

Initiative canadienne sur le cancer du sein

Questions et réponses sur le cancer du sein

*Guide à l'intention des femmes
et de leurs médecins*

2^e édition

**Fondé sur les Guides de pratique clinique
pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein**

Tel que publié dans le Journal de l'Association médicale canadienne



Santé
Canada

Health
Canada

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Initiative
canadienne sur
le cancer du sein



Canadian
Breast Cancer
Initiative

Questions et réponses sur le cancer du sein

*Guide à l'intention des femmes
et de leurs médecins*

2^e édition

**Fondé sur les Guides de pratique clinique
pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein**

Comité directeur des guides de pratique clinique
pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein

Afin d'en favoriser la circulation auprès des patientes atteintes du cancer du sein, des médecins et de la population générale, le document *Questions et réponses sur le cancer du sein — Guide à l'intention des femmes et de leurs médecins* peut être photocopié en tout ou en partie, à des fins non commerciales, à condition de citer la source originale.

Par ailleurs, pour reproduire partiellement ou intégralement le document à d'autres fins, quelles qu'elles soient, y compris la réédition ou la redistribution, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, il faut obtenir la permission écrite de l'AMC.

On peut obtenir ce document en ligne au site AMC En direct (www.cma.ca) ou au site Santé Canada (www.hc-sc-gc-ca/hppb/sai/cancerdusein).

© Association médicale canadienne 2001

Cat. H39-595/2001F

ISBN 0-662-86232-5

Illustration de la page couverture par Paul Haggins, Graphix Design, Ottawa (Ont.)

Imprimé par National Printers (Ottawa) Inc., Ottawa (Ont.)

Des exemplaires supplémentaires du présent document sont disponibles gratuitement auprès du Service d'information de la Société canadienne du cancer, téléphone 888 939-3333, de la Fondation canadienne pour le cancer du sein, téléphone 800 387-9816, ou encore de Publications Santé Canada, pré Tunney, Ottawa (Ontario) Canada K1A 0K9; téléphone : 613 954-5995; télécopieur : 613 941-5366.

Remerciements

Le Comité directeur souligne avec gratitude l'aide compétente que M^{me} Sheila Penney, d'Infolink Consultants, et M^{me} Barbara Tomlin ont apportée à la rédaction de cette version des guides, ainsi que la contribution des nombreux examinateurs que nous remercions de leurs précieuses suggestions.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Guide 1. Investigation d'une masse palpable au sein	3
Guide 2. Investigation d'une anomalie découverte à la mammographie	6
Guide 3. Mastectomie ou tumorectomie? Choisir l'intervention qui convient le mieux aux femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant primaire	9
Guide 4. Ablation des ganglions lymphatiques au cours d'une intervention chirurgicale contre le cancer du sein	11
Guide 5. Le traitement du carcinome canalaire <i>in situ</i> (CCIS) (2001)	13
Guide 6. Radiothérapie après une tumorectomie	17
Guide 7. Traitement aux médicaments anticancéreux du cancer du sein sans envahissement ganglionnaire (2001)	20
Guide 8. Traitement aux médicaments anticancéreux du cancer du sein avec envahissement ganglionnaire (2001)	24
Guide 9. Soins de suivi après un traitement du cancer du sein	30
Guide 10. Le traitement de la douleur persistante après un traitement du cancer du sein (2001)	32
Guide 11. Le traitement du lymphoedème relié au cancer du sein	36
Guide 12. La chimioprévention et le cancer du sein	40
Guide 13. La biopsie du ganglion lymphatique sentinelle	44
Soutien	47
Études cliniques	47
Renseignements	48
Le Comité directeur	49

Ce livret porte sur les décisions qu'il faut prendre lorsqu'un cancer du sein est soupçonné ou diagnostiqué.

Le cancer du sein est le cancer le plus répandu chez les femmes. En 1996, il a causé 5300 décès au Canada. Au cours de la même année, on a découvert environ 18 600 nouveaux cas.

Les méthodes de diagnostic et de traitement du cancer du sein varient considérablement d'un bout à l'autre du Canada. Les femmes et les soignants qui ont participé au Forum national sur le cancer du sein à Montréal en novembre 1993 ont déterminé qu'il fallait créer des guides de pratique nationaux sur la prise en charge et le traitement de cette maladie.

Ces guides, présentés ici dans un format facile à lire pour les patientes, visent à répondre à ce besoin. Ils sont fondés sur la version plus technique intitulée *Guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein*, qui s'adresse aux médecins.

Voici la deuxième édition des «Questions et réponses sur le cancer du sein». Elle comprend trois nouveaux guides de pratique clinique, portant sur le lymphoedème, la chimio-prévention et la biopsie du ganglion de Troisier, ainsi que quatre guides qui ont été mis à jour et révisés en 2001.

Les guides s'adressent principalement aux femmes, mais le cancer du sein peut aussi frapper les hommes. L'information présentée ici s'applique en grande partie aux hommes aussi, mais pas totalement. Votre médecin peut vous préciser les différences.

Qu'est-ce qu'un guide de pratique clinique?

Un guide de pratique clinique sur le traitement du cancer du sein consiste en une série de recommandations qui visent à aider les femmes atteintes d'un cancer du sein et leurs médecins à répondre à des questions relatives au traitement au sujet desquelles il règne un peu d'incertitude. Les guides essaient de dissiper cette incertitude en présentant une analyse minutieuse de toutes les données médicales et les résultats d'une consultation poussée avec des experts.

Les guides de cette série ont été rédigés par des experts du cancer du sein qui représentent des organismes nationaux et provinciaux de santé du Canada, ainsi que par des femmes qui vivent avec le cancer du sein. Ils sont le reflet des meilleures preuves scientifiques disponibles et du consensus d'experts de toutes les régions du Canada.

Un guide, c'est important pour vous aussi et non seulement pour votre médecin

Si vous savez ce que les experts recommandent dans votre cas et *pourquoi* ils le recommandent, vous saurez alors à quoi vous attendre et vous pourrez faire les meilleurs choix possibles. En participant activement au traitement de votre maladie, vous saurez ce qui se passe et vous pourrez poser les bonnes questions. Si vous ne recevez *pas* le traitement auquel vous vous attendez, vous serez en mesure de déterminer pourquoi. Si vous n'êtes pas certaine, n'importe quand, n'ayez pas peur de demander un deuxième avis. ♦

Guide 1. Investigation d'une masse palpable au sein

Je sens une bosse au sein. Qu'est-ce que je dois faire?

D'abord, il arrive souvent qu'on découvre une bosse ou une masse, qui n'est pas cancéreuse dans la plupart des cas. Il faut toutefois examiner toute masse nouvelle pour en déterminer la nature.

L'investigation doit commencer chez votre médecin qui vous interrogera au sujet de vos antécédents médicaux, procédera à un examen médical complet et prescrira aussi une mammographie diagnostique. Une échographie peut aussi être utile et aide surtout à distinguer les kystes (cavités remplies de liquide inoffensif) d'autres types d'anomalies.

Ces interventions peuvent suffire à exclure le cancer, surtout si votre médecin a de l'expérience de l'examen des seins.

Quelles questions mon médecin me posera-t-il?

Il vous demandera quand vous avez constaté la présence d'une masse pour la première fois, si elle a changé (par exemple, si elle a grossi ou si sa texture a changé) et si vous avez remarqué que la peau du sein a changé ou si elle est irritée.

Il vous posera aussi des questions sur des facteurs de risque possibles. Ce sont des facteurs qui peuvent accroître votre risque d'avoir un cancer du sein. Le risque est plus élevé dans votre cas si :

- vous êtes plus âgée (le risque augmente avec l'âge);
- vous avez déjà eu un cancer du sein;
- vous avez déjà subi une biopsie du sein qui a révélé la présence d'une anomalie;
- vous avez reçu des traitements de radiothérapie contre la maladie de Hodgkin lorsque vous étiez enfant.

Les antécédents de votre famille sur le plan de la santé peuvent aussi jouer sur le risque de cancer du sein. Votre risque est plus élevé s'il y a des antécédents « importants » de cancer du sein dans votre famille. Par exemple, si votre mère, votre sœur ou votre fille a eu le cancer. Le risque augmente si plus d'un membre de votre famille immédiate a eu un cancer du sein et si le cancer a été dépisté avant la ménopause ou avant que la personne ait 50 ans.

Même si ces facteurs augmentent le risque, il ne faut pas trop vous inquiéter si certains s'appliquent à votre cas. Vous serez sans doute rassurée de savoir que *la plupart des femmes qui présentent les principaux facteurs de risque n'auront pas le cancer.*

Qu'est-ce que mon médecin cherchera pendant l'examen médical?

Pendant l'examen, le médecin cherchera des signes indiquant que la grosseur est « bénigne » (non cancéreuse) ou « maligne » (cancéreuse).

Il vous examinera à l'aisselle et dans la région au-dessus de la clavicule pour voir si les ganglions lymphatiques sont enflés. On appelle parfois « glandes » ces ganglions lymphatiques. L'enflure des ganglions lymphatiques peut être un des premiers signes indicateurs d'un cancer en train de se propager. Il examinera aussi la peau du sein et du mamelon pour y déceler toute irritation, éruption, creux ou autre anomalie que peut parfois causer le cancer. S'ils ne sont pas sanguinolents, les écoulements de liquide aux mamelons ne sont habituellement pas causés par le cancer, surtout s'ils se produisent aux deux seins.

Guide 1. Investigation d'une masse palpable au sein

Le médecin palpera la masse même pour déterminer si elle bouge à l'intérieur du tissu et si ses rebords semblent lisses ou rugueux. Les masses lisses, arrondies et mobiles risquent beaucoup moins d'être cancéreuses. Les masses cancéreuses sont habituellement indolores, mais pas toujours.

Qu'est-ce qu'une mammographie diagnostique? Dois-je en subir une?

Une mammographie diagnostique, c'est une radiographie du sein que l'on recommande lorsqu'il y a lieu de soupçonner un cancer. Comme le tissu mammaire est plus dense chez les femmes plus jeunes (en général de moins de 35 ans), la mammographie est moins utile dans leur cas.

La mammographie diagnostique est plus approfondie que la mammographie ordinaire «de dépistage». On comprime davantage le sein pour «écarter» le tissu mammaire normal et produire une image plus claire de la région douteuse. Si l'on constate la présence de minuscules particules de calcium (microcalcifications), on en prendra des vues grossies parce qu'il y a parfois un lien entre la présence de ces particules et le cancer.

Si le résultat de la mammographie présente le moindre doute, on recommande de faire interpréter les résultats par deux personnes habituées à lire des mammogrammes. Pour poser un diagnostic exact, il importe de disposer d'un mammogramme de grande qualité. À cette fin, il faut vous assurer que votre centre est agréé par l'Association canadienne des radiologistes.

Même lorsque l'on suit toutes les meilleures procédures, le cancer n'est pas toujours visible sur le mammogramme : par conséquent *un résultat normal n'exclut pas totalement la présence d'un cancer.*

J'ai passé par toutes ces étapes, mais mon médecin ne peut toujours exclure le cancer. Qu'est-ce qui se passe ensuite?

Il faudra peut-être vous soumettre à d'autres examens. Votre médecin peut soupçonner que la masse est en fait un kyste bénin (cavité remplie de liquide), ce qui arrive souvent. Si l'on soupçonne la présence d'un kyste, une échographie ou une «ponction à l'aiguille fine» peut aider à la confirmer. Dans ce dernier cas, on plonge une aiguille très fine dans la masse. Si la masse est remplie de liquide, l'aiguille l'aspirera. Si le liquide est sanguinolent, on l'envoie analyser. Sinon, vous pouvez être certaine qu'il s'agit seulement d'un kyste. Aucun autre examen ou traitement n'est alors nécessaire.

Que se passe-t-il si la masse est pleine et ne contient pas de liquide?

Si la ponction à l'aiguille fine n'extrait pas de liquide, la masse peut quand même être un fibrome solide bénin. On peut prélever avec l'aiguille des cellules qui seront examinées plus à fond au microscope. Cela suffit parfois pour poser un diagnostic clair.

Si la réponse n'est toujours pas claire, il faudra pousser l'investigation plus loin. Votre médecin pourra utiliser une aiguille plus grosse pour prélever dans la masse un peu de tissu que l'on examinera ensuite au microscope pour voir s'il contient des cellules cancéreuses. C'est ce qu'on appelle une «biopsie par forage». Votre médecin peut localiser la masse par palpation. Sinon, il se guide sur une image mammographique ou échographique de la masse pour s'assurer que l'aiguille pénètre au bon endroit.

Si l'on soupçonne toujours un cancer, on procède à une «biopsie chirurgicale» au cours de laquelle on enlève toute la masse pour l'examiner au microscope. Pour

s'assurer qu'on enlève bien tout, on prélève aussi une partie du tissu normal voisin.

Et les autres techniques de diagnostic comme la thermographie, la transillumination et l'imagerie par résonance magnétique (IRM)?

La thermographie, qui détecte la chaleur de la tumeur, et la transillumination, qui révèle la tumeur au moyen d'une lumière qui traverse le tissu mammaire, ne sont pas des techniques exactes et ne sont pas recommandées à des fins diagnostiques.

La valeur de l'IRM est toujours à l'étude. Actuellement, elle ne fait pas partie du processus de diagnostic de routine.

J'ai un implant mammaire. Ne devrais-je pas subir certains des tests?

Vous pouvez et devriez subir les mêmes tests et recevoir au besoin les mêmes traitements que n'importe qui d'autre. Toutefois, il faudra peut-être recourir à des techniques spéciales pour obtenir un bon mammogramme d'un sein contenant un implant.

Tous ces tests seront-ils effectués par mon médecin?

La fiabilité des résultats dépend de la compétence et de l'expérience des personnes qui effectuent les examens et interprètent les résultats. Les médecins ne possèdent pas tous l'expérience et les connaissances spécialisées nécessaires et les tests ne sont pas tous disponibles partout.

On pourra vous envoyer consulter différents spécialistes qui procéderont à une partie ou à l'ensemble des examens dont vous avez besoin : tout dépend de ces facteurs. Le responsable de l'investigation importe peu, car on veut poser un diagnostic fiable le plus rapidement

possible en utilisant le moins d'interventions possible. Pendant tout ce temps, vous devez vous attendre à ce qu'on vous tienne parfaitement au courant. N'hésitez pas à poser toute question qui peut vous venir à l'esprit.

Devrai-je me soumettre à d'autres tests de suivi si l'on constate que la masse que j'ai n'est pas cancéreuse?

Tout dépend du type de masse en cause. Si les résultats des tests de diagnostic sont difficiles à interpréter, votre médecin voudra peut-être prévoir des tests de suivi pour des raisons de sécurité. Lorsque le diagnostic est clair, toutefois, il n'est pas nécessaire de vous soumettre à d'autres tests.

Et si la masse en question est cancéreuse?

Vous aurez alors d'autres décisions à prendre. Avec vos médecins, vous déciderez quel type d'intervention convient le mieux dans votre cas et si vous aurez besoin d'autres traitements comme une radiothérapie, une chimiothérapie ou une hormonothérapie. Les guides 3, 4, 6, 7, et 8 du présent livret vous aideront à prendre ces décisions.

Il ne faut surtout pas vous sentir poussée à agir rapidement. Vous vivez une période difficile et il est normal de vous sentir inquiète. Un délai de 1 ou 2 semaines n'aura pas d'effet important sur le résultat et vous donnera le temps de vous informer et de discuter franchement et ouvertement avec votre médecin. N'ayez pas peur de poser des questions ou de demander tout appui supplémentaire dont vous avez besoin. Les membres de votre famille et vos amis peuvent jouer un rôle particulièrement important pendant cette période. ♦

Guide 2. Investigation d'une anomalie découverte à la mammographie

Une mammographie de routine a produit un résultat «anormal». Cela signifie-t-il que j'ai le cancer?

La plupart des anomalies révélées par des mammographies de routine ne sont pas cancéreuses. Il faudra toutefois procéder à d'autres examens pour poser un diagnostic ferme.

Quels examens devrai-je subir?

Votre médecin prendra note de vos antécédents cliniques, procédera à un examen médical et prescrira d'autres radiographies approfondies du sein (une mammographie «diagnostique»). Une échographie peut aussi être utile surtout pour distinguer les kystes (cavités remplies de liquide inoffensif) d'autres types d'anomalies.

Que comportera l'examen médical?

Le médecin vous examinera attentivement les seins, les aisselles et la région au-dessus des clavicules pour y déceler tout signe de cancer ou d'autres problèmes qui pourraient être la cause de l'anomalie révélée par la mammographie.

Que se passe-t-il si l'examen médical révèle la présence d'une bosse?

Lorsque l'on *peut* sentir la présence d'une bosse ou d'une masse dans le sein, il faut consulter le guide 1 qui décrit les tests de diagnostic, car plusieurs problèmes peuvent provoquer l'apparition d'une masse aux seins. (Le présent guide décrit les tests dans le cas des anomalies révélées par la mammographie seulement, mais qu'on ne peut sentir au toucher.)

Pourquoi ai-je besoin d'une autre mammographie?

Vous devrez subir une mammographie «diagnostique», qui est plus approfondie que la mammographie de «dépistage» de routine que vous avez déjà subie. Au cours d'une mammographie diagnostique, on comprime davantage le sein pour «écarter» le tissu normal et produire une image plus claire de la zone où se trouve l'anomalie. Si l'on constate la présence de minuscules particules de calcium (microcalcifications), on prendra des vues grossies parce qu'il y a parfois un lien entre la présence de ces particules et le cancer. Si l'image présente le moindre doute, on recommande de faire interpréter les résultats par deux personnes habituées à lire des mammogrammes. Pour obtenir un mammogramme de grande qualité, ce qui importe pour poser un diagnostic, il faut vous rendre à un centre de mammographie agréé par l'Association canadienne des radiologistes.

Et ensuite?

Les étapes suivantes dépendent de la probabilité de la présence d'un cancer, qui est déterminée par les mammographies que vous avez subies jusqu'à maintenant.

Si l'anomalie est *jugée certainement bénigne* (aucun cancer), aucune autre investigation ne s'impose. (Vous devriez bien entendu continuer à vous faire examiner régulièrement.)

Même si l'on ne peut déterminer avec certitude que l'anomalie est bénigne, il se peut qu'elle soit *très peu susceptible d'être cancéreuse*. On recommande habituellement de ne rien faire d'autre que des mammographies de suivi et des examens

médicaux réguliers qui permettent de détecter rapidement tout changement douteux. Ces examens de suivi ont habituellement lieu après 6, 12, et 24 mois, et une fois par année pendant 2 à 3 ans par la suite si l'on n'a constaté aucun changement. Si l'anomalie se révèle cancéreuse, elle présente habituellement des changements au cours de la première année. Il est rare que les changements prennent plus de temps.

Les chances qu'une telle anomalie soit cancéreuse sont peut-être minces, mais il en reste quand même. Si vous voulez vraiment être certaine, on peut procéder à une biopsie.

Si le *risque de cancer est jugé moyen* (probabilité de cancer qui s'établit entre 2 % et 10 %), on recommande habituellement une «biopsie à l'aiguille» (ponction à l'aiguille fine ou biopsie par forage) afin de prélever une petite quantité de tissu pour procéder à un examen au microscope. La ponction à l'aiguille fine ne prélève que quelques cellules. Effectuée au moyen d'une aiguille plus grosse, la biopsie par forage peut donner des résultats plus fiables dans certains cas. Comme la grosseur est visible sur le mammogramme seulement et ne peut être sentie à la palpation, le médecin se guidera au moyen d'une «image» mammographique ou échographique pour localiser l'anomalie et procéder à la biopsie à l'aiguille.

Parfois, le *risque de cancer est jugé élevé* (probabilité de plus de 10 %). Certains centres peuvent alors recommander une biopsie par forage afin de prélever un peu de tissu pour l'examen. D'autres peuvent recommander l'excision chirurgicale de tout le tissu anormal pour procéder à un examen. C'est ce qu'on appelle une «biopsie chirurgicale». Immédiatement avant l'intervention, le chirurgien se guide sur une image échographique ou mammographique pour mettre en place de minuscules fils dans le sein. Ces fils sont néces-

saires pour «délimiter» la zone anormale pour le chirurgien (puisque l'on ne peut sentir aucune grosseur à la palpation). Après avoir prélevé le tissu, on le radiographie pour s'assurer qu'il contient toutes les anomalies révélées par la mammographie. Souvent, si l'on a enlevé le tissu anormal pendant la biopsie, aucune autre intervention chirurgicale n'est nécessaire.

J'ai maintenant consulté plusieurs spécialistes différents. À qui est-ce que je peux parler de tout ce qui se passe?

Votre médecin de famille coordonne habituellement les examens et vous donne les résultats. Si vous avez été envoyée à un centre de santé du sein, les spécialistes du centre peuvent vous communiquer les résultats. Assurez-vous de savoir qui est *votre* médecin, celui qui est chargé de *vous* tenir au courant. Dans l'ensemble, il faut poser un diagnostic fiable le plus rapidement possible en utilisant le moins d'interventions possible et vous devriez comprendre la raison d'être de chaque examen et ce que veulent dire les résultats. Si vous n'êtes pas sûre, posez des questions.

Et si l'on découvre un cancer?

Tout dépend du type de cancer. Le carcinome canalaire *in situ* (CCIS) est un diagnostic possible. Ce type de cancer localisé dans les canaux de lactation est moins susceptible de se propager et offre un meilleur pronostic que les cancers «envahissants». Le guide 5 contient plus de renseignements sur le CCIS et son traitement.

Si les examens révèlent la présence d'un cancer envahissant (cancer qui envahit le tissu gras du sein), vous aurez d'autres décisions à prendre. Avec vos médecins, vous déciderez quel type d'intervention chirurgicale convient le mieux dans votre cas et si vous aurez besoin

Guide 2. Investigation d'une anomalie découverte à la mammographie

d'autres traitements comme une radiothérapie, une chimiothérapie ou une hormonothérapie. Les guides 6, 7 et 8 de la présente série contiennent des renseignements qui vous aideront à prendre ces décisions.

Il ne faut surtout pas vous sentir poussée à agir rapidement. Vous vivez une période difficile et il est normal de vous sentir inquiète. Un retard de 1 ou 2 semaines n'aura pas d'effet important sur le résultat

et vous donnera le temps de vous informer et de discuter franchement et ouvertement avec votre médecin. N'ayez pas peur de poser des questions ou de demander tout appui supplémentaire dont vous avez besoin. Les membres de votre famille, vos amis et d'autres femmes qui ont eu un cancer du sein peuvent jouer un rôle particulièrement important pendant cette période. ♦

Guide 3. Mastectomie ou tumorectomie? Choisir l'intervention qui convient le mieux aux femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant primaire

Qu'est-ce qu'une mastectomie?

Une mastectomie, c'est l'ablation du sein au complet. Jusqu'au milieu des années 1980, c'est ainsi qu'on traitait habituellement un cancer du sein primaire.

Qu'est-ce qu'une tumorectomie?

Au cours d'une tumorectomie, on enlève la tumeur seulement, ainsi qu'une «enveloppe» de tissu sain afin de s'assurer d'enlever toute la tumeur. Comme la majeure partie du sein est préservée, on parle souvent de «chirurgie mammaire conservatrice» (CMC) dans le cas d'une tumorectomie. On entend aussi l'expression «mastectomie partielle» ou «résection segmentaire».

Ai-je le choix entre la mastectomie et la tumorectomie?

Oui, dans la plupart des cas. Il a été démontré clairement que la tumorectomie, *suivie d'une radiothérapie*, est tout aussi efficace qu'une mastectomie. Les deux méthodes réussissent à éliminer efficacement la tumeur et à réduire le risque de réapparition (ou récurrence) du cancer. Comme les deux méthodes sont aussi sûres l'une que l'autre, la décision repose souvent sur vos préférences et vos circonstances personnelles : le cancer doit toutefois être au stade primaire. On recommande maintenant la tumorectomie chez la plupart des femmes.

Quels sont les avantages de la tumorectomie?

La mastectomie entraîne l'ablation du sein au complet. La tumorectomie préserve la majeure partie du sein. Après une mastectomie, on peut vous reconstruire le sein par chirurgie esthétique, mais il risque de perdre sa «sensation» et sa forme naturelles.

La tumorectomie a-t-elle des inconvénients?

Oui. Après l'intervention chirurgicale, vous devrez subir des traitements quotidiens de radiothérapie pendant plusieurs semaines afin de réduire le risque de récurrence du cancer dans le même sein. Selon l'endroit où vous vivez, vous aurez peut-être de la difficulté à vous rendre à un centre de traitement. La radiothérapie peut aussi causer des problèmes comme l'enflure et la douleur au sein.

Il peut surgir un autre problème si la tumorectomie n'a pas éliminé complètement le cancer. Si l'on constate que les bords du tissu enlevé contiennent encore des cellules cancéreuses (examen réalisé plus tard au microscope), vous devrez subir une autre intervention, soit une deuxième tumorectomie (au cours de laquelle on prélèvera davantage de tissu), soit une mastectomie. On trouve parfois quelques cellules anormales seulement au bord du tissu enlevé. La radiothérapie réussira peut-être alors à détruire ces cellules sans que vous ayez besoin de subir une autre intervention chirurgicale (voir le guide 6).

Après une tumorectomie suivie d'une radiothérapie, le cancer peut-il revenir?

Oui. Le risque est toutefois faible et n'est pas plus grand qu'après une mastectomie. Chez environ une femme sur 10, le cancer réapparaîtra dans le même sein ou dans la paroi thoracique sous-jacente 10 à 15 ans après l'intervention chirurgicale, peu importe l'intervention choisie. Dans certains cas, une chimiothérapie ou une hormonothérapie peut réduire encore davantage le risque. Les guides 7 et 8 contiennent plus de renseignements sur ces traitements supplémentaires.

Guide 3. Mastectomie ou tumorectomie? Choisir l'intervention qui convient le mieux aux femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant primaire

Si le cancer réapparaît dans le sein traité, vous devrez subir une autre intervention : ce sera une tumorectomie ou une mastectomie.

Si la tumorectomie est sans danger et préserve le sein, quels sont les avantages de la mastectomie?

La mastectomie peut être préférable chez certaines femmes pour plusieurs raisons :

- Certains types de cancer risquent davantage de réapparaître dans le même sein, même après une radiothérapie. La mastectomie peut alors être préférable.
- Si une femme est incapable de suivre une radiothérapie après une tumorectomie, les risques de récurrence du cancer sont plus élevés. Une radiothérapie est déconseillée dans les cas suivants, notamment : grossesse, radiothérapie antérieure au sein, incapacité comme l'arthrite qui vous empêche de vous coucher à plat ou de vous étirer le bras, et certaines maladies comme le lupus érythémateux disséminé ou la sclérodermie.
- Dans certains cas, la tumeur peut être très grosse par rapport au volume du sein. La tumorectomie peut alors enlever tellement de tissu que le résultat sera médiocre sur le plan esthétique. La mastectomie sera alors la meilleure solution.

Est-il possible de subir une tumorectomie même si je ne peux suivre une radiothérapie par la suite?

La tumorectomie est quand même possible. Le risque de récurrence du cancer dans le même sein demeurera toutefois élevé (environ 40 % dans les 8 ans).

Si le cancer réapparaît, vous devrez subir une intervention chirurgicale plus radicale et peut-être des traitements au moyen de médicaments anticancéreux. Vos chances de survie seront néanmoins les mêmes que si vous aviez subi une mastectomie au départ.

Que se passe-t-il si la tumeur est située près du mamelon ou si le mamelon est atteint?

Vous pouvez quand même subir une

tumorectomie, mais le chirurgien devra être particulièrement habile et avoir beaucoup d'expérience. Il devra peut-être enlever une partie ou la totalité du mamelon et du tissu voisin. Vous risquez de perdre un peu de sensation, mais la chirurgie esthétique redonnera au sein une forme et une apparence presque normales.

Mon médecin affirme qu'il faudrait m'enlever aussi les ganglions lymphatiques («glandes») à l'aisselle.

C'est souvent recommandé. Le guide 4 de la présente série contient des renseignements détaillés à ce sujet.

Quels sont les facteurs les plus importants dont il faut tenir compte dans ma décision?

Entre une tumorectomie ou une mastectomie, rien ne prouve qu'une intervention permet une meilleure qualité de vie que l'autre dans l'ensemble. Cela signifie que vos préférences, votre style de vie et vos priorités personnelles jouent un rôle important dans la décision. Par exemple, vous vivez peut-être tellement loin d'un centre de traitement que les aller-retour que vous devrez faire pour suivre une radiothérapie seront difficiles et prendront beaucoup de temps. Vous pourrez alors préférer la mastectomie à la tumorectomie.

Il faut peser soigneusement tous les renseignements. Il ne faut surtout pas vous sentir poussée à prendre une décision rapidement. Prenez votre temps. Un retard de 1 ou 2 semaines n'aura pas d'effet important sur le résultat. Il importe d'avoir une image de soi saine et positive à long terme et il faut vous en souvenir lorsque vous prendrez votre décision. C'est vous qui êtes la meilleure juge de vos sentiments au sujet de votre corps et des effets que chaque intervention peut avoir. Il est démontré que les femmes qui participent activement à ces décisions risquent moins d'être déprimées par la suite. ♦

Guide 4. Ablation des ganglions lymphatiques au cours d'une intervention chirurgicale contre le cancer du sein

Qu'est-ce qu'un ganglion lymphatique?

Les ganglions lymphatiques (parfois appelés «glandes») font partie du système de transport d'un liquide appelé «lymph» dans le corps, tout comme les artères et les veines transportent le sang. Les ganglions lymphatiques reliés à la région du sein sont situés à l'aisselle et près de la clavicule. Lorsqu'un cancer du sein se propage, il s'accumule habituellement des cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques voisins.

On procède souvent à l'ablation des ganglions lymphatiques au cours d'une intervention chirurgicale contre un cancer du sein. L'appellation latine de l'aisselle est «*axilla*» : on parle donc d'«évidement axillaire» dans le cas de ces interventions.

Pourquoi enlever les ganglions lymphatiques?

L'ablation des ganglions lymphatiques qui seront examinés au microscope peut révéler des renseignements importants sur la progression du cancer. Le traitement recommandé après l'intervention chirurgicale diffère selon que les ganglions sont «positifs» (contiennent des cellules cancéreuses) ou «négatifs» (n'en contiennent pas). L'ablation des ganglions lymphatiques réduit aussi le risque de réapparition (ou récurrence) du cancer dans la région de l'aisselle.

Comment le médecin sait-il si le cancer a atteint les ganglions lymphatiques?

Avant votre intervention chirurgicale, votre médecin vous examinera dans la région de l'aisselle et de la clavicule pour

y déceler toute enflure douteuse. Cependant, comme il est souvent impossible de sentir au toucher la présence du cancer dans les ganglions lymphatiques, il faut les enlever chirurgicalement et les examiner au microscope pour déterminer avec certitude s'ils contiennent ou non des cellules cancéreuses.

Est-il toujours nécessaire d'enlever les ganglions lymphatiques?

On recommande normalement l'ablation des ganglions lymphatiques chez les femmes qui ont la plupart des formes de cancer du sein primaire. Toutefois, certains types de cancer comme le carcinome canalaire *in situ* (CCIS) risquent très peu de se propager aux ganglions lymphatiques. (Il est question du CCIS dans le guide 5). En outre, dans certains cas, le traitement recommandé est le même, que les ganglions contiennent ou non des cellules cancéreuses. Dans ces cas, il peut parfois être acceptable de ne pas enlever de ganglions.

Combien de ganglions lymphatiques enlève-t-on?

Il y a trois couches ou «niveaux» de ganglions lymphatiques dans la région de l'aisselle. Lorsque le cancer du sein se propage, il atteint d'abord les ganglions du niveau 1 et ensuite, ceux des niveaux 2 et 3. Il est recommandé que le chirurgien enlève tous les ganglions lymphatiques des niveaux 1 et 2. En général, le chirurgien enlève une dizaine de ganglions lymphatiques — ce qui suffit pour déterminer avec certitude si le cancer a atteint ou non les ganglions. L'ablation d'une dizaine de ganglions ou plus réduit

Guide 4. Ablation des ganglions lymphatiques au cours d'une intervention chirurgicale contre le cancer du sein

aussi le risque de récurrence du cancer dans les ganglions.

Les complications deviennent toutefois plus fréquentes et plus sérieuses à mesure que l'on enlève davantage de ganglions. C'est pourquoi on ne recommande habituellement pas l'ablation des ganglions du niveau 3.

Quels types de complications peuvent survenir après l'ablation des ganglions lymphatiques?

L'ablation des ganglions affecte souvent les nerfs voisins, ce qui entraîne la complication la plus fréquente — l'engourdissement du bras. Dans quelques cas (moins de 6 %), on ressent aussi une douleur importante.

Le «lymphœdème» est un autre problème. Il s'agit d'une accumulation de liquide lymphatique dans le bras, qui fait enfler et raidir le bras et l'épaule et provoque parfois une infection et de la douleur. Le risque d'apparition de

lymphœdème après l'intervention chirurgicale augmente proportionnellement au nombre de ganglions enlevés. Après une intervention type, de 2 % à 7 % des patientes sont atteintes d'un lymphœdème important. Le lymphœdème léger est plus répandu et atteint environ une patiente sur cinq.

La radiothérapie de la région axillaire augmente aussi le risque de lymphœdème. C'est pourquoi il faut l'éviter, sauf si le risque de récurrence du cancer dans cette région est particulièrement élevé.

Que faire si je ressens une douleur persistante après l'intervention chirurgicale?

Il n'est pas nécessaire de vivre avec la douleur et il ne faut pas essayer de le faire non plus. Le guide 10 de la présente série traite en détail de la douleur chronique et décrit des façons recommandées d'y faire face. ♦

Guide 5. Le traitement du carcinome canalaire *in situ* (CCIS) (2001)

Qu'est-ce que le CCIS?

CCIS veut dire «carcinome canalaire *in situ*», et il s'agit d'un type de cancer qu'on trouve seulement dans les canaux de lactation du sein. On parle aussi de cancer du sein «non envahissant», parce que le cancer ne s'est pas propagé aux tissus en dehors des canaux de lactation. Le pronostic pour les femmes atteintes d'un CCIS est bien meilleur que pour celles atteintes d'un cancer envahissant. Un CCIS non traité peut toutefois devenir envahissant avec le temps. Un CCIS pourrait traverser la paroi du canal pour se propager dans le tissu voisin et même ailleurs dans le corps. Si ça se produit, le cancer n'est plus un CCIS et il faut le traiter comme un cancer envahissant. Le traitement décrit dans ce guide s'applique aux patientes qui sont atteintes *seulement* d'un CCIS, et pas d'un cancer du sein envahissant.

Le CCIS est-il répandu?

Puisqu'un plus grand nombre de Canadiennes se prêtent désormais aux mammographies de dépistage, on pose le diagnostic de CCIS plus souvent. À l'heure actuelle, le CCIS représente de 20 % à 25 % de l'ensemble des cancers du sein découverts chez les femmes qui se soumettent régulièrement aux examens mammographiques.

Que se passera-t-il si on découvre à la fois un CCIS et un cancer du sein envahissant?

Puisque la grande majorité des cancers du sein apparaissent d'abord dans les canaux de lactation, les rapports de laboratoire qui font état d'un cancer du sein décrivent dans presque tous les cas une forme de CCIS. Lorsqu'un CCIS et un

cancer envahissant sont constatés simultanément, il faut appliquer un traitement contre le cancer envahissant.

Comment saurai-je que j'ai un CCIS?

Habituellement, lorsqu'une femme a un CCIS, il n'y a pas de signes avertisseurs comme la présence d'une masse au sein. Dans la plupart des cas, la présence d'un CCIS est révélée par une mammographie réalisée à une clinique de dépistage. Votre médecin pourrait penser que vous êtes atteinte d'un CCIS s'il voit des calcifications (dépôts de calcium) sur votre cliché mammaire. Néanmoins, vous saurez avec certitude que vous êtes atteinte d'un CCIS seulement si on pratique une «biopsie», c'est-à-dire le prélèvement et l'examen d'un fragment de tissu mammaire. On recourt couramment à la biopsie «à l'aiguille», où un petit fragment de tissu est prélevé à l'aide d'une aiguille. Le prélèvement est ensuite étudié au microscope par un pathologiste (un médecin spécialiste de l'examen des tissus). Si le pathologiste constate la présence de cellules cancéreuses typiques à l'intérieur des canaux de lactation, un diagnostic de CCIS sera établi.

Pourquoi mon médecin recommande-t-il que je subisse une biopsie chirurgicale?

Si la première biopsie que vous avez subie était une biopsie à l'aiguille dont le prélèvement contenait des cellules cancéreuses, vous devrez vous soumettre à une biopsie «chirurgicale» pour qu'on détermine si le cancer a envahi les tissus voisins. Au cours d'une telle biopsie, on prélève un plus grand volume de tissu mammaire. (Si un diagnostic de CCIS

Guide 5. Le traitement du carcinome canalaire *in situ* (CCIS) (2001)

semble très probable, le médecin recommandera souvent qu'une biopsie chirurgicale, plutôt qu'une biopsie à l'aiguille, soit pratiquée en premier lieu.) La biopsie chirurgicale est cruciale, car un cancer qui se propage en dehors des canaux de lactation n'est plus simplement un CCIS, c'est un cancer «envahissant», et il faudra recourir à un autre genre de traitement.

Lorsqu'on procède à une biopsie chirurgicale, l'anomalie est enlevée d'une seule pièce et radiographiée. On examine ensuite des fragments de tissu au microscope. Si la radiographie des tissus prélevés indique que le cancer n'a *pas* été enlevé au complet, vous devrez subir une deuxième mammographie après la guérison de vos tissus mammaires. Il faudra peut-être que vous vous soumettiez également à une autre intervention pour enlever les cellules cancéreuses qui restent.

Les résultats de la biopsie chirurgicale que j'ai subie indiquent que j'ai un CCIS. Que dois-je faire maintenant?

Lorsque vous aurez été informée de tous les résultats de votre biopsie chirurgicale, vous pourrez commencer à envisager vos choix de traitement. Le CCIS n'est pas un cancer à évolution rapide, et c'est pourquoi il est tout à fait sûr de prendre le temps qu'il faut pour consulter vos médecins, les membres de votre famille, vos amis ou d'autres femmes qui ont eu un cancer du sein.

Quel est le meilleur traitement pour moi?

Il faut d'abord se pencher sur la possibilité que la biopsie chirurgicale n'ait pas enlevé tout le cancer. S'il est possible qu'il reste des cellules cancéreuses, il faudra appliquer d'autres traitements. En règle générale, cela signifie que vous devrez

vous soumettre à une autre chirurgie. Votre principale tâche consistera à décider du genre de chirurgie qui vous convient le mieux.

Auparavant, lorsqu'on diagnostiquait un CCIS, cela supposait toujours une «mastectomie» (ablation du sein au complet), et cette intervention pourrait continuer de constituer la meilleure solution pour certaines femmes. L'autre choix, c'est la «tumorectomie» (qu'on appelle aussi «chirurgie mammaire conservatrice») suivie d'un traitement aux rayonnements («radiothérapie»). C'est maintenant la tumorectomie suivie d'une radiothérapie que l'on recommande généralement dans les cas de cancer du sein envahissant primaire, ainsi que dans les cas de CCIS.

Que vous choisissiez la mastectomie ou la tumorectomie suivie d'une radiothérapie, les taux de survie sont très élevés : entre 95 % et 100 %, 10 ans après l'intervention chirurgicale.

Si la biopsie chirurgicale a retiré l'ensemble du cancer et qu'on n'observe pas d'autres régions du sein susceptibles d'être atteintes, on peut estimer que la biopsie chirurgicale a tenu lieu de tumorectomie et il n'est pas nécessaire de pratiquer d'autres interventions chirurgicales.

De quels facteurs dois-je tenir compte pour choisir entre la mastectomie et la tumorectomie?

Vous devrez discuter avec votre médecin du type de CCIS qui a été décelé dans votre sein et de l'ampleur de la région mammaire atteinte. Vous voudrez aussi tenir compte des facteurs énumérés ci-dessous, dont un grand nombre sont présentés plus en détail dans le guide 3.

- *Vos préoccupations au sujet de votre apparence.* Vous devrez d'abord vous demander si vous voulez conserver le sein. Il s'agit d'une question très per-

sonnelle. Certaines femmes voudront que la première apparence de leurs seins soit préservée dans toute la mesure du possible. Chez ces femmes, la tumorectomie est l'intervention la plus souhaitable puisqu'elle retire le cancer tout en préservant suffisamment de tissus pour que le sein conserve une apparence et une sensation au toucher naturelles. D'autres femmes souhaiteront plutôt faire tout ce qu'elles peuvent pour réduire le risque de réapparition du cancer. Ces femmes pourraient choisir de subir une mastectomie. Les patientes qui préfèrent la mastectomie peuvent envisager une reconstruction du sein pour faciliter leur adaptation aux changements de leur corps tout en étant assurées que le cancer ne réapparaîtra pas. De nos jours, il y a d'excellentes chances que le cancer soit contrôlé au moyen d'une mastectomie ou d'une tumorectomie suivie d'une radiothérapie. Bon nombre de femmes choisissent donc de conserver le sein. Vous devez choisir l'option chirurgicale avec laquelle vous vous sentez le plus à l'aise.

- *La présence de cellules cancéreuses sur les bords du fragment de tissus prélevés pendant la biopsie chirurgicale.* Lorsque l'examen des tissus prélevés lors de la biopsie chirurgicale révèle la présence de cellules cancéreuses sur les bords du fragment, les femmes qui ont choisi la tumorectomie pourraient devoir subir une deuxième ou même une troisième intervention pour qu'on retire plus de tissus. Si vous voulez échapper à la possibilité de devoir subir plusieurs interventions, vous pourriez vouloir envisager la mastectomie.
- *La probabilité de réapparition du cancer dans le même sein.* Si votre tumeur est grosse ou comporte d'autres caractéristiques qui indiquent qu'une récurrence du cancer est probable (p. ex., la présence de cellules cancéreuses près des bords du fragment prélevé, ou un cancer à évolution rapide), vous pourriez envisager la mastectomie.
- *Le volume de tissus à enlever.* S'il y a plus d'une tumeur ou si la tumeur est grosse, la tumorectomie prélèvera beaucoup de tissus. S'il est entendu que le recours à la tumorectomie déformera le sein, vous voudrez peut-être envisager de choisir une mastectomie ou une mastectomie suivie d'une reconstruction du sein.
- *Votre capacité de subir une radiothérapie.* On recommande habituellement qu'une radiothérapie soit administrée après la tumorectomie parce qu'elle réduit le risque de réapparition du cancer dans le même sein. S'il vous est impossible de suivre une radiothérapie pour quelque raison que ce soit, ou s'il vous serait très difficile de le faire à cause de votre travail ou parce que vous vivez loin d'un centre de traitement, vous voudrez peut-être envisager la mastectomie. (Dans un nombre restreint de cas, si la tumeur est très petite et qu'elle ne présente aucune caractéristique qui indique qu'elle est particulièrement susceptible de réapparaître, et s'il est certain qu'on a enlevé tous les tissus atteints, on pourrait envisager une tumorectomie sans radiothérapie. Toutefois, vous ne devriez vous pencher sur cette possibilité qu'après avoir analysé les enjeux à fond avec votre médecin.)
- *Les complications que peut entraîner chaque intervention.* Tous les traitements peuvent avoir des effets secondaires indésirables. La tumorectomie comme la mastectomie peuvent causer une douleur persistante et de l'enflure et prendre du temps à guérir. Ces problèmes sont toutefois plus fréquents à la suite d'une mastectomie. La radiothérapie qui suit la tumorectomie peut cependant avoir elle aussi des effets secondaires indésirables, comme la fatigue, la douleur, la sensibilité au toucher et les cicatrices au sein. Le guide 6 présente plus de détails sur la radiothérapie.

Faudrait-il enlever aussi les ganglions lymphatiques de l'aisselle?

On procède souvent à l'ablation des ganglions lymphatiques (parfois appelés «glandes») dans des cas de cancer du sein envahissant, mais non pour un CCIS. Cela tient au fait qu'il est très rare que le cancer se propage aux ganglions et que les complications possibles de l'ablation des ganglions lymphatiques annulent tout avantage qui peut en découler.

Si je subis une mastectomie à cause d'un CCIS, peut-on préserver la peau et le mamelon en vue d'une chirurgie esthétique ultérieure?

On a déjà eu recours à cette intervention (appelée «mastectomie sous-cutanée») chez des patientes atteintes d'un CCIS parce qu'elle donnait de bons résultats sur le plan esthétique. Or, comme

cette technique laisse de 10 % à 15 % du tissu mammaire, elle élimine en partie seulement le risque de réapparition du cancer, et n'est pas aussi sûre que la mastectomie. Si vous choisissez de subir une mastectomie pour réduire le risque de récurrence du cancer au minimum, on ne recommande pas que vous vous soumettiez à une mastectomie sous-cutanée.

Et les autres traitements, comme le tamoxifène?

Des preuves scientifiques indiquent que l'administration d'un traitement au tamoxifène, un médicament qui peut empêcher la croissance des cellules cancéreuses, pourrait bénéficier aux patientes atteintes de CCIS qui ont subi une tumorectomie. Vous devrez discuter avec votre médecin pour déterminer si l'avantage de l'utilisation du tamoxifène l'emporte sur les effets secondaires (voir le guide 12). ♦

Guide 6. Radiothérapie après une tumorectomie

Qu'est-ce qu'une tumorectomie?

Jusqu'à récemment, un cancer du sein entraînait presque toujours une mastectomie (ablation du sein au complet). La tumorectomie (aussi appelée «chirurgie mammaire conservatrice» [CMC] ou «mastectomie partielle») est une intervention moins radicale qui consiste à enlever seulement la partie atteinte du sein et à laisser le tissu mammaire sain. Des études ont maintenant démontré que les femmes qui subissent une tumorectomie suivie d'une radiothérapie vivent aussi longtemps que celles qui choisissent la mastectomie. Quatre femmes sur cinq atteintes d'un cancer du sein ont une tumeur qui se prête à la tumorectomie.

Qu'est-ce que la radiothérapie?

La thérapie aux rayonnements, ou radiothérapie, c'est l'utilisation de rayons X à haute énergie pour tuer les cellules cancéreuses.

Aurai-je besoin de radiothérapie après une tumorectomie?

Oui, on recommande presque toujours une radiothérapie après une tumorectomie. Le cancer peut réapparaître dans le même sein après une intervention chirurgicale (récidive locale) et il a été démontré que les rayonnements réduisent considérablement ce risque.

Même s'il n'y a aucune garantie, les avantages de la radiothérapie sont tellement importants que vous devriez vraiment l'envisager comme élément de votre traitement.

Mon médecin affirme cependant que le risque de récidive est faible parce que j'ai plus de 50 ans et que ma tumeur était très petite.

Le risque de récidive est relativement

faible dans votre cas, c'est vrai. Il reste qu'environ une femme de plus de 50 ans sur cinq qui a une petite tumeur sera victime d'une récidive dans les 8 ans si elle subit une tumorectomie sans radiothérapie. La radiothérapie peut ramener le risque à environ une sur 50. C'est une mesure de sécurité supplémentaire.

La radiothérapie a-t-elle des effets secondaires désagréables?

La radiothérapie peut avoir des effets secondaires pendant et après le traitement.

Au cours des premières semaines qui suivent le début de la radiothérapie, vous pourrez constater que la peau du sein est rouge ou enflée et que vous vous sentez fatiguée ou épuisée. Ces problèmes disparaissent habituellement dans les 3 à 6 mois.

Au cours des 5 premières années qui suivent le traitement, vous pourrez ressentir de l'inconfort, de la douleur, avoir la région du sein tuméfiée ou décolorée, ou constater d'autres changements cutanés. Plus de 90 % des femmes sont toutefois satisfaites de l'apparence du sein après une tumorectomie et une radiothérapie. Une partie du tissu mammaire peut aussi se ratatiner ou durcir à cause de la mort de cellules graisseuses, surtout aux endroits où l'on doit administrer une dose supplémentaire de rayonnements. Ce durcissement ne signifie pas que le cancer est revenu.

Avec les techniques actuelles, les effets secondaires sérieux et de longue durée sont rares. Même au cours d'études antérieures pendant lesquelles on a étudié des techniques différentes et des doses de rayonnements plus élevées que celles qui seraient recommandées aujourd'hui, moins de 2 % des patientes traitées avaient ces problèmes.

N'est-il pas vrai que les rayonnements peuvent causer le cancer?

Tout danger provenant des rayonnements dépend du type de rayonnement, de la quantité administrée et de la façon de les administrer. Il n'y a pas de preuves convaincantes qui démontrent que la radiothérapie administrée après une tumorectomie peut causer le cancer, que ce soit dans le sein ou ailleurs dans le corps.

On m'a enlevé un peu de tissu dans une petite région du sein, mais mon médecin veut irradier le sein au complet.

Des preuves solides indiquent que l'irradiation du sein au complet est plus efficace qu'une irradiation partielle pour prévenir une récurrence.

Qu'est-ce qu'une dose supplémentaire?

Parfois, au cours d'une radiothérapie, on administre une dose supplémentaire de rayonnements dans la zone limitée où le cancer a été enlevé, surtout lorsque la tumorectomie n'a pas enlevé tout le cancer. Normalement, une deuxième intervention qui vise à éliminer tout cancer restant constitue alors le meilleur choix. Si ce n'est pas possible pour une raison ou pour une autre, ou si vous décidez de ne pas subir d'autre intervention chirurgicale, une dose supplémentaire de rayonnements à l'endroit approprié constitue la «deuxième» option. Rien toutefois ne démontre clairement qu'un tel «supplément» donne des résultats. Des recherches en cours visent à répondre à cette question.

Quelle est la meilleure façon d'administrer une radiothérapie? Y a-t-il une «bonne» dose de rayonnements?

La radiothérapie n'est pas administrée d'un seul coup. Elle est subdivisée en «fractions» — petites doses administrées

5 jours par semaine pendant 3 à 6 semaines. Lorsqu'on administre des «suppléments», ceux-ci sont aussi divisés en fractions.

Jusqu'à maintenant, on n'a pas terminé d'études cliniques démontrant exactement la dose ou le calendrier de traitement qui sont les meilleurs. Les données probantes tirées d'études existantes indiquent qu'il y a plusieurs calendriers différents qui produisent des résultats semblables. (Ces avantages sont décrits dans la version du présent guide qui s'adresse aux médecins). Comme tous ces éléments sont acceptables, il est possible de choisir le programme de traitement qui correspond le mieux à votre horaire personnel. Il importe toutefois de respecter certaines normes. Des doses inhabituellement élevées peuvent provoquer des effets secondaires plus graves sans produire d'avantages supplémentaires.

La radiothérapie doit-elle commencer immédiatement après l'intervention chirurgicale? Combien de temps peut-on attendre sans danger?

Si vous ne suivez pas de chimiothérapie, la radiothérapie devrait commencer le plus tôt possible après la guérison de la plaie, habituellement dans les 8 semaines suivant l'intervention chirurgicale. On croit en général qu'il ne faut pas attendre plus de 12 semaines après l'intervention chirurgicale, même si rien ne le prouve.

Si vous suivez une chimiothérapie, la plupart des centres de traitement du cancer recommandent d'attendre après la chimiothérapie pour entreprendre une radiothérapie. Parfois, les deux types de traitement sont administrés ensemble. Rien ne prouve toutefois que cela améliore le résultat et cette conjugaison peut accroître les risques d'effets secon-

daïres indésirables, surtout si la chimiothérapie comprend une des anthracyclines (des médicaments comme l'Adriamycine).

Y a-t-il des cas où il ne faut *pas* administrer une radiothérapie après une intervention chirurgicale?

Oui. Les femmes enceintes et celles qui ont déjà reçu une radiothérapie à forte dose à la poitrine (y compris une radiothérapie contre la maladie de Hodgkin) ne devraient certainement pas suivre une radiothérapie.

La radiothérapie peut représenter un risque accru pour certaines personnes atteintes de graves maladies du cœur ou du poumon. Aussi, les personnes atteintes de sclérodémie ou de lupus érythémateux disséminé risquent plus d'avoir des effets secondaires graves de la radiothérapie.

Certaines personnes qui ont des problèmes de santé comme l'arthrite peuvent être incapables de s'étendre à plat sur le dos ou de s'étirer le bras du côté du sein traité. Les traitements de radiothérapie peuvent alors être difficiles ou impossibles à administrer comme il faut. ♦

Guide 7. Traitement aux médicaments anticancéreux du cancer du sein sans envahissement ganglionnaire (2001)

Qu'est-ce qu'un cancer du sein sans envahissement ganglionnaire?

L'expression «cancer du sein sans envahissement ganglionnaire» signifie qu'on n'a trouvé aucune cellule cancéreuse provenant du sein dans les ganglions lymphatiques (parfois appelés «glandes») de la région de l'aisselle. Un cancer sans envahissement ganglionnaire risque moins de réapparaître et de se propager qu'un cancer avec envahissement ganglionnaire.

Je subirai une intervention chirurgicale et une radiothérapie à cause d'un cancer du sein. Ai-je besoin d'un traitement aux médicaments anticancéreux aussi?

Un cancer sans envahissement ganglionnaire risque moins de réapparaître qu'un cancer avec envahissement ganglionnaire, mais il y a quand même un risque. Même lorsqu'on semble avoir réussi à enlever toute la tumeur, le cancer peut quand même réapparaître ailleurs («métastaser») chez jusqu'à 30 % de toutes les femmes qui ont un cancer du sein sans envahissement ganglionnaire.

C'est toutefois une moyenne seulement. Certains types de cancer risquent plus que d'autres de revenir, ce qui influencera vos options de traitement. On examinera votre cancer et déterminera que son risque de récurrence est *élevé*, *moyen* ou *faible* : tout dépend de plusieurs facteurs décrits ci-dessous.

- *Sa grosseur.* Plus la masse cancéreuse est grosse, plus le risque est élevé. La plupart des cancers de moins de 1 cm de diamètre présentent un très faible risque de récurrence après une intervention chirurgicale et une radiothérapie.

- *Le type de cellules qu'il contient.* On retrouve certains types de cellules plus souvent dans des cancers dits «agressifs», c'est-à-dire ceux qui sont plus susceptibles de réapparaître et de se propager. Votre pathologiste «classera» votre cancer de I à III en fonction de ses caractéristiques cellulaires. Un cancer de grade I est moins susceptible de réapparaître qu'un cancer de grade III.
- *Envahissement des vaisseaux sanguins et des canaux lymphatiques voisins par les cellules cancéreuses.* Lorsque l'examen microscopique révèle un envahissement des vaisseaux, le cancer risque davantage de réapparaître.
- *Cancer diagnostiqué comme étant «RE positif» ou «RE négatif».* «RE» veut dire récepteur d'œstrogènes. Il s'agit d'un récepteur, ou d'un «site d'arrimage», auquel l'œstrogène peut se fixer. Les femmes atteintes d'un cancer qui comporte ces récepteurs (cancer à RE positifs) risquent un peu moins de voir le cancer réapparaître. En outre, ces cancers ne réagissent pas au traitement de la même façon que les cancers RE négatifs.

Il faut tenir compte de tous ces facteurs lorsqu'on veut déterminer le risque global de récurrence du cancer. Ce risque détermine ensuite si vous devriez subir d'autres traitements et, le cas échéant, le traitement qui convient le mieux dans votre cas.

Quel est le risque de récurrence du cancer si je subis seulement une intervention chirurgicale et une radiothérapie, sans prendre un traitement supplémentaire aux médicaments?

Si votre cancer est un cancer à *faible risque*, le risque de récurrence au cours des

10 années suivantes est de moins de 10 %. Autrement dit, il réapparaîtra chez moins de 10 femmes sur 100 qui ont ce type de cancer.

Si un cancer constitue un *risque intermédiaire*, le risque de récurrence varie de 10 % à 20 %. Un traitement supplémentaire réduira ce risque.

Chez les femmes qui ont un cancer à *risque élevé*, le risque de récurrence et de propagation du cancer dépasse 20 %. Le risque est parfois aussi élevé que chez les femmes atteintes d'un cancer du sein avec envahissement ganglionnaire. Un traitement supplémentaire réduira les risques chez les sujets de ce groupe aussi.

Mon cancer est à faible risque. Ai-je besoin de traitement supplémentaire?

Non. Dans votre cas, on ne recommande pas de médicaments supplémentaires puisqu'une ou deux femmes seulement sur 100 en bénéficieraient. Votre médecin discutera peut-être de l'hormonothérapie au tamoxifène.

J'ai un cancer à risque élevé. Quel traitement supplémentaire recommande-t-on dans mon cas?

On recommande une chimiothérapie à toutes les femmes préménopausées et aux femmes ménopausées atteintes d'un cancer RE négatif.

On recommande le traitement au tamoxifène en plus de la chimiothérapie aux femmes ménopausées atteintes d'un cancer RE positif. L'augmentation de toxicité de la chimiothérapie doit être prise en compte.

Ces traitements sont décrits plus en détail ci-dessous.

Que recommande-t-on dans le cas des femmes qui ont un cancer à risque intermédiaire?

Si le cancer est RE positif, on recom-

mande une hormonothérapie au tamoxifène. Ce traitement est décrit plus en détail ci-dessous. (Les cancers RE négatifs sont habituellement des cancers à risque élevé.) La chimiothérapie augmente les avantages du tamoxifène. L'ampleur de ces avantages est toutefois modeste, et on doit prendre en compte l'augmentation de la toxicité de la chimiothérapie.

Chimiothérapie

Qu'est-ce que la chimiothérapie?

La chimiothérapie, c'est un traitement au moyen de médicaments qui tuent les cellules cancéreuses.

Mon médecin recommande une chimiothérapie. Quels en sont les avantages et les inconvénients?

Les médicaments anticancéreux atteignent aussi les cellules saines. Ils peuvent donc avoir des effets secondaires indésirables, dont certains sont sérieux. C'est pourquoi on recommande la chimiothérapie seulement lorsqu'il y a une bonne chance que le traitement soit bénéfique dans votre cas et que vous êtes suffisamment en bonne santé pour le supporter.

La chimiothérapie est le moyen le plus efficace disponible pour protéger contre une récurrence du cancer chez les femmes non ménopausées et celles qui ont un cancer RE négatif. Comme la chimiothérapie peut prolonger votre vie, il ne serait pas sage de la refuser sans bonne raison. Comme on le voit ci-dessous, il est possible de choisir entre des combinaisons de médicaments pour ce qui est des effets secondaires particuliers et de la durée du traitement.

Comment la chimiothérapie est-elle administrée?

Il y a deux combinaisons recommandées de médicaments pour traiter les femmes qui ont un cancer du sein sans envahissement ganglionnaire : CMF et

Guide 7. Traitement aux médicaments anticancéreux du cancer du sein sans envahissement ganglionnaire (2001)

AC. Les deux combinaisons se sont révélées efficaces.

La combinaison que vous choisirez est administrée en «cycles», de la façon décrite ci-dessous.

- CMF (cyclophosphamide, méthotrexate et 5-fluoro-uracile)

Si vous choisissez cette combinaison, vous prendrez de la cyclophosphamide par voie orale tous les jours pendant 2 semaines. Le premier jour de chacune des semaines, vous recevrez aussi du méthotrexate et du 5-fluoro-uracile par injection intraveineuse. Suivra une «période de repos» de 2 semaines pendant laquelle vous ne recevrez aucun médicament, ce qui complète un cycle. On administre six cycles qui durent au total 6 mois.

- AC (Adriamycine [doxorubicine] et cyclophosphamide)

Si vous choisissez cette combinaison, vous n'aurez pas à prendre de médicaments tous les jours. Vous recevrez plutôt les médicaments par injection intraveineuse et vous aurez ensuite une période de repos de 21 jours (3 semaines) pendant laquelle vous ne prendrez aucun médicament. Le 22^e jour, vous commencerez le deuxième cycle. Il y a quatre cycles au total et le traitement complet dure un peu plus de 2 mois.

Quels sont les effets secondaires les plus fréquents de la chimiothérapie?

Les effets secondaires peuvent comprendre les suivants :

- Nausées et vomissements. Si vous recevez la combinaison CMF, vous aurez, pendant tout le traitement, des nausées et des vomissements dont l'intensité variera de légère à moyenne. Des médicaments permettent toutefois de bien soulager ces effets. Si vous choisissez la combinaison AC, les nausées et les vomissements seront probablement plus sérieux, mais beaucoup plus brefs.

- La fatigue est fréquente.
- Environ 14 % des patientes prennent du poids.
- Perte temporaire de cheveux. La combinaison AC entraîne une perte complète des cheveux. Chez les patientes qui choisissent la CMF, 30 % ne perdent pas de cheveux et 40 % seulement en perdent beaucoup.
- Irritation légère des yeux, de la muqueuse buccale et de la gorge, inflammation de la vessie.
- Arrêt temporaire des menstruations pendant le traitement. Chez les femmes plus âgées, l'arrêt peut devenir permanent.
- Suppression temporaire du système immunitaire du corps pendant le traitement, ce qui accroît le risque d'infection. Chez quelques personnes (2 %), le traitement peut provoquer l'apparition d'une fièvre qui entraîne l'hospitalisation.
- Les effets secondaires graves sont rares et se manifestent chez moins de 1 % des femmes qui reçoivent les doses habituelles de chimiothérapie. La chimiothérapie peut même être mortelle, mais c'est extrêmement rare. La combinaison AC présente un très faible risque de dommages cardiaques. Il y a aussi un risque très faible de leucémie plus tard dans la vie (peut-être chez une patiente sur 1000 ou 10 000).

Quand la chimiothérapie devrait-elle commencer?

La chimiothérapie devrait commencer le plus rapidement possible après l'intervention, habituellement dans les 8 semaines.

Si je suis une chimiothérapie, ai-je besoin d'autres traitements?

Si vous avez subi une tumorectomie, on recommandera aussi une radiothérapie. Si vous suivez une chimiothérapie, on commence habituellement

la radiothérapie après la chimiothérapie. Le guide 6 de la présente série contient plus de renseignements sur la radiothérapie.

Hormonothérapie

Mon médecin a recommandé une hormonothérapie. Qu'est-ce que cela signifie?

Les ovaires produisent des hormones, comme les œstrogènes, qui peuvent favoriser l'apparition du cancer du sein, et surtout des cancers RE positifs. L'hormonothérapie au «tamoxifène» inhibe ce phénomène sans interrompre la production d'hormones par le corps.

On a constaté que le tamoxifène prolonge la vie des femmes qui ont un cancer du sein et réduit aussi les risques d'apparition du cancer dans l'autre sein.

Pendant combien de temps faut-il prendre du tamoxifène?

On recommande de prendre la dose standard de tamoxifène (20 mg) par voie orale tous les jours pendant 5 ans.

Quels sont les effets secondaires du tamoxifène?

Le tamoxifène peut provoquer des bouffées de chaleur temporaires chez jusqu'à 20 % des patientes. Environ une patiente sur 100 qui prennent du tamoxifène aura des caillots sanguins veineux. Parfois, mais c'est très rare, ces caillots atteignent les poumons et mettent la vie en danger. Le tamoxifène peut très rarement (chez environ une femme recevant le traitement sur 500) provoquer le cancer de l'endomètre (muqueuse interne de l'utérus). C'est pourquoi les femmes qui prennent du tamoxifène doivent signaler rapidement tout saignement vaginal, même les pertes légères. Dans certains cas très rares, le tamoxifène peut causer des cataractes.

Le tomoxifène réduit le risque de propagation du cancer dans l'autre sein, ainsi que le risque d'ostéoporose — cause commune de «fragilité des os» et de fractures chez les femmes ménopausées. ♦

Guide 8. Traitement aux médicaments anticancéreux du cancer du sein avec envahissement ganglionnaire (2001)

Qu'est-ce qu'un cancer du sein avec envahissement ganglionnaire?

L'expression cancer du sein avec envahissement ganglionnaire signifie qu'on a trouvé, dans les ganglions lymphatiques (parfois appelés «glandes») de l'aisselle, des cellules cancéreuses provenant de la tumeur du sein.

Même si l'intervention chirurgicale élimine le cancer du sein, la présence de cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques signifie que le risque de réapparition (ou récursive) et de propagation du cancer est plus élevé.

Je subirai une intervention chirurgicale et une radiothérapie à cause d'un cancer du sein. Ai-je besoin d'un traitement aux médicaments aussi?

Presque toutes les femmes qui ont un cancer du sein avec envahissement ganglionnaire ont besoin d'une pharmacothérapie qui s'ajoute à l'intervention chirurgicale et à la radiothérapie (la radiothérapie est administrée après la tumorectomie du sein). Même lorsqu'on semble avoir réussi à enlever toute la tumeur, beaucoup de femmes meurent dans les 10 ans parce que le cancer a réapparu si elles ont subi une intervention chirurgicale et une radiothérapie seulement, sans pharmacothérapie. Des preuves convaincantes indiquent maintenant que la pharmacothérapie conjuguée à l'intervention chirurgicale et à la radiothérapie aide à prolonger la vie.

Que signifie l'expression «pharmacothérapie»?

Pharmacothérapie peut vouloir dire

chimiothérapie ou hormonothérapie. En chimiothérapie, on utilise des médicaments spéciaux pour tuer les cellules cancéreuses.

L'hormonothérapie est une stratégie différente. Les ovaires produisent des hormones naturelles, comme l'œstrogène, qui favorisent l'apparition de certains cancers. L'hormonothérapie inhibe ce processus et peut enrayer ou ralentir la croissance des cellules cancéreuses.

Il y a deux types d'hormonothérapie. La première, appelée «ablation des ovaires», met fin à la production d'hormones en détruisant les ovaires par radiothérapie ou ablation chirurgicale. Dans le deuxième type d'hormonothérapie, le corps continue quand même de produire de l'œstrogène, mais le médicament appelé «tamoxifène» bloque l'effet de cette hormone.

Le traitement recommandé dépend de la situation personnelle de chacune.

Quel type de traitement est le meilleur dans mon cas?

Il faut tenir compte de plusieurs facteurs, notamment des suivants :

- *Votre âge et la ménopause (si vous avez ou non traversé votre «retour d'âge»).* Les médicaments n'ont pas le même effet sur le cancer avant et après la ménopause.
- *Si votre cancer est diagnostiqué «RE positif» ou «RE négatif».* «RE» veut dire récepteur d'œstrogènes. Il s'agit d'un récepteur, ou d'un «site d'arrimage», auquel l'œstrogène peut se fixer. Si une tumeur contient ces récepteurs (cancer RE positif), cela signifie que les hormones naturelles de votre corps peuvent avoir un effet sur la croissance du cancer. Cela influence le type de

traitement recommandé dans votre cas.

- *Votre choix personnel.* Un traitement peut être légèrement plus efficace qu'un autre, par exemple, mais avoir des effets secondaires plus désagréables, ce qui influencera peut-être votre choix. Votre médecin et vous devrez peser les avantages attendus en fonction des problèmes que pourrait causer le traitement.

Nous abordons en détail plus loin chacun des traitements mentionnés dans les colonnes qui suivent. Les premiers

choix à faire dépendent de votre âge et de si vous êtes ou non ménopausée. La ménopause s'étend sur une certaine période. Vous devez vous considérer comme ménopausée lorsque vous n'avez pas eu de menstruations depuis un an. En attendant, aux fins des traitements anticancéreux, vous êtes considérée comme non ménopausée. Les femmes qui ne peuvent répondre à la question (si elles ont subi une hystérectomie, par exemple) sont considérées comme ménopausées après 50 ans.

Lisez cette colonne si vous n'êtes pas ménopausée

Des preuves solides indiquent que la chimiothérapie faisant appel à une combinaison de médicaments peut prolonger la vie et constitue le meilleur choix dans votre cas.

Devrais-je suivre une hormonothérapie en plus de la chimiothérapie?

Pour le moment, il n'existe pas suffisamment de preuves pour recommander l'utilisation des deux traitements conjointement.

Puis-je choisir l'hormonothérapie au lieu de la chimiothérapie?

Il ne faut pas décider à la légère de refuser une chimiothérapie. L'hormonothérapie est moins efficace que la chimiothérapie dans votre cas.

Cependant, si vous ne voulez pas suivre une chimiothérapie ou si vous êtes incapable de le faire et que vous êtes atteinte d'un cancer RE+, l'hormonothérapie (l'ablation des ovaires ou le traitement au tamoxifène) peut en soi présenter certains avantages.

Si je suis une chimiothérapie, quel médicament prendrai-je?

On a beaucoup étudié trois combinaisons qui se sont révélées efficaces : CMF, AC et CEF. Des études de recherche examinent la possibilité

(suite à la page suivante)

Lisez cette colonne si vous êtes ménopausée

Le meilleur traitement dans votre cas dépend de la nature de votre cancer : RE négatif ou RE positif.

Mon cancer était RE négatif. Quel est le meilleur traitement dans mon cas?

Si vous êtes généralement en bonne santé, la chimiothérapie constitue la meilleure option dans votre cas. Il n'est pas recommandé de suivre une hormonothérapie.

Quel est le meilleur traitement si mon cancer était RE positif?

Si votre cancer était RE positif, on recommande l'hormonothérapie. L'administration d'une chimiothérapie en plus d'une hormonothérapie peut offrir un avantage supplémentaire.

Si je suis une chimiothérapie, quel médicament prendrai-je?

On a beaucoup étudié deux combinaisons qui se sont révélées efficaces dans des cas comme le vôtre : ce sont les combinaisons CMF et AC. Le meilleur choix dans votre cas dépend de votre situation personnelle. Chaque combinaison est abordée en détail plus loin.

(suite à la page suivante)

d'ajouter à la chimiothérapie par AC une nouvelle catégorie de médicaments appelés taxanes, mais les résultats ne sont pas concluants. Le meilleur choix dans votre cas dépend de votre situation personnelle. Nous décrivons en détail chaque combinaison plus loin.

Si je suis une hormonothérapie, de quel type s'agira-t-il?

Si vous ne pouvez suivre une chimiothérapie, l'ablation des ovaires (une intervention chirurgicale ou la destruction par les rayonnements) peut être le meilleur choix dans votre cas. Même si elle est peu répandue au Canada pour le moment, l'ablation des ovaires s'est révélée efficace dans des cas comme le vôtre. Si vous ne voulez pas subir une ablation des ovaires ou si vous en êtes incapable et que votre cancer est RE+, vous pouvez recevoir du tamoxifène.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez lire les sections sur la chimiothérapie et l'hormonothérapie (y compris l'ablation des ovaires).

Si je suis une hormonothérapie, de quel type s'agira-t-il?

Le traitement au tamoxifène est recommandé dans votre cas.

Si mon médecin recommande le tamoxifène, ai-je besoin de chimiothérapie aussi?

Une combinaison de chimiothérapie et tamoxifène peut offrir un avantage supplémentaire. Si c'est important pour vous et si vous êtes disposée à accepter les effets secondaires désagréables de la chimiothérapie, vous pouvez peut-être envisager cette option.

Pour obtenir plus de renseignements, veuillez lire les sections sur la chimiothérapie et l'hormonothérapie (tamoxifène).

Chimiothérapie

Mon médecin recommande une chimiothérapie. Quels en sont les avantages et les inconvénients?

Les médicaments anticancéreux atteignent aussi les cellules saines. Ils peuvent donc avoir des effets secondaires indésirables, dont certains sont graves. C'est pourquoi on recommande la chimiothérapie seulement lorsque les patientes sont assez fortes pour la supporter.

La chimiothérapie est le moyen le plus efficace disponible pour protéger les femmes non ménopausées et celles qui ont un cancer RE négatif contre une récurrence du cancer. Vu que la chimiothérapie peut prolonger votre vie, il ne serait pas sage de la refuser sans bonne raison. Comme on le voit ci-dessous, il est possible de choisir différentes combinaisons de médicaments compte tenu

des effets secondaires particuliers et de la durée du traitement.

Comment la chimiothérapie est-elle administrée?

Il y a trois combinaisons recommandées : CMF, AC et CEF. Les femmes non ménopausées peuvent choisir n'importe laquelle des trois. Les femmes ménopausées devraient choisir la combinaison CMF ou AC. Toutes ces combinaisons se sont révélées efficaces contre le cancer. Des études de recherche examinent la possibilité d'ajouter à la chimiothérapie par AC une nouvelle catégorie de médicaments appelés taxanes (p. ex., le paclitaxel). Les résultats ne sont pas concluants. Vous pouvez discuter de cette option avec votre médecin.

La combinaison que vous choisirez est administrée en «cycles», de la façon décrite ci-dessous.

- CMF (cyclophosphamide, méthotrexate et 5-fluoro-uracile)

Si vous choisissez cette combinaison, vous prendrez de la cyclophosphamide par voie orale tous les jours pendant 2 semaines. Le premier jour de chacune des semaines, vous recevrez aussi du méthotrexate et du 5-fluoro-uracile par injection intraveineuse. Suivra une «période de repos» de 2 semaines pendant laquelle vous ne recevrez aucun médicament, ce qui complète un cycle. On administre six cycles qui durent au total 6 mois.

- AC (Adriamycine [doxorubicine] et cyclophosphamide)

Si vous choisissez cette combinaison, vous n'aurez pas à prendre de médicaments tous les jours. Vous recevrez plutôt des médicaments par injection intraveineuse et vous aurez ensuite une période de repos de 21 jours (3 semaines) pendant laquelle vous ne prendrez aucun médicament. Le 22^e jour, vous commencerez le deuxième cycle. Il y a quatre cycles au total et le traitement complet dure un peu plus de 2 mois.

- CEF (cyclophosphamide, épirubicine et 5-fluoro-uracile)

Cette combinaison est administrée de la même façon que la combinaison CMF. Vous prendrez de la cyclophosphamide par voie orale tous les jours pendant 2 semaines et recevrez ensuite une injection intraveineuse des autres médicaments le premier jour de chacune de ces semaines. Suivra une période de repos de 2 semaines, ce qui complète le cycle. On administre au total six cycles et le traitement dure 6 mois. On recommande habituellement aux patientes qui reçoivent la combinaison CEF de prendre un antibiotique pour se protéger contre les infections.

- Combinaison AC suivie de paclitaxel
La chimiothérapie par AC est administrée de la façon décrite précédem-

ment. Trois semaines après le dernier cycle AC, vous recevrez du paclitaxel par injection intraveineuse. On administre quatre doses de paclitaxel, à raison d'une dose aux 3 semaines.

Quels sont les effets secondaires les plus fréquents de la chimiothérapie?

Les effets secondaires peuvent comprendre les suivants :

- Si vous recevez la combinaison CMF, vous aurez, pendant tout le traitement, des nausées et des vomissements dont l'intensité variera de légère à moyenne. Des médicaments permettent toutefois de bien soulager ces effets. Si vous choisissez la combinaison AC, les nausées et les vomissements seront probablement plus sérieux, mais beaucoup plus brefs. Si vous recevez un traitement de chimiothérapie par CEF, les nausées et les vomissements pourraient être d'intensité moyenne. Des médicaments permettent cependant de bien soulager ces effets secondaires.
- La fatigue est fréquente.
- Environ 14 % des patientes prennent du poids.
- Les combinaisons AC et CEF entraînent une perte complète des cheveux, mais vos cheveux repousseront une fois le traitement de chimiothérapie terminé. Chez les patientes qui choisissent la CMF, 30 % ne perdent pas de cheveux et 40 % seulement en perdent beaucoup.
- Une irritation légère des yeux, de la muqueuse buccale et de la gorge, et une inflammation de la vessie.
- Arrêt temporaire des menstruations pendant le traitement. Chez les femmes plus âgées, l'arrêt peut devenir permanent.
- Suppression temporaire du système immunitaire du corps pendant le traitement, ce qui accroît le risque

d'infection. Chez quelques personnes (environ de 2 % à 5 %), le traitement peut provoquer l'apparition d'une fièvre qui entraîne l'hospitalisation.

- Les effets secondaires graves sont rares et se manifestent chez moins de 1 % des femmes qui reçoivent les doses habituelles de chimiothérapie. La chimiothérapie peut même être mortelle, mais c'est extrêmement rare. Il y a un très faible risque d'atteintes cardiaques associé à la combinaison AC (moins de 1 %) et un faible risque d'atteintes cardiaques avec la combinaison CEF (1 %). En outre, les combinaisons AC et CMF présentent un très faible risque de leucémie plus tard dans la vie (peut-être chez une patiente sur 1000 ou 10 000), et la combinaison CEF présente un faible risque de leucémie (1 %).

Quand la chimiothérapie devrait-elle commencer?

La chimiothérapie devrait commencer le plus tôt possible après l'intervention, habituellement dans les 4 à 6 semaines.

Si je suis une chimiothérapie, ai-je besoin d'un autre traitement?

Si vous avez subi une tumorectomie, vous devriez aussi suivre une radiothérapie. Si vous suivez une chimiothérapie, la radiothérapie sera habituellement administrée après la chimiothérapie. Le guide 6 contient plus de renseignements sur la radiothérapie.

Hormonothérapie

Mon médecin a recommandé une hormonothérapie. Qu'est-ce que cela signifie?

Les ovaires produisent des hormones, comme l'œstrogène, qui peuvent favoriser l'apparition du cancer du sein. Il y a deux types d'hormonothérapie : l'ablation des ovaires, qui met fin à la production d'hormones par le corps, et le traitement au tamoxifène, médicament qui bloque l'action des hormones du corps.

Qu'est-ce que l'ablation des ovaires?

L'ablation des ovaires met fin à la production d'hormones par les ovaires et provoque en fait la ménopause chez les femmes non ménopausées. On procède à l'ablation des ovaires par intervention chirurgicale ou en les détruisant par radiothérapie. Les effets sont permanents.

Quels sont les effets secondaires de l'ablation des ovaires?

L'ablation des ovaires produit tous les symptômes habituels de la ménopause, y compris les bouffées de chaleur et les changements d'humeur, mais ces symptômes sont temporaires. Il y a aussi un risque légèrement accru de maladie du cœur et d'ostéoporose (fragilité des os) comme chez toutes les femmes après la ménopause.

Comment le tamoxifène agit-il?

Des hormones, comme les œstrogènes, produites par les ovaires peuvent favoriser la croissance du cancer, surtout des cancers à récepteurs d'œstrogène (cancers RE+). Le tamoxifène ne bloque pas la production d'hormones, mais il empêche les hormones de parvenir jusqu'aux cellules cancéreuses. Le médicament est pris une fois par jour par voie orale.

Le tamoxifène réussit à prolonger la vie des femmes qui ont été traitées pour un cancer du sein. Il réduit aussi le risque d'apparition du cancer dans l'autre sein.

Pendant combien de temps faudrait-il prendre le tamoxifène?

On recommande de poursuivre le traitement au tamoxifène pendant 5 ans.

Quels sont les effets secondaires du tamoxifène?

Le tamoxifène peut provoquer des bouffées de chaleur temporaires chez jusqu'à 20 % des patientes. Chez environ une patiente sur 100, le traitement

au tamoxifène peut provoquer la formation, dans les veines, de caillots sanguins qui parviennent parfois, mais rarement aux poumons pour mettre la vie en danger. Le tamoxifène peut très rarement (environ une femme traitée sur 1 000) provoquer le cancer de l'endomètre

(muqueuse interne de l'utérus). C'est pourquoi les femmes qui prennent du tamoxifène doivent signaler rapidement tout saignement vaginal, même des pertes légères. Dans certains cas très rares, le tamoxifène peut causer des cataractes. ♦

Guide 9. Soins de suivi après un traitement du cancer du sein

Mon traitement du cancer est presque terminé. Aurai-je besoin d'autres soins médicaux?

Quiconque a suivi un traitement pour un cancer du sein doit continuer de consulter son médecin régulièrement pour les raisons suivantes :

- *Recevoir un appui continu.* Votre première visite après le traitement vous permettra de discuter de problèmes et des effets secondaires du traitement et vous aidera à trouver l'appui affectif ou social dont vous avez besoin. Vous établirez aussi avec vos médecins un calendrier de soins de longue durée.
- *Déterminer votre état de santé.* Environ 4 à 6 mois après le traitement, lorsque l'inflammation du sein sera disparue ou presque, vous pouvez vous attendre à subir une mammographie et un examen médical. Ces examens permettront de faire le point après le traitement et serviront de «point de repère» pour établir des comparaisons si des changements se produisent par la suite. Si vous ne pratiquez pas déjà l'auto-examen des seins, vous voudrez peut-être apprendre à le faire à ce moment-là.
- *Repérer les problèmes tôt.* Le cancer peut réapparaître dans le même sein ou un nouveau cancer peut faire son apparition dans l'autre. Des mammographies et des examens médicaux réguliers aideront alors à le détecter tôt.

Qui sera chargé de mes soins de suivi?

Au cours de vos premières visites, vous consulterez habituellement les spécialistes

qui ont supervisé votre traitement : le chirurgien, l'oncologue ou le radio-oncologue. Au début, certains d'entre eux, ou même tous, voudront peut-être vous voir. Par la suite, avec votre participation et votre accord, votre cas pourrait être confié à un d'entre eux ou à votre médecin de famille.

Ce qui importe, c'est que les membres de votre équipe médicale coordonnent vos soins. Ils doivent vous tenir parfaitement au courant et vous devez savoir exactement quelles mesures de suivi ont été prises et qui en est chargé.

Devrai-je consulter le médecin souvent?

Au Canada, les centres de traitement recommandent souvent des visites aux 6 mois pendant 2 à 5 ans après une intervention chirurgicale. Il n'y a toutefois aucun calendrier qui s'est révélé le meilleur pour toutes les patientes et il faut fixer la fréquence des visites en fonction de vos propres besoins. Vous voudrez peut-être consulter plus souvent si vous avez besoin d'autres conseils ou d'appui, ou si un nouveau problème surgit.

Il est recommandé de consulter au moins une fois par année pendant toute la vie.

Que se passera-t-il au cours de mes consultations de suivi?

Chaque consultation devrait comporter une mise à jour de vos antécédents médicaux et un examen médical. Les consultations annuelles devraient aussi comprendre une mammographie.

- *Antécédents médicaux.* Votre médecin voudra connaître tout effet secondaire

du traitement depuis votre dernière visite : seins enflés ou sensibles, épaule raide ou bras enflé. Si vous prenez du tamoxifène comme traitement et n'avez pas subi d'hystérectomie, vous devriez indiquer au médecin si vous avez eu des saignements vaginaux (et même des pertes légères) à cause du risque de cancer de l'endomètre (muqueuse interne de l'utérus), généralement plus élevé chez les femmes qui prennent du tamoxifène.

- *Examen médical.* L'examen vise principalement à repérer tout signe de réapparition du cancer ou d'apparition d'un nouveau cancer dans un des deux seins. Votre médecin vous examinera les seins, les ganglions lymphatiques des régions de l'aisselle et de la clavicle, la paroi thoracique et l'abdomen. Il examinera aussi votre bras pour y dépister tout signe de «lymphœdème» (enflure du bras causée par l'accumulation de liquide lymphatique qui peut se produire après l'ablation des ganglions lymphatiques de l'aisselle) ou toute infection connexe.

Ne devrais-je pas subir des examens réguliers pour m'assurer que le cancer n'est pas réapparu ailleurs?

Non. Le seul examen régulier que vous devez subir, c'est la mammographie. On recommande une mammographie régulière pour dépister tout signe de récurrence du cancer dans le même sein ou d'apparition d'un autre cancer dans l'autre sein. Les chances de guérison sont meilleures lorsque l'on détecte ces cancers tôt.

Si le cancer se propage ailleurs dans le corps, l'espérance de vie est la même, qu'il soit détecté tôt ou non. C'est pourquoi on ne recommande pas d'autres examens de routine — comme la scintigraphie du foie et des os, les

radiographies pulmonaires, les analyses sanguines et les tests de dépistage des marqueurs tumoraux — qui sont inutiles.

Que faire si j'ai de nouveaux symptômes ou si je sens qu'il y a quelque chose qui ne va pas entre les consultations?

Après un traitement pour un cancer du sein, beaucoup de femmes ressentent de la douleur ou d'autres symptômes désagréables. Si ces problèmes apparaissent et disparaissent, ou disparaissent en une semaine environ, il est très peu probable qu'ils soient liés au cancer.

Parfois, cependant, un problème ne disparaît pas. Si vous avez des symptômes nouveaux qui persistent, il faut les signaler *immédiatement*, sans attendre votre rendez-vous régulier suivant. Ces symptômes peuvent comprendre les suivants :

- *douleur nouvelle qui persiste;*
- *toux qui persiste;*
- *découverte d'une masse dans un ou l'autre sein;*
- *changements inhabituels au site de l'intervention chirurgicale ou dans la cicatrice;*
- *sensation de fatigue qui persiste;*
- *perte d'appétit;*
- *picotements ou engourdissements dans le bras ou la main;*
- *enflure du bras (même une enflure légère peut être un signe de lymphœdème, qui peut être douloureux et est plus facile à traiter s'il est dépisté tôt);*
- *tout symptôme nouveau inhabituel, grave ou persistant.*

J'aimerais pouvoir parler à quelqu'un de ces questions entre les consultations de mon médecin.

Un tel appui peut être précieux, sans compter le réconfort que vous pouvez y trouver. Il en est question brièvement dans la partie intitulée «Soutien» ♦

Guide 10. Le traitement de la douleur persistante après un traitement du cancer du sein (2001)

J'ai reçu un traitement du cancer du sein et je ressens maintenant de la douleur. Cela signifie-t-il que le cancer est revenu?

Suite à une chirurgie et à un traitement du cancer du sein, la douleur peut apparaître pour diverses raisons. Dans nombre de cas, la douleur pourrait être causée par quelque chose qui n'a rien à voir avec le cancer du sein ou son traitement. La douleur pourrait aussi découler de l'intervention chirurgicale, de la radiothérapie ou de la chimiothérapie que vous avez subies. Il se peut également que le cancer soit réapparu. Dès que vous ressentez de la douleur persistante, consultez votre médecin pour vous faire examiner et pour prendre conseil. Il faudra peut-être effectuer d'autres examens. Peu importe la cause de la douleur, il existe un traitement efficace.

Quel type de douleur l'intervention chirurgicale peut-elle causer?

La douleur peut être causée par le «syndrome postmastectomie». Une tumorectomie peut endommager des nerfs dans la région traitée. Ce problème est plus fréquent après une mastectomie totale (ablation du sein complet), mais il peut aussi découler d'une tumorectomie (excision du cancer seulement), surtout si l'on vous a enlevé aussi des ganglions lymphatiques à l'aisselle. Habituellement, ce type de douleur n'est pas grave et s'atténue graduellement.

L'enflure du bras (lymphoedème) est un autre problème qui peut causer de l'inconfort et de la douleur. L'ablation de ganglions lymphatiques à l'aisselle pendant l'intervention chirurgicale peut en-

dommager les canaux qui drainent la lymphe du bras, ce qui provoque de l'enflure, voire de la douleur chez certaines patientes (voir le guide 11).

La douleur peut-elle être liée aux médicaments anticancéreux?

Certains médicaments peuvent causer des problèmes douloureux, y compris une inflammation de la vessie (cystite), des engourdissements et des picotements (neuropathie périphérique), des ulcères à la bouche (mucosité) et des douleurs articulaires. L'administration de médicaments par voie intraveineuse peut aussi causer une inflammation douloureuse des veines (phlébite).

Et la douleur causée par le cancer?

Le cancer qui se développe dans les os peut produire de la douleur. Si vous éprouvez une douleur nouvelle ou plus forte aux os, vous devriez en parler avec votre médecin. Il est possible que ces symptômes apparaissent parce que le cancer du sein s'est propagé aux os.

Même si c'est surtout dans les os que le cancer réapparaît, la douleur peut aussi être causée par la propagation du cancer aux nerfs et à d'autres organes.

Un type de douleur névralgique est appelé «plexopathie brachiale». Au toucher, la patiente ressent une brûlure ou une piqûre au bras, à l'épaule ou à la main. Elle peut les sentir «différents» — soit engourdis ou très sensibles. Elle peut aussi avoir le bras faible, surtout si la douleur persiste depuis longtemps. Il arrive, quoique rarement, que ce type de douleur puisse être un effet secondaire de la radiothérapie ou de l'intervention chirurgicale, mais cette douleur peut

aussi signifier que le cancer est réapparu dans les ganglions lymphatiques situés derrière la clavicule. Il faudra peut-être une investigation minutieuse pour exclure le cancer.

Les médicaments devraient-ils faire disparaître toute ma douleur?

Quelle qu'en soit la cause, la douleur est habituellement bien contrôlée à l'aide des analgésiques prescrits par votre médecin.

Si la douleur est causée par le cancer, des traitements contre le cancer comme la radiothérapie ou la chimiothérapie peuvent traiter la cause de la douleur et réduire le besoin d'analgésiques.

Il importe de ne pas endurer la douleur et espérer vous y habituer. On ne s'habitue pas à la douleur. Le fait d'essayer d'endurer la douleur peut la rendre encore plus difficile à contrôler plus tard par un médicament. Les médicaments visent à contrôler la douleur aussi *rapidement* et *complètement* que possible. À cette fin, il faudra peut-être modifier le type et la quantité d'analgésiques que vous prenez. N'oubliez pas que vous seule pouvez rendre compte de votre douleur, et que si la douleur n'est pas maîtrisée, il faut le dire à vos médecins.

Si la douleur est persistante ou chronique, vous devrez prendre un analgésique en doses régulières, jour et nuit. Vous pourriez avoir besoin de doses supplémentaires en cas d'épisodes de douleur plus intense entre les doses régulières. Si vous avez souvent des accès de douleur intense, il faudra peut-être modifier votre posologie régulière ou vous prescrire un autre médicament.

Quel type de médicament devrais-je prendre pour me débarrasser de la douleur?

Si vous avez une douleur légère ou moyenne, on pourra peut-être la con-

trôler au moyen d'analgésiques en vente libre comme l'acide acétylsalicylique (AAS), l'acétaminophène et l'ibuprofène (qui font partie de la catégorie des médicaments appelés anti-inflammatoires non stéroïdiens). Vous pouvez choisir la marque que vous connaissez le mieux ou demander à votre médecin ou à votre pharmacien de vous en recommander une.

L'ibuprofène et l'AAS sont des analgésiques efficaces, mais ils peuvent entraîner des effets secondaires. Ils peuvent par exemple aggraver l'asthme et causer des ulcères d'estomac ou des dommages aux reins. Si vous avez des problèmes d'estomac, il existe de nouveaux médicaments du groupe des anti-inflammatoires non stéroïdiens (p. ex., les inhibiteurs de la COX-2) qui sont susceptibles de réduire les risques que vous subissiez des effets secondaires.

Si les médicaments comme l'AAS, l'acétaminophène et l'ibuprofène ne suffisent pas à contrôler la douleur, n'en prenez pas plus que la dose recommandée. Des doses plus fortes n'aideront pas à atténuer la douleur, et vous risquerez davantage de subir des effets secondaires. Si ces médicaments ne sont pas efficaces administrés seuls, votre médecin peut vous prescrire un médicament plus puissant. Les opiacés sont des analgésiques puissants. Il en existe plusieurs types. Avec votre collaboration, votre médecin pourra choisir l'opiacé qui sera le plus efficace pour vous (p. ex., la codéine ou l'oxycodone). Il arrive souvent que les opiacés soient plus efficaces s'ils sont administrés avec d'autres médicaments comme l'ibuprofène, l'acétaminophène ou l'AAS.

Pour traiter certains types de douleur, il faut parfois administrer des opiacés puissants comme la morphine, l'hydromorphone ou le fentanyl. L'un ou l'autre de ces médicaments peuvent être efficaces, suivant la patiente et sa situation.

Guide 10. Le traitement de la douleur persistante après un traitement du cancer du sein (2001)

En règle générale, on prescrit l'administration régulière (p. ex., aux 4 heures) d'un opiacé à action brève. La dose administrée augmentera presque tous les jours jusqu'à ce que la douleur soit maîtrisée.

Certaines patientes trouvent qu'il est difficile de prendre des médicaments fréquemment. Une fois votre douleur bien contrôlée, vous pourrez envisager de passer à un opiacé à action prolongée, que certaines jugent plus commode. Plusieurs préparations à action prolongée sont disponibles. Les comprimés à action prolongée sont administrés deux fois par jour, et le timbre à action prolongée, qui permet l'absorption de l'analgésique par la peau, dure 3 jours. Vous devrez discuter avec votre médecin pour déterminer si l'une de ces démarches pourrait vous convenir.

Il arrive parfois que des patientes aient besoin de recevoir des opiacés par injection dans la peau plutôt que par la bouche. De plus, il est possible d'utiliser des suppositoires chez certaines patientes. Votre médecin peut vous indiquer quelle est la meilleure solution dans votre situation.

Si je prends des opioïdes, à quels effets secondaires dois-je m'attendre?

Tous les opioïdes peuvent constiper. Il faut toujours prescrire des laxatifs en même temps. Vous devrez prendre les laxatifs prescrits régulièrement pour prévenir la constipation.

Lorsque vous commencez à prendre un opioïde, il se peut que vous ayez des nausées et des vomissements, mais il n'est pas rare que le problème disparaisse complètement en peu de temps. Entre-temps, il y a de nombreux médicaments qui peuvent contrôler ces effets secondaires, comme le dimenhydrinate (Gravol). Ces médicaments sont en vente libre sous plusieurs noms de commerce. D'autres médicaments pour prévenir ou

traiter la nausée sont disponibles sur ordonnance.

La somnolence (fait de se sentir endormie) ou la confusion peuvent poser un problème, surtout chez les patientes âgées. Personne ne doit conduire ou utiliser du matériel qui peut être dangereux pendant 3 à 5 jours après avoir commencé une opiothérapie ou après un changement de posologie. La sensation de somnolence disparaît habituellement avec le temps.

Même si ces effets secondaires sont les plus répandus, les réactions aux opioïdes varient considérablement d'une personne à l'autre. Cela signifie qu'un effet secondaire particulier peut disparaître totalement si vous changez d'opioïde. Par exemple, si vous réagissez mal à la morphine, votre médecin peut essayer d'autres opioïdes comme l'hydromorphone, l'oxycodone ou le fentanyl.

Il faut réévaluer l'efficacité de votre médicament après 24 heures chaque fois que vous changez d'opioïde, de posologie ou de façon de prendre le médicament (par exemple, si vous remplacez des comprimés par des injections).

Il importe de signaler les effets secondaires à votre médecin. Vous ne devez pas interrompre votre opiothérapie à cause des effets secondaires avant d'en avoir parlé avec votre médecin.

Est-ce que je risque de dépendre de la morphine ou de certains autres de ces médicaments?

L'accoutumance réelle («dépendance psychologique») est extrêmement rare lorsque l'on prend des opioïdes contre la douleur causée par le cancer. Beaucoup plus souvent, les personnes qui ne reçoivent pas une médication suffisante peuvent *sembler* accoutumées simplement parce que la douleur constante les oblige à exiger des doses plus fortes ou un médicament plus puissant.

Rarement, la patiente peut acquérir une «tolérance» au médicament. La tolérance rend votre corps graduellement résistant à la médication et il faut augmenter les doses pour obtenir le même soulagement. La crainte de devenir tolérante n'est jamais une bonne raison de s'empêcher de prendre suffisamment d'analgésiques. N'oubliez pas qu'il n'y a pas de dose maximale d'opioïdes, et la bonne quantité est celle qui soulage votre douleur. Si vous devenez tolérante à un analgésique, il suffira de le remplacer par un autre pour soulager votre douleur.

Quiconque prend un opioïde pendant plus que quelques semaines peut développer une «dépendance physique». Cela signifie que votre corps s'habitue au médicament et que vous ressentirez des symptômes de sevrage si vous cessez abruptement de le prendre. Lorsqu'un opioïde n'est plus nécessaire pour lutter contre la douleur parce que sa cause s'est améliorée, il faut cesser de le prendre graduellement, sur 2 ou 3 semaines.

Y a-t-il d'autres médicaments que l'on peut utiliser?

Certains médicaments qui servent principalement pour d'autres problèmes aident aussi à soulager la douleur causée par le cancer. Ces médicaments sont pris en même temps que les analgésiques déjà mentionnés. Les corticostéroïdes, les antidépresseurs tricycliques, les anti-convulsivants, certains anesthésiques locaux et des médicaments qui préviennent la perte osseuse qu'on appelle bisphosphonates sont du nombre.

Lorsqu'il vous prescrit l'un de ces médicaments, votre médecin devrait vous en expliquer les effets secondaires possibles.

Y a-t-il d'autres moyens de m'aider à faire face à la douleur?

Diverses techniques peuvent vous

aider : l'exercice, l'électrostimulation des nerfs, l'acupuncture, les massages, les vibrations et l'application de chaleur ou de froid sur la peau au site de la douleur, notamment. Il faut toutefois utiliser avec prudence des techniques de chauffage en profondeur comme la diathermie et l'échographie, puisqu'elles peuvent favoriser la croissance des cellules cancéreuses. La compressothérapie peut aider à contrôler l'enflure et l'inconfort causés par le lymphoedème.

Il y a aussi de nombreuses thérapies parallèles comme la méditation, la rétroaction biologique, la prière, la visualisation, le yoga, le tai chi, le toucher thérapeutique, le reiki, le toucher de guérison, l'homéopathie et les plantes médicinales. Encore que vous devez savoir qu'il n'y a pas assez de preuves scientifiques pour appuyer le recours à ces méthodes, rien ne prouve non plus qu'elles ne donnent pas de résultats. En fait, beaucoup de patientes signalent qu'elles en tirent d'importants avantages. N'oubliez pas non plus que la douleur comporte toujours une composante psychologique et que la dépression, la fatigue et l'anxiété peuvent l'aggraver. C'est pourquoi vous bénéficiez peut-être grandement de l'appui d'un groupe d'entraide ou de techniques psychologiques comme l'hypnose.

Que faut-il faire si j'ai tout essayé, y compris les médicaments, et que je n'obtiens toujours pas de soulagement satisfaisant?

Des douleurs à ce point récalcitrantes sont très rares. Vous devriez, si c'est possible, consulter un spécialiste de la douleur qui peut utiliser toutes sortes de mesures chirurgicales pour bloquer les nerfs en cause. ♦

Guide 11. Le traitement du lymphœdème relié au cancer du sein

Qu'est-ce qu'un lymphœdème?

Le lymphœdème est l'enflure qui se produit lorsqu'il y a accumulation d'un liquide à forte teneur en protéines appelé «lymphe» dans une partie du corps. Dans le cas du lymphœdème relié au cancer du sein, cette accumulation de liquide se trouve généralement au niveau du bras où elle peut causer de la douleur, des sensations de resserrement et de lourdeur, et des infections cutanées à répétition.

Qu'est-ce qui cause le lymphœdème?

Normalement, la lymphe circule dans les vaisseaux lymphatiques et se déverse par la suite dans la circulation sanguine. Il arrive parfois que cet écoulement lymphatique soit interrompu par des dommages causés aux vaisseaux et aux structures ovales appelées «ganglions lymphatiques» qui se trouvent le long des vaisseaux.

Chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, l'endommagement des voies lymphatiques peut être entraîné par le cancer lui-même, par une infection ou par certains traitements du cancer du sein. Par exemple, le lymphœdème peut se produire suite à l'ablation des ganglions lymphatiques de l'aisselle ou «creux axillaire» (une intervention qu'on appelle l'«évidement axillaire»; voir le guide 4 au sujet de l'ablation des ganglions lymphatiques lors d'une chirurgie du cancer du sein). La radiothérapie de l'aisselle, qui occasionne la formation de cicatrices et interrompt ou ralentit l'écoulement lymphatique, peut également entraîner le lymphœdème.

Dans nombre de cas, le lymphœdème apparaît au cours de la première année qui suit la chirurgie ou la radiothérapie,

mais il peut se présenter à tout moment. Le lymphœdème peut constituer un problème temporaire ou à long terme.

Comment mesure-t-on le lymphœdème?

Si vous ou votre médecin soupçonnez que vous êtes atteinte d'un lymphœdème suite à la chirurgie ou au traitement de radiothérapie, il faudra vous examiner. Votre médecin utilisera peut-être un ruban métrique pour comparer la mesure du tour de chacun de vos bras à différents endroits et du tour de vos poignets et de vos mains. Une différence de 2 cm observée à l'un ou l'autre de ces points de mesure pourrait justifier un traitement. Votre médecin vérifiera également si vous connaissez des sensations de resserrement ou de lourdeur au niveau de vos bras. Cette évaluation permettra à votre médecin d'établir si votre lymphœdème est léger, modéré ou grave (un lymphœdème grave se produit rarement suite à des traitements du cancer du sein). Il existe d'autres méthodes de mesure du lymphœdème, telle la méthode de déplacement de l'eau, mais elles sont utilisées moins souvent.

Mon médecin m'apprend que je suis atteinte d'un lymphœdème. Quels sont mes choix de traitement?

Avant que vous ne commenciez un traitement contre votre lymphœdème, vous voudrez vous assurer que vous n'êtes pas atteinte d'autres problèmes reliés à votre cancer du sein. Votre médecin vérifiera si votre bras présente une infection ou si vous avez des tumeurs à l'aisselle. Il vérifiera également s'il y a des caillots sanguins à votre aisselle (appelés

«thrombose veineuse axillaire»). Une fois que votre médecin aura écarté ces problèmes, vous pourrez amorcer un traitement du lymphœdème.

On vous proposera généralement un traitement qui demande le port d'un vêtement de compression. Il arrive parfois qu'on propose d'autres traitements en plus du port du vêtement de compression, comme l'utilisation d'une pompe pneumatique de compression ou de techniques de massage et de physiothérapie, et dans certains cas, qu'on suggère de remplacer le vêtement de compression par ces traitements. N'oubliez pas toutefois qu'à ce moment-ci, en se fondant sur les preuves scientifiques – des renseignements tirés d'études auxquelles ont participé de grands nombres de femmes – le port d'un vêtement de compression est le seul traitement qu'on puisse recommander.

Vêtements de compression

Un vêtement de compression (qu'on appelle parfois «manche de compression») est une pièce ajustée de tissu élastique qui couvre l'ensemble ou une partie du bras. Il peut également couvrir le poignet ou une partie de l'épaule. En règle générale, les bons vêtements de compression sont faits sur mesure. Il faut les remplacer aux 4 à 6 mois ou lorsqu'ils commencent à perdre leur élasticité. Le vêtement devrait idéalement être ajusté par du personnel qui a reçu la formation nécessaire pour qu'il vous convienne.

Un vêtement de compression fonctionne en exerçant une pression sur votre bras enflé et en empêchant la lymphe de s'accumuler dans une région donnée. Votre médecin peut recommander que vous portiez le vêtement jour et nuit ou que vous le portiez seulement lorsque vous êtes éveillée. Quelles que soient les recommandations de votre médecin, vous ne devez pas oublier que la recherche démontre que l'utilisation

régulière et à long terme de vêtements de compression entraînera une amélioration du lymphœdème.

Pompes pneumatiques de compression

Une pompe pneumatique de compression est un système assorti d'une manche qui peut être gonflée avec de l'air comprimé afin de masser le bras. La pompe pousse la lymphe de la main et du bras vers le corps. Il existe plusieurs pompes disponibles dans le commerce, variant en complexité et en coût. La plupart des pompes utilisées par les thérapeutes, les cliniques et les patientes sont complexes et coûtent plusieurs milliers de dollars.

Malheureusement, aucune étude publiée n'a établi le genre de pompe le plus efficace, la durée de traitement la plus souhaitable ou les meilleurs niveaux de pression. Nous savons cependant que vous ne devez pas recourir à un traitement à l'aide d'une pompe si vous souffrez d'une infection évolutive ou de problèmes liés à des caillots sanguins (aussi appelés «thrombose veineuse profonde»).

Techniques de massage et de physiothérapie

On utilise les techniques de massage et de physiothérapie pour favoriser le drainage du liquide de la région affectée. Le drainage lymphatique manuel est une technique de massage qu'on n'applique qu'à la surface de la peau. Le thérapeute tente d'améliorer le drainage du bras en dégageant les principales voies lymphatiques du corps à partir du cou puis en se déplaçant vers les principales parties du corps. La physiothérapie complexe, qu'on appelle également physiothérapie décongestive complexe, est un traitement qui prévoit le drainage lymphatique manuel, des soins de la peau, des bandages, des programmes d'exercices et le port de vêtements de compression.

Guide 11. Le traitement du lymphœdème relié au cancer du sein

Dans une étude, l'utilisation d'un vêtement de compression associée au drainage lymphatique manuel a été comparée avec la seule utilisation d'un vêtement de compression. On a observé une réduction du volume du bras et une amélioration des symptômes chez les femmes des deux groupes. Néanmoins, le drainage lymphatique manuel n'offrirait pas plus d'avantages que le seul port d'un vêtement de compression.

Autres traitements

Vous entendrez peut-être parler d'autres traitements contre le lymphœdème, tels le traitement laser, l'électrostimulation, la neurostimulation transcutanée (NSTC), la cryothérapie, la thérapie aux micro-ondes, la thérapie thermique, la chirurgie et les pharmacothérapies aux diurétiques ou aux benzopyrones. L'utilité de ces traitements n'a pas encore été déterminée dans les travaux de recherche. Ces traitements devront faire l'objet d'autres études, et ils ne sont pas recommandés pour le moment.

Que dois-je faire si j'éprouve de la douleur?

Si vous ressentez de la douleur, dites-le à votre médecin. Dans la plupart des cas, le contrôle du lymphœdème est la meilleure façon de calmer la douleur. Vous devrez peut-être modifier votre traitement d'une façon ou d'une autre. Si la modification de votre traitement n'aide pas à soulager la douleur, votre médecin pourrait vous prescrire un analgésique (voir le guide 10 sur le traitement de la douleur).

Que puis-je faire pour améliorer mon état?

Vous pouvez participer au traitement de votre lymphœdème et prévenir les complications par plusieurs moyens :

- *Occupez-vous de votre peau.* Évitez les

petites peaux autour de vos ongles, et protégez votre bras des coupures, petites blessures, piqûres d'insectes, griffures d'animaux domestiques et brûlures. Si vous vous blessez au bras, veillez aussitôt à nettoyer et à protéger la plaie. Évitez les contacts avec des substances auxquelles vous êtes allergique ou que vous jugez irritantes pour la peau. Évitez, dans toute la mesure du possible, qu'on pratique sur votre bras affecté le contrôle de votre tension artérielle ou des interventions médicales qui supposent des piqûres (la vaccination, les prises de sang, l'insertion d'une aiguille intraveineuse, l'acupuncture, et la phlébographie ou la lymphangiographie [examens par rayons X au cours desquels il faut pratiquer des injections]).

- *Traitez rapidement les infections cutanées.* En règle générale, les infections cutanées sont streptococciques, ce qui signifie qu'elles sont attribuables à des bactéries appelées «streptococci», et rarement, elles sont staphylococciques, c'est-à-dire qu'elles sont causées par des bactéries appelées «staphylococci». Dans les deux cas, il faut traiter l'infection sans tarder au moyen d'antibiotiques comme la pénicilline. Si vous souffrez d'infections récurrentes, vous voudrez peut-être prendre régulièrement des doses préventives d'antibiotiques, ou encore recevoir à chaque mois des injections de pénicilline. Votre médecin pourrait vous inviter à garder à la maison un approvisionnement d'urgence d'un antibiotique que vous pourrez prendre dès l'apparition des premiers signes d'infection. Si vous voyagez en région éloignée, n'oubliez pas d'emporter avec vous un approvisionnement d'antibiotiques.
- *Faites preuve de prudence lorsque vous utilisez les saunas, bains à vapeur et cuves thermales.* La chaleur peut aggraver votre lymphœdème. Réfléchissez bien avant de vous exposer à des milieux chauds.

Guide 11. Le traitement du lymphœdème relié au cancer du sein

- *Faites preuve de prudence lorsque vous voyagez.* Certaines patientes signalent une aggravation de leur lymphœdème lorsqu'elles visitent des lieux où le climat est chaud. Certaines disent en outre que leur lymphœdème s'aggrave en avion. Si vous avez un vêtement de compression, portez-le pendant les voyages aériens.
- *Exercez vos bras.* Il est possible que les activités physiques demandant un effort à vos bras contribuent à contrôler votre lymphœdème. Bien que certains médecins recommandent d'éviter les activités comme l'aviron, le tennis, le golf, le ski, le squash et le racquetball, les recherches ne présentent pas de données probantes indiquant que ces activités favorisent l'apparition ou l'aggravation d'un lymphœdème. À vrai dire, dans une étude qui portait sur 20 femmes atteintes d'un cancer du sein qui ont participé à la course de canot Dragon, une activité sportive ardue, il a été constaté que l'activité ne favorisait et n'aggravait pas le lymphœdème. Certains spécialistes recommandent que vous portiez un vêtement de compression lorsque vous faites de l'exercice.
- *Maintenez une masse corporelle idéale.* Les kilos en trop peuvent favoriser l'apparition du lymphœdème et réduire l'efficacité des vêtements de compression ou des pompes pneumatiques de compression. ♦

Guide 12. La chimioprévention et le cancer du sein

Ce guide me concerne-t-il?

Ce guide s'adresse aux femmes qui n'ont jamais été atteintes d'un cancer du sein et qui envisagent de prendre un médicament appelé tamoxifène pour prévenir le cancer du sein. Si le risque que vous soyez atteinte d'un cancer du sein vous préoccupe, vous voudrez peut-être poursuivre votre lecture. Notez que ce guide porte sur l'utilisation du tamoxifène pour prévenir le cancer du sein et ne traite pas des autres mesures préventives.

Qu'est-ce que la chimioprévention?

L'expression chimioprévention désigne le recours à des médicaments pour réduire le risque qu'une personne soit atteinte d'un cancer. Vous voudrez peut-être discuter de la chimioprévention avec votre médecin si votre risque de cancer du sein est supérieur à celui des autres femmes de votre âge.

L'œstrogène joue un rôle important dans l'apparition du cancer du sein. Des études ont porté sur les médicaments qui bloquent l'effet de l'œstrogène pour voir s'ils permettaient de prévenir le cancer du sein. Le tamoxifène et le raloxifène sont au nombre de ces médicaments.

Qu'est-ce que le tamoxifène?

Le tamoxifène, en bloquant l'effet de l'œstrogène, peut avoir une incidence sur la croissance des cellules cancéreuses. Le recours au tamoxifène pour prévenir le cancer du sein découle de son utilisation pour traiter les patientes atteintes d'un cancer du sein. Les recherches ont démontré que les femmes présentant un cancer du sein à un stade précoce qui prennent du tamoxifène dans le cadre de

leur traitement contre le cancer du sein courent moins de risques que le cancer du sein réapparaisse. Les études ont aussi révélé que chez les femmes atteintes d'un cancer du sein, l'administration du traitement au tamoxifène réduit le risque d'apparition du cancer dans l'autre sein.

Qu'est-ce que les chercheurs ont appris au sujet du tamoxifène?

Trois études se sont penchées sur l'utilisation du tamoxifène pour prévenir le cancer du sein : l'étude P-1 du National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP), qui s'est déroulée au Canada et aux États-Unis, l'étude italienne sur le traitement préventif au tamoxifène, en Italie, et l'étude du Royal Marsden Hospital, au Royaume-Uni. Ces trois études comparaient des femmes qui prenaient du tamoxifène avec des femmes qui prenaient un médicament inactif qu'on appelle «placebo».

Le groupe des femmes risquant le plus d'être atteintes d'un cancer du sein qui ont reçu du tamoxifène dans le cadre de la plus grande étude (l'étude P-1 du NSABP) a affiché une diminution considérable (d'environ 50 %) des cas de cancer du sein. On n'a toutefois pas observé de réduction auprès des femmes qui ont participé aux deux études de moindre envergure (l'étude italienne et l'étude du Royal Marsden). À l'heure actuelle, nous ignorons si le recours au tamoxifène permettra d'augmenter les chances que certaines femmes vivent plus longtemps.

Les femmes qui prenaient du tamoxifène étaient plus susceptibles de souffrir d'un accident cérébral vasculaire et de caillots sanguins aux poumons ou aux veines des jambes que celles qui ont reçu des placebos. L'étude P-1 du NSABP a

révélé une augmentation des cas de cancer de l'endomètre chez les femmes qui recevaient du tamoxifène.

Quels sont les avantages et les risques liés à l'utilisation du tamoxifène à titre chimio-préventif?

Le tamoxifène peut réduire les probabilités qu'un cancer du sein apparaisse chez les femmes plus à risque. Ce traitement peut également causer des effets secondaires néfastes. Au nombre des effets secondaires entraînés par l'utilisation du tamoxifène, on compte l'accident cérébral vasculaire, la formation de caillots sanguins aux poumons et aux veines des jambes, le cancer de l'endomètre, les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale. De toute évidence, certains de ces effets sont plus graves que d'autres.

En règle générale, la probabilité qu'apparaissent certains des effets secondaires augmente avec l'âge de la patiente. Il est plus probable que les avantages découlant de la protection contre le cancer du sein l'emportent sur les risques chez les femmes âgées de 35 à 50 ans. Les risques d'effets secondaires (surtout l'accident cérébral vasculaire et les caillots sanguins aux poumons) augmentent tandis que les femmes avancent en âge et à un certain moment l'emportent sur les avantages possibles du traitement au tamoxifène.

Que dois-je faire pour m'informer au sujet de mon risque de cancer du sein?

Le «risque» désigne la probabilité qu'une personne en particulier soit atteinte d'une certaine affection à un moment donné. Il n'est pas facile de déterminer le risque. Votre médecin évaluera votre risque de cancer du sein en examinant un certain nombre de facteurs, y compris les suivants :

- Votre âge à l'apparition de vos premières menstruations
- Votre âge à la naissance de votre premier enfant
- Si vous avez subi une biopsie du sein
- Si un cancer du sein est apparu chez l'une de vos proches parentes (mère, sœur ou fille)
- Votre origine ethnique

Qu'est-ce que l'indice Gail d'évaluation du risque?

L'indice Gail d'évaluation du risque est un modèle qui sert à estimer le risque qu'un cancer du sein apparaisse chez une femme en particulier. L'indice repose sur une série de facteurs de risque (l'âge, l'âge aux premières menstruations, l'âge à la première naissance d'un enfant vivant, le nombre de biopsies du sein, les antécédents familiaux et l'origine ethnique) pour calculer un risque «de base». Il s'agit de la probabilité qu'une femme souffre d'un cancer du sein de type envahissant au cours des 5 années suivantes et pendant toute sa vie.

Par exemple, si votre risque de base est établi à 2 % pour le cancer du sein, sur une période de 5 ans, vous courez un risque de 2 % d'avoir un cancer du sein (et il est probable à 98 % que le cancer ne se présente pas). Autrement dit, au cours des 5 années suivantes, sur 100 femmes comme vous, le cancer du sein apparaîtrait chez deux femmes, et ne se manifesterait pas chez les 98 autres. Votre risque individuel est ensuite comparé avec celui des femmes de votre âge dont le risque de cancer du sein est considéré comme moyen. Ainsi, même si votre risque de cancer du sein s'établit à 2 %, les femmes de votre groupe d'âge qui présentent des facteurs de risque moyens peuvent avoir un risque de 1 %.

Si vous vous préoccupez avec votre médecin de la possibilité que vous

- Votre âge

Guide 12. La chimioprévention et le cancer du sein

couriez un risque accru d'avoir un cancer du sein, l'indice d'évaluation du risque peut vous aider à amorcer une réflexion et une discussion au sujet de la chimioprévention (consultez l'outil d'évaluation du risque du National Cancer Institute au <http://brca/nci.nih.gov/brc>).

Doit-on recourir régulièrement à l'indice Gail d'évaluation du risque en vue de prendre des décisions relatives au traitement?

Non. Un médecin de famille ne devrait pas recourir à l'indice Gail pour évaluer le risque de toutes ses patientes. Bien que cet indice a servi à recruter les participantes de l'étude P-1 du NSABP (l'étude qui a démontré l'avantage que pourrait présenter l'administration du tamoxifène pour prévenir le cancer du sein), on n'en a pas encore évalué l'utilisation routinière au bureau de votre médecin. De plus, il faut que vous sachiez que l'élaboration de l'indice Gail reposait sur des renseignements relatifs à un très grand nombre de femmes de race blanche et à un très petit nombre de femmes des populations non blanches. On ne sait donc pas si ce modèle peut servir avec autant d'exactitude à évaluer le risque des femmes de toutes les origines ethniques. Néanmoins, lorsqu'un risque accru de cancer du sein suscite des inquiétudes chez une femme ou chez son médecin, l'indice peut servir à décider s'il est opportun de discuter plus à fond des avantages et des préjudices entraînés par l'utilisation du tamoxifène.

Quels renseignements dois-je recueillir pour prendre une décision au sujet de l'utilisation du tamoxifène pour prévenir le cancer du sein?

En premier lieu, vous devrez en apprendre davantage au sujet de votre risque de cancer du sein pour les 5

prochaines années. L'indice Gail pourrait servir à l'estimation de votre risque par votre médecin et vous ou par un spécialiste d'un centre de conseil. Vous devrez ensuite étudier les données probantes de l'étude P-1 du NSABP à laquelle ont participé des femmes dont le risque de base à 5 ans s'établissait à au moins 1,66 %, selon l'indice Gail. Les résultats de l'étude permettent de penser que l'utilisation du tamoxifène réduira votre risque. Enfin, vous devrez acquérir plus de connaissances à propos des avantages possibles du tamoxifène et des préjudices que peuvent causer les effets secondaires de ce traitement.

Je présente un risque de cancer du sein faible ou normal (risque à 5 ans inférieur à 1,66 %, selon l'indice Gail). Dois-je envisager la chimioprévention?

Non. Les chercheurs et les médecins ne recommandent pas aux femmes dont le risque de cancer du sein est faible ou normal d'entreprendre un traitement chimiopréventif parce que les préjudices possibles l'emportent sur les avantages que le traitement au tamoxifène peut apporter.

Je cours un risque plus élevé d'être atteinte d'un cancer du sein (risque à 5 ans égal ou supérieur à 1,66 %, selon l'indice Gail). Dois-je envisager un traitement chimiopréventif au tamoxifène?

Oui. Vous devrez cependant discuter des effets possibles du tamoxifène avec votre médecin et peut-être même avec un spécialiste d'un centre de conseil. Il vous faudra vous pencher sur la façon dont vous seriez touchée par un cancer du sein par rapport aux effets qu'aurait un accident cérébral vasculaire ou la formation de caillots sanguins aux poumons. Vous

voudrez en outre vous arrêter à des questions de qualité de vie, par exemple, les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale que peut causer le tamoxifène. Vous devrez peser les avantages possibles de la chimioprévention en fonction des problèmes que pourraient causer les effets secondaires du traitement. L'importance que vous accordez aux différentes issues possibles influencera votre choix. Par exemple, il est possible que vous estimiez qu'un accident cérébral vasculaire provoqué par la prise de tamoxifène serait beaucoup plus dramatique qu'un cancer du sein, et que vous décidiez par conséquent de ne pas prendre de tamoxifène. Une autre femme pourrait juger au contraire qu'un cancer du sein serait beaucoup plus grave qu'un accident cérébral vasculaire et décider d'utiliser le tamoxifène. Après avoir discuté à fond de la question avec votre médecin, vous devrez déterminer l'importance que revêtent pour vous les conséquences qui pourraient suivre si vous prenez ou si vous ne prenez pas de tamoxifène. Si vous décidez de prendre du tamoxifène, il est recommandé que vous poursuiviez le traitement pendant 5 ans.

Devrais-je envisager d'entreprendre un traitement chimiopréventif qui fait appel au médicament appelé raloxifène?

Le raloxifène, à l'instar du tamoxifène, peut bloquer l'effet de l'œstrogène et avoir une incidence sur la croissance des cellules cancéreuses. Au départ, l'utilisation de ce médicament a été étudiée chez les femmes atteintes d'ostéoporose — cause fréquente de fragilité des os et de fractures chez les femmes ménopausées. Une étude a indiqué que le raloxifène réduisait le risque d'apparition du cancer du sein. Il est vrai que les recherches sur le raloxifène sont prometteuses, néanmoins, aucune étude conçue précisément en vue d'évaluer l'administration de ce traitement pour prévenir le cancer du sein n'est terminée à ce jour. Une étude qui compare l'utilisation du raloxifène et du tamoxifène pour prévenir le cancer du sein (l'étude STAR du NSABP) est en cours. Les chercheurs espèrent que cette étude permettra de répondre à certaines des nombreuses questions soulevées au sujet des effets du raloxifène. Les données probantes actuellement disponibles ne permettent pas d'appuyer le recours au raloxifène à titre de traitement chimiopréventif du cancer du sein en dehors du contexte d'une étude clinique. ♦

Guide 13. La biopsie du ganglion lymphatique sentinelle

Je suis sur le point d'entreprendre un traitement contre le cancer du sein. À quelles interventions chirurgicales a-t-on recours pour déterminer si le cancer a atteint mes ganglions lymphatiques?

L'«évidement axillaire» est la méthode dont on se sert le plus couramment pour déterminer l'étendue ou le «stade» du cancer du sein. Cette intervention chirurgicale consiste à enlever les ganglions lymphatiques de l'aisselle (qu'on appelle parfois «glandes») et à les examiner (voir le guide 4 au sujet de l'ablation des ganglions lymphatiques lors d'une chirurgie du cancer du sein).

La «biopsie du ganglion lymphatique sentinelle» est une autre méthode de détermination du stade. C'est une nouvelle intervention chirurgicale qui consiste à enlever et à examiner un ou deux ganglions lymphatiques considérés comme les plus importants dans la région où le cancer a été détecté.

Pourquoi doit-on enlever les ganglions lymphatiques?

Les ganglions lymphatiques font partie du système où circule dans le corps le liquide appelé «lymph». Il arrive souvent que des cellules cancéreuses s'accumulent dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle lorsqu'un cancer du sein se propage. C'est pourquoi les médecins peuvent recueillir des renseignements importants sur le stade d'évolution du cancer en enlevant certains des ganglions lymphatiques de l'aisselle pour les analyser au microscope. On déterminera ainsi si les ganglions sont «positifs» (contiennent des cellules cancéreuses) ou «négatifs» (n'en contiennent pas), et ces renseigne-

ments aideront à décider du traitement qu'il conviendrait de vous administrer après la chirurgie (voir le guide 7 et le guide 8). L'ablation des ganglions lymphatiques réduit aussi le risque de réapparition du cancer dans la région de l'aisselle.

Qu'est-ce que la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle?

Au cours d'une biopsie du ganglion lymphatique sentinelle, on injecte dans le tissu mammaire autour de la tumeur ou à l'endroit où la tumeur a été enlevée une substance radioactive, un colorant, ou encore les deux. Tandis que la substance radioactive ou le colorant circulent dans les voies lymphatiques, le chirurgien utilise un dispositif pour repérer le premier ganglion à être touché par la lymphe (le «ganglion lymphatique sentinelle»), qu'il enlèvera ensuite pour qu'un pathologiste l'analyse en laboratoire.

La constatation d'un ganglion lymphatique sentinelle positif (qui contient des cellules cancéreuses) indique que des ganglions avoisinants pourraient être atteints. Si le ganglion lymphatique sentinelle est négatif (il ne contient pas de cellules cancéreuses), on croit que les ganglions avoisinants sont également négatifs. On pense donc que le ganglion lymphatique sentinelle reflète fidèlement l'état de tous les ganglions de l'aisselle.

Quels sont les avantages de la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle?

Si vous subissez une biopsie du ganglion lymphatique sentinelle, vous pourriez éviter certains des effets secondaires de l'évidement axillaire. Les effets secon-

daïres comprennent la diminution de la capacité de mouvement de l'épaule, la douleur, l'engourdissement et le lymphœdème (enflure du bras) (voir le guide 4 et le guide 11).

Quels sont les inconvénients de la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle?

Si on procède à une biopsie du ganglion lymphatique sentinelle, il y a un faible risque, inférieur à 10 % dans la plupart des cas, que même si on ne constate pas de cellules cancéreuses dans le ganglion lymphatique sentinelle, d'autres ganglions lymphatiques de l'aisselle en contiennent. Vous devez savoir que ces cellules cancéreuses, si elles restent ignorées, pourraient avoir une incidence sur le traitement que vous recevez après la chirurgie et sur le risque que le cancer du sein réapparaisse.

Que faudrait-il faire si le ganglion lymphatique sentinelle ne présente pas de cellules cancéreuses?

S'il est constaté que le ganglion lymphatique sentinelle est négatif, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à d'autres interventions chirurgicales pour déterminer le stade du cancer.

Que faudrait-il faire si le ganglion lymphatique sentinelle présente des cellules cancéreuses?

La constatation d'un ganglion lymphatique sentinelle positif indique que d'autres ganglions lymphatiques de l'aisselle pourraient contenir des cellules cancéreuses. Il faudrait donc pratiquer un évidement axillaire.

Quelles sont certaines des questions que vous devriez poser à votre chirurgien au sujet de la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle?

La biopsie du ganglion lymphatique sentinelle est une intervention compliquée qu'on ne parvient à maîtriser qu'avec l'expérience. Cela signifie que les médecins spécialistes qui n'ont pas pratiqué beaucoup de ces biopsies peuvent afficher un taux d'échec élevé, c'est-à-dire qu'ils n'arriveront pas à déceler le ganglion lymphatique sentinelle et à déterminer s'il contient ou non des cellules cancéreuses avec précision et régularité. Vous devriez poser les questions suivantes à votre chirurgien :

- *À quelle fréquence pratiquez-vous des chirurgies du cancer du sein? Un chirurgien qui ne pratique pas de chirurgies du cancer du sein fréquemment devrait s'abstenir d'effectuer la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle.*
- *Combien de biopsies du ganglion lymphatique sentinelle avez-vous pratiquées, et quel est votre taux de réussite pour cette intervention? Les chirurgiens qui proposent de pratiquer cette intervention devraient faire connaître aux patientes le nombre de biopsies qu'ils ont effectuées et le nombre de fois où ils ont correctement détecté le ganglion lymphatique sentinelle. Ils devraient en outre signaler le nombre de fois où ils ont constaté des cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle d'une patiente dont le ganglion lymphatique sentinelle était négatif.*

Lorsque les chirurgiens commencent à pratiquer des biopsies du ganglion lymphatique sentinelle, ils devraient aussi pratiquer chez chacune de leurs patientes un évidement axillaire à l'appui. On a laissé entendre qu'un chirurgien devrait

Guide 13. La biopsie du ganglion lymphatique sentinelle

compter au moins 30 biopsies du ganglion lymphatique sentinelle suivies d'un évidement axillaire avant de pouvoir effectuer des biopsies du ganglion lymphatique sentinelle sans évidement axillaire. Le chirurgien devrait avoir repéré le ganglion lymphatique sentinelle dans au moins 85 % de ces 30 cas et il ne devrait pas avoir trouvé de cellules cancéreuses dans les ganglions de l'aisselle de plus de 5 % des patientes dont le ganglion lymphatique sentinelle était négatif.

Dans quels cas faudrait-il s'abstenir de procéder à la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle?

Si par le passé vous avez subi une chirurgie mammaire ou une radiothérapie du sein, vous ne devriez pas subir de biopsie du ganglion lymphatique sentinelle. En outre, il ne faudrait pas faire la biopsie si vous avez des «ganglions palpables à l'examen clinique» (des ganglions lymphatiques que votre médecin peut percevoir au toucher), un «cancer

du sein localement avancé» (la présence dans le sein d'un cancer très important), des tumeurs à plus d'un endroit dans le sein, ou encore si vous avez déjà subi une chirurgie de réduction mammaire.

Devrais-je subir une biopsie du ganglion lymphatique sentinelle plutôt qu'un évidement axillaire?

Vous devrez en discuter avec votre médecin et avec les autres médecins spécialistes qui prennent part aux soins que vous recevez. L'évidement axillaire demeure le traitement le plus généralement accepté pour la détermination chirurgicale du stade d'un cancer du sein. Votre médecin et vous devrez discuter de ce qui est connu et encore inconnu au sujet de la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle avant que vous ne preniez de décision quant à l'intervention qui vous convient le mieux. Vous pourriez choisir de participer à une étude de recherche clinique sur la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle ♦

Où puis-je trouver du soutien?

On sait depuis longtemps que les patientes qui ont un bon réseau d'entraide sociale et affective se sentent mieux. Il semble maintenant que ce type de soutien peut non seulement aider à contrôler des problèmes comme la douleur, les nausées et la dépression, mais peut même prolonger la vie à long terme après un cancer du sein.

Un bon traitement contre le cancer comporte un bon soutien. Ce soutien peut prendre de nombreuses formes : consultations régulières d'un professionnel de la santé, contacts avec d'autres survivantes du cancer du sein ou simplement le fait d'en parler avec un membre

de sa parenté ou une bonne amie. Tous ces moyens peuvent faire une grande différence.

Demandez à votre médecin s'il y a des groupes d'entraide et d'intervention pour les femmes atteintes du cancer du sein dans votre région. Les membres de ces groupes savent ce que vous vivez et peuvent vous aider mieux que personne. Vous pouvez aussi appeler votre section locale de la Société canadienne du cancer ou le Service d'information sur le cancer, en composant le numéro sans frais 888 939-3333. Le service de counselling familial ou de travail social de votre centre régional d'oncologie vous aidera aussi à trouver des groupes d'entraide. ♦

ÉTUDES CLINIQUES

Qu'est-ce qu'une étude clinique? Mon médecin m'a dit que je pourrais participer à une de ces études.

Une étude clinique, c'est une étude de recherche conçue avec soin qui consiste habituellement à comparer un traitement du cancer à un autre. Il se pourrait que vous soyez invitée à participer à une telle étude.

La décision vous appartient entièrement. À peu près tout ce que nous savons déjà au sujet du traitement du cancer du sein provient d'études cliniques antérieures. Beaucoup de questions

sur le traitement du cancer du sein restent toutefois sans réponse. Comme il y a encore tellement à apprendre, il est urgent d'entreprendre d'autres études afin de planifier les meilleurs soins pour l'avenir. Si vous voulez ainsi participer à l'amélioration des connaissances, demandez à votre médecin s'il y a des études cliniques auxquelles vous pourriez participer. ♦

Où trouver d'autres renseignements?

Il y a plusieurs endroits qui peuvent vous aider à obtenir l'information et l'aide dont vous avez besoin. Par exemple, vous pouvez appeler le Service d'information sur le cancer en composant le numéro national 888 939-3333. Il n'y a pas de frais d'interurbain.

Beaucoup de publications récentes peuvent vous aider à en apprendre davantage au sujet de votre traitement et de la façon de faire face au cancer du sein. Voici certaines des meilleures publications :

Vous et le cancer du sein par T.A. Al-Tweigeri, R. Clark, C. Harkness, R. Hasselback, J. Gorski, H. Hatton et autres. Publié dans *Current Oncology* 1996;S1-S32. Disponible sans frais au Service d'information sur le cancer (téléphone 888 939-3333) ou au Fonds national du cancer du sein (téléphone 416 544-8487). Une version anglaise est disponible sous le titre *Breast Cancer and You*.

The Complete Breast Book par J. Engel. Publié par Key Porter Books, Toronto. 1996 [ISBN 1-55013-643-7, 235 pages, reliure souple].

Dr. Susan Love's Breast Book par S.M. Love et K. Lindsay. 2^e édition. Publié par Addison-Wesley Publishing, Reading (Mass.). 1995 [ISBN 0-202-40835-X, 627 pages].

Everyone's Guide to Cancer Therapy: How Cancer is Diagnosed, Treated, and Managed Day to Day par M. Dollinger, E.H. Rosenbaum et G. Cable. 2^e édition révisée. Adapté par l'Association médicale canadienne. Publié par Somerville House Books Ltd., Toronto. 1995 [ISBN 1-895897-40-8. 706 pages, reliure souple].

Faits sur le cancer du sein. Société cana-

dienne du cancer, juillet 2000. Disponible auprès du Service d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer au 1-888-939-3333 (sans frais d'interurbain). [Dépliant de 20 pages, No 221266]. Une version anglaise est disponible sous le titre *Facts on Breast Cancer #211962*.

Guide du traitement de la douleur chez le patient cancéreux. 1995. Publié par le Conseil consultatif de pharmacologie, Gouvernement du Québec. Bibliothèque nationale du Québec.

Intelligent Patient Guide to Breast Cancer par I. Olivotto, K. Gelmon et U. Kusk. Publié par Intelligent Patient Guide Ltd., 517-750 West Broadway, Vancouver (C.-B.) V5Z 1H4, 1995 [ISBN 0-9696125-1-6. 280 pages].

Soulager la douleur — Guide destiné aux personnes souffrant du cancer et à leurs familles. Société canadienne du cancer et Santé Canada. 3^e édition révisée. 1997. Disponible à la section locale de la Société canadienne du cancer ou le Service d'information sur le Cancer 888 939-3333. [Brochure, 25 pages, code de la Société canadienne du cancer no 311-578]. Une version anglaise est disponible sous le titre *Pain Relief: Information for People with Cancer and their Families*.

Ce que vous devez savoir sur le cancer du sein. Publié par The Burlington Breast Cancer Support Services Working Group, en collaboration avec le Réseau d'échange d'information de l'Ontario sur le cancer du sein et Avon. 1996. Disponible auprès d'Avon (téléphone 800 265-2866). Une version anglaise est disponible sous le titre *What you Need to Know About Breast Cancer*.♦

Le Comité directeur des guides de pratique clinique pour la prise en charge et le traitement du cancer du sein

MEMBRES

NOMMÉS PAR

D ^r Mark Levine (président)	Santé Canada
D ^{re} Penny Barnes	Santé Canada
D ^{re} Johanne Blais	Collège des médecins de famille du Canada
D ^r David M. Bowman	Manitoba Cancer Treatment and Research Foundation
D ^{re} Judy Caines	Comité consultatif fédéral–provincial–territorial sur les services de santé
D ^r Jacques Cantin	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
D ^{re} Beverley Carter	Santé Canada
M ^{me} Chris Emery	Association des infirmières et infirmiers du Canada
D ^{re} Eva Grunfeld	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
D ^{re} Maria R. Hugi	Réseau canadien du cancer du sein
D ^r Alan W. Lees	Alberta Cancer Board
M ^{me} Sabina Mallard	Réseau canadien du cancer du sein
D ^r Mohamed Mohamed	Saskatchewan Cancer Foundation
D ^r Ivo A. Olivotto	British Columbia Cancer Agency
D ^r L. Reyno	Cancer Treatment and Research Foundation of Nova Scotia
D ^{re} Carole Sawka	Action Cancer Ontario
D ^r Hugh Scarth	Atlantic Health Sciences Corporation
D ^r S. Kishore Thain	Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation
D ^r Tim Whelan	Action Cancer Ontario
M ^{me} Jill Rafuse	Association médicale canadienne