

# Cas clinique : prise en charge d'une patiente atteinte d'un cancer du sein

*Mme Castan Stéphanie, IPA oncologie : onco-dermatologie, CHU Montpellier*

- ▶ Mme B, patiente de 45 ans, divorcée, un compagnon avec qui elle ne vit pas.
- ▶ Régulée à l'âge de 12 ans, cycles réguliers, contraception par POP,
- ▶ G2P2 : 2 filles en garde alternée de 14 et 12 ans. Travaille comme ATSEM dans une école maternelle,
- ▶ Pas d'antécédents médicaux chirurgicaux significatifs, pas d'intoxication OH,
- ▶ Tabac sevré depuis sa première grossesse : 10 PA
- ▶ Antécédents familiaux : cancer du sein bilatéral chez sa mère à l'âge de 55 ans
- ▶ Il y a un mois auto -palpation nodule du QSE sein gauche
- ▶ Consultation son médecin traitant : mammographie +échographie qui met en évidence un nodule de 55 mm ACR 5 à Gauche, ACR 2 à droite

### **Questions :**

**Y-a-t-il des facteurs de risque chez ses patientes de développer un KC du sein ?**

**Quel dépistage pour le cancer du sein ?**

**A ce moment peut-on poser le diagnostic de cancer du sein ?**

▶ **Y-a-t-il des facteurs de risque chez ses patientes de développer un KC du sein ?**

*KC sein chez la mère, grossesse tardive, tabac (autres : puberté précoce, ménopause tardive, allaitement protecteur)*

▶ **Quel dépistage pour le cancer du sein ?**

*Dépistage organisé du cancer en France (3 : sein, colo-rectal, uétérus)*

*Pour le sein : de 50 ans à 74 ans, tous les deux ans : mammographie + écho ( faire différence entre les liquide et le solide) . Si ANTC de KC ( 2 cas au 1ere degré ou 1 KC du sein et 1 KC des ovaires : 5 ans avant le diagnostic le + précoce dans la famille)*

▶ **A ce moment peut-on poser le diagnostic de cancer du sein ?**

***NON, suspicion mais le diagnostic de cancer est toujours HISTOLOGIQUE***

***Critère ACR : classification en six catégories des images mammographies en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique***

- ▶ Elle réalise une biopsie dont le résultat histologique est le suivant : **Cancer canalaire infiltrant, RH positifs, Her2 négatif , Grade SBR II, KI 67<30%**
- ▶ Elle rencontre l'oncologue qui prescrit un Bilan d'extension : **TEP-scanner, marqueur tumoral : CA 15-3**
- ▶ **Classification cTNM : T3N0M0**
- ▶ Son dossier est discuté à la **RCP sénologie : Discussion RCP** : indication de **chimiothérapie néo-adjuvante** : 3 Epirubicine-Cyclophosphamide (EC) 100-3 docetaxel 100
- ▶ Avant de débiter le traitement : **Bilan pré thérapeutique** : *biologique (NFS, bilan hépatique, bilan rénal, HCG), échographie cardiaque ou FEVG scintigraphique + Contraception non hormonale (stérilet au cuivre)*
- ▶ Pose de PAC

### Questions :

**Que pouvez-vous dire sur le cancer du sein de Mme B ?**

**Qu'est-ce que signifie classification TNM?**

**Qu'est-ce qu'une RCP?**

## ► Que pouvez-vous dire sur le cancer du sein de Mme B ?

**Type de cancer :** canalaire infiltrant : 75% des cas) (15% lobulaire infiltrant , 10% autre ) Pronostic cancer canalaire infiltrant : 80% de survie à 5 ans

### **Expression des récepteurs :**

**Environ 70% des cancers du sein Hormono sensible ou « luminaux » :** RH positifs, Her2 négatif : **meilleur pronostic**

**Environ 15% des cancers du sein Triple négatif :** RH négatifs, Her2 négatif, environ

**Environ 15% des cancers du sein Her2 positif :** RH positifs ou négatifs

**grade SBR I à III :** grade pronostic (architecture, atypies, mitoses), **KI 67** ( %de cellules en cours de division)

## ► Qu'est-ce que signifie classification TNM?

**Classification internationale des cancers selon leur extension anatomique :** T ( taille de 0à 4), N ( node : ganglions de 0 à 3) , M ( métastase de 0 à 1), Classification spécifique pour chaque cancer !

## ► Qu'est-ce qu'une RCP?

**RCP :** plan cancer 2003, régionale, obligatoire pour les établissements de santé du traitement du cancer, 3 spécialités médicales différentes ( oncologue, chirurgien, radiothérapeute), pour toutes décision à visée diagnostique ou thérapeutique, traçabilité dans le dossier

**NB :** En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, celle-ci peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation. Le projet thérapeutique est alors enregistré et archivé.

- ▶ Vous l'accueillez dans le service et vous l'installez dans le box où elle doit recevoir sa 1<sup>ère</sup> chimio ( protocole : 6 Epirubicine-Cyclophosphamde (EC) 100-3 docetaxel 100 )

**Questions :**

**Quels sont les 1<sup>ère</sup> éléments que vous vérifiez ?**

**Quels sont les éléments cliniques et paracliniques dont vous avez besoin avant de débiter vos soins?**

## Les 1ers éléments que vous vérifiez ?

-Vérification : Identité/ Comment elle est venue : seule? **accompagnée?** Comment elle repart? **Est-ce qu'elle est seule au domicile?** / Qu'est-ce qu'elle a compris de l'HDJ de ce jour? ( reformulation, PPS, fiches traitements...etc.)/ Personne de confiance, personne à prévenir/ ALD à jour ( 100% demandé par le médecin traitant)

## Quels sont les éléments cliniques et paracliniques dont vous avez besoin avant de débiter vos soins?

-**Éléments dossier médical** : biologie de moins de 72-48h, prescription chimiothérapie avec les adjuvants,

-**Constantes** : poids, TA, FC, T°C, allergie, douleur, +/- BU

-**Prise d'un traitement prescrit avant la venue ?** *Ex : Emend, antalgique? Autres?*

-**PAC** : Si pose récente : cicatrisé? Inflammatoire? Dououreux? A-t-elle une carte avec référence du PAC? Y-at-il des transmission (ou courrier) lors de la pose du PAC ?

Avant de piquer un PAC : EMLA ( 30minutes avant)

**NE JAMAIS PIQUER UN PAC si : désunion cicatrice ou signes d'infection sur le PAC ( point d'injection) ou cicatrice ou à proximité ( -1 cm), collection sous cutanée au niveau du PAC ( gonflement, douleur, rougeur).**

**Actions : prendre photo et/ou tracer dans dossier+ transmettre au médecin : attente accord du médecin pour piquer!**

**Traçabilité IDE dans dossier** : jour+ heure + identité IDE quand le PAC est piqué et dépiqué. Fonctionnel ou pas. Retour veineux + ou pas.

▶ **Quelles sont vos surveillances pendant les soins?**

- Vérification identité pour chaque produit!
- Tolérance des traitements : Etat général + constantes avant de partir + évaluation douleur
- Surveillance PAC : pas d'extravasation
- Surveillance débit/Perf : pas d'air, rinçage mini flag SSI après chimio



► Mme B verbalise **son anxiété** sur cette 1<sup>ère</sup> séance de chimiothérapie, elle vous demande des précisions : **Pourquoi son médecin lui a parlé de chimiothérapie adjuvante?** Il lui a ensuite dit qu'en fonction des résultats de la chirurgie elle aurait probablement un **traitement adjuvant ? Elle ne comprend pas les termes « néo-adjuvant et adjuvant » ?**

**Traitement néoadjuvant** : Diminuer la taille de la tumeur avant la chirurgie pour permettre une chirurgie conservatrice,

**Traitement adjuvant : Pour éviter la récurrence**

Ex : Chimiothérapie adjuvante : détruire des micro métastases qui ne seraient pas visibles sur le bilan d'extension, et diminuer ainsi le risque de récurrence à distance

Radiothérapie adjuvante : diminuer le risque de récurrence loco régionale

Différent des traitements dit « curatif » ou « palliatif »

**Anxiété** : lui permettre de verbaliser davantage, proposition psychologue ( mais aussi sophro, médecines douces : orienter vers : associations : Ligue contre le cancer, MIS ( Montpellier Institut Sein), Etincelle Occitanie,...

**Quels sont les effets indésirables qu'elle peut ressentir pendant la chimiothérapie?**

**Quels effets après la chimiothérapie? Que doit-elle faire ?**

**A quel moment elle doit s'inquiéter de son état ?**

**Quels Actions IDE?**

**Effets secondaires pendant la chimiothérapie : normalement aucun car ils sont prévenus!**

Fréquemment : fatigue +/- somnolence si POLARAMINE avant.

Risque d'allergie : surveillance clinique pendant les perfusions + constantes

Rares+ : nausées +/- vomissement ou dans les heures qui suivent++

**Effets secondaires après la chimiothérapie : FATIGUE+**

**Epiribucine + Cyclophosphamide** : alopecie constante, toxicité digestive (hautement émétisant, mucite), hématologique (neutropénie), asthénie, mucite, altération FEVG (cumulative, dose dépendante), toxicité vésicale (cystite hémorragique)

**Taxol** : diarrhées, arthromyalgies, asthénie, neuropathie, œdèmes périphériques, alopecie, définitive , allergie

**Alopecie** : PM d'une prothèse capillaire : classe 1 ( 100% SS sans dépasser 350 Euros) ou classe 2 ( + un accessoire textile ( 250 Euros de pec + mutuelle) ou prothèse partielle ( PEC 125 euros)

**Actions IDE** : Faire reformuler les connaissances de la patiente ( évaluation des connaissances et gestion des effets secondaires liés au traitement )+ compléter si besoin ou orienter vers médecin/ vérifier compréhension ordonnances

## Elle vous demande ce qu'elle doit faire après la chimiothérapie?

-Se reposer, se faire aider si possible mais poursuivre une activité physique régulière adaptée

Evaluer si besoin de rencontrer une **assistante sociale**, si mutuelle : forfait annuel pour financer des aides après une hospit.

-**Alimentation** équilibrée : se faire plaisir! Eviter aliments épicés, si nausées : fractionner repas, manger froid, bien s'hydrater

Evaluer si besoin de rencontrer **diét.**

-Nausées : Traitement anti émétique ( prescription médicale) : APREPITANT (Emend), ONDANSETRON (Zophren), CORTICOÏDES / ou pour nausées retardées ( >24 h) : BENZAMIDE, METOCLOPRAMIDE (Primpéran),CORTICOÏDES, SETRON,

-Muscite : hygiène dentaire ( brosse à dent souple+ rinçage bouche) , sucer glaçons pendant chimio, bains de bouche bicarbonates ( +/- ajout corticoïde ou lidocaïne selon PM), éviter aliments durs ou coupants : noix, alcool, épices, acides ( tomates)

-Soins cutanés : savon doux sans parfum, émollient+++ , soins ongles, protection solaire indice 50, ne pas utiliser de rasoir,

-Eviter d'être en contact avec enfants ou personnes malades

-Appliquer prescription(s) : injections sous cutanées de facteurs de croissance granulocytaire le surlendemain de la chimio ( + de 24 h après) , **connaitre les effets secondaires**

## A quel moment elle doit s'inquiéter de son état ?

- Si fièvre > 38,5°C + signe d'infection : URGENCE ( risque neutropénie fébrile)
- Si saignements anormaux : urines, nez, autres ( thrombopénie)
- Si fatigue inhabituelle invalidante, essoufflement, tachycardie ( anémie)
- Si diarrhées +de 4 selles /j malgré traitement symptomatique ( déshydratation, troubles ionique+ )
- Si vomissements++ malgré traitement symptomatique ( déshydratation, dénutrition troubles ionique +)
- Si douleur (aigue, non connue)
- Si trouble de la vigilance, désorientation...

**ACTION IDE : veillez à ce qu'elle est tous les numéros de téléphone pour joindre service + en cas d'urgence**

Vous êtes IDEL et vous rencontrez Mme B pour lui faire une **biologie prescrite par son médecin traitant** ( NFS, bilan hépatique, rénal, thyroïde, GAJ, bilan lipidique) car **elle se sent fatiguée**.

Elle vous dit qu'elle a été opérée de son sein gauche et qu'elle a ensuite réaliser de la radiothérapie adjuvante, sur le sein ( systématique en cas de chirurgie conservatrice) et sur les aires ganglionnaires, pendant 5 semaines ( 1 séance/j 5J/7).

**Depuis un an** , elle prend un traitement par hormonothérapie TAMOXIFENE (TAMOXIFENE 20 mg (Nolvadex) : 1 cp/jour, durée : 5 ans ( car absence d'atteinte ganglionnaire, 10 ans si atteinte ganglionnaires);

**Elle vous dit qu'elle en a assez de ce traitement qui ne sert à rien puisqu'elle est guérie de son cancer et que depuis elle a pris 10kg.**

**Questions :**

**Quels sont les effets secondaires du TAMOXIFENE?**

**Quel est le risque pour cette patiente?**

- ▶ **Quels sont les effets secondaires du TAMOXIFENE?**
- ▶ **Quel est le risque pour cette patiente?**
- ▶ **Quelles actions IDE?**

**Effets secondaires du TAMOXIFÈNE** : suppression de + de 95% de la sécrétion hormonale ( TAMOXIFENE : déprivation oestrogénique)

Bouffées de chaleur, anxiété, irritabilité, fatigue, arthralgies, ostéopénie, troubles lipidiques, prise de poids, risque thromboembolique, risque cancer de l'endomètre,

**Risque d'inobservance du traitement** : Lié à l'impact du traitement sur la qualité de vie

Etude 2020, Dr PISTILLI, Gustave Roussi, : « *un an après début TAMOXIFENE 1 femme sur 6 ne suit pas ou mal le traitement et la moitié n'ose pas le dire* »

**Risque de récurrence du cancer** : Arrêter ou de ne pas suivre correctement son hormonothérapie pendant la première année multiplie par plus de 2 le risque de récurrence à 3 ans.

**Actions IDE :**

**Permettre de verbaliser mauvais vécu sans jugement, sans faire culpabiliser!**

**Réfléchir avec patiente comment prendre en charge effet secondaire? : prise de poids , orientation diét? Associations?**

**Expliquer différence entre Guérison/Rémission**

**Voir si elle a compris le suivi de son cancer du sein/ Education auto-dépistage++**

**Transmettre au médecin**

## Quel suivi pour le TAMOXIFENE? Quel suivi pour le cancer du sein?

**Suivi TAMOXIFENE** : échographie pelvienne + bilan biologique ( lipidique et hépatique) x1/an

**Suivi cancer du sein** : Examen clinique semestriel pendant 5 ans, puis annuel à vie

Mammo échographie annuelle à vie

Pas d'autre examen systématique en l'absence de point d'appel

Quels symptômes pourraient vous alerter sur une éventuelle récurrence? Ou quels symptômes doivent vous alerter?

**Symptômes récurrence :**

- Apparition masse sur le sein traité et/ou l'autre sein
- Douleur osseuse++

**Symptômes inquiétants :**

Signes TVP ( TAMOXIFENE), métrorragie ( TAMOXIFENE)



**Merci pour votre attention**