



**Cancer du sein:
options thérapeutiques et décision partagée**

PROPRIÉTÉ
CLINIQUE DU

Dr David BENAYOUN-
Congrès Val d'Ouest- Samedi 2 Octobre 2021



OBJECTIF DE LA RÉUNION

- Intérêt de la décision partagée en cancérologie mammaire
- Problème de santé publique fréquent
- 60000 cancers du sein chaque année en France
- Taux d'incidence standardisé de 100 pour 100000/année
- Le cancer du sein: 75 % de guérisons
- Une chirurgie source d'effets, sur l'image du corps et les capacités physiques, très nombreux.
- Un traitement, la chimiothérapie avec des effets secondaires importants et fréquents.
- Modèle intéressant par la fréquence et la diversité des problèmes rencontrés.



OBJECTIF DE LA RÉUNION

- Définition la plus citée de la décision partagée : Le professionnel et le patient **s'informent mutuellement** pour parvenir à un **accord commun** sur la **décision prise** :
- *l'échange d'information* est donc bilatéral (entre le professionnel et le patient),
- la *délibération est par nature interactive* (entre le professionnel et le patient, i.e. équipe médicale avec le médecin et proches avec le patient).
- La participation du professionnel et du patient est partagée à chaque étape du processus de prise de décision et la *décision prise* est la résultante d'un **accord commun**.



OBJECTIF DE LA RÉUNION

- Définir la situation
- **Identifier/Dire qu'une décision est à prendre**
- Présenter les options
- Discuter les bénéfices et risques potentiels
- Identifier les valeurs et préférences du patient
- S'assurer de la bonne compréhension du patient
- Prendre une décision/ prévoir les étapes suivantes



LES MODÈLES DE RELATION MÉDECIN PATIENT

- Le médecin décideur ou « paternaliste »
- Le patient décideur ou « informatif »
- La recherche ou révélation des préférences ou « décision partagée »

PROPRIÉTÉ DE LA CLINIQUE DU VAL D'OUEST



SCHÉMA GÉNÉRAL

- 1- Consultation pour préciser le diagnostic et faire le choix du traitement chirurgical
- 2- Consultation de rendu de résultats pathologiques et choix des traitements adjuvants. Rencontre avec l'infirmière d'annonce.
- 3- Consultation de fin de traitements
- 4- Autres rencontres:
 - La veille de l'intervention
 - Avec les radiothérapeutes
 - Avec les oncologues médicaux
 - Avec les psychologues, éventuellement



LES MOYENS

- Surtout: entretien oral
 - Standardisé pour le contenu
 - Ouvert à la discussion
- Aide à la consultation: le tableau de décision
- Les livrets d'informations complémentaires à lire chez soi.
- Les documents de la Ligue contre le Cancer SOR Savoir Patient sur le cancer du sein non métastatique.

PROPRIÉTÉ DE LA CLINIQUE DU VAL D'OUEST



DÉROULEMENT (SCHÉMATIQUE) D'UNE CONSULTATION.

- 1- Interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires
- 2- Présentation des options
 - Description du traitement
 - Bénéfices du traitement (réduction du risque de rechutes)
 - Effets secondaires

PROPRIÉTÉ DE LA CLINIQUE DU VAL D'OUEST

TECHNIQUE

CONSÉQUENCES

AVANTAGES

INCONVÉNIENTS

Mastectomie

- Ablation de la totalité du sein
- Cicatrice sur tout le thorax
- Un drain
- Radiothérapie en cas de facteur de risque de rechute

- Port d'une prothèse
- Reconstruction chirurgicale secondaire
- Insensibilité et gêne au niveau du thorax
- Douleur parfois
- Rarement : infection du site opératoire

- Pas de radiothérapie en l'absence de facteur de risque de rechute.
- Possibilité de reconstruction secondaire

- Mutilation
- Grande cicatrice
- Port d'une prothèse
- Seconde intervention pour la reconstruction

Traitement conservateur

- Ablation de la tumeur et d'un peu de glande autour
- Cicatrice, plus petite sur le sein
- Un drain parfois
- Radiothérapie dans tous les cas.

- Parfois petite déformation du sein ou sein plus petit
- Parfois une seconde intervention
- Gêne ou douleur dans le sein
- Rarement : infection du site opératoire
- Radiothérapie dans tous les cas.

- Conservation du sein
- Cicatrices plus petites

- Déformations du sein possibles.
- Radiothérapie dans tous les cas

Curage axillaire

- Ablation de 12 à 15 ganglions en moyenne
- Drain supplémentaire dans l'aisselle.

- Insensibilité et gêne sous le bras
- Raideur de l'épaule parfois
- Poche de lymphe sous le bras
- Rarement, lymphoedème ("gros bras")

- Une seule intervention sur l'aisselle
- Si plus de 10 ganglions examinés sont normaux, il y a alors 99% de chances de ne pas avoir de ganglions envahis

- Deux drains.
- Insensibilité et gêne
- Rarement, lymphoedème (6%).
- Le curage est inutile si les ganglions ne sont pas atteints.

Ganglion sentinelle

- Ablation de 2 ganglions en moyenne

- Douleur modérée

- Pas d'insensibilité ou de gêne.
- Si les ganglions examinés sont normaux, il y a alors 95% de chances de ne pas avoir de ganglions envahis

- Deux interventions si le ganglion sentinelle est atteint (40% des cas)

Le taux de rechutes locales est le même

Vos chances de guérison sont les mêmes



TRAITEMENT ADJUVANT DES CANCERS DU SEIN

Information sur les deux options possibles :

Vous venez d'être opérée du sein. Votre chirurgien en a enlevé une partie ainsi que quelques ganglions dans le creux de l'aisselle. L'analyse qui en a été faite montre qu'il s'agissait d'un cancer. Voici les résultats de l'analyse faite par le laboratoire:

Taille (mm) :

Grade (de 1 à 3) :

Récepteurs hormonaux :

Embols :

Ganglions :

Age :

Aujourd'hui grâce à l'intervention chirurgicale tout le cancer a été enlevé. Cependant il existe un risque que quelques cellules aient déjà migré dans votre organisme. Ces cellules risquent de provoquer une rechute dans quelque temps. Pour prévenir ce risque de rechute il existe différents traitements : la radiothérapie et l'hormonothérapie. Ces deux traitements vont vous être expliqués dans la page suivante.

Vous aurez une radiothérapie

Vous aurez une hormonothérapie

Un troisième traitement existe également : la chimiothérapie. En ce qui concerne ce traitement, vous pouvez ou non l'avoir. Cela dépend des avantages et des inconvénients qu'il présente. Nous vous proposons d'en discuter avec vous.

Il y a donc deux options, faire ou ne pas faire de la chimiothérapie.

Ce sont les éléments de ces deux options que nous allons vous exposer dans les pages suivantes en vous informant sur les bénéfices que la chimiothérapie peut apporter au traitement du cancer du sein et les inconvénients qu'elle peut présenter pour vous.

LES TRAITEMENTS QUE VOUS AUREZ

La Radiothérapie

- Il s'agit de rayons administrés sur le sein
- Les rayons sont administrés une séance par jour, 5 jours par semaine au total.
- Les rayons diminuent le risque de rechute du cancer au niveau du sein.
- Le principal effet indésirable est le risque d'un "coup de soleil" sur la peau au niveau du sein.

L'Hormonothérapie

- Il s'agit d'un traitement anti-hormonal.
- Il ne s'applique que si les récepteurs hormonaux sont positifs.
- Il s'administre par un comprimé par jour de Tamoxifène pendant 5 ans.
- Le Tamoxifène diminue le risque d'une rechute du cancer.
- Les principaux effets indésirables sont les bouffées de chaleur et le risque de saignement vaginal

LES OPTIONS PROPOSÉES

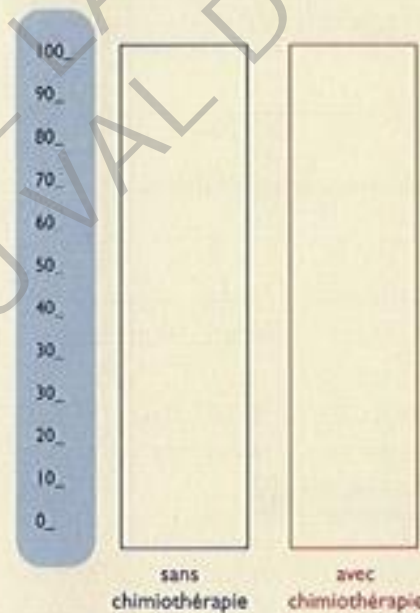
Chimiothérapie

- La chimiothérapie est un traitement général
- Elle s'administre par perfusion intraveineuse (une piqûre) ou par la mise en place d'un cathéter veineux (petit tuyau)
- Elle s'administre lors d'une séance toutes les 3 semaines, 4 séances au total, qui ont lieu en hôpital de jour.
- La totalité de vos traitements depuis le début de la chirurgie avec la chimiothérapie et la radiothérapie dureront environ 4 mois.

Pas de Chimiothérapie

- La totalité de vos traitements depuis le début de la chirurgie avec la radiothérapie dureront environ 2 mois et demi

LES BÉNÉFICES



LES INCONVÉNIENTS

Chimiothérapie

- Perte des cheveux pendant la durée du traitement
- Nausées et vomissements
- Diminution des globules blancs
- Une certaine fatigue générale

Pas de Chimiothérapie

- Aucun inconvénient dû à ce traitement



LES PRÉFÉRENCES ENTRE LES DEUX OPTIONS

Nous vous avons parlé des alternatives qui sont possibles dans votre cas entre avoir ou ne pas avoir de chimiothérapie. Nous pensons qu'il est important pour vous d'avoir ces informations afin de vous donner la possibilité de prendre part à la décision, si vous le souhaitez.

Toutes les informations contenues dans le tableau qui vient de vous être présenté sont détaillées dans le document qui vous est remis en même temps que ce tableau. Prenez le temps de le lire à tête reposée. Si certains points demeurent obscurs, n'hésitez pas à nous en reparler.

Soyez très attentives aux bénéfices et aux inconvénients du traitement. En réfléchissant à votre préférence, pensez aux conséquences qu'elle aura sur votre vie quotidienne et votre vie future. Essayez de penser à la solution qui vous convient le mieux en fonction de votre mode de vie, de vos responsabilités et de vos projets. Bien entendu, nous ne vous laissons pas seule face à cette décision. Le docteur prendra le temps d'en reparler avec vous lors d'une **prochaine consultation qui aura lieu le :**

Pour vous aider à préciser vos préférences, vous pouvez répondre à ces questions :

• QUELLE IMPORTANCE A POUR MOI :

- la chute de mes cheveux ? beaucoup assez peu aucune
- les nausées et les vomissements ? beaucoup assez peu aucune

• QUELLE IMPORTANCE A POUR MOI :

- la fatigue générale ? beaucoup assez peu aucune
- la durée du traitement ? beaucoup assez peu aucune

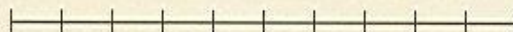
• DANS QUELLE MESURE LES TRAITEMENTS RISQUENT-ILS DE PERTURBER :

- ma vie sexuelle ? beaucoup assez peu aucune
- ma vie familiale, mes enfants ? beaucoup assez peu aucune
- ma vie professionnelle ? beaucoup assez peu aucune
- mes relations de couple ? beaucoup assez peu aucune
- ma vie sociale et mes loisirs ? beaucoup assez peu aucune

• MES PRÉFÉRENCES SONT PLUTÔT :

Mettez une croix entre les deux extrémités à l'endroit où vous vous situez personnellement

Chimiothérapie



Pas de
Chimiothérapie



PHASE DE REFLEXION

- Choix **par la patiente** du mode relationnel
 - Elle décide → compréhension des enjeux et reformulation.
 - Elle ne veut pas du tout décider même après avoir indiqué que l'on avait besoin de ses préférences: on applique un protocole défini
 - Elle est incertaine (cas le plus fréquent)
 - Faire évoquer des valeurs
 - Faire exprimer des préférences
 - Reformuler permet d'aboutir à un choix



PHASE DECISIONNELLE

- - Délai de réflexion (8 à 10 jours environ)
 - Les documents sont remis
 - On incite la patiente à parler avec l'entourage familial ou amical
 - Demander si elle le souhaite un second avis
 - Changement de choix toujours possible
- - Seconde consultation et décision.

PROPRIÉTÉ DE VAL D'OUEST
CLINIQUE DU VAL D'OUEST



1	La chirurgie	Traitement loco-régional
2	La radiothérapie	Traitement loco-régional
3	La chimiothérapie	Traitement général
4	L'hormonothérapie	Traitement général

Comme la chimiothérapie, ce traitement est général. Il s'applique dans les cas où les récepteurs hormonaux sont retrouvés dans la tumeur. Ce traitement diminue les risques de rechute d'environ 30% mais aussi, dans la même proportion, le risque de cancer de l'autre sein.

Technique

Il s'agit de prendre un comprimé par jour d'un médicament (Tamoxifène) qu'il faudra continuer pendant cinq ans. Ce comprimé est à prendre tous les jours. Il est parfois associé à d'autres médicaments qui vous seront précisés par votre médecin.

Effets secondaires

Ils sont très rares et peu marqués :

- Les bouffées de chaleur sont parfois accentuées.
- Certaines femmes se plaignent de maux de tête ou de vertiges.
- Il existe, de façon exceptionnelle, des phlébites de la jambe. Toute douleur du mollet doit être signalée à votre médecin.
- Ce traitement augmente de façon très faible le risque de cancer de l'utérus. En cas de saignement, il faut le signaler à l'un des médecins qui vous suit et qui vous fera passer une échographie.

Effets bénéfiques

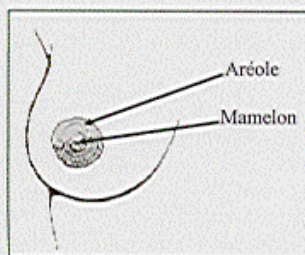
A côté du principal effet positif qui est la diminution du risque de rechute, le Tamoxifène a d'autres avantages :

- Il diminue le risque d'infarctus du myocarde.
- Il diminue le risque d'ostéoporose.

Description des opérations

Il existe deux types d'interventions chirurgicales sur le sein et deux types d'interventions sur les ganglions.

Pour vous repérer, voici un schéma du sein :



1 - Les interventions sur le sein

La **chirurgie conservatrice** permet d'enlever la totalité de la tumeur sans enlever la totalité du sein. Le mamelon et l'aréole sont conservés (sauf pour certaines tumeurs qui sont derrière le mamelon ou l'aréole).

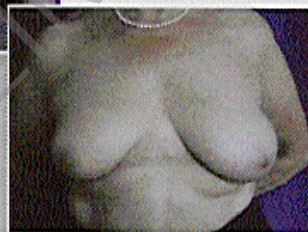


Traitement conservateur : le sein est un peu plus petit ; il est coloré en brun après les rayons.



Traitement conservateur : peu de modification de l'aspect du sein.

Traitement conservateur : petite asymétrie du sein après chirurgie et radiothérapie.



La **mastectomie totale** consiste à enlever la totalité de la glande mammaire, c'est-à-dire la totalité du sein, l'aréole et le mamelon ainsi qu'une partie de la peau du sein. L'incision dépend du siège de la tumeur dans le sein. Cette incision est horizontale le plus souvent possible.

Dans le cas où cette intervention serait celle choisie, nous vous donnerons une prothèse provisoire légère que vous pourrez porter à la sortie du service. Vous aurez aussi une ordonnance pour acheter plus tard une prothèse plus adaptée.

La reconstruction du sein peut être envisagée environ un an après la fin des rayons (radiothérapie). Elle est prise en charge à 100% par la Sécurité sociale.



Patiente ayant eu une mastectomie



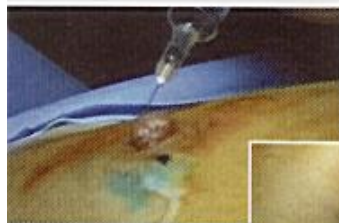
Même patiente avec une prothèse et un soutien-gorge



Même patiente habillée

Les éléments à comprendre, pour choisir la technique à appliquer sont : les risques de récurrence et le résultat esthétique :

- **Les risques de récurrences dans le sein.** Pour limiter le risque de récurrence, la tumeur doit être enlevée en totalité. Cela impose d'ôter, en plus de la tumeur, une zone "de sécurité" d'un centimètre autour de cette tumeur. Par exemple, pour une tumeur de trois centimètres de diamètre, il faut enlever une zone de cinq centimètres de diamètre.
- **Le résultat esthétique.** Le résultat esthétique dépend du rapport entre le volume enlevé et le volume du sein. En moyenne, la conservation du sein est possible pour les tumeurs de moins de trois centimètres (quatre centimètres dans les seins plus volumineux).



Injection du "bleu" autour de l'aréole.



Repérage de la position du ganglion avec la sonde qui détecte le produit faiblement radioactif injecté la veille.



Découverte du ganglion sentinelle.

Dans la plupart des cas, cet examen n'est pas fait immédiatement. Si l'examen des ganglions sentinelles ne trouve pas de cellules cancéreuses, le curage axillaire ne sera pas fait. Si au moins l'un d'entre eux contient des cellules cancéreuses, le curage plus complet sera fait au cours d'une seconde opération après réception des résultats.

	CURAGE AXILLAIRE	GANGLION SENTINELLE
	Si plus de dix ganglions examinés sont normaux, alors il y a 99% de chances de ne pas avoir de ganglions positifs	Si le ganglion sentinelle est normal, alors il y a 95% à 99% de chances de ne pas avoir de ganglions positifs
Avantages	Operation en une seule fois	Pas de douleur ou de "gros bras"
Inconvénients	Douleurs, troubles de la sensibilité du bras, œdème dans 25 % des cas ("gros bras" dans 6 % des cas). Le curage axillaire est inutile lorsque les ganglions ne sont pas atteints	Intervention en deux fois dans 40% des cas

Les complications possibles de l'intervention chirurgicale

Immédiates :

- Hématome : accumulation de sang dans la zone opératoire. Souvent, il se résorbe tout seul (comme un bleu). Lorsqu'il est volumineux, il faut parfois réopérer pour l'évacuer.
- Infection de la zone opératoire : elle guérit souvent sans réopérer. Par contre, un abcès doit être vidé.



L'EXPERIENCE PROUVE QUE

- **La recherche des préférences** est un terme meilleur que décision partagée car il crée une ambiguïté tant qu'on ne connaît pas parfaitement le modèle:
 - Partage de décision entre deux médecins ?
 - Qui décide ?
 - Comment partager une décision qui est unique ?

PROPRIÉTÉ DE LA VAL D'OUEST
CLINIQUE DU VAL D'OUEST



L'EXPERIENCE PROUVE QUE

- Le choix du modèle paternaliste est légitime si:
 - Il y a eu présentation des options
 - Si c'est le malade qui choisit ce mode de relations
 - Si ce n'est pas le médecin qui impose à la fois son choix et le mode relationnel

PROPRIÉTÉ DE LA CLINIQUE DU VAL D'OUEST



L'EXPERIENCE PROUVE QUE

- **Perceptions des patientes sur la prise de décision partagée implémentée en pratique clinique routinière**
- – Forte valeur accordée à l'information : fournie par le chirurgien ; progressive
- – Différences entre prise de décision partagée et participation (gestion de la maladie)



LA DECISION PARTAGEE EN AMONT

- Les controverses liées aux surdiagnostics ont conduit à une concertation citoyenne en collaboration avec l'Institut National du Cancer.
- 3 profils se distinguent sur le choix de participer au dépistage organisé:
 - Pour: impression de gravité de la maladie, d'efficacité du dépistage et sentiment de peur face aux expériences personnelles et/ou témoignages de proches.
 - Contre: Mise en avant des risques liés au dépistage, manque de compétences relationnelles et technique des médecins
 - Indécision: Information jugée simpliste, culpabilisante et partiellement objective



LES OPTIONS THERAPEUTIQUES

- Options thérapeutiques ? Est-ce une réalité ?
- Le traitement chirurgical reste assez standardisé
 - Le traitement conservateur reste l'objectif majeur pour éviter les séquelles esthétiques pour la patiente
 - Désescalade thérapeutique chirurgicale a été l'évolution naturelle dans l'histoire de la chirurgie du sein et des ganglions
 - Modification de la séquence thérapeutique pour permettre une conservation du sein
- Un traitement conservateur implique obligatoirement une radiothérapie adjuvante.
- Peu d'« options » de radiothérapie, hypofractionnement éventuellement proposé dans certaines situations, radiothérapie per opératoire pour des traitements « en un temps »

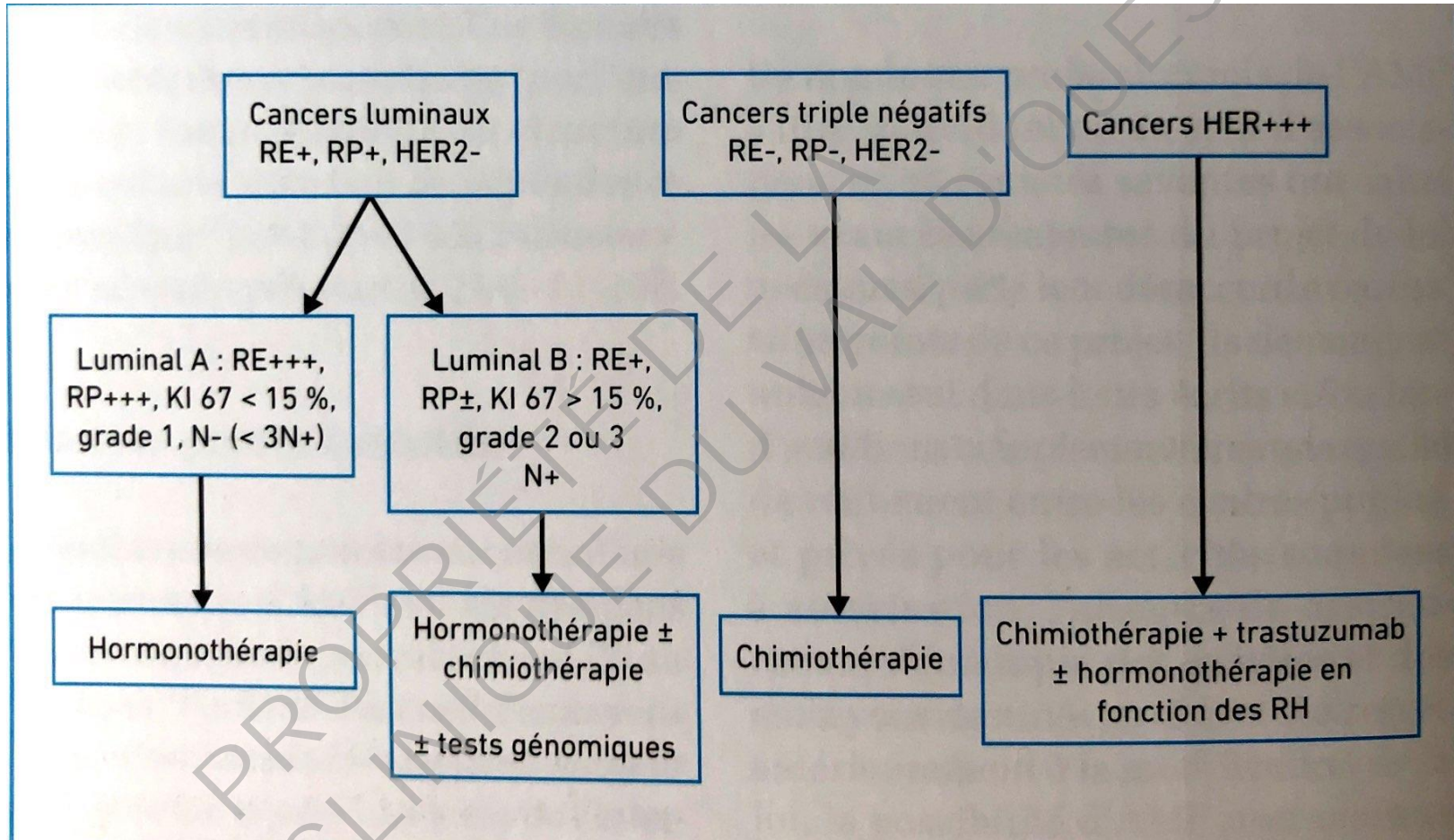


LES OPTIONS THERAPEUTIQUES

- Options thérapeutiques ? Est-ce une réalité ?
- Les options thérapeutiques restent surtout l'apanage des traitements par chimiothérapie.
- Les recommandations de traitement se basent sur un risque statistique de survenue de métastases sans savoir avec certitude si la patiente va ou non en bénéficier.
- Les indications ont donc progressivement cherché à identifier avec davantage de précisions qui va en avoir un réel bénéfice.



UN MÊME NOM, MAIS 4 CANCERS





UN NOM, 4 CANCERS

- **TUMEURS LUMINALES A:**
 - RH +, Her2 -, Ki inférieur à 15%, peu proliférantes, peu agressives
- **TUMEURS LUMINALES B:**
 - RE+, RP svt négatifs, Her 2 -, Ki supérieur à 15%
- **TUMEURS exprimant HER 2 +:**
 - Souvent RH -
 - Parfois RH +
- **TUMEURS TRIPLE NEGATIVES:**
 - RE-, RP-, HER 2 -, tumeurs proliférantes et agressives



TRAITEMENTS ADJUVANTS

- D'autres paramètres plus classiques interviennent:
 - Âge, comorbidités, taille tumorale, envahissement ganglionnaire, grade et emboles tumoraux.
 - Type histologique
- Possible de ne pas proposer de traitement adjuvant par chimioT si tumeur infracM et absence d'envahissement GG avec RH+ et Her2-

PROPRIÉTÉ DE LA CLINIQUE DU VAL D'OUEST



UN NOM, 4 CANCERS

- Possible de ne pas proposer de traitement adjuvant par chimioT si
 - Tumeur infracM ET absence d'envahissement GG ET RH+ ET Her2- ET plus de 35 ans
- Tumeurs triple négatives (RE-, RP-, Her2-)
 - Chimiothérapie **avant** ou après chirurgie
- Tumeurs exprimant Her2 (mauvais pronostic) mais
 - Utilisation d'anticorps monoclonal (trastuzumab) en association avec la chimiothérapie puis en relais seul +/- hormonoT
 - Utilisation de 2 agents anti Her2, meilleure réponse mais pas de remboursement malgré AMM européenne



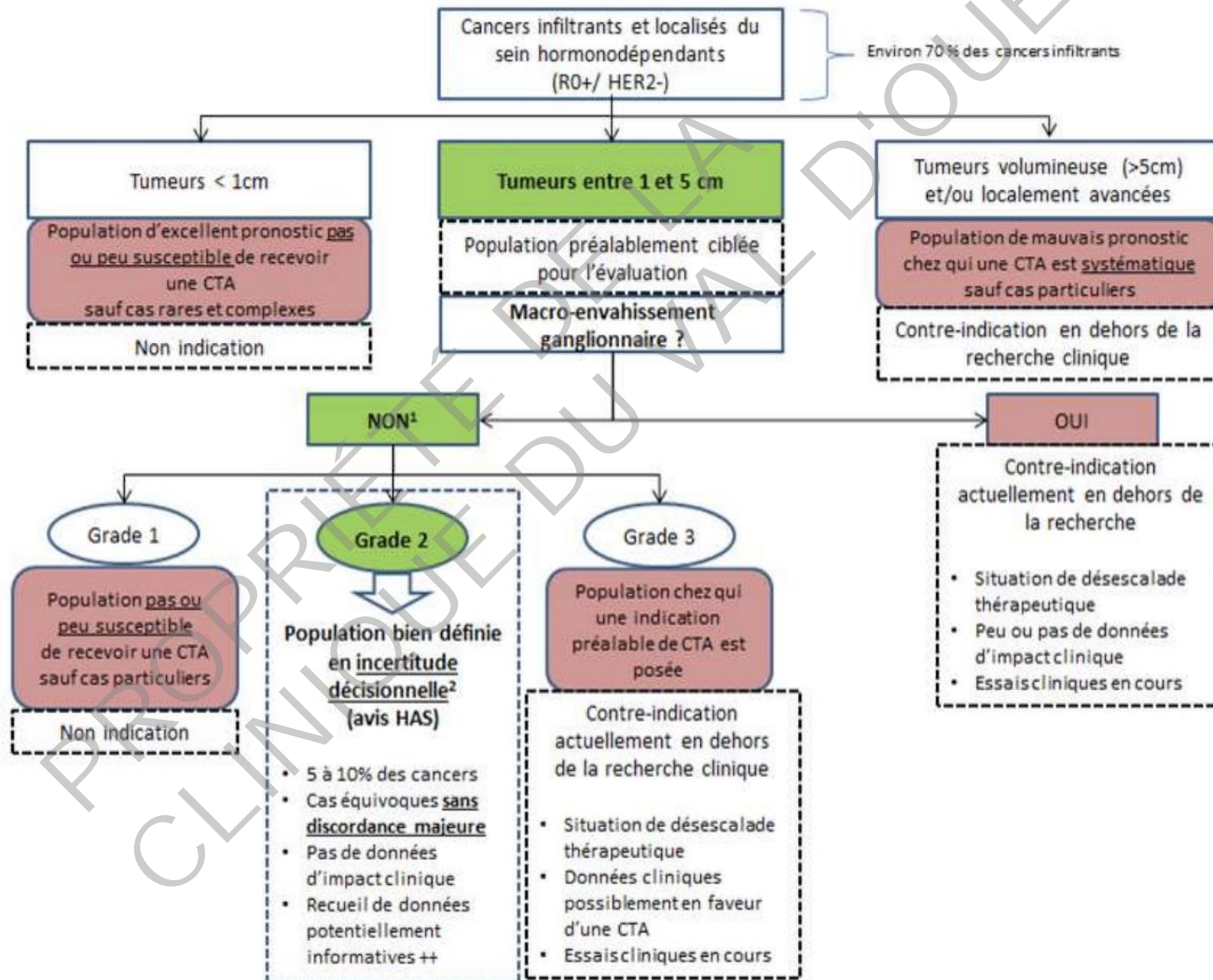
UN NOM, 4 CANCERS

- Tumeurs RH+, Her2-
 - Luminal A: hormono pdt 5 voire 10 ans
 - Luminal B: hormono mais option chimio si prolifération importante
- Ce dernier cas de figure a permis l'apparition de nouveaux outils décisionnels: TESTS GENOMIQUES pour
 - adénocarcinome invasif (préférentiellement de type canalaire)
 - RO+/HER2-
 - pT1c-T2
 - pN0-N1mic
 - grade 2.
- Discussion en RCP +++



UN NOM, 4 CANCERS

Figure 4 : Etat des lieux et identification de la population en incertitude décisionnelle susceptible d'être explorée par une SG dans le cadre de la recherche (en vert)





UN NOM, 4 CANCERS

- **Conclusions de l'HAS sur les signatures génomiques:**
 - Valeur pronostique (intrinsèque) des SG est possible, cette évaluation n'a pas permis de conclure en faveur d'une utilité clinique concernant ces quatre SG dans le cancer du sein de stade précoce.
 - De plus, il a été retrouvé que la décision de CTA pouvait être divergente entre SG dans 20 à 25 % des cas pour un même échantillon de patientes.
 - Par ailleurs, eu égard à leur objectif initial de développement et aux données analysées, les quatre SG ne peuvent revendiquer actuellement une valeur prédictive concernant l'efficacité d'un protocole de CTA.
 - il existerait potentiellement et dans le cadre de la recherche et de l'innovation, un intérêt à évaluer l'utilisation des SG chez certaines patientes en incertitude décisionnelle de CTA

OPTIONS THERAPEUTIQUES/DECISION PARTAGÉE

- Les traitements adjuvants des cancers du sein se complexifient mais s'adaptent au plus près des particularités des tumeurs de chaque patiente.
- Manque encore de tests prédictifs et de facteurs pronostiques plus spécifiques.
- Désescalade constante sur les traitements, notamment sur la chirurgie et la chimiothérapie.
- Compréhension en progression constante des mécanismes de carcinogénèse.

Merci pour votre attention