

Cancer du Sein

Le cancer du sein se forme dans les cellules du sein. Le tissu mammaire ne comprend pas seulement le sein, mais aussi la partie du corps comprise entre la clavicule, l'aisselle et la lame du sternum. Les seins reposent sur les muscles de la poitrine qui recouvrent les côtes. Chaque sein est constitué de glandes mammaires, de canaux galactophores et de tissu adipeux. Les glandes mammaires, groupées en lobules, produisent le lait maternel, qui circule depuis les lobules jusqu'au mamelon par un réseau de canaux. Les seins abritent aussi des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

La plupart des maladies, qu'elles soient bénignes ou malignes, prennent origine des lobules et des canaux, au niveau de l'épithélium. Le drainage lymphatique se fait principalement vers les ganglions axillaires.

Le cancer du sein correspond au développement d'une tumeur aux dépens des cellules de la glande; selon les cellules touchées, les tumeurs porteront des noms différents. L'évolution de cette tumeur n'est pas contrôlée par l'organisme, elle se développe dans la glande de façon anarchique dans tous les sens. Une tumeur cancéreuse a une croissance lente dans un premier temps et son développement est circonscrit, on parle de cancer in situ, il n'y a pas d'envahissement des tissus voisins. Si la tumeur n'est pas découverte à ce stade, elle continuera à grossir, elle envahira les tissus alentours. Des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur mère, aller dans le sang et/ou la lymphe et se greffer sur des organes à distance et se multiplier pour leur propre compte, ce sont des métastases. Les sites de métastases du cancer du sein incluent les os, les poumons, le foie, le cerveau, les ganglions lymphatiques et le tissu cutané.

Population la plus souvent touchée, facteurs de risques

A) Le Sexe : 99% des cas de cancer du sein sont des femmes.

Les cancers du sein et de la prostate sont ce qu'on appelle communément des cancers « hormono dépendants », c'est-à-dire que leur croissance dépend en grande partie des taux d'hormones sexuelles dans le sang. Dans les conditions normales, la quantité de ces hormones présentes dans l'organisme est étroitement surveillée par plusieurs systèmes de contrôles qui veillent à ce que leur taux ne dépasse pas une certaine limite. Ces hormones, comme l'œstrogène, sont de puissants stimulateurs de la croissance des tissus et en trop grande quantité dans le sang peut provoquer une croissance incontrôlée et générer un cancer.

De la puberté à la ménopause, la fonction mammaire est sous l'influence des hormones sexuelles. Leur sécrétion est régulée par les hormones hypophysaires, FSH (hormone folliculostimulante) et LH (hormone lutéostimulante). C'est l'hypothalamus qui commande leur libération.

L'œstrogène ou plutôt les œstrogènes sont sécrétés principalement par les ovaires et les glandes surrénales. Elle permet le développement de l'utérus et des seins, protège le cœur en favorisant le bon cholestérol au détriment du mauvais, protège de l'ostéoporose, prévient les infections urinaires, stimule l'hydratation de l'épiderme et, selon de récentes études empêcherait la dégénérescence des cellules du cerveau!

Il existe les œstrogènes forts et les faibles ainsi que les chimiques (ceux qui ne sont pas produits naturellement par le corps humain mais qui sont apportés par exemple par les aliments). L'oestradiol est un œstrogène naturel et puissant, produit par l'organisme. Ensuite, il y a plusieurs œstrogènes dits faibles encore appelés œstrogènes végétaux. Il y a les anti-œstrogènes, des molécules qui bloquent les effets des œstrogènes dans l'organisme.

Les œstrogènes commandent aux cellules leur multiplication. Plus l'œstrogène est fort, plus la cellule se multipliera, chaque multiplication constituant par ailleurs une source d'erreur qui peut déclencher des modifications cancéreuses dans la cellule. En quantité importante, l'œstrogène accélère la multiplication de ces cellules et il est en outre leur combustible. Par contre, l'ADN reste toujours le déclencheur ... (notes sur le cancer en général)

Le sein se compose aussi de canaux galactogènes, comme on l'a mentionné précédemment, dont la paroi interne est tapissée de cellules munies de récepteurs hormonaux. Les œstrogènes puissants comme l'oestradiol, lorsqu'ils se fixent sur un récepteur hormonal, envoient un fort signal de multiplication à la cellule, l'incitant à se reproduire davantage et plus rapidement. Plus l'œstrogène est puissant, plus il favorise le cancer.

La progestérone a une action complémentaire de celle des œstrogènes car elle contrebalance la stimulation œstrogénique et encourage la différenciation cellulaire et la mort cellulaire programmée (apoptose). Elle est principalement sécrétée en deuxième partie du cycle, avant les menstruations.

La prolactine est une hormone sécrétée par la glande hypophysaire. En dehors de la période d'allaitement, la prolactine n'intervient pas dans la fonction mammaire.

Cancer du sein chez les hommes : moins de 1% des cas

- Âge : 50 ans et plus

- Il se développe chez les hommes qui ont reçu des doses excessives d'oestrogènes (entre autres). C'est le cas des transsexuels qui désirent changer de sexe et qui pour cela absorbent ces hormones.
- Il y a aussi la possibilité d'une prédisposition familiale au cancer du sein chez l'homme; une anomalie du gène BRCA.
- La cryptorchidie: absence de l'un ou des deux testicules dans les bourses, par suite de leur rétention dans la cavité abdominale en raison d'une anomalie hormonale ou anatomique.
- L'atrophie des testicules à la suite d'une orchite (inflammation aiguë ou chronique du testicule) virale ou d'un traumatisme.
- Syndrôme de Klinefelter : anomalie des chromosomes sexuels.
- Cirrhose.

B) L'Âge

Le risque d'être atteint d'un cancer du sein monte en flèche entre 35 et 45 ans.

Ces femmes âgées de 35 ans environ sont en période de pré ménopause, elles commencent à être sujettes à des cycles anovulatoires ou encore des cycles au cours desquels il y a ovulation sans que celle-ci s'accompagne pour autant d'une production adéquate de progestérone; les oestrogènes ne sont pas alors contrebalancés.

Par ailleurs, le système de défense immunitaire s'épuise avec l'âge et devient moins efficace, et les mutations génétiques s'accumulent au fur et à mesure que l'on vieillit. Les graisses contenues dans les tissus mammaires peuvent également être plus dangereuses à 60 ans, car elles contiennent plus de toxines accumulées avec le temps.

C) Pays, Prédispositions génétiques

L'incidence du cancer du sein est moins élevée chez les femmes des pays peu ou non industrialisés que chez celles des pays développés. Le docteur Peter Ellison d'Harvard a effectué une étude à l'échelle planétaire. En utilisant un dosage hormonal salivaire, il a découvert des taux d'oestrogènes sensiblement plus élevés chez les femmes des pays plus développés. Il est convaincu que l'alimentation trop riche en calories et le manque de dépense physique occasionnent cette augmentation des taux d'oestrogènes et en conséquence, du risque de cancer du sein.

Le fait que le taux de mortalité par cancer du sein est seulement de 3,4 cas pour 100 000 femmes en Gambie et de 20 cas en Inde peut être attribué aux caractères héréditaires de la race, à l'alimentation, à la culture ou à l'eau!

Chaque année en Amérique du Nord, un très grand nombre de femmes, surtout de race blanche, reçoit un diagnostic de cancer du sein. En fait, c'est le plus haut taux de mortalité par cancer du sein de la planète: 89,2 cas pour 100 000 femmes.

On estime qu'en 2005, 21 600 Canadiennes recevront un tel diagnostic; parmi elles, 5300 mourront de la maladie. Environ une canadienne sur neuf sera victime d'un cancer du sein au cours de sa vie.

Seuls 10% des cancers du sein des pays industrialisés occidentaux peuvent être attribués à des mutations génétiques transmises héréditairement. Ce type de cancer est généralement imputable à une mutation du gène BCRA. Ces mutations sont transmises par l'un ou l'autre des parents (atteint ou non de la maladie). Les femmes ayant une prédisposition génétique ont tendance à être atteintes par cette maladie avant le cap des 50 ans. Celles dont une parente au premier degré (mère, sœur ou fille) a eu un cancer du sein avant 60 ans courent 2 fois plus de risques de contracter la maladie et plus la parente est jeune, plus le risque de prédisposition génétique est élevé. Si deux parentes au premier degré ont un cancer du sein, les risques sont alors de 4 à 6 fois plus élevés.

D) Grossesse

Les femmes qui ont eu un enfant avant 24 ans ont 5 fois moins de risques de contracter un cancer du sein ultérieurement que celles dont la première grossesse a lieu après 30 ans. Cela s'explique par le fait que les hormones de la grossesse et de la lactation exercent un effet protecteur en développant et différenciant les tissus du sein.

La progestérone est une hormone dominante pendant la grossesse. Seule une première grossesse précoce et menée à terme a un effet protecteur.

Le risque de cancer du sein est plus élevé chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfant (femme nullipare) que chez celles qui en ont eu un ou plus à n'importe quel âge car il n'y a pas eu de différenciation des tissus sous l'influence des hormones de la grossesse et de la lactation.

E) Irradiations

Elles représentent un des facteurs de risque les plus puissants du cancer du sein et ses effets sont cumulatifs. En effet, les lésions des tissus du sein qu'elles entraînent ne disparaissent pas avec le temps : chaque dose de rayon X s'ajoute à la précédente.

F) Puberté précoce

Plus une femme est réglée tôt, plus longtemps ses tissus mammaires seront exposés à des agents cancérigènes potentiellement dangereux (produits chimiques, radiations, oestrogènes).

G) Contraceptifs oraux prescrits aux adolescentes

Plus jeune est l'utilisatrice de la pilule, plus ce risque augmente. Chez les jeunes filles de moins de 18 ans qui utilisent un contraceptif oral, le risque d'un cancer du sein ultérieur est multiplié par trois. On peut imputer ce fait aux progestatifs contenus dans la pilule ou contraceptifs injectables, lesquels bloquent les effets bénéfiques de la progestérone et de l'ovulation, empêchant la production hormonale de l'organisme.

Chez les femmes de plus de vingt ans, la prise à long terme de ce type de contraception entraîne un risque de cancer du sein légèrement plus élevé, qui persiste 10 ans après l'arrêt d'utilisation. Par contre, l'utilisation de la pilule sur une courte période n'augmente pas le risque de cancer du sein.

H) Traitement hormonal substitutif (THS) conventionnel

L'administration prolongée d'oestrogènes seuls ou associés à un progestatif après la ménopause augmente le risque de cancer du sein.

I) Antécédents personnels de mastopathie chronique

J) Ménopause tardive (après 50 ans)

K) Mauvaise Alimentation

Les pays où l'on consomme plus de graisses insaturées et/ou disons un apport calorique plus important, ont une incidence plus élevée de cancer du sein.

Plus de calories--- plus de radicaux libres dans l'organisme---plus de lésions dans les tissus---
une augmentation de l'incidence du cancer du sein

Une ration calorique plus importante et une dépense physique plus faible entraînent une élévation des taux hormonaux et, en conséquence, un risque accru de cancer de l'appareil reproducteur. Pour des raisons similaires, l'obésité est corrélée à un risque accru de décès par cancer du sein. Le fait que les femmes obèses ont un mode de vie souvent moins sain que les autres femmes et que les cellules adipeuses produisent des oestrogènes pourrait expliquer cette corrélation.

L) Abus d'alcool, cirrhose

Consommer plus d'un verre d'alcool par jour accroît le risque de cancer du sein. Sans doute parce que l'alcool exige du foie un travail supplémentaire et que cet organe est en conséquence moins apte à éliminer les oestrogènes de l'organisme, ce qui amène une élévation chronique des taux d'hormones.

M) Tabagisme

On estime que le tabagisme est la cause de 30% de tous les décès attribuables au cancer. Certaines études suggèrent l'existence d'un lien entre le tabagisme et le cancer du sein, mais ce lien ne fait pas l'unanimité chez les experts. Il y a par contre des données selon lesquelles la fumée secondaire augmenterait le risque de cancer du sein; surtout les femmes plus jeune, non ménopausées.

N) Hypothyroïdie

Quand les taux d'hormones thyroïdiennes sont faibles, les oestrogènes sont incapables de produire au niveau du foie la quantité adéquate d'une protéine spécifique, la SHBG (sex hormone binding globulin) qui transporte les hormones sexuelles dans la circulation. La SHBG présente dans le sang est liée à l'oestradiol, ce qui empêche ce dernier de pénétrer en trop grande quantité dans la cellule et de stimuler la croissance des tissus des seins et de l'utérus. Le faible taux de SHBG aura pour conséquence d'augmenter le taux d'oestrogènes « libres » et entraînera des concentrations d'oestrogènes plus élevées dans la circulation.

O) Taux élevé de prolactine

Les oestrogènes stimulent la sécrétion de prolactine et accroissent la formation des récepteurs de la prolactine dans les tissus mammaires, ce qui augmente la sensibilité du sein à la prolactine. À son tour, la prolactine stimule la synthèse des récepteurs d'oestrogènes et de ses propres récepteurs, créant ainsi un système de rétroaction positive afin de perpétuer l'action des oestrogènes sur le sein, en tant que promoteur de croissance. Des recherches ont montré que certaines tumeurs cancéreuses du sein se mettent à produire leur propre prolactine, ce qui stimule la croissance tumorale.

Signes Cliniques et Symptômes

Le cancer du sein ne donne pas de signe au début de la maladie. Quand la tumeur est suffisamment grosse, elle est palpable au niveau du sein ou de l'aisselle. C'est à ce moment là que la patiente vient consulter, après avoir découvert un nodule mammaire. À l'examen, le nodule est dur, irrégulier, indolent, peu mobile sur les plans voisins.

Parfois, en regard de la tumeur, la peau change d'aspect : peau d'orange, rétractée, ridée ou d'allure inflammatoire (rouge et chaude); le mamelon peut aussi être déformé, être le siège d'un eczéma ou d'un écoulement de sang, avoir un aspect croûteux. Il est aussi possible de découvrir des ganglions axillaires et sus-claviculaires. En clinique, on examine le côté opposé (13% des patientes ont des foyers controlatéraux).

Examens médicaux

La mammographie.

Différentes biopsies, ponction.

Échographie: utile pour l'étude des seins « denses » à la mammographie.

Mesure des récepteurs d'oestrogènes (RE) et de progestérone : la valeur pronostique du dosage des RE au moyen de techniques immunohistochimiques.

Marqueurs : antigènes ACE.

Imagerie par résonance magnétique (IRM): chez les patientes porteuses de mutations des gènes BRCA1 et BRCA2.

Anatomie Pathologique

Carcinome non invasif in situ

Carcinome canalaire in situ: Fréquence: 2-3% des cancers du sein. Il est non palpable. Il est une forme pré invasive de cancer du sein. Il s'agit d'un cancer qui est confiné aux cellules de l'épithélium de la lumière des canaux. Il a un excellent pronostic s'il est isolé et découvert fortuitement à la mammographie sous forme de microcalcifications. Par contre, il se retrouve dans un tiers des cas à 2 endroits à la fois ou plus (multifocal), d'où le risque de récurrence s'il est traité par biopsie uniquement.

Carcinome lobulaire in situ : Fréquence: 2-3% des cancers du sein. Il est non palpable. Il est lui aussi une forme pré invasive de cancer du sein. Il est habituellement découvert fortuitement à une biopsie du sein faite pour une autre raison. Chez 38% des femmes, le cancer invasif peut se développer aussi tard que 20 ans après le diagnostic initial de cancer in situ. Dans 50% des cas, ce cancer peut être bilatéral, et dans 40% à 90% des cas il peut être multifocal.

Carcinome invasif

Carcinome canalaire infiltrant : C'est le cancer du sein le plus fréquent: 70% à 80%. Il peut être palpable comme une masse de consistance dure comme le roc. Ce cancer a le pire pronostic avec des métastases fréquentes aux ganglions ainsi que des métastases aux os, poumons, foie et cerveau.

Carcinome médullaire infiltrant: Fréquence: 5% à 8% des cancers du sein. Grosse lésion solide bien définie souvent rencontrée chez les femmes plus jeunes et pré ménopausée. Pronostic meilleur que le carcinome canalaire infiltrant.

Carcinome colloïde: Fréquence: 2% à 4% des cancers du sein. La croissance lente de ce cancer peut donner une grosse tumeur. Se rencontre chez les femmes post-ménopausées. Pronostic meilleur en général que le carcinome canalaire infiltrant.

Carcinome tubulaire: Fréquence: 1% à 2% des cancers du sein. Il est souvent multicentrique, bilatéral avec une histoire familiale de cancer du sein. Les métastases ganglionnaires axillaires sont rares et le pronostic est meilleur que le carcinome canalaire infiltrant.

Carcinome tubulaire infiltrant: Fréquence: 5% à 10% des cancers du sein. Il ne présente pas de masse palpable mais plutôt un vague épaissement du tissu mammaire. Il peut être multifocal

ou bilatéral. Métastases fréquentes aux ganglions ainsi qu'au niveau des méninges au cerveau et des surfaces séreuses.

Maladie de Paget du sein: Fréquence: 1% à 4% des cancers du sein. Il se présente comme un eczéma chronique du mamelon avec rougeur, croûte et écoulement mamelonnaire. Ces changements mamelonnaires cachent un cancer canalaire sous-jacent qui peut être un carcinome in situ ou bien un carcinome invasif. Une masse est palpable dans 50% à 75% des cas.

Carcinome inflammatoire: Fréquence: moins de 3% des cancers du sein. Il simule une inflammation du sein qui devient rouge, enflé et chaud avec épaissement de la peau. Cela serait dû au blocage du système lymphatique par la croissance rapide de la tumeur cancéreuse qui n'est d'ailleurs palpable que dans la moitié des cas. Au moment du diagnostic, le cancer s'est déjà propagé aux ganglions. Le pronostic est mauvais.

Cystosarcome phyllode: Tumeur solide qui simule un fibroadénome bénin. Il est différent des autres et peut atteindre un volume important. Les métastases sont rarement ganglionnaires mais pourraient se propager par la circulation sanguine.

Pronostic

La bonne nouvelle, c'est que les taux de mortalité sont en régression depuis les années 1950 grâce au dépistage plus précoce, à la détection par la mammographie et à l'amélioration des traitements.

Mais le pronostic dépend de plusieurs facteurs...Il y a entre autre :

-Précocité du traitement...

La présence ou non de ganglions anormaux dans l'aisselle.

La taille de la tumeur

L'invasion tumorale

-Substrat génétique

Stades du cancer du sein

Quand le cancer du sein est découvert, d'autres tests sont nécessaires pour savoir s'il s'est propagé à d'autres parties du corps; on appelle ça le Staging. Le médecin se base sur le stade du cancer pour planifier le traitement.

Stade 1:

La taille du cancer ne dépasse pas 2cm et le cancer ne s'est pas propagé en dehors du sein.

Stade 2:

Ce stade est atteint dans l'une de ces conditions:

- Le cancer ne dépasse pas 2cm, mais il s'est propagé aux ganglions axillaires.
- Le cancer a une taille comprise entre 2 et 5cm avec ou sans propagation vers les ganglions de l'aisselle.
- Sa taille dépasse les 5cm, mais sans propagation vers les ganglions de l'aisselle.

Stade 3:

a) Il est défini par une des conditions suivantes :

- Le cancer est plus petit que 5cm et s'est propagé aux ganglions axillaires et ces derniers sont attachés entre eux ou à d'autres structures.
- Le cancer est plus gros que 5cm et s'est propagé vers les ganglions axillaires.

b) Il est défini par une des conditions suivantes :

- Le cancer s'est propagé vers les tissus voisins du sein (la peau ou la paroi thoracique, incluant les côtes et les muscles du thorax).
- Le cancer s'est propagé vers les ganglions lymphatiques situés à l'intérieur de la paroi thoracique.

Stade 4:

Le cancer s'est propagé vers d'autres organes du corps, souvent les os, les poumons ou le cerveau ou encore localement vers la peau et les ganglions lymphatiques internes du cou.

Le cancer inflammatoire :

Ce type de cancer a tendance à se propager rapidement.

Récidive :

Elle peut se faire dans n'importe quelle partie du corps.

Traitement du cancer du sein

Le traitement du cancer du sein dépend du type et du stade de la maladie, de l'âge et de l'état de pré ou de post ménopause.

Il existe quatre types de traitement :

- 1) La chirurgie
- 2) La radiothérapie
- 3) La chimiothérapie
- 4) L'hormonothérapie

1) Différents types d'opérations sont utilisés...

Opération avec conservation du sein :

Tumorectomie ou lumpectomie: C'est l'ablation de la tumeur du sein avec le tissu qui l'entoure. Elle est habituellement suivie de radiothérapie pour le tissu du sein restant. La plupart des médecins enlèvent aussi quelques ganglions lymphatiques axillaires.

Mastectomie partielle ou segmentaire: C'est l'ablation de la tumeur du sein ainsi qu'une grande partie du tissu qui l'entoure allant jusqu'à la moitié du sein. Habituellement, quelques ganglions axillaires sont enlevés. Suivie dans la plupart des cas par une radiothérapie.

Opération avec ablation du sein :

Mastectomie totale ou simple: C'est l'ablation du sein en entier. Parfois quelques ganglions axillaires sont enlevés.

Mastectomie radicale modifiée: C'est l'ablation du sein en entier, incluant le mamelon et le tissu cutané, mais les muscles pectoraux sont laissés en place. Quelques ganglions axillaires sont enlevés pour évaluer s'il y a lieu propagation du cancer. C'est l'opération la plus fréquente.

Mastectomie radicale aussi appelée mastectomie radicale de Halsted: C'est l'ablation de tout le sein, des muscles pectoraux sous-jacents et des ganglions lymphatiques axillaires. Opération réservée au cancer avec propagation aux muscles pectoraux.

Une thérapie donnée après une opération chirurgicale où aucune cellule cancéreuse n'est visible s'appelle thérapie adjuvante.

2) La radiothérapie

C'est l'utilisation des rayons X à haute énergie pour tuer les cellules cancéreuses.

3) La chimiothérapie

C'est l'utilisation des médicaments (docétaxel, paclitaxel, doxorubicine, formestane, létrozole) pour tuer les cellules cancéreuses. Peut d'administrer soit par la bouche ou par injection intraveineuse ou intramusculaire. Il s'agit d'un traitement appelé systémique parce que les médicaments entrent dans la circulation sanguine, voyagent à travers le corps et peuvent tuer les cellules cancéreuses en dehors de la région du sein.

4) L'hormonothérapie

Si les tests ont démontré que les cellules cancéreuses ont des récepteurs d'œstrogène et de progestérone, un traitement hormonal pourrait être donné. Il est utilisé dans le but de changer le mode d'action des hormones sur la croissance du cancer ou encore prévenir une rechute. Cela se fait soit en utilisant des médicaments ou en enlevant des organes qui fabriquent ces hormones comme les ovaires. Le traitement hormonal avec le tamoxifen est donné pour une durée de 5 ans chez la femme atteinte d'un cancer du sein précoce sans atteinte ganglionnaire. Ce traitement avec tamoxifen ou avec des oestrogènes peut agir sur des cellules du corps entier et augmenter le risque d'avoir le cancer de l'utérus. Un examen gynécologique doit être fait annuellement et tout saignement doit être rapporté au médecin traitant.

Cancer in situ:

Le traitement du cancer intra-canaire in situ pourrait être l'un de ceux-ci :

- Mastectomie totale
- Tumorectomie suivit de radiothérapie
- Tumorectomie suivie de radiothérapie avec ou sans hormonothérapie

La reconstruction du sein après une mastectomie peut être faite en même temps que celle-ci ou à une date ultérieure. Elle se fait avec le tissu de la patiente ou encore avec une prothèse.

Le traitement du carcinome lobulaire in situ pourrait être l'un de ceux-ci :

- Biopsie pour le diagnostiquer, suivi par des examens réguliers et des mammographies annuelles à la recherche de tout changement le plus tôt possible.
- Hormonothérapie avec le médicament tamoxifen
- Mastectomie totale des deux seins

Cancer du sein stade 1 : Le traitement peut être un des suivants :

- Tumorectomie ou mastectomie partielle suivi par la radiothérapie.
- Mastectomie totale ou mastectomie radicale modifiée

Thérapie Adjuvante: traitement de chimiothérapie en plus du traitement de base.

Cancer du sein stade 2: Le traitement peut être un des suivants:

- Tumorectomie ou mastectomie partielle.
- Mastectomie totale ou mastectomie radicale modifiée

Thérapie Adjuvante: traitement de chimiothérapie en plus du traitement de base.

Cancer du sein de stade 3a: Le traitement peut être un des suivants:

- Mastectomie totale ou mastectomie radicale modifiée
- Radiothérapie donnée après la chirurgie
- Chimiothérapie avec chirurgie et radiothérapie avec ou sans hormonothérapie

Cancer du sein stade 3b: Le traitement peut être un des suivants:

- Chimiothérapie pour réduire la tumeur, suivi de chirurgie et/ou de radiothérapie
- Hormonothérapie suivie de thérapie additionnelle

Cancer du sein stade 4: Il y aura probablement une biopsie puis un des traitements suivants:

- Radiothérapie ou, dans certains cas, une mastectomie pour réduire les symptômes
- Hormonothérapie avec ou sans chirurgie pour empêcher le fonctionnement des ovaires
- Chimiothérapie

Cancer du sein inflammatoire:

Une combinaison probablement de chimiothérapie, hormonothérapie et de radiothérapie qui pourraient être associées avec une chirurgie pour enlever le sein.

Cancer du sein récidivant :

Il peut être traité, mais habituellement ne peut pas être traité s'il récidive dans une autre partie du corps. Le choix du traitement dépend du taux des récepteurs d'hormone, du type de traitement que la patiente a déjà reçu, du laps de temps entre le premier traitement et la récurrence, où la récurrence a lieu, si la patiente a encore ses menstruations et autres facteurs. Le traitement pourrait être un des suivants:

- Hormonothérapie avec ou sans chirurgie pour empêcher le fonctionnement des ovaires
- Si le cancer récidive seulement dans un seul endroit (ce qui est rare), le traitement est chirurgical avec ou sans radiothérapie
- Radiothérapie pour aider à soulager les douleurs dues à la propagation du cancer aux os et dans d'autres parties du corps
- Chimiothérapie

Prévention du cancer du sein

Il existe trois moyens de dépistage du cancer du sein; soit par l'examen annuel chez le médecin, l'auto examen mensuel des seins (AES) et la mammographie à tous les 1-2 ans.

L'AES :

Des études ont démontré que les femmes qui pratiquent l'AES découvrent des cancers plus petits et moins avancés que celles qui ne le pratiquent pas. Il est fortement recommandé que toute femme âgée de 20 ans et plus pratique l'AES; ceci inclut les femmes enceintes, qui allaitent ou portant des prothèses mammaires.

De plus, la femme qui pratique l'AES régulièrement devient familière avec la texture spécifique de ses propres seins et saura ce qui est considéré comme normal pour elle.

Il doit se pratiquer en dehors de toute stimulation hormonale, soit **7 à 10 jours après la fin des menstruations**. Pour les femmes qui sont irrégulières ou qui n'ont plus de menstruations, il se pratique à une date fixe à retenir.

Signes recherchés à l'AES :

- **Nodule ou épaissement du sein**
- **Nodule à l'aisselle ou au cou**
- **Rétraction localisée de la peau (peau d'orange) ou du mamelon**
- **Écoulement du mamelon**
- **Eczéma, rougeur ou autre anomalie du mamelon**
- **Tout autre changement visible ou palpable au sein**

L'examen visuel de l'AES se passe devant un miroir...

1^{ère} position : laisser tomber les bras le long du corps

2^e position : placez vos main sur vos hanches

3^e position : levez vos bras au-dessus de votre tête

4^e position : penchez-vous à partir des hanches et laissez tomber vos bras en face de vous et puis à la fin, pincez doucement les mamelons à la recherche d'un écoulement

L'examen manuel de l'AES peut se faire couché sur le dos ou sur le côté. Posez la pulpe des trois doigts du milieu de votre main bien à plat. Bougez vos doigts en petits cercles en utilisant trois niveau de pressions : superficielle, moyenne et profonde. Passez d'un endroit à un autre

voisin sans soulever vos doigts pour vous assurer de ne rien manquer. De la poudre ou de l'huile peuvent aider vos doigts à glisser plus facilement.

Vous descendez du milieu de l'aisselle, le long des côtes pour aller sous le sein, et de là au sternum pour remonter ensuite à la clavicule pour la suivre du côté externe et rejoindre l'aisselle.

Il est important d'examiner la totalité du sein.

Si vous trouvez quelque chose, il ne faut surtout pas paniquer. Tout nodule n'est pas nécessairement un cancer. Il pourrait s'agir d'un processus bénin comme une mastite, un kyste, un fibroadénome (tumeur bénigne) ou simplement de sa propre glande normale. Toutefois, il faut toujours prendre au sérieux tout changement récent dans l'aspect et/ou la consistance de la glande mammaire. Ne pas tarder à consulter son médecin qui pourra alors prescrire les tests nécessaires pour arriver à un diagnostic précis.

Autres Conseils :

- Éviter les excès de calories
- Éviter les sucres raffinés
- Éviter les graisses saturées, les huiles hydrogénées, les gras trans

L'élimination des oestrogènes par l'organisme intervient également dans le facteur de risque. L'oestrogène reste moins d'une journée dans l'organisme avant de passer dans les intestins. Là, soit il est évacué, soit réabsorbé par le sang. Pour être évacué totalement, il a besoin de se fixer sur un « transporteur ». Ces transporteurs sont les fibres! Sans fibres, il ne peut être évacué et est réabsorbé par l'organisme.

- Manger des céréales complètes
- Beaucoup de fruits et légumes
- Éviter de prendre plus d'une consommation d'alcool par jours.

-Incorporer dans notre alimentation **l'ail, l'oignon, le poireau, les échalotes et la ciboulette qui sont des « alicaments »; ils freinent le développement du cancer, tant par leur action protectrice envers les dommages causés par les substances cancérigènes que par leur capacité à empêcher la croissance des cellules cancéreuses!!

-Les isoflavones et le cancer du sein: Les produits anticancéreux du soja, possèdent une structure chimique comparable à celle des hormones sexuelles et peuvent donc interférer avec le développement des cancers causés par une trop grande quantité de ces hormones. Il faut consommer les fèves nature ou séchées. Les suppléments à base d'isoflavones sont à proscrire.

- Boire de l'eau pure en abondance
- Faire de l'exercice physique

Liens :

www.breastcancer.ca

Femmes en santé : www.femmesensante.ca

Fondation du cancer du sein du Québec : www.rubanrose.org

Fondation canadienne du cancer du sein : www.cbcf.org

Fondation québécoise du cancer : www.fqc.ca

Société canadienne du cancer : www.cancer.ca

www.anticancer.fr

www.info-santedusein.org

Du point de vue ostéopathique

Même si l'ostéopathie ne peut pas guérir des affections telles que le cancer, elle peut avoir une action sur les conséquences de cette pathologie; en particulier sur les douleurs, par la libération de tensions des structures environnantes. Dès lors, l'ostéopathie peut être considéré dans cette condition, comme une thérapie palliative complémentaire à ne pas négliger.

De plus l'ostéopathie est un excellent moyen de prévention de la maladie par son approche holistique. Par contre, il est dangereux d'effectuer des traitements d'ostéopathie sur une patiente atteinte d'un cancer du sein non traité. Avec l'appui du médecin traitant, il est possible d'aider dans certains cas... surtout les patientes dites en rémission.

Sans toucher et traiter la région atteinte directement...

- Nous pouvons aider les structures osseuses à retrouver de la mobilité (côtes, sternum, clavicule, cervicales, dorsales, etc.)
- Libérer le plus possible les tensions musculaires, ligamentaires, fasciales
- Techniques fonctionnelles
- Techniques viscérales : foie, intestins

Je crois qu'il faudrait éviter toutes techniques visant directement les systèmes lymphatique et circulatoire, sauf en cas de rémission, ainsi que les ovaires.

Écrit par Sophie Gariépy-Major D.O., 2007.