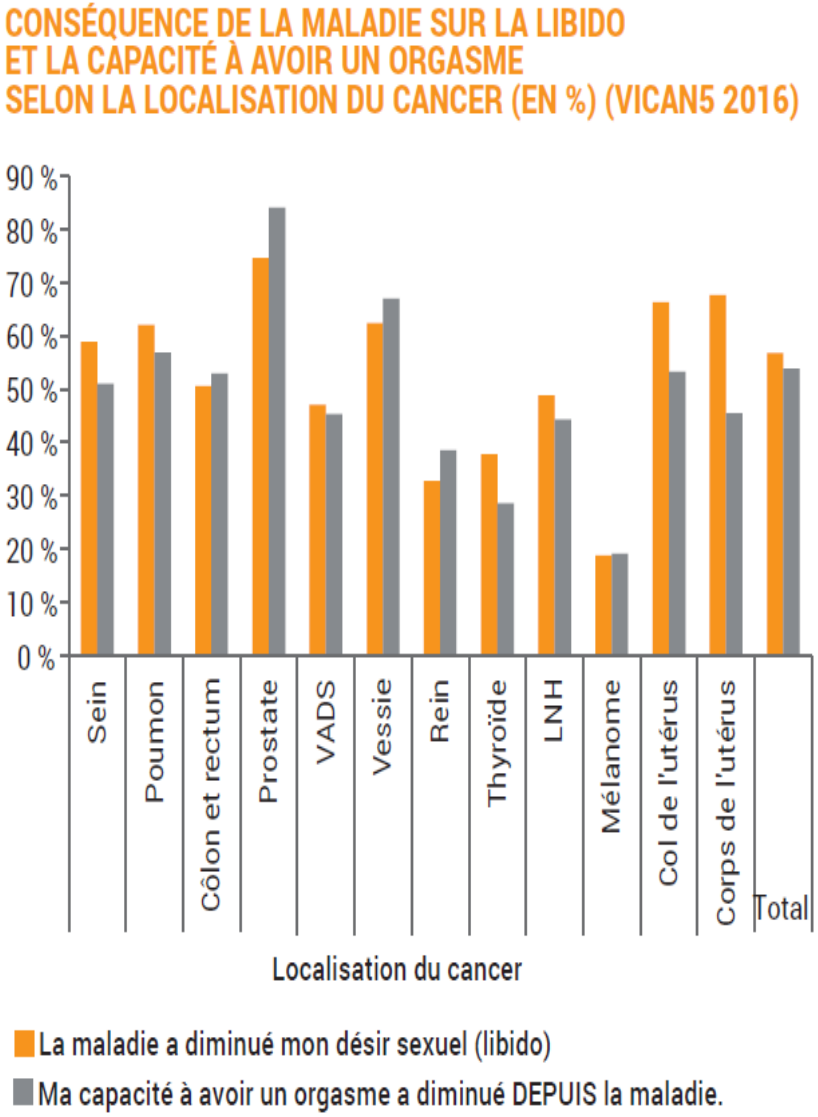
Enquête VICAN2



Différence selon sexe (M vs F) et localisation du cancer (pelvis ou autre)

Etude VICAN 2 et 5

LIBIDO
Diminuée: 1 patient sur 2
Aucun changement: 1/3
Augmentation: 1%



EN PRATIQUE:

Consultations infirmières/ sophrologie: Mme Brigitte TOUCHET

Consultations médicales hebdomadaires (tous les jeudis matin):
Dr Catherine HUREL GILLIER, sexologue
Dr Carine SEGURA-DJEZZAR, oncologue et oncosexologue

Prise de RDV- secrétariat ATOSS : 02 31 45 40 02

Tous les patients traités pour un cancer en Normandie, y compris patients non traités au centre