

Votre parcours de soins :

***les cancers du sein localisés
hormonodépendants
et thérapies orales***

après les traitements loco-régionaux
(chirurgie, radiothérapie)
+/- chimiothérapie



Préambule

Ce document a pour objectif de vous accompagner dans votre parcours de soin alors que vous présentez un cancer du sein localisé hormono-dépendant et que des thérapies orales peuvent être indiquées dans votre situation.

Ces thérapies orales sont prescrites après les traitements locaux de la maladie (chirurgie et radiothérapie) et après la chimiothérapie.

Votre parcours de soins vous a déjà peut être paru long, complexe et éprouvant et il est donc parfois difficile, c'est vrai, d'accepter encore une nouvelle étape thérapeutique.

Toutefois, ces thérapies orales, si elles sont indiquées, apporteront **une protection complémentaire pour réduire le risque de rechute de votre cancer du sein**, en particulier, sur d'autres organes comme le foie ou les os par exemple.

Ces thérapies orales agissent *via* un mécanisme bien différent des traitements jusque-là reçus et l'un ne remplace donc pas l'autre.

La compréhension de l'objectif de ce nouveau traitement et de son rôle est primordiale pour mieux l'accepter et vivre avec.

Ces traitements doivent être considérés comme vos alliés au long court.

La motivation, la confiance en vous-même, l'endurance, l'adaptabilité sont les mots clés pour la réussite de ce second parcours dans lequel nous allons vous accompagner.

Vous arrivez désormais dans ce que nous appelons « l'après-cancer ».

Il s'agit d'une notion un peu floue pour certains.

Que signifie ce terme ?

Il correspond à la période qui fait immédiatement suite à la fin des traitements loco-régionaux (chirurgie, radiothérapie) et de la chimiothérapie nécessitant votre venue régulière à l'hôpital ou dans votre centre de soins.

Souvent, la famille, les proches pensent que tout redevient comme la vie antérieure dès le dernier traitement réalisé.

Ce n'est pas si simple, d'autant plus qu'ils n'imaginent pas toujours qu'il peut y avoir d'autres traitements qui nécessitent tout autant d'endurance que les précédents.

Alors, n'hésitez pas à partager ce document avec votre famille, vos amis et à communiquer sur ces étapes.



Durant cette période de l'après cancer, vous pourrez éprouver des moments légitimes de découragement. **Vos proches sont là, ainsi que vos soignants, pour vous transmettre la motivation nécessaire à poursuivre votre chemin et vos traitements.**

Divers soins de supports existent pour diminuer les effets secondaires que vous pourriez ressentir en lien avec le traitement.

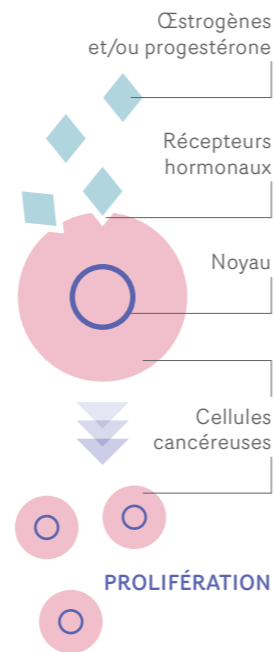
Chaque personne est unique, la tolérance est donc variable d'une personne à une autre, elle est également variable dans le temps.

De se savoir entouré est une aide précieuse.

Pourquoi me prescrit-on un traitement complémentaire ?¹⁻⁵

Il existe quatre types de cancer du sein, définis à partir d'analyses dites immunohistochimiques pour rechercher l'expression des récepteurs hormonaux et la protéine HER2.

- **La présence de récepteurs hormonaux RH** : certaines cellules tumorales possèdent des récepteurs hormonaux ; d'autres pas. Les récepteurs hormonaux sont des protéines qui sont situées sur le noyau des cellules qui captent les hormones féminines (œstrogènes et/ou progestérone) naturellement produites dans le corps, même lors de la ménopause. La liaison entre récepteurs et hormones est un des mécanismes qui favorisent la prolifération des cellules tumorales du cancer du sein. Lorsque les cellules expriment ces récepteurs on parle de tumeurs RH+ et si ce n'est pas le cas de tumeurs RH-.
- L'hormonothérapie** est indiquée en cas de tumeur qui exprime les récepteurs hormonaux dite RH+. Ce traitement va bloquer les hormones féminines : les œstrogènes et la progestérone, qui ont une action stimulante sur les cellules cancéreuses.



- **La présence d'une surexpression de HER2** : certains cancers du sein ont la particularité de présenter à la surface de leurs cellules une quantité très importante de récepteur HER2. On dit que ces tumeurs surexpriment HER2 ou qu'elles sont HER2+. Dans le cas inverse, le cancer est dit HER2-.

Les quatre types de tumeurs sont donc :

RH + HER2-

RH+ HER2 +

RH- HER2 +

RH- HER2-

Les tumeurs RH+ HER2- sont les plus fréquentes et représentent environ 70 % des cancers du sein. Seul un faible pourcentage n'aura pas d'indication formelle à une hormonothérapie (tumeur de grade I, de petite taille < 1 cm, NO).

Pour les cancers RH+ (dits hormonodépendants), **l'hormonothérapie permet une protection complémentaire afin de diminuer significativement le risque de récurrence à distance de la maladie, c'est-à-dire une évolution vers une forme métastatique.** Elle doit donc être perçue comme un verrou, une sécurité complémentaire. Son indication et son mécanisme d'action sont différents de ceux des traitements antérieurement reçus, notamment de la chimiothérapie.

Pourquoi me prescrit-on un traitement complémentaire ? (suite) ^{1,2,3,4}

Pour la majorité des cancers du sein, il y aura donc une indication à une hormonothérapie prise par voie orale.

Il est fortement conseillé de ne pas faire l'impasse sur ce traitement additionnel pour réduire le risque de rechute et majorer ainsi les chances de guérison.



Ici, nous nous intéressons à votre situation personnelle : un cancer du sein exprimant les récepteurs hormonaux et dépourvu de surexpression de HER2. Ce sont les tumeurs les plus fréquentes.

Avoir eu une chirurgie, une chimiothérapie et une radiothérapie ne dispense pas de traitement supplémentaire si la maladie (ou la tumeur) peut y être sensible ou dans le cas où certaines cellules ont résisté à ces différents traitements.

Quels sont les critères de la tumeur pouvant être à risque important de récurrence ?⁶⁻⁹

Certaines caractéristiques de la tumeur sont associées à un risque de progression métastatique. Les critères d'une tumeur pouvant être à risque important de récurrence sont définis selon :

- **Le nombre de ganglions atteints** dans lesquels on retrouve des cellules tumorales. Une recherche de mutations supplémentaires peut être faite.
- **La taille de la tumeur**
- **Le grade histologique** : il est défini selon :
 - l'apparence des cellules cancéreuses : plus une cellule cancéreuse est modifiée par rapport à une cellule normale, plus elle est agressive ;
 - la forme du noyau : plus la forme et la taille varient d'une cellule à l'autre, plus l'agressivité est importante ;
 - le nombre de cellules en division : plus les cellules se multiplient rapidement, plus le cancer peut se propager, ce qui est un critère d'agressivité.

Pour chaque critère histologique, une note de 1 à 3 est attribuée. Le grade est défini par la somme des notes obtenues pour chacun des 3 critères. Plus le score total est important, plus les tumeurs sont agressives.

Que signifient-ils ?^{2,10,11}

Ces critères réunis exposent à un **risque de récurrence plus ou moins important**. Il peut rester des cellules tumorales, invisibles et indétectables par les méthodes diagnostiques actuelles. On ne peut exclure le fait que ces dernières se réveillent à un moment ou un autre et soient à l'origine d'une rechute métastatique.

Il ne nous est pas possible de chiffrer votre propre risque et donc le bénéfice individuel du traitement par hormonothérapie. Vous devez, si cela n'a pas été fait en discuter avec votre oncologue.

Qu'est-ce que l'hormonothérapie ? ^{2,9}

Attention ! Il est important de garder à l'esprit que l'hormonothérapie et le traitement hormonal de la ménopause ne désigne pas la même chose.

Bien que ces deux termes se ressemblent, l'hormonothérapie ne fait pas référence à un traitement à base d'hormones, cela peut parfois porter à confusion.

C'est un traitement «antihormonal».

Le traitement hormonal de la ménopause ou traitement hormonal de substitution, quant à lui, est composé d'hormones.



Il existe trois types d'hormonothérapie : ces traitements empêchent les cellules cancéreuses qui possèdent des récepteurs aux œstrogènes de se multiplier sous l'effet des hormones féminines ou œstrogènes produites par l'organisme (que vous soyez ménopausée ou pas) :

- **soit en empêchant leur fixation**, on parle alors d'anti œstrogènes,
- **soit en empêchant leur production en bloquant la synthèse des œstrogènes à partir des androgènes chez une femme qui doit être ménopausée pour que cela fonctionne**, on parle alors d'anti-aromatase,
- **soit en vous ménopausant**, c'est-à-dire en bloquant la fabrication des œstrogènes par les ovaires, en associant à l'inhibiteur de l'aromatase un agoniste de la LH-RH.

La thérapie orale en association ou non à l'hormonothérapie : ^{12,13}

• Pourquoi ?

Selon votre situation personnelle et les critères de votre tumeur cités ci-dessus, votre risque de récurrence peut être considéré comme important malgré tous les traitements antérieurs. La thérapie orale est indiquée pour réduire ce risque.

Elle peut, selon les cas, être prescrite en association à l'hormonothérapie.



• Quand ?

L'indication de ces traitements est retenue ou pas à l'issue de la chirurgie avec les résultats de l'analyse pathologique au microscope de votre tumeur et des ganglions axillaires, après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Votre oncologue vous les prescrira et prendra en compte votre âge et vos antécédents. Ils sont inscrits dans votre plan personnalisé de soins.

La tolérance des traitements ²

L'hormonothérapie est un traitement connu depuis très longtemps. Elle est également souvent redoutée non pas uniquement par sa durée, mais surtout pour les effets secondaires.

Il est important de discuter avec l'équipe médicale (oncologue, pharmacien, IDEs*, sexologue, etc.) des effets indésirables et des solutions qui existent pour les prendre en charge.



Chaque personne est unique, vous êtes unique. La tolérance des traitements est donc strictement individuelle et l'adaptation, la réaction de votre corps et de votre esprit est personnelle. Il est donc important de ne pas comparer, de bien s'informer et de discuter avec les équipes soignantes de tout effet indésirable.

Les éléments clés sont l'**accompagnement**, la **surveillance** et l'**anticipation**.

* IDEs : Infirmiers Diplômés d'État.

En pratique

Vos soignants sont toujours présents et joignables.
Il existe également ce que l'on appelle un lien ville/hôpital qui se crée : votre médecin généraliste, votre gynécologue et votre pharmacien.

**Des visites régulières seront programmées.
Vous n'êtes pas seule !
En cas de « découragement »,
n'hésitez pas à en parler et à consulter !**

Votre famille et vos amis sont également à vos côtés.
Alors, n'hésitez pas à communiquer, à expliquer,
à exprimer vos sentiments, vos appréhensions si besoin.



D'autres ressources existent pour continuer à vous accompagner et répondre à vos questions !

Les laboratoires Lilly sont engagés depuis plusieurs années afin de mieux accompagner les patientes atteintes d'un cancer du sein.

**Scannez le QR code ci-contre
et découvrez sur le site des livrets
complémentaires et fiches
d'informations thématiques
à propos du cancer du sein.**



1. Référentiel cancer du sein. APHP. Mars 2016.
2. Hormonothérapie, Institut National du Cancer <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Hormonotherapie>
3. CNEC Collège National des Enseignants en Cancérologie. Cancérologie iECN 2018-2020 – Tumeurs du sein
4. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Therapies-ciblees>
5. Howlader N, Altekruze S, Li C. US incidence of breast cancer subtypes defined by joint hormone receptor and HER2 status. *J Natl Cancer Inst.* 2014;106(5).
6. Pan H, Gray R, Braybrooke J, *et al.* 20-Year Risks of Breast-Cancer Recurrence after Stopping Endocrine Therapy at 5 Years. *N Engl J Med.* 2017;377(19):1836-1846. doi:10.1056/NEJMoa1701830
7. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-stades-du-cancer>
8. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-grades-du-cancer>
9. <https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-sein/traitements/lhormonotherapie.html>
10. Facteurs de risque de récurrence. Institut National du Cancer. Consulté en ligne le 04/05/2023 : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque-de-recidive>
11. <https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-sein/traitements/le-pronostic.html>
12. <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Comprendre-la-recherche/La-medecine-de-precision/Quels-traitements-qui-est-concerne>
13. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Traitements>

Document rédigé par le Dr Lionel UWER, oncologue médical à l'Institut de Cancérologie de Lorraine à Nancy et par le Pr Florence DALENC, oncologue médical à l'IUCT Oncopole à Toulouse.

Lilly France

24 boulevard Vital Bouhot - CS 50004 - 92521 Neuilly sur Seine - Cedex (FRANCE)

Tél. : 01 55 49 34 34 - Fax : 01 41 44 02 47

www.lilly.fr

Société par Actions Simplifiée - R.C.S. Nanterre B 609 849 153

©Lilly 2023.



THIS PAGE LEFT INTENTIONALLY BLANK
