CHIRURGIE DU SEIN

PLACE DE LA CHIRURGIE DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN

DOCTEUR ANNE-MARIE TUBÉRY-CLAUSTRES
MÉDECIN HOMÉOPATHE À LA RETRAITE
DIPLÔMÉE UNIVERSITAIRE DE CANCÉROLOGIE

MISS / Mouvement d'information sur la santé du sein
413 route d'Empeaux 31470 Bonrepos-sur-Aussonnelle
www.infosantedusein.org

Introduction

Ce titre *(Place de la chirurgie dans le traitement du cancer du sein)* peut surprendre tant il paraît évident que, face à une lésion cancéreuse, l'acte chirurgical est premier, prépondérant, et que supprimer cette lésion le plus rapidement possible est le premier garant de la guérison.

Ce principe est vrai en grande partie (seule la notion de « rapidité » est à nuancer, car la relance de l'immunité avant l'acte chirurgical est un facteur de protection vis-à-vis d'éventuelles rechutes ou de dissémination ultérieures – voir plus loin).

Dans le cas de la chirurgie du sein, il arrive – souvent encore – que l'acte chirurgical proposé, toujours dans un souci de guérison définitive, aboutisse à une mutilation cruellement ressentie comme étant « contre nature », celle de l'ablation du sein.

C'est dans ce climat émotionnel si particulier (qui se retrouve lors de la mutilation d'autres organes – larynx, rectum, nerf érecteur dans le cancer de la prostate) qu'il paraît important de présenter les données concernant le traitement chirurgical en présence d'un cancer du sein et de les situer dans une démarche thérapeutique globale.

LA CHIRURGIE DU SEIN EN PRÉSENCE D'UNE LÉSION CANCÉREUSE

Jusque dans les années 1950, en présence d'un cancer du sein, seule était pratiquée l'ablation du sein (on parle de mastectomie ou de traitement « radical »).
Le nom du Dr Halsted est associé aux premiers protocoles opératoires qui ont permis parfois de survivre au prix d'une opération très mutilante (la première a eu lieu en 1898).

Depuis, l'amélioration des méthodes de diagnostic (mammographie, échographie, IRM) permettant de découvrir des tumeurs de plus en plus petites et les progrès d'une chirurgie performante permettent de garder le sein dans un très grand nombre de cas. La chirurgie s'adresse alors à la seule tumeur (on parle de tumorectomie ou de chirurgie « conservatrice »).

QUELS SONT LES POURCENTAGES RESPECTIFS DE TUMORECTOMIE ET DE MASTECTOMIE ?

En termes plus concrets, combien de femmes sur 100 femmes présentant un cancer du sein pourront « garder leur sein » ?
Nous citerons les données présentées dans l'ouvrage *Cancer du sein*, compte rendu du cours supérieur francophone de cancérologie, présidé par le professeur Moïse Namer, Éditions Springer, 2007.

> En 2007, sur 100 femmes :
> de 70 à 75 % recevaient une chirurgie conservatrice
> de 25 à 30 % se voyaient proposer l'ablation du sein

Rappelons, pour rester dans un domaine concret, que, sur 50 000 nouveaux cas, près de 12 000 femmes, chaque année, subissent l'ablation du sein (le nombre de nouveaux cas de cancers du sein étant de plus de 49 000 par an).

K.-B. Clough, S. Giard et collaborateurs, les auteurs de l'article *Limites du traitement conservateur*, précisent également que, je cite :

> *« Il existe des disparités importantes. Les taux du traitement conservateur varient suivant les régions et les praticiens de 63 % à 79 %. »*
> Et ils ajoutent *« Ces variations peuvent être extrêmement déstabilisantes au moment d'un choix sans possibilité de retour »* et ils recommandent *« l'exercice en équipe pluridisciplinaire et la formation spécifique des chirurgiens en sénologie* (la sénologie est l'étude du sein et de ses maladies). »

L'ablation du sein, cet acte si douloureusement ressenti par la patiente (et par l'équipe chirurgicale aussi), serait-elle laissée à l'appréciation subjective de telle ou telle équipe chirurgicale ?

De nombreux témoignages reçus dans le cadre de l'association MISS m'ont permis de constater combien les avis chirurgicaux pouvaient être différents. Pour une même femme, ici c'est l'ablation de la seule tumeur, ailleurs l'ablation du sein. Certaines MISS se reconnaîtront.

Il a suffi à Miss C. de changer de région pour raisons professionnelles pour que l'ablation du sein, imposée – impérieusement – ici, soit considérée, là, comme

inutile pour un deuxième chirurgien qui a pratiqué une tumorectomie. Il y a maintenant cinq ans et notre Miss est maintenant sur le chemin de la guérison.

Après ces considérations générales importantes, car elles nous mettent au cœur de la réalité que vivent chaque année en France tant de femmes face à l'acte chirurgical, il est important de présenter **LES CRITÈRES QUI GUIDENT LA DÉCISION CHIRURGICALE**.

OPÉRER EN ZONE SAINE

Tel est le principe fondamental de la chirurgie carcinologique.
Il s'explique par l'obligation d'enlever la tumeur dans sa totalité en intervenant sur des abords non touchés par la cancérisation.
La tumeur cancéreuse doit être extraite avec une « collerette » (on parle de « marge ») d'au moins 2 millimètres de tissu sain.

> *Comment être sûr que cette zone saine, cette marge, a été respectée dans toute la périphérie de la tumeur ?*

La réponse appartient à *l'anatomopathologie* c'est-à-dire à cette branche de la médecine qui étudie les constituants des tissus d'un organe et ses caractéristiques pathologiques.
C'est l'anatomopathologiste qui recevra la « pièce opératoire » prélevée pendant l'acte chirurgical (et préparée afin que les constituants tissulaires restent intacts).

L'étude microscopique des différentes coupes permettra de conclure à la présence ou non d'une « marge » suffisante qui constitue une barrière « saine » entre la tumeur et le tissu environnant.

Les résultats de cet examen – complexe et très méticuleux – seront connus une semaine environ après l'opération.

Il arrive parfois (c'est très rare) que la réponse revienne négative. Les marges ne sont pas suffisantes. Une deuxième intervention est alors proposée.
Elle constitue pour le chirurgien une prévention supplémentaire.

Le comprendre permet de surmonter une déception bien légitime.
En fonction de cet impératif, opérer en zone saine, la règle chirurgicale était la suivante jusqu'à ces dernières années :

> *La chirurgie conservatrice n'était possible que si la taille de la tumeur ne dépassait pas 3 centimètres.*

Pour certains auteurs toutefois, une chirurgie conservatrice est possible pour une tumeur de 3 à 5 centimètres.

Pour K.-B. Clough :

> *« Les recommandations actuelles tendent à étendre les indications de T. (tumorectomie : chirurgie conservatrice) aux tumeurs comprises entre 3 et 5 cm si une chirurgie conservatrice en berges saines est réalisable sans déformation majeure du sein. Ces exérèses larges imposent des techniques de chirurgie plastique (…) qui permettent de remodeler le sein même après de larges exérèses (chirurgie oncoplastique). »*
> Et il ajoute :
> *« L'alternative, est un traitement préopératoire à visée de réduction du volume tumoral (c'est la chimio néoadjuvante). »*

Pour conclure nous citerons J.-Y. Petit (Institut européen d'oncologie, Milan) lors de son intervention à Paris en 2008 au congrès d'Euro Cancer :

> *« Les chances de guérison ne sont pas modifiées par la préservation du sein. »*

En effet, il existe, depuis plus de 10 ans, une méthode qui a complètement élargi le regard que l'on portait sur le traitement du cancer du sein et sur le geste opératoire : la chimiothérapie néoadjuvante (CNA).

LA CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE (CNA)

« Néo » par ce que pratiquée au début.
« Adjuvante » : par ce qu'elle constitue une « aide » pour la conservation du sein, et peut-être plus encore, pour la guérison.
En quoi consiste-t-elle ?

La chimiothérapie est pratiquée en premier, avant l'opération.
Laissons parler le Dr Marise Weil, cancérologue, élève du Pr Jacquillat, qui, dans les années 1990, a, le premier, préconisé cette méthode.

> *« Elle réduit de près de 80 % en moyenne le volume de la tumeur, ce qui augmente considérablement les possibilités d'un traitement avec conservation du sein dans les tumeurs initialement volumineuses.*
> *Cette réduction tumorale permet aussi de juger de l'efficacité d'une association de chimiothérapies chez un malade donné. »*
>
> Marise Weil, *Les traitements des cancers du sein hier, aujourd'hui et demain*, Éditions de Fallois

Le texte de Marise Weil nous définit bien toutes les conséquences positives de cette méthode.

Non seulement elle permet en diminuant le volume de la tumeur de pratiquer une chirurgie non mutilante, permettant de « garder » le sein (Pourrai-je « garder » mon sein ? demandez-vous comme on garde un enfant qui pourrait vous être enlevé).

Mais encore elle permet de tester la sensibilité des cellules cancéreuses aux médicaments utilisés dans la chimiothérapie (antimitotiques). Et si la tumeur ne diminue pas de volume, il est possible de passer à une autre classe d'antimitotiques.

Et de plus, et c'est là une information qui agrandit la porte de l'espoir,

> *« elle permet un meilleur contrôle de la maladie occulte avec diminution de risque de récidive et de métastases. »*
>
> *Cancer du sein…*, ouvrage cité précédemment

Et pour d'autres auteurs,

> *« La maladie macroscopique, métastatique, éventuellement favorisée par les manipulations de l'intervention, est réduite par l'utilisation préopératoire du traitement général. »*

Ces hypothèses n'ont pas été confirmées par les données statistiques.
Elles s'appuient sur un raisonnement **BIO-LOGIQUE** dont il est important de tenir compte.
Par ailleurs, mon intuition « raisonnée », nourrie par les observations

cliniques, me fait percevoir que chez les jeunes femmes – très jeunes parfois –, la « texture » du sein, ses constituants cellulaires nombreux, sa vascularisation très riche, en font un tissu particulièrement vulnérable lors de l'acte opératoire qui ne doit jamais favoriser la dissémination métastatique (voir plus loin préparation « immunologique » de l'acte chirurgical).

Le protocole de chimiothérapie utilisé est le suivant :

4 séances *(protocole FEC)* de
5 FLUOROURACILE
ÉPIRUBICINE
CYCLOPHOSPHAMIDE (ENDOXAN)
Suivies de 3 séances de
TAXOTERE ou TAXOL

Les soins de soutien sont particulièrement nécessaires en raison du nombre élevé de chimiothérapies (voir fiche MISS).

LA CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE DONNE LIEU À TROIS SORTES DE RÉPONSES

Réponse complète
La tumeur disparaît complètement.
On parle, après vérification chirurgicale, de « réponse complète » ce qui est de très bon augure pour un avenir sans rechute.
Ce résultat peut concerner jusqu'à 34 % des femmes traitées.
Réponse partielle suffisante pour pouvoir enlever chirurgicalement la tumeur et garder le sein.
Réponse partielle insuffisante pour une chirurgie conservatrice. La diminution du volume de la tumeur n'est pas assez importante.
C'est alors qu'est proposée l'ablation du sein.

D'autres alternatives pourraient intervenir :
Utiliser d'autres antimitotiques (par exemple : Navelbine, Xeloda) pour une nouvelle chimiothérapie (ces deux derniers sont administrés par voie orale). S'ils sont efficaces, ce que démontrera la diminution du volume de la tumeur, l'acte chirurgical pourra conserver le sein.
Utiliser l'antihormonothérapie néoadjuvante.

Explication :
Si les cellules de la tumeur possèdent des récepteurs aux hormones (estrogènes ou progestérone) les traitements antihormonaux (Tamoxifène, Fémara, Décapeptyl) vont inhiber leur croissance.
Et là également, si la tumeur diminue de volume, l'acte chirurgical pourra garder le sein.
Cette méthode est utilisée par certaines équipes, surtout après la ménopause. Mais elle pourrait être proposée également avant.

Signalons dans l'ouvrage cité précédemment *(Cancer du sein…)*, les propos du Dr Marc Debled :

> *« Chez les femmes jeunes, l'hormonothérapie néoadjuvante a très certainement sa place. »*

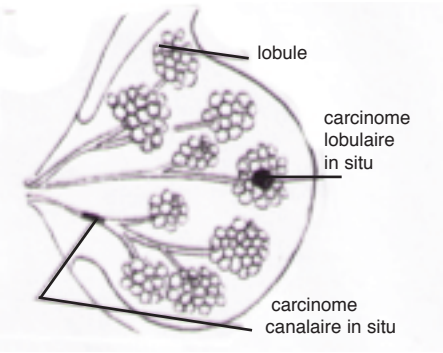
TEMPS OPÉRATOIRE PAR RAPPORT AU CYCLE MENSTRUEL

Statistiques publiées en 1999, dans le n° 86 de la revue américaine *Cancer*, par le Dr Dennis L. Cooper :
Sur 110 femmes suivies pendant 10 ans les rechutes ont été moins nombreuses lorsque l'opération a eu lieu dans la deuxième partie du cycle ou tout au début.
En effet la période avant le 14e jour serait déconseillée en fonction du taux élevé d'estrogènes.
Les conclusions ont été contestées. Toutefois, il est plus prudent d'opérer dans la deuxième partie du cycle ou dès la fin des règles.

CAS PARTICULIER DES CARCINOMES IN SITU (CIS)

« In situ » = sur place.
Que signifie cette formule ? Le CIS correspond a une lésion cancéreuse minime qui est située à l'intérieur du canal galactophore.

La tumeur est bien localisée, elle n'a pas essaimé ni vers le tissu du sein proprement dit ni vers les ganglions ou les autres organes.
Elle est diagnostiquée le plus souvent lors des mammographies (microcalcifications).



Dans un avenir plus ou moins lointain, les cellules cancéreuses pourront quitter leur localisation « in situ » en franchissant la barrière du canal galactophore et pénétrer à l'intérieur du tissu de la glande mammaire (dans 30 % des cas environ).
Un « vrai » cancer est alors en place avec ses possibilités d'extension et de discrimination, on parle de cancer « infiltrant ».

Comme je le lisais dans les ouvrages consultés pour rédiger cet article :

> *« Avoir un cancer in situ comporte une bonne et une mauvaise nouvelle. »*

Une bonne parce que les lésions, à ce stade, ne représentent aucun caractère de gravité. Après leur ablation, la guérison est assurée à presque 100 %.
Une mauvaise parce que le traitement proposé le plus souvent est l'ablation du sein (en particulier lorsque les lésions sont plurilocales – en plusieurs points de la glande mammaire).

En effet, si la lésion est unique, on pratique l'ablation de la tumeur (tumorectomie) suivie de radiothérapie afin de prévenir de possibles rechutes locales.
Si les lésions sont multiples (plurifocales ou plurilocales) c'est l'ablation du sein qui est proposée. Dans ce cas la radiothérapie n'est pas nécessaire.

Pour certaines femmes, l'acte opératoire de l'ablation est accepté comme garant d'une guérison définitive (ce qui dans ce cas précis est vrai).
Bien sûr cette démarche est à respecter, mais elle sera d'autant plus acceptable qu'elle est accompagnée d'une information rigoureuse.

Peut-on imaginer d'autres méthodes – non mutilantes – porteuses elles aussi de guérisons définitives ?

Peut-on – lorsque les cellules sont estrogènes dépendantes – obtenir une stabilisation en bloquant le système hormonal ?

Peut-on proposer une radiothérapie sur le sein ?
« J'ai un souvenir ancien d'une prescription de radiothérapie – 25 séances – l'ablation du sein proposée ayant été refusée, le résultat a été positif et définitif. »
Que peut-on attendre des médecines complémentaires ?
Le *Viscum album* (extrait de gui fermenté) a fait ses preuves dans les dysplasies du col de l'utérus (lésions précancéreuses).
Il serait intéressant le l'utiliser dans les cancers du sein *in situ* qui, étant peu évolutifs, nous donnent du temps pour agir.

LA CHIRURGIE DES GANGLIONS DE L'AISSELLE

Pourquoi les prélever ? Pourquoi les analyser ?

Ces ganglions – situés sous l'aisselle (dans le creux axillaire) drainent les canaux lymphatiques du sein. Donc, par ce lien direct, ils sont en relation de proximité (presque de continuité) avec la zone cancéreuse.
Les analyser, après les avoir prélevés, c'est se renseigner sur la diffusion possible des cellules cancéreuses de la tumeur du sein. On parle alors « d'envahissement ganglionnaire » (il y a 12 à 15 ganglions dans le creux axillaire).
Jusqu'à ces dernières années, l'acte chirurgical consistait à les enlever en totalité. Les conséquences étaient souvent très lourdes.
En effet, le cours de la lymphe étant interrompu, son accumulation dans les tissus périphériques se traduisait par une augmentation importante du volume du bras.
Cette conséquence n'était pas permanente, mais elle était fréquente, aboutissant parfois à une véritable infirmité.

Depuis les années 2000, une pratique nouvelle a permis d'éviter cette épreuve douloureuse. C'est la technique du ganglion « sentinelle » (sentinelle par ce qu'elle s'adresse aux premiers ganglions de la chaîne ganglionnaire). (Suite p.12)

Le texte de la page suivante est un complément d'information rédigé par une amie de MISS, chirurgienne spécialiste du sein, à qui nous avons confié la relecture du présent document.

Note d'information aux patientes concernant la technique du ganglion sentinelle dans les cancers opérables du sein

Vous avez été opérée d'une pathologie tumorale du sein de petite taille, à faible risque d'envahissement ganglionnaire.
Classiquement ce geste chirurgical ganglionnaire consiste en un évidement axillaire avec exérèse de tous les ganglions. Il est possible dans votre cas de limiter l'importance de l'acte chirurgical et d'éviter ainsi d'éventuelles complications telles que le lymphœdème (gros bras pouvant survenir avec un prélèvement étendu) en réalisant une exérèse orientée et limitée de ces ganglions.
En effet, des études médicales antérieures ont démontré qu'il est possible de repérer le premier ganglion susceptible d'être le siège d'un envahissement d'origine tumorale. Il est appelé ganglion sentinelle.
Le repérage de ce ganglion sentinelle se fait à l'aide d'un traceur radioactif avant l'intervention et d'un colorant en cours d'intervention.
L'injection cutanée mammaire de ces produits ne vous sera proposée, sous réserve de l'obtention de votre accord, qu'après avoir éliminé une éventuelle contre-indication tels que les antécédents allergiques ou une intolérance antérieure.
Les effets secondaires prévisibles sont une coloration transitoire de la peau, des urines et des selles et parfois quelques éruptions cutanées ou autres réactions allergiques parmi lesquelles de rares chocs anaphylactiques par allergie au colorant utilisé. Une persistance, parfois prolongée, de la pigmentation cutanée au niveau du site d'injection peut être observée.
Une analyse du ganglion sentinelle sera effectuée.
Si le ganglion sentinelle est normal, les autres ganglions de Faisselle ne seront pas prélevés.
S'il est envahi, un évidement ganglionnaire classique sera réalisé au décours d'une deuxième intervention chirurgicale (lorsque l'envahissement n'a été détecté que par des analyses microscopiques approfondies).
Il en sera de même si le ganglion sentinelle n'a pas pu être repéré.
Il existe un risque très faible pour les patientes susceptibles de présenter une atteinte ganglionnaire de résultat faussement négatif qui peut amener à méconnaître un envahissement ganglionnaire avec un risque plus faible encore de rechute axillaire.
Un suivi prolongé sera effectué afin de surveiller les évolutions individuelles et d'y apporter les éventuelles corrections.
Vous êtes en droit de refuser cette technique si vous le souhaitez.

On le repère en injectant quelques heures avant l'opération, autour de la tumeur ou de l'aréole, soit un produit coloré bleu, soit un produit radioactif, soit les deux.
Par les canaux lymphatiques, ce produit va circuler jusqu'au premier ganglion qui sera donc visualisé par sa couleur ou repéré par son « signal » radioactif.

Après prélèvement, le ganglion sentinelle est analysé (parfois le deuxième également).
S'il est intact de cellules cancéreuses, on parle de ganglion négatif (N-).
Sil est positif (N+), le reste de la chaîne ganglionnaire sera enlevé par crainte de laisser en place un ganglion qui présenterait des cellules cancéreuses.

Quelquefois, seul l'examen microscopique ultérieur (après technique de « fixation ») révèle la positivité du ganglion – et ce résultat ne parvient qu'après l'intervention.
Dans ce cas, une deuxième ré-intervention est proposée, toujours dans le même souci d'éliminer d'autres ganglions qui pourraient être positifs.

Cette technique est-elle fiable à 100 % ?
Autrement dit, peut-elle donner un résultat négatif malgré la présence de cellules cancéreuses ? (On parle de « faux négatifs », cela existe mais dans de très rares cas, 5 % et moins.) Là aussi, on reparlera de l'importance de s'adresser à des équipes spécialisées.

Pour conclure sur cette importante amélioration pour la technique, nous citerons S. Alran et R.-J. Salmon, dans leur article de l'ouvrage cité précédemment (C*ancer du sein*…) :

> *« Cette procédure devrait être actuellement le traitement de choix chez les patientes ayant un cancer opérable d'emblée et sans ganglion palpable. »*

LA RECONSTRUCTION

C'est un moment important de l'après chirurgie lorsque a été pratiquée l'ablation du sein.

Ce moment, certaines femmes ne souhaitent pas le connaître.
Il y a tellement de contraintes douloureuses dans le déroulement des traitements antérieurs que, lorsque ces derniers sont enfin terminés, toute nouvelle source de souffrances physiques (autour de la reconstruction) paraît impossible à gérer, plus même, peu souhaitable.

Pour d'autres femmes, ce *moment* sera attendu et désiré comme la dernière étape qui signera la reconstruction de son sein mais aussi celle de son être tout entier.

J'ai en mémoire des paroles de femmes qui illustrent bien ce ressenti différent par rapport à la chirurgie de reconstruction.

> *« Dites-leur* (aux femmes de votre époque) *que la reconstruction existe »*, me disait l'une d'elle, qui n'en avait pas bénéficié dans un passé lointain et en était encore blessée.
> *« Dites-leur* me demandait une autre patiente, *de ne pas faire pression sur nous. Nous déciderons lorsque nous serons prêtes. »*

« Leur » c'est le monde des soignants (cancérologue, chirurgien), c'est aussi l'entourage masculin ou féminin qui exprime plus son propre ressenti que celui de la patiente.
Dans cette décision, le compagnon de vie ou la compagne, parfois, aura bien sûr une grande place.

Pour les soignants, comme pour l'entourage, familial ou amical, seule l'écoute sans jugement, sans contrainte, permettra de respecter le choix de la patiente.
Notre corps, nous-mêmes titrait un ouvrage coécrit par un collectif de femmes de Boston (1970). Ce titre exprime bien l'intimité du corps et de la personne humaine. Ceci est particulièrement vrai pour les actes qui touchent à notre identité féminine (l'ablation du sein comme sa reconstruction).
Écouter le désir de cette femme, le respecter, sera pour les intervenants l'attitude thérapeutique juste.

TECHNIQUES DE RECONSTRUCTION

Le but de la reconstruction est triple :
– recréer un volume ;
– restaurer une symétrie ;
– refaire l'aréole et le mamelon.
(Dr Jacques Saglier, *La femme et le cancer du sein*, Éditions Odile Jacob)

Première méthode
La plus simple consiste à mettre en place une prothèse qui, insérée sous le muscle, donnera un volume et une forme les plus proches possible du volume et de l'apparence du sein opposé.
L'enveloppe de la prothèse est en élastomère.
Son contenu peut être soit du sérum physiologique, soit du gel de silicone (ce dernier produit a été interdit pendant plusieurs années, mais son utilisation est à nouveau acceptée).
Le choix de la prothèse, de sa dimension, de sa forme, est fonction de l'aspect, du volume, du sein opposé, afin que la ressemblance soit la plus fidèle possible.
Pour donner un aspect naturel, il importe aussi de recréer le sillon sous-mammaire.
Là encore, l'art chirurgical qui accompagne la perfection du geste technique, interviendra.

Deuxième méthode
Le « nouveau sein » est modelé à partir des muscles avoisinants ; on parle de « lambeaux musculo-cutanés ».
Ces muscles, proches de l'emplacement du sein, sont :
– soit le grand dorsal situé sur l'omoplate ;
– soit le grand droit situé de chaque côté de la ligne médiane de l'abdomen.
Parce que ces muscles sont proches de l'emplacement du sein, il sera possible de garder leur vascularisation en place afin qu'ils restent un tissu vivant. Ainsi ils resteront un tissu vivant qui pourra être greffé.
La première technique, (lambeau du grand dorsal) est moins complexe que la deuxième. Mais, là encore, le choix se fera après concertation avec le ou la chirurgien(ne), qui seul(e) pourra expliquer les données techniques (place des cicatrices, motivations pour telle ou telle méthode).

Ces techniques complexes, mais maîtrisées, font également appel à des procédés de « chirurgie oncoplastique » (méthode utilisée en chirurgie plastique et intervenant ici dans le cadre d'une chirurgie « réparatrice »).

Parfois, il est proposé d'opérer le sein restant afin que les deux soient le plus semblables et harmonieux possible.
Ce geste est parfois perçu comme une « aubaine » :
« Enfin des seins comme j'ai toujours rêvé ! »
Pourquoi pas ? Après l'épreuve, ce geste qui aide à vivre semble bien mérité. Et la fête du corps féminin, le goût de la fête retrouvée, ne pourront qu'aider à guérir, définitivement.

Par contre, chez d'autres femmes, cette proposition sera mal ressentie.
« Encore de la souffrance, encore des cicatrices. »
Là aussi, l'écoute, sans jugement, sans contrainte, permettra de respecter le choix de la patiente.

Un sein « reconstruit » n'existerait pas sans l'aréole et le mamelon, qui, ultérieurement, pourront être recréés, réimaginés, parfois dessinés (greffe à partir de l'autre mamelon ou d'une autre zone de peau, tatouage). Et l'apparence est parfois si semblable à la réalité que l'on peut alors véritablement parler d'art chirurgical.

LE TEMPS DE LA RECONSTRUCTION

Parfois, la reconstruction est faite immédiatement après l'ablation du sein (pendant la même opération). On parle de reconstruction « immédiate ».

Parfois, elle est faite longtemps après l'ablation du sein. On parle de reconstruction « différée ».

La reconstruction immédiate
Elle a lieu dans deux circonstances :
– en présence de cancers *in situ* (nous les avons présentés) ;
– lorsque est détectée la présence d'un gène « BRCA2 » (pour *Breast Cancer* : cancer du sein en anglais).

Ce gêne, présent chez 5 % des femmes, augmente considérablement le risque d'apparition d'un cancer du sein (risque multiplié par 10).
D'où la profonde et permanente inquiétude des femmes qui sont porteuses de ce gène, surtout lorsque plusieurs parentes ont développé un cancer du sein (mère, sœur, cousine).
On parle de chirurgie « prophylactique » qui cherche à protéger cette femme d'un cancer dont l'apparition est considérée comme probable, mais pas certaine (voir additif).

Existe-t-il d'autres méthodes protectrices ?
– L'ablation des ovaires donne un taux de protection très élevé.
– L'utilisation de certains traitements antihormonaux (le Raloxifène, analogue au Tamoxifène mais sans les effets au niveau du l'utérus, peut être un traitement prometteur).
Bien sûr, tout apport hormonal (pilule, TSH) est formellement contre-indiqué.

Dans le cas de cancer *in situ*, le geste chirurgical est la seule étape thérapeutique. Il n'y aura ni radiothérapie ni chimiothérapie.
« Je l'ai bien accepté », m'a dit tout récemment une femme après l'ablation-reconstruction pour un cancer *in situ*. Elle était sereine, délivrée de la peur.

Dans le deuxième cas, chirurgie dite prophylactique en présence d'un gène « BRCA2 », il est fondamental d'informer la femme concernée des méthodes évoquées ci-dessus (ablation des ovaires, antihormonothérapie). C'est seulement au terme d'un long temps de réflexion aidé d'un psychothérapeute, que pourra être vécue l'ablation/reconstruction des seins.

Par ailleurs, aucune étude n'est faite sur l'apport protecteur des médecines complémentaires (dont le *Viscum album*) ni sur les comportements protecteurs (rôle de la nutrition, psychisme, etc.). Et nous ne pouvons que le regretter.

La reconstruction différée
Dans les autres circonstances, c'est-à-dire en présence d'un cancer infiltrant, après la chimiothérapie, la radiothérapie, le moment pour la

reconstruction du sein interviendra au minimum plusieurs semaines après la fin de la radiothérapie, parfois plusieurs mois ; et toujours autour d'un accord partagé entre la patiente et le chirurgien ou la chirurgienne.

Aucune hâte, aucune culpabilité à ne pas faire ce choix.
Notre corps, c'est nous-mêmes, qui saurons ce qui est bon pour nous et à quel moment.

LE CHOIX DU CHIRURGIEN/DE LA CHIRURGIENNE

La reconstruction « procédure plus ou moins complexe de chirurgie plastique », selon le Dr Saglier, s'intègre dans le parcours des traitements pour cancer du sein. On parle de chirurgie « réparatrice ».

Elle s'adresse à des techniques dont on peu ressentir la complexité. Les chirurgien(ne)s qui la pratiquent doivent avoir une double compétence :
– en chirurgie oncologique (cancérologie) ;
– en chirurgie plastique.

Ils doivent être fiables à la fois au niveau de la technique mais aussi de son application opportune par rapport à la patiente (choix du moment, en fonction des traitements antérieurs, de l'état général, de l'état psychologique aussi). Ceux et celles qui sont formés dans les centres anticancéreux possèdent cette double compétence.
Parfois c'est la même personne que celle qui a opéré la première fois, parfois c'en est une autre, mais toujours en concertation.

Demander un avis à un deuxième chirurgien peut être rassurant. À compétence équivalente, se sentir en confiance est important.
Et puis, lorsque le choix est fait et la date fixée, il est possible de participer à la réussite de l'opération en faisant, pendant les semaines qui précèdent l'intervention, un travail sur l'alimentation, la relaxation, en se faisant aider par l'homéopathie (voir p. 23).

LES RÉSULTATS

Certains sont parfois très bons
Symétrie, ressemblance, cicatrices discrètes qui se font oublier…
Des témoignages nous sont parvenus, comme celui de J.

> *« Je remercie ma chirurgienne pour son humanité et sa compétence. Elle m'a redonné le désir de vivre. »*

Certains sont « moyens », peu conformes à notre attente

> *« Ce n'est pas comme avant, ni l'aspect, ni la sensibilité ; je suis déçue. »*

Que faire ? Demander un autre geste chirurgical ? Est-ce possible ? Est-ce souhaitable ?
Là encore, savoir attendre le moment, et seulement pour la réalisation d'un geste efficace et sûr.

COMPLICATIONS ÉVENTUELLES

Elles peuvent avoir lieu mais elles sont rares.

Lorsqu'il s'agit d'une prothèse
Une contraction autour de la prothèse peut apparaître tardivement ; on parle de « coque » qui est liée à une réaction fibreuse. Lorsque le phénomène est intense (douleur, déformation), le changement de prothèse est nécessaire.
Quelquefois, la prothèse se fissure. Elle peut se rompre également. Là aussi : réintervention.

Lorsque la reconstruction est faite à partir des muscles avoisinants (surtout du muscle grand dorsal), un écoulement de sérum lymphatique, abondant, non douloureux (sérome) se manifeste fréquemment. Des ponctions répétées suffisent à le tarir.

Bien sûr – mais c'est très rare –, certaines complications plus sérieuses peuvent se manifester (infection précoce ou plus tardive, altération du tissu greffé par nécrose du tissu graisseux). Le risque zéro – nous le savons – n'existe pas.

Mais lorsque le moment pour l'intervention et l'équipe chirurgicale ont été – minutieusement – choisis, aborder l'acte chirurgical avec confiance, non seulement dans les intervenants mais aussi en soi-même, est une attitude réaliste.
Car la préparation à l'intervention nous concerne. Elle est, j'en suis convaincue, une aide notable pour la réussite de tout acte chirurgical.
Nous l'abordons dans ce dernier chapitre.

SE PRÉPARER POUR L'INTERVENTION

Nous avons donc deux cas de figures : au début de la maladie ou à la fin des soins.

Dans le premier cas
C'est une femme souffrant de cancer du sein à qui est proposé soit l'ablation de la tumeur, soit malheureusement, trop souvent encore, l'ablation du sein.

Dans le deuxième cas
Le processus cancéreux est loin d'elle, la chirurgie pratiquée est une chirurgie « réparatrice ».

Quel que soit le type de chirurgie, la préparation personnelle peut aider grandement à la réussite de l'acte opératoire. Pour cela nous évoquerons trois méthodes : la relance de l'immunité, la nutrition et l'hydratation, l'apport de l'homéopathie.

La relance de l'immunité
Ceci est particulièrement vrai lorsque « tombe » le diagnostic du cancer du sein.

L'effondrement psychologique que provoque cet événement est obligatoirement « corrélé » à un effondrement immunologique (voir *Stress, pathologies et immunité*, Nicole Baumann et Jean-Michel Thurin, éditions Flammarion).
Les « signatures » biologiques de l'impact du stress, certaines tout du moins, sont présentées dans le tableau qui suit.

Situation de stress		
Sécrétion de glucocorticoïdes		
Diminution macrophages (1)	diminution TNF (2)	diminution IL-2 (3)

Ces trois éléments (1, 2, 3) au nom peu familier :
– macrophages (cellules du tissu conjonctif),
– TNF (*tumor necrosis factor* = facteur de nécrose tumorale),
– IL-2 (interleukine-2, médiateur de l'immunité),
sont des éléments fondamentaux des mécanismes de protection immunitaire (immunité cellulaire).

Nous voyons donc qu'une agression psychologique est en même temps une agression immunologique.

Opérer face à une immunité retrouvée est une attitude biologiquement correcte.

C'est ce que pressentait le Dr Jean-Marc Tourani qui, au moment de l'intervention, administrait de faibles doses d'Interleukine-2 (1990).

Cette relance est également importante pour une deuxième raison. En effet, plusieurs auteurs signalent que l'acte opératoire peut parfois favoriser le départ de cellules cancéreuses vers d'autres sites (métastases). Et il est logique de penser qu'un taux correct de lymphocytes T4 ou de TNF peut palier ce risque éventuel.
Un des moyens les plus simples et peut-être un parmi les plus efficaces est tout simplement d'apaiser le stress.

Être là, même maladroit, même sans ne savoir que dire, sera pour la femme concernée, pour son entourage lui aussi dans la tourmente, l'attitude la plus simple, la plus juste aussi.
Laisser à cette femme effondrée le temps de se relever physiquement et moralement, d'organiser sa vie, ses activités professionnelles et familiales en fonction des exigences de soins qui l'attendent.

Le traitement pour une femme qui présente un cancer du sein n'est pas une course contre la montre. Il est accompagnement, étape par étape, pour un projet de guérison ou de stabilisation.
L'entourage, ainsi que les soignants (radiologue qui parfois découvre la lésion, gynécologue, chirurgien) ne doivent pas gérer leur inquiétude en faisant pression sur la patiente pour « opérer » au plus vite.
Cette hâte n'est pas une attitude thérapeutique. Et la sécurité qu'elle installe n'est qu'apparente. Préparer l'intervention chirurgicale (quelques semaines parfois) sera un temps bénéfique pour l'immunité et par là même un facteur de sécurité pour la guérison ultérieure.
Je pense en particulier au temps nécessaire pour demander un deuxième avis lorsque est proposée l'ablation du sein. Nous avons vu que les méthodes de chimiothérapie ou antihormonothérapie première peuvent éviter cette mutilation tout en gardant le même potentiel de guérison.

Comment se préparer pour l'intervention

Se préparer pour l'acte chirurgical c'est s'intégrer dans une psychologie et une physiologie prêtes à surmonter le traumatisme qu'il représente et à accompagner les étapes du retour vers la normale (cicatrisation, mobilité, résorption des œdèmes, disparition de l'inconfort douloureux).
Nous citerons trois méthodes :
– la préparation psychologique,
– la préparation par l'alimentation et l'hydratation,
– la relance immunitaire (recours à l'homéopathie).

Préparation psychologique
Une méthode a fait ses preuves depuis longtemps : la sophrologie (créée en 1960 par le Pr Caycedo).
Introduite dans les hôpitaux il y a plusieurs années par le personnel infirmier, elle est devenue partie intégrante des méthodes proposées dans le traitement de la douleur. À ce jour, elle est pratiquée dans de nombreux centres anticancéreux.
Dans ce même ordre d'idée, les séances de relaxation, de visualisation positive, de méditation, auront une action bénéfique et sur le ressenti émotionnel et sur l'immunité. L'acupuncture, la réflexologie plantaire, ont également des effets positifs (détente, relance énergétique subjectivement ressentie).

Toutefois, lors du diagnostic de cancer, le recours à ces différentes méthodes peut paraître utopique ou tout du moins inadapté, tant les démarches fondamentales (bilan diagnostic et surtout chirurgie) semblent prépondérantes et urgentes.
Le temps semble compté, et seulement utilisé pour des choses « sérieuses ». Et pourtant… « caser » une rencontre avec une psychothérapeute, un groupe de sophrologie ou autre correspond à une vraie démarche thérapeutique sérieuse et efficace.

Préparation par l'alimentation et l'hydratation
Ces conseils sont le fruit d'une expérience personnelle clinique déjà bien ancienne et dont les résultats m'ont parus probants.

Avoir une alimentation « hypotoxique » autour de l'intervention
Par hypotoxique, je veux évoquer une alimentation allégée.
En pratique, les deux ou trois jours qui précèdent l'intervention pas de protéine (lait, viande, poisson) et pas de graisses cuites, pas de sucre (exception pour le miel).
S'alimenter avec des soupes de légumes épaisses (avec des féculents tels que les pommes de terre).
On peut ajouter quelques glucides lents (pâtes, riz), quelques crudités (avec huile d'olive).
La ration calorique restera suffisante, mais le travail de la digestion sera allégé au maximum.

L'hydratation
Elle est importante avant l'intervention comme après (1,5 litre d'eau de source par jour, au moins).
Une hydratation importante dès le réveil opératoire va de pair avec un bon processus de cicatrisation (de 1,5 litre à 2 litres par jour, pendant plusieurs jours).

La relance immunitaire
Le recours à des apports médicamenteux pour la relance immunitaire et autour de l'acte chirurgical.
Parmi les substances à propriété « immuno-stimulante », le *Viscum album* (extrait de gui fermenté) a fait l'objet d'études biologiques et statistiques nombreuses. Il est couramment utilisé en Allemagne. (Suite p.24)

Comment se préparer à l'opération du sein

AVANT L'INTERVENTION

Deux semaines avant

– Traitement homéopathique du stress

ARNICA 15 CH	3 granules
STAPHYSAGRIA 15 CH	de chaque
IGNATIA 15 CH	matin et soir
GELSEMIUM 9 CH	3 granules au 2 repas

– Relance immunitaire

Traitement pour le stress (séances de sophrologie)
Traitements plus spécifiques (se renseigner auprès de MISS)
Viscum album – plantes africaines

Deux jours avant
Supprimer lait, viande, œuf, poisson, graisses cultes et sucreries. Alimentation à base de purée de légumes, de compotes et de miel, de pâtes et de riz.
Boissons abondantes (eau de source 1,5 litre, thé, jus de fruit).
Homéopathie PHOSPHORUS 9 CH 1 dose l'avant-veille,
1 dose la veille

APRÈS L'INTERVENTION

OPIUM 9 CH	1 dose au réveil
ARNICA 9 CH	3 granules de chaque
CHINA 9 CH	3 fois par jour pendant 2 jours
CONIUM 5 CH	et 2 fois par jour
BELLIS PERENNIS 5 CH	pendant 3 jours

Conium et Bellis perennis sont spécifiques pour la chirurgie du sein.

Boire abondamment dès le réveil : 2 litres par jour (eau de source).
La cicatrisation n'en sera que favorisée

Signalons par ailleurs, que le tabagisme est un obstacle important pour la réussite de la reconstruction mammaire.

Son administration sous forme de piqûre rend son utilisation difficile. Mais elle reste très possible. De nombreux homéopathes le prescrivent

Certains extraits de « plantes africaines » ont également des propriétés immuno-stimulantes. Se renseigner auprès de MISS.
D'autres molécules ont également des propriétés immuno-stimulantes, mais je n'en ai pas la pratique.

Nous avons essayé de présenter la place de la chirurgie dans la maîtrise du processus de guérison.
Elle est certes importante mais demande à être évaluée avec justesse tant dans sa forme (chirurgie partielle ou totale) que dans le choix du moment, qu'elle soit précédée ou non d'un traitement général.
Ce qui est certain, c'est que l'acte chirurgical de l'ablation du sein ne doit jamais être banalisé, et que tous les efforts du monde médical doivent tendre à faire oublier ce protocole trop souvent jugé – à tort – indispensable.

L'acte chirurgical peut se préparer pour optimiser sa réussite. Les méthodes proposées sont simples, peu onéreuses, efficaces.
Il nous appartient de les faire connaître comme il vous appartient à vous qui lisez ce document de le transmettre encore et encore.

BIBLIOGRAPHIE

Les traitements des cancers du sein hier, aujourd'hui et demain, Dr Marise Weil, Éditions de Fallois, 2002

La femme et le cancer du sein, Dr Jacques Saglier, Éditions Odile Jacob, 2005

Cancer du sein, compte rendu du cours supérieur francophone de cancérologie, présidé par le professeur Moïse Namer, Éditions Springer, 2007

Le Sein, Dr Marc Espié, André Gorins, Éditions Eska, 2007

Cancer du Sein, Dr Marc Espié, John Libbey Eurotext, 2007

Stress, pathologies et immunité, Nicole Baumann et Jean-Michel Thurin, Éditions Flammarion, 2003

L'homéopathie dans les soins de support en cancérologie, Dr Jean-Lionel Bagot, Éditions du CEDH, 2007

La santé du sein, le cancer du sein
Dr Anne-Marie Tubéry, Association MISS

Ce dix-sept février, parcours d'une combattante, Blandine Bouquet-Meyroneinc, Éditions du Roure, 2007

Après le cancer du sein, un féminin à reconstruire, Élise Ricadat, Lydia Taïeb, Albin Michel, 2009