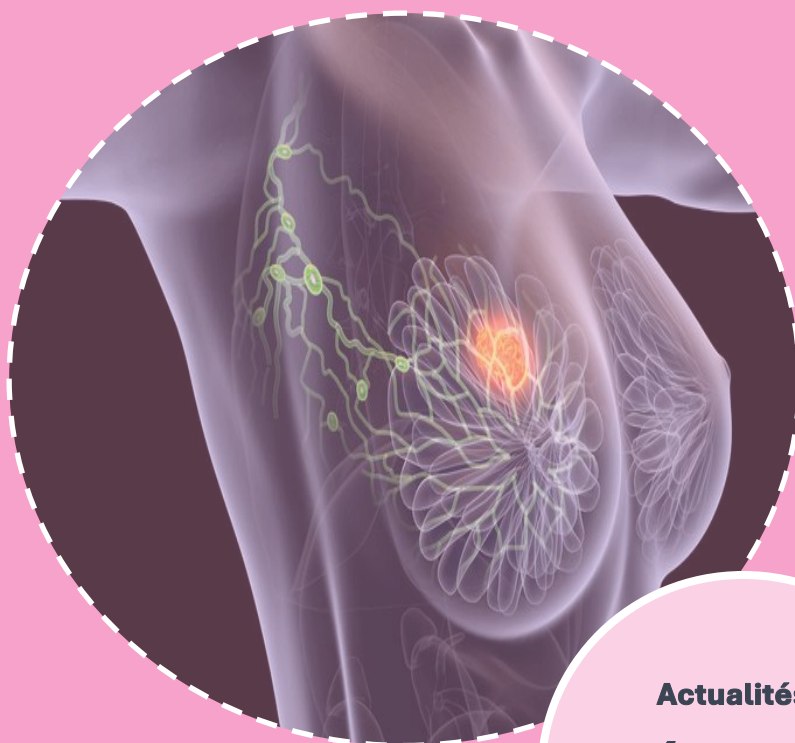


COLLECTION :

LES POINTS FORTS EN ONCOLOGIE



Actualités en
SÉNOLOGIE
Edition 2023

Revue coordonnée par le Docteur Nadine DOHOLLOU

CENTRE AQUITAIN DU SEIN - BORDEAUX



Dr N. DOHOLLOU Dr A. DELEST Dr L.DUMINIL

Dr A. GESSON-PAUTE Dr A. NDOYE L.MEHATS M. DUHEZ A. FAGEDE

C. GAUDEBOUT Dr F.MALLEMOUCHE

PAROLES DE PATIENTES : LE CANCER DU SEIN AVANT 50 ANS

Les patientes qui vivent un cancer du sein avant 50 ans ont parfois des difficultés à se faire entendre lors du diagnostic. Les témoignages de Natacha, Mélanie et Cyrille mettent en avant l'importance capitale de l'écoute et de la prise en compte du risque de cancer du sein à tous les âges. Même si le « tableau général » est évocateur de pathologies bénignes, il faut parfois garder en tête le risque de cancer du sein pour éviter des retards de diagnostics. Ces derniers induisent parfois des cancers de hauts grades, des cancers métastatiques qui impliquent une prise en charge au long court.

Les cancers triples négatifs eux aussi de mauvais pronostics et très fréquents chez les jeunes patientes sont vecteurs de grandes angoisses.

Aussi, une fois le diagnostic posé, ces patientes ont des besoins d'accompagnement bien spécifiques et les associations de patientes peuvent être une ressource pour accompagner la prise en charge. Cyrille, Natacha et Mélanie portent des engagements associatifs auprès de leurs pairs, un chemin de résilience qui a favorisé leur rétablissement.

NATACHA N. 41 ANS

« En juillet 2020, au cours d'une séance d'autopalpation sans anomalie visuelle ou masse suspecte, je provoque l'écoulement unilatéral de deux gouttes de lait du mamelon droit par pression ». Face à ce signe potentiellement évocateur d'un cancer du sein, je consulte rapidement. Ma généraliste me prescrit un bilan mammaire « 38 ans et sans antécédents familiaux, c'est très probablement rien mais nous allons nous en assurer ». La gynécologue, en revanche, me prend pour une hypocondriaque « Examen clinique normal, ne pressez pas vos seins sinon vous allez stimuler la glande mammaire et faire sortir du lait » et ne me prescrit rien.

En septembre 2020, le radiologue qui réalise mon bilan mammaire me rassure sans pour autant fournir d'explication à ma galactorrhée isolée. La mammo 3D évoque un nodule d'aspect bénin, l'échographie 2 formations fibro-kystiques et la conclusion « seins normaux, pas de lésion suspecte, contrôle dans deux ans plus tôt si signe clinique ».

En février 2021, je sens un nodule dans mon sein droit. Je passe 2 mois à me documenter sur les affections bénignes et malignes du sein et je découvre la classification BI-RADS des

imageries mammaires. Mon bilan mammaire n'y fait pas référence et ne préconise pas une surveillance au bout de 4 mois.

En avril 2021, je revois ma généraliste: « Un nodule est palpable à l'emplacement spécifié sur la mammo. C'est lisse, mobile, pas du tout caractéristique d'une tumeur cancéreuse mais il faut refaire un bilan pour lever le doute ».

En mai 2021, le diagnostic tombe : cancer du sein canalaire infiltrant triple négatif de stade 1. Les cancers triple négatifs, de mauvais pronostic à un stade avancé, présentent un risque élevé de récurrence précoce dû à l'absence de traitements suffisamment efficaces et au manque de thérapies ciblées pour s'en prémunir.

L'implication du médecin généraliste est essentielle dans le parcours semé d'embûches du diagnostic d'un cancer du sein chez une femme trop jeune pour le dépistage national et sans antécédents familiaux connus.

« 40% des Triplettes ont moins de 40 ans lors du diagnostic ! Malgré un diagnostic posé au bout de 10 mois, je suis en rémission depuis mars 2022, j'ai repris le cours de ma vie et suis membre bénévole du Collectif Triplettes Roses. Cette association mobilise ses forces autour de 3 missions principales : faire connaître les cancers du sein triple négatifs, favoriser l'accès précoce aux traitements novateurs et soutenir la recherche ».

MÉLANIE C.38 ANS

« En septembre 2015, le jour de mes 31 ans, un résultat de biopsie va propulser ma vie dans le monde du cancer. 9 mois plus tôt, j'ai donné naissance à mon deuxième enfant et dès la première mise au sein, j'ai remarqué un changement sur mon sein gauche. Téton rétracté, difficulté à prendre le sein pour mon bébé, douleur à chaque tétée. Pendant de longs mois, j'ai alerté. D'abord les sages femmes à la maternité puis ma généraliste et aussi mon gynécologue. Nous avons tous pensé engorgement, mastite, mastose, testé l'arrêt de l'allaitement, les crèmes antibiotiques.. Le sein restait inexorablement induré et le mamelon s'enfonçait progressivement. Un jour, cette question Docteur ... C'est quand même pas un cancer ? » Et cette réponse sans appel : « Vous n'avez pas d'antécédents familiaux et vous êtes trop jeune pour avoir un cancer ».

CENTRE AQUITAIN DU SEIN

15-35, rue Claude Boucher - 33000 Bordeaux

Dr Nadine DOHOLLOU (Onco-sénologue)

Dr Alain DELEST (Chirurgien)

Dr Laura DUMINIL (Chirurgien)

Dr Amélie GESSON-PAUTE (Chirurgie sénologie/Reconstruction)

Dr Aïcha N'DOYE (Chirurgie sénologie/Reconstruction)

Lucie MEHATS (Educateur sportif)

Manon DUHEZ (Educateur sportif)

Alice FAGEDE : IDE

Cécile GAUDEBOUT (Conseillère en génétique)

Dr Françoise MALLEMOUCHE (Radio-sénologue)

Finalement, quelques semaines plus tard, une échographie enclenchera le diagnostic : zone tumorale (micro calcifications) de 8 cm et métastases osseuses diffuses. Toujours en traitement d'immunothérapie et d'hormonothérapie, je suis malgré tout en rémission aujourd'hui. Mon manque d'informations quant aux différents symptômes du cancer du sein, mon manque de connaissance de ma poitrine et le fait que je ne sois pas dans les « statistiques » m'ont fait perdre un temps précieux laissant au cancer le temps de faire son chemin. En 2017, nous avons fondé l'association Jeune & Rose pour accompagner les jeunes patientes par la pair-aidance, sensibiliser les professionnels de santé au dépistage du cancer du sein pendant la grossesse et l'allaitement (film Alerte Rose à disposition des soignants) et faire connaître les problématiques des jeunes femmes qui vivent un cancer du sein. Enfin, nous nous mobilisons pour apprendre les techniques de l'auto examen aux Jeunes femmes avec humour (projet le Télététon).

CYRILLE B. 50 ANS

« Mon parcours a commencé fin janvier 2019, j'avais alors 48 ans, par un RDV chez mon généraliste pour un état général altéré (fatigue, digestion difficile, douleur modérée au niveau des côtes à droite), un état pas inquiétant mais qui ne me ressemblait pas. Il me prescrit une échographie abdominale en suspectant un problème de vésicule biliaire. Je suis donc partie, assez sereine, pour cet examen qui a révélé des nodules au foie et là, tout s'enchaîne très rapidement (scanner, mammographie, IRM, biopsie) j'avais l'impression d'être dans une machine à laver, sidérée, dépossédée de mon corps, perdue, apeurée. Un diagnostic de cancer du sein métastatique (foie et os) a été posé par mon oncologue et les traitements ont pu commencer. Depuis février 2020? les tepsan de contrôle montrent une réponse métabolique complète, je suis sous hormonothérapie et thérapie ciblée avec des effets secondaires non négligeables.

Mon généraliste a su écouter ma parole, prendre en compte des symptômes inhabituels et ainsi permettre une prise en charge rapide, suite à la découverte fortuite d'un cancer de mauvais pronostic.

Aujourd'hui, je m'investis dans une association « Rose Médoc » qui accompagne les femmes atteintes d'un cancer et qui vivent sur le territoire du Médoc (Aquitaine). Territoire sur lequel le sentiment d'isolement est encore plus fort du fait de l'éloignement des centres de soin et d'accompagnement.

Je prépare un DU de patient formateur au parcours en soin chronique au CHU de Bordeaux, afin d'intervenir dans la formation des futurs soignants pour leur transmettre mon expérience de la vie avec une pathologie chronique dans le but d'améliorer les pratiques. »

LES SYNERGIES SOIGNANTS - SOIGNÉS

Parce que le cancer c'est aussi ça, une épreuve qui renforce, qui booste. C'est une étape de vie qui donne envie de se mobiliser, d'utiliser cette nouvelle force pour aller vers les autres, pour faire changer les choses ; de donner quelques réponses quand on a eu trop de questions ; faire preuve de résilience en transformant la douleur en force vive. Notre savoir expérientiel est un outil précieux que nous souhaitons partager auprès de nos pairs mais aussi auprès des professionnels de santé pour aider à faire bouger les lignes. Le partenariat patient est aujourd'hui fondamental, il permet de construire des ponts

entre soignant et soignés et ainsi d'améliorer les prises en charge en synergie .

Le rôle du médecin généraliste est primordial dans les parcours de soins, parcours de vie, que ce soit au moment du diagnostic, pendant la phases intensives des traitements et bien entendu après, il est le relais de proximité de l'oncologue. Sa connaissance du tissu local (professionnels de santé, associations, pharmaciens ...) lui permet d'orienter les patients vers d'autres accompagnements si le besoin s'en fait sentir.

CANCER SEIN : PARCOURS DE SOINS - REGARDS CROISES

14 juillet 2002, 20 ans déjà que le premier plan cancer a vu le jour, plan de mobilisation nationale contre ce « drame », qui exige un effort considérable, en recherche, prévention et dépistage, en passant par les traitements et le soutien psychologique de la maladie.

3 plans cancer se sont succédés :

- Le premier, 2003-2007 comportait 70 mesures, 1/3 seulement seront réalisées mais déjà les problèmes de parcours et de coordination étaient soulignés, la Polyclinique Bordeaux Nord avait déjà participé à cette époque, en tant que site pilote, pour travailler sur les axes d'amélioration du dispositif d'annonce.

- Le deuxième plan de 2009 à 2013 avait souligné les inégalités de prise en charge et établit des propositions pour améliorer la coordination des soins et soulignait déjà l'importance du suivi après cancer, il insistait aussi sur le rôle primordial du médecin généraliste au centre du suivi du patient.

- Le troisième plan cancer avait souligné la nécessité d'optimiser les organisations et d'augmenter le pourcentage de patient participant à un essai clinique.

Le 4 février 2021, une stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021- 2030, a été mise en place avec 4 axes principaux :

- Le premier est de d'améliorer la prévention et d'accentuer l'effort de dépistage pour les programmes existants déjà comme pour le cancer du sein, cancer colo-rectal et du col de l'utérus, mais également préparer le dépistage de demain en ouvrant ces programmes à d'autres localisations comme les cancers du poumon, de la prostate et le mélanome.

Il est également prévu dans ce premier axe de développer le dépistage de précision pour mieux prendre en compte les risques individuels.

- Le deuxième axe est de limiter les séquelles et d'améliorer la qualité de vie, avec également l'objectif de faciliter l'accès à l'innovation diagnostique et thérapeutique pour davantage de personnes sur l'ensemble des territoires, et rendre la médecine de précision accessible à tous. Ce deuxième axe propose également un programme de désescalade thérapeutique, désescalade qui a déjà commencé pour les cancers du sein depuis quelques années, grâce à l'apport des signatures génomiques qui ont permis de diminuer les indications de chimiothérapie adjuvante, mais dont malheureusement le mode de financement n'est pas pérenne car encore dans le système du RIHN (actes innovants hors nomenclature). Ce second axe a également pour objectif de garantir la qualité, l'accessibilité et l'évolutivité de l'offre de soins de support, que ce soit pendant les traitements afin d'en améliorer la tolérance, mais également dans le cadre de l'après cancer, avec

notamment une prise en charge de l'activité physique adaptée et de soutien diététique afin de diminuer le risque de rechute et d'améliorer le pronostic.

- Le troisième axe est de développer la recherche sur les cancers de mauvais pronostic, dont un sous type de cancer du sein, les cancers dits triple négatif, avec la labellisation de centres d'excellence, dont la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine fait partie. Il est important pour le pronostic de ces cancers de pouvoir les dépister rapidement et de mettre en place des filières d'entrée accélérées dans le parcours de soin, c'est d'ailleurs, en ayant pris conscience de cette urgence thérapeutique dans la prise en charge initiale, que nous avons créé en 2018 le Centre Aquitain du Sein, afin que toutes les étapes de prise en charge puissent se faire sur un mode accéléré et qu'il n'y ait pas de pertes de chance pour les patientes. Dans ce troisième axe, il est également souligné la nécessité d'améliorer la lisibilité de l'offre d'essais cliniques grâce à un portail mis à jour et facilement accessible.

- Le quatrième axe est de s'assurer que les progrès bénéficient à tous, et de lutter contre les inégalités par une approche pragmatique et adaptée aux différentes populations, et ceci sur l'ensemble des territoires. Ce quatrième axe cherche aussi à mobiliser les données de santé et l'intelligence artificielle pour relever de nouveaux défis et améliorer la qualité des soins.

Beaucoup de choses ont donc été faites depuis 20 ans pour l'organisation et la prise en charge des cancers, mais une étape reste difficile : c'est le moment où une femme, qui n'est pas encore patiente, se trouve une anomalie au niveau du sein, ou bien sort du cabinet de radiologie avec un résultat douteux et ne sait pas toujours vers qui se tourner, en général vers sa gynécologue ou le médecin traitant. Mais la multiplicité des intervenants et des lieux possibles de prise en charge peut être perturbante et retarder la prise en charge.

Ce sont ces éléments qui nous ont incité à créer en 2018, le Centre Aquitain du Sein.

Le CAS permet une prise en charge globale et multidisciplinaire de la pathologie mammaire bénigne et maligne, du dépistage à l'ensemble des traitements, avec l'organisation d'une véritable filière de soins, assurée sur un même lieu.

Tous les acteurs concernés par cette prise en charge, radiologues, sénologues, chirurgiens spécialisé (y compris en reconstruction mammaire), oncologues médicaux, anatomopathologistes, radiothérapeutes, se réunissent pour discuter de tous les dossiers au staff hebdomadaire de sénologie.

La prise en charge des patientes est assurée sur site du début de la prise en charge (bilan radio, gestes techniques), pour les traitements chirurgicaux, médicaux, chimiothérapie, thérapeutique ciblée, radiothérapie.

L'accès des patientes à des programmes de recherche clinique est proposé sur site ou en collaboration avec les autres structures de cancérologie régionale ou nationale.

Une consultation d'oncogénétique est possible sur place si l'indication est portée.

Il est également proposé aux patientes un accès aux soins de support, psychologue, diététicienne, socio-esthéticienne, assistante sociale et possibilité de participer à des activités physiques adaptées car la Polyclinique Bordeaux Nord est un

pôle sport et cancer en partenariat avec la CAMI (organisation nationale sport et cancer).

Cet accès aux soins de support est possible pendant les traitements mais aussi après les traitements dans le cadre d'un programme après cancer en partenariat avec l'ARS Nouvelle Aquitaine.

Depuis 20 ans d'énormes progrès ont été faits dans l'organisation de la prise en charge des patientes touchées par un cancer du sein mais nous aimerions dans les mois à venir proposer également un hôpital de jour de médecine intégrative, concept nouveau, peu développé encore en France, un peu plus en Europe, qui est une approche associant traitements médicaux conventionnels et thérapies complémentaires, centrées sur les besoins du patient, qui devient ainsi le principal acteur de ses soins, et donc investi dans son traitement.

HISTORIQUE DU TRAITEMENT

Depuis l'Antiquité, le cancer du sein a servi de modèle pour mieux connaître la maladie. La mention la plus ancienne connue à ce jour du cancer du sein se trouve sur un papyrus égyptien daté entre 3000 à 2500 av. J.-C. Il n'existe alors aucun traitement.

Les premières descriptions d'actes chirurgicaux datent d'environ 1 600 avant Jésus-Christ. Vers 168 av. J.-C., le médecin grec Galien croit que le cancer du sein provient d'une trop grande quantité de bile noire dans le sang et qu'il s'agit d'une maladie systémique. Il a recours aux interventions chirurgicales pour retirer les tumeurs du sein et laisse les incisions saigner pour évacuer la bile noire.

De 476 à 1500, les premiers chrétiens croient que la maladie est d'origine divine et que seuls la foi et les miracles peuvent la guérir. Du 10^e au 15^e siècle, les médecins islamiques Ibn Sina (Avicenne) et Abu Al-Qasim Al-Zahrawi (Albucasis) relancent la médecine grecque et rédigent d'importants traités médicaux. Ils procèdent à des interventions chirurgicales limitées pour lutter contre le cancer du sein. Leurs idées seront partiellement répandues en Europe.

Ambroise Paré (1510-1590) dit « *qu'il faut trancher et ôter tout ce qui est corrompu, voire en couper un peu davantage afin qu'il n'y demeure aucune portion de ce qui pourrait avoir été pris par la nature du chancre* ».

Pendant très longtemps, les médecins n'ont eu à leur disposition qu'un seul traitement: l'ablation de la tumeur. Mais sans anesthésie et sans antiseptie, l'opération était bien souvent vouée à l'échec. Au cours des 19^e et 20^e siècles, un grand nombre de progrès importants sont réalisés.

La première date clé est celle de la mise en point de l'anesthésie générale en 1846.

En 1867, l'antiseptie devient efficace grâce à la découverte de produits et de procédés physiques et chimiques capables d'empêcher le développement de germes pathogènes ou de les détruire rapidement.

Le Dr W.S Halsted met au point et utilise dès 1890 la technique d'ablation radicale du sein (dite de Halsted) aussi appelée technique monobloc car elle consiste en l'ablation du sein, des

muscles sous-jacents et des ganglions lymphatiques situés sous le bras. Pour la première fois de l'histoire, le cancer du sein peut être traité et guéri de façon systématique.

En 1932, c'est le développement de la mastectomie radicale modifiée pour laisser en place les muscles du thorax qui aboutira en 1948 à la technique actuelle dite mastectomie selon Patey.

Le développement des traitements adjuvants (chimiothérapie, radiothérapie) après la guerre, ont permis d'ajuster la chirurgie à la tumeur par quadrantectomie tout d'abord puis par tumorectomie élargie ou zonectomie épargnant le sein. S'y est associée depuis l'hormonothérapie. Ce sont les prémices de la chirurgie minimalement invasive associée à une politique globale de désescalade de l'ensemble de la stratégie thérapeutique. Le curage axillaire, à son tour, voit ses indications fondre au profit de l'exérèse des seuls ganglions sentinelles dès la fin des années 1990.

L'exérèse du ganglion sentinelle est désormais pratiquée en routine dans la prise en charge chirurgicale du cancer du sein. Mais la recherche se poursuit encore, toujours dans le but de préserver les patientes des effets délétères des techniques tout en leur offrant le soin le plus adapté. Il existe différentes techniques : isotopique (technétium 99mTc), colorimétrique (bleu patenté), combinée associant les deux méthodes précédentes. De nombreuses équipes utilisent dorénavant la technique isotopique de façon isolée. D'autres centres ne de service de médecine nucléaire, utilisent, à l'inverse, la technique calorimétrique seule. Toutefois, avec une seule méthode de détection, les risques de faux négatifs et le taux d'échec de détection augmentent. Par ailleurs, l'isotope nécessite l'emploi de la scintigraphie effectuée dans les heures qui suivent l'injection et alourdit le circuit préopératoire de la patiente (temps humain et machine). Le bleu patenté peut être responsable de réactions allergiques gravissimes (chocs anaphylactiques). Dans ce contexte, le développement de nouvelles techniques apparaît nécessaire:

- méthode par vert d'indocyanine couplée à l'imagerie par fluorescence
- identification par particules d'oxyde de fer super-paramagnétiques

Des études randomisées sont déjà terminées ou en cours afin d'évaluer ces nouvelles méthodes d'identification du ganglion sentinelle, alternatives intéressantes aux radioisotopes dans un contexte de difficultés potentielles d'approvisionnement dans le futur, de diminution vertigineuse du nombre de techniciens formés (manipulateurs radio) mais également une solution pour les établissements dépourvus de service de médecine nucléaire, ou enfin pour faciliter le circuit préopératoire en cas de chirurgie ambulatoire.

Sur le versant de la chirurgie mammaire, les années 2000 ont vu l'essor de la chirurgie oncoplastique qui non contente de conserver les seins même pour des tumeurs volumineuses prend aussi le parti de préserver son esthétique.

Aujourd'hui, l'arsenal thérapeutique s'est enrichi de nouvelles armes: thérapies ciblées, immunothérapie.

Demain, la thérapie génique nous permettra sans doute de ne plus opérer les tumeurs du sein dans leur grande majorité. La

guérison pourra peut-être enfin s'envisager sans alopecie ni rançon cicatricielle. La reconstruction mammaire fera partie de l'histoire de la médecine et divertira sans doute les générations futures au travers de vieux manuels de chirurgie.

CHIRURGIE SÉNOLOGIE ET RECONSTRUCTION

De nos jours, la chirurgie du sein est une spécialité à part entière, et un chirurgien sénologue spécialisé dans la prise en charge des cancers du sein doit pouvoir proposer à sa patiente l'ensemble des techniques chirurgicales possibles, du plus simple au plus complexe.

La conservation du sein quand elle est possible doit être proposée en l'ère intention à chaque patiente, même avec des techniques plus complexes d'Oncoplastie (traiter un cancer avec des techniques de chirurgie plastique). Et avec ces techniques chirurgicales adaptées à chaque quadrant du sein, il est maintenant possible de conserver un sein quand le rapport entre la taille tumorale et la taille des seins permet d'envisager une forme de sein et un résultat esthétique optimal. Dans certains cas, une plastie mammaire de symétrisation sera proposée à distance de la prise en charge du cancer si la patiente en ressent le besoin.

Au niveau de l'aisselle, il existe une désescalade chirurgicale depuis la technique du ganglion sentinelle, avec une réduction de la morbidité notamment du lymphœdème.

Concernant la reconstruction mammaire, elle doit pouvoir être proposée aujourd'hui à toutes les patientes devant être prises en charge par mastectomie sauf certains cas de cancer du sein inflammatoire et si la patiente ne le souhaite pas. Il n'y a pas d'obligation à réaliser une reconstruction immédiate ou secondaire mais il faut savoir le proposer à chaque patiente et le moment pour la reconstruction alors souhaitée sera celui de la patiente, l'âge n'étant pas une contre-indication.

Aujourd'hui de nombreux techniques de reconstruction sont proposées aux patientes, prothétiques, autologues, avec l'apport du transfert graisseux (encore appelé lipomodelage, lipofilling) qui peut être une technique de reconstruction mammaire en elle-même mais aujourd'hui les reconstructions sont composites (prothèse et lipomodelage / lambeau de muscle grand dorsal avec épargne musculaire et lipomodelage). Concernant les reconstructions par lambeaux les prélèvements musculaires sont de plus en plus limités afin de réduire la morbidité et les douleurs post opératoires.

Les patientes sont toujours prévenues que le parcours pour une reconstruction du sein est un parcours souvent long avec plusieurs temps opératoires qui sont dans la majorité des cas réalisés en ambulatoire et chaque patiente bénéficie d'un accompagnement par des kinésithérapeutes spécialisés (Réseau des Kinés du Sein, RKS).

Les chirurgiens spécialisés du Centre Aquitain du Sein prennent en charge également les patientes porteuses d'une prédisposition génétique qui souhaitent une chirurgie prophylactique mammaire, avec l'accompagnement par l'onco-psychologue nécessaire à leur parcours. Une reconstruction mammaire bilatérale avec conservation des aréoles et des mamelons est alors proposée.

CAMI SPORT ET CANCER

Historique de la CAMI:

La CAMI Sport & Cancer est une association loi 1901 à but non lucratif reconnue d'intérêt général créée par M. Jean-Marc Descotes, ancien sportif de haut niveau et le Dr. Thierry Bouillet, oncologue au sein du CHU Avicenne. Elle est née, il y a 22 ans, d'une intuition : l'activité physique est un complément des traitements traditionnels pour aider les patients à augmenter leurs chances de rémission. Corroborée par de nombreux essais internationaux parus au fil de ces 20 dernières années, la mission de la CAMI Sport & Cancer s'est clarifiée, et l'association a su se développer pour aujourd'hui être en capacité d'accompagner 3 500 patients par semaine grâce à l'expertise d'une trentaine de Praticiens en Thérapie Sportive, sur environ 80 lieux de soins en ville et l'hôpital dans 29 départements en France. Depuis sa création en 2000, la CAMI Sport & Cancer s'efforce chaque jour d'implanter, dispenser et développer des programmes de thérapie sportive pour permettre à des milliers de patients touchés par un cancer d'être pris en charge pour diminuer les effets secondaires des traitements, améliorer leurs chances de rémission, diminuer leurs risques de rechute et améliorer leur qualité de vie. Pour cela, 3 programmes sont mis en place pour accompagner les patients tout au long du parcours de soin : A l'hôpital, les séances à l'hôpital s'adressent aux patients en début ou en cours de traitement. En ville, Les séances en ville s'adressent aux patients en cours ou fin de traitement. Tout public, Les séances Tout Public s'adressent aux personnes souhaitant pratiquer pour améliorer leur qualité de vie et leur santé physique (anciens patients). La thérapie sportive est l'approche thérapeutique utilisée par les Praticiens en Thérapie Sportive pour prendre en charge les patients. Le Médiété® est le socle des séances de thérapie sportive de la CAMI Sport & Cancer. Créé par Jean-Marc DESCOTES, co-fondateur et Directeur Général de la CAMI Sport & Cancer, le Médiété® est une méthode spécifiquement conçue pour répondre aux atteintes et limitations des patients atteints de cancer. Elle vise à préparer le corps à être capable d'exécuter n'importe quel exercice physique de manière efficace et sûre.

Evolution des pratiques: thérapie sportive

De l'éducateur médico-sportive au praticien en thérapie sportive.

La Cami est passée d'une démarche sportive vers une démarche de soignant. Posture de soignant: Depuis deux ans, les praticiens en thérapie sportive sont passés d'une tenue proche de l'éducateur sportive (tee-shirt et jogging) vers une tenue de soignant (blouse). Cette volonté de la CAMI de se rapprocher de la posture de soignant s'est également matérialisée par des formations permettant l'utilisation d'un langage de plus en plus médical. Mais aussi, par la mise en place de compte rendu transmis aux oncologues ou médecins spécialistes. Groupes spécifiques: Grâce à la mise en place de l'article 51 entre la CAMI et la sécurité sociale, la mise en place des séances a changé. En effet, auparavant les patients s'inscrivaient aux séances lorsqu'ils le souhaitaient, il n'y avait de groupes fixes qui évoluaient ensemble. Depuis quelques mois, c'est le praticien qui construit les groupes de travail en fonction des objectifs thérapeutiques de prise en charge. Cette évolution permet de travailler de façon beaucoup plus

spécifique et efficace pour les patients. Et à nouveau de rentrer dans une démarche de soignant. Dans les séances, le nombre de patients par séances a diminué, passant de 10 à 7 personnes ce qui permet une adaptation plus précise et une meilleure observation lors de la séance. Et ainsi une meilleure efficacité des séances pour les patients. En résumé la CAMI est passée de séances d'activité physique adaptée permettant de garder les patients en sécurité à des séances de thérapie sportive visant à atteindre des objectifs thérapeutiques. Formations spécifiques: Les formations sont de plus en plus nombreuses et spécifiques. Elles permettent aux praticiens de rester au courant des traitements et ainsi d'adapter la prise en charge en thérapie sportive. Mais également, de travailler sur le corps avec notamment des formations poussées en anatomie et en cinésiologie ce qui permet aux praticiens une meilleure compréhension du corps.

De plus, de nombreuses formations permettent d'adopter et renforcer la posture de soignant. La formation continue permet de manière générale au praticien de faire évoluer ses connaissances et sa pratique régulièrement.

EVOLUTION DU MÉTIER « INFIRMIER(E) D'ANNONCE »

Décrit pour la première fois dans le premier plan cancer 2003-2007 dans la mesure concernant le dispositif d'annonce, le métier « infirmier(e) d'annonce » a été réellement instauré dans les structures à partir de 2005. La Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine a très vite pu s'inscrire dans ces recommandations puisque ce poste a été créé en 2006 permettant ainsi à chaque patient de bénéficier d'un dispositif d'annonce complet. Initialement, il s'agissait essentiellement d'un temps d'écoute active accordé au patient, une reformulation de sa compréhension de l'annonce de la pathologie, du traitement associé et surtout, des risques et de la gestion des toxicités liées aux traitements.

Ces 10 dernières années, la place du patient a évolué, il est devenu un acteur principal de son parcours de soins. Pour y parvenir, le rôle de tous les acteurs de santé de son parcours a donc évolué également. Ainsi, au temps d'écoute et de reformulation de la consultation d'annonce infirmière sont venues s'ajouter l'évaluation des besoins et l'orientation vers les soins de support. Plus seulement les soins de support conventionnels comme la prise en charge diététique, sociale ou encore psychologique.

De nombreuses thérapies complémentaires sont venues étoffer l'offre de soins et continuent d'ailleurs de l'enrichir. Pour citer quelques exemples, il me paraît évident d'évoquer l'Activité Physique Adaptée qui a maintenant une place évidente dans le parcours de soins d'un patient. Tout comme la sexualité qui, grâce aux dernières recommandations est également un point essentiel à aborder avec chaque patient.

La notion d'Education Thérapeutique, historiquement plutôt réservée aux patients souffrant d'une maladie chronique, a fait sa place également en oncologie. Suite logique à la volonté que chaque patient soit acteur de son parcours. Ce sont alors nos habitudes de soignant qui ont su s'adapter: « que sait le patient? que veut-il ? de quoi a-t-il besoin ? ».

Ces parcours, de plus en plus longs et parfois complexes ont fait émerger la nécessité de mettre en place une coordination.

Qui de mieux qu'un(e) infirmier(e) pour harmoniser ces parcours? Ce nouveau métier d'infirmier(e) de coordination s'adapte à chaque patient, à chaque structure. En effet, il permet de faire le lien et de donner de la visibilité à tous les acteurs qui interviennent auprès du patient. Ces parcours, de plus en plus longs et parfois complexes ont fait émerger la nécessité de mettre en place une coordination.

Qui de mieux qu'un(e) infirmier(e) pour harmoniser ces parcours? Ce nouveau métier d'infirmier(e) de coordination s'adapte à chaque patient, à chaque structure. En effet, il permet de faire le lien et de donner de la visibilité à tous les acteurs qui interviennent auprès du patient. Il me paraît important d'aborder le métier d'infirmier(e) en pratiques avancées qui s'installe petit à petit dans le parcours de nos patients grâce à son champs d'exercice varié et élargi.

Une chose est sûre, tout comme les traitements de l'oncologie évoluent, la place de tous les acteurs du parcours de soins du patient sont amenés à évoluer encore et encore.

RÔLE DE L'ARC DANS LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT

L'ARC travaille en collaboration avec le médecin investigateur et les co-investigateurs. Son rôle principal est de mettre en œuvre l'observance au protocole de recherche clinique en accord avec les BPC. Il intervient dès le screening pour identifier les patients potentiellement incluables à l'étude, il organise le parcours patient pendant toute la durée du traitement et assure le suivi post traitement tel que défini dans le protocole. Son activité passe par la prise de RDV protocolaires (imageries, chirurgie, consultations, etc.), l'organisation des prélèvements centralisés, l'aliquotage et la congélation des échantillons, la déclaration des événements indésirables et le recueil et la saisie des données. Ces données saisies sur l'eCRF (cahier établies définiront la balance bénéfiques/risques et les effets indésirables liés au traitement ou au schéma thérapeutique.

d'observation électronique) permettront l'analyse statistique de l'efficacité et de la tolérance du traitement. Les conclusions des essais cliniques contribuent ainsi à faire évoluer les stratégies de prise en charge des patients.

VERS UN DÉPISTAGE PERSONNALISÉ DU CANCER DU SEIN : QUEL EXAMEN POUR QUELLE FEMME ?

Focus sur l'étude MyPeBS à laquelle participent les médecins du CAS

Depuis la fin des années 80, des programmes de dépistage organisé par mammographie ont été introduits dans un nombre croissant de pays Européens.

Dans la stratégie actuelle, toutes les femmes entre 50 et 74 ans invitées, sont dépistées de la même manière par mammographie tous les 2 ans.

Or les femmes ne sont pas toutes pareilles : chaque femme a son propre risque de développer un cancer du sein en fonction de nombreux facteurs de risque tels que génétique, la densité mammaire, le mode de vie, l'exposition hormonale.

L'étude MyPebs, à laquelle participe l'équipe médicale du CAS (radiologues, gynécologues et oncologues sénologues), a pour but de répondre à cette question simple mais fondamentale: est-il préférable de personnaliser le type et la fréquence du dépistage du cancer du sein en fonction du risque individuel de chaque femme ?

MyPeBS compare le dépistage personnalisé basé sur le risque individuel au dépistage standard. La stratégie personnalisée propose des examens d'imagerie (mammographie, IRM, échographie) plus fréquents aux femmes à risque élevé de cancer du sein, et moins fréquents aux femmes à bas risques (par rapport à la moyenne de la population générale de la même tranche d'âge).

MyPeBS est la première étude clinique internationale et s'adresse aux femmes entre 40 et 70 ans n'ayant jamais eu de cancer du sein .

CENTRE AQUITAIN DU SEIN

15-35, rue Claude Boucher - 33000 Bordeaux

Dr Nadine DOHOLLOU (Onco-sénologue)

Dr Alain DELEST (Chirurgien)

Dr Laura DUMINIL (Chirurgien)

Dr Amélie GESSON-PAUTE (Chirurgie sénologie/Reconstruction)

Dr Aïcha N'DOYE (Chirurgie sénologie/Reconstruction)

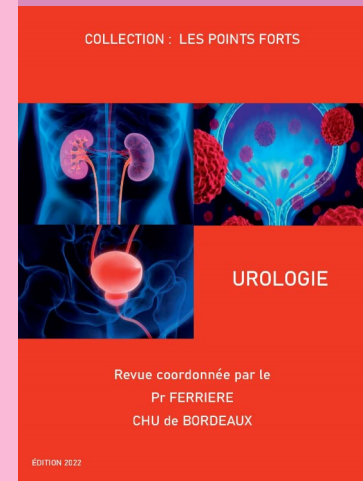
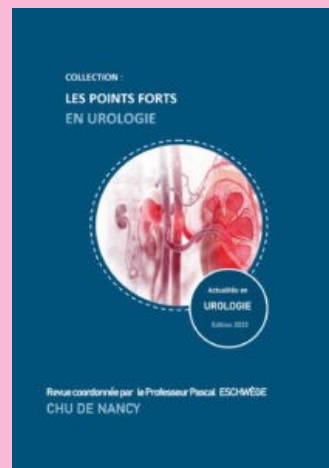
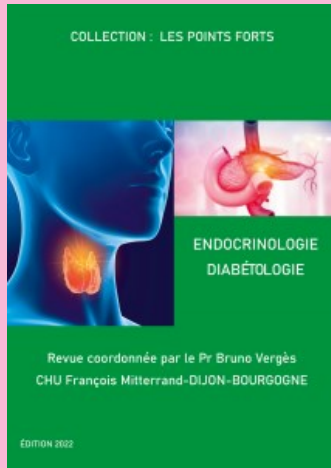
Lucie MEHATS (Educateur sportif)

Manon DUHEZ (Educateur sportif)

Alice FAGEDE : IDE

Cécile GAUDEBOUT (Conseillère en génétique)

Dr Françoise MALLEMOUCHE (Radio-sénologue)



Depuis plusieurs années, LDL CONSEIL accompagne les projets en
Secteur Médical.

Qu'il s'agisse de conseils, d'accompagnement ou d'éditions de
revues spécialisées, nos équipes mettent en lien les
professionnels de la santé en proposant des outils
marketing adaptés .

www.ldl-conseil.com



LDL Santé 16bis rue d'Odessa
74014 PARIS

Tél : 01 86 96 90 69

Mail : info@ldl-conseil.com