

# LE PARCOURS DE SOINS DE PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN : COMPRENDRE POUR MIEUX ACCOMPAGNER

## CAS CLINIQUE

14/11/2025

PAULINE ROUSSET – IDE COORDINATRICE. SERVICE DE GYNÉCOLOGIE - GHN

NATHALIE PIAZZON – IPA. SERVICE DE GYNÉCOLOGIE - GHN

**HCL**  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON



[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)

# CAS CLINIQUE

## CONTEXTE PERSONNEL

2

Madame **Claire D.**, 64 ans, est retraitée de l'Éducation Nationale, ancienne professeure de français.

Elle vit avec son époux dans un petit appartement à Villeurbanne. Elle a deux enfants, un garçon et une fille, de 38 et 35 ans, tous deux installés à plus de 200 km. Elle garde des liens réguliers avec eux par téléphone et se rend parfois chez sa fille le week-end.

Claire D. aime la lecture, le jardinage sur son balcon. Elle aime l'art et les voyages.



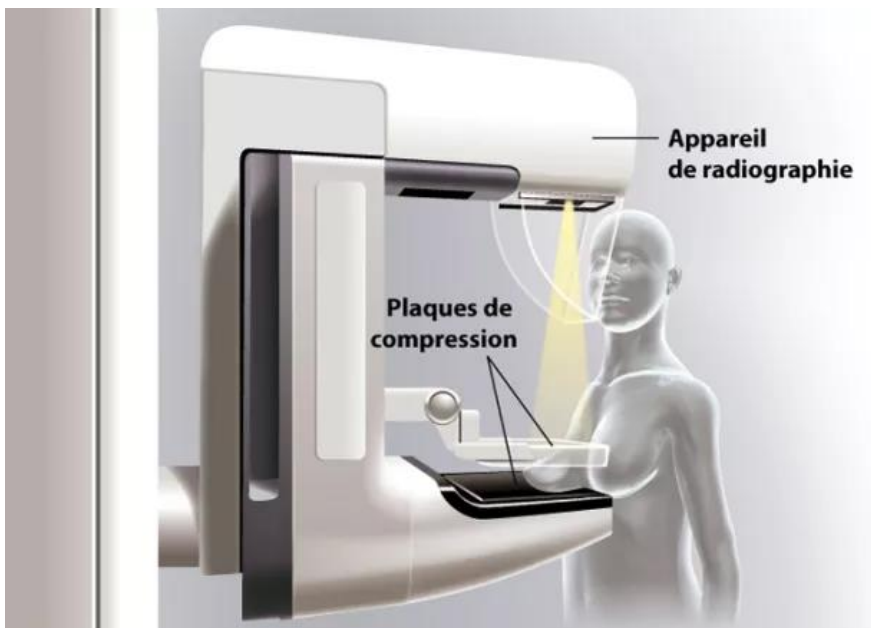
## CONTEXTE

Madame D. consulte son médecin traitant après avoir découvert, il y a environ 3 semaines, une boule indolore dans le sein droit lors de la toilette.

# CONTEXTE

Elle a passé sa dernière mammographie il y a un peu plus de 2 ans sans particularité.

Son médecin lui prescrit une mammographie +/- échographie qu'elle réalise dans un cabinet proche de chez elle.



# ÉPIDÉMIOLOGIE

5

QUEL EST LE NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE CANCER DU SEIN EN FRANCE EN 2023?

- ☐ 7 668
- ☐ 19 339
- ☐ 46 971
- ☐ 61 214

# ÉPIDÉMIOLOGIE

6

QUEL EST LE NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE CANCER DU SEIN EN FRANCE EN 2023?

- ☐ 7 668
- ☐ 19 339
- ☐ 46 971
- ☒ 61 214



<https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/panorama-des-cancers-en-france-2025-edition-speciale-20-ans>

# ÉPIDÉMIOLOGIE

7

EST-CE QUE LE CANCER DU SEIN EST LA PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ CHEZ LA FEMME?

- ☐ Vrai
- ☐ Faux

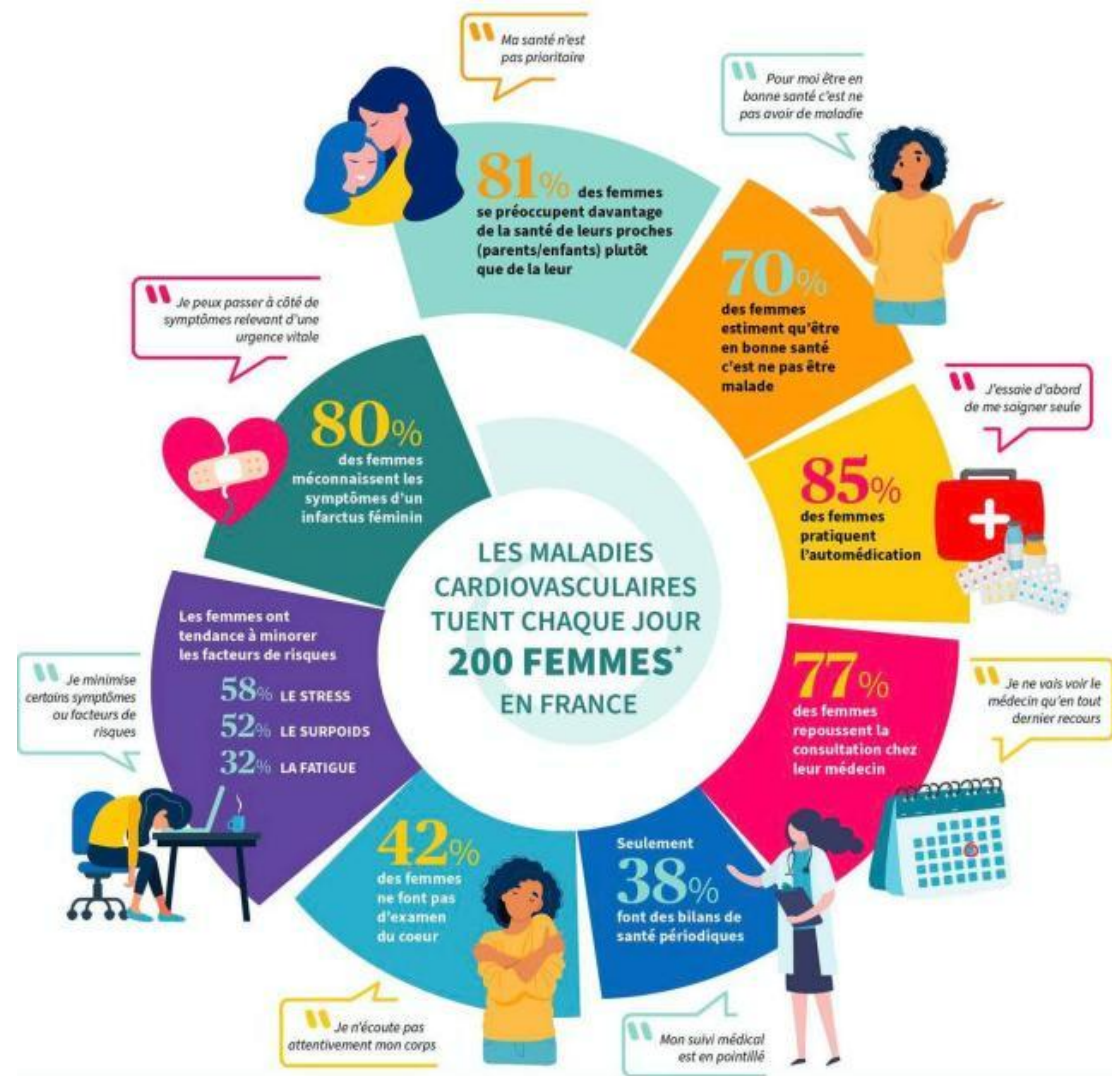


# ÉPIDÉMIOLOGIE

EST-CE QUE LE CANCER DU SEIN EST LA PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ CHEZ LA FEMME EN FRANCE ?

☐ Vrai

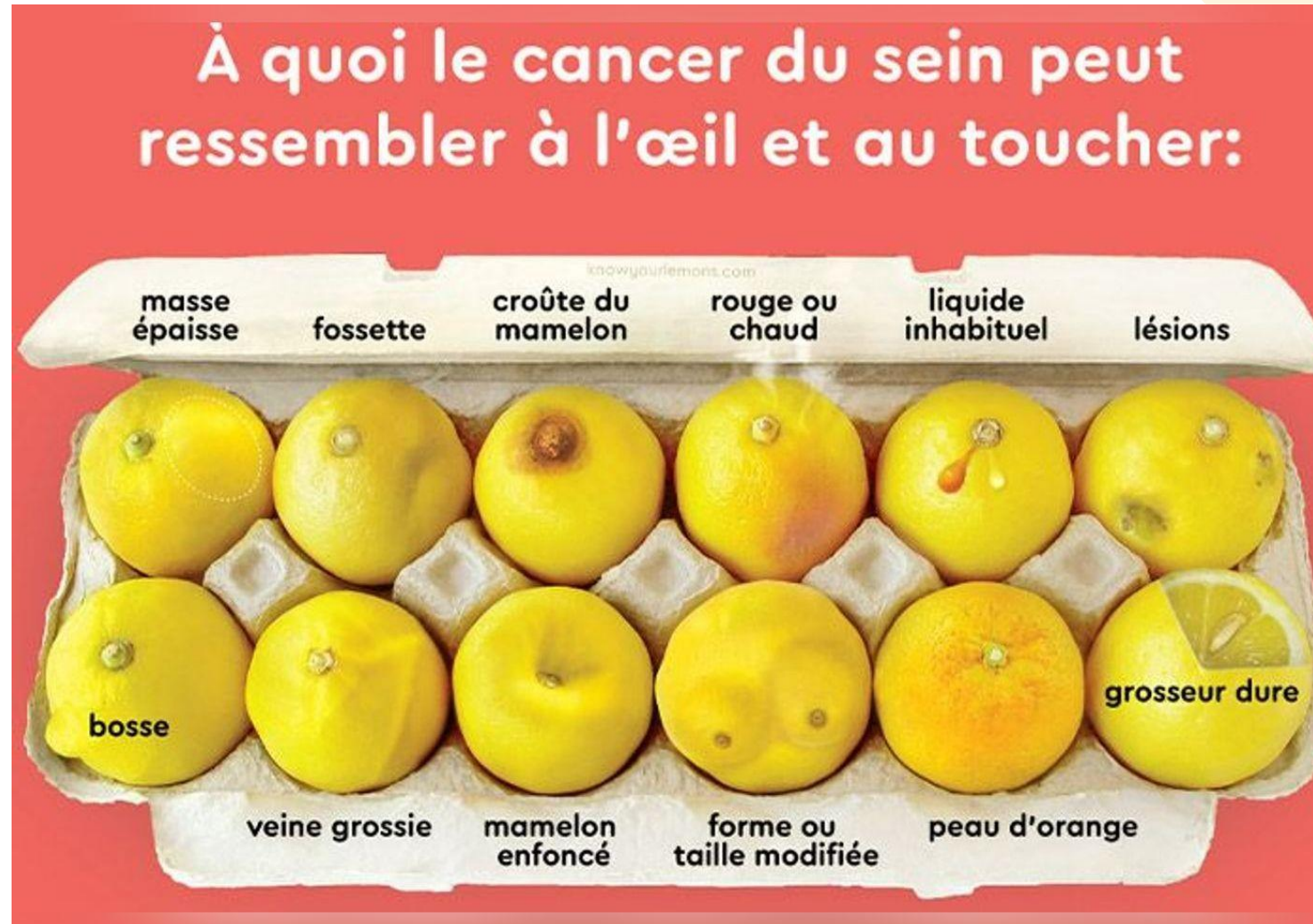
☐ Faux





# OBSERVATION - PALPATION

9



[https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/media/downloadable-files/2023-11/lauto\\_palpation -  
\\_je me fais un examen des seins - patient femme.pdf](https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/media/downloadable-files/2023-11/lauto_palpation_-_je_me_fais_un_examen_des_seins_-_patient_femme.pdf)

# DÉPISTAGE ORGANISÉ DANS LE CANCER DU SEIN

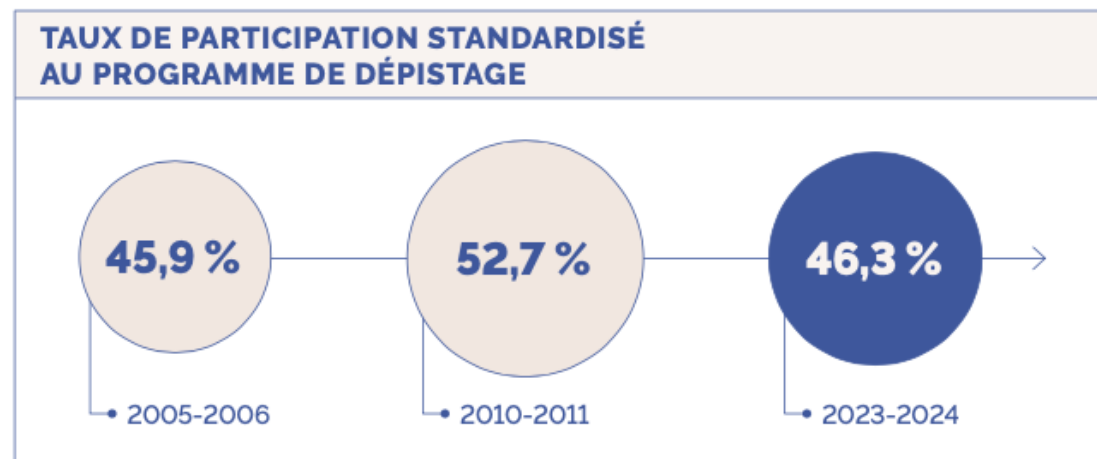
LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN A POUR OBJECTIF DE :

- ☐ De diminuer la mortalité par diagnostic précoce
- ☐ De réduire l'incidence du cancer du sein
- ☐ De prévenir l'apparition des tumeurs mammaires
- ☐ De dépister uniquement les femmes présentant des symptômes mammaires
- ☐ De garantir l'absence totale de cancer entre deux dépistages

# DÉPISTAGE ORGANISÉ DANS LE CANCER DU SEIN

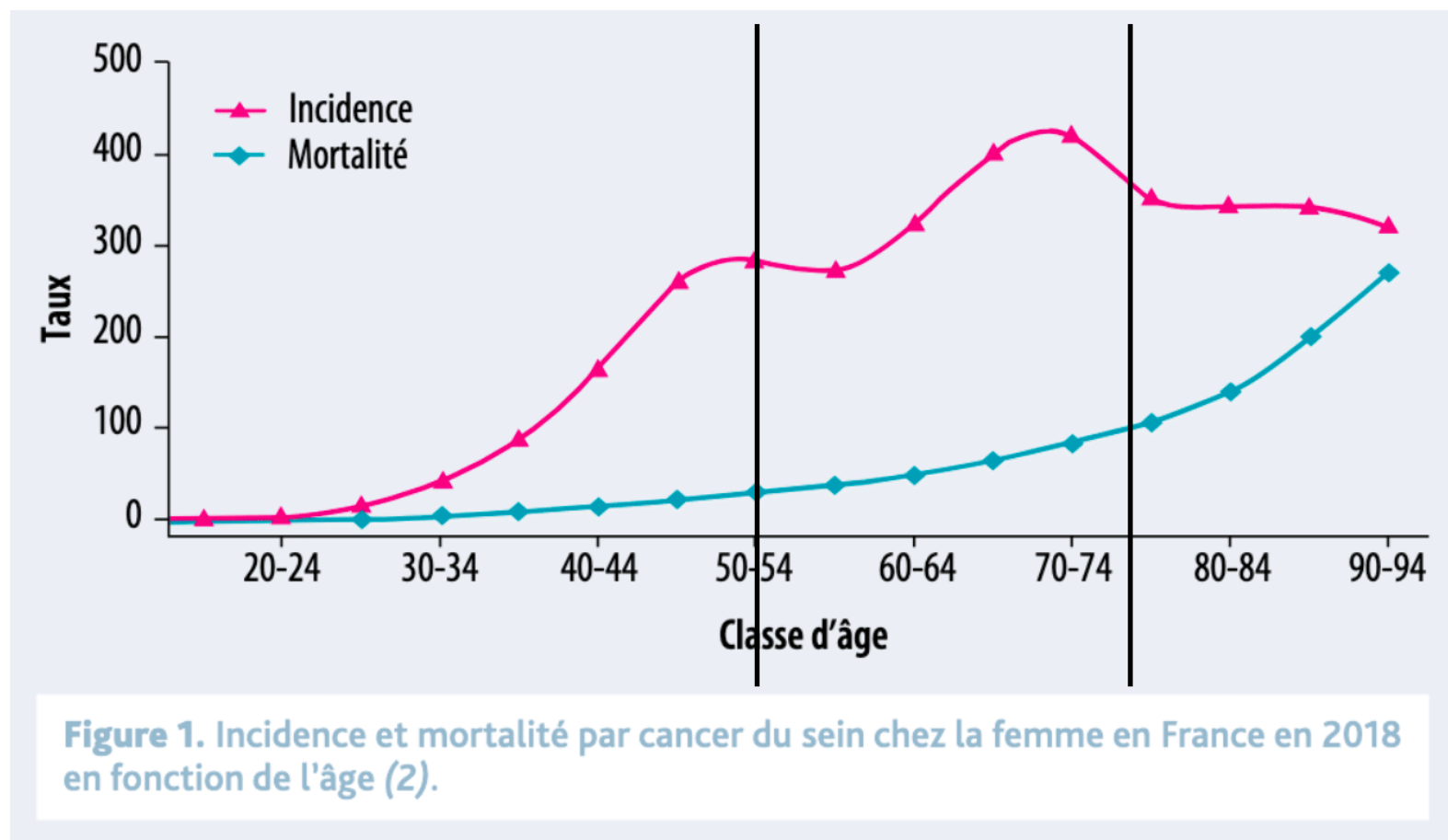
LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN A POUR OBJECTIF DE :

- ❑ De diminuer la mortalité par diagnostic précoce
- ❑ De réduire l'incidence du cancer du sein
- ❑ De prévenir l'apparition des tumeurs mammaires
- ❑ De dépister uniquement les femmes présentant des symptômes mammaires
- ❑ De garantir l'absence totale de cancer entre deux dépistages



# DÉPISTAGE ORGANISÉ

12



# LUTTER CONTRE LES IDÉES REÇUES

13

## De nombreux freins exprimés par les femmes éligibles...

Freins évoqués par les femmes **de 50 à 74 ans** <sup>(1)</sup>



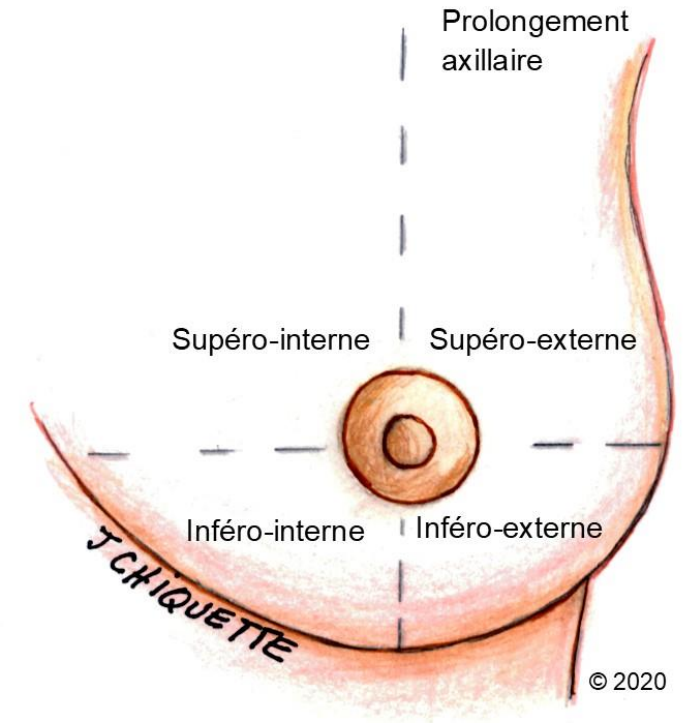
(1) Sondage OpinonWay commandé par la Ligue contre le cancer, réalisé en août 2023 sur un échantillon de 1 006 femmes.

# RÉSULTATS

14

- Découverte à la mammographie d'un nodule ACR5 au niveau du quadrant supéro-externe du sein droit de 25 mm.
- Les aires ganglionnaires sont libres.
- Biopsie : carcinome infiltrant non spécifique, SBR 1, RE 100%, RP 75%, Her 2 non amplifiée.

SBR : Score de Scarff Bloom et Richardson (architecture, atypies nucléaires, mitoses)





## PARCOURS DE SOINS

QUELLE EST LA PROCHAINE ÉTAPE DU PARCOURS DE SOINS ?

- ☐ Consultation avec oncologue pour annonce du diagnostic et discussion du traitement initial
- ☐ Consultation chirurgicale pour annonce du diagnostic et discussion du traitement initial
- ☐ Début d'une hormonothérapie avant toute chirurgie
- ☐ Réalisation d'un bilan d'extension
- ☐ Surveillance simple avec mammographie de contrôle à 6 mois

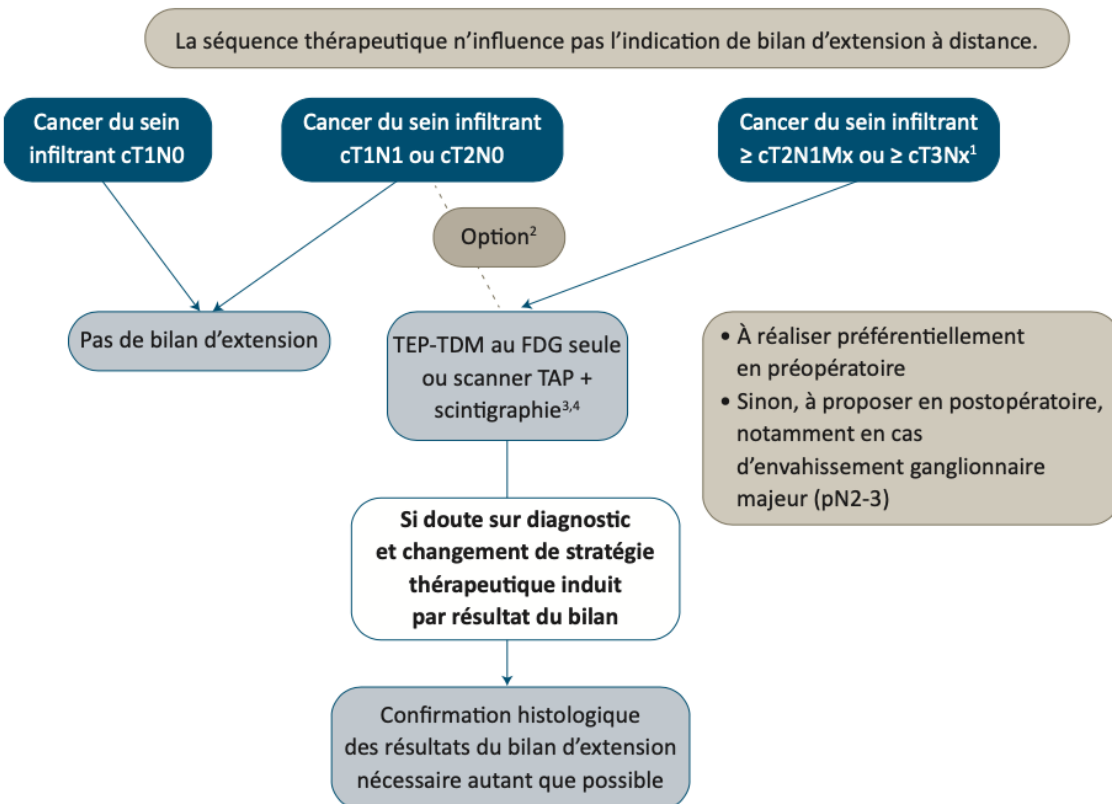
## PARCOURS DE SOINS

QUELLE EST LA PROCHAINE ÉTAPE DU PARCOURS DE SOINS ?

- ☐ Consultation avec oncologue pour annonce du diagnostic et discussion du traitement initial
- ☐ Consultation chirurgicale pour annonce du diagnostic et discussion du traitement initial
- ☐ Début d'une hormonothérapie avant toute chirurgie
- ☐ Réalisation d'un bilan d'extension
- ☐ Surveillance simple avec mammographie de contrôle à 6 mois

# PARCOURS DE SOINS

## Arbre 2 : Bilan d'extension à distance initial



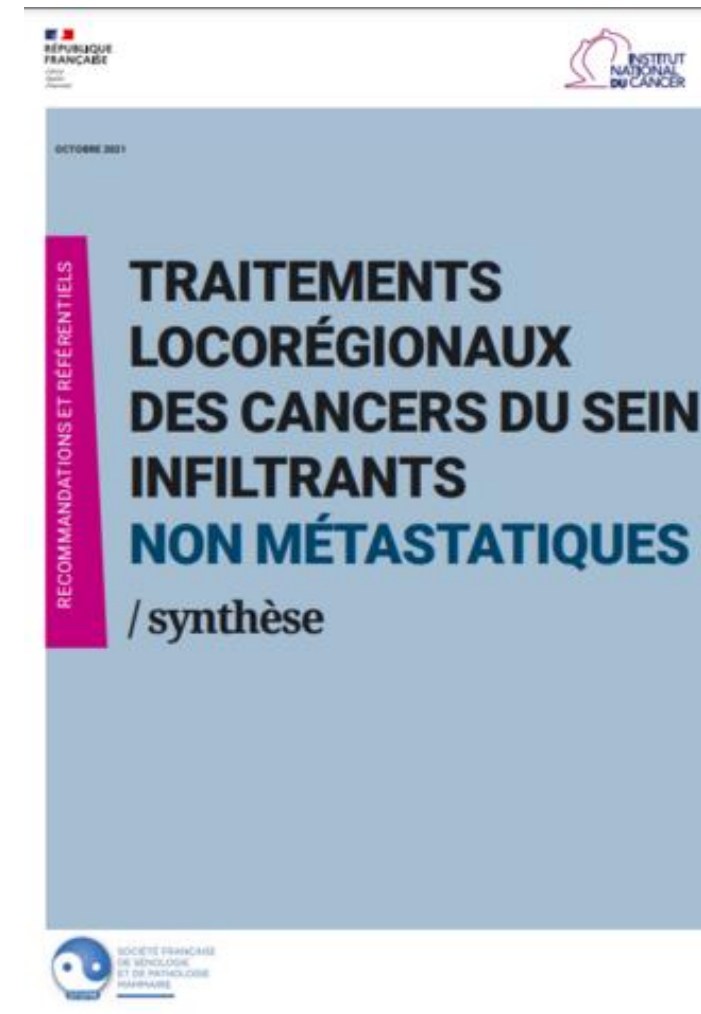
TAP : thoraco-abdominopelvien

<sup>1</sup> Quels que soient le phénotype tumoral et le grade histologique.

<sup>2</sup> Un bilan d'extension n'est pas recommandé systématiquement pour les tumeurs cT1N1 et cT2N0. Il doit être discuté pour les formes à haut risque (grade élevé, femme jeune, tumeur triple négative, HER2 amplifié) et en cas de traitement néoadjuvant.

<sup>3</sup> Si disponible dans des délais raisonnables, TEP-TDM au FDG seule recommandée, sinon TDM thoraco-abdominopelvienne + scintigraphie osseuse. Radiographie du thorax et échographie abdominale non recommandées.

<sup>4</sup> Pour les carcinomes lobulaires infiltrants : équivalence entre TEP-TDM et TDM thoraco-abdominopelvienne + scintigraphie osseuse.



## Classification clinique

### Tumeur primitive



**Tx** : aucune information sur la tumeur  
**T0** : pas de tumeur primitive

**Tis** : carcinome in situ



**T1** : tumeur de moins de 2 cm

**T1a** : < 0,5 cm  
**T1b** : 0,5 à 1 cm  
**T1c** : 1 à 2 cm



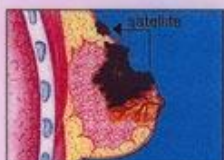
**T2** : tumeur de 2 à 5 cm

**T3** : tumeur de plus de 5 cm



**T4a** : tumeur étendue à la paroi thoracique, quelle que soit sa taille

### Tumeur évoluée



**T4b** : tumeur étendue à la peau, quelle que soit sa taille : œdème, peau d'orange, ulcération, nodules internes sur le sein



**T4c** : T4a + T4b



**T4d** : cancer inflammatoire

### Adénopathies régionales



**Nx** : aucune information sur les adénopathies  
**N0** : pas d'adénopathie régionale



**N1** : adénopathie homolatérale mobile



**N2** : adénopathie homolatérale fixée



**N3** : adénopathie mammaire interne homolatérale

### Métastases à distance



**Mx** : aucune information sur les métastases  
**M0** : pas de métastase

**M1** : métastase(s) à distance (y compris adénopathie sus-claviculaire)

La classification TNM permet de déterminer le stade du cancer du sein selon trois critères :

- **T** Taille de la tumeur
- **N** Atteinte des ganglions lymphatiques
- **M** Présence de métastases

## CLASSIFICATION

UN CANCER DU SEIN EST DIT HORMONODÉPENDANT LORSQUE :

- ☐ Les cellules cancéreuses ont à leur surface des récepteurs aux œstrogènes et/ou à la progestérone
- ☐ Les cellules cancéreuses ont des récepteurs hormonaux et une surexpression de HER2
- ☐ Les cellules n'ont aucun récepteur hormonal, ni HER2
- ☐ Il touche uniquement les femmes ménopausées

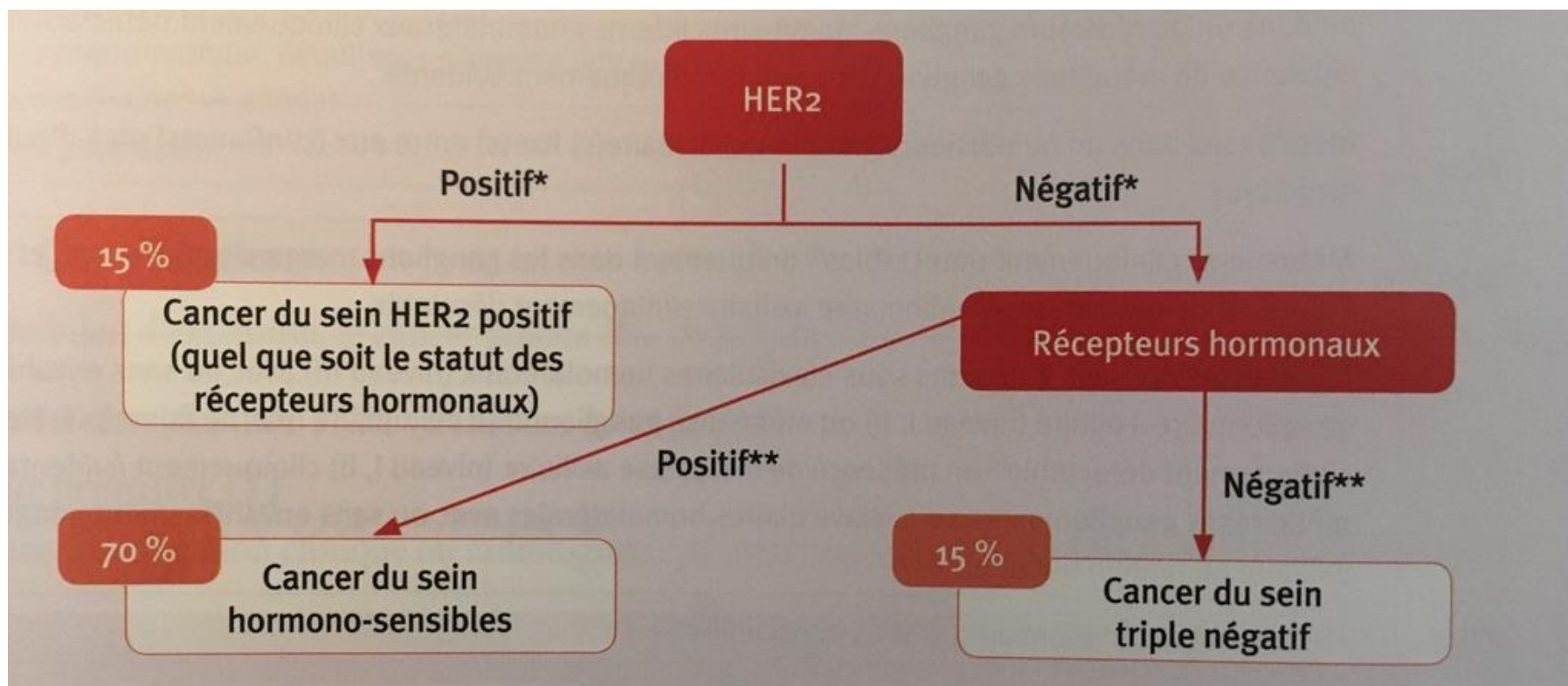
## CLASSIFICATION

UN CANCER DU SEIN EST DIT HORMONODÉPENDANT LORSQUE :

- ☐ Les cellules cancéreuses ont à leur surface des récepteurs aux œstrogènes et/ou à la progestérone
- ☐ Les cellules cancéreuses ont des récepteurs hormonaux et une surexpression de HER2
- ☐ Les cellules n'ont aucun récepteur hormonal, ni HER2
- ☐ Il touche uniquement les femmes ménopausées



# CLASSIFICATION



## CLASSIFICATION

PARMI LES ÉLÉMENTS SUIVANTS, LESQUELS SONT DES FACTEURS PRONOSTIQUES DANS LE CANCER DU SEIN?

- ☐ Age
- ☐ Statut des récepteurs hormonaux
- ☐ Grade histopronostique
- ☐ Statut HER 2

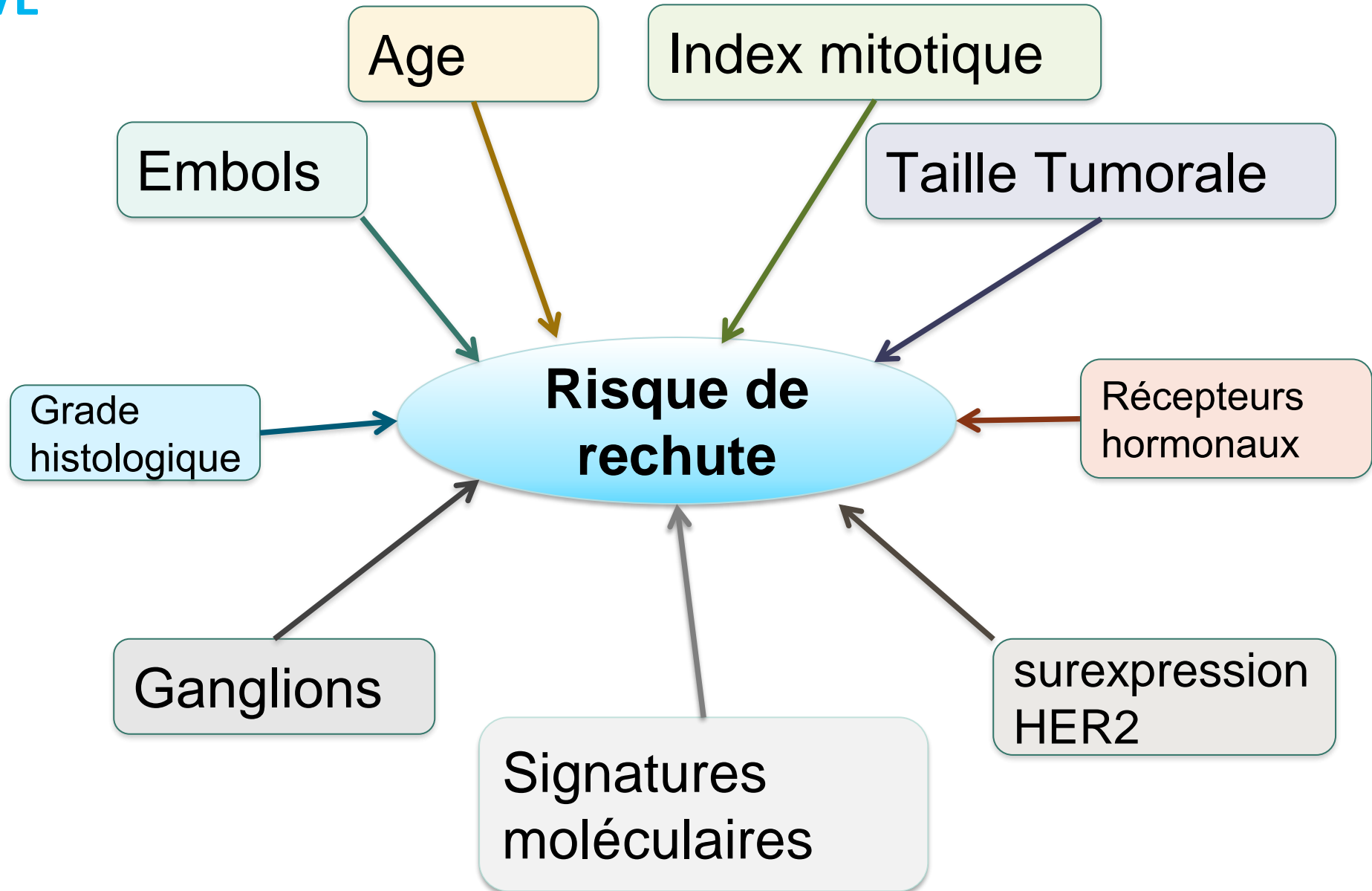
## CLASSIFICATION

PARMI LES ÉLÉMENTS SUIVANTS, LESQUELS SONT DES FACTEURS PRONOSTIQUES DANS LE CANCER DU SEIN?

- ☐ Age
- ☐ Statut des récepteurs hormonaux
- ☐ Grade histopronostique
- ☐ Statut HER 2

# FACTEURS PRONOSTIQUES : ADAPTER L'INTENSITÉ DU TRAITEMENT AU RISQUE DE RÉCIDIVE

24



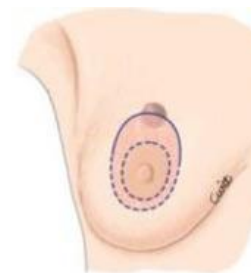
# CONSULTATION D'ANNONCE CHIRURGICALE

25

- **Annonce et explication** des résultats de la biopsie
- **Présentation et discussion partagée** sur la stratégie thérapeutique proposée
- **Explication** des principes, bénéfices et risques de la chirurgie
- **Information** sur la RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) et les étapes du parcours de soins
- **Programmation** du PARCOURS SEIN en lien avec l'IDE de coordination

# CONSULTATION D'ANNONCE CHIRURGICALE

Indication de tumorectomie par  
Round block et exérèse du  
ganglion sentinelle



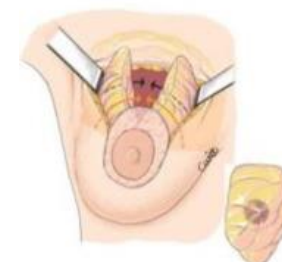
Le round block est la technique de choix pour les tumeurs supéro-internes, supéro-externes ou de l'union des quadrants supérieurs proches de l'aréole. Désépidermisation périaréolaire première en regard de la tumeur.



Incision supérieure arciforme du derme, décollement préglандаire des quadrants supérieurs du sein, et libération du pôle supérieur de la glande en conservant un moignon glandulaire supérieur d'amarrage.



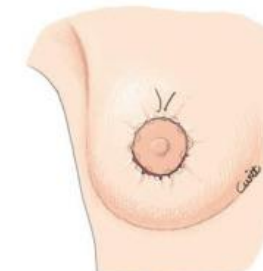
Le décollement redescend derrière la glande en prépectoral afin de pouvoir sortir toute la glande supérieure par la voie d'abord.



Exérèse tumorale triangulaire ou fusiforme verticale.



Rapprochement et suture des piliers glandulaires en plusieurs plans et réintroduction de la glande sous la peau. Amarrage du pôle supérieur de la glande au moignon glandulaire supérieur laissé en place.



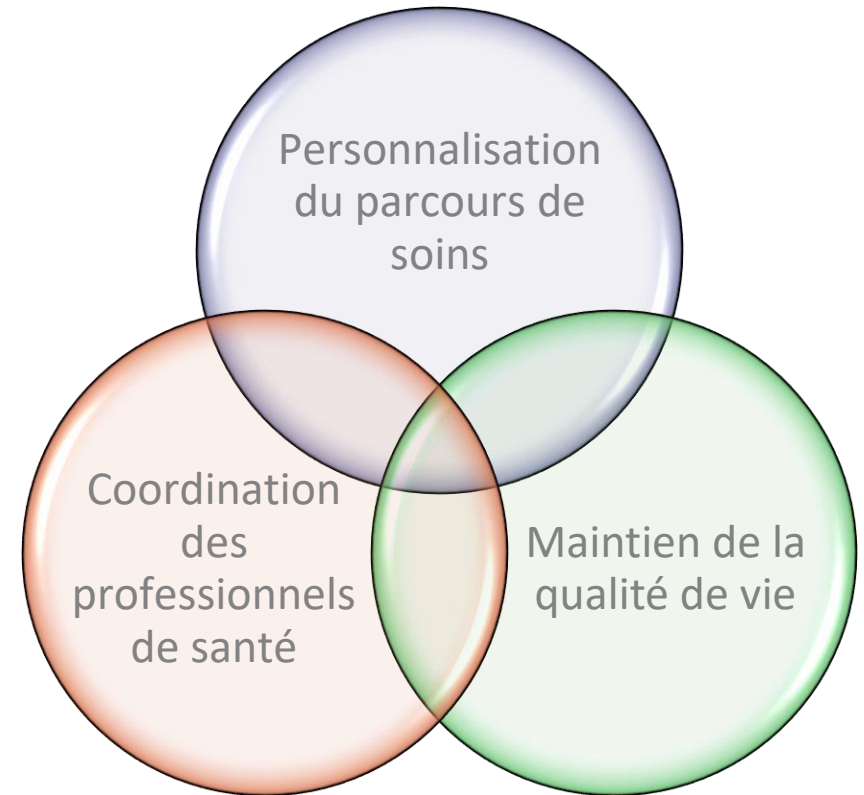
Bourse périaréolaire et suture cutanée. Le round block lifte légèrement le sein et suffit à traiter une ptôse modérée. Pour plus d'effet liftant, une exérèse cutanée en fuseau réalisant une cicatrice radiaire inférieure est possible.



# PARCOURS SEIN

## OBJECTIFS

- Amélioration du parcours de soins
- Accès en une journée à une offre de consultations pluri professionnelles nécessaires à l'élaboration de la proposition thérapeutique
- Initiation précoce des soins de support



# PARCOURS SEIN

## EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

- Consultation d'annonce paramédicale
- Consultation de radiologie/sénologie
- Consultation d'oncologie
- Consultation d'anesthésie
- Consultation de chirurgie de reconstruction mammaire
- Consultation de synthèse IPA

# PARCOURS SEIN

29

QUELLES CONSULTATIONS VONT ÊTRE PROPOSÉES À MME D.?

- ☐ Consultation d'annonce paramédicale
- ☐ Consultation de radiologie/sénologie
- ☐ Consultation d'oncologie
- ☐ Consultation d'anesthésie
- ☐ Consultation de chirurgie de reconstruction mammaire
- ☐ Consultation de synthèse IPA

# PARCOURS SEIN

30

QUELLES CONSULTATIONS VONT ÊTRE PROPOSÉES À MME D.?

- ☐ Consultation d'annonce paramédicale
- ☐ Consultation de radiologie/sénologie
- ☐ Consultation d'oncologie
- ☐ Consultation d'anesthésie
- ☐ Consultation de chirurgie de reconstruction mammaire
- ☐ Consultation de synthèse IPA

# PARCOURS SEIN

## CONSULTATION DE RADIOLOGIE/SÉNOLOGIE

31



La consultation de radiologie ne montre pas de nouvelles lésions.



Remarque : position de la patiente pour un IRM mammaire

# ANTÉCÉDENTS

32

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- Hypertension artérielle bien contrôlée par traitement (amlodipine 5 mg/j)
- Hypercholestérolémie modérée non traitée
- Ménopause à l'âge de 50 ans

## ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

- Appendicectomie en 1960
- Cataracte œil droit en 2019



# ANTÉCÉDENTS

33

## ALLERGIES

- Pénicilline (manifestations cutanées)

## HABITUDES TOXIQUES

- Tabac : sevré depuis 14 ans. 9 PA
- Alcool : occasionnel

## MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES

- Poids : 162 cm
- Taille : 68 kg
- IMC : 25,91

# TABAC

34

## PAQUET-ANNÉE : CALCUL

PA = (nombre de cigarettes par jour ÷ 20) × nombre d'années de tabagisme

20 correspond au nombre de cigarettes dans un paquet.

Mme D. : « *J'ai commencé à fumer, comme tout le monde au lycée vers 15 ans et je me suis arrêtée le jour de mes 50 ans! Je fumais en moyenne 5 cigarettes par jour.* »

$$PA = (5 / 20) \times 35 = 8,75$$



**ET VOUS, EN TANT QU'INFIRMIER(ÈRE)... QUE VOUS  
MANQUE-T-IL COMME INFORMATIONS ?**

# FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

QUEL EST LE PRINCIPAL FACTEUR DE RISQUE ENVIRONNEMENTAL DANS LE CANCER DU SEIN ?

- ☐ Tabac
- ☐ Alcool
- ☐ Surpoids et obésité
- ☐ Manque d'activité physique

# FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

QUEL EST LE PRINCIPAL FACTEUR DE RISQUE ENVIRONNEMENTAL DANS LE CANCER DU SEIN ?

- ☐ Tabac
- ☐ Alcool
- ☐ Surpoids et obésité
- ☐ Manque d'activité physique

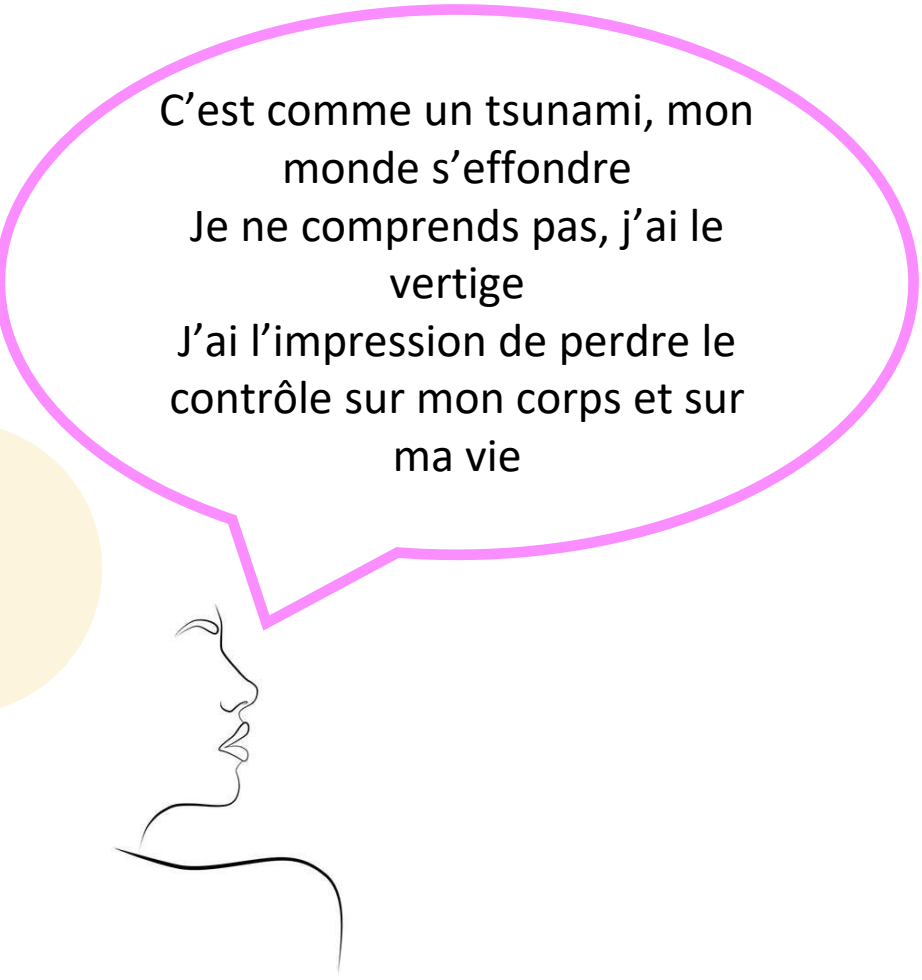


Nombre  
de cancers  
du sein  
par an liés...

... à L'ALCOOL	8 000
... au SURPOIDS ET À L'OBÉSITÉ	4 500
... à un TRAITEMENT HORMONAL, PILULE	2 700
... au TABAC	2 500
... à une ALIMENTATION DÉSÉQUILIBRÉE	2 300
... à un MANQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE	1 700

# PARCOURS SEIN : 2 MONDES QUI SE RENCONTRENT

## Patiente



C'est comme un tsunami, mon  
monde s'effondre  
Je ne comprends pas, j'ai le  
vertige  
J'ai l'impression de perdre le  
contrôle sur mon corps et sur  
ma vie

Rythme de vie (social, professionnel,  
affectif,...)

Besoin de réassurance

Angoisse de la consultation,  
des examens

Histoire de vie

## Professionnels de santé

Elaboration de la proposition  
thérapeutique

# PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS



<https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/parcours-de-soins-des-patients/outils-d-evaluation-et-de-coordination>



# 3ÈME BAROMÈTRE DES SOINS DE SUPPORT

40

Priorités pour améliorer l'accès aux soins de support au sein de leurs établissements (publics et privés) pour les professionnels de santé :

1. Mieux évaluer les besoins en soins de support : 78%
2. Faire connaître les soins de support dès le diagnostic : 77%
3. Rendre les SOS plus accessibles dans l'établissement : 73%
4. Aider le patient à s'orienter : 69%
5. Mieux informer les patients sur leur maladie et leurs traitements : 63%

Le regard croisé des patients et des professionnels de santé souligne deux points centraux : la nécessité d'une **meilleure information sur les soins de support dès l'annonce de la maladie** et la nécessité d'une **meilleure orientation des patients** vers les professionnels de santé à même de répondre à leurs besoins.

## 41

## HCL

Patient:

<input type="checkbox"/> Infirmière coordination ville - hôpital	
<input type="checkbox"/> autre	
<b>Prise en charge extérieure</b>	
<input type="checkbox"/> prestataire de service	<input type="checkbox"/> médecin traitant
<input type="checkbox"/> HAD	<input type="checkbox"/> IDEL
<input type="checkbox"/> autre établissement de santé	
<b>Durée</b>	

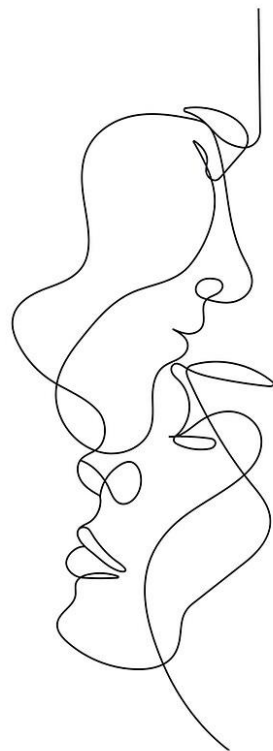
Temps d'accompagnement soignant -

2 / 2

# SOINS DE SUPPORT : SOCLE DE BASE

42

- Prise en charge de la douleur :  
évaluation de la douleur par IPA et orientation si besoin en consultation douleur chronique
- Prise en charge diététique et nutritionnelle



- Prise en charge psychologique :  
rencontre avec l'oncopsychologue et entretien si accord de la patiente
- Prise en charge sociale, familiale et professionnelle :  
évaluation par IDE de coordination ou IPA, entretien avec assistant social si nécessaire

## Fiche 1 | Évaluation préopératoire des patients à risque de douleurs postopératoires.

Fabrice Ferré, Anesthésiste-Réanimateur.

L'article augmenté sur mon smartphone :



Il est souhaitable d'identifier les patients vulnérables susceptibles de développer une douleur postopératoire (DPO) sévère ou une douleur chronique post-chirurgicale (DCPC), en recherchant et en identifiant un ensemble de facteurs de risques, dès le début de la prise en charge.



L'anxiété, la dépression, le catastrophisme ou la toxicomanie augmentent le risque de développer une DPO sévère ou une DCPC. Une consommation d'opiacés au long cours augmente le risque de développer une douleur postopératoire sévère ou une douleur chronique post-chirurgicale.

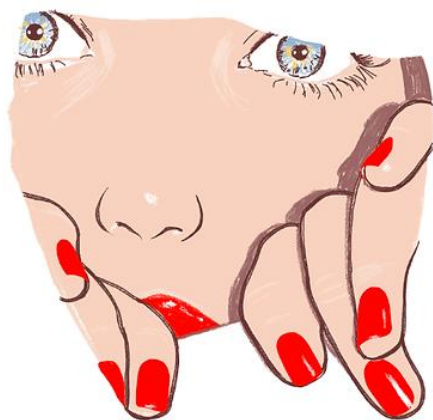
GLOSSAIRE	Abréviations spécifiques
	<p>DPO : Douleur Postopératoire   DCPC : Douleurs Chroniques Post-Chirurgicales   EVA : Échelle Visuelle Analogique            EN : Échelle Numérique   DN4 : Douleur Neuropathique en 4 questions   BPI : Brief Pain Inventory   APAIS : Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale            PCS : Pain Catastrophizing Scale</p>

RECHERCHER & IDENTIFIER	Les principaux facteurs de risques
	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Douleur préopératoire Incluant les douleurs hors site opératoire</li> <li>► Consommation d'opiacés au long cours</li> <li>► Chirurgies pronosticeuses Thoracotomie, chirurgie mammaire, sternotomie, prélèvement de crête, chirurgie du rachis, arthroplasties, amputation, reprises chirurgicales, durée de chirurgie &gt; 3 h, etc.</li> <li>► Anxiété, dépression, catastrophisme, toxicomanie</li> </ul>

ÉVALUER	Évaluation en consultation préanesthésique
	<ul style="list-style-type: none"> <li>► Évaluer la douleur Échelles EVA ou EN, DN4<sup>18</sup>, BPI</li> <li>► Évaluer l'anxiété Échelle APAIS<sup>19</sup></li> <li>► Évaluer le catastrophisme Échelle PCS<sup>18</sup>. L'évaluation est réalisée en préopératoire. Le médecin traitant, le chirurgien ou l'anesthésiste sont les principaux acteurs. Le rôle de chacun doit être précisé au sein de chaque institution.</li> </ul>

# SOINS DE SUPPORT COMPLÉMENTAIRES

44



Activité physique : évaluation et orientation adéquate par IPA

Conseils d'hygiène de vie : évaluation des habitudes toxiques, orientation vers centres de tabacologie, d'addictologie, ...

Prise en charge des troubles de la sexualité : évaluation par questionnaire de la qualité de vie EORTC BR23

Consultation onco-fertilité

Accompagnement des proches

# CONNAITRE MME D. EN TANT QUE FEMME

## L'ARTICULATION DES PRATIQUES : UN MODÈLE FLUIDE ET SYSTÉMIQUE

PHASE DU PARCOURS	MELEIS (TRANSITION) Pour penser le "quand" et le "comment" intervenir	GOTTLIEB (FORCES) Pour penser "avec quoi" et "avec qui" intervenir	RÔLE DE L'ÉQUIPE
Début du parcours de soins	Point de transition (adaptation)	Mobilisation des forces physiques, sociales, émotionnelles, ...	Identifier forces de motivation, de résilience  Co-construction d'un programme adapté fondés sur les forces spécifiques de chaque membre de l'équipe
Douleur / fatigue / démotivation	Transition instable	Réévaluation des ressources internes et externes	Ajustements individualisés, soutien renforcé
Fin du programme / autonomie	Transition vers l'autogestion	Renforcement des capacités et autonomie durable	Accompagnement à la sortie du système structuré

Le soin devient un projet partagé, non une addition d'interventions, où la patiente en est partie prenante.



**EN VOUS APPUYANT SUR LE DOSSIER DE MME D., QUELS  
ÉLÉMENTS VOUS SEMBLERENT IMPORTANTS POUR ADAPTER VOTRE  
POSTURE ET VOS INTERVENTIONS INFIRMIÈRES PENDANT SON  
SÉJOUR ?**



# J-2 APPEL DE LA VEILLE

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS MANQUANTS SUR CETTE FICHE ?

## Appel pré-hospitalisation

Service: CHIRURGIE AMBULATOIRE NORD GONE

Patient: [REDACTED]

HCL  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON

Réalisée par Laurence Date /2025 Heure 13:52  
Libellé de l'intervention Tumorectomie + Ganglion sentinell Côté à opérer  
Type d'anesthésie prévue AG  
N° de téléphone appelé

☐ autorisation d'opérer si mineur (signée des 2 parents) ou majeur protégé (tuteur)

Message sur répondeur

### Horaires et lieu

Nom de l'UCA 24143  
Heure d'arrivée dans l'unité 09:00

### Rappel des consignes

jeûne moderne ( manger jusqu'à 6h avant la chirurgie, boire des liquides claires jusqu'à 2h avant la chirurgie )

### Préadmission

Préadmission

### Organisation du transport

Aller  
Retour ☐ transport à prévoir  
☐ famille / entourage

Commentaires

### Préparation pré-opératoire

☒ douche  
☒ shampoing (ORL, CMF, OPH)  
☐ dépilation  
☒ absence bijoux, vernis, maquillage, lentilles, gel cheveux,  
☐ préparation colique (endoscopie digestive)  
☐ soins de bouche

### Consultations pré-opératoire

Consultation anesthésie  
Antalgique post-op prescrits  
Pour la pédiatrie  
☐ consultation anesthésie hors HCL

### A apporter le jour de l'intervention

☒ résultats examens prescrits et clichés (imagerie, biologie, ...)  
☐ dispositifs médicaux prescrits (attelle, cannes, bas, ...)  
☐ carte de groupe  
☐ ordonnance et médicaments personnels  
☐ ordonnances données lors de la consultation pré-opératoire  
☒ documents complétés et signés (personne confiance, consentement, ...)  
☐ vêtements propres/doudou (pédiatrie)

### Etat de santé depuis la dernière hospitalisation

Changement d'état de santé  
Modification de traitement depuis la CPA  
Commentaires

### Autres consignes

☐ volume bagages  
☐ ne pas venir avec objets de valeur

### Organisation du retour

☒ retour avec accompagnant  
( < 10 ans = 2 accompagnants )  
☒ tierce personne présente la 1ère nuit

Annulation J-1

Commentaire

HCL  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON

## J-2 APPEL DE LA VEILLE

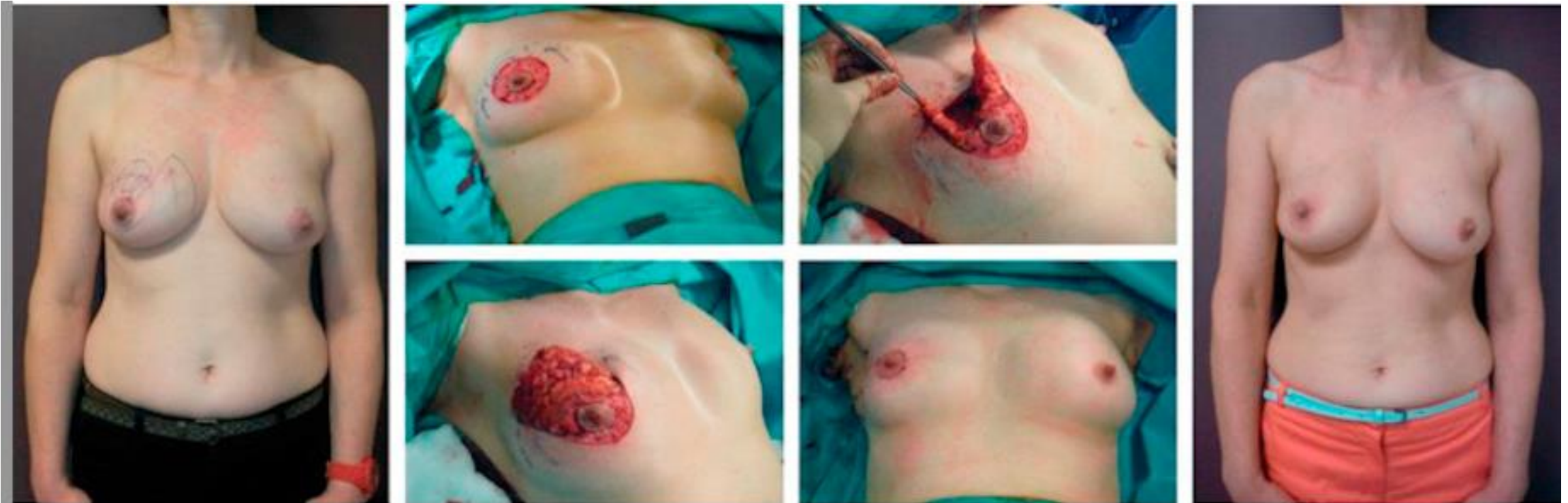
LORS DE CET APPEL, MME D. POSE DES QUESTIONS SUR LA LYMPHOSCINTIGRAPHIE PRÉVUE LE LENDEMAIN.

- ☐ Il s'agit d'un examen de dépistage pour rechercher des métastases à distance
- ☐ Le ganglion sentinelle est le premier ganglion qui draine la région où est située la tumeur
- ☐ Cet examen permet de repérer un ou plusieurs ganglions sentinelles, premiers relais lymphatiques de cette zone, afin de le prélever pendant l'intervention
- ☐ C'est un examen réalisé sous anesthésie générale juste avant la chirurgie
- ☐ Il consiste en une injection sous-cutanée d'un traceur faiblement radioactif, suivie de prises d'images par scintigraphie pendant plusieurs minutes

## J-2 APPEL DE LA VEILLE

LORS DE CET APPEL, MME D. POSE DES QUESTIONS SUR LA LYMPHOSCINTIGRAPHIE PRÉVUE LE LENDEMAIN.

- ☐ Il s'agit d'un examen de dépistage pour rechercher des métastases à distance
- ☐ Le ganglion sentinelle est le premier ganglion qui draine la région où est située la tumeur.
- ☐ Cet examen permet de repérer un ou plusieurs ganglions sentinelles, premiers relais lymphatiques de cette zone, afin de le prélever pendant l'intervention
- ☐ C'est un examen réalisé sous anesthésie générale juste avant la chirurgie
- ☐ Il consiste en une injection sous-cutanée d'un traceur faiblement radioactif, suivie de prises d'images par scintigraphie pendant plusieurs minutes



Application chez une patiente présentant une tumeur supérieure du sein droit proche de l'aréole. La symétrisation, non réalisée initialement, n'est pas souhaitée ultérieurement par la patiente.

# SURVEILLANCE POST-OP

51

Mme D. revient du bloc opératoire après une tumorectomie du sein droit et une exérèse du ganglion sentinelle.

Elle est installée dans sa chambre après 1 h 30 de surveillance en SSPI.

Ses paramètres vitaux sont stables, elle est consciente et orientée.

**Quelles surveillances allez-vous mettre en place dans les heures suivant son retour, et pourquoi ?**

# SURVEILLANCE POST OP

52

- ☐ Surveillance des paramètres vitaux
- ☐ Evaluation de la douleur
- ☐ Palpation du sein et mise en place du poche de glace
- ☐ Reprise de la miction

## H4 POST-OPÉRATOIRE

53

L'IDE NOTE UNE AUGMENTATION RAPIDE DU VOLUME DU SEIN ET UN PANSEMENT IMBIBÉ DE SANG FRAIS. LES PARAMÈTRES VITAUX SONT STABLES, EN=5. QUELLE CONDUITE TENIR EN PRIORITÉ ?

- ☐ Renforcer le pansement et surveiller l'évolution toutes les 30 minutes
- ☐ Alerter immédiatement le chirurgien de garde
- ☐ Administrer un antalgique supplémentaire et rassurer la patiente
- ☐ Surélever le bras du côté opéré et appliquer du froid



## H4 POST-OPÉRATOIRE

54

L'IDE NOTE UNE AUGMENTATION RAPIDE DU VOLUME DU SEIN ET UN PANSEMENT IMBIBÉ DE SANG FRAIS. LES PARAMÈTRES VITAUX SONT STABLES, EN=5. QUELLE CONDUITE TENIR EN PRIORITÉ ?

- ☐ Renforcer le pansement et surveiller l'évolution toutes les 30 minutes
- ☐ Alerter immédiatement le chirurgien de garde
- ☐ Administrer un antalgique supplémentaire et rassurer la patiente
- ☐ Surélever le bras du côté opéré et appliquer du froid

# J1 POST-OPÉRATOIRE

55

Mme D. a été reprise au bloc opératoire en urgence pour un hématome avec bonne évolution post-chirurgicale.

Elle sort à J1, avec :

- Une prescription d'antalgiques de palier 1 et 2 selon la douleur
- Des soins de pansement à domicile réalisés par une IDE libérale
- Les consignes post-opératoires écrites et les numéros à contacter en cas d'urgence

# J1 POST-OPÉRATOIRE

56

AVANT DE QUITTER LE SERVICE, ELLE VOUS DEMANDE : EST-CE QUE JE PEUX BOUGER MON BRAS ? ET QUAND POURRAI-JE REPRENDRE LA CONDUITE ?

- ☐ Elle peut mobiliser son bras du côté opéré en respectant la douleur
- ☐ Elle doit garder le bras immobile pendant 5 jours pour ne pas tirer sur la cicatrice
- ☐ Elle peut reprendre la conduite dès qu'elle se sent capable de tourner le volant sans gêne ni douleur
- ☐ Il est contre-indiqué de réaliser des prélèvements sur le bras droit et cela de manière définitive.

# J1 POST-OPÉRATOIRE

57

AVANT DE QUITTER LE SERVICE, ELLE VOUS DEMANDE : EST-CE QUE JE PEUX BOUGER MON BRAS ? ET QUAND POURRAI-JE REPRENDRE LA CONDUITE ?

- ☐ Elle peut mobiliser son bras du côté opéré en respectant la douleur
- ☐ Elle doit garder le bras immobile pendant 5 jours pour ne pas tirer sur la cicatrice
- ☐ Elle peut reprendre la conduite dès qu'elle se sent capable de tourner le volant sans gêne ni douleur
- ☐ Il est contre-indiqué de réaliser des prélèvements sur le bras droit et cela de manière définitive.

# LIVRET RÉSEAU KINÉ SEIN (RKS)

58

## Mon kiné m'accompagne

dans ma rééducation à la maison

Un réseau de kinés  
pour vous soutenir

20 exercices à  
réaliser en  
autonomie

Une aide suite à  
votre opération  
chirurgicale

Un parcours qui  
évolue avec les soins



LE RÉSEAU DES KINÉS DU SEIN  
VOUS ACCOMPAGNE DANS  
VOTRE PARCOURS DE SOINS



## Exercice 5

De la sortie  
de l'hôpital  
jusqu'à 15 jours

### JE CONTINUE DE LEVER MON BRAS

Croisez les doigts au dessus du ventre et levez les mains vers le plafond.

La main du côté opéré se laisse guider par l'autre main pour se retrouver à hauteur des épaules.

Les coudes se tendent progressivement, jusqu'à hauteur de vos épaules, coudes fléchis puis tendus.



14

<https://www.reseaudeskinesdusein.fr>

# J5 POST-OPÉRATOIRE

L'IDE LIBÉRALE ENVOIE CETTE PHOTO DANS LE SERVICE.

59





# J12 SUIVI DE CICATRISATION

60

ELLE REVIENT DANS LE SERVICE POUR LE SUIVI DE CICATRISATION.  
LORS DE LA RÉFECTION DU PANSEMENT, VOUS REMARQUEZ QU'ELLE ÉVITE DE REGARDER SON SEIN.

- ☐ L'encourager à regarder ses cicatrices
- ☐ Lui proposer de regarder ses cicatrices avec un soignant la première fois, en l'accompagnant dans ce moment
- ☐ Respecter son rythme, l'informer de l'évolution de la cicatrisation
- ☐ Détourner la conversation pour éviter de la confronter à son image corporelle
- ☐ Lui demander si elle peut toucher son sein durant la toilette
- ☐ Proposer un soutien psychologique





# J12 SUIVI DE CICATRISATION

61

ELLE REVIENT DANS LE SERVICE POUR LE SUIVI DE CICATRISATION.  
LORS DE LA RÉFECTION DU PANSEMENT, VOUS REMARQUEZ QU'ELLE ÉVITE DE REGARDER SON SEIN.

- ☐ L'encourager à regarder ses cicatrices
- ☐ Lui proposer de regarder ses cicatrices avec un soignant la première fois, en l'accompagnant dans ce moment
- ☐ Respecter son rythme, l'informer de l'évolution de la cicatrisation
- ☐ Détourner la conversation pour éviter de la confronter à son image corporelle
- ☐ Lui demander si elle peut toucher son sein durant la toilette
- ☐ Proposer un soutien psychologique



## J18 CONSULTATION POST-OPÉRATOIRE

62

Les résultats du compte rendu anatomopathologique sont les suivants : Carcinome infiltrant non spécifique du sein droit, SBR1, sans embol vasculaire, RH+, HER2 non amplifié, marges chirurgicales saines.

➤ Classification pT2N0

Ces résultats sont présentés en RCP pour définir la suite du traitement.

Quelle proposition thérapeutique est la plus probable ?

- ☐ Surveillance seule tous les 6 mois
- ☐ Radiothérapie et hormonothérapie durant 5 ans en traitement curatif
- ☐ Radiothérapie seule
- ☐ Radiothérapie et hormonothérapie durant 5 ans en traitement adjuvant

## J18 CONSULTATION POST-OPÉRATOIRE

63

Les résultats du compte rendu anatomopathologique sont les suivants : Carcinome infiltrant non spécifique du sein droit, SBR1, sans embol vasculaire, RH+, HER2 non amplifié, marges chirurgicales saines.

➤ Classification pT2N0

Ces résultats sont présentés en RCP pour définir la suite du traitement.

Quelle proposition thérapeutique est la plus probable ?

- ☐ Surveillance seule tous les 6 mois
- ☐ Radiothérapie et hormonothérapie durant 5 ans en traitement curatif
- ☐ Radiothérapie seule
- ☐ Radiothérapie et hormonothérapie durant 5 ans en traitement adjuvant

# RADIOTHÉRAPIE

64

MADAME D. VA DÉBUTER UNE RADIOTHÉRAPIE ADJUVANTE.

- ☐ Elle est indiquée après sa chirurgie pour diminuer le risque de récurrence locale
- ☐ Elle peut débuter même si la cicatrisation n'est pas totalement acquise
- ☐ Elle se déroule en ambulatoire sur plusieurs semaines
- ☐ L'un des principaux effets indésirables est la fatigue
- ☐ Les patients peuvent appliquer librement des crèmes grasses sur la zone irradiée pour éviter le risque de radiodermite

# RADIOTHÉRAPIE

65

MADAME D. VA DÉBUTER UNE RADIOTHÉRAPIE ADJUVANTE.

- ❑ Elle est indiquée après sa chirurgie pour diminuer le risque de récurrence locale
- ❑ Elle peut débuter même si la cicatrisation n'est pas totalement acquise
- ❑ Elle se déroule en ambulatoire sur plusieurs semaines
- ❑ L'un des principaux effets indésirables est la fatigue
- ❑ Les patients peuvent appliquer librement des crèmes grasses sur la zone irradiée pour éviter le risque de radiodermite



# HORMONOTHÉRAPIE

66

MADAME D. A TERMINÉ SA RADIOTHÉRAPIE. ELLE A PRÉSENTÉ UNE FATIGUE ET UNE RADIODERMITE DE GRADE 1. LE RADIOTHÉRAPEUTE LUI PRESCRIT À PRÉSENT UNE HORMONOTHÉRAPIE PAR INHIBITEUR DE L'AROMATASE. QUELLE(S) AFFIRMATION(S) EST/SONT JUSTE(S)?

- ☐ Les inhibiteurs de l'aromatase bloquent la production d'œstrogènes chez la femme ménopausée
- ☐ Ce traitement est généralement prescrit pendant 5 à 10 ans
- ☐ L'adhésion thérapeutique à 5 ans est de 72%
- ☐ Les effets indésirables les plus fréquents sont les douleurs musculosquelettiques, les bouffées de chaleur et la perte de densité osseuse
- ☐ La prise de poids peut atténuer partiellement l'efficacité du traitement
- ☐ L'hormonothérapie a souvent un effet plus négatif sur la qualité de vie que la chimiothérapie dans le cancer du sein localisé



# HORMONOTHÉRAPIE

QUELLE(S) AFFIRMATION(S) EST/SONT JUSTE(S)?

- ☐ Les inhibiteurs de l'aromatase bloquent la production d'œstrogènes chez la femme ménopausée
- ☐ Ce traitement est généralement prescrit pendant 5 à 10 ans
- ☐ L'adhésion thérapeutique à 5 ans est de 72%
- ☐ Les effets indésirables les plus fréquents sont les douleurs musculosquelettiques, les bouffées de chaleur et la perte de densité osseuse
- ☐ La prise de poids peut atténuer partiellement l'efficacité du traitement
- ☐ L'hormonothérapie a souvent un effet plus négatif sur la qualité de vie que la chimiothérapie dans le cancer du sein localisé

« Je suis fatiguée, je me sens laide, j'ai pris du poids »

« Le traitement me rend plus malade que le cancer »



# SUIVI APRÈS-CANCER

68

MADAME D. DÉBUTE L'HORMONOTHÉRAPIE.

ELLE ENTRE MAINTENANT DANS LA PHASE DE SUIVI POST-TRAITEMENT, ENCADRÉE PAR UN PROGRAMME PERSONNALISÉ APRÈS CANCER (PPAC).

Quelles affirmations sont justes?

- ☐ Le PPAC vise à assurer la continuité du parcours de soins après les traitements actifs
- ☐ Le suivi en alternance permet une coordination entre l'équipe hospitalière et les professionnels de ville
- ☐ L'objectif du PPAC est uniquement de détecter une récurrence tumorale précocement
- ☐ Le PPAC prend en compte la qualité de vie, la prévention, la réinsertion et les besoins en soins de support



# SUIVI APRÈS-CANCER

69

MADAME D. DÉBUTE L'HORMONOTHÉRAPIE.

ELLE ENTRE MAINTENANT DANS LA PHASE DE SUIVI POST-TRAITEMENT, ENCADRÉE PAR UN PROGRAMME PERSONNALISÉ APRÈS CANCER (PPAC).

Quelles affirmations sont justes?

- ☐ Le PPAC vise à assurer la continuité du parcours de soins après les traitements actifs
- ☐ Le suivi en alternance permet une coordination entre l'équipe hospitalière et les professionnels de ville
- ☐ L'objectif du PPAC est uniquement de détecter une récurrence tumorale précocement
- ☐ Le PPAC prend en compte la qualité de vie, la prévention, la réinsertion et les besoins en soins de support

## CONSULTATION DE SUIVI À 1 AN

Mme D. est revue en consultation un an après sa chirurgie. La mammographie, l'échographie de contrôle et la palpation mammaire sont sans particularité.

Son dernier bilan sanguin montre une perturbation du bilan lipidique. Elle a pris 1kg en un an.

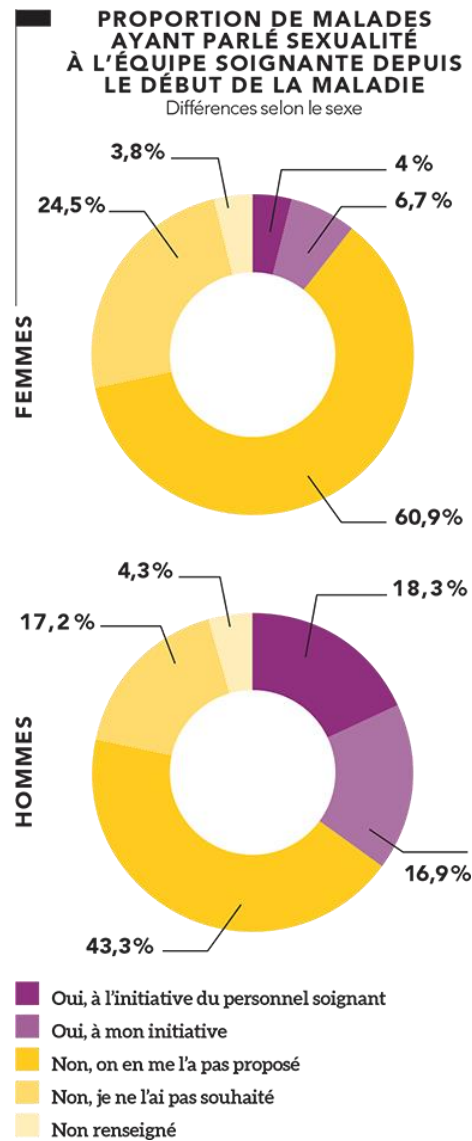
La patiente décrit la persistance de douleurs articulaires matinales modérées avec un temps de déverrouillage.

Mme D. évoque une difficulté à se regarder nue et à se montrer dévêtue devant son époux en lien avec la séquelle esthétique de la nécrose de la plaque aréolo-mamelonnaire.

## CONSULTATION DE SUIVI À 1 AN : DERMOPIGMENTATION



# LA SEXUALITÉ



COLLECTION MIEUX VIVRE

## Préserver sa sexualité

Le cancer et les traitements affectent la vie sexuelle des femmes et des hommes concernés et de leurs partenaires. Or ce n'est pas une fatalité, des solutions existent.



Fondation pour la recherche sur le cancer  
En collaboration avec **arc** **rose** magazine

# RISQUE GÉNÉTIQUE

73

LA FILLE DE MME D. EST INQUIÈTE. ELLE SE DEMANDE S'IL PEUT S'AGIR D'UN CANCER GÉNÉTIQUE.

Quelle(s) affirmation(s) est/sont juste(s) ?

- ☐ Environ 5 à 10 % des cancers du sein sont liés à une prédisposition génétique identifiée
- ☐ Environ 25 % des cancers du sein sont liés à une prédisposition génétique identifiée
- ☐ Un test génétique peut être proposé en cas d'antécédent personnel de cancer du sein diagnostiqué à 45 ans ou avant
- ☐ L'indication d'un test est posée après une consultation d'oncogénétique, sur critères précis (antécédents familiaux, âge, type de tumeur)

# RISQUE GÉNÉTIQUE

74

LA FILLE DE MME D. EST INQUIÈTE. ELLE SE DEMANDE S'IL PEUT S'AGIR D'UN CANCER GÉNÉTIQUE.

Quelle(s) affirmation(s) est/sont juste(s) ?

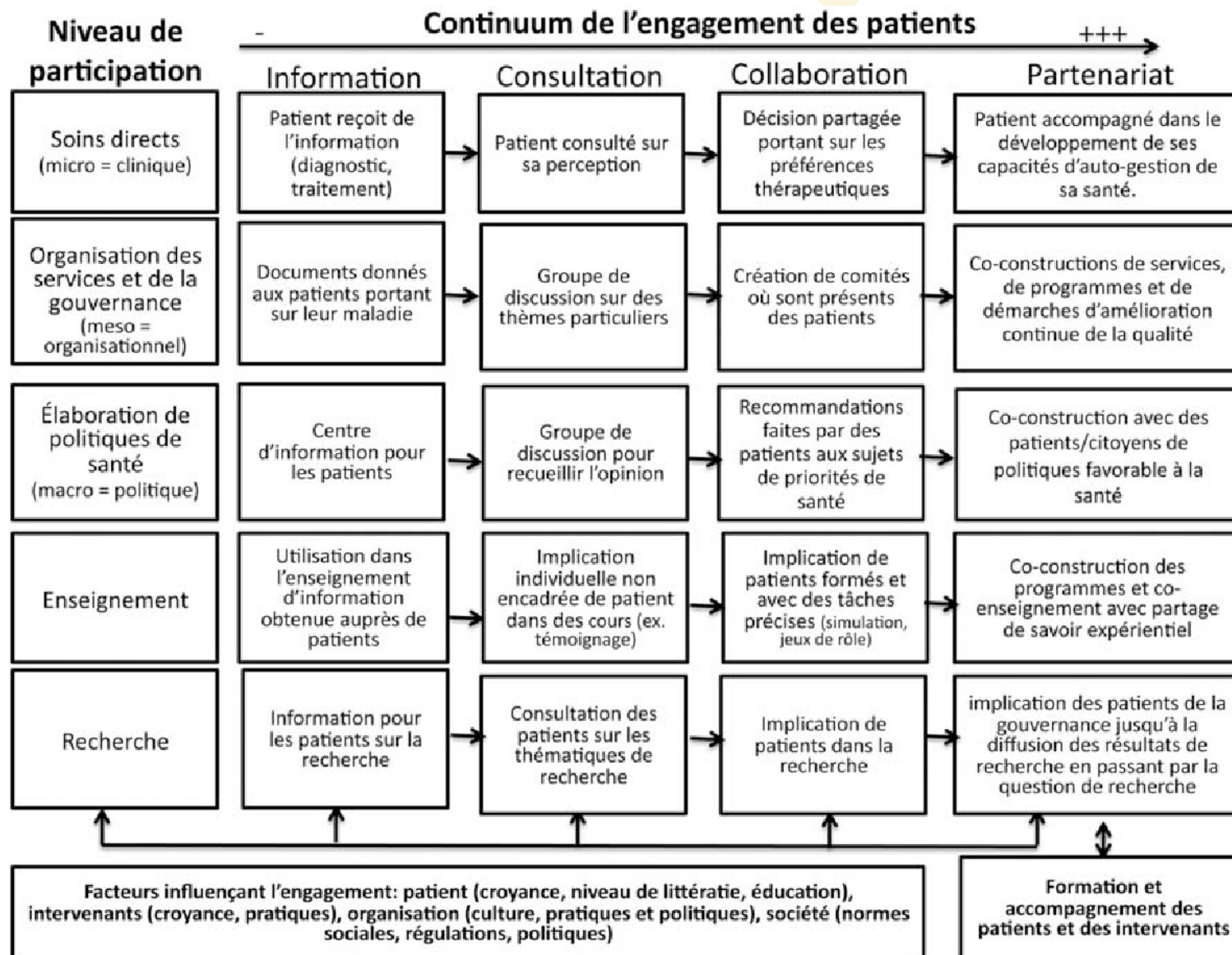
- ☐ Environ 5 à 10 % des cancers du sein sont liés à une prédisposition génétique identifiée
- ☐ Environ 25 % des cancers du sein sont liés à une prédisposition génétique identifiée
- ☐ Un test génétique peut être proposé en cas d'antécédent personnel de cancer du sein diagnostiqué à 45 ans ou avant
- ☐ L'indication d'un test est posée après une consultation d'oncogénétique, sur critères précis (antécédents familiaux, âge, type de tumeur)



# RESSOURCES : PATIENTES PARTENAIRES

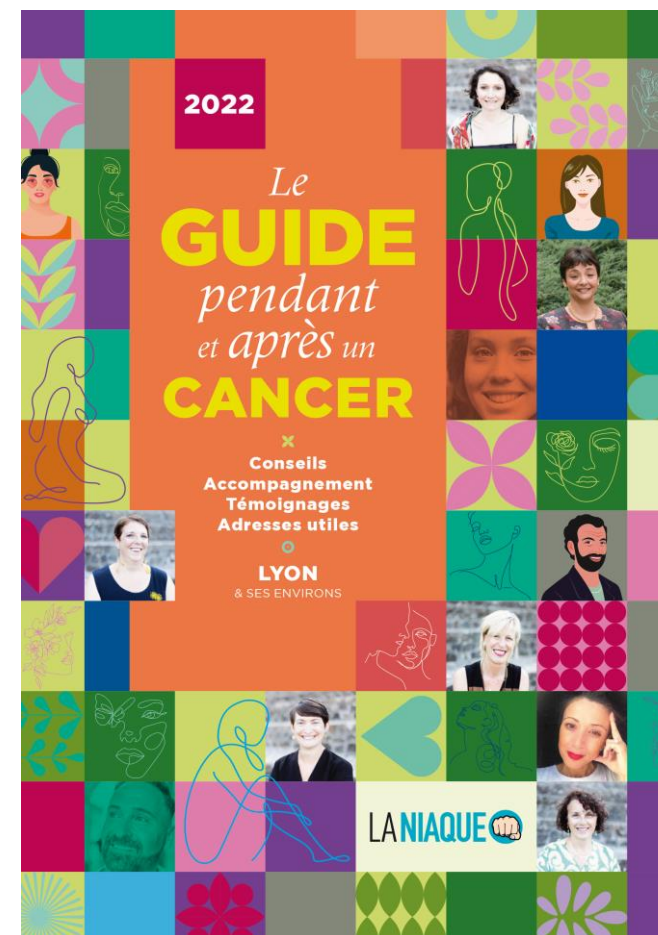
75

## Montreal model



# RESSOURCES : LES ASSOCIATIONS

76



<https://www.la-niaque.org>



# RESSOURCES : LES LIVRES

77

En parler  
aux  
enfants...



# MERCI

[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)



**HCL**  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON