

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE: 2018

THESE 2018/TOU3/2009

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

BELINGUIER Anaïs

PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES A L'OFFICINE :

**LE RÔLE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE
DE LA PATIENTE ET CONSEILS ASSOCIES**

Date de soutenance : Jeudi 22 Février 2018

Directeur de thèse : Mme Tourrette Diallo Audrey

JURY

Président : Mme Cazalbou Sophie
1er assesseur : Mme Tourrette Diallo Audrey
2ème assesseur : Mr Caillot Henri
3ème assesseur : Mme Billac Béatrice

**PERSONNEL ENSEIGNANT
de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} octobre 2016**

Professeurs Émérites

| | |
|-----------------|----------------------|
| M. BENOIST H. | Immunologie |
| M. BERNADOU J | Chimie Thérapeutique |
| M. CAMPISTRON G | Physiologie |
| M. CHAVANT L | Mycologie |
| Mme FOURASTÉ I | Pharmacognosie |
| M. MOULIS C | Pharmacognosie |
| M. ROUGE P | Biologie Cellulaire |
| M. SIÉ P. | Hématologie |

Professeurs des Universités

| Hospitalo-Universitaires | | Universitaires | |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| M. CHATELUT E | Pharmacologie | Mme AYYOUB M | Immunologie |
| M. FAVRE G | Biochimie | Mme BARRE A | Biologie |
| M. HOUIN G | Pharmacologie | Mme BAZIARD G | Chimie pharmaceutique |
| M. PARINI A | Physiologie | Mme BENDERBOUS S | Mathématiques – Biostat. |
| M. PASQUIER C (Doyen) | Bactériologie - Virologie | Mme BERNARDES-GÉNISSON V | Chimie thérapeutique |
| Mme ROQUES C | Bactériologie - Virologie | Mme COUDERC B | Biochimie |
| Mme ROUSSIN A | Pharmacologie | M. CUSSAC D (Vice-Doyen) | Physiologie |
| Mme SALLERIN B | Pharmacie Clinique | Mme DOISNEAU-SIXOU S | Biochimie |
| M. VALENTIN A | Parasitologie | M. FABRE N | Pharmacognosie |
| | | M. GAIRIN J-E | Pharmacologie |
| | | Mme GIROD-FULLANA S (*) | Pharmacie Galénique |
| | | Mme MULLER-STAU MONT C | Toxicologie - Sémiologie |
| | | Mme NEPVEU F | Chimie analytique |
| | | M. SALLES B | Toxicologie |
| | | M. SÉGUI B | Biologie Cellulaire |
| | | M. SOUCHARD J-P | Chimie analytique |
| | | Mme TABOULET F | Droit Pharmaceutique |
| | | M. VERHAEGHE P | Chimie Thérapeutique |

Maîtres de Conférences des Universités

| Hospitalo-Universitaires | Universitaires |
|--------------------------|----------------------------|
| M. CESTAC P | Mme ARÉLLANO C. (*) |
| Mme DE MAS MANSAT V. | Mme AUTHIER H |
| Mme GANDIA-MAILLY P | M. BERGÉ M. (*) |
| Mme JULLIARD-CONDAT B | Mme BON C |
| M. PUISSET F | M. BOUJILA J (*) |
| Mme ROUZAUD-LABORDE C | Mme BOUTET E |
| Mme SÉRONIE-VIVIEN S | M. BROUILLET F |
| Mme THOMAS F | Mme CABOU C |
| | Mme CAZALBOU S (*) |
| | Mme CHAPUY-REGAUD S |
| | Mme COSTE A (*) |
| | M. DELCOURT N |
| | Mme DERAÈVE C |
| | Mme ÉCHINARD-DOUIN V |
| | Mme EL GARAH F |
| | Mme EL HAGE S |
| | Mme FALLONE F |
| | Mme FERNANDEZ-VIDAL A |
| | Mme HALOVA-LAJOIE B |
| | Mme JOUANJUS E |
| | Mme LAJOIE-MAZENC I |
| | Mme LEFEVRE L |
| | Mme LE LAMER A-C |
| | M. LEMARIE A |
| | M. MARTI G |
| | Mme MIREY G (*) |
| | Mme MONTFERRAN S |
| | M. Olichon A |
| | M. PERE D |
| | Mme PORTHE G |
| | Mme REYBIER-VUATTOUX K (*) |
| | M. Sainte-Marie Y |
| | M. Stigliani J-L |
| | M. SUDOR J |
| | Mme TERRISSE A-D |
| | Mme TOURRETTE A |
| | Mme VANSTEELANDT M |
| | Mme WHITE-KONING M |
| | Chimie Thérapeutique |
| | Parasitologie |
| | Bactériologie - Virologie |
| | Biophysique |
| | Chimie analytique |
| | Toxicologie - Sémiologie |
| | Pharmacie Galénique |
| | Physiologie |
| | Pharmacie Galénique |
| | Bactériologie - Virologie |
| | Parasitologie |
| | Biochimie |
| | Chimie Thérapeutique |
| | Physiologie |
| | Chimie Pharmaceutique |
| | Chimie Pharmaceutique |
| | Toxicologie |
| | Toxicologie |
| | Chimie Pharmaceutique |
| | Pharmacologie |
| | Biochimie |
| | Physiologie |
| | Pharmacognosie |
| | Biochimie |
| | Pharmacognosie |
| | Toxicologie |
| | Biochimie |
| | Biochimie |
| | Pharmacognosie |
| | Immunologie |
| | Chimie Analytique |
| | Physiologie |
| | Chimie Pharmaceutique |
| | Chimie Analytique |
| | Hématologie |
| | Pharmacie Galénique |
| | Pharmacognosie |
| | Mathématiques |

(*) titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

| Assistants Hospitalo-Universitaires | |
|-------------------------------------|----------------------|
| Mme COOL C | Physiologie |
| Mme FONTAN C | Biophysique |
| Mme KELLER L | Biochimie |
| Mme PALUDETTO M.N | Chimie thérapeutique |
| M. PÉRES M. | Immunologie |
| Mme ROUCH L | Pharmacie Clinique |

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 méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A Mme Tourrette,

Un grand merci pour avoir accepté de diriger et encadré cette thèse avec intérêt et patience. Merci pour vos cours à la faculté, vos conseils, votre travail de relecture et votre disponibilité.

A Mme Cazalbou,

C'est un grand plaisir de vous savoir à mes côtés lors de la soutenance de cette thèse. Merci beaucoup d'avoir accepté de présider celle-ci. J'en suis très reconnaissante.

A Mr Caillot,

Pour l'honneur que vous me faites de siéger parmi les membres du jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance. Encore merci de m'avoir suivi et de m'avoir permis de me former durant ces années d'études.

A Mme Billac,

Merci à toi Béa d'avoir accepté de faire partie des membres du jury, cela me tenais énormément à cœur, tu as toujours été là pour me conseiller, me motiver et me féliciter.

A ma famille, mes parents, ma sœur et Kévin,

Merci de m'avoir soutenue durant ces sept années d'études et ces longues périodes de révisions. Merci de m'avoir fait confiance dans mes choix. Vous avez été des parents exemplaires et vos conseils m'ont été d'une aide précieuse. Merci à ma petite sœur d'avoir été là, nous sommes à présent toutes les deux des professionnelles de santé amenées à travailler ensemble. Merci à mes grands-parents de m'avoir soutenu et cru en moi. Papi, j'ai toujours pensé à toi là-haut et je sais que tu serais fier de moi. Ma réussite, je vous la dois. Je vous aime très fort.

A mes grands amis de toujours,

Marina, Léa, Lucie, Chloé, Sarah, Nico, merci de m'avoir soutenu toutes ces années passées et surtout pour toutes ces années d'amitié !!

A mes amies de la fac, les pharma B,

Laurianne, Sophie L., Marion, Alice, Camille, Sophie D, Elena, pour ces six années passées à vos côtés, que ce soit sur les bancs des amphis, à la BU, ou en soirées !! Notre amitié reste intacte malgré nos chemins différents et j'espère que cela continuera encore et encore.

A mes amies du foot de Labastide et au coach Christophe,

Merci à vous tous pour toutes ces soirées et vos encouragements durant la rédaction de cette thèse, promis je reviens sur les terrains très prochainement !

A ma belle-famille,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble, merci de m'avoir soutenue dans les bons comme mauvais moments, vous êtes ma 2^{ème} famille !! Merci à toi Nathalie pour tout.

A toi Seb,

Un énorme merci pour ton soutien quotidien, ta patience, tu me donnes chaque jour la force d'avancer et c'est grâce à toi que je suis devenue une femme épanouie. Tu es la plus belle chose qui me soit arrivé.

A toute l'équipe de la pharmacie de l'OLIVIER : Sabine, Magali, Mélanie, Laure, Fabienne, Christiane, Florence, Maria, Corinne, Françoise, Laeticia,

Un grand merci pour m'avoir accueillie parmi vous, pour avoir participé à ma formation et pour l'expérience que vous m'avez apportée. Merci pour votre patience, vos conseils, votre gentillesse et pour tous les bons moments passés ensemble.

A Mr LOZE BAYSSELIER et toute l'équipe de la pharmacie de la Cybelle : Marine, Karine, Cathy, Noémie, Françoise, Laurence, Thérèse, Emilie,

Merci de m'avoir accueilli dans votre pharmacie depuis quelques mois, merci pour vos conseils et encouragements.

Aux trois personnes ayant acceptés et pris du temps pour témoigner pour ma thèse,
un grand MERCI !

Vous avez chacun participé à un moment ou à un autre de mes études à mon orientation professionnelle.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| LISTE DES FIGURES | 11 |
| LISTE DES TABLEAUX | 13 |
| LISTE DES ANNEXES | 14 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 15 |
| INTRODUCTION: | 16 |
| I- Le cancer du sein | 17 |
| I-1. Epidémiologie | 17 |
| I-2. Anatomie du sein | 17 |
| I-3. Facteurs de risque | 19 |
| I-4. Physiopathologie | 19 |
| I-4. 1. Les cancers non invasifs | 20 |
| I-4. 2. Les cancers invasifs | 20 |
| I-4. 3. La stadification | 21 |
| I-4. 4. Le grade | 23 |
| I-4. 5. Les récepteurs hormonaux (RH) | 24 |
| I-4. 6. Le statut HER2 | 25 |
| I-5. Le dépistage | 25 |
| I-6. Le diagnostic | 27 |
| I-7. L'annonce | 28 |
| II- Les traitements du cancer du sein | 30 |
| II-1. Les traitements généraux | 32 |
| II-1. 1. L'hormonothérapie..... | 32 |
| II-1. 2. La chimiothérapie | 33 |
| II-1. 2. 1. Les anthracyclines | 33 |
| II-1. 2. 2. Les taxanes | 34 |
| II-1. 2. 3. Les antimétabolites | 35 |

| | |
|--|-----------|
| II-1. 2. 4. Les agents alkylants | 36 |
| II-1. 2. 5. Les poisons du fuseau | 36 |
| II-1. 3. Les traitements ciblés..... | 37 |
| II-1. 3. 1. Les thérapies ciblées | 37 |
| II-2. Les traitements locorégionaux | 38 |
| II-2. 1. La chirurgie..... | 38 |
| II-2. 1. 1. La tumorectomie | 38 |
| II-2. 1. 2. La mastectomie | 38 |
| II-2. 2. La radiothérapie | 40 |
| III- Le rôle du pharmacien..... | 42 |
| III-1. Le rôle du pharmacien dans le dépistage et la prévention | 42 |
| III-2. Les conseils du pharmacien concernant les effets indésirables dûs aux différents traitements | 42 |
| III-2. 1 Les nausées et les vomissements..... | 43 |
| III-2. 2. L'alopecie (chute des cheveux) | 43 |
| III-2. 3. Les troubles cutanés | 44 |
| III-2. 4. Les mucites | 46 |
| III-2. 5. Les troubles intestinaux..... | 46 |
| III-2. 6. Les troubles sanguins | 46 |
| III-2. 7. Les troubles sexuels et gynécologiques | 48 |
| III-2. 8. Autres troubles | 48 |
| III-3. Le rôle du pharmacien dans le suivi du cancer du sein | 49 |
| III-3. 1. La kinésithérapie après un cancer du sein | 49 |
| III-3. 2. L'aide psychologique de la patiente et de sa famille..... | 54 |
| IV- La reconstruction mammaire..... | 56 |
| IV-1. Le principe de la reconstruction chirurgicale | 57 |
| IV-2. Les différentes reconstructions | 58 |
| IV-2. 1. La reconstruction par prothèse..... | 59 |
| IV-2. 2. Les autres alternatives à la pose d'implant mammaire | 60 |
| IV-3. Le complexe aréolo-mamelonnaire..... | 63 |
| V- Prothèses mammaires externes..... | 65 |

| | |
|---|-----------|
| V-1. Définition | 65 |
| V-2. Le principe | 66 |
| V-3. Les indications..... | 66 |
| V-4. La réglementation..... | 66 |
| V-4. 1. La prescription..... | 66 |
| V-4. 2. Le lieu d'essayage et le stock | 67 |
| V-4. 3. Les professionnels habilités à délivrer les PME | 68 |
| V-5. Le remboursement | 68 |
| V-5. 1. Les prothèses mammaires externes | 68 |
| V-5. 2. La lingerie..... | 70 |
| V-6. La prise de mesures | 70 |
| V-6. 1. La prise de mesures du soutien-gorge..... | 70 |
| V-6. 2. Déterminer la taille de la prothèse..... | 72 |
| V-7. Les différents types de prothèses..... | 73 |
| V-7. 1. Les PME transitoires | 73 |
| V-7. 2. Les PME standards..... | 73 |
| V-7. 3. Les PME techniques | 74 |
| V-8. Les différentes marques : AMOENA, THUASNE, ANITA..... | 74 |
| V-8. 1. AMOENA..... | 74 |
| V-8. 2. THUASNE | 79 |
| V-8. 3. ANITA..... | 84 |
| V-9. Etude de comparaison entre les différentes PME..... | 88 |
| V-10. Les conseils du pharmacien concernant les PME..... | 91 |
| V-10. 1. Un dispositif médical peu connu..... | 91 |
| V-10. 2. La mise en place d'une PME..... | 92 |
| V-10. 3. Conseils sur l'entretien des PME | 93 |
| V-10. 4. Conseils sur la lingerie adaptée aux PME..... | 94 |
| V-10. 5. Allergies et PME | 96 |
| VI- Témoignages / cas de comptoir..... | 96 |
| VI-1. Témoignage 1 | 96 |

| | |
|--|------------|
| VI-2. Témoignage 2 | 98 |
| VI-3. Témoignage 3 | 100 |
| VI-4. Conclusion sur les différents témoignages | 101 |
| CONCLUSION | 103 |
| BIBLIOGRAPHIE | 104 |
| ANNEXES | 115 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1: La structure du sein [6] | 18 |
| Figure 2: Les ganglions lymphatiques [6] | 18 |
| Figure 3: Schéma d'un cancer canalaire <i>in situ</i> et infiltrant [8]..... | 21 |
| Figure 4: Schéma expliquant le stade tumoral [11]..... | 22 |
| Figure 5: Participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein entre 2005 et 2015 suivant les tranches d'âge [5]..... | 26 |
| Figure 6: Participation au programme de dépistage organisé de cancer du sein par départements en 2015 [5]..... | 27 |
| Figure 7: Principes généraux de prise en charge du cancer du sein [13] | 31 |
| Figure 8: La mastectomie totale [36] | 39 |
| Figure 9: La mastectomie avec conservation de l'étui cutané [36]..... | 39 |
| Figure 10: La mastectomie préservant la plaque aréolomamelonnaire [36] | 40 |
| Figure 11: Une femme ayant un lymphoedème au niveau du bras droit [52]..... | 51 |
| Figure 12: Bandes utilisées pour la technique du bandage de décongestion. Photo a: Bande non extensible (Médica anti-oedème®), Photo b: Bande élastique (Biflex+®) [54]..... | 52 |
| Figure 13: Schéma représentant les pourcentages de satisfaction des femmes par rapport à l'information reçue sur la reconstruction mammaire [15] | 58 |
| Figure 14: La technique par lambeau musculo-cutané de grand dorsal [21] | 60 |
| Figure 15: La technique TRAM [21]..... | 61 |
| Figure 16: La technique DIEP lors d'une reconstruction différée [73]..... | 62 |
| Figure 17: Lambeaux libres de muscle fessier (musculocutanés ou perforateurs). Figure a: lambeau supérieur, basé sur le pédicule glutéal supérieur. Figure b: Lambeau inférieur, basé sur le pédicule glutéal inférieur [<i>Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique</i>] | 62 |
| Figure 18: Reconstruction du sein gauche par un lambeau musculocutané de grand dorsal associé à une prothèse avec une mammoplastie de symétrisation du sein controlatéral. A gauche : photographie préopératoire. Au milieu : résultat précoce après le premier temps de reconstruction. A droite : résultat à distance après réfection du complexe aréolo-mamelonnaire [37]..... | 63 |
| Figure 19: Graphique sur les difficultés vécues lors de la reconstruction [15] | 64 |

| | |
|---|----|
| Figure 20: Schéma de la prise de mesure du soutien-gorge Thuasne [86] | 71 |
| Figure 21: Schéma de la prise de mesure du demi-tour de poitrine Thuasne [86] ... | 71 |
| Figure 22: Les différentes aréoles auto-adhésives Amoena [84] | 72 |
| Figure 23: Les différentes aréoles auto-adhésives Thuasne [86] | 73 |
| Figure 24: Les différents galbes chez Amoena [84]..... | 75 |
| Figure 25: Les différentes formes de PME chez Amoena [84]..... | 75 |
| Figure 26: La technologie de thermorégulation Comfort+ chez Amoena [88] | 79 |
| Figure 27: Schémas représentant la mise en place d'une prothèse [89] | 92 |
| Figure 28: Amoena Skin préparation tonic® [84] | 93 |
| Figure 29: Une femme enlevant une PME Amoena Contact® [89]..... | 93 |
| Figure 30: Soutien-gorge de maintien post-opératoire Elena® Thuasne [86]..... | 95 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| <u>Tableau 1</u> : Tableau résumant les stades UICC des cancers du sein | 23 |
| <u>Tableau 2</u> : Appréciation du port des prothèses Silima DIRECT® et DIRECT LIGHT® par comparaison à la prothèse adhésive Amoena CONTACT® [90] | 89 |
| <u>Tableau 3</u> : Appréciation des critères d'utilisation des prothèses Silima DIRECT® et DIRECT LIGHT® par comparaison à la PME adhésive Amoena CONTACT® [90] .. | 89 |
| <u>Tableau 4</u> : Comparaison des 2 concepts testés (prothèse PLUS® et CONTACT®) avec une prothèse classique traditionnelle [93] | 90 |
| <u>Tableau 5</u> : Comparaison des 2 concepts testés (prothèse PLUS® et CONTACT®) concernant la tolérance cutanée [93]..... | 90 |
| <u>Tableau 6</u> : Conseils sur le nettoyage d'une prothèse Amoena CONTACT® [89]..... | 94 |

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Brochure Dépistage des cancers du sein destinée aux pharmaciens [18]

Annexe 2 : Arrêté du 4 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses de sein inscrites au chapitre 4, titre II, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale [78]

Annexe 3 : Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe, site AMELI

Annexe 4 : Tableau des tailles de soutien-gorge THUASNE [86]

Annexe 5 : Tableau des tailles de soutien-gorge AMOENA [84]

Annexe 6 : Tableau des tailles de soutien-gorge ANITA [87]

Annexe 7 : Tableau des tailles de prothèse THUASNE [86]

Annexe 8 : Tableau des tailles des prothèses AMOENA [84]

Annexe 9 : Tableau des tailles des prothèses AMOENA [87]

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|-------------|---|
| CCIS | Carcinome canalaire in situ |
| CLIS | Carcinome lobulaire in situ |
| RH | Récepteurs hormonaux |
| RE | Récepteurs oestrogènes |
| RP | Récepteurs progestérone |
| HER2 | Human Epidermal Growth Factor Receptor-2 |
| IV | Intra-veineux |
| RM | Reconstruction mammaire |
| TRAM | Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous |
| DIEP | Deep Inferior Epigastric Perforator |
| PAM | Plaque aréolo-mamelonnaire |
| PME | Prothèses mammaires externes |
| CSP | Code de la Santé Publique |
| CE | Commission Européenne |
| LPP | Liste des produits et prestations remboursables |
| SS | Sécurité Sociale |
| PLV | Prix limite de vente |

INTRODUCTION

Le cancer du sein est une pathologie connue depuis longtemps. Les cellules normales de la glande mammaire se développent en cellules cancéreuses et une tumeur maligne apparaît. Elle peut se développer à tout âge, mais plus souvent aux alentours de la soixantaine. Elle est actuellement diagnostiquée assez tôt, en effet, la moitié est découverte entre 50 et 69 ans, avec 20 % avant 50 ans et 10 % avant 40 ans.

Le cancer du sein reste grave mais il est pris en charge rapidement grâce au dépistage précoce organisé, ainsi qu'aux différents traitements généraux et locorégionaux. Les femmes guérissent donc plus rapidement du cancer. Celles-ci sont souvent opérées, elles subissent généralement une mastectomie. Elles se retrouvent donc amputées d'une partie de leur corps, ce qui peut provoquer un réel traumatisme psychologique. En effet, le sein est une représentation forte de la féminité et de la sexualité.

Le pharmacien est le professionnel de santé de proximité que la patiente rencontre régulièrement. Il va pouvoir la conseiller sur son traitement afin d'éviter les effets indésirables qui peuvent survenir. Il peut aussi proposer à la femme des alternatives comme les prothèses mammaires externes afin de combler le manque du sein. Grâce à ces différents dispositifs médicaux, ces patientes mutilées retrouveront leur corps et leur féminité. Le pharmacien est donc un acteur principal dans la prise en charge de la patiente.

Ce travail fait état des connaissances actuelles sur ces différentes prothèses mammaires externes qu'il existe sur le marché ainsi que sur les différents conseils du pharmacien.

Dans la première partie nous présenterons le cancer du sein, avec son mécanisme physiopathologique et ces facteurs de risques. La deuxième partie décrit les différentes reconstructions mammaires possibles ainsi que les conseils et le suivi du pharmacien face aux différents effets indésirables que la patiente peut développer. Enfin la dernière partie s'intéresse plus spécifiquement à la délivrance des prothèses mammaires externes, la nouvelle réglementation en vigueur depuis mai 2016 et les conseils associés.

I- Le cancer du sein

I-1. Epidémiologie

Dans de nombreux pays du monde, le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent chez la femme [1,2,4]. Il est la première cause de mortalité par cancer chez la femme avec environ 11 913 décès en 2015 [3,4,63]. Le taux de mortalité a baissé de 7% en 10 ans (entre 2005 et 2015) et l'incidence des cancers invasifs du sein diminue depuis les années 2000. En effet, le pronostic du cancer du sein s'est énormément amélioré : la survie à 5 ans (sur la période 2005-2010) est de 87%, tous stades confondus [3,5].

Cet accroissement peut s'expliquer par un dépistage permettant une détection précoce des cancers [1,5], mais aussi par une grande efficacité des traitements comme la chimiothérapie, l'hormonothérapie, ou la radiothérapie.

I-2. Anatomie du sein

Le sein possède comme principale fonction la production de lait pour nourrir le nouveau-né. Chaque sein possède (figure 1)[6]:

- Une glande mammaire. Elle est composée de quinze à vingt compartiments partagés par du tissu graisseux. Ces compartiments sont composés de lobules qui produisent le lait lors de l'allaitement, et de canaux transportant le lait vers le mamelon.
- Du tissu de soutien contenant des vaisseaux, de la graisse et des fibres.

Chez la femme, les ovaires fabriquent deux hormones sexuelles pour le bon fonctionnement et développement du sein [6]:

- Les œstrogènes qui permettent de développer les seins durant la puberté mais aussi durant la grossesse. Elles assouplissent les tissus et augmentent le volume sanguin dans le sein.
- La progestérone qui permet de différencier les cellules du sein. En effet, elle permet de préparer l'utérus lors de la grossesse en développant la vascularisation de la muqueuse de celui-ci.

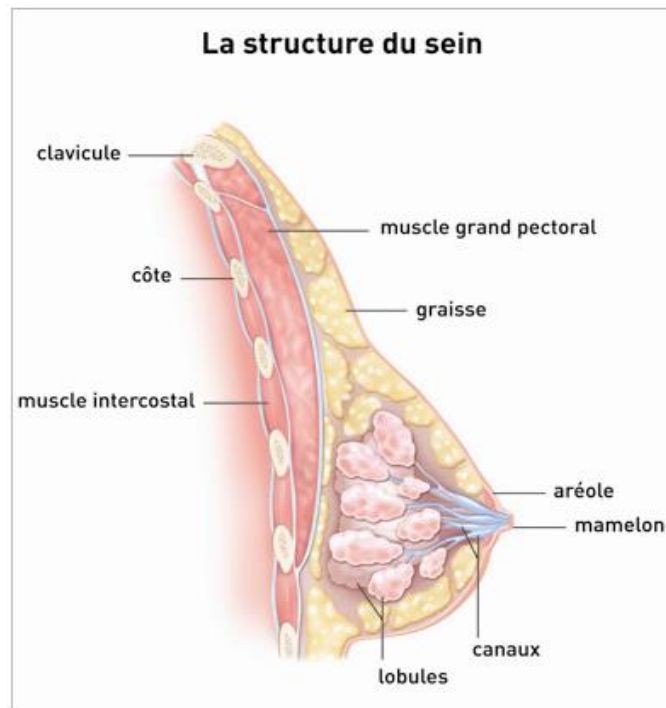


Figure 1: La structure du sein [6]

Le sein contient des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le système lymphatique a pour rôle d'aider à combattre les infections grâce à ses deux éléments : les ganglions et les vaisseaux lymphatiques. Les principaux ganglions sont les ganglions axillaires, les ganglions sus-claviculaires, les ganglions sous-claviculaires, et les ganglions mammaires internes (figure 2)[6].



Figure 2: Les ganglions lymphatiques [6]

I-3. Facteurs de risque

Le cancer du sein possède différents facteurs de risque, il est multifactoriel [2,4,5]. Certains facteurs sont inévitables mais d'autres peuvent être évités ou réduits. Les facteurs inévitables peuvent être:

- le sexe féminin (facteur de risque principal). Le sexe masculin est beaucoup moins touché.
- L'âge est aussi un facteur important, car le risque s'accroît avec l'âge.
- La prédisposition héréditaire. Des modifications génétiques telles que la mutation des gènes BRCA1 et/ou BRCA2 augmentent le risque de cancer du sein [7].
- Le métabolisme hormonal, en effet, plus la durée d'action de l'œstrogène dans le corps est longue et plus le risque est augmenté. Donc les femmes ayant eu leurs premières règles avant 12 ans ou leurs dernières menstruations après 55 ans sont à risques de développer un cancer du sein.

Certains facteurs de risque peuvent être évitables car ils sont souvent liés à l'environnement ou bien au mode de vie de la patiente:

- Le risque de cancer est plus élevé chez les femmes qui ont été traitées pendant des années avec une thérapie hormonale comprenant des œstrogènes et progestatifs contre les troubles de la ménopause.
- Après la ménopause, la femme peut être en surpoids, ceci peut augmenter le risque de développer un cancer car l'œstrogène est aussi produite dans les tissus adipeux, donc la femme en surpoids sera encore plus sous l'influence de celle-ci. Il faudra donc recommander une alimentation équilibrée pour éviter le surpoids ainsi que la pratique d'une activité physique régulière.
- La consommation quotidienne d'alcool en grande quantité.
- Le tabac, les fumeuses sont plus à risque de développer un cancer du sein.

I-4. Physiopathologie

Il y a deux formes de cancer : les cancers non invasifs et invasifs [8]. Concernant les cancers non invasifs, ce sont des carcinomes. Les plus fréquents possèdent une prolifération soit intra-canaux, soit intra-lobulaire. Le terme « *in situ* » est utilisé lorsque le cancer respecte l'intégrité de la membrane basale. Le

cancer ne s'est donc pas étendu aux tissus adjacents et aux autres organes. A propos des cancers invasifs, il y a un envahissement du tissu mammaire. En effet, ces cancers évoluent localement puis métastasent grâce aux ganglions axillaires qui constituent le premier relais, ce sont des formes infiltrantes [8].

I-4. 1. Les cancers non invasifs

Le cancer intracanaire (carcinome canalaire *in situ* ou CCIS ou carcinome canalaire non infiltrant) est le plus fréquent [9]. Ce cancer débute à partir du canal galactophore. Les cellules cancéreuses restent à l'intérieur des canaux et n'envahissent pas le tissu graisseux environnant (Figure 3). A ce stade, plus de 95 % des femmes qui ont été diagnostiquées et traitées, ont des chances de ne pas développer de cancer infiltrant. S'il n'est pas traité, ce cancer va se développer vers une forme invasive de haut grade [8].

Concernant les cancers intralobulaires (carcinomes lobulaires *in situ* ou CLIS), ils sont moins fréquents [9], ils ne sont pas palpables, et difficilement détectables à la mammographie. Le pronostic de ce cancer est généralement bon. Les spécialistes recommandent une surveillance régulière à vie devant une biopsie ayant mis en évidence un CLIS. Au moindre doute elle doit accepter qu'une biopsie soit faite [8].

I-4. 2. Les cancers invasifs

Le carcinome canalaire invasif représente 75 % des cancers du sein invasifs [9]. Il débute comme le CCIS dans le canal galactophore puis envahit les tissus environnants (Figure 3). Il peut métastaser grâce au système lymphatique et sanguin [8].

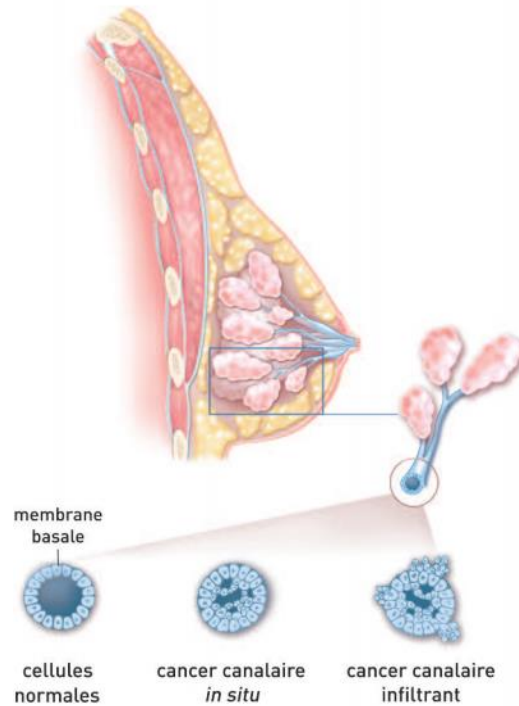


Figure 3: Schéma d'un cancer canalaire in situ et infiltrant [8]

Concernant le carcinome lobulaire invasif, il ne représente que 10 % des cancers du sein invasifs [9]. Il commence dans les lobules puis il peut métastaser, comme le CCIS, grâce au système lymphatique dans le corps. Ce type de cancer peut être plus difficile à détecter par la mammographie.

Le cancer du sein le plus rare (moins de 5%)[8] est le cancer inflammatoire fréquent chez les femmes jeunes. La peau du sein de la patiente est rouge et chaude. Des symptômes tels qu'une peau épaisse et fripée (« peau d'orange ») au niveau de la tumeur sont provoqués par les cellules cancéreuses qui bloquent les canaux lymphatiques [9].

I-4. 3. La stadification

La stadification va permettre d'établir le traitement le plus approprié pour la patiente, et d'essayer de prévoir l'évolution de la maladie. Pour évaluer ce stade, un ensemble d'examen est nécessaire. Un code standard international est donc utilisé. Ce code est le système TNM de l'American Joint Committee on Cancer (Figure 4). Lors du bilan initial, on définit les facteurs de pronostic habituel : T (tumeur), N (node, ganglion), M (métastases) [11,13,14,15]:

- La lettre T décrit la taille tumorale et son extension à la peau ou à la paroi du thorax sous le sein. (T0 : tumeur peu importante à T4 : tumeur importante et étendue aux tissus entourant la glande du sein).
- La lettre N décrit l'envahissement ganglionnaire, en effet celui-ci décrit si le cancer s'est étendu aux ganglions lymphatiques situés près du sein sous l'aisselle et si les ganglions sont fixés à d'autres structures anatomiques. (N0 : pas d'envahissement à N3 : envahissement important).
- La lettre M décrit l'existence de métastases, les localisations métastatiques préférentielles sont les os, les poumons, la plèvre, le foie et le péritoine [11] (M0 : pas de métastases ou M1 : présence de métastases).

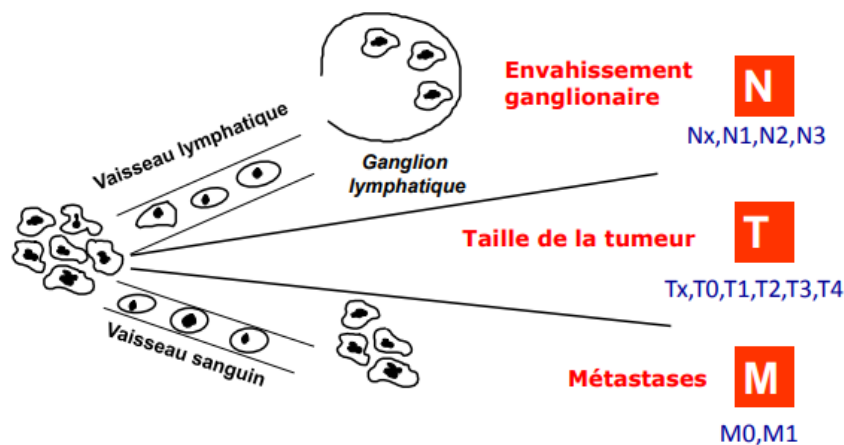


Figure 4: Schéma expliquant le stade tumoral [11]

La stadification UICC (Union Internationale Contre le Cancer) regroupe en plusieurs stades les caractéristiques du cancer du sein classées selon la classification T.N.M [13-14]. Le chiffre 0 correspond au stade le moins avancé et le chiffre IV le stade le plus avancé (Tableau 1).

Pour le stade I, la tumeur fait 2 cm de diamètre ou moins (T1), aucun ganglion n'est touché (N0). De plus, il n'y a pas de métastase (M0).

Pour le stade II, la tumeur fait plus de 2 cm de diamètre et moins de 5 cm (T2) et/ou s'est étendue aux ganglions lymphatiques dans l'aisselle du même côté du cancer du sein (N1). Les ganglions lymphatiques ne sont pas collés les uns aux autres et ils n'adhèrent pas aux tissus avoisinants.

Pour le stade III, la tumeur fait plus de 5 cm de diamètre et s'est étendue à des ganglions lymphatiques axillaires. La tumeur s'est aussi étendue à la peau, à la paroi

du thorax ou aux ganglions lymphatiques mammaires internes. Il n'y a pas d'extension aux organes à distance, ni aux ganglions lymphatiques éloignés du sein (M0).

Lors du stade IV, le cancer a métastasé (os, poumons ou ganglions lymphatiques éloignés du sein).

Tableau 1: Tableau résumant les stades UICC des cancers du sein

| 0 | I | IIA | IIB | IIIA | IIIB | IIIC | IV |
|---------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------------|
| TisN0M0 | T1N0M0 | T0N1M0 | T2N1M0 | T0N2M0 | T4N0M0 | TousTN3M0 | TousTTousNM1 |
| | | T1N1M0 | T3N0M0 | T1N2M0 | T4N1M0 | | |
| | | T2N0M0 | | T2N2M0 | T4N2M0 | | |
| | | | | T3N1M0 | | | |
| | | | | T3N2M0 | | | |

I-4. 4. Le grade

Il faut ensuite évaluer le grade de la maladie. Ce grade est appelé : grade Scarff-Bloom-Richardson ou « SBR » [11]. Les tissus prélevés lors de la biopsie vont être examinés au microscope et le médecin anatomopathologiste va attribuer un grade selon l'aspect des cellules. Ce système d'évaluation de l'agressivité des tumeurs se base sur trois critères histopathologiques notés par un score de 1 à 3 [12,14]:

– la différenciation du tissu cancéreux :

| Score 1 | Score 2 | Score 3 |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Bien différencié (> 75 % de la tumeur) | Moyennement différencié (10 à 75 %) | Peu différencié (< 10 % de la tumeur) |

– l'importance des anomalies cytonucléaires :

| Score 1 | Score 2 | Score 3 |
|---|------------------|---|
| Noyaux réguliers entre eux et de taille inférieure à 2 fois la taille de noyaux normaux | Atypies modérées | Noyaux irréguliers avec anisocaryose ou de taille supérieure à 3 fois celle de noyaux normaux, avec nucléoles proéminents |

– la quantité et qualité des mitoses :

| Score 1 | Score 2 | Score 3 |
|---------------|-----------------|--------------|
| 0 à 9 mitoses | 10 à 18 mitoses | > 18 mitoses |

Le grade « SBR » résulte donc de l'addition des scores obtenus. Grâce à ce grade les médecins vont pouvoir décider la stratégie thérapeutique et surtout estimer le pronostic de la maladie [13]. Pour un score de 3 à 5, c'est le grade I avec un pronostic favorable. Pour un score de 6 à 7, c'est le grade II avec un pronostic intermédiaire et pour un score de 8 à 9, c'est le grade III avec un pronostic réservé [12].

I-4. 5. Les récepteurs hormonaux (RH)

Les œstrogènes et la progestérone sont deux hormones sexuelles qui permettent le bon développement du sein à la puberté, mais aussi pendant la grossesse [6]. Dans les cellules du sein, il existe des récepteurs qui reconnaissent ces deux hormones. Sur le prélèvement de la biopsie le médecin effectue une recherche et un dosage de ces récepteurs afin d'évaluer le cancer du sein et de prédire la réponse au traitement hormonal [13]. Si les cellules cancéreuses ont des récepteurs d'œstrogènes (ER) et de progestérone (PR), ce sont des tumeurs ER+/PR+, elles sont hormonodépendantes [14,16]. De plus, si le niveau d'expression est élevé, cela est un facteur de bon pronostic. Pour traiter ces cancers, on utilise alors un traitement hormonal pour stopper les effets de ces hormones. Les tumeurs RE+/RP- prolifèrent énormément, expriment trois fois plus l'EGFR et surexpriment plus HER2 que les tumeurs RE+/RP+. Elles sont donc de moins bon

pronostic. Concernant les tumeurs RE-/RP+, elles possèdent beaucoup d'altérations moléculaires, ce sont des tumeurs plus agressives de haut grade histologique [14].

I-4. 6. Le statut HER2

A la surface des cellules mammaires on retrouve une protéine qui permet la croissance de celles-ci. Il faudra donc détecter si la tumeur produit un récepteur de facteur de croissance appelé HER2. Si les cellules tumorales produisent de grandes quantités de HER2, on dira de la tumeur qu'elle est HER2 positive (HER2+)[16]. Certaines tumeurs ne possèdent ni des ER, ni des PR, ni des récepteurs de la protéine HER2, ce sont des cancers du sein triple négatif [18].

I-5. Le dépistage

Le programme de dépistage du cancer du sein est un programme de santé publique destiné à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans en bonne santé, sans signes cliniques de maladie [5]. Ce dépistage est nécessaire surtout pour le diagnostic des formes précoces. Ce programme propose tous les deux ans à ces femmes une mammographie : il y aura deux clichés par sein, un bilan diagnostic immédiat en cas de résultat positif et une 2e lecture en cas d'examen normal [5].

L'objectif principal est de réduire sa mortalité grâce à une détection et un traitement précoce de la maladie. En France, le taux de participation au dépistage en 2015 était de 51,5 % [5].

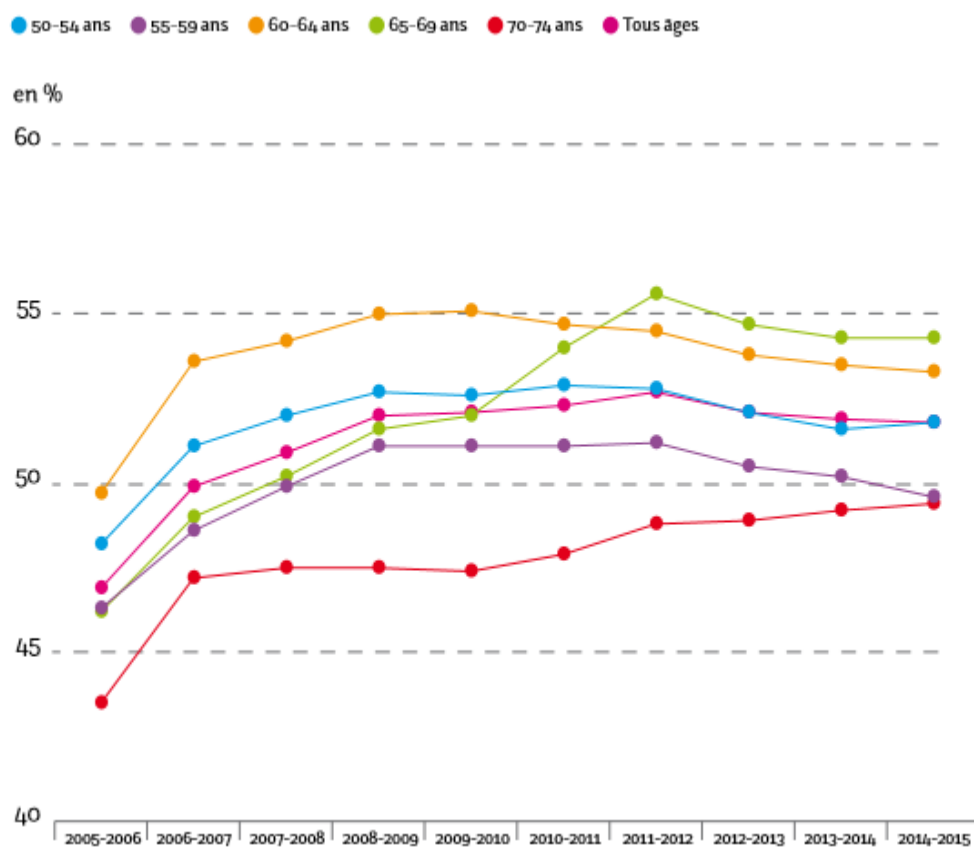


Figure 5: Participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein entre 2005 et 2015 suivant les tranches d'âge [5]

Il était de 44,8 % en 2005, puis cela a augmenté à 49,3 % et 50,8 % respectivement en 2006 et 2007. Les années suivantes ce taux est resté autour de 52 %. La participation des 50-64 ans est stable depuis 2008, avec une très légère baisse depuis 2011. Entre 2010 et 2012, il y a une progression de la participation pour les 65-69 ans, mais elle semble maintenant se stabiliser. Concernant la participation des plus de 69 ans, elle est en augmentation, elle a même rattrapé celle des 55-59 ans en 2015. Depuis 2009-2010, la participation des 65-69 ans est en nette augmentation, en 2011-2012 elle dépasse celle des 60-64 ans pour devenir la première tranche d'âge ayant le taux de participation au dépistage le plus élevé (Figure 5)[5].

Selon les régions et départements, le taux de participation reste très variable. En effet, en 2015, on retrouve une participation élevée (supérieure à 55 %) au Nord-Ouest de la France, et une participation plus faible (inférieure à 50%) au Sud Est (Figure 6)[5]. Il existe aussi des dépistages individuels effectués par la femme elle-même ou après l'avis de son médecin. Cela est très fréquent en Ile-de-France. Cela

peut donc expliquer la faible participation au dépistage organisé dans cette région. En effet, on observe que pour le dépistage individuel les femmes issues de milieux « favorisés » se font plus dépister par rapport aux femmes vivant dans des zones économiquement défavorisées [19].

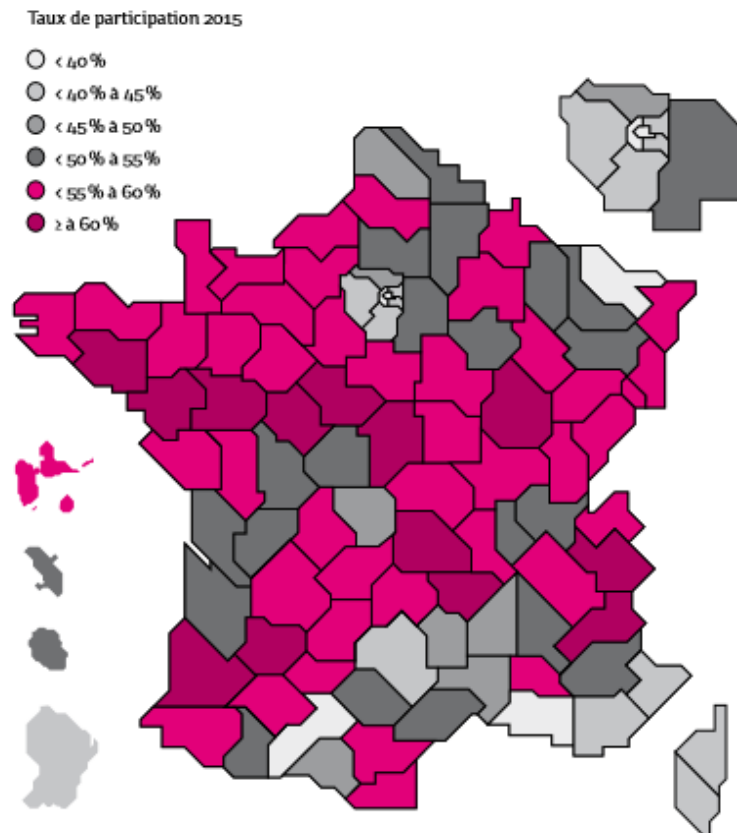


Figure 6: Participation au programme de dépistage organisé de cancer du sein par départements en 2015 [5]

I-6. Le diagnostic

Suite au dépistage, si le résultat est positif ou bien qu'une anomalie est décelée, différents examens doivent être réalisés afin d'établir un diagnostic. La patiente peut aussi découvrir elle-même des signes cliniques tels qu'une masse dans le sein, dans ce cas-là le pharmacien ou le médecin doivent l'orienter vers les structures adaptées afin d'effectuer ces examens. Une stratégie thérapeutique sera donc décidée en fonction des résultats de ces différents examens lors des réunions de concertation pluridisciplinaire [16].

Lors du bilan initial, il y a une consultation avec un médecin spécialiste. Il va réaliser un examen clinique des seins, c'est-à-dire une inspection visuelle et une palpation. Il va déterminer la taille, la mobilité et la localisation de la tumeur. Mais il va aussi inspecter la forme du mamelon et de l'aréole et rechercher des signes d'extension de la maladie en palpant les ganglions [16].

Une mammographie ainsi qu'une échographie des deux seins et des ganglions seront ensuite réalisées [18]. Il y a un classement pour les images mammographiques, on utilise le système BIRADS de *l'American College of Radiology* (ACR)[13]:

- ACR 0 : classification d'attente, des investigations complémentaires sont nécessaires
- ACR 1 : mammographie normale
- ACR 2 : anomalies bénignes qui ne nécessitent ni surveillance ni examen complémentaire
- ACR 3 : anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme (3 ou 6 mois) est conseillée
- ACR 4 : anomalie indéterminée ou suspecte
- ACR 5 : anomalie évocatrice d'un cancer

Une biopsie percutanée est effectuée s'il y a des images ACR 4 ou ACR 5 [13,16]. Sur cette biopsie, un examen anatomopathologique va être effectué afin de confirmer le type de cancer, le stade, le grade ainsi que la présence des récepteurs hormonaux à l'œstrogène et la progestérone ou à HER2. Le diagnostic de cancer du sein pourra donc être établi.

Si les résultats montrent qu'il y a une existence de métastases, d'autres examens tels qu'une radiographie du thorax, une scintigraphie osseuse, un scanner, ou une IRM peuvent être effectués [16,18].

I-7. L'annonce

L'annonce du cancer du sein est souvent perçue comme un réel traumatisme pour la patiente. Durant la prise en charge de celle-ci, elle va bénéficier d'une consultation d'annonce où il lui est proposé de consulter divers professionnels :

psychologue, infirmière, ou bien assistante sociale [15,20]. Cela permet aux patientes d'installer un premier contact.

Ces consultations peuvent avoir un impact non négligeable sur la patiente concernant sa qualité de vie. D'après l'enquête « Vie deux ans après un diagnostic de cancer - VICAN2 » (prévue par le Plan cancer 2009-2013), huit fois sur dix le diagnostic de cancer a été annoncé à la patiente par un médecin hospitalier ou un médecin de ville [15]. Et neuf fois sur dix, cette annonce a eu lieu en face à face. L'annonce du diagnostic a été jugée trop brutale pour 17.7% des enquêtées [15].

La première entrevue permet de créer un lien de confiance avec le médecin. Si celle-ci se déroule bien, l'observance du projet de soins et les prochaines étapes seront meilleures. Souvent, les rapports avec le personnel soignant, comme par exemple l'infirmière seront un refuge à l'équilibre émotif et physique de la patiente. En effet, ces soignants ont différentes missions dont soutenir et encourager les patientes [13]. Le psychologue possède différentes qualités dont l'écoute, il pourra donc soutenir la patiente dans les choix et les décisions qu'elle aura à prendre pendant cette période. Il a un rôle important de bienveillance. Ponctuellement, l'entourage (conjoint, enfants) peut aussi être pris en charge par les professionnels de santé [20].

L'entretien clinique initial est rarement inférieur à une heure. Le psychologue doit prendre le temps durant cet entretien pour connaître la femme qu'il rencontre dans sa globalité grâce aux différents échanges. Il va écouter attentivement la femme pour connaître ses émotions, sa souffrance afin de mieux l'appréhender.

Après l'entretien clinique initial, un suivi psychologique régulier est mis en place. Toutes les informations recueillies lors de cette rencontre permettent de créer un lien avec la patiente et ses proches, mais aussi permettent de s'entendre sur le suivi psychologique de celle-ci tout au long de sa prise en charge. L'accompagnement peut être hebdomadaire, mensuel, ou trimestriel mais parfois ponctuel. Tout cela est fonction des besoins ou de la demande de la patiente. C'est un "contrat" thérapeutique qui s'établit [20]. Il doit pouvoir s'ajuster en fonction de chaque patiente. L'aide psychologique est très importante, elle peut aider à redonner du sens à la vie.

II- Les traitements du cancer du sein

Il existe différents traitements pour soigner le cancer du sein. En effet, ces traitements diffèrent suivant plusieurs critères : le type de cancer, le stade de la maladie, la présence de récepteurs hormonaux, l'envahissement ou non des ganglions, la présence ou non de métastases, mais aussi le profil de la patiente comme l'âge, si elle est ménopausée ou non, son état de santé, sa situation personnelle ou bien ses préférences et désirs [21]. Donc pour chaque patiente il y a un traitement personnalisé. En effet, le médecin ainsi que toute l'équipe oncologique choisira la stratégie thérapeutique la plus adaptée à la patiente lors de la Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM), où se réunissent des médecins des différentes disciplines [13]. Parmi les différents traitements, on retrouve la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, et les nouveaux traitements ciblés. Ces différents traitements sont utilisés seuls ou bien souvent en association [21].

La stratégie thérapeutique pour un cancer du sein *in situ* est tout d'abord une chirurgie conservatrice (tumorectomie ou mastectomie partielle) avec un curage axillaire (non obligatoire) associé à une radiothérapie de la glande mammaire et du lit tumoral (en fonction des facteurs de risque de la patiente), ou bien une chirurgie non conservatrice (mastectomie totale) avec la possibilité d'un curage axillaire .

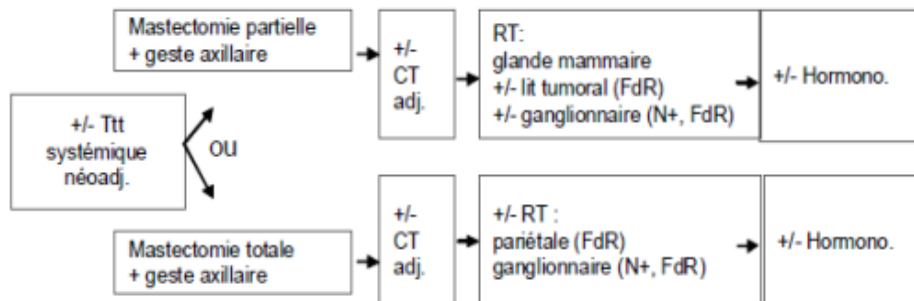
Pour un cancer infiltrant, un traitement systémique néo-adjuvant est d'abord proposé. Puis une mastectomie partielle ou totale associée à un curage axillaire est réalisée, ainsi qu'une chimiothérapie adjuvante (non obligatoire). Pour une femme ayant eu une mastectomie partielle, une radiothérapie de la glande mammaire est nécessaire, avec la possibilité d'irradier aussi le lit tumoral et les ganglions en fonction des facteurs de risque. Pour une femme ayant eu une mastectomie totale, la radiothérapie pariétale et ganglionnaire est effectuée en fonction de chaque femme et de leur facteur de risque. Après la radiothérapie, l'hormonothérapie est discutée.

Pour un cancer métastatique, le schéma thérapeutique est différent. Le traitement peut être systémique ou locorégional (tumeur ou métastases) ou bien les deux. Le traitement systémique associe la chimiothérapie et/ou l'hormonothérapie (Figure 7) [13].

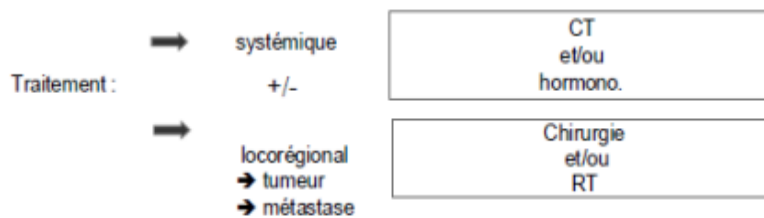
CARCINOME IN SITU



CARCINOME INFILTRANT *



MALADIE METASTATIQUE



* Hors cancer du sein inflammatoire

CT : chimiothérapie (incluant les thérapies ciblées)
RT : radiothérapie
Hormono. : hormonothérapie

Ttt : traitement
Néoadj. : néoadjuvant
FdR : indication discutée selon les facteurs de risque de récurrence
N+ : indication discutée selon l'envahissement ganglionnaire

Figure 7: Principes généraux de prise en charge du cancer du sein [13]

II-1. Les traitements généraux

II-1. 1. L'hormonothérapie

L'hormonothérapie est utilisée chez les patientes ayant un cancer qui possède les récepteurs aux œstrogènes et progestérone [13,22]. En effet cette thérapie va réduire le taux de ces hormones dans l'organisme. Afin de réduire les risques de récurrence, l'hormonothérapie est généralement prescrite après la chirurgie et la radiothérapie. Il y a plusieurs types d'hormonothérapie avec chacune un mode d'action différent. Le médecin choisira le type d'hormonothérapie en fonction du statut de la patiente par rapport à la ménopause [23]. Il existe trois principales classes de médicaments [13]:

- Les antagonistes des récepteurs des œstrogènes qui bloquent les effets de l'œstrogène sur les cellules cancéreuses. On retrouve le Tamoxifène (Nolvadex®).
- Les inhibiteurs de l'aromatase qui empêchent la production d'œstrogène dans le corps. Ce traitement n'est prescrit que pour les femmes ménopausées. On retrouve l'Exémestane (Aromasine®), le Létrozole (Femara®) et l'Anastrozole (Arimidex®).
- Les agoniste de la LH-RH agissent en bloquant la production des deux hormones par les ovaires chez la femme non ménopausée. On retrouve la Goséreléline (Zoladex®), et la Leuproréline (Enantone®, Eligard®).

Chez la femme pré-ménopausée, le Tamoxifène sera indiqué sur une durée de 5 ans. Concernant les agoniste de la LH-RH, l'indication sera discutée au cas par cas. Les inhibiteurs de l'aromatase sont eux contre-indiqués.

Chez les femmes post-ménopausées, le Tamoxifène est indiqué pendant 2 ou 3 ans, en alternance avec un inhibiteur de l'aromatase pour une durée totale de 5 ans. Mais il peut être aussi indiqué seul, pendant 5 ans en cas de contre-indication ou d'intolérance aux inhibiteurs de l'aromatase. Les inhibiteurs de l'aromatase peuvent eux être indiqués pendant 5 ans ou bien après le Tamoxifène pour une durée totale d'un minimum de 5 ans. Les agoniste de la LH-RH ne sont pas indiqués [13,23,24].

Si la femme a des antécédents de maladie thromboembolique, le Tamoxifène sera contre-indiqué. De plus, si une patiente souffre d'ostéoporose sévère, l'oncologue ne prescrira pas un traitement par inhibiteur de l'aromatase [23].

Les effets secondaires de l'hormonothérapie sont différents selon le traitement utilisé. Ils peuvent apparaître mais aussi s'atténuer ou disparaître quelques jours après le début du traitement, ou bien des semaines ou des mois plus tard. Les différents effets indésirables pouvant survenir sont des bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, un gain de poids, une ménopause précoce, des arthromyalgies, une perte de libido et une ostéoporose [23].

II-1. 2. La chimiothérapie

La chimiothérapie est proposée suivant différents facteurs : le type de cancer, son stade, et les facteurs de risque de récurrence. En fonction de ces informations, le protocole ne sera pas pareil pour toute [25].

Pour le traitement adjuvant des cancers du sein infiltrant, on retrouve le cyclophosphamide, le docétaxel, la doxorubicine, l'épirubicine, le fluoro-uracile, le méthotrexate et le paclitaxel administrés en IV [26].

Généralement, les schémas de chimiothérapie (ou protocole) associent plusieurs médicaments anticancéreux selon un calendrier précis. Par exemple, le protocole FEC associe plusieurs médicaments comme le 5-FU (F), l'épirubicine (E), et le cyclophosphamide (C). Il est administré en perfusion en 4 à 6 séances espacées de 3 semaines [14]. Il existe des variantes de ce protocole.

Durant la prise en charge des cancers du sein métastatiques, la chimiothérapie est un des traitements principaux. La durée de celle-ci peut varier en fonction de l'efficacité et de la tolérance de la patiente au traitement. Cette fois-ci ces médicaments sont utilisés seuls ou en association. On retrouve les anthracyclines, la capécitabine, le cyclophosphamide, le docétaxel, la gemcitabine, le paclitaxel et la vinorelbine [26].

II-1. 2. 1. Les anthracyclines

Les anthracyclines sont des inhibiteurs de topo-isomérases. La doxorubicine et l'épirubicine disposent d'une AMM dans le cancer du sein.

Différents effets indésirables peuvent survenir, les plus fréquents sont les nausées et vomissements, l'alopecie réversible, les diarrhées et les mucites, la neutropénie, une cardiotoxicité (qui se traduit par une insuffisance cardiaque dans l'année qui suit le début du traitement ou plus d'un an après le traitement). L'épirubicine (Farmorubicine®) pourrait induire chez 4 % des patients des leucémies le plus souvent myéloblastiques, dose-dépendantes 24 à 30 mois après le traitement. Le pharmacien doit aussi avertir la patiente de la coloration des urines en rouge durant 2 jours avec la Doxorubicine [14].

II-1. 2. 2. Les taxanes

Les Taxanes sont des alcaloïdes de l'if. Ils appartiennent au groupe des poisons du fuseau. Le paclitaxel possède une AMM [14]:

- en situation adjuvante, en cas d'envahissement ganglionnaire et après un traitement initial par une association anthracycline-cyclophosphamide (AC).
- pour traiter un cancer du sein localement avancé ou métastatique, en association soit avec une anthracycline, soit avec le trastuzumab (si forte expression HER2 et contre-indication à l'anthracycline).

Le docétaxel (Taxotère®) dispose d'une AMM [14]:

- en situation adjuvante, après chirurgie en cas d'envahissement ganglionnaire.
- en situation adjuvante, après chirurgie, sans envahissement ganglionnaire en association avec la doxorubicine et le cyclophosphamide.
- Pour traiter un cancer métastatique surexprimant HER2, associé au trastuzumab et au pertuzumab en l'absence de traitement antérieur.

Les effets indésirables des taxanes sont exceptionnels par leur fréquence et/ou leur gravité. On retrouve les réactions d'hypersensibilité, qui peuvent survenir dans les dix minutes suivant les premières perfusions. Il y aura donc une contre-indication définitive des taxanes lorsque ces réactions sont importantes [14]. La myélosuppression peut aussi être présente, en particulier la neutropénie généralement brève et réversible. Une alopecie complète réversible, une neuropathie périphérique à prédominance sensorielle, ainsi que des arthralgies fréquentes peuvent aussi survenir avec le paclitaxel. Concernant le docétaxel, on retrouve souvent des troubles cutanés (éruption maculopapuleuse, érythémateuse et prurigineuse), contrôlés par une prémédication corticoïde. Une desquamation des

mains et des pieds, une onychodystrophie et une rétention hydrique (œdèmes, prise de poids) peuvent aussi apparaître. La consommation de pamplemousse (fruit ou jus) est déconseillée pour les patientes traitées par docétaxel. En effet, ce fruit majore le risque d'effets indésirables du docétaxel [27].

II-1. 2. 3. Les antimétabolites

Concernant les antimétabolites, notamment les antipyrimidiques, ces molécules inhibent la synthèse des acides nucléiques. Leur chef de file est le 5-fluoro-uracile (5-FU), il est essentiel dans de nombreux protocoles de chimiothérapie utilisés dans le cancer du sein. Il possède une AMM dans les adénocarcinomes mammaires après traitement locorégional ou lors des rechutes.

La capécitabine (Xeloda®) est une prodrogue du 5-FU [14]. Elle possède une indication dans les tumeurs mammaires localement avancées ou métastatiques :

- soit en monothérapie après échec d'un traitement antérieur par taxane et par chimiothérapie basée sur une anthracycline,
- soit en association avec le docétaxel après échec d'une 1^{re} ligne de chimiothérapie ayant comportée une anthracycline.

La gemcitabine est indiquée en association avec le paclitaxel dans le cancer du sein métastatique chez les patientes en rechute après une chimiothérapie première (néoadjuvante) ou postopératoire (adjuvante) ayant comportée une anthracycline [28].

Les effets indésirables sont nombreux. Il y a une toxicité hématologique prédominante sur les leucocytes et les polynucléaires neutrophiles qui atteignent son maximum au 10^{ème} jour du cycle. Elle est réversible. On retrouve aussi des nausées et vomissements, ils sont fréquents et immédiats. 7 à 10 jours après le traitement, des mucites peuvent survenir. La photosensibilisation est un effet indésirable fréquent, il peut se présenter par un simple érythème ou bien un rash maculopapulaire érythémateux. La cardiotoxicité survient généralement après la 3^{ème} ou la 5^{ème} perfusion de 5-FU, elle se manifeste par des douleurs angineuses et le traitement doit donc être stoppé [14].

La capécitabine possède une toxicité similaire à celle du 5-FU. Mais les diarrhées et

le syndrome main-pied sont plus fréquents. On retrouve aussi de très rares cas (moins de 1 cas/10 000) de syndrome de Stevens-Johnson, ou de nécrolyses épidermiques toxiques (NET). Les professionnels de santé doivent prévenir les patients sur la survenue possible de ces réactions cutanées et leur expliquer qu'ils doivent consulter immédiatement un médecin si ces différents symptômes apparaissent. Ce médicament doit être impérativement arrêté lorsqu'une réaction cutanée sévère apparaît pendant le traitement [29]. La gemcitabine étant très radiosensibilisante, un intervalle d'au moins 4 semaines devra être nécessaire pour une irradiation à visée thérapeutique. On retrouve aussi d'autres effets indésirables comme une asthénie, un syndrome grippal ainsi qu'une cytolysé hépatique.

II-1. 2. 4. Les agents alkylants

Le cyclophosphamide (Endoxan®) appartient au groupe des moutardes azotées. Celui-ci possède une AMM dans le traitement adjuvant et en situation métastatique des adénocarcinomes mammaires [14].

Concernant les effets indésirables, on retrouve une myélosuppression et plus particulièrement pour les neutrophiles. Généralement la récupération est rapide : soit un délai de 21 à 28 jours. Il y a aussi une toxicité digestive engendrant des ulcérations buccales, des complications gastro-intestinales, et des nausées et vomissements dose-dépendants, habituellement retardés jusqu'à 8 heures après la prise de cyclophosphamide. Le cyclophosphamide possède une toxicité vésicale pouvant aller jusqu'à l'hémorragie massive. En prévention, en cas de forte dose, il peut y avoir une administration de Mesna, le maintien d'une diurèse abondante et d'une vidange régulière de la vessie. L'alopecie est systématique à forte dose, c'est un effet indésirable fréquent. De plus, le cyclophosphamide entraîne fréquemment une ménopause et est tératogène [14].

II-1. 2. 5. Les poisons du fuseau

La vinorelbine fait partie des alcaloïdes de la pervenche ou vinca-alcaloïdes. Elle possède une AMM dans le traitement du cancer du sein métastasé [14].

Ces médicaments sont très irritants pour les parois vasculaires. Une chambre à

cathéter implantable est donc recommandée. La vinorelbine doit être prise à la fin d'un repas, sans mâcher les capsules. Un traitement prophylactique antiémétique est souvent associé. On retrouve des effets indésirables comme un ralentissement du transit intestinal, une alopécie, une rétention d'urine, une hyper ou une hypotension artérielle mais aussi une neutropénie. Celle-ci est la toxicité limitante de la vinorelbine : elle survient le plus souvent 7 à 11 jours après le traitement et diminue entre le 14^{ème} et le 21^{ème} jour [14].

II-1. 3. Les traitements ciblés

II-1. 3. 1. Les thérapies ciblées

Durant le diagnostic d'un cancer du sein, le médecin recherche systématiquement la surexpression de HER2. Si celle-ci est positive, un traitement adjuvant anti-HER2 peut être mis en place. On retrouve un anticorps monoclonal : le trastuzumab (Herceptin®)[32]. Il bloque la protéine HER2 et donc la croissance des cellules tumorales. La première injection est administrée en perfusion intraveineuse de 90 minutes puis en perfusion de 30 minutes chaque semaine ou toutes les 3 semaines. Le traitement dure un an [33].

On retrouve aussi le bévacizumab (Avastin®), qui est aussi un anticorps monoclonal. Celui-ci ralentit la croissance des tumeurs en se liant au facteur de croissance endothélial vasculaire (VEGF) et en privant les cellules cancéreuses d'oxygène et de nutriments. Pour traiter certains cancers du sein métastatiques, il est administré en association avec des médicaments de chimiothérapie.

On retrouve aussi les inhibiteurs de protéines kinases avec le Lapatinib (Tyverb®) ou bien l'évérolimus (Afinitor®). Ces molécules bloquent la division et donc le développement des cellules cancéreuses. Le lapatinib est indiqué pour traiter certains cancers du sein métastatiques HER2 positifs. L'évérolimus est lui utilisé pour les cancers du sein métastatiques avec des récepteurs hormonaux positifs en association avec certaines hormonothérapies [14].

II-2. Les traitements locorégionaux

II-2. 1. La chirurgie

Il existe différents types de chirurgies [13,63]. La patiente est hospitalisée durant une courte durée. Elles sont toutes effectuées sous anesthésie générale.

II-2. 1. 1. La tumorectomie

C'est une chirurgie mammaire conservatrice. Elle permet d'enlever toute la tumeur tout en conservant le galbe du sein et le mamelon. Le chirurgien ne peut effectuer cette chirurgie que lorsque la tumeur est assez petite par rapport à la taille du sein, qu'elle est isolée ou bien lorsque deux foyers sont proches. Cette chirurgie est généralement accompagnée d'une radiothérapie locale [34]. Il existe un risque de rechute, mais celui-ci est minime. Si cela se produit, le chirurgien effectuera alors une mastectomie [35].

II-2. 1. 2. La mastectomie

- Totale

Cette technique correspond à une ablation totale du sein. C'est une chirurgie mammaire non conservatrice. La totalité de la glande mammaire entre le revêtement cutané et l'aponévrose du muscle pectoral est retirée, ainsi que l'aréole et le mamelon [35]. Elle est effectuée lorsque la tumeur est trop grande, ou bien si elle est située dans un site où il n'est pas possible de conserver le sein. Le chirurgien peut aussi avoir recours à celle-ci s'il y a plusieurs tumeurs dans un même sein. Souvent un curage ganglionnaire axillaire est effectué pour diminuer le risque de récurrence. Concernant la technique, l'incision est le plus fréquemment elliptique avec une orientation oblique vers le bord inférieur du creux axillaire (Figure 8)[35].

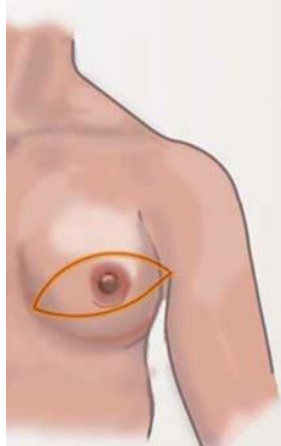


Figure 8: La mastectomie totale [36]

- Avec conservation de l'étui cutané

Cette technique consiste à l'ablation de la glande mammaire et de la plaque aréolomamelonnaire soit par une incision périaréolaire, soit accompagnée d'une exérèse cutanée modérée centrée autour de l'aréole. L'exérèse de la peau entourant la glande mammaire doit être la plus réduite possible. En effet, l'intérêt de cette technique est de conserver la forme conique du sein et le sillon sous-mammaire. L'incision est périaréolaire (Figure 9) [35]. C'est une technique fiable pour les indications telles que les tumeurs limitées et multicentriques, les carcinomes *in situ* ou bien les chirurgies préventives.



Figure 9: La mastectomie avec conservation de l'étui cutané [36]

- Préservant la plaque aréolomamelonnaire (PAM)

Cette chirurgie est avant tout esthétique. En effet, lors de la reconstruction, l'ablation de la PAM impacte énormément le résultat esthétique final. Le dessin de la mastectomie est une hémipériaréolaire externe avec extension par radiaire externe (Figure 10). Grâce à cette technique, le résultat de la reconstruction est amélioré. Le risque de récurrence reste faible. Mais il existe des risques de nécrose de la PAM [35,36].



Figure 10: La mastectomie préservant la plaque aréolomamelonnaire [36]

II-2. 2. La radiothérapie

La radiothérapie permet d'éliminer les cellules cancéreuses en évitant qu'elles se multiplient. Les rayonnements ionisants sont utilisés en les dirigeant précisément sur la zone à traiter. Le radiothérapeute va essayer de préserver les tissus sains (avoisnants) le plus possible. Il existe différentes radiothérapies :

- La curi thérapie [22]: une source radioactive est placée à l'intérieur du corps de la patiente, au contact de la zone à traiter par le radiothérapeute. Cette méthode est peu fréquente.
- La radiothérapie externe : une source externe de rayonnements est utilisée et est dirigée vers la zone à traiter. Cette méthode est la plus utilisée pour traiter le cancer du sein [21].

En fonction du stade du cancer, les indications de la radiothérapie peuvent être différentes [63]. Pour un cancer du sein *in situ*, la radiothérapie est utilisée en

complément de la chirurgie. Elle permet de réduire le risque de récurrence en éliminant les cellules cancéreuses qui peuvent persister.

La radiothérapie externe est généralement réalisée après une chirurgie conservatrice au niveau de la glande mammaire, du lit tumoral (région où se situait la tumeur avant la chirurgie), et des ganglions (ceux de la chaîne mammaire interne et ceux au-dessus de la clavicule). Si une mastectomie totale a été effectuée, Le radiothérapeute n'irradiera la paroi thoracique que s'il y a une présence de facteurs de récurrence pour les cancers infiltrants [13]. Les ganglions de la chaîne mammaire interne et sus-claviculaires peuvent eux aussi être irradiés en fonction de l'envahissement tumoral. Pour un cancer du sein métastatique, la radiothérapie est utilisée pour ralentir la progression de la tumeur mais aussi pour traiter les différentes métastases qui peuvent survenir, par exemples les métastases cérébrales ou osseuses [38].

Différents effets indésirables dû à la radiothérapie peuvent apparaître. Ils sont très variables et temporaires selon la zone traitée, la technique utilisée, la dose de rayons délivrée mais aussi de l'état de santé général de la patiente ainsi que sa propre sensibilité [34]. Ils peuvent être immédiats ou aigus, apparaître durant le traitement et quelques semaines après. A partir de la troisième semaine de traitement, on retrouve fréquemment un érythème cutané. Une desquamation de la peau au niveau du sillon sous mammaire peut aussi apparaître ainsi que d'autres effets indésirables immédiats tels qu'une gêne à avaler, un œdème du sein et de la fatigue. Les effets secondaires tardifs peuvent apparaître plusieurs mois après la fin du traitement. Ils sont généralement moins fréquents mais peuvent être durables. On retrouve des troubles cutanés tels que des irritations de la peau du sein ou bien des rougeurs, mais aussi des douleurs dans le sein, une raideur de l'épaule, un lymphœdème du bras, des troubles pulmonaires (toux sèche persistante, un essoufflement), des troubles cardiaques, et un risque de développer un second cancer mais cela reste exceptionnel [38].

III- Le rôle du pharmacien

III-1. Le rôle du pharmacien dans le dépistage et la prévention

Les pharmaciens sont des professionnels de santé de proximité, en effet ils sont en contact permanent avec la population [40,47,48]. Lorsque les patientes ont des questions ou des doutes sur le cancer du sein, elles peuvent se renseigner auprès du pharmacien afin qu'il explique et réponde à leurs questions mais surtout qu'il les rassure. Il peut parler du dépistage organisé aux femmes concernées et les accompagner dans leur démarche de dépistage [39-41]. En effet, il peut orienter les patientes vers leur médecin traitant, leur gynécologue ou bien la structure de gestion du dépistage des cancers de son département [40]. C'est donc un professionnel de santé qui sensibilise, accueille, écoute, oriente, rassure et encourage au dépistage [42,47,49].

Beaucoup de campagnes, actions, affichettes ou brochures ont été réalisées pour sensibiliser et inciter les femmes à participer au dépistage du cancer du sein [42]. Par exemple durant tout le mois d'Octobre on retrouve la campagne « Octobre Rose ». Le ruban rose représente le symbole mondial de lutte contre le cancer du sein, celui-ci a fêté ses 25 ans d'existence en 2017. Différentes sociétés proposent des actions afin de sensibiliser les femmes, par exemple une action a été menée par La monnaie de Paris. Elle a édité une pièce commémorative de 2 euros et ainsi les 2€ récoltés pour chaque monnaie ont été reversés afin de soutenir la lutte contre le cancer du sein.

Beaucoup de dispositifs d'informations à destination des professionnels ont été aussi mis en place. Pour le pharmacien on retrouve la brochure d'information de l'INCa sur le dépistage organisé du cancer du sein (Annexe 1). Le pharmacien pourra grâce à cela informer et répondre aux questions des patientes concernées sur les facteurs de risques ou bien le dépistage [40-42].

III-2. Les conseils du pharmacien concernant les effets indésirables dus aux différents traitements

Le pharmacien va être un des premiers interlocuteurs de la patiente. Il va pouvoir aider la patiente dans la compréhension de sa maladie et de son traitement

mais aussi prévenir et donner des conseils concernant les différents effets indésirables qui peuvent se produire durant ou bien après les différents traitements [21,49]. Suivant le protocole utilisé, les effets secondaires seront différents. Les plus connus et fréquents sont : les nausées et les vomissements, l'alopecie, les troubles cutanés, les mucites, les troubles intestinaux, les troubles sanguins, ou bien les troubles sexuels et gynécologiques [21].

III-2. 1 Les nausées et les vomissements

Ces effets indésirables ne sont pas forcément systématiques. Ils peuvent apparaitre dans les heures suivant la perfusion, disparaître, ou bien persister durant quelques jours [44-45]. Ils sont souvent amplifiés par l'anxiété et l'appréhension. En prévention, avant chaque injection de chimiothérapie, des traitements anti-nauséeux peuvent être utilisés pour limiter leur survenue [44-45]. Ils sont à base de sétron, corticoïde, ou bien d'aprépitant. On retrouve par exemple l'Emend®. Un goût métallique dans la bouche et le désintérêt pour certains aliments peuvent apparaitre lors de la chimiothérapie. Les différents conseils et précautions que peut proposer le pharmacien pour réduire ces effets indésirables sont [43,45]:

- Pour éviter les nausées, la patiente doit boire des boissons fraîches et gazeuses (sodas à base de coca).
- Elle doit prendre un repas léger surtout avant le traitement. Une alimentation trop riche (aliments gras, frits) et épicée doit donc être évitée.
- Les repas de petite quantité doivent être privilégiés ainsi que manger lentement.
- Maintenir une position assise pendant 30 min après le repas
- La patiente doit éviter le tabac et l'alcool.

III-2. 2. L'alopecie (chute des cheveux)

Les médicaments des chimiothérapies entraînent fréquemment une alopecie qui peut apparaitre trois ou quatre semaines après le début du traitement [22]. La chute brutale peut être perçue comme un traumatisme psychologique. Le pharmacien doit conseiller à la patiente de prévoir une perruque ou un foulard avant

que les cheveux ne tombent et l'orienter vers différents organismes qui vendent cela. La perruque peut être prescrite par le médecin et est remboursée par la sécurité sociale en partie [44]. Le pharmacien doit rassurer la patiente que cela n'est pas définitif et que la repousse reprend dès que la chimiothérapie se termine. La couleur et/ou la texture du cheveu peut avoir changé. De plus la perruque ou le foulard protègent le cuir chevelu du soleil et du froid [43].

Pour limiter cette chute de cheveux, la patiente peut porter un casque réfrigérant pendant la séance de chimiothérapie mais cela est parfois insuffisant [43,44]. Pour ne pas fragiliser les cheveux, des shampoings très doux doivent être utilisés. Cela permet aussi de limiter les démangeaisons et les irritations cutanées. Les cheveux ne doivent pas être brossés énergiquement et doivent être séchés à faible température afin d'être préservés. De plus, les colorations, les permanentes et les rouleaux sont à éviter. Avant la chimiothérapie, la patiente peut tailler les cheveux courts.

Généralement, pendant une chimiothérapie, tous les phanères ont tendance à tomber (les poils, cils, sourcils, barbe, moustache, poils pubiens), mais il ne faut pas que la patiente s'inquiète, ils repoussent dès que la chimiothérapie s'arrête. Pour protéger ses yeux du soleil mais aussi de la poussière, la patiente peut porter des lunettes de soleil, et utiliser des larmes artificielles s'il y a une sécheresse oculaire [43].

Les ongles vont aussi se dégrader, et peuvent devenir cassants, striés ou colorés [22]. Le pharmacien peut recommander d'appliquer du vernis au silicium pour les protéger, avant la perfusion mais aussi après et pendant au moins 6 mois. La patiente doit garder les ongles courts, protéger ses mains lors des travaux ménagers et le jardinage et hydrater quotidiennement les mains et pieds. Le port de chaussures trop serrées est aussi à éviter tout comme la pose de faux ongles et de durcisseurs. Si une rougeur des ongles est présente, la patiente doit désinfecter en trempant les doigts dans un bain d'Hexomédine® transcutanée ou de chlorhexidine [43].

III-2. 3. Les troubles cutanés

La chimiothérapie rend souvent la peau très sèche (xérose cutanée), parfois provoque même des irritations et une inflammation des muqueuses tout comme la

radiothérapie [22]. L'hydratation a donc un rôle majeur pour éviter ces effets indésirables. Le pharmacien pourra proposer des agents lavant à pH 5,5 type Syndet, des huiles lavantes ou des savons surgras pour la toilette. Il devra recommander à la femme de sécher la peau en tamponnant sans frotter et de porter des vêtements en coton. Pour maintenir une bonne hydratation et la protection de la peau, des crèmes émoullientes seront recommandées telles que: Lipikar® en baume, Exomega® en baume et Atoderm® mais aussi des crèmes cicatrisantes comme Cicalfate® ou Cicaplast® en cas de phase aiguë. La crème hydratante peut être appliquée entre les séances de radiothérapie. Certains produits peuvent augmenter la sécheresse tels que les produits à base d'alcool (parfums ou déodorants), de plus ils peuvent conduire à une irritation de la peau. Ils sont donc à exclure. Les douches et bains trop chauds sont à éviter pour la patiente mais aussi l'exposition solaire surtout pendant la première année après la fin du traitement. Elle devra utiliser une protection solaire de très haute protection minérale 50+. L'utilisation du maquillage médical (La Roche posay, Bioderma, Avène) est à conseiller [43].

Le syndrome mains-pieds est une érythrodysesthésie palmo-plantaire avec une rougeur, des œdèmes, des douleurs et des desquamations. Les activités physiques comportant un risque de traumatismes pour les mains et les pieds ou même des risques de frottement doivent être déconseillées. Les mains et les pieds peuvent être baignés dans de l'eau froide pour soulager la patiente. De la glace peut être aussi appliquée plusieurs fois par jour. La patiente doit constamment bien sécher les pieds et mains mais sans frotter, et les laisser découverts si possible. Les crèmes émoullientes peuvent être appliquées généreusement plusieurs fois par jour sur les zones atteintes comme le Dexeryl®, Cicalfate®, Trixera®. Le port de vêtements et de chaussures amples avec semelles adaptées sont indispensables pour l'aisance de la patiente [43].

Il est important que le médecin soit informé des différentes maladies de la patiente. En effet, la chimiothérapie peut favoriser la réapparition d'herpès. Il existe aussi d'autres effets indésirables cutanés tels que des éruptions, ou des œdèmes [44].

III-2. 4. Les mucites

Au niveau de la bouche, l'inflammation de la muqueuse peut favoriser les mucites (aphtes, mycoses...). Le médecin peut prescrire pour traiter cela des bains de bouche à base de bicarbonate de sodium (au moins 6 bains de bouche par jour). Le pharmacien doit rappeler les règles d'hygiène simples comme utiliser après chaque repas une brosse très souple pour le brossage des dents, éviter les aliments acides (vinaigre, moutarde...), les épices et la réduction de la consommation d'alcool. Tous ces conseils peuvent aider à prévenir l'apparition des mucites [43].

III-2. 5. Les troubles intestinaux

Ces troubles peuvent être différents en fonction des chimiothérapies, en effet on peut retrouver des diarrhées ou bien une constipation [43-44].

Concernant les diarrhées, la patiente doit maintenir une bonne hydratation (environ 2 litres d'eau/jour) en buvant en petite quantité mais souvent de l'eau, des tisanes, des bouillons de légumes,... Elle peut manger des aliments qui ralentissent le transit intestinal comme les féculents (pâtes, riz, pomme de terre...), les carottes cuites, la banane,... Elle doit éviter les aliments riches en fibres comme les légumes et fruits crus, les céréales, le pain complet ainsi que les produits laitiers, le café et le thé, les jus de fruits, les boissons glacées, et l'alcool [43].

Concernant la constipation, la patiente devra boire au moins 1,5L d'eau /jour si possible enrichie en magnésium et favoriser les fibres comme les fruits et légumes. Pour éviter la constipation, la pratique d'une activité physique régulière peut être la solution. Le pharmacien rappellera donc ces conseils hygiéno-diététiques, et si ceux-ci ne sont pas suffisants le médecin prescrira un traitement adapté comme des laxatifs doux non irritants voire des micro-lavements si besoin [43].

III-2. 6. Les troubles sanguins

Lors d'une chimiothérapie, les cellules de la moelle osseuse sont atteintes, il y a donc une toxicité sanguine qui s'installe [43-44]:

- La leucopénie : Une baisse des leucocytes (plus particulièrement une neutropénie) augmente le risque d'infections et de fièvre. Si la patiente a plus de

38°C de fièvre, ou présente des signes d'infection (fièvre, frissons, sueurs, maux de gorge, toux, rash cutané, brûlure urinaire, diarrhée,...), les antipyrétiques sont interdits, elle doit consulter son médecin traitant ou un médecin hospitalier en urgence afin que des antibiotiques soient prescrits [44]. Si la patiente n'a pas de fièvre, des précautions doivent être prises comme éviter le contact avec des personnes qui sont malades ou bien les transports en commun. La patiente doit bien se laver régulièrement les mains, avoir une bonne hygiène buccale et désinfecter les plaies et les sites d'injection. Les doses de la chimiothérapie peuvent être adaptées à la cure suivante pour éviter une leucopénie. Pour stimuler le développement des globules blancs, des facteurs de croissance granulocytaire (G-CSF) tels que le pegfilgrastim, filgrastim, lénograstim peuvent être injectés [43].

- L'anémie ne se manifeste par aucun symptôme si elle est modérée. Mais si celle-ci est importante elle peut provoquer de la fatigue, un essoufflement à l'effort, une pâleur cutanéomuqueuse, des vertiges, ainsi que des palpitations [44]. Si l'anémie est modérée, des suppléments en fer et folates (vit B9) sont prescrits. Mais si l'anémie est plus forte (Hb 90-110 g/L), il y a une nécessité d'injecter des agents stimulant l'érythropoïèse: époétine-alpha, époétinebeta, darbépoétine.

- La thrombopénie est une baisse des plaquettes. Cela peut parfois provoquer des hémorragies. Les signes d'hémorragies spontanées mineurs comme les épistaxis, gingivorragies, hématomes, purpura pétéchial, hématurie, selles noires ou sanglantes sont à surveiller [44]. Si ceux-ci sont importants, la patiente doit consulter le médecin. Certaines précautions sont donc nécessaires pour éviter les saignements tels que l'utilisation d'une brosse à dents souple, d'un thermomètre auriculaire ou bien porter des gants pour bricoler.

Si les trois types de cellules sanguines sont abaissés, c'est une aplasie. La fatigue sera donc prédominante. La patiente ne devra faire que les activités indispensables ou celles qui procurent un bien-être, et laisser les autres tâches à son conjoint ou sa famille afin qu'elle ne se fatigue pas trop. Elle peut pratiquer une activité sportive ne nécessitant pas d'effort violent comme la marche, le yoga, la natation, ou la gymnastique douce. Des cures de magnésium seront recommandées [43].

III-2. 7. Les troubles sexuels et gynécologiques

Une irrégularité des règles ou bien leur arrêt peut apparaître à cause de la chimiothérapie. Mais celles-ci reviendront après l'arrêt du traitement, dans les mois qui suivent. Le pharmacien doit donc rappeler à la patiente qu'une contraception efficace est indispensable durant toute la durée du traitement. Chez les femmes de 40-45 ans, l'arrêt peut être définitif. Le traitement hormonal substitutif de la ménopause doit être arrêté chez la femme déjà ménopausée [43].

On retrouve aussi des troubles de la libido, ou bien une sécheresse vaginale lors d'une chimiothérapie, hormonothérapie ou radiothérapie. Pour lutter contre cela, le pharmacien peut expliquer quelques mesures préventives à la patiente/couple pour le maintien d'une sexualité satisfaisante [43]. En effet, les gels lubrifiants sans colorants et sans parfums (Hydralin lubrifiant sécheresse intime®) peuvent diminuer cette sécheresse et éviter des rapports douloureux. Les probiotiques peuvent aussi être conseillés, en effet la sécheresse vaginale déséquilibre la flore vaginale. Il en existe par voie vaginale (Medigyne®), ou par voie orale (Fémibion®, Eryphilus intima®). Des traitements à base d'acide hyaluronique sous forme de gels ou ovules vaginaux peuvent être utilisés pour restaurer la souplesse tissulaire, hydrater et lubrifier (Cicatridine crème/ovules®, Mucogyne®). Une détection précoce de ces symptômes est importante pour éviter cet inconfort intime ainsi que l'anxiété et l'appréhension lors des rapports sexuels.

III-2. 8. Autres troubles

D'autres troubles tels que des bouffées de chaleur [46], des crampes, des douleurs dans les jambes, une diminution de la sensibilité des pieds et des doigts peuvent apparaître [44]. Lorsque le traitement possède une toxicité cardiaque, il y a une surveillance de la fonction cardiaque [43].

Le pharmacien tient un rôle important dans la prévention et l'information auprès de la patiente des effets indésirables induits par le cancer et ces différents traitements. Les prises en charge sont souvent complexes et anxiogènes, donc le pharmacien sera aussi là pour la rassurer car ces effets disparaissent souvent après l'arrêt des traitements.

III-3. Le rôle du pharmacien dans le suivi du cancer du sein

Le suivi fait partie d'une approche médicale globale. Le médecin traitant sera l'acteur principal [47,50]. Il y a différents risques à prévenir pour la santé des patientes ayant eu un cancer du sein. Le pharmacien sera présent afin de diminuer les facteurs de risque de ce cancer. Par exemple pour l'accompagnement à l'arrêt du tabac, le pharmacien pourra leur proposer différentes possibilités comme les substituts nicotiques (patchs, gommes) pour lutter contre cela. Il doit rappeler les règles hygiéno-diététiques comme manger 5 fruits et légumes, diminuer la consommation de sel, limiter la consommation d'alcool à 1 verre par jour, et les encourager à la pratique d'une activité physique afin de lutter contre la prise de poids et l'obésité [50]. Le pharmacien veillera aussi à ne pas délivrer des vaccins vivants qui sont contre-indiqués pendant au moins 6 mois après la fin de la chimiothérapie. Il pourra aussi conseiller à la patiente d'effectuer un dépistage du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus.

Différents examens de suivi du cancer du sein vont être pratiqués à la fin du traitement et tout au long de la vie de la patiente, ainsi dans une démarche d'éducation thérapeutique, le pharmacien sera là pour lui rappeler que ceux-ci sont importants [48,49]. En effet, tous les 3 à 6 mois un examen clinique est effectué pendant 5 ans, puis annuellement à vie. Le médecin s'attardera sur les symptômes de récives à distance (os, poumon, foie) mais aussi locales. Il examinera la cicatrice de l'intervention chirurgicale (si elle a eu lieu) mais aussi la paroi thoracique, les ganglions régionaux et les bras (risque de lymphœdèmes). Pour les patientes sous Tamoxifène, un examen gynécologique annuel sera conseillé. Un an après la mammographie initiale et au moins 6 mois après la fin de la radiothérapie, une mammographie est effectuée. Elle sera ensuite renouvelée tous les ans [39,50].

Le pharmacien effectue un accompagnement personnalisé de la patiente, c'est « un médiateur du patient entre le système de soins et la vie quotidienne » [48].

III-3. 1. La kinésithérapie après un cancer du sein

Le pharmacien travaille en coordination avec d'autres professionnels de santé tel que le kinésithérapeute. Il doit informer la femme sur l'importance de

l'accomplissement des séances de kinésithérapie. En effet, après un cancer du sein, la femme opérée peut voir survenir plusieurs complications comme des raideurs dans l'épaule, des cicatrices ou bien des complications lymphatiques [52-53]. Il faudra donc une rééducation adaptée afin que celle-ci retrouve « la vie d'avant ».

Ces séances permettent d'assouplir les tissus surtout après une mastectomie et d'éviter ou réduire les adhérences qui peuvent se former [53,58]. Elles peuvent aussi aider les patientes souffrant de lymphœdèmes. En effet, cet effet indésirable peut survenir à tout moment, il est irréversible et c'est une urgence. La complication principale est l'érysipèle [52,56].

Le lymphœdème est une des complications la plus importante après un curage axillaire ou bien une irradiation du creux axillaire [55-56]. Il est multifactoriel [52]. Tout d'abord, il est lié à la section des lymphatiques afférents aux lymphonœuds du creux axillaire sacrifiés par technique classique du curage ou par nœuds sentinelles. Certains nœuds drainent le sein et sont en commun avec ceux qui drainent des territoires du membre supérieur. Le deuxième facteur est lié aux effets de la radiothérapie, en effet, les voies superficielles peuvent s'oblitérer du fait des effets sur l'endothélium vasculaire. Le troisième facteur est la notion de capital lymphatique préexistant, celui-ci est différent pour chaque patiente. Le risque de lymphœdème est de sévérité variable, et fréquemment tendance à l'aggravation avec le temps. Le risque est constant tout au long de la vie. Certaines femmes présentent définitivement un lymphœdème modéré, certaines l'ont évolutif et d'autres n'ont pas de lymphœdème quoi qu'il arrive [52,59]. Le pharmacien doit éduquer la patiente sur les signes cliniques d'apparition du lymphœdème. Elle doit consulter un médecin si elle remarque une enflure dans la main, le bras ou la paroi thoracique, si elle ressent une sensation de lourdeur et de gonflement du bras, une rougeur ou chaleur accrue dans le bras, mais aussi si elle a du mal à passer son bras dans une manche ou que ses bijoux sont serrés (Figure 11) [59].



Figure 11: Une femme ayant un lymphoedème au niveau du bras droit [52]

Le kinésithérapeute est l'acteur principal, autant dans la phase préparatoire (avant l'opération) qu'après l'opération pour l'entretien. Un bilan kinésithérapique précède le traitement. Celui-ci va adapter les techniques manuelles (drainage manuel ou pressothérapie pneumatique) et les prescriptions de bandes selon la localisation et l'importance du lymphoedème [52,56,58].

La rééducation de retour à domicile se met rapidement en place car le temps d'hospitalisation est court. La présence de lymphocèle ou non et/ou de raideur de l'épaule va guider la rééducation. La technique du bandage de décongestion est connue depuis l'antiquité pour traiter le lymphoedème. Cette méthode comprend deux bandes différentes (Figure 12)[52,54]:

- La première bande est non extensible et est placée sur le membre supérieur après la séance de décongestion. Celle-ci maintient au repos le résultat du drainage manuel et de la pressothérapie. Elle a un effet contentif au repos et compressif lors des contractions musculaires.
- La deuxième bande est élastique et se place au-dessus de la première bande pour appliquer une pression de repos permanente.



Figure 12: Bandes utilisées pour la technique du bandage de décongestion. Photo a: Bande non extensible (Médica anti-oedème®), Photo b: Bande élastique (Biflex+®) [54]

Quand l'œdème diminue, la deuxième bande (élastique) ajuste la constriction autour du membre. Si la patiente présente des douleurs, ou ne se sent pas bien, la bande doit être enlevée de suite. La pression doit être tolérable [54]. Cette méthode de bandage présente un double but :

- maintenir le résultat d'une séance à l'autre
- améliorer le résultat si cela est possible

Cette technique est facile d'emploi, et présente d'excellents résultats [52,54].

En post-opératoire, le confort de la patiente est amélioré grâce à la rééducation. En effet, celle-ci va pouvoir retrouver et maintenir l'amplitude de l'épaule et l'aisance du membre supérieur dans les activités de la vie quotidienne (porter la main sur la tête, se maquiller ou se coiffer,...) grâce à des exercices recommandés dans leur autorépétition. Ceux-ci doivent être doux, simples et non douloureux [57]. Ils sont limités dans leur amplitude et répétés avec lenteur. La rééducation trop active est à limiter.

La kinésithérapie peut aussi prendre en charge les cicatrices post-opératoires. En effet celle-ci permet d'éviter les adhérences, l'hypertrophie et la douleur. Les cicatrices sont mobilisables en même temps que la rééducation de l'épaule grâce à des exercices de respiration, des étirements cutanés doux pour ne pas irriter la peau en regard de l'extrémité du drain aspiratif [53]. Chez une femme ayant eu une reconstruction mammaire, les soins du kinésithérapeute préparent et surtout

améliorent le résultat esthétique de celle-ci. Un œdème post-opératoire est fréquemment retrouvé et le kinésithérapeute peut proposer une technique de drainage lymphatique manuel pour diminuer celui-ci.

Plus le temps passe et plus la cicatrisation augmente et donc les mouvements deviennent moins faciles [53]. Les œdèmes et les collections liquidiennes sont en train d'être résorbés, mais il y a une apparition de « brides » ou de « cordons » lymphatiques formant des thromboses lymphatiques superficielles (lymphangiothrombose) [52]. La rééducation de ces thromboses est réalisée par leur mise en tension manuelle et des massages pulpaire le long de leur grand axe. La récupération de l'amplitude de l'épaule est le premier plan de la rééducation. En effet, malgré les douleurs, celle-ci doit être recherchée pour faciliter la réalisation de la radiothérapie. D'autres douleurs peuvent survenir, comme des douleurs thoraciques et/ou abdominales. Le kinésithérapeute peut aider à soulager cela.

Concernant la prévention, le pharmacien et le kinésithérapeute travaillent en harmonie et doivent former et donner des conseils de prévention à la patiente concernant le risque important de lymphœdème [55,58]. Si celle-ci a eu un curage axillaire, il faut lui expliquer que sa fonction lymphatique est modifiée, et que le risque de survenue d'un lymphœdème est très présent. Mais toutes les femmes n'auront pas forcément cela, mais seulement une insuffisance lymphatique potentielle faisant le lit du lymphœdème. Les conseils doivent être positifs. Il faut que la patiente soit sensibilisée au nettoyage de toute piqûre, égratignure, brûlure ou plaie pour éviter toute infection pouvant déclencher ou aggraver le lymphœdème [55]. Concernant les activités, le jardinage est autorisé mais la patiente doit utiliser une protection adaptée (gants de protection) pour éviter les égratignures et surtout bien insister sur la désinfection [52,55]. Deux méthodes médicales sont strictement interdites à vie:

- la prise de tension artérielle du côté du sein opéré.
- les garrots pour les injections intraveineuses du côté du sein opéré.

Le pharmacien doit donc expliquer et insister sur les facteurs de risque et la prévention du lymphœdème, les activités autorisées (vélo, piscine, marche) et interdites (activités violentes où le bras peut être suspendu), apprendre à la patiente à reconnaître une infection, et surtout lui expliquer le rôle fondamental du

kinésithérapeute [55]. Concernant la prévention du lymphœdème, le patiente doit éviter le surpoids car c'est un facteur de risque, elle doit se protéger du soleil afin d'éviter les coups de soleil au niveau du bras car la chaleur accentue le lymphœdème. De plus, elle doit avoir le bras bien hydraté pour assouplir la peau. Elle peut appliquer un produit afin d'éloigner les insectes pour éviter les piqûres mais aussi faire attention lorsqu'elle se rase les aisselles pour ne pas se couper et favoriser une infection. Si elle part pour un long voyage en avion (5h), il est recommandé de porter un vêtement de compression. Les charges lourdes du côté du sein opéré sont à éviter, ainsi que le port de bracelets, montres ou bagues trop serrés ainsi que les soutiens-gorge non adaptés [59].

Concernant l'activité physique, il ne faut pas l'interdire à la patiente car il permet d'améliorer la qualité de vie de celle-ci. En effet, elle permet une amélioration de l'estime de soi, et de l'image corporelle [60]. Il faut qu'elle reprenne progressivement une fois qu'elle aura récupérée des amplitudes articulaires. L'activité doit être adaptée et encadrée par un professionnel formé. De plus, des études ont découvert qu'elle n'augmentait pas le lymphœdème ou l'exagération de celui-ci [52]. Elle présente aussi de nombreux avantages tels que la réduction de la surcharge adipeuse mais aussi la réduction des comportements sédentaires [57,60]. En prévention, la femme doit porter un manchon de compression sur mesure de classe II ou III pour éviter tous risques. Ce manchon peut être prescrit par le kinésithérapeute et il peut être à renouveler au moins 2 fois par an. Le pharmacien devra prendre des mesures précises du bras de la patiente. Les différents laboratoires donnent généralement un modèle afin de suivre les étapes de mesure. Pour faciliter sa mise en place, le pharmacien pourra conseiller à la patiente un enfile manchon [52,56,58].

III-3. 2. L'aide psychologique de la patiente et de sa famille

Concernant la vie sexuelle des patientes, plusieurs études montrent qu'il existe des facteurs prédictifs concernant les troubles dans la vie sexuelle des patientes comme la perception de la perte de plaisir, la précocité de la prise en charge, des problèmes avant la maladie ou bien l'engagement du partenaire [62].

Souvent la patiente se demande à quel médecin doit-elle parler de ces troubles? Les médecins généralistes, spécialistes référents, les pharmaciens, kiné, infirmières,

sexologues, psychologues ? La réponse est : à tout le monde. Chaque professionnel de santé doit rester dans sa compétence, et sa légitimité de soignant, en utilisant des moyens de support d'information. Une autre question est : quand l'aborder avec la patiente et le couple ? On peut l'aborder tout le temps, c'est-à-dire tout au long de son parcours personnalisé [62].

La qualité de vie des femmes traitées pour un cancer du sein mais aussi celle de leurs partenaires peut être influencée par leur vie sexuelle. Mais parler de sexualité provoque souvent de la honte, de la gêne et de la culpabilité [62-63]. Quand on lui annonce la maladie, la femme se fait une représentation du cancer. Elle a des interrogations, questions, peurs, doutes, et une incertitude sur l'avenir. Elle ressent le sentiment d'être extrêmement fragile, d'être dépendante et différente, elle ressent une perte de contrôle, et surtout un sentiment de ne pas pouvoir se faire comprendre et cela à des répercussions sur les troubles de l'humeur, le comportement, le sommeil, la sexualité,... C'est un vrai bouleversement [62].

Après la chirurgie (mastectomie ou tumorectomie), la femme ressent souvent le sentiment d'être mutilée. Les modifications de son corps sont vécues difficilement, il y a une réelle perte de repères mais surtout la perte de la confiance en soi et la perte du sentiment d'être désirable. Il va falloir différentes méthodes pour restaurer et préserver l'image du corps:

- la reconstruction mammaire
- les prothèses mammaires externes
- les soins du corps (socio-esthétique)

En donnant tout son soutien émotionnel et son aide à la décision, la présence du partenaire devient très importante pour la patiente. Celui-ci va devoir garder le même regard qu'il posait sur sa femme avant la maladie. C'est très important et nécessaire pour les patientes et/ou le couple de pouvoir parler dès le début de la prise en charge des informations comme l'incidence des effets secondaires des traitements sur la vie sexuelle avec les médecins, les infirmières dédiées au Dispositif d'Annonce, ou bien les équipes soignantes et les pharmaciens afin de les évaluer au cours du parcours de soins, en fin de traitement et dans l'après-cancer pour pouvoir se reconstruire au mieux [62-63].

Une étude a été faite sur la qualité de la relation de 282 couples un an après un diagnostic de cancer du sein [63], la maladie a eu comme conséquences un

rapprochement des deux partenaires pour 42% des couples, un rapprochement d'un seul des 2 pour 34% des couples, un éloignement des 2 partenaires pour 1% des couples, un éloignement d'1 seul des 2 pour 6% et pas d'effet de la maladie sur le couple pour 16% des autres répondants.

Même lorsque le cancer est guéri, la femme présente des difficultés dans la vie intime et sexuelle [62]. Le pharmacien doit pouvoir écouter et informer les femmes et le couple sur les divers troubles qui peuvent survenir et surtout les diriger vers des professionnels de santé spécialisés.

IV- La reconstruction mammaire

Après la chirurgie (mastectomie ou tumorectomie), une reconstruction mammaire (RM) peut être effectuée. En effet, les derniers plans cancer (2014-2017) insistent bien sur le fait que celle-ci fait partie intégrante du traitement [51,68,69,72,74]. L'appareillage prothétique (les prothèses mammaires externes) ou la reconstruction chirurgicale sont les deux méthodes utilisées [65]. La RM est un vaste champ d'activité, il y a beaucoup de techniques opératoires et il peut y avoir plusieurs interventions proposées pour arriver au résultat final. Ce résultat sera variable en fonction des indications, des complications, de l'expérience du chirurgien [64]. La RM permet à la femme de se reconstruire autant physiquement que psychiquement, en effet elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patientes, de se sentir plus à l'aise, plus désirable dans son corps, mais aussi de combler la perte du sein (qui peut être perçue comme une mutilation), d'avoir la possibilité de faire varier sa garde-robe, de faire du sport, d'éviter de porter une prothèse mammaire externe et surtout d'oublier ce qui rappelle tous les jours en sortant de la douche la maladie [64,71,72].

Malgré cela, seulement 20% à 30% des femmes mastectomisées font appel à la reconstruction mammaire [15,64]. Cela peut être dû au choix de la patiente, ou bien à l'âge. Tout chirurgien pratiquant une mastectomie doit pouvoir effectuer une reconstruction mammaire ou bien orienter la patiente vers un collègue chirurgien qui la pratique [64].

IV-1. Le principe de la reconstruction chirurgicale

La reconstruction mammaire repose sur 3 principes [74-75]:

- la reconstruction du volume du sein
- la symétrisation du sein controlatéral
- la reconstruction de l'aréole et du mamelon

Il faut plusieurs éléments pour réaliser une RM: la peau, le volume (prothèse ou tissu autologue ou mixte), et la plaque aréolo-mamellaire. Plus on aura des composants d'origine et plus on aura une reconstruction de qualité [64].

La consultation concernant la RM prend du temps, elle dure minimum 30 minutes. Le médecin doit expliquer les possibilités de reconstruction, apprécier les motivations et les attentes de la patiente et surtout rechercher les contre-indications à la reconstruction (oncologiques, comorbidités, tabagisme) [71,74]. Ensuite vient l'examen clinique complet. Le médecin va examiner la paroi thoracique et en particulier l'état de la peau (surtout si elle a été irradiée), si elle est de bonne qualité, si elle peut se distendre, afin qu'il puisse voir s'il la conserve ou s'il la remplace. Le médecin regardera ensuite l'autre sein, son volume, son degré de ptôse pour prévoir une symétrisation secondaire. Le chirurgien ne touchera pas forcément à l'autre sein, cela dépend de la poitrine. Le but étant d'avoir une poitrine symétrique idéale adaptée à la morphologie de la patiente, à sa silhouette [64].

Il y a deux grands types de reconstruction mammaire [64,66,75]:

- la reconstruction immédiate, c'est-à-dire lors de la mastectomie ou tumorectomie. Cela permet de limiter le traumatisme de passer par la mastectomie avec le thorax plat, d'avoir à attendre plusieurs mois pour avoir une reconstruction et surtout optimiser le résultat esthétique.
- la reconstruction différée ou secondaire, c'est-à-dire après la mastectomie et les traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie).

Dans tous les cas, la reconstruction ne doit pas déranger l'administration des traitements adjuvants (chimiothérapie ou radiothérapie) [75]. Il faut savoir en parler correctement aux femmes dès le début, c'est-à-dire dès que le diagnostic est posé [67].

En 2014, l'étude Ligue/BVA expose le pourcentage de satisfaction des femmes ayant eu le cancer du sein par rapport à l'information reçue sur la reconstruction

mammaire (Figure 13). 46% des femmes ayant eu le cancer du sein ont été plutôt bien informées sur la reconstruction mammaire, 37% des femmes très bien informées contre 4% qui ont été très mal informées et 13% plutôt mal informées [15].

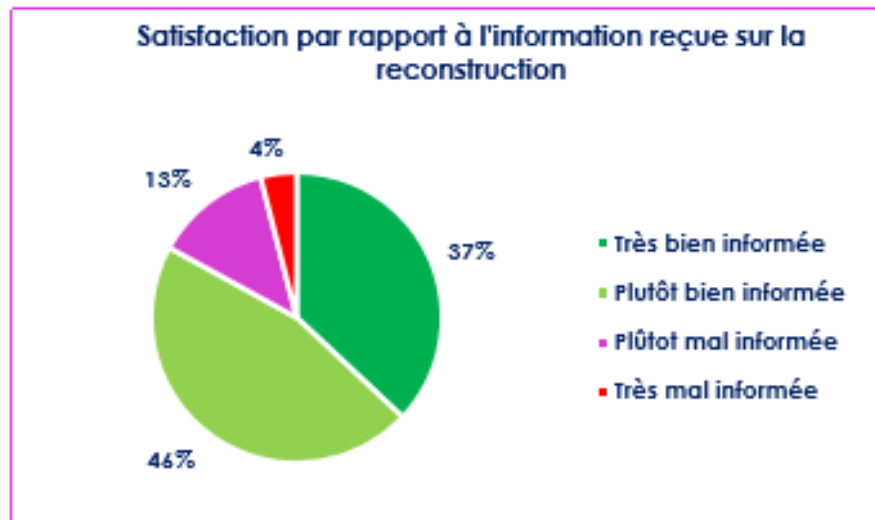


Figure 13: Schéma représentant les pourcentages de satisfaction des femmes par rapport à l'information reçue sur la reconstruction mammaire [15]

Concernant la reconstruction mammaire immédiate, les patientes ne sont pas assez informées. Le chirurgien ne peut pas effectuer une RMI à toutes les femmes car il y a des risques relatifs de mauvais résultats pour les patientes qui ont une indication d'irradiation après la chirurgie [70]. De plus, il peut y avoir un risque de retarder les traitements adjuvants ou une augmentation du risque de récurrence du cancer.

Pour la reconstruction mammaire différée (ou secondaire), c'est une question de timing. En effet cela est fonction du traitement adjuvant, il est donc important d'en informer la patiente et le médecin afin d'anticiper les rendez-vous. S'il y a seulement de la chimiothérapie, on peut, environ 3 mois après la fin du traitement, envisager la reconstruction. S'il y a de la radiothérapie, on va attendre au moins 6 mois après [64,74].

IV-2. Les différentes reconstructions

Le choix de la technique doit être adapté au morphotype de la patiente mais aussi à ses souhaits (esthétiques et psychologiques) [64,72,73]. Les principaux

paramètres qui peuvent intervenir sont [74-75]:

- le volume et la forme du sein à reconstruire
- le morphotype de la patiente
- les contre-indications à certaines techniques (abdominoplastie antérieure, etc.)
- l'état local des tissus
- les comorbidités de la patiente
- le moment de la reconstruction et les exigences de traitement carcinologique

Il n'y a donc pas une stratégie spécifique pour orienter la patiente vers un choix de technique de RM [75]. La satisfaction de la patiente est le but ultime que le chirurgien veut atteindre [64].

IV-2. 1. La reconstruction par prothèse

Pour la RM, le médecin peut utiliser une prothèse mammaire seule, ou associée à un lambeau pédiculé de grand dorsal [51,68,73]. C'est la technique la plus fréquente [69,71]. Elle est simple, rapide et présente de bons résultats. Avec cette reconstruction, il n'y a pas de cicatrices mais cela peut se dégrader dans le temps, des retouches peuvent être nécessaires, surtout s'il y a eu une irradiation [69,70,74]. De plus, la prothèse devra être changée tous les 10 à 20 ans. Il y a deux grands groupes de prothèses : les prothèses remplies de sérum physiologiques ou bien les prothèses pré remplies de gel de silicone. Une phase d'expansion tissulaire précède la pose de l'implant mammaire grâce à une prothèse d'expansion tissulaire [69]. Celle-ci est constituée d'une enveloppe de silicone dégonflée que l'on gonfle progressivement de sérum physiologique. Cette phase espace doucement les plans qui serviront de couverture à l'implant définitif [65]. Ceci est proposé quand la peau est suffisamment souple, peu abîmée par la radiothérapie [70], que la morphologie de la patiente s'y prête avec un sein controlatéral à base étroite ou moyenne.

Concernant les complications, on retrouve les infections, les hématomes ou bien la rétraction périprothétique (coque) favorisée par la radiothérapie [70,72,74]. En effet, une membrane se forme normalement autour de la prothèse, mais parfois cette membrane peut s'épaissir, former une coque fibreuse et entraîner une déformation du sein reconstruit. Une rupture de la prothèse peut aussi survenir [73-74].

IV-2. 2. Les autres alternatives à la pose d'implant mammaire

Il existe d'autres alternatives à la pose d'implants mammaires [67]. Parmi les techniques de reconstructions mammaires sans implants, on retrouve la technique par lambeau musculo-cutané de grand dorsal, la technique TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap), la technique par lambeau libre de grand fessier, la technique DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator) et la technique du lipomodélage [71,73].

- La technique par lambeau musculo-cutané de grand dorsal

Une partie du muscle grand dorsal est prélevée avec une partie de peau et de graisse. Ce lambeau est ensuite déplacé vers le thorax [73]. Une prothèse peut être placée en dessous de la peau et du muscle du lambeau (Figure 14)[37]. Les avantages de cette technique sont la rapidité et la fiabilité de son prélèvement. Elle permet d'avoir une forme plus naturelle du sein par rapport à une prothèse seule. De plus, elle est utilisée lorsque la peau du thorax est insuffisante ou trop fragilisée par la radiothérapie. Les complications peuvent être un lymphocèle, une nécrose cutanée, une nécrose partielle ou totale du lambeau, une diminution de la force musculaire du côté opéré, une cicatrice élargie de mauvaise qualité au niveau du dos, ou bien des infections [71,73,74].

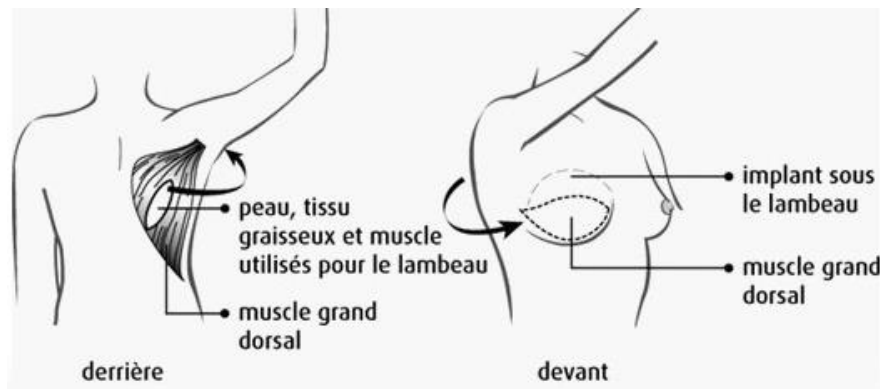


Figure 14: La technique par lambeau musculo-cutané de grand dorsal [21]

- La technique TRAM

C'est une reconstruction faite avec un lambeau pédiculé de grand droit de l'abdomen. C'est un sacrifice musculaire. Le pli de peau et de graisse du ventre sont transférés avec le muscle (Figure 15)[73]. Cela représente une intervention impor-

tante [71]. La texture et le galbe du sein sont plus naturels. Cette technique permet en même temps d'éliminer l'excès de peau et de graisse du ventre. L'avantage est qu'elle permet une reconstruction mammaire après radiothérapie et qu'il n'y aura pas de ré-intervention à long terme. Les complications peuvent être les infections, les nécroses partielles ou totales, une hernie abdominale, ou bien un sérome [71-74]. Une cicatrice horizontale en bas du ventre d'une hanche à l'autre sera visible.

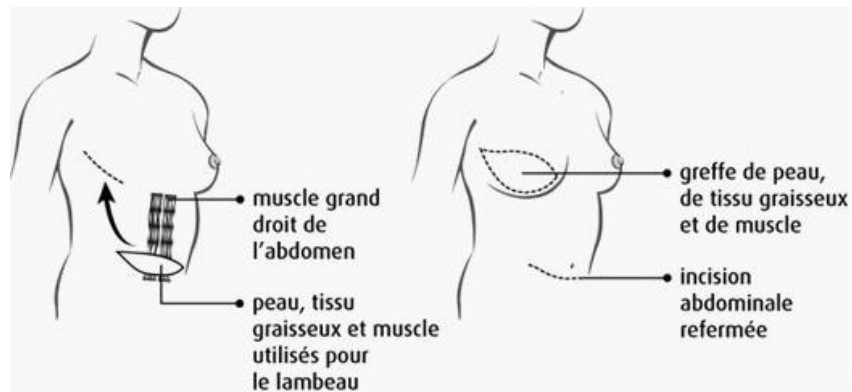


Figure 15: La technique TRAM [21]

- La technique DIEP

C'est une reconstruction avec un lambeau de l'abdomen. Le chirurgien utilise l'excès de peau ainsi que la graisse sous l'ombilic (Figure 16). C'est une opération complexe et longue [67,73]. Cela permet de reconstruire un volume important. L'apparence du sein est plus naturelle. La technique par lambeau est proposée quand la peau est de mauvaise qualité ou insuffisante pour mettre en place une prothèse, mais aussi quand la morphologie de la patiente s'y prête avec un sein controlatéral à base large, ptôsé et de volume important. Les contre-indications à cette technique sont le tabagisme et l'obésité [71]. Plusieurs complications peuvent apparaître comme une nécrose graisseuse, des saignements avec formation d'hématome, une cicatrice abdominale importante et un déficit de force musculaire pendant quelques mois [73].

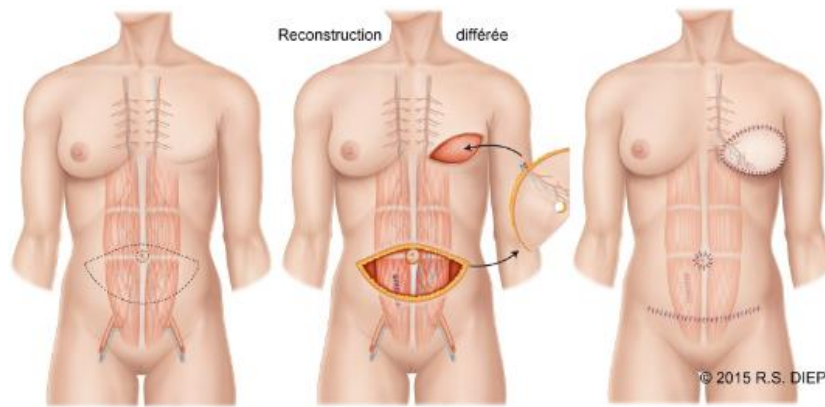


Figure 16: La technique DIEP lors d'une reconstruction différée [73]

- La technique par lambeau libre de grand fessier

Le chirurgien prélève un lambeau de peau et de graisse avec une veine et une artère de la région supérieure ou inférieure de la fesse et le transfère au niveau du thorax [71,73](Figure 17). Tout comme le DIEP, cette technique permet de reconstruire un grand volume de sein. Elle est proposée pour les femmes ayant un excédant cutanéograsseux dans la région fessière et qui ont une contre-indication à la technique du lambeau du grand droit ou du DIEP. Elle est contre-indiquée chez les fumeuses. Les inconvénients peuvent être une asymétrie fessière, une cicatrice en haut de la fesse si le lambeau prélevé est dans la région supérieure de la fesse [73].

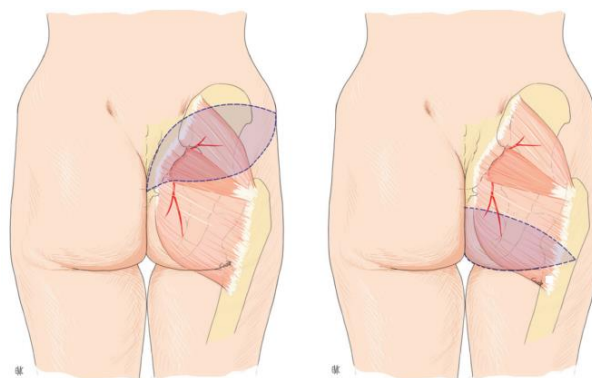


Figure 17: Lambeaux libres de muscle fessier (musculocutanés ou perforateurs). Figure a: lambeau supérieur, basé sur le pédicule glutéal supérieur. Figure b: Lambeau inférieur, basé sur le pédicule glutéal inférieur, [Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique].

- La technique du lipomodelage ou l'autogreffe de tissu adipeux

Cette technique repose sur l'injection de graisse dans le sein [67,73]. Elle permet la correction des asymétries de la reconstruction mammaire après la reconstruction du volume mais aussi la reconstruction post-mastectomie et post-tumorectomie [71]. Les femmes très minces ne pourront bénéficier de cette technique.

IV-3. Le complexe aréolo-mamelonnaire

En dernier lieu, le chirurgien s'attardera sur le complexe l'aréolo-mamelonnaire [73]. Il faudra attendre 3 à 6 mois après la RM et la symétrisation du sein controlatéral pour effectuer cette intervention (Figure 18). Il faut attendre que les hématomes et les œdèmes se résorbent [72]. Concernant l'aréole, il y a plusieurs techniques [69]:

- le tatouage : le chirurgien utilise différents pigments de couleurs afin de reproduire la couleur initiale de l'aréole. Le point négatif est que celui-ci s'estompe dans le temps, il faudra donc des retouches. Le deuxième point négatif est qu'il n'y a pas de reliefs.
- la greffe de peau : elle est prise dans le pli inguinal car c'est une peau assez pigmentée, et la cicatrice ne se verra pas. Il y aura donc la pigmentation et le relief.

Pour le mamelon, la taille est très importante, il doit être de même taille que le sein controlatéral. On utilise une greffe de peau de mamelon.



Figure 18: Reconstruction du sein gauche par un lambeau musculocutané de grand dorsal associé à une prothèse avec une mammoplastie de symétrisation du sein controlatéral. A gauche : photographie préopératoire. Au milieu : résultat précoce après le premier temps de reconstruction. A droite : résultat à distance après réfection du complexe aréolo-mamelonnaire [37]

L'étude Ligue/BVA faite en 2014 a permis d'évaluer les difficultés vécues lors de la reconstruction (Figure 19)[15]. En premier, nous retrouvons la douleur à 34%, suivie de l'adaptation à un nouveau corps à 31% et le nombre d'opérations importantes à 30%. On retrouve ensuite la difficulté de revivre de nouvelles hospitalisations, la lourdeur de l'opération, le résultat décevant, la peur des complications et le coût financier. Peu de femmes ont eu des difficultés liées à l'anesthésie (11%), au manque d'information sur la reconstruction (9%), et aux complications (infections, rejet, ...) (4%). Seulement 12% des femmes n'ont eu aucunes difficultés.

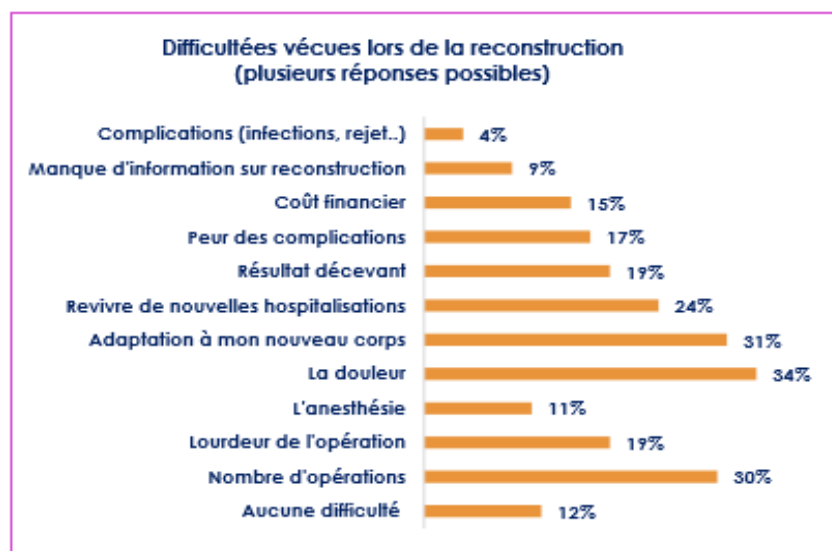


Figure 19: Graphique sur les difficultés vécues lors de la reconstruction [15]

V- Prothèses mammaires externes

V-1. Définition

Une prothèse mammaire externe est un dispositif médical [78,81]. D'après l'article L.5211-1 du Code de la santé publique, est considéré comme dispositif médical :

« tout instrument, appareil, équipement, logiciel, implant, réactif, matière ou autre article, destiné par le fabricant à être utilisé, seul ou en association, chez l'homme pour l'une ou plusieurs des fins médicales précises suivantes :

- *diagnostic, prévention, contrôle, prédiction, pronostic, traitement ou atténuation d'une maladie*
- *diagnostic, contrôle, traitement, atténuation d'une blessure ou d'un handicap ou compensation de ceux-ci*
- *investigation, remplacement ou modification d'une structure ou fonction anatomique ou d'un processus ou état physiologique ou pathologique*
- *communication d'informations au moyen d'un examen in vitro d'échantillons provenant du corps humain, y compris les dons d'organes, de sang et de tissus*

Et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. » [76-77].

Les prothèses mammaires externes font parties de la classe I des dispositifs médicaux [93]. En France, pour être mises sur le marché, elles doivent être conformes à la Directive 2007/47/CE concernant les exigences de sécurité, de santé des patients, des utilisateurs et des tiers [77,93]. Le fabricant doit donc certifier la conformité des prothèses externes mammaires en apposant le marquage CE. Les matériaux utilisés suivent une réglementation stricte en accord avec les normes européennes ISO 9001 [77].

V-2. Le principe

La silhouette est la chose que l'on considère en premier lorsque l'on choisit une tenue vestimentaire. La perte d'un sein modifie énormément l'image du corps et la perception que la patiente a d'elle-même. La prothèse mammaire externe va donc jouer son rôle en remplaçant et compensant la perte du sein. Ce dispositif médical va reproduire et restituer la masse et la forme d'un sein. Pour les femmes ayant subi une mastectomie, ces prothèses sont donc essentielles pour qu'elles puissent se reconstruire au fil du temps. La prothèse en silicone possède un double rôle [83]:

- physique, car elle va restaurer l'équilibre statique du corps ainsi que la symétrie. En effet, la prothèse va compenser le poids manquant et permettre d'éviter les différents problèmes de posture que la patiente peut avoir comme une épaule tombante ou des problèmes de dos [91].
- psychologique, car la patiente va retrouver son image corporelle qu'elle avait perdue suite à la mastectomie. Cela va permettre à celle-ci de reprendre confiance en elle.

V-3. Les indications

Les PME sont utilisées pour différentes indications telles que [78,79,83]:

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

Ici nous parlerons surtout des PME après une mastectomie totale ou partielle.

V-4. La réglementation

V-4. 1. La prescription

Il y a certaines conditions pour prescrire des PME. Le prescripteur peut être le chirurgien réalisant la mastectomie, le médecin traitant, ou bien tout médecin en relation avec la personne concernant sa pathologie [82]. La prescription des PME doit comprendre sur l'ordonnance (Annexe 3)[78]:

- la date de la prescription en cours
- l'identité, la date de naissance et le poids de la patiente

- le sein opéré (gauche ou droit)
- l'indication de la prescription de prothèse mammaire externe
- l'historique de la prescription de PME
- la date de la mastectomie
- le caractère partiel ou totale de la ou des mastectomie(s)
- les symptômes que peut (ou non) présenter la femme mastectomisée :
 - la peau est-elle fragilisée par une radiothérapie ?
 - la cicatrice est-elle hyperesthésique ?
 - la patiente présente-t-elle des adhérences cicatricielles ?
 - la qualité de la cicatrice est-elle irrégulière ?
 - y-a-t-il présence ou risque d'œdème ou de lymphœdème ?
 - la patiente présente-elle des douleurs cervicales ou dorsales ?
 - la patiente est-elle sujette à des bouffées de chaleur ? À une hypersudation ?

Concernant le délai de prescription, dès que la mastectomie a été effectuée, une PME transitoire peut être prescrite. Durant un traitement par radiothérapie, cette prise en charge peut intervenir ultérieurement. Un formulaire spécifique de prescription médicale est téléchargeable sur le site www.ameli.fr afin que la prescription soit plus simple pour le médecin (Annexe 2-3). En effet, sans ce formulaire, aucun remboursement ne pourra être établi par l'assurance maladie [78].

V-4. 2. Le lieu d'essayage et le stock

Il faut qu'il y ai un essayage sur le site pour que la prise en charge soit valide. La femme opérée doit pouvoir essayer sa prothèse dans un lieu calme, dédié à l'essayage des prothèses mammaires (et pas dans le local d'orthopédie). C'est un endroit garantissant l'intimité de la femme. Il doit y avoir une isolation visuelle et phonique. De plus, un grand miroir doit être présent pour que la patiente puisse se voir lors des essayages. C'est un endroit où elle doit se sentir bien, où elle doit se sentir à l'aise [78].

Une autre condition, qui est non négligeable, pour pouvoir délivrer des prothèses mammaires externes est le stock suffisant de prothèses pour l'essayage. En effet, le stock de base de référencement de la marque doit être de 16 prothèses minimum. La femme doit pouvoir essayer la prothèse qui lui convient le mieux et surtout dans

laquelle elle se sent le mieux avant de la délivrer, c'est pour cela qu'un stock minimum est obligatoire [78].

V-4. 3. Les professionnels habilités à délivrer les PME

Concernant la délivrance des prothèses mammaires externes, plusieurs personnes sont habilitées à les délivrer. Tout d'abord, les pharmaciens d'officine peuvent délivrer celles-ci s'ils ont obtenu le Diplôme Universitaire d'orthopédie car ces prothèses font parties du petit appareillage. Pour les personnes n'ayant pas une compétence d'orthopédiste-orthésiste, une formation spécifique homologuée par les signataires de la convention passée avec le comité économique des produits de santé (CEPS) est indispensable. Les signataires sont : le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, le Syndicat National des Orthopédistes de France (SNOF) et les trois fabricants Anita, Amoena et Thuasne. La formation est organisée par le groupe de fabricants, les représentants des distributeurs, psychologues, masseurs kinésithérapeutes, ou chirurgiens plasticiens. En fonction des qualités des professionnels à former, il existe deux formations différentes [78]:

- pour les non-professionnels de santé : 35 heures de formation
- pour les professionnels de santé qui sont dispensés de certains modules : 20 heures de formation

Ces formations s'effectuent dans certaines facultés de pharmacie, ou bien à l'ESOOP (école supérieure orthopédiste orthésiste podologue).

V-5. Le remboursement

V-5. 1. Les prothèses mammaires externes

La prise en charge des PME a évolué depuis mai 2016. En effet, les modifications des modalités de prise en charge des prothèses de sein inscrites au chapitre 4, titre II, de la liste prévue par l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale sont décrites dans l'arrêté du 4 avril 2016 (Annexe 2)[78]. Toutes les PME font l'objet d'un remboursement à hauteur de 100% du tarif LPPR par la SS [80]. Le remboursement est de:

- 25.00 euros (Prix limite de vente 25.00 euros) : pour les PME transitoires

post-opératoires

- 180.00 euros (PLV 180.00 euros) : pour les PME standards en silicone
- 240.00 euros (PLV 240.00 euros) : pour les PME techniques en silicone (adhérentes ou non)

Après un délai de 14 mois après la mastectomie, la législation prévoit, sur présentation d'une nouvelle ordonnance, des renouvellements des PME en silicone avec un délai minimum de 18 mois (1 an et demi) [78,81,82].

Ce renouvellement ne s'applique pas pour :

- **un premier renouvellement:** il est possible au bout de 12 mois. En effet, des évolutions conséquentes de la pathologie peuvent intervenir lors de la première année suivant une mastectomie (sensibilité de la peau due aux effets de la radiothérapie, l'état des cicatrices, la prise ou perte de poids associée aux traitements hormonaux).

Si la première prise en charge intervient dans les 14 mois qui suivent la mastectomie, le renouvellement d'une PME en silicone peut intervenir à compter de la fin du 12e mois de prise en charge.

- Si le médecin mentionne sur sa prescription un **changement de morphologie** ou un **lymphœdème**.

Tout renouvellement anticipé devra être conforme aux dispositions de l'article R 165-24 du code de la sécurité sociale. À compter du 1^{er} renouvellement, la prise en charge de tout renouvellement anticipé est assurée après accord préalable demandé et renseigné par le médecin prescripteur [78].

Si le médecin prescrit une PME standard et que la patiente souhaite une PME technique, la prise en charge est de 180 euros et le dépassement de 60 euros. Il y a souvent la possibilité de prise en charge par la mutuelle. La patiente doit contacter sa mutuelle pour connaître les modalités et les taux de remboursement auxquels elle a le droit.

Parfois, certaines prothèses mammaires externes sont achetées sur des sites commerciaux sur internet. Celles-ci ne peuvent pas être prises en charge, elles ne sont pas remboursées par l'assurance maladie [82-83]. En effet, il faut que la patiente puisse essayer la prothèse et avoir des conseils adaptés pour qu'une prise en charge soit effective [78,83].

V-5. 2. La lingerie

Il n'y a pas de prise en charge par la Sécurité Sociale concernant la lingerie (y compris les soutiens-gorge adaptés au port de la prothèse), les maillots de bain et les produits d'entretiens [78]. En revanche, certaines mutuelles peuvent rembourser une partie. Pour les soutiens-gorge adaptés au port de la prothèse, il faut que le médecin mentionne sur l'ordonnance « prothèse mammaire avec soutien-gorge adapté ».

V-6. La prise de mesures

La prise de mesures est l'étape la plus importante dans la délivrance d'une PME. Une mauvaise mesure aura pour conséquence un mauvais confort pour la patiente mais aussi une mauvaise image d'elle. Généralement il faudra prévoir un RDV entre 30 min et 1 heure. Tout dépendra s'il s'agit d'un renouvellement ou d'une première délivrance. Le pharmacien conseille à la patiente de venir avec un haut moulant afin d'apprécier le résultat final ainsi qu'avec son soutien-gorge actuel [82]. La patiente est accompagnée dans la salle dédiée aux prothèses mammaires externes, elle doit se dévêtir afin que le pharmacien puisse prendre les mesures. Avant de prendre les mesures, le pharmacien doit se familiariser sur les détails de l'intervention (date, type d'intervention, radiothérapie, douleurs,...). De plus, il doit vérifier si la patiente se sent prête ou non pour le port d'une prothèse, si elle a bien toutes les informations à sa disposition.

V-6. 1. La prise de mesures du soutien-gorge

Suivant les laboratoires, la prise de mesure ne sera pas la même, en effet pour THUASNE et AMOENA, les mesures sont équivalentes, mais pour ANITA cela sera différent.

Concernant les mesures pour THUASNE et AMOENA, le pharmacien demande à la patiente de se détendre et de mettre ses bras le long du corps. Tout d'abord, il doit mesurer le tour de buste en centimètre. Le pharmacien place le ruban autour du dos et passe le ruban sous les bras de celle-ci, puis sous la poitrine au niveau du pli du sein (Figure 20). Il prend la mesure et se reporte aux tables des tailles de soutien-gorge pour trouver la taille du soutien-gorge [86,89].

Puis vient la prise de mesure pour déterminer la profondeur du bonnet du soutien-gorge ($\frac{1}{2}$ tour de poitrine). Le pharmacien place le début du ruban au niveau de la colonne vertébrale et fait passer celui-ci sous le bras du côté du sein non opéré. Il tend le ruban jusqu'au sternum en passant par le mamelon restant (sans appuyer le ruban dans le creux de la poitrine) comme s'il allait dans le prolongement du sein préexistant (Figure 21). Il prend la mesure et double le résultat. Puis il se reporte au tableau et détermine le bonnet du soutien-gorge (Annexe 4,5) [86,89]. Il est très important de reprendre les mesures à chaque nouveau rendez-vous.

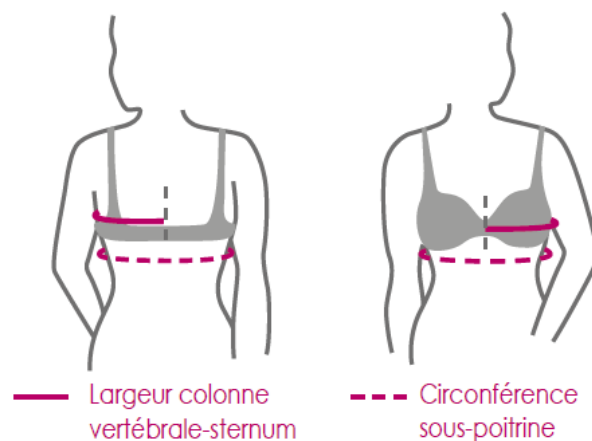


Figure 20: Schéma de la prise de mesure du soutien-gorge Thuasne [86]

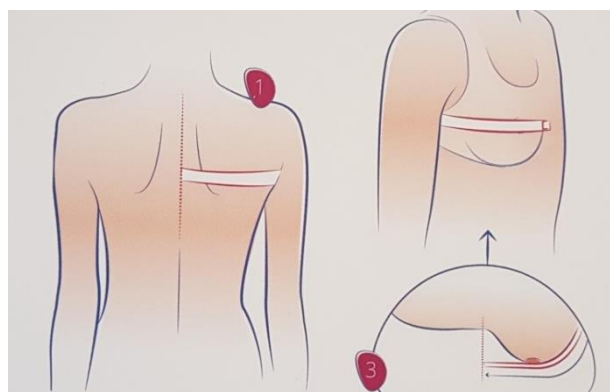


Figure 21: Schéma de la prise de mesure du demi-tour de poitrine Thuasne [86]

Concernant la prise de mesure chez ANITA, la mesure du tour sous-poitrine est la même. Pour déterminer la taille du bonnet, le pharmacien va mesurer le tour de poitrine en plaçant le ruban au niveau des mamelons sans serrer. La taille de bonnet est ensuite calculée en calculant la différence entre le tour de poitrine et le tour sous-poitrine. Le pharmacien se reporte ensuite au tableau et détermine le

bonnet du soutien-gorge (Annexe 6) [87].

V-6. 2. Déterminer la taille de la prothèse

Après avoir trouvé la taille du soutien-gorge, le pharmacien doit déterminer la taille de prothèse ainsi que le galbe et la forme du sein et choisir avec la patiente la prothèse la plus appropriée grâce aux différents essayages.

Pour cela il doit reporter la valeur de la taille du soutien-gorge dans le tableau correspondant aux PME du laboratoire choisi (Annexe 7,8,9) [86,87,89]. Une fois que la taille de la PME est déterminée, le pharmacien et la patiente vont choisir le style de prothèse adapté à celle-ci. Enfin vient le temps de l'essayage, la patiente essaiera donc le soutien-gorge et la prothèse et le pharmacien vérifiera si celle-ci est bien en place, qu'elle ne dépasse pas du soutien-gorge et surtout que la patiente se voit et se sente bien avec [86].

La couleur du sein et du mamelon sont aussi à déterminer. Il existe 3 teintes différentes pour s'adapter aux différentes carnations de peau mais aussi plusieurs tailles disponibles. Il existe des aréoles auto-adhésives qui permettent encore plus de naturel (Figure 22,23). Ces aréoles auto-adhésives sont faciles à disposer, réutilisables et auto régénérantes au lavage. Elles présentent aussi une très bonne tolérance cutanée. En effet cette aréole peut être portée directement sur la peau après une reconstruction mammaire ou bien sur une PME [84,86].



Figure 22: Les différentes aréoles auto-adhésives Amoena [84]



Figure 23: Les différentes aréoles auto-adhésives Thuasne [86]

Généralement le pharmacien convient d'un RDV avec la patiente 3 à 4 semaines après pour savoir si tout se passe bien.

V-7. Les différents types de prothèses

En fonction de l'état physique de la patiente et de la date après opération, il existe différents types de PME [74,82,83,100].

V-7. 1. Les PME transitoires

Les prothèses transitoires sont constituées d'une enveloppe rembourrée (ouatine, fibres, coton...)[100]. Elles sont prescrites si l'opération est inférieure à 2 mois, et/ou si la cicatrisation est en cours, et/ou si la peau est fragilisée lors de la radiothérapie. Après une PME transitoire, il est recommandé de prescrire une prothèse standard ou technique [82].

V-7. 2. Les PME standards

Les PME standards sont constituées de silicone de mono-densité allégé ou non [100]. Elles sont prescrites en fin de période de cicatrisation (après un délai minimum de 2 mois après la mastectomie), et si les réponses sont négatives pour l'ensemble des items « symptômes » du modèle de prescription (en dehors du point relatif à la fragilisation de la peau en cas de radiothérapie permettant la prescription d'une prothèse transitoire) [82].

V-7. 3. Les PME techniques

Ces prothèses sont composées de silicones diverses : différentes densités, qualité d'adhérence, allégés ou non. Elles sont prescrites lorsque l'on compte au moins une réponse positive pour les items « symptômes » du modèle de prescription (en dehors du point relatif à la fragilisation de la peau en cas de radiothérapie conduisant à la délivrance d'une prothèse transitoire) [82].

Si c'est une prothèse non adhérente, elle peut être prescrite après un délai minimum de 2 mois après la mastectomie (fin de cicatrisation).

Si c'est une prothèse adhérente, elle est prescrite si l'opération est supérieure à 14 mois, que la phase de cicatrisation est terminée, et que la cicatrice n'est pas hyperesthésique.

V-8. Les différentes marques : AMOENA, THUASNE, ANITA

La technologie de la prothèse mammaire a énormément évolué au fil des années. Les prothèses mammaires étaient inexistantes au début du siècle dernier, les femmes devaient donc soit s'en passer, soit les fabriquer elles-mêmes grâce à une pochette cousue à la main et rembourrée de coton ou de guenilles.

Aujourd'hui différents laboratoires proposent des PME aux femmes ayant subi des mastectomies. On retrouve trois principales marques : AMOENA, THUASNE, et ANITA [78]. La plus ancienne est ANITA. Ils proposent chacun un large choix de prothèses adaptées à chaque situation et chaque femme. On retrouve aussi de la lingerie adaptée, ou bien des maillots de bain, afin que la femme opérée retrouve ses formes et sa féminité. Chaque marque a ses propres prothèses et sa propre lingerie. Généralement un étui souple est associé pour pouvoir ranger la prothèse.

Le pharmacien choisit la marque avec laquelle il veut travailler, mais surtout celle qu'il veut conseiller aux femmes. Voici les différents types de prothèses des différentes marques.

V-8. 1. AMOENA

Cela fait 40 ans que la marque développe des prothèses mammaires externes grâce à diverses avancées technologiques. La première PME en silicone fut élaborée en 1975. Amoena propose 31 formes et 14 tailles de bonnet différentes [84]. Les

prothèses mammaires Amoena sont composées de silicone et de film polyuréthane. Le silicone est imperméable et très résistant à la fois aux produits chimiques mais aussi à la chaleur. Le film protecteur en polyuréthane possède une grande résistance à l'usure, il est doux et souple. Des tests ont prouvé qu'il ne provoquait aucune réaction allergique ou irritation de la peau. Il est donc très bien toléré. La face interne de la prothèse Amoena Contact® est une surface adhérente en silicone cohésif. Celui-ci est utilisé depuis longtemps dans le milieu médical [83].

Les prothèses Amoena sont décrites avec un chiffre et une lettre. Le chiffre représente le galbe de la PME: peu profond (1), moyen (2) ou profond (3) (Figure 24) :

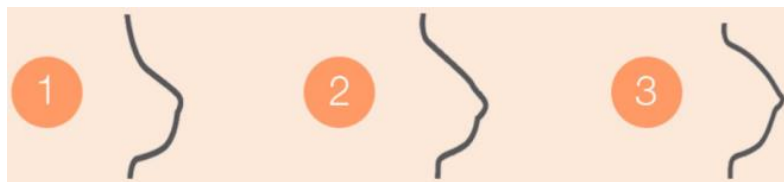


Figure 24: Les différents galbes chez Amoena [84]

La lettre représente la forme de la PME: (S) Symétrique, (A) Asymétrique, (E) Extra, (U) Universelle (Figure 25).

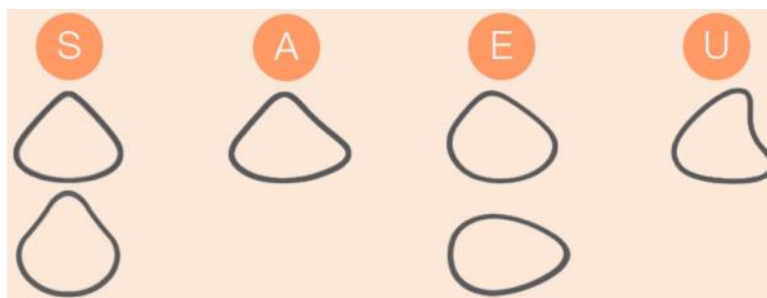



Figure 25: Les différentes formes de PME chez Amoena [84]

Concernant les PME transitoires, on retrouve [84]:

| Amoena PRIFORM® |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- utilisée les 1^{ers} jours après l'opération ainsi que les deux premiers mois de cicatrisation- constituée d'une enveloppe qui peut être rembourrée de mousse de remplissage afin d'ajuster le volume à la taille désirée- n'irrite pas la peau et n'exerce aucune pression sur les tissus cicatriciels- se glisse dans la poche d'un soutien-gorge adapté post-opératoire |
|  |

Pour les PME standards, on retrouve [84]:



| Amoena ESSENTIAL® |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- prothèse en silicone- peut être portée au plus tôt 2 mois après l'opération- ne provoque aucune irritation sur les tissus cicatriciels fragilisés- se glisse dans le soutien-gorge |



Pour les PME en silicone techniques, on retrouve [84]:

| Amoena NATURA® | Amoena ENERGY® | Amoena BALANCE® |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - prothèses non adhérentes constituées de diverses densités de silicones allégées ou non, et de film de polyuréthane - Peuvent être portées au plus tôt 2 mois après l'opération - utilisées chez les femmes ayant une vie active ou bien pour avoir le plus de choix vestimentaire possible - se glissent dans le soutien-gorge adapté. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - ultra souple : ressemble à la forme et au tombé naturel d'un sein - thermorégulation Comfort+ - indiquée lorsque la patiente présente des douleurs dorsales, cervicales ou des cicatrices sensibles | <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - réduction du poids de la prothèse de 30% - thermorégulation renforcée grâce aux canaux de ventilation. - utile pour les activités physiques, lorsque la patiente a des douleurs de l'épaule, du cou et du dos ou lorsque la patiente a des bouffées de chaleur. | <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>tumorectomie</u> (chirurgie partielle) → c'est un complément mammaire - thermorégulation Comfort+ |



| Amoena CONTACT® | Amoena BALANCE CONTACT® |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - A partir de 14 mois après l'opération, la patiente peut porter une prothèse auto-adhérente, elle adhèrera directement à la peau. - jamais utilisées en première intention. - composées de film polyuréthane, de pigments de couleur et d'1 surface adhérente (perles de silicone cohésives) intégrée sur la face interne de la prothèse. - possèdent aussi une thermorégulation Comfort+. - ne collera pas si la cicatrice est trop creusée ou si la transpiration est trop excessive. | |
| <p>- indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u></p> | <p>- indiquée en cas de <u>tumorectomie</u></p> <p>- Trois formes différentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Varia (forme étroite), peut être utilisée comme ampliforme. - Delta (triangulaire), pour un galbe plus profond. - Oval (ovale), pour une extension sous l'aisselle, idéal pour les soutiens-gorge au décolleté profond. |
|  |  |

La thermorégulation Comfort+ a vu le jour grâce à la technologie Outlast® [88]. C'est une technologie qui a été développée pour la NASA pour protéger les astronautes en réduisant les variations de température extrêmes. En effet des microcapsules brevetées par la société Outlast® sont intégrées aux matériaux Comfort+ de la face interne de la PME. Le gel Comfort+ va absorber les excès de chaleur, et les restituer plus tard lorsque le corps se refroidit. Ce système permet donc plus de confort (Figure 26).

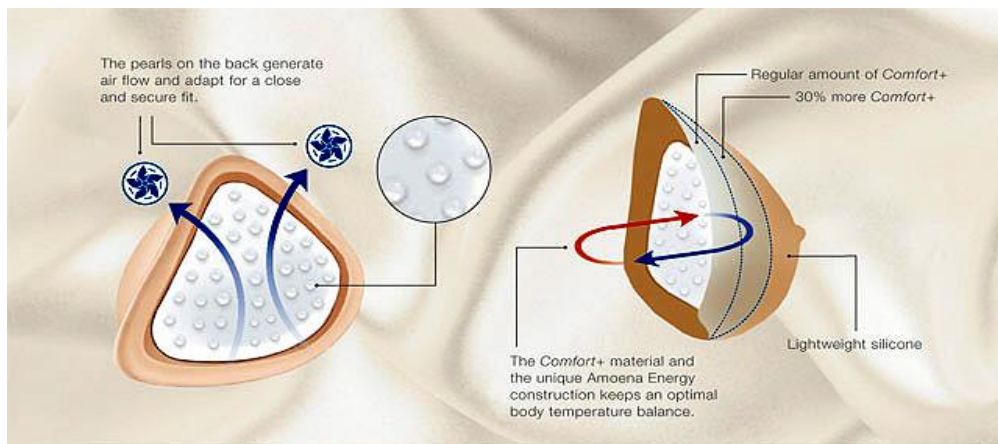


Figure 26: La technologie de thermorégulation Comfort+ chez Amoena [88]

Chez Amoena, ces prothèses peuvent être échangées dans un délai de trois mois, contre un autre concept technique de la gamme Amoena si la patiente est non satisfaite (car le pouvoir d'adhérence peut varier d'une femme à l'autre). Cette marque propose aussi des soutiens-gorge adaptés aux PME, des maillots de bain et des vêtements fabriqués précisément pour la femme opérée du sein mais aussi des foulards et turbans pour la patiente ayant des alopecies temporaires [83,85].

V-8. 2. THUASNE




Chez THUASNE, on retrouve la gamme Silima et Serena [86]. Pour les PME, différentes teintes sont disponibles afin de s'adapter aux différentes carnations de peau : chair, brun clair, et brun foncé. De plus, il y a 8 teintes et formats disponibles pour les aréoles auto-adhésives. Il y a deux diamètres différents pour l'aréole (40 et 52mm) et le mamelon (9 et 12mm). Ces aréoles auto-adhésives peuvent être vendues par paire ou individuellement. Il n'y a pas de remboursement pour celles-ci [86].


On retrouve des PME transitoires post chirurgie [86]:

| Silima FIBERFILL® Triangulaire et ovale | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Face extérieure en coton et l'intérieur en mousse - Utilisées en cas de cicatrices sensibles - se placent dans la poche du soutien-gorge, autant à droite ou à gauche - disponibles en deux formes : ovale courte ou triangulaire avec patte de fixation au soutien-gorge sur le bord inférieur. - Face extérieure : 100% coton, face intérieure en fiberfill (mousse) | |
| - Adaptée pour les petites poitrines <95B | - Adaptée pour les poitrines généreuses et bombées |
| <p>OVALE COURTE</p> <p style="font-size: small;">Vue de face Vue de dos</p> | <p>TRIANGULAIRE</p> <p style="font-size: small;">Vue de face Vue de dos</p> |



Pour les PME standards, on retrouve [86]:



| Serena LITE® | Silima SHELL® | Silima CLASSIC® Symétrique et asymétrique |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - constituée de gel monosilicone - 25% + légère qu'une PME en silicone grâce à une couche intérieure de gel | <ul style="list-style-type: none"> - Indiquée suite à une <u>tumorectomie</u> pour combler un volume faible - restaure le galbe du sein | <ul style="list-style-type: none"> - utilisées pour restaurer la symétrie pour des femmes n'ayant pas de symptômes particuliers - Constituées de gel |

| | | |
|---|---|--|
| <p>silicone allégé</p> <ul style="list-style-type: none"> - face interne creusée - est insérée dans la poche du soutien-gorge | | <p>monosilicone</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour la version asymétrique, cela compense la perte de volume suite à une mastectomie radicale et du creux axillaire très invasive |
|  |  |  |

| <p>Serena triangulaire[®], cœur[®] et ovale[®]</p> |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Pour la PME <u>cœur</u> : permet de combler le manque au niveau du décolleté - Pour la PME <u>ovale</u> : permet de cacher les cicatrices - Composées de gel mono-silicone - peuvent être placées dans la poche du soutien-gorge |
|  |

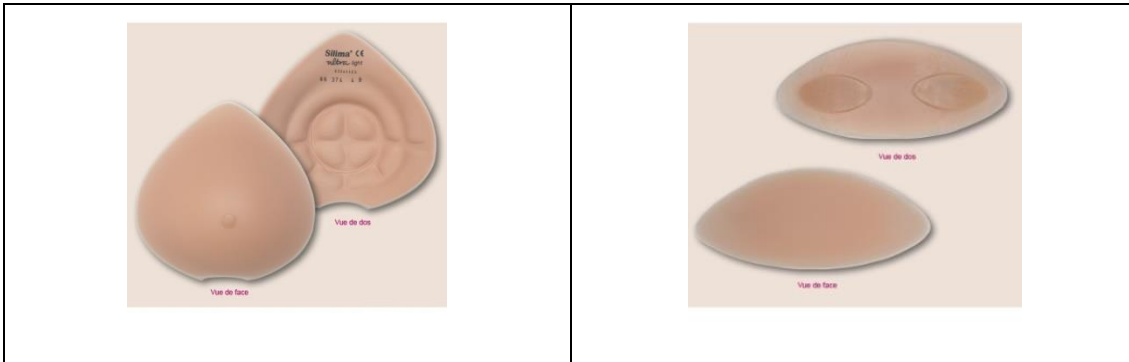
Concernant les PME techniques non adhérentes, on retrouve [86]:

| Silima SOFT ET LIGHT® | Silima ULTRA LIGHT® |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - constituée d'un gel triple couche silicone - Couche intérieure en gel silicone allégé - utilisée sur champs cicatriciel sensibles - Modèle symétrique : 30% + légère qu'une PME en silicone - SUPERSOFT® : 15% + légère - Peut être insérée dans la poche du soutien-gorge | <ul style="list-style-type: none"> - Indiquée en cas de <u>tumorectomie</u> - constituée d'un gel triple couche silicone - volume très important à combler : perte au-delà de 2 tailles de bonnet - Indiquée en cas de lymphœdème, ostéoporose ou si le tissu cicatriciel est sensible, mais aussi pour les femmes actives et sportives - Possède des canaux de ventilation favorisant la circulation de l'air et de l'eau en cas de pratique sportive intense ou de bouffées de chaleur. - 60% + légère qu'une prothèse en silicone classique - Peut être portée à même la peau ou dans la poche du soutien-gorge. |
|  |  |

| Silima ELITE® | Silima CONFORM® |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - Permet de compenser un grand volume de bonnet (Bonnet D à G) - Constituée de gel silicone allégé diminuant le poids de la PME - en forme de cœur. - peut être insérée dans la poche | <ul style="list-style-type: none"> - Indiquée en cas de <u>tumorectomie</u> - Le volume à combler est important (notamment dans le bas du sein). - souple et douce - respecte le tissu cicatriciel sensible. |
|  |  |

Concernant les PME techniques adhésives, on retrouve [86]:



| Silima DIRECT® | Silima XTRA® |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - constituée d'un gel triple couche silicone - Possède un coussin adhésif amovible double face qui peut se placer sur toute la surface intérieure de la prothèse. - peut être portée à même la peau ou bien dans la poche d'un soutien-gorge selon les envies de la patiente. | <ul style="list-style-type: none"> - Complément mammaire indiqué suite à une <u>tumorectomie</u> - Le volume à combler est très faible - Possède des coussinets adhésifs vendus par lot de 2 avec support de nettoyage - Peut être placée sous le sein ou sur le côté en fonction de la partie enlevée. |






V-8. 3. ANITA




Anita travaille depuis plus de 45 ans dans le développement et la fabrication des prothèses mammaires externes. Les PME Anita care sont constituées de silicone et d'un film en polyuréthane [87]. Le silicone est très bien toléré par la peau et son poids est proche de celui d'un sein naturel. Concernant le film en polyuréthane, il est très résistant et protège la prothèse de différents éléments comme le chlore, l'eau de mer, ou l'huile. Après l'opération, la patiente va utiliser des soutiens-gorge et des prothèses transitoires en fibres ultrafines de type microfibre ainsi qu'en coton. Ces matières peuvent être portées pendant la radiothérapie, en effet elles protègent la peau sensible de la femme [87].

Pour les PME transitoires en textile, on retrouve [87]:

| Anita EQUILIGHT® | Anita TRIFIRST® |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - utilisables des deux côtés - le revêtement sur l'avant renforce l'adhérence à la poche → ne se déplace pas dans le soutien-gorge - composées de microfibre favorisant la respiration de la peau - le volume du rembourrage est modifiable | |
|  |  |




Pour les PME standards [87]: elles possèdent une technologie unique, le système breveté FlexGap®. Il y a un pli horizontal au dos de la prothèse permettant à celle-ci de réagir comme le sein non opéré par exemple de s'aplatir en position couchée, pour imiter le mouvement naturel du sein, mais aussi pour plus de naturel dans les mouvements [87]. On retrouve :

| Anita ACTIVE® | Anita FASHION® | Anita SOFT TOUCH® |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - Utilisée pour <u>le sport</u> (en particulier la natation) - Possède un dos cannelé permettant à l'eau de s'écouler rapidement - 25 % plus légère que les autres prothèses - Possède une forme asymétrique pour une compensation optimale dans la zone axillaire. - Adaptée pour : les poitrines généreuses, lorsque la surface de la peau est inégale ou avec du relief, ou lors d'un lymphœdème | <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - Constituée d'une microfibre brevetée respirante qui régule la température corporelle - 35 % plus légère → permet de soulager le dos des patientes | <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - 30 % plus légère - Ultra douce - Peut être portée des deux côtés |
|  |  |  |

| Anita AUTHENTIC® | Anita TRICUP® | Anita SOFTBACK® |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - Indiquée pour les femmes actives ou sportives - Effet "seconde peau" - 35 % plus légère - Utilisable des deux côtés | <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - 25 % plus légère qu'une prothèse pleine - Possède un dos en textile microfibre respirant - Grande tolérance cutanée - La taille et la profondeur de la prothèse peuvent varier grâce aux fibres anallergiques sans changer le poids | <ul style="list-style-type: none"> - Constituée de gel de silicone adapté au tissu sensible des cicatrices, soulage en cas d'œdème lymphatique - 35% plus légère - possède le pli de mouvement Flex-Gap® - Possède un contour fin qui permet une transition avec la peau naturelle - utilisable des 2 côtés |
|  |  |  |

Pour les PME techniques non adhérentes, on retrouve [87]:

| Anita AMICA SUPERSOFT® | Anita TRINATURE Asymmetric SOFTLITE® | Anita EQUITEX® |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - Utilisée lorsque la surface de la peau est inégale ou avec du relief | <ul style="list-style-type: none"> - indiquées en cas de <u>mastectomie totale</u> - 35 % plus légères que les prothèses traditionnelles - Adaptées : aux poitrines | <ul style="list-style-type: none"> - indiquée <u>après une opération conservatrice</u> pour rétablir une symétrie - PME partielle en silicone sans coussinets auto- |

| | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - 35% plus légère - Se glisse dans le soutien-gorge à poches - Utilisable des 2 côtés | <p>généreuses, lorsque la surface de la peau est inégale ou avec du relief, pour pratiquer une activité physique, ou lors d'un lymphœdème</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peuvent-être utilisées à droite ou à gauche (mention L/R) | <p>adhérents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constituée d'un dos en microfibre et de ouate médicale pour remplissage → permet de modifier volume en fonction de chaque femme - Peut être portée directement sur la peau ou bien l'intégrer dans le soutien-gorge |
|  |  |  |

Pour les PME techniques auto-adhérentes, on retrouve [87]:

| Anita VALENCE Vario | Anita SEQUITEX Vario |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>mastectomie totale</u> - utilisable des deux côtés - Possède des coussinets auto-adhérents se retirant facilement à l'eau - Peut aussi se porter dans un soutien-gorge pour prothèses sans les coussinets auto-adhérents | <ul style="list-style-type: none"> - indiquée en cas de <u>tumorectomie</u> - PME partielle en silicone avec coussinets auto-adhérents |



V-9. Etude de comparaison entre les différentes PME

Le pharmacien se retrouve donc avec un choix à faire entre plusieurs prothèses, mais comment faire pour choisir celle la plus adaptée à la patiente? Différentes enquêtes ont été réalisées afin d'avoir une comparaison entre ces différentes PME. En 2006, une étude de satisfaction est réalisée sur 33 femmes françaises qui ont utilisé la prothèse Amoena Contact®, et qui utilisent maintenant la prothèse Silima Direct® et Silima Direct Light® [90]. Différentes questions ont été posées, et le résultat de l'enquête montre que les prothèses Silima Direct® et Silima Direct Light® présentent des critères de préférence supérieurs avec une préférence pour le modèle allégé. En effet, 70% des femmes utilisant la prothèse Silima Direct Light® et 66.5% utilisant Silima Direct® révèlent une satisfaction globale plus élevée qu'avec Amoena Contact®. La pratique d'un sport avec la prothèse est améliorée pour 54.5% des femmes portant le modèle allégé et pour 28.6% des femmes portant le modèle normal. L'apparition d'un lymphœdème est inchangée. Le poids et la sensation cutanée sont jugés beaucoup plus confortables et agréables avec le modèle allégé. De plus, le rétablissement de la symétrie du buste est supérieur avec le modèle allégé par rapport au modèle normal. Il y a une hausse du sentiment de sécurité en public, une amélioration importante de la possibilité d'oubli de la prothèse et de l'évolution de la qualité de vie avec la prothèse allégée (Tableau 2).

Tableau 2: Appréciation du port des prothèses Silima DIRECT® par comparaison à la prothèse adhésive Amoena CONTACT® [90]

| Critères | Total (n=33) | Modèle Allégé (n=21) | Modèle Normal (n=12) |
|--|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Pratique d'un sport avec la prothèse ? | | | |
| améliorée | 44,4 % | 54,5 % | 28,6 % |
| inchangée | 50,0 % | 36,4 % | 71,4 % |
| dégradée | 5,6 % | 9,1 % | 0,0 % |
| Lymphoedème | | | |
| amélioré | 6,3 % | 0,0 % | 20,0 % |
| inchangé | 93,8 % | 100,0 % | 80,0 % |
| dégradé | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % |
| Poids (de 1= 'beaucoup plus confortable' à 5='beaucoup plus inconfortable') | 2,35±0,72 | 2,16±0,50 | 2,70±0,95 |
| Rétablissement de la symétrie du buste (de 1= 'bien supérieur' à 5='bien inférieur') | 2,42±0,62 | 2,35±0,59 | 2,55±0,69 |
| Sensation cutanée (de 1='bien plus agréable' à 5='bien plus désagréable') | 2,49±0,80 | 2,43±0,81 | 2,58±0,97 |
| Sentiment de sécurité en public (de 1='augmentation importante' à 5='diminution importante') | 2,47±0,92 | 2,25±0,72 | 2,83±1,12 |
| 'Possibilité d'oubli' de la prothèse (de 1='amélioration importante' à 5='dégradation importante') | 2,21±0,65 | 2,14±0,73 | 2,33±0,49 |
| Evolution de la qualité de vie (de 1='amélioration importante' à 5='dégradation importante') | 2,45±0,77 | 2,40±0,75 | 2,55±0,52 |

Concernant le confort d'utilisation, le modèle allégé est plus simple que le modèle normal et l'adhérence au corps est bien meilleur pour la prothèse Silima Direct Light® que pour la prothèse Silima Direct® (Tableau 3).

Tableau 3: Appréciation des critères d'utilisation des prothèses Silima DIRECT® et DIRECT LIGHT® par comparaison à la prothèse adhésive Amoena CONTACT® [90]

| critères | Total N=33 | SILIMA DIRECT LIGHT (modèle allégé) N=21 | SILIMA DIRECT (modèle normal) N=12 |
|---|-----------------------|---|---|
| Confort d'utilisation (de 1 'beaucoup simple' à 5 'beaucoup plus complexe') | 2,55 +/- 0,93 | 2,45 +/- 0,95 | 2,73+/-0,91 |
| Adhérence au corps (de 1 'bien meilleur' à 5 'bien plus mauvais') | 2,22+/-0,67 | 2,13+/-0,64 | 2,38+/-0,74 |

Une autre étude a été faite pour évaluer comparativement deux concepts de PME AMOENA solidaires du corps (adhésive : type velcro (prothèse Plus®) versus auto-adhérente (prothèse Contact®)) chez des femmes qui portent des prothèses traditionnelles [93]. Les résultats montrent que les femmes utilisant la prothèse Amoena Contact® la trouvent plus confortable, elles se sentent plus libre, et naturelle qu'avec une prothèse Plus® ou une prothèse traditionnelle. De plus la prothèse Contact® est plus facile à déplacer et à entretenir et présente un meilleur contact qu'avec la prothèse Plus® ou une prothèse traditionnelle (Tableau 4). Actuellement la prothèse Amoena Plus® ne se fait plus.

Tableau 4: Comparaison des 2 concepts testés (prothèse PLUS® et CONTACT®) avec une prothèse classique traditionnelle [93]

| | | Préférence de la patiente | | | | p |
|--------------------------|--------|---------------------------|---------------|------------------|-------------|-------|
| | | Prothèse traditionnelle | Prothèse PLUS | Prothèse CONTACT | Ne sais pas | |
| Plus facile à déplacer | (n=61) | 8 (13,1%) | 11 (18,0%) | 32 (52,5%) | 10 (16,4%) | 0,001 |
| Plus facile à entretenir | (n=59) | 12 (20,3%) | 17 (28,8%) | 20 (33,9%) | 10 (16,4%) | 0,37 |
| Plus confortable | (n=60) | 1 (1,7%) | 19 (31,7%) | 34 (56,7%) | 6 (10,0%) | 0,001 |
| Plus naturelle | (n=58) | 1 (1,7%) | 9 (15,5%) | 31 (53,4%) | 17 (29,3%) | 0,001 |
| Plus libre | (n=61) | - | 15 (24,6%) | 28 (45,9%) | 18 (29,5%) | 0,05 |
| Meilleur contact | (n=60) | 3 (5,0%) | 18 (30,0%) | 34 (56,7%) | 5 (8,3%) | 0,001 |
| Plus de sécurité | (n=59) | - | 20 (33,9%) | 31 (52,5%) | 8 (13,6%) | 0,12 |

Un autre critère est aussi évalué : la tolérance cutanée (Tableau 5). 53.3% des femmes ont déclaré une tolérance cutanée excellente avec la prothèse Contact® alors qu'avec la prothèse Plus® seulement 31.7%. 45% des femmes ont eu une réaction minimale avec la prothèse Contact® contre 43.3% avec la prothèse Plus® et 1.7% une réaction gênante contre 16.7% avec la prothèse Plus®. Concernant les intolérances à la prothèse, la prothèse Contact® n'en a pas (0% des femmes) alors qu'avec la prothèse Plus® on retrouve 8.3% des femmes ayant eu une intolérance. Donc la prothèse Contact® présente une bonne tolérance cutanée [93].

Tableau 5: Comparaison des 2 concepts testés (prothèse PLUS® et CONTACT®) concernant la tolérance cutanée [93]

| | Groupe CONTACT | Prothèse PLUS (groupe contrôle) |
|-------------------|----------------|---------------------------------|
| Excellente | 32 (53,3%) | 19 (31,7%) |
| Réaction minimale | 27 (45%) | 26 (43,3%) |
| Réaction gênante | 1 (1,7%) | 10 (16,7%) |
| Intolérance | 0 | 5 (8,3%) |

Une autre étude a évalué la préférence des patientes après mastectomie pour la prothèse mammaire auto-adhésive ou la prothèse externe traditionnelle. 59,3% ont finalement préféré le type auto-adhésif. En effet, cette préférence est due au ressenti de la prothèse en tant que partie du corps [93].

V-10. Les conseils du pharmacien concernant les PME

V-10. 1. Un dispositif médical peu connu

Les conseils du pharmacien ont un rôle primordial dans la délivrance des PME ainsi que le suivi. Il va être l'interlocuteur principal de la patiente, c'est lui qui va la guider et la conseiller dans ses choix pour qu'elle se sente le mieux possible. Les PME ne sont que très peu connues des femmes, la littérature est limitée et il y a peu d'articles sur le sujet [95,97]. Il y a beaucoup plus d'informations et de recherches disponibles sur la reconstruction mammaire que sur les PME. Les médecins sont eux aussi plus sensibilisés à la RM. En effet, les PME ne sont pas enseignées dans les programmes infirmiers ou médicaux [96-97]. La majorité des informations sont fournies par les fabricants. Ils revendiquent souvent des études sur le poids et le mouvement des tissus mammaires pour la conception des prothèses mais certaines études [94] montrent par exemple que lors du port de la PME, le poids de celle-ci n'influence pas les différences d'activités des muscles érecteurs spinaux du côté de l'opération et du côté non opéré [94-95]. On en sait peu sur les modes d'utilisation, le niveau de satisfaction des femmes ou bien la qualité de vie associée à leur utilisation par rapport aux autres options telles que la reconstruction mammaire ou bien le fait de ne pas porter de prothèses. Malgré cela, la plupart des femmes utilisant des prothèses sont satisfaites de celles-ci [99].

Les conseils et les informations du pharmacien seront donc primordiaux. L'essayage est le moment le plus important, le pharmacien va aider la patiente à se familiariser avec la PME. Il doit toujours faire essayer les prothèses avant de les délivrer et doit reprendre les mesures à chaque commande car la morphologie évolue au fil du temps. De plus, le pharmacien va devoir s'adapter à la demande de la patiente et ses désirs [89]. Par exemple, pendant l'été ou bien si la patiente pratique la natation, le pharmacien doit penser à proposer des PME transitoires adaptées lors de la

baignade en eau chlorée ou salée. Le choix du soutien-gorge est aussi très important afin que la PME soit bien en place et que la patiente se sente bien [98].

V-10. 2. La mise en place d'une PME

Concernant le placement d'une PME, le pharmacien va pouvoir aider et initier la patiente lors des essayages en lui donnant quelques conseils.

En premier lieu, la patiente doit abaisser la bretelle de son soutien-gorge, sortir le bras et se pencher. En utilisant la main du côté non opéré elle doit maintenir la bretelle et avancer le bonnet du soutien-gorge. Avec la main restante (main du côté opéré) elle doit prendre la prothèse dans le creux de celle-ci et, en se penchant, la glisser dans le bonnet du soutien-gorge. La pointe de la prothèse doit se situer à la jonction de la bretelle pour être bien en place dans le bonnet. Puis la patiente doit remonter la bretelle et une fois en place, appuyer sur la prothèse pour qu'elle tienne bien en place. Si la prothèse a besoin d'être réajustée, elle doit être enlevée et repositionnée (Figure 27) [89].

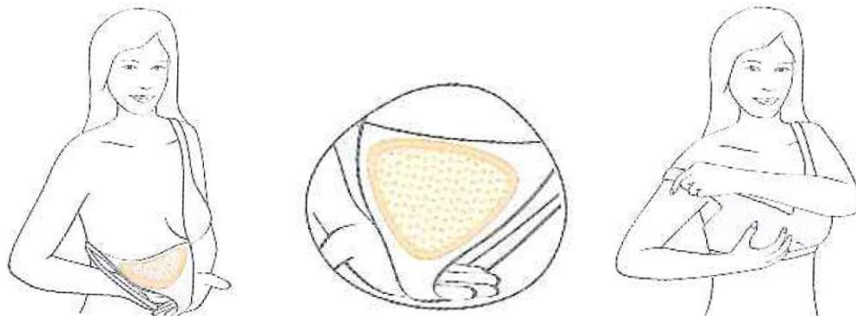


Figure 27: Schémas représentant la mise en place d'une prothèse [89]

La patiente doit savoir que la prothèse adhérente adhère mieux sur une peau saine, hydratée, propre et sèche [89]. Concernant la prothèse adhérente Amoena contact®, plus elle est portée et plus elle adhère. Avant de placer la prothèse, la patiente peut appliquer sur le buste le produit Amoena Skin preparation tonic® à l'aide d'un coton (Figure 28). Elle nettoie bien la peau, la laisse sécher et place sa prothèse.



Figure 28: Amoena Skin préparation tonic®

Pour retirer une PME adhérente, la patiente doit placer la main sur la prothèse et se pencher en avant jusqu'à ce qu'elle sente le poids de sa prothèse dans sa main. Elle peut retirer sa prothèse en commençant par un point éloigné de la cicatrice. Elle doit placer ses doigts le plus près possible des bords de la prothèse et la retirer délicatement. La patiente ne doit pas mettre les doigts sur la surface adhérente pour ne pas l'endommager (Figure 29)[89].

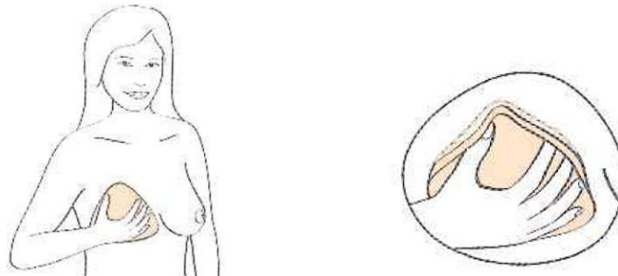


Figure 29: Une femme enlevant une prothèse Amoena Contact® [89]





V-10. 3. Conseils sur l'entretien des PME

Après avoir utilisée une PME, le pharmacien doit bien rappeler à la patiente les conseils d'entretien de celle-ci. La prothèse est à laver à la main quotidiennement, avec un savon ou une lessive liquide pour linge délicat. Aucun solvant agressif ne doit être utilisé. Pour le séchage, une serviette suffit pour l'essuyer. Pour un séchage plus rapide, la microfibre mouillée peut être tamponnée avec une serviette en papier. Il faut prévenir la patiente de ne pas tirer sur la microfibre car elle peut se déchi-

rer et d'éviter tout contact avec un objet pointu ou coupant qui risquerait d'endommager la prothèse. Concernant les PME adhérentes, il ne faut utiliser que du savon liquide (sans silicone) et de l'eau. Pour le séchage, il suffit de l'essuyer avec une serviette et ne pas utiliser de mouchoir en papier afin d'éviter tout dépôt sur la surface adhérente [89].

Le pharmacien peut proposer des produits hydratants pour la peau mais aussi des produits pour nettoyer les prothèses, en effet la prothèse Amoena Contact® fait l'objet d'un entretien spécifique (Tableau 6) [93].

Tableau 6: Conseils sur le nettoyage d'une prothèse Amoena Contact [89]

| | | | |
|---|--|--|---|
|  | <p>1. Répartir quelques gouttes de Soft Cleanser® sur la surface adhérente encore sèche. Humidifier la brosse.</p> |  | <p>2. Brossez énergiquement toute la surface 2 min.</p> |
|  | <p>3. Rincer abondamment à l'eau claire en vous aidant de la brosse.</p> |  | <p>4. Sécher à l'air libre ou au sèche-cheveux.</p> |

Différents accessoires d'entretien chez Thuasne peuvent être achetés tels que [86]:

- des brosses nettoyantes pour coussins adhésifs
- des lotions nettoyantes pour coussins adhésifs
- le support de nettoyage pour coussins adhésifs

V-10. 4. Conseils sur la lingerie adaptée aux PME

Après avoir donné tous les conseils sur les prothèses, le pharmacien doit conseiller la patiente sur la lingerie. Il faut un soutien-gorge adapté à la pathologie, et au confort de la patiente [82]. Il faut que le soutien-gorge soit adapté à la PME. Les caractéristiques sont [85] :

- une coupe haute du décolleté et des aisselles, garantissant le maintien de la prothèse tout en conservant la liberté du mouvement mais aussi pour dissimuler les cicatrices.
- l'entre gorge doit être large pour recouvrir la totalité de la prothèse.
- des larges bretelles, molletonnées et réglables [100].
- un décolleté assurant un bon maintien, grâce à l'utilisation de matières douces et élastiques.
- des poches bilatérales, permettant d'insérer une prothèse à droite comme à gauche.
- une large bande sous poitrine, pour augmenter le maintien et la stabilité de la prothèse mais aussi pour éviter de comprimer le corps et assurer la prévention des lymphœdèmes.
- le soutien-gorge doit être aussi très élastique pour un bon placement de la prothèse contre la peau.

Pour les soutiens-gorge de maintien post-opératoires, le tissu est en microfibre, il est très élastique et agréable pour le confort de la patiente. Pour que celle-ci puisse enfiler facilement le soutien-gorge et l'ajuster au mieux ceux-ci possèdent une fermeture auto-agrippante sur le devant et les épaules. Par exemple chez Thuasne, on retrouve le modèle Lena® (bonnet A) et Elena® (bonnets B à D). Ce dernier modèle possède des bretelles très larges afin de soulager le poids de la prothèse [86] (Figure 30).



Figure 30: Soutien-gorge de maintien post-opératoire Elena® Thuasne [86]

Après une reconstruction mammaire, un soutien-gorge de compression ajusté au galbe du sein post opératoire est nécessaire. Il est en microfibre élastique et

possède une fermeture à glissière sur le devant. Les bretelles sont très larges doublées de coussinets à 3 niveaux réglables. Il y a une large bande élastique sous la poitrine. On retrouve le modèle Cara® chez Thuasne. Une ceinture stabilisante et sécurisante peut être utilisée en complément du soutien-gorge Cara®, c'est la ceinture Post op belt® [86].

Concernant l'entretien, ces soutiens-gorge sont fragiles, ils doivent être lavés avec un programme délicat à 30 ou 40° ou à la main. Pour le séchage, le sèche-linge est à proscrire ainsi que le repassage pour ne pas détériorer le tissu. Certaines femmes cousent elle-même la poche sur le soutien-gorge. La lingerie est un accessoire très important pour la patiente, le pharmacien doit donc l'accompagner en l'aidant à choisir la lingerie la plus adaptée pour qu'elle puisse se sentir bien dans son nouveau corps [85-86].

V-10. 5. Allergies et PME

Il y a peu d'écrits concernant les risques d'allergies dus aux PME. Néanmoins quelques allergies peuvent apparaître, telles que des rougeurs ou bien des irritations [100]. Il faut donc prévenir la patiente que devant ces signes, il faut consulter rapidement le médecin et ne plus remettre la prothèse.

VI- Témoignages / cas de comptoir

VI-1. Témoignage 1

Présentation :

Bonjour, Quel âge avez-vous ? 48 ans

Avez-vous des enfants ? Oui, 3 enfants : 1 garçon de 26 ans, 1 fille de 22 ans et 1 garçon de 12 ans.

Êtes-vous mariée ? Oui, depuis 25 ans

Histoire de la maladie :

Quand est –ce que vous avez découvert la maladie ? J'ai découvert la maladie il y a 1 an et demi (avril 2016).

Dans quelles circonstances ? Je sentais une masse dans le sein au toucher, je suis allée à une consultation chez le gynécologue et j'ai passé une mammographie.

C'est là que le radiologue a vu quelque chose et a pris rdv directement à l'Oncopole à Toulouse. Je me doutais de ce qu'il se passait mais c'est à l'Oncopole que le médecin a prononcé le mot « cancer du sein ».

Etiez-vous accompagnée ou bien seule lors de la mammographie? J'étais accompagnée de ma sœur, et lors de l'annonce j'étais accompagnée de mon mari.

Quelle a été votre sentiment ? J'ai cru que c'était la fin, j'ai ressenti de la peur, de l'angoisse.

L'annonce a-t-elle été brutale ? Oui et non car je m'en doutais, c'est le médecin de l'Oncopole lors de la consultation qui me l'a annoncé.

Quel a été le protocole de soin ? Tout d'abord une chimiothérapie avec 4 séances de FEC 100 suivi de 4 taxotère + Herceptin de mai 2016 à novembre 2016 puis Herceptin en monothérapie de novembre 2016 à aout 2017. Il y a eu une mastectomie et un curage axillaire en novembre 2016. Puis une radiothérapie de la paroi et des aires ganglionnaires de mars 2017 à avril 2017. Et enfin l'hormonothérapie avec le Tamoxifène depuis mai 2017 et pour une durée de 5 ans.

Avez-vous eu beaucoup d'effet indésirable ? Oui, lors de la chimiothérapie j'ai eu beaucoup de nausées et de vomissements, mes cheveux sont tombés, les ongles des orteils et mains étaient très abimés, la peau était sèche, j'avais des boutons sur les jambes, et du psoriasis, ainsi que des fourmillements dans les pieds.

Actuellement je suis sous tamoxifène et j'ai encore les ongles abimés, des fourmillements dans les pieds, et des crampes dans les mollets. J'ai pris du poids et j'ai beaucoup de bouffées de chaleur. De plus il y a une augmentation des gamma GT.

Concernant la vie de couple, le cancer a-t-il changé quelques choses dans votre relation ? Non cela n'a rien changé.

Cela vous a-t-il rapproché ou bien éloigné ? Cela nous a rapprochés.

Est-ce que vous vous êtes sentie assez entourée dans cette épreuve ? Oui, je me suis sentie très entourée.

La reconstruction et les prothèses mammaires externes :

Est-ce que l'on vous a parlé de la reconstruction mammaire ? Si oui, à quel moment ? Oui, au début de la prise en charge. Mais je n'ai pas eu d'explications claires sur la reconstruction immédiate. Je ne sais pas pourquoi je n'ai pas pu la faire et d'autres femmes oui.

Est-ce que vous regrettez de ne pas avoir fait de reconstruction? Pour le moment non.

Est-ce que vous pensez changez d'avis plus tard et avoir recours à la reconstruction différée ? Je ne sais pas, pour le moment je ne ressens pas le besoin.

Est-ce que l'on vous a parlé des prothèses mammaires externes ? Oui, au début aussi.

Qui est-ce qui vous en a parlé? Ce sont les médecins de l'Oncopole.

Est-ce qu'on vous les a montrées ? Non juste énoncées. **Touchées ?** Non.

Portez-vous des prothèses ? Oui, je porte une PME standard.

À quel moment en avez-vous porté ? J'ai porté ma première prothèse transitoire juste après l'opération puis au mois de juin j'ai changé pour une prothèse standard pour l'été.

La relation de confiance avec le pharmacien :

Est-ce que vous estimez que le pharmacien a été assez présent lors de cette épreuve ? Oui, beaucoup de conseils sur l'alimentation lors des différents effets indésirables pendant la chimiothérapie. Des conseils sur les crèmes pour la peau sèche et les boutons.

Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec le pharmacien lorsqu'il vous fait essayer les prothèses? Oui mais parce que c'est une femme.

Est-ce que vous lui faite confiance ? Oui

Estimez-vous qu'il soit assez compétent pour délivrer les prothèses mammaires ? Oui

VI-2. Témoignage 2

Présentation de la patiente:

Bonjour, Quel âge avez-vous ? 55 ans

Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? 1 garçon et 2 filles

Êtes-vous mariée ? Si oui, depuis combien de temps ? Veuve, en concubinage depuis 3 ans.

Fumez-vous ? Non. **Avez-vous des antécédents médicaux?** Aucun.

Histoire de la maladie :

Quand est –ce que vous avez découvert la maladie ? Début mars 2016.

Dans quelles circonstances ? J'avais des lancements dans le sein droit mais pas de sensation de masse.

Etiez-vous accompagnée ou bien seule lors de la mammographie? J'étais seule.

Quel a été votre sentiment ? Mon sentiment a été de l'inquiétude.

L'annonce a-t-elle été brutale ? Non, lorsque le gynécologue m'a téléphoné en me disant qu'il fallait que l'on se voie, j'ai ensuite compris qu'il s'agissait d'un cancer. Lors de notre entretien il m'a bien expliqué tous les examens qu'il y avait à faire, ainsi que la façon dont il allait m'opérer.

Quel a été le protocole de soin ? Le protocole de soin a été 29 séances de radiothérapie, puis Tamoxifène 20 mg pendant cinq ans.

Avez-vous eu beaucoup d'effets indésirables ? Oui, des brûlures assez importantes suite aux rayons, notamment sur le poumon droit. Quant au Tamoxifène, il me provoque : chute des cheveux, douleurs, inflammations des articulations, bouffées de chaleurs et insomnies.

Concernant la vie de couple, le cancer a-t-il changé quelque chose dans votre relation ? Non le cancer n'a rien changé dans ma vie de couple.

Cela vous a-t-il rapproché ou bien éloigné ? Je pense que cette épreuve nous a rapproché.

Est-ce que vous vous êtes sentie assez entourée dans cette épreuve ? J'ai été, et je suis très bien entourée par ma famille. Je trouve qu'au niveau médical nous sommes un peu trop considérés comme des numéros, il est fort dommage que les médecins ne prennent pas assez au sérieux les effets secondaires du traitement, ainsi que la fatigue inhérente à ce type de traitement.

La reconstruction et les prothèses mammaires externes : **Pas concernée**

La relation de confiance avec le pharmacien :

Est-ce que vous estimez que le pharmacien a été assez présent lors de cette épreuve ? Bon conseil pour la prise en compte des brûlures causées par la radiothérapie.

Est-ce que vous lui faite confiance ? A priori, oui.

VI-3. Témoignage 3

Présentation de la patiente:

Bonjour, Quel âge avez-vous ? 43 ans

Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ? Oui 2 filles

Êtes-vous mariée ? Si oui, depuis combien de temps ? Oui depuis 16 ans.

Fumez-vous ? Non

Avez-vous des antécédents médicaux ? Non

Histoire de la maladie :

Quand est –ce que vous avez découvert la maladie ? J'ai découvert la maladie début décembre 2015.

Dans quelles circonstances ? Par hasard sous la douche. J'ai senti une masse dans la poitrine.

Etiez-vous accompagnée ou bien seule lors de la mammographie? J'étais seule.

Quel a été votre sentiment ? Comme un coup de massue, je me suis posée beaucoup de questions.

L'annonce a-t-elle été brutale ? Ce genre d'annonce est toujours brutal.

Quel a été le protocole de soin ? Le protocole de soin a été d'abord l'ablation des ganglions sentinelle sous le bras, puis 8 chimiothérapies avec 2 produits différents (Fec 100 et Taxotère), 18 injections de Herceptin toutes les 3 semaines, puis une opération pour curer ce qu'il restait, puis 30 séances de radiothérapie et finalement ablation totale du sein (car il y avait encore beaucoup de micro calcifications) avec reconstruction par lambeau du muscle grand dorsal.

Avez-vous eu beaucoup d'effet indésirable ? Oui, beaucoup de nausées après les chimiothérapies, de la fatigue, des courbatures, perte de tout le système pileux (cheveux, cils, sourcils...).

Concernant la vie de couple, le cancer a-t-il changé quelque chose dans votre relation ? Non, cela n'a rien changé.

Cela vous a-t-il rapproché ou bien éloigné ? Cela nous a rapproché.

Est-ce que vous vous êtes sentie assez entourée dans cette épreuve ? Oui je me suis sentie beaucoup entourée.

La reconstruction et les prothèses mammaires externes :

Est-ce que l'on vous a parlé de la reconstruction mammaire ? (Si oui, à quel moment ?) Oui, on m'en a parlé dès que l'ablation du sein a été évoquée.

Pensez-vous avoir été assez informé là-dessus ? Oui

Avez-vous eu recours à la reconstruction mammaire ? Oui, reconstruction par lambeau du muscle grand dorsal.

Est-ce que l'on vous a parlé des prothèses mammaires externes ? (Si oui, qui est-ce qui vous en a parlé?) Oui, c'est mon chirurgien qui m'en a parlé.

Est-ce qu'on vous les a déjà montrées ? Touchées ? Oui

Portez-vous des prothèses mammaires externes? Non, car reconstruction par lambeau.

VI-4. Conclusion sur les différents témoignages

Ces trois femmes sont mariées, ont des enfants, et ne présentent pas de problèmes médicaux particuliers. Elles ont découvert leur cancer du sein fortuitement, souvent de par elles-mêmes suite à l'apparition d'une masse ou d'une douleur dans la poitrine. Lors de l'annonce, elles étaient souvent seules, et elles se sont posées beaucoup de questions. Le protocole de soin a été différent pour ces trois femmes : 2 ont eu une chirurgie, dont 1 chirurgie reconstructrice par lambeau du muscle grand dorsal et 1 chirurgie non conservatrice (mastectomie totale). En général, elles ont eu beaucoup d'effets indésirables dont les nausées, l'alopécie, la peau sèche ou de la fatigue. Les femmes ont estimé que le pharmacien a été assez présent lors de cette épreuve en particulier grâce aux différents conseils sur l'alimentation, lors des différents effets indésirables pendant la chimiothérapie ou bien sur les crèmes pour la peau sèche, les boutons, ou les brûlures causées par la radiothérapie. Elles lui font toute confiance.

Concernant la reconstruction mammaire, les patientes ont été informées dessus dès le début de la prise en charge, mais pour une femme les explications sur la reconstruction immédiate non pas été claires.

Concernant les prothèses mammaires externes, les deux femmes ayant eu une chirurgie ont été informées par le chirurgien. Une seule femme porte une PME standard actuellement. Lors des essayages, la femme se sent plus à l'aise avec une

pharmacienne plutôt qu'avec un pharmacien. En effet, le regard d'un homme est plus gênant. De plus, elle estime que le pharmacien est assez compétent pour délivrer les prothèses mammaires.

Concernant la vie de couple, le cancer n'a rien changé dans leur relation, ou bien cela les a rapproché. Les trois femmes se sont senties énormément entourée dans cette dure épreuve.

CONCLUSION

Le cancer du sein reste une maladie grave connue dans le monde entier. Depuis quelques années le pronostic s'est énormément amélioré. Il est maintenant pris en charge rapidement grâce au dépistage précoce, mais aussi par une grande efficacité des protocoles thérapeutiques liant la chirurgie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie, ou la radiothérapie.

Le sein est une représentation forte de la féminité et de la sexualité, ainsi lorsque la femme subit une mastectomie cela provoque un réel traumatisme physique et psychique. Le chirurgien plastique peut proposer à ces femmes mutilées les différentes techniques de reconstruction mammaire. A l'officine, le pharmacien est un véritable professionnel de santé de proximité. Son rôle dans la prise en charge du cancer du sein intervient à différents niveaux : dans la sensibilisation, la prévention et le dépistage du cancer, dans la compréhension de la maladie et des traitements, dans le suivi psychologique de la patiente et son entourage, mais aussi lors de la rééducation en coordination avec le kinésithérapeute. Il écoute, explique les facteurs de risque, mais aussi propose des conseils hygiéno-diététiques et des solutions afin d'éviter les effets indésirables dus aux traitements. Son but est d'accompagner la patiente durant cette dure épreuve. Il peut aussi conseiller des prothèses mammaires externes pour combler le manque existant. Ces différents types de prothèses (transitoire, standard ou technique, adhérentes ou non) sont délivrés à différents moments après l'opération, elles améliorent la qualité de vie des femmes opérées mais aussi leur permettent de redécouvrir leur corps et leur féminité. Elles sont malheureusement peu connues, plusieurs questions se posent donc à l'avenir comme : ne faudrait-il pas plus de campagnes d'informations auprès des femmes mastectomisées afin qu'elles puissent choisir au mieux entre la reconstruction mammaire, les PME, ou bien ne rien porter ? Ne faudrait-il pas plus de formations pour le personnel médical comme les infirmières et les pharmaciens afin qu'ils puissent conseiller au mieux les patientes ? De plus, actuellement, seulement trois laboratoires produisent des PME, ne faudrait-il pas plus de laboratoires certifiés pour produire des PME afin que la patiente ai plus le choix ? L'ensemble de ces questions représente un enjeu majeur pour une meilleure prise en charge de la femme dans les années à venir.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut national du Cancer. *Les cancers en France en 2016 - L'essentiel des faits et chiffres*, février 2017. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/content/download/183576/2424633/file/Les_cancers_en_France_en_2016_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20170203.pdf>. (Consulté le 15 juin 2017).
- [2] OMS. *Cancer*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr>>. (Consulté le 15 juin 2017).
- [3] Unicancer. *Les chiffres du cancer en France*. [en ligne]. Disponible sur: <<http://www.unicancer.fr/le-groupe-unicancer/les-chiffres-cles/les-chiffres-du-cancer-en-france>>. (Consulté le 15 juin 2017).
- [4] InVS. *Cancer du sein : données par localisation*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-sein>>. (Consulté le 10 juillet 2017).
- [5] A. Rogel, F. Hamers, C. Quintin, et al., "Incidence et dépistage du cancer du sein en France. Dernières données disponibles : Octobre 2016. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. 20p.
- [6] Institut National du Cancer. *Cancer du sein: Anatomie du sein*. [en ligne]. Disponible sur: <<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>>. (Consulté le 10 juillet 2017).
- [7] E. Cabarrot, "Histoire naturelle des cancers du sein", *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gynécologie, 865-A-10, 2000, 17 p.
- [8] Institut National du Cancer. *Cancer du sein: Les maladies du sein*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>>. (Consulté le 25 juillet 2017).

- [9] La Ligue contre le Cancer. *Cancer du sein*. [en ligne]. Disponible sur : <<https://www.ligue-cancer.net/localisation/sein>>. (Consulté le 25 juillet 2017).
- [10] G. Boutet, “Le sein inflammatoire : examen clinique, orientations étiologiques,” *Journal de radiologie diagnostique et interventionnelle*, **93**, 2, 85–92, (2012).
- [11] G. Favre. Histoire naturelle des cancers. *Cours d'oncologie Toulouse*, 2014.
- [12] Institut National du Cancer. *Cancer du sein: les grades du cancer*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-grades-du-cancer>>. (Consulté le 25 juillet 2017).
- [13] Haute Autorité de santé. ALD n° 30 : Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer du sein. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.
- [14] Vidal. *Cancer du sein*. [en ligne]. Disponible sur : <https://evidal-vidal-fr-s.docadis.ups-tlse.fr/recos/details/4034/cancer_du_sein/prise_en_charge>. (Consulté le 12 août 2017).
- [15] La Ligue nationale contre le cancer, “*Rapport 2014 de l’observatoire sociétal des cancers - Cancer du sein : se reconstruire après une mastectomie*”, 2014, 132p.
- [16] Institut National du Cancer. *Cancer du sein: Diagnostic*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic>>. (Consulté le 10 octobre 2017).
- [17] B. Fornage, “Échographie du sein normal et pathologique,” EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Radiodiagnostic - Urologie-Gynécologie, (2007) [article 34-800-A-18].
- [18] Institut National du Cancer. *Cancers du sein : du diagnostic au suivi*, novembre 2016. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.e-cancer.fr/content/download/164989/2115178/file/Cancer-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi-20161129.pdf>>. (Consulté le 10 octobre 2017).

- [19] M. Colonna *et al.*, “Estimation de l’incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives”, *InVS*, 2015, 53p.
- [20] F. Bettevy, C. Dufranc, and G. Hofmann, “Critères de qualité de l’annonce du diagnostic : Point de vue des malades et de la Ligue nationale contre le cancer,” *Risques et qualité*, **3**, 2, 67–72, 2006.
- [21] *Comprendre les traitements du cancer du sein*. Société canadienne du cancer, (2017), 94p.
- [22] Institut Curie. *Cancer du sein: Les autres traitements*. [en ligne]. Disponible sur : <<https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancer-du-sein-les-autres-traitements>>. (Consulté le 18 août 2017).
- [23] A. Wolfer and K. Zaman, “Hormonothérapie dans le cancer du sein : efficacité et effets adverses,” *Rev Med Suisse*, **9**, 1090–1094, (2013).
- [24] J. Medioni, “Thérapeutique antiestrogène dans les cancers du sein“. *EMC – Gynécologie*, **11**, 1-7, (2015) [Article 85-A-80].
- [25] Institut Curie, “*Chimiothérapie et cancer du sein*,” 1–6 (2007).
- [26] Institut National du Cancer. *Cancer du sein: Chimiothérapie, médicaments utilisés*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chimiotherapie/Medicaments-utilises>>. (Consulté le 18 août 2017).
- [27] ANSM. *Point d’information, Interaction médicaments et pamplemousse*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Interaction-medicaments-et-pamplemousse-Point-d-information>>. (Consulté le 12 décembre 2017).
- [28] “Les traitements des cancers du sein“, Collection Guides patients Cancer info, INCa, octobre 2013. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/content/download/144835/1809590/file/Les-traitements-des-cancers-du-sein-V3-2016.pdf>. (Consulté le 18 août 2017).

- [29] ANSM. *Lettre aux professionnels de Santé, Xeloda® : Réactions cutanées sévères associées à la capecitabine.* [en ligne]. Disponible sur : <<http://ansm.sante.fr/content/download/57107/733775/version/1/file/ddl-131219-XELODA.pdf>>. (Consulté le 22 octobre 2017).
- [30] D. Serin, A. Brédart, M. Debled, and P. Fumoleau, "Chimiothérapie et qualité de vie dans le cancer du sein métastatique: État des lieux," *Oncologie*, **10**, 10, 580–590, (2008).
- [31] C. Lévy, "Cancer du sein: traitement local et adjuvant," *Oncologie*, **11**, 7–8, 407-409, (2009).
- [32] Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. *Soigner un cancer par thérapies ciblées.* [en ligne]. Disponible sur : https://www.fondation-arc.org/sites/default/files/2017-04/fiche_therapiesciblees_0.pdf>. (Consulté le 25 juillet 2017).
- [33] G. Jerusalem, J. Collignon, and C. Josse, "Cancer du sein: De la thérapie ciblée à la médecine personnalisée," *Revue Médicale de Liège*, **70**, 5–6, 269–276, (2015).
- [34] M. Delbaere, T. Delaporte, G. Toussoun, and E. Delay, "Mastectomies avec conservation de l'étui cutané : comment éviter les souffrances cutanées ?", *Annales de chirurgie plastique esthetique*. Elsevier Masson, **53**, 2, 208–225, (2008).
- [35] M. Cohen et al. "Conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire en cas de mastectomie", *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, **42**, 4, 246–251, (2014).
- [36] C. Mazouni, C. Pachet, and F. Rimareix, "Indications, conditions de réalisation et techniques de la mastectomie avec reconstruction immédiate dans le cancer du sein", *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, **37**, 9, 742–748, (2009).
- [37] C. Bruant-Rodier, S. Chiriac, A. Baratte, C. Dissaux, and F. Bodin, "Reconstruction mammaire par lambeau musculocutané de grand dorsal avec prothèse: la technique du soutien-gorge dorsal," *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. Elsevier Masson, **61**, 3, 212–216, (2016).

- [38] Institut National du Cancer. *Cancer du sein: Radiothérapie*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Radiotherapie>>. (Consulté le 18 août 2017).
- [39] Institut National du Cancer. *Cancer du sein : Le suivi*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Le-suivi>>. (Consulté le 3 janvier 2018).
- [40] Cespharm. *Dépistage organisé du cancer du sein : carte mémo*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Depistage-organise-du-cancer-du-sein-carte-memo>>. (Consulté le 3 janvier 2018).
- [41] Institut National du Cancer. *Dépistage du cancer du sein : à qui vous adresser*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/A-qui-vous-adresser>>. (Consulté le 3 janvier 2018).
- [42] Ministère des Affaires sociales et de la santé. *Concertation citoyenne et scientifique : ensemble, améliorons le dépistage du cancer du sein. Rapport du comité d'orientation*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.concertation-depistage.fr/wp-content/uploads/2016/10/depistage-cancer-sein-rapport-concertation-sept-2016.pdf>>. (Consulté le 27 décembre 2017)
- [43] D. Ghedin, TD Effets indésirables en cancérologie. *Cours d'oncologie pharmacie Toulouse*, 2016.
- [44] La Ligue nationale contre le cancer. *Traitement et conseils : les effets secondaires lors d'une chimiothérapie*. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ligue-cancer.net/article/7727_les-effets-secondaires-lors-d-une-chimiotherapie>. (Consulté le 13 octobre 2017).
- [45] AFSOS : Association Francophone pour les soins oncologiques de support : Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support : " Prise en charge des Nausées-Vomissements chimio-induits" (version mise à jour en décembre 2013).
- [46] G. Boutet, "Traitement des bouffées de chaleur après cancer du sein", *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, **40**, 4, 241-254, (2012).

- [47] S. Jacquemet, A. Certain, "Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien". *Bulletin de l'Ordre*, **367**, 269-275, 2000.
- [48] M. Baudrant, H. Trout, A. Certain, E. Tissot, and B. Allenet, "Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient", *Journal de pharmacie clinique*, **27**, 4, 201-204, (2008).
- [49] Cespharm. *Le rôle du pharmacien*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>>. (Consulté le 13 octobre 2017).
- [50] J. Sisler, J. Sussman, and E. Ozokwelu, "Suivi après le traitement du cancer du sein : Guide pratique des soins aux survivantes à l'intention des médecins de famille. *Canadian Family Physician*, **62**, 10, 578–585 (2016).
- [51] Plan cancer 2014-2019 – Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf>. (Consulté le 18 août 2017).
- [52] J. Ferrandez, "Kinésithérapie après cancer du sein," *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris)- Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, (2010) [article 26-570-G-10].
- [53] N. Varaud, J. C. Ferrandez, "Kinésithérapie de la cicatrice et de la paroi thoracique de la mastectomisée pré-et post-reconstruction mammaire," *Cahiers de kinésithérapie*, **190**, 2, 1-9 (1998).
- [54] JC Ferrandez. "Évaluation de l'efficacité de deux types de bandages de décongestion du lymphœdème secondaire du membre supérieur". *Kinésithérapie, la Revue*, **7**, 67, 30-35 (2007).
- [55] Société Française de lymphologie, "Prévention du lymphœdème", *Journal des maladies vasculaires*, **26**, 1S35-1S36 (2001).
- [56] AFSOS : Association Francophone pour les soins oncologiques de support : Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support : " Prise en charge du lymphœdème secondaire du membre supérieur après cancer du sein " (version mise à jour en mars 2014).

- [57] A.M. Foucaut, L. Delrieu, R. Meyrand, et al., "Cancer du sein : Place de l'exercice physique pendant les traitements. Pratiques en Nutrition : santé et alimentation, Elsevier-Masson, **12**, 22-26, (2016).
- [58] AFSOS : Association Francophone pour les soins oncologiques de support : Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support : "*Activité Physique Adaptée, Rééducation et Cancer du sein*" (réalisé et validée en 2013).
- [59] "Exercices à effectuer après une chirurgie mammaire". *Société canadienne du cancer*, 2015, 32p.
- [60] C. Boiron *et al.*, "Bénéfices sur la survie de l'activité physique avant ou après un cancer du sein," *Oncologie*, **13**, 12, 797-805 (2011).
- [61] S. Dolbeault, C. Flahault, and A. Brédart, "Approche psycho-oncologique des difficultés intimes et sexuelles des patientes atteintes de cancer féminin et de leur conjoint," *La lettre du cancérologue*, **18**, 418-422 (2009).
- [62] AFSOS : Association Francophone pour les soins oncologiques de support : Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support : "*Cancer, vie et santé sexuelle*" (réalisée et validée en 2010).
- [63] M Dorval, S Guay, M Mondor, et al, "Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation", *Journal of Clinical Oncology*, **23**, 15, 3588-3596, (2005).
- [64] Docteur Meresse Thomas, Conférence « Reconstruction mammaire après un cancer du sein », 11/10/2017, IUCT-Oncopole Toulouse.
- [65] M. Henry, C. Baas, and C. Mathelin, "Reconstruction mammaire après cancer du sein: Les motifs du refus", *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, **38**, 3, 217-223 (2010).
- [66] C. Ho Quoc and E. Delay, "Reconstruction mammaire après mastectomie," *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, **42**, 1, 29-39 (2013).

- [67] Ananian P, Houvenaeghel G, Protiere C, et al. "Determinants of patients' choice of reconstruction with mastectomy for primary breast cancer", *Annals of Surgical Oncology*, **11**,8, 762-771 (2004).
- [68] C. Clerico, T. Ihrai, I. Raoust, et al., "Mastectomie avec reconstruction immédiate par prothèse et lambeau inférieur dermique : à propos de cinq cas," *Annales de chirurgie plastique esthétique*. Elsevier Masson, **57**, 6, 606-611 (2012).
- [69] J. Van Geertruyden, "La reconstruction mammaire par prothèse", *Revue médicale de Bruxelles*, **34**, 265–270, (2013).
- [70] Krueger EA, Wilkins EG, Strawderman M et al., "Complications and patient satisfaction following expander/implant breast reconstruction with and without radiotherapy", *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, **49**, 713-721 (2001).
- [71] E. Delay, T. Delaporte, and R. Sinna, "Alternatives aux prothèses mammaires," *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, Elsevier Masson, **50**, 5, 652-672 (2005).
- [72] M. Perrault de Jotemps, "L'après-cancer du sein et la reconstruction mammaire : utile ou futile ? – The after breast cancer and implant breast reconstruction: useful or futile?," *la Lettre du Gynécologue*, **325**, (2007).
- [73] Association pour la Reconstruction du Sein par DIEP. *Les différentes techniques de reconstruction*. [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.diep-asso.fr/content/les-differentes-techniques-de-reconstruction>>. (Consulté le 10 janvier 2018).
- [74] J.-L. N. B. Dezfoulian, X. Nélisten, P. Cusumano, D. Nardella, "Reconstruction mammaire microchirurgicale : pour qui et comment ?," *Revue Médicale de Liège*, **66**, 5-6, 351-357 (2011).
- [75] Haute Autorité de Santé. Avis de la CNEDiMTS 30 juin 2015 sur les implants mammaires, Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Saint-Denis La Plaine, HAS, 2015. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-08/implants_mammaires_30_juin_2015_dm_eval_102.pdf>. (Consulté le 15 décembre 2017).

- [76] ANSM. *Produits de santé, Dispositifs médicaux (DM)*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://ansm.sante.fr/Produits-de-sante/Dispositifs-medicaux>>. (Consulté le 10 octobre 2017).
- [77] Haute Autorité de Santé, "Parcours du dispositif médical en France, Guide Pratique". Saint-Denis La Plaine, Novembre 2017, [en ligne]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/guide_pratique_dm.pdf>. (Consulté le 2 décembre 2017).
- [78] République Française, *Arrêté du 4 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses de sein inscrites au chapitre 4, titre II, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale*, JORF (Journal Officiel la république française) n°0086 du 12 avril 2016 texte n°23.
- [79] Haute Autorité de Santé. *Evaluation des implants mammaires, prothèses d'expansion tissulaire et prothèses externes de sein*. Saint-Denis La Plaine, HAS, 2009. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/rapport_implants_mammaires.pdf>. (Consulté le 15 décembre 2017)
- [80] Ameli.fr. *Liste des Produits et des Prestations remboursables, Prothèses mammaires externes*. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_c ode=66&p_site=AMELI>. (Consulté le 25 juin 2017).
- [81] CPAM de la Nièvre. *Fiche réglementaire : Prescription et délivrance des prothèses mammaires externes (PME)*. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ED_juin_2016_protheses_mammaires_externes_pharmaciens.pdf>. (Consulté le 27 juin 2017).
- [82] Institut National du Cancer. *Cancer du sein, Prothèses mammaires externes*. [en ligne]. Disponible sur: <<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Protheses-mammaires-externes>>. (Consulté le 21 juin 2017).
- [83] Vidal. *AMOENA, prothèses mammaires externes et soutiens-gorge post-chirurgie du sein et de compression*. [en ligne]. Disponible sur: <<https://eurekasante.vidal.fr/parapharmacie/vidal/produits-vida3836-AMOENA-protheses-mammaires-externes-soutiens-gorge-post-chirurgie-du-sein-et-de>>

- compression.html>. (Consulté le 21 juin 2017).
- [84] AMOENA. *Prothèses mammaires externes*. [en ligne]. Disponible sur: <<http://www.amoena.com/fr/protheses-mammaires>>. (Consulté le 21 juin 2017).
- [85] AMOENA. *A notre propos, Soutiens-gorge Amoena : caractéristiques et bénéfiques*. [en ligne]. Disponible sur: <<http://www.amoena.com/fr/a-notre-propos/soutiens-gorge-amoena-caracteristiques-et-benefiques/>>. (Consulté le 21 juin 2017).
- [86] THUASNE Thämert, Catalogue Prothèses Mammaires et Lingerie Silima 2017.
- [87] ANITA. *Prothèses mammaires*. [en ligne]. Disponible sur: <https://www.anita.com/fr_global/categories-des-produits/apres-une-operation-du-sein/protheses-mammaires.html>. (Consulté le 30 juin 2017).
- [88] AMOENA. *Prothèses Comfort+ avec la technologie Outlast®*, [en ligne]. Disponible sur: <<http://www.amoena.com/fr/a-notre-propos/protheses-comfort-avec-la-technologie-outlast>>. (Consulté le 30 octobre 2017).
- [89] AMOENA. *Application des prothèses mammaires*, [en ligne]. Disponible sur: <<http://www.amoena.com/fr/a-notre-propos/application-des-protheses-mammaires/>>. (Consulté le 30 octobre 2017).
- [90] Haute Autorité de Santé, "Avis de la commission 03 octobre 2007 sur la prothèse SILIMA DIRECT, prothèse mammaire externe adhérente," Commission d'évaluation des produits et prestations, République Française, (2007), 8p.
- [91] FM Thijs-Boer, JT Thijs, HB van de Wiel, "Conventional or adhesive external breast prosthesis? A prospective study of the patients' preference after mastectomy", *Cancer Nursing*, 24, 3, 227-230 (2001).
- [92] J. Lee, "Breast Prostheses," *British Medical Journal*, 302, 43-44 (1991).
- [93] Haute Autorité de Santé, "Avis de la commission 12 mai 2004 sur la prothèse Amoena Contact, prothèse mammaire externe solidaire du corps et produits d'entretien de la prothèse et de la peau associés," Commission d'évaluation des produits et prestations, République Française (2004), 9p.

- [94] K. Hojan, F. Manikowska, M. Molinska-Glura, B. P. J. Chen, and M. Jozwiak, "The influence of an external breast prosthesis on the posture of women after mastectomy," *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, **29**, 2, 337-342 (2016).
- [95] IR Healey. "External breast prosthesis: misinformation and false beliefs", *Medscape*, 5, (2003). Disponible sur : < https://www.medscape.com/viewarticle/460148_1>. (Consulté le 10 septembre 2017).
- [96] CG Kiefer. "Presenting all the choices: Teaching women about breast prosthetics", *Medscape Women's Health*, **6**, 4, (2001).
- [97] P. Gallagher, A. Buckmaster, S. O'Carroll, G. Kiernan, and J. Geraghty, "External breast prostheses in post-mastectomy care: Women's qualitative accounts," *European Journal of Cancer Care*, **19**, 61-71 (2010).
- [98] SM Mahon, M Casey. "Patient education for women being fitted for breast prostheses", *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **7**, 194-199 (2003).
- [99] S Hart, BE Meyerowitz, G Apolone, P Mosconi, A Liberati, "Quality of life among mastectomy patients using external breast prostheses", *Tumori*, **83**, 581-586 (1997).
- [100] B. De Lafontan, "Guide pratique des prothèses mammaires externes et différents accessoires," *La lettre du sénologue*, **15**, 1-4 (2002).

ANNEXES

Annexe 1 : Brochure « Dépistage des cancers du sein » destinée aux pharmaciens [18].

**DÉPISTAGE
DES CANCERS
DU SEIN**

S'INFORMER ET DÉCIDER

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Pour en savoir plus,
rendez-vous sur
e-cancer.fr

EN PRATIQUE

Le dépistage est organisé pour que chaque femme y accède dans les mêmes conditions de qualité sur tout le territoire.

1 Le rendez-vous au centre de radiologie
Prenez rendez-vous avec un des radiologues agréés figurant sur la liste jointe à votre courrier d'invitation. Le jour du rendez-vous, apportez le courrier d'invitation, votre carte Vitale et les clichés de vos précédentes mammographies. N'hésitez pas à poser toutes vos questions au radiologue ou au manipulateur avant ou après l'examen.

2 Les examens
Le radiologue réalise une mammographie comportant 2 radiographies par sein. L'un après l'autre, vos seins sont placés entre 2 plaques qui se resserment et les compriment pendant quelques secondes. Si vous portez des prothèses mammaires, des clichés spécifiques sont réalisés. Le radiologue examine également vos seins. Juste après l'examen, il vous délivre un premier résultat.

3 Les résultats
Si les clichés de la mammographie et l'examen clinique ne montrent pas d'anomalie, par sécurité, une seconde lecture sera réalisée par un autre radiologue, dans un délai de 2 semaines.

Cas de figure n° 1
Aucune anomalie n'est détectée : vous serez invitées à renouveler cet examen dans 2 ans. C'est le cas majoritaire, pour 910 femmes sur 1000.

Cas de figure n° 2
Une anomalie est détectée. Cela concerne 90 femmes sur 1000. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas d'un cancer mais, par exemple, d'une anomalie bénigne (kyste) ou suspecte. Selon les cas, une surveillance à court terme ou la poursuite d'examen pourra être nécessaire. A l'issue de ces examens, la conclusion la plus fréquente est qu'il n'y a pas de cancer.

Plus rarement, un cancer peut être diagnostiqué : cela concerne 7 femmes sur 1000. Chacune de ces femmes sera orientée par son médecin vers une équipe pluridisciplinaire spécialisée en cancérologie pour un traitement personnalisé, dont un appui psychologique.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

LE CANCER DU SEIN EST-IL FRÉQUENT ?

Le cancer du sein est le cancer à la fois le plus fréquent et le plus mortel chez la femme. Chaque année en France, 54.000 cas sont détectés et près de 12.000 femmes en décèdent.

LA PRISE EN CHARGE

La mammographie est prise en charge à 100% par votre caisse d'assurance maladie sans avance de frais. Si des examens complémentaires sont proposés par votre radiologue, ils seront pris en charge dans les conditions habituelles de remboursement.

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ?

Le principal est l'âge. Près de 80% des cancers du sein se développent après 50 ans.

Certains antécédents médicaux personnels et familiaux de cancers ou maladies du sein peuvent aussi entraîner un risque supérieur et nécessiter une surveillance spécifique. Parlez-en avec votre médecin généraliste ou gynécologue. Certains traitements hormonaux de la ménopause, une puberté précoce, une ménopause tardive, l'âge de la première grossesse et la durée d'allaitement peuvent également avoir une influence. **Nos modes de vie** peuvent aussi jouer un rôle, tels que la consommation d'alcool et de tabac, un manque d'activité physique, un surpoids.

EN QUOI CONSISTE UN DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN ?

Le dépistage du cancer du sein repose sur une mammographie (examen radiologique), associée à un examen clinique des seins. Il permet de détecter tôt une éventuelle anomalie ou un cancer, avant l'apparition de symptômes. Cette détection précoce augmente les chances de guérison.

LE DÉPISTAGE EST-IL FIABLE ?

Les installations de mammographie sont soumises à des normes strictes, destinées à renforcer la qualité des images et à limiter les risques liés aux rayons X. Ces installations sont contrôlées tous les 6 mois.

La seconde lecture des clichés, réalisée par un radiologue différent dans le cadre du programme de dépistage organisé, permet de détecter davantage de cancers : c'est le cas d'environ 6% d'entre eux.

POURQUOI SE FAIRE DÉPISTER TOUS LES 2 ANS ?

Les études scientifiques ont montré que l'écart de 2 ans est un compromis qui présente les avantages de la détection précoce tout en limitant le risque de cancers de l'intervalle (cancers qui surviennent entre 2 dépistages) et de cancers radio-induits (la mammographie expose à des rayons X. Une exposition trop répétée peut, bien que rarement, entraîner l'apparition d'un cancer).

Entre chaque examen de dépistage, n'hésitez pas à consulter un médecin si vous remarquez des changements inhabituels de vos seins :

- ① apparition d'une boule, d'une grosseur dans le sein ou sous un bras;
- ① modification de la peau (rétraction, rougeur, œdème ou aspect de peau d'orange);
- ① modification du mamelon ou de l'aréole (rétraction, changement de coloration, suintement ou écoulement);
- ① changements de forme.

QUELS SONT LES BÉNÉFICES ET LES LIMITES D'UNE DÉTECTION PRÉCOCE PAR DÉPISTAGE ?

De manière générale, plus les cancers du sein sont détectés tôt et plus les chances de guérison sont importantes. La survie à 5 ans est de 99% pour un cancer du sein détecté à un stade précoce, elle est de 26% pour un cancer avec des métastases. Par ailleurs, les cancers détectés tôt nécessitent, en général, des traitements moins lourds et moins agressifs avec moins de séquelles.

Si le dépistage permet une détection précoce, il peut aussi présenter des inconvénients : le diagnostic et le traitement de cancers peu évolutifs. Pour ces cancers qui n'auraient pas été découverts en l'absence de mammographie, on parle de surdiagnostic. Celui-ci est par nature inhérent à tout acte de dépistage. On estime que de 10% à 20% des cancers détectés sont concernés. Comme il n'est pas encore possible de prédire l'évolution d'une lésion cancéreuse au moment où elle est diagnostiquée, il est habituellement proposé, par précaution, de traiter l'ensemble des cancers détectés.

LA RECOMMANDATION DES AUTORITÉS DE SANTÉ

Au vu de l'analyse des avantages et des limites, le dépistage du cancer du sein est recommandé aux femmes de 50 à 74 ans, tous les 2 ans.

Annexe 2 : Arrêté du 4 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses de sein inscrites au chapitre 4, titre II, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale [78].

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 4 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses de sein inscrites au chapitre 4, titre II, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale

NOR : AFSS1609152A

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de sécurité sociale, notamment ses articles L. 165-1 à L. 165-5 et R. 165-1 à R. 165-30 ;

Vu les avis de la commission d'évaluation des produits et prestations ;

Vu l'avis de projet de modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des prothèses de sein inscrites au chapitre 4, titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale publié au *Journal officiel* du 19 mai 2015 (NOR : AFSS1511433V),

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Au titre II de la liste des produits et prestations remboursables, chapitre 4 :

- le paragraphe A « Prothèses de sein » est remplacé par « Prothèses mammaires externes » ;
- dans le paragraphe A nouvellement dénommé, le paragraphe relatif aux spécifications techniques est supprimé ;
- la nomenclature et le tableau de nomenclature du paragraphe A nouvellement dénommé sont remplacés comme suit :

| CODE | NOMENCLATURE |
|------|---|
| | <p style="text-align: center;">A. – Prothèses mammaires externes Conditions générales d'attribution</p> <p>Les prothèses mammaires externes permettent de reproduire ou restituer la masse volumique et/ou la forme d'un sein.</p> <p>1. Indications Les prothèses mammaires externes sont indiquées : – après une mastectomie totale ou partielle ; – en cas d'asymétrie congénitale ou acquise ; – en cas d'hypoplasie majeure ou d'aplasie. On distingue trois catégories de prothèse mammaire externe : – les prothèses mammaires externes transitoires ; – les prothèses mammaires en silicone, dont on différencie des modèles standards et techniques.</p> <p>1.1. Prothèse mammaire externe transitoire Une prothèse mammaire externe transitoire permet une compensation de la forme d'un sein manquant immédiatement après l'opération de mastectomie pendant la phase de cicatrisation ou pendant une radiothérapie si la peau est fragilisée.</p> <p>1.2. Prothèse mammaire externe en silicone standard et technique Une prothèse mammaire en silicone standard ou technique permet une compensation totale de la forme et de la masse volumique d'un sein manquant (masse volumique compensée partielle dans le cas de dispositifs allégés).</p> <p>Le rôle d'une prothèse mammaire externe en silicone est double : – sur le plan physique : restaurer l'équilibre statique et la symétrie du corps, ramener un équilibre pour la statique. La compensation du poids permet d'éviter d'éventuels problèmes de posture à la patiente (rachis, épaule tombante...) ; – sur le plan psychologique, permettre à la patiente de retrouver son schéma et son image corporels et participer à la restauration de la confiance en soi.</p> <p>Les prothèses techniques sont de différents types et indiquées pour des femmes présentant certain(s) symptôme(s) : présence ou risque d'œdème, de lymphœdème, douleurs cervicales ou dorsales, cicatrices hyperesthésiques, adhérences cicatricielles, cicatrices irrégulières, arthrose – métastases, bouffées de chaleur/hypersudation...</p> <p>2. Spécifications techniques</p> <p>2.1. Prothèse mammaire externe transitoire Pour être prise en charge, une prothèse mammaire transitoire doit respecter les conditions suivantes : – être constituée d'une enveloppe rembourrée (de ouatine, de fibres...) ; – afin de garantir leur tolérance cutanée et leur non-toxicité, les matériaux en contact avec la peau, comme le rembourrage, sont conformes à la norme NF EN ISO10993-5 (relative à l'évaluation biologique des dispositifs médicaux – partie 5 : cytotoxicité <i>in vitro</i>) ; – être lavable.</p> <p>2.2. Prothèse mammaire externe en silicone</p> |

| CODE | NOMENCLATURE |
|------|--|
| | <p>Les prothèses standards sont composées de silicone de mono-densité. Les prothèses techniques sont de types variés. Elles présentent des spécificités techniques (densités diverses de silicones, type de surfaçage interne, qualité d'adhérence, etc.). Les prothèses mammaires externes en silicone, standards ou techniques, peuvent être composées de silicone allégé. Pour être prises en charge, les prothèses mammaires externes en silicone doivent respecter les conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les formes de ces prothèses sont variées : partielles ou totales, symétriques ou asymétriques ; - la prothèse mammaire externe en silicone est composée d'un ou plusieurs types de gels de silicone recouverts par un film ou une membrane fine de protection ; - le film ou la membrane fine de protection externe est réalisée dans un matériau fin et souple, extensible, robuste à l'étirement et à la pénétration, et qui permet une manipulation et une utilisation quotidienne de la prothèse sans dégradation ; - afin de garantir leur tolérance cutanée et leur non-toxicité, la membrane ou le film et les gels de silicone sont conformes à la norme NF EN ISO10953-5 (relative à l'évaluation biologique des dispositifs médicaux – partie 5 : cytotoxicité in vitro) ; - la densité du gel de silicone est comprise entre 0,5 et 1,05 gr/cm³ (seuils inclus) ; - les propriétés de la prothèse, en particulier sa forme, sa souplesse et sa teinte ne doivent pas être altérées par la mise en contact avec l'eau de mer, de piscine et les produits utilisés pour l'hygiène corporelle ; - la notice du produit mentionne les précautions à prendre pour le bon entretien de la prothèse ; - la prothèse ne doit pas présenter de traces d'exsudation ; - elle ne doit pas être sensible aux variations de température ; - le gel de silicone ne doit pas apparaître à l'extérieur de la prothèse par fuite aux soudures des membranes ou par traversée de l'enveloppe dans des conditions normales d'emploi ; - les propriétés de la prothèse doivent demeurer constantes pendant une durée au moins égale à 18 mois ; - le matériau en contact avec la peau doit être bien toléré ; - la prothèse doit être lavable à l'eau savonneuse et livrée dans un support permettant sa parfaite conservation lorsqu'elle n'est pas portée, notamment la nuit ; - la prothèse se porte avec un soutien-gorge traditionnel (s'il est adapté), ou spécifique. <p>3. Prescription et délivrance des prothèses mammaires externes</p> <p>3.1. Prescription</p> <p>3.1.1. Qualité du prescripteur Les prothèses mammaires externes peuvent être prescrites par le chirurgien réalisant la mastectomie, ou tout médecin en relation avec la personne concernant sa pathologie (y compris le médecin traitant).</p> <p>3.1.2. Modalités des prescriptions</p> <p>3.1.2.1. Contenu des prescriptions après mastectomie Un modèle de prescription des prothèses mammaires externes figure en annexe du présent avis de projet. Il permet de renseigner, pour chaque sein opéré :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la date de la prescription en cours ; - l'identité, la date de naissance et le poids de la patiente ; - le sein opéré (gauche ou droit) ; - l'indication de la prescription de prothèse mammaire externe ; - l'historique de la prescription de PME - la date de la mastectomie ; - le caractère partiel ou totale de la ou des mastectomie(s) ; - les symptômes que peut (ou non) présenter la femme mastectomisée : <ul style="list-style-type: none"> - la peau est-elle fragilisée par une radiothérapie ? - la cicatrice est-elle hyperesthésique ? - la patiente présente-t-elle des adhérences cicatricielles ? - la qualité de la cicatrice est-elle irrégulière ? - y-a-t-il présence ou risque d'œdème ou de lymphœdème ? - la patiente présente-t-elle des douleurs cervicales ou dorsales ? - la patiente est-elle sujette à des bouffées de chaleur ? à une hypersudation ? <p>L'ordonnance aboutit à la prescription d'une prothèse mammaire externe, dans son acception générale.</p> <p>3.1.2.2. Délais de prescription</p> <p>3.1.2.2.1. Prothèse mammaire externe transitoire Une prothèse mammaire transitoire peut être prescrite dès que la mastectomie a eu lieu. Cette prise en charge peut également intervenir ultérieurement durant un traitement par radiothérapie.</p> <p>3.1.2.2.2. Prothèse mammaire externe en silicone Une prothèse mammaire externe en silicone peut être prise en charge en fin de période de cicatrisation, après un délai minimum de 2 mois après l'opération. Des évolutions importantes de la pathologie (sensibilité de la peau due aux effets de la radiothérapie, état des cicatrices, prise ou perte de poids associées aux traitements hormonaux...) peuvent intervenir lors de la première année suivant une mastectomie. Si la première prise en charge intervient dans les 14 mois qui suivent la mastectomie, le renouvellement d'une prise en charge de prothèse mammaire externe en silicone peut intervenir à compter de la fin du 12^e mois de prise en charge. Les renouvellements ultérieurs de prise en charge des prothèses de ces patientes se font dans un délai minimum de 18 mois, sur présentation d'une nouvelle ordonnance. Au-delà d'un délai de 14 mois après la mastectomie, les renouvellements de prises en charge des prothèses mammaires externes en silicone se font dans un délai minimum de 18 mois, sur présentation d'une nouvelle ordonnance.</p> <p>Tout renouvellement anticipé devra être conforme aux dispositions de l'article R 165-24 du code de la sécurité sociale. À compter du premier renouvellement, la prise en charge de tout renouvellement anticipé est assurée après accord préalable demandé et renseigné par le médecin prescripteur. La réponse de l'organisme de sécurité sociale doit être adressée dans les délais prévus à l'article R. 165-23 du code de la sécurité sociale.</p> <p>3.2. Modalités de délivrance Le rôle du distributeur est d'adapter la délivrance de la prothèse mammaire externe en fonction des renseignements de l'ordonnance du médecin. Il a également pour rôle de suivre la bonne adéquation du dispositif médical dans le temps compte tenu des évolutions physiques, de mode de vie et du ressenti de son utilisatrice. La prise en charge d'une prothèse mammaire externe n'intervient que dans le cadre d'une vente réalisée après un essai sur site en présence physique d'un professionnel formé et de la patiente, que ce soit pour une première délivrance ou pour tout renouvellement. Compte tenu du rôle et des conditions de délivrance assignés au distributeur, il ne peut y avoir de prise en charge de prothèses mammaires achetées sur des sites commerciaux de vente de biens ou de services sur internet. Les non-professionnels de santé délivrant des prothèses mammaires sont tenus au secret professionnel et au respect de la confidentialité. La conservation et la destruction des ordonnances sont assurées de manière sécurisée. En fonction des informations de la prescription de prothèse mammaire externe, le distributeur propose, dans les conditions suivantes de délivrance associées aux prothèses et de prise en charge par l'assurance médicale obligatoire, un choix de prothèses parmi les catégories de prothèses mammaires externes ci-dessous :</p> |

| CODE | NOMENCLATURE |
|---------|--|
| | <p>- conditions de délivrance associées aux catégories de prothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prothèse transitoire : <ul style="list-style-type: none"> - si l'antériorité de l'opération est inférieure à 2 mois ; et/ou - si la cicatrisation est en cours ; et/ou - si la peau est fragilisée lors d'une radiothérapie ; - prothèse en silicone standard : <ul style="list-style-type: none"> - en fin de période de cicatrisation (après un délai minimum de 2 mois après la mastectomie) ; et - si les réponses sont négatives pour l'ensemble des items « symptôme » du modèle de prescription (en dehors du point relatif à la fragilisation de la peau en cas de radiothérapie permettant la prescription d'une prothèse transitoire) ; ou - si l'ordonnance de prescription n'est pas conforme au modèle de prescription ; - prothèse en silicone technique (non adhérente ou adhérente) : <ul style="list-style-type: none"> - si l'on compte au moins une réponse positive pour les items « symptôme » du modèle de prescription (en dehors du point relatif à la fragilisation de la peau en cas de radiothérapie conduisant à la délivrance d'une prothèse transitoire), ... - ... et concernant la prothèse en silicone technique de type non adhérente : <ul style="list-style-type: none"> - en fin de période de cicatrisation (après un délai minimum de 2 mois après la mastectomie) ; - ... et pour la prothèse en silicone technique de type adhérente : <ul style="list-style-type: none"> - si l'antériorité de l'opération est supérieure à 14 mois, et - si la phase de cicatrisation est terminée ; et - si la cicatrice n'est pas hyperesthésique. <p>- conditions de prise en charge par l'assurance médicale obligatoire :</p> <p>Dans l'hypothèse où la situation de la patiente décrite dans l'ordonnance conduit à la délivrance par le distributeur d'une prothèse standard (cf. réponses négatives pour l'ensemble des items « symptôme » du modèle de prescription - en dehors d'une peau fragilisée par la radiothérapie), la patiente a la possibilité d'y substituer l'acquisition d'une prothèse technique, adhérente ou non adhérente, sous réserve qu'elle satisfasse aux conditions de délivrance de ces dernières. Dans ce cas, la base de la prise en charge demeure le tarif de la prothèse standard, pour un prix limite de vente associé égal à celui des prothèses mammaire en silicone techniques et ce sur la base des codes 2486517, 2479403 et 2434317 de la nomenclature.</p> <p>Il est recommandé que le distributeur dispose d'une compétence d'orthopédiste - orthésiste et d'une connaissance des dimensions d'ordre médical, psychologique, et social concernant les utilisatrices de prothèses mammaires externes.</p> <p>Dans l'hypothèse où il ne disposerait pas de cette compétence, tout personnel délivrant des prothèses mammaires pour un distributeur doit pouvoir justifier de l'attestation d'une formation reconnue et validée en matière de délivrance de prothèses mammaires externes au plus tard à compter du 1^{er} mai 2019. Cette formation est définie ci-dessous au point 3.3. Elle est également ouverte, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) aux professionnels de santé titulaires d'une compétence d'orthopédiste-orthésiste souhaitant mettre à jour leurs connaissances en matière de délivrance de prothèses mammaires externes. Le distributeur doit disposer d'un choix large de prothèses mammaires externes pris en charge par la liste des produits et prestations remboursables (transitoire et silicones standards, silicones techniques de modèles variés, dont prothèses adhérentes...), et d'un éventail de formes et de tailles de ces dernières.</p> <p>Les locaux des distributeurs sont équipés de manière à garantir l'intimité de la patiente lors de l'accueil et des essayages (isolation visuelle et phonique : salon ou cabine d'essayage individuelle, miroir, etc.). L'essayage est obligatoire avant la délivrance du produit. Le distributeur doit informer que l'essayage n'engage pas à l'achat.</p> <p>Le distributeur doit fournir à la patiente un support écrit comportant les conseils d'utilisation de la prothèse externe délivrée.</p> <p>La première visite de la patiente au distributeur, destiné à la délivrance d'une prothèse transitoire, intervient au plus près de la mastectomie.</p> <p>Une nouvelle visite a lieu environ deux mois après l'opération, en fonction du degré de cicatrisation de la patiente, en vue de la mise en place d'une prothèse mammaire externe en silicone.</p> <p>Un an après l'opération, un rendez-vous permet de vérifier la pertinence du choix de la prothèse, en fonction d'une éventuelle évolution de la situation de la patiente.</p> <p>Les pas des rendez-vous suivants sont déterminés par les durées de renouvellement associées aux différentes prothèses.</p> <p>3.3. Formation des personnes délivrant les prothèses mammaires externes ne disposant pas d'une compétence d'orthopédiste - orthésiste</p> <p>La formation à l'attention des personnes délivrant les prothèses mammaires externes ne disposant pas d'une compétence d'orthopédiste - orthésiste est conforme au cahier des charges défini dans l'annexe des conventions passées avec le comité économique des produits de santé. Elle est assurée par le groupe de fabricants et les représentants des distributeurs, signataires des conventions et délivrée selon deux formats différenciés en fonction des qualités des professionnels à former :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 35 heures pour les non-professionnels de santé ; - 20 heures pour les professionnels de santé, dispensés de certains modules. <p>La prise en charge est assurée pour les prothèses mammaires externes suivantes :</p> <p style="text-align: center;">Prothèse mammaire externe transitoire</p> <p>La prise en charge de la prothèse mammaire transitoire est assurée dans l'attente de l'utilisation d'une prothèse en silicone (utilisée sur une peau cicatrisée).</p> <p>La prise en charge de la prothèse en silicone doit pouvoir être réalisée dans la même année.</p> |
| 2433565 | <p>PME Transitoire, Prothèse mammaire externe transitoire</p> <p>Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture.</p> <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021</p> <p style="text-align: center;">Prothèse mammaire externe en silicone Société AMOENA France S.A.S.</p> |
| 2464376 | <p>PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, modèle standard, AMOENA</p> <p>Modèles standards de prothèse mammaire externe en silicone, de la marque AMOENA.</p> <p>Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone standards de la marque AMOENA.</p> <p>Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe.</p> <p>Le renouvellement de la prise en charge n'intervient qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales.</p> <p>La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ESSENTIAL [modèles 1S (réf. 630), 2S (réf. 440), 2E (réf. 474) et 3S (réf. 363)] : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - ESSENTIAL LIGHT [modèles 2S (réf. 442) : 2S Tawny (réf. 442T), 3S (réf. 367), 3E (réf. 556), et 3E Tawny (réf. 556T)] : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire (modèles 2S, 3S et 3E) ou foncée (modèle 2S Tawny et 3E Tawny). <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |

| CODE | NOMENCLATURE |
|---------|---|
| 2461679 | <p>PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, non adhérente, AMOENA Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone non adhérente, de la marque AMOENA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente de la marque AMOENA. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. La prise en charge ne peut être renouvelée qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales.</p> <p>La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - NATURA (modèles 1S (réf. 396), 2S (réf. 398), 2A (réf. 393), 2U (réf. 394), 3S (réf. 395) et 3E (réf. 397)) : PME silicone technique, totale, symétrique (modèles 1S, 2S, 2U, 3S) ou asymétrique (modèles 2A et 3E), composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse (modèles 1S et 3E) ou silicone et gel fluide (2S, 2A, 2U, 3S), coloris chair claire ; - NATURA COSMETIC (modèles 2S (réf. 320), 2S⁺ (réf. 323), 3S (réf. 321) et 3E (réf. 322)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone et gel fluide, coloris chair claire ; - NATURA LIGHT (modèles 1S (réf. 664), 2S (réf. 390), 2S Tawny (réf. 390T), 2A (réf. 392), 2U (réf. 399) et 3S (réf. 391)) : PME silicone technique, totale, symétrique (modèles 1S, 2S, 2S Tawny, 2U, 3S) ou asymétrique (modèle 2A), composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse (modèle 1S) ou silicone et gel fluide (modèles 2S, 2S Tawny, 2A, 2U, 3S), coloris chair claire (modèles 1S, 2S, 2A, 2U, 3S) ou foncée (modèle 2S Tawny) ; - NATURA X-TRA LIGHT (modèle 2S⁺ (réf. 400)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ENERGY (modèles 1S (réf. 345) et 2U (réf. 347)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ENERGY COSMETIC (modèles 2S (réf. 310) et 3S (réf. 311)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ENERGY LIGHT (modèles 2S (réf. 342) et 2U (réf. 341)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ADAPT LIGHT (modèles 2S⁺ (réf. 375) et 3A (réf. 376)) : PME silicone technique, totale, symétrique (modèles 2S⁺) ou asymétrique (modèle 3A), composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - PURFIT (réf. 333) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition mixte rembourée et silicone, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne microfibre, volume de bonnet réglable, coloris chair claire ; - BALANCE DELTA (modèles A (réf. 282A), B (réf. 282B) et B Tawny (réf. 282BT)) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire (modèles A et B) ou foncée (modèle BT) ; - BALANCE OVAL (modèles A (réf. 283A) et B (réf. 283B)) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - BALANCE VARIA (réf. 285) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire. <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |
| 2483445 | <p>PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, adhérente, AMOENA Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente, de la marque AMOENA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone adhérentes de la marque AMOENA. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. La prise en charge ne peut être renouvelée qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois dans les conditions définies dans les conditions générales. Le tarif comprend les éventuels éléments adhésifs nécessaires pour permettre une adhérence de la prothèse pendant cette durée de 18 mois. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CONTACT (modèles 1S (réf. 384), 2S (réf. 381), 2A (réf. 383), 3S (réf. 382), 3S Tawny (réf. 382T) et 3E (réf. 386)) : PME silicone technique, totale, symétrique (modèles 1S, 2S, 3S et 3S Tawny) ou asymétrique (modèles 2A et 3E), composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire (modèles 1S, 2S, 2A, 3S et 3E) ou foncée (modèle 3S Tawny) ; - CONTACT LIGHT (modèles 2S (réf. 380) et 3S (réf. 385)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ESSENTIAL + CONTACT MULTI (modèles 2S+CM (réf. 440+ réf. 037) et 3S+CM (réf. 363+ réf. 038)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ESSENTIAL LIGHT + CONTACT MULTI (modèles 2S+CM (réf. 442+ réf. 037), 2S Tawny+CM (réf. 442T+ réf. 037), 3S+CM (réf. 367+ réf. 038)) et 3E+CM (réf. 556+ réf. 041)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire (modèles 2S, 3S et 3E) ou foncée (modèle 2S Tawny) ; - NATURA + CONTACT MULTI (modèles 2S+CM (réf. 398+ réf. 037), 3S+CM (réf. 395+ réf. 038) et 3E+CM (réf. 397+ réf. 041)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - NATURA COSMETIC + CONTACT MULTI (modèles 2S+CM (réf. 320+ réf. 037), 2S⁺+CM (réf. 323+ réf. 040) et 3S+CM (réf. 321+ réf. 038)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - NATURA LIGHT + CONTACT MULTI (modèles 2S+CM (réf. 390+ réf. 037), 2S Tawny+CM (réf. 390T+ réf. 037) et 3S+CM (réf. 391+ réf. 038)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire (modèles 2S, 3S) ou foncée (modèle 2S Tawny) ; - NATURA X-TRA LIGHT + CONTACT MULTI (modèle 2S⁺+CM (réf. 400+ réf. 040)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - ADAPT LIGHT + CONTACT MULTI (modèle 2S⁺+CM (réf. 375+ réf. 040)) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / support, surface interne silicone structuré, coloris chair claire ; - BALANCE CONTACT DELTA (réf. 284B) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - BALANCE CONTACT OVAL (réf. 287B) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - BALANCE CONTACT VARIA (réf. 286) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire. <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |
| 2486917 | <p>PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod tech pr stand attendu, AMOENA Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente ou non adhérente pour modèle standard attendu, de la marque AMOENA.</p> |

| CODE | NOMENCLATURE |
|----------|--|
| 2405244 | <p>Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente et des prothèses mammaires externes adhérentes de la marque ANITA.</p> <p>Leur prise en charge et leur renouvellement relèvent des modalités précisées dans les conditions générales et les codes respectifs (2461679 et 2483445) de la présente nomenclature des prothèses mammaires externes de chacun de ces types de dispositifs médicaux, et de la possibilité de substituer l'acquisition d'une prothèse technique non adhérente ou adhérente à une prothèse standard attendue selon la prescription.</p> <p>La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles techniques de prothèse mammaire externe silicone listés aux codes 2461679 et 2483445.</p> <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> <p style="text-align: center;">Société ANITA France</p> <p>PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, modèle standard, ANITA</p> <p>Modèles standards de prothèse mammaire externe en silicone, de la marque ANITA.</p> <p>Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone standards de la marque ANITA.</p> <p>Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe.</p> <p>Le renouvellement de la prise en charge n'intervient qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales.</p> <p>La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SUPERSOFT (réf. 1020X2) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - (réf. 1022X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SEQUINATURE (réf. 1028X2) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRIVARIA (réf. 1043X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SEQUITEX (réf. 1046X) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRIVARIA (réf. 1043X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRIWING (réf. 1053X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - BASIC (réf. 1053X2) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - ACTIVE (réf. 1054X et ACTIV ASYMMETRIC (réf. 1084L et 1084R), PME silicone standard, totale, symétrique (réf. 1054X) ou asymétrique (réf. 1084L et 1084R), composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - ACTIVE BASIC (réf. 1054X2) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRINATURE (réf. 1058X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - (réf. 1062L et 1062R) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - DOUBLE GEL (réf. 1064X2) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - (réf. 1076L et 1076R) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - VALANCE ASYMMETRIC (réf. 1083L et 1083R) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - (réf. 1090X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - FASHION (réf. 1151X2) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire. <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |
| 24052415 | <p>PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, non adhérente, ANITA</p> <p>Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone non adhérente, de la marque ANITA.</p> <p>Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente de la marque ANITA.</p> <p>Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe.</p> <p>Le renouvellement de la prise en charge n'intervient qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales.</p> <p>La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - AUTHENTIC (réf. 1020X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone et gel fluide, coloris chair claire ; - (réf. 1040X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone et gel fluide, coloris chair claire ; - SEQUITEX TRAPEZ (réf. 1045X) : PME silicone technique, partielle, symétrique, composition mixte rembourre et silicone, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne microfibre, volume de bonnet réglable, coloris chair claire ; - SOFTBACK (réf. 1050X) : PME silicone technique, totale, symétrique (réf. 1050X), composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée (réf. 1050X), non adhérente, surface interne silicone et gel fluide, coloris chair claire ; - TRINATURE SOFTLITE (réf. 1051X), TRINATURE SOFTLITE CUP C (réf. 1051XC) et TRINATURE ASYMETRIC SOFTLITE (réf. 1081L et 1081R) : PME silicone technique, totale, symétrique (réf. 1051X et 1051XC) ou asymétrique (réf. 1081L et 1081R), composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - VALANCE (réf. 1052X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ou foncée ; - SOFTTOUCH (réf. 1052X2) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRITEX (réf. 1055X) et TRITEX ASYMMETRIC (réf. 1085L et 1085R) : PME silicone technique, totale, symétrique (réf. 1055X) et asymétrique (réf. 1085L et 1085R), composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - DOUBLE GEL (réf. 1064X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; |

| CODE | NOMENCLATURE |
|---------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - TWINLEX ASYMMETRIC (réf. 1073X) : PME silicone technique, totale, symétrique ou asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SOFTBACK ASYMMETRIC (réf.1080L et 1080R) : PME silicone technique, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - TRICUP (réf. 1085X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition mixte rambourne et silicone, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne microfibre, volume de bonnet réglable, coloris chair claire ; - AMICA SUPERSOFT (réf. 1151X) et AMICA SUPERSOFT CUPSIZÉ+ (réf. 1151XC) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - FASHION (réf.1152X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - FASHION (réf. 1056X2) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - EQUISOFT (réf.1154X), PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - TRITEXSOFT (réf.1155X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne microfibre, coloris chair claire ; - EQUITEX (réf. 1057X) et EQUITEX VOLUME (réf. 1157X) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne microfibre, volume de bonnet réglable, coloris chair claire. <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |
| 2401714 | <p>PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, adhérente, ANITA Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente, de la marque ANITA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone adhérentes de la marque ANITA. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. La prise en charge ne peut être renouvelée qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois dans les conditions définies dans les conditions générales. Le tarif comprend les éventuels éléments adhésifs nécessaires pour permettre une adhérence de la prothèse pendant cette durée de 18 mois. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SEQUITEX VARI0 (réf. 1046XV + réf. 1034X) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente / coussinets, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - VALANCE VARI0 (réf. 1052XV + réf 1032X) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / coussinets, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - VALANCE VARI0 ASYMMETRIC (réf. 1063LV ou 1083RV + réf. 1035X) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente / coussinets, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |
| 2475403 | <p>PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod tech pr stand attendu, ANITA Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente ou non adhérente pour modèle standard attendu, de la marque ANITA. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente et des prothèses mammaires externes adhérentes de la marque ANITA. Leur prise en charge et leur renouvellement relèvent des modalités précisées dans les conditions générales et les codes respectifs (2492415 et 2401714) de la présente nomenclature des prothèses mammaires externes de chacun de ces types de dispositifs médicaux, et de la possibilité de substituer l'acquisition d'une prothèse technique non adhérente ou adhérente à une prothèse standard attendue selon la prescription. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles techniques de prothèse mammaire externe silicone listés aux codes 2492415 et 2401714. Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |
| | Société THUASNE |
| 2404492 | <p>PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, modèle standard, THUASNE Modèles standards de prothèse mammaire externe en silicone, de la marque THUASNE. Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone standards de la marque THUASNE. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. Le renouvellement de la prise en charge n'intervient qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SERENA TRIANGULAIRE (réf. 9201) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SERENA OVALE (réf. 9301 et 9311) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SERENA CŒUR (réf. 9341) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SERENA RONDE (réf. 9431) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SERENA ASYMMÉTRIQUE (droite (réf. 9371) ou gauche (réf. 9381)) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SERENA LITE (réf. 9202) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SILIMA CLASSIC SYMÉTRIQUE (réf. T66370) : PME silicone standard, totale, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA CLASSIC ASYMMÉTRIQUE (réf. T66360) : PME silicone standard, totale, asymétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SHELL (réf. T66380) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SHELL OVALE (réf. T66110) : PME silicone standard, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire. <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |
| 2490764 | <p>PME Sil, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, non adhérente, THUASNE Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone non adhérente, de la marque THUASNE.</p> |

| CODE | NOMENCLATURE |
|---------|--|
| | <p>Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente de la marque THUASNE.</p> <p>Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. Le renouvellement de la prise en charge n'intervient qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois, hormis lors de la première prescription après l'opération (12 mois) dans les conditions définies dans les conditions générales.</p> <p>La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SILIMA CLASSIC SOFT (réf. T66371) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée non allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SILIMA CONFORM (réf. T66390) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA LIGHT SYMÉTRIQUE (réf. T66375) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA LIGHT ASYMÉTRIQUE (réf. T66365) : PME silicone technique, totale, asymétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SOFT & LIGHT SYMÉTRIQUE (réf. T66378) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse et gel fluide, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SOFT & LIGHT ASYMÉTRIQUE (réf. T66368) : PME silicone technique, totale, asymétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse et gel fluide, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SOFT & LIGHT CŒUR (réf. T66328) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse et gel fluide, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SOFT & LIGHT SUPERSOFT (réf. T66379) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse et gel fluide, coloris chair claire ; - SILIMA ULTRA LIGHT (réf. T66374) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone perlé, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA ELITE (réf. T66398) : PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, non adhérente, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande. <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |
| 2440051 | <p>PME Si, Prothèse mammaire externe silicone, mod techniq, adhérente, THUASNE</p> <p>Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente, de la marque THUASNE.</p> <p>Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses mammaires externes en silicone adhérentes de la marque THUASNE. Leur prise en charge relève des modalités précisées dans les conditions générales de nomenclature pour ce type de prothèse mammaire externe. La prise en charge ne peut être renouvelée qu'après une durée d'utilisation minimale de 18 mois dans les conditions définies dans les conditions générales.</p> <p>Le tarif comprend les éventuels éléments adhésifs nécessaires pour permettre une adhérence de la prothèse pendant cette durée de 18 mois. La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SILIMA X-TRA (réf. T66107), PME silicone technique, partielle, symétrique, composition silicone monocomposant, masse volumique compensée non allégée, adhérente / coussinet, surface interne silicone lisse, coloris chair claire ; - SILIMA DIRECT (réf. : T66377), PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / coussinet, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande ; - SILIMA SHELL DIRECT ONE (réf. T66387), PME silicone technique, totale, symétrique, composition silicone multicomposant, masse volumique compensée allégée, adhérente / coussinet, surface interne silicone lisse, coloris chair claire / brune claire ou brune foncée sur demande. <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |
| 2434317 | <p>PME Si, Prothèse mammaire externe silicone, mod tech pr stand attendu, THUASNE</p> <p>Modèles techniques de prothèse mammaire externe en silicone adhérente ou non adhérente pour modèle standard attendu, de la marque THUASNE.</p> <p>Cette catégorie regroupe différents modèles de prothèses intégrant des spécificités techniques destinées à l'adaptation de certains symptômes présentés par la patiente et des prothèses mammaires externes adhérentes de la marque THUASNE.</p> <p>Leur prise en charge et leur renouvellement relèvent des modalités précisées dans les conditions générales et les codes respectifs (2490764 et 2440051) de la présente nomenclature des prothèses mammaires externes de chacun de ces types de dispositifs médicaux, et de la possibilité de substituer l'acquisition d'une prothèse technique non adhérente ou adhérente à une prothèse standard attendue selon la prescription.</p> <p>La prise en charge est effectuée sur présentation de la facture, pour les modèles techniques de prothèse mammaire externe silicone listés aux codes 2490764 et 2440051.</p> <p>Date de fin de prise en charge : 30 avril 2021.</p> |

Art. 2. – Au titre II de la liste des produits et prestations remboursables, chapitre IV, les codes 2445350 (Prothèse de sein, en matériau solide ou de forte viscosité), 2447219 (Prothèse de sein, support double face), 2441375 (Prothèse de sein, liquide), et 2471206 (AMOENA CONTACT, prothèse de sein externe solidaire du corps, AMOENA FRANCE) sont supprimés.

Art. 3. – Le présent arrêté prend effet à compter du 1^{er} mai 2016.

Art. 4. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 4 avril 2016.

*La ministre des affaires sociales,
de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La sous-directrice de la politique
des produits de santé et de la qualité
des pratiques et des soins,*
C. CHOMA

*Le sous-directeur
du financement
du système de soins,*
T. WANECQ

*Le ministre des finances
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le sous-directeur
du financement
du système de soins,
T. WANECQ*

ANNEXE

Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe

Date de la prescription : []/[]/[]

Nom et prénom de la patiente :

Date de naissance : []/[]/[]

Poids : [] [] [] kg

Sein concerné par la prescription (cf. une prescription par prothèse mammaire) :

- sein gauche
 sein droit

Indication

- après une mastectomie totale ou partielle ;
 asymétrie congénitale ou acquise ;
 hypoplasie majeure ou aplasie.

Historique de prescription de prothèse mammaire externe

- 1^{re} prescription de prothèse mammaire externe
 renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse transitoire)
 renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse en silicone)

En cas de mastectomie :

Date de la mastectomie : []/[]/[]
Type de mastectomie
 Mastectomie partielle
 Mastectomie totale

Symptômes présentés par la personne (cochez la case si la personne est concernée)

- la peau est fragilisée par une radiothérapie,
 la cicatrice est hyperesthésique
 la qualité de la cicatrice est irrégulière
 la patiente présente des adhérences cicatricielles
 il y a présence ou risque d'œdème ou de lymphœdème
 la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales
 la patiente est sujette à des bouffées de chaleur ou à une hypersudation

une prothèse mammaire externe est prescrite : Oui Non

[CACHET DU MÉDECIN]

Annexe 3 : Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe, site AMELI.

Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe

Date de la prescription : □□□/□□□/□□□□□

Nom et prénom de la patiente :

Date de naissance : □□□/□□□/□□□□□

Poids : □□□□ Kg

Sein concerné par la prescription (cf. une prescription par prothèse mammaire) :

- sein gauche
 sein droit

Indication

- après une mastectomie totale ou partielle ;
 asymétrie congénitale ou acquise ;
 hypoplasie majeure ou aplasie.

Historique de prescription de prothèse mammaire externe

- 1^{ère} prescription de prothèse mammaire externe
 renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse transitoire)
 renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse en silicone)

En cas de mastectomie :

Date de la mastectomie : □□□/□□□/□□□□□

Type de mastectomie

- mastectomie partielle
 mastectomie totale

Symptômes présentés par la personne (cochez la case si la personne est concernée)

- la peau est fragilisée par une radiothérapie,
 la cicatrice est hyperesthésique
 la qualité de la cicatrice est irrégulière
 la patiente présente des adhérences cicatricielles
 il y a présence ou risque d'œdème ou de lymphœdème
 la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales
 la patiente est sujette à des bouffées de chaleur ou à une hypersudation

→ une prothèse mammaire externe est prescrite : Oui Non

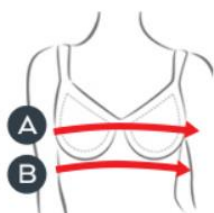
[CACHET DU MÉDECIN]

Annexe 4 : Tableau des tailles de soutien-gorge THUASNE [86].

| TOUR SOUS-POITRINE (en cm) | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|-----------|-----------|-----------|
| 63 - 67 | 68 - 72 | 73 - 77 | 78 - 82 | 83 - 87 | 88 - 92 | 93 - 97 | 98 - 102 | 103 - 107 | 108 - 112 | 113 - 117 |
| 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 |

| TAILLE DE SOUTIEN-GORGE | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|---|-------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 |
| BONNET | A | 77-79 | 82-84 | 87-89 | 92-94 | 97-99 | 102-104 | 107-109 | 112-114 | 117-119 | 122-124 | 127-129 |
| | B | 79-81 | 84-86 | 89-91 | 94-96 | 99-101 | 104-106 | 109-111 | 114-116 | 119-121 | 124-126 | 129-131 |
| | C | 81-83 | 86-88 | 91-93 | 96-98 | 101-103 | 106-108 | 111-113 | 116-118 | 121-123 | 126-128 | 131-133 |
| | D | 83-85 | 88-90 | 93-95 | 98-100 | 103-105 | 108-110 | 113-115 | 118-120 | 123-125 | 128-130 | 133-135 |
| | E | 85-87 | 90-92 | 95-97 | 100-102 | 105-107 | 110-112 | 115-117 | 120-122 | 125-127 | 130-132 | 135-137 |
| | F | 87-89 | 92-94 | 97-99 | 102-104 | 107-109 | 112-114 | 117-119 | 122-124 | 127-129 | 132-134 | 137-139 |

Annexe 5 : Tableau des tailles de soutien-gorge AMOENA [84].




| A | | | | | | | | | | | | |
|----|-------|-------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| AA | 75-77 | 80-82 | 85-87 | 90-92 | 95-97 | 100-102 | 105-107 | 110-112 | 115-117 | 120-122 | 125-127 | 130-132 |
| A | 77-79 | 82-84 | 87-89 | 92-94 | 97-99 | 102-104 | 107-109 | 112-114 | 117-119 | 122-124 | 127-129 | 132-134 |
| B | 79-81 | 84-86 | 89-91 | 94-96 | 99-101 | 104-106 | 109-111 | 114-116 | 119-121 | 124-126 | 129-131 | 134-136 |
| C | 81-83 | 86-88 | 91-93 | 96-98 | 101-103 | 106-108 | 111-113 | 116-118 | 121-123 | 126-128 | 131-133 | 136-138 |
| D | 83-85 | 88-90 | 93-95 | 98-100 | 103-105 | 108-110 | 113-115 | 118-120 | 123-125 | 128-130 | 133-135 | 138-140 |
| E | 85-87 | 90-92 | 95-97 | 100-102 | 105-107 | 110-112 | 115-117 | 120-122 | 125-127 | 130-132 | 135-137 | 140-142 |
| F | 87-89 | 92-94 | 97-99 | 102-104 | 107-109 | 112-114 | 117-119 | 122-124 | 127-129 | 132-134 | 137-139 | 142-144 |
| G | 89-91 | 94-96 | 99-101 | 104-106 | 109-111 | 114-116 | 119-121 | 124-126 | 129-131 | 134-136 | 139-141 | 144-146 |
| B | | | | | | | | | | | | |
| | 63-67 | 68-72 | 73-77 | 78-82 | 83-87 | 88-92 | 93-97 | 98-102 | 103-107 | 108-112 | 113-117 | 118-122 |

Annexe 6 : Tableau des tailles de soutien-gorge ANITA [87].

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. Tour sous-poitrine | Mesure en cm | 62,5-67,5 | 67,5-72,5 | 72,5-77,5 | 77,5-82,5 | 82,5-87,5 | 87,5-92,5 | 92,5-97,5 | 97,5-102,5 | 102,5-107,5 | 107,5-112,5 | 112,5-117,5 | 117,5-122,5 | 122,5-127,5 | 127,5-132,5 |
| | Mesure en pouces | 24,6-26,6 | 26,6-28,5 | 28,5-30,5 | 30,5-32,5 | 32,5-34,4 | 34,4-36,4 | 36,4-38,4 | 38,4-40,4 | 40,4-42,3 | 42,3-44,3 | 44,3-46,3 | 46,3-48,2 | 48,2-50,2 | 50,2-52,2 |
| Tour sous-poitrine | D/EUR | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 |
| | GR/US | 30 | 32 | 34 | 36 | 38 | 40 | 42 | 44 | 46 | 48 | 50 | 52 | 54 | 56 |
| | France | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | 140 | 145 |
| | Italia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| Différence avec le tour sous-poitrine | Mesure en cm | 10-12 | 12-14 | 14-16 | 16-18 | 18-20 | 20-22 | 22-24 | 24-26 | 26-28 | 28-30 | 30-32 | | | |
| | Mesure en pouces | 3,9-4,7 | 4,7-5,5 | 5,5-6,3 | 6,3-7,1 | 7,1-7,8 | 7,8-8,7 | 8,7-9,5 | 9,5-10,2 | 10,2-11,1 | 11,1-11,8 | 11,8-12,6 | | | |
| 3. Taille de bonnet | | AA | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | | | |

Annexe 7 : Tableau des tailles de prothèse THUASNE [86].



Pascale
90 B, Mastectomie totale,
délivrance d'une
Soft & Light symétrique *Silima*

Comment choisir le produit adapté ?

| QUEL BONNET ? | A | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 |
|---------------|---|----|----|----|-----------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| B | | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 |
| C | | | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 |
| D | | | | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 |
| E | | | | | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 |
| F | | | | | | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 |
| G | | | | | | | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 |

| Nom du produit | Réf. | Bonnet | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|--------------|--|---|---|---|----------|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| POST-OPÉRATOIRE, LA PÉRIODE DE CONVALESCENCE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Silima Fiberfill ovale | T662202 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| Silima Fiberfill triangulaire | T662272 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| POST-TUMORECTOMIE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Silima Xtra | T661071 | - | Disponible en taille 1 à 4 selon la perte de volume à combler T1 (Longueur 10 cm / largeur 4,5 cm), T2 (12,5 cm / 6,5 cm), T3 (15,5 cm / 7,5 cm), T4 (18 cm / 8,5 cm) | | | | | | | | | | | | | |
| Silima Shell | T663802 | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| | | C | | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Silima Shell direct one | T663872 | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| | | C | | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Silima Shell ovale | T661101 | B | | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 6 | 6 | 8 | 8 | 10 | 10 | | |
| Silima Conform | T663901 | B | | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 6 | 6 | 8 | 8 | 10 | 10 | | |
| | | C | | | | | 4 | 4 | 6 | 6 | 8 | 8 | 10 | 10 | | |
| Silima Ultra light | T663741 | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| | | C | | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| POST-MASTECTOMIE TOTALE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serena Triangulaire | 920104 | - | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| Silima Classic symétrique | T663701 | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| | | C | | | | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Silima Classic soft | T663711 | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| | | C | | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Serena Ovale (creux rond) | 930104 | - | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Serena Ovale (creux ovale) | 931104 | - | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Serena Cœur | 934104 | - | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Serena Lite | 920201 | - | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Silima Light symétrique | T663751 | B | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| | | C | | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Silima Soft & light symétrique | T663782 | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| | | C | | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Silima Ultra light | T663741 | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| | | C | | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Silima Direct | T663772 | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| | | C | | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Silima Soft & light super soft | T663791 | A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | | |
| | | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | | |
| Silima Elite | T663981 | D à G | Disponible du 90 au 135 en taille de soutien gorge - c.f. page 37 | | | | | | | | | | | | | |
| POST-MASTECTOMIE RADICALE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serena Cœur | 934104 | - | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Silima Soft & light cœur | T663281 | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | |
| | | C | | | | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| Silima Classic asymétrique | T663601 | A | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| | | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| | | C | | | | | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| Silima Soft & light asymétrique | T663682 | A | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| | | B | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| | | C | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| Silima Light asymétrique | T663651 | B | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| MALFORMATION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Silima Xtra | T661071 | - | Disponible en taille 1 à 4 selon la perte de volume à combler T1 (Longueur 10 cm / largeur 4,5 cm), T2 (12,5 cm / 6,5 cm), T3 (15,5 cm / 7,5 cm), T4 (18 cm / 8,5 cm) | | | | | | | | | | | | | |
| Silima Shell ovale | T661101 | B | | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 6 | 6 | 8 | 8 | 10 | 10 | | |
| Silima Ultra light | T663741 | B | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | | |
| | | C | | | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |

L.P.P.R. ET P.L.V. (TTC)

Transitoire **25 €**

Standard **180 €**

Technique **240 €**


Technique Non-adhérente

Technique Adhérente

Annexe 8 : Tableau des tailles des prothèses AMOENA [84].

| | | Bonnnet Taille de soutien-gorge | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------------------------|--------|--------|-----------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|-------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|-----|-----|-----|-----|------|--|--|--|--|---------------------|--|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--------------------|--|---|---|---|----|--|--|--|--|
| | AA | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | C | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | E | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | F | | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prothèses Amoena | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Contact | | Energy | Nature | Essential | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Amoena Recovery Care | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Priform | | 3/4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PurFit | | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solutions détente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Aqua Wave | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Leisure form | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Amoena Compléments mammaires | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Amoena Balance | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Forme</th> <th>Taille</th> <th colspan="4"></th> <th colspan="4"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Delta^{1,2}</td> <td></td> <td>1/2</td> <td>3/4</td> <td>5/6</td> <td>7/6</td> <td>9/10</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Oval^{1,2}</td> <td></td> <td>0/1</td> <td>2/3</td> <td>4/5</td> <td>6/7</td> <td>8/9</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Varia¹</td> <td></td> <td>S</td> <td>M</td> <td>L</td> <td>XL</td> <td colspan="4"></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | Forme | Taille | | | | | | | | | Delta ^{1,2} | | 1/2 | 3/4 | 5/6 | 7/6 | 9/10 | | | | | Oval ^{1,2} | | 0/1 | 2/3 | 4/5 | 6/7 | 8/9 | | | | | Varia ¹ | | S | M | L | XL | | | | |
| Forme | Taille | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Delta ^{1,2} | | 1/2 | 3/4 | 5/6 | 7/6 | 9/10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oval ^{1,2} | | 0/1 | 2/3 | 4/5 | 6/7 | 8/9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Varia ¹ | | S | M | L | XL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Taille des prothèses Amoena (les prothèses ne sont pas disponibles dans toutes les tailles).</p> <p>*Escale en Amoena Natura Light et Amoena Essential Light</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. Egalement disponible en Amoena Balance Contact</p> <p>2. Disponible en deux épaisseurs</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Annexe 9 : Tableau des tailles des prothèses ANITA [87].



1: Taille de soutien-gorge

2: Taille du Bonnet

3: Taille de la prothèse

| Taille de soutien-gorge | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | BONNET |
|-------------------------|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|
| Taille de la prothèse | | | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | AA |
| | | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | A |
| | | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | B |
| | | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | 140 | C |
| | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | 140 | | | D |
| | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | 140 | | | | E |
| | 85 | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | 140 | | | | | F |
| | 90 | 95 | 100 | 105 | 110 | 115 | 120 | 125 | 130 | 135 | 140 | | | | | | G |

AUTHOR : BELINGUIER Anaïs

TITLE : External breast prostheses at the pharmacy: The role of the pharmacist in the care of the patient and associated advice.

SUPERVISOR : Madame TOURRETTE DIALLO Audrey

DATE AND PLACE OF THE DEFENCE : February 22th 2018 at Faculté des Sciences Pharmaceutiques – Université Paul Sabatier Toulouse III

ABSTRACT

The breast cancer is a serious disease known around the world. It is supported quickly thanks to early detection and different treatments. The breast being a strong representation of femininity and sexuality, a mastectomy causes a physical and psychological trauma. This study focuses on pharmacist's role and advices regarding adverse effects of treatment, the follow-up of women at the physical and psychological level but also on external breast prostheses (three types: transitional, standard, or technical), which are still little known with only three labs marketing them. The advices adapted to their delivery are given in order to help the patients to recover their femininity.

KEY-WORDS : Cancer, breast, adverse effects, breast reconstruction, external breast prosthesis, psychology, advices.

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE : Pharmacy

TITLE AND ADDRESS OF THE UNIVERSITY DEPARTMENT :

Faculté des sciences pharmaceutiques

35 Chemin des Maraîchers

31400 Toulouse

AUTEUR : BELINGUIER Anaïs

TITRE : Prothèses mammaires externes à l'officine : Le rôle du pharmacien dans la prise en charge de la patiente et conseils associés.

DIRECTEUR DE THESE : Madame TOURRETTE DIALLO Audrey

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : le 22/02/18 à la Faculté des Sciences Pharmaceutiques – Université Paul Sabatier Toulouse III

RESUME

Le cancer du sein est une maladie grave connue dans le monde entier. Il est pris en charge rapidement grâce au dépistage précoce, ainsi qu'aux différents traitements. Le sein étant une représentation forte de la féminité et de la sexualité, une mastectomie provoque un traumatisme physique et psychique. Cette étude porte sur le rôle et conseils du pharmacien concernant les effets indésirables des traitements, le suivi de la femme au niveau physique et psychologique et sur la délivrance des prothèses mammaires externes (trois types : transitoires, standards, techniques), restant peu connues avec seulement trois laboratoires les commercialisant. Les conseils associés à la délivrance de ces dispositifs médicaux sont abordés afin d'accompagner les patientes pour qu'elles retrouvent leur féminité en toute confiance.

MOTS-CLES : Cancer, sein, effets indésirables, reconstruction mammaire, prothèses mammaires externes, psychologie, conseils.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Pharmacie

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE :

Faculté des sciences pharmaceutiques

35 Chemin des Maraîchers

31400 Toulouse