

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ
DÉPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNÉE : 2024

THÈSE 2024/TOU3/2105

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

par

KALUMBA BEYA Gauthier

**LES SOINS DE SUPPORT EN OFFICINE APRÈS UNE CHIRURGIE DU
CANCER DU SEIN**

Date de soutenance : le 14 octobre 2024

Directeur de thèse : TOURRETTE DIALLO Audrey

JURY

Président : Pr. CUSSAC Daniel

1er assesseur : Dr. BRUYERE-PIROT Laura

2ème assesseur : Dr. TOURRETTE DIALLO Audrey

PERSONNEL ENSEIGNANT

du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé

au 24/08/2024

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

M. PARINI A. Physiologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B. (Directrice-adjointe)	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COSTE A.	Parasitologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen-directeur)	Physiologie
Mme DERAËVE C.	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique
Mme WHITE-KONING M.	Mathématiques

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F. (*)	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L. (*)	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUAJILA J. (*)	Chimie Analytique
M. BROUILLET F. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A. (*)	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S (*)	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
Mme ROYO J.	Chimie Analytique
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie

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

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie Clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
Mme DINTILHAC A	Droit Pharmaceutique
M. GRACIA M.	Pharmacologie
Mme RIGOLOT L	Biologie Cellulaire, Immunologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie Clinique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Mme CROSSAY E.	Pharmacognosie
Mme GRISETI H.	Biochimie
Mme MALLI S.	Pharmacie Galénique
Mme MTAT DALILA D.	Chimie Pharmaceutique
Mme MONIER M.	Microbiologie
M. TABTI R.	Chimie Thérapeutique

Remerciements

A mes parents,

Pour m'avoir donné la chance et la possibilité de pouvoir faire mes études en France.

A ma tatie Nicole,

Pour m'avoir apporté ton soutien tout au long de mes études, tes précieux conseils m'ont édifié et fortifié. Merci d'avoir cru en moi-même quand scolairement c'était compliqué. Merci également pour ton aide dans toutes les démarches administratives interminables.

A ma famille,

Pour votre présence et pour tous ces moments en famille qui ont été pour moi une source d'énergie.

A ma belle-famille,

Pour votre présence et votre soutien durant une grande partie de mes études supérieures. Merci également pour le cadre de vie que vous avez pu m'offrir.

A mes amis,

Pour votre présence, votre soutien, votre bonne humeur et pour toutes ces mêmes histoires que nous nous racontons et qui nous font rire, et même après des années, elles continueront à nous faire rire.

A toute l'équipe de la Pharmacie de Lafeuillade,

Grâce à vous, je me suis découvert une passion pour l'officine. Merci également à Catherine CASENAVE pour m'avoir orienté vers l'association Artémis.

A toute l'équipe de la Pharmacie de la Tour,

Pour m'avoir accueilli comme employé et pour tous mes stages tout au long de ma formation. Grâce à votre pédagogie, j'ai pu apprendre énormément à vos côtés, à la fin de chaque stage, j'en sortais grandi. Merci également à Laura BRUYERE, pour m'avoir beaucoup aidé dans la conception du questionnaire de thèse mais aussi dans la transmission de celui-ci.

A Madame Sophie MIQUEL,

Pour l'intérêt que vous avez porté pour mon projet, vous avez pris le temps de m'écouter et de transmettre mon questionnaire auprès des toutes les patientes de votre association.

A Madame Audrey TOURRETTE DIALLO,

Pour avoir encadré ce travail, vos précieux conseils m'ont aidé à construire mon questionnaire et à rédiger ma thèse.

A ma fiancée,

Je ne te remercierai jamais assez ma partenaire de vie et d'études. Un grand merci pour ton soutien sans faille et pour ton amour immesurable. Tu as su me motiver tout au long de mes études, tu as cru en moi-même quand je ne croyais plus. Merci pour ton aide à la réalisation de cette thèse, notamment par tes conseils et par ton bon goût dans la mise en page de mes supports. Merci de supporter mes moments de stress qui peuvent me rendre pénible, merci de faire partie de ma vie.

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	12
CHAPITRE I. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SEIN	13
1. HISTOLOGIE	14
1.1. <i>Le tissu glandulaire</i>	14
1.2. <i>Le tissu adipeux</i>	15
1.3. <i>Le tissu conjonctif</i>	15
1.4. <i>La peau</i>	16
1.5. <i>La plaque aréolo-mamelonnaire</i>	16
2. LES MOYENS DE FIXITE DU SEIN	17
3. VASCULARISATION.....	17
3.1. <i>Vascularisation artérielle</i>	17
3.2. <i>Vascularisation veineuse</i>	19
4. SYSTEME LYMPHATIQUE	20
5. INNERVATION	21
6. HORMONES	22
CHAPITRE II. LE CANCER DU SEIN.....	24
1. PHYSIOPATHOLOGIE.....	24
2. EPIDEMIOLOGIE	25
3. FACTEURS DE RISQUE	27
3.1. <i>Facteurs de risques non liés à l'environnement</i>	27
3.2. <i>Facteurs de risque liés aux habitudes de vie</i>	27
4. SYMPTOMES	28
5. DEPISTAGE.....	29
6. DIAGNOSTIC.....	30
6.1. <i>Bilan initial</i>	30
6.2. <i>Bilan d'extension</i>	30
7. GRADES ET STADES	31
8. PRONOSTIC ET EVOLUTION DU CANCER DU SEIN.....	32
CHAPITRE III. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE.....	33
1. LA CHIRURGIE	35
1.1. <i>L'avant chirurgie</i>	35
1.2. <i>Types de chirurgies</i>	35
1.2.1. <i>La chirurgie conservatrice</i>	36
1.2.2. <i>La chirurgie non conservatrice</i>	37
1.3. <i>Techniques d'ablation des ganglions</i>	37
1.3.1. <i>L'exérèse du ganglion sentinelle</i>	38
1.3.2. <i>Le curage axillaire</i>	39
1.4. <i>L'après chirurgie</i>	39
1.5. <i>Les effets indésirables</i>	39
1.5.1. <i>Les effets secondaires à court terme</i>	40
1.5.2. <i>Les effets secondaires à long terme</i>	40
1.6. <i>La reconstruction mammaire</i>	41
1.6.1. <i>La prise en charge par l'assurance maladie</i>	41
1.6.2. <i>Quand faire la reconstruction mammaire ?</i>	41
1.6.3. <i>Les techniques de reconstruction mammaire</i>	41
2. LA RADIOTHERAPIE	42

2.1.	<i>Indications à la radiothérapie</i>	43
2.2.	<i>Le déroulement de la radiothérapie</i>	43
2.3.	<i>Les effets secondaires</i>	44
2.3.1.	Les effets secondaires immédiats.....	44
2.3.2.	Les effets secondaires tardifs	44
3.	« LA CHIMIO »	45
3.1.	<i>La chimiothérapie</i>	45
3.1.1.	Déroulement de la chimiothérapie.....	46
3.1.2.	Les effets indésirables et conseils.....	47
3.2.	<i>La thérapie ciblée</i>	50
3.3.	<i>L'hormonothérapie</i>	51
3.3.1.	Indications à l'hormonothérapie	51
3.3.2.	Types de médicaments d'hormonothérapie	51
3.3.3.	Effets secondaires des médicaments d'hormonothérapie	52
CHAPITRE IV. LES SOINS DE SUPPORT APRES UNE CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN		54
1.	CICATRISATION	54
1.1.	<i>Définitions</i>	54
1.2.	<i>Soins de la plaie</i>	55
1.2.1.	Antiseptiques.....	55
1.2.2.	Pansements actifs.....	56
1.3.	<i>Compression médicale</i>	59
1.3.1.	Lingerie post-opératoire	59
1.3.2.	Patchs de compression	60
1.4.	<i>Crème réparatrice</i>	61
1.5.	<i>Conseils nutritionnels</i>	62
2.	PRISE EN CHARGE DU LYMPHŒDEME DU MEMBRE SUPERIEUR	64
2.1.	<i>Définitions</i>	64
2.2.	<i>Symptômes</i>	65
2.3.	<i>Types de lymphœdèmes</i>	66
2.3.1.	Lymphœdèmes primaires.....	66
2.3.2.	Lymphœdème secondaire	66
2.4.	<i>Stades des lymphœdèmes</i>	66
2.5.	<i>Complications d'un lymphœdème</i>	66
2.6.	<i>Traitements d'un lymphœdème</i>	67
2.6.1.	Drainage lymphatique manuel (DLM)	68
2.6.2.	Traitement par bandes de compression	68
2.6.2.1.	Bandages compressifs	68
2.6.2.2.	Manchon de compression	69
2.6.3.	Kinésithérapie.....	71
2.6.4.	Soins cutanés.....	71
2.6.5.	Traitement médicamenteux.....	71
2.6.6.	Information et formation à la thérapie autonome individuelle	71
3.	PROTHESE MAMMAIRE EXTERNE : PME	72
3.1.	<i>Types de prothèses mammaires externes</i>	72
3.1.1.	Prothèses mammaires textiles transitoires	72
3.1.2.	Prothèses partielles ou compléments mammaires en silicone	73
3.1.3.	Les prothèses permanentes ou prothèses mammaires totales.....	73
3.2.	<i>Acteurs : Prescription, prise en charge par l'Assurance maladie et distribution</i>	73
3.2.1.	Prescription	73
3.2.2.	Prise en charge par l'Assurance maladie	75
3.2.2.1.	Modalités de prescription.....	75
3.2.2.2.	Modalités de renouvellement de la prescription de la PME.....	76
3.2.3.	Distributeurs.....	77
3.2.3.1.	Aspects réglementaires	77
3.2.3.2.	Délivrance de la prothèse	78

3.2.3.3.	Conseils et entretien de la prothèse.....	78
3.3.	<i>Exemples de prothèses mammaires externes : Gamme Amoena</i>	79
3.3.1.	Compléments mammaires externes.....	80
3.3.1.1.	Différentes gammes de compléments mammaires externes <i>Amoena</i>	80
3.3.1.2.	Mesures et applications.....	83
3.3.2.	Prothèse mammaire externe.....	84
3.3.2.1.	Différentes gammes de prothèses mammaires externes <i>Amoena</i>	85
3.3.2.2.	Mesures et applications.....	90
3.3.3.	<i>Prothèse mammaire transitoire</i>	91
3.3.4.	<i>Autres prothèses et Accessoires</i>	92
4.	LINGERIE	93
4.1.	<i>Lingerie classique adaptée</i>	94
4.2.	<i>Lingerie postopératoire</i>	96
4.3.	<i>Choix de la lingerie et mesure</i>	96
4.4.	<i>Prise en charge</i>	96
CHAPITRE V. ENQUETE : PLACE DU PHARMACIEN DANS LES SOINS DE SUPPORT POST-CHIRURGICAUX DU CANCER DU SEIN		98
1.	METHODE	98
1.1.	<i>Contexte et objectifs de l'enquête</i>	98
1.2.	<i>Type d'étude</i>	98
1.3.	<i>Conception du questionnaire et réalisation de l'enquête</i>	98
2.	RESULTATS	99
2.1.	<i>Cicatrisation post-opératoire</i>	99
2.2.	<i>Lymphœdème du membre supérieur</i>	100
2.3.	<i>Prothèse mammaire externe</i>	102
2.4.	<i>Lingerie</i>	104
2.5.	<i>Prise en charge générale en termes de soins de support à l'officine après la chirurgie</i>	105
3.	DISCUSSIONS.....	106
3.1.	<i>Accompagnement de la cicatrisation en officine après mastectomie</i>	107
3.2.	<i>Accompagnement du lymphœdème du membre supérieur en officine après une chirurgie du cancer du sein</i>	107
3.3.	<i>Accompagnement dans le port de la prothèse mammaire externe en officine</i>	108
3.4.	<i>Accompagnement dans le port de la lingerie adaptée après une mastectomie</i>	109
3.5.	<i>Accompagnement général après une chirurgie du cancer du sein</i>	109
4.	LES LIMITES DE L'ENQUETE	111
5.	CONCLUSIONS DE L'ENQUETE	112
CONCLUSION		113
BIBLIOGRAPHIE		120

Liste des abréviations

AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DLM : Drainage Lymphatique Manuel

DPC : Développement Professionnel Continu

ESOOP : Ecole Supérieure Orthopédiste Orthésiste Podologue

FSH : Follicle Stimulating Hormone (Hormone folliculostimulante)

GnRH : Gonadotropin-Releasing Hormone

HAS : Haute Autorité de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LH : Luteizing Hormone (hormone lutéinisante)

PME : Prothèse Mammaire Externe

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SERD : Selective Estrogen Receptor Downregulator (molécules se liant aux récepteurs aux œstrogènes et entraînent une down-régulation)

SERM : Selective Estrogen Receptor Modulator (modulateurs spécifiques des récepteurs aux œstrogènes)

TDC : Thérapie Décongestionnante Complexe

TNM : Tumor, Nodes, Métastasis (Tumeur, Ganglions, Métastases)

UICC : Union Internationale Contre le Cancer

Liste des figures

FIGURE 1 : ANATOMIE DU SEIN [2]	13
FIGURE 2 : HISTOLOGIE DU TISSU GLANDULAIRE [4]	14
FIGURE 3 : TISSUS CONJONCTIF ET ADIPEUX DE LA GLANDE MAMMAIRE [5]	15
FIGURE 4 : MUSCLE AREOLAIRE [3]	16
FIGURE 5 : TYPES DE MAMELONS [3]	16
FIGURE 6 : RESEAU ARTERIEL SOUS-DERMIQUE ET PRE-GLANDULAIRE [3]	17
FIGURE 7 : COUPE SAGITTALE DU SEIN : RESEAUX ARTERIELS [3]	18
FIGURE 8 : VASCULARISATION VEINEUSE SUPERFICIELLE DE L'AREOLE [3]	19
FIGURE 9 : LES COURANTS LYMPHATIQUES DU SEIN [3]	20
FIGURE 10 : LES GANGLIONS LYMPHATIQUES DU SEIN [3]	21
FIGURE 11 : SCHEMA DE L'INNERVATION DU SEIN [5]	22
FIGURE 12 : CONTROLE DE LA LACTATION [4]	23
FIGURE 13 : CANCER CANALAIRE IN SITU ET INFILTRANT [8]	25
FIGURE 14 : TAUX D'INCIDENCE ET DE MORTALITE PAR LE CANCER DU SEIN EN FRANCE ENTRE 1990 ET 2018 [9].....	26
FIGURE 15 : CANCER INFLAMMATOIRE AVEC UN ASPECT DE PEAU D'ORANGE [12]	28
FIGURE 16 : MALADIE DE PAGET DU MAMELON [12]	29
FIGURE 17 : EVALUATION DES 3 PARAMETRES OU CRITERES MORPHOLOGIQUES DE LA CELLULE CANCEREUSE [2]	31
FIGURE 18 : LA CHIRURGIE CONSERVATRICE [8]	36
FIGURE 19 : LA MASTECTOMIE TOTALE [8]	37
FIGURE 20 : L'EXERESE DES GANGLIONS SENTINELLES [8].....	38
FIGURE 21 : AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA RECONSTRUCTION PAR PROTHESE INTERNE [8].....	41
FIGURE 22 : AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA RECONSTRUCTION PAR LAMBEAU [8].....	42
FIGURE 23 : TABLEAU RECAPITULATIF DES THERAPIES CIBLEES LES PLUS UTILISEES DANS LES CANCERS DU SEIN [8]	50
FIGURE 24 : TABLEAU RESUMANT LA PRISE DE MEDICAMENTS D'HORMONOTHERAPIE EN FONCTION DU STATUT MENOPAUSIQUE [8]	52
FIGURE 25 : EXEMPLE D'UNE LINGERIE POST-OPERATOIRE [25]	60
FIGURE 26 : PATCHS COMPRESSIFS - GAMME AMOENA CURASCAR SILICONES®	61
FIGURE 27 : DIAGNOSTIC DE LA DENUTRITION CHEZ L'ADULTE [28]	63
FIGURE 28 : IMAGE DU LYMPHŒDEME DU MEMBRE SUPERIEUR DROIT [12]	65
FIGURE 29 : MANCHON MOBIDERM AUTOFIT® (THUASNE) [34]	69
FIGURE 30 : EXEMPLE D'ENFILE MANCHON DU LABORATOIRE JUZO	70
FIGURE 31 : FORMULAIRE DE PRESCRIPTION D'UNE PROTHESE MAMMAIRE [37]	74
FIGURE 32 : MODALITES DE PRESCRIPTION D'UNE PROTHESE MAMMAIRE EXTERNE [36]	76
FIGURE 33 : LES MODALITES DE RENOUVELLEMENT DE LA PME [36].....	77
FIGURE 34 : ARBRE DECISIONNEL PERMETTANT LE CHOIX D'UNE PME OU COMPLEMENT MAMMAIRE EXTERNE [24] ..	79
FIGURE 35 : LES COMPLEMENTS MAMMAIRES AMOENA BALANCE ESSENTIAL [24]	80
FIGURE 36 : LES COMPLEMENTS MAMMAIRES AMOENA BALANCE NATURA 1 [24].....	81
FIGURE 37 : LES COMPLEMENTS MAMMAIRES AMOENA BALANCE NATURA 2 [24]	81
FIGURE 38 : LES COMPLEMENTS MAMMAIRES AMOENA BALANCE ADAPT AIR [24]	81
FIGURE 39 : LES COMPLEMENTS MAMMAIRES AMOENA BALANCE CONTACT [24]	82
FIGURE 40 : APPLICATION ET PRISE DE MESURE POUR COMPLEMENTS MAMMAIRES [24]	83
FIGURE 41 : TABLEAU DES FORMES ET TAILLES DE COMPLEMENTS MAMMAIRES [24]	84
FIGURE 42 : PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES AMOENA ESSENTIAL [24]	85
FIGURE 43 : PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES AMOENA NATURA [24]	86

FIGURE 44 : PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES AMOENA ENERGY [24]	87
FIGURE 45 : PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES AMOENA CONTACT [24]	88
FIGURE 46 : PROTHESES MAMMAIRES EXTERNES AMOENA ADAPT AIR [24]	89
FIGURE 47 : FORMES DE POITRINES PERMETTANT LE CHOIX DE LA PME [24]	90
FIGURE 48 : DIFFERENTES FORMES DE PME [24]	90
FIGURE 49 : TABLEAU DE CORRELATION ENTRE LE TOUR DE POITRINE ET LA TAILLE DE LA PME [24].....	91
FIGURE 50 : PROTHESE MAMMAIRE AMOENA PRIFORM [40].....	91
FIGURE 51 : PROTHESE EN MOUSSE [24]	92
FIGURE 52 : PROTHESE POUR ACTIVITE AQUATIQUE [24].....	92
FIGURE 53 : LES MAMELONS ADHERENTS DE LA GAMME AMOENA [24].....	92
FIGURE 54 : CARACTERISTIQUES DE LA LINGERIE AMOENA [24]	94
FIGURE 55 : LINGERIE AMOENA ADAPTEE AUX FEMMES AYANT SUBI UNE CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN [24]	95
FIGURE 56 : LINGERIES POSTOPERATOIRES AMOENA CURASUPPORT COMFORT [24].....	96
FIGURE 57 : DIAGRAMME CIRCULAIRE REPARTISSANT L'EVOLUTION DE LA CICATRISATION APRES LA CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN [44].....	99
FIGURE 58 : DIFFERENTS SYMPTOMES DE LA MAUVAISE CICATRISATION DE LA PLAIE POST-CHIRURGICALE [44]	100
FIGURE 59 : LA REPARTITION DU LYMPHŒDEME AU SEIN DE L'ECHANTILLON [44]	101
FIGURE 60 : LA REPARTITION DE LA PRISE EN CHARGE DU LYMPHŒDEME PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE [44]..	101
FIGURE 61 : COMPARAISON DE LA REPARTITION DE LA PRISE EN CHARGE DU LYMPHŒDEME ENTRE L'OFFICINE ET LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE [44].....	101
FIGURE 62 : REPARTITION DE LA PROPOSITION D'UNE PME AU SEIN DE L'ECHANTILLON [44]	102
FIGURE 63 : COMPARAISON DE LA REPARTITION DE PROPOSITION DU PORT DE LA PME ENTRE LE PHARMACIEN ET LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE [44]	102
FIGURE 64 : REPARTITION DU PORT DE LA PME AU SEIN DE L'ECHANTILLON [44]	103
FIGURE 65 : REPARTITION DE LA VENTE DE LA PME AU SEIN DE L'ECHANTILLON [44]	103
FIGURE 66 : TAUX DE SATISFACTION DES PATIENTES EN OFFICINE APRES LA DISPENSATION DE LEUR PME [44]	103
FIGURE 67 : REPARTITION DE L'USAGE D'UNE LINGERIE ADAPTEE APRES UNE CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN [44]...	104
FIGURE 68 : REPARTITION DES VENTES DE LINGERIE POST-OPERATOIRE ENTRE DIFFERENTS DISTRIBUTEURS [44]	104
FIGURE 69 : LA PLACE DU PHARMACIEN DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTES OPEREES DU CANCER DU SEIN [44]	105
FIGURE 70 : TABLEAU RESUMANT LES POINTS FORTS, LES LIMITES AINSI QUE LES AXES D'AMELIORATIONS APPORTES DANS L'ACCOMPAGNEMENT EN OFFICINE DES FEMMES OPEREES D'UN CANCER DU SEIN	106
FIGURE 71 : LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER SUR UN BASSIN DE VIE [45].....	114

Introduction

Le cancer du sein est le cancer **le plus fréquent** des **cancers féminins**. En effet, une femme sur huit développera un cancer du sein au cours de sa vie. Bien que cette maladie soit détectée de plus en plus tôt, grâce notamment au dépistage, elle reste tout de même le cancer causant le plus grand nombre de décès chez les femmes. De nombreuses avancées scientifiques et technologiques ont permis de proposer **différentes stratégies et thérapies** afin de traiter le cancer du sein de façon optimale. Cette prise en charge a permis d'**améliorer le taux de survie** des patientes.

Cependant, le cancer du sein et les traitements qui y sont associés, particulièrement la chirurgie, peuvent altérer l'image de soi et la féminité, **détériorer la qualité de vie**, ainsi que la vie sociale de la patiente. De ce fait, il est plus que nécessaire que les professionnels de santé apportent un accompagnement continu et un soutien d'ordre physique et psychologique à la patiente ayant été opérée du cancer du sein.

Étant le **professionnel de santé de proximité**, le pharmacien a une **place importante** dans l'**accompagnement** des patientes ayant subi une chirurgie du cancer du sein. En effet, il a un rôle primordial à jouer dans la **délivrance des médicaments** contre le cancer, mais également dans la **dispensation des conseils** associés aux traitements ou à la maladie. Aujourd'hui, ses missions ne cessent de s'élargir et s'imbriquent avec celles des autres professionnels de santé. Ainsi, le pharmacien participe à la **prévention** du cancer du sein, à l'accompagnement des patientes, notamment en conseillant et en délivrant certains soins de support. Le but de ces soins est de diminuer les effets secondaires des traitements, mais aussi d'améliorer la qualité de vie de la patiente et de son entourage, sur les plans physique, psychologique et social.

Dans ce travail, le premier chapitre sera consacré à l'anatomie de la glande mammaire et les différentes structures participant à son fonctionnement. Dans un second temps, les généralités sur le cancer du sein seront présentées. Le troisième chapitre mettra en lumière toutes les thérapies permettant de traiter le cancer du sein. Dans le chapitre 4, différents soins de support dispensables en officine seront abordés. Pour finir, le dernier chapitre sera dédié à la présentation des résultats d'une enquête réalisée auprès de patientes ayant subi une chirurgie du cancer du sein, afin de mesurer l'impact du pharmacien dans la dispensation de ces soins et d'en évaluer l'accessibilité et la qualité.

Chapitre I. Anatomie et physiologie du sein

Dans ce chapitre, seront abordés tout d'abord l'**histologie** de la glande mammaire, puis, ses moyens de fixité, sa **vascularisation**, son **système lymphatique**, son **innervation** et enfin les différentes **hormones** qui participent au fonctionnement de la glande mammaire. Comprendre les structures de la glande mammaire et son fonctionnement a un intérêt, notamment dans la compréhension du cancer du sein et dans sa prise en charge.

Le sein est un **organe de lactation**, avec une **fonction sexuelle** car c'est une zone érogène. Il est considéré comme étant un des signes de la **féminité**. Les seins (gauche et droit) font partie de l'appareil glandulaire du corps humain et se situent sur la région antérieure et superficielle du thorax, entre la 2^e et la 6^e côte.

Chez l'homme et l'enfant, le sein est rudimentaire, alors qu'il se développe chez la femme, pendant la puberté sous l'influence de certaines hormones avec des dimensions variables en fonction de l'architecture glandulaire et de la période du cycle menstruel.

Durant la grossesse, une nouvelle stimulation hormonale active les glandes mammaires et induit un développement supplémentaire des seins et la production de lait. Lors de la ménopause, le tissu glandulaire s'atrophie.

D'un point de vue anatomique, le sein contient différents types de tissus (*figure 1*) :

- Les **glandes** formées de petits sacs, appelés lobules qui sont des cellules productrices de lait pendant l'allaitement,
- Des **canaux de lactation** qui font communiquer les lobules avec le mamelon pour permettre le passage du lait,
- Du **tissu adipeux et conjonctif**, pour soutenir les lobules et canaux,
- De la **peau** qui enveloppe le tout.[1]

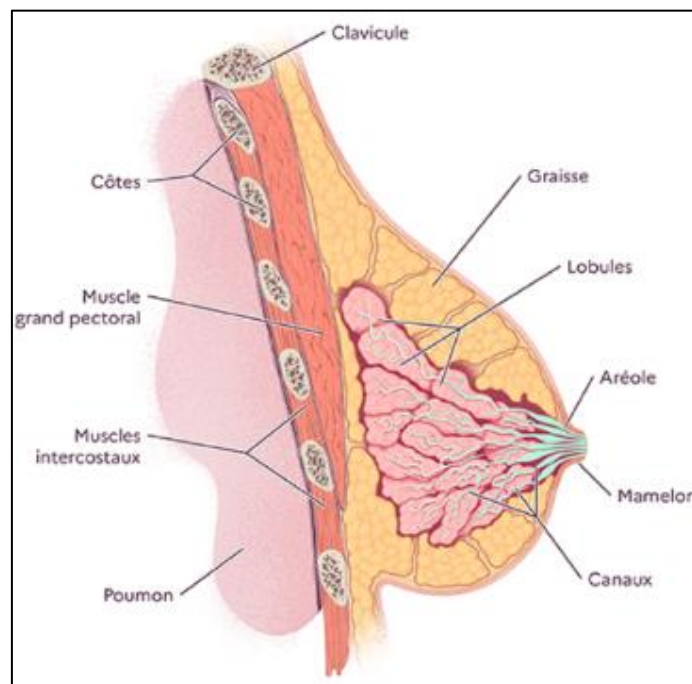


Figure 1 : Anatomie du sein [2]

1. Histologie

La glande mammaire est une **glande exocrine tubulo-alvéolaire composée**. Elle est constituée des éléments suivants : le tissu glandulaire, le tissu adipeux, le tissu conjonctif, la peau et la plaque aréolo-mamelonnaire.

1.1. Le tissu glandulaire

Le tissu glandulaire (*figure 2*) est divisé en **10 à 20 lobes**, subdivisés eux-mêmes en **lobules** (20 à 40) puis en **alvéoles** (10 à 100 par lobules).

Les alvéoles sont des acini dont la structure est faite d'une seule couche de lactocytes responsables de la production de lait sous l'action de la prolactine. Les lactocytes sont entourés des cellules myoépithéliales contractiles sensibles à l'ocytocine.

Chaque lobe contient un canal galactophore ou lactifère dans lequel se jettent les canaux venant des lobules puis ceux venant des alvéoles.

Chaque canal lactifère converge vers le mamelon en débouchant à l'extérieur en pore galactophore. Plusieurs canaux peuvent se réunir avant le mamelon, ils ont pour rôle de transporter le lait maternel en période d'allaitement.

Cette constitution du sein fait que les éléments glandulaires prédominent à la périphérie, alors que les éléments excréteurs et le tissu conjonctif prédominent dans la partie centrale de la glande.

Bien que les lobules et les lobes soient séparés par des cloisons fibreuses, il n'est pas possible d'individualiser un lobe mammaire.[3]

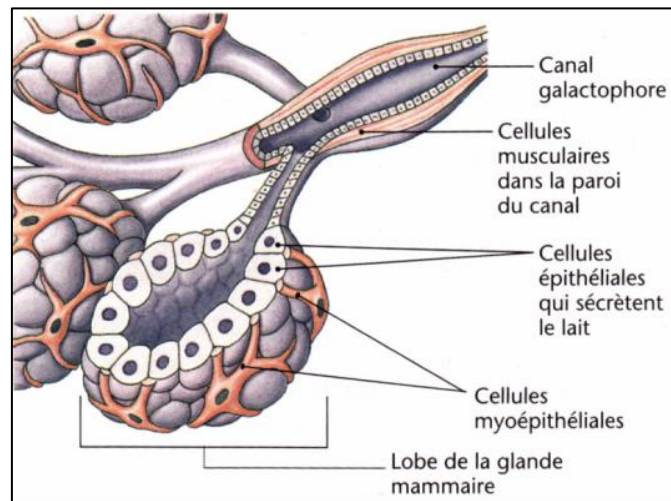


Figure 2 : Histologie du tissu glandulaire [4]

1.2. Le tissu adipeux

Le tissu adipeux (*figure 3*) est présent en **quantité variable** au sein même du tissu glandulaire. Sa proportion varie avec le degré de surcharge graisseuse générale, l'âge, la grossesse et l'allaitement.

Par ailleurs, le tissu adipeux est présent en périphérie de la glande et forme une lame antérieure, constituant le pannicule adipeux sous-cutané et une lame postérieure plus mince, retro-glandulaire.

La lame postérieure se situe en avant de l'aponévrose superficialis. Son épaisseur est moins importante par rapport à la lame antérieure, elle reste tout de même intriquée avec le tissu glandulaire.[3]

1.3. Le tissu conjonctif

La glande mammaire ne possède **pas de capsule fibreuse** proprement dite. Les lobes et les lobules sont séparés par de minces cloisons fibreuses identifiables sur des coupes histologiques, mais sans individualisation macroscopique.

À la face antérieure de la glande, les tractus conjonctifs se prolongent dans le pannicule adipeux sous-cutané et se terminent dans le derme. Les ligaments de Cooper déterminent les crêtes fibro-glandulaires de Duret.

À la face postérieure de la glande, le tissu conjonctif de soutien forme une lame plus nette permettant une séparation aisée de l'aponévrose du grand pectoral. Il s'agit du fascia superficialis.[3]

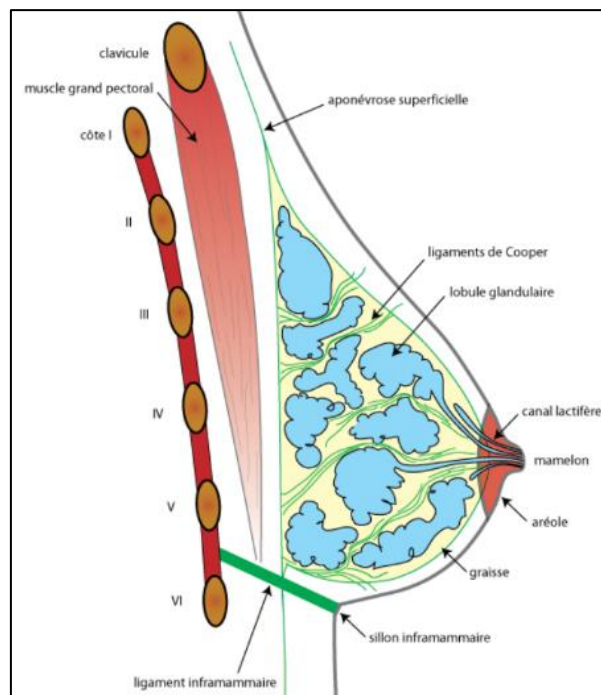


Figure 3 : Tissus conjonctif et adipeux de la glande mammaire [5]

1.4. La peau

Elle est plus épaisse à la périphérie de la glande qu'à proximité de l'aréole, et plus épaisse également près de sa limite inférieure par rapport au pôle supérieur.

Au regard de l'aréole, la peau est étroitement liée à la glande par des tractus fibreux, sans interposition de tissu grasseux. De plus, elle est doublée par le muscle peaucier et par le muscle mamillaire. Ces derniers sont constitués de fibres circulaires prédominantes et de fibres radiées moins abondantes (*figure 4*).[3]

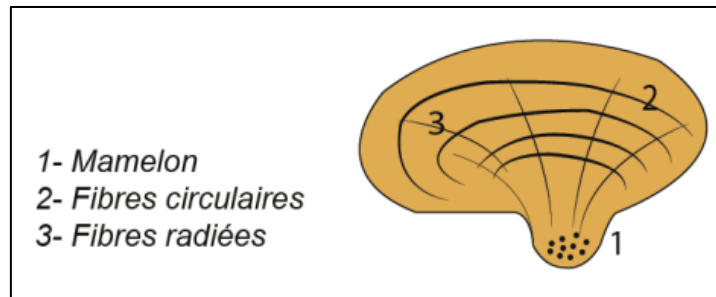


Figure 4 : Muscle aréolaire [3]

1.5. La plaque aréolo-mamelonnaire

De forme approximativement **circulaire**, d'un diamètre de **35 à 50 mm** et de **pigmentation variable** d'une femme à l'autre, l'aréole présente une **surface irrégulière**, hérissée par des tubercules de Morgagni qui sont des glandes sébacées.

Elle est **centrée par le mamelon**, lui-même de **forme** et de **dimensions variables**. La surface du mamelon est plus irrégulière que celle de l'aréole du fait de la présence des dépressions qui correspondent à l'abouchement des canaux galactophores.

L'apparition récente et irréductible d'une **ombilication du mamelon** peut être le signe du développement d'un processus pathologique. Cependant, une ombilication ancienne et permanente est simplement liée à une brièveté des canaux galactophores.[3]

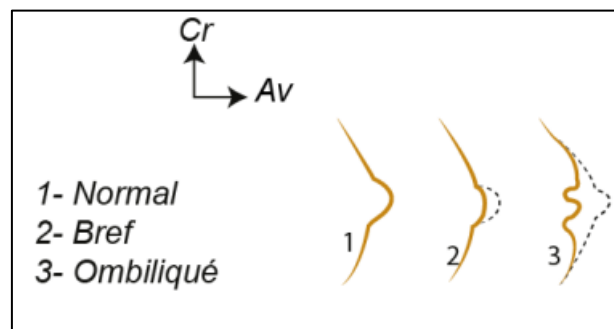


Figure 5 : Types de mamelons [3]

2. Les moyens de fixité du sein

Le système de soutien du sein est représenté par la **peau**, en raison de ses étroites connexions avec la glande grâce aux ligaments de Cooper.

La glande mammaire est **mobile sur le plan thoracique et musculaire**, mais ne l'est pas par rapport à la peau. La plaque aréolo-mamelonnaire est le point de convergence de toutes les cloisons fibreuses intra-glandulaires. C'est également l'endroit où les adhérences entre le tissu glandulaire et la peau sont les plus intimes du fait de l'absence de pannicule adipeux sous-cutané en regard.

L'absence d'autre moyen de soutien efficace explique que la ptose apparaisse dès que la peau ne supporte plus une distension exagérée, au-delà des limites d'étirements des fibres élastiques. Ce phénomène peut être provoqué par une hypertrophie glandulaire pubertaire, accentuée éventuellement par une surcharge pondérale, ou par le développement glandulaire d'une grossesse.[3]

3. Vascularisation

3.1. Vascularisation artérielle

Trois réseaux (*figure 7*) se partagent intégralement la vascularisation artérielle du sein :

- Le réseau **sous dermique** (*figure 6*) : riche en anastomose entre les branches cutanées de l'artère acromio-thoracique et les branches des artères voisines : sus-claviculaire, scapulaire inférieure et rameaux perforants thoraciques, venus de la mammaire interne.
- Le réseau **pré-glandulaire** (*figure 6*) : alimenté par les branches antérieure et glandulaire de l'artère mammaire externe, la 3^e perforante de l'artère mammaire interne et d'autres perforantes thoraciques. Le réseau pré-glandulaire est largement anastomosé avec le réseau sous dermique. Cela forme un plexus à large maille qui envoie des branches en profondeur. Ces dernières cheminent dans les cloisons interlobaires et lobulaires et entourent les acini et les canaux galactophores.

Les deux artères principales externe et interne s'anastomosent pour constituer le cercle péri-aréolaire.

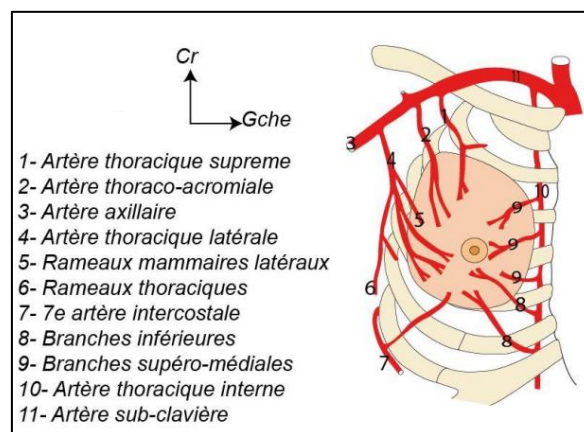


Figure 6 : Réseau artériel sous-dermique et pré-glandulaire [3]

- Le réseau **rétroglandulaire** : réuni aux précédents par un système anastomotique intra-glandulaire, il suit les travées conjonctives interlobaires et péri-galactophorique.

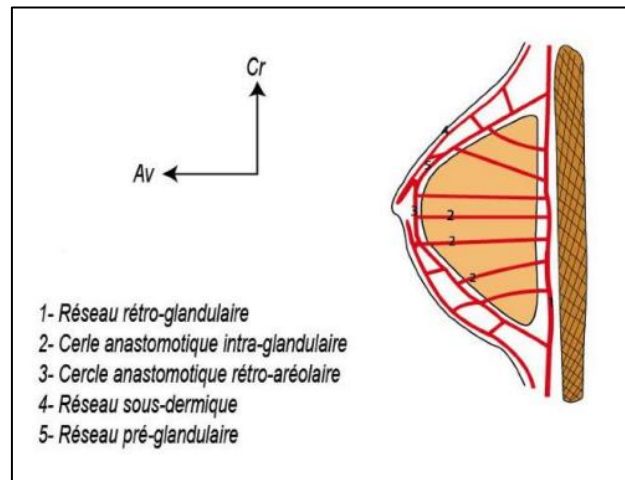


Figure 7 : Coupe sagittale du sein : réseaux artériels [3]

Ces réseaux proviennent :

- De l'**artère acromio-thoracique** : elle naît de l'artère axillaire au bord supérieur et se divise en deux branches, acromiale et thoracique.

La branche thoracique médiale se divise en deux branches : profonde et superficielle. La branche profonde est musculaire et retro-pectorale, elle est à l'origine des rameaux perforants cutanés qui pénètrent la glande par la face profonde. La branche superficielle est sous-cutanée.

- De l'**artère mammaire externe** : elle naît de l'artère axillaire en arrière du muscle pectoral et se termine en trois branches :
 - o Antérieure à destiné cutané ;
 - o Postérieure destiné aux muscles pectoraux, au grand dentelé et aux intercostaux ;
 - o A destiné glandulaire qui pénètre la glande et se divise en deux branches entrant dans la composition du cercle péri-aréolaire.
- De l'**artère mammaire interne** : elle naît de la face inférieure de la sous-clavière et chemine jusqu'au 6^e espace intercostal où elle se divise en deux branches terminales : l'artère musculo-phrénique qui est latérale et l'artère épigastrique supérieure qui est médiale. Au cours de son trajet, l'artère mammaire interne donne des branches qui traversent les espaces intercostaux et se distribuent au grand pectoral et à la glande mammaire.

Par ailleurs, la plaque aréolo-mamelonnaire bénéficie comme l'ensemble de la glande d'un double réseau, sous-dermique et glandulaire.[3]

3.2. Vascularisation veineuse

Il existe deux réseaux, l'un est superficiel et l'autre profond. Les deux sont anastomosés par le système intra-glandulaire et à leur périphérie :

- Le **courant superficiel** (*figure 8*) : les veines sous-dermiques forment autour de l'aréole le cercle de Haller. Il se forme ensuite un réseau sous cutané, bien visible pendant la grossesse et l'allaitement, il s'agit du réseau de Haller qui se draine en haut dans le réseau cervical superficiel (jugulaire antérieur et externe), en dehors dans la veine céphalique par la veine acromio-thoracique, en bas dans les veines superficielles de la paroi abdominale et en dedans il communique avec le réseau du sein opposé.
- Le **courant profond** : les veines profondes sont satellites des rameaux artériels qui cheminent dans les travées conjonctives et les cloisons qui séparent les lobes glandulaires et se drainent principalement en dehors dans la veine mammaire externe puis dans la veine axillaire et en dedans la veine mammaire interne.

Concernant la vascularisation veineuse de la plaque aréolo-mamelonnaire, il existe un réseau sous-dermique constituant un plexus péri-aréolaire et un plexus péri-mamelonnaire. Il est anastomosé au réseau profond glandulaire péri-galactophorique.[3]

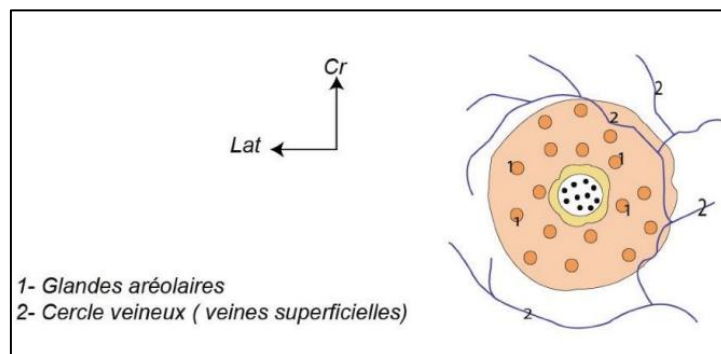


Figure 8 : Vascularisation veineuse superficielle de l'aréole [3]

4. Système lymphatique

Le système lymphatique du sein (*figure 9*) est superposable au système artériel, il est composé de ganglions et de vaisseaux lymphatiques. D'une part, un **réseau superficiel** qui draine la majeure partie de la lymphe. Il se divise en réseau sous épidermique et en réseau dermique. Les deux s'anastomosent avec le réseau péri-aréolaire. D'une autre part, le **réseau profond** constitué de collecteurs péri-lobulaires qui se drainent le long des espaces interlobaires, et de collecteurs péri-galactophoriques. Ces deux types de collecteurs se drainent principalement vers le réseau péri-aréolaire.

Le courant lymphatique va suivre principalement deux directions :

- Un courant **externe**, le plus important, qui se draine dans les ganglions mammaires externes puis dans les ganglions axillaires.
- Un courant mammaire **interne** qui se draine en arrière du sternum dans les ganglions mammaires internes

Il existe également un courant postérieur accessoire, peu important qui finit son trajet au niveau des ganglions sous claviculaires.[3]

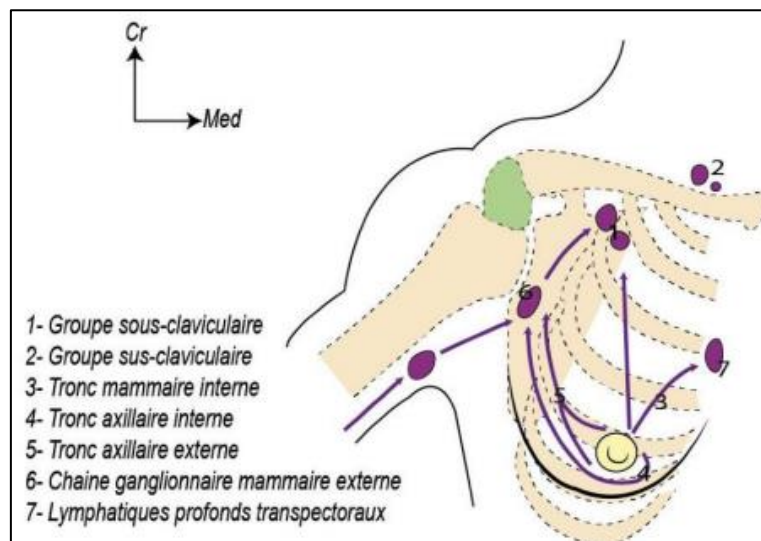


Figure 9 : Les courants lymphatiques du sein [3]

Les ganglions lymphatiques du sein (*figure 10*) sont principalement situés :

- Au niveau de l'aisselle, on parle de **ganglions axillaires**, ils drainent la majeure partie de la lymphe. On distingue classiquement 5 groupes :
 - Le groupe mammaire externe, situé le long des vaisseaux mammaires externes ;
 - Le groupe brachial, situé le long et en arrière des vaisseaux axillaires, il draine le membre supérieur ;
 - Le groupe scapulaire inférieur ;
 - Le groupe central, situé au centre du creux axillaire en arrière du petit pectoral et draine les trois groupes précédents ;

- Le groupe sous claviculaire, situé au bord supérieur du muscle petit pectoral, au sommet du creux axillaire. Il sert de relais entre tous les groupes précédents et la région sus claviculaire.
- Autour du sternum et au contact des vaisseaux mammaires internes, il existe les **ganglions mammaires internes**. [3]

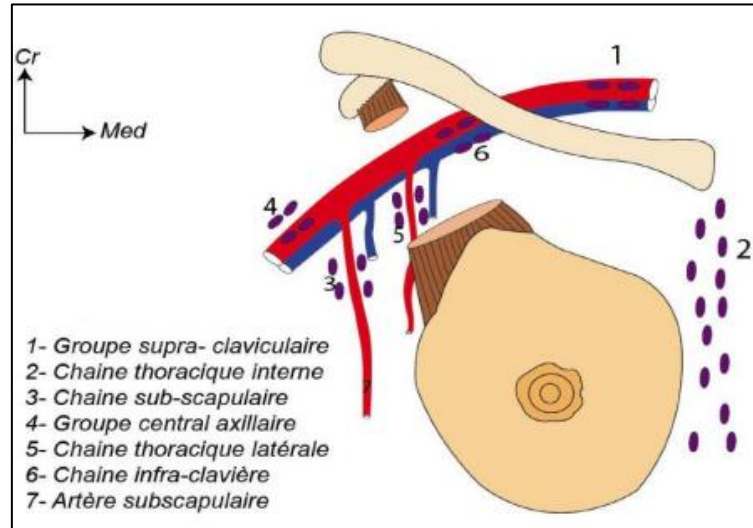


Figure 10 : Les ganglions lymphatiques du sein [3]

Le système lymphatique se draine dans les ganglions lymphatiques axillaires, sus et sous claviculaires et dans les régions mammaires internes. Ces ganglions ont pour but de filtrer la lymphe et aident le corps à lutter contre les infections. [3]

5. Innervation

L'innervation de la glande mammaire (figure 11) et de son enveloppe cutanée sont intimement liées. On retrouve :

- Les **nerfs cutanés** : il s'agit de filets de la branche sus-claviculaire du plexus cervical superficiel. Leur rôle est minime car ils ne descendent pas au-delà de la 2^e côte. On rappelle que les glandes mammaires sont situées entre la 2^e et la 6^e côte.
- Les **nerfs cutanéoglandulaires** : ils proviennent des branches perforantes des nerfs intercostaux et constituent deux groupes :
 - Le *groupe antéro-interne* comprenant les rameaux perforants antérieurs des 2^e, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e nerfs intercostaux. Ces rameaux cheminent devant la glande.
 - Le *groupe latéral* est le plus important, il est formé par les rameaux mammaires externes des 3^e, 4^e, 5^e et 6^e rameaux performants latéraux qui pénètrent la glande par la face profonde.

Le 4^e nerf intercostal latéral est le nerf le plus important pour le mamelon et l'aréole, ainsi que pour la sensibilité érogène. [3]

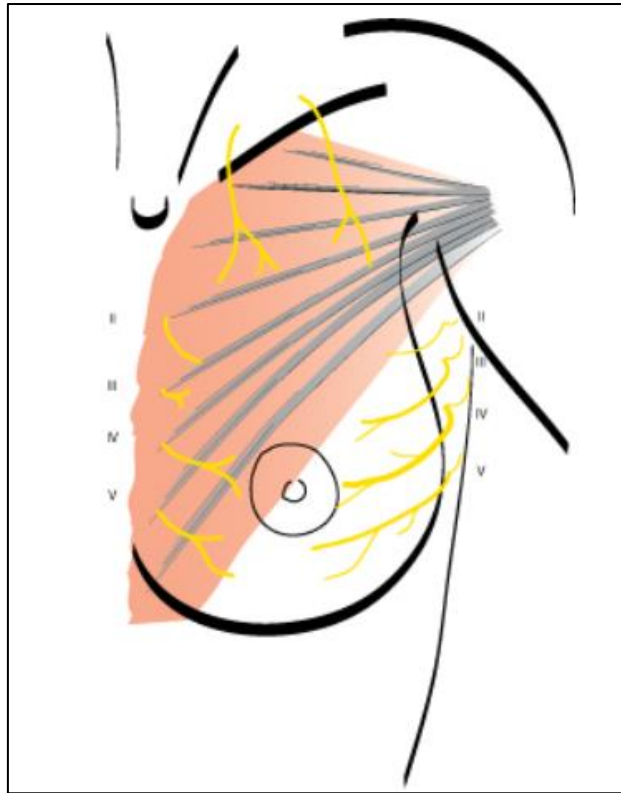


Figure 11 : Schéma de l'innervation du sein [5]

6. Hormones

La glande mammaire se développe et fonctionne sous l'influence des hormones synthétisées par les ovaires :

- Les **œstrogènes** ont pour but de développer les seins pendant la puberté et jouent un rôle important lors de la grossesse. En effet, ils augmentent le volume sanguin nécessaire à l'alimentation du bébé.
- La **progestérone** joue un rôle dans la différenciation des cellules du sein et sur le cycle menstruel, en préparant par exemple l'utérus à une éventuelle grossesse. Elle permet donc la densification et le développement de la vascularisation de la muqueuse utérine.[1]

L'activité des œstrogènes et de la progestérone est contrôlée par l'hormone folliculostimulante (FSH) et l'hormone lutéinisante (LH) sécrétées par l'hypophyse sous l'action de la GnRH sécrétée par l'hypothalamus.[6]

Concernant la lactation, le contrôle hormonal (*figure 12*) se fait de la manière suivante : lors de la succion du bout du sein, les terminaisons nerveuses de l'aréole et du mamelon sont stimulées via des mécanorécepteurs. L'information sensorielle est transmise à l'hypothalamus. Ce mécanisme freine la sécrétion de la dopamine par l'hypothalamus et favorise la sécrétion de la prolactine par l'anté-hypophyse permettant la synthèse de lait. Au niveau de la post-hypophyse, cela induit la sécrétion d'ocytocine qui se lie aux cellules myoépithéliales et permet la contraction des acini. Ainsi, l'hormone déclenche le réflexe d'éjection du lait dans les canaux lactifères.[4]

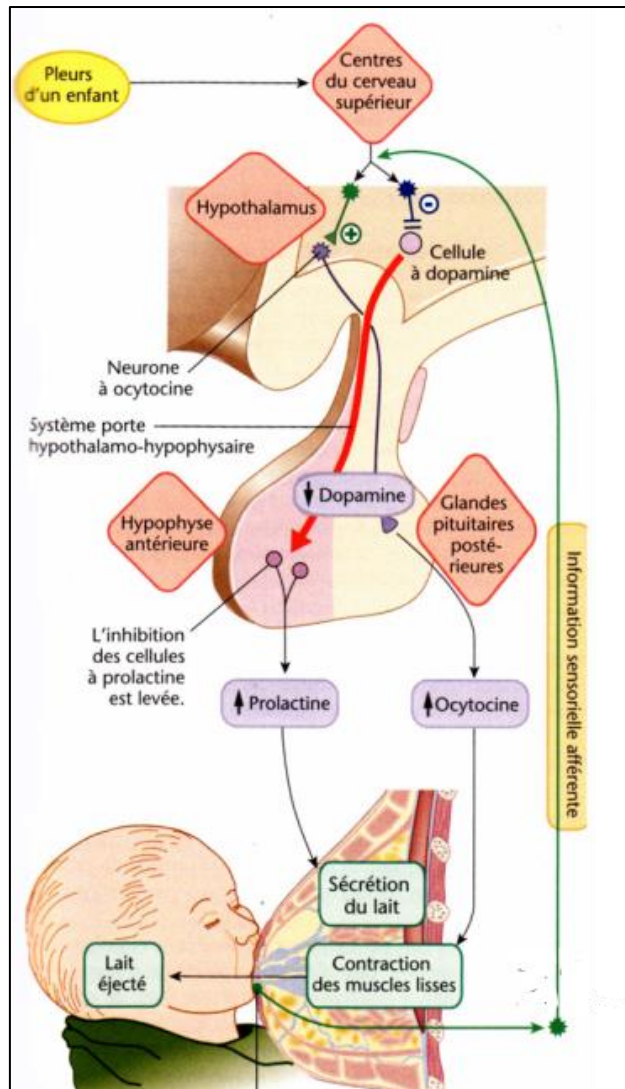


Figure 12 : Contrôle de la lactation [4]

Chapitre II. Le cancer du sein

Avant de traiter la prise en charge du cancer du sein et les différentes thérapies pour le traiter, il est important de comprendre ce qu'est le cancer du sein. Ce chapitre vise à comprendre la physiopathologie, les évolutions et les enjeux du cancer du sein afin de comprendre sa prise en charge médicale. Dans ce chapitre, seront traités les sujets suivants : tout d'abord, la physiopathologie du cancer du sein, puis l'épidémiologie, les facteurs de risque, les symptômes de cette maladie, ensuite le dépistage, le diagnostic et les différents grades de ce cancer. Pour finir, le pronostic et l'évolution du cancer du sein seront abordés.

1. Physiopathologie

Le terme « cancer du sein » correspond à la présence de cellules anormales dans le sein. Ces cellules se multiplient de façon anarchique pour former une tumeur maligne appelée carcinome. [7] Les cancers du sein les plus fréquents sont les adénocarcinomes : « adéno » signifie que le cancer se développe à partir de la glande et « carcinome » à partir des cellules épithéliales. [2]

Selon le type de cellules à l'origine du cancer, et selon l'aspect de la tumeur, différents cancers du sein sont décrits, par exemple :

- Cancer « **canalaire** » : un cancer qui touche les cellules bordant les canaux ;
- Cancer « **lobulaire** » : un cancer qui touche les cellules des lobules. [7]

Le plus souvent, les adénocarcinomes naissent à partir des cellules des canaux. [2]

Les cancers peuvent être *in situ*, infiltrant et métastatique :

- Cancer ***in situ*** (*figure 13*) : les cellules cancéreuses sont peu nombreuses et limitées aux canaux ou aux lobules du sein.
- Cancer **infiltrant** (*figure 13*) : la tumeur franchit la membrane basale et infiltre le tissu qui entoure les canaux et les lobules. Cela arrive avec le temps et en absence de traitement.
- Cancer **métastatique** : des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur et emprunter les vaisseaux sanguins ou vaisseaux lymphatiques pour atteindre d'autres parties du corps : les ganglions axillaires, les os, le foie, les poumons et les ganglions lymphatiques plus éloignés du sein. Les nouvelles tumeurs formées sont des métastases. [2]

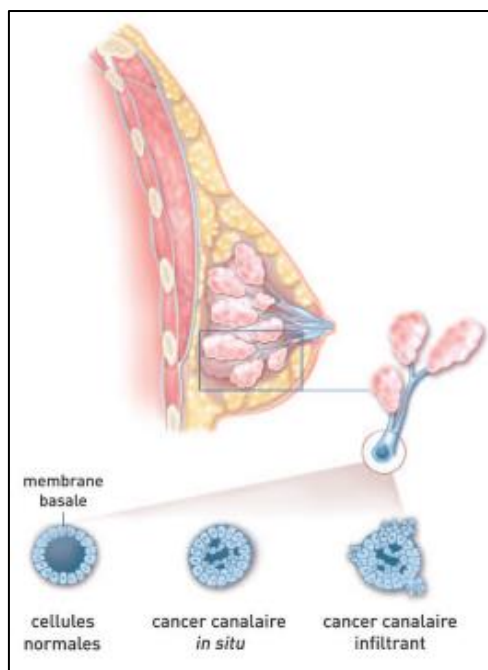


Figure 13 : Cancer canalaire in situ et infiltrant [8]

Savoir si le cancer est *in situ*, infiltrant ou encore métastatique permet au médecin de proposer les traitements les mieux adaptés. [8]

Le choix d'un traitement adapté dépendra également des caractéristiques du cancer telles que :

- Le **type histologique** du cancer ;
- Le **stade** et le **grade** du cancer ;
- Le fait que le cancer soit **hormonosensible** ou non : un cancer hormonosensible est provoqué par les hormones sexuelles comme les œstrogènes ou la progestérone. Les termes « cancer hormonodépendant » ou « cancer RH positif » sont également utilisés. Ce cancer se distingue par la présence de récepteurs aux hormones sexuelles sur la surface des cellules cancéreuses. Ces récepteurs détectent et captent les hormones sexuelles. Ceci a pour conséquence la stimulation de la croissance des cellules cancéreuses ;
- Le fait que le cancer soit **HER2 positif** ou non : ce cancer se caractérise par une quantité importante de protéines HER2 à la surface de cellules cancéreuses. Elles sont impliquées dans la croissance des cellules tumorales. [8]

2. Epidémiologie

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent des cancers féminins, devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon. C'est également le cancer qui cause le plus grand nombre de décès chez la femme avec 14% de décès féminins par cancer en 2018. Il représente près de 8% de l'ensemble des décès par cancer, tous sexes confondus (le cancer du sein chez l'homme ne représente qu'1% des cas mais il est souvent de mauvais pronostic).

Quelques chiffres sur le cancer du sein :

- 61 214 nouveaux cas de cancer du sein en France métropolitaine en 2023 ;
- Taux d'incidence (*figure 14*) :
 - o Entre 1990 et 2018, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme a presque doublé, passant de 29 970 à 58 400 cas annuels, soit +1,1 % par an en moyenne ;
 - o Entre 2010 et 2023, la progression a été plus faible, estimée à +0,3 % par an ;
- Âge médian au moment du diagnostic : 64 ans ;
- Âge médian au moment du décès : 74 ans ;
- Prévalence estimée à 913 089 personnes en 2017.

La survie nette s'améliore au cours du temps, elle est passée de 80% pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 1993 à 87% pour celles diagnostiquées entre 2010 et 2015.

Le taux de mortalité diminue chaque année, ce qui s'explique en partie par l'amélioration de la prise en charge notamment avec le dépistage de plus en plus adapté au niveau de risque de chaque femme, ce qui permet de faire un diagnostic à un stade précoce. [9]

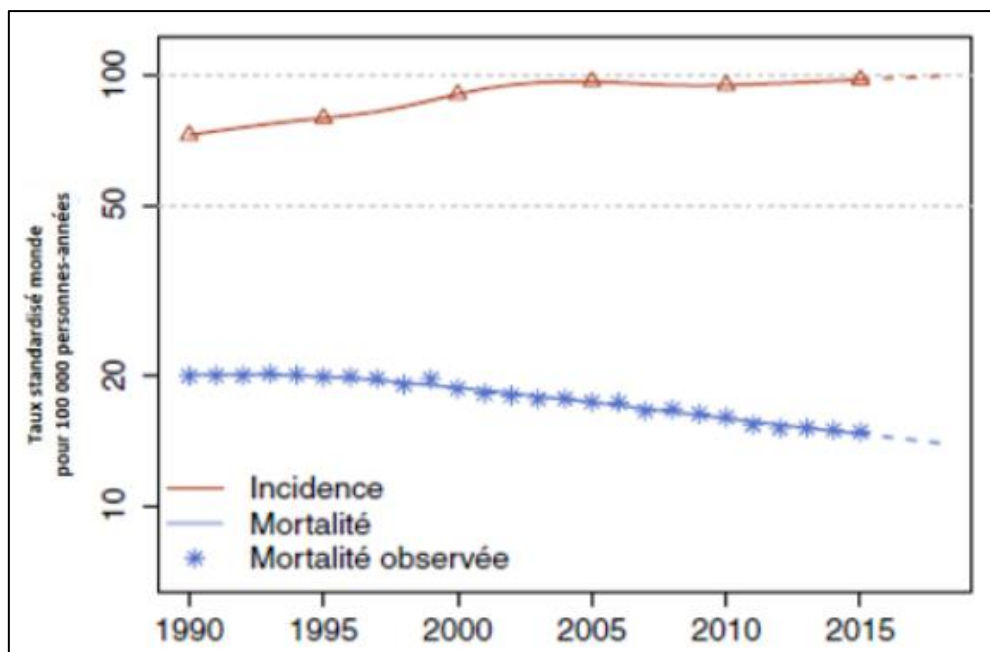


Figure 14 : Taux d'incidence et de mortalité par le cancer du sein en France entre 1990 et 2018 [9]

3. Facteurs de risque

Le cancer du sein est une maladie **multifactorielle**, en effet, plusieurs facteurs de risques jouent un rôle dans son développement.[10] Il existe des facteurs de risque non liés à l'environnement et des facteurs de risque liés aux habitudes de vie des patientes.

3.1. Facteurs de risques non liés à l'environnement

Parmi les facteurs de risque non liés à l'environnement, l'**âge** et le **sexe** sont les principaux facteurs de risque de cancer du sein. En effet, plus de 99% des cancers du sein sont diagnostiqués chez les femmes, et environ 80% des cancers du sein sont diagnostiqués chez les femmes âgées de plus de 50 ans, avec un âge moyen du diagnostic de 61 ans.

Les **antécédents personnels** peuvent augmenter le risque de cancer du sein. En effet, les femmes qui ont déjà eu un cancer du sein ont 3 à 4 fois plus de risque d'en développer un autre que celles qui n'en ont jamais eu.

Certaines femmes peuvent souffrir de lésions du sein ou de proliférations de cellules non cancéreuses dans leurs seins. Selon l'aspect de ces cellules, le risque de développer un cancer du sein est multiplié par un facteur allant de 1,5 à 5.

Parmi les antécédents personnels, s'ajoutent également l'administration répétée de la radiothérapie du thorax et l'exposition prolongée aux œstrogènes qui augmentent le risque du cancer du sein. Les œstrogènes jouent un rôle dans le cancer du sein car les cellules du sein y sont sensibles.

Certains **antécédents familiaux** augmentent également le risque de cancer du sein. Il s'agit le plus souvent de prédisposition génétique qui s'explique par des mutations sur certains gènes. Les mutations les plus fréquemment observées sont celles qui touchent les gènes BRCA 1 et 2. Ces gènes codent pour des protéines qui protègent les cellules d'une transformation cancéreuse. Lors de mutation, cette transformation devient probable. Environ 2 femmes sur 1000 portent ces mutations sur leurs gènes BRCA 1 et 2. [7]

3.2. Facteurs de risque liés aux habitudes de vie

Parmi les facteurs de risque de cancer liés aux habitudes de vie, on peut citer :

- Le **surpoids** et l'**obésité après la ménopause** ;
- Le **tabagisme** actif et passif ;
- La **consommation excessive de boissons alcoolisées** ;
- L'**absence d'exercice physique régulier** ;
- Les **traitements hormonaux substitutifs de la ménopause** lorsque ceux-ci sont administrés de manière continue pendant plus de 5 ans ;
- La prise de **pilule contraceptive de manière continue** pendant plus de 4 ans : la pilule augmente légèrement le risque de développer un cancer du sein mais ce risque disparaît 10 ans après en avoir cessé l'usage. Cependant, la pilule diminue le risque de souffrir de cancer de l'ovaire, en particulier chez les femmes qui ont des mutations sur leurs gènes BRCA1. [7]

4. Symptômes

Les symptômes d'une maladie se définissent par toute manifestation anormale provoquée par cette maladie. Quand bien même que l'apparition d'une anomalie du sein ne soit pas synonyme d'un cancer du sein, il est recommandé de demander un avis médical dès qu'on la repère. [2] Les symptômes pouvant être retrouvés sont :

- Une **masse** dans un sein : il s'agit du signe le plus courant dans le cancer du sein. Généralement, elle n'est pas douloureuse, elle se caractérise par une consistance dure et un aspect irrégulier des contours. La patiente peut détecter cette tuméfaction par autopalpation ;
- Des **ganglions durs au niveau de l'aisselle** : la présence d'une ou plusieurs masses au niveau de l'aisselle pourrait signifier la présence d'un cancer en propagation. Cependant, les ganglions restent indolores ;
- Des **modifications de la peau du sein et du mamelon** :
 - o Une modification de la peau telle qu'un érythème, un œdème ou un aspect peau d'orange ;
 - o Au niveau du mamelon ou de l'aréole on peut noter le changement de coloration ou un écoulement ;
- Une **variation de la taille et la forme du sein** pouvant être accompagnée de rougeur, d'œdème et de chaleur, ce qui pourrait signifier la présence d'un cancer du sein inflammatoire.[2] Le cancer inflammatoire (*figure 15*) représente 1 à 4 % de tous les cas de cancers du sein.[11] On peut également observer des écoulements au niveau du mamelon ou encore un aspect peau d'orange de la peau du sein dans ce type de cancer. [12]



Figure 15 : Cancer inflammatoire avec un aspect de peau d'orange [12]

Dans le cas du diagnostic tardif du cancer du sein, on peut observer des symptômes suivants : la fatigue, des douleurs abdominales, des douleurs osseuses, des nausées, une perte de poids, un ictère, une dyspnée...

Certains types de cancers du sein peuvent être associés à la maladie de Paget du mamelon (*figure 16*). Cette maladie se manifeste par des modifications cutanées telles qu'un érythème, des croûtes, des desquamations et des écoulements. Environ 50% des patientes ayant la maladie de Paget du mamelon ont initialement une masse palpable.



Figure 16 : Maladie de Paget du mamelon [12]

5. Dépistage

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), un dépistage vise à détecter la présence d'une maladie à un **stade précoce** chez des personnes a priori en bonne santé et qui ne présentent pas encore de symptômes apparents. L'objectif est de diagnostiquer la maladie le plus tôt possible afin de la traiter rapidement et ainsi freiner ou stopper sa progression. [13]

Le programme de dépistage organisé des cancers du sein vise à détecter d'éventuelles lésions cancéreuses par **mammographie** pour les traiter au plus tôt. Il s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans sans autre facteur de risque que leur âge. Elles sont invitées tous les 2 ans à réaliser une mammographie et un examen clinique des seins auprès d'un radiologue agréé.

Ce programme repose sur un cahier des charges publié par le journal officiel du 21 décembre 2006, modifié par l'arrêté du 23 mars 2018 qui définit et encadre ses modalités, son suivi et son évaluation, puis l'arrêté du 16 janvier 2024 qui transfère notamment l'envoi des invitations aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) coordonnées par la caisse nationale d'assurance (CNAM). Tous les 2 ans, les patientes reçoivent un courrier, un e-mail ou un SMS d'invitation personnalisé envoyé par leur CPAM de rattachement.

La mammographie permet de repérer de petites tumeurs localisées, sans atteinte ganglionnaire, au pronostic très favorable. Aujourd'hui la mammographie peut être proposée dans le cadre du programme national de dépistage organisé, ou en cas de dépistage individuel ou de démarche de détection individuelle.

Les professionnels de santé, particulièrement le pharmacien, jouent un rôle essentiel dans l'orientation des femmes vers les modalités de dépistage adaptées à leur situation.

En France, ce programme a été généralisé en 2004. Il a pour double objectif de réduire la mortalité liée au cancer du sein et d'améliorer l'information et la qualité des soins des personnes concernées. Il garantit notamment à chaque femme un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire et un niveau de qualité élevé.

Le taux national de participation à ce dépistage est de 47,7% pour la période 2021-2022, contre 46,6% pour la période 2020-2021. Cependant, des disparités régionales sont à noter : certaines régions présentent des taux supérieurs à 60 %, quand d'autres sont à moins de 30 % de participation. L'objectif européen est d'atteindre 70 % de participation.

La mortalité du cancer du sein a globalement diminué de 1,6 % par an entre 2010 et 2018. Ceci est lié en partie à la précocité des diagnostics, ainsi qu'aux progrès de la prise en charge thérapeutique. [14]

6. Diagnostic

Lorsqu'une patiente présente des symptômes ou qu'une anomalie est décelée lors d'un examen de dépistage, plusieurs examens vont être réalisés pour poser un diagnostic. Les objectifs de ces examens sont multiples :

- Affirmer le diagnostic ;
- Préciser le type histologique ;
- Déterminer le stade et la gravité ;
- Recueillir les facteurs prédictifs connus de réponse à certains traitements ;
- Identifier les contre-indications éventuelles à certains traitements.

Ils permettent également de déterminer le traitement le mieux adapté. Le délai entre la découverte de quelque chose d'anormal et le début d'un traitement peut parfois sembler long.

Il existe deux types de bilan, un bilan dit initial et un bilan d'extension.

6.1. Bilan initial

Le bilan initial est constitué :

- D'une **consultation** avec le **médecin spécialisé** dans le traitement des cancers du sein, incluant un examen clinique des seins ;
- D'une **mammographie** des deux seins, souvent associée à une échographie des deux seins et des ganglions ;
- Dans certaines circonstances, d'une IRM mammaire ;
- D'un **examen anatomopathologique** des tissus prélevés. C'est l'examen qui permet d'établir le diagnostic de cancer du sein.

Le prélèvement au niveau de l'anomalie est le plus souvent réalisé par micro ou macro-biopsies à travers la peau. Cependant, si le prélèvement à travers la peau n'est pas possible, alors il y a nécessité d'enlever une partie ou la totalité de l'anomalie au cours de la chirurgie. [2]

6.2. Bilan d'extension

Le bilan d'extension intervient si les résultats des examens cliniques et anatomopathologiques, ainsi que la mammographie, laissent penser que les cellules cancéreuses ont pu migrer vers des parties du corps éloignées du sein malade. Ces examens ne sont pas systématiques pour toutes les patientes. Il peut s'agir par exemple d'une radiographie du thorax, d'une scintigraphie osseuse, d'une échographie abdominale, ou d'une IRM. Un bilan sanguin complet est également réalisé. [2]

7. Grades et stades

Le grade tumoral est établi par l'**examen histologique** du prélèvement biopsique. Il permet de décrire l'aspect des cellules et des tissus tumoraux au microscope.[12] Lors de cet examen, le pathologiste évalue 3 paramètres morphologiques (*figure 17*) :

- L'**architecture tumorale** : Lorsque la cellule devient cancéreuse, elle perd progressivement sa fonction d'origine. Elle se développe plus vite que les autres cellules et change d'apparence, ainsi, elle est qualifiée de cellule indifférenciée. Plus une cellule est indifférenciée, plus elle est agressive.
- La **forme et la taille du noyau de la cellule** : En devenant cancéreuse, le noyau de la cellule peut changer de taille et de forme.
- Le **nombre de cellules qui se divisent**, reflétant la vitesse à laquelle les cellules se développent : Plus une cellule cancéreuse se développe vite, plus elle se divise rapidement et plus le risque de propagation du cancer dans l'organisme augmente. L'activité mitotique de la cellule cancéreuse est caractéristique.

Chacun de ces 3 paramètres est évalué et une note allant de 1 à 3 lui est attribuée. Le grade d'un cancer va alors correspondre à la **somme des notes** obtenues pour chacun des 3 paramètres. Un score global allant de I à III est obtenu, il correspond au grade histopronostique d'Elston-Ellis. Les scores 3, 4 et 5, correspondent au grade I, les scores 6 et 7 au grade II, et pour finir, les scores 8 et 9 correspondent au grade III.

Critère	Note 1	Note 3
Architecture	La tumeur contient beaucoup de structures bien formées.	La tumeur contient peu ou pas du tout de structures bien formées.
Noyau	Les noyaux de la tumeur sont petits et uniformes.	Les noyaux de la tumeur sont gros et leur taille et leur forme varient.
Activité mitotique	Les cellules de la tumeur se divisent lentement = faible nombre de mitoses.	Les cellules de la tumeur se divisent rapidement = important nombre de mitoses.

Figure 17 : Evaluation des 3 paramètres ou critères morphologiques de la cellule cancéreuse [2]

De manière générale, le grade I correspond aux tumeurs les moins agressives, le grade II est un grade intermédiaire et le grade III correspond aux tumeurs les plus agressives.

Sur les comptes-rendus d'examen, le grade est exprimé le plus souvent par la **lettre G suivie des chiffres I, II ou III**. Le grade peut aussi être exprimé en termes de « bas grade » pour les tumeurs les moins agressives et « haut grade » pour les tumeurs les plus agressives. [2]

En fonction des résultats des examens complémentaires, le médecin détermine le stade d'évolution du cancer. Ce stade conditionne le pronostic et le traitement de la patiente. Les stades sont déterminés suivant la **classification TNM** « Tumor, Nodes, Métastasis » de l'UICC qui prend en compte 3 critères : les aspects de la tumeur du sein, la présence éventuelle de cellules cancéreuses dans les ganglions, et l'existence éventuelle de métastases. [1]

L'examen clinique réalisé avant tout traitement permet de définir un stade du cancer dit *pré-thérapeutique*, on parle de classification cTNM (c pour clinique).

Après la chirurgie, l'examen anatomopathologique des tumeurs et l'analyse microscopique des ganglions prélevés permet de définir un stade du cancer dit stade *anatomopathologique*, on parle de classification pTNM (p pour post-chirurgical).

En fonction des caractéristiques observées lors de cet examen, une annotation par chiffre est portée pour T, N ou M :

- **T : taille et infiltration de la tumeur** → T0 à T4

Lorsque des cellules cancéreuses apparaissent, elles forment d'abord une tumeur au niveau des canaux ou lobules du sein, puis, progressivement la tumeur peut traverser la paroi du canal ou du lobule et devenir infiltrante ou invasive. Etudier la taille et l'infiltration de la tumeur donne donc une indication sur le degré d'évolution de la maladie.

- **N : degré d'envahissement de ganglions** → N0 à N3

Les cellules cancéreuses peuvent s'échapper du sein et se disséminer ailleurs. Les ganglions axillaires sont les premiers à être potentiellement touchés. La confirmation de l'atteinte des ganglions se fait dans un second temps au microscope, après leur prélèvement. Si des ganglions sont atteints, cela signifie que la maladie a commencé à se disséminer. Le nombre de ganglions envahis et leur emplacement permet d'en savoir plus sur le degré de propagation du cancer.

- **M : présence ou non de métastases à distance** → M0 ou M1 [2]

Les cellules cancéreuses peuvent envahir d'autres organes que les ganglions lymphatiques et y développer des métastases.

NB : Une annotation avec la lettre x peut être faite lorsque l'évaluation n'est pas possible.

En fonction du résultat de cette classification, le cancer du sein est dit « de stade évolutif 0, I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IIIc ou IV », de gravité croissante.[1]

8. Pronostic et évolution du cancer du sein

Aujourd'hui, en France, la survie cinq ans après un diagnostic de cancer du sein est de 85%, ce qui en fait l'un des cancers possédant le **meilleur taux de survie**. Certains éléments peuvent orienter le pronostic :

- L'**âge** de la patiente : les cancers du sein chez les patientes jeunes se soignent moins bien que chez les patientes plus âgées ;
- L'**aspect de la tumeur** : une grosse tumeur sera plus difficile à traiter ;
- Les **particularités microscopiques** de la tumeur ;
- La présence de **signes d'inflammation**, ou l'**atteinte des ganglions axillaires**, ou encore la présence de **métastases** dans d'autres organes sont les signes de plus grande gravité ;
- L'activation du **gène HER2** est également un signe de gravité ;
- Les cancers dits « **hormonodépendants** » sont d'un meilleur pronostic.[1]

Chapitre III. La prise en charge médicale

Afin d'aborder les soins de support en officine après une chirurgie du cancer du sein, il est nécessaire de comprendre ce qui se fait en amont : la prise en charge médicale. « Prise en charge médicale » signifie ici l'ensemble des traitements thérapeutiques réalisés pour guérir la patiente ou pour contrôler la progression du cancer. Dans l'arsenal thérapeutique des traitements contre le cancer du sein, on retrouve : la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, la thérapie ciblée et l'hormonothérapie. [2]

Selon les cas, les objectifs des traitements peuvent être :

- La **suppression de la tumeur ou des métastases** ;
- La **réduction du risque de récurrence** ;
- Le **ralentissement** de la **prolifération** de la tumeur ou des métastases
- La **prise en charge des symptômes** provoqués par la maladie pour améliorer la qualité de vie de la patiente.

Dans certains cas, un seul type de traitement est nécessaire. Dans d'autres cas une association de traitements est importante pour contrôler le cancer ou sa progression. Il est donc possible, de réaliser une chirurgie, puis compléter la thérapie par une chimiothérapie ou une radiothérapie. Le traitement complémentaire est appelé traitement adjuvant.

Par ailleurs, dans certains cas, comme dans le cancer inflammatoire, la chirurgie peut être précédée d'une chimiothérapie ou d'une hormonothérapie, on parle alors de traitement néoadjuvant.

Le **choix de la thérapie** la plus adaptée se fait en fonction des caractéristiques suivantes :

- Le **type de cancer** et la **localisation** de la tumeur dans le sein ;
- Le fait qu'il ait un seul ou plusieurs **foyers cancéreux** ;
- Le **stade** du cancer au moment du diagnostic ;
- Le **grade** ;
- La présence des **récepteurs hormonaux ou HER2** sur les cellules cancéreuses ;
- Les **caractéristiques de la patiente** telles que : son âge, la ménopause, les antécédents personnels médicaux, les éventuelles contre-indications aux traitements...

À la suite d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), réunissant différentes spécialités telles que chirurgiens, oncologues, pathologistes... une proposition de traitement sera établie. Cette proposition s'appuie sur les recommandations de bonne pratique.

Le traitement choisi sera annoncé et expliqué à la patiente au cours de la consultation d'annonce. Les modalités du traitement seront décrites dans un programme personnalisé de soins, une fois que la patiente aura donné son accord. Il est également possible de proposer à la patiente de participer à un essai clinique. [2]

Comme vu auparavant, la thérapie ne sera pas la même suivant les types de cancers. Dans le cas des **carcinomes du sein *in situ***, sont distingués les carcinomes touchant les **canaux** du sein et ceux touchant les **lobules** du sein.

- Le traitement d'un carcinome **canalaire *in situ*** est principalement **locorégional** :
 - o Soit une *chirurgie mammaire conservatrice* dans un premier temps, puis une *radiothérapie* dans un deuxième temps. La chirurgie conservatrice est aussi appelée tumorectomie. La chirurgie peut s'accompagner d'une exérèse du ganglion sentinelle ;
 - o Soit une *chirurgie non conservatrice* du sein appelée aussi mastectomie dans laquelle on enlève l'intégralité du sein où est situé la tumeur.
- Le traitement d'un carcinome **lobulaire *in situ*** est basé sur une *surveillance régulière*. Dans certains cas, une biopsie chirurgicale ou une exérèse peuvent être proposées.

Dans le cas d'un **cancer du sein infiltrant non métastatique**, la thérapie repose principalement sur un traitement **locorégional** :

- Soit une *mastectomie partielle avec curage ganglionnaire*, puis une *radiothérapie* ;
- Soit une *mastectomie totale avec curage ganglionnaire*, puis si besoin une radiothérapie.

En fonction de la présence ou non de facteurs de risque de récurrence tels que la taille de la tumeur, le degré d'agressivité, la surexpression de la protéine HER2..., le traitement principal peut être suivi d'un traitement complémentaire :

- Dans le cas d'une tumorectomie : une radiothérapie de la glande mammaire peut être réalisée. En fonction de l'âge de la patiente, une dose additionnelle appelée « boost ou suppression » pourrait être faite sur la région du sein où se trouvait la tumeur avant l'intervention.
- Dans le cas d'une mastectomie : une radiothérapie de la paroi thoracique et des aires ganglionnaires peut être mise en place. Peu importe le type de chirurgie réalisée, il sera mis en place d'un côté une chimiothérapie associée à une thérapie ciblée si la tumeur est HER2+, et de l'autre côté une hormonothérapie si la tumeur est hormonosensible.

Dans le cas d'un **cancer du sein métastatique**, le traitement principal est **systémique**. Il s'agit de médicaments de chimiothérapie, de thérapie ciblée et/ou d'hormonothérapie si le cancer est hormonosensible. Un traitement **locorégional** comme la chirurgie ou une radiothérapie peut être mis en place, il sera toujours associé à un traitement systémique.

Concernant le délai entre les traitements :

- Si le seul traitement complémentaire de la chirurgie est la radiothérapie, alors le délai entre les deux traitements ne doit pas dépasser 12 semaines ;
- Lorsque la chimiothérapie et la radiothérapie sont prescrites après la chirurgie, le plus souvent on réalise la chimiothérapie en premier afin de réduire les effets indésirables. En effet, certains médicaments de chimiothérapie induisent des effets indésirables importants lorsqu'ils sont administrés après la radiothérapie. La radiothérapie démarre au maximum 5 semaines après la chimiothérapie.
- 6 mois maximum ne doivent pas être dépassés entre la chirurgie et le début d'une radiothérapie. [2]

Dans ce chapitre seront abordées les thèmes suivants : dans un premier temps la chirurgie, puis la radiothérapie, et enfin la « chimio ».

1. La chirurgie

Dans la prise en charge des cancers du sein, la chirurgie consiste : soit à enlever la tumeur, on parle de **tumorectomie**, soit à enlever la totalité du sein, on parle alors de **mastectomie**.

Dans certains cas, un curage axillaire peut être réalisé, c'est-à-dire une ablation des ganglions de l'aisselle qui drainent la région atteinte. [1]

La chirurgie est une opération réalisée le plus souvent en **première intention**, avant les autres thérapies dans la prise en charge du cancer du sein. Elle peut être suivie d'une chimiothérapie et/ou d'une radiothérapie et/ou d'une hormonothérapie et/ou d'une thérapie ciblée. Il est possible qu'elle soit précédée d'un traitement néoadjuvant afin de réduire la taille de la tumeur, dans le but de faciliter l'intervention chirurgicale. [2]

1.1. L'avant chirurgie

Deux consultations sont programmées avec la patiente avant la chirurgie :

- La consultation **avec le chirurgien** : elle a pour but d'expliquer à la patiente les objectifs de l'intervention, mais aussi d'expliquer tout le cheminement de l'opération. Le chirurgien informe également la patiente qu'un échantillon de la tumeur sera analysé dans le but de déterminer si les cellules sont sensibles à des traitements ciblés qui pourraient être initiés après l'opération. Il peut demander le consentement de la patiente pour la conservation d'un échantillon de la tumeur dans le but d'effectuer des recherches ultérieurement. Lors de cette consultation, la patiente peut poser toutes les questions concernant le déroulement de l'intervention. [8]
- La consultation **avec l'anesthésiste** : elle consiste à évaluer les risques liés à l'anesthésie. L'anesthésiste prend en compte les antécédents médicaux et chirurgicaux de la patiente. Un bilan de santé de la patiente est réalisé. [2]

Lors de ces consultations, l'arrêt du tabac quelques semaines avant l'opération est recommandé, ceci permet de réduire les complications postopératoires. [2]

1.2. Types de chirurgies

Il existe deux types de chirurgies : la chirurgie **conservatrice** et la chirurgie **non conservatrice**. Le choix du type d'intervention à réaliser dépendra de raisons médicales ou dans certains cas des préférences de la patiente. Dans le cas où les deux types d'opérations peuvent être effectués avec une efficacité similaire, la préférence de la patiente peut peser dans le choix final de la chirurgie à réaliser. [8]

1.2.1. La chirurgie conservatrice

Elle est aussi appelée **tumorectomie** (*figure 18*), segmentectomie ou encore mastectomie partielle. Il s'agit d'une opération qui a pour but de retirer la tumeur et une quantité infime des tissus qui entourent la tumeur, tout en conservant la plus grande partie du sein. Cette intervention est privilégiée aussi souvent que possible. Elle est généralement suivie d'une radiothérapie du sein. [2]

Elle est indiquée lorsque la tumeur est unifocale et/ou petite ou encore s'il y a plusieurs petites tumeurs proches les unes des autres. [1]

Avant de réaliser cette chirurgie, un **repérage mammaire** est effectué, il consiste à repérer l'anomalie de façon précise, afin que la tumeur soit retirée plus facilement, tout en enlevant le moins de tissu sain possible. Il peut être fait à l'aide d'un marquage à l'encre sur la peau en face de l'anomalie ou via un fil métallique fin, placé à l'intérieur du sein au niveau de la tumeur. [8]

L'intervention chirurgicale se déroule de la manière suivante :

- Tout d'abord, l'**anesthésie** est réalisée ;
- Le chirurgien pratique une **incision** proche de la tumeur afin de la retirer avec une infime quantité de tissu sain autour. Cette zone est nommée « marge de sécurité » ;
- L'objectif est aussi de conserver une grande partie des éléments du sein tels que l'aréole, le mamelon. Dans certains cas, le chirurgien peut être amené à enlever ces éléments, par exemple si la tumeur se situe derrière eux ;
- Dans certains cancers comme le cancer infiltrant, une exérèse d'un ou deux ganglions peut être réalisée, le plus souvent au cours de la même intervention. Cela permet de déterminer l'expansion de cellules cancéreuses en dehors du sein, ce qui peut amener à une seconde incision au niveau du sein ;
- Une fois tout retiré, la peau est refermée à l'aide de **points de suture ou d'agrafes** recouverts d'un **pansement**. [8]

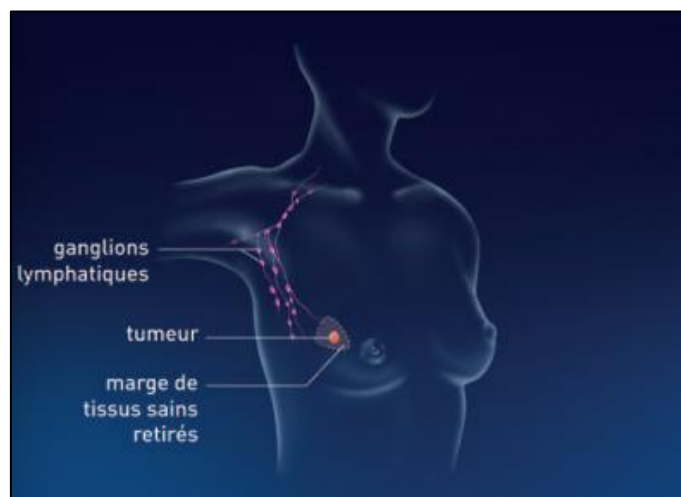


Figure 18 : La chirurgie conservatrice [8]

1.2.2. La chirurgie non conservatrice

La chirurgie non conservatrice est également appelée **mastectomie** (figure 19), elle consiste à enlever l'intégralité de la glande mammaire atteinte. [2] Environ un tiers des opérations du cancer du sein est une mastectomie. Elle est réalisée lorsque la tumeur est volumineuse, mal placée, multifocale ou encore s'il s'agit d'un cancer inflammatoire. Le choix de cette intervention peut se justifier lorsqu'il n'est pas possible de réaliser une radiothérapie après la chirurgie pour diverses raisons. [1]

Avant de réaliser une chirurgie non conservatrice, il est possible d'envisager une éventuelle **reconstruction mammaire**, afin de garantir l'apparence physique de la patiente et l'image de soi.

Pendant l'intervention, deux chirurgies sont possibles :

- Soit le chirurgien peut réaliser une **mastectomie totale** : elle consiste à enlever le **sein** ainsi que le revêtement des muscles du thorax qu'on appelle **fascia pectoral**. Cependant, les nerfs, les muscles du thorax et les ganglions ne sont pas touchés. Cette chirurgie est indiquée lorsqu'on diagnostique la maladie à un stade précoce.
- Soit le chirurgien réalise une **mastectomie radicale modifiée** : ici, il est question de retirer le **sein**, le **fascia pectoral** et certains **ganglions lymphatiques** qui seront analysés dans le but de détecter la présence de cellules cancéreuses, afin de déterminer la suite de traitement. [8]

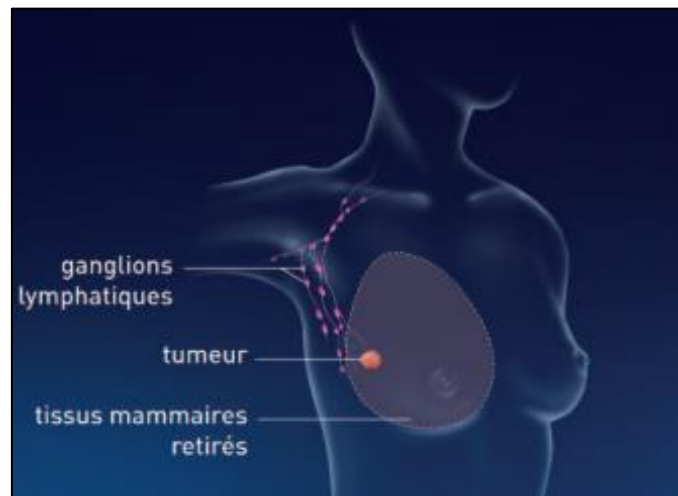


Figure 19 : La mastectomie totale [8]

1.3. Techniques d'ablation des ganglions

Il existe 2 techniques pour retirer les ganglions axillaires : l'exérèse du ganglion sentinelle et le curage axillaire.

1.3.1. L'exérèse du ganglion sentinelle

L'exérèse du ganglion sentinelle (*figure 20*) consiste à **retirer les premiers ganglions lymphatiques de l'aisselle** les plus proches de la tumeur. Le but de cette intervention est de déterminer avec précision le niveau d'extension de la tumeur afin de mettre en place un traitement complémentaire adapté.

Elle est réalisée en cas de cancer infiltrant de petite taille et en absence d'adénopathie maligne. Il est également possible de la réaliser lorsqu'une micro-invasion est suspectée après les résultats de la radiologie ou de la biopsie, mais aussi en cas de cancer canalaire *in situ* étendu ou palpable, traité par mastectomie totale.

L'exérèse des ganglions sentinelles se déroule de la façon suivante :

- Le chirurgien commence par **injecter un produit de contraste** au voisinage de la tumeur afin de localiser les ganglions sentinelles. Les produits de contraste les plus utilisés sont le bleu patenté et un produit radioactif ;
- Après injection, le produit de contraste est absorbé par les vaisseaux lymphatiques et circule jusqu'aux premiers ganglions lymphatiques en amont de la tumeur ;
- En fonction du produit de contraste utilisé, la technique de recherche des ganglions sera différente : Si le colorant utilisé est le bleu patenté, alors les ganglions seront teintés en bleu. Si une substance radioactive est utilisée, alors la recherche des ganglions marqués se fera via scintigraphie et grâce à une sonde de détection radioactive ;
- Une fois le repérage fait, les **ganglions sont retirés et analysés par microscopie**. L'analyse peut se faire immédiatement, au cours de l'intervention, elle est qualifiée d'examen extemporané. La durée d'analyse est de quelques minutes. Pendant ce temps, la patiente reste sous anesthésie générale en attendant le résultat. En fonction du résultat, le chirurgien adapte le type de chirurgie en pratiquant ou pas un curage axillaire ;
- L'examen anatomopathologique des ganglions sentinelles se fait toujours après l'intervention. En cas de présence de cellules cancéreuses, les ganglions sont positifs, et une seconde chirurgie peut être programmée afin de réaliser un curage axillaire. Si les ganglions sentinelles ne contiennent pas de cellules cancéreuses, alors ils sont négatifs, les autres ganglions lymphatiques seront laissés en place.

L'examen extemporané ne remplace pas l'examen anatomopathologique définitif qui est systématiquement réalisé après l'opération.[8]

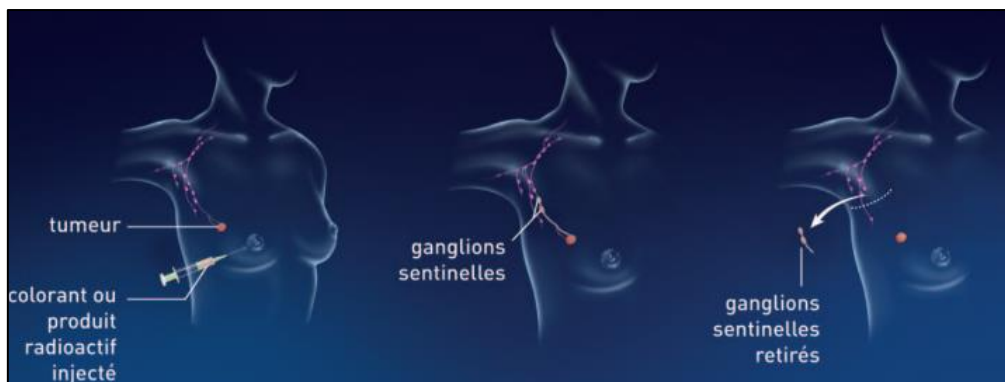


Figure 20 : L'exérèse des ganglions sentinelles [8]

1.3.2. Le curage axillaire

Le curage axillaire consiste à enlever un certain nombre de ganglions lymphatiques de l'aisselle, dans le but de retirer les cellules cancéreuses qui auraient pu se propager jusqu'aux ganglions lymphatiques, afin de **réduire le risque de récurrence** du cancer. Son objectif est aussi de préciser le **niveau de progression** de la maladie et de contribuer aux **choix des traitements complémentaires** de la chirurgie.

Il est réalisé en cas de cancer infiltrant : lorsqu'il est impossible de pratiquer une exérèse du ganglion sentinelle ou lorsque les ganglions sentinelles présentent des cellules cancéreuses.

Le chirurgien effectue le curage sous anesthésie générale, le plus souvent au cours de l'opération du sein. 8 à 10 ganglions sont enlevés et vont faire l'objet d'une analyse anatomopathologique.

Le retrait de l'ensemble des ganglions est généralement évité car des études ont montré la survie de la patiente n'est pas améliorée, au contraire cela augmente l'apparition des effets secondaires tels que le lymphœdème du membre supérieur. [8]

1.4. L'après chirurgie

Lors de son réveil, la patiente aura sur la zone de chirurgie un **drain** mis en place pendant l'intervention. Ce dernier aura pour but de drainer vers l'extérieur le sang et la lymphe pouvant s'accumuler au cours de la cicatrisation. Le drain sera retiré sur décision du chirurgien lorsque la quantité de liquide évacué est presque nul.

Généralement, pour lutter contre la douleur postopératoire, des **morphiniques** à libération immédiate et à libération prolongée sont administrés.

Dans le cas où la patiente serait amenée à rester dans le lit pour une longue durée, il est possible de prescrire des **anticoagulants** afin d'éviter l'apparition d'une phlébite. De plus, une compression veineuse après l'opération est fréquemment préconisée.

La durée d'hospitalisation varie en fonction de la chirurgie réalisée et de l'état de santé général de la patiente. Le plus souvent, elle dure 4 jours maximum. [8]

1.5. Les effets indésirables

Il est important de rappeler que l'apparition d'effets secondaires n'est pas systématique, cela varie en fonction de la patiente et de la chirurgie pratiquée. Il existe des effets indésirables à court terme ou à long terme.

1.5.1. Les effets secondaires à court terme

Un effet indésirable à court terme se manifeste immédiatement après la chirurgie ou encore quelques semaines suivant l'intervention chirurgicale. Généralement, ils sont temporaires. Parmi eux :

- Une **fatigue** : elle pourrait s'expliquer par l'anesthésie, la perte de sang, mais aussi par l'anxiété provoquée par l'intervention ;
- Une **douleur** : elle apparaît directement autour de la zone d'incision et sous le bras. Il est possible de ressentir une sensation de resserrement au niveau de l'aisselle et dans la partie supérieure du bras. Cette sensation disparaît souvent entre 2 et 3 mois après la chirurgie. Pour lutter contre la douleur, un traitement antalgique de différents paliers est mis en place ;
- Un **œdème** : il s'observe souvent au niveau du thorax, de l'épaule et du bras, cependant il se résorbe rapidement ;
- Un **lymphœdème** : le plus souvent engendré lors du curage axillaire qui peut provoquer un gonflement au niveau de l'aisselle dû à une accumulation de la lymphe ;
- Une **infection** : elle peut apparaître sur la zone opérée, elle sera prise en charge par des soins locaux ou des antibiotiques si nécessaire ;
- Une **raideur** : il s'agit d'une faiblesse du bras ou d'une réduction de mobilité ;
- Des **troubles de la sensibilité** : il s'agit de sensations d'engourdissement, de brûlure, de froid ou encore de picotement. Ces troubles sont provoqués lorsqu'un nerf perforant est touché lors de l'opération. Ils disparaissent en partie entre 6 et 12 mois ;
- Une **sensation de déséquilibre** (lors d'une mastectomie totale) ;
- Un **changement de l'image corporelle** : ceci peut altérer l'estime de soi et le lien social de la patiente ;
- Une **réaction allergique** : la fréquence d'apparition est rare, elle peut être due au colorant utilisé pendant l'exérèse du ganglion sentinelle ;
- Une **nécrose** de la peau : son apparition est très rare.[8]

1.5.2. Les effets secondaires à long terme

Les effets secondaires à long terme se manifestent quelque temps après l'intervention et peuvent durer longtemps. Ainsi, il peut apparaître :

- Une **cicatrisation imparfaite** : par exemple, il est possible d'observer une rougeur de la cicatrice, celle-ci s'atténue progressivement. Il existe des dispositifs permettant de favoriser la cicatrisation et des crèmes augmentant la qualité de la cicatrice ;
- Un **lymphœdème du membre supérieur** : il s'agit de l'accumulation du liquide lymphatique au niveau du membre supérieur du côté où la chirurgie a été faite. Souvent, il apparaît en cas de curage axillaire. Il est préconisé de protéger les bras et les mains de coupures, de blessures et de brûlures afin de réduire le risque d'apparition de lymphœdème. Il est également conseillé d'éviter des charges lourdes, les injections et la prise de tension du côté du bras concerné. En cas d'apparition de lymphœdème une prise en charge spécifique sera mise en place ;
- Des **séquelles fonctionnelles** : plus fréquemment, une diminution de la force musculaire, une raideur du bras et/ou de l'épaule peuvent être observées. Lors d'un curage axillaire, les tissus entourant l'épaule peuvent s'enflammer. [8]

1.6. La reconstruction mammaire

Du fait de l'altération de l'image corporelle due à la chirurgie, certaines patientes optent pour une reconstruction mammaire afin de retrouver l'apparence naturelle du corps. La reconstruction mammaire fait partie intégrante de la prise en charge du cancer du sein, elle est souvent réalisée après une chirurgie non conservatrice. Cependant, elle peut être effectuée lors d'une chirurgie conservatrice, notamment lorsque le résultat esthétique de la chirurgie n'est pas satisfaisant pour la patiente.

1.6.1. La prise en charge par l'assurance maladie

La reconstruction mammaire est entièrement **prise en charge à 100%** dans le cadre d'affection longue durée par l'Assurance Maladie. Cependant, certains établissements peuvent faire régler des **dépassements d'honoraires** à la charge de la patiente ou de sa complémentaire santé. Avant de la réaliser, l'établissement doit renseigner la patiente sur toute information concernant les coûts de la chirurgie.

1.6.2. Quand faire la reconstruction mammaire ?

Il est possible de réaliser :

- Une **reconstruction immédiate** : elle est pratiquée en même temps que la chirurgie du cancer du sein, l'intérêt est d'engendrer moins de stress pour la patiente en évitant une deuxième opération ;
- Après la fin des traitements, une **reconstruction différée** du sein est effectuée dans le cadre d'une nouvelle opération.

Par ailleurs, la patiente peut choisir le moment qui lui semble le plus adapté pour réaliser sa reconstruction mammaire.

1.6.3. Les techniques de reconstruction mammaire

Deux techniques de reconstruction mammaire sont possibles :

- La reconstruction du volume du sein **par prothèse interne** : il s'agit de reconstituer le sein à l'aide d'une prothèse remplie de sérum physiologique ou de gel de silicone. Cette prothèse est insérée sous le muscle de la paroi thoracique. En règle générale, cette technique n'est pas proposée aux patientes ayant subi ou qui subiront une radiothérapie sur le thorax.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none">- Intervention simple et durée d'hospitalisation courte- Prothèse introduite par la cicatrice de la chirurgie du sein (pas de cicatrice supplémentaire)- Pas de prélèvement de tissus d'une autre partie du corps	<ul style="list-style-type: none">- Résultat figé (sein moins naturel)- Parfois une chirurgie de l'autre sein est nécessaire afin d'équilibrer les deux seins- Possibilité de changer la prothèse au bout de quelques années quand celle-ci est altérée

Figure 21 : Avantages et inconvénients de la reconstruction par prothèse interne [8]

Il est important qu'un **suivi médical régulier** soit mis en place à partir du moment où la prothèse est installée. De plus, le chirurgien doit informer sa patiente des éventuelles complications tardives :

- Une réaction fibreuse autour de l'implant pouvant être douloureuse ;
 - Un suintement dû à la rupture de la prothèse ;
 - Un déplacement de la prothèse.
- La reconstruction du sein **par lambeau** : cette technique consiste à constituer le volume du sein à l'aide des tissus de la patiente. Les tissus prélevés peuvent être du tissu adipeux, du muscle ou de la peau. Cependant, cette technique est contre-indiquée chez les fumeuses, car elles ont une moins bonne vascularisation tissulaire.

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> - Technique satisfaisante d'un point de vue esthétique - Forme et souplesse du sein plus naturelles (moins figé qu'un implant mammaire) 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention longue et plus complexe qu'une pose d'implant mammaire - Temps d'obtention de résultat satisfaisant long (12 à 18 ans) - Nouvelle cicatrice sur la zone de prélèvement de lambeau

Figure 22 : Avantages et inconvénients de la reconstruction par lambeau [8]

Les complications pouvant survenir après cette technique : une infection, un hématome, une accumulation de liquide dans la zone du tissu retiré, une nécrose du lambeau par défaut de vascularisation...

Quelle que soit la technique utilisée, la reconstruction mammaire nécessite 2 ou 3 interventions. Entre chaque intervention, il y a un intervalle de 3 à 6 mois :

- Lors de la première opération le volume du sein est reconstitué ;
- La deuxième intervention a pour but d'harmoniser les deux seins afin d'avoir une apparence naturelle ;
- La troisième opération peut être regroupée avec la deuxième, elle pourrait consister à refaire l'aréole et/ou le mamelon. [8]

2. La radiothérapie

La radiothérapie est une thérapie qui utilise des **rayonnements ionisants** pour détruire les cellules cancéreuses et inhiber leur prolifération. Les rayonnements ionisants se définissent comme étant des faisceaux de particules qui transportent une énergie qui leur permet de traverser la matière et de la modifier. Deux types de radiothérapie existent :

- La radiothérapie **externe** : un accélérateur de particules produit des rayonnements qui seront dirigés dans la zone à traiter. C'est la radiothérapie la plus utilisée dans les cancers du sein.

- La **curiethérapie** : peu utilisée dans le cadre du cancer du sein, elle consiste à placer une source radioactive ou radio-isotope dans le corps, directement au contact de la zone à traiter. Le radio-isotope le plus utilisé est l'Iridium 192, il dégage une faible énergie facilement absorbée par les tissus avoisinants.

Pour traiter un cancer du sein par radiothérapie, quatre zones du corps peuvent être ciblées :

- La glande mammaire, après une tumorectomie ;
- La région où se trouvait la tumeur avant la tumorectomie ;
- La paroi thoracique après mastectomie ;
- Les ganglions de la chaîne mammaire interne et les ganglions sus-claviculaires.

2.1. Indications à la radiothérapie

Pour les **cancers du sein *in situ* et infiltrant**, on peut utiliser une radiothérapie adjuvante dans le but de détruire les cellules cancéreuses afin de réduire le risque de récurrence. Dans certains cas de **cancers métastatiques**, une radiothérapie peut être prescrite dans le but de contrôler l'évolution de la maladie ou encore pour traiter des métastases cérébrales ou osseuses.

Généralement, après une **tumorectomie** ou une « mastectomie partielle », une radiothérapie externe de la glande mammaire est réalisée. Il est possible d'effectuer une dose additionnelle soit par radiothérapie externe, soit par curiethérapie en présence de facteurs de risque de récurrence, on parle aussi de « boost » ou de « suppression ».

Après une **mastectomie totale**, la paroi thoracique peut être irradiée en cas de cancer infiltrant et en présence de facteurs de risque. De plus, selon le niveau d'envahissement ganglionnaire, une irradiation des ganglions est discutée. [8]

2.2. Le déroulement de la radiothérapie

L'administration de la radiothérapie est un travail interdisciplinaire coordonné par l'oncologue. Cette équipe interdisciplinaire est composée de : manipulateurs de la radiothérapie, physicien et dosimétriste. Les différentes étapes du traitement par radiothérapie lors d'un cancer du sein sont :

- Le **repérage** : réalisé par l'oncologue radiothérapeute, cette étape consiste à cibler la zone sur laquelle seront dirigés les rayons, à définir les organes à protéger tels que le cœur et le poumon, mais également à définir précisément la position à prendre lors des séances. Afin d'avoir une cible précise et une image en 3 dimensions, un scanner centré est réalisé dans la zone à traiter. De plus, un marquage est imposé sur la peau de la patiente sur la zone à traiter.
- La **dosimétrie** : cette étape correspond à la détermination de la distribution de la dose de rayons à irradier sur la zone cible. Le but est aussi d'optimiser l'irradiation de manière à traiter la zone cible tout en épargnant les tissus voisins.
- Le **traitement** proprement dit : le traitement par radiothérapie est effectué le plus souvent en ambulatoire. La radiothérapie complémentaire après une chirurgie conservatrice dure environ 5 semaines (1 séance par jour et 5 jours par semaine). La dose administrée est de 50 Gy, en 25 fractions de 2 Gy.
Dans certains cas précis, un schéma hypofractionné est réalisé, c'est-à-dire que l'administration de la radiothérapie se fait sur une courte période.

Dans d'autres cas, il est possible de mettre en place une dose supplémentaire de 16 Gy, pouvant être administrée au niveau de la tumeur en 1 à 2 semaines.

Pendant la séance, la patiente est installée seule dans la salle d'irradiation, dans la position établie lors de l'étape de repérage. La salle d'irradiation respecte les conditions de protection contre les rayonnements ionisants. Le temps d'irradiation est très court, de l'ordre de quelques minutes.

- Le **suivi** : des consultations sont programmées régulièrement avec l'oncologue radiologue pendant le traitement, afin de s'assurer du bon déroulement de la radiothérapie.

Il est important de dire à la patiente que le traitement par radiothérapie externe ne rend pas radioactive.

2.3. Les effets secondaires

Les effets secondaires sont variables en fonction de la cible, de la dose à administrer, de la technique utilisée, de la sensibilité personnelle... Même si la zone à traiter est bien définie, les rayons ionisants finissent toujours par toucher une partie du tissu sain autour de la tumeur. Le fait de toucher le tissu sain explique l'apparition de certains effets secondaires. Il en existe 2 types : les effets secondaires immédiats et les effets secondaires tardifs.

2.3.1. Les effets secondaires immédiats

Ce sont des effets secondaires **aigus** et **temporaires**, ils apparaissent pendant le traitement ou quelques semaines après la radiothérapie. Parmi ces effets secondaires :

- La **rougeur** de la peau : il s'agit de la réaction la plus fréquente qui apparaît souvent à partir de la troisième semaine de traitement. Elle disparaît progressivement tout en laissant une coloration brunâtre avant le retour à un aspect normal de la peau ;
- Une **gêne à la déglutition** : sa fréquence d'apparition est faible, elle peut apparaître lorsque les ganglions lymphatiques situés proche de la clavicule sont exposés aux rayonnements ionisants ;
- Un **œdème** du sein : il apparaît lorsque la radiothérapie est réalisée après un curage ;
- La **fatigue** : son apparition est multifactorielle, notamment liée à l'appréhension des examens et des traitements, de la radiothérapie et sans compter l'ensemble des rendez-vous que peut avoir la patiente...

2.3.2. Les effets secondaires tardifs

Ce sont des complications **durables**, pouvant apparaître plusieurs mois après la radiothérapie. Parmi ces effets secondaires :

- Des **troubles cutanés** : il est possible d'observer des rougeurs cutanées, une sécheresse de la peau ou encore un changement de couleur de la peau... ;
- La **douleur** au niveau du sein ;
- Un **lymphœdème** du bras ;
- Une **modification de l'apparence du sein** ;

- Des **troubles pulmonaires** : ils peuvent se caractériser par une fièvre, un essoufflement, une toux sèche ou encore une douleur thoracique. Leurs apparitions restent néanmoins peu fréquentes ;
- Des **troubles cardiaques** : l'apparition de cet effet est rare, mais possible si la dose de rayonnements ionisants reçue par le cœur dépasse un certain seuil ;
- Une **raideur de l'épaule** ;
- Un **risque de second cancer** : il s'agit d'un cas exceptionnel, en particulier chez les patientes étant traitées pour un cancer du sein avant 40 ans. [8]

3. « La chimio »

La chimio est en effet le terme générique pour parler d'un traitement anticancéreux, qu'il soit par la voie orale ou par la voie injectable. Il existe 3 types de médicaments anticancéreux permettant de lutter contre le cancer du sein :

- Des molécules de **chimiothérapie** ;
- Des molécules de **thérapie ciblée** ;
- Des molécules d'**hormonothérapie**.

Ces traitements sont **systemiques** car ils agissent dans l'ensemble du corps par la voie systémique, ainsi, ils peuvent cibler les cellules cancéreuses.

Le choix de la molécule à utiliser, la dose d'administration et la posologie varient d'une patiente à une autre en fonction de l'évolution de la maladie, de l'efficacité, mais également de la tolérance au traitement. [8]

3.1. La chimiothérapie

Les molécules de la chimiothérapie sont des médicaments qui agissent sur les **mécanismes de division cellulaire**. Elles agissent directement ou indirectement sur l'ADN. Concrètement, elles arrêtent ou ralentissent le cycle cellulaire des cellules cancéreuses. Cependant, ces molécules touchent également des cellules normales, ce qui engendre les effets indésirables. [8]

La mise en place de la chimiothérapie pour traiter un cancer du sein n'est pas systématique. Elle dépendra du stade du cancer mais également des facteurs de risque de récurrence.

Dans le cas d'un cancer infiltrant, la chimiothérapie peut être mise en place soit en traitement néoadjuvant dans le but de réduire la taille de la tumeur jugée trop volumineuse, soit, elle peut également être mise en place en traitement adjuvant, après une chirurgie du cancer du sein lorsque les examens anatomopathologiques laissent penser que le risque de récurrence est important.

Parmi les médicaments utilisés en chimiothérapie dans la prise en charge d'un **cancer du sein infiltrant**, on peut citer :

- **Cyclophosphamide** : agent cytotoxique de la famille des alkylants. Il est administré par voie intraveineuse ;
- **Docétaxel** ou **Paclitaxel** : agents néoplasiques, de la famille des taxanes, ils agissent comme des poisons du fuseau. Leur administration est réalisée par la voie intraveineuse ;

- **Méthotrexate** : agent cytotoxique de la famille des antimétaboliques, administrable en intraveineux ;
- **5 fluoro-uracile** : aussi appelé 5-Fu, il s'agit d'un agent cytotoxique de la famille des antagonistes pyrimidiques, administrable par voie intraveineuse ;
- **Doxorubicine** ou **Epirubicine** : agents néoplasiques de la famille des anthracyclines agissent en inhibant la topoisomérase II. Ils sont administrés par voie intraveineuse.

Dans le cadre de la prise en charge des **cancers du sein métastatiques**, les médicaments de chimiothérapie les plus utilisés sont :

- **Cyclophosphamide** ;
- **Docétaxel** ou **Paclitaxel** ;
- **Capécitabine** : agent cytotoxique de la famille des antimétaboliques et surtout antagoniste pyrimidique. Il s'agit d'un médicament administré par voie orale ;
- **Doxorubicine** ou **Epirubicine** ;
- **Vinorelbine** : agents néoplasiques, de la famille des vinca-alcaloïdes, ils agissent comme des poisons du fuseau. Leur administration est réalisée par la voie intraveineuse ;
- **Gemcitabine** : agent cytotoxique de la famille des antimétaboliques en association avec le paclitaxel pour administration en intraveineux.

Dans la plupart des cas, plusieurs médicaments peuvent être associés, on parle donc de **protocole**. Par exemple, il existe le protocole FEC contenant du 5 fluoro-uracile, de l'épirubicine et du cyclophosphamide.

3.1.1. Déroulement de la chimiothérapie

En pratique, le déroulement de la chimiothérapie est planifié par l'équipe médicale en fonction de la situation de la patiente. Les posologies et le mode d'administration du traitement varient en fonction des médicaments utilisés et de l'objectif thérapeutique. Les schémas d'administration varient également d'un protocole à un autre. Le plus souvent, chaque cure ou chaque séance de perfusion est suivie d'une fenêtre thérapeutique permettant au corps de pouvoir récupérer. Par exemple, dans le cas d'une chimiothérapie adjuvante, généralement, 4 à 6 cures sont mises en place, espacées de 21 jours. De ce fait, le traitement peut s'étendre sur une période de 3 à 6 mois.

Afin de s'assurer que l'administration de la chimiothérapie se fera en toute sécurité, un **examen clinique** et une **numération de la formule sanguine** sont réalisés avant chaque cure. En cas de forte baisse du taux de leucocytes, plus particulièrement des polynucléaires neutrophiles, la dispensation du traitement peut être repoussée, ou encore être modifiée.

Généralement, les médicaments de chimiothérapie sont administrés en perfusion par la voie intraveineuse. Cependant, quelques-uns parmi eux sont administrables par voie orale. C'est le cas de la Capécitabine. Bien que l'administration de la chimiothérapie par voie intraveineuse se fasse le plus souvent à l'hôpital en ambulatoire, il est possible dans certains cas que l'administration du traitement se fasse au domicile de la patiente.

Avant de commencer le traitement, une pose d'un **cathéter central** « Port à Cath » est nécessaire. En effet, l'administration du traitement directement dans les petites veines comme celles du bras peut être toxique pour ces veines, avec un risque d'extravasation pouvant détruire le tissu environnant. Le port à Cath est un dispositif composé d'une chambre implantable et d'un cathéter. Sa pose est réalisée sous anesthésie locale ou encore sous anesthésie générale au moment de la mastectomie. Il est placé le plus souvent sous la peau, et s'abouche directement à la veine cave supérieure. La patiente garde ce dispositif pendant toute la durée du traitement. Généralement, il est bien supporté, il permet à la patiente d'avoir une activité quotidienne normale. Cependant, il peut arriver que la patiente se plaigne d'une gêne au niveau de la zone d'implantation du dispositif lorsque celle-ci est en frottement avec un objet extérieur, c'est le cas d'une ceinture de voiture. L'administration de la chimiothérapie se fait directement dans la chambre implantable, à travers la peau. Afin de limiter la douleur lors de l'injection du médicament, des patchs anesthésiques locaux peuvent être mis en place sur la zone d'injection quelques minutes avant l'administration.

Par ailleurs, il existe un autre dispositif permettant l'administration de la chimiothérapie par voie intraveineuse. Il peut être mis en place en périphérie, au niveau de la veine périphérique profonde du bras, dont l'extrémité se trouve à la terminaison de la veine cave supérieure. C'est le cas du **dispositif PICC-Line**. [8]

3.1.2. Les effets indésirables et conseils

Les effets indésirables de la chimiothérapie sont **multiples**, ils varient en fonction du médicament utilisé, du dosage et de la patiente. Ces effets indésirables peuvent être plus ou moins graves. Les effets indésirables considérés comme étant graves doivent être pris en charge le plus rapidement possible et peuvent entraîner la modification du traitement ou l'arrêt momentané de la chimiothérapie. Parmi ces effets indésirables, il existe :

- Des **troubles hématologiques** : du fait de leur action, les traitements de chimiothérapie provoquent très souvent des troubles hématologiques, en diminuant les taux des cellules sanguines. On peut donc observer :
 - Une *leucopénie*, il s'agit d'une diminution des leucocytes. La leucopénie s'accompagne le plus souvent d'une *neutropénie*, c'est-à-dire d'une baisse en polynucléaires neutrophiles (une composante des cellules leucocytaires). La diminution des cellules leucocytaires entraîne un risque accru d'infection du fait de la réduction des capacités de défense de l'organisme. Cet événement apparaît habituellement entre le 8^e et le 12^e jour post chimiothérapie. [8] On parle de la période du NADIR. [15]
 - Une *anémie*, correspondant à une diminution du taux d'hémoglobine. Du fait de l'anémie, le corps est mal oxygéné. Les premières manifestations de l'anémie sont la fatigue et la pâleur.
 - Une *thrombopénie*, une diminution de thrombocytes augmentant le risque d'hémorragie.

Une baisse importante du taux de leucocytes, d'hémoglobine et de thrombocytes peut apparaître de façon simultanée entre 1 et 3 semaines post chimiothérapie, on parle alors d'**aplasie médullaire**. Afin de réaliser la chimio en toute sécurité, il est important de réaliser une numération de la formule sanguine. En dessous d'un certain taux de cellules sanguines, la séance de chimiothérapie peut être repoussée ultérieurement.

En cas de fort risque de leucopénie et de neutropénie, il est nécessaire de prescrire des facteurs de croissance de la lignée granulocytaire (la lignée blanche) afin de stimuler la production de ces cellules au niveau de la moelle osseuse. Il existe également des facteurs de croissance pour stimuler la production des globules rouges. Ils sont prescrits en cas de forte anémie. Par ailleurs, une transfusion sanguine peut être réalisée dans des rares cas de baisse importante du taux d'hémoglobine et de thrombocytes. [8] [16]

Il est donc important que le pharmacien conseille sa patiente concernant des éventuels effets indésirables pouvant apparaître, en particulier la fièvre qui peut signifier une infection. Une **prise de température régulière, l'éviction des situations propices aux infections, l'éviction de l'usage d'antipyrétiques en systématique** sont des règles de bonne conduite en post chimiothérapie. En cas d'apparition de signes infectieux, il est également du rôle du pharmacien d'orienter sa patiente vers le médecin. [15]

- **Des troubles digestifs :**

- *Nausées et vomissements* : les nausées ne sont pas systématiques, elles peuvent apparaître dans les 24 heures qui suivent la chimiothérapie et peuvent durer jusqu'à 3 jours après la perfusion. Des antiémétiques peuvent être prescrits avant, pendant et après la chimiothérapie pour anticiper cet effet indésirable et réduire le risque de vomissement.

Il est important de rappeler à la patiente d'éviter les repas lourds, épicés, gras..., et le tabac. Il est plutôt intéressant de conseiller des aliments tièdes, moins odorants, le fractionnement des repas et des boissons. [8] [16]

- *Diarrhées* : afin de réduire le risque de leur apparition, des antidiarrhéiques peuvent être administrés. Avant la prise en charge médicamenteuse, les règles hygiéno-diététiques sont à mettre en place en priorité. La consommation des aliments pauvres en fibres, à base de riz, de carottes cuites, de banane... est recommandée. En cas de diarrhée persistante, associée à de la fièvre et des vomissements, une hospitalisation en urgence est nécessaire. [8] [16]

- *Lésions de la bouche* : certains médicaments peuvent entraîner des inflammations au niveau de la muqueuse buccale. On parle donc de mucites. Ces lésions peuvent se manifester sous forme d'aphtes, de douleur, d'érythème (rougeur au niveau de la muqueuse).

Afin de limiter ces lésions, il est important d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire, de réaliser des bains de bouche après chaque repas, de s'hydrater régulièrement et de privilégier des aliments mous ou mixés. Cependant, les aliments épicés ou acides, les bains de bouche à base d'alcool, le tabac et l'alcool sont à éviter. [8] [16]

- La **toxicité cardiovasculaire** : cette toxicité s'observe le plus souvent avec les médicaments de la famille des anthracyclines. Elle nécessite une surveillance par examen clinique et un contrôle de la fonction cardiaque par électrocardiogramme.
- La **toxicité cutanéomuqueuse et des phanères**. [8] [16]

- **Autres toxicités :**

- Toxicité *cutanée* : elle peut se manifester par des érythèmes, des plaques, des dessèchements ou encore des tiraillements de la peau. Un des cas les plus fréquents de toxicité cutanée est le syndrome main-pied, se caractérisant par des érythèmes, des œdèmes ou encore une sècheresse cutanée au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds. [8] [16]
Afin de limiter ces troubles, il est important d'avoir une bonne hygiène des mains et des pieds, d'hydrater régulièrement la peau et d'avoir une protection solaire. Il est également conseillé d'éviter l'exposition au soleil, les activités entraînant le frottement de la peau, les bains chauds...
En cas de syndrome main-pied, une crème hydratante à base d'urée 10% peut être conseillée par le pharmacien. [15] [16]
- *Modification et fragilisation des ongles* : afin de limiter ces effets indésirables, il est recommandé de porter des chaussures confortables et des gants de protection pour les travaux ménagers. Il est également recommandé de couper les ongles courts. Les gants et chaussons réfrigérants peuvent être proposés pendant la perfusion de la chimiothérapie.
De plus, des vernis à base de silicium peuvent être proposés en pharmacie pour entretenir les ongles. [8] [16]
- *Alopécie* : il s'agit de la chute de cheveux, cela peut être difficile à vivre pour la patiente. Elle est progressive et temporaire. Généralement, elle se manifeste 3 semaines après la première chimiothérapie. Souvent, la repousse des cheveux a lieu autour de 6 semaines après le traitement. [8] [16]
En prévention, au cours de la séance de chimiothérapie, un casque réfrigérant peut être utilisé pour réduire l'impact de la chimiothérapie sur les follicules pileux. [16] [17]
Par ailleurs, il existe des médicaments permettant de stimuler la croissance capillaire, c'est le cas du Minoxidil. Il peut être conseillé et délivré en pharmacie, quelques semaines après la chimiothérapie. D'autres soins de support peuvent être également proposés à la patiente, tels qu'une prothèse capillaire ou encore une greffe capillaire. [16] [17]
- *Troubles neuropathiques* : ces troubles se manifestent par une sensation d'engourdissement ou de fourmillement ou encore par des douleurs pouvant être handicapantes. [8] [16]
- *Douleurs musculaires et articulaires* : elles peuvent apparaître notamment avec l'utilisation des taxanes. [16]
- *Fatigue* : elle est multifactorielle, elle est causée par la maladie, l'anémie, la perte de poids, les nausées et les vomissements générés par le traitement... [16]

3.2. La thérapie ciblée

Les thérapies ciblées bloquent des **mécanismes spécifiques** des cellules cancéreuses. Ces molécules ont pour but de stimuler le système immunitaire endormi par le cancer et de le rendre compétitif afin d'éliminer les cellules cancéreuses. [18]

Les thérapies ciblées les plus utilisées sont reprises dans le tableau ci-dessous (*figure 23*) avec leurs indications, leurs mécanismes d'actions et leurs voies d'administration.

Molécules	Spécialités	Indications	Mécanismes d'action	Voie d'administration
Trastuzumab	Herceptin®	Cancers du sein HER2 +	Anticorps monoclonal qui bloque les récepteurs HER2 situés sur la surface des cellules du sein	Intraveineuse
Bévacizumab	Avastin®	Cancers du sein métastatiques en association avec la chimiothérapie	Anticorps monoclonal qui inhibe l'action de la protéine VEGF en se fixant sur le récepteur VEGFR → inhibe l'angiogenèse des cellules cancéreuses	Intraveineuse
Lapatinib	Tyverb®	Cancers du sein métastatiques HER2 +	Inhibiteur de la tyrosine kinase, capable de bloquer les récepteurs HER2 situé sur la surface des cellules du sein	Orale
Evorolimus	Afinitor®	Cancers métastatiques en association avec certaines hormonothérapies en présence des récepteurs hormonaux +	Il se fixe sur la protéine mTOR située à l'intérieur de la cellule tumorale afin de bloquer sa prolifération et sa division cellulaire	Orale

Figure 23 : Tableau récapitulatif des thérapies ciblées les plus utilisées dans les cancers du sein [8]

Concernant les effets indésirables, certains sont communs aux traitements de la chimiothérapie tels que des **troubles hématologiques**, **l'asthénie**, des **troubles digestifs** (diarrhées, nausées et vomissements). D'autres sont plus spécifiques chez certains médicaments de thérapie ciblée :

- La **toxicité cardiaque** provoquée par le Trastuzumab et le Lapatinib : il est donc important de contrôler régulièrement la fonction cardiaque par des examens cliniques et par un électrocardiogramme.
- **L'hypertension artérielle** et la **toxicité rénale** provoquées par le Bévacizumab : une prise régulière de la tension artérielle est nécessaire afin de détecter et de traiter une possible hypertension. Le suivi de la fonction rénale par la biologie est également recommandé.

- Des **œdèmes** pouvant être induits par l'Everolimus : il est recommandé que la patiente réduise sa consommation en sel dans le but de diminuer la réabsorption hydrique pouvant favoriser l'apparition des œdèmes. On conseille également à la patiente de mesurer régulièrement son poids afin de pouvoir comparer les variations de poids et détecter la présence d'œdèmes. [15] [16]

3.3. L'hormonothérapie

« **L'hormonothérapie** est un traitement qui ajoute, bloque ou enlève des hormones afin de ralentir ou d'interrompre la croissance de cellules cancéreuses qui ont besoin d'hormones pour se développer. » Elle est également appelée « suppression hormonale ». [19]

Certains cancers du sein sont qualifiés d'hormonodépendants, en effet, les hormones féminines naturellement produites par l'organisme telles que les œstrogènes et la progestérone stimulent la croissance des cellules cancéreuses. Le but de l'hormonothérapie est donc d'**empêcher l'action stimulante** de ces **hormones** sur les cellules cancéreuses. [8]

3.3.1. Indications à l'hormonothérapie

Les médicaments d'hormonothérapie sont indiqués dans le cas de **cancer du sein hormonodépendant**. Les indications peuvent varier en fonction des antécédents de la patiente, du stade du cancer, mais également du statut ménopausique de la patiente. Une hormonothérapie adjuvante peut être mise en place après la chirurgie du cancer du sein dans le cas d'un cancer infiltrant localisé ou non métastatique hormonodépendant. Elle est administrée pour une période de **5 ans** et a pour but de réduire le risque de récurrence et, par ailleurs, de réduire le risque de métastase.

Il est possible, mais rare, de retrouver l'hormonothérapie avant la chirurgie. Il s'agit d'hormonothérapie néoadjuvante. En cas de cancer du sein métastatique, une hormonothérapie peut être proposée seule ou en association avec une autre classe thérapeutique à condition que le cancer soit hormonodépendant. [8]

3.3.2. Types de médicaments d'hormonothérapie

Dans la prise en charge de cancers du sein hormonosensibles, il existe 3 types de médicaments d'hormonothérapie :

- Les **anti-œstrogènes** : ils agissent en bloquant l'action des œstrogènes. Sans réprimer la sécrétion œstrogénique, les anti-œstrogènes se fixent sur les récepteurs cellulaires présents sur la surface des cellules du sein à la place des œstrogènes naturellement produits par l'organisme. De ce fait, ils empêchent la stimulation et la prolifération des cellules cancéreuses. [8] Il en existe 2 classes :
 - o Les **SERMs** : ce sont des modulateurs spécifiques des récepteurs aux œstrogènes. Ils agissent donc de manière spécifique sur leur cible (les récepteurs aux œstrogènes). C'est le cas du **Tamoxifène**.
 - o Les **SERDs** : ce sont des molécules qui se lient aux récepteurs aux œstrogènes et entraînent une down-régulation rapide sur ces récepteurs. Le plus utilisé parmi eux est le **Fluvestrant**. [15]

- Les **anti-aromatases** : ces molécules agissent en inhibant l'aromatase, l'enzyme capable de transformer les androgènes en œstrogènes. Parmi eux : le **Letrozole**, l'**Anastrozole** et l'**Exémestane**. [8]
- Les **analogues de la LH-RH** : le mode d'action de ces médicaments consiste à supprimer la production des hormones féminines produites par les ovaires, par un mécanisme de rétrocontrôle négatif. C'est le cas de la **Gosérelina** ou la **Leuproréline**. [15]

Types	Molécules	Non ménopausée	Ménopausée
Anti-œstrogènes	<ul style="list-style-type: none"> • Tamoxifène • Fluvestrant 	Traitement de 1 ^{ère} intention pour une durée de 5 ans	Pendant 3 ans suivi d'un anti-aromatase pour une durée de 3 ans OU pendant 5 ans
Anti-aromatases	<ul style="list-style-type: none"> • Letrozole • Anastrozole • Exémestane 		Traitement de 1 ^{ère} intention pour une durée de 5 ans OU pendant 2 ans, suivi de tamoxifène pour 3 ans
Analogues de la LH-RH	<ul style="list-style-type: none"> • Gosérelina • Leuproréline 	Envisageable au cas par cas pour une durée de 3 à 5 ans	

Figure 24 : Tableau résumant la prise de médicaments d'hormonothérapie en fonction du statut ménopausique [8]

3.3.3. Effets secondaires des médicaments d'hormonothérapie

Les traitements d'hormonothérapie peuvent induire des effets indésirables qui peuvent être variables en fonction du médicament utilisé, mais aussi en fonction de la patiente. Certains effets indésirables plus ou moins gênants au quotidien peuvent entraîner l'arrêt du traitement, constituant ainsi une perte de chance pour la patiente d'où la nécessité d'accompagner et de conseiller une patiente sous hormonothérapie.

- **Effets indésirables des anti-œstrogéniques** (Tamoxifène) : plus fréquemment, on observe des bouffées de chaleur et un dérèglement du cycle menstruel. Il est également possible d'observer une prise de poids probablement due au traitement, à la ménopause et à une baisse d'activité physique. Des anomalies au niveau de l'endomètre et des kystes de l'ovaire peuvent apparaître. Avec une faible probabilité, une perte de cheveux, des douleurs articulaires ou encore des troubles hématologiques peuvent s'observer.
- **Effets indésirables des anti-aromatases** : lors de la prise des anti-aromatases, plusieurs effets secondaires peuvent apparaître tels que des bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, une asthénie, des troubles hématologiques, mais également une diminution de la densité minérale osseuse qui est un facteur de risque d'apparition d'ostéoporose d'où la nécessité de réaliser une ostéodensitométrie osseuse afin d'évaluer la densité osseuse.

- **Effets indésirables des agonistes de la LH-RH** : on retrouve les mêmes effets indésirables que les anti-aromatases. De plus, des troubles de l'humeur, la modification du volume du sein et une hypersudation peuvent être signalés. Chez des patientes avec des métastases osseuses, une hypercalcémie peut être détectée mais cela reste un phénomène rare.

Il est par ailleurs recommandé aux patientes non ménopausées d'utiliser un moyen de contraception pendant et après l'hormonothérapie anti-œstrogénique. Certains d'entre eux sont tératogènes, c'est le cas du Tamoxifène. [8] [16]

Dans la prise en charge médicale du cancer du sein, le pharmacien d'officine a une place importante au sein de l'équipe médicale. Il a pour mission de contrôler la prescription médicamenteuse, de la préparer et de la délivrer. Il a également le rôle d'informer la patiente concernant le mécanisme d'action du médicament, sa posologie, les éventuels effets indésirables pouvant survenir ou encore les potentielles interactions médicamenteuses pouvant exister avec d'autres médicaments ou substances. De plus, il doit assurer le conseil à sa patiente, mais également l'orientation vers un autre professionnel en cas de besoin.

Afin d'assurer l'accompagnement de sa patiente de manière efficiente, le pharmacien a la possibilité d'organiser des entretiens pharmaceutiques avec cette dernière. Ces entretiens ne sont pas réalisés au comptoir mais plutôt dans un espace de confidentialité. Il s'agit de rendez-vous planifiés et préparés par le pharmacien dans le but d'assurer une prise en charge personnalisée et optimale.

Chapitre IV. Les soins de support après une chirurgie du cancer du sein

L'Association Francophone des soins oncologiques de support « AFSOS » définit les soins de support comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires pouvant être proposés à un patient touché par un cancer, en parallèle de traitements spécifiques de la maladie, à savoir : la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et la thérapie ciblée. [20] L'objectif de ces soins est de diminuer les effets secondaires des traitements, mais aussi d'améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage, sur les plans physique, psychologique et social. Les soins de support peuvent être proposés en permanence dès l'annonce de la maladie, pendant et après les traitements. Ils pourront être prolongés selon le besoin du patient jusqu'à la fin de vie, de manière à assurer une qualité de vie optimale. [20]

Le pharmacien d'officine est expert en matière de délivrance de médicaments et de dispositifs médicaux. Il est également le professionnel de santé de proximité, ce qui lui permet de développer une relation de confiance avec sa patientèle et de jouer un rôle fondamental dans son accompagnement. Cet accompagnement présente un aspect psychologique, social et physique. Il permet d'améliorer la qualité de vie des patientes opérées, tout en rétablissant d'une part le regard que ces patientes portent vis-à-vis de leur physique et d'une autre part le regard que peut porter l'entourage ou la société vis-à-vis de ces patientes. [20]

Dans le cadre de cette thèse, uniquement les soins de support pouvant être délivrés en officine après une chirurgie du cancer du sein seront étudiés. Les médicaments pouvant être délivrés en soins de support tels que la phytothérapie ou les médicaments homéopathiques ne seront pas abordés dans ce sujet. Dans ce chapitre, les différents domaines d'intervention du pharmacien après une chirurgie du cancer du sein seront présentés : tout d'abord, sa place dans le processus de cicatrisation, puis son spectre d'action dans la prise en charge d'un lymphœdème, la dispensation de la prothèse mammaire, et pour finir son rôle dans la dispensation de la lingerie adaptée.

1. Cicatrisation

1.1. Définitions

La cicatrisation est un phénomène biologique naturel de **réparation** et de **régénération** des structures cellulaires. Dans ce processus, on distingue trois phases :

- La **détersion** : il s'agit de la phase exsudative dans laquelle on observe l'élimination du tissu dévitalisé (nécrose, fibrine), c'est le nettoyage de la plaie.
- Le **bourgeonnement** : il s'agit de la phase proliférative avec le développement du tissu de granulation. Durant cette phase, la plaie est comblée progressivement.
- L'**épidermisation** : c'est la phase de différenciation avec maturation cellulaire. C'est la phase la plus longue car la peau doit retrouver ses propriétés. [21]

La **durée** de la cicatrisation est **variable**, ainsi, on distingue une plaie aiguë d'une plaie chronique. De manière générale, on considère qu'une plaie est **aiguë** lorsque le délai de cicatrisation est inférieur à 4 semaines. Il s'agit de blessures, de morsures, de plaies traumatiques ou chirurgicales. Les plaies **chroniques** sont des plaies ayant un délai de cicatrisation supérieur à 4 semaines, il s'agit d'ulcères de jambes, escarres... [21]

La plaie post-chirurgicale du cancer du sein est à priori une plaie aiguë. Cependant, la qualité de la cicatrisation peut être impactée, il est donc possible que la patiente présente des **problèmes** de cicatrisation tels que : une cicatrisation excessive ou hypertrophique, une cicatrisation atrophique formant un creux au niveau cutané, une cicatrisation rétractile avec perte d'élasticité ou encore une cicatrisation dyschromique. De plus, le temps de cicatrisation peut être long pour différentes raisons. Il pourrait s'expliquer par une mauvaise hygiène de la plaie, l'usage d'un pansement non adapté, une probable infection de la plaie... [21]

Dès les premiers jours, après la chirurgie, il est nécessaire de mettre en place des **soins efficaces et adaptés à la plaie**. Cette prise en charge se doit d'être optimale dans le but d'avoir un impact sur la durée et sur la qualité de la cicatrisation. Bien que les soins de la plaie soient réalisés par les infirmiers, le pharmacien a bien sa place dans l'accompagnement de la cicatrisation de sa patiente, puisque la délivrance des différents dispositifs nécessaires à la cicatrisation est assurée par le pharmacien d'officine. [22]

1.2. Soins de la plaie

Une plaie propre et bien soignée aura une bonne cicatrisation et présentera peu de complications. Les soins de la plaie sont réalisés avec un **antiseptique local** qui a pour but d'éviter l'infection de la plaie par des micro-organismes situés sur la peau de la patiente. De plus, un **pansement actif** est utilisé pour protéger et favoriser la cicatrisation de la plaie.

Par son expertise dans le domaine des dispositifs médicaux, le pharmacien a un rôle phare à jouer dans la délivrance de pansements et d'antiseptique adaptés, en prodiguant des conseils de bon usage à la patiente, mais aussi aux infirmiers qui réaliseront les soins à domicile.

Durant la phase cicatricielle, les pansements et les soins doivent être adaptés en fonction de l'état de la plaie. De plus, lors de la délivrance de pansements ou d'antiseptiques, le pharmacien a le droit de substituer un dispositif médical par un autre dans l'intérêt de s'adapter à sa patiente. Dans ce cas, il est dans l'obligation de marquer sur l'ordonnance le nom du produit délivré, d'imposer le timbre de la pharmacie et la date de délivrance. En revanche, si le prescripteur appose la mention non substituable sur l'ordonnance, la substitution devient impossible. [22]

1.2.1. Antiseptiques

L'action de l'antiseptique est d'éliminer, de tuer momentanément les micro-organismes ou d'inactiver les virus. Les antiseptiques se distinguent en fonction de leur spectre d'action :

- **Antiseptiques majeurs** : ce sont ceux qui ont un large spectre d'action. Il s'agit de la povidone iodée, la chlorhexidine, l'alcool à 70 degrés et les dérivés chlorés.
- **Antiseptiques mineurs** : il s'agit d'ammoniums quaternaires et d'hexamidine.
- **Antiseptiques à faible activité** : eau oxygénée, acide borique. [21]

Les antiseptiques les plus recommandés et les plus utilisés dans le soin de la plaie après une chirurgie sont ceux qui possèdent un **large spectre d'activité** tels que la povidone iodée (Bétadine®), la chlorhexidine (Biseptine®) et les dérivés chlorés (Dakin®).

Ici le rôle du pharmacien est de dispenser le traitement inscrit sur l'ordonnance du médecin ou de l'infirmier, en délivrant l'antiseptique adapté à la situation de la patiente. De plus, il doit assurer l'**éducation thérapeutique** de sa patiente en la conseillant sur les règles d'hygiène afin d'éviter les possibles infections :

- Le lavage quotidien du corps ;
- Le lavage régulier des mains ;
- La protection de la plaie ;
- Eviter de toucher la plaie ;
- Eviter d'exposer la plaie au soleil ;
- Pratiquer une activité physique adaptée à la plaie...

1.2.2. Pansements actifs

Un pansement est un **dispositif médical** ayant pour but initial la **protection** de la plaie sur la peau vis-à-vis des frottements, des germes ou encore des mouvements inadaptés. Sur une plaie post-chirurgicale, l'utilisation d'un pansement dit actif est nécessaire. En plus de protéger la plaie, le pansement actif peut présenter d'**autres propriétés** telles que : l'absorption d'exsudats ou d'hémorragies ou la compression de la plaie afin de limiter le risque d'hématome et d'œdème post-chirurgical. [23]

Du fait de leurs propriétés, les pansements actifs permettent de **favoriser la propreté** de la plaie et l'**amélioration de la cicatrisation**. Il existe plusieurs types de pansements, le choix du pansement se fait en fonction des caractéristiques, mais aussi du stade de la plaie :

- **Pansements à visée hydratante et protectrice :**
 - *Film semi-perméable* : il s'agit d'un film adhésif stérile composé de polyuréthane. Il est imperméable aux bactéries et aux liquides, mais reste perméable aux échanges gazeux. Son aspect transparent permet de contrôler visuellement l'évolution de la plaie. Cependant, ce pansement n'a aucun pouvoir absorbant.
De manière générale, il est indiqué lors de la phase d'épidermisation de la plaie. Il est utilisé comme pansement primaire, c'est-à-dire directement contre la peau, lorsque la plaie est superficielle et peu exsudative. Il est le plus souvent utilisé comme pansement secondaire, par-dessus un autre pansement de manière à protéger et fixer ce dernier. Parmi les films semi-perméables, on peut citer : Suprasorb®, Tegaderm film®, Mepitel film®... [21]
 - *Pansements gras et interfaces* : les pansements gras sont composés de trames de gaze hydrophile de coton, imprégnée de vaseline ou de paraffine avec un maillage large. Les interfaces sont composées de trames de polyester avec un maillage fin, elles sont également imprégnées de vaseline ou de paraffine. Ces deux pansements ont pour propriété la favorisation de la formation du bourgeon. Cependant, ils ont pour particularité d'être non absorbants. Ils sont indiqués lors de la phase de bourgeonnement ou d'épidermisation de la cicatrisation. C'est le cas du Jalonet®, Urgotul®, Tulle gras MS®...[21]

- *Pansements hydrocolloïdes* : ce sont des polymères associés ou non à la gélatine ou à la pectine ou encore à d'autres composés hydrophiles. Ils ont pour propriété de favoriser la cicatrisation en milieu chaud et humide. Au contact de l'exsudat, un gel se forme afin d'absorber l'exsudat. Cependant, la capacité d'absorption reste faible. Ils sont également semi-perméables (gaz, liquides et bactéries). Ils sont indiqués dans toutes les phases de la cicatrisation à condition que la plaie soit peu exsudative. Parmi eux, nous pouvons citer : Algoplaque[®], Duoderm[®]... [21]
- **Pansements à visée absorbante** :
 - *Pansements hydrocellulaires* : ce sont des polymères absorbants en polyuréthane. Leur capacité d'absorption d'exsudats est élevée, en effet ils peuvent absorber jusqu'à 10 fois leur poids. Ils permettent également le maintien du milieu humide de la plaie. De plus, ils sont semi-perméables aux échanges. Ils sont indiqués en phase de bourgeonnement ou d'épidermisation, lorsque la plaie exsudative.
Par ailleurs, ils sont contre-indiqués en situation de nécrose sèche ou de plaie infectée ou encore de brûlures au 3^{ème} degré. Il existe plusieurs marques de pansements hydrocellulaires telles que Mepilex[®], Allevyn[®], Biatin[®]...[21]
 - *Alginates* : il s'agit de fibres d'alginate, de polysaccharides extraits d'algues brunes, associées ou non au polymère de carboxyméthylcellulose. Ils présentent un fort pouvoir hémostatique, en effet, ils entraînent une activation plaquettaire grâce à l'échange d'ions calcium de l'alginate avec les ions sodium des exsudats. Ils sont également perméables aux liquides et sont dotés d'une capacité d'absorption élevée avec une absorption pouvant aller jusqu'à 15 fois leur poids. De plus, certains parmi eux permettent de contrôler la contamination bactérienne en piégeant les bactéries.
Les alginates sont prescrits pour des plaies superficielles en phase détersive ou en phase de bourgeonnement, pour des plaies très exsudatives et pour des plaies avec des saignements mineurs. Ils sont également indiqués en cas de plaies profondes et hémorragiques. Parmi eux, nous pouvons citer : Algostéril[®], Urgosorb[®], Algisite M[®]...[21]
 - *Pansements hydrofibres* : ils sont constitués de fibres de carboxyméthylcellulose ou de polyacrylate. Ils présentent un haut pouvoir absorbant avec une capacité d'absorption pouvant aller jusqu'à 30 fois leur poids. Au contact d'exsudats, ils se transforment en gel cohésif doux favorisant la cicatrisation en milieu humide. Ils dynamisent également la détersion autolytique de la plaie.
Ils sont indiqués en situation de plaies très exsudatives en phase de détersion, de bourgeonnement ou d'épidermisation. Les plus utilisés parmi eux sont Aquacel extra[®] et Urgoclean[®]. [21]

- **Pansements à visée détersive :**
 - *Pansements hydrogels* : ce sont des gels constitués de plus de 50% d'eau. Ils favorisent la détersion autolytique de la plaie sèche et/ou nécrotique en relarguant de l'eau vers celle-ci de manière à hydrater et à ramollir les tissus. Ils sont donc indiqués le plus souvent en phase détersive. Parmi eux, nous pouvons citer : Duoderm hydrogel®, Urgohydrogel®, Hydrotac comfort®... [21]
 - *Pansements irrigo-absorbants* : ils sont constitués de polyacrylate imprégné de solution de Ringer. Ces pansements présentent un pouvoir absorbant grâce à la forte affinité de la solution de Ringer pour les protéines des exsudats. Le plus utilisé parmi eux reste Hydroclean Active®. [21]

- **Pansements spécifiques :**
 - *Pansements à l'argent* : grâce à son activité antimicrobienne, l'argent réduit la charge microbienne au niveau de la plaie. Ils sont indiqués en situation de plaies avec un retard de cicatrisation lié à une charge microbienne élevée. Il est recommandé d'éviter leur utilisation en cas de réalisation de radiothérapie ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM). Exemples de pansements à l'argent : Mepilex Ag®, Aquacel Ag®, Urgotul Ag®... [21]
 - *Pansements au charbon* : l'ajout du charbon actif aura pour objectif de masquer les odeurs de la plaie. De ce fait, ces pansements sont indiqués en situation de plaies malodorantes, peu importe la phase de la cicatrisation. Pour les illustrer, nous pouvons citer Actisorb® ou encore Carbonet®. [21]

La réalisation d'un pansement post chirurgical (chirurgie du cancer du sein) est une pratique courante, cependant, il n'existe **pas de recommandations détaillées** clarifiant les schémas thérapeutiques à suivre. Une disparité des pratiques s'observe en termes de choix du type de pansement à utiliser. Suivant les établissements de santé ou les prescripteurs, le choix du pansement varie énormément. Après une chirurgie du cancer du sein, le choix du pansement se fait au cas par cas en fonction de la localisation de la suture, de l'état et de la phase de cicatrisation de la plaie. [23]

Lors de la délivrance du pansement, le pharmacien doit **connaitre l'état de la plaie** afin de suggérer une adaptation du traitement au prescripteur si besoin, mais également dans le but d'accompagner au mieux sa patiente. Le pharmacien peut conseiller, en plus du pansement prescrit, du sérum physiologique et des compresses pour assurer le nettoyage de la plaie.

Il est aussi du rôle du pharmacien de rappeler à la patiente ou l'infirmier les caractéristiques de certains pansements, par exemple, le pansement hydrocolloïde tombe tout seul lorsqu'il est saturé ou encore les pansements hydrocolloïdes et certains hydrocellulaires peuvent être découpés.

En plus des conseils d'hygiène de la peau, le pharmacien doit rappeler à sa patiente que le pansement ne doit pas être changé tous les jours, car en changeant son pansement tous les jours, le processus de cicatrisation est retardé. La pharmacie doit également être capable de proposer des solutions pour protéger la plaie afin de faciliter certaines activités quotidiennes. Par exemple, pour la douche, un film adhésif peut être proposé à la patiente.

1.3. Compression médicale

La compression médicale est un **traitement** de base des **maladies veineuses et lymphatiques**, elle est recommandée par la Haute Autorité de Santé. Il s'agit d'un dispositif adapté à la morphologie de la patiente, elle exerce une pression active au niveau de la zone sur laquelle elle est utilisée. La compression médicale diminue les douleurs et contribue à la réduction des œdèmes.

Il est possible de mettre en place une compression médicale du sein opéré dès les premiers jours qui suivent la chirurgie. Afin d'assurer une compression médicale optimale après une chirurgie du cancer du sein, l'officine peut proposer les dispositifs suivants : la lingerie post-opératoire et les patches de compression.

1.3.1. Lingerie post-opératoire

La lingerie post-opératoire (*figure 25*) est un **dispositif médical** pouvant s'adapter à la morphologie de la patiente. La compression par le soutien-gorge post-opératoire **favorise la cicatrisation** de la plaie en immobilisant et stabilisant le sein opéré, ce qui peut aussi réduire la douleur. De plus, elle **diminue le risque d'œdème** post-opératoire en assurant le drainage lymphatique.

Les zones de compression s'exercent autour du bonnet, aucune compression directe n'est appliquée sur le sein. Le choix de ce type de modèle appartient au chirurgien. Le tissu utilisé en lingerie post-opératoire est majoritairement constitué de coton biologique, un matériau respirant et doux pour la peau. Les coutures sont plates afin de limiter le risque d'irritations. Il existe des soutiens-gorge de compression sans couture conçus spécialement pour les femmes ayant subi une chirurgie mammaire. Cette méthode favorise le processus de guérison sans irriter la peau du fait de l'absence de couture dans le soutien-gorge.

Différents niveaux de compression par le soutien-gorge permettent une utilisation ciblée pour différentes méthodes chirurgicales et différents besoins personnels. La lingerie doit être **portée tous les jours** et retirée uniquement pour l'hygiène quotidienne afin d'assurer une compression constante.

Dans le but de faciliter l'accès aux soins infirmiers mais également sa mise en place, l'ouverture du soutien-gorge est placée à l'avant. La fermeture de celui-ci se fait soit à l'aide d'une fermeture éclair, soit par un système d'agrafes-crochets ou encore un système auto-agrippant. Pour protéger la plaie, la lingerie post-opératoire est dotée d'une forme couvrante, exerçant un maintien autour du thorax avec un passage sous aisselle étendu. On trouve une bande sous poitrine large qui assure également le maintien. Afin d'assurer un maintien optimal et un soulagement des épaules et du cou de la patiente, on retrouve des bretelles larges plus ou moins rembourrées et individuellement réglables. Pour assurer la stabilisation du sein opéré ainsi que le maintien uniforme, le bonnet est préformé et extensible. [24]



Figure 25 : Exemple d'une lingerie post-opératoire [25]

1.3.2. Patches de compression

Dans la prise en charge de la cicatrisation, il existe également des patchs compressifs en silicone. Ce sont des **dispositifs médicaux** qui réduisent considérablement le risque de cicatrices excessives dans la zone de la plaie, tout en diminuant la perte d'eau dans la couche superficielle de la peau. Ainsi, ils créent un **environnement humide**, idéal pour la cicatrisation, la peau devient lisse et moins prurigineuse. Le silicone apporte une solution non invasive, en présentant des propriétés de perméabilité à l'air qui garantissent une circulation suffisante de l'oxygène.

Les patchs compressifs seront utilisés plutôt une fois la plaie fermée. Ils sont directement posés au contact de la peau. Il existe plusieurs marques de patchs de compression utilisables après une chirurgie du cancer du sein, nous les illustrerons par la gamme *Amoena Curascar Silicones*® (Figure 26). [24]






Photo Catégorie	Nom du produit	Réf. Coloris	Tailles	Caractéristiques	Composition
 ★★★ advanced	Strips / Bandes étroites	010 transparent	Dimensions : 260 x 35 mm Conditionnement : 1 pièce	• 1 bande de silicone longue et étroite	Polydiméthylsiloxane, film polyuréthane, film de protection en polyéthylène, bandes de protection
 ★★★ advanced	Strips / Bandes étroites	010 transparent	Dimensions : 260 x 35 mm Conditionnement : 4 pièces	• Lot pratique de 4 bandes de silicone longues et étroites	Polydiméthylsiloxane, film polyuréthane, film de protection en polyéthylène, bandes de protection
 ★★★ advanced	Squares / Bandes larges	011 transparent	Dimensions : 260 x 100 mm Conditionnement : 2 pièces	• Bandes de silicone longues et larges pour une couverture fiable des zones de cicatrices plus importantes	Polydiméthylsiloxane, film polyuréthane, film de protection en polyéthylène, bandes de protection
 ★★★ advanced	Mamilla Circles / Couronne	012 transparent	Dimensions : Ø intérieur : 20 mm Ø extérieur : 75 mm Conditionnement : 2 pièces	• Patch de silicone pour cicatrices au niveau de la poitrine (mamelons)	Polydiméthylsiloxane, film polyuréthane, film de protection en polyéthylène, bandes de protection
 ★★★ advanced	Anchors / Ancres	013 transparent	Dimensions : 230 x 145 mm Conditionnement : 2 pièces	• Patch de silicone pour les cicatrices dans la région de la poitrine (par exemple après une mastopexie)	Polydiméthylsiloxane, film polyuréthane, film de protection en polyéthylène, bandes de protection

Figure 26 : Patches compressifs - Gamme Amoena Curascar Silicones®

1.4. Crème réparatrice

Également appelée crème **cicatrisante**, la crème réparatrice est un soin cutané qui a pour but de favoriser la cicatrisation et de soulager différents types de lésions qui peuvent affecter la peau. Elle assure aussi l'**hydratation** de la peau irritée, asséchée ou inflammée.

Après la chirurgie du cancer du sein, l'utilisation d'une crème réparatrice est envisageable une fois que la plaie est complètement fermée. Il est recommandé d'appliquer la crème réparatrice **tous les jours matin et soir** afin de restaurer la souplesse cutanée et d'améliorer la qualité de la cicatrisation. Lors de l'application, il est important de masser la cicatrice pour atténuer et éviter les indurations. [26]

Il existe plusieurs crèmes réparatrices sur le marché pharmaceutique, elles ont toutes plus ou moins les mêmes propriétés. Certaines ont en plus un protecteur solaire dans leur composition, d'autres ont des propriétés assainissantes. Les crèmes les plus utilisées actuellement sont Cicalfate®, Cicaplast® et Cicaderma®. Le choix de la crème cicatrisante se fait en fonction du besoin et de la préférence de la patiente.

Le pharmacien a pour mission de **conseiller** une crème réparatrice adaptée en cas de besoin. La délivrance de celle-ci doit être accompagnée des conseils de bon usage :

- **Protéger** la cicatrice du soleil avec un pansement, un vêtement et une crème solaire très haute protection (SPF50+) ;
- Bien **masser** la cicatrice lors de l'application de la crème ;
- Accepter de **vivre** quelques temps au **ralenti** pour ne pas trop solliciter la cicatrice ;
- Adopter une **alimentation équilibrée** riche en vitamine C, en protéines et en fer qui favorisent la cicatrisation ;
- **Eviter le tabac et l'alcool** ;
- **Eviter** les **frottements** des habits afin de ne pas irriter la cicatrice ;
- Être attentive aux **signes d'inflammation** au niveau de la cicatrice (douleur, rougeur, gonflement et chaleur). [26]

1.5. Conseils nutritionnels

Une bonne alimentation est nécessaire pour favoriser et améliorer le processus de cicatrisation. En effet, les protéines et les acides aminés apportés par l'alimentation favorisent la **synthèse du collagène** et la **production de fibroblastes**. [21]

Après une chirurgie du cancer du sein, pour différentes raisons, la patiente peut se retrouver en situation de perte d'appétit et par conséquent en **dénutrition**. La dénutrition se définit comme étant un déséquilibre nutritionnel, c'est-à-dire un apport insuffisant en nutriments, protéines et en énergie ne permettant pas de couvrir de façon optimale les besoins de l'organisme. [27]

Dans la prise en charge de la plaie post-chirurgicale, il est important de prévenir et de traiter la dénutrition afin d'assurer une bonne cicatrisation de la plaie car, plus la patiente est dénutrie, moins le processus de cicatrisation est bon. [27] Au vu du contexte oncologique et post-chirurgical, le pharmacien doit être en mesure de dispenser des conseils de prévention de la dénutrition : une alimentation équilibrée, riche en protéines et une hydratation suffisante sont le conseil de base pour éviter la dénutrition. De plus, il doit être capable de repérer une situation de dénutrition et de proposer des solutions afin de rééquilibrer l'alimentation de sa patiente.

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), une patiente ou un patient est en situation de dénutrition s'il ou elle remplit au moins 1 critère phénotypique et 1 critère étiologique (*Figure 27*). [28]

<p>Critères phénotypiques (1 seul critère suffit)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie. – IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$. – Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire (cf. texte de la recommandation). 	<p>Critères étiologiques (1 seul critère suffit)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines, par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés. – Absorption réduite (maldigestion/malabsorption). – Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.
--	---

Figure 27 : Diagnostic de la dénutrition chez l'adulte [28]

La prise en charge de la patiente dénutrie doit être adaptée au degré de sévérité de la dénutrition (modérée à sévère). [28] Afin de prendre en charge la dénutrition de sa patiente, le pharmacien peut proposer :

- Des **conseils nutritionnels** tels que :
 - L'augmentation de la fréquence des prises alimentaires au cours de la journée,
 - Eviter de longue période de jeûne,
 - Privilégier des produits riches en protéines,
 - L'organisation d'une aide au repas,
 - L'enrichissement de l'alimentation avec des aliments riches en calories, dans le but d'augmenter l'apport énergétique et protéique.
- Des **compléments nutritionnels oraux (CNO)** : ce sont des aliments destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS), ainsi, leur prescription entre dans le cadre des dispositifs médicaux. Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale. Ils peuvent être hyperénergétiques et/ou hyperprotéiques avec des goûts et textures variables. Les CNO doivent être consommés en collation ou pendant le repas en complément du repas. La HAS recommande un apport journalier de 30 g de protéines pouvant être fractionnés en plusieurs prises. [29]
Il est nécessaire que le pharmacien rappelle à sa patiente les conditions de conservation des CNO une fois ouverts :
 - 2 h à température ambiante
 - 24 h au réfrigérateur. [29]

Il existe plusieurs marques de CNO, parmi elles, nous pouvons citer : Fortimel®, Clinutren®, Fresubin® et Delical®.

2. Prise en charge du lymphœdème du membre supérieur

2.1. Définitions

Un lymphœdème (*figure 28*) est dû à une **accumulation de liquide riche en protéines** dans les tissus. Le liquide lymphatique s'évacue de manière insuffisante en raison d'un système lymphatique endommagé et s'accumule en conséquence. [30]

Le lymphœdème du membre supérieur est caractérisé par l'apparition d'un **œdème asymétrique** (différence périmétrique de 2 cm au niveau du membre supérieur) et potentiellement d'un **érysipèle**. Généralement, le lymphœdème est déclenché par une pathologie antérieure, le plus souvent après une chirurgie du cancer du sein. Il débute dans la majorité des cas au niveau proximal ou au niveau du coude, il peut également d'emblée toucher la main et y rester localisé. [31]

Le **délai** d'apparition d'un lymphœdème est **variable**, il peut apparaître quelques jours seulement ou quelques semaines, voire plusieurs années après la chirurgie. En moyenne, cela survient au bout de 2 ans. La fréquence d'apparition est de 15 à 28% après curage axillaire et de 2.5 à 6.9 % après l'ablation des ganglions sentinelles. [31]

Le lymphœdème provoque le plus souvent une grande **limitation des mouvements** touchant aussi bien les femmes que les hommes, toutefois le nombre de femmes atteintes reste supérieur. Les patientes avec un lymphœdème ont par rapport aux femmes indemnes une qualité de vie plus altérée, des capacités physiques plus limitées et une détresse psychologique plus importante. En plus de l'impact fonctionnel, le lymphœdème entraîne de nombreuses **difficultés sociales** telles que la perturbation de l'image de soi, la perte de confiance en soi, la majoration de l'anxiété, ainsi que des difficultés liées à la reprise de l'activité professionnelle. [31]

Les principaux facteurs de risque du lymphœdème sont :

- Le nombre de ganglions enlevés,
- La radiothérapie externe,
- L'obésité au moment du diagnostic et après le traitement,
- La mastectomie ou la tumorectomie,
- Le manque de rééducation de l'épaule après la chirurgie,
- Les infections du site opératoire,
- Une activité physique non adaptée après une chirurgie du cancer du sein telle que le port de charges lourdes. [31]



Figure 28 : Image du lymphœdème du membre supérieur droit [12]

2.2. Symptômes

En plus de l'œdème, le symptôme le plus fréquent est la **lourdeur** ou la pesanteur du membre supérieur concerné. Habituellement, le lymphœdème n'entraîne pas de douleur mais des gonflements qui apparaissent avec une sensation de tension sur la zone touchée. Cependant, la douleur doit inciter la recherche d'une pathologie ostéo-articulaire, une neuropathie, la thrombose veineuse profonde ou encore une récurrence axillaire. La peau du membre concerné peut présenter un aspect souple, indurée ou encore érythémateux et prendre le **godet**. [31]

On distingue les symptômes visibles à l'extérieur des symptômes perceptibles à l'intérieur :

- Les **symptômes visibles à l'extérieur** :
 - Gonflement d'une extrémité de façon asymétrique
 - Décoloration de la peau
 - Irritation cutanée
 - Plis cutanés et crevasses identifiables
 - Limitation des mouvements
- Les **symptômes perceptibles à l'intérieur** :
 - Extrémités lourdes
 - Sensation de pression
 - Picotement
 - Engourdissement de la partie du corps concernée
 - Fatigabilité de la jambe ou du bras touché

La patiente peut elle-même réaliser le test du godet pour s'autodiagnostiquer. Pour se faire, la patiente doit : appuyer son pouce pendant 10 secondes sur la zone du corps concernée, si l'empreinte ne disparaît pas aussitôt après avoir retiré son pouce, le test est positif. Un avis du spécialiste sera nécessaire pour confirmer le diagnostic. [30]

2.3. Types de lymphœdèmes

2.3.1. Lymphœdèmes primaires

Également appelés lymphœdèmes **primitifs**, ils sont de nature **héréditaire** et représentent une petite portion des cas de lymphœdèmes. Ils apparaissent directement après la naissance et sont dus à une hypoplasie lymphatique c'est-à-dire au développement insuffisant ou à l'absence de vaisseaux ou de ganglions lymphatiques. [30],[32]

2.3.2. Lymphœdème secondaire

Celui-ci est provoqué par une **atteinte ou détérioration du système lymphatique**. Ils peuvent apparaître dans toutes les régions du corps. Les facteurs pouvant le déclencher sont multiples :

- Des blessures endommageant les voies lymphatiques ;
- Une intervention chirurgicale durant laquelle les ganglions lymphatiques ont été retirés telle que la chirurgie du sein ;
- Une inflammation à la suite d'une infection virale, bactérienne ou fongique ;
- Une insuffisance veineuse chronique non traitée. [30], [32]

2.4. Stades des lymphœdèmes

En fonction de leurs symptômes, les lymphœdèmes sont classés en **quatre stades**. En fonction du stade, un traitement adapté sera mis en place afin d'éviter les complications.

- Stade **latent** : Il s'agit du stade 0 qui se caractérise par la détérioration du système lymphatique, cependant aucun œdème n'est visible.
- Stade **réversible spontané** : ou stade I, il se caractérise par un gonflement souple (œdème) qui se résorbe en procédant à une surélévation du membre. De plus, lorsqu'on exerce une pression du doigt dans la zone concernée, cela laisse une marque visible. On dit que l'œdème prend le godet.
- Stade **non réversible spontanément** : C'est le stade II, ici, les tissus conjonctifs durcissent, l'œdème ne se résorbe pas. L'œdème ne prend pas le godet.
- Stade **éléphantiasis** : Il s'agit du stade III, le volume de la partie du corps concernée a extrêmement augmenté, l'œdème est ferme et irréversible du fait de la fibrose des tissus mous. On observe également une forte limitation de la mobilité. [30],[32]

2.5. Complications d'un lymphœdème

Une prise en charge non adaptée du lymphœdème pourrait engendrer des **modifications de la peau**, un **durcissement des tissus** et d'autres complications peuvent se développer au fil du temps. Au niveau de la zone touchée, la peau s'assèche et une **desquamation** se met en place. Etant donné que les protéines ne peuvent pas être évacuées suffisamment en raison d'un système lymphatique défectueux, celles-ci s'accumulent dans les tissus et cela entraîne des **inflammations**. Un nouveau tissu conjonctif est alors créé, avec une augmentation de la taille de l'œdème : c'est la **fibrose**. [30]

Du fait de la perturbation du système immunitaire, l'organisme devient plus **sensible aux infections cutanées** bactériennes ou aux champignons provoquant respectivement un érysipèle (*Figure 24*) ou des mycoses. Ces complications doivent être traitées le plus rapidement possible. [31]

L'érysipèle est une infection bactérienne provoquée par des streptocoques ou par des staphylocoques. Il s'agit de la complication la plus fréquente, en effet, il complique 20 à 40% des lymphœdèmes avec des signes généraux tels que de la fièvre, des frissons, un malaise général mais aussi des signes locaux tels qu'un érythème en placard chaud. [31] Le traitement de première intention de l'érysipèle est l'Amoxicilline à 50 mg/kg par jour en 3 prises avec un maximum de 6 g par jour. En seconde intention, la pristinamycine sera prescrite avec une posologie de 1 g, 3 fois par jour. En cas d'allergie à la pénicilline, la clindamycine sera utilisée. La période de prise des antibiotiques est de 7 jours. [31]

On note également une complication tumorale pouvant apparaître dans un délai de 10 ans après le cancer du sein : l'**angiosarcome** qui complique essentiellement un lymphœdème secondaire. L'aspect clinique comprend une macule violacée, des nodules infiltrés ou ecchymotiques (« un petit hématome qui ne guérit pas »), des ulcérations souvent associées à des douleurs qui surviennent à un stade tardif. [31]

2.6. Traitements d'un lymphœdème

Le traitement du lymphœdème, contribuant de manière avérée à contrecarrer toute aggravation, est la **thérapie décongestionnante complexe** (TDC). Cette dernière comprend le **drainage lymphatique manuel** (DLM), le traitement par des **bandes de contention**, des **soins de la peau**, ainsi que des **exercices décongestionnants**. Afin de réduire l'ampleur du lymphœdème et de maintenir un résultat de manière durable, il est nécessaire de suivre la thérapie rigoureusement. [30]

La TDC est composée de deux phases :

- Phase de **décongestion** ou phase **intensive** :

Elle vise à améliorer l'écoulement lymphatique dans la région du corps malade, à assoupir les masses dures et à faciliter l'évacuation des liquides de l'œdème riche en protéines. Elle est composée du drainage lymphatique manuel, de la prise en charge par des bandes de contention ainsi que de la kinésithérapie et des soins cutanés. [31],[33]

L'objectif à atteindre lors de cette phase est la diminution de volume du membre de 30 à 60 %. [31]

- Phase de **maintien** ou phase **d'entretien** :

Dans cette phase, les séances de DLM sont réduites en fonction du besoin thérapeutique individuel nécessaire. Il est question de maintenir durablement et d'optimiser le résultat thérapeutique obtenu. Des vêtements ou machons de compression et la kinésithérapie sont également utilisés dans cette phase. [31],[33]

2.6.1. Drainage lymphatique manuel (DLM)

Il s'agit d'une **technique de massage thérapeutique**. Des gestes spécifiques permettront d'activer l'écoulement lymphatique et de décongestionner les tissus, en éliminant les fluides accumulés, riches en protéines. De ce fait, l'œdème diminue, le tissu conjonctif durci se relâche et s'assouplit. Il doit être exécuté par un **masseur-kinésithérapeute** ayant reçu une **formation spécifique**. L'efficacité du DLM n'est prouvée qu'en association aux bandages ou à la compression. [31],[33]

2.6.2. Traitement par bandes de compression

Après la DLM, il est important de procéder immédiatement à un traitement de compression pour réduire l'accumulation du liquide lymphatique.

Dans la phase 1 de la TDC, la réduction importante des volumes entraîne de fortes variations de la circonférence de la partie du corps concernée. De ce fait, il est important de comprimer la zone touchée par des **bandes de compression**.

A la fin de la phase 1, lorsque l'on rencontre moins de variations et de réduction de volume, les bandes de compressions sont remplacées par des **vêtements de contention** lymphologique afin de maintenir le résultat thérapeutique de la phase de décongestion.

Une compression parfaite ne doit **ni serrer ni glisser**. Des professionnels spécialisés détermineront le produit de compression le mieux adapté à la pathologie à l'aide des mensurations de la patiente. L'ajustement doit être adapté régulièrement à l'évolution de la morphologie de la patiente. [33]

2.6.2.1. Bandages compressifs

Les bandages compressifs permettent une diminution du volume du bras par **accélération du drainage veineux et lymphatique lors des mouvements**. La force de compression est choisie en fonction de la pathologie, de l'aspect clinique et de la tolérance individuelle.

La patiente doit tout d'abord recouvrir son bras par un dispositif de capitonnage type Tubifast® pour protéger la peau et uniformiser la pression.

Le bandage multicouche est ensuite réalisé, en commençant par l'extrémité distale du membre et en laissant le bout des doigts libres. Plusieurs bandes sèches inélastiques ou à allongement court sont ensuite superposées (exemples : Rosidal SC® sur la main, Rosidal K® 6 cm sur l'avant-bras et Rosidal K® 10 cm sur le bras). La patiente peut réaliser ses bandages elle-même après y avoir été formée. [26]

Lors de la délivrance des bandes le pharmacien doit insister sur le fait qu'elles doivent être portées **tous les jours** et renouvelées toutes les 24 à 48 heures. [31]

2.6.2.2. Manchon de compression

Il s'agit d'une **orthèse réalisée sur mesure** et aux propriétés élastiques exerçant une certaine pression même au repos. Il est uniquement **porté le jour**. [31] Il existe une variante de manchons : manchon Mobiderm® de Thuasne (*Figure 29*), il se porte la nuit en alternative aux bandages. Il possède plusieurs crans de serrage et une mitaine retroussable qui limite la migration de l'œdème mais également facilite les activités quotidiennes. [26],[34]



Figure 29 : Manchon Mobiderm Autofit® (Thuasne) [34]

Il existe **4 classes** de manchons, cette classification est faite en fonction de de la **force de compression** du manchon [31] :

- Classe I : 10 à 15 mmHg
- Classe II : 15 à 20 mmHg
- Classe III : 20 à 36 mmHg
- Classe IV : > 36 mmHg

Il est donc nécessaire que le prescripteur indique la force de compression ou la classe du manchon sur l'ordonnance afin que l'appareillage soit adapté. [31]

Le manchon de compression peut être pris en charge par l'Assurance Maladie, à condition que la patiente ait une prescription du médecin précisant la classe de la contention (I à IV), le type de manchon (simple avec mitaine attenante ou séparée ou sans, tresse simple, tresse antiglisse, attache-épaule, couvre épaule). Il est important de le remplacer dès qu'il n'est plus adapté (usure mécanique, modification du volume du bras). [26]

Le pharmacien doit prendre différentes mesures selon le type de manchon souhaité, le matin, tout en veillant à ce que le dispositif ne soit ni trop serré ni trop lâche. Il est également important de choisir un modèle confortable et acceptable pour une bonne observance. Pour faciliter la mise en place du manchon, il est possible d'acheter un **enfile manchon** (*figure 30*).



Figure 30 : Exemple d'enfile manchon du laboratoire JUZO

Lors de la délivrance du manchon, le pharmacien pourra donner les conseils de mise en place et d'entretien suivants [31] :

- Le manchon doit être mis en place le matin après la douche et retiré en fin de soirée. Il doit être porté lorsque le bras est sollicité et à l'occasion d'un voyage en avion. Il est recommandé de retourner le manchon jusqu'à l'ouverture prévue pour la main, puis de l'enfiler progressivement sur le bras. Il faut veiller à ce qu'il n'y ait **aucun pli**. Une fois la mise en place terminée, un **massage** de l'orthèse est nécessaire pour assurer une contention homogène.
- Il est souhaitable de **laver** le manchon **quotidiennement** avec une lessive pour linge délicat sans assouplissant, de le rincer à l'eau tiède, l'essorer sans le tordre et de ne pas utiliser de sèche-linge ni de source de chaleur directe. Ainsi, le lavage permet de resserrer les fils distendus par le port.
- Il est également recommandé de ne **pas appliquer de crème grasse** sous le manchon. Par ailleurs, l'application d'un agent émollient sur le bras durant la nuit est conseillée.

En prévention du lymphœdème, le pharmacien peut également dispenser certains conseils à sa patiente [31] :

- Eviter le port de charges lourdes ;
- Opter pour des vêtements, bagues ou bracelets pas trop étroits, et des soutiens-gorge à bretelles larges, peu serrés et sans armature métallique ;
- Proscrire les atmosphères chaudes (bain à température élevée, sauna, hammam) et l'exposition au soleil ;
- Utiliser des gants pour les tâches ménagères, le bricolage ou le jardinage ;
- Privilégier le rasoir électrique pour l'épilation de l'aisselle et veiller à ne pas arracher la peau lors des soins de manucure ;
- Pour porter un enfant, s'agenouiller et le ramener contre soi avant de se redresser par la force des membres inférieurs en le positionnant sur la hanche, du côté non opéré ;
- Surélever le bras dans la journée au cours des activités de repos (télévision, lecture) ;
- Stopper l'activité dès que le bras est lourd ou que la fatigue se fait ressentir.

2.6.3. Kinésithérapie

Des exercices ciblés ou une activité physique sous contention/compression permettent de **soutenir le transport lymphatique** pendant la phase de maintien.

Il est ainsi possible de faire durer la réussite du DLM et du traitement par compression, voire de réduire encore l'œdème. Il est extrêmement important que la patiente participe activement à la thérapie en faisant preuve d'une grande **motivation** personnelle pour obtenir les meilleurs résultats possibles. [33]

2.6.4. Soins cutanés

Durant les deux phases de la TDC, des soins cutanés **quotidiens** sont particulièrement importants. La peau de la patiente souffrant d'œdèmes est beaucoup plus sensible et sujette aux inflammations et infections que celle d'une patiente sans œdèmes ou qu'une personne saine.

En raison de l'application régulière de bandages de compression et/ou du port quotidien de vêtements de compression, la peau s'assèche et commence à démanger. Si elle n'est pas hydratée de manière appropriée, des zones squameuses peuvent apparaître, par lesquelles les bactéries peuvent pénétrer plus facilement. Dans le cas de lymphœdèmes, cela peut entraîner des complications comme l'érysipèle ou d'autres infections bactériennes. [33]

Il est du rôle du pharmacien d'être attentif aux plaintes de sa patiente et d'y répondre par une prise en charge et par des conseils adaptés. Il peut recommander à sa patiente de laver sa peau avec un savon au pH légèrement acide afin de conserver le pH cutané. De plus, il peut également conseiller une application soigneuse d'une crème ou solution hydratante sur la peau. Il existe plusieurs marques de soins en pharmacie, les plus utilisées sont : La Roche Posay®, Bioderma®, Avène®...

2.6.5. Traitement médicamenteux

Actuellement, un seul médicament possède une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans la prise en charge du lymphœdème du membre supérieur après chirurgie et radiothérapie du cancer du sein : **Endotélon**® 150 mg. Il est composé d'oligomères procyanidoliques extraits de pépin de raisins qui vont agir en augmentant la résistance et en diminuant la perméabilité des vaisseaux. Ce traitement a un intérêt lorsque le lymphœdème est encore réversible, il doit être prescrit en complément de la TDC, à une posologie de 2 comprimés par jour, matin et soir. Cependant, ce médicament n'est pas soumis à une prescription médicale. Lors de la délivrance, le pharmacien doit prendre connaissance de l'état de sa patiente afin de délivrer le traitement en toute sécurité. [26],[35]

2.6.6. Information et formation à la thérapie autonome individuelle

Une **implication active** de la patiente est importante pour le succès durable de la thérapie. Pour ce faire, elle a besoin d'informations sur le fonctionnement du système lymphatique, sur l'interaction entre les différents composants d'une thérapie et sur les conséquences d'une absence de suivi de la thérapie. [33]

La prise en charge du lymphœdème après une chirurgie du cancer du sein en officine est diversifiée. Elle consiste à détecter le lymphœdème, à **orienter** la patiente vers son médecin afin de confirmer le diagnostic et mettre en place un traitement. La prise en charge en officine consiste également à délivrer des **dispositifs médicaux** pour traiter le lymphœdème, à fournir les **informations** et les **conseils** nécessaires autour de la thématique du lymphœdème, mais aussi à orienter la patiente vers les professionnels de santé compétents pour traiter le lymphœdème tel que le Kinésithérapeute.

Parfois, un **accompagnement psychologique** peut être judicieux. Le pharmacien a un grand rôle à jouer face à l'état psychologique de sa patiente grâce à sa proximité. En y apportant son soutien, l'objectif est d'améliorer l'autonomie, d'avoir un impact favorable sur l'évolution de la pathologie, de simplifier l'organisation du quotidien et d'augmenter la qualité de vie de sa patiente. Cependant, le pharmacien est limité pour assurer un accompagnement psychologique, c'est la raison pour laquelle celui-ci doit orienter sa patiente vers des professionnels de santé compétents.

3. Prothèse mammaire externe : PME

L'ablation du sein après une chirurgie du cancer du sein altère l'image corporelle de la patiente. Ce changement entraîne des **conséquences sur la féminité et la sexualité**. L'usage d'une PME apporte principalement une symétrie de la poitrine, ce qui change le regard des autres vis-à-vis de la patiente.

Certaines femmes choisissent, dans un premier temps, de porter une prothèse externe avant d'opter pour une reconstruction mammaire. Actuellement, 70 % des patientes font ce choix afin de ne pas subir de nouvelle chirurgie. [26]

Une prothèse mammaire externe est un **dispositif médical** pouvant être positionné dans une lingerie ou directement au contact de la peau au niveau de la poitrine d'une femme ayant subi soit une mastectomie, soit une tumorectomie. En France, les laboratoires les plus actifs en termes de fabrication et vente de prothèses mammaires externes sont Amoena, Anita et Thuasne.

3.1. Types de prothèses mammaires externes

3.1.1. Prothèses mammaires textiles transitoires

Ce sont des **coussinets légers et souples en coton** avec fibre de remplissage conçue pour retrouver une certaine symétrie du sein en assurant une silhouette équilibrée pendant la période suivant la chirurgie. Elles sont indiquées juste **après la mastectomie**, dans les deux premiers mois qui suivent la chirurgie, dans le but de combler le vide laissé le temps de la cicatrisation mais aussi pendant la période de la radiothérapie.

Ces prothèses sont **non adhérentes** à la peau, elles peuvent être modelées selon la forme du sein et épinglées à l'intérieur d'un vêtement. Elles peuvent également être glissées dans un soutien-gorge ample ou une brassière post-opératoire adaptée afin d'éviter le contact direct avec la peau. Leur souplesse et leur légèreté assurent un confort à la patiente et évitent toute pression sur la cicatrice. [26]

Malgré leur confort, ces prothèses ne remplacent pas à long terme une prothèse en silicone d'apparence plus naturelle. De plus, elles ne compensent pas la perte de poids du sein opéré, ce qui peut provoquer des douleurs à l'épaule ou au dos ou encore une modification de la posture en cas d'utilisation au long cours. [26]

3.1.2. Prothèses partielles ou compléments mammaires en silicone

Elles sont également appelées **coquilles ou enveloppes**. Elles sont utilisées après une **mastectomie partielle**, à partir du deuxième mois après l'opération et seulement après cicatrisation totale et en l'absence de radiothérapie. Ces prothèses sont en **silicone**, d'apparence plus naturelle qui se glissent dans la poche d'un soutien-gorge adapté. [26]

Il existe des compléments standards qui ne se fixent pas directement sur la peau, mais également des modèles techniques. Les modèles techniques peuvent être non adhérents ou adhérents, ils sont indiqués en cas de symptômes tels que : une peau fragilisée par une radiothérapie, une cicatrice hyperesthésique, une qualité irrégulière de la cicatrice, des adhérences cicatricielles, la présence d'œdème ou le risque de lymphœdème, des douleurs cervicales ou dorsales, des bouffées de chaleur ou encore de l'hypersudation. [36]

Lorsque les prothèses sont adhérentes, elles sont plus légères et donnent une meilleure liberté de mouvement à la patiente, elles réduisent la tension sur l'épaule et facilitent le drainage lymphatique. [36]

3.1.3. Les prothèses permanentes ou prothèses mammaires totales

Ce sont des prothèses en **silicone**, elles sont conçues dans le but de rendre le **poids** et l'**apparence** des deux seins **équivalents**. Ajustées correctement, elles évitent le déséquilibre de la colonne vertébrale et favorisent un bon maintien. Elles empêchent le soutien-gorge de remonter et donnent une forme naturelle aux vêtements.

Comme pour les compléments mammaires, il existe des modèles standards qui sont essentiellement non adhérents et des modèles techniques qui peuvent être soit non adhérents, soit adhérents. [26]

3.2. Acteurs : Prescription, prise en charge par l'Assurance maladie et distribution

3.2.1. Prescription

Selon l'arrêté du 24 avril 2016 publié par le Journal officiel du 12 avril 2016, la prescription des prothèses mammaires externes peut être établie par un médecin traitant, le chirurgien ayant réalisé la mastectomie ou encore par tout médecin suivant la patiente dans son parcours. Elle est faite sur une **ordonnance bizona** et sera **adaptée** [36] :

- Au **délai** de la chirurgie : il y a un choix à faire entre les prothèses mammaires externes en textile ou en silicone qui peuvent être adhérentes ou pas ;
- A l'**acte** chirurgical effectué : un choix s'impose entre une prothèse mammaire externe totale ou un complément mammaire ;

- Aux éventuels **symptômes** présentés par la patiente pouvant dicter le choix entre un modèle standard ou technique.

Sur l'ordonnance on retrouve les éléments suivants :

- La date de la prescription en cours ;
- Les informations relatives au prescripteur ;
- L'identité et la date de naissance ainsi que 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 prothèse mammaire externe ;
- La date de la mastectomie ;
- Le caractère partiel ou total de la mastectomie ;
- Les symptômes que peut (ou non) présenter la patiente.

La prescription d'une prothèse mammaire externe peut se faire dès que la chirurgie a eu lieu. Elle est le plus souvent réalisée sur un formulaire spécifique (Figure 31). [36], [37]

12 avril 2016	JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	Texte 23 sur 101
<p style="text-align: center;"><i>Le ministre des finances et des comptes publics,</i></p> <p>Pour le ministre et par délégation :</p> <p style="text-align: center;"><i>Le sous-directeur du financement du système de soins,</i></p> <p style="text-align: center;">T. WANECQ</p>		
<p>ANNEXE</p> <p>Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe</p>		
<p>Date de la prescription : []/[]/[]</p> <p>Nom et prénom de la patiente :</p> <p>Date de naissance : []/[]/[]</p> <p>Poids : [] kg</p>		
<p>Sein concerné par la prescription (cf. une prescription par prothèse mammaire) :</p> <p><input type="checkbox"/> sein gauche</p> <p><input type="checkbox"/> sein droit</p>		
<p>Indication</p> <p><input type="checkbox"/> après une mastectomie totale ou partielle ;</p> <p><input type="checkbox"/> asymétrie congénitale ou acquise ;</p> <p><input type="checkbox"/> hypoplasie majeure ou aplasie.</p>		
<p>Historique de prescription de prothèse mammaire externe</p> <p><input type="checkbox"/> 1^{ère} prescription de prothèse mammaire externe</p> <p><input type="checkbox"/> renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse transitoire)</p> <p><input type="checkbox"/> renouvellement de prescription de prothèse mammaire externe (après prothèse en silicone)</p>		
<p>En cas de mastectomie :</p>		
<p>Date de la mastectomie : []/[]/[]</p> <p>Type de mastectomie</p> <p><input type="checkbox"/> Mastectomie partielle</p> <p><input type="checkbox"/> Mastectomie totale</p>		
<p>Symptômes présentés par la personne (cochez la case si la personne est concernée)</p> <p><input type="checkbox"/> la peau est fragilisée par une radiothérapie,</p> <p><input type="checkbox"/> la cicatrice est hyperesthésique</p> <p><input type="checkbox"/> la qualité de la cicatrice est irrégulière</p> <p><input type="checkbox"/> la patiente présente des adhérences cicatricielles</p> <p><input type="checkbox"/> il y a présence ou risque d'œdème ou de lymphœdème</p> <p><input type="checkbox"/> la patiente présente des douleurs cervicales ou dorsales</p> <p><input type="checkbox"/> la patiente est sujette à des bouffées de chaleur ou à une hypersudation</p>		
<p>une prothèse mammaire externe est prescrite : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>[CACHET DU MÉDECIN]</p>		

Figure 31 : Formulaire de prescription d'une prothèse mammaire [37]

3.2.2. Prise en charge par l'Assurance maladie

Faisant suites aux recommandations du Plan Cancer 2014-2019, les modalités de prise en charge financière des prothèses mammaires externes ont été modifiées depuis le 1^{er} Mai 2016 : les bases de remboursement ont été revalorisées et les prix de vente maximum ont été fixés et correspondent aux bases de remboursement. De ce fait, il n'y a donc **plus de reste à charge** pour les patientes. [36]

La prise en charge d'une PME n'intervient que dans le cadre d'une vente réalisée après une **prescription médicale** et un **essayage** adapté en présence d'un professionnel formé et de la patiente, aussi bien pour une première délivrance que pour un renouvellement. Par ailleurs, les prothèses achetées sur Internet ne sont pas remboursées par l'Assurance maladie.

La patiente peut acheter sa PME chez des fournisseurs de matériel médical et paramédical dont font partie les prothésistes et les pharmaciens, référencés sur le site internet de l'Assurance maladie (ameli.fr). [36]

3.2.2.1. Modalités de prescription

Pour qu'une délivrance de prothèse mammaire externe soit prise en charge, la prescription doit respecter le schéma suivant (*figure 32*) [36]:

- Dans les **deux premiers mois** suivants la chirurgie, on opte pour une **prothèse transitoire en textile**. Il s'agit d'une prothèse **non adhérente**. Le prix de vente est limité à 25 euros et elles sont remboursées intégralement par l'Assurance maladie ;
- **Deux mois après** la chirurgie, le médecin peut prescrire une **prothèse** ou un **complément mammaire en silicone**. Il existe des modèles standards et techniques indiqués en cas de symptômes tels qu'une cicatrice hyperesthésique, un risque d'œdème, un lymphœdème etc. Cependant, entre le 3^{ème} et le 15^{ème} mois, les prothèses prescrites sont toujours non adhérentes.
- A partir du **15^{ème} mois**, le médecin peut prescrire des **prothèses adhérentes en silicone**.

Le prix de vente des PME en silicone standard est limité à 180 euros et celui des PME en silicone technique est limité à 240 euros. Les deux modèles sont remboursés intégralement par l'Assurance maladie. Cependant, la prise en charge des PME techniques est sous condition de la présence de symptômes comme cités ci-dessus. L'item symptôme doit être coché sur le formulaire de prescription. [36]

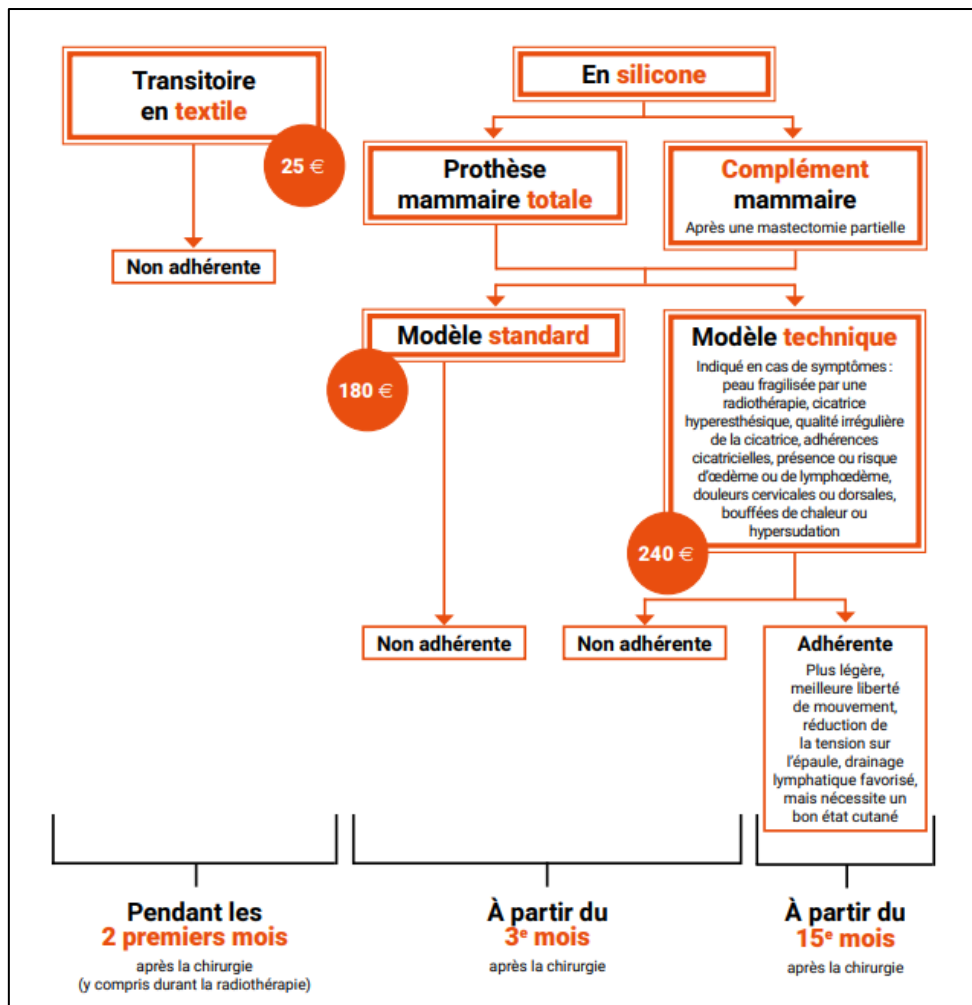


Figure 32 : Modalités de prescription d'une prothèse mammaire externe [36]

3.2.2.2. Modalités de renouvellement de la prescription de la PME

Des évolutions importantes du corps de la patiente telles que l'état des cicatrices, prise ou perte de poids peuvent intervenir lors de la première année suivant une mastectomie, ce qui nécessite une adaptation de la prothèse en fonction de différents paramètres : le poids, la cicatrice, l'esthétique...

Comme nous pouvons le voir sur la *figure 33*, le premier renouvellement de la prescription de la prothèse mammaire externe est possible à partir de 12 mois, si la première PME en silicone a été prescrite et prise en charge dans un délai de 14 mois après l'opération. Si la première prothèse a été prescrite et prise en charge au-delà des 14 mois suivant la chirurgie, alors le renouvellement ne pourra se faire que dans un délai minimum de 18 mois. Tous les renouvellements ultérieurs se feront tous les 18 mois. [36]

Tout renouvellement anticipé devra être conforme aux dispositions de l'article R 165-24 du Code de la Sécurité sociale. La prise en charge de tout renouvellement anticipé est assurée après accord préalable de l'organisme de sécurité sociale à la suite de la demande du médecin prescripteur. [36], [37]

POSSIBILITÉS DE RENOUELEMENT DE LA PRESCRIPTION DE LA PME	
Premier renouvellement	■ Au bout de 12 mois, si la prise en charge financière de la première PME en silicone est intervenue dans un délai de 14 mois après la chirurgie
Renouvellements ultérieurs	■ Tous les 18 mois minimum
Renouvellement anticipé (avec demande d'entente préalable adressée au Médecin-conseil)	<ul style="list-style-type: none"> ■ PME inadaptée à l'état de la patiente (par exemple en cas de changement de morphologie, de lymphoedème) ■ PME hors d'usage, reconnue irréparable

Figure 33 : Les modalités de renouvellement de la PME [36]

3.2.3. Distributeurs

3.2.3.1. Aspects réglementaires

En fonction des renseignements de la prescription, le distributeur va pouvoir adapter la délivrance de la prothèse mammaire externe. Son rôle est de suivre la bonne adéquation du dispositif médical dans le temps compte tenu des évolutions physiques, du mode de vie et du ressenti de la patiente. [37]

Les PME peuvent être délivrées par des **non-professionnels de santé**, ces derniers doivent délivrer des prothèses mammaires externes tout en respectant le **secret professionnel** et le respect de la **confidentialité**. La conservation et la destruction des ordonnances doivent également être assurées de manière sécurisée afin de protéger les informations de la patiente. [37]

Les textes recommandent que le distributeur dispose d'une **compétence d'orthopédiste – orthésiste** et de compétences d'ordre **médical, psychologique, et social** face aux patientes ayant le besoin d'utiliser une prothèse mammaire externe. Dans la mesure où le distributeur ne disposerait pas de compétence d'orthopédiste-orthésiste, il est de son devoir de justifier une attestation d'une formation reconnue et validée en matière de délivrance de prothèse mammaire externe à partir du 1^{er} Mai 2019 afin de pouvoir proposer une prise en charge de PME par l'Assurance Maladie. [37]

La formation à l'attention des professionnels délivrant les prothèses mammaires externes et ne disposant pas de 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. Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), cette formation est également ouverte aux professionnels de santé possédant de compétences d'orthopédiste-orthésiste qui souhaiteraient mettre à jour leurs connaissances. [37]

La formation 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 [37] :

- 35 heures pour les non-professionnels de santé (boutiques de lingerie, de cabinets d'orthopédie...).
- 20 heures pour les professionnels de santé (pharmaciens sans DU d'Orthopédie)

A ce jour, trois organismes dispensent les formations homologuées par le syndicat de l'orthopédie, l'Ordre National des Pharmaciens et les trois fabricants de prothèses mammaires externes (Amoena, Anita et Thuasne) :

- Faculté de Pharmacie - Université Paris Saclay – Chatenay-Malabry
- Pharma reflex avec des sessions disponibles dans toutes la France
- ESOOP-GROUPE ECOTEV : organisme de formation au métier d'orthopédiste podologue situé à Lyon

Le distributeur doit proposer un large choix de PME prises en charge par la liste des produits et prestations remboursables et un large choix de PME en termes de formes et de tailles. Il doit également fournir à la patiente un support écrit comportant les conseils d'utilisation de la prothèse externe délivrée.

Avant la délivrance de la PME, **l'essayage** est **obligatoire**. Le local d'essayage doit être équipé de manière à garantir l'intimité de la patiente. Par ailleurs, il est important de rappeler à sa patiente que l'essayage ne l'engage pas à l'achat. [37]

3.2.3.2. Délivrance de la prothèse

La délivrance d'une prothèse mammaire se fait en 3 étapes :

- **Entretien** avec la patiente : il permet de déterminer le dispositif le plus adapté à la patiente. Le type de chirurgie réalisée oriente vers une prothèse ou un complément mammaire externe. La connaissance de la date de l'opération permet de savoir s'il est possible de délivrer une prothèse en silicone adhérente ou non. Il est aussi important lors de cet entretien de demander si la patiente suit un traitement de type chimiothérapie, radiothérapie ou encore hormonothérapie. De plus, on se renseigne également sur les symptômes que pourraient avoir la patiente ; [38]
- La **prise de mesures** (tour de buste, demi-tour de poitrine, en prenant le sein non opéré comme référence) : se réalise sur le soutien-gorge. En revanche, si une double mastectomie a été effectuée, il faudra demander à la femme quelle était la taille de sa lingerie avant l'opération, voire celle qu'elle souhaiterait avoir. Ces mesures permettent de déterminer, d'une part, la taille du nouveau soutien-gorge, qui sera équipé de poches internes, et d'autre part, celle de la prothèse mammaire ; [38]
- **L'essayage** : permet de valider le choix ou de procéder à des ajustements. Le pharmacien ou le préparateur formé doit vérifier l'équilibre entre les deux seins mais également avec le reste du corps, avec et sans vêtement. Il est essentiel que la patiente participe à la décision et que cette dernière soit respectée. [38]

3.2.3.3. Conseils et entretien de la prothèse

Les prothèses non adhérentes se lavent à **l'eau tiède avec un savon doux** ou à l'aide de **produits d'entretien spécifiques**. Il convient de les tamponner, puis de les faire sécher loin d'une source de chaleur et de les conserver dans leur boîte d'origine. Elles résistent à l'eau salée et chlorée. Il est préférable d'éviter de pulvériser des parfums et déodorants directement dessus. [38]

3.3. Exemples de prothèses mammaires externes : *Gamme Amoena*

Afin d'illustrer les différentes caractéristiques que peuvent posséder les prothèses mammaires externes, j'ai donc délibérément choisi de présenter la gamme du laboratoire *Amoena*.

Le laboratoire *Amoena* est l'un des fabricants les plus actifs en France en termes de vente de prothèses mammaires externes. Depuis 1975, l'entreprise allemande œuvre dans l'accompagnement des femmes atteintes d'un cancer du sein avec le plus haut standard de qualité, d'innovation et de design. De plus, ses prothèses respectent les normes ISO 9001 et 13485 dans le souci de dispenser des dispositifs médicaux de qualité. Le laboratoire a pour philosophie de redonner confiance aux femmes opérées du cancer du sein afin qu'elles mènent une vie active et épanouie. [24]

Dans ces gammes, le choix du type de prothèse ou du complément mammaire se fait en fonction de l'arbre décisionnel suivant (*Figure 34*) :

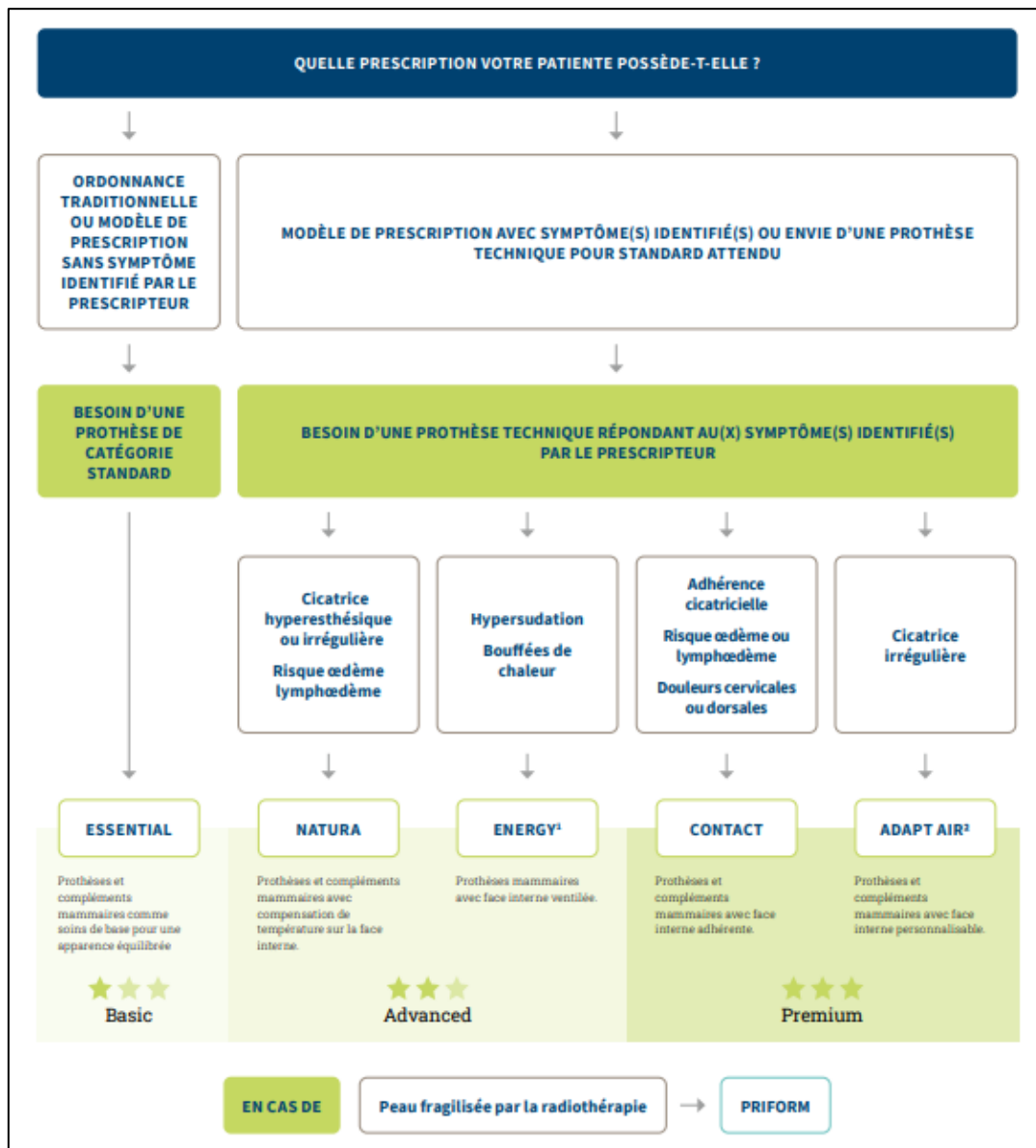


Figure 34 : Arbre décisionnel permettant le choix d'une PME ou complément mammaire externe [24]

Dans les gammes de prothèses et compléments mammaires *Amoena*, il existe des dispositifs individuels et innovants permettant de rétablir la symétrie du corps après une mastectomie, une thérapie conservatrice du sein, une reconstruction mammaire, des biopsies multiples ou pour une asymétrie naturelle du sein.

3.3.1. Compléments mammaires externes

Les compléments mammaires *Amoena* **compensent les déficits de tissu** dans le cas d'une asymétrie mammaire naturelle, ils sont donc indiqués en cas de **tumorectomie** ou de **mastectomie partielle**. Ce sont des compléments en **silicone souple** qui épousent les courbes naturelles du tissu mammaire restant et remplissant de façon optimale le bonnet du soutien-gorge pour un résultat symétrique. Ils préviennent les tensions, soulagent les postures et les déséquilibres musculaires. [24]

3.3.1.1. Différentes gammes de compléments mammaires externes *Amoena*

- **BALANCE ESSENTIAL**

Les compléments mammaires « balance essential » (*figure 35*) sont composés de **silicone** et font partis des modèles **standards**. Ils sont recommandés en cas d'**asymétrie mammaire** car ils permettent de rendre une apparence équilibrée de la poitrine. [39]













Photo	Nom du produit	Réf.	Forme	Épaisseur	Applicable pour la différence de bonnet	Couches	Tailles	Coloris
	Balance Essential TO	228	Oval 	Thin (fine)	< 1 cm	1	S-XL	Clair
	Balance Essential TD	218	Delta 	Thin (fine)	< 1 cm	1	1-10	Clair
	Balance Essential MD	223	Delta 	Medium (moyen)	1-2 cm	1	2-12 4-10	Clair Foncé
	Balance Essential VD	225	Delta 	Volume	> 2 cm	1	3/4-9/10	Clair
	Balance Essential Light VD	224	Delta 	Volume, 25 % plus léger	> 2 cm	1	3/4-11/12	Clair
	Balance Essential SE	232	Ellipse 	Forme spéciale	Méthode de différence de l'arrondi du bonnet non disponible	1	S-XL	Clair

Figure 35 : Les compléments mammaires *Amoena* Balance Essential [24]

- BALANCE NATURA

Ce sont des compléments mammaires en **silicone** faisant partis des modèles **techniques** (figures 36/37). [39] Ils sont conçus de façon à **réguler la température** sur leur face interne en réduisant l'accumulation de la chaleur et de la transpiration sous la prothèse. [24]




Photo	Nom du produit	Réf.	Forme	Épaisseur	Applicable pour la méthode de différence de l'arrondi du bonnet	Tailles	Couches	Coloris
	Balance Natura TO	227	Oval	Thin (fine)	< 1 cm	S-XL	2	Clair
	Balance Natura TD	217	Delta	Thin (fine)	< 1 cm	1-10	2	Clair
	Balance Natura MD	220	Delta	Medium (moyen)	1-2 cm	2-12	2	Clair
	Balance Natura VD	222	Delta	Volume	> 2 cm	3/4-9/10	2	Clair

Figure 36 : Les compléments mammaires Amoena Balance Natura 1 [24]




Photo	Nom du produit	Réf.	Forme	Épaisseur	Applicable pour la méthode de différence de l'arrondi du bonnet	Tailles	Couches	Coloris
	Balance Natura Light VD	221	Delta	Volume, 25 % plus léger	> 2 cm	3/4-11/12	2	Clair
	Balance Natura SE	231	Ellipse	Forme spéciale	Méthode de différence de l'arrondi du bonnet non disponible	S-XL	2	Clair
	Balance Natura SV	285	Varia	Forme spéciale	Méthode de différence de l'arrondi du bonnet non disponible	S-XL	2	Clair

Figure 37 : Les compléments mammaires Amoena Balance Natura 2 [24]

- BALANCE ADAPT AIR

Les compléments mammaires « balance Adapt air » (figure 38) sont des dispositifs en **silicone** faisant partis des modèles **techniques**. Ils possèdent une face interne personnalisable grâce à la technologie de chambre à air intégrée qui permet **d'ajuster** la prothèse suivant les **fluctuations de poids** ou encore en cas d'apparition de lymphœdème. Ils sont également adaptés pour les tissus cicatriciels irréguliers. [39]

De plus, ces compléments réduisent l'accumulation de la chaleur et de la transpiration sous la prothèse grâce à la thermorégulation. [24]



Photo	Nom du produit	Réf.	Forme	Épaisseur	Applicable pour la méthode de différence de l'arrondi du bonnet	Tailles	Couches	Coloris
	Balance Adapt Air MD*	233	Delta	Medium/Volume (variable)	1-2 cm et >2 cm	2-12	3	Clair
	Balance Adapt Air SV*	234	Varia	Forme spéciale	Méthode de différence de l'arrondi du bonnet non disponible	S-XL	3	Clair

Figure 38 : Les compléments mammaires Amoena Balance Adapt Air [24]

- BALANCE CONTACT

Ce sont des compléments mammaires en **silicone** de la catégorie **technique**, ils possèdent une face interne adhérente présentant une capacité de fixation à la peau particulièrement fiable, ils suivent les mouvements du corps et **réduisent** également l'accumulation de la **chaleur** et de la **transpiration** sous la prothèse. [24]

Ils peuvent être prescrit seulement à **partir du 14^{ème} mois post chirurgie**. Ils sont adaptés dans des situations d'œdème mais aussi d'adhérence cicatricielle. [39]







Photo	Nom du produit	Réf.	Forme	Épaisseur	Applicable pour la méthode de différence de l'arrondi du bonnet	Tailles	Couches	Coloris
	Balance Contact MD	229	Delta 	Medium (moyen)	1-2 cm	2-12	2	Clair
	Balance Contact VD	230	Delta 	Volume	> 2 cm	3/4-9/10	2	Clair
	Balance Contact SV	286	Varia 	Forme spéciale	Méthode de différence de l'arrondi du bonnet non disponible	S-XL	2	Clair

Figure 39 : Les compléments mammaires Amoena Balance contact [24]

3.3.1.2. Mesures et applications

Pour trouver le complément mammaire le plus adapté à la patiente, les mesures se font en 4 étapes (figure 40) :

- D'abord faire **essayer** à la cliente un **soutien-gorge adapté et bien ajusté** ;
- **Interroger** la patiente sur ses besoins afin de déterminer la gamme de produits adaptée ;
- **Évaluer la forme** des compléments mammaires requise (Ovale, Delta, Ellipse ou Varia) ;
- **Déterminer la taille ou l'épaisseur** des compléments mammaires (Figure 41).

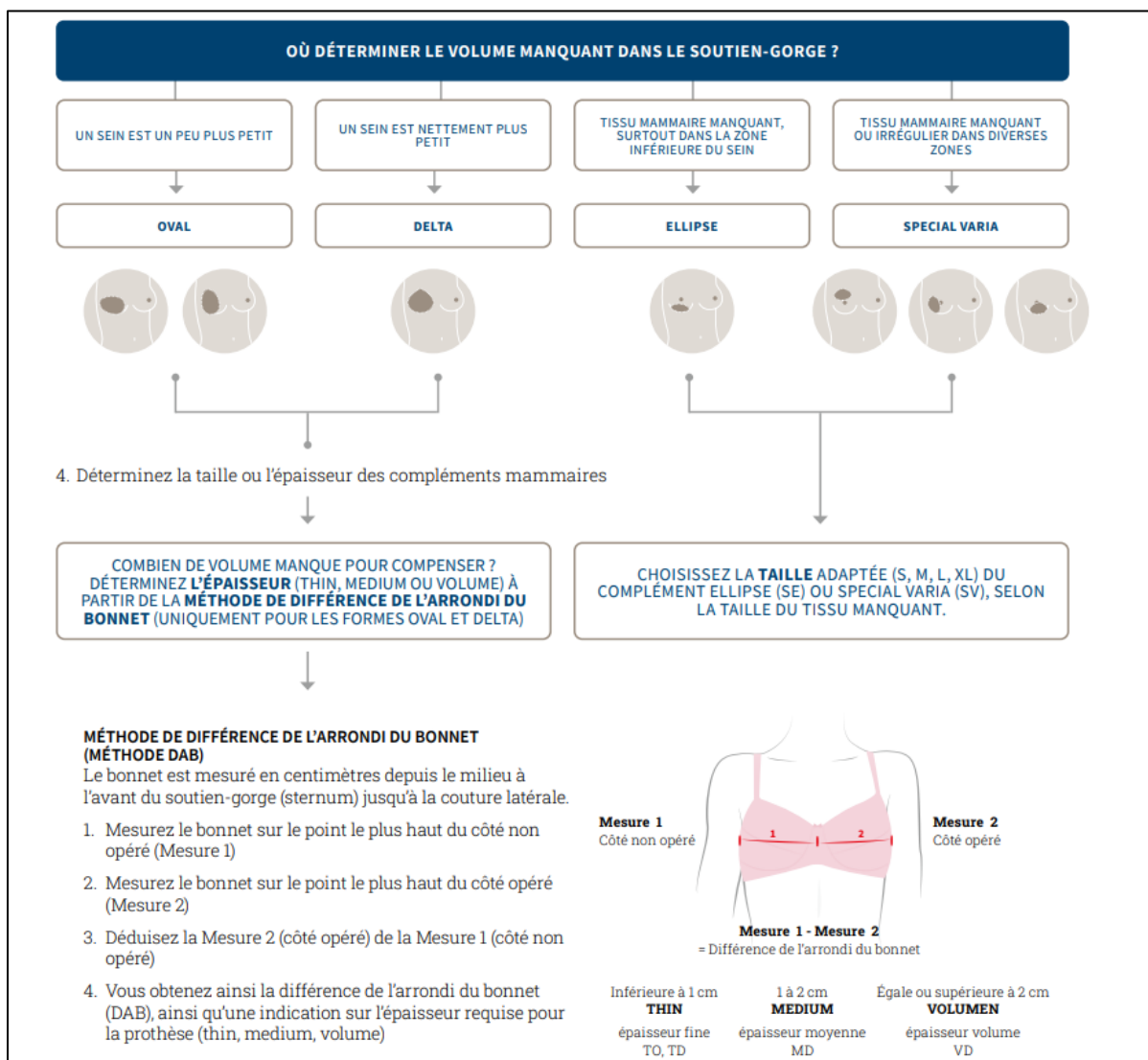


Figure 40 : Application et prise de mesure pour compléments mammaires [24]

Trouver la bonne taille du complément mammaire Oval et Delta :

Taille de bonnet	Tour de poitrine											
AA	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135	
A	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135
B		80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130
C			80	85	90	95	100	105	110	115	120	125
D				80	85	90	95	100	105	110	115	120
E					80	85	90	95	100	105	110	115
F						80	85	90	95	100	105	110
G									90	95	100	105
Taille	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

↓

Méthode de différence d'arrondi du bonnet	Ajustement	Taille de la coque de compensation												
DAB < 1 cm › Épaisseur THIN (fine)	Oval	S			M			L			XL			
	Delta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
DAB 1-2 cm › Épaisseur MEDIUM (moyenne)	Delta		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
DAB ≥ 2 cm › Épaisseur VOLUME	Delta	3/4			5/6			7/8			9/10		11/12	

Figure 41 : Tableau des formes et tailles de compléments mammaires [24]

3.3.2. Prothèse mammaire externe

Les prothèses mammaires *Amoena* **compensent les déficits de tissu** dans le cas d'une asymétrie mammaire naturelle. Elles sont indiquées en cas de **mastectomie totale**. Comme les compléments, elles sont en **silicone souple** et épousent les courbes naturelles du tissu mammaire de façon optimale. Elles préviennent les tensions, soulagent les postures et les déséquilibres musculaires. [24]

3.3.2.1. Différentes gammes de prothèses mammaires externes *Amoena*

- Prothèse ESSENTIAL

Les prothèses « Essential » (*figure 42*) sont des prothèses **standards simples en gel de silicone**, pouvant être portées au plus tôt **deux mois après l'opération**. Elles sont composées d'un film en polyuréthane mat et doux.

Elles sont particulièrement adaptées aux femmes ayant besoin d'une **compensation simple après une mastectomie**, souhaitant une apparence symétrique mais également aux femmes n'ayant pas de symptôme identifié par le prescripteur. [24]














Photo	Nom du produit	Réf.	Galbe ^a	Poids	Forme ^a	Tailles	Couches	Coloris ^a
	Essential Light 1S ^a	314	 1 – peu profond	- 25 %	S 	1-14	1	Clair
	Essential Light 2S	442	 2 – moyennement profond	- 25 %	S 	1-17	1	Clair Foncé
	Essential Light 3S	367	 3 – profond	- 25 %	S 	0-12	1	Clair
	Essential Light 3E	556	 3 – profond	- 25 %	E 	1-14 L/R**	1	Clair
	Essential 1S	630	 1 – peu profond	Compensation de poids complète	S 	1-12	1	Clair
	Essential 2S	440	 2 – moyennement profond	Compensation de poids complète	S 	1-12	1	Clair
	Essential 3S	363	 3 – profond	Compensation de poids complète	S 	0-12	1	Clair

Figure 42 : Prothèses mammaires externes *Amoena Essential* [24]

- Prothèse Natura

Ces prothèses (*figure 43*) sont répertoriées en tant que prothèses **techniques non adhérentes**, utilisables au plus tôt **2 mois après la chirurgie**. Elles **régulent la température** sur sa face interne en réduisant l'accumulation de la chaleur et de la transpiration sous la prothèse. Elles sont adaptées aux femmes avec un tissu mammaire particulièrement mou, aux femmes à la recherche d'une prothèse plus légère et aux patientes ayant des tissus cicatriciels sensibles. [24]

Photo	Nom du produit	Réf.	Galbe ¹	Poids	Forme ²	Tailles	Couches	Coloris ³
	Natura Xtra Light 1S SM	401	 1 – peu profond	- 40 %	S	1-14	2	Clair
	Natura Xtra Light 2S SM	400	 2 – moyennement profond	- 40 %	S	1-17	2	Clair Foncé
	Natura Light 1S SM	402	 1 – peu profond	- 25 %	S	1-14	3	Clair
	Natura Light 1S	664	 1 – peu profond	- 25 %	S	1-14	3	Clair
	Natura Light 2S	390	 2 – moyennement profond	- 25 %	A	1-17	3	Clair
	Natura Light 2A	392	 2 – moyennement profond	- 25 %	S	0-14 L/R**	3	Clair
	Natura Light 3S	391	 3 – profond	- 25 %	S	0-12	3	Clair
	Natura Cosmetic 2S	320	 2 – moyennement profond	-20 %	S	1-14	3	Clair
	Natura Cosmetic 2S SM	323	 2 – moyennement profond	-20 %	E	1-14	3	Clair
	Natura Cosmetic 3S	321	 3 – profond	-20 %	S	1-12	3	Clair
	Natura Cosmetic 3E	322	 3 – profond	-20 %	S	1-14 L/R**	3	Clair
	Natura 1S	396	 1 – peu profond	Compensation de poids complète	A	1-14	2	Clair
	Natura 2S	398	 2 – moyennement profond	Compensation de poids complète	S	1-10	3	Clair
	Natura 2A	393	 2 – moyennement profond	Compensation de poids complète	E	0-12 L/R**	3	Clair
	Natura 3S	395	 3 – profond	Compensation de poids complète	S	0-12	3	Clair

Figure 43 : Prothèses mammaires externes Amoena Natura [24]

- Prothèse ENERGY

Les prothèses Amoena Energy (*figure 44*) sont répertoriées en tant que prothèses **techniques non adhérentes**. Elles peuvent être portées au plus tôt **deux mois après l'opération**. Leur face interne ventilée **lutte contre l'hypersudation** et favorise une **sensation de fraîcheur** sur la peau, ce qui garantit une application confortable. Elles sont particulièrement adaptées aux patientes souffrant de bouffées de chaleur dues à la ménopause ou aux traitements anticancéreux. [24]













Photo	Nom du produit	Réf.	Galbe ¹	Poids	Forme ²	Tailles	Couches	Coloris ³
	Energy Light 2 S	342	 2 – moyennement profond	- 25 %	 S	1-14	3	Clair
	Energy Cosmetic 2S	310	 2 – moyennement profond	- 20 %	 S	1-14	3	Clair
	Energy Cosmetic 3S	311	 3 – profond	- 20 %	 S	1-12	3	Clair
	Energy 1S	349	 1 – peu profond	Compensation de poids complète	 S	1-12	3	Clair

Figure 44 : Prothèses mammaires externes Amoena Energy [24]

- Prothèse CONTACT

Il s'agit d'une prothèse mammaire **technique**, pouvant être portée au plus tôt **14 mois après la chirurgie**. Son adhésion directe à la paroi thoracique **soulage la charge** sur les épaules et le cou et permet de suivre les mouvements du corps comme le sein naturel. De plus, **elle réduit l'accumulation de la chaleur** et de la **transpiration**. Elle est adaptée aux femmes souffrant d'inconfort au niveau des épaules, du cou, des femmes ayant une grande taille de bonnets mais aussi celles qui souffrent de lymphœdème.















Photo	Nom du produit	Réf.	Forme de bonnet ¹	Poids	Forme ²	Tailles	Layers	Coloris ³
	Contact Light 2S	380	 2 - moyennement profond	- 25 %	S	1-14	3	Clair
	Contact Light 3S	385	 3 - profond	- 25 %	S	0-10	3	Clair
	Contact 1S	384	 1 - peu profond	Compensation de poids complète	S	1-14	3	Clair
	Contact 2S	381	 2 - moyennement profond	Compensation de poids complète	S	1-12	3	Clair
	Contact 2A	383	 2 - moyennement profond	Compensation de poids complète	A	0-12 L/R**	3	Clair
	Contact 3S	382	 3 - profond	Compensation de poids complète	S	0-10 1-10	3	Clair Foncé
	Contact 3E	386	 3 - profond	Compensation de poids complète	E	1-14 L/R**	3	Clair

Figure 45 : Prothèses mammaires externes Amoena Contact [24]

- Prothèse ADAPT AIR

Il s'agit d'une prothèse mammaire **ajustable et personnalisable** avec un film en polyuréthane mat et doux, et avec un **silicone** de qualité supérieure garantissant une application confortable. Elle régule également la température.

Cette gamme est une référence en matière de soins mammaires innovants car elle contient une **chambre à air intégrée** permettant une **adaptation précise et individuelle** de la prothèse, un ajustement parfait permanent, même pour les patientes qui subissent des fluctuations de poids ou des gonflements dus à un lymphœdème.

Cependant, ce dispositif n'est **pas remboursé** par la sécurité sociale, ni par les mutuelles complémentaires. Les raisons de ce non-remboursement sont :

- Cette innovation est unique sur le marché et a remporté 5 prix pour sa conception. Il s'agit donc d'une innovation onéreuse à produire, ce qui ne permet pas de la vendre au même prix.
- Le ministère impose des prix de cessions sur les prothèses qui sont trop justes pour cette innovation.

Elle est particulièrement adaptée aux femmes qui ont besoin de compenser une poitrine inégale dans les zones de cicatrices ou d'excès de peau, aux patientes qui ont tendance à fluctuer en poids, et à celles souffrant d'œdème.













Photo	Nom du produit	Réf.	Galbe ¹	Poids	Forme ²	Tailles	Couches	Coloris ³
	Adapt Air Xtra Light 1S ^N	328	 1 – peu profond	- 40 %	S 	1-14	3	Clair
	Adapt Air Xtra Light 2S ^N	326	 2 – moyennement profond	- 40 %	S 	1-14	3	Clair
	Adapt Air Light 1S ^N	329	 1 – peu profond	- 25%	S 	1-14	3	Clair
	Adapt Air Light 2S ^N	327	 2 – moyennement profond	- 25%	S 	1-14	3	Clair

Figure 46 : Prothèses mammaires externes Amoena Adapt Air [24]

3.3.2.2. Mesures et applications

Pour trouver la prothèse mammaire la plus adaptée à la patiente, les mesures se font en 4 étapes :

- D'abord faire **essayer** à la cliente un **soutien-gorge adapté et bien ajusté** ;
- **Interroger** la patiente sur ses besoins afin de déterminer la gamme de produits adaptée ;
- **Déterminer la forme** de la **poitrine souhaitée** pour le soutien-gorge : poitrine plate, moyenne et arrondie (*figure 47*) ;
- **Evaluer la forme** de la **prothèse** (*figure 48*).

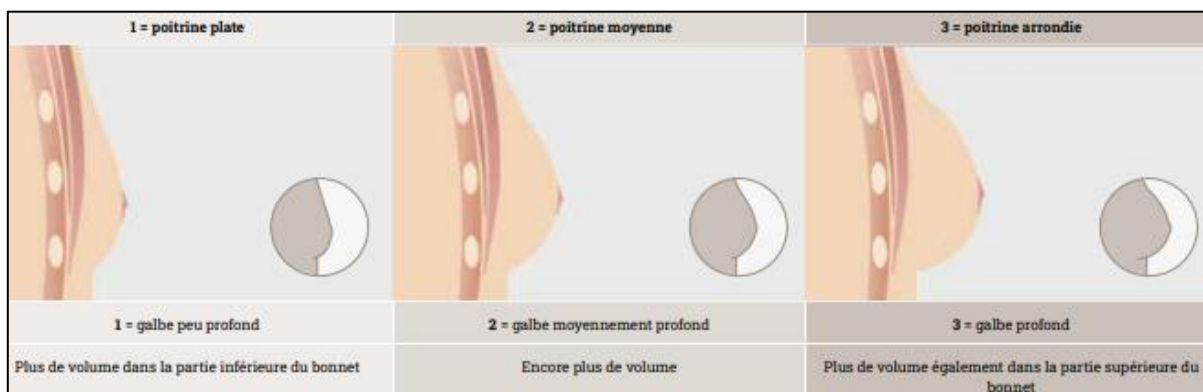


Figure 47 : Formes de poitrines permettant le choix de la PME [24]

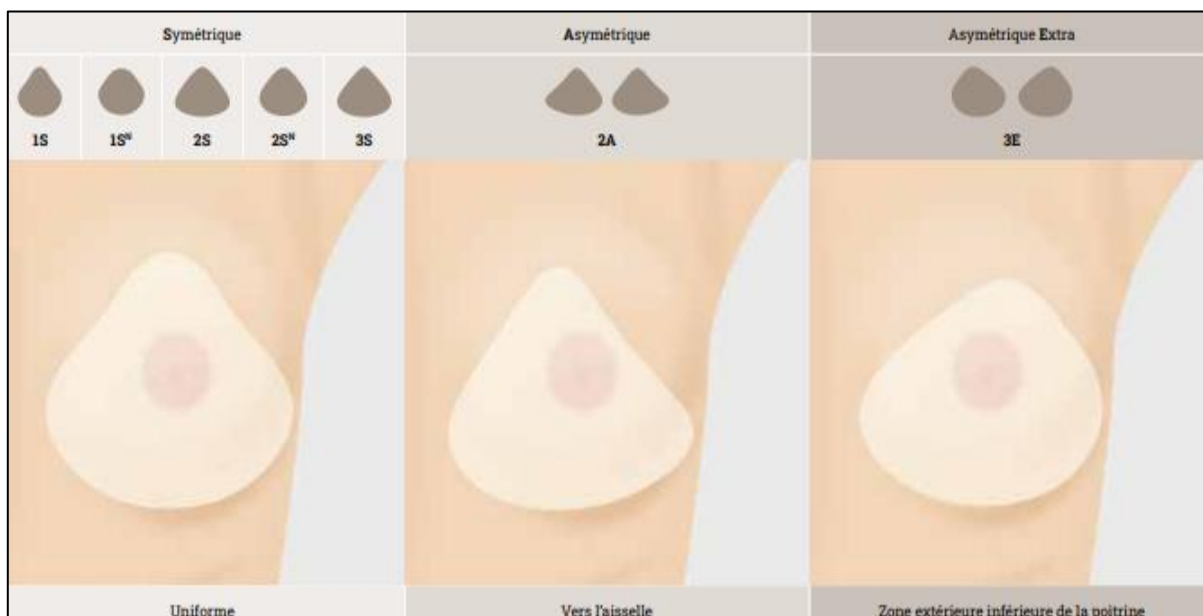


Figure 48 : Différentes formes de PME [24]

Le tableau ci-dessous (*figure 49*) va permettre de faciliter la détermination de la **taille** de la prothèse en fonction de la taille du soutien-gorge. Par exemple, ici la patiente porte un soutien-gorge de taille 110 C qui correspond à une prothèse de taille 9.

Taille de bonnet	Tour de poitrine																	
	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135						
AA																		
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										90	95	100	105	110	115	120	125	130
Gamme de tailles de prothèses																		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 ²	16 ²	17 ²
Tailles de prothèses Priform																		
		1/2		3/4		5/6		7/8		9/10		11/12		13/14				

Figure 49 : Tableau de corrélation entre le tour de poitrine et la taille de la PME [24]

3.3.3. Prothèse mammaire transitoire

- Prothèse Amoena Priform

La prothèse « Amoena Priform » (figure 50) est une prothèse **transitoire textile** constituée d'une enveloppe en coton rembourrée de fibre de remplissage qui peut être ajoutée ou enlevée de façon à ajuster le volume souhaité. Cette prothèse est **lavable**, conforme à la norme de non-cytotoxicité (NF EN ISO10993-5) et n'exerce **aucune pression** sur les tissus cicatriciels. La prothèse transitoire est **non adhérente**, et ne peut en aucun cas être en contact direct avec la peau.

Ce dispositif peut être prescrit et porté **dès les premiers jours après la chirurgie** jusqu'à la fin du 2^{ème} mois post-opération à condition que la plaie soit complètement cicatrisée. Elle sera toujours utilisée avec une lingerie postopératoire adaptée. [39]



Figure 50 : Prothèse mammaire Amoena Priform [40]

3.3.4. Autres prothèses et Accessoires

Les prothèses et accessoires ci-dessous (*figure 46*) restent des **dispositifs médicaux** nécessaires pour le quotidien de la patiente, cependant, ils ne sont **pas pris en charge** par l'Assurance maladie.

- Prothèses en **mousse** en polyuréthane : Ce sont des prothèses idéales pour dormir ou se détendre, cependant, elles ne remplacent pas une prothèse en silicone.

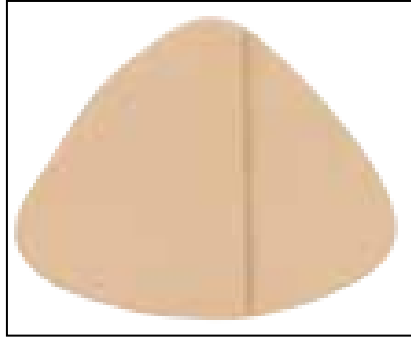


Figure 51 : Prothèse en mousse [24]

- Prothèses pour **activité aquatique** : Complément ou prothèse en silicone bleuté transparent pour les activités aquatiques. Le dos structuré laisse passer l'eau et l'air. Elles sont livrées avec un étui étanche.



Figure 52 : Prothèse pour activité aquatique [24]

- **Mamelon adhérent** : C'est un dispositif en silicone souple et auto-adhérent qui s'adapte à la prothèse ou complément mammaire et peut également être porté sur le sein ou le mamelon reconstruit.

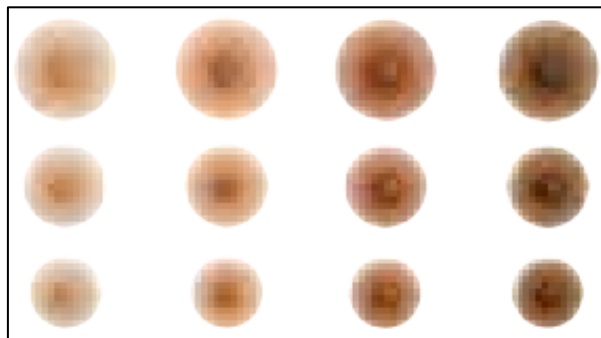


Figure 53 : Les mamelons adhérents de la gamme Amoena [24]

- **Produit de nettoyage** : Il est spécialement conçu pour nettoyer la surface adhésive des produits Amoena adhérents (Prothèses Contact, compléments mammaires Contact et Mamelons). Il est également recommandé pour le nettoyage des prothèses mammaires non adhérentes.
- **Brosse de nettoyage** : elle est conçue pour les produits Amoena, elle présente des poils très doux et arrondis qui n'endommagent pas la surface adhérente.
- **Poire de gonflage Balance Adapt Air** : Il s'agit d'une poire de gonflage permettant d'adapter la taille de la prothèse ou le complément Adapt air en fonction du volume recherché par la patiente. [24]

Après une mastectomie ou tumorectomie, l'estime de soi peut être altérée. Face à cette épreuve, le pharmacien a le rôle de proposer des solutions, notamment à l'aide d'une prothèse ou un complément mammaire. Cet accompagnement est varié et passe par :

- **L'écoute** de la plainte de la patiente ;
- **L'orientation** de la patiente vers un médecin afin d'obtenir une prescription médicale ;
- Des **conseils** en termes de marques, de choix des produits, d'informations relatives à la prise en charge et au reste à charge... ;
- La prise de **mesure** et les **essayages** ;
- L'orientation vers un autre confrère ou autre professionnel compétent en cas d'impossibilité de délivrance de PME dans sa pharmacie ;
- Le **suivi** de la prothèse afin de s'assurer que celle-ci soit toujours adaptée.

4. Lingerie

Après une mastectomie, le soutien-gorge devient bien plus qu'un sous-vêtement pour les patientes, il fait partie intégrante des **soins de santé**, et doit être **adapté aux besoins** individuels de ces femmes. En plus d'offrir un haut niveau de confort, cette lingerie dispose de poches invisibles de chaque côté, indispensables aux prothèses mammaires.

La lingerie adaptée et destinée aux patientes qui portent un complément ou une prothèse mammaire externe est considérée comme un **dispositif médical de classe 1** et porte le marquage CE.

Elle est majoritairement vendue dans des **magasins médicaux spécialisés en orthopédie ou en pharmacie**. Cependant depuis quelques années, de nombreuses **marques grand public** se lancent sur ce marché et créent des gammes post-mastectomies, comme Etam et Kiabi. Ces enseignes ont permis aux patientes en rémission ou guéries du cancer, de pouvoir sortir du cadre médical et d'accéder plus facilement à ces produits.

Il y a quelques années, seuls les soutiens-gorge en coton étaient proposés à ces patientes, sans assortiment entre le haut et le bas. Aujourd'hui, les femmes ne se sentent plus délaissées et retrouvent le plaisir d'acheter leur lingerie. Elles peuvent trouver des soutiens-gorge, des brassières de sport et des maillots de bain compatibles avec le port de leur prothèse. Certaines marques proposent même d'assortir ces hauts avec les bas. [41]

Actuellement, les pharmacies tentent de plus en plus de diversifier leur lingerie de manière à offrir plus de choix à leur patientèle.

4.1. Lingerie classique adaptée

La patiente peut passer de la lingerie post-opératoire à la lingerie classique adaptée au bout de **2 mois après la chirurgie**. Généralement, la proposition de la lingerie classique se fait en même temps que la dispensation de la prothèse mammaire en silicone.

Les symptômes tels qu'une cicatrice sensible, le risque de lymphoedème ou encore le type de prothèse choisie vont conditionnés le choix du modèle de la lingerie. De plus, le mode de vie et les activités de la patiente telles que le sport dirigeront le choix de celle-ci vers une lingerie particulière, comme un maillot de bain adapté.

Afin d'illustrer les différentes lingerie simples, les soutiens-gorge de la gamme *Amoena* sont présentés ci-dessous (*figure 55*). Elles se caractérisent par : des fermetures souples et réglables, des bretelles confortables et réglables, des bonnets parfaitement ajustés avec poches invisibles des deux côtés (*figure 54*). [24]

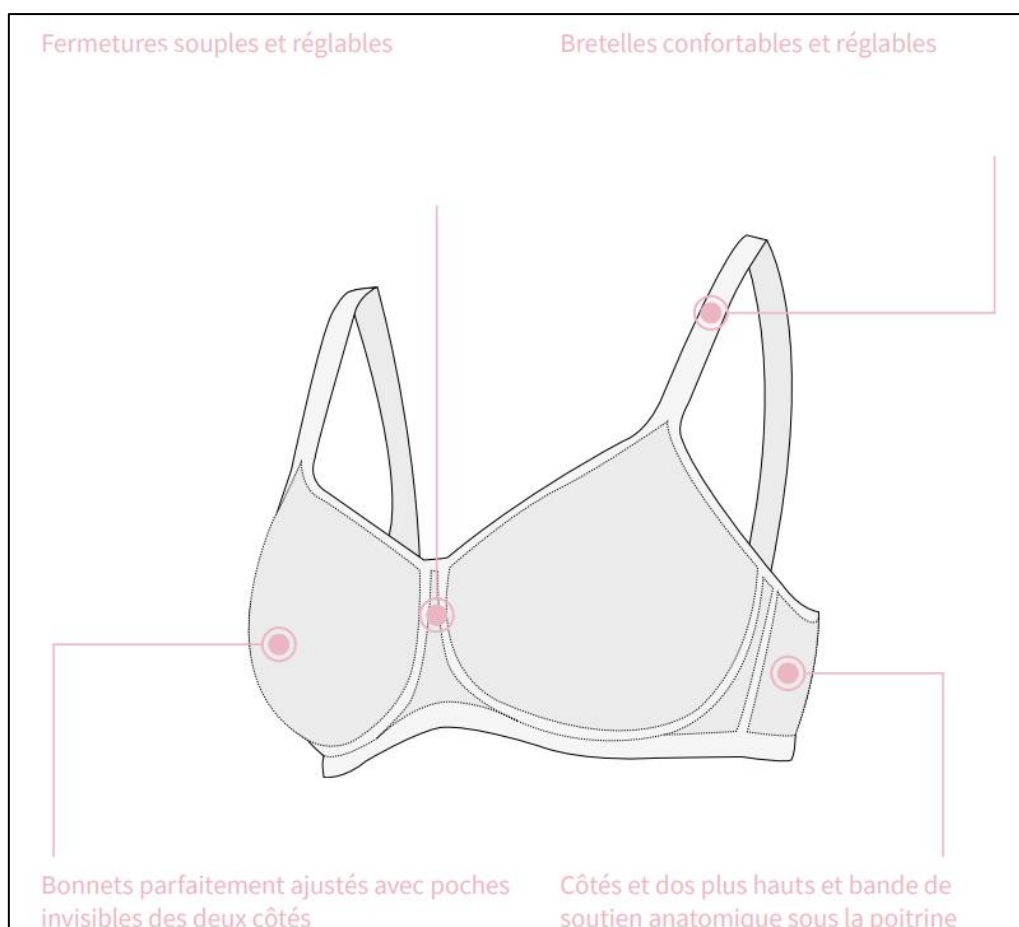


Figure 54 : Caractéristiques de la lingerie Amoena [24]

Cette lingerie est confectionnée à partir des matériaux et technologie suivants :

- Le coton biologique ;
- Les fibres de Tencel ;
- Le bambou ;
- La fibre élastique Lycra® Xtra LifeTM ;
- La technologie COOLMAX de séchage rapide évacuant l'humidité. [24]

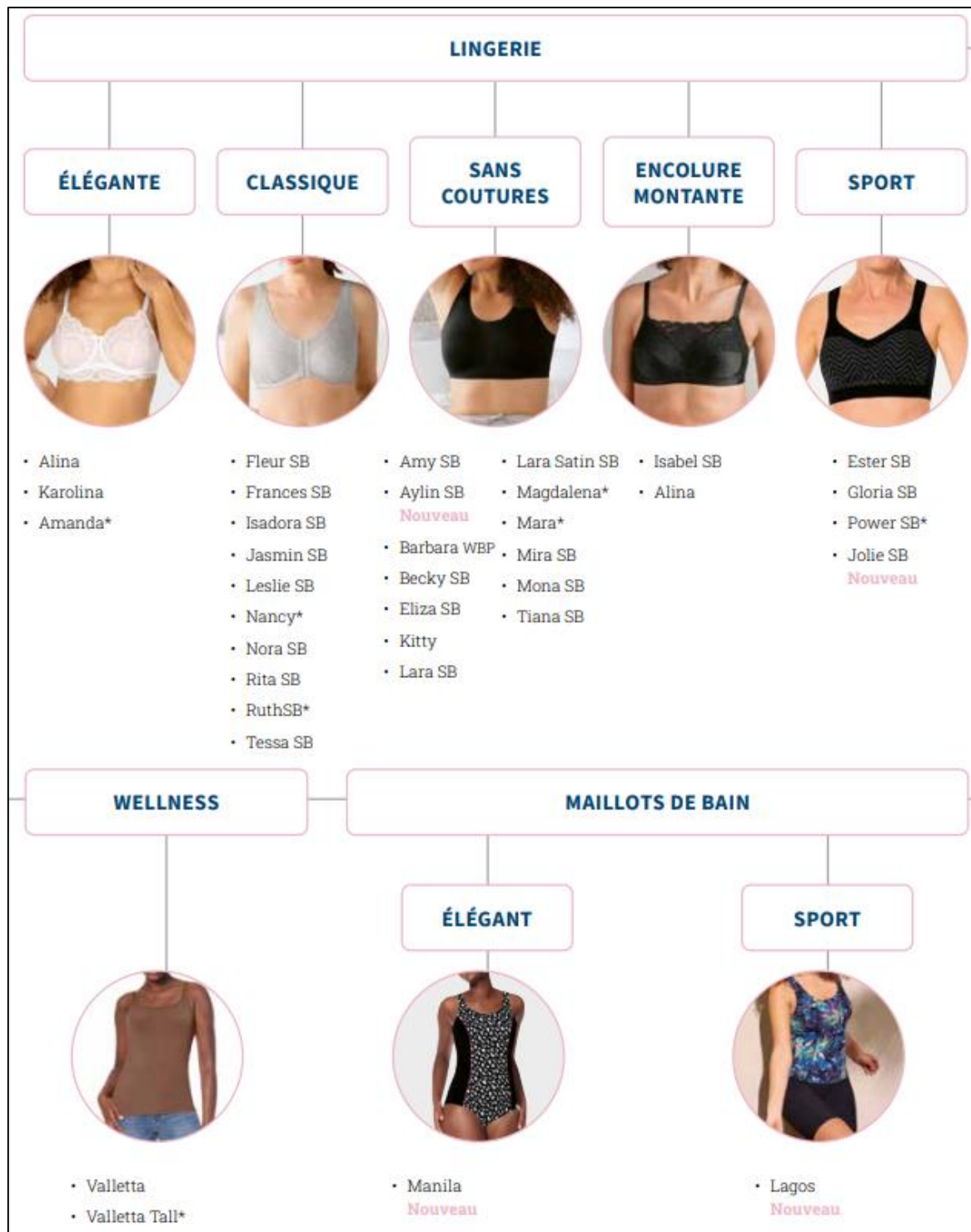


Figure 55 : Lingerie Amoena adaptée aux femmes ayant subi une chirurgie du cancer du sein [24]

4.2. Lingerie postopératoire

Dès les **premiers jours après la chirurgie**, une lingerie postopératoire spécifique peut être utilisée. Elle permettra de **protéger la plaie** et **d'abriter la prothèse** ou le complément mammaire tout en donnant un **aspect naturel de la poitrine** de la patiente. Il existe plusieurs gammes de lingerie postopératoire sur le marché, notamment la lingerie Amoena « curasupport confort » (*figure 56*) qui est conçue spécialement pour assurer le confort pendant la période de convalescence. [39]

Cette lingerie se caractérise par un textile doux pour la peau favorisant la liberté des mouvements et une fermeture à l'avant afin de faciliter son usage. [24]



Figure 56 : Lingerie postopératoires Amoena Curasupport Comfort [24]

4.3. Choix de la lingerie et mesure

Le choix d'une lingerie adaptée passe par plusieurs paramètres qui doivent être pris en compte afin de réaliser une bonne application :

- La **morphologie** de la patiente : taille de la poitrine, le buste étroit ou large, la forme des épaules.
- Les **habitudes de vie** de la patiente : vie active/sédentaire, pratique d'une activité sportive, vie professionnelle.
- Présence ou non d'un **lymphœdème** : la lingerie ne doit pas être un facteur favorisant, il faut absolument tenir compte de ce syndrome dans le choix de la largeur des bretelles, du caractère compressif ou non du soutien-gorge.
- **Protocole de soins** : à chaque étape de la prise en charge médicale et chirurgicale du cancer du sein, la femme présente différents besoins (confort absolu en post-opératoire, respect de la peau en cas de radiothérapie, maintien ferme lors d'une pratique sportive), de ce fait une lingerie adaptée s'impose.

La **prise de mesures** pour choisir un soutien-gorge est un acte incontournable. Celle-ci est identique à celle effectuée lors du choix d'une prothèse. [42]

4.4. Prise en charge

La lingerie adaptée ne dispose malheureusement **pas de prise en charge** par l'Assurance Maladie. Certaines mutuelles peuvent prendre une partie du coût à leur charge après devis selon le contrat souscrit. Selon les modèles, le coût peut être un frein à l'achat pour la patiente. [41]

Néanmoins certaines marques de lingerie classique proposent de plus en plus de choix de soutiens-gorge adaptés (Etam, Kiabi, Blanche-Porte, Rouge-gorge...). Quel que soit le choix de la patiente, il est indispensable de vérifier avec elle que la lingerie choisie soit en adéquation avec le port d'une prothèse mammaire externe et aussi avec son activité. [42]

Le choix d'une lingerie après une chirurgie du cancer du sein est un **accompagnement** à part entière. En effet, la délivrance de la lingerie doit être adaptée à la prothèse mammaire si la patiente en porte, mais également à l'état de la cicatrice ou encore aux activités quotidiennes de cette dernière. Cela nécessite une certaine compétence du distributeur.

Bien que les boutiques de lingerie proposent des articles et prix de plus en plus attractifs pour les patientes, la pharmacie doit maintenir la vente de la lingerie adaptée dans son espace afin de bien accompagner ces patientes.

Chapitre V. Enquête : Place du pharmacien dans les soins de support post-chirurgicaux du cancer du sein

1. Méthode

1.1. Contexte et objectifs de l'enquête

Le Plan cancer 2014/2019 a pour but de **préserver la continuité et la qualité de vie** des patients atteints de cancer : « le plan vise à accompagner et soutenir les efforts des personnes pour préserver leur continuité et qualité de vie en diminuant les conséquences du cancer sur la vie personnelle ».

Une étude menée par la Ligue contre le cancer a montré que les femmes ayant subi une mastectomie avaient besoin d'un **accompagnement en matière d'information**. Par exemple, il arrive que les patientes ne soient pas informées sur certaines prises en charge, cette non-information peut priver l'accès aux soins. Elles ont également demandé la mise en place de soutien psychologique face à la perception de leur nouveau corps, mais aussi des coûts financiers abordables, ne constituant pas d'obstacle pour les soins. [43]

Afin de préserver la continuité et la qualité de vie des patientes ayant subi une chirurgie du cancer du sein, le pharmacien d'officine peut assurer un accompagnement en matière de soins de support. Le pharmacien a un rôle à jouer face à ces patientes, notamment en répondant à diverses questions gravitant autour de ces soins, tout en apportant des informations, des solutions ou encore des orientations.

L'objectif de cette étude est de **mesurer l'impact du pharmacien** dans la **dispensation des soins de support** en officine après une chirurgie du cancer du sein, mais également évaluer la qualité et l'accessibilité de ces soins en officine.

1.2. Type d'étude

Cette étude est une enquête **observationnelle**, dans laquelle participent **42 patientes** ayant subi une chirurgie du cancer du sein. Le seul **critère d'inclusion** de cette étude est : « *une femme ayant subi une chirurgie du cancer du sein* ». Cependant, l'étude ne présente **aucun critère d'exclusion**.

Afin de cibler un grand nombre de patientes, j'ai pu collaborer avec la pharmacie de la Tour du Crieu qui est spécialisée dans l'accompagnement des femmes ayant subi une chirurgie du cancer du sein. J'ai également pu compter sur l'association Artémis située dans le Tarn-et-Garonne. Cette dernière est un réseau qui rassemble des acteurs médicaux, paramédicaux, soins de support et autres structures qui interviennent dans le parcours de soin du cancer du sein.

1.3. Conception du questionnaire et réalisation de l'enquête

Le questionnaire (*Annexe 1*) a été conçu informatiquement grâce au logiciel Google Form. Il est composé d'un mélange de **questions fermées** et de **questions ouvertes**. On retrouve également des **questions à choix multiple**. Entre Juin et Août 2024, le recueil des réponses

s'est fait automatiquement sur Google Form en tout **anonymat**. L'analyse des données a pu se faire grâce à un tableur Excel. La plupart des résultats sont présentés sous forme graphique : histogrammes ou diagrammes circulaires « camembert ».

Le questionnaire comptait **25 questions** regroupées par thème ou rubrique :

- **Informations générales** : il s'agit des questions permettant de cibler la patiente et son environnement (Age, ville de résidence, type de pharmacies fréquentées). Ces informations ont également permis de pouvoir réfléchir concernant certains soins de support dispensés en officine ;
- **Chirurgie du sein** : ce sont des questions qui permettent de situer les patientes par rapport aux différentes thérapies qu'elles ont pu recevoir (type de chirurgies, quels traitements supplémentaires à la chirurgie...), afin de comprendre leur accompagnement en officine ;
- **Cicatrisation post-opératoire** ;
- **Lymphœdème** du membre supérieur ;
- **Prothèse mammaire externe** ;
- **Lingerie** ;
- **Prise en charge** générale après la chirurgie **à l'officine** : ces questions ont permis de recueillir le ressenti des patientes par rapport à leur accompagnement en officine.

2. Résultats

La plupart des réponses seront présentées soit sous forme de diagramme circulaire « camembert », soit sous forme d'histogramme.

2.1. Cicatrisation post-opératoire

La cicatrisation post-opératoire est le **processus de guérison de la plaie** après une intervention chirurgicale. Afin d'évaluer l'impact que peut avoir le pharmacien dans l'accompagnement de la cicatrisation de patientes ayant subi une chirurgie du cancer du sein, quelques questions sont posées :

La *figure 57* montre que sur 42 personnes, seule **une femme** déclarait avoir eu une **mauvaise cicatrisation**.

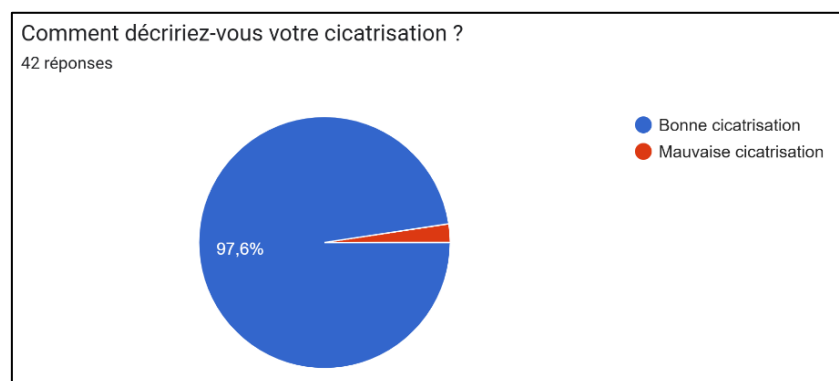


Figure 57 : Diagramme circulaire répartissant l'évolution de la cicatrisation après la chirurgie du cancer du sein [44]

Afin d'en savoir un peu plus sur la nature de la mauvaise cicatrisation, une question a été posée (*figure 58*) : « quels sont vos symptômes ? ». La figure se présente de la manière suivante : en abscisse le nombre de participants à la question et en ordonnée les différents symptômes. Une seule personne a répondu à la question et nous indique avoir subi une **réouverture de la cicatrice**.

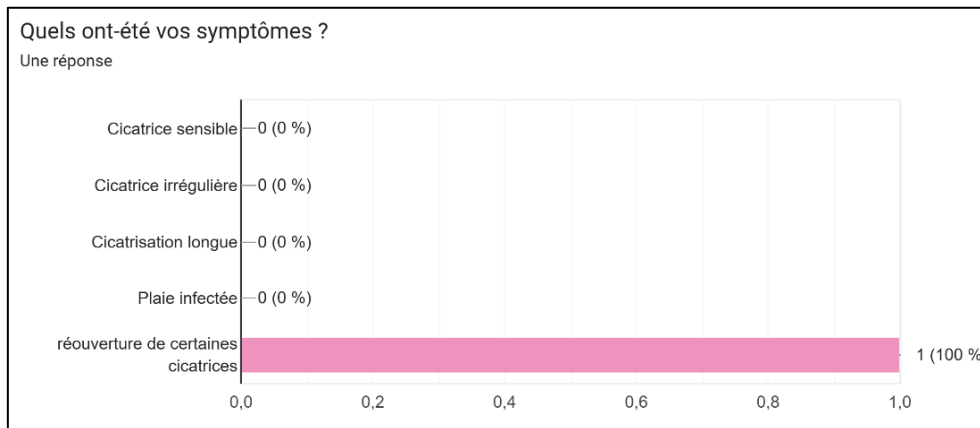


Figure 58 : Différents symptômes de la mauvaise cicatrisation de la plaie post-chirurgicale [44]

Afin de savoir si le pharmacien a eu un impact dans la prise en charge de la patiente, j'ai alors demandé si elle avait abordé le sujet avec son pharmacien. La réponse est négative, la patiente n'a **jamais abordé sa problématique avec le pharmacien**. L'officine n'a rien pu proposer, étant donné que le problème n'a pas été exposé. Donc l'impact du pharmacien dans l'accompagnement de la cicatrisation des patientes ayant subi une chirurgie du cancer du sein n'a pas pu être mesuré.

2.2. Lymphœdème du membre supérieur

Le lymphœdème du membre supérieur est un œdème du bras dû à l'accumulation de la lymphe. Le plus souvent, il apparaît après une chirurgie du cancer du sein. Afin de mesurer l'impact du pharmacien d'officine dans l'accompagnement du lymphœdème du membre supérieur à la suite d'une mastectomie (partielle ou totale), les questions suivantes ont été posées et les patientes ont répondu :

A la question de savoir si les patientes ont développé un lymphœdème du membre supérieur après leur chirurgie, 10 personnes sur 42 ont répondu positivement, soit **23.8%** de l'échantillon (*figure 59*). Parmi ces 10 patientes, **7** personnes ont subi un **traitement par radiothérapie**. En effet, la radiothérapie est l'un des facteurs de risque favorisant l'apparition du lymphœdème du membre supérieur.

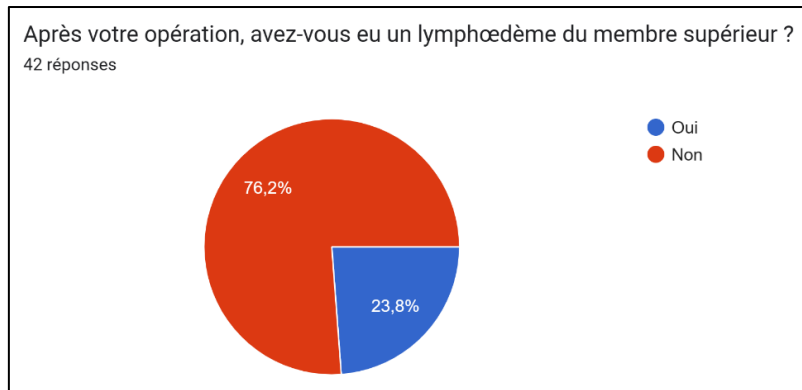


Figure 59 : La répartition du lymphœdème au sein de l'échantillon [44]

9 des patientes ayant eu le lymphœdème ont déclaré avoir été **prises en charge** par un professionnel de santé. Seule 1 patiente a déclaré ne pas avoir été prise en charge par un professionnel de santé pour son lymphœdème (figure 60).

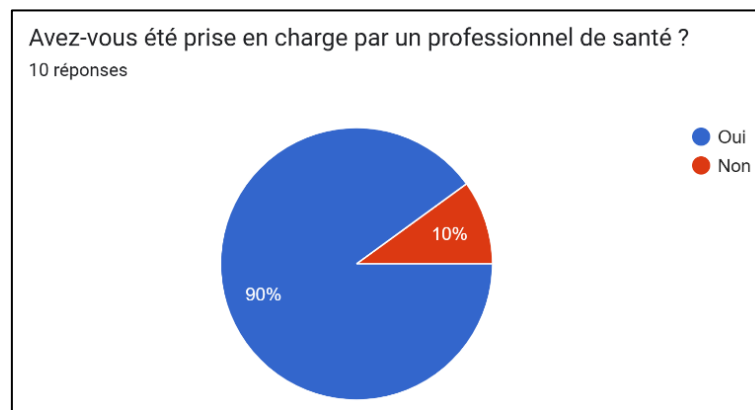


Figure 60 : La répartition de la prise en charge du lymphœdème par les professionnels de santé [44]

A la question « Par quel professionnel avez-vous été prise en charge » les 9 patientes ont répondu qu'elles ont été prises en charge par **d'autres professionnels de santé que le pharmacien** (figure 61). Une fois de plus, les réponses des patientes ne permettent pas de mesurer l'impact du pharmacien d'officine dans la prise en charge du lymphœdème après une chirurgie du cancer du sein.

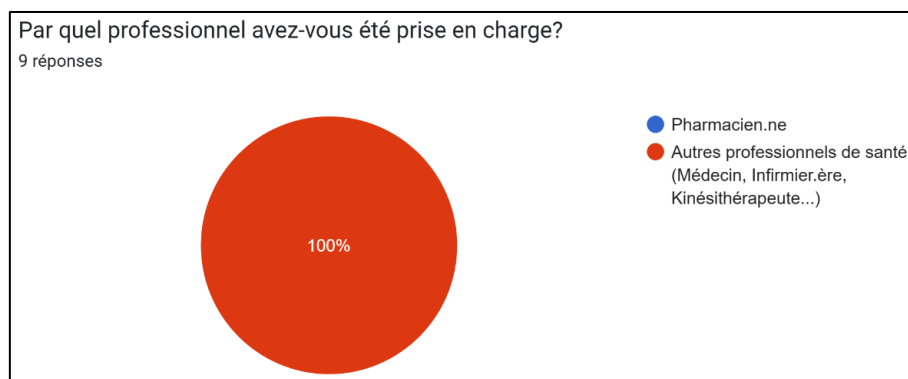


Figure 61 : Comparaison de la répartition de la prise en charge du lymphœdème entre l'officine et les autres professionnels de santé [44]

2.3. Prothèse mammaire externe

A propos de la dispensation de la prothèse mammaire en officine après une chirurgie du cancer du sein, les questions dirigées vers les patientes avaient pour but de mesurer l'impact du pharmacien dans cet accompagnement mais également d'en évaluer la qualité et l'accessibilité en officine.

D'après la *figure 62*, sur 42 patientes, seulement **12 patientes** ont bénéficié d'une **proposition d'une prothèse mammaire externe** après leurs chirurgies. Parmi ces 12 patientes, seule **1 personne** a répondu que la proposition avait été faite **en officine** (*figure 63*). D'après l'enquête, le pharmacien n'est pas le professionnel de santé qui propose ou conseille le plus à sa patientèle une prothèse mammaire.

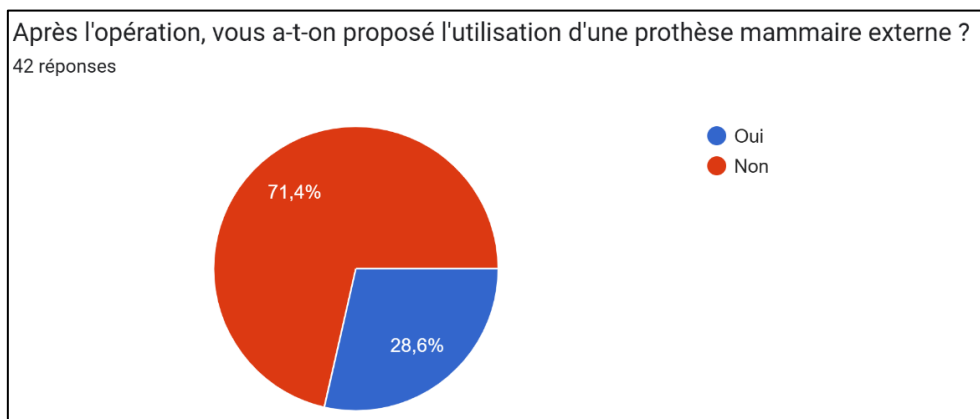


Figure 62 : Répartition de la proposition d'une PME au sein de l'échantillon [44]

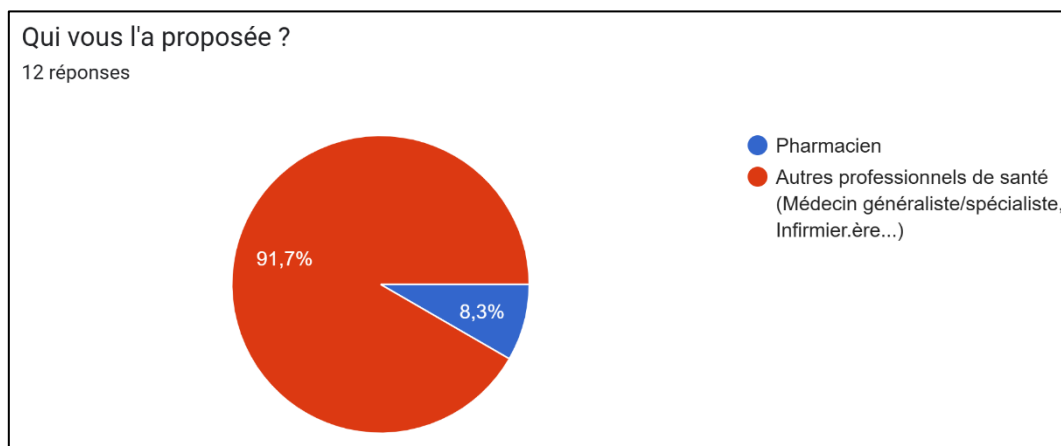


Figure 63 : Comparaison de la répartition de proposition du port de la PME entre le pharmacien et les autres professionnels de santé [44]

D'après la *figure 64*, **12 patientes** sur 42 déclarent qu'elles portent une **prothèse mammaire externe**. La *figure 65* montre que parmi les 12 patientes qui portent une prothèse mammaire externe, **1 femme sur 2** déclare que la **dispensation** de sa PME a été faite en **officine**. Cette enquête montre bien l'impact du pharmacien dans la dispensation de la PME.

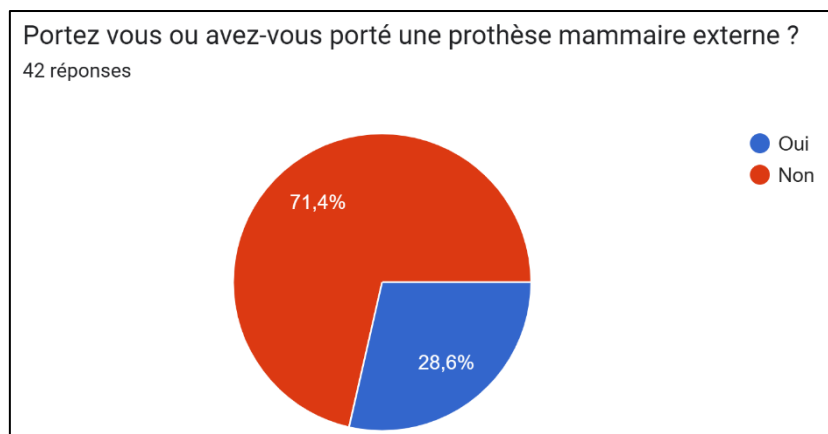


Figure 64 : Répartition du port de la PME au sein de l'échantillon [44]

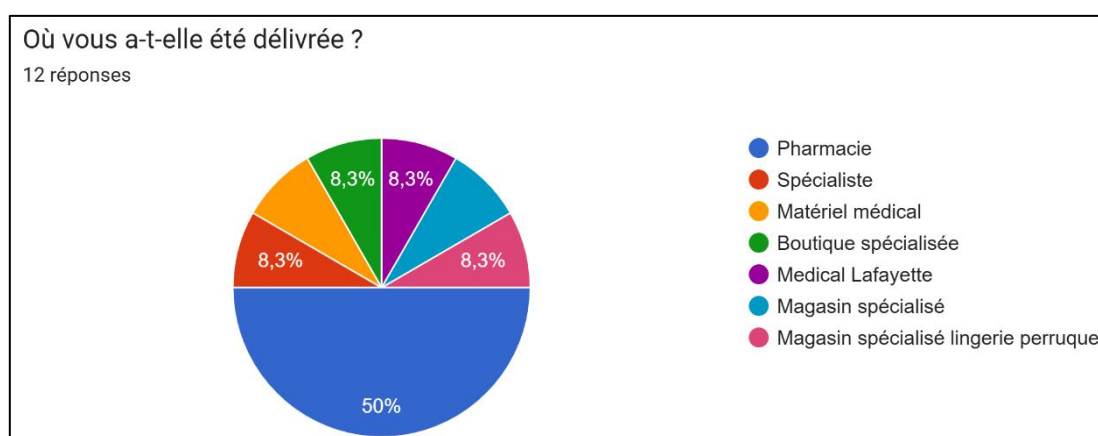


Figure 65 : Répartition de la vente de la PME au sein de l'échantillon [44]

Les patientes étant passées par la **pharmacie** pour la délivrance de leur PME sont **satisfaites à 100%** leur prise en charge en officine (*figure 66*). Leurs prothèses mammaires sont adaptées à leurs activités, à leurs morphologies, en plus d'être facile à porter. Ainsi, le pharmacien a un impact dans l'accompagnement des patientes opérées du cancer du sein en leur dispensant une PME de qualité. Cet **accompagnement** est **optimal** et **personnalisé**.

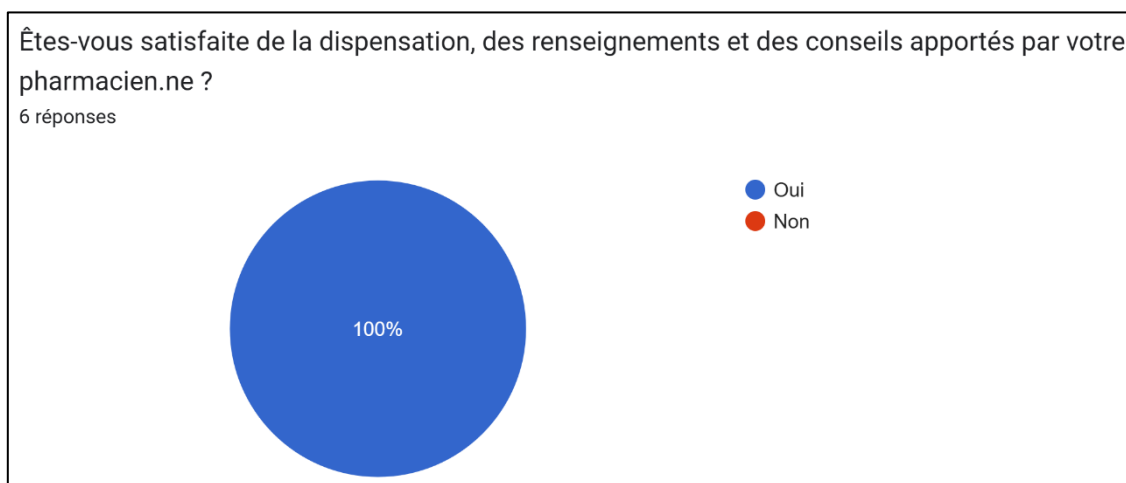


Figure 66 : Taux de satisfaction des patientes en officine après la dispensation de leur PME [44]

3.4. Lingerie

Souvent délivrée en complément d'une prothèse mammaire externe, une lingerie adaptée à la mastectomie partielle ou totale est considérée comme un **dispositif médical** à part entière. Les questions portant sur la thématique de la lingerie ont pour but de mesurer la vente de la lingerie en officine mais également d'évaluer la qualité de la vente et l'accessibilité de ces articles en pharmacie.

D'après la *figure 67*, **20 patientes** sur 42 ont répondu avoir utilisé une **lingerie adaptée** après la mastectomie. Parmi ces 20 femmes, 12 ont également bénéficié d'une PME, et les 8 autres n'ont pas eu besoin d'utiliser une PME. Une lingerie adaptée peut être proposée à une femme peu importe si celle-ci porte une PME ou pas.

Dans le groupe de ces 20 femmes, la **moitié** d'entre elles a répondu avoir acheté leur lingerie en **officine** et l'autre **moitié** a déclaré avoir acheté la lingerie soit dans un **magasin spécialisé**, soit dans une **boutique de prêt-à-porter** (*figure 68*). Les femmes ayant acheté leurs lingerie en officine fréquentent en majorité des pharmacies de taille moyenne mais également des pharmacies de grandes et petites tailles.

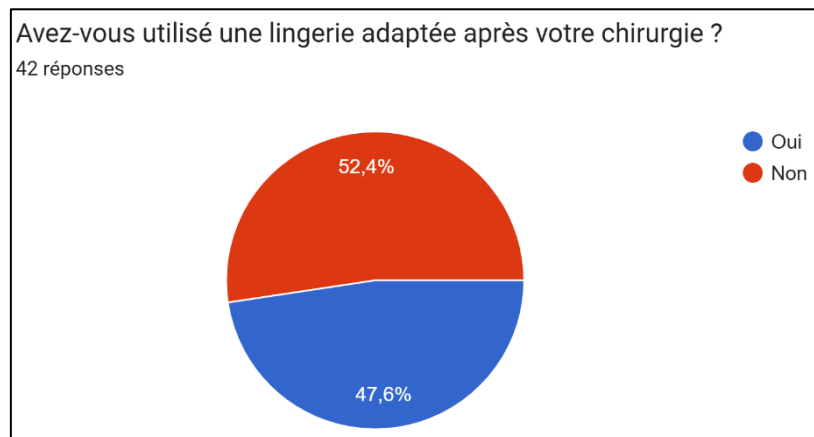


Figure 67 : Répartition de l'usage d'une lingerie adaptée après une chirurgie du cancer du sein [44]

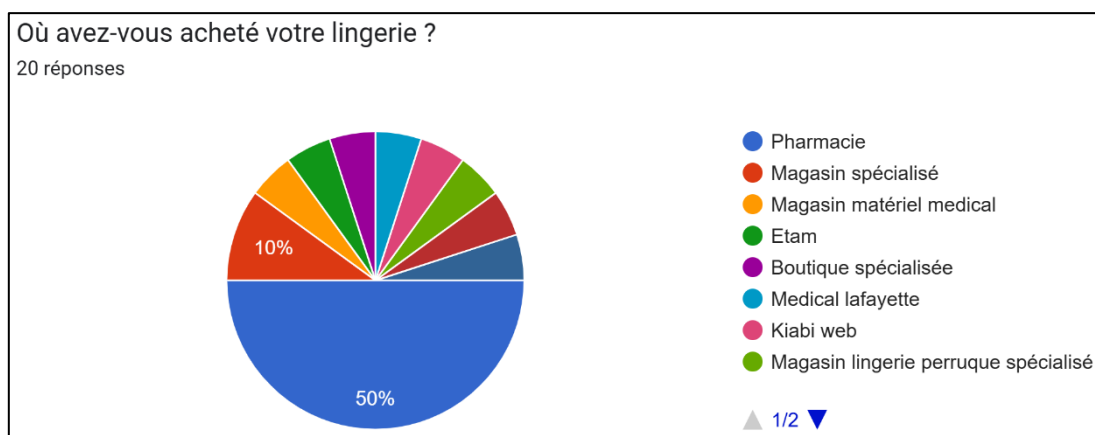


Figure 68 : Répartition des ventes de lingerie post-opératoire entre différents distributeurs [44]

Afin de comprendre le choix des 10 patientes qui n'ont pas acheté leur lingerie en officine, une question a été posée, les raisons qui motivent leur achat hors pharmacie sont les suivantes :

- Le **manque d'offre** pour certaines pharmacies. En effet toutes les pharmacies ne vendent pas de lingerie ;
- Le **coût** est élevé en officine par rapport aux autres distributeurs ;
- Le **choix d'articles limité** ;
- Certaines patientes préfèrent travailler avec des magasins spécialisés dans la vente d'articles susceptibles d'être utilisés après une chirurgie du cancer du sein ;
- La qualité des produits dans des magasins de prêt-à-porter (Kiabi ou Etam)
- Certaines enseignes proposent de livrer à domicile après achat sur internet.

3.5. Prise en charge générale en termes de soins de support à l'officine après la chirurgie

Une chirurgie du cancer du sein entraîne des répercussions importantes, tant physiques que psychologiques, même après la rémission. Le pharmacien doit être capable de proposer un **accompagnement adapté** à ses patientes et un **soutien psychologique** de qualité. Cette rubrique a pour objectif de mesurer l'impact du pharmacien dans l'accompagnement en soins de support des patientes opérées du cancer du sein, mais également d'en évaluer la qualité et l'accessibilité.

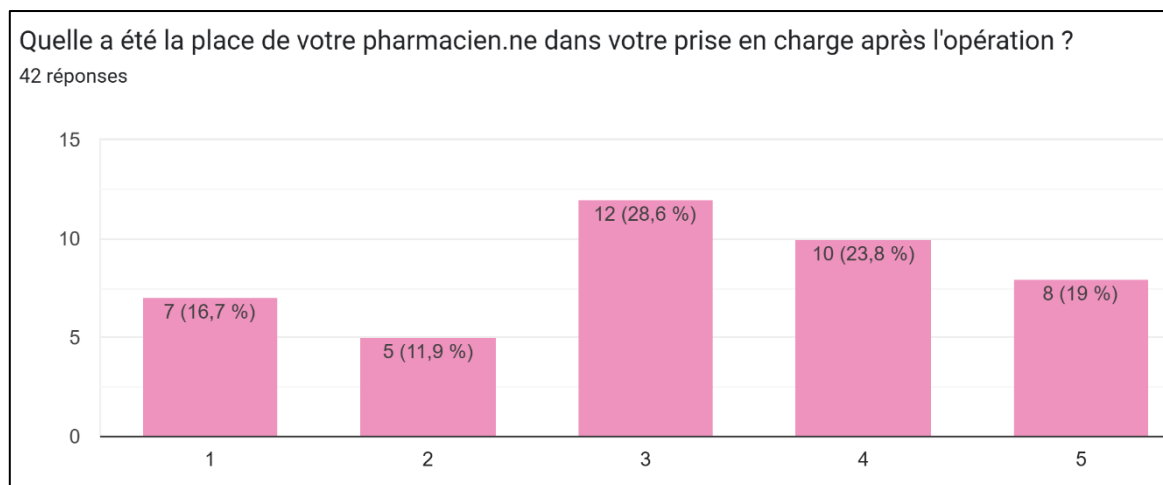


Figure 69 : La place du pharmacien dans l'accompagnement des patientes opérées du cancer du sein [44]

La *figure 69* représente en abscisse la place du pharmacien dans l'accompagnement des patientes ayant subi une chirurgie du cancer du sein, avec 1 considéré comme place inexistante et 5 considéré comme place importante. En ordonnée se trouve le nombre de réponses.

Sur cet histogramme, plus de **70%** de l'échantillon attribue au **minimum une note de 3**, ce qui montre que le pharmacien a pu participer dans l'accompagnement de 70% de ces patientes de manière correcte. Au sein de l'échantillon **19%** de patientes déclarent que la **place** du pharmacien était **importante** dans leur accompagnement.

Cependant, près de **17%** de l'échantillon ont déclaré que le pharmacien avait une **place inexistante** dans leur accompagnement après la chirurgie. En effet, l'analyse des réponses de chaque patiente montre que le pharmacien n'a eu aucun impact sur leur accompagnement notamment sur la dispensation des soins de support après la chirurgie.

Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs raisons telles que :

- Le **manque de besoin** de soins de support,
- **Peu de choix** et propositions en termes de soins de support en officine
- Le **coût** pouvant être élevé en pharmacie
- Le **manque de temps** à mettre en place certains soins : par exemple, un rendez-vous pour les essayages d'une prothèse mammaire est chronophage, de ce fait certaines pharmacies ne peuvent pas se permettre de se lancer dans la dispensation de PME.

Afin d'évaluer la prise en charge générale en pharmacie après une chirurgie du cancer du sein, j'ai également demandé aux patientes les points forts et les limites de leur accompagnement en officine ainsi que les points à améliorer, les réponses apportées par les patientes sont synthétisées ci-dessous : (figure 70).

Points forts	Limites	Axes d'amélioration
- Le savoir-faire : Pharmacien est compétent (21 réponses)	- Le savoir-faire limité (10 réponses)	- Plus de choix en termes de lingerie
- Le savoir-être : pharmacien à l'écoute (24 réponses)	- Manque de disponibilité (8 réponses)	- Plus de conseils
- Bonne communication : Bons conseils / informations précises et objectives (15 réponses)	- Absence ou manque de conseils (7 réponses)	- Un espace de confidentialité
- Soutien psychologique (7 réponses)	- Information en amont (3 réponses)	- Inform er les patientes
- Bonne prise en charge de l'équipe (1 réponse)	- Pharmacie non spécialisée dans l'accompagnement de la femme après une chirurgie du cancer du sein (1 réponse)	- Proposer des RDV spécifiques
	- Proposition de lingerie chère, limitée, et non adaptée à la radiothérapie (1 réponse)	- Proposition de gamme de lingerie moins onéreuse
	- Manque de connaissance par rapport à la chirurgie (1 réponse)	

Figure 70 : Tableau résumant les points forts, les limites ainsi que les axes d'améliorations apportés dans l'accompagnement en officine des femmes opérées d'un cancer du sein

3. Discussions

Cette partie permet de discuter des résultats recueillis au cours de cette enquête. Elle permet également de réfléchir sur la dispensation des soins de support en officine après une opération du cancer du sein.

3.1. Accompagnement de la cicatrisation en officine après mastectomie

Concernant l'accompagnement de la cicatrisation des patientes ayant subi une chirurgie du cancer du sein, le pharmacien est le professionnel de santé qui dispense les dispositifs nécessaires permettant de mener à bien la cicatrisation (antiseptique et pansements).

En termes d'accompagnement de la cicatrisation, cette enquête avait pour objectif de montrer l'impact que peut avoir le pharmacien dans l'accompagnement de la cicatrisation des patientes ayant subi une chirurgie de cancer. Cet impact peut se manifester par différentes interventions pharmaceutiques sur une ordonnance mais également par les solutions que le pharmacien peut apporter à sa patiente en cas de cicatrisation problématique.

Les réponses recueillies n'ont **pas permis de mettre en lumière l'impact du pharmacien** dans cet accompagnement. Ainsi, ni l'accessibilité aux soins de support gravitant autour de la cicatrisation après une chirurgie du cancer du sein ni la qualité de leur dispensation n'ont pu être évaluées.

Par ailleurs, les résultats ont montré que la patiente manifestant une cicatrisation problématique, n'a pas abordé sa problématique avec le pharmacien. Il arrive souvent que les patientes ne disent pas tout au comptoir, il est donc du rôle du pharmacien de poser les bonnes questions. Le pharmacien doit s'assurer de l'évolution de la cicatrisation de sa patiente dans le but de **proposer une solution** ou encore **d'orienter** cette dernière vers un autre professionnel de santé en cas de besoin.

L'analyse des réponses de la patiente ayant eu la mauvaise cicatrisation, a montré qu'elle portait une lingerie après son opération. Cette lingerie a été achetée dans un magasin de sport. Les questions que nous pouvons nous poser sont : « est-ce que cette lingerie a pu participer à la réouverture de la cicatrice », « était-elle adaptée à la plaie ou à la cicatrice », ou encore « le distributeur avait été formé pour vendre cet article aux clientes ayant subi une chirurgie du cancer du sein ».

3.2. Accompagnement du lymphœdème du membre supérieur en officine après une chirurgie du cancer du sein

Malgré les dispositifs et médicament que la pharmacie peut proposer pour accompagner les patientes dans le lymphœdème, **aucune patiente n'a été prise en charge en officine** pour son lymphœdème. Donc l'impact du pharmacien dans cet accompagnement n'a pas pu être mesurer. Ainsi, ni l'accessibilité ni la qualité des soins de support en officine autour du lymphœdème n'ont pu être évaluées.

Cependant, savoir comment est-ce possible que l'officine n'ait eu aucune place dans l'accompagnement du lymphœdème de ces patientes serait intéressant sachant que la pharmacie a la possibilité de proposer des dispositifs tels que des **bandes de compression** indispensables pour réduire l'œdème, des **manchons compressifs** ou même **des vêtements de compression**. De plus, un médicament permettant de traiter le lymphœdème existe et peut être délivrer en officine : **Endotélon®**.

En moyenne, le lymphœdème peut survenir au bout de 2 ans après la chirurgie. Cependant, l'analyse des réponses des patientes montre que parmi les 10 patientes, **2 femmes** ont été opérées et ont **développé le lymphœdème en moins d'un an**. Il est donc plus que nécessaire que les professionnels de santé notamment le pharmacien, fassent passer des messages de prévention tout de suite après l'opération afin d'éviter l'apparition du lymphœdème.

Dans cette enquête, seule 1 femme parmi les 10 patientes ayant manifesté le lymphœdème du membre supérieur, a déclaré qu'aucun professionnel de santé a pris en charge son lymphœdème (*figure 61*). L'analyse des réponses de cette patiente a montré qu'elle n'a pas bénéficié de thérapie supplémentaire pour son cancer (radiothérapie ou chimiothérapie). Bien que la **radiothérapie** soit l'un des **facteurs de risque** d'apparition de lymphœdème, face à une patiente ayant subi une mastectomie, peu n'importe qu'elle ait subi une radiothérapie ou pas, le pharmacien doit conseiller cette dernière afin de prévenir l'apparition du lymphœdème du membre supérieur.

Par ailleurs, l'officine doit être capable de **communiquer** sur les soins qu'elle propose. Parfois, les patientes ne savent pas ce que la pharmacie peut mettre en place pour les accompagner, par conséquent, elles n'osent pas parler de leurs problématiques aux pharmaciens.

3.3. Accompagnement dans le port de la prothèse mammaire externe en officine

En France, toutes les pharmacies n'ont pas la possibilité de dispenser les prothèses mammaires externes. Cependant, n'importe quelle pharmacie a la possibilité de **renseigner** et d'**orienter** sa patiente, sur les sujets qui gravitent autour de la PME. D'après l'enquête, les pharmacies qui assurent la délivrance de PME sont le plus souvent de **taille moyenne** et souvent installées en **milieu rural**. Les raisons pouvant expliquer ce **manque d'offre** de PME dans certaines pharmacies sont :

- La **demande** qui n'est pas toujours forte ;
- Le **personnel peu formé** en termes de dispensation de PME ;
- L'aspect **chronophage** de la dispensation de la PME ;
- Le **manque d'espace de confidentialité** réservé à cet accompagnement ;
- Une **forte densité de pharmacies** dans les grandes villes ;
- La présence d'**établissements spécialisés** dans la délivrance de PME dans les grandes villes.

Bien que l'enquête révèle que le pharmacien d'officine a un impact dans la dispensation de la PME aux patientes ayant subi une mastectomie, et qu'il assure un accompagnement de qualité, certaines améliorations sont à noter :

- D'après l'enquête, parmi les 12 patientes à qui le port de la PME a été proposé, seule 1 femme a déclaré que la proposition a été faite par le pharmacien. Ceci montre d'une part que le pharmacien d'officine ne communique pas forcément sur l'intérêt du port de la PME et d'autre part qu'il en propose très peu, même si celui-ci est formé pour la délivrer. Face à une patiente opérée d'une mastectomie, le **pharmacien doit être à l'écoute** de celle-ci, et capable de pouvoir **expliquer l'intérêt du port d'une PME**. Si le pharmacien n'est pas en mesure de fournir la PME, il peut alors **orienter** sa patiente vers un autre confrère ou autre établissement.

- L'étude a montré que 27 patientes ont subi une mastectomie partielle, et elles n'ont jamais bénéficié d'une proposition de PME ou de port de PME. Bien que ces femmes aient déclaré qu'elles n'ont jamais ressenti le besoin de porter une prothèse mammaire, il est toujours important de leur **rappeler qu'il existe des compléments mammaires** pouvant être utilisée en cas de mastectomie partielle.

Dans l'idée générale une prothèse mammaire externe ne peut être utilisée qu'en cas de mastectomie totale. Il est aussi du rôle du pharmacien de faire cette distinction.

3.4. Accompagnement dans le port de la lingerie adaptée après une mastectomie

L'enquête a montré que l'officine est **engagée dans la vente** de la lingerie adaptée afin d'accompagner les femmes après une chirurgie du cancer du sein. Même si toutes les pharmacies ne vendent pas de lingerie, la vente de la lingerie se répand de plus en plus en officine. La vente de la lingerie en officine est bien **supérieure à celle de la PME**. L'enquête a montré que les **pharmacies** qui vendent la lingerie sont de **taille variée**, toutes les tailles de pharmacies sont représentées. Cependant, du point de vue de la patiente, la notion de taille de la pharmacie reste une notion subjective.

Bien que la lingerie soit le plus souvent vendue en accompagnement d'une PME, il est bien de savoir que toute femme ayant subi une chirurgie du cancer du sein peut acheter et utiliser une lingerie adaptée, même si celle-ci ne porte pas de PME. Il est donc du rôle du pharmacien de faire passer le message auprès de sa patientèle.

Cette étude a également montré qu'il y a du travail à faire afin d'**améliorer l'accessibilité** à la lingerie en officine mais également la **satisfaction** des patientes lors de l'achat de la lingerie en pharmacie : le manque d'offre dans certaines pharmacies, le coût élevé et le choix limité de lingerie constituent un frein de l'accessibilité de la lingerie en pharmacie.

La vente de la lingerie en pharmacie subit une concurrence des magasins spécialisés dans l'accompagnement des femmes ayant subi une chirurgie du cancer du sein mais aussi des magasins de prêt-à-porter tels que Kiabi et Etam, ou encore des ventes en ligne. Les patientes qui achètent dans ces enseignes se disent satisfaites du prix, de la qualité, mais aussi du service que certaines enseignes peuvent proposer tels que la livraison à domicile.

3.5. Accompagnement général après une chirurgie du cancer du sein

Cette étude montre que le pharmacien a un impact et une place dans l'accompagnement des patientes ayant subi une chirurgie du cancer du sein. En effet, plus de **70 %** des patientes de l'échantillon ont déclaré que le pharmacien occupe une **place correcte** dans leur accompagnement. De plus, 19% de l'échantillon déclare que le pharmacien avait une place importante dans leur accompagnement. Bien que le pharmacien soit le professionnel de santé de proximité, la place qu'occupe le pharmacien est le fruit de son activité : son rôle dans la dispensation de médicaments, les conseils et les soins de support qu'il propose à sa patientèle.

Cependant, **7 patientes** ont déclaré que le **pharmacien** était **inexistant** tout au long de l'accompagnement. L'accompagnement d'une femme ayant subi une chirurgie du cancer du sein doit être global, il ne se limite pas uniquement à la délivrance du médicament. Afin d'assurer un accompagnement optimal à sa patientèle, le pharmacien doit se rendre **disponible** et être **à l'écoute**, pour ensuite proposer des **conseils adaptés et personnalisés**. Le fait de se rendre disponible, d'être à l'écoute, discuter avec sa patiente constitue déjà un soutien psychologique de qualité pour cette dernière.

Au cours de cette enquête, les patientes ont identifié les points forts, les limites, ainsi que les points à améliorer concernant leur accompagnement en officine. Leurs réponses ont été présentées de manière synthétisée (*figure 70*). Ce que nous pouvons retenir de ces déclarations sont :

Concernant les **points forts** de l'accompagnement en officine après une chirurgie du cancer du sein, la majeure partie de l'échantillon pense que le Pharmacien est un professionnel de santé **compétent**, ayant une place pour accompagner cette patientèle. Sa faculté à être **à l'écoute** de sa patientèle est un atout majeur pour mener à bien son accompagnement et constitue un **soutien psychologique** pour les patientes. De plus, une **bonne communication** en termes de conseils et informations permet de croire sa place dans l'accompagnement des femmes ayant subi une mastectomie.

Cependant, d'autres patientes se sont exprimées sur les **limites** de leur accompagnement en officine, après la chirurgie. Elles pensent que le **savoir-faire du pharmacien** est **limité** en termes d'accompagnement de la femme après une chirurgie du cancer du sein car il est très peu formé. Elles soulignent également le **manque de disponibilité** du pharmacien, en effet certaines activités peuvent être chronophage pour celui-ci. Elles dénoncent également le **manque de conseils** de la part du pharmacien mais également le **manque d'informations**. De plus, certains soins de support comme la lingerie sont **chers et limités** en termes de choix. Cela constitue un frein niveau accessibilité.

Les patientes ont également proposé des axes d'amélioration qui permettront de favoriser un accompagnement de qualité en officine après une chirurgie du cancer du sein :

- Un **espace de confidentialité** : Au comptoir, il n'est pas toujours facile pour la patiente de s'étaler sur ses problématiques, à plus forte raison quand il s'agit de parler d'estime de soi ou encore de féminité. En proposant à sa patiente un espace de confidentialité, le pharmacien facilite le libre-échange avec sans patiente, sans crainte du regard extérieur ;
- Proposer des **RDV spécifiques** : l'accompagnement d'une patiente en post-mastectomie peut être chronophage notamment lors du choix de la prothèse mammaire ou du choix de la lingerie. Il est nécessaire que le pharmacien fixe des rendez-vous spécifiques, afin de prendre le temps de faire et expliquer les choses et d'assurer un accompagnement de qualité ;
- **Informé et conseiller** les patientes : le conseil est l'activité de base du pharmacien. A défaut d'assurer un accompagnement, il est du devoir du pharmacien d'orienter sa patiente. De plus, il est important d'informer les patientes des différents soins ou accompagnements que la pharmacie propose, souvent les pharmacies ont du mal à communiquer à leur patientèle. Parfois certaines prises en charge n'ont pas lieu par manque d'information ;

- **Proposition de gammes de lingerie variées et moins onéreuses** : il s'agit de l'un des points noirs des soins de support en officine après une chirurgie du cancer du sein car il constitue un frein au niveau de l'accessibilité.

4. Les limites de l'enquête

Cette enquête a été menée entre début Juin et fin Août 2024 et 42 femmes ont répondu au questionnaire. Le seul critère d'inclusion de cette étude était « une femme ayant subi une chirurgie du cancer du sein ». La population cible est les femmes ayant subi une chirurgie du cancer du sein en France. Du point de vue de l'âge, **toutes les tranches d'âge** sont représentées dans l'échantillon. Il n'y a donc aucune différence entre la population cible et mon échantillon. L'échantillon est donc **représentatif**.

Pour des raisons de praticité, j'ai préférentiellement déposé mon questionnaire à la pharmacie de la Tour du Crieu situé en Ariège et auprès de l'association Artémis situé dans le Tarn-et-Garonne à Montauban. Souvent, les patientes de cette association habitent aux alentours de la ville de Montauban donc la probabilité d'avoir des patientes vivant dans une grande ville est faible. Le choix de la **zone géographique** constitue un **biais de sélection**.

L'objectif du questionnaire était de pouvoir mesurer l'impact du pharmacien dans la dispensation des soins de support en officine après une chirurgie du cancer du sein, mais également d'évaluer la qualité et l'accessibilité de ces soins en officine. L'échantillon n'a pas permis de mettre en lumière l'impact du pharmacien dans la dispensation des soins autour de la cicatrisation et du lymphœdème. Toutefois, l'étude a permis de mettre en lumière son **implication dans la dispensation** des autres soins de support, en l'occurrence, de la **prothèse mammaire externe** et de la **lingerie adaptée**.

Toutes les questions du questionnaire n'ont pas été traitées. Afin que le questionnaire soit rempli de manière rapide et efficace, le questionnaire avait été conçu de la façon suivante : en fonction des réponses que la patiente donnait dans certaines questions, elle ne pouvait pas répondre à d'autres questions. Par exemple, à la question « comment décririez-vous votre cicatrisation ? », si la patiente répondait « Bonne cicatrisation » alors elle ne pouvait plus répondre aux autres questions en rapport avec la cicatrisation. Cette façon de faire a un avantage, cependant, elle cache l'implication du pharmacien dans la dispensation des pansements ou antiseptique par exemple. Généralement, après une chirurgie du cancer du sein, ces dispositifs sont indispensables pour le soin de la plaie. J'aurais donc dû demander à ces patientes la place du pharmacien dans leur cicatrisation. Ceci a constitué un **biais de mesure**.

La **taille de la pharmacie** est une notion **subjective**, certaines patientes peuvent penser que leur pharmacie est une grande pharmacie, alors qu'en réalité elle serait classée comme étant moyenne si nous nous basons sur la superficie, le chiffre d'affaires mais également le nombre de clients par jour de la pharmacie. Il s'agit donc d'un **biais d'évaluation**.

5. Conclusions de l'enquête

L'objectif de cette enquête était de mesurer l'impact du pharmacien dans la dispensation des soins de support en officine après une chirurgie du cancer du sein mais également d'évaluer la qualité et l'accessibilité de ces soins. Au cours de cette enquête, les réponses des patientes ne m'ont pas permis de mettre en lumière l'impact du pharmacien dans l'accompagnement de la cicatrisation et du lymphœdème du membre supérieur après une chirurgie du cancer du sein, ainsi l'évaluation de la qualité et de l'accessibilité de ces soins en officine n'a pas été faisable.

Bien que toutes les pharmacies ne soient pas habilitées à proposer les PME, l'enquête révèle que le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans la **dispensation de PME** aux patientes ayant subi une mastectomie. Le pharmacien a un impact dans la délivrance de la PME en assurant un accompagnement de qualité. En effet, l'étude montre un niveau de satisfaction élevé lorsque la PME était délivrée en pharmacie.

Cependant, le pharmacien doit **communiquer davantage** sur les services que sa pharmacie propose, il doit pouvoir **conseiller** et proposer davantage la PME ou les compléments mammaires aux patientes opérées du cancer du sein. De plus, il doit répondre aux questions mais aussi communiquer des informations relatives à la prescription et au remboursement d'une PME.

Concernant la lingerie en officine, même si toutes les pharmacies ne vendent pas de lingerie, cette étude montre que le pharmacien est **engagé dans la vente de la lingerie adaptée** à la chirurgie du cancer du sein, malgré la concurrence des magasins de prêt-à-porter. Cependant, une **marge de progression** est à fournir en termes d'accessibilité et de qualité de service.

De manière générale, le pharmacien a une **place correcte** dans l'accompagnement de la patiente ayant subi une chirurgie du cancer du sein. La mise en place ou l'application des soins de support en officine après une chirurgie du cancer du sein diffère d'une pharmacie à une autre. En effet, la mise en place de certains soins de support en officine est un exercice délicat et complexe.

Afin de bien mener cet accompagnement, le pharmacien se doit d'être compétent, cette compétence se renforce par la **formation continue** et par la **mise à jour de ses connaissances**. Il se doit également d'être **disponible et à l'écoute** de sa patiente afin de lui manifester son **soutien psychologique** et aussi dans le but de pouvoir proposer un **conseil de qualité adapté et personnalisé**. Toujours dans le but de bien mener cet accompagnement, la pharmacie doit pouvoir proposer des **rendez-vous spécifiques** pour dispenser certains soins de support et être équipée d'un **espace de confidentialité**.

Conclusion

Le cancer du sein est le cancer qui touche le plus la population féminine. Il s'agit également du cancer qui cause le plus de décès chez la femme. Aujourd'hui, en France, la prise en charge médicale a permis de **réduire le taux de mortalité** de cette maladie. Cette amélioration est possible grâce : au programme de dépistage organisé proposé tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 74 ans, aux différentes campagnes incitant les femmes à l'autopalpation et aux différentes stratégies thérapeutiques, personnalisées en fonction du profil de la patiente.

Les différentes stratégies de prise en charge médicale du cancer du sein (chirurgie, radiothérapie et chimio) entraînent des répercussions sur la qualité de vie de la patiente. Il est donc plus que nécessaire que les équipes médicales assurent l'accompagnement de ces patientes pendant et après le traitement anticancéreux, notamment après la chirurgie.

Le pharmacien est l'un des acteurs de santé pouvant accompagner les patientes atteintes de cancer du sein. Étant le **professionnel de santé de proximité**, le pharmacien a la possibilité de proposer un accompagnement adapté et personnalisé participant à l'amélioration de la qualité de vie de sa patiente. Son spectre d'action ne cesse de s'agrandir, ainsi, il participe à la **dispensation** des certains **médicaments anticancéreux**, tout en informant ses patientes des effets indésirables et des possibles interactions médicamenteuses pouvant exister. Afin de promouvoir l'observance de ses patientes, le pharmacien peut organiser des entretiens pharmaceutiques avec ces dernières.

Le pharmacien réalise également une mission de **prévention** du cancer du sein, en incitant certaines de ses patientes à pratiquer l'autopalpation du sein ou encore conseiller le dépistage pour d'autres. Il effectue aussi un travail de prévention des effets indésirables : par exemple, en conseillant ses patientes dans le but d'éviter l'apparition du lymphœdème après une chirurgie du cancer du sein.

De plus, malgré les différents axes d'amélioration que le pharmacien doit relever, l'étude a pu montrer la place du pharmacien dans le **conseil** et dans la **dispensation** de certains **soins de support** dispensables après une chirurgie du cancer du sein comme la prothèse mammaire externe ou la lingerie adaptée. Cette prise en charge proposée par le pharmacien se poursuit dans le suivi de la cicatrisation, dans l'accompagnement du lymphœdème, dans la délivrance de prothèse capillaire, dans la dispensation des traitements antalgiques, homéopathiques... Le pharmacien a également pour mission d'**orienter** ses patientes vers d'autres professionnels de santé. En effet, l'accompagnement du cancer du sein est une **prise en charge globale et interdisciplinaire** (*figure 71*). Dans le but d'améliorer l'accompagnement des patientes et d'assurer l'interdisciplinarité, certaines pharmacies n'hésitent pas à œuvrer dans des structures telles que les maisons de santé pluridisciplinaire ou des CPTS.

Par ailleurs, afin de rendre efficaces le conseil et la dispensation des soins de support en officine après une chirurgie du cancer du sein, il serait intéressant que le pharmacien dispose de **fiches d'informations ou récapitulatives** à distribuer aux patientes. Par exemple, lors du conseil de la prothèse mammaire externe, les patientes peuvent être amenées à se poser des questions une fois chez elles concernant le remboursement de ce dispositif. C'est dans cette perspective que je souhaiterais proposer une fiche d'information concernant la prothèse mammaire externe.

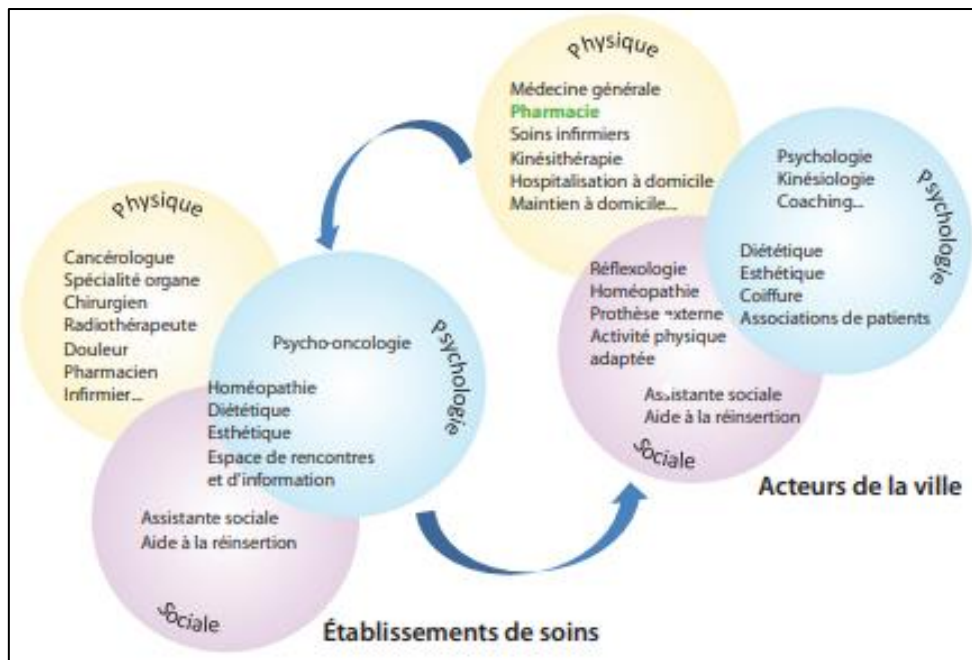


Figure 71 : Les acteurs de la prise en charge du cancer sur un bassin de vie [45]

Annexe 1 : Questionnaire concernant les soins de support en officine après une chirurgie du cancer du sein

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en pharmacie s'intitulant "**Les soins de support en officine après une chirurgie du cancer du sein**", je réalise un questionnaire court et anonyme, afin d'évaluer l'accessibilité et la qualité de ces soins en pharmacie de ville.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous consacrerez à répondre à ce questionnaire.

Ce questionnaire est destiné aux femmes ayant subi une chirurgie du cancer du sein. Il a pour but de mesurer la qualité de service liée à l'accompagnement de patientes ayant subi une mastectomie au sein de leur pharmacie en évaluant le niveau de satisfaction de celles-ci. Dans ce questionnaire nous nous concentrons uniquement sur les soins de support dispensable en officine en post-opération du cancer du sein.

➤ **Informations générales**

- Votre âge :
 - Moins de 30 ans
 - 30-39 ans
 - 40-49ans
 - 50-59
 - 60-69
 - Plus de 70 ans
- Votre lieu de vie :
 - Grande ville (plus de 200 000 habitants)
 - Moyenne ville (entre 20 000 et 200 000 habitants)
 - Petite ville (entre 5000 et 20 000 habitants)
 - Village (moins de 5000 habitants)
- D'après vous, votre pharmacie est :
 - Grande
 - Moyenne
 - Petite

➤ **Chirurgie du sein**

La mastectomie est une intervention qui consiste en l'ablation partielle ou totale du sein.

- Quelle chirurgie avez-vous subi ?
 - Mastectomie totale
 - Mastectomie partielle
- Depuis combien de temps êtes-vous opérée ?
 - Moins d'un an
 - Entre 1 et 3 ans
 - Entre 3 et 5 ans
 - Plus de 5 ans
- Quels traitements avez-vous eu en complément de la mastectomie ?
 - Radiothérapie (rayons)
 - Chimio (chimiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie)
 - Aucun traitement

➤ **Cicatrisation**

La cicatrisation post opératoire est un processus de guérison d'une plaie chirurgicale après une intervention.

- Comment décrivez-vous votre cicatrisation ?
 - Bonne cicatrisation
 - Mauvaise cicatrisation
- Si vous avez répondu « mauvaise cicatrisation » à la question précédente, quels ont-été vos symptômes ?
 - Cicatrice sensible
 - Qualité irrégulière de la cicatrisation
 - Temps de cicatrisation long
 - Plaie infectée
 - Autre :
- Avez-vous abordé ce sujet avec votre pharmacien.ne ?
 - Oui
 - Non
- Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, qu'est-ce que votre pharmacien.ne vous a proposé ?
 - Conseils et adaptation du pansement
 - Crème réparatrice et protectrice
 - Autres :
- Etes-vous satisfaite de la solution apportée par votre pharmacien.ne ?
 - Oui
 - Non
- Si vous avez répondu « non » à la question précédente, pourquoi n'êtes-vous pas satisfaite ?

➤ **Lymphœdème du membre supérieur**

Un lymphœdème du membre supérieur est un gonflement du bras dû à l'accumulation de la lymphe, le plus souvent il apparaît après une intervention chirurgicale du cancer du sein.

- Après votre opération avez-vous eu du lymphœdème du membre supérieur ?
 - Oui
 - Non
- Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, avez-vous été prise en charge par un professionnel de santé ?
 - Oui
 - Non
- Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, quel professionnel vous a-t-il pris en charge ?
 - Pharmacien.ne
 - Autres professionnels de santé (Médecin, Infirmier.ère, Kinésithérapeute...)
- Si vous avez répondu « Pharmacien.ne » à la question précédente, que vous a-t-il proposé ?
 - Bandage compressif



- Manchon de compression
- Autres :
- Etes-vous satisfaite de la solution proposée par votre pharmacien.ne ?
 - Oui
 - Non
- Si vous avez répondu « non » à la question précédente, pourquoi n'êtes-vous pas satisfaite ?

➤ **Prothèse mammaire externe**

Une prothèse mammaire externe est un dispositif médical en mousse ou en silicone souple, pouvant être fixée dans une lingerie adaptée ou directement sur la peau, à la place du sein retiré. Son but est de donner une apparence naturelle du sein de la femme en cas de mastectomie.

- Après l'opération, vous a-t-on proposé l'utilisation d'une prothèse mammaire externe ?
 - Oui
 - Non
- Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, qui vous l'a proposée ?
 - Pharmacien.ne
 - Autres professionnels de santé (Médecin généraliste/spécialiste, Infirmier. ère...)
- Avez-vous ressenti besoin d'utiliser une prothèse mammaire externe ?
 - Oui
 - Non
- Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, quelles en sont les raisons ?
 - Esthétique
 - Confiance en soi
 - Regard des autres
 - Autres :
- Portez-vous ou avez-vous porté une prothèse mammaire externe ?
 - Oui
 - Non
- Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, où vous a-t-elle été délivrée ?
 - En pharmacie
 - Autres distributeurs :
- Si vous avez répondu « en pharmacie » à la question précédente, êtes-vous satisfaite la dispensation, des renseignements et conseils apportés par votre pharmacien.ne ?
 - Oui
 - Non
- Si vous avez répondu « non » à la question précédente, pourquoi n'êtes-vous pas satisfaite ?
- D'après vous, votre prothèse est :
 - Adaptée à vos activités
 - Adaptées à votre morphologie
 - Adaptée à la transpiration
 - Facile à mettre
 - Inadaptée
 - Autres :

➤ **Lingerie**

Une lingerie adaptée à la mastectomie est considérée comme un dispositif médical. Elle est délivrée le plus souvent en complément d'une prothèse mammaire externe. C'est un soutien-gorge avec une poche pouvant abriter la prothèse mammaire externe.

- Avez-vous utilisé une lingerie adaptée après votre chirurgie ?
 - Oui
 - Non
- Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, où avez-vous acheté votre lingerie ?
 - Pharmacie
 - Autre :
- Si vous avez répondu « autres » à la question précédente, pourquoi ne l'avez-vous pas achetée en pharmacie ?
 - Prix élevé
 - Ma pharmacie ne vend pas de lingerie
 - Peu choix en pharmacie
 - Autre :

➤ **Prise en charge générale après la chirurgie à l'officine**

Une mastectomie entraîne des répercussions importantes, tant physiques que psychologiques, même après la rémission.

Le pharmacien ou la pharmacienne doit être capable de proposer un **accompagnement adapté**, notamment lors de s délivrances techniques, par exemple à l'occasion de la prise de mesure d'un manchon de compression et de la dispensation d'une prothèse mammaire externe. De plus, il ou elle doit apporter à sa patiente un **soutien psychologique** de qualité.

- Quelle a été la place de votre pharmacien.ne dans votre prise en charge après l'opération ?

	1	2	3	4	5	
Place inexistante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Place très importante

- Quels sont les points forts de cette prise en charge ?
 - Le savoir-faire (pharmacien.ne compétent)
 - Le savoir-être (pharmacien.ne à l'écoute)
 - Bonne communication (Conseils et informations précis et objectifs)
 - Soutien psychologique
 - Disponibilité
 - Autre :
- Quelles sont les limites de cette prise en charge ?
 - Manque de disponibilité
 - Absence ou manque de conseil
 - Peu d'écoute
 - Savoir-faire limité
 - Autre :
- D'après vous, comment la pharmacie aurait pu améliorer votre prise en charge ?

Bibliographie

1. Cancer du sein - symptômes, causes, traitements et prévention [Internet]. VIDAL. [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-sein.html>
2. Anatomie du sein - Cancer du sein [Internet]. [cité 14 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
3. Le-sein.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2024]. Disponible sur: <http://anatomie-fmpm.uca.ma/wp-content/uploads/2020/08/Le-sein.pdf>
4. Professeur Cabou cendrine. Cours sur la composition du lait maternel/anatomie du sein/contrôle de la lactation.
5. Anatomie | beautiful A.B.C. [Internet]. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.beautifulabc.com/fr/anatomie>
6. Les hormones féminines et le cycle menstruel [Internet]. VIDAL. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/sexualite-contraception/contraception-feminine/hormones-feminines-cycle-menstruel.html>
7. Cancer du sein - symptômes, causes, traitements et prévention [Internet]. VIDAL. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-sein.html>
8. e-cancer.fr/ institut national du cancer. Guide: les traitements du cancer du sein.
9. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 21 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
10. Comprendre le cancer du sein [Internet]. [cité 21 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/themes/cancer-sein/comprendre-cancer-sein>
11. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Symptomes> [Internet]. [cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Symptomes>
12. Cancer du sein - Gynécologie et obstétrique [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 2 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/cancer-du-sein/cancer-du-sein?redirectid=5681?ruledirectid=30>
13. Dépistage : objectif et conditions [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions

14. Dépistage des cancers du sein - Dépistage et détection précoce [Internet]. [cité 11 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein>
15. GHEDIN D, PUISSET F. Cours d'accompagnement en oncologie.
16. Accueil - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 17 juill 2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/index.php>
17. AFSOS. Référentiels en soins oncologiques de support: Alopecie et cancer.
18. Immunothérapie des cancers · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 27 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/immunotherapie-cancers/>
19. Canadian cancer society CCS/ S canadienne du. Hormonothérapie [Internet]. Société canadienne du cancer. [cité 9 juill 2024]. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/treatments/treatment-types/hormone-therapy>
20. Que sont les soins de support ? - AFSOS [Internet]. [cité 19 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
21. Dr TOURRETTE A. Rôle du pharmacien dans le traitement des plaies : conseils à l'officine.
22. Barnault É. Accompagnement des patientes mastectomisées à l'officine. Actual Pharm [Internet]. déc 2022 [cité 13 juin 2023];61(621):25-31. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0515370022003779>
23. Pansements pour plaies suturées, à la suite d'une intervention chirurgicale. 2022;
24. Amoena Catalogue 2023.pdf.
25. Frances sans armatures - ouvert devant soutien-gorge confortable avec ouverture devant - blanc | Amoena France | Amoena France [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.amoena.com/fr/accessoires/curasupport-comfort-bras/frances-sans-armatures---ouvert-devant-blanc-6710/>
26. Lemoine S, Faure S. Rôle du pharmacien auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein. Actual Pharm [Internet]. sept 2016 [cité 5 juin 2023];55(558):26-32. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0515370016302786>
27. Comprendre la dénutrition [Internet]. [cité 13 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/themes/amaigrissement-et-denutrition/comprendre-la-denutrition>
28. reco368_fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf [Internet]. [cité 13 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf
29. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 août 2024]. Disponible sur:

https://www.has-sante.fr/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee

30. Tout sur les connaissances lymphologiques, avec des conseils pour votre quotidien ! [Internet]. Juzo. [cité 27 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.juzo.com/fr-fr/informations-et-conseils/rester-informe/lymphologie>
31. Alran S. Membres du groupe de travail.
32. Lymphœdème - Troubles cardiovasculaires [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 17 août 2024]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-cardiovasculaires/troubles-lymphatiques/lymphœdème>
33. Leben mit Lymphödem [Internet]. Juzo. [cité 27 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.juzo.com/fr-fr/informations-et-conseils/rester-informe/lymphoedemes>
34. Manchon Mobiderm Autofit | Thuasne (FR) [Internet]. [cité 19 août 2024]. Disponible sur: <https://fr.thuasne.com/fr/manchon-mobiderm-autofit>
35. Résumé des caractéristiques du produit - ENDOTELON 150 mg, comprimé enrobé gastro-résistant - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67546241&typedoc=R#RcpContreindications>
36. Prescription des prothèses externes (capillaires et mammaires) chez les patients atteints de cancer - Ref: FICMGPROTH19 [Internet]. [cité 6 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Prescription-des-protheses-externes-capillaires-et-mammaires-chez-les-patients-atteints-de-cancer>
37. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0086 du 12/04/2016 [Internet]. [cité 20 août 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=iOldBZF0uIGUSdvCG039NMKp3tk1JvEbwJeVjQ9v950=>
38. Beaujard M. Délivrance d'une prothèse mammaire en pharmacie. Actual Pharm [Internet]. sept 2020 [cité 5 juin 2023];59(598):18-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0515370020302159>
39. AMOENA BALANCE ESSENTIAL MD223 prothèse mam - Parapharmacie [Internet]. VIDAL. [cité 28 août 2024]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/amoena-balance-essential-md223-prothese-mam-199978.html>
40. Prothèse Priform standard prothèse textile transitoire - clair | Amoena France | Amoena France [Internet]. [cité 29 août 2024]. Disponible sur: <https://www.amoena.com/fr/protheses-mammaires/protheses-pour-la-natation-les-loisirs/prothese-priform-standard-clair-9318/>

41. Fievre C. La socio-esthétique, une offre de soins en plein essor. Actual Pharm [Internet]. déc 2022 [cité 5 juin 2023];61(621):22-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0515370022003767>
42. Lorthois A. Cancer du sein. Dispensation des prothèses mammaires externes à l'officine. 25 oct 2022 [cité 5 juin 2023];139. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03976851>
43. Jammes E, Cain AL. CANCER DU SEIN, SE RECONSTRUIRE APRES UNE MASTECTOMIE [Internet]. 2014 [cité 13 juin 2023]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-02114297>
44. Les soins de support en officine après une chirurgie du cancer du sein [Internet]. Google Docs. [cité 5 sept 2024]. Disponible sur: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd_tZJTDes_ce9w3pW-8V7F0WNIfBSIGfDesE9NmrPgpw31Gw/viewform?pli=1&pli=1&usp=embed_facebook
45. Sicard J, Veron F. Le congrès mondial du cancer sous le regard du pharmacien d'officine. Actual Pharm [Internet]. 1 janv 2017 [cité 5 juin 2023];56(562):33-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S051537001630492X>

RESUME en français

Les soins oncologiques de support se définissent comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires pouvant être proposés à un patient touché par un cancer, en parallèle des traitements spécifiques de la maladie. Une chirurgie du cancer du sein peut entraîner des répercussions sur l'image corporelle des patientes. L'un des professionnels de santé pouvant accompagner ces patientes est le pharmacien d'officine. Le pharmacien a une place importante dans la dispensation des médicaments anticancéreux. Il est également capable de conseiller et délivrer des soins de support avec l'objectif de diminuer les effets secondaires des traitements et d'améliorer la qualité de vie de la patiente. Afin de mesurer son impact dans la dispensation des soins de support, une enquête est menée chez 42 femmes ayant subi une chirurgie du cancer du sein. Cette étude a montré l'impact du pharmacien dans la dispensation de ces soins mais également les axes d'améliorations auxquels le pharmacien doit faire face.

DISCIPLINE administrative : Diplôme d'Etudes Spécialisées de Pharmacie

MOTS-CLES : Soins de support, Officine, Cancer du sein, Pharmacien

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Paul Sabatier Toulouse III
UFR des Sciences Pharmaceutiques
35 Chemin des Maraîchers
31400 Toulouse

Directeur de thèse : TOURRETTE DIALLO Audrey