

Cours de Résidanat

Sujet : 14

Cancer du sein

OBJECTIFS

1. Décrire le système de drainage lymphatique du sein.
2. Décrire les particularités anatomopathologiques des tumeurs malignes du sein.
3. Expliquer le mode d'extension du cancer du sein.
4. Identifier à partir des données de l'anamnèse les sujets à risque de développer un cancer du sein.
5. Réunir les éléments cliniques et paracliniques permettant de poser le diagnostic du cancer du sein en fonction du degré d'évolution.
6. Evaluer sur des arguments cliniques et paracliniques le pronostic du cancer du sein.
7. Planifier la stratégie thérapeutique du cancer du sein en fonction du stade TNM et des facteurs histo-pronostiques.
8. Indiquer les modalités de surveillance post-thérapeutique d'un cancer du sein.
9. Elaborer la stratégie du diagnostic précoce du cancer du sein.
10. Expliquer les moyens de prévention du cancer du sein.

1. Décrire le système de drainage lymphatique du sein.

On distingue :

- le **réseau lymphatique superficiel** drainant la peau de la région mammaire,
- et **un réseau plus profond** drainant la glande mammaire à proprement parler.

Les lympho-nœuds drainant le sein sont représentés sur la figure 1.

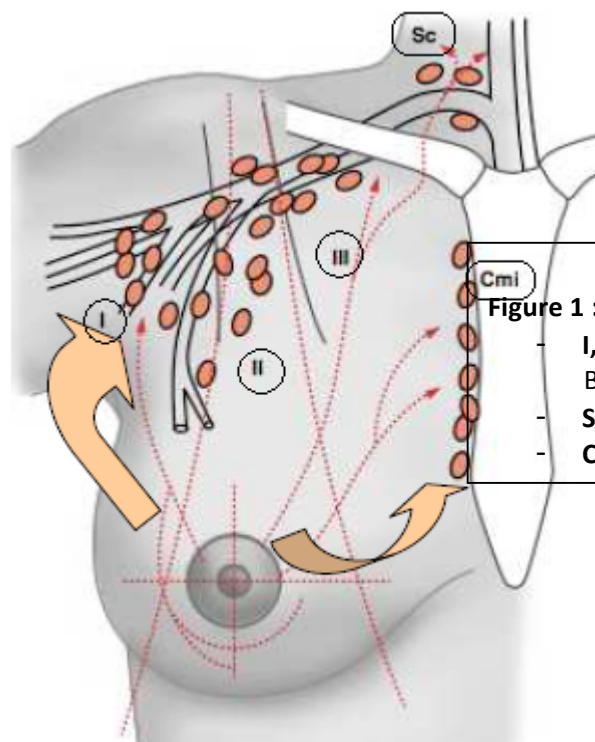


Figure 1 : Drainage lymphatique du sein :

- I, II, III : étages ganglionnaires axillaires de Berg
- Sc : sus-claviculaire
- Cmi : chaîne mammaire interne.

Les **réseaux lymphatiques** d'origine sont :

- Le réseau sous-aréolaire
- Le réseau cutané
- Le réseau glandulaire

Les **collecteurs lymphatiques** : se drainent vers :

- Les nœuds lymphatiques axillaires
- Les nœuds lymphatiques para-sternaux (mammaires internes)
- Les nœuds lymphatiques supra-claviculaires

Les voies de drainage lymphatique mammaire s'organisent de la manière suivante :

- un premier réseau lymphatique superficiel, draine le parenchyme glandulaire superficiel jusque dans les lymphonœuds axillaires,
- et un réseau profond, draine le parenchyme glandulaire profond jusque dans les chaînes mammaires interne et externe.

Les modalités du drainage du sein :

- Tous les quadrants → axillaire
- Quadrants supérieurs → Supra-claviculaire
- Quadrants internes → Mammaire interne (para-sternal)

2. Décrire les particularités anatomopathologiques des tumeurs malignes du sein.

A. Siège :

- Sein gauche est plus atteint (51%)
- Quadrant supéro externe est plus atteint

La tumeur est dite :

- Multifocale : si ≥ 2 foyers dans le même quadrant
- Multicentrique : si ≥ 2 foyers dans des quadrants différents (30% des cas)

Elle est bilatérale dans 2 à 10 %

B. Macroscopie :

- Forme stellaire +++ avec prolongements spiculés
- Nodule bien circonscrit (rare) en cas des formes médullaires, de sarcomes ou de métastase
- Squirrhe (particulier) = blindage d'une dureté ligneuse évoquant un cancer infiltrant

C. Microscopie :

2.1 Carcinomes primitifs :

Naissent à partir du revêtement épithélial des canaux et des lobules (rarement), in situ ou infiltrant.

2.1.1 Carcinome in situ (ou non infiltrant) (5%) :

- Membrane basale toujours intacte, souvent précédés par une hyperplasie atypique.
- Pas d'envahissement ganglionnaire

→ Carcinome intra canalaire in situ (3%)

- Accessible au dépistage

N° Validation : 0814201930

- Ecoulement++
- Multicentrique dans 30% des cas
- Bilatéral dans 10 -20% des cas
- Associé à une composante infiltrante dans 20 à 50%

Le Comédo-carcinome :

- Adénocarcinome intra canalaire du sein
- Importance de la nécrose tumorale +++
- Microcalcifications en chainettes à la mammographie
- Tumeur indifférenciée diffuse de mauvais pronostic

→ **Carcinome lobulaire in situ (1%)**

- N'est pas accessible au dépistage
- Multicentrique dans 80%
- Bilatéral dans 20-30% des cas
- Etat précancéreux dont la transformation est rare
- Simple surveillance
- Généralement découvert lors d'une biopsie pour une dystrophie fibro kystique

2.1.2 Carcinome infiltrant :

→ **Carcinome canalaire infiltrant (2/3 des cas)**

- Nodule :
 - Mal limité
 - Dur
 - Couleur blanc grisâtre
 - Prolongements radiés centrifuges évoquant des pattes de crabe.
- 3 types :
 - Bien différencié dans 10%
 - Polymorphe dans 60%
 - Atypique dans 30%

→ **Carcinome lobulaire infiltrant : (5%)**

- Cellules isolées en travée mononucléaires réalisant l'aspect en file indienne.
- Caractérisé par :

N° Validation : 0814201930

- Multifocalié
- Bilatéralité
- Absence de cohésion intercellulaire (mise en évidence par cadhérine)
- Métastases ganglionnaires (prédilection pour les séreuses)

→ **Maladie de Paget :**

- Lésion eczématiforme du mamelon et de la plaque aréolo-mamelonnaire
- C'est l'extériorisation dans l'épaisseur de l'épithélium mamelonnaire d'un carcinome canalaire (in situ ou infiltrant)
- Peut se traduire par des microcalcifications
- Dans 50% des cas, tumeur cliniquement palpable
- Souvent unilatéral

2.2 Tumeurs non carcinomateuses (2%)

→ **Tumeur phyllode maligne**

- Tumeur bénigne à haut potentiel de malignité = composante conjonctivale maligne (sarcomateuse) + épithéliale bénigne
- Haut potentiel de récurrence
- Pas d'envahissement ganglionnaire

→ **Mélanome maligne**

→ **Lymphome malin**

→ **Métastases au niveau du sein : rare : d'origine ovarienne, thyroïdienne...**

3. Expliquer le mode d'extension du cancer du sein.

L'extension du cancer du sein peut être :

- **locorégionale** (le sein atteint, les chaînes ganglionnaires homolatérales)
- **ou à distance** (sein controlatéral, métastase).

A. Sein atteint

La tumeur mammaire envahit en superficiel les plans cutanés et en profondeur le plan musculaire.

B. Sein controlatéral

L'atteinte bilatérale concerne 7% des cancers mammaires.

Elle peut être simultanée (= synchrone) ou successive.

Plus fréquente chez les femmes jeunes et dans les formes génétiques.

C. Extension lymphatique

Le cancer du sein est très lymphophile. L'extension ganglionnaire se fait :

a. Vers la chaîne axillaire : principal relais lymphatique :

- Le relais inférieur de la chaîne axillaire est toujours le premier envahi.
- La fréquence d'envahissement ganglionnaire augmente avec la taille de la tumeur.
- Plus le nombre de ganglions envahis est important, plus le pronostic est mauvais.

b. Vers la chaîne mammaire interne : dans 20 à 25% des cas.

- Risque plus important si la tumeur est centrale ou interne.

c. Vers la chaîne sus-claviculaire : de mauvais pronostic. Elle est toujours précédée d'une atteinte de la chaîne axillaire et/ou mammaire interne, et est considérée comme métastase.

D. Extension métastatique

- Les sites métastatiques les plus fréquents sont: **l'os, les poumons et le foie.**
- La dissémination peut se dérouler par voie lymphatique ou par voie hématogène et peut être très précoce.

4. Identifier à partir des données de l'anamnèse les sujets à risque de développer un cancer du sein.

Certains facteurs prédisposent au cancer du sein.

A. Sexe féminin :

99 % de sexe féminin.

B. Age :

Exceptionnel avant 20 ans, rare avant 30 ans. L'âge moyen de la maladie est de **45 ans**.

C. Antécédents personnels de mastopathie :

Seuls sont à risque les :

- **Hyperplasie proliférative avec atypies cellulaires.**
- **Néoplasie intra-lobulaire (type 1 et 2)**
- **L'antécédent personnel du cancer du sein expose à un risque d'atteinte controlatérale ou de récurrence homolatérale.**

D. ATCDS personnels du cancer du sein, de l'ovaire, de l'endomètre, et du colon

E. Facteurs hormonaux :

C'est un **cancer hormono-dépendant**.

N° Validation : 0814201930

Les facteurs hormonaux agissent par l'intermédiaire d'une hyperœstrogénie relative ou absolue, endogène ou exogène en rapport avec :

- **La vie génitale de la femme** : Puberté précoce, ménopause tardive, absence d'allaitement, nulliparité, première grossesse tardive (>35 ans).
- **Les traitements hormonaux**
 - Le traitement hormonal substitutif serait un facteur favorisant, mais cancer de meilleur pronostic.
 - La contraception œstrogéno--progestative augmente très faiblement le risque.
- **L'obésité** : par aromatisation des androgènes en œstrogène dans les adipocytes.

F. Facteurs génétiques et héréditaires :

- 5 à 10% des cancers, femmes jeunes++
- Une histoire familiale de cancer du sein majore le risque relatif de ce cancer (Risque X 5 si cancer du sein chez la mère et Risque X 3 si la sœur).
- La mutation des gènes: BRCA1 (breast cancer 1) et BRCA2 prédispose au cancer du sein (dans respectivement 80 et 25 % des cas) et/ou de l'ovaire. Ces 2 gènes expliquent près de 90 % des prédispositions génétiques.

G. Facteurs environnementaux : population de haut niveau socio-économique ; alimentation riche en acides gras polyinsaturés, alcool.

H. Radiothérapie thoracique :

à un âge jeune peut être à l'origine de cancer radio-induit.

5. Réunir les éléments cliniques et paracliniques permettant de poser le diagnostic du cancer du sein en fonction du degré d'évolution.

Le diagnostic du cancer du sein repose sur l'examen clinique, les examens complémentaires et l'étude anatomo-pathologique.

A. Examen clinique : comporte

a. L'interrogatoire : précise

- l'âge, les antécédents personnels et familiaux de la patiente,
- les éventuels facteurs de risque du cancer du sein,
- les circonstances de découverte de la tumeur et son rythme de croissance,
- Les signes associés.

b. L'examen physique : pratiqué méthodiquement chez une femme dévêtue jusqu'à la ceinture, d'abord couchée, ensuite debout, bras le long du corps puis levés.

Il est bilatéral et comparatif. Il doit apprécier

- Les 2 seins
- Les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires.

Cet examen comporte :

- **L'inspection:** précise
 - Le volume des seins et leur symétrie
 - L'aspect du mamelon (ombilication, rétraction, ulcération,...)
 - L'aspect de la peau : dépression, aspect en peau d'orange, nodules de perméation...
- **La palpation:** effectuée les mains à plats, refoulant la glande mammaire contre la paroi thoracique, en explorant tous les quadrants un par un.

Elle intéressera trois zones : la glande, le mamelon et les aires ganglionnaires satellites. Elle devra rechercher :

- Une tuméfaction dont on appréciera les caractéristiques : siège, taille, mobilité par rapport au plan superficiel et au plan profond (par la manœuvre d'adduction contrariée de Thillaux), limites, consistance.

Elle recherchera également :

- Des signes inflammatoires : œdème, rougeur et/ou chaleur cutanée.
- Un épaissement cutané.
- Un écoulement mamelonnaire.
- Des adénopathies axillaires ou sus-claviculaires.

L'examen mammaire et axillaire controlatéral doit compléter l'examen sénologique.

Les signes en faveur de la malignité d'un nodule mammaire sont:

- L'absence de limites nettes.
- La dureté.
- L'adhérence au plan superficiel (*réalisant une fossette : signe du capiton, rétraction du mamelon, infiltration cutanée*).
- L'adhérence au plan profond à l'adduction contrariée du bras, dite manœuvre de Thillaux (*grand pectoral, paroi thoracique...*).
- La présence d'adénopathies suspectes (*dures, fixées...*).

N° Validation : 0814201930

L'absence de ces signes n'exclut pas la malignité.

En fin d'examen, toutes les données doivent être rapportées sur un schéma daté.

B. Examens complémentaires

Permettent de mieux caractériser la lésion mammaire.

a. La mammographie : Examen de référence

- Confirme la suspicion clinique
- et permet de rechercher d'autres foyers suspect homo ou controlatéraux infra-cliniques.

Technique : bilatérale et comparative.

Incidences : face + oblique externe (qui explore la région axillaire).

Au besoin : crânio-caudale dite profil strict, voire des clichés agrandis.

Résultats : La mammographie peut montrer

- Des images évocatrices de cancer telles que :
 - Une opacité dense, irrégulière, à limites floues, spiculée, plus petite que la tumeur palpée (à cause de l'œdème péri-tumoral).
 - Des microcalcifications (groupées, punctiformes, vermiculaires...)
 - Une modification de l'architecture du sein.
 - Un épaissement cutané ou une rétraction mamelonnaire
- Des images moins typiques :
 - Un nodule homogène, bien limité.
 - Un petit foyer de micro-calcifications isolé.
 - Un kyste à paroi épaisse.

Les images sont classées en 07 groupes selon la classification ACR (American College of Radiology), ce qui permet ainsi de suivre des recommandations internationales pour la pratique clinique ;

L'ACR 0 : l'image ne peut être classée, et d'autre(s) investigation(s) sont nécessaire(s)

L'ACR 6 : Tumeur maligne prouvée par histologie.

		ACR 1 (normale) ACR2 (bénin)	ACR3 (probablement bénin)	ACR4 (suspect)	ACR 5 (fortement évocateur)
Opacité	Taille	Idem palpation		Plus petite que palpation, polylobaire	
	Densité	Homogène		Hétérogène, centre dense	
	Contours	Réguliers		Polylobés, Irréguliers, spiculés, mal limités, stellaire	
Rétraction cutanée en regard		0		+	
Calcifications		Annulaires, punctiformes, cupuliformes		Vermiculaires, irrégulières Groupées en foyers	
Architecture		Organisée		Désorganisée	
CAT		<i>Pas de surveillance</i>	<i>Mammographie M6</i>	<i>Histologie nécessaire ++</i>	

b. L'échographie mammaire

- Complément indispensable à la mammographie ; utile surtout pour la femme jeune, chez qui la densité mammaire rend difficile l'interprétation de la mammographie.
- Précise le caractère liquidien, solide ou mixte de la tumeur.
- Habituellement, elle retrouve en cas de cancer :
 - une lésion hypoéchogène hétérogène à contours irréguliers.
 - avec atténuation postérieure.
 - grand axe vertical.

c. L'IRM mammaire :

L'IRM n'est jamais demandée de 1^{ère} intention. Elle a des indications restreintes :

- Caractérisation d'une image écho-mammographique difficile à interpréter (ACR0, ..),
- Écho-mammographie sans anomalie avec un contexte évocateur (discordance),
- Recherche d'une lésion mammaire en présence d'une adénopathie axillaire sans anomalie écho-mammographique,
- Carcinome lobulaire invasif (multifocalité et multicentricité et bilatéralité),

N° Validation : 0814201930

- Risque génétique,
- Suspicion de récurrence.

C. Preuve anatomo-pathologique

Obtenue par :

- **Microbiopsie** : pour les lésions palpables, éventuellement écho-guidée pour les lésions infra-cliniques. C'est le moyen privilégié de diagnostic préopératoire.
- **La macrobiopsie au mammotome** pour les lésions infra-cliniques.

Ces prélèvements à visée histologique doivent être effectués au moindre doute.

EN CAS DE POSITIVITE, On recherchera sur ces prélèvements les autres facteurs histopronostiques indispensables pour envisager la démarche thérapeutique, à savoir :

- **Le grade histo-pronostique de Scarff, Bloom et Richardson modifié (SBR)** : évalue l'agressivité histologique du cancer, et est basé sur trois critères : l'architecture glandulaire, les anomalies nucléaires et l'activité mitotique. Chaque critère est coté de 1 à 3. La somme permet de distinguer trois catégories :
 - o Grade I (score total de 3, 4 ou 5), de bon pronostic.
 - o Grade II (score total de 6 ou 7), de pronostic intermédiaire.
 - o Grade III (score total de 8 ou plus), de mauvais pronostic.
- **Surexpression de HER2/neu** : HER2/neu est une protéine donnant une agressivité plus élevée aux cancers du sein. Elle est importante comme cible thérapeutique par un anticorps monoclonal : le trastuzumab (Herceptin®) = thérapie ciblée.
- **Les récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone**: Il existe une bonne corrélation entre la présence des récepteurs aux œstrogènes et/ou à la progestérone dans le tissu tumoral et la réponse à l'hormonothérapie.
- **Ki 67** : indice de prolifération tumorale. Son élévation est de mauvais pronostic.

6. Evaluer sur des arguments cliniques et paracliniques le pronostic du cancer du sein.

Le pronostic du cancer du sein est évalué par un bilan clinique et paraclinique.

A. Sur le plan clinique :

Le pronostic dépend de :

1. L'âge de la patiente : le jeune âge < 35 ans est de mauvais pronostic.
2. Le terrain: la grossesse, l'immunodépression

N° Validation : 0814201930

3. La taille tumorale*
4. L'extension locale* (peau, paroi thoracique)
5. Les signes inflammatoires *
6. L'atteinte ganglionnaire*
7. Les métastases à distance*

* Voir Classification TNM, 2014

B. Sur le plan radiologique :

Les éléments de mauvais pronostic sont

- a. **Au niveau du sein :**
 - atteinte de la peau
 - atteinte du muscle
- b. **En dehors du sein :** existence d'une métastase à distance.

L'évaluation de ces éléments pronostics se fait par un bilan d'extension comportant :

1. **Une radiographie du thorax**
2. **Une échographie hépatique**
3. **Une scintigraphie osseuse**

C. Sur le plan anatomopathologique: Les facteurs histologiques de mauvais pronostic du cancer du sein sont :

1. **L'envahissement ganglionnaire** axillaire, surtout s'il existe une rupture capsulaire.
2. **La taille tumorale >20 mm.**
3. **La composante canalaire in situ.**
4. **Le grade histopronostique SBR II ou III.**
5. **La présence d'emboles lymphatiques, vasculaires péri-tumoraux ou de nécrose.**
6. **L'absence de récepteurs hormonaux.**
7. **La présence de surexpression de l'oncogène Her2neu.**
8. **Un index de prolifération tumorale Ki67 >20%.**

D. Sur le plan moléculaire : On classe les cancers du sein en cinq sous-groupes. On parle de sous-types moléculaires ou intrinsèques. Pour les différents sous-types, un cancer du sein est dit « luminal » lorsqu'il réagit aux influences hormonales.

Critères	Luminal A	Luminal B	Her2	Basal	Triple négatif
IHC	RE+/RP+ Her2- Ki67 < 14%	RE+/RP+/Her2+ Ou RE+/RP+/Her2- /Ki67>14%	RE-/RP- Her2 +	RE-/RP- Her2- Et CK5/6+ EGFR+	RE-/RP- Her2-
Cliniques	Bonne réponse à l'hormonothérapie Bon pronostic	Réponse variable Plutôt chimiothérapie	Haut grade souvent N+ Bonne réponse à la thérapie ciblée	Haut grade Mauvais pronostic	Haut grade Mauvais pronostic

7. Planifier la stratégie thérapeutique du cancer du sein en fonction du stade TNM et des facteurs histo-pronostiques.

A. Moyens thérapeutiques.

1. La Chirurgie

a. La chirurgie mammaire :

- **Chirurgie radicale** : intervention de Patey = mastectomie avec curage axillaire homolatéral.
- **Chirurgie conservatrice** : toujours suivie d'une radiothérapie.
 - **Tumorectomie large** ± recherche de ganglion sentinelle ± curage ganglionnaire axillaire homolatéral.
 - **Zonectomie** : en cas de cancer de sein infraclinique / ou de microcalcifications isolées suspecte. On procède dans ce cas :
 - un repérage radiologique préopératoire (harpon)
 - une zonectomie chirurgicale (parfois quadrantectomie), pièce orientée

- **La chirurgie plastique reconstructrice** lors de la chirurgie initiale ou à distance.

b. La chirurgie régionale ganglionnaire :

- **le curage axillaire** : Critère de qualité : ≥ 10 ganglions
- **L'exérèse du ganglion dit « sentinelle »**
 - Défini comme le 1^{er} ganglion recevant le drainage lymphatique d'une tumeur.
 - Technique :
 - lymphadénectomie sélective du ou des premiers relais ganglionnaires.
 - Détection réalisée grâce à un colorant ou/et à un radio- isotope.
 - En l'absence d'envahissement, il permet d'éviter un curage axillaire et sa morbidité (plaies vasculaires, lymphocèle, lymphœdème du membre supérieur homolatéral, paresthésies...).
 - En cas d'atteinte du ganglion sentinelle, on termine par un curage axillaire.
 - La technique est validée pour **les petites tumeurs $\leq 30\text{mm}$ de diamètre, non inflammatoires et sans ganglions cliniquement envahis**, en dehors d'une grossesse.

2. Radiothérapie

L'irradiation peut-être :

- a. A visée curative : locale** (mammaire ou pariétale) **+/-régionale** (ganglionnaire).
- b. Radiothérapie palliative** : traiter une métastase, notamment osseuse, ou une récurrence pariéto-thoracique.

3. Chimiothérapie

a. En adjuvant : Elle est indiquée en cas de risque de métastases occultes :

- Si envahissement ganglionnaire.
- Si facteurs de risque métastatique : N (+), tumeur $> 20\text{mm}$, SBR II/III, RH (-), HER2neu (+), embolies lymphatiques(+), âge < 40 ans, récurrence...

Les produits utilisés sont schématiquement les suivants :

- **Les inhibiteurs de type isomérases II** dont les plus utilisés sont **les anthracyclines**.
- **Les alkylants**, en particulier **le cyclophosphamide**.
- **Les anti-métabolites**, en particulier **le 5 fluoro-uracile**.
- **Les antimétopiques** : les **alcaloïdes de la pervenche** et les **taxanes**.

NB : Bilan pré chimiothérapie :

- ECG
- Echo-cardiaque (avec Fraction d'éjection du VG) [anthracyclines \rightarrow toxicité cardiaque]

N° Validation : 0814201930

b. En néo-adjuvant : en cas de formes évoluées (T4) ou en vue de conservation mammaire chez les patientes présentant des lésions de plus de 30 mm (T2/T3).

L'évaluation de la réponse à la chimiothérapie est clinique et radiologique (par écho-mammographie, au mieux par IRM mammaire).

c. Chimiothérapie palliative : pour les formes métastatiques.

4. Hormonothérapie :

N'est indiquée qu'en cas de tumeur hormono-sensible (RH +).

On distingue :

- le tamoxifène
- les inhibiteurs de l'aromatase stéroïdiens et non stéroïdiens ;
- la suppression de la synthèse ovarienne des oestrogènes chez les femmes non ménopausées peut être discutée.

Il peut s'agir :

➤ Castration :

- Réversible : chimique par analogues LHRH (situation hors AMM)
- Irreversible :
 - Soit Chirurgicale par coelioscopie,
 - Soit Radiotherapique.

➤ Soit anti-œstrogènes, si femme non ménopausée (TAMOXIFENE®20 mg 1cp/j)

➤ Soit Anti-aromatase, si femme ménopausée (Anastrozole : ARIMIDEX®1mg ou Létrozole FEMARA®2,5 mg 1cp/j).

Durée du traitement : 5 ans au minimum (jusqu'à 10 ans).

5. Traitement ciblé :

Une thérapie ciblant le récepteur Her2neu (Trastuzumab : HERCEPTINE®) est indiquée, en association avec une chimiothérapie, sans anthracycline, en cas de surexpression du Her2-Neu (+++ en immunohistochimie ou ++ mais confirmée par une méthode FISH ou CISH).

A. Indications :

Relèvent toutes d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

On peut individualiser trois catégories thérapeutiques :

1. Formes opérables d'emblée : T1-T2-T3, N0-N1, M0

a. Traitement chirurgical initial :

- Tumeurs unifocales et ≤ 30 mm : traitement conservateur
- Tumeurs > 30 mm :
 - Intervention de Patey
 - Possibilité de traitement néoadjuvant par chimiothérapie afin de réduire le volume tumoral et proposition d'un traitement conservateur.

b. Traitement adjuvants :

- Irradiation locorégionale si le curage axillaire est positif (N+).
- Chimiothérapie adjuvante si facteurs de mauvais pronostic :
N+, Grade SBR II/III, jeune âge, récepteurs hormonaux négatifs, surexpression du gène HER2neu, T > 2 cm...
- Hormonothérapie si RH positifs.
- Herceptine® si surexpression de Her2neu.

2. Formes évoluées non opérables : T4, et/ou N2-N3, M0

- **Traitement général suivi d'un traitement local.**

Les tumeurs inflammatoires (T4d) : une **chimiothérapie première suivie d'une chirurgie radicale et une radiothérapie**, ensuite le **traitement général** par chimiothérapie ou hormonothérapie (si RH+) sera repris, ainsi que le Trastuzumab si Her2neu amplifié.

3. Formes métastatiques d'emblée

- **Traitement général** (chimiothérapie et hormonothérapie). Toutefois, le traitement local ne doit pas être négligé : chirurgie de propreté, radiothérapie palliative.

4. Formes particulières

4.1. Cancer in Situ :

a. Carcinome canalaire in situ

- Si le foyer de microcalcifications < 3 cm :
 - Tumorectomie sans curage axillaire
 - + Radiothérapie adjuvante
- Si foyer de microcalcifications > 3 cm :

N° Validation : 0814201930

- Mammectomie simple + recherche du ganglion sentinelle (pas de curage axillaire)
- + Reconstruction mammaire immédiate (RMI)

b. Carcinome lobulaire in situ :

Simple surveillance si patiente coopérante.

4.2. Tumeur phyllode :

Exérèse large (pas de curage axillaire)

4.3. Maladie de Paget : traitement dépend du carcinome sous-jacent (infiltrant ou in situ) :

- Si carcinome in situ :
 - Mammectomie simple ± ganglion sentinelle
- Si carcinome infiltrant :
 - Mammectomie + curage axillaire (GG sentinelle si indication)
 - L'indication du traitement général sont les mêmes que les formes opérables d'emblée.

8. Indiquer les modalités de surveillance post-thérapeutique d'un cancer du sein.

La surveillance vise à détecter :

- **Les récurrences :** examen des seins et aires ganglionnaires axillaires et sus claviculaires.
- **Les métastases :** céphalées, toux, dyspnée, douleurs osseuses, douleurs thoraciques ou abdominales, hépatomégalie.
- **Complications des traitements instaurés :** lymphoedème, métrorragies, arthralgies...

Cette surveillance doit être régulière et doit comporter :

- **Un examen clinique :** 1 x/6 mois pendant 2 ans puis 1x/an à vie.
- **La mammographie et un dosage du marqueur tumoral CA15-3 :** 6 mois après la fin du traitement puis 1x/an.

D'autres explorations peuvent être demandées en fonction de la symptomatologie.

A noter qu'un examen gynécologique annuel est indispensable si utérus en place, et patiente sous TAMOXIFENE®.

9. Elaborer la stratégie du diagnostic précoce du cancer du sein.

A. Moyens de dépistage

1. Dépistage clinique

Permet de rechercher les lésions palpables.

Se base sur :

- Auto palpation des seins

- Examen systématique des seins par la sage femme, le médecin généraliste et les spécialistes en gynécologie.

2. Dépistage radiologique

a. La mammographie

- Au minimum 2 incidences : Face (cranio-caudale), Oblique-externe (axillaire).
- Au besoin, complétées par :
 - L'incidence de profil
 - Des clichés agrandis sur la tumeur et/ou sur une zone suspecte

b. L'IRM mammaire

En cas de prédisposition génétique (mutation BRCA1 et/ou BRCA2), associée à une surveillance des ovaires.

c. Rythme de surveillance

- Aucun facteur de risque : une mammographie de dépistage **tous les 2 ans** à partir de **50 ans**.
- Si un ou plusieurs facteurs de risque: une mammographie **tous les 2 ans** à partir de **40 ans**.
- Si femme avec mutation BRCA1 et/ou BRCA2 : **IRM mammaire annuelle**.

10. Expliquer les moyens de prévention du cancer du sein.

- Avoir des enfants avant 30 ans.
- Contrôler le gain pondéral et lutter contre le surpoids.
- Limiter l'ingestion des graisses animales.
- Allaitement! le plus longtemps possible.
- Limiter l'alcool et le tabac.
- Garder une activité sportive régulière.
- Utiliser avec précaution la pilule contraceptive et traitements substitutifs de la ménopause.

ANNEXES

Classification TNM (état 2014)	
T	correspond à tumeur ; on exprime la taille et l'extension de celle-ci en utilisant des chiffres de 0 à 4. Plus le chiffre est élevé, plus la tumeur est de grande taille.
N	correspond aux métastases dans les ganglions lymphatiques régionaux (nodes en anglais) ; font partie de cette catégorie les ganglions axillaires et ceux de la région de la clavicule et du sternum. On peut préciser l'anomalie au moyen des lettres minuscules a, b et c. Exemple : pN1a = au moins une métastase dans les ganglions lymphatiques mesure plus de 2 mm.
M	correspond aux métastases dans les ganglions lymphatiques en dehors des creux axillaires, de la région de la clavicule et du sternum, ainsi qu'aux métastases dans d'autres organes. Lors d'un cancer du sein, les organes le plus souvent touchés sont les os, le foie et le poumon, plus rarement le cerveau.
p	signifie que le résultat a été confirmé par l'analyse du prélèvement de tissu (analyse histopathologique). Cette classification définitive ne peut généralement être faite qu'après l'opération. On met alors un p minuscule devant le résultat (exemple pT1, pN1). En l'absence d'analyse histopathologique, on remplace le p par un c (=examen clinique).

Les trois éléments de la classification (T, N et M) peuvent être précisés comme suit :

T	correspond à tumeur ; on exprime la taille et l'extension de celle-ci en utilisant des chiffres de 0 à 4. Plus le chiffre est élevé, plus la tumeur est de grande taille.
T0	aucun signe de tumeur.
Tis	tumeur in situ (CCIS) ; modification tissulaire non invasive, limitée aux cellules superficielles d'un canal galactophore.
T1	tumeur jusqu'à 2 cm ; la taille de la tumeur peut être précisée avec les lettres minuscules a, b et c. Exemple : pT1a = jusqu'à 0,5 cm.
mi	carcinome micro-invasif (infiltration visible uniquement au microscope).
T2	tumeur de 2 à 5 cm.
T3	tumeur de plus de 5 cm.
T4	tumeur de toute taille ayant envahi (= infiltré) la paroi thoracique (T4a) et/ou la peau (T4b, T4c) ou de nature inflammatoire (T4d); l'emploi de lettres minuscules de a à d permet de préciser l'anomalie.
m	multifocal/multicentrique : présence de plusieurs foyers tumoraux dans un sein.
r	récidive : réapparition de la tumeur.

N	correspond aux ganglions lymphatiques régionaux; font partie de cette catégorie les ganglions axillaires et ceux de la région de la clavicule et du sternum.
Métastases ganglionnaires (confirmées par l'examen pathologique) :	
pN0	pas de tumeur dans les ganglions lymphatiques régionaux.
pN1	cellules cancéreuses dans 1 à 3 ganglions lymphatiques.
pN2	cellules cancéreuses dans 4 à 9 ganglions lymphatiques.
pN3	cellules cancéreuses dans 10 ganglions ou plus de l'aisselle, de la région de la clavicule ou du sternum.
sn	ganglion sentinelle. Exemple : pN0sn = le ganglion sentinelle n'est pas atteint.
mi	micrométastase : petites métastases microscopiques (0,2 mm à 0,2 cm) dans les ganglions lymphatiques.
L1, V1	présence de cellules cancéreuses dans les vaisseaux lymphatiques (L) ou sanguins (V, invasion veineuse).

M	correspond aux métastases dans les ganglions lymphatiques en dehors des creux axillaires, de la région de la clavicule et du sternum ainsi qu'aux métastases dans d'autres organes.
Métastases	
M0	absence de métastases à distance.
M1	présence de métastases. Une abréviation peut préciser la localisation des métastases (par ex.: M1PUL) OSS = dans les os (osseuses) PUL = dans les poumons (pulmonaires) HEP = dans le foie (hépatiques)
mi	micrométastase (petite métastase de taille microscopique).