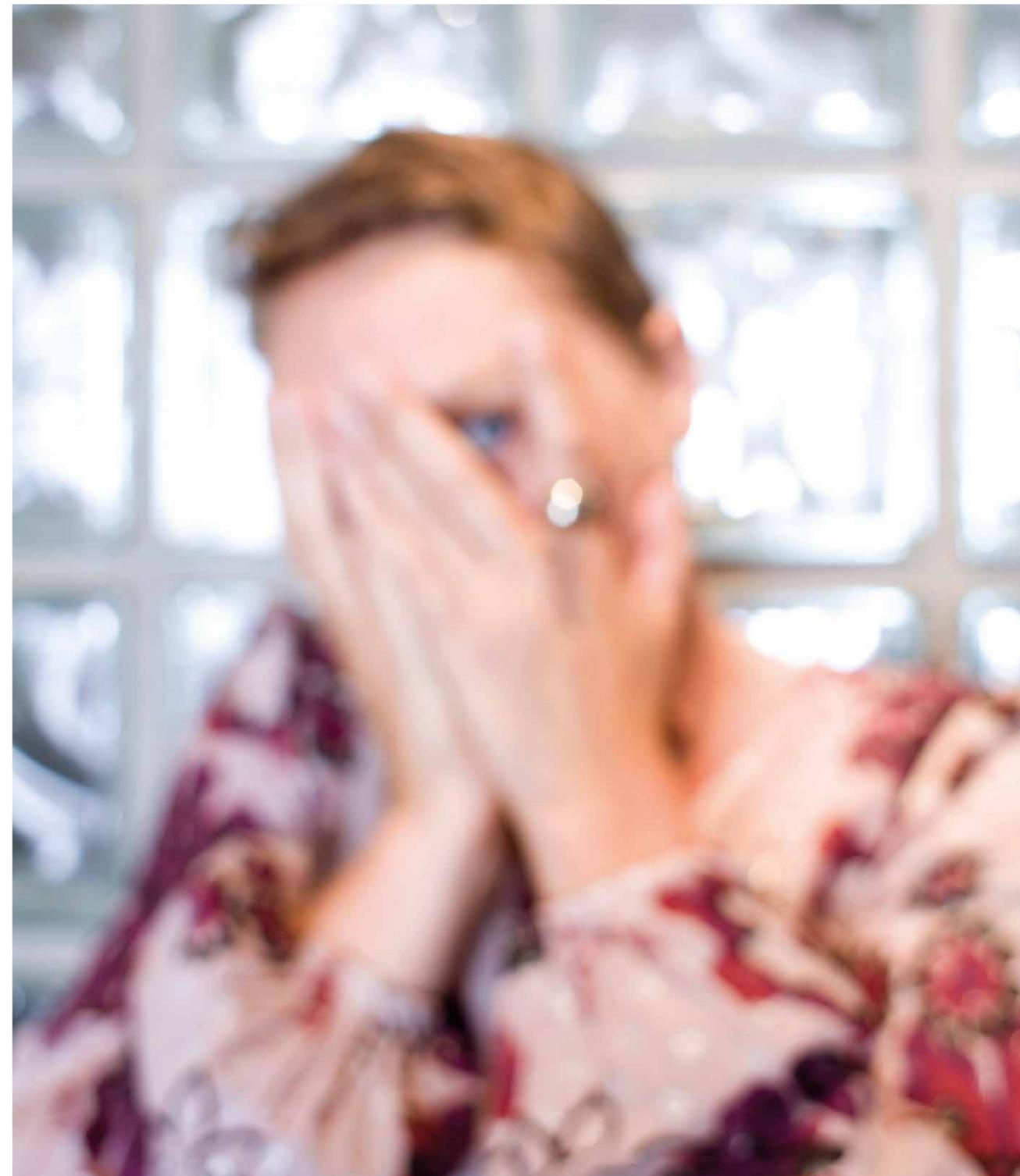


SANTÉ

Cancer du sein Les progrès

De plus en plus, les patientes bénéficient de programmes de soin sur mesure. Préserver la qualité de vie est désormais un objectif central de la prise en charge.

PAR FLORENCE ROSIER | PHOTOS BÉNÉDITE TOPUZ



« MAI... DÉCEMBRE »

Bénédite Topuz est photographe. La série «Mai... décembre», dont sont extraites les photos qui illustrent ce dossier, a été réalisée pendant la chimiothérapie traitant son cancer du sein. Elle nous livre son témoignage.

« Le jour de l'annonce, c'est le coup de massue ! On passe soudainement dans un autre monde, celui de la médecine et de son vocabulaire, que l'on doit appréhender. J'enchaînais rendez-vous sur rendez-vous pour tenter de trouver le chirurgien puis l'oncologue qui me convenaient le mieux. La maladie vous fait, bien sûr, prendre encore plus conscience de la mort qui peut arriver à tout moment. Mais elle m'a surtout appris à prendre soin de moi, à m'autoriser à réaliser mes envies. Soudainement, je me donnais la priorité, c'est-à-dire que je faisais le choix de la sincérité avec moi-même et avec ceux que j'aime. Il fallait que je me batte, et j'apprenais que pour se battre, il faut être bien avec soi-même et avec son entourage. J'arrivais enfin à dire ce qui me pesait avec douceur, réglant ainsi des années de silence. »

Comme chaque année, « Octobre rose » sera un mois de sensibilisation nationale au cancer du sein. Il s'agira aussi de souligner les enjeux de son dépistage, comme le rappelle le Pr Agnès Buzyn, présidente de l'Institut National du Cancer [voir son interview]. Depuis 2004, en effet, la France mise sur le dépistage organisé : il offre à toutes les femmes de 50 à 74 ans la possibilité de réaliser une mammographie tous les deux ans. Car près d'une femme sur dix sera touchée au cours de sa vie par un cancer du sein. L'âge moyen de détection est de 63 ans en France. Point extrêmement positif, on parvient aujourd'hui à le vaincre chez près de neuf femmes sur dix. « La survie à cinq ans après un cancer du sein était de 65 % il y a trente ans. Elle est aujourd'hui de 86 % », souligne le Pr Roman Rouzier, directeur médical du pôle Sénologie de l'Institut Curie (Paris-Saint-Cloud). Ce formidable bond en avant tient autant aux progrès des traitements qu'aux bénéfices du dépistage. Cependant, chaque année, près de 10 000 femmes vont décéder des suites d'un cancer du sein.

Le 3 juin dernier, le Centre international de recherche sur le cancer a publié un bilan de 40 études évaluant l'intérêt d'un tel dépistage. Résultats : « Les femmes invitées entre 50 et 69 ans au dépistage par mammographie ont vu leur risque de décès par cancer

En chiffres

- 49 000 nouveaux cas estimés en France en 2012*
- 63 ans : âge moyen du diagnostic en France en 2012*
- 86 % sont en vie cinq ans après le diagnostic*
- 12 000 femmes par an doivent subir une mastectomie en France*
- 75 % environ des femmes atteintes de ce cancer ont une chirurgie conservatrice du sein en France, un taux qui a augmenté au cours des années passées**

* Source INCa 2014

** Source Dr Roman Rouzier, Institut Curie (Paris)

du sein diminué de 23 %, ce chiffre allant jusqu'à 40 % si l'on se restreint aux femmes ayant effectivement passé la mammographie », souligne la Fondation ARC pour la Recherche sur le Cancer.

De quelles avancées les femmes atteintes peuvent-elles aujourd'hui bénéficier ? Si l'on guérit tant de cancers du sein, c'est aussi grâce à la relation privilégiée, faite de confiance et de complicité, qui s'établit dans un « couple » : celui de la patiente et de chacun des professionnels de santé qui la suivent. En France, trois types d'établissements prennent en charge des cancers. Les Centres de lutte contre le cancer, d'abord : ce sont des établissements privés à but non lucratif. Les hôpitaux publics, ensuite. Et les cliniques privées. Tous sont très performants, rappelle Agnès Buzyn.

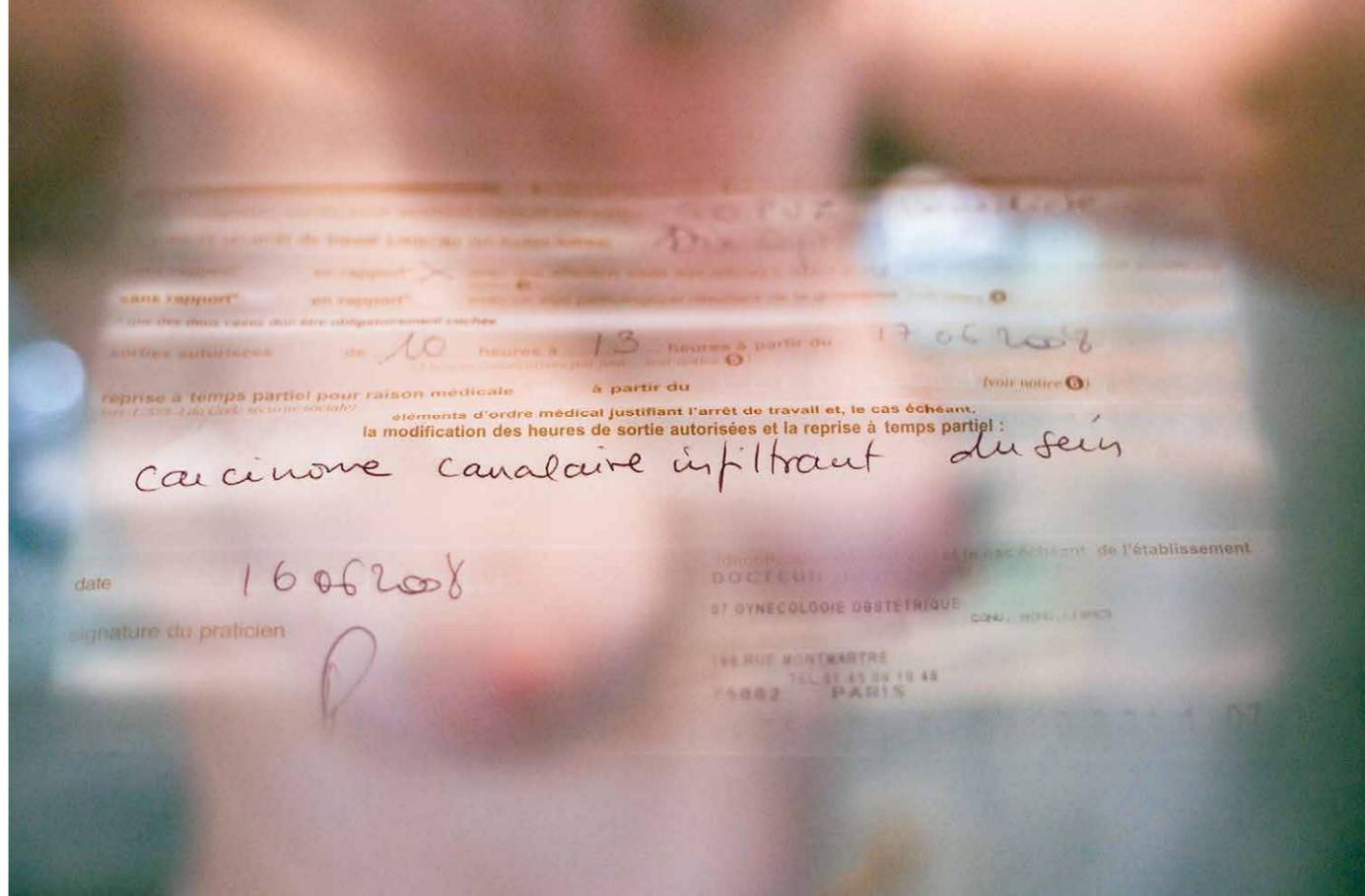
LE DÉVELOPPEMENT DES SOINS SUR MESURE

La chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie restent les trois piliers des traitements des cancers du sein. Mais l'avenir est à des programmes de soin sur mesure, à des traitements personnalisés selon les caractéristiques de chaque tumeur. De fait, c'est le diagnostic de la tumeur qui va guider sa prise en charge. Parmi les critères analysés

figurent sa localisation, son stade d'évolution et ses propriétés biologiques. Ainsi, lorsque la croissance du cancer dépend de certaines hormones (œstrogènes et/ou progestérone), il est dit « hormonodépendant ». Parfois, son développement dépend d'un facteur de croissance reconnu par une molécule de surface des cellules cancéreuses : le récepteur HER2. « C'est le talon d'Achille des cellules tumorales », dit le Pr Rouzier. Ces cas, dits « HER2 positifs », sont traités par une molécule qui cible ce récepteur, l'herceptine, avec de très bons résultats. Ce traitement a d'ailleurs été la toute première « thérapie ciblée » mise sur le marché dans un cancer.

Quand les cellules cancéreuses ne portent ni récepteurs hormonaux ni récepteurs HER2, on parle de cancers « triple négatifs ». « La prise en charge de ces cas reste difficile, mais de nouveaux traitements sont en cours d'évaluation », précise le Pr Rouzier. Ainsi, des immunothérapies consistant à « réveiller » le système immunitaire sont désormais évaluées.

De fait, la médecine personnalisée, érigée en modèle, commence à devenir une réalité de terrain. Si le profilage moléculaire des tumeurs sert déjà de base pour guider le



choix des thérapies ciblées, il pourrait permettre de mieux identifier les patientes qui pourront s'affranchir de chimiothérapie. Aujourd'hui, « 40 % des patientes reçoivent une chimiothérapie pour prévenir les rechutes », précise le Pr Rouzier. Grâce au profilage génétique des tumeurs, on pourrait peut-être réduire ce taux à 30 %, espère-t-il.

INNOVER POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE

Préserver la qualité de vie des patientes : tel est désormais un des objectifs centraux de la prise en charge. En matière de radiothérapie, la tendance est ainsi à une certaine désescalade thérapeutique, quand cela est possible. Parmi les différents protocoles appliqués figure un traitement innovant introduit en 2010 en France : la radiothérapie « per-opératoire ». Il consiste à délivrer en une seule fois toute la dose de radiothérapie, au moment même de l'opération chirurgicale. Cette irradiation unique remplacera les 25 à 35 séances de radiothérapie externe habituellement prescrites sur cinq à sept semaines. « Une étude publiée en 2014 dans la fameuse revue The Lancet a confirmé que cette technique ne fait pas courir plus de dangers aux patientes à faible risque de rechute », résume le docteur Edwige Bourstyn, de l'hôpital

Saint-Louis à Paris, qui pratique ce protocole. Ce traitement reste réservé, selon les centres, aux femmes de plus de 60 ou 65 ans, voire de plus de 55 ans, qui ont des tumeurs de petite taille aux caractères histologiques précis. Les experts estiment qu'une patiente sur dix pourrait bénéficier de cette technique, soit 5 000 femmes par an en France – contre environ 500 actuellement. Environ 60 centres à travers le monde utilisent cette technique.

L'innovation réside aussi dans les parcours de soin. À l'Institut Curie, par exemple, 51 % des interventions de chirurgie se font désormais en ambulatoire : la patiente sort de l'hôpital le jour même de l'opération. Autre exemple, émanant de l'Institut Gustave-Roussy à Villejuif : « En 2013, nous avons développé un accueil multidisciplinaire thérapeutique en un jour », indique le Dr Suzette Delaloge, chef du comité de pathologie mammaire de l'établissement. Il permet aux femmes ayant déjà un diagnostic de cancer du sein de rencontrer, en une journée, les spécialistes complémentaires, d'avoir tous les examens nécessaires pour améliorer la qualité de prise en charge, de généraliser la décision multidisciplinaire et de proposer les meilleurs soins. »

Toujours en terme de qualité de vie, « on hésite moins à recourir à des médecines alternatives

qui peuvent parfois être bénéfiques, comme la sophrologie, l'acupuncture, l'hypnose », indique le Dr Nasrine Callet, de l'hôpital René-Huguenin-Institut Curie (Saint-Cloud).

Les progrès concernent aussi la reconstruction des seins, après chirurgie. « Nous privilégions dans la mesure du possible des reconstructions avec les propres tissus de la patiente. Un sein peut être reconstruit simplement avec de la graisse, prélevée par liposuction sur les cuisses ou le ventre de la patiente, ou par lambeau abdominal ou lambeau de grand dorsal. Mais nous effectuons aussi des reconstructions par prothèse en silicone et en sérum », explique le Dr Françoise Rimareix, chef du service de chirurgie sénologique de l'Institut Gustave-Roussy. Pour les cancers de stade précoce, les chirurgies les plus fréquentes ne nécessitent l'ablation que d'une partie du sein : « Nous pratiquons alors systématiquement l'oncoplastie, qui associe l'ablation de la tumeur à une chirurgie esthétique permettant de garder une forme harmonieuse au sein. »

Après ces traitements vient le temps, pour neuf femmes sur dix, de l'après. « Accompagner les patientes durant les traitements, c'est bien. Il faut maintenant faire mieux : les réintégrer dans la vie active, une fois guéries », conclut le Pr Rouzier. ♦



Patient-médecin: la relation clé d'une bonne prise en charge

Impossible d'imaginer, face à Florence Vielle-Cussac, jolie jeune femme à la mine resplendissante, qu'elle se relève tout juste d'un cancer du sein. Sa victoire est aussi celle d'une équipe soignante : celle de l'hôpital René-Huguenin - Institut Curie (Saint-Cloud). Entretien croisé avec son médecin, la gynécologue Nasrine Callet.

FLORENCE VIELLE-CUSSAC De retour de vacances, à l'été 2009, j'étais extrêmement fatiguée. Trois semaines plus tard, j'ai senti quelque chose de dur dans mon sein gauche. Ma gynécologue m'a orientée vers le Centre René-Huguenin. Là, les examens ont révélé un cancer du sein. Je venais d'avoir 39 ans. Je me suis dit :

« Comment vais-je faire avec mes deux enfants, qui sont si jeunes ? »

L'oncopsychiatre m'a rassurée :

« Il faut leur en parler. Vous allez trouver les bons mots. »

Après deux semaines, j'ai réussi à leur dire. Les enfants sont lucides et forts, ils ont de saines réactions. Mais l'annonce de ce diagnostic a été très difficile, d'autant que le médecin m'a asséné :

« On va devoir vous faire une mastectomie » [une ablation totale du sein, ndlr]. Heureusement, j'ai bénéficié d'un soutien psychologique.

DR NASRINE CALLET Des consultations dédiées à l'annonce d'un cancer ont été mises en place dans chaque établissement. La clé, c'est la qualité de la relation médecin-patient et de l'explication délivrée. Quand le thérapeute prend le temps d'expliquer les choses, avec des mots courants, c'est plus confortable. Lors de l'annonce, il doit toujours présenter le projet thérapeutique,

mais aussi expliquer les effets indésirables des traitements. Tout au long du parcours de soins, il faut anticiper ces effets pour mieux les prévenir.

FLORENCE VIELLE-CUSSAC Après cette annonce, on m'a laissée passer les fêtes de Noël en famille. Le 5 janvier 2010, mon

« Quand le thérapeute prend le temps d'expliquer avec des mots courants, c'est plus confortable »

Dr Nasrine Callet, gynécologue-oncologue

parcours du combattant a commencé. J'ai subi une première mastectomie. Pour une femme jeune, c'est compliqué ! On a aussi détecté une petite tumeur au sein droit. Mon chirurgien, le Dr Lasry, a été délicat : « Il serait peut-être bon d'envisager l'ablation du second sein. » J'ai d'abord suivi six cures de chimiothérapie en hôpital de jour. Les infirmières ont été extraordinaires. Environ deux semaines après la première injection, on perd très vite ses cheveux, ses cils et ses sourcils.

DR NASRINE CALLET Dès qu'une chimiothérapie est prévue, une ordonnance de perruque doit être faite. Des ateliers de maquillage peuvent être proposés. La qualité de vie est réévaluée à chaque cure. On vérifie le taux de globules rouges, l'absence de réactions allergiques. La chimiothérapie peut aussi avoir des conséquences gynécologiques : il faut en parler, des solutions peuvent être proposées.

FLORENCE VIELLE-CUSSAC

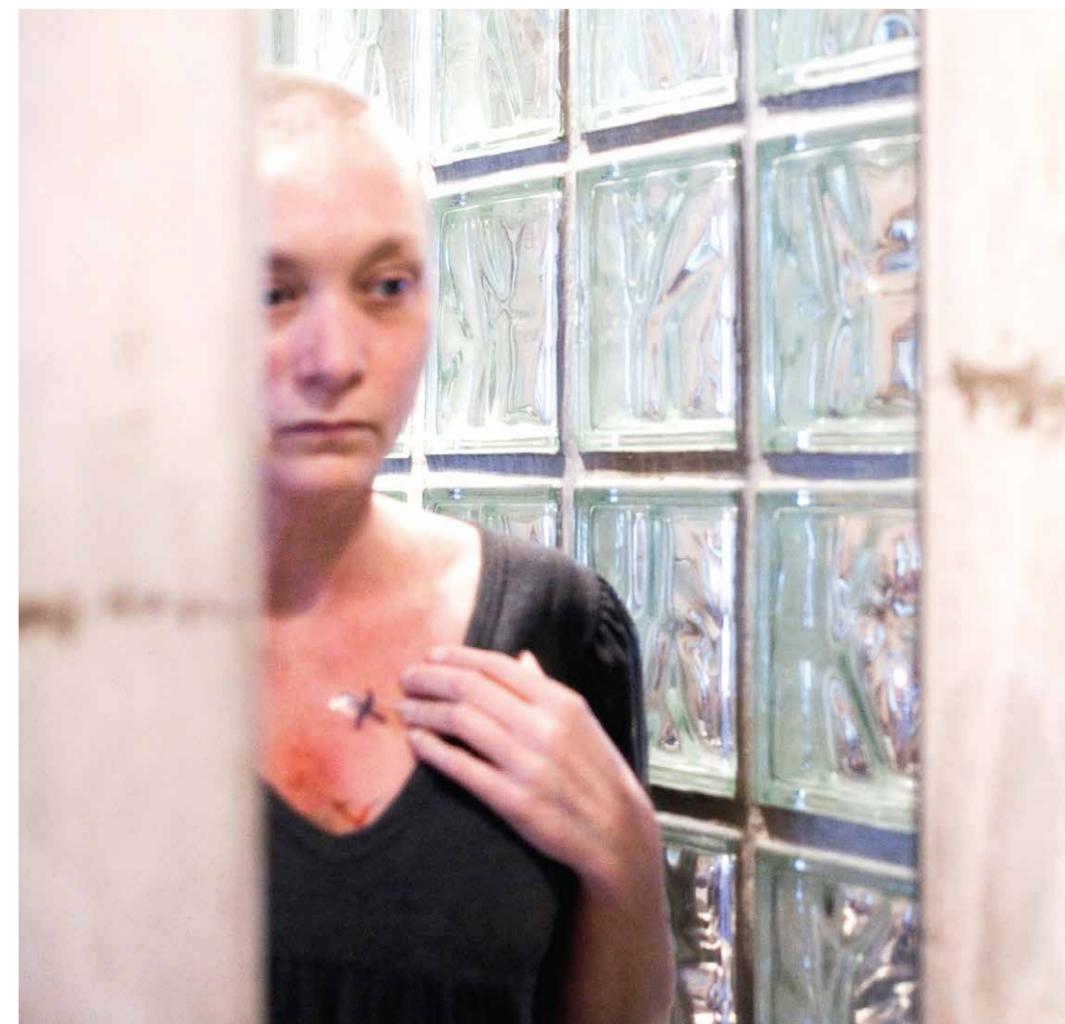
Depuis cinq ans, la prise en charge des effets secondaires s'est beaucoup améliorée. Dans cette maladie, c'est le fait de ne pas savoir qui est le plus terrible à vivre. Cela m'aurait tant aidé de lire les témoignages d'autres femmes ! Il faut aussi accepter le

fait qu'on ne retrouvera pas son corps d'avant. Mais j'ai eu beaucoup de chance. J'ai pu compter sur un mari très présent. Fin juin 2010, j'ai eu ma seconde mastectomie. Six semaines après, j'ai suivi une radiothérapie. C'est assez contraignant. Je travaille dans la banque, je me suis arrêtée un an pour raison thérapeutique. J'ai aussi commencé un traitement récent, l'herceptine. Et j'ai bénéficié d'une hormonothérapie par voie orale, pour prévenir les rechutes. J'ai presque terminé ce dernier traitement.

« Les traitements qui marquent le corps font prendre conscience de l'importance de celui-ci, et de sa féminité. Un autre cancer aurait-il eu ce même écho ?

Je ne sais pas. Outre ce travail photographique d'autoportraits qui m'a sûrement aidée à vivre les différentes étapes des traitements, je débutais un travail sur mon père qui fêtait ses 80 ans, la notion de passage du temps m'étant alors encore plus présente. Mais, étrangement, après la « bataille » un vide s'installe. La bataille est finie, mais les questionnements et les bouleversements restent. Il a fallu les gérer tout en reprenant un rythme de vie que j'avais ralenti. Aujourd'hui, j'essaie encore de donner la priorité à la réalisation de mes envies, de mes désirs... sans repousser à plus tard. »

BÉNÉDITE TOPUZ



DR NASRINE CALLET Florence présentait une tumeur à la fois sensible à l'herceptine et à l'hormonothérapie. Bien tolérée, l'herceptine est un grand progrès. Elle cible une molécule présente à la surface de certaines cellules cancéreuses. Aujourd'hui apparaissent de nouveaux traitements ciblés, mais aussi de nouvelles formes d'hormonothérapie. Des traitements qui stimulent le système immunitaire commencent aussi à être développés. Les patientes peuvent avoir accès à ces innovations, dans le cadre de protocoles évaluant ces nouveaux médicaments.

FLORENCE VIELLE-CUSSAC J'ai aussi dû me battre pour avoir accès aux tests génétiques. En 2010, ils n'étaient pas proposés en routine aux femmes dans ma situation. J'ai fini par apprendre que j'étais porteuse d'une

mutation du gène BRCA-2, transmise par mon père. Ma jeune sœur et une de mes tantes ont fait ce test : elles étaient porteuses de la même mutation. Toutes deux ont déci-

« Dans cette maladie, c'est le fait de ne pas savoir qui est le plus terrible à vivre »

Florence Vielle-Cussac, patiente

de d'avoir une mastectomie préventive, suivie d'une reconstruction mammaire.

DR NASRINE CALLET Au total, 2 % à 5 % des femmes atteintes d'un cancer du sein

sont porteuses d'une mutation d'un gène prédisposant à ce cancer. Ces femmes à risque bénéficient d'un dépistage ciblé, plus précoce et fréquent que dans la population générale. On peut aussi leur proposer une chirurgie de prévention. Mais ce geste chirurgical doit être validé par les professionnels de santé.

FLORENCE VIELLE-CUSSAC Deux ans après mes mastectomies, j'ai bénéficié d'une reconstruction des deux seins. Deux ans, cela paraît long ! Mais si l'on opère les deux seins en même temps, à distance des traitements, les résultats sont meilleurs. Depuis mi-2012, j'ai repris mon travail à temps plein. Sincèrement, cela reste compliqué de retravailler après un cancer. Mais je me bats pour un « droit à l'oubli » dans mon entreprise. ♦

« Plus de neuf femmes sur dix guérissent quand leur cancer du sein est détecté tôt »

Entretien avec le Pr Agnès Buzyn, hématologue, présidente de l'Institut National du Cancer (INCa)

Le dépistage organisé repose sur une mammographie tous les deux ans entre 50 et 74 ans. Mais il a donné lieu à de vifs débats...

Le cancer du sein est aujourd'hui de très bon pronostic. Cinq ans après le diagnostic, la survie est de 86%. Depuis 2005, cette survie a augmenté de 1,5% par an en moyenne. Cette amélioration est liée à l'arrivée de nouveaux médicaments, mais aussi au dépistage. Dans 70% des cas, il détecte des cancers précoces, encore peu évolués. Les chances de guérison sont alors meilleures et les traitements proposés peuvent être moins lourds.

D'où vient alors la controverse ?

Le dépistage sauve 20% de femmes en plus. Ce n'est pas rien ! Mais ses détracteurs disent que c'est au prix d'un traitement inutile chez une ou deux femmes sur dix. C'est vrai : dans 10 à 20% des cas, le dépistage détecte un cancer qui n'aurait pas fait parler de lui et

n'aurait pas eu besoin d'être traité. L'enjeu est que les femmes soient bien informées, des bénéfiques comme des risques. Certaines préféreront mettre toutes les chances de leur côté pour guérir. Les femmes sont aussi très concernées par leur qualité de vie : quand un cancer est détecté tôt, le geste chirurgical est moins lourd, les doses de radiothérapie peuvent être modulées, la chimiothérapie n'est souvent pas nécessaire...

La participation des femmes à ce dépistage est-elle suffisante ?

En France, 62% des femmes concernées participent à un dépistage régulier. Ce taux stagne depuis plusieurs années et diffère selon les régions mais aussi selon les catégories socioprofessionnelles. Les femmes dans des situations vulnérables participent moins. Par ailleurs, certaines sont plus à risque de développer un cancer du sein. C'est un autre message important : soyez vigilante si votre famille présente des cas précoces ou nombreux. Parlez-en avec votre médecin généraliste. Car il faut alors commencer le dépistage plus tôt, voire bénéficier d'un test génétique pour savoir si vous êtes porteuse d'une mutation prédisposant à ce cancer.

On peut craindre de n'avoir pas les mêmes chances selon l'établissement où l'on est traitée. Qu'en est-il ?

Fin 2006, l'Institut National du Cancer (INCa) a fixé pour tous les établissements qui prennent en charge des cancers des critères d'autorisation, parmi lesquels un seuil minimal d'activité : plus de 30 cancers du sein traités par an. Il y a aussi des critères de qualité, comme l'accès à des soins de support ou l'existence de « réunions de concertation pluridisciplinaire », où sont discutés les cas de chaque patiente. En 2007, la France comptait 2 200 établissements prenant en charge des

cancers. Aujourd'hui, elle n'en autorise plus que 980. Cette concentration a amélioré la qualité de la prise en charge. Tous les établissements sont très performants.

Comment peut-on choisir celui où l'on sera traitée ?

L'INCa propose sur son site une carte interactive de l'offre de soins en cancérologie [voir « Où se faire soigner ? »]. Si les femmes veulent accéder à des traitements innovants, elles doivent s'assurer que cet établissement propose de participer à des essais cliniques.

L'« après-cancer » est l'une des priorités du dernier Plan Cancer lancé début 2014 par le président Hollande...

En effet. Les Plans Cancer successifs, notamment le dernier, ont mis en place de nombreuses mesures dédiées à cet « après-cancer », à la prise en charge des séquelles et à la qualité de vie des personnes guéries. Il s'agit aussi de favoriser leur retour à l'emploi et leur droit à l'assurance. C'est le fameux « droit à l'oubli » : les femmes concernées doivent pouvoir reprendre le cours de leur vie normale. ♦

Glossaire

- **HORMONOTHÉRAPIE** Traitement qui consiste à empêcher l'action stimulante des hormones féminines sur les cellules cancéreuses.
- **CHIMIOTHÉRAPIE** Traitement à base de médicaments qui s'opposent aux mécanismes de division cellulaire.
- **RADIOTHÉRAPIE** Traitement locorégional par des radiations qui détruisent les cellules cancéreuses en bloquant leur capacité à se multiplier.
- **THÉRAPIE CIBLÉE** Médicament dirigé contre une cible moléculaire (récepteur, gène ou protéine) jouant un rôle dans la transformation des cellules en cellules cancéreuses ou dans le développement des tumeurs malignes.

Où se faire soigner ?

Pour vous informer et pour connaître les établissements de prise en charge :

- e-cancer.fr/Patients-et-proches/Cancer-Info
- e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/
- [Carte-interactive-de-l-offre-de-soins-en-cancerologie](#)