

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 15 juin 2023
Par Mme Claire Lesecq**

Titre

« Prothèses mammaires externes : Suivi à l'officine de la femme atteinte
d'un cancer du sein »

Membres du jury :

Président : Madame Anne Muhr-Tailleux, Professeur de Biochimie à la faculté de Pharmacie – UFR3S – Université de Lille.

Directeur, conseiller de thèse : Madame Julie Dumont, Maître de conférences en Biologie cellulaire et génétique moléculaire à la faculté de Pharmacie – UFR3S – Université de Lille.

Assesseur(s) :

Madame Annie Standaert, Maître de conférences en Parasitologie et biologie animale, à la faculté de Pharmacie – UFR3S – Université de Lille.

Madame Véronique Brunet, Pharmacien d'officine à Saint Martin Boulogne

Faculté de Pharmacie de Lille
3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

Université de Lille

Président
 Premier Vice-président
 Vice-présidente Formation
 Vice-président Recherche
 Vice-présidente Réseaux internationaux et européens
 Vice-président Ressources humaines
 Directrice Générale des Services

Régis BORDET
 Etienne PEYRAT
 Christel BEAUCOURT
 Olivier COLOT
 Kathleen O'CONNOR
 Jérôme FONCEL
 Marie-Dominique SAVINA

UFR3S

Doyen
 Premier Vice-Doyen
 Vice-Doyen Recherche
 Vice-Doyen Finances et Patrimoine
 Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
 Vice-Doyen RH, SI et Qualité
 Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
 Vice-Doyen Territoires-Partenariats
 Vice-Doyenne Vie de Campus
 Vice-Doyen International et Communication
 Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
 Guillaume PENEL
 Éric BOULANGER
 Damien CUNY
 Sébastien D'HARANCY
 Hervé HUBERT
 Caroline LANIER
 Thomas MORGENROTH
 Claire PINÇON
 Vincent SOBANSKI
 Dorian QUINZAIN

Faculté de Pharmacie

Doyen
 Premier Assesseur et Assesseur en charge des études
 Assesseur aux Ressources et Personnels
 Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
 Assesseur à la Vie de la Faculté
 Responsable des Services
 Représentant étudiant

Delphine ALLORGE
 Benjamin BERTIN
 Stéphanie DELBAERE
 Anne GARAT
 Emmanuelle LIPKA
 Cyrille PORTA
 Honoré GUISE

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81

M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques	87
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques	87
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27

M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BLONDIAUX	Nicolas	Bactériologie - Virologie	82
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80

Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82
-----	------	-----------------	---------------------------	----

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique	85
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	85
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie	87
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27

Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie	87
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86

Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques	85

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	GEORGE	Fanny	Bactériologie - Virologie / Immunologie	87
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	RUEZ	Richard	Hématologie	87
M.	SAIED	Tarak	Biophysique - RMN	85
M.	SIEROCKI	Pierre	Chimie bioinorganique	85

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière

UFR3S - Faculté de Pharmacie de Lille

3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille

03 20 96 40 40

<https://pharmacie.univ-lille.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux
opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont
propres à leurs auteurs.**

Remerciements

A Madame Dumont, merci d'avoir accepté de m'encadrer lors de la rédaction de ma thèse. Merci pour vos conseils.

A Madame Muhr-Tailleux, merci d'avoir accepté de présider mon jury.

A Madame Standaert, merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury.

A Véronique, merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Merci de m'avoir si bien accueillie à la pharmacie. Bien plus qu'un remplacement, je suis ravie de vous avoir rencontré Manu et toi.

A Germain, merci d'être la personne que tu es. Tu es toujours présent à mes côtés avec ton soutien et ton éternel optimisme. La vie avec toi est tellement belle, je t'aime de tout mon cœur.

A Charles, mon petit frère, ma petite biche, merci d'être toujours là. Merci pour tes conseils, ta présence quotidienne et soutien sans faille. Tu es ma petite personne préférée.

A Maman et Papa, merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Merci d'avoir rendu mes rêves immenses. Merci Maman d'avoir accepté mon idée folle de changer de voie, je te prouve aujourd'hui que tu as eu raison.

A Sophie, Franck, Charlotte et Baptiste merci de m'avoir accueilli dans la famille.

A Marie et Germain, merci les copains pour ses 6 années (maintenant 8) de rires, de soirées, de cocktails et de resto.

A la Pharmacie Saint Martin, merci à tous mes collègues de m'avoir encouragé à passer cette thèse durant ces trois années. Merci à Bénédicte et Vincent pour votre patience et merci pour toutes les connaissances que vous me transmettez tous les jours.

A la Pharmacie Leuridan, merci de m'avoir accueilli pour mon stage, merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Sommaire

Table des matières

Remerciements	13
Liste des abréviations	18
Liste des figures	19
Liste des tableaux	21
Introduction	23
Partie I : Généralités sur le cancer du sein	25
I. Le sein et la glande mammaire	25
1. L'anatomie du sein.....	25
2. Vascolarisation et système lymphatique	27
3. Innervation	28
II. Les facteurs de risque	28
1. L'âge et le sexe.....	28
2. Les facteurs génétiques	28
3. Origines ethniques.....	28
4. Facteurs hormonaux.....	29
a. Facteurs endogènes	29
i. Menstruation et ménopause	29
ii. Grossesses et multiparité	29
iii. Allaitement.....	29
b. Facteurs exogènes	29
i. Contraception orale	29
ii. Traitement hormonal substitutif.....	30
5. Facteurs hygiéno-diététiques	30
a. Alcool	30
b. Tabac.....	31
c. Surpoids et obésité	31
d. Alimentation et activité physique	32
e. L'exposition à la lumière artificielle	32
III. Prévention et démarche diagnostique du cancer du sein	32
1. Prévenir le cancer du sein.....	32
a. Autopalpation	32
b. Les mesures hygiéno-diététiques	34
c. Traitement préventif : Prise de médicaments anti-estrogènes.	35
d. Mastectomie préventive	35
2. Dépistage	35
a. Le dépistage organisé et prévention.....	35
b. Modalités du dépistage organisé	36
3. Diagnostic	37
a. Examens cliniques.....	37
b. Examens paracliniques ou complémentaires.....	37
i. La mammographie	37
ii. L'échographie.....	38
iii. Scanner et mise en place du bilan d'extension	39
Partie II : Accompagnement de la femme au cours de son traitement	41

I.	Conseils pour soulager les effets indésirables.....	41
1.	Les troubles digestifs	41
a.	Nausées et vomissements induits par la chimiothérapie	41
b.	Diarrhées.....	43
i.	Définition.....	43
ii.	Conseils associés et traitements	43
i.	Décéler une dénutrition à l'officine et conseiller	44
c.	Constipation.....	45
i.	Définition.....	45
ii.	Conseils associés et traitements	45
2.	L'asthénie.....	46
3.	Radiodermite	47
a.	Qu'est-ce que la radiodermite ?	47
b.	Les règles hygiéno-diététiques	48
c.	Les traitements médicaux.....	49
i.	La trolamine - Biafine®	49
ii.	Le calendula officinalis	49
iii.	Les dermocorticoïdes	49
iv.	Les pansements hydro colloïdes	49
v.	Les topiques asséchants.....	50
vi.	Autres produits disponibles en officine.....	50
4.	Toxicité dermatologique.....	50
a.	Toxicité cutanée	50
i.	Érythème toxique à la chimiothérapie.....	50
ii.	Rash acnéiforme.....	50
iii.	Syndrome main pied	51
iv.	PATEO.....	54
v.	Xéroses et fissures cutanées	55
b.	Toxicité des muqueuses ou mucites	57
i.	Définition de la mucite.....	57
ii.	Traitements de la mucite	58
iii.	Prévention de la mucite	58
c.	Les troubles unguéaux	59
i.	Types de troubles unguéaux	59
ii.	Conseils pour prévenir et traiter ces troubles.....	59
d.	Troubles capillaires et alopecie.....	60
i.	L'alopecie et les traitements anticancéreux.....	60
ii.	La prise en charge de l'alopecie et les soins de la patiente.....	61
5.	Accompagnement à la chirurgie post opératoire : La cicatrice	62
6.	Le lymphœdème.....	63
a.	Qu'est-ce que le lymphœdème ?.....	63
b.	Prise en charge du lymphœdème.....	65
c.	Conseils préventifs du pharmacien	68
7.	Bouffées de chaleur	69
II.	Féminité et cancer du sein	70
1.	Les dermocosmétiques.....	70
2.	Les prothèses capillaires.....	72
3.	Soins de support	74
4.	Entretien pharmaceutique.....	75
PARTIE III : Les prothèses mammaires externes		77
I.	La réglementation des prothèses mammaires externes.....	77
1.	Qu'est qu'une PME ?	77
2.	Indication et prescription	77
3.	Remboursement et renouvellement	79

II. Les différentes prothèses mammaires externes	79
1. Les différents types de PME	79
a. Les prothèses mammaires externes transitoires	79
b. Les prothèses mammaires externes standards.....	80
c. Les prothèses mammaires externes techniques.....	82
d. Les compléments mammaires	87
III. La délivrance des prothèses mammaires externes et conseils à l'officine	87
1. L'aménagement de l'espace de confidentialité.....	87
2. L'entretien avec la patiente	88
3. La prise de mesures	89
4. Le choix de la prothèse	90
a. Le galbe	90
b. La forme	90
c. La taille	91
5. Choisir les coloris et le mamelon	92
6. Choisir une lingerie adaptée	93
7. Application de la prothèse	94
8. L'entretien des PME.....	94
Conclusion.....	95

Liste des abréviations

IGF Insulin like Growth Factor

IMC Indice de Masse Corporelle

TNF Tumor Necrosis Factor

CRCDC Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

ACR American College of Radiology

INCa Institut National du Cancer

NVIC Nausées et Vomissements Induits par la Chimiothérapie

NCI National Cancer Institute

AMM Autorisation de Mise sur le Marchée

CNO Compléments Nutritionnels Oraux

RHD Règles Hygiéno-Diététiques

IMC Indice de Masse Corporelle

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PME Prothèse Mammaire Externe

Liste des figures

Figure 1 : Anatomie de la glande mammaire

Figure 2 : Schéma des ganglions lymphatiques du sein

Figure 3 : Nombre de cas de cancers du sein chez les femmes attribuables à la consommation d'alcool en France en 2005.

Figure 4 : Nombre de cas de cancer du sein attribuables au surpoids et à l'obésité.

Figure 5 : Observation des seins et du mamelon

Figure 6 : Fiche pour réaliser une autopalpation des seins

Figure 7 : Taux de participation départementaux en 2020-2021

Figure 8 : Échographie mammaire présentant une masse hypo-échogène.

Figure 9 : Radiodermites du grade 1 (image 1) au grade 4 (image 4)

Figure 10 : Exemples d'éruptions de type acnéiforme

Figure 11 : SMP de grade 1

Figure 12 : SMP de grade 2

Figure 13 : SMP de grade 3

Figure 14 : PATEO avec érythème et desquamation après traitement par docetaxel de loge hypothénar et de la face dorsale de la main

Figure 15 : Érythème violacé de la face dorsale des mains caractéristique du syndrome PATEO

Figure 16 : Érythème violacé du talon d'Achille caractéristique du syndrome PATEO

Figure 17 : Illustration d'une sécheresse cutanée, début de xérose

Figure 18 : Classification des mucites selon l'OMS tiré d'omedit

Figure 19 : Lymphœdème du membre supérieur

Figure 20 : Bandage du membre supérieur : Capitonage de mousse et application d'une bande peu élastique de type Somos®

Figure 21 : Manchon Mobiderm® de chez Thuasne®

Figure 22 : Manchon de compression avec mitaine pour lymphœdème du membre supérieur

Figure 23 : Drainage lymphatique du membre supérieur par un kinésithérapeute

Figure 24 : Exemple de mise en place de conseils pour aider les patientes à se maquiller

Figure 25 : Redessiner la ligne des sourcils sur une patiente.

Figure 26 : Exemple d'un formulaire de prescription d'une PME

Figure 27 : Prothèse Priform premium et Priform standart Amoena®

Figure 28 : Prothèse Silima® Fiberfill et Fiberfill ovale Thuasne®

Figure 29 : Prothèse Essential Amoena®

Figure 30 : Prothèse Silima Shell post-tumorectomie Thuasne®

Figure 31 : Prothèse Serena Thuasne®

Figure 32 : Prothèse Contact Amoena®

Figure 33 : Prothèse Silima® Shell direct one adhésive Thuasne®

Figure 34 : Prothèse Silima Elite Thuasne®

Figure 35 : Prothèse Energy Amoena®

Figure 36 : Prothèse Silima Ultra light Thuasne®

Figure 37 : Prothèse Natura Amoena®

Figure 38 : Prothèse Silima soft & light asymétrique Thuasne®

Figure 39 : Prothèse Silima soft & light cœur Thuasne®
Figure 40 : Prothèse Adapt air Amoena®
Figure 41 : Compléments mammaires de la forme delta à la forme delta à ellipse
Figure 42 : Exemple d'espace de confidentialité
Figure 43 : Illustration de la prise de mesure chez Amoena®
Figure 44 : Choix du galbe du sein
Figure 45 : Choix de la forme du sein
Figure 46 : Exemple pour le choix d'une PME
Figure 47 : Choix du coloris de la PME : Foncé ou clair
Figure 48 : Choix du coloris du mamelon : Foncé ou clair
Figure 49 : PME avec application du mamelon
Figure 50 : Fonction de la lingerie post-mastectomie
Figure 51 : Exemple de l'application d'une PME

Liste des tableaux

Tableau 1 : Potentiel émétisant des chimiothérapies et des thérapies ciblées

Tableau 2 : Aliments et boissons à consommer durant un épisode de diarrhée

Tableau 3 : Liste des aliments à conseiller en cas de constipation

Tableau 4 : Cotation des radiodermites selon la NCI

Tableau 5 : Classification des grades du syndrome mains-pieds selon l'échelle d'évaluation du NCI-CTC et du National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)

Tableau 6 : Remboursement des prothèses capillaires par l'Assurance Maladie et tarifs maximum fixé

Tableau 7 : Tableau de conversion des mesures prises

Tableau 8 : Tableau de conversion des mesures vers la taille de la prothèse

Introduction

Le cancer du sein est depuis plusieurs années et reste aujourd'hui le cancer le plus fréquent chez la femme. En 2018, 58 459 nouveaux cas ont été recensés en France dont 12 146 ont mené à un décès, ce qui en fait également le cancer le plus meurtrier chez la femme.[1] Malheureusement, l'incidence de ce fléau n'a fait qu'augmenter. En effet, en 1990, le nombre annuel de nouveaux cas était de 29 970 contre 58 459 aujourd'hui. Malgré l'augmentation du nombre de cas, la mortalité diminue, le nombre de décès a baissé d'environ 1,6% par an entre 2010 et 2018. [1]

Le cancer est devenu un enjeu majeur de santé publique comme on a pu le voir à travers la mise en place du plan cancer entre 2014 et 2019. Le cancer du sein bénéficie d'une médiatisation encore plus forte au travers de la campagne « octobre rose » qui se déroule du 1er octobre au 31 octobre. Le but de cette campagne est notamment de sensibiliser au dépistage, qui a longtemps été tabou. Le dépistage précoce est en partie à l'origine de la baisse de la mortalité mais il n'est pourtant pas systématique chez les femmes de plus de 50 ans. En 2020, le nombre de dépistage a reculé, seules 42,8 % des femmes concernées y ont participé. A travers ce chiffre, on se rend compte que de nombreux cancers du sein pourraient être encore mieux soignés si seulement ils étaient diagnostiqués tôt. Le pharmacien, acteur de santé de proximité, peut avoir un rôle à jouer dès cette étape en incitant les femmes à se faire suivre tous les deux ans. De plus, le pharmacien est de plus en plus confronté au cancer et doit savoir conseiller la patiente, souvent perdue, à la sortie de l'hôpital. L'apparition des chimiothérapies par voie orale disponible en officine de ville sont une réelle avancée pour les patientes. La qualité de vie des patientes est améliorée car ces traitements présentent moins d'effets indésirables mais la dispensation et le renouvellement de ces traitements nécessitent un accompagnement précis et adéquat. Les pharmaciens doivent s'adapter à cette demande et créer des espaces de confidentialité adaptés afin d'accompagner les patientes de A à Z durant leur cancer. En 2020, les pharmaciens se sont vu attribuer une nouvelle mission, les entretiens pharmaceutiques en oncologie avec une rémunération propre.

Les patientes atteintes ne savent souvent pas à quoi elles ont droit et ce qui peut améliorer leur quotidien, c'est pourquoi de nombreuses pharmacies développent leur activité autour des soins de support tels que les prothèses mammaires externes ou encore les produits cosmétiques. Un grand nombre de femmes atteintes doivent avoir recours à une mastectomie partielle ou totale, opération souvent dégradante pour la perception qu'on a de soi-même. Les prothèses mammaires externes peuvent être utilisées seulement 2 mois après l'opération, ce qui est une bonne alternative à la reconstruction mammaire qui pourra être faite secondairement.

Partie I : Généralités sur le cancer du sein

I. Le sein et la glande mammaire

1. L'anatomie du sein

Les seins ne font pas partie de l'appareil reproducteur de la femme, ils n'apparaissent que secondairement à la puberté entre 8 et 15 ans. C'est le seul organe destiné à la survie de l'espèce et non à la survie de l'individu. Sa fonction principale est l'allaitement du nourrisson.

Les seins sont constitués de tissu conjonctif, de glande, de canaux et de graisse. (Figure 1)
Les seins sont situés sur la paroi antérolatérale du thorax en regard de la 3^{ème} et la 7^{ème} côte. Ils sont en avant des muscles pectoraux, de part et d'autre du sternum. Le sein est de forme semi-ovoïde.

Le sein est structuré en lobes puis en lobules qui produisent le lait. Les lobules sont des ensembles de glandes, ils sont au nombre de 15 à 25 selon les femmes.

L'aréole mammaire se situe en regard du 4^{ème} espace intercostal. Sa coloration est plus foncée, rose à brunâtre, mais reste du revêtement cutané. Ce dernier a un aspect grumeleux car contient de nombreuses glandes dont la fonction est la protection et l'hydratation des mamelons. Le mamelon est la zone centrale de la glande mammaire et se situe au centre de l'aréole. Cette zone est dépourvue de glande et de poils. Les deux mamelons sont généralement distants de 20 cm. C'est depuis les pores mamelonnaires que s'écoule le lait sécrété par la glande mammaire à travers 15 à 20 conduits lactifères (anciennement appelés canaux galactophores).

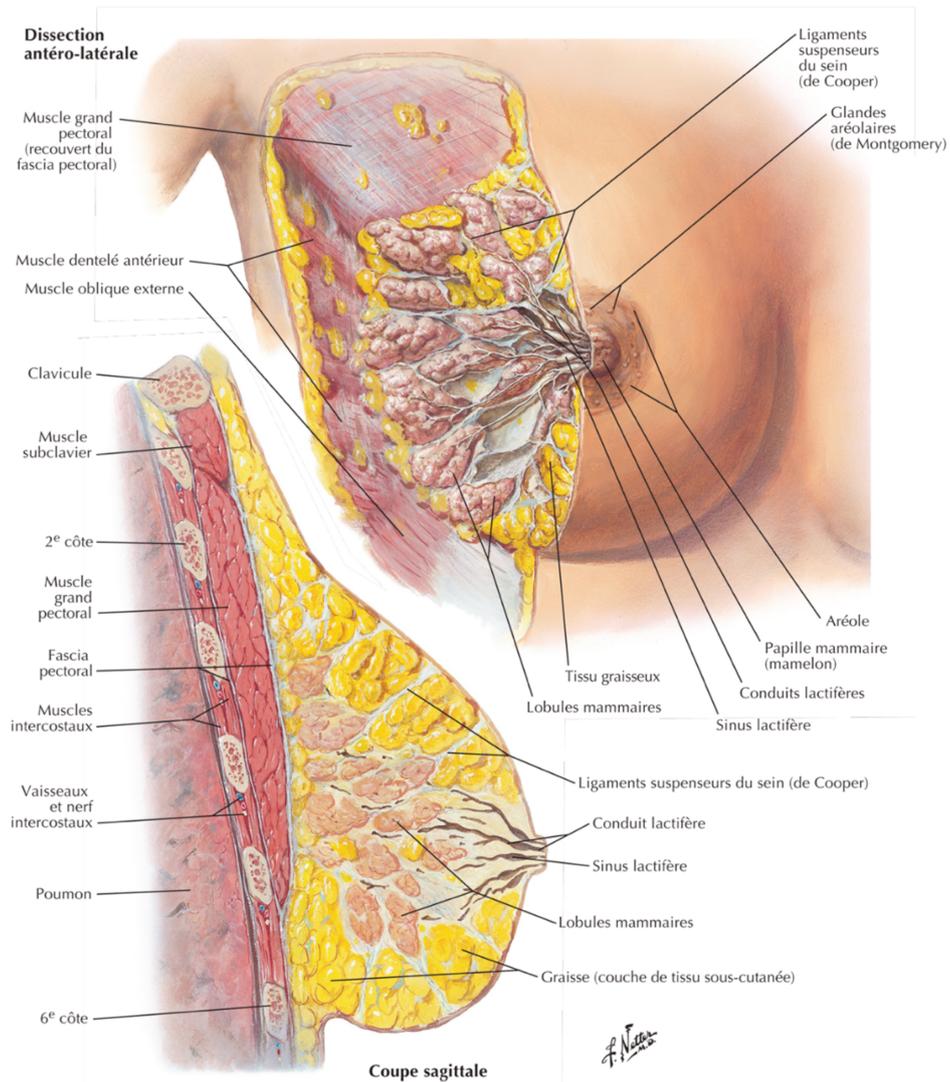


Figure 1 : Anatomie de la glande mammaire [2]

Les seins sont souvent asymétriques. Leur poids varie au cours de la vie des femmes, 200 g à la puberté, 500 g chez la femme enceinte et allaitante et pouvant atteindre 900 g.

La surface du sein est divisée en 4 cadrans, ce qui facilite la description des tumeurs :

- Supéro-latéral
- Supéro-médial
- Inféro-latéral
- Inféro-médial

2. Vascularisation et système lymphatique

Le sein comporte un grand nombre de vaisseaux sanguins et lymphatiques.

La vascularisation artérielle de chacun des cadrans du sein est différente. Elle est sous la dépendance des vaisseaux axillaires et des vaisseaux thoraciques internes pour la partie latérale et médiales respectivement. Les artères mammaires postérieures et inférieures sont quant à elles responsables de la vascularisation de la partie postérieure et de la partie inférieure.

L'innervation veineuse est satellite de l'innervation artérielle. Le système veineux profond se draine vers la veine thoracique interne, la veine axillaire et la veine intercostale. Le système veineux superficiel se draine quant à lui dans la veine jugulaire externe au niveau du cou, vers la veine céphalique et vers les veines sous cutanées abdominales. Ce dernier forme un cercle qui est visible lors de la grossesse.

La glande mammaire est riche en vaisseaux lymphatiques. Ils sont chargés de transporter la lymphe jusqu'aux ganglions lymphatiques. Ces derniers se situent tout autour du sein. Le rôle du système lymphatique est notamment de combattre les infections. Le développement d'une tumeur de la glande mammaire s'accompagne d'une adénopathie des canalicules lymphatiques superficiels.

Le réseau lymphatique du sein est drainé vers (Figure 2) :

- Les vaisseaux axillaires et donc vers les ganglions axillaires (75% de la glande mammaire)
- Un ganglion sus-claviculaire
- Les ganglions mammaires (para-sternaux)

Ce drainage explique que lors de nombreux cancers du sein, un curage axillaire devra être réalisé afin de réaliser une exérèse complète du cancer.

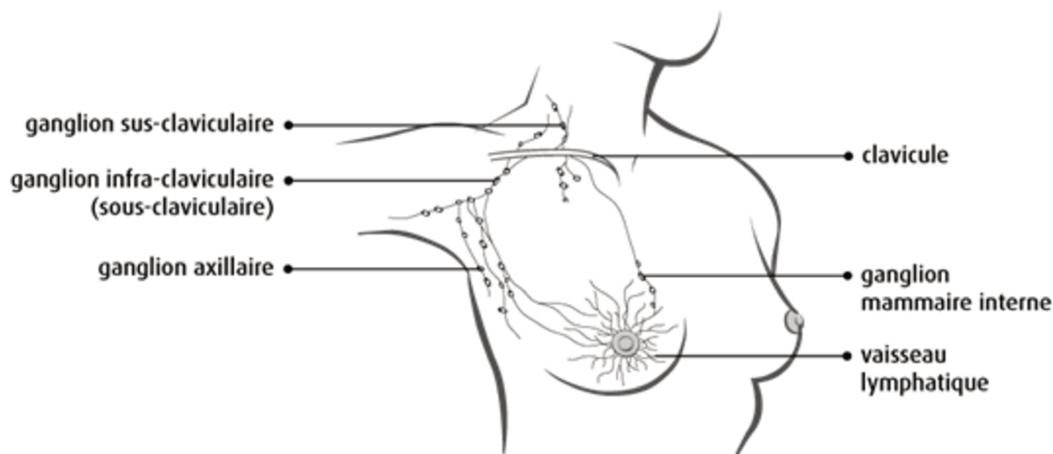


Figure 2 : Schéma des ganglions lymphatiques du sein [3]

3. Innervation

L'innervation somatique du sein est assurée par des rameaux perforants issus des nerfs intercostaux 3 à 6.

L'innervation végétative est assurée par des branches qui longent l'artère thoracique et l'artère axillaire.

II. Les facteurs de risque du cancer du sein

1. L'âge et le sexe

Le sexe féminin est un des plus important facteur de risque de développer un cancer du sein. En effet, moins de 1% des cancers du sein atteignent des hommes. L'imprégnation hormonale en œstrogène et en progestérone présente chez la femme est à l'origine de ce risque très élevé. [4]

Le risque de développer un cancer du sein est plus élevé au fur et à mesure que l'âge augmente. Aujourd'hui, environ 80% des patientes atteintes d'un cancer du sein ont plus de 50 ans. [4], [5]

Les cancers du sein restent rares avant l'âge de 40 ans. Seules 3000 femmes sur les 58 459 femmes touchées chaque année ont moins de 40 ans. Il ne faut cependant pas négliger les cancers chez les femmes jeunes car des études ont montré qu'ils sont souvent plus graves et avec un moins bon pronostic. [6], [7]

2. Les facteurs génétiques

Le risque d'être atteinte d'un cancer du sein est toujours plus élevé lorsqu'il existe des cas familiaux, peu importe l'âge de découverte. 13 à 19% des patientes diagnostiquées indiquent avoir au moins un cas dans leur entourage au premier degré. [4]

De nombreuses mutations ont été découvertes et sont associées à une augmentation du risque de développer un cancer du sein. Parmi ces mutations, deux gènes, BRCA1 et BRCA2, sont à haute pénétrance. D'autres gènes comme TP53, CDH1, PTEN, STK11 ont été également mis en évidence et sont également à haute pénétrance. [4]

3. Origines ethniques

Selon les origines ethniques, des disparités sont observées mais nous ne savons pas encore les expliquer. L'incidence semble plus élevée chez les femmes blanches non hispaniques et la mortalité plus importante chez les femmes noires. [4]

4. Facteurs hormonaux

a. Facteurs endogènes

i. Menstruation et ménopause

L'âge d'apparition des premières menstruations (avant douze ans) augmente le risque de développer un cancer du sein car la jeune femme serait alors sous imprégnation hormonale aux œstrogènes plus tôt. [8]

La ménopause tardive, au-delà de 50 ans, est également un facteur de risque. Le risque augmente de 3% par année d'élévation de l'âge de la ménopause.

ii. Grossesses et multiparité

L'âge lors de la première grossesse et la multiparité jouent un rôle dans l'apparition du cancer. En effet, les femmes ayant mené une grossesse à terme avant leurs 30 ans sont plus protégées et d'autant plus si la grossesse a été menée à terme entre 20 et 25 ans.

Une première grossesse tardive augmente donc le risque d'avoir un cancer du sein. Des études ont également montré que le risque est plus élevé chez une femme qui mène une grossesse après 35 ans que chez une nullipare.

Cependant, la protection est observée aux alentours de la 34^{ème} semaine de grossesse et n'est pas confirmée pour les grossesses s'arrêtant à 33 semaines ou moins. [4]

L'avortement n'est pas associé à une augmentation du risque de cancer du sein.

Le nombre d'enfant semble jouer un rôle protecteur, et d'autant plus que la femme les a eus jeunes.

iii. Allaitement

L'allaitement est souvent montré comme un facteur protecteur. Lors de l'allaitement, l'exposition oestrogénique est beaucoup plus faible. [4]

Cependant, les études démontrent que le bénéfice d'un allaitement est observé à partir d'au moins douze mois voire de 24 mois d'allaitement. C'est pour cela que le bénéfice obtenu par l'allaitement est controversé. Aujourd'hui, dans les pays occidentaux, l'allaitement semble insuffisant pour qu'on observe une protection due à ce dernier.

b. Facteurs exogènes

i. Contraception orale

Les femmes qui prennent quotidiennement une contraception orale ont 25% de risque de développer un cancer du sein versus celles qui n'en prennent pas.

Ce risque chute lorsque la femme arrête la contraception et devient nul environ 10 ans après l'arrêt. On n'observe pas de sur-risque de cancer chez la femme jeune prenant une contraception mais plutôt chez la femme plus âgée. [8]

ii. Traitement hormonal substitutif

Le traitement hormonal substitutif est prescrit pour limiter les effets indésirables dus à la chute d'hormones ovariennes chez la femme ménopausée.

Ces traitements augmentent de 30 % le risque de développer un cancer du sein. Comme pour la prise de contraceptif oral, on observe également une baisse du risque à l'arrêt du traitement. [9]

5. Facteurs hygiéno-diététiques

a. Alcool

L'alcool est pour l'instant le seul facteur nutritionnel vérifié comme augmentant le risque de cancer du sein. Ce dernier augmente de 7% si la consommation moyenne chez la femme est d'une boisson alcoolisée par jour.

Une femme atteinte d'un cancer du sein et qui boit un verre quotidiennement a une durée de survie diminuée de 15 à 40% en comparaison avec une femme qui ne boit pas d'alcool ou très peu. L'alcool augmente le taux d'hormones dans le sérum et augmente la production d'IGF. Cette production d'IGF est néfaste et interagit avec les œstrogènes. [10]

En 2005, 8000 cancers du sein étaient attribuables à la consommation d'alcool. (Figure 3)

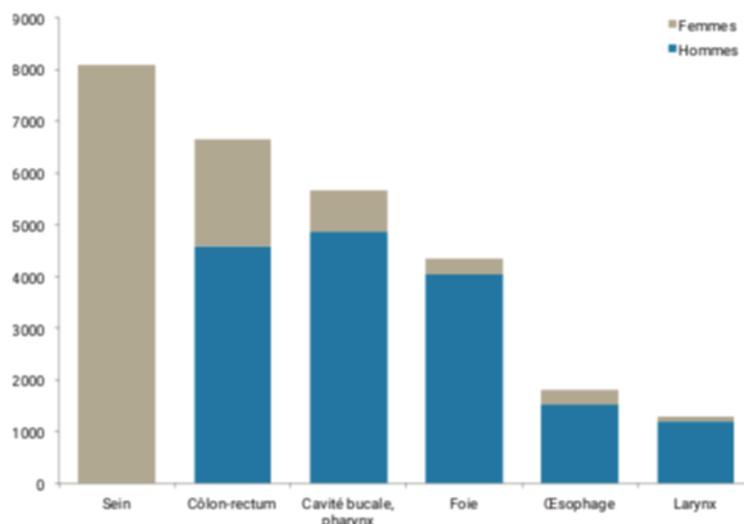


Figure 3 : Nombre de cas de cancers du sein chez les femmes attribuables à la consommation d'alcool en France en 2005. [10]

b. Tabac

Le tabagisme, qu'il soit actif ou passif augmente le risque de développer un cancer du sein. De plus, une femme qui aurait fumé longtemps avant sa première grossesse aurait plus de risque de développer un cancer du sein, d'autant plus si elle a des antécédents familiaux. [4]

c. Surpoids et obésité

La surcharge pondérale peut être définie à partir de l'estimation de l'IMC (Poids divisé par la taille au carré) d'une personne. Ce facteur est important car le cancer du sein est un cancer dont la survenue est fréquemment liée à la surcharge pondérale. [4] En 2015, 4500 cas de cancer du sein en France étaient attribuables au surpoids et à l'obésité. (Figure 4)

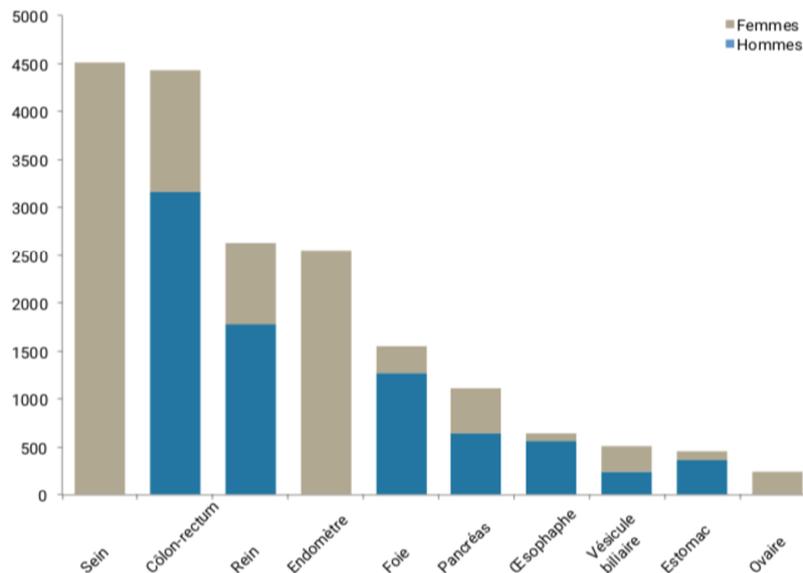


Figure 4 : Nombre de cas de cancer du sein attribuables au surpoids et à l'obésité chez les hommes et les femmes âgées de 30 ans et plus en 2015 [10]

Différents mécanismes sont mis en avant dans le lien de causalité entre le surpoids et l'obésité et l'augmentation du risque de cancer.

Tout d'abord, le surpoids provoque une augmentation de la résistance à l'insuline. L'hyperinsulinémie engendre une production d'IGF-1 qui favorise une prolifération des cellules.

De plus, l'obésité provoque un état inflammatoire chronique qui induit une prolifération cellulaire anormale et donc une augmentation des TNF, des IL-6, de la protéine C réactive et de la leptine.

Le dernier mécanisme est particulièrement spécifique du cancer du sein. Le taux sanguin d'œstrogènes augmente lorsqu'une femme est en surpoids. Le tissu adipeux induit une conversion des androgènes en œstrogènes qui circulent dans le sang à cause d'une forte production d'aromatase. La femme ménopausée, qui naturellement a un faible taux d'œstrogènes circulant, se retrouve avec un taux circulant anormalement élevé. La glande

mammaire se retrouve fortement stimulée ce qui provoque une multiplication cellulaire importante. [10]

d. Alimentation et activité physique

Plus de 70 000 cancers par an en France pourraient être prévenus par des actions de prévention nutritionnelle aujourd'hui. Cependant, aucun aliment miracle n'existe pour éviter le développement de cette pathologie. [10]

Le risque de développer un cancer du sein n'est pas étroitement lié à la consommation d'un aliment ou d'un groupe d'aliment en particulier. Il s'agirait plutôt de suivre les recommandations et d'adopter un mode de vie sain. Le sucre, les graisses saturées ainsi que la consommation excessive de viandes augmentent le risque de développer un cancer du sein. [4] Pour les femmes en post-ménopause, le principal est de lutter contre le surpoids car le risque de développer un cancer du sein est 50% plus élevé pour les femmes ayant un IMC supérieur à 31. Une activité physique, à raison de 3 à 4 fois par semaine durant 40 à 60 minutes diminue également le risque de développer un cancer du sein en post-ménopause. [11]

e. L'exposition à la lumière artificielle

Des études récentes ont montré que l'exposition à la lumière artificielle durant la nuit augmente le risque de développer un cancer du sein. [4]

La lumière artificielle perturberait le cycle circadien. Ce facteur de risque peut être généralisé et ne concerne pas seulement les populations travaillant de nuit. L'exposition durant la nuit à la lumière perturberait également la production de mélatonine, hormone que nous sécrétons au moment de l'endormissement et durant la nuit, lorsque nous sommes dans le noir. [12]

III. Prévention et démarche diagnostique du cancer du sein

1. Prévenir le cancer du sein

Les stratégies à l'échelle nationale et internationale peuvent diverger quant à la prévention du cancer du sein, cependant tous les pays œuvrent à diminuer l'incidence de ce fléau. En 2019, les membres d'ENVISION (The European Collaborative on Personalized Early Detection and Prevention of Breast Cancer) ont mis en place des programmes afin de mettre en place des directives de prévention. [13]

a. Autopalpation

L'autopalpation est mise en avant au travers de nombreuses campagnes de prévention dont la plus connue est Octobre Rose. Ce n'est cependant pas une méthode de prévention et de dépistage reconnue aujourd'hui. [14]

Elle a tout de même un intérêt, notamment pour les femmes qui ne sont pas concernées par le dépistage organisé. Il convient également de sensibiliser les femmes sur les aspects visuels qui doivent les alerter et les mener à la consultation : changement de taille ou de forme, rougeur, grosseur (Figure 5). Des fiches pour aider les femmes à pratiquer l'autopalpation existent et permettent de sensibiliser à l'auto-surveillance. (Figure 6)

Observation des seins et du mamelon

Se positionner dos droit devant le miroir et bras le long du corps.



- **Changement de taille et/ou de forme, perte de symétrie**



Une tumeur visible
- **Changement d'aspect : pli, rougeur, peau d'orange**


Des creux dans le seins



Altération et anomalie du grain de peau



Rougeur ou douleur du seins ou du mamelon



Des mamelons rétractés
- **Apparition d'une grosseur**


Changement de la forme ou de la taille du sein ou durcissement de la peau

Figure 5 : Observation des seins et du mamelon [15]

Palpation des seins



La palpation se pratique avec les 3 doigts centraux (index, majeur et annulaire) à plat.

Levez le bras du côté du sein à examiner et examinez le sein avec la main opposée : pour le sein droit levez le bras droit et palpez avec la main gauche, pour le sein gauche levez le bras gauche et palpez avec la main droite.

Commencez par la partie extérieure de votre sein en faisant de petits mouvements circulaires avec les bouts des doigts en appuyant bien sur le sein (écrasez la glande mammaire contre la paroi thoracique), zone par zone jusqu'à l'intérieur, à la recherche d'une grosseur ou d'une induration.

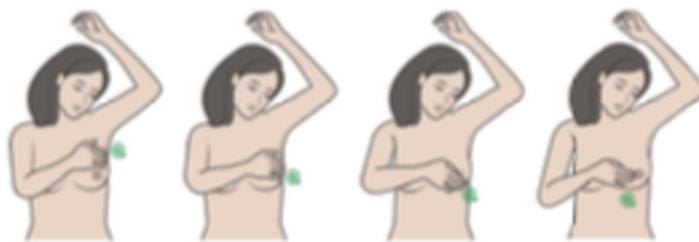


Figure 6 : Fiche pour réaliser une autopalpation des seins [15]

b. Les mesures hygiéno-diététiques

Comme on a pu le voir précédemment, le cancer du sein a de multiples facteurs de risques dont de nombreux facteurs modifiables. Une femme ayant un sur-risque de développer un cancer du sein étant donné ses antécédents familiaux ou ses facteurs génétiques, devra prendre en considération des facteurs liés à son mode de vie qui peuvent limiter son risque de développer un cancer du sein.

Il conviendra alors d'adopter un mode de vie sain avec une alimentation équilibrée, une diminution ou un arrêt de la cigarette si elle fume, une activité physique régulière, limiter sa consommation d'alcool.

c. Traitement préventif : Prise de médicaments anti-estrogènes.

Des études ont été menées quant à la prise de médicaments anti-estrogènes comme le tamoxifène pendant plusieurs années par des femmes à très haut risque de développer un cancer du sein. Cependant, les effets indésirables de ces traitements sont très nombreux et rendent discutables l'intérêt de traiter des femmes saines et en bonne santé en avec des traitements aussi forts. A l'échelle internationale, plusieurs recommandations ont été faites sur l'intérêt d'un traitement préventif mais on ne peut dire aujourd'hui que ce soit le cas en France. [13]

d. Mastectomie préventive

La mastectomie bilatérale préventive est la prévention la plus efficace. [13] Des études ont montré qu'elle diminuait de 90% le risque de développer un cancer du sein pour les femmes à haut risque. [16] La plupart du temps, la mastectomie sera suivie d'une immédiate reconstruction mammaire.

Cependant, cette intervention n'est pas sans risque. Certaines complications post-opératoire peuvent survenir comme : la malposition de l'implant, la rotation de l'implant, la contracture capsulaire, l'infection voire la nécrose (dans seulement 5,9% des cas) [13]

De plus, il faut également prendre en compte les effets indésirables psychologiques que l'opération peut engendrer. Les patientes vont voir leur corps changer et présentent un risque accru de dépression.

Même si la mastectomie préventive est très efficace, il convient encore de peser les pour et les contre notamment car cette intervention n'est pas dépourvue de risques.

2. Dépistage

a. Le dépistage organisé et prévention

La généralisation du dépistage organisé date de 2004. Il permet aux femmes d'avoir accès au dépistage et aux soins de manière égale. Il vise également à réduire la mortalité liée au cancer du sein.

Le taux de participation est en recul depuis les années 2011-2012. Ce taux était de 46,6% en 2020-2021 soit 42,6% en 2020 et 50,6% en 2021. Malheureusement, durant l'épidémie de la Covid-19, les CRCDC (Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers) ont suspendu l'envoi des invitations ce qui a nettement fait chuter la participation. On observe un rattrapage en 2021 avec une participation plus forte mais de nombreuses disparités entre les régions persistent. (Figure 7)

La mobilisation et la médiatisation autour du cancer du sein sont importantes notamment durant la campagne « octobre rose » qui se déroule du 1^{er} au 31 octobre. Cependant, l'objectif européen de taux de participation fixé à 70% est loin d'être atteint en France. Il reste encore du chemin à parcourir notamment dans notre région où le taux de participation s'élève à 47,7%. En officine, nous avons un rôle majeur à jouer afin d'améliorer la participation d'autant plus que depuis cette année, nous pouvons remettre les kits du dépistage du cancer colorectal. Nous avons donc un contact privilégié et en constante augmentation avec la population cible puisque la tranche d'âge ciblée est la même, de 50 à 74 ans.

Programme de dépistage organisé du cancer du sein
Taux de participation départementaux standardisés* 2020-2021

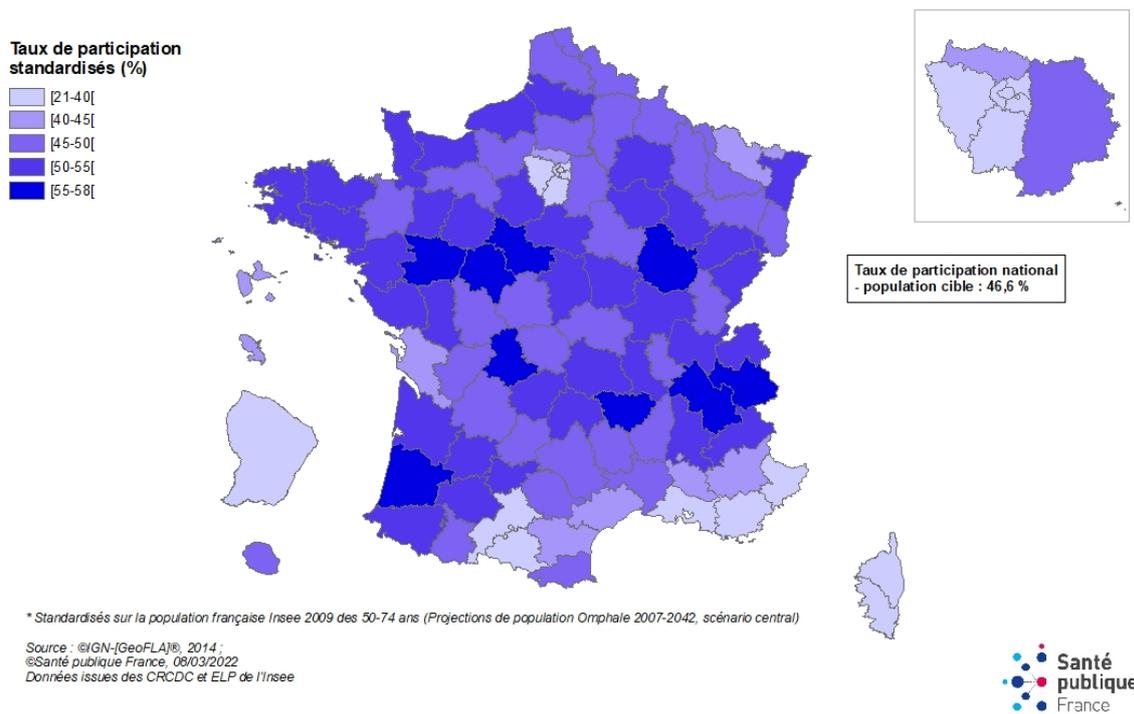


Figure 7 : Taux de participation départementaux en 2020-2021 [17]

b. Modalités du dépistage organisé

Le dépistage organisé concerne les femmes de 50 à 74 ans qui ne présentent aucun symptôme apparent ni aucun facteur de risque (à moyen risque). Tous les 2 ans, un courrier est envoyé par les CRCDC aux femmes dans la population cible. Le dépistage consiste en un examen clinique des seins et d'une mammographie, par un radiologue agréé, composée de 2 clichés par sein, de face et oblique. La prise en charge est à 100% par l'assurance maladie sans avance de frais.

Le cliché sera lu en double lecture encadrée de la part d'un premier radiologue, qui s'engage à lire au moins 500 mammographies par an puis par un deuxième radiologue qui s'engage à lire au moins 1500 mammographies par an. Si le radiologue voit une anomalie, il doit faire un bilan diagnostique afin de faciliter la prise en charge et raccourcir les délais.

3. Diagnostic

Le diagnostic se fait soit après le résultat d'une mammographie avec suspicion de tumeur soit lors d'un examen de contrôle de routine.

a. Examens cliniques

Premièrement, le médecin va procéder à une inspection visuelle du sein cadran par cadran.

Il va regarder s'il y a :

- Une anomalie morphologique, une crevasse, un érythème, un œdème
- Un écoulement clair, rouge, jaune ou noir. Il regardera s'il est récent, unilatéral, spontané, uni canalaire
- Présence de peau d'orange
- Un mamelon rétracté,
- Une asymétrie

Ensuite, il passera à l'examen avec les mains, la palpation.

S'il y a un érythème, il regardera s'il est œdématié, rouge et/ou chaud.

Il va également palper le sein cadran par cadran, regarder s'il y a une masse, une masse qui roule sous la main.

Puis, il palpera les ganglions axillaires (car c'est là où se draine la glande mammaire) et les ganglions sus-claviculaires.

Il ne palpera pas les ganglions mammaires internes car on ne peut pas les sentir.

Si le médecin trouve une anomalie et que la patiente est porteuse d'une mutation BRC, on lui fera un examen gynécologique systématiquement. [18]

b. Examens paracliniques ou complémentaires

Si on découvre une anomalie lors de l'examen clinique, on fera toujours une mammographie et une échographie.

i. La mammographie

La mammographie est une radiographie des seins. C'est l'examen de première intention et elle doit être réalisée préférentiellement en première partie de cycle. En effet, en période prémenstruelle, la densité mammographie peut être plus élevée et peut rendre la lecture plus difficile. La mammographie permet déceler les tumeurs de faible taille très précocement, avant même l'apparition des symptômes.

On fera un cliché du sein de face et des clichés obliques externes bilatéraux. À la suite de ces clichés, si on trouve une tumeur, on pourra donner la classification ACR de la tumeur.

Classification ACR, de 0 à 5 [19]:

- ACR 0 : Besoin d'investigations complémentaires
- ACR 1 : Mammographie normale
- ACR 2 : Anomalie bénigne, pas d'examen complémentaire, pas de surveillance
- ACR 3 : Anomalie probablement bénigne mais qui nécessitera une surveillance
- ACR 4 : Anomalie suspecte
- ACR 5 : Anomalie évocatrice d'un cancer

Si la tumeur est classée ACR 4 ou 5, il faudra faire une biopsie percutanée diagnostique. Elle sera envoyée en anatomopathologie pour établir un diagnostic de certitude. La prise en charge découlera de ce diagnostic. [18]

ii. L'échographie

L'échographie du sein peut être réalisée à n'importe quel moment du cycle. Elle est systématiquement réalisée en complément de la mammographie et permet de déterminer la taille de la tumeur. L'échographie est pratiquée à partir de la classification ACR 3. Elle est très utile lorsque les seins de la patiente sont denses, lorsque les patientes sont jeunes (< 30 ans) ou enceintes.

L'échographie permet de déterminer :

- La forme et contour de la tumeur (Figure 8)
- Sa taille précise
- Sa localisation
- L'axe par rapport au plan cutané (perpendiculaire ou parallèle)
- La solidité et la vascularisation

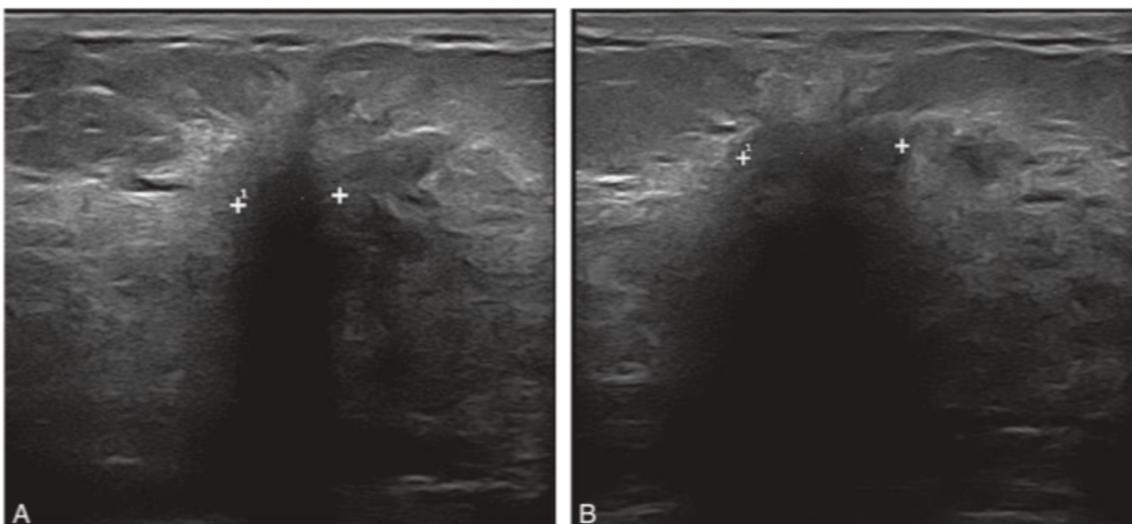


Figure 8 : Échographie mammaire présentant une masse hypo-échogène.[18]

L'échographie permet aussi une exploration axillaire afin de vérifier si les aires ganglionnaires sont atteintes et de détecter s'il y a la présence d'adénopathies suspectes. Elle doit être systématique (recommandation de l'INCa) lorsqu'on fait une échographie mammaire dans le cadre d'un bilan d'extension de cancer du sein et en préopératoire.

L'échographie est d'une grande aide pour les prélèvements tels que la biopsie/cyto-ponction.

Si une atteinte ganglionnaire est suspectée, il faut faire une cyto-ponction au niveau axillaire obligatoirement.

Si une chirurgie du sein est pratiquée et qu'une atteinte ganglionnaire est observée, on ne va pas retirer seulement le ganglion sentinelle mais un curage axillaire sera réalisé.

Si aucune atteinte axillaire n'est détectée à l'échographie, on peut retirer seulement le ganglion sentinelle (moins invasif).

iii. Scanner et mise en place du bilan d'extension

Un bilan d'extension est ensuite réalisé afin d'évaluer si d'autres ganglions sont atteints et s'il y a des métastases. La mise en place du bilan d'extension se fait à partir de T3, c'est-à-dire un nodule supérieur à 5 cm.

Le bilan d'extension va permettre de définir le stade TNM :

- T : Cancer en local
- N : Les ganglions
- M : Métastases

Pour le réaliser, une tomodensitométrie (TDM) thoraco-abdomino-pelvienne (Scanner injecté) ainsi qu'une scintigraphie osseuse sont pratiquées. Le bilan d'extension conditionne la mise en place de l'arsenal thérapeutique. [18]

Les patientes auront besoin d'un accompagnement dès cette étape de diagnostic et tout au long des examens jusqu'à la rémission de leur cancer. Il est donc important de les accompagner et de leur prodiguer les premiers conseils au comptoir.

Partie II : Accompagnement de la femme au cours de son traitement

Le pharmacien a une place de choix dans le parcours de soin de la patiente atteinte d'un cancer. Étant donné sa proximité et sa disponibilité, il est un interlocuteur de choix pour la patiente et son entourage. Il permet une coordination des soins entre la ville et l'hôpital, et il n'est pas rare qu'il soit en contact avec l'équipe médicale afin que les soins se passent au mieux. La patiente, lorsqu'elle sort de l'hôpital avec les ordonnances après une chimiothérapie doit être accompagnée et écoutée. Le pharmacien peut organiser des entretiens thérapeutiques afin d'accompagner la patiente.

I. Conseils pour soulager les effets indésirables

1. Les troubles digestifs

a. *Nausées et vomissements induits par la chimiothérapie*

i. Définition et classification

Les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie (NVIC) sont l'effet indésirable le plus redouté par les patientes. Bien que les traitements aient évolué, ils demeurent car de nombreuses molécules ont encore un important potentiel émétisant y compris les traitements de thérapie ciblée. [20]

Les NVIC diminuent non seulement la qualité de vie des patientes mais peuvent également provoquer de l'anxiété, une perte de poids, une déshydratation, une faiblesse. Il est essentiel d'accompagner les patientes au mieux afin de les aider à conserver une alimentation équilibrée. Les NVIC sont souvent à l'origine d'une réduction de dose du traitement voire d'un retard dans le traitement.

Les NVIC sont classés en fonction de leur délai d'apparition [20] :

- Anticipatoires : Se produisent avant d'avoir commencé le traitement et sont dus à divers stimuli et aggravé par l'anxiété des patientes (notamment lorsqu'elles ont connu des NVIC lors d'une chimiothérapie antérieure).
- NVIC aigus : Apparaissent dans les 24 heures après la chimiothérapie, avec un pic entre 4 et 10 heures après.
- Retardés : Se produisent entre 24 et 72 heures après la chimiothérapie. Les traitements de la phase aiguë sont inefficaces et inadaptés.

Les chimiothérapies sont classées en hautement, modérément, faiblement et très faiblement émétisantes. (Tableau 1)

Hautement émétisante	Modérément émétisante	Faiblement émétisante	Très faiblement émétisante
Chimiothérapie intraveineuse			
Cisplatine	Carboplatine	Docétaxel	Bléomycine
Combinaison de cyclophosphamide et d'anthracycline	Cyclophosphamide	Doxorubicine liposomale	Fludarabine
Dacarbazine	Doxorubicine	Étoposide	Vincristine
Procarbazine	Épirubicine	Gemcitabine	Vinblastine
	Irinotecan	Mitoxantrone	Vinorelbine
	Oxaliplatine	Paclitaxel	
		Topotécan	
Chimiothérapie orale ou thérapie ciblée			
Procarbazine	Busulfan	Busulfan (< 4 mg/jour)	Chlorambucil
	Cyclophosphamide (≥ 100 mg/m ²)	Capécitabine	Erlotinib
	Estramustine	Cyclophosphamide (< 100 mg/m ² /jour)	Dasatinib
	Imatinib	Étoposide	Géfitinib
	Lomustine	Évérolimus	Hydroxyurée
	Témozolomide	Fludarabine	Melphalan
	Vinorelbine	Lapatinib	Méthotrexate
		Lénalidomide	Pazopanib
		Nilotinib	Sorafenib
		Sunitinib	Thalidomide
			Thioguanine

Tableau 1 : Potentiel émétisant des chimiothérapies et des thérapies ciblées [20]

ii. Traitements et conseils associés

Plusieurs classes de médicaments antiémétiques peuvent être utilisées :

- Antagonistes sérotoninergiques 5-HT₃ – Sétrons : Traitement curatif ou préventif des nausées et vomissements radio/chimio-induits.
→ Ondansétron - Zophren®, Granisétron - Kytril®, Palonosetron - Aloxi® [21]
- Inhibiteurs NK-1 : Antagoniste sélectif de la substance P au niveau des récepteurs à la neurokinine 1 (de haute affinité)
→ Aprepitant – Emend® [21]
- Antagonistes D₂ : Antagonistes des récepteurs D₂ Dopaminergiques au niveau de l'area postrema
→ Phénothiasidiques : Métopimazine - Vogalene®
→ Benzamides : Metoclopramide - Primperan®, Sulpiride – Dogmatil®
→ Butyrophénones : Domperidone - Motilium®, Halopéridol – Haldol® [21]
- Corticoïdes

- Autres [21]
 - Antagonistes cholinergiques : scopolamine
 - Antagonistes histaminergiques : anti-H1
 - Anxiolytiques : benzodiazépines

Les patientes peuvent avoir besoin de conseils sur l'alimentation et il peut y avoir un intérêt à leur conseiller un suivi par une diététicienne. Parfois, les chimiothérapies provoquent l'apparition d'un goût métallique dans la bouche et/ou masque le goût des aliments. [20]

Au comptoir, on peut leur prodiguer quelques conseils afin de diminuer les nausées [21]:

- Une bonne hydratation
- Fractionner des repas afin de manger plus souvent et en petite quantité
- Manger des aliments faciles à digérer (éviter les crudités par exemple)
- Manger des aliments froids afin de limiter les odeurs
- Rester assise après le repas, ne pas s'allonger

Attention à certains aliments avec les aprépitants : pamplemousse, orange de séville, carambole. Ils ne doivent pas être consommés avec ce médicament car ce dernier est métabolisé par le CYP 3A4 et ces aliments influent sur ce cytochrome. [20]

b. Diarrhées

i. Définition

Les diarrhées post-chimiothérapie sont très fréquentes, c'est un des effets indésirables les plus courants. Il est important de les considérer dès leur apparition car les répercussions sur la qualité de vie des patientes sont majeures et elles peuvent entraver le bon déroulement des traitements dans certains cas graves. [22]

La diarrhée correspond à plus de trois émissions de selles non moulées par jour et est souvent associée à des douleurs abdominales.

Certains signes de gravité doivent amener les patientes à consulter rapidement :

- Émission de 6 selles non moulées par jour
- Rectorragies
- Fièvre
- Déshydratation avec des signes orthostatiques
- Vomissements associés

ii. Conseils associés et traitements

En règle générale, la patiente sous chimiothérapie aura une prescription de pansements intestinaux comme le Smecta®, d'anti-sécrétoires intestinaux (racécadotril) et de ralentisseur du transit (loperamide). Le rôle principal est de bien expliquer ces traitements à la patiente.

On pourra accompagner la délivrance de quelques conseils [22]:

- Boire suffisamment tout au long de la journée (liquides à température ambiante)
- Diminuer temporairement les aliments riches en fibres, les laitages et les graisses (aliments gras, frits, matières grasses cuites)
- Réduire la consommation d'aliments épicés (irritants)
- Privilégier le riz ou la semoule de blé (contiennent de l'amidon), la carotte cuite et les bananes ... (Tableau 2)

Aliments à favoriser "antidiarrhéiques" ou "constipants"	Aliments à conseiller ralentissant le transit	Aliments à déconseiller facilitant le transit
Carottes cuites (purée) Compote pomme-coing, pomme-banane Gelée de coing, gelée de pomme Riz, eau de cuisson du riz Crème de riz, riz-tapioca Lait Diarga® (pour les entremets)	Carottes, courgettes avec peau, blanc de poireau, laitue, betteraves (produits cuits de préférence) Pommes de terre en petites quantités (sauf purée) Bananes bien mûres, pêches, pommes, coing, myrtilles Pain (sauf complet) Féculeux : riz, pâtes, semoule, tapioca Fromages à pâte pressée, cuite : gruyère, edam, comté, mimolette Lait sans lactose Matières grasses crues : beurre, margarine, huile en quantité modérée Viandes blanches, jambon, œufs Bouillon de légumes, boissons à base de cola dégazéifié, jus de pomme, eaux riches en minéraux (non magnésiennes), tisane Cardamome, cannelle de Ceylan	Aliments riches en fibres : fruits et légumes crus et cuits (sauf les aliments de la liste positive), jus de fruits, céréales de type pain complet ou riz complet Aliments laxatifs naturels : rhubarbe, épinards, pruneaux Légumineuses : lentilles, haricots secs, pois chiches... Aliments flatulents : chou, chou de Bruxelles, brocolis Lait, fromages frais (fromage de chèvre), produits laitiers (yaourt, fromage blanc, petits suisses, crème, flan, glace, crème fraîche) Aliments riches en matières grasses et modes de cuisson à forte teneur en graisses Jus de fruits et boissons glacées, eaux magnésiennes Épices, café, alcool

Liste non exhaustive.

Tableau 2 : Aliments et boissons à consommer en cas de diarrhées [23]

La patiente atteinte d'un cancer doit lutter contre le processus tumoral et a par conséquent besoin d'apports énergétiques accrus. La dénutrition fait partie des facteurs de morbidité et de mortalité notamment dans le cancer car elle joue un rôle dans la toxicité des traitements, dans le risque de développer une infection mais aussi dans la qualité de vie et le moral des patientes. Le risque est que la patiente se retrouve en cachexie qui se caractérise par une destruction musculaire accompagnée d'une perte de la masse grasse. [24]

i. Déceler une dénutrition à l'officine et conseiller

A l'officine, il est important de savoir repérer une patiente dénutrie afin de la conseiller au mieux voire de l'orienter vers un spécialiste.

Dans un premier temps, on conseillera des mesures hygiéno-diététiques qu'elle peut réaliser seule :

- Fractionner les repas c'est-à-dire manger plus souvent et de petites quantités.
- Enrichir les repas en augmentant les calories et l'apport protéique sans augmenter les quantités.

Si ces mesures ne suffisent pas, des compléments nutritionnels oraux (CNO) peuvent être introduits. Ceux sont des compléments qui contiennent des protéines et qui sont destinés à augmenter l'apport énergétique. En général, on cherche à atteindre 400 kcal ou 30g de protéines supplémentaires par jour. Il faut toujours dire à la patiente de ne pas remplacer ses repas par des CNO et de ne pas les prendre juste avant les repas afin de ne pas se couper l'appétit. Il faut être très attentif au comptoir car délivrer des CNO n'est pas une chose évidente, il faut s'assurer que la patiente aime ce qu'on lui délivre et les prend de manière quotidienne. Les boissons lactées sont parfois difficiles à apprécier et il est parfois nécessaire de substituer par des jus de fruits et des biscuits. Cependant, il convient d'adapter la quantité d'apports, les jus étant souvent moins protéinés, et de compléter par des biscuits. Il faudra alors expliquer à la patiente combien de jus de fruits et de biscuits elle doit prendre afin d'arriver à un bon équilibre d'apports. [23]

c. Constipation

i. Définition

La constipation n'est que très rarement la conséquence de la chimiothérapie. Cependant, d'autres médicaments comme les antalgiques et les morphiniques ou encore les antiémétiques (sétron) peuvent provoquer cet effet. A l'officine, lorsqu'on délivre un médicament susceptible de provoquer une constipation il faut en informer la patiente et s'assurer qu'elle sache en reconnaître les symptômes. [25]

La constipation est un ralentissement du transit dont les symptômes sont variables :

- Moins de 3 selles/semaines
- Selles petites et dures
- Difficulté d'évacuation et douleur
- Maux de ventre, ballonnements et flatulences, crampes, gonflement de l'abdomen

Certains symptômes comme le sang dans les selles, l'arrêt de l'émission de gaz, la perte de poids, les vomissements associés ou encore de très fortes douleurs sont des signes de gravité. Il faut savoir les reconnaître afin de diriger la patiente vers son médecin rapidement.

ii. Conseils associés et traitements

On peut tout d'abord donner quelques conseils hygiéno-diététiques [25]:

- Une bonne hydratation (eau, jus de fruit, tisanes, bouillons), jusqu'à 1,5L minimum
- Pratiquer une activité physique (la marche peut tout à fait être adaptée)
- Avoir une alimentation riche en fibres (Tableau 3)
- Introduire des produits laitiers dans l'alimentation
- Essayer d'aller aux toilettes à heure fixe afin d'avoir un « rituel »
- Se masser l'abdomen
- Conseiller des CNO riches en fibres si la patiente en prend déjà

Familles	Aliments
Produits céréaliers	
Pains et céréales	Pain complet, au son, aux céréales Céréales complètes, corn-flakes, muesli, flocons d'avoine Farine complète, germe de blé, pâtes complètes ou semi-complètes
Légumes et fruits, crus ou cuits	
Légumes	Poireaux, épinards, petits pois, haricots verts, courgettes (peau riche en fibres douces très digestes), mâche, laitue, artichaut, chou, persil
Fruits	Pruneaux ramollis, kiwi et fruits à petites graines (fraises, framboises, myrtilles, figues), pêche, poire, pomme, rhubarbe
Légumes et fruits secs	
Légumes secs/légumineuses	Pois chiches, lentilles, haricots secs
Fruits secs	Figues, pruneaux, dattes, raisins, abricots
Fruits oléagineux	Amandes, noix, noisettes
Boissons	
Boissons chaudes, sucrées ou salées	Eau chaude citronnée, thé, tisane, chocolat, café, bouillon de légumes, potage
Boissons froides, sucrées ou salées	Eau plate, certaines eaux riches en minéraux, jus de pruneaux, de pommes ou d'autres fruits, sirop, lait, jus de légumes, potage froid (gaspacho)

Liste non exhaustive.

Tableau 3 : Liste des aliments à conseiller en cas de constipation [25]

Si ces mesures ne suffisent pas, on peut conseiller à la patiente des laxatifs osmotiques comme le Macrogol en attendant qu'elle consulte de son médecin. Il faut éviter les lavements de type Microlax® ou Normacol® et les laxatifs stimulants comme le Bisacodyl - Dulcolax® car ils sont très irritants pour l'intestin.

L'homéopathie peut également être un remède :

- Nux vomica 5 CH, 5 granules matin et soir
- Si la patiente est sous morphiniques, on peut conseiller Opium 5 CH, 5 granules matin et soir.
- Si la patiente présente une sécheresse des muqueuses, Alumina 5 CH, 5 granules matin et soir.

2. L'asthénie

La fatigue liée au cancer se caractérise par un affaiblissement de l'organisme. Les patientes ne récupèrent pas bien durant la nuit, manquent d'énergie et sont irritables. Souvent, les retentissements sur leur vie personnelle, familiale et sociale sont sans précédents et les patientes atteintes n'ont envie de rien (anhédonie). Même si la fatigue durant la maladie peut sembler inévitable, on peut améliorer tout de même la qualité de vie des patientes en leur prodiguant certains conseils.

L'asthénie peut être due à de nombreux facteurs dont on a pu parler précédemment : dénutrition, troubles digestifs, mucite, infection, anxiété ou encore stress.

La fatigue varie en fonction du stade du traitement mais est souvent intensifiée 4 à 10 jours après la cure. Il est important de conseiller à la patiente de suivre ses envies notamment en ce

qui concerne la réalisation des repas (cuisiner pour plusieurs repas si la conservation le permet, cuisiner rapidement en 30 minutes environ, préparer les plats en position assise...). [26]

Il faut conseiller des aliments riches en protéines et en glucides afin d'obtenir un maximum d'énergie :

- Viandes, poissons, produits laitiers, œufs
- Céréales, pâtes
- Fruits et légumes
- Boissons sucrées
- Miel

L'hydratation reste capitale dans les conseils à prodiguer. Elle permet d'éliminer les déchets de l'organisme qui sont sources de fatigue.

A l'officine, il faut faire attention à ce que la patiente ne prenne pas de compléments alimentaires seule. Certains compléments vitaminés peuvent être très bien mais il est important de toujours regarder les interactions avec le traitement que la patiente prend.

La fatigue n'est pas un signe de récurrence ou de progression de la maladie.

3. Radiodermite

a. Qu'est-ce que la radiodermite ?

La radiodermite est un effet indésirable très fréquent durant la radiothérapie, elle concerne 90% des patientes traitées. Elle touche aussi bien les zones à traiter que les zones saines. Les parties touchées sont le plus souvent les plis cutanés. [27], [28]

Les radiodermites peuvent être immédiates ou tardives, c'est-à-dire n'apparaître que quelques semaines après la radiothérapie. Elles sont sèches, exsudatives ou sous forme de radionécrose aiguë. La toxicité de ce traitement est variable en fonction des patientes et de leur pathologie. Le diabète, l'immunodépression ou encore la dénutrition peuvent être la cause d'une toxicité plus importante. De plus, certains traitements du cancer du sein peuvent aggraver la radiodermite comme la chimiothérapie, la thérapie ciblée ou encore l'immunothérapie. Si la patiente suit un de ces traitements au même moment que sa radiothérapie, les lésions risquent d'être plus graves et la cicatrisation plus longue.

Les radiodermites sont classées du grade 0 au grade 5 selon leur stade et leur gravité. (Tableau 4 et Figure 9)

Grade 0	Absence de toxicité
Grade 1	Faible érythème ou desquamation sèche
Grade 2	Érythème modéré à vif ; desquamation suintante en plaques, affectant principalement les plis et replis cutanés ; œdème modéré
Grade 3	Desquamation suintante en plaque, affectant d'autres zones que les plis et replis cutanés ; saignement induit par des traumatismes ou abrasions mineurs
Grade 4	Mise en jeu du pronostic vital ; nécrose cutanée ou ulcération de toute l'épaisseur du derme ; saignement spontané des sites affectés ; indication de greffe cutanée
Grade 5	Décès

Tableau 4 : Cotation des radiodermites selon la NCI [27], [28]



Figure 9 : Radiodermites du grade 1 (image 1) au grade 4 (image 4) [27], [28]

b. Les règles hygiéno-diététiques

Afin de conseiller les patientes au mieux à l'officine, il faut prendre en compte l'état de patiente, ses pathologies et ses traitements.

Avant de commencer la radiothérapie, la patiente devra suivre des conseils hygiéno-diététiques :

- La toilette quotidienne doit être faite au savon doux, surgras de pH neutre et à l'eau uniquement (pas trop chaude)
- Pour sécher, il faut tamponner sur la zone, ne pas frotter car la peau va devenir fragile au fur et à mesure des séances.
- Il ne faut appliquer aucun topique avant l'exposition aux rayons.
- Hydrater la peau entre les séances
- Pour éviter les traumatismes, il faudra privilégier le rasoir électrique, les vêtements amples de préférence en coton afin d'éviter les frottements et éviter les topiques irritants (cf les cosmétiques).
- Pour les sous-vêtements, il faut privilégier les soutiens-gorge sans baleine (cf lingerie adaptée).

c. Les traitements médicaux

i. La trolamine - Biafine®

Si malgré les conseils la patiente est tout de même atteinte de radiodermite, le traitement de référence à lui conseiller est la trolamine (Biafine®). Ce dernier possède une AMM dans le traitement curatif de la radiodermite. Elle a des propriétés anti-œdémateuses et est conseillée pour la prise en charge des brûlures. L'application est à réaliser 2 à 3 fois par jour localement. [29]

ii. Le calendula officinalis

Le calendula officinalis qui se présente à l'officine sous forme plusieurs formes galéniques peut être utilisé dans la radiodermite jusqu'au grade 2. C'est un très bon antioxydant. [27], [28]

iii. Les dermocorticoïdes

Les dermocorticoïdes semblent principalement réduire le prurit et la douleur. La sévérité des lésions n'est pas diminuée à la suite de leur utilisation. Il faudra bien prévenir la patiente de les utiliser sur une courte durée (4 à 5 jours maximum) car ils provoquent une immunodépression qui favorise les infections. Si la toxicité est supérieure au grade 2, il faut les proscrire. [27], [28]

iv. Les pansements hydrocolloïdes

L'application de pansements hydrocolloïdes réduit la sévérité des lésions radio-induites. L'application d'hydrogel permet également une amélioration car permet de conserver un environnement humide et de favoriser la cicatrisation. [30]

v. Les topiques asséchants

Les topiques asséchants sont utiles dès lors que la radiodermite suinte. D'usage, on conseille l'éosine aqueuse, fréquemment utilisée chez les nourrissons. En pratique à l'officine, on oriente les patientes vers le spray asséchant Cicalfate® ou encore Cicaplast® car ils sont incolores et permettent de voir si la lésion évolue dans le temps ou s'infecte.

vi. Autres produits disponibles en officine

D'autres produits peuvent être utilisés mais aucune étude n'a prouvé une efficacité significative. Si la patiente n'est pas soulagée par les produits utilisés en première intention, on pourra lui conseiller d'appliquer du gel d'aloë-vera, de l'acide hyaluronique (Ialuset®) ou encore des huiles végétales comme l'huile de camomille (propriétés apaisantes) ou l'huile d'amande douce (propriétés hydratantes).

4. Toxicité dermatologique

Les traitements anti-cancéreux génèrent fréquemment des effets indésirables dermatologiques.

a. Toxicité cutanée

i. Érythème toxique à la chimiothérapie.

La toxicité cutanée sous chimiothérapie se traduit par un érythème toxique. Les molécules qui en sont responsables sont notamment : les taxanes (docétaxel, paclitaxel), la cytarabine, la dactinomycine ou la doxorubine. [31]

L'érythème apparaît en général entre 8 à 21 jours après la cure de chimiothérapie. L'érythème est inflammatoire et apparaît dans les zones de frottements et dans les zones de sudation majeures, en particulier la zone axillaire, zone inguinale et les plis du cou.

ii. Rash acnéiforme

L'éruption acnéiforme est caractéristique d'un traitement par thérapie ciblée (inhibiteurs des récepteurs HER, et plus spécifiquement du récepteur EGFR ou HER1).

Les lésions apparaissent rapidement, au cours des premiers mois de traitement. Elles se localisent principalement dans les zones riches en glandes sébacées comme le cuir chevelu, le visage et le torse.

Les lésions ressemblent à des pustules centrées sur le follicule pileux ce qui donne l'aspect de l'acné. En revanche, on ne verra pas de points noirs ou de microkystes comme on peut voir dans l'acné. (Figure 10)



Figure 10 : Exemples d'éruptions de type acnéiforme

En général, les lésions régressent en quelques semaines. Il faut faire attention car la surinfection est possible. Un traitement par tétracyclines peut être initié dans certains cas de manière préventive ou curative. On peut également ajouter un traitement par dermocorticoïdes (attention, pas d'automédication car il y a un risque de surinfection) et antibiotiques locaux.

Il faudra bien conseiller à la patiente de se protéger du soleil.

iii. Syndrome main pied

Le syndrome main pied (SMP) touche comme son nom l'indique la paume des mains et des pieds. Il est également appelé érythrodysesthésie palmoplantaire.

Le plus souvent, il apparaît dans les premières semaines de traitement. Il se caractérise par une rougeur, une gêne et un gonflement. (Figure 11) Souvent, le syndrome est bilatéral mais les lésions ne sont pas forcément symétriques. Au début, la patiente ressent des dysesthésies avant de voir apparaître un érythème inflammatoire diffus. Certaines patientes auront un œdème et/ou une xérose. (Figure 12) Une desquamation et un syndrome bulleux peuvent apparaître dans les cas les plus graves. (Figure 13) L'apparition de prurit peut aussi survenir. [32]



Figure 11 : SMP de grade 1



Figure 12 : SMP de grade 2



Figure 13 : SMP de grade 3

Les SMP sont classés en 3 grades principalement en fonction de l'atteinte fonctionnelle. (Tableau 5)

Grades	Atteinte cutanée et impact sur la qualité de vie
1	Modifications légères de la peau ou dermite légère (érythème, œdème ou hyperkératose) sans douleur
2	Modifications cutanées modérées (desquamation, bulles, saignement, œdème ou hyperkératose) avec douleur, interférant avec les activités instrumentales de la vie quotidienne
3	Modifications cutanées sévères (exfoliation, bulles, saignement, œdème ou hyperkératose) avec douleur, interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne

Tableau 5 : Classification des grades du syndrome mains-pieds selon l'échelle d'évaluation du NCI-CTC et du National Cancer Institute Common Terminologie Criteria for Adverse Events (CTCAE) [32]

Le SMP est douloureux et peut handicaper la patiente dans ses activités quotidiennes. Il donne une sensation d'échauffement et de brûlure importante. C'est encore une source de diminution de la qualité de vie. Il est réversible sous 2 à 3 semaines.

Certaines chimiothérapies peuvent provoquer ce type de syndrome (Capécitabine-Xeloda, Doxorubicine, 5 fluorouracile, Taxanes) mais également les thérapies ciblées [32]

Conseils préventifs :

- Éviter le port de vêtements et de bijoux trop serrés
- Éviter les douches trop chaudes et de longue durée ainsi que les bains
- Se protéger les mains lors des tâches ménagères et utiliser des produits hypoallergéniques
- Éviter l'exposition au soleil
- Éviter les pansements adhésifs
- Faire attention lors des activités type bricolage, jardinage, marche longue. Bien se protéger les pieds et les mains pour éviter les microtraumatismes.
- Porter des gants lorsqu'il fait froid et lors d'activités à risque et porter des semelles orthopédiques pour protéger les pieds.

Soins à conseiller si la patiente à un SMP de Grade 1 :

- Faire des bains d'eau fraîche ou appliquer de la glace pilée recouverte de plusieurs tissus afin de ne pas brûler la peau.
- Appliquer de l'eau terminale fraîche et sécher en tamponnant avec une serviette douce propre.
- Pour le nettoyage de la peau, il faut utiliser un pain de savon doux ou une huile de douche hypoallergénique, sans parfum et sécher en tamponnant. Il faut laver à l'eau tiède ou fraîche.
- On peut appliquer une crème émolliente plusieurs fois par jour.
- Pour plus d'hydratation, on peut utiliser une crème ou un baume à base d'urée (de 10 à 30% d'urée) ou d'acide salicylique.
- Si des fissures apparaissent il faut proposer des baumes réparateurs et cicatrisants (Bariéderm de chez Uriage®, Cicaplast de chez La Roche Posay®)

Soins à conseiller si la patiente à un SMP de Grade 2 :

- Si les manifestations sont inflammatoires : dermocorticoïdes avec ou sans pansement occlusif.
- Anesthésiques locaux si besoin
- Accompagnés des soins décrits pour le SMP de Grade 1

iv. PATEO

Le syndrome PATEO (Periarticular Thenar Erythema With Onycholysis) est un sous-type de SMP qui apparait spécifiquement quand la patiente suit un traitement par taxanes.

Il est caractérisé par un érythème au niveau de la face dorsale des mains et plus particulièrement au niveau du thénar et de l'hypothenar. (Figure 15) Au niveau des pieds, l'atteinte est principalement retrouvée au niveau du talon d'Achille. (Figure 16) Les lésions ont une coloration violacée (Figure 14) et les ongles changent de couleur avec très souvent l'apparition d'une onycholyse.

Les lésions sont réversibles et dose-dépendantes. [33]



Figure 14 : PATEO avec érythème et desquamation après traitement par docetaxel de loge hypothénar et de la face dorsale de la main [34]



Figure 15 : Érythème violacé de la face dorsale des mains caractéristique du syndrome PATEO [33]



Figure 16 : Érythème violacé du talon d'Achille caractéristique du syndrome PATEO [33]

Les traitements et conseils sont sensiblement les mêmes que ceux du SMP :

- Traitements par dermocorticoïdes
- Placer les mains dans l'eau glacée
- Porter des gants réfrigérants durant la chimiothérapie

Lorsque les patientes souffrent de ce syndrome, les traitements sont indispensables pour qu'elles acceptent de poursuivre le traitement par les taxanes.

v. Xéroses et fissures cutanées

La xérose est un symptôme très fréquent qui peut survenir sous chimiothérapie, hormonothérapie, mais surtout sous thérapie ciblée. C'est un effet indésirable systématique sous inhibiteur EGFR. Il est le 2^{ème} effet secondaire le plus rapporté après l'éruption acnéiforme. [35]

La xérose est une sécheresse cutanée excessive. (Figure 17) Elle peut s'accompagner d'un prurit et de fissures notamment au niveau du bout des doigts et des talons. Elle touche en général le

tronc et membres. Les premiers symptômes sont la peau rugueuse, des tiraillements ainsi que des démangeaisons.

Il y a 3 grades de xérose, qui les classent selon le pourcentage de surface corporelle atteinte [35] :

- Grade 1 : Inférieure à 10 % de la surface corporelle, sans érythème ni prurit.
- Grade 2 : 10-30 % de la surface corporelle, associée à un érythème ou un prurit, interférant avec les activités physiques de la vie quotidienne.
- Grade 3 : Supérieure à 30 % de la surface corporelle, associée à un érythème ou un prurit, interférant avec les activités de la vie quotidienne



Figure 17 : Illustration d'une sécheresse cutanée, début de xérose [36]

Le traitement principal consiste en à appliquer un baume émoullient pour maintenir la teneur en eau de la couche cornée et limiter la perte en eau.

On peut associer selon la gravité des sécheresses un baume contenant de l'urée pour son action kératolytique.

Conseils associés [35]:

- Se laver avec un gel nettoyant surgras, une huile de douche sans parfum ou un pain dermatologique surgras
- Hydrater la peau en prévention dès l'initiation du traitement deux fois par jour avec un baume ou une crème émoulliente (le baume est plus hydratant que la crème) : Lipikar chez La Roche Posay®, Atoderm chez Bioderma® ou encore Exomega chez Aderma®
- Hydrater plus intensément les extrémités (pieds et mains) car elles s'assèchent plus rapidement
- Hydrater ses lèvres
- Si un eczéma apparaît, il faudra conseiller à la patiente de consulter son médecin car il pourrait être bénéfique d'appliquer un dermocorticoïde.
- Si des fissures apparaissent, il faudra mettre appliquer de la vaseline dans la fissure ou de crème cicatrisante type Cicaplast® ou Cicalfate®
- On pourra préconiser l'application d'un pansement occlusif hydro colloïde ou un pansement liquide filmogène

- Les sécheresses peuvent toucher également la bouche ou encore les yeux, on pourra conseiller des dentifrices spécifiques (Gum hydral®) et des larmes artificielles.

b. Toxicité des muqueuses ou mucites

i. Définition de la mucite.

Les traitements oncologiques provoquent très fréquemment des mucites. En effet, plus de 80% des patients traités par fortes doses de chimiothérapie développent une mucite. Cette complication de la chimiothérapie et de la radiothérapie se traduit par une inflammation des muqueuses de la cavité buccale mais également du tractus gastro-intestinal. L'incidence est variable en fonction de la dose administrée, du type de traitement et des modalités d'administration. Certaines thérapies ciblées provoquent également des mucites mais elles sont en général moins graves. Les chimiothérapies administrées par voie orale peuvent également entraîner une perte de goût, c'est le cas dans 40% des cas. [37]

La mucite oropharyngée est gradée selon la sévérité en suivant des échelles validées. Elle prend en compte la douleur, les signes cliniques et la possibilité ou non d'une prise alimentaire normale.

Échelle de l'OMS de gradation de sévérité de la mucite [38] (Figure 18) :

- Grade 0 : Pas de mucite ou érythème
- Grade 1 : Érythème et sensation désagréable (douleur)
Pas d'ulcère
- Grade 2 : Ulcère + ou – Érythème
Alimentation solide possible
- Grade 3 : Ulcère avec ou sans érythème
Nécessité d'une alimentation hydrique (alimentation solide impossible)
- Grade 4 : Ulcères
Alimentation per os impossible, alimentation entérale (par sonde) ou parentérale obligatoire

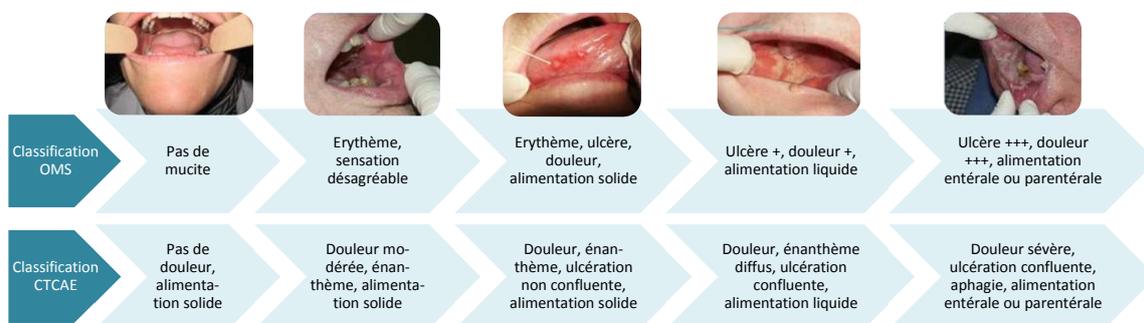


Figure 18 : Classification des mucites selon l'OMS extrait d'OMÉDIT (Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques) [38]

ii. Traitements de la mucite

En premier lieu, les traitements de la mucite doivent être locaux. Les bains de bouche à la chlorhexidine ont montré un bénéfice, ils permettent de diminuer la sévérité de la mucite mais aussi la durée. L'utilisation est cependant controversée. [38]

Une fois la mucite installée et selon son grade, les conseils doivent se diriger vers le traitement de la douleur. Pour traiter localement la douleur, on peut conseiller : le froid, par l'application de glace pilée, de crème à base de lidocaïne comme le dynexan® ou encore de xylocaïne orale (qui doit faire l'objet d'une consultation médicale afin d'obtenir l'accord et la prescription du médecin). [39]

Si les atteintes sont plus graves, le recours à des antidouleurs est nécessaire pour soulager le patient. Le paracétamol sera le premier conseil à donner au comptoir. Si le patient n'est pas soulagé, il faudra l'orienter vers le médecin pour discuter d'un traitement plus fort comme le tramadol ou dans les cas les plus sévères, de morphiniques. [39]

Il est également important au comptoir de vérifier que le patient puisse s'alimenter et boire correctement. Il ne faut pas hésiter à discuter avec lui et lui donner des astuces comme boire des boissons fraîches, mixer un peu les aliments plutôt que de cesser la prise alimentaire. Si le patient mange plus ou très peu, on peut l'orienter vers le médecin pour discuter de l'intérêt d'une complémentation orale par CNO.

iii. Prévention de la mucite

L'hygiène bucco-dentaire est le premier levier de la prévention. Elle permet de diminuer l'incidence et la sévérité des mucites. Des études ont montré qu'une hygiène bucco-dentaire entretenue par un professionnel permet de diminuer la sévérité des atteintes comparativement à un simple brossage des dents par le patient lui-même. Il faut conseiller au patient une hygiène bucco-dentaire rigoureuse afin de prévenir au maximum les atteintes. Il est recommandé de se brosser les dents après chaque prise alimentaire avec un dentifrice sans menthol. L'utilisation de bossettes inter-dentaires est vivement recommandée. Il faut également dire au patient de faire des bains de bouche au bicarbonate de sodium 4 à 6 fois par jour.

De plus, il est important d'expliquer au patient d'adapter son alimentation.

Il faut éviter :

- Les aliments secs et croquants (cacahuètes, noix, noisettes, croutes de pain...)
- L'alcool
- Le café et plus largement la caféine
- Les épices
- Le tabac

Il faut conseiller au patient de hacher ses aliments, de manger plutôt froid ou tiède et de boire des boissons à la paille.

Enfin, la cryothérapie est un bon moyen de prévention selon une étude faite entre deux groupes de patients. [38] Un groupe a consommé de la glace pilée durant 45 minutes durant l'injection de chimiothérapie et un autre n'y a pas eu recours. Le bénéfice est significatif sur la gravité de la mucite post-chimiothérapie (beaucoup moins de grade III et IV) ainsi que sur la durée. On sait également que le froid est un bon moyen de soulager le patient, c'est un conseil que nous pouvons facilement donner au comptoir.

c. Les troubles unguéaux

Le plus souvent, les troubles unguéaux sont observés chez les patientes sous chimiothérapie. Cependant, la thérapie ciblée et les inhibiteurs de l'aromatase peuvent également entraîner des modifications unguéales.

i. Types de troubles unguéaux

Les troubles unguéaux sont souvent transitoires ; ils apparaissent quelques semaines après le début des traitements et peuvent persister longtemps après l'arrêt des traitements. Ils sont la plupart du temps réversibles. [40]

Les cellules de la matrice unguéale sont des cellules à renouvellement rapide. C'est pour cela que la chimiothérapie entraîne une modification de la couleur, de l'état et de la pousse. Parfois, l'atteinte peut aller jusqu'à l'onycholyse (décollement de la partie distale de l'ongle pouvant aller jusqu'à la perte totale de l'ongle) voire l'abcès sous unguéal. Le risque est la surinfection bactérienne et/ou mycosique. [40]

Les thérapies ciblées vont avoir tendance à provoquer des troubles des tissus péri-unguéraux comme la paronychie ou les granulomes pyogéniques.

La paronychie est l'inflammation des tissus autour de l'ongle donnant l'aspect clinique d'un ongle incarné. Elle est souvent observée au niveau des orteils mais peut également survenir sur les doigts. Elle peut évoluer en granulomes pyogéniques en cas de surinfection.

On peut également observer d'autres types d'onychopathies comme :

- La ligne de Beau : Sillions dus à l'interruption de la croissance de l'ongle.
- Des dyschromies unguéales : Hyperpigmentation en bandes ou tâches noires à orangées
- Des hémorragies sous unguéales : hémorragies sous forme de lignes noires (effets indésirables des inhibiteurs à tyrosine kinase ou encore de l'Imatinib).

ii. Conseils pour prévenir et traiter ces troubles

Les patientes ont besoin d'être accompagnées tout au long de leur traitement, ces troubles peuvent apparaître comme secondaires mais ils représentent un obstacle de plus à traverser pour les patientes. Il faut les rassurer afin de les aider à appréhender ce problème car il peut mener à l'observance.

Des études ont montré que le port de chaussons et de gants réfrigérants durant l'injection du traitement permettait de diminuer la survenue de cet effet secondaire. Certains centres le pratiquent de plus en plus.

Le plus répandu est l'application d'un vernis à base de silicium bien qu'il n'y ait aucune étude prouvant son efficacité. De nombreux centres recommandent cependant une application régulière toutes les semaines d'une base transparente au silicium et de deux couches de vernis opaques au silicium également avant d'appliquer deux couches d'une base transparente par-dessus, également au silicium.

Les patientes doivent également hydrater leurs ongles avec une huile hydratante, par exemple l'huile de ricin en massant bien la base unguéale. On peut également leur conseiller d'associer de la vitamine E ou quelques gouttes d'huile essentielle de citron.

Pour les patientes âgées qui pourraient avoir du mal à se prodiguer les soins, on peut conseiller d'accompagnement par un pédicure-podologue.

Les patientes devront également adopter les bons gestes :

- Porter des chaussures adaptées, pas trop serrées et souples afin de limiter au maximum le risque de blessures.
- Porter des gants pour les activités et tâches qui nécessitent un contact prolongé avec de l'eau ou des produits détergent (vaisselle, ménage, jardinage...)
- Couper régulièrement et pas trop court les ongles avec des ciseaux propres.
- Utiliser du dissolvant doux sans acétone.
- Utiliser des crèmes et vernis à base d'urée pour éviter le dessèchement des ongles et de leur pourtour.
- Ne pas couper les cuticules autour des ongles.
- Éviter de marcher pieds nus.
- Éviter l'exposition au soleil.
- Éviter de rester trop longtemps dans l'eau.
- Éviter les manucures trop agressives, les paillettes, les ongles en gel...

Au comptoir, dans le cas où la patiente présenterait une infection, il faudrait lui conseiller une solution antiseptique afin de faire des bains et lui conseiller de voir rapidement son médecin car le risque principal reste la surinfection. Il faudra donc pour la traiter une prescription antibiotique et/ou antifongique. [40]

d. Troubles capillaires et alopecie

i. L'alopecie et les traitements anticancéreux

L'alopecie correspond à la perte partielle ou totale des cheveux et s'accompagne ou non de la perte des poils du corps (pubis, aisselles, cils et sourcils). [41]

La perte des cheveux est l'effet indésirable le plus appréhendé et redouté par les patientes. Depuis de nombreuses années, elle est associée à cette maladie et provoque des retentissements psychologiques majeurs. Cette perte est majoritairement causée par la chimiothérapie mais également dans certains cas par la thérapie ciblée. Même si c'est un désagrément connu, qui n'est cependant pas systématique, qu'on annonce généralement en amont de la chimiothérapie, la perte des cheveux est toujours traumatisante pour les patientes. [41]

Tous les traitements n'induisent pas la même sévérité ni les mêmes effets, il faudra adapter le discours en fonction du traitement envisagé pour la patiente.

L'alopecie chimio-induite :

La patiente peut ressentir des picotements et des irritations du cuir chevelu avant la perte des cheveux. La perte de cheveux survient en générale brutalement dans les premiers jours, elle est la plupart du temps réversible. Cependant, lorsque le cheveu repoussera, on observera une modification de l'aspect, de la texture mais également de la couleur. Les cils et les sourcils ne sont pas toujours touchés, et leur atteinte est le plus souvent secondaire.

La repousse intervient dans les 3 à 6 mois après l'arrêt de la chimiothérapie et elle est assez lente (quelques centimètres par mois). [42]

L'alopecie induite par les thérapies ciblées :

Elle est beaucoup plus modérée que celle induite par la chimiothérapie. [42]

L'alopecie induite par l'hormonothérapie :

À la suite de la prise de traitement hormonaux, on observera souvent un éclaircissement des cheveux. Il survient progressivement au bout de plusieurs années de traitement. [42]

ii. La prise en charge de l'alopecie et les soins de la patiente

La patiente est informée par son oncologue des effets néfastes des traitements. Cependant, la survenue de l'alopecie est toujours traumatisante pour la patiente. Un accompagnement spécialisé est très important pour un bon suivi du traitement. [43]

L'accompagnement de la patiente [43]:

- Rassurer la patiente tout en l'informant et ne jamais minimiser une faible alopecie (par exemple sous thérapie ciblée). Un faible risque doit toujours être mis en évidence pour éviter de traumatiser la patiente si, malheureusement, il survient. (Par exemple : risque de perte irréversible des cheveux avec les taxanes)
- Penser à réorienter la patiente vers d'autres professionnels de santé : psychologues, associations de patientes

Les conseils préventifs [43]:

- Adopter une coupe courte pour minimiser le choc, aider la patiente à ne pas subir la perte de ses cheveux longs.

- Ménager les cheveux dès le début du traitement en lavant avec un shampoing doux.
- Ne pas laver les cheveux dans les 3 à 5 jours après la séance de chimiothérapie et ne pas trop les laver (1 à 2 shampoings par semaine) et utiliser une eau pas trop chaude, voire tiède.
- Sécher les cheveux délicatement en tamponnant avec une serviette
- Les produits d'entretien du cheveu classique sont à proscrire. On évite d'utiliser des gels, mousses mais également le sèche cheveu, le lisseur...
- Utiliser une brosse à poils souples

L'information sur l'utilisation du casque réfrigérant [43]:

- Certains centres d'oncologie utilisent un casque réfrigérant durant la chimiothérapie afin de limiter la pénétration des toxines
- L'utilisation n'est pas généralisée et d'autant moins en France

Les soins dermo-cosmétiques [43] :

- Shampoings doux : Kérium doux de La Roche Posay®, Sensinol de Ducray®, Shampoing-Soin Même®
- Appliquer un soin qui va nourrir le cuir chevelu et le cheveu : Huile de soin végétale de ricin, de jojoba ou d'amande douce ou la brume de soin Même®
- Appliquer une protection solaire ou porter une protection vestimentaire (foulard sur le cuir chevelu par exemple), si perte des cils porter des lunettes de soleil.
- Application d'un sérum revitalisant par exemple celui de chez Même® pour nourrir les cils et les sourcils.

5. Accompagnement à la chirurgie post opératoire : La cicatrice

A la sortie de l'hospitalisation, les patientes se voient remettre une ordonnance avec le nécessaire pour les soins post-opératoires à faire à la maison. Lors de cette délivrance, les patientes ont souvent des questions et le Pharmacien joue un rôle essentiel.

En général, la cicatrice n'a pas besoin d'être couverte. Il faudra simplement la nettoyer avec un antiseptique. Les fils sont la plupart du temps résorbables, et n'ont pas besoin d'être retirés par une infirmière.

Il faut rassurer la patiente sur la perte de sensibilité au niveau de la zone opérée, elle est normale.

Dans les jours suivants l'opération, la patiente pourra avoir un gonflement au niveau de la zone opérée à cause de l'accumulation de lymphes. Ça peut entraîner une douleur. Il faudra en parler aux infirmiers lors de la prochaine visite de contrôle.

Il est aussi possible que du liquide jaune s'écoule de la plaie (lymphe). Il faut simplement nettoyer et mettre des compresses pour absorber le liquide. Normalement, l'écoulement diminue au cours des semaines suivant l'opération.

Pour la toilette, il faut conseiller à un savon à pH neutre (savon de Marseille ou gel lavant Cicaplast® de chez la Roche Posay® par exemple sont souvent prescrits). Après la toilette, il faudra sécher en tamponnant délicatement.

L'utilisation de rasoir est déconseillée, il faudra utiliser une crème dépilatoire.

On conseillera également un déodorant sans alcool.

La patiente pourra porter son soutien-gorge habituel mais souvent un soutien-gorge sans armature est plus confortable.

En ce qui concerne les soins à apporter à la cicatrice, il ne faut rien faire tant qu'il y a des croûtes. Une fois les croûtes disparues, on conseillera à la patiente d'hydrater la cicatrice avec une crème tous les jours. Il faudra aussi protéger la cicatrice du soleil avec une crème à indice 50.

Le massage de la cicatrice est à conseiller aux patientes 2 mois après l'intervention. Elle pourra utiliser une crème grasse ou une huile comme l'huile d'amande douce par exemple pendant 5 minutes chaque jour en massant délicatement (palper-rouler). Le mieux est de masser la cicatrice pendant 1 à 2 mois. [44], [45]

6. Le lymphœdème

a. Qu'est-ce que le lymphœdème ?

Le lymphœdème correspond à une accumulation de la lymphe dans une région du corps par suite d'un dysfonctionnement du système lymphatique entraînant le gonflement d'un membre. [46] (Figure 19)



Figure 19 : Lymphoedème du membre supérieur [47]

Au cours du traitement de leur cancer, de nombreuses patientes présenteront un lymphoedème du membre supérieur. C'est un lymphoedème dit secondaire. Les symptômes sont non seulement une augmentation du volume mais également une sensation de tension et de lourdeur du membre parfois accompagné d'une modification de la peau (peau plus épaisse, peau d'orange). La mobilité sera réduite au niveau du membre atteint. Il ne faut pas négliger l'aspect psychologique, en effet les patientes se voient diminuer et il peut s'en suivre une véritable détresse psychologique.

Le diagnostic du lymphoedème est réellement établi quand il y a une différence de volume de 10% entre les deux membres. Environ 15 et 20 % des femmes en souffrent après un curage axillaire et, entre 6 et 8 %, après une intervention utilisant la technique du ganglion sentinelle. [48]

Le lymphoedème peut apparaître lors d'une prise en charge pour le cancer du sein [47]:

- Secondairement à un curage axillaire
- Par suite d'une radiothérapie du sein ou axillaire ou sus claviculaire
- A cause d'un trouble veineux du côté du sein atteint à cause de la pose d'une chambre, d'un cathéter veineux central ...
- Durant une chimiothérapie (notamment par les taxanes)
- Si de nombreux ganglions sont atteints
- Si la tumeur envahit la capsule du sein

L'hypertension et l'obésité sont deux facteurs qui augmentent le risque de lymphœdèmes au cours de la prise en charge du cancer du sein.

b. Prise en charge du lymphœdème.

Il n'existe pas de traitement curatif pour traiter le lymphœdème. Le traitement va consister en une prise en charge globale symptomatique visant à :

- Améliorer la circulation lymphatique
- Améliorer la circulation veineuse
- Réduire le volume du membre afin de retrouver non seulement de la mobilité mais également l'esthétique.

Physiothérapie combinée décongestive :

Le traitement principal est la physiothérapie combinée décongestive. En phase de traitement intensif, il faudra appliquer des bandages réducteurs qui sont multicouches avec des bandes très peu voire pas du tout élastiques (Somos®, Medica 135®, Flexidea®, Biflex®...) On mettra donc plusieurs couches de différentes bandes, d'abord des bandes un peu élastiques puis des bandes pas élastiques. (Figure 20) Il faut bien protéger la peau avec un jersey et on utilisera une mousse pour combler les trous liés à l'anatomie de la patiente ou au lymphœdème lui-même. Le bandage permet aussi d'augmenter la circulation lymphatique en augmentant la température du membre de 3 à 4 degrés. [49]



Figure 20 : Bandage du membre supérieur : Capitonnage de mousse et application d'une bande peu élastique de type Somos® [48]

Ce type de bandage est difficile à mettre en place et à accepter pour les patientes. Les conséquences sur la mobilité et la vie sociale des patientes sont à prendre en considération. Le

manchon exige le port de vêtements très amples. Le manchon Mobiderm® de chez Thuasne® reproduit un peu ce système tout en étant plus simple d'utilisation. [49] (Figure 21)



Figure 21 : Manchon Mobiderm® de chez Thuasne® [50]

Ensuite, dans la phase de stabilisation du traitement, on utilise un manchon de compression élastique qu'il faudra retirer la nuit. Le manchon de compression doit être fait sur-mesure et le prescripteur doit choisir le type de contention et la force de contention (souvent la classe III est préconisée). Il faut bien questionner la patiente afin de s'orienter vers le bon dispositif.

Il existe deux types de tricotage :

- Le tricotage rectiligne : prise en charge des lymphœdèmes de stade avancé, dysmorphiques. Il est plus épais et plus gainant.
- Le tricotage circulaire : prise en charge des œdèmes modérés en phase préventive.

Il existe différents types de finition : élastique ou en dentelle avec un dispositif antiglisser. Si la patiente a une bonne tonicité et pratique des activités, il faudra l'orienter vers une finition élastique. La finition en dentelle est plus adaptée à une patiente âgée qui a une moins bonne tonicité musculaire.

La patiente peut choisir d'associer une mitaine à son manchon (dans la majorité des cas, les patientes préfèrent sans mitaine car c'est moins contraignant et également moins visible) (Figure 22)



Figure 22 : Manchon de compression avec mitaine pour lymphœdème du membre supérieur [48]

Le pharmacien est chargé de prendre les mesures et de délivrer le manchon et de prodiguer les conseils essentiels à la patiente :

- La prise des mesures doit se faire le matin (cf Annexe 1 : Fiche de prise de mesure Thuasne®)
- Il faut informer la patiente sur la nécessité de reprendre les mesures dans 6 mois.
- Le manchon doit être essayé à l'officine avec la patiente
- Pour enfiler le manchon, il faut le retourner jusqu'au niveau de la main puis le faire glisser le long du bras. Si la patiente éprouve des difficultés à l'enfilage, il faut proposer un enfile manchon.
- Bien expliquer à la patiente qu'il faut enlever les plis pour positionner le manchon parfaitement
- Pour laver le manchon, il ne faut pas utiliser d'assouplissant et le rincer à l'eau froide ou tiède, ne pas le tordre pour l'essorer
- Faire sécher à plat, jamais sur une source de chaleur

Drainage lymphatique :

Afin d'améliorer la circulation de la lymphe, les patientes se verront proposer le drainage lymphatique par un kinésithérapeute. [49] (Figure 23)

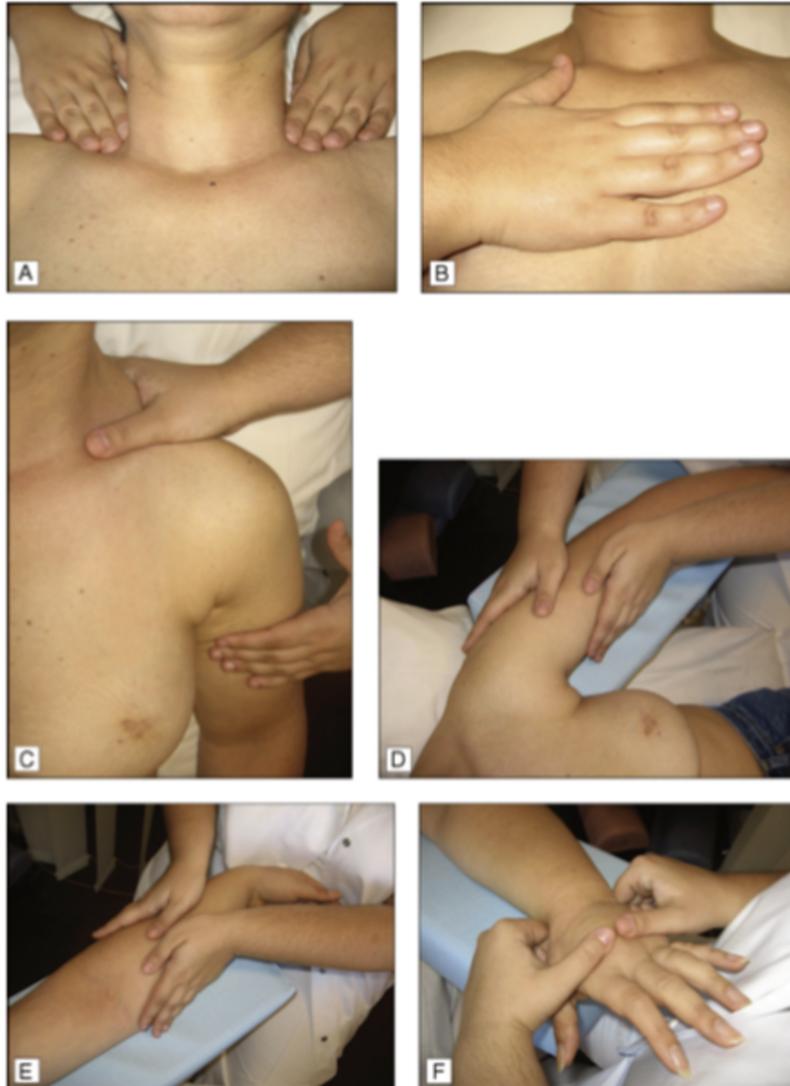


Figure 23 : Drainage lymphatique du membre supérieur par un kinésithérapeute [49]

D'un point de vue pharmacologique, seul l'endotélon®, molécule de la famille des flavonoïdes, a reçu une AMM avec les indications suivantes : « traitement du lymphœdème du membre supérieur après traitement radio-chirurgical du cancer du sein, en complément des méthodes physiques et surtout de la contention élastique adaptée, ou utilisé seul chez les patientes ne pouvant bénéficier du traitement physique qui est le traitement princeps du lymphœdème. » [46]

Ils ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie car le service médical rendu est insuffisant. [46]

c. Conseils préventifs du pharmacien

Le pharmacien pourra prodiguer quelques conseils pour prévenir l'apparition et l'aggravation du lymphœdème [51] :

- Utiliser et mobiliser le membre permet de prévenir le lymphœdème

- Pratiquer une activité physique
- Contrôler la prise de poids
- Désinfecter coupures et brûlures
- Réaliser les prises de sang et les prises tensionnelles du côté non opéré
- Porter des gants pour le jardinage
- Aucune contre-indication à prendre l'avion
- Se protéger du soleil

7. Bouffées de chaleur

Les bouffées de chaleur sont induites par l'hormonothérapie. Les traitements sont anti-ostrogéniques (tamoxifène) et provoquent donc les effets de la ménopause : bouffées de chaleur, irritabilité, troubles du sommeil, prise de poids ...

Les bouffées de chaleur peuvent être traités par :

- L'abufène, molécule de la famille des béta-alanines
- L'Acthéane, spécialité homéopathique

Aucune de ces deux spécialités n'a prouvé une efficacité en réalité. C'est pour cela que des études sont en cours pour trouver d'autres moyens de traiter cet effet indésirable.

Des études ont été menées sur l'intérêt de l'utilisation des ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) et IRNaS (Inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine). [52] Ils agissent par inhibition de l'action de la noradrénaline et de la sérotonine initiatrices de la variation de la température corporelle. En effet, l'excès de noradrénaline et de sérotonine permettra une vasoconstriction des vaisseaux et diminuera l'hyper-débit à l'origine de l'augmentation de la température corporelle. Les résultats des études montrent une efficacité modérée.

D'autres études ont été menées afin de tester l'efficacité de la gabapentine et de la prégabaline, molécules antiépileptiques. [52] On les utilise car elles diminuent l'hyperactivité noradrénergique. La gabapentine a montré une efficacité.

Un antagoniste du récepteur à la neurokinine 3 a été proposé car on a observé que la signalisation de la neurokinine B était augmentée chez les femmes ménopausées et qu'elles intervenaient dans la genèse des bouffées de chaleur. Lors de l'étude de phase 2, il a montré une efficacité significative. [52]

Le traitement des bouffées de chaleur est comme on a pu le voir encore compliqué.

II. Féminité et cancer du sein

Les traitements anticancéreux entraînent une modification de l'image corporelle. Comme on a pu le voir auparavant, les patientes devront faire face à des désagréments cutanés mais également dans certains cas à la perte de leur cheveux, cils et/ou sourcils. Le cancer du sein est une épreuve aussi bien physique que psychique car le corps est modifié et les patientes perdent leur féminité. Il est important de savoir les conseiller au mieux et de savoir ce qui existe pour les aider à travers cette épreuve.

1. Les dermocosmétiques

Les effets indésirables dégradant l'image corporelle sont nombreux comme on a pu le voir précédemment

Il ne faut pas craindre de conseiller aux patientes le maquillage afin de retrouver une meilleure estime de soi. La confiance est un élément important dans la lutte contre la maladie.

Avant toute chose, il faut conseiller des produits dermocosmétiques des laboratoires pharmaceutiques et dermatologiques. Les produits issus du thermalisme constituent une bonne option. Il faut que les produits aient été testés et aient une très bonne tolérance afin de garantir une parfaite innocuité. Il ne faudrait pas que les produits soient délétères à la peau des patientes qui est déjà fragilisée par les traitements. [53]

Les produits doivent être :

- Hypoallergéniques c'est-à-dire sans alcool et sans parfum
- Sans conservateurs
- Sans parabène
- Non comédogènes
- Avec un indice de protection solaire pour les produits de jour
- Adapter aux problèmes de la patiente, et donc assez pigmenté s'il faut corriger une coloration du teint.

Les conseils doivent être facilement reproductibles à la maison et donc adaptés à l'auto-maquillage. Il faut bien expliquer aux patientes en leur montrant comment le reproduire. (Figure 24)



Figure 24 : Exemple de mise en place de conseils pour aider les patientes à se maquiller [53]

Pour le teint, on peut conseiller de :

- Nettoyer le visage
- D'appliquer une crème hydratante pour peaux sensibles et réactives
- D'appliquer un correcteur de teint (couleur opposée à celle des imperfections) par exemple le Couvrance Stick Correcteur de chez Avène®.
- D'appliquer un fond de teint pour unifier
- D'appliquer une anticerne pour éclaircir le contour de l'œil (choisir une couleur identique à la peau mais une teinte plus claire)
- D'appliquer une poudre pour fixer le maquillage : soit une poudre libre, une terre de soleil pour donner bonne mine ou encore un blush sur l'arrondi pommette

Pour les sourcils, on peut conseiller :

- De photographier les sourcils avant la perte.
- De redessiner la ligne des sourcils de manière naturelle et avec un crayon adapter semi-gras à la couleur du cheveu ou de la prothèse capillaire. (Figure 25)



Figure 25 : Redessiner la ligne des sourcils sur une patiente. [53]

Pour les yeux, on peut conseiller :

- D'utiliser du fard à paupière pour intensifier le regard et faire ressortir la couleur des yeux.
- D'éclairer le coin interne de l'œil avec un fard à paupière beige, irisé ou rosé.
- D'éviter le mascara car il favorise la prolifération des bactéries mais également parce qu'il est difficile à retirer. Il peut favoriser la chute des cils plus précocement.
- D'utiliser préférentiellement un crayon eye-liner ou un crayon pour les yeux (Respectissime de chez La Roche Posay® par exemple). On conseille de l'appliquer après le fard à paupière.
- Pour se démaquiller, il faut utiliser un produit très doux. Les produits biphasiques constituent une bonne option car ils démaquillent en douceur et sont hydratants (Respectissime ou encore Tolériane yeux de chez La Roche Posay®).

Pour les lèvres, on peut conseiller :

- D'hydrater les lèvres avec un baume à lèvres plusieurs fois par jour (Cicaplast baume réparateur Lèvre de chez La Roche Posay®, Cold Cream Lèvre de chez Avène®).
- D'appliquer un rouge à lèvres plutôt clair et lumineux pour booster l'éclat du teint. Si le maquillage des yeux est prononcé, il faudra que le rouge à lèvres soit discret (Couvance Baume Embellisseur Lèvre Avène®, Tolériane Novalip hydratant La Roche Posay®). [54]
- De choisir un rouge à lèvres hydratant et d'éviter les rouges à lèvres matifiants, parfois desséchants.

2. Les prothèses capillaires

Lorsque la patiente perd ses cheveux dans la quasi-totalité, il est important de lui conseiller une prothèse capillaire. Cependant, elle peut aussi se tourner vers un foulard, un turban, un chapeau... L'intérêt est en premier lieu de protéger le cuir chevelu des agressions extérieures : le froid et le soleil. [43]

Le choix de la prothèse doit se faire en amont de la perte de cheveux afin de ne pas se trouver dépourvue au moment de sa survenue. Il faut conseiller à la patiente d'être accompagnée d'un proche pour faciliter le choix.

Les pharmacies peuvent délivrer des prothèses capillaires. Si aucune pharmacie n'en délivre à proximité du domicile de la patiente, le pharmacien peut consulter le site de l'INCa dans le répertoire les magasins revendeurs de prothèses.

La patiente aura le choix entre une prothèse synthétique ou une prothèse en cheveux naturels. Les cheveux naturels demandent un entretien plus soigné mais la durabilité est plus grande.

Il faut informer les patientes de la prise en charge des prothèses capillaires par la sécurité sociale. Munies d'une prescription, la sécurité sociale prend en charge les prothèses capillaires selon la classe. La plupart des complémentaires, selon le contrat, rembourse une partie ou la

totalité du dépassement. Les femmes ne sont souvent pas au courant de cette prise en charge, l'information est essentielle.

Il existe 2 classes de perruques [55] :

- Classe 1 : la perruque est composée de cheveux synthétiques (dont au moins 15 cm² sont implantés à la main)
Base de remboursement : 350 euros et peut englober la prise en charge d'un accessoire textile.

- Classe 2 : la perruque est composée de 30% de cheveux naturels, ou de cheveux synthétiques (dont au moins 30 cm² sont implantés à la main)
Base de remboursement : 250 euros et peut englober aussi la prise en charge d'un accessoire textile. Prix maximum fixé à 700 euros.

- Prothèse capillaire partielle
Base de remboursement : 125 euros

L'Assurance Maladie peut prendre en charge 3 accessoires jusqu'à 20 €, avec un prix de vente maximal fixé à 40 €.

Le tableau 6 est un récapitulatif des tarifs de remboursement des prothèses capillaires qui peut facilement être affiché dans une officine pour mémoire car très lisible.

Prothèses et accessoires				
	Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Prix limite de vente par le distributeur	Reste à charge avant assurance complémentaire	Renouvellement
Prothèse capillaire totale de classe I + un accessoire textile*	350 €	350 €	0 €	Possible au bout de 12 mois suivant la date de prise en charge précédente
Prothèse capillaire totale de classe II + un accessoire textile*	250 €	700 €	Entre 0 et 450 €	
Prothèse capillaire partielle + un accessoire textile*	125 €	125 €	0 €	
Accessoires capillaires (par 3)	20 €	40 €	Entre 0 et 20 €	
*La prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue.				

Tableau 6 : Remboursement des prothèses capillaires par l'Assurance Maladie et tarifs maximum fixés (2021) [55]

La perruque doit être nettoyée une à deux fois par mois. Il existe des shampoings doux spécifiques pour les cheveux synthétiques. Il faudra ensuite faire sécher la perruque à l'air libre sur un support dédié, ne pas utiliser de sèche-cheveux après l'avoir délicatement séchée avec une serviette éponge. Il ne faut pas essorer la perruque, ni la tordre.

Il existe également des turbans si la patiente ne veut pas porter de perruque ou si elle souhaite alterner. [41]

3. Soins de support

Les soins de supports sont définis par l'Association Francophone des soins oncologiques de support comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves »

Les soins de support sont proposés dès l'annonce de la maladie aux patientes et servent à assurer une bonne qualité de vie tout au long de la maladie. Toutes les patientes doivent y avoir accès.

Parmi les soins de support, on pourra citer : la sophrologie, l'acupuncture, l'auriculothérapie (stimulation de divers points sur l'oreille), l'homéopathie ou encore l'hypnose.

Ce sont des thérapies non médicamenteuses, elles viennent compléter les traitements en cours. C'est une pratique complémentaire qui ne doit pas remplacer un traitement. [56]

4. Entretien pharmaceutique

D'après l'INCa, 382 000 cas de cancer ont été recensés en 2018 et la moitié des patients guérissent de leur cancer. Avant, le traitement des cancers était hospitalier car on avait recours à la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Désormais, nous utilisons très souvent des thérapies ciblées ciblant directement les cellules cancéreuses. Plus de 75% de ces thérapies ciblées sont des traitements *per os* directement délivrés à l'officine. [57]

L'impact de ces nouvelles thérapies est très important sur la qualité de vie des patientes qui est améliorée comparativement aux traitements injectables. Cependant, on voit apparaître d'autres problèmes. En effet, l'observance est un élément important sur lequel le pharmacien doit être attentif lors de la première délivrance mais également lors des renouvellements. De plus, les effets indésirables de ces thérapies sont tout de même à prendre en compte et la biodisponibilité varie en fonction des repas, des horaires de prise et des patients.

Conduire un entretien pharmaceutique :

L'entretien pharmaceutique doit être proposé aussi bien en initiation de traitement qu'au patient déjà sous traitement.

Durant l'entretien initial, le pharmacien :

- Recueil des informations sur le patient :

Nom et prénom
Age
Numéro de sécurité sociale
Régime d'affiliation
Adresse
Poids et taille (IMC)
Nom du ou des traitements anticancéreux oraux prescrits,
Autres traitements médicamenteux au long cours
Autres médicaments/produits consommés par le patient,
Habitudes de vie (alimentation, alcool, tabac, activité physique...)
Allergies et intolérances
Identification des situations nécessitant une assistance (difficultés motrices, cognitives, sensorielles, sociales),
Nom du médecin traitant et coordonnées du service d'oncologie.

- Évalue les connaissances du patient sur sa maladie et ses traitements
- Informe le patient sur les modalités de prise de son traitement

- Analyse les interactions médicamenteuses
- Rappelle au patient l'importance de toujours demander l'avis d'un pharmacien ou d'un médecin avant de prendre un complément alimentaire ou de faire de l'automédication.

Durant un deuxième entretien, le pharmacien :

- Demande au patient les difficultés qu'il rencontre avec son traitement dans sa vie quotidienne
- Demande au patient s'il a pris ou perdu du poids (important pour adapter la posologie et peut donc nécessiter d'orienter le patient vers son oncologue)

Durant un troisième entretien, le pharmacien :

- Évalue l'observance du patient
- Demande au patient s'il présente des effets indésirables, lui propose des solutions si c'est le cas.

Le pharmacien peut proposer l'ouverture d'un DP et d'un DMP en expliquant l'utilité pour limiter les interactions médicamenteuses et coordonner son suivi par les différents acteurs de santé.

A la fin des entretiens, il faut toujours demander au patient s'il a des questions. [57]

PARTIE III : Les prothèses mammaires externes

Selon les chiffres de l’OMS en 2019, 2,1 millions de femmes ont été atteintes d’un cancer du sein. Environ 36% de ces femmes ont eu besoin d’une mastectomie au cours de leur traitement et 80% de celle-ci auront recours à une prothèse mammaire externe (PME) à la suite de leur opération. [58]

I. La réglementation des prothèses mammaires externes

1. Qu’est qu’une PME ?

Une prothèse mammaire externe est une poitrine artificielle qui s’adapte à la morphologie de la patiente et qui est adaptée au port du soutien-gorge. Elle remplace la poitrine naturelle. Elle est la plupart du temps utilisée après une mastectomie mais peut également être proposée aux femmes ayant subi une excision partielle.

Elle est proposée très rapidement aux patientes, environ une semaine après la chirurgie. La prothèse qu’on va appeler définitive, c’est-à-dire en gel de silicone est en général placée deux mois après la chirurgie. On l’utilise également en attendant de pouvoir faire une reconstruction mammaire.

Les prothèses mammaires externes permettent aux femmes de garder une féminité et de se sentir plus confiante. C’est également très important pour garder un certain équilibre et une symétrie au niveau du corps mais également pour le moral des femmes atteintes d’un cancer du sein.

2. Indication et prescription

Pour délivrer une prothèse mammaire externe et que la patiente puisse prétendre à un remboursement, il faut que le médecin remplisse une prescription sur un formulaire spécifique (Figure 26). Il indique alors si la patiente présente ou non des symptômes courants dans le cancer du sein. Cette indication va déterminer la catégorie de la prothèse mammaire que le pharmacien va délivrer : prothèse mammaire standard ou prothèse mammaire technique. La seule exception est si la peau est fragilisée par de la radiothérapie, dans ce cas la patiente se verra délivrer une prothèse temporaire en tissu et non en silicone.

Si la patiente a une prescription de prothèse mammaire standard mais souhaite une prothèse technique, elle peut tout de même l’obtenir mais elle aura un reste à charge à ajouter.

Modèle de prescription d'une prothèse mammaire externe

Date de la prescription : □□/□□/□□□□

Nom et prénom de la patiente :

Date de naissance : □□/□□/□□□□

Poids : □□□ Kg

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

- sein gauche
- sein droit

Indication

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

Historique de prescription de prothèse mammaire externe

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

En cas de mastectomie :

Date de la mastectomie : □□/□□/□□□□

Type de mastectomie

- mastectomie partielle
- mastectomie totale

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

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

→ une prothèse mammaire externe est prescrite : Oui Non

[CACHET DU MÉDECIN]

Figure 26 : Exemple d'un formulaire de prescription d'une PME

3. Remboursement et renouvellement

Le remboursement est effectué en deux parties : la prothèse mammaire d'une part, et la prestation d'appareillage d'autre part.

En ce qui concerne les prothèses standards : Le remboursement est de 85,70 € pour la prothèse et 94,30 € pour la prestation d'appareillage. Elles sont remboursées à hauteur de 180 €.

En ce qui concerne les prothèses techniques : Le remboursement est de 118,69 € pour la prothèse et de 94,30 € pour la prestation d'appareillage. Elles sont remboursées à hauteur de 212,99 €.

La patiente peut si elle le souhaite choisir une prothèse technique alors que le médecin lui a fait une prescription pour un modèle standard. La prothèse sera alors facturée 212,99 € à la patiente et remboursée 180 €. Le reste à charge est de 32,99 € pour la patiente qui peut faire l'objet d'un remboursement par la mutuelle (selon les contrats).

Une prothèse textile temporaire pour la convalescence est facturée et remboursée 25 euros.

Si la patiente présente une cicatrice non cicatrisée ou que sa peau est lésée par de la radiothérapie, la première prothèse qui lui sera proposée sera une prothèse textile pour 2 mois minimum.

Une fois que la peau sera cicatrisée, on lui fera une prescription pour une prothèse standard ou technique en gel de silicone non adhérente obligatoirement puis on lui proposera un renouvellement de la prothèse 12 mois après soit 14 mois après l'opération.

Tous les renouvellements suivants se font tous les 18 mois sur présentation d'une ordonnance.

Il est bien sûr possible de faire évaluer son dispositif gracieusement entre les renouvellements afin de vérifier l'état de la prothèse mais aussi de s'assurer qu'elle est toujours adaptée à la patiente.

II. Les différentes prothèses mammaires externes

1. Les différents types de PME

a. Les prothèses mammaires externes transitoires

Ces prothèses sont dites transitoires, on équipe en général la patiente avec ces prothèses s'il y a des tissus cicatriciels ou si la peau est abîmée par une radiothérapie en cours. Elle peut être appliquée juste après l'opération. Elle pourra être remplacée par une prothèse en gel de silicone sous 2 mois, une fois la peau cicatrisée.

Elle est composée de fibres textiles afin de ne pas exercer de pression sur les cicatrices et de ne pas irriter la peau (Figure 27 pour la prothèse de la marque Amoena® et Figure 28 pour la prothèse de la marque Thuasne®). Elle se glisse dans la poche d'un soutien-gorge post-opératoire. La face interne est antibactérienne.



Figure 27 : Prothèse Priform premium et Priform standart Amoena® [59]



Figure 28 : Prothèse Silima® Fiberfill et Fiberfill ovale Thuasne® [60]

La prothèse Fiberfill est composée à l'intérieur d'une mousse légère et ajustable.

b. Les prothèses mammaires externes standards

Les prothèses mammaires dites standards conviennent aux femmes qui n'ont pas de symptômes particuliers. Elles permettent de rétablir la symétrie et offrent un rendu naturel grâce à film « super soft » qui confère un toucher très doux. (Figure 29 et 30)



Figure 29 : Prothèse Essential Amoena® [59]



Figure 30 : Prothèse Silima Shell post-tumorectomie Thuasne® [60]



Figure 31 : Prothèse Serena Thuasne® [60]

La prothèse Serena de la marque Thuasne® existe de différentes formes afin de s'adapter au nouveau corps des patientes (Figure 31).

Si la patiente a un déficit de substance équilibré, on lui proposera la forme triangulaire (Serena triangulaire).

Si la patiente a un déficit de substance localisé, on pourra proposer la prothèse Serena cœur. Elle convient notamment aux patientes ayant un déficit au niveau du décolleté et peut aussi être proposée aux femmes ayant subi un curage axillaire peu invasif. Il existe également la prothèse Serena ovale en creux rond ou creux ovale à l'intérieur pour s'adapter aux cicatrices.

c. Les prothèses mammaires externes techniques

Pour rappel, les prothèses mammaires techniques sont prescrites si la patiente présente des symptômes dus à son cancer du sein. Le pharmacien conseillera alors la patiente au mieux pour s'adapter à ses symptômes et les rendre moins désagréables.

Prothèse mammaire avec face interne adhérente

Ces prothèses adhèrent à la peau et permettent à la patiente de ne faire qu'un avec sa prothèse. Tout comme la poitrine au naturel, c'est la paroi thoracique qui supporte le poids de la prothèse et non le cou et les épaules.

Cette prothèse permet une vie active et des choix vestimentaires larges.

Le pharmacien pourra conseiller cette prothèse si la patiente a une poitrine généreuse. Elle conviendra également aux femmes souffrant de douleurs au dos, aux épaules et au cou. Elle a également une indication en cas de lymphœdème. (Figure 32 et 33)



Figure 32 : Prothèse Contact Amoena® [59]



Figure 33: Prothèse Silima Shell direct one adhésive Thuasne® [60]

La prothèse Silima Elite de chez Thuasne (non adhérente) est également très bien adaptée pour les grands bonnets. (Figure 34)



Figure 34 : Prothèse Silima Elite Thuasne® [60]
(Non adhésive mais très légère et adaptée aux bonnet D à G)

Prothèse mammaire avec face interne respirante

Cette prothèse présente un système innovant avec des perles 3D (Figure 35) sur la face interne pour une meilleure circulation de l'air. Elle est très légère.

Elle est indiquée :

- Pour les femmes souffrant de bouffées de chaleur à la suite de la ménopause ou à la prise de médicaments.
- Pour les femmes qui sont sensibles à la sudation à l'effort ou en cas de fortes chaleurs.

- Aux femmes sportives ou souhaitant pratiquer une activité régulière.



Figure 35 : Prothèse Energy Amoena® [59]

Chez Thuasne, l'équivalent dans cette indication est la prothèse Silima Ultra light Thuasne®. (Figure 36)



Figure 36 : Prothèse Silima Ultra light Thuasne® [60]

Prothèse mammaire avec face interne qui régule la température

Cette prothèse permet de limiter l'accumulation et la sensation de chaleur. Elle est également très légère (30% en comparaison avec d'autres prothèses). (Figure 37)
Elle est indiquée en cas de présence de tissu cicatriciel pour éviter l'humidité sur les tissus.



Figure 37 : Prothèse Natura Amoena® [59]

Prothèse mammaire post-mastectomie radicale (avec curage peu invasif ou très invasif)

Elles permettent de combler un ptôse importante. (Figure 38 et 39)



Figure 38 : Prothèse Silima soft & light asymétrique Thuasne® [60]



Figure 39 : Prothèse Silima soft & light cœur Thuasne® [60]

Prothèse mammaire ajustable

Cette prothèse a un volume d'air ajustable par la patiente elle-même grâce à un système de pompe. Elle est en moyenne 25% plus légère en comparaison avec d'autres prothèses. Elle épouse parfaitement le thorax grâce à son adaptabilité. Elle n'est pas remboursée par la sécurité sociale. (Figure 40)

Elle est indiquée :

- En cas de présence de tissus cicatriciels irréguliers
- En cas de fluctuation du poids et donc de taille de bonnet
- En cas de présence d'un gonflement par la suite d'une lymphœdème ou d'un œdème du thorax.
- Si la patiente souhaite une symétrie parfaite.



Figure 40 : Prothèse AdapT air Amoena® [59]

d. Les compléments mammaires

Les compléments mammaires visent à corriger une asymétrie par suite d'une chirurgie partielle ou à des biopsies multiples qui auraient entraîné une légère déformation ou asymétrie.

Il existe 4 formes de complément mammaire (Figure 41) :

- Delta
- Ovale
- Varia
- Ellipse



Figure 41 : Compléments mammaires de la forme delta à la forme à ellipse [59]

III. La délivrance des prothèses mammaires externes et conseils à l'officine

1. L'aménagement de l'espace de confidentialité.

Délivrer des prothèses mammaires externes nécessite d'avoir une pièce dédiée, le pharmacien doit prévoir une pièce, la plus agréable possible, avec une cabine d'essayage afin de préserver l'intimité des patientes et qu'elles se sentent en confiance. (Figure 42)

UN LOCAL ADAPTÉ exemple de base de travail

Les locaux doivent être équipés de manière à **garantir l'intimité de la patiente** lors de l'accueil et des essayages (isolation visuelle et phonique : salon ou cabine d'essayage individuel, miroir, etc.). L'essayage est obligatoire avant la délivrance du produit. Le distributeur doit informer que l'essayage n'engage pas à l'achat.^[6]



Figure 42 : Exemple d'espace de confidentialité[60]

2. L'entretien avec la patiente

Il faut tout d'abord discuter avec la patiente. Le choix d'une prothèse demande un peu de temps, un rendez-vous peut durer entre 45 min voire dans certains cas jusqu'à 1h30. Le pharmacien doit s'assurer que la patiente a prévu suffisamment de temps. Il faut mettre en confiance la patiente afin qu'elle ose nous dire comment elle se sent lors des essayages.

La première chose à faire est de demander la prescription, s'il y en a une. L'analyse de la prescription permet d'identifier le type de prothèse prescrit (textile, standard ou technique) et de se renseigner sur le parcours de la patiente. En effet, nos questions seront différentes selon la situation de la patiente (renouvellement de prothèse ou première délivrance). On pourra également discuter des éventuelles pathologies identifiées par le médecin mais aussi prendre en compte l'avis de la patiente, son mode de vie, ses aspirations.

L'histoire de l'opération fait partie des éléments dont nous avons besoin notamment lors du choix de la forme de la prothèse. Si la patiente a subi un curetage axillaire, on choisira une prothèse asymétrique afin de combler les irrégularités par exemple.

3. La prise de mesures

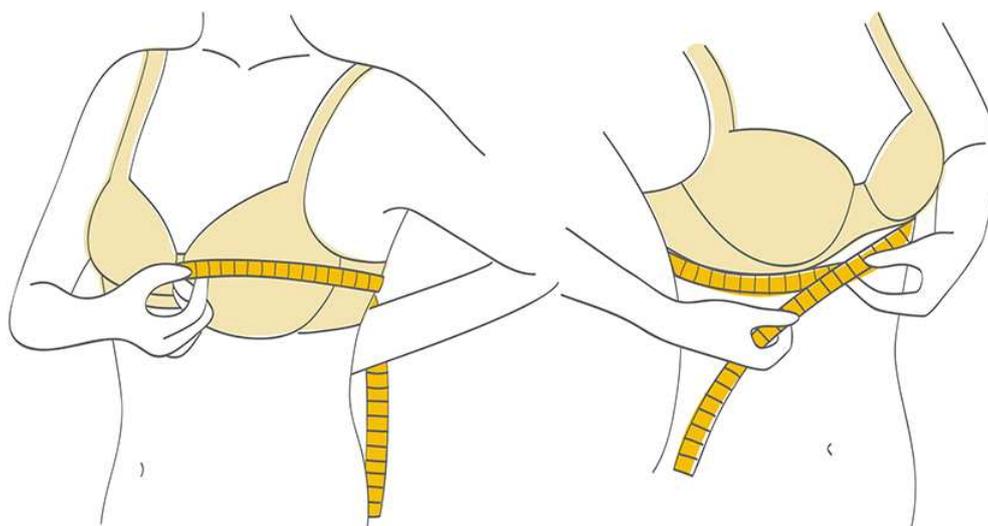


Figure 43 : Illustration de la prise de mesure chez Amoena® [59]

Pour prendre les mesures, il faut faire le tour du buste en dessous de la poitrine, là où repose le soutien-gorge. La patiente doit pouvoir respirer normalement, il ne faut pas serrer le mètre ruban.

La deuxième mesure consiste à mesurer un demi-tour de poitrine. Il faut placer le début du mètre-ruban au milieu de la poitrine (sternum) et faire glisser le ruban sur toute la partie du sein restant en passant par le mamelon et jusqu'au milieu de la colonne vertébrale. Il faut que le mètre soit bien à l'horizontal et qu'il se trouve à la même hauteur à l'avant et à l'arrière du buste. (Figure 43)

1. TOUR SOUS-POITRINE (EN CM)												
Tour sous-poitrine (en cm)	63-67	68-72	73-77	78-82	83-87	88-92	93-97	98-102	103-107	108-112	113-117	118-122
Correspond à la taille française	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135
2. PROFONDEUR DU BONNET D'APRÈS LA MESURE DU TOUR DE POITRINE (EN CM)												
AA	75-77	80-82	85-87	90-92	95-97	100-102	105-107	110-112	115-117	120-122	125-127	130-132
A	77-79	82-84	87-89	92-94	97-99	102-104	107-109	112-114	117-119	122-124	127-129	132-134
B	79-81	84-86	89-91	94-96	99-101	104-106	109-111	114-116	119-121	124-126	129-131	134-136
C	81-83	86-88	91-93	96-98	101-103	106-108	111-113	116-118	121-123	126-128	131-133	136-138
D	83-85	88-90	93-95	98-100	103-105	108-110	113-115	118-120	123-125	128-130	133-135	138-140
E	85-87	90-92	95-97	100-102	105-107	110-112	115-117	120-122	125-127	130-132	135-137	140-142
F	87-89	92-94	97-99	102-104	107-109	112-114	117-119	122-124	127-129	132-134	137-139	142-144
G	89-91	94-96	99-101	104-106	109-111	114-116	119-121	124-126	129-131	134-136	139-141	144-146

Tableau 7 : Tableau de conversion des mesures prises

4. Le choix de la prothèse

a. Le galbe

Le choix du galbe est à faire en fonction du sein non opéré afin de reproduire une symétrie proche du naturel.

Il est catégorisé chez Amoena® (Figure 44) :

- 1 : Peu profond
- 2 : Moyen
- 3 : Profond

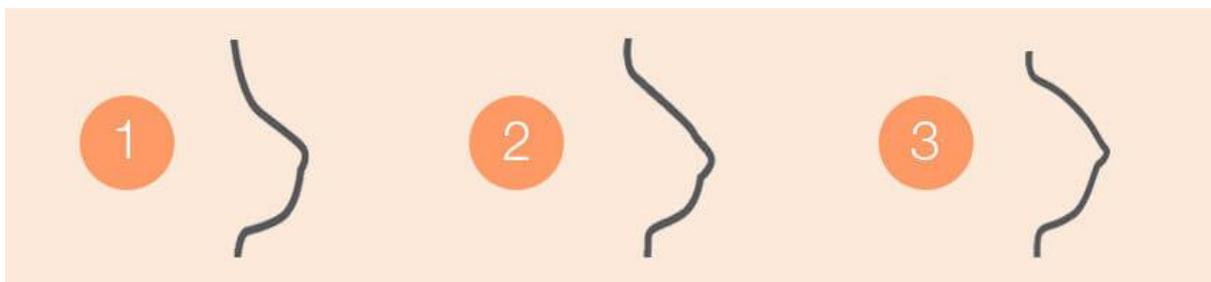


Figure 44 : Choix du galbe du sein [59]

b. La forme

Ce choix se fait par rapport au sein restant.

Il existe 4 formes (Figure 45) :

- S : Symétrique
- A : Asymétrique
- E : Extra
- U : Universelle

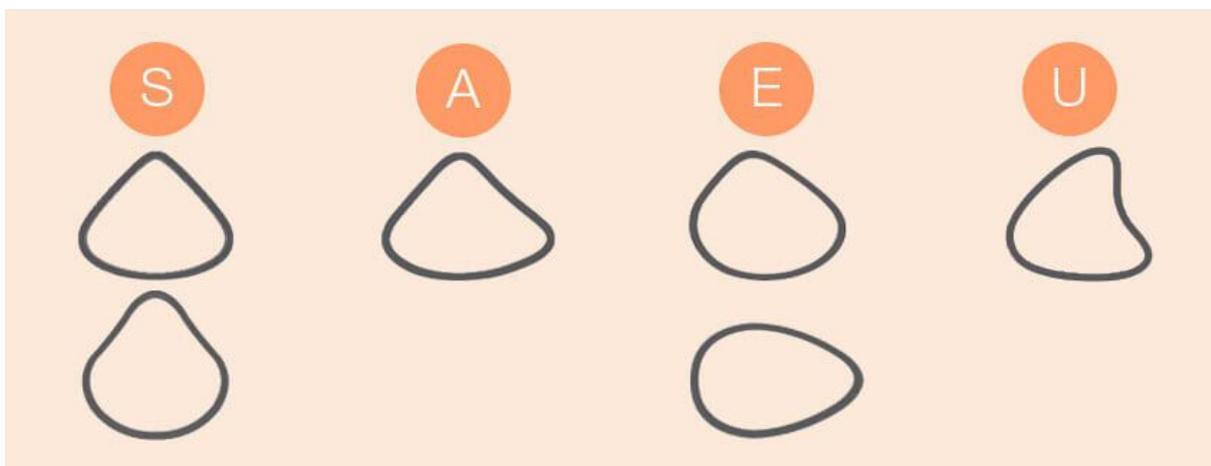


Figure 45 : Choix de la forme du sein [59]

c. La taille

Le choix de la taille est très important non seulement pour l'harmonie visuelle et la symétrie mais également pour l'équilibre corporel. On fera alors une conversion avec la taille du bonnet et la mesure du tour du buste afin d'obtenir la taille de la prothèse.

		Bonnet							
		AA	A	B	C	D	E	F	G
Taille Soutien-Gorge	80	0	1	2	3	4	5	6	7
	85	1	2	3	4	5	6	7	8
	90	2	3	4	5	6	7	8	9
	95	3	4	5	6	7	8	9	10
	100	4	5	6	7	8	9	10	11
	105	5	6	7	8	9	10	11	12
	110	6	7	8	9	10	11	12	13
	115	7	8	9	10	11	12	13	14
	120	8	9	10	11	12	13	14	15
	125	9	10	11	12	13	14	15	16
	130	10	11	12	13	14	15	16	17
	135	11	12	13	14	15	16	17	

Tableau 8 : Tableau de conversion des mesures vers la taille de la prothèse [59]

Grâce à ces informations, on pourra ensuite déterminer la prothèse qui ira le mieux à la patiente et passer aux essayages.

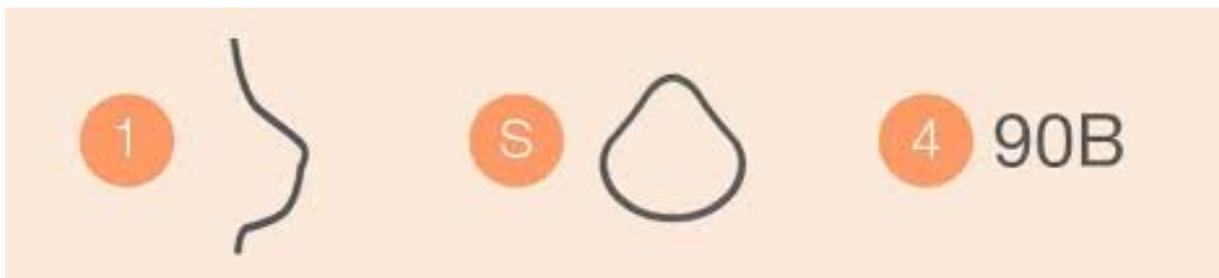


Figure 46 : Exemple pour le choix d'une PME [59]

5. Choisir les coloris et le mamelon

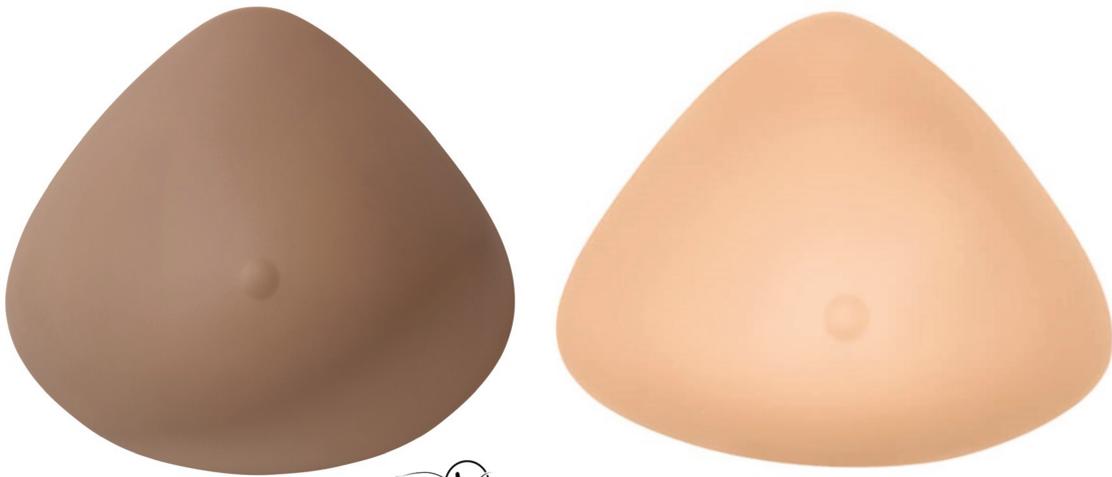


Figure 47 : Choix du coloris de la PME : foncé ou clair

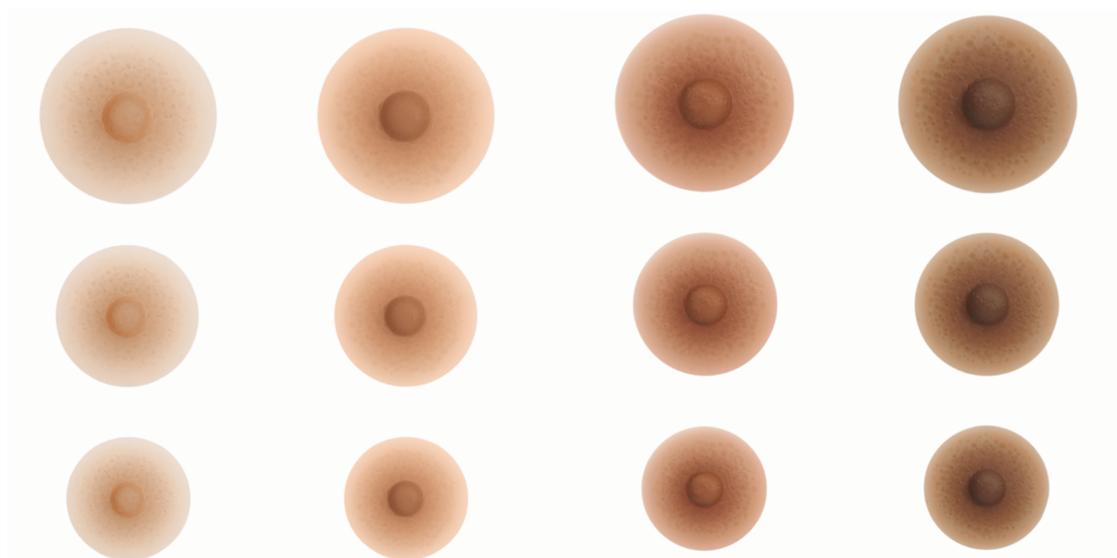


Figure 48 : Choix du coloris et de la taille du mamelon [59]



Figure 49 : PME avec application du mamelon [59]

6. Choisir une lingerie adaptée

Tous les modèles de soutien-gorge sont équipés d'une poche pour pouvoir y placer la prothèse ou le complément mammaire. La patiente a le choix entre brassière, soutien-gorge avec ou sans armature. Les différents points observés sur la figure 50 permettent au soutien-gorge d'assurer différentes fonctions essentielles pour le confort. La patiente peut également choisir une ouverture « classique » avec des agrafes ou une ouverture par l'avant si elle a une mobilité réduite ou des douleurs dans les bras.



Figure 50 : Fonction de la lingerie post-mastectomie [59]

Il existe également des soutien-gorge post-opératoires et adaptés au lymphœdème.

7. Application de la prothèse



Figure 51 : Exemple de l'application d'une PME [59]

L'applicatrice met la prothèse dans la poche d'un soutien-gorge adapté. Il faut que la prothèse remplisse le bonnet sans pour autant qu'elle dépasse sur les côtés ou déborde à l'avant. (Figure 51)

Il faut demander à la patiente de placer ses mains sur le haut des seins pour vérifier la symétrie. Elle peut aussi palper pour vérifier qu'elle apprécie la forme, la densité et le galbe. La prothèse est vraiment semblable à un sein au naturel.

Ensuite, il faut bien régler les bretelles pour que la poitrine soit symétrique. Le repère est d'aligner les mamelons en tendant un mètre ruban entre les deux mamelons en ligne horizontale.

8. L'entretien des PME

Lors de la délivrance, il faut informer la patiente de l'entretien de sa PME. Il existe une gamme de produits spécifiques qui comprend une brosse et un nettoyant, notamment chez Amoena®.

Il est conseillé de nettoyer quotidiennement la prothèse avec le nettoyant spécifique surtout si la prothèse est adhérente. Il faut appliquer un peu de produit sur la prothèse sèche, humidifier la brosse et frotter délicatement. Il suffit ensuite de rincer la prothèse et de la laisser sécher à l'air libre ou la sécher au sèche-cheveux. Si la patiente ne porte pas sa prothèse, il faut lui conseiller de la ranger dans sa boîte afin qu'elle garde sa forme intacte.

Les prothèses sont résistantes néanmoins la patiente devra prendre quelques précautions. Les objets pointus, épingles et les griffes d'animaux ainsi que les ongles et les ciseaux peuvent

endommager la prothèse. Il faut également éviter l'utilisation de talc ou de produits corporels directement sur la prothèse. [59]

La prothèse résiste à l'eau salée et chlorée.

Conclusion

Le métier de pharmacien est en grande mutation depuis quelques années, y compris dans la prévention et la prise en charge des cancers du sein. Outre la dispensation d'un nombre toujours croissant de thérapies ciblées à l'officine, de nouvelles missions sont confiées au pharmacien comme les entretiens pharmaceutiques en oncologie afin d'accompagner les patientes au mieux au cours de leur traitement. Ce travail de thèse s'est appliqué à recenser les besoins des patientes afin de surmonter au mieux les effets indésirables des traitements oncologiques. Le pharmacien est souvent sollicité par les patientes tout au long de leur maladie, il s'agit d'un interlocuteur de choix étant donné sa disponibilité et sa proximité. Au comptoir, le Pharmacien a aussi un rôle à jouer informant la patientèle du dépistage proposé aux femmes de plus de 50 ans.

L'accompagnement des patientes dans le choix de leur prothèse mammaire est une spécialisation intéressante car elle permet d'avoir un contact privilégié avec les patientes atteintes d'un cancer du sein. On peut penser que c'est un sujet délicat à aborder mais les patientes ont parfois besoin d'en discuter et l'accompagnement par le Pharmacien offre une possibilité d'échanger avec un professionnel de santé de proximité.

Bibliographie

- [1] G. Defossez *et al.*, « Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France », *Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France*, p. 372 p, 2019.
- [2] H. N. Frank, *Atlas d'Anatomie humaine 7ème édition, Anatomie de la glande mammaire*. 2019.
- [3] Société canadienne du cancer, « Les seins ».
- [4] S. Łukasiewicz, M. Czezelewski, A. Forma, J. Baj, R. Sitarz, et A. Stanisławek, « Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review », *Cancers (Basel)*, vol. 13, n° 17, p. 4287, août 2021,
- [5] « Cancer en France - Institut national un cancer ». https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=65
- [6] « Femmes jeunes et cancer du sein - Institut Curie », 2019. <https://curie.fr/dossier-pedagogique/femmes-jeunes-et-cancer-du-sein-0>
- [7] C. Fleurier *et al.*, « Presentation and outcome of breast cancer under 40 years – A French monocentric study », *Gynecologie Obstetrique Fertilité et Senologie*, vol. 46, n° 2, p. 105-111, 2018,
- [8] P. Merviel *et al.*, « Existe-t-il encore des facteurs de risque de survenue d'un cancer du sein? », *Gynecologie Obstetrique et Fertilité*, vol. 39, n° 9, p. 486-490, 2011,
- [9] A. Lasserre et A. Fournier, « Traitements hormonaux de la ménopause et risques de cancers », *Gynecologie Obstetrique et Fertilité*, vol. 44, n° 7-8, p. 424-427, juill. 2016,
- [10] Institut National du Cancer, « Nutrition et prévention des cancers », *Fiches repères*, 2019.
- [11] C. Maître, « Relations entre activité physique, équilibre pondéral et cancer du sein », *Ann Endocrinol (Paris)*, vol. 74, n° 2, p. 148-153, 2013,
- [12] R. A. Al-Naggar et S. Anil, « Artificial Light at Night and Cancer: Global Study », *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, vol. 17, n° 10, p. 4661-4664, 2016,
- [13] N. Pashayan *et al.*, « Personalized early detection and prevention of breast cancer: ENVISION consensus statement », *Nat Rev Clin Oncol*, vol. 17, n° 11, p. 687-705, 2020,
- [14] M. Julie, « Evaluation des connaissances et de la pratique de l' autopalpation mammaire dans la population féminine ».
- [15] C. de Montpellier, « MA FICHE CONSEIL L'autopalpation des seins ».
- [16] K. L. Britt, J. Cuzick, et K. A. Phillips, « Key steps for effective breast cancer prevention », *Nat Rev Cancer*, vol. 20, n° 8, p. 417-436, 2020,
- [17] S. publique France, « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2020-2021 et évolution depuis 2005 », 24 juin 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2020-2021-et-evolution-depuis-2005>
- [18] C. national des gynécologues et obstétriciens Français, *Gynécologie Obstétrique*. 2021.
- [19] ANAES, « Classification En Six Catégories Des Images Mammographiques En Leur Caractère Pathologique (En Dehors Des Images Construites Et Des Variantes Du Normal) Correspondance Avec Le Système Birads De L' American College of Radiology (Acr) », p. 2-4, 2002.

- [20] N. Letarte, « L'éducation thérapeutique d'un patient souffrant de nausées et vomissements induits par la chimiothérapie », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 51, n° 516 SUPPL.1, p. 2-5, 2012,
- [21] K. Campbell, H. Rowe, H. Azzam, et C. A. Lane, « Prise en charge des nausées et vomissements chimio-induit », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 38, n° 12, p. 1138-1149, 2016,
- [22] C. Battu, « Nutritional support of a patient with a chemotherapy-induced diarrhea », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 54, n° 547, p. 53-56, 2015,
- [23] C. Moreau et N. Clere, « Prise en charge de la dénutrition des patients cancéreux à l'officine », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 56, n° 566, p. 41-43, 2017,
- [24] S. Khan, T. A. Alibay, M. Merad, M. DiPalma, B. Raynard, et S. Antoun, « Detection and evaluation of malnutrition in oncology: What tools, what type of cancer and for what purposes? », *Bull Cancer*, vol. 103, n° 9, p. 776-785, 2016,
- [25] C. Battu, « L'accompagnement nutritionnel d'un patient présentant une constipation chimio-induite », *Actualités Pharmaceutiques*, vol. 54, n° 545, p. 55-58, avr. 2015,
- [26] C. Battu, « The nutritional support to a patient with chemotherapy-induced fatigue », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 54, n° 549, p. 51-54, 2015,
- [27] A. Modesto, J. C. Faivre, F. Granel-Brocard, Y. G. Tao, et Y. Pointreau, « Évaluation Et Prise En Charge De La Toxicité Cutanée En Cours De Radiothérapie », *Cancer/Radiotherapie*, vol. 16, n° 5-6, p. 456-461, 2012,
- [28] A. Modesto, J. C. Faivre, F. Granel-Brocard, Y. G. Tao, et Y. Pointreau, « Erratum de l'article évaluation et prise en charge de la toxicité cutanée en cours de radiothérapie [Cancer Radiother 16 (5-6) (2012) 456-61] », *Cancer/Radiotherapie*, vol. 16, n° 8, p. 726, 2012,
- [29] HAS, « Avis favorable pour la prise en charge à titre dérogatoire de certaines spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations prévus à l'article L. 162-17-2-1 », p. 2-6, 2009, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-02/trolamine.pdf>
- [30] C. Bourgier, O. Guibon, C. Bourgier, et O. G. Place, « 40. Place des pansements dans la prise en charge locale des radiodermes 35° Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM), Montpellier, 2013. Traitement personnalisé des cancers du sein : impact sur la prise en charge I », p. pp.352.
- [31] V. Sibaud, D. Guerrero, et V. Georgescu, « Long lasting cutaneous adverse events after breast cancer and evaluation of hydrotherapy as supportive care », *Ann Dermatol Venereol*, vol. 147, n° 1, p. 1S37-1S43, 2020,
- [32] C. Battu, « L'accompagnement d'un patient présentant un syndrome mains-pieds », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 57, n° 577, p. 57-60, 2018,
- [33] A. K. Rzepecki, L. Franco, et B. N. McLellan, « PATEO syndrome: periarticular thenar erythema with onycholysis », *Acta Oncol (Madr)*, vol. 57, n° 7, p. 991-992, 2018,
- [34] J. Childress et J. Lokich, « Cutaneous hand and foot toxicity associated with cancer chemotherapy », *American Journal of Clinical Oncology: Cancer Clinical Trials*, vol. 26, n° 5, p. 435-436, 2003,
- [35] C. Battu, « L'accompagnement d'un patient sous anticancéreux présentant une xérose et/ou des fissures cutanées », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 57, n° 573, p. 55-58, 2018,
- [36] Bioderma, « Peau sèche - Xérose Disponible sur »: <https://www.bioderma.fr/votre-peau/peau-seche-atopique/xerose-et-secheresse-cutanee-symptomes-causes-et-soins-de-la-peau>

- [37] A. Ifrah, C. Vallée, O. Duval, et N. Clere, « Compendial management of adverse reactions to oral chemotherapies », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 61, n° 612, p. 31-36, 2022,
- [38] G. Daugėlaitė, K. Užkuraiytė, E. Jagelavičienė, et A. Filipauskas, « Prevention and treatment of chemotherapy and radiotherapy induced oral mucositis », *Medicina (Lithuania)*, vol. 55, n° 2, p. 1-14, 2019,
- [39] L. Guerrini-Rousseau, P. Marec-Berard, S. Bolle, et S. Laurent, « Treatment of mucositis pain: News and prospects », *Bull Cancer*, vol. 106, n° 9, p. 776-783, 2019,
- [40] C. Battu, « L'accompagnement de l'atteinte unguéale secondaire à un traitement anticancéreux », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 58, n° 583, p. 55-58, 2019,
- [41] S. Quesada, A. Guichard, S. le Vigouroux, L. Baussard, et F. Fiteni, « Alopécie et cancers : de la physiopathologie à la pratique clinique », *Bull Cancer*, vol. 108, n° 10, p. 963-980, oct. 2021,
- [42] C. Battu, « Alopécie et traitements anticancéreux », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 57, n° 579, p. 59-61, 2018,
- [43] C. Battu, « La prise en charge d'un patient présentant une alopécie », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 57, n° 581, p. 53-56, 2018,
- [44] C. Oscar et L. Cedext, « Livret d'informations patient Informations concernant les interventions de chirurgie mammaire », 2018.
- [45] J. Chetara, « Le rôle du Pharmacien d'officine dans l'accompagnement et la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein aux différents stades de la maladie », p. 1-140, 2022.
- [46] HAS, « Texte court - Prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphoedème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein Indications et conditions de réalisation », *Rapport d'évaluation technologique - Texte court*, 2012.
- [47] B. S. Davis, « Lymphedema after breast cancer treatment », *American Journal of Nursing*, vol. 101, n° 4, p. 1937-1944, 2001,
- [48] S. Vignes, « Les lymphoedèmes : du diagnostic au traitement », *Revue de Medecine Interne*, vol. 38, n° 2, p. 97-105, 2017,
- [49] L. Vaillant, C. Müller, et P. Goussé, « Traitement des lymphoedèmes des membres », *Presse Medicale*, vol. 39, n° 12, p. 1315-1323, 2010,
- [50] Thuasne, « Manchon Mobiderm Standart ».
- [51] J. C. Ferrandez, P. H. Ganchou, et S. Theys, « Prevention of upper limb lymphedema after breast cancer », *Kinesitherapie*, vol. 20, n° 227, p. 3-10, 2020,
- [52] I. Cavadias, R. Rouzier, F. Lerebours, et D. Héquet, « Hot flushes and breast cancer with positive hormone receptors: Mechanisms and management », *Bull Cancer*, vol. 107, n° 11, p. 1171-1185, 2020,
- [53] C. Battu, « La prise en charge précoce des effets secondaires en oncologie par un maquillage correcteur dédié », *Actualites Pharmaceutiques*, vol. 58, n° 589, p. 53-56, 2019,
- [54] L. R. Posay, « La Roche Posay - Les rouges à lèvres Disponible sur : <https://www.laroche-posay.fr/produits/maquillage/rouges-a-levres> ».
- [55] Assurance Maladie, « Prise en charge des perruques et accessoires capillaires », p. 95, [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/remboursement-perruques>
- [56] AFSOS, « Que sont les soins de support ? – AFSOS. [Internet]. Disponible sur : <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>. »
- [57] U. des syndicats de pharmaciens D'officine., « Guide d'accompagnement des patients sous anticancéreux oraux. », 2020.

- [58] D. E. McGhee, K. L. Mikilewicz, et J. R. Steele, « Effect of external breast prosthesis mass on bra strap loading and discomfort in women with a unilateral mastectomy », *Clinical Biomechanics*, vol. 73, p. 86-91, 2020,
- [59] Amoena, « Prothèse mammaire externe Amoena - Disponible sur : <https://www.amoena.com/fr/protheses-mammaires/> ».
- [60] Thuasne, « Prothèse mammaire externe - Cancer du sein ». <https://fr.thuasne.com/fr/tous-les-produitspar-produit/protheses-mammaires-externes>

Annexes :

Annexe 1 : Fiche de prise de mesure pour manchon sur-mesure Thuasne®



MOBIDERM
 **MANCHONS**

COMMANDE (par défaut) **DEVIS** **RENOUVELLEMENT**

Client code

Dossier n° renouvellement

1^{er} traitement

Date : Quantité :

IDENTIFICATION
DU DÉTAILLANT

Nom du patient :

Prénom du patient :

Sexe : M F Enfant Taille du patient :

J'autorise mon professionnel de santé à collecter mes données et à les communiquer à la société Thuasne dans le cadre du traitement de la commande de mon dispositif médical sur mesure. Conformément à la loi n° 78-17 du 9 janvier 1978, et au règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, je bénéficie de droits dont notamment les droits d'accès, de rectification, de portabilité et de suppression de mes données. Je peux exercer ces droits en m'adressant par email à l'adresse en bas de page.

SIGNATURE
DU PATIENT

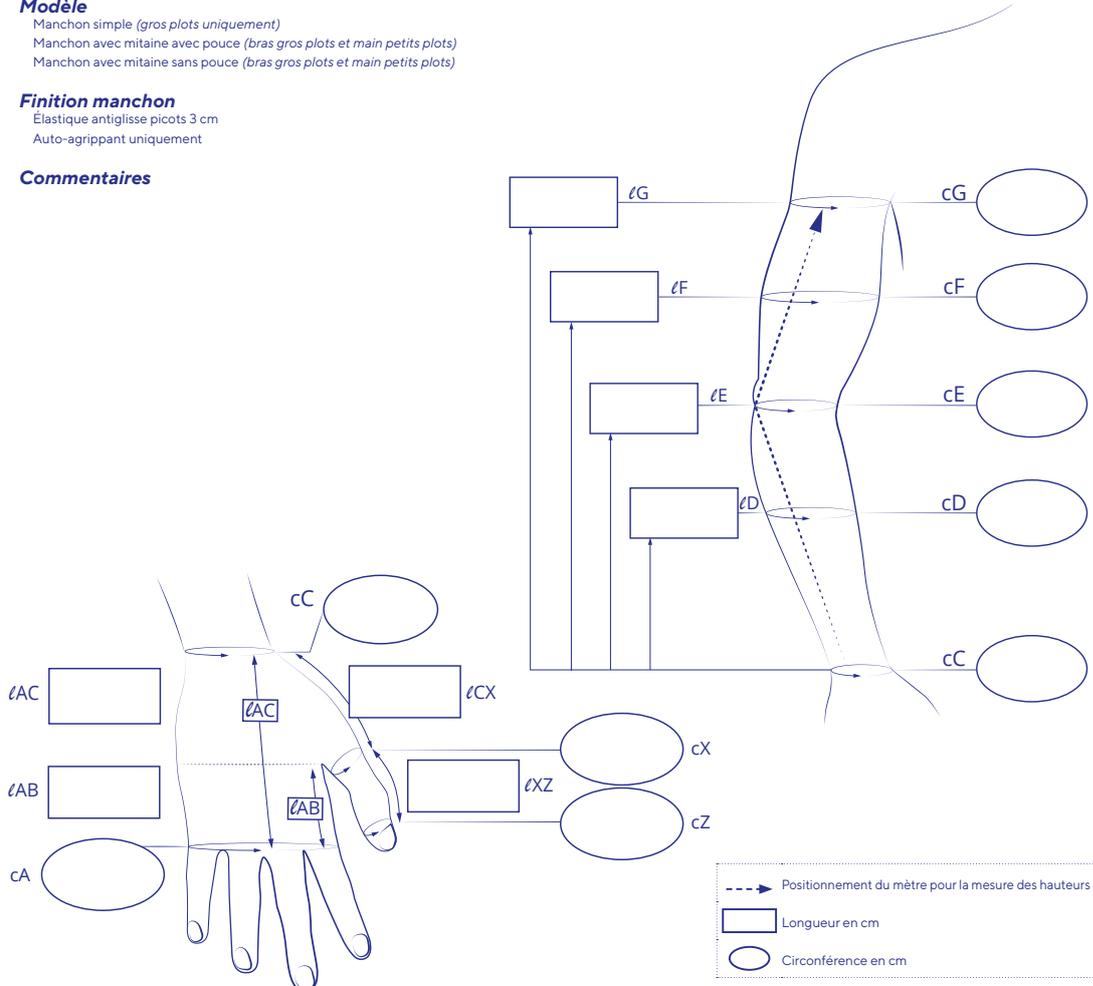
**Dans la mesure du possible, merci de joindre des photos du membre à appareiller.
 Dessiner les contours du vêtement sur le schéma et barrer les mesures inutiles.**

BRAS DROIT BRAS GAUCHE **VUE FACE AU PATIENT**
 Remplir une fiche par côté

Modèle
 Manchon simple (gros plots uniquement)
 Manchon avec mitaine avec pouce (bras gros plots et main petits plots)
 Manchon avec mitaine sans pouce (bras gros plots et main petits plots)

Finition manchon
 Élastique antiglisse picots 3 cm
 Auto-agrippant uniquement

Commentaires



Thuasne Service sur-mesure : 3 rue du Vercors - 42031 Saint-Étienne cedex 2
 Tél. 04 77 81 11 16 - Fax 04 77 81 10 05 - sur-mesure@thuasne.fr - www.thuasne.fr

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2022/2023

Nom : Lesecq
Prénom : Claire

Titre de la thèse : Prothèses mammaires externes : Suivi à l'officine de la femme atteinte d'un cancer du sein

Mots-clés : Prothèse mammaire, prothèse mammaires externes, cancer du sein, effets indésirables des traitements, pharmacien d'officine, suivi à l'officine, accompagnement de la femme

Résumé : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Il est devenu un enjeu majeur de santé publique ces dernières années. Le cancer est très difficile à vivre pour les patientes et elles ne savent souvent pas à quoi elles ont le droit. Le nombre de thérapies ciblées dispensées en officine ne cesse d'augmenter et le pharmacien se voit confier beaucoup de nouvelles missions comme les entretiens pharmaceutiques en oncologie. Ce travail de thèse s'est appliqué à recenser les besoins des patientes afin de surmonter au mieux les effets indésirables des traitements oncologiques. De plus, il montre l'intérêt de se spécialiser dans la dispensation des prothèses mammaires afin d'accompagner les patientes et de créer un contact privilégié avec elles. Le pharmacien est souvent sollicité par les patientes tout au long de leur maladie, il s'agit d'un interlocuteur de choix étant donné sa disponibilité et sa proximité. Au comptoir, le pharmacien a aussi un rôle à jouer informant la patientèle du dépistage proposé aux femmes de plus de 50 ans.

Membres du jury :

Président : Madame Anne Muhr-Tailleux, Professeur de Biochimie à la faculté de Pharmacie – UFR3S – Université de Lille.

Directeur, conseiller de thèse : Madame Julie Dumont, Maître de conférences en Biologie cellulaire et génétique moléculaire à la faculté de Pharmacie – UFR3S – Université de Lille.

Assesseur(s) :

Madame Annie Standaert, Maître de conférences en Parasitologie et biologie animale, à la faculté de Pharmacie – UFR3S – Université de Lille.

Madame Véronique Brunet, Pharmacien d'officine à Saint Martin Boulogne