

Référentiel régional de RCP (RR-RCP)

**PRISE EN CHARGE DES CANCERS
SENOLOGIQUES**
(Hors tumeurs rares)

Version Novembre 2015



CANCERS SENOLOGIQUES

REFERENTIEL NORD PAS DE CALAIS

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les professionnels de santé d'avoir contribué au travail de ce référentiel régional.

- ✓ **Date du référentiel adopté** : Février 2006
- ✓ **Date d'actualisation**: Avril 2014
- ✓ **Date de publication** : Novembre 2015



Réseau Régional de Cancérologie Onco Nord Pas de Calais
180 Rue Eugène Avinée – Parc Eurasanté – 59120 LOOS
Tel : 03 20 13 72 10 - Fax : 03 20 86 11 27 info@onco-npdc.fr - Site Internet : www.onco-npdc.fr

SOMMAIRE

I. PRINCIPES GENERAUX	5
II. CONTRIBUTEURS.....	6
III. DECISION THERAPEUTIQUE EN CANCEROLOGIE	7
IV. EXIGENCES QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE.....	9
V. CHARTE GRAPHIQUE.....	10
VI. BILAN PRE-THERAPEUTIQUE.....	11
1) Bilan systématique	11
2) Bilan complémentaire.....	11
3) Classification TNM	11
4) Concordance classification TNM/Stade	14
5) Classification de Chevallier	14
6) Classification de Sataloff.....	14
7) Classification pTNM.....	15
8) Classification des lésions à risque	16
9) Classification OMS (TAVASOLLI, 2003)	17
10) Consultation d'oncogénétique	18
VII. Prise en charge des patientes présentant un sur risque.....	19
1) Le sur risque histologique.....	19
2) Le sur risque héréditaire	22
VIII. Le carcinome canalaire in situ	23
IX. Le carcinome invasif.....	25
1) Le cancer non inflammatoire et non métastatique.....	25
a) Traitement chirurgical premier	25
b) Traitement médical premier	32
2) Le cancer du sein inflammatoire	34
3) Le cancer métastatique.....	35
X. Cas particuliers	37
1) Ganglions axillaires métastatiques sans cancer primitif découvert.....	37
2) Cancer du sein bilatéral.....	37
3) Cancres multiples.....	37
4) Cancer du sein au cours de la grossesse	38
a) Interruption de grossesse	38
b) Chirurgie	38
c) Radiothérapie	38
d) Chimiothérapie.....	38
e) Hormonothérapie	38
f) Thérapie ciblée	38
g) Les stratégies thérapeutiques.....	38
5) Cancer des femmes aux âges extrêmes.....	39
a) Femmes jeunes	39
b) Femmes âgées	40

6)	Cancer du sein chez l'homme	40
7)	Écoulement mamelonnaire spontané unicanalaire persistant.....	40
8)	Maladie de Paget du mamelon	40
a)	Sans anomalie clinique ou en imagerie ni anomalie limitée à la région rétro-aréolaire ..	40
b)	En cas d'association à un adénocarcinome à distance de la plaque aréolo- mamelonnaire (lésion multicentrique)	41
XI.	RECIDIVE	42
1)	Récidive métastatique	42
2)	Récidive loco-régionale isolée	42
a)	Récidive après traitement d'un carcinome canalaire in situ.....	42
b)	Récidive après traitement pour cancer invasif	43
XII.	SURVEILLANCE	45

I. PRINCIPES GENERAUX

Ce référentiel constitue des propositions thérapeutiques qui servent de fondements aux avis émis en réunion de concertation pluridisciplinaire. Il doit être apprécié sous la responsabilité de médecins dans le respect des principes déontologiques d'indépendance et d'exercice personnel de la médecine conformément à l'article 64 du code de déontologie médicale, et en fonction de l'état pathologique du patient.

Ce référentiel a été élaboré par des professionnels de santé sur base de leur expertise, de l'état des connaissances scientifiques au moment de leur élaboration. Ainsi, il ne peut être exclu qu'au moment de leur consultation pour la pratique médicale quotidienne, les données mises à disposition soient incomplètes, inexactes ou obsolètes. Il revient aux professionnels de santé de déterminer et de décider, sous leur responsabilité, de faire ou non application des référentiels.

Conformément à la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, « lorsque le praticien propose au patient de ne pas appliquer l'avis de la RCP mais de recourir à un autre traitement, il doit pouvoir le justifier et il est nécessaire de le mentionner dans le dossier ».

Article 64 (article r.4127-64 du code de la santé publique)

« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

II. CONTRIBUTEURS

Coordination du groupe régional Sénologie :

Dr MP. CHAUVET, Chirurgien, Centre Oscar Lambret

Relecture présentielle – Réunion du groupe de professionnels « Sénologie » :

Dr A. AULIARD, Oncologue Radiothérapeute, Centre de Cancérologie Les Dentellières, Valenciennes

Pr J. BONNETERRE, Oncologue Médical, Centre Oscar Lambret

Pr P. COLLINET, Chirurgien Gynécologique, CHRU de Lille

Dr A. COURTECUISSÉ DEGREDEL, Oncologue Radiothérapeute, Centre Joliot Curie, Saint Martin Boulogne

Dr L. GASNAULT, Oncologue Médical, Centre Joliot Curie, Saint Martin Boulogne

Dr C. GIRAUD, Oncologue Médicale, Centre Léonard de Vinci, Dechy

Dr A. HENNI, Oncologue Radiothérapeute, Centre Marie Curie, Arras

Dr S. ILIE, Oncologue Médicale, CH Dunkerque

Dr N. LERICHE, Oncologue Médicale, CH Tourcoing

Dr P. MAES, Oncologue Médicale, Centre Bourgogne, Lille

Dr A. MAILLIEZ, Oncologue Médicale, Centre Oscar Lambret

Dr T. MARMOUSEZ, Chirurgien, Clinique de Flandre, Coudekerque-Branche

Dr D. PASQUIER, Oncologue Radiothérapeute, Centre Oscar Lambret

Dr H. RHLIOUCH, Oncologue Radiothérapeute, Centre Marie Curie, Arras

Envoi au groupe de professionnels « Sénologie Gynécologie » - relecteurs :

Dr F. DARLOY, Oncologue Radiothérapeute, Centre Léonard de Vinci, Dechy

Dr C. DESAUW, Oncologue Médical, CHRU de Lille

Dr S. DEWAS, Oncologue Radiothérapeute, Centre Bourgogne, Lille

Dr D. DUTHOIT, Anatomopathologiste, Pôle Santé Dunkerque

Dr A. FOURNIER, Chirurgien viscéral et digestif, Hôpital Privé Arras Les Bonnettes

Dr S. GIARD, Chirurgien général, Centre Oscar Lambret

Dr J. GROSJEAN, Oncologue Médicale, Centre de Cancérologie Les Dentellières, Valenciennes

Dr P. MAES, Oncologue Médicale, Centre Bourgogne, Lille

Dr T. MARMOUSEZ, Chirurgien général, Clinique de Flandre, Coudekerque Branche

Dr O. OLSZYK, Oncologue Radiothérapeute, Centre Galilée, Lille

Dr J. PHALIPPOU, Chirurgien Gynécologique, CH Valenciennes

Dr C. REGIS, Chirurgien, Centre Oscar Lambret

Dr H. RHLIOUCH, Oncologue Radiothérapeute, Centre Marie Curie, Arras

Dr M. TOKARSKI, Oncologue Radiothérapeute, CH Lens

Dr L. VANLEMMENS, Oncologue Médicale, Centre Oscar Lambret

III. DECISION THERAPEUTIQUE EN CANCEROLOGIE

Annexe 2 de la Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie :

Principes de fonctionnement des RCP :

- Tous les dossiers des patients atteints de cancer doivent être enregistrés par le secrétariat de la RCP ;

- Quel que soit le traitement initial envisagé, chirurgie, radiothérapie, ou chimiothérapie, les dossiers qui doivent être obligatoirement discutés en RCP avant mise en route du traitement sont ceux qui ne relèvent pas de référentiels validés et actualisés (standards) ou dont le réexamen s'impose chaque fois qu'il y a un changement significatif d'orientation thérapeutique.

- Les dossiers qui répondent à une procédure standard de prise en charge, ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire, traduite par un référentiel de pratique clinique validé et actualisé, peuvent, pour ne pas retarder l'acte thérapeutique, ne pas faire l'objet d'une discussion initiale en RCP ; ces dossiers sont enregistrés ; les situations qui répondent à ce standard sont définies par le réseau régional de cancérologie ;

- En cas d'acte de radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence, la discussion du dossier du patient en RCP pourra avoir lieu après l'intervention ; le dossier ne sera pas seulement enregistré après l'acte : il devra donner lieu à une réelle discussion en RCP ;

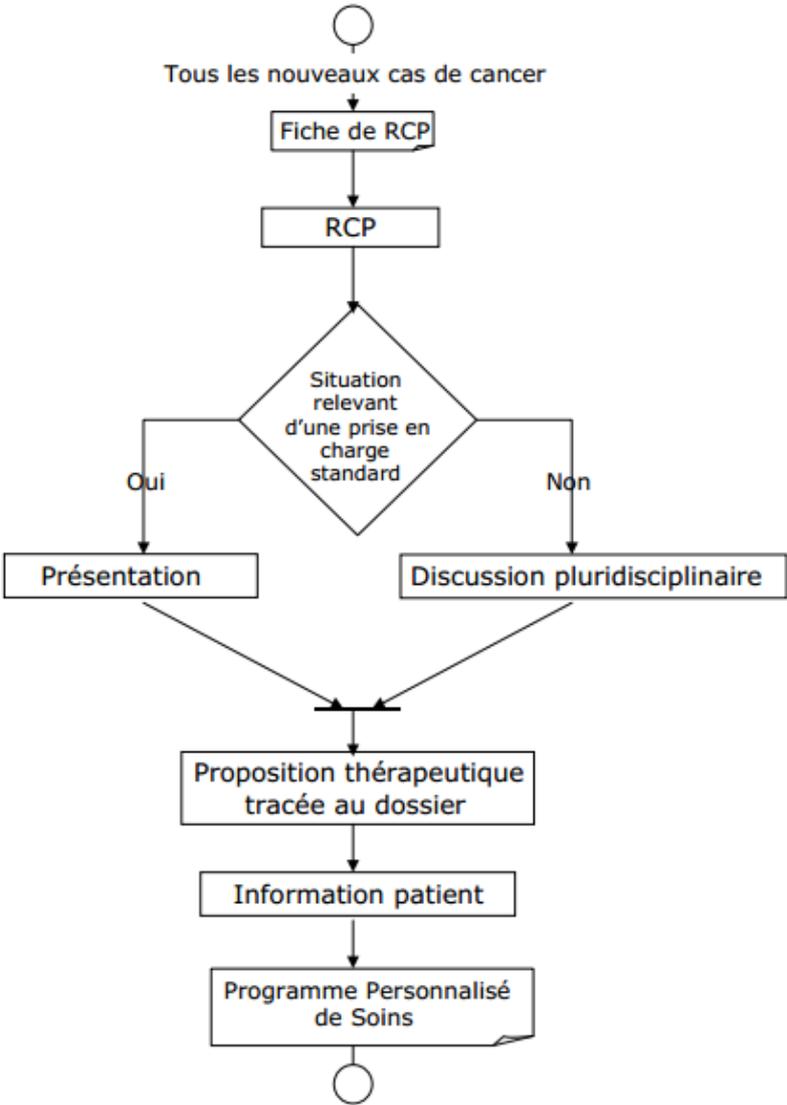
- Les soins de support sont intégrés dans l'organisation des RCP.

Fiche RCP régionale Sénologie (Cf. Annexe 1)

juin 2006



Décision thérapeutique en cancérologie



IV. EXIGENCES QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE

Les modalités de prise en charge du patient font l'objet d'une discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) tenant compte de son âge, du Performance Status (PS), de ses comorbidités, du stade TNM, des caractéristiques biologiques de la tumeur et de la situation sociale. Les informations sont transmises dans les meilleurs délais au médecin traitant.

Les différents aspects de la maladie et des traitements sont expliqués au patient et à ses proches. Des documents d'information sur les différents aspects de la maladie et des thérapeutiques sont disponibles et remis au patient, ainsi qu'un document traçant le Parcours Personnalisé de Soins (PPS).

Les protocoles et schémas thérapeutiques sont écrits, disponibles, connus et régulièrement actualisés. Il existe des protocoles relatifs à la prise en charge des effets secondaires.

Le patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge de la douleur.

Le patient doit bénéficier de soins de support (diététique, réhabilitation...) tout au long de la prise en charge.

Le patient peut bénéficier de soins palliatifs par une équipe et/ou une structure spécialisée, fixe ou mobile.

Le patient et sa famille peuvent bénéficier d'une prise en charge psychologique et d'une prise en charge sociale.

En cas de constatation de plusieurs cas de cancers dans la famille du patient, une consultation d'oncogénétique peut être proposée.

La participation à un protocole de recherche clinique doit être envisagée à toutes les étapes de la maladie.

V. CHARTE GRAPHIQUE

La charte graphique permet de concevoir de manière identique les arbres de décision dans chaque référentiel régional.

L'arborescence décisionnelle est constituée des formes suivantes:

	Situation de prise en charge
	Question
	Diagnostic / Examens
	Chirurgie
	Radiothérapie
	Traitement médical spécifique (Chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, ...)
	Traitement combinés (Radiothérapie Chimiothérapie concomitante, ...)
	Suivi / Surveillance
	Discussion en RCP

Ce protocole thérapeutique concerne les tumeurs épithéliales communes. En raison de leur rareté, ni les sarcomes, ni les lymphomes ne sont envisagés ici.

VI. BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

1) Bilan systématique

- Antécédents
- Examen clinique avec schéma daté (siège et mensurations des lésions, ganglions)
- Imagerie
 - Mammographie bilatérale + échographie mammaire avec exploration axillaire +/- ponction/cyto si ganglion suspect
 - IRM mammaire en cas de discordance radio/clinique avant traitement conservateur. L'IRM mammaire n'est pas systématique mais est souhaitable chez les femmes de moins de 40 ans et en cas de carcinome lobulaire invasif selon la densité mammaire.

Le diagnostic de cancer du sein est HISTOLOGIQUE et cette preuve histologique doit être obtenue, chaque fois que possible, par des méthodes percutanées (micro ou macrobiopsies)

2) Bilan complémentaire

Indications de bilan d'extension (recommandations INCA 2012):

Avant chirurgie :

- T3, T4,
- N+ clinique

Après chirurgie

- en cas d'envahissement ganglionnaire macroscopique et/ou de facteurs pronostiques défavorables

Ce bilan peut être réalisé par FDG-TEP/CT ou par TDM thoraco-abdominopelvien ou radio de thorax + échographie hépatique (+ scintigraphie osseuse si symptomatique), selon les disponibilités locales. En première intention on privilégiera la réalisation d'un FDG-TEP-CT.

3) Classification TNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes, 7^{ème} édition, 2010

Sous localisation anatomiques

1. Mamelon (C50.0)
2. Région centrale (C50.1)
3. Quadrant supéro-interne (C50.2)
4. Quadrant inféro-interne (C50.3)
5. Quadrant supéro-externe (C50.4)
6. Quadrant inféro-externe (C50.5)
7. Prolongement axillaire (C50.6)

T : Tumeur

TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ
Tis (DCIS)	Cancer intra-canaux in situ
Tis (LCIS)	Cancer lobulaire in situ
Tis (Paget)	Maladie de Paget du mamelon sans carcinome invasif associé et/ou carcinome in situ (DCIS et/ou LCIS) dans le parenchyme mammaire sous-jacent. Les carcinomes du parenchyme mammaire associés à une maladie de Paget sont classés selon la taille et les caractéristiques de la tumeur mammaire parenchymateuse, bien que la notion de maladie de Paget associée doit être enregistrée.
T1	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
Note : la micro-invasion est l'extension des cellules cancéreuses à travers la membrane basale dans les tissus adjacents sans former de foyer > 0,1 cm dans sa plus grande dimension. Lorsqu'il existe de multiples foyers de micro-invasion, on ne tient compte que du plus grand pour la classification (ne pas additionner la taille de tous les foyers). La présence de multiples foyers de micro-invasion doit être notée, comme c'est le cas pour les tumeurs invasives multiples.	
T1mi	Micro-invasion ≤ 0,1 cm dans sa plus grande dimension
T1a	Tumeur > 0,1 cm et ≤ 0,5 cm dans sa plus grande dimension
T1b	Tumeur > 0,5 cm et ≤ 1 cm dans sa plus grande dimension
T1c	Tumeur > 1 cm et ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T2	Tumeur > 2 cm et ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension
T3	Tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension
T4	Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique et/ou à la peau (ulcération ou nodules cutanés)
Note : L'invasion du derme seul ne classe pas en T4. La paroi thoracique comprend les côtes, les muscles intercostaux et grand dentelé, mais ne comprend pas le muscle pectoral.	
T4a	Extension à la paroi thoracique (invasion du muscle pectoral exclue)
T4b	Œdème cutané (y compris la « peau d'orange ») ou ulcération cutanée du sein, ou nodules de perméation cutanés limités au même sein.
T4c	A la fois 4a et 4b
T4d	Carcinome inflammatoire
Note : Le carcinome inflammatoire du sein est caractérisé par une induration cutanée diffuse et tendue, à bords érysipéloïdes, habituellement sans tumeur palpable sous-jacente. Si la biopsie de la peau est négative et s'il n'y a pas de cancer primitif localisé mesurable, un carcinome inflammatoire clinique (T4d) est classé pTX sur le plan histopathologique. Une dépression cutanée, la rétraction du mamelon ou toute autre modification des téguments, à l'exception de celles retenues pour les catégories T4b et T4d, peuvent exister avec T1, T2 ou T3 sans influencer sur le classement.	

N : Ganglions régionaux

Nx	Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire (du fait, par exemple, d'une exérèse antérieure)
N0	Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional
N1	Ganglions axillaires de niveau I et II homolatéraux mobiles
N2	Métastases dans un ou plusieurs ganglions axillaires de niveau I et II homolatéraux fixé(s) ou confluents ou dans un ou plusieurs ganglions mammaires internes homolatéraux cliniquement détectables en l'absence de métastase ganglionnaire axillaire cliniquement évidente.
N2a	Métastases dans un ou plusieurs ganglion(s) axillaire(s) fixé(s) entre eux (confluents) ou à d'autres structures
N2b	Métastases cliniquement détectables uniquement dans les ganglions mammaires internes, et en l'absence de métastase ganglionnaire axillaire cliniquement décelable
N3	Métastases dans les ganglions sous-claviculaires homolatéraux (niveau III) avec ou sans envahissement ganglionnaire axillaire (niveau I, II) ou métastase ganglionnaire mammaire interne homolatérale cliniquement détectable* en présence de métastase ganglionnaire axillaire (niveau, I, II) cliniquement évidente ; ou métastases ganglionnaires sus-claviculaires homolatérales avec ou sans envahissement ganglionnaire axillaire ou mammaire interne
<p>* Cliniquement détectable signifie : détecté par un examen clinique ou par l'imagerie (lymphoscintigraphie exclue) et présentant des caractéristiques hautement suspectes de malignité, ou suspicion histopathologique de macro-métastase fondée sur l'analyse cytologique d'un prélèvement par cytoponction. La confirmation par cytoponction sans biopsie exérèse d'une maladie métastatique cliniquement détectable est désignée par le sigle (f), comme par exemple cN3(f).</p> <p>En l'absence d'attribution du pT, l'exérèse biopsie d'un ganglion ou le prélèvement d'un ganglion sentinelle sont classés selon la classification clinique N, par exemple cN1. Lors de l'exérèse biopsie d'un ganglion ou du prélèvement d'un ganglion sentinelle, la classification histopathologique (pN) n'est utilisée que si le statut pT a pu être attribué</p>	
N3a	Métastase(s) ganglionnaire(s) sous-claviculaire(s)
N3b	Métastases ganglionnaires mammaires internes et axillaires
N3c	Métastase(s) ganglionnaire(s) sus-claviculaire(s)

M : Métastases à distance

Mx	Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
M0	Absence de métastases à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

4) Concordance classification TNM/Stade

Stade 0	Tis	N0	M0
Stade IA	T1	N0	M0
Stade IB	T1	N1mi	M0
Stade IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stade IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stade IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
Stade IIIB	T4	qqsN	M0
	qqsT	N3	M0
Stade IV	qqsT	qqsN	M1

5) Classification de Chevallier

1. absence de toute cellule tumorale histologiquement, et pas de métastase axillaire
2. présence de carcinome in situ dans le sein, sans cellule tumorale invasive ET pas de métastase axillaire
3. présence de cellules carcinomateuses résiduelles avec altérations stromales comme de la sclérose et de la fibrose
4. peu ou pas de modifications de l'apparence de la tumeur

6) Classification de Sataloff

Tumeur primaire mammaire

- TA : effet thérapeutique total ou presque total
- TB : effet thérapeutique de plus de 50 % mais pas total
- TC : moins de 50 % d'effet thérapeutique
- TD : pas d'effet thérapeutique

Ganglions axillaires

- NA : évidence d'un effet thérapeutique, pas de maladie résiduelle
- NB : pas de métastase ou d'effet thérapeutique
- NC : évidence d'un effet thérapeutique mais métastase axillaire toujours présente
- ND : métastase axillaire toujours présente et viable et pas d'effet thérapeutique

7) Classification pTNM

pT : Tumeur primitive

La classification histo-pathologique nécessite l'examen de la tumeur primitive sans tumeur macroscopique au niveau des limites d'exérèses. Une tumeur associée à une tumeur microscopique à cette limite sera classée pT. La classification pT correspond à la classification T.

Dans la classification pT, la taille de la tumeur mesure la composante invasive. S'il existe une tumeur importante avec une faible composante invasive, la tumeur est codée pT1a.

Pour les carcinomes in situ :

- pTis : carcinome in situ
- pTis (DCIS) : ductal carcinoma in situ
- pTis (LCIS) : lobular carcinoma in situ
- pTis (Paget's) : maladie de Paget seule sans CCIS

La classification histopathologique exige la vérification de l'absence de tumeur perceptible en limite d'exérèse. Pour un cas donné, la classification pT n'est possible que si l'éventuelle invasion sur un bord de la pièce opératoire n'est que microscopique.

Les catégories pT correspondent aux catégories T.

Note : Pour la classification pT, la taille de la tumeur est fondée sur la mesure de la composante *invasive*. S'il y a un important contingent d'in situ (de 4 cm par exemple), et une petite composante invasive (de 0,5 cm par exemple), la tumeur sera codée pT1a.

pN : Adénopathies régionales

La classification histopathologique exige la résection et l'examen au minimum des ganglions axillaires inférieurs (niveau I). Une telle exérèse comporte habituellement au moins 6 ganglions lymphatiques. Si les ganglions régionaux sont négatifs mais que le nombre habituellement examiné n'est pas atteint, la tumeur est classée comme pN0.

pNx	Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire (pas de contrôle ou exérèse antérieure)
pN0	Pas d'envahissement des ganglions régionaux*
*Les CTI sont des cellules tumorales isolées ou de petits amas de cellules ne mesurant pas plus de 0,2 mm dans leur plus grande dimension qui sont habituellement détectés par les colorations H & E ou par immunohistochimie. Un critère supplémentaire a été proposé pour inclure des amas cellulaires de moins de 200 cellules dans une seule coupe histologique. Les ganglions contenant uniquement des CTI sont exclus du compte des ganglions positifs dans le cadre de la détermination du N mais doivent être comptabilisés dans le nombre total de ganglions examinés.	
pN1	Micrométastases ou métastases dans 1 à 3 ganglions axillaires homolatéraux et/ou ganglions mammaires internes avec métastases microscopiques détectées par exérèse du ganglion sentinelle mais non cliniquement apparentes ¹
pN1mi	Micrométastases (de plus de 0,2 mm et/ou de plus de 200 cellules, mais dont aucune n'excède 2 mm dans sa plus grande dimension)
pN1a	Métastases dans 1 à 3 ganglions axillaires dont une au moins mesure plus de 2 mm dans sa plus grande dimension
pN1b	Métastases mammaires internes avec métastases microscopiques ou macroscopiques détectées par exérèse du ganglion sentinelle mais non cliniquement apparentes ¹
pN1c	Métastases dans 1 à 3 ganglions axillaires et mammaires internes avec métastases microscopiques ou macroscopiques détectées par exérèse du ganglion sentinelle mais non cliniquement apparentes ¹
pN2	Métastases dans 4 à 9 ganglions axillaires homolatéraux ou ganglions mammaires internes homolatéraux cliniquement apparents ¹ en l'absence de métastase ganglionnaire axillaire
pN2a	Métastases dans 4 à 9 ganglions axillaires lymphatiques dont un au moins mesure plus de 2 mm

pN2b	Métastases dans des ganglions mammaires cliniquement apparents en l'absence de métastases ganglionnaires axillaires
pN3	Métastases dans une des situations suivantes :
pN3a	Métastases dans 10 ganglions lymphatiques axillaires ou plus (au moins une > 2 mm) ou métastases dans les ganglions sous-claviculaires
pN3b	Métastases dans les ganglions lymphatiques mammaires internes homolatéraux cliniquement apparents ¹ en présence de ganglions axillaires positifs ; ou métastases dans plus de 3 ganglions axillaires et dans les ganglions lymphatiques mammaires internes avec métastases microscopiques ou macroscopiques détectées par exérèse du ganglion sentinelle mais non cliniquement apparent.
pN3c	Métastase(s) ganglionnaire(s) sus-claviculaire(s) homolatérales

ypN post-thérapeutique

- Le statut ypN post-thérapeutique doit être établi selon les mêmes méthodes que pour la classification clinique (préthérapeutiques) N. Le sigle sn ne peut être utilisé que si l'examen du ganglion sentinelle a été réalisé après le traitement. S'il n'existe aucun symbole associé, cela signifie que l'évaluation du statut des ganglions axillaires a été réalisée par évidement axillaire.
- Dans le cas où en post-thérapeutique, il n'y a eu ni examen du ganglion sentinelle, ni évidement axillaire, la classification X (ypNX) doit être utilisée.
- Les catégories N sont les mêmes que celles du pN.

8) Classification des lésions à risque

- **DIN : Ductal Intra-Neoplasia :**
 - remplace CCIS, HCA et atypies planes

Classification OMS (TAVASOLLI, 2000)

Ancienne terminologie	HCS	Atypies planes	HCA	CIC bas grade	CIC grade intermédiaire	CIC haut grade
DIN	UDH	DIN 1A	DIN 1B	DIN 1C	DIN2	DIN3

HCS : hyperplasie canalaire simple
HCA : hyperplasie canalaire atypique
CIC : carcinome intracandalaire

DIN : ductal intraepithelial neoplasia
UDH : usual ductal hyperplasia

- **LIN : Lobular Intra-Neoplasia :**
 - remplace CLIS et HLA

Ancienne terminologie	HLA		CLIS
LIN	LIN 1	LIN 2	LIN 3

9) Classification OMS (TAVASOLLI, 2003)

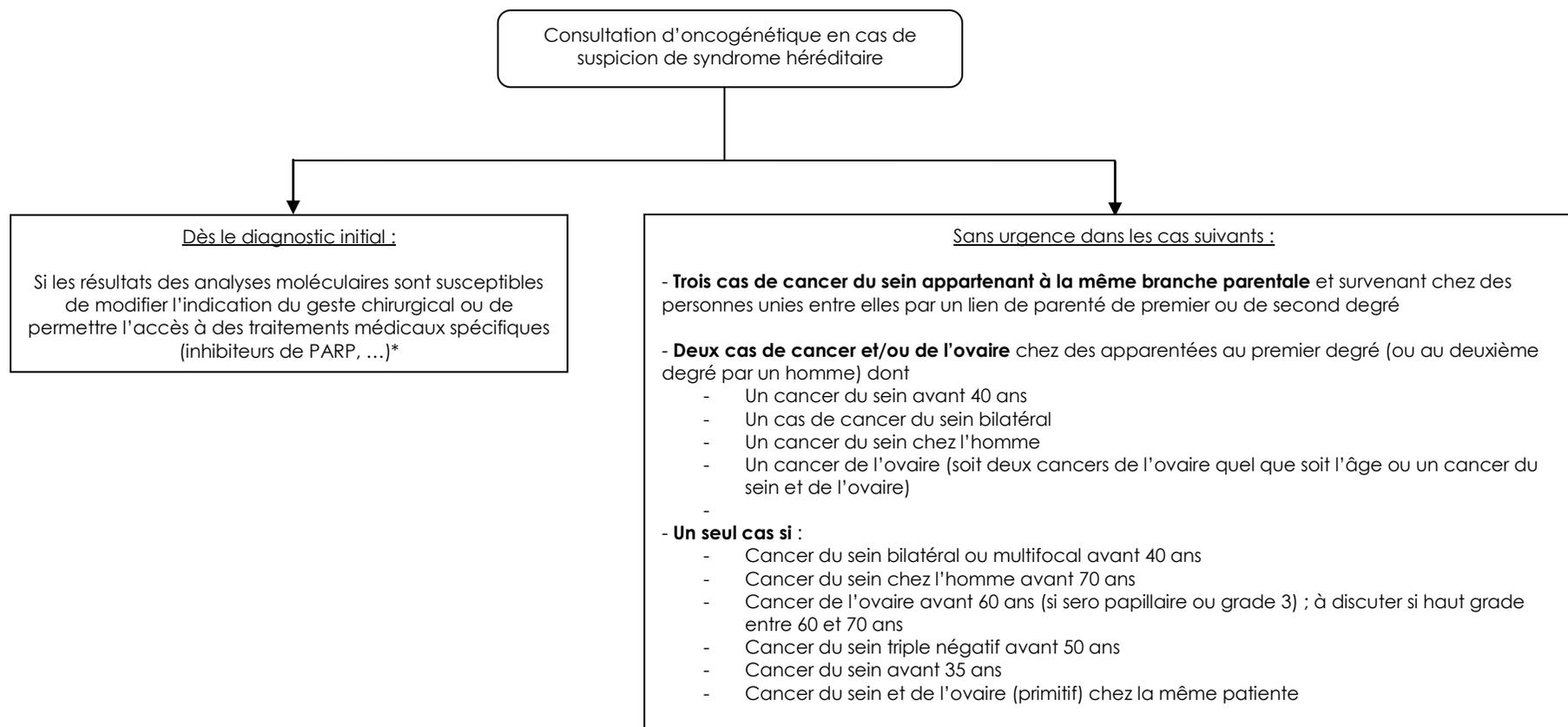
Grade	Description	Equivalent
LIN 1	Remplacement partiel ou complet, ou, déplacement des cellules épithéliales normales des acini à l'intérieur de un ou plusieurs lobules par la prolifération de cellules généralement uniformes qui peuvent remplir, mais non distendre, les lumières acineuses atteintes, comparé aux acini adjacents non atteints.	HLA
LIN 2	Prolifération plus abondante de cellules identiques remplissant et distendant certains ou tous les acini. Les bordures acineuses restent distinctes et séparées avec persistance de stroma entre les différents acini. Quelques lumières acineuses résiduelles peuvent persister.	HLA ou CLIS
LIN 3	Type 1 : prolifération de cellules identiques, mais parfois des cellules plus atypiques peuvent prédominer. Un paramètre important est le degré massif de distension des acini de telle façon que les acini peuvent apparaître confluents. Le stroma interacineux est rarement visible (macroacinar LIN). Type 2 : cellules proliférantes de type « bague à chaton » ou pleomorphe. Dans ce cas-là, une distension acineuse importante peut ne pas être présente (signet ring cell LIN, pleomorphic LIN). Type 3 : distension acineuse avec nécrose centrale (necrotic LIN).	CLIS

LIN : lobular intraepithelial neoplasia.

HLA : hyperplasie lobulaire atypique.

CLIS : carcinome lobulaire in situ.

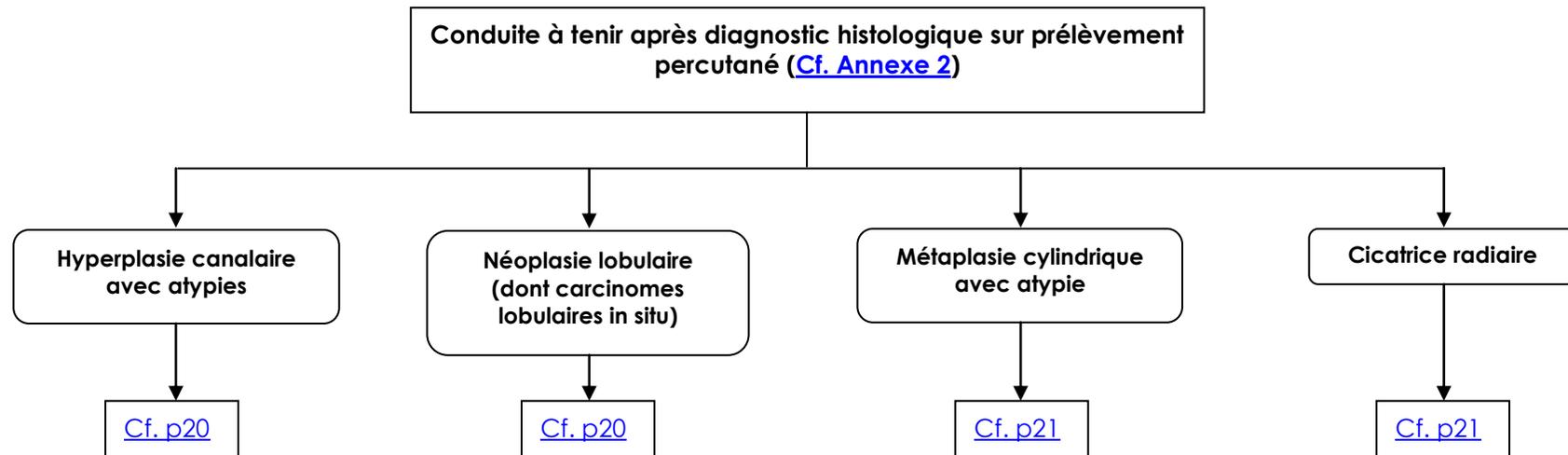
10) Consultation d'oncogénétique

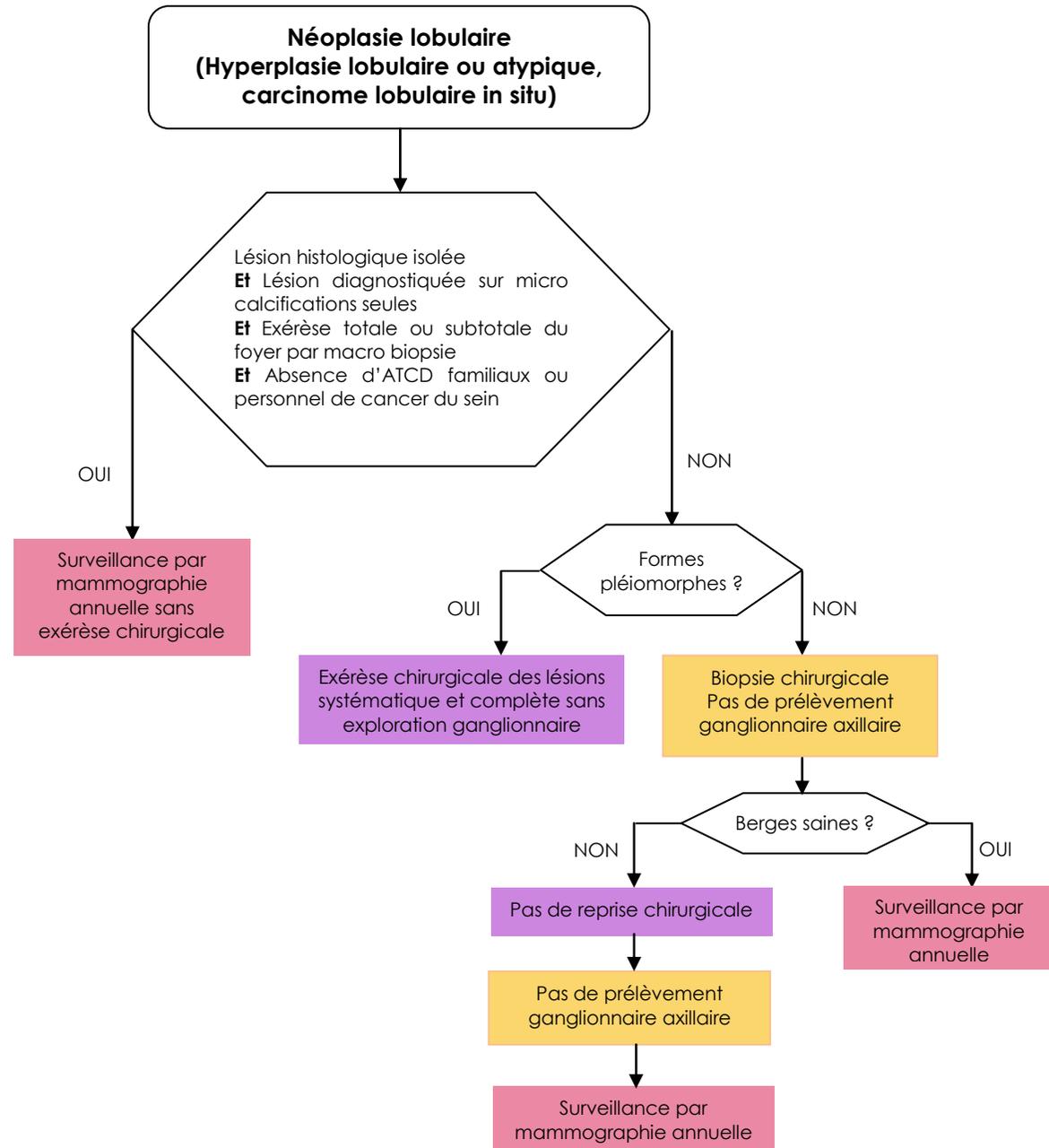
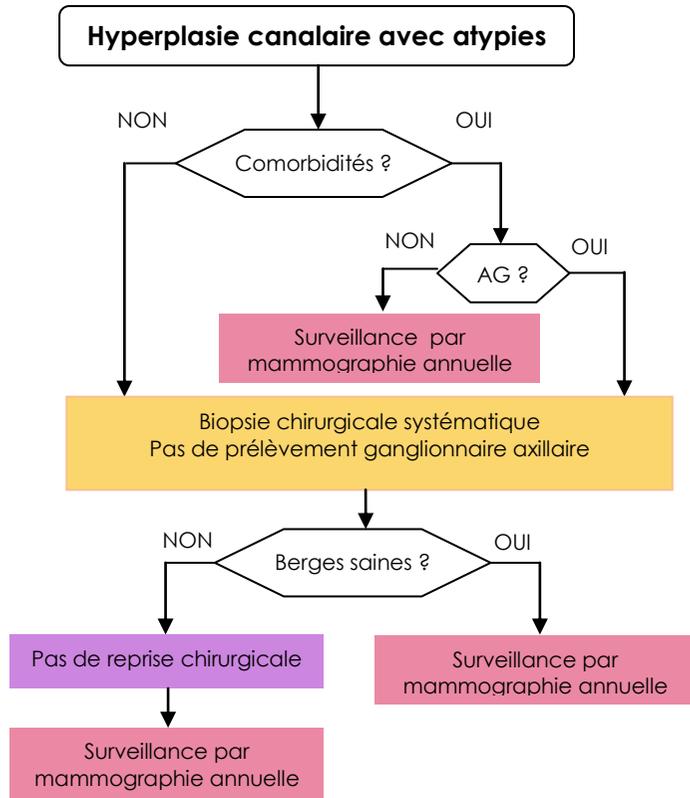


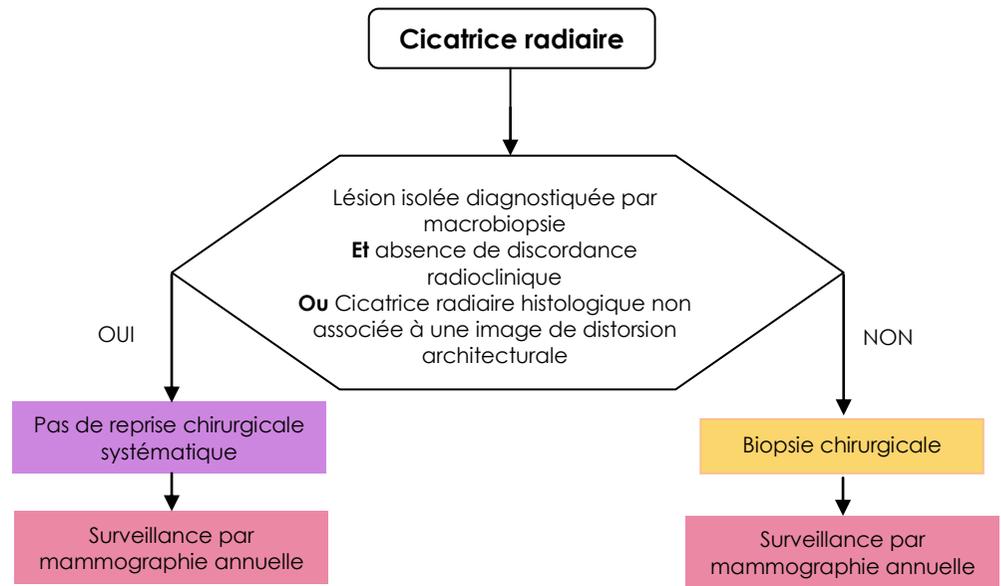
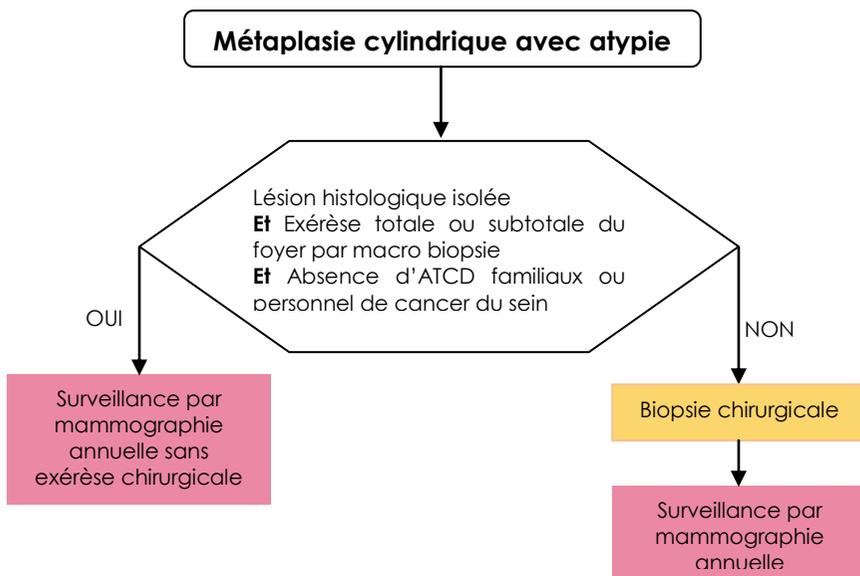
* Les résultats d'analyses moléculaires (Mutation BRCA1/2) peuvent être disponibles en quelques semaines en cas de nécessité

VII. Prise en charge des patientes présentant un sur risque

1) Le sur risque histologique

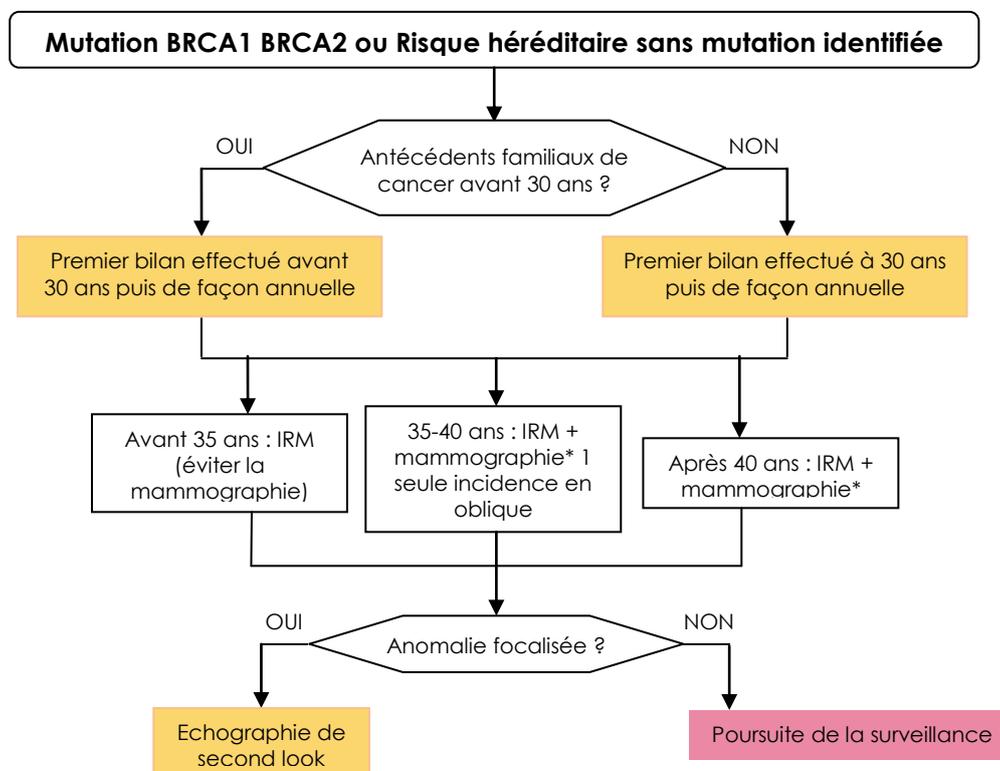






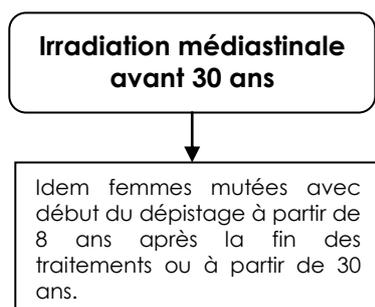
2) Le sur risque héréditaire

La mastectomie bilatérale prophylactique est une option de prise en charge, qui sera discutée en fonction de la demande de la patiente qui devra recevoir une information éclairée et qui ne sera réalisée qu'après un délai de réflexion indispensable.



* La mammographie sera réalisée avec un système numérique plein champ

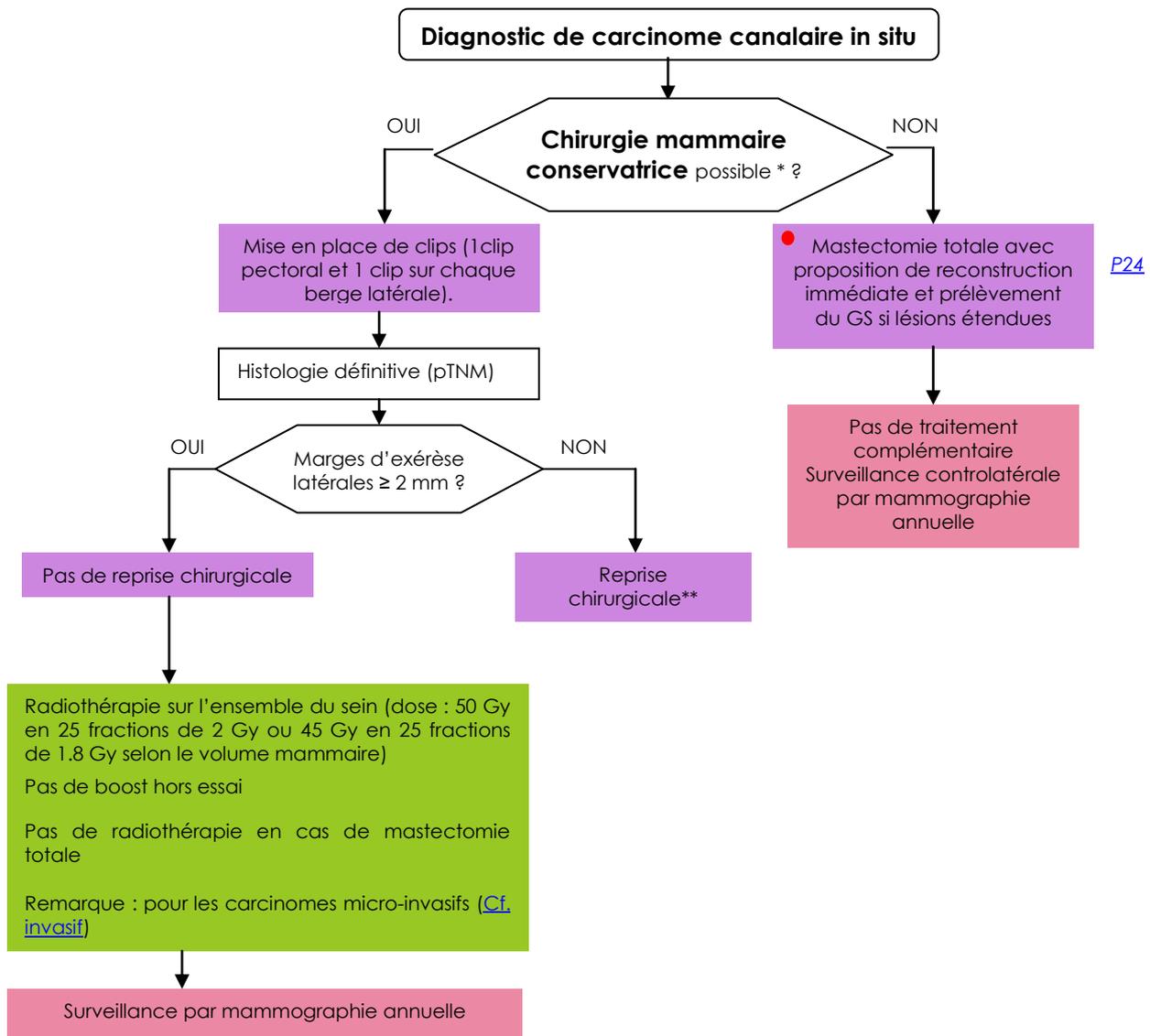
Autres cas :



Si absence de mutation identifiée, évaluation du risque individuel en consultation d'oncogénétique :

- Risque très élevé : recommandations identiques aux femmes mutées
- Risque élevé : Le dépistage par mammographie n'est pas recommandé avant 40 ans. MMG annuelle de 40 à 50 ans puis dépistage organisé
- Risque non significativement augmenté : dépistage organisé

VIII. Le carcinome canalaire in situ



* Possible techniquement et selon le souhait de la patiente

** La décision de reprise chirurgicale tiendra compte du risque de récurrence locale (âge, grade, taille du foyer radiologique initial) et des comorbidités. La reprise chirurgicale sera soit partielle jusqu'à l'obtention de marges saines, soit totale.

Hormonothérapie :

On ne retient pas d'indication d'hormonothérapie systématique.

NB : Carcinome lobulaire In Situ ([Cf. Sur risque histologique](#))

● Chirurgie mammaire radicale

La pièce sera adressée en anatomopathologie à l'état frais. Une radiographie de cette pièce sera réalisée pour ciblage des prélèvements.

En cas de reconstruction immédiate, la plaque aréolomamelonnaire (PAM) ne pourra être conservée que si les images radiologiques sont à distance (>2cm) de la plaque.

En cas de conservation de la PAM, faire un prélèvement retro PAM pour étude histologique définitive. Si atteinte du mamelon sur l'histologie définitive, indication d'exérèse secondaire du mamelon

Exploration axillaire

En cas de traitement conservateur :

- Indication de prélèvement du ganglion sentinelle (GS) en cas de micro-invasion sur les prélèvements percutanés.
- L'indication peut être discutée en cas de masse palpable associée ou en cas de geste d'exérèse partielle large (oncoplastie).

En cas de traitement radical en raison de l'étendue des lésions : prélèvement systématique du GS

Dans tous les cas :

- Pas d'indication de curage d'emblée
- En cas d'échec de détection du GS : pas de curage
- Pas d'indication d'extemporané pour l'analyse du GS dans ces indications
- Décision en fonction de l'histologie définitive
 - Si macro-métastase : curage axillaire
 - Si micro-métastase et CCIS pur à l'examen histopathologique définitif : pas de curage.

IX. Le carcinome invasif

1) Le cancer non inflammatoire et non métastatique

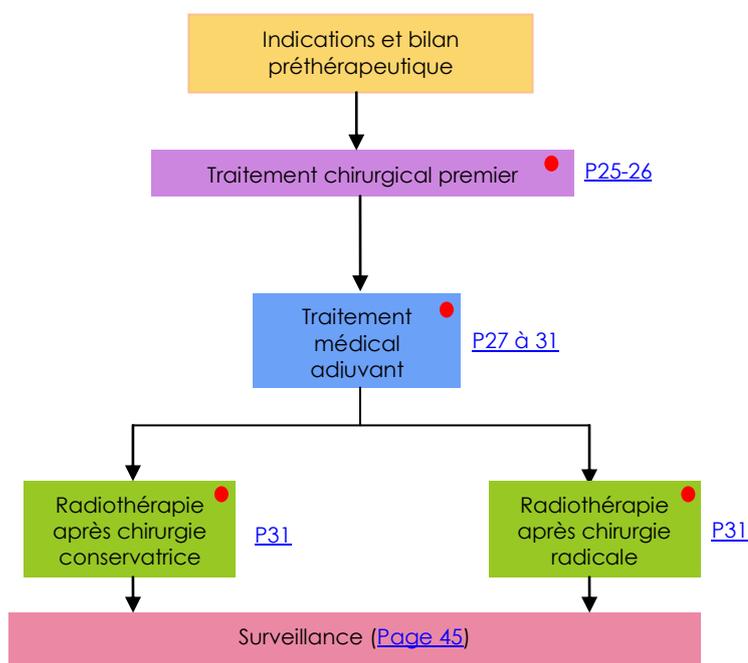
(T1-T4 (a-c), N0, N1, M0)

a) Traitement chirurgical premier

Si la lésion est infra clinique : zonectomie précédée d'un repérage.

En l'absence de diagnostic préalable, l'examen extemporané sera demandé s'il existe une tumeur palpable sur la pièce de taille suffisante ($\geq 10\text{mm}$) et si cela change le geste opératoire (prélèvement ganglionnaire), la patiente ayant donné son accord préalable à cet éventuel changement.

Dans les autres cas la décision chirurgicale n'est prise qu'après l'examen anatomo-pathologique définitif des prélèvements percutanés.



o Chirurgie

Chirurgie mammaire

En fonction du siège et/ou du volume relatif de la tumeur et du sein :

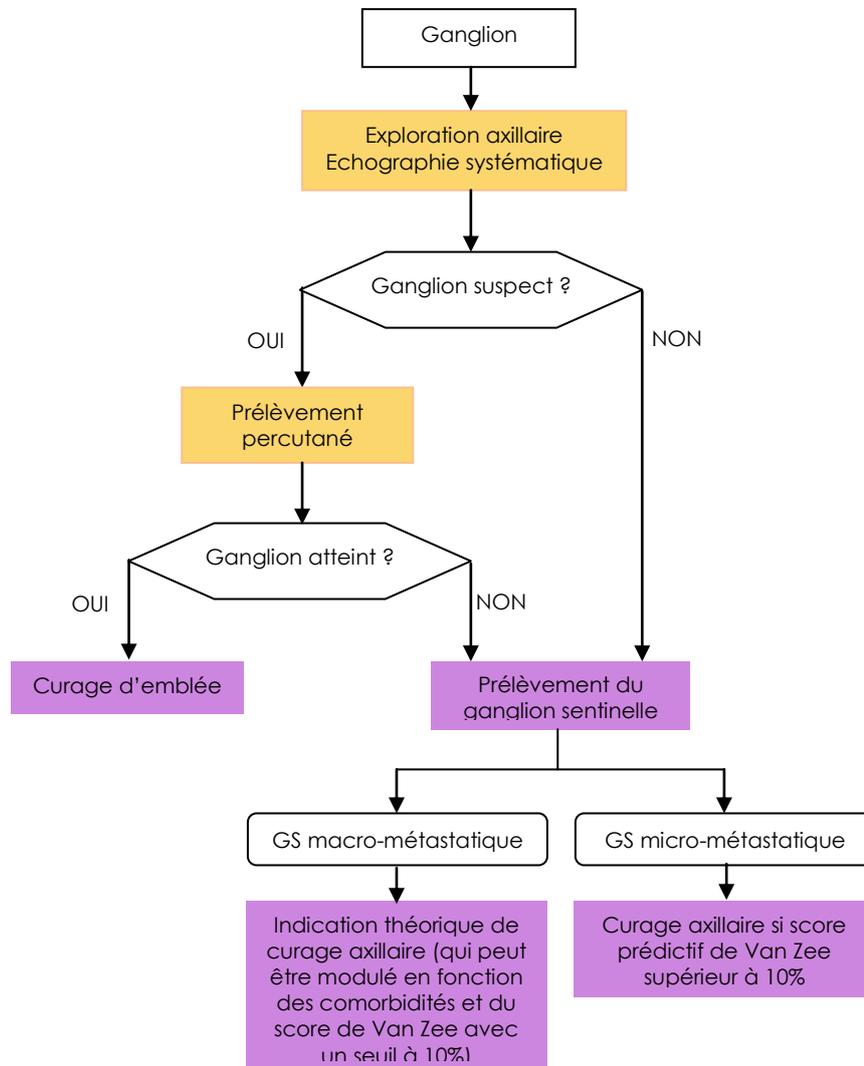
- **soit chirurgie conservatrice** avec repérage du lit cicatriciel par clips (cf. CCIS) :
 - Marges d'exérèse latérales $\geq 2\text{mm}$: pas de reprise chirurgicale
 - Marges d'exérèse entre 0 et $< 2\text{mm}$: Discuter d'une éventuelle reprise chirurgicale

La décision de reprise chirurgicale tiendra compte du risque de récurrence locale (âge, critères biologiques tumoraux, atteinte focale, étendue des berges et comorbidités). Il est possible de différer cette reprise après la chimiothérapie

- **soit mastectomie totale.**

Exploration ganglionnaire

Quel que soit la présentation clinique (taille, multifocalité, N...), on propose une évaluation ganglionnaire axillaire systématique par échographie avec prélèvement percutané si ganglion suspect.



La présence de cellules tumorales isolées n'est pas une indication de curage axillaire.
La décision de reprise en curage axillaire sera pondérée par les comorbidités associées.

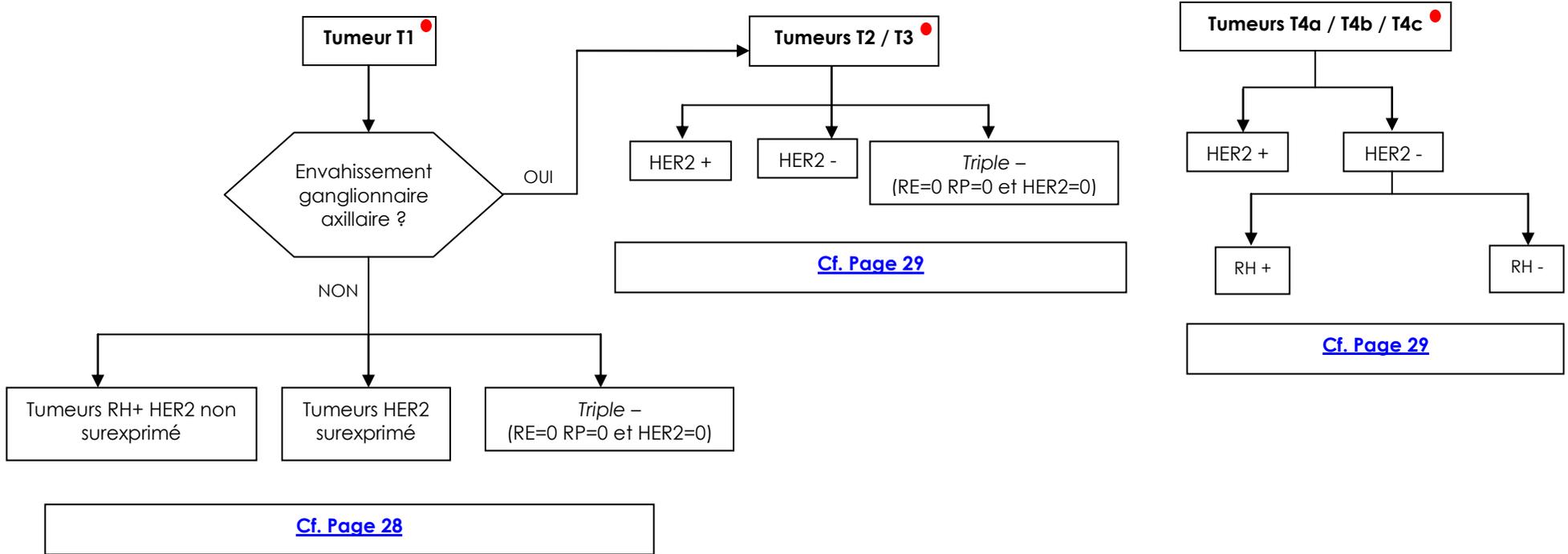
Cas particuliers : découverte fortuite d'un cancer invasif sur pièce opératoire : indication de reprise en GS si score pré-opératoire de Van Zee > 10%. En cas d'échec de détection : curage axillaire.

o Traitement médical adjuvant

Indications du traitement adjuvant médical

Cf. Logigramme décisionnel ci-dessous

Logigramme décisionnel : Indications du traitement adjuvant médical après chirurgie première



RCP

Tumeur T1

⇒ Sans envahissement ganglionnaire axillaire

Tumeurs RH+ HER2 non surexprimé

<5mm	0,5 à 1 cm		1,1 à 2 cm		
Tous grades	Grade 1-2	Grade 3	Grade 1	Grade 2	Grade 3
HT Pas de CT	HT Pas de CT	HT CT à discuter si facteurs péjoratifs (prolifération élevée, Ki67 > 14%, embols, index mitotique)	HT Pas de CT	HT CT à discuter si facteurs péjoratifs (prolifération élevée, Ki67 > 14%, embols, index mitotique)	HT CT

Tableau 1 : Traitement des patientes atteintes d'un cancer du sein sans envahissement ganglionnaire HER2- RH+ (chez les femmes de moins de 70 ans)

L'hormonothérapie est indiquée pour une durée de 5 ans mais elle pourra être discutée en particulier en cas de tumeurs de bon pronostic et/ou de patientes âgées.

Tumeurs HER2 surexprimé

< 1 cm		> 1 cm	
RH+		RH-	
Tous grades			
< 5mm	> 5 mm		> 1 cm
Hormonothérapie CT + Trastuzumab à discuter si - prolifération élevée -ou Grade -3 Les tumeurs microinvasives sont exclues de ce tableau	Hormonothérapie CT + Trastuzumab Si Grade 1 et Ki67 <15% absence de CT+ T et indication HT seule à discuter	CT + Trastuzumab Si grade 1 et Ki67 <15% absence de CT+ T à discuter	Hormonothérapie CT + Trastuzumab A discuter si grade 1 et Ki67 <15% CT + Trastuzumab

Tableau 2 : Traitement des patientes sans envahissement ganglionnaire HER2 surexprimé (chez les femmes de moins de 70 ans)

NB en cas de discordance entre RH, HER2, grade et Ki67 demander une relecture anapath.

Tumeurs Triple négatives

La définition d'une tumeur triple négative est RE=0 ET RP=0 ET HER2=0.

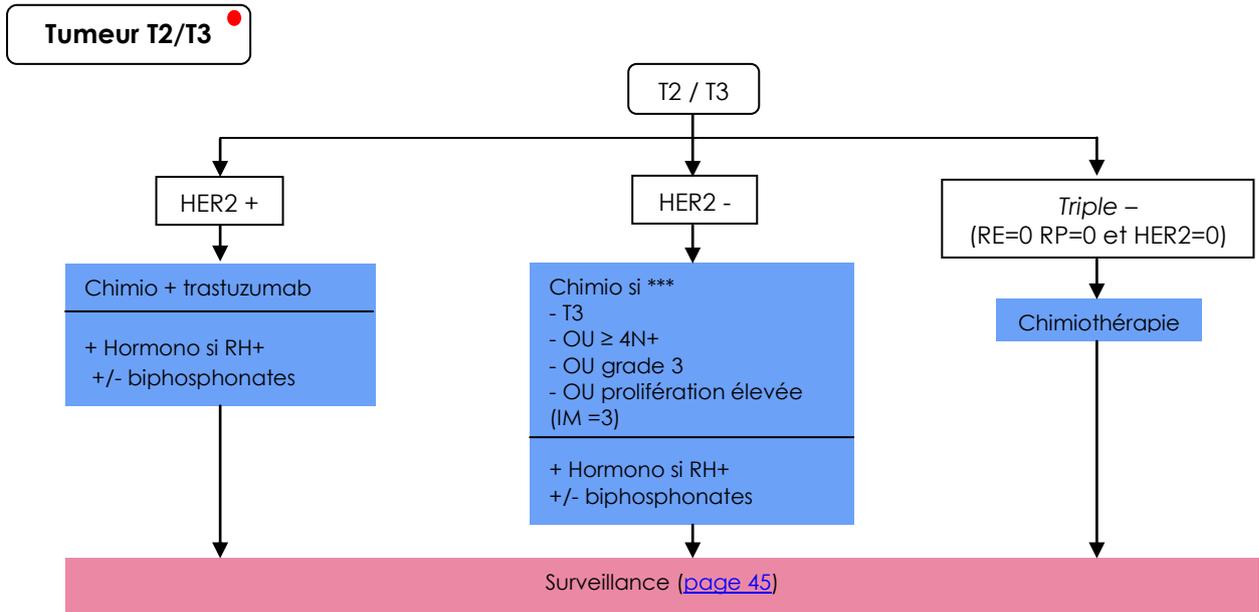
< 0,5 cm	> 0,5 cm	
Tous grades	Grade 1	Grade 2-3
Pas de chimiothérapie	Nécessité d'une relecture anatomopathologique Chimiothérapie	Chimiothérapie

Tableau 3 : Traitement des patientes atteintes d'un cancer du sein sans envahissement ganglionnaire triple négatif.

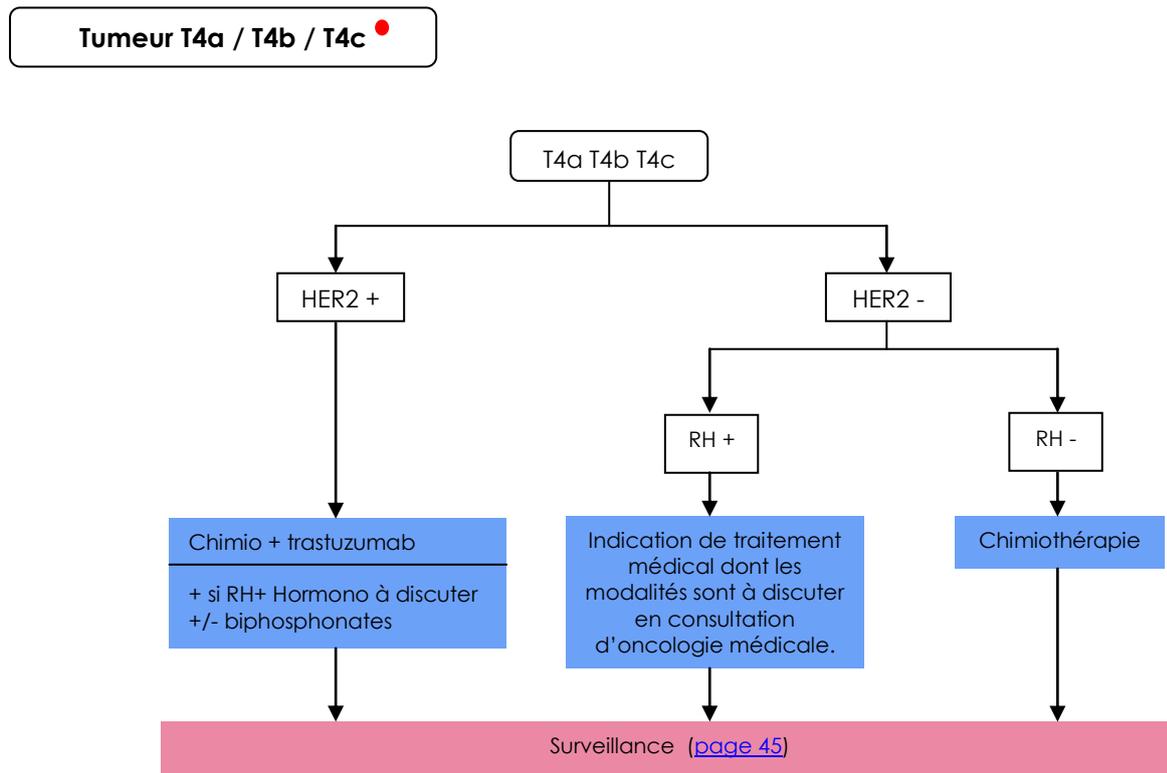
Surveillance (Cf. Page45)

⇒ **En cas d'envahissement ganglionnaire axillaire**

En cas d'envahissement ganglionnaire macrométastatique, se reporter aux critères du paragraphe T2/T3.



***Les autres situations sont à discuter au vu de l'ensemble des critères.



Cas des types histologiques particuliers (type apocrine, médullaires, adénoïdes kystiques, mucineux)

Le type histologique habituellement triple négatif de ces tumeurs ne constitue pas en lui-même une indication de chimiothérapie.

En présence d'un autre facteur pronostique péjoratif (par ex 4N+, etc, ...), l'indication de chimiothérapie demeure.

Carcinome lobulaire infiltrant non pléiomorphe

Lors de la discussion des traitements médicaux adjuvants et néoadjuvants, la moins bonne chimiosensibilité des CLI non pléiomorphes devra être prise en compte.

Carcinome lobulaire infiltrant pléiomorphe

Les CLI pléiomorphes seront considérés de la même façon que les carcinomes canauxaires infiltrants.

Modalités du traitement médical

Chimiothérapie (CT)

La chimiothérapie est de type séquentielle pour toutes les patientes et ceci indépendamment du statut N+.

Elle consiste en 3 cures de EC100 (Epirubicine 100 mg/m², Cyclophosphamide 500 mg/m²) suivies de 3 cures de Docetaxel (100 mg/m²). Le Docetaxel peut être remplacé par le Paclitaxel hebdo, l'EC par le FEC.

En cas de contre-indication aux anthracyclines on peut proposer une chimiothérapie de type protocole Docetaxel-Cyclophosphamide, 6 cycles sauf en cas de mauvaise tolérance.

En cas de surexpression de HER2, il existe une indication à un traitement par Trastuzumab débuté au moment de la 1^{ère} cure de Docetaxel. La posologie est 8 mg/kg à la 1^{ère} injection puis de 6 mg/kg toutes les 3 semaines. La durée du traitement est de 1 an (soit 18 injections).

Le protocole TCH (Docetaxel, Carboplatine, Trastuzumab) peut être utilisé en particulier en cas de risque de cardiotoxicité.

Pendant le traitement par Trastuzumab, la Fraction d'Ejection Ventriculaire Gauche sera évaluée tous les 3 mois.

Pour les patientes avec envahissement ganglionnaire, une alternative au protocole 3FEC100-3Docetaxel peut être un schéma séquentiel 4 AC (Doxorubicine 60mg/m², Cyclophosphamide 600 mg/m²) puis 12 Paclitaxel hebdomadaire (80 mg/m²).

En cas de surexpression de HER2, le Trastuzumab sera débuté de manière contemporaine au Paclitaxel.

Hormonothérapie (HT)

Femmes en activité génitale

Indication à une hormonothérapie par Tamoxifène.

En cas de contre-indication au tamoxifène ou mauvaise tolérance, un traitement par analogues de la LHRH est proposé seul pour une durée de 3 ans ou associé à un inhibiteur de l'aromatase en cas de facteurs de mauvais pronostic pour une durée totale d'hormonothérapie de 5 ans.

Femmes ménopausées

La ménopause, lorsqu'elle est évaluée avant la mise en route de tout traitement, est définie par l'absence de règles pendant 1 an ou par un profil biologique compatible. Lorsqu'elle est chimio-induite elle est définie par l'absence de règles pendant 2 ans.

Il existe alors une indication à une hormonothérapie soit par inhibiteurs de l'aromatase soit par tamoxifène selon le choix de l'oncologue.

Un traitement alternatif peut consister en un traitement séquentiel par tamoxifène pendant 2 à 3 ans suivi d'un traitement par inhibiteurs de l'aromatase pendant 2 à 3 ans.

La durée totale de l'hormonothérapie est de 5ans. Un traitement hormonal d'une durée supérieure à 5 ans peut se discuter pour les tumeurs très hormonosensibles avec une masse tumorale importante.

Les modalités de surveillance consistent :

- sous Tamoxifène en un examen gynécologique annuel et en une échographie pelvienne annuelle.
- sous inhibiteurs de l'aromatase en un bilan lipidique une fois par an et en une ostéodensitométrie à l'instauration du traitement et à 2 ans. Si ostéoporose, prise en charge spécifique.

Biphosphonates

Un traitement par biphosphonates peut être discuté chez les femmes ménopausées avec tumeur hormonosensible et masse tumorale importante et/ou plus de 3 ganglions envahis.

Ce traitement sera débuté de manière contemporaine à l'hormonothérapie et sera poursuivi toute la durée de l'hormonothérapie.

En cas d'utilisation d'aminobiphosphonates, le traitement est administré après bilan stomatologique et rénal.

Le type de biphosphonates, les modalités d'administration et la durée du traitement sont laissés à l'appréciation de l'oncologue (Zoledronate IV 4 mg / an, Clodronate PO 800 mg *2/jours)

o Radiothérapie après chirurgie

Après chirurgie conservatrice

Irradiation du sein systématique : 50 Gy en 25 fractions de 2 Gy ou 45 Gy en 25 fractions de 1,8 Gy selon le volume mammaire.

Boost : recommandé avant 70 ans (16 Gy en 8 fractions).

Après 60 ans, l'indication du boost peut être modulée en fonction de l'état général du patient et des facteurs tumoraux (tels que le grade histopronostique, l'état des berges, la présence de carcinome in situ et d'embolies vasculaires péritumoraux).

Irradiation des aires ganglionnaires :

- Si \geq pN1 (pN1mi exclus) : RT sus et sous clav + CMI
- Option pour les pN0 (i- et i+), pN1mi : RT sus et sous clav +/- CMI pour les tumeurs internes ou centrales en fonction de la taille (> 2 cm), de l'âge et de la présence d'embolies vasculaires.

Un schéma d'irradiation mammaire hypofractionné peut être proposé notamment en l'absence d'indication :

- D'une surimpression tumorale (boost) (à moduler, cf. infra)
- De chimiothérapie (néo) adjuvante
- D'irradiation ganglionnaire

Il doit être en particulier considéré en cas de tumeur T1, T2, N0, RH+, de bas grade histopronostique, en l'absence d'embolie vasculaire péritumoral et après résection en berges saines.

L'irradiation partielle du sein ne se conçoit que dans le cadre d'essais randomisés contrôlés.

Après chirurgie radicale

Irradiation pariétale : (50 Gy/ 2 Gy)

- Si au moins un de ces facteurs est présent : pT3, \geq pN1 (pN1mi exclu), sexe masculin, indication d'irradiation des aires ganglionnaires.
- Ou en cas d'association de 2 facteurs parmi : âge < 40, multifocalité macroscopique, grade 2 ou 3, embolies vasculaires.

Le phénotype tumoral (HER+++ , triple négative) et la localisation (pT2N0 des QI ou centraux) peuvent renforcer l'indication.

Boost de la cicatrice (10 ou 16 Gy / 2 Gy) à discuter si atteinte cutanée ou musculaire en anapath

Irradiation des aires ganglionnaires (50 Gy) :

- Si \geq pN1 (pN1mi exclus) : RT sus et sous clav + CMI
- Option pour les pN0 (i- et i+), pN1mi : RT sus et sous clav +/- CMI pour les tumeurs internes ou centrales en fonction de la taille (> 2 cm), de l'âge et de la présence d'embolies vasculaires.

Après reconstruction :

Les indications d'irradiation sont les mêmes qu'après traitement radical.

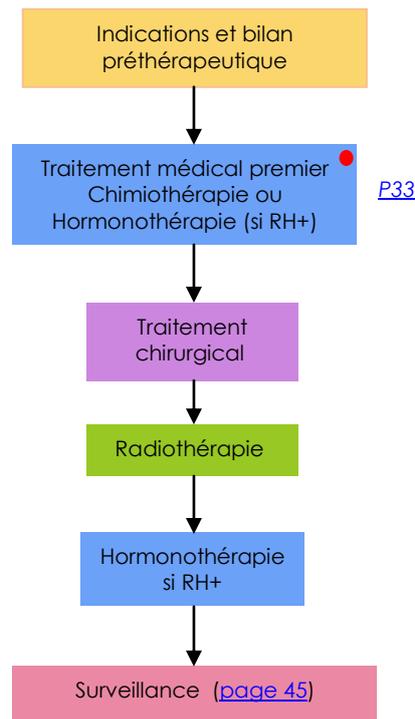
La réalisation d'une reconstruction immédiate doit se faire dans le cadre d'une concertation chirurgien – radiothérapeute, après information du patient des risques éventuels.

Hypofractionnement

Les schémas hypofractionnés suivants peuvent être utilisés : 42, 5 Gy/16 fr sur 22 jours, 41,6 Gy/13 fr sur 5 semaines et 40 Gy/15 fr sur 3 semaines.

Une vigilance particulière doit être apportée afin de limiter la dose cardiaque, pulmonaire, au sein controlatéral et assurer l'homogénéité des doses au sein du volume cible

b) Traitement médical premier



o Indications et bilan préthérapeutique

- Tumeurs volumineuses non accessibles à un traitement conservateur.
- Indication de chimiothérapie si tumeurs fortement proliférantes et/ou rapidement évolutives.
- Hormonothérapie première si tumeur fortement hormonosensible à discuter au cas par cas
- Bilan pré thérapeutique ([cf. page 11](#)) comportant si possible une IRM mammaire pré et post chimiothérapie.

o Modalités du traitement médical

• **Chimiothérapie**

La **chimiothérapie est séquentielle** à base d'anthracycline et/ou taxanes (molécules et posologie [cf. page 30](#)). Elle comprend 6 à 8 cures avec réévaluation tumorale clinique après chaque cycle, et évaluation radiologique entre les 2 séquences et avant chirurgie.

En cas de surexpression d'HER2, un traitement par Trastuzumab est indiqué.

Quelle que soit la réponse histologique, pas d'indication à une chimiothérapie adjuvante post néoadjuvante. Repérage tumoral par pose de CLIP sauf si indication de mastectomie post chimiothérapie déjà posée (multifocalité non accessible à un traitement conservateur, CCIS étendu associé, ...) le plus tôt possible.

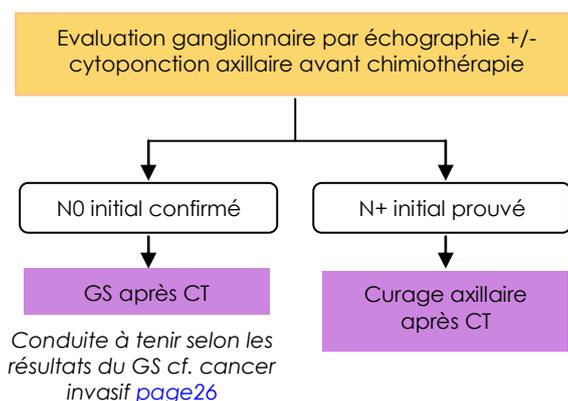
• **Hormonothérapie**

Tamoxifène pour les femmes en activité génitale.

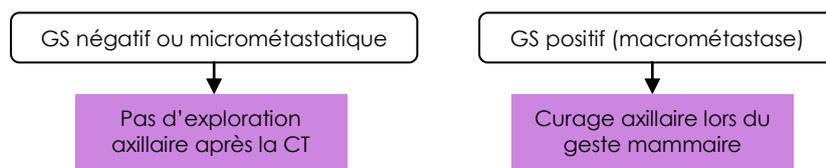
Tamoxifène ou inhibiteurs de l'aromatase pour les femmes ménopausées

Durée minimale de traitement de 6 mois avant évaluation.

o Traitement chirurgical après chimiothérapie



Remarque : le GS peut être prélevé avant la chimiothérapie.



Le geste chirurgical mammaire dépendra de la réponse clinique et radiologique (y compris IRM si réalisée en préthérapeutique).

→ Si poursuite évolutive d'emblée, discussion au cas par cas.

o Radiothérapie

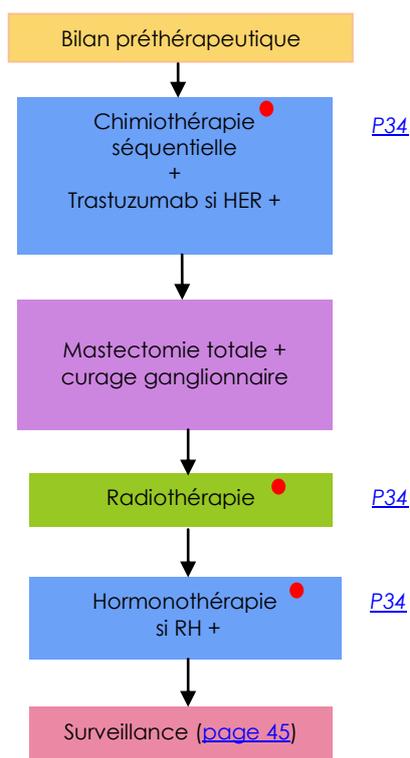
• **Irradiation du sein**

: cf. chirurgie conservatrice ([Cf. Page 31](#))

• **Irradiation de la paroi**

: cf. chirurgie radicale ([Cf. Page 31](#))

2) Le cancer du sein inflammatoire



Indication formelle d'une chimiothérapie première + Trastuzumab si HER2 surexprimé avant mastectomie totale + curage ganglionnaire.

● Modalités de chimiothérapie

Chimiothérapie séquentielle telle qu'en situation adjuvante ([Cf. page 30](#)). En cas de surexpression d'HER2, un traitement par Trastuzumab est indiqué. Réévaluation en cours de chimiothérapie. En cas de poursuite évolutive sous chimiothérapie : changement de protocole avec éventuellement radio-chimio concomitante. (à base de 5FU / Capécitabine, ou Paclitaxel)

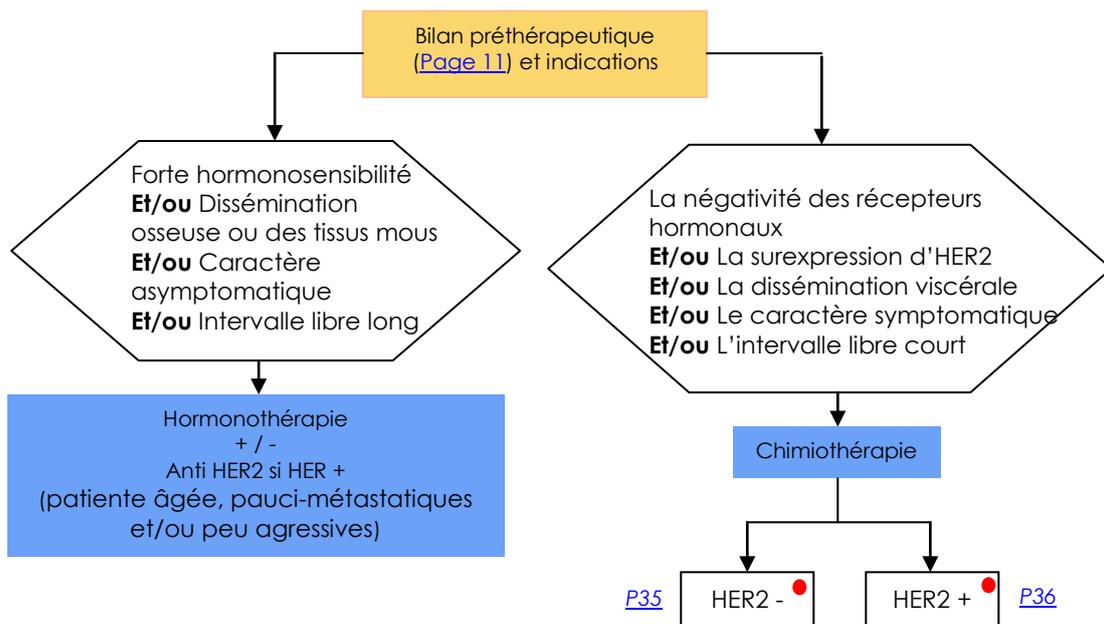
● Modalités de radiothérapie

[Cf. page 31](#) – Radiothérapie après chirurgie radicale.

● Modalités d'hormonothérapie

Après chirurgie et radiothérapie, en cas de positivité des récepteurs hormonaux : indication d'hormonothérapie ([Cf. page 30](#)).

3) Le cancer métastatique



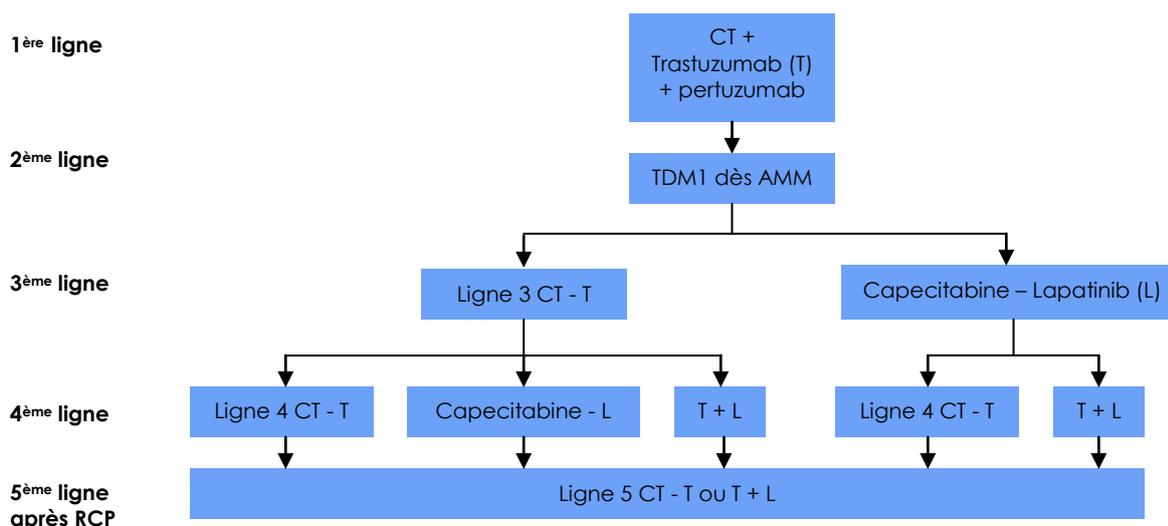
● Protocole de chimiothérapie si tumeur HER2 négatives

Ligne	Molécules
1 ^{ère} ligne	Anthracyclines Docetaxel Paclitaxel / Bevacizumab Si maladie agressive, rechute précoce, tumeur triple négative, prolifération élevée Paclitaxel hebdomadaire Si patiente fragile, perturbations biologiques hépatiques Capecitabine Si tumeurs lentement évolutives
2 ^{ème} ligne	Anthracyclines Docetaxel Capecitabine Paclitaxel hebdomadaire Carbo Gemzar Eribulin
3 ^{ème} ligne et au-delà	Anthracyclines Docetaxel Capecitabine Vinorelbine Gemcitabine Paclitaxel hebdomadaire Carbo Gemzar Eribulin Cyclophosphamide oral

Chimiothérapie en cas de tumeur HER2 positives

Ligne	Molécules
1 ^{ère} ligne	Docetaxel / Trastuzumab (T) / Pertuzumab Paclitaxel hebdomadaire / Trastuzumab Si patiente fragile, perturbations biologiques hépatiques Capecitabine / Trastuzumab Si tumeurs lentement évolutives HT + thérapies anti Her2
2 ^{ème} ligne et au-delà En dehors des anthracyclines, discuter le bénéfice de l'association du Trastuzumab	TDM1 Capecitabine / Trastuzumab Paclitaxel hebdomadaire / Trastuzumab Vinorelbine / Trastuzumab Capecitabine / Lapatinib (L) Lapatinib / Trastuzumab Eribulin / Trastuzumab Gemcitabine / Trastuzumab Anthracyclines

Algorithme des protocoles contenant des thérapies anti Her2



L'intérêt de poursuivre un traitement anti HER2 se justifie sur le plan théorique mais aucune étude ne prouve l'intérêt de l'association au-delà de la 2^{ème} ligne.

A toutes les étapes de la prise en charge, la possibilité d'une inclusion dans une étude clinique doit être discutée.

Durée des traitements :

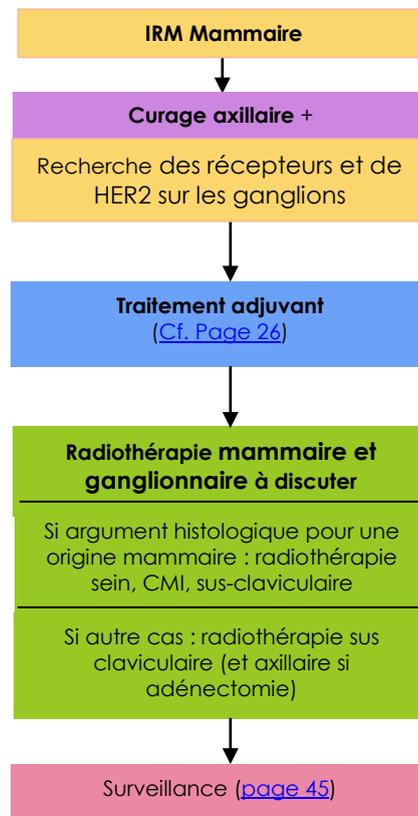
En dehors de problème de toxicité, la chimiothérapie sera poursuivie jusqu'à reprise évolutive ou atteinte de la dose totale.

En dehors de problème de toxicité, les thérapies ciblées seront poursuivies jusqu'à reprise évolutive.

Le traitement loco-régional peut se discuter au cas par cas.

X. Cas particuliers

1) Ganglions axillaires métastatiques sans cancer primitif découvert



2) Cancer du sein bilatéral

Chacune des deux tumeurs est traitée comme un cancer unique en fonction de ses caractères pronostiques tant pour le traitement loco-régional que pour le traitement adjuvant.

3) Cancers multiples

Traitement chirurgical

Mastectomie totale avec preuve histologique sur au moins 2 lésions.
Un traitement conservateur peut être proposé si l'exérèse des lésions est possible par une mastectomie partielle monobloc. Dans ce cas, une IRM préopératoire pour vérifier l'absence d'autres lésions est à réaliser.

Exploration ganglionnaire

Pour l'évaluation ganglionnaire, se référer au chapitre cancer invasif.

Traitements adjuvants

Mêmes principes que pour les tumeurs unifocales (Cf. page 27).
La taille retenue est la somme des tailles des différentes tumeurs.

4) Cancer du sein au cours de la grossesse

Les cas de cancer du sein au cours de la grossesse sont à déclarer auprès du registre national : <http://www.cancer-et-grossesse.fr/>

Adaptation des décisions thérapeutiques et de la séquence thérapeutique à l'âge gestationnel, au stade de la maladie et au choix de la patiente en concertation pluridisciplinaire (gynéco-obstétriciens, oncologues, chirurgiens, radiologues et pédiatres).

a) Interruption de grossesse

Non justifiée par le cancer lui-même, car elle n'améliore pas le pronostic. Cependant, lorsque le diagnostic est posé avant 12 SA et que le traitement chirurgical n'est pas possible, la préservation de la grossesse entraîne un retard thérapeutique.

Ce retard thérapeutique et les conséquences doivent être clairement expliqués à la patiente.

b) Chirurgie

Possible à tout âge de la grossesse

Non spécifique chez la femme enceinte

Mastectomie partielle ou mastectomie totale avec curage axillaire

La pratique du ganglion sentinelle est faisable (par technique isotopique – Bleu à éviter).

c) Radiothérapie

Contre-indiquée pendant la grossesse

Sera faite après l'accouchement

d) Chimiothérapie

Contre-indiquée au 1^{er} trimestre, possible aux 2^{èmes} et 3^{ème} trimestres

Peut être utilisée après le 1^{er} trimestre dès 14 semaines d'aménorrhée (SA) : avec anthracyclines 4 cures (type FEC ou EC), sans risque majeur pour le fœtus et la mère puis Paclitaxel hebdomadaire 12 cures

A éviter en fin de grossesse, dans les 3 semaines précédant l'accouchement pour éviter la myélosuppression qui pourrait augmenter le risque d'infection post-accouchement et le risque de neutropénie chez l'enfant.

Incompatible avec l'allaitement en période *post partum* (cyclophosphamide, 5-FU, doxorubicine passent dans le lait maternel)

e) Hormonothérapie

Le tamoxifène est contre-indiqué pendant la grossesse car tératogène

f) Thérapie ciblée

Des cas d'oligoamnios ont été rapportés avec le Trastuzumab

Le Trastuzumab est donc contre-indiqué pendant la grossesse et sera débuté après l'accouchement. Il est également contre indiqué pendant l'allaitement.

g) Les stratégies thérapeutiques

Le bilan d'extension, s'il est nécessaire, sera fait en post partum.

Les indications de chimiothérapie sont identiques aux indications en dehors d'une grossesse.

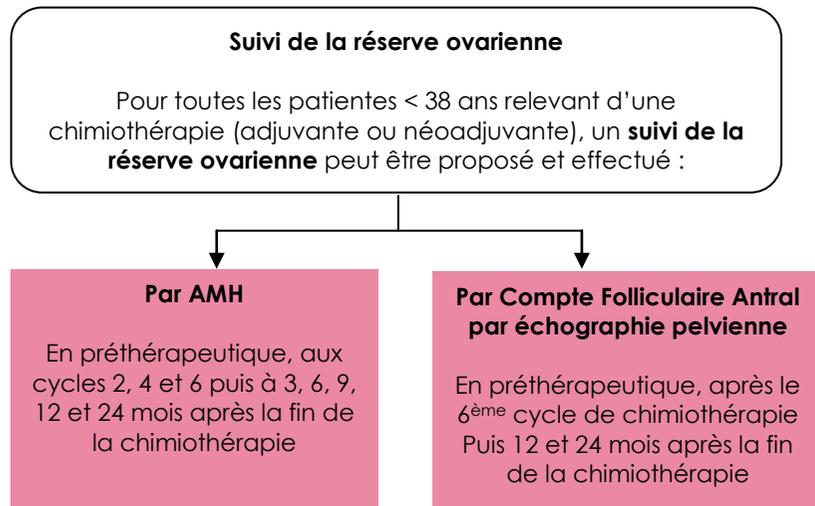
Concernant les soins de support, l'aprepitant est contre-indiqué.

Pour toute question sur le risque des médicaments pendant la grossesse, il convient de consulter le site du Centre de Référence des Agents Tératogènes : <http://www.lecrat.org/>

5) Cancer des femmes aux âges extrêmes

a) Femmes jeunes

Equipe d'onco-repro : cancerfertilit@o-lambret.fr



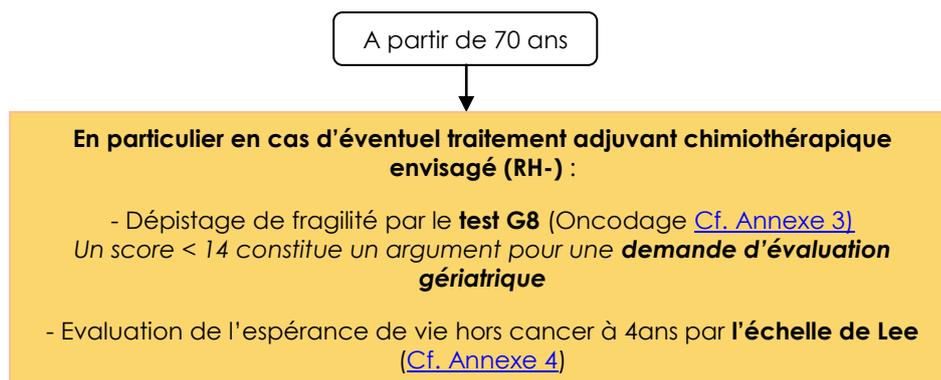
Préservation de la fertilité sous forme de stimulation ovarienne et congélation embryonnaire ou ovocytaire

Pour toutes les patientes < 38 ans relevant d'une chimiothérapie adjuvante et au cas par cas en fonction des motivations et de la situation carcinologique jusque 40 ans, une **préservation de la fertilité sous forme de stimulation ovarienne et congélation embryonnaire ou ovocytaire** peut être proposée selon le souhait de la patiente et du conjoint éventuel

Préservation effectuée selon les standards de la médecine de la reproduction dans un **déla**i de **2 à 6 semaines**

La chimiothérapie peut débuter après la ponction ovocytaire

b) Femmes âgées



Traitement habituel chaque fois que possible.

Dans les autres cas :

Si RH+ hormonothérapie

Adapter le traitement local

6) Cancer du sein chez l'homme

Même traitement que chez la femme mais **mastectomie totale systématique** si opérable (éventuellement ganglion sentinelle).

Traitement médical adjuvant et radiothérapie (cf. protocole du cancer du sein de la femme).

(Trastuzumab / chimiothérapie / Tamoxifène)

Indication de **consultation d'oncogénétique** (Cf. Page 18) si patient < 70 ans.

7) Ecoulement mamelonnaire spontané unicanalaire persistant

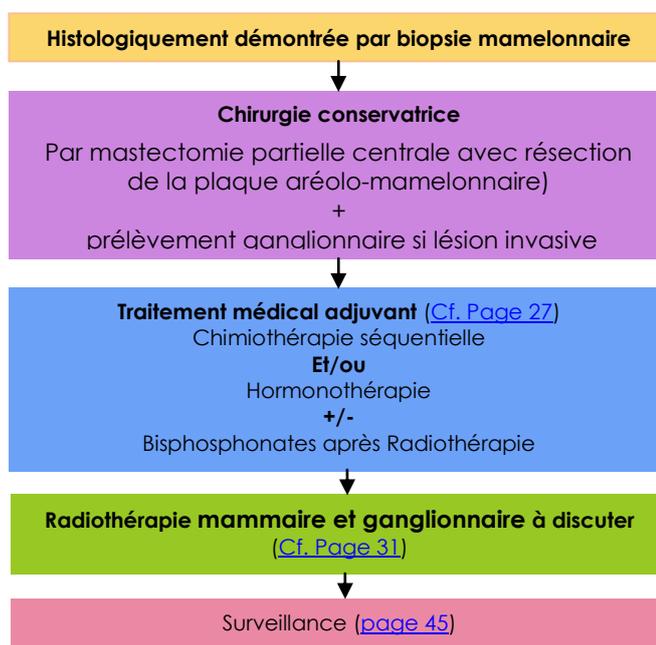
Pas d'indication d'IRM systématique, de galactrographie ni d'étude cytologique.

Exérèse du canal et du parenchyme adjacent après cathétérisme du pore responsable de l'écoulement.

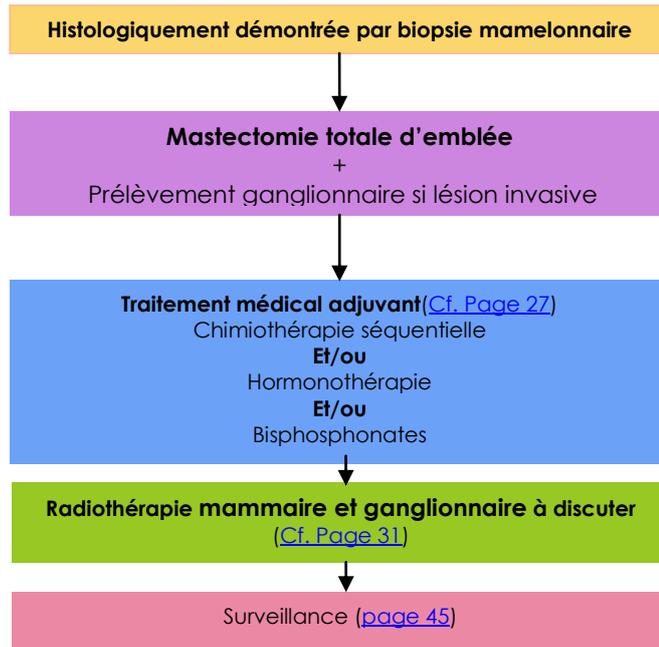
Traitement en fonction des résultats de l'examen histologique définitif.

8) Maladie de Paget du mamelon (Histologiquement démontrée par biopsie mamelonnaire)

a) Sans anomalie clinique ou en imagerie ni anomalie limitée à la région rétro-aréolaire



b) En cas d'association à un adénocarcinome à distance de la plaque aréolo-mamelonnaire (lésion multicentrique)



XI. RECIDIVE

1) Récidive métastatique

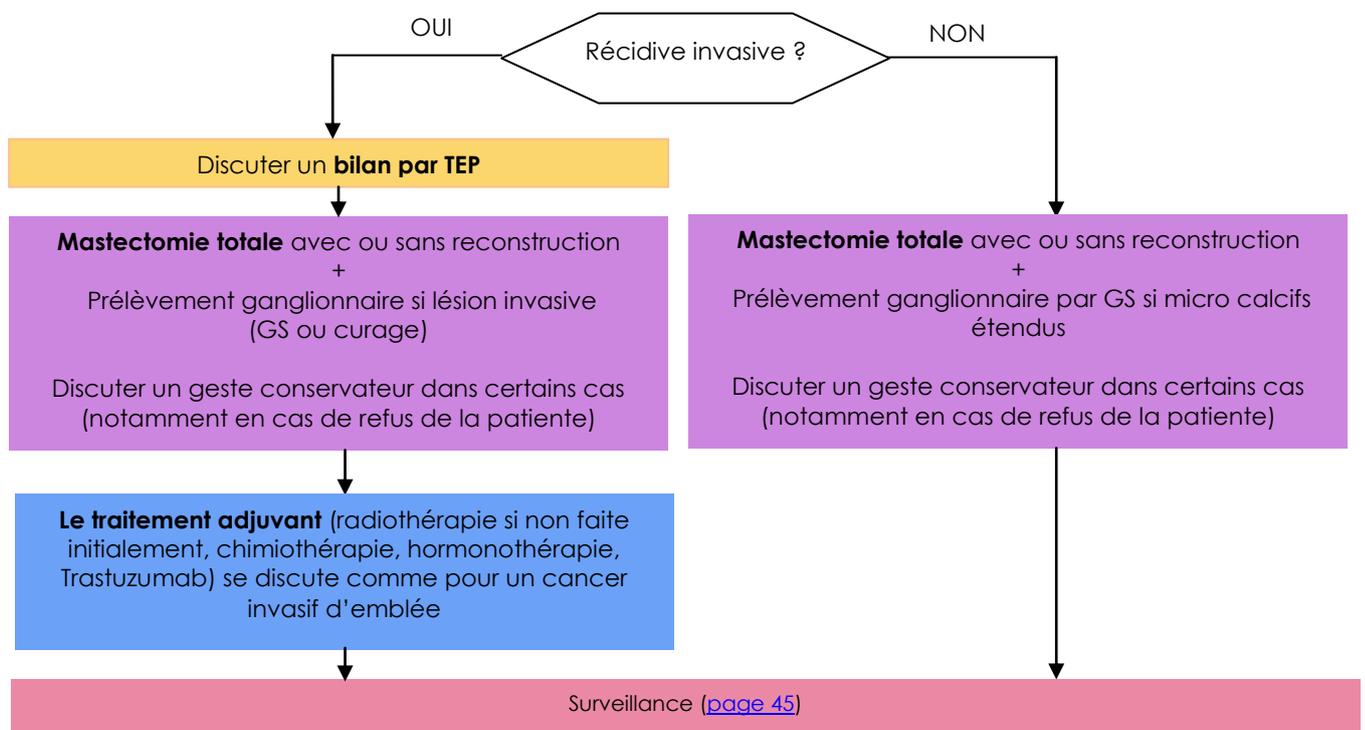
Cf. Chapitre « Cancer du sein métastatique » [Page 35](#).

2) Récidive loco-régionale isolée

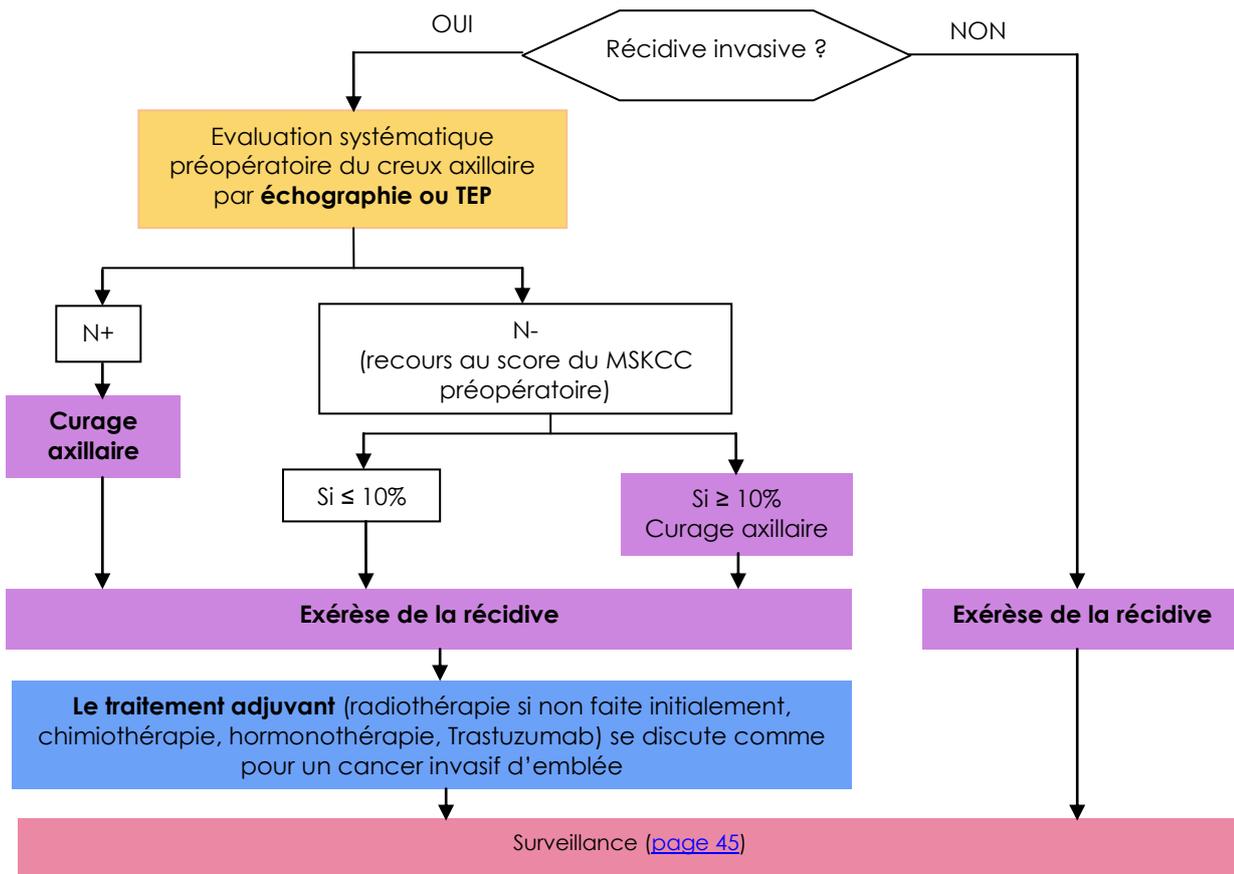
a) Récidive après traitement d'un carcinome canalaire in situ

Le traitement est à discuter en fonction de l'attitude thérapeutique initiale.

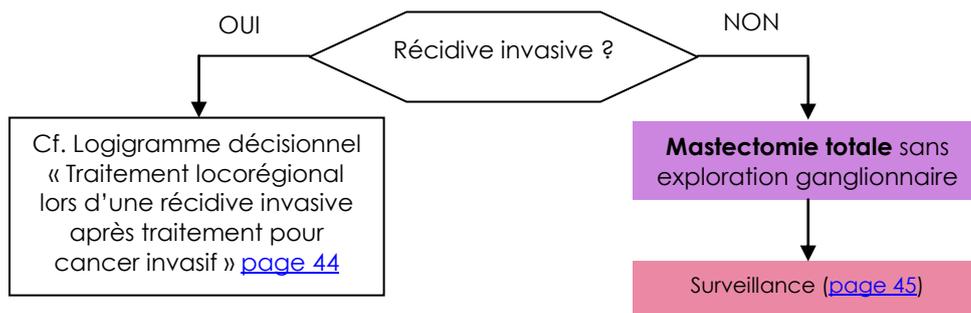
o Récidive après traitement conservateur initial



o **Récidive après mastectomie totale**



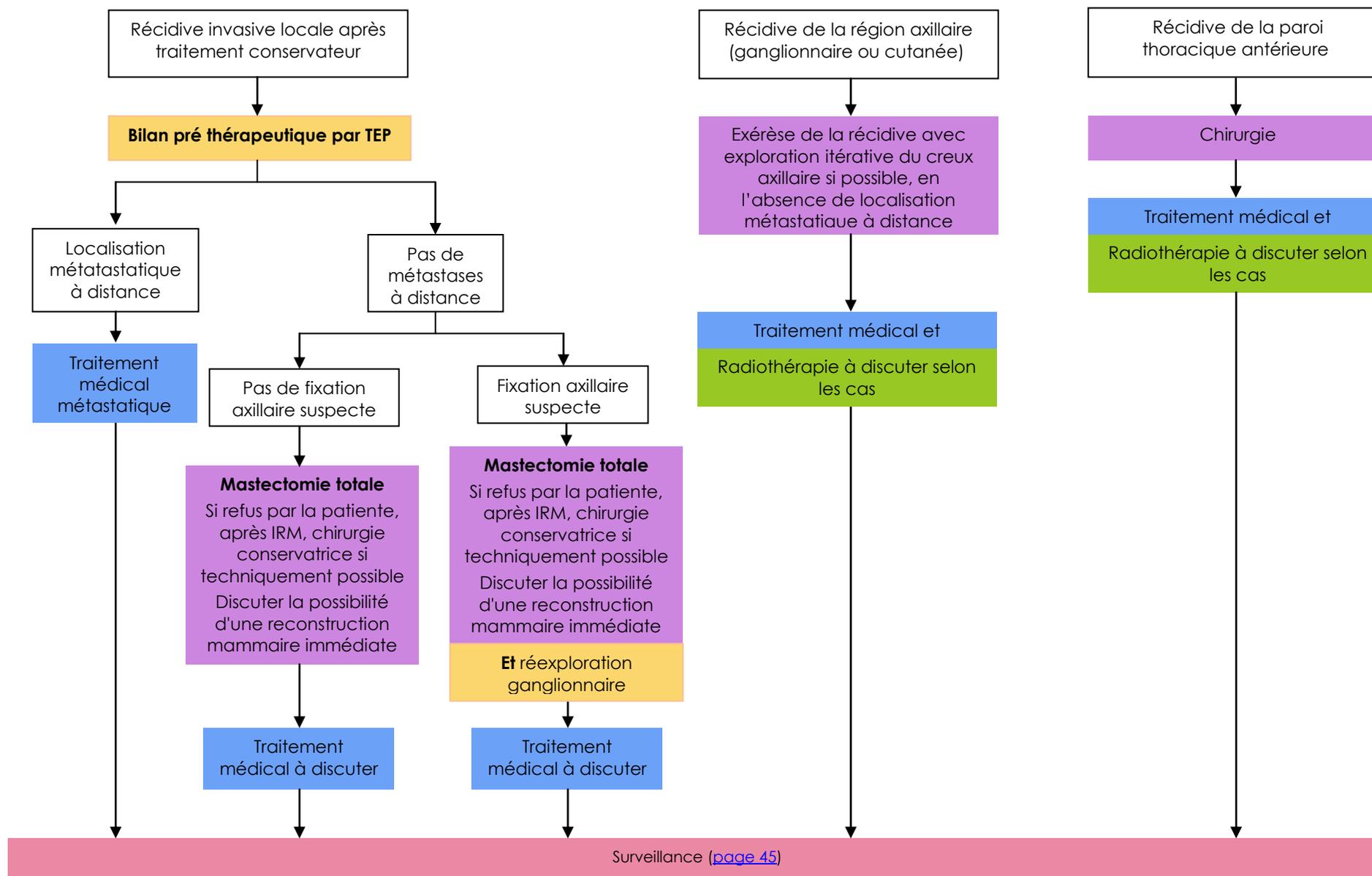
b) **Récidive après traitement pour cancer invasif**



Traitements complémentaires

Ils sont discutés en fonction des facteurs pronostiques habituels, des thérapeutiques antérieures et de la durée d'intervalle libre.

Logigramme décisionnel « Traitement locorégional lors d'une récurrence invasive après traitement pour cancer invasif »



XII. SURVEILLANCE

La **surveillance est essentiellement clinique** tous les 4 à 6 mois et mammographique annuelle +/- échographie mammaire +/- IRM mammaire en fonction de l'âge et de la densité mammaire.

Le **dosage de CA 15.3** et les **examens d'imagerie** autres sont demandés uniquement **en cas de symptômes**.

Pendant le traitement par Trastuzumab, la Fraction d'Ejection Ventriculaire Gauche sera évaluée tous les 3 mois puis 6 mois et 1 an après la fin du traitement.

Les modalités de surveillance **sous hormonothérapie** consistent :

- sous Tamoxifène en un examen gynécologique +/- une échographie pelvienne annuels
- sous inhibiteurs de l'aromatase en un bilan lipidique une fois par an et en une ostéodensitométrie à l'instauration du traitement et à 2 ans. Si ostéoporose ou ostéopénie, prise en charge spécifique.

La surveillance en imagerie DU SEIN ne doit plus être systématique quand les patientes sont en évolution métastatique.

Références bibliographiques

Radiothérapie

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), Darby S, McGale P, Correa C, Taylor C, Arriagada R, et al. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *Lancet*. 2011 Nov 12;378(9804):1707–16.

EBCTCG (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group), McGale P, Taylor C, Correa C, Cutter D, Duane F, et al. Effect of radiotherapy after mastectomy and axillary surgery on 10-year recurrence and 20-year breast cancer mortality: meta-analysis of individual patient data for 8135 women in 22 randomised trials. *Lancet*. 2014 Jun 21;383(9935):2127–35.

Poortmans PM, Collette S, Kirkove C, Van Limbergen E, Budach V, Struikmans H, et al. Internal Mammary and Medial Supraclavicular Irradiation in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2015 Jul 23;373(4):317–27.

Estimation de l'influence du boost sur le risque de récurrence locale et de fibrose après chirurgie conservatrice :

Werkhoven E van, Hart G, Tinteren H van, Elkhuizen P, Collette L, Poortmans P, et al. Nomogram to predict ipsilateral breast relapse based on pathology review from the EORTC 22881-10882 boost versus no boost trial. *Radiotherapy and Oncology*. 2011 juill;100(1):101–7.

Collette S, Collette L, Budiharto T, Horiot J-C, Poortmans PM, Struikmans H, et al. Predictors of the risk of fibrosis at 10 years after breast conserving therapy for early breast cancer: a study based on the EORTC Trial 22881-10882 « boost versus no boost ». *Eur. J. Cancer*. 2008 nov;44(17):2587–99.

Référentiels pour la délimitation des volumes d'intérêt :

Madu CN, Quint DJ, Normolle DP, Marsh RB, Wang EY, Pierce LJ. Definition of the supraclavicular and infraclavicular nodes: implications for three-dimensional CT-based conformal radiation therapy. *Radiology*. 2001 nov;221(2):333–9.

Breast cancer atlas for radiation therapy planning. RTOG consensus.
<http://www.rtog.org/LinkClick.aspx?fileticket=vzJFhPaBipE%3d&tabid=236>

<http://www.siriade.org/>

Offersen BV, Boersma LJ, Kirkove C, Hol S, Aznar MC, Biete Sola A, et al. ESTRO consensus guideline on target volume delineation for elective radiation therapy of early stage breast cancer. *Radiother Oncol*. 2015 Jan;114(1):3–10.

Verhoeven K, Weltens C, Remouchamps V, Mahjoubi K, Veldeman L, Lengele B, et al. Vessel based delineation guidelines for the elective lymph node regions in breast cancer radiation therapy - PROCAB guidelines. *Radiother Oncol*. 2015 Jan;114(1):11–6

Traitements médicaux

French Adjuvant Study Group JCO 2001

Coombes JCO 1996

Heys *Clinical Breast Cancer* 2002

Roche JCO 2006

Hudis JCO 1996

Jones JCO 2006

Coudert *Annals Oncol* 2005

Slamon *NEJM* 2011

Marty JCO 2005

Hainsworth *The Oncologist* 2004

Fargeot JCO 2004

Silvestris *Breast* 2008

O'Shaughnessy *Clinical Breast Cancer* 2004

Engelsman *EJC* 1991

Perez JCO 2001

Seidman JCO 2008

Miller *NEJM* 2007

Martin *Lancet Oncology* 2007

Andersson JCO 2011

Cortes *Lancet* 2011

Verna *N Engl J med* 2012

Swain *Lancet Oncol* 2013

Sparano JCO 2015

Bourgier *Radiother Oncol*. 2012

Kaidar-Person *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2014

Annexes

Annexe 1	Fiche RCP Sénologie	Page 48
Annexe 2	Recommandations de prise en charge histologique des prélèvements percutanés en cas de lésions à risque	Page 57
Annexe 3	Parcours du patient en Oncogériatrie et Echelle G8 Oncodage	Page 58
Annexe 4	Index d'espérance de vie à 4 ans pour les personnes âgées	Page 60
Annexe 5	Score du MSKCC, Score prédictif d'atteinte des ganglions non sentinelles en cas de micrométastase	Page 61

Annexe 1 : Fiche RCP Sénologie

Informations générales sur le patient

Consentement : OUI NON Identifiant patient INSC visible :

NOM D'USAGE : **NOM DE NAISSANCE** :

PRENOM : **Date de naissance** : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Age :

Ville de naissance : **Sexe** : HOMME FEMME

Adresse :

Ville de résidence : Code Postal : |_|_|_|_|

Précédent passage en RCP : OUI NON

Contexte de la RCP

RCP du |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| RCP de recours : OUI NON

Cas discuté en RCP : OUI NON Lieu de la RCP :

FINESS : |_|_|_|_|_|_|_|_| Visio conférence :

Intitulé de la RCP : Sein

Motif de la RCP :

Démarche diagnostique Surveillance après traitement Autre :

Proposition de traitement Ajustement thérapeutique

Commentaires :

.....

.....

.....

Médecin responsable de la séance :

.....

Médecin référent (demandeur): Etablissement du médecin référent:

.....

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) :

.....

Médecin traitant :

Liste des participants à la RCP

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Correspondants (dans dossier patient ?)

Correspondant (ouverture de l'annuaire régional des professionnels) +
Correspondant (ouverture de l'annuaire régional des professionnels) +
Correspondant (ouverture de l'annuaire régional des professionnels) +

Informations cliniques (TNM) et paracliniques

Circonstances de découverte :

- Dépistage organisé
- Manifestation clinique
- Circonstance non connue
- Surveillance après traitement
- Dépistage individuel
- Découverte fortuite

Commentaires :
.....
.....

Co morbidités :

- Pathologie cardiovasculaire digestive
 - Artérite des membres inférieurs
 - HTA
 - Insuffisance coronarienne
 - Valvulopathie
 - Trouble du rythme
 - Insuffisance cardiaque
 - Autre
- Pathologie métabolique
 - Diabète
 - Obésité
 - Hyperlipidémie
 - Autre
- Pathologie hépato-
 - Insuffisance hépatique
 - Cirrhose
 - Autre
- Pathologie rénale
 - Insuffisance rénale non dialysée
 - Dialyse
 - Autre
- Pathologie respiratoire
 - Insuffisance respiratoire
 - Asthme
 - BPCO
 - Autre
- Pathologie neuropsychiatrique
 - Polynévrite
 - Syndrome démentiel
 - Autre
- BMR
 -
- Traitements associés
 - Anticoagulant
 - Antiagrégant
 - Autre
- Autres :
- Patient sous tutelle/curatelle

Etat général

Capacité de vie OMS : 0 1 2 3 4 NSP

0 : Activité extérieure normale sans restriction *3 : Doit être alité plus de 50 % de la journée*
1 : Réduction des efforts physiques intenses *4 : Incapacité totale, alitement fréquent ou constant*
2 : Doit parfois s'aliter mais moins de 50% de la journée

Poids actuel : Poids habituel :

Variation de poids (%) : Taille : IMC :

- Mutation BRCA 1/2 : OUI NON
- Suivi onco-gériatrique: OUI NON
- Isolement social : OUI NON
- Grossesse OUI NON

Signes cliniques associés

.....
.....
.....
.....
.....

Symptômes associés

Douleur : OUI NON EVA : 0 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Autres (texte libre).....
.....
.....
.....

Antécédents

• **Antécédents personnels carcinologiques**

Commentaires.....
.....
.....

• **Antécédents familiaux carcinologiques :**

- Antécédents familiaux de cancer du sein
- Antécédents familiaux de cancer de l’ovaire

Commentaires.....
.....
.....

• **Autres Antécédents**

Commentaires.....
.....
.....

Siège de la tumeur primitive :

Possibilité de sélectionner deux seins donc possibilité de remplir deux codes CIM et deux TNM !

- Sein gauche
- Sein droit
- Non connu

Ouverture par défaut

Nom du sein coché n°1

Code CIM (Cf. liste déroulante des codes CIM)

TNM : (Cf. stade TNM)

Commentaires :

.....
.....
.....
.....

Ouverture d'un second onglet CIM + TNM si on sélectionne un deuxième organe

Nom du sein coché n°2

Code CIM (Cf. liste déroulante des codes CIM)

TNM : (Cf. stade TNM)

Commentaires :

.....
.....
.....
.....

Liste déroulante des codes CIM

- C50 - Tumeur maligne du sein
- C50.0 - Mamelon et aréole
- C50.1 - Partie centrale du sein
- C50.2 - Quadrant supéro-interne du sein
- C50.3 - Quadrant inféro-interne du sein
- C50.4 - Quadrant supéro-externe du sein
- C50.5 - Quadrant inféro-externe du sein
- C50.6 - Prolongement axillaire du sein
- C50.8 - Lésion à localisations contigües du sein
- C50.9 - Sein, sans précisions

Stade TNM

REVOIR LA LISTE DES TNM (liste conforme ci-dessous RESPECTER CET ORDRE)

- Stade T :** T0 Tis T1 T1a T1b T1c
 T2
 T3
 T4a T4b T4c T4d
 Tx NA

- Stade N :** N0 N1 N2a N2b
 N3a N3b N3c Nx

- Stade M :** M0 M0 (i+) M1 Mx

NSP

Commentaires :
.....
.....

Cas présenté en RCP ce jour (si Localisation différente de la tumeur primitive) :

Phase initiale Rechute date suspicion
NA

Locorégionale (supprimer la liste des codes CIM)

Métastases localisation Osseuse hépatiques pulmonaire pleurale péritonéale cérébrale

Méningée ovarienne cutanée ganglionnaire

autre (T).....

Commentaires :
.....
.....

Résumé clinique :

.....
.....
.....

Informations para-cliniques

Biologie :

NFS Bilan hépatique
 Calcémie CA 15-3
 Créatinine Autres :

Commentaires :
.....
.....

Imagerie :

Mammographie droite (texte)..... ACR : o1 o2 o3 o4 o5 o6
 Mammographie gauche (texte)..... ACR : o1 o2 o3 o4
o 5
 Echographie :(texte)
 IRM :(texte)
 TEP TDM TAP Scintigraphie osseuse Autre TDM Radio-standard
 Autres :

Commentaires :
.....
.....

Statut thérapeutique de la maladie :

Non traitée antérieurement En cours de traitement Déjà traité

Traitements antérieurs réalisés : (choix multiples +)

Traitements antérieurs réalisés : (onglet fixe)

Chirurgie : précision.....Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
 Chimiothérapie : précision.....Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
 Radiothérapie : précision.....Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
 Autre : précision.....Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| /
|_|_|_|

EXAMENS ANATOMOPATHOLOGIQUES-SEIN DROIT et/ou Sein Gauche

Sein Gauche même onglet qui se duplique si sein droit

Prélèvements OUI NON (si oui date obligatoire) NSP

tableau de synthèse des prélèvements

Biopsie Date : / / NSP (quand on clique ouverture de l'onglet biopsie)

Biopsie Date : / / NSP (quand on clique ouverture de l'onglet biopsie)

pièce opératoire Date : / / NSP (quand on clique ouverture de l'onglet pièce opératoire)

pièce opératoire Date : / / NSP (quand on clique ouverture de l'onglet pièce opératoire)

Possibilité de dupliquer autant de prélèvements que l'on souhaite.

AFFICHER LE NOM DU PRELEVEMENT SELECTIONNE (cet onglet peut se dupliquer autant de fois que de prélèvement)

Date / / NSP

Prélèvement adressé tumorothèque : OUI NON

Site prélèvement : Quadrant supéro-externe Quadrant supéro-interne Quadrant inféro-externe
 Quadrant inféro-interne Rétro mammelonnaire Rayon : 12h 3h 6h 9h

(Si biopsie) Autre :

Type biopsie : Microbiopsie mammaire Macrobiopsie Autre :

.....

Microbiopsie ganglionnaire Cytologie ganglionnaire axillaire Biopsie chirurgicale

(Si pièce opératoire)

Type de chirurgie : Mastectomie partielle Exérèse de récidence Ganglion sentinelle

Lobectomie Reconstruction immédiate Adénectomie

Mastectomie totale Oncoplastie Curage axillaire

Autre :

Histologie :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adénofibrome | <input type="checkbox"/> Carcinome mucineux |
| <input type="checkbox"/> Angiosarcome | <input type="checkbox"/> Carcinome papillaire |
| <input type="checkbox"/> Carcinome canalaire invasif | <input type="checkbox"/> Carcinome tubuleux |
| <input type="checkbox"/> Carcinome indifférencié | <input type="checkbox"/> Hyperplasie canalaire atypique |
| <input type="checkbox"/> Carcinome intracanaire | <input type="checkbox"/> Hyperplasie lobulaire atypique |
| <input type="checkbox"/> Carcinome intracanaire avec microinvasion | <input type="checkbox"/> Métaplasie cylindrique avec atypie |
| <input type="checkbox"/> Carcinome intrakystique | <input type="checkbox"/> Papillome sans atypie |
| <input type="checkbox"/> Carcinome invasif micropapillaire | <input type="checkbox"/> Papillome avec atypie |
| <input type="checkbox"/> Carcinome lobulaire invasif non pléomorphe | <input type="checkbox"/> Sarcome phyllode |
| <input type="checkbox"/> Carcinome lobulaire invasif pléomorphe | <input type="checkbox"/> Sarcome stromal |
| <input type="checkbox"/> Carcinome lobulaire in situ | <input type="checkbox"/> Tissu mammaire normal |
| <input type="checkbox"/> Carcinome lobulaire in situ pléomorphe | <input type="checkbox"/> Tumeur phyllode de bas grade |
| <input type="checkbox"/> Carcinome médullaire | <input type="checkbox"/> Tumeur phyllode de grade |

intermédiaire

Carcinome métaplasique Autre :

Grade histopronostique invasif : 1 2 3

Grade histopronostique in situ : Bas Intermédiaire Haut

Emboles vasculaires : OUI NON Index mitotique : 1 2 3 KI67 : %

Emboles vasculaires : OUI NON

• Récepteurs :

Récepteurs estrogènes : Négatif Positif % Score : 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Récepteurs progestérone : Négatif Positif % Score : 0 1 2 3 4 5 6 7 8

Surexpression HER2 (IHC) : 0 + ++ +++ En cours Amplification : OUI NON

(Si pièce opératoire sélectionnée ouvrir les items ci-dessous)

Taille tumeur invasive (mm) : Multifocalité : OUI NON

Taille du contingent in situ (mm) :

Taille des berges latérales d'exérèse (mm) : Saines Saines après reprise chirurgicale
 Limites Envahies

• Statut ganglionnaire :

No ganglion(s) envahi(s) : / Total ganglions prélevés :

Rupture capsulaire : OUI NON NA

Micrométastase : OUI NON NA

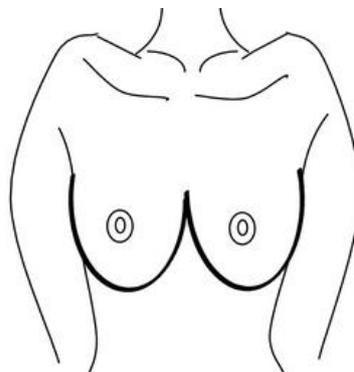
Cellules tumorales isolées : OUI NON NA

Stades : p yp NA (changement d'ordre)

Stade (y)pT : T0 Tis T1 T1a T1b T1c
 T2
 T3
 T4a T4b T4c T4d
 Tx NA

Stade (y)pN : N0 N0 (i-) N0 (i+) N0 (mol-) N0 (mol+)
 N1 mi N1 N2 N3 Nx NA
 NA

• Représentation graphique :



Proposition de prise en charge

Résumé pré thérapeutique :
.....
.....
.....

.....
.....
Nature de la proposition (onglet commun fixe)

(liste déroulante 1 seul choix)

- Proposition de traitement
- Décision reportée
- Nécessité d'examens complémentaires
- Surveillance
 - Autres :
 - Clinique
 - Mammographie
- Arrêt des traitements
- Biologique
- IRM :
- Scanner :
- Scintigraphie

Type de proposition : (onglet commun fixe)

Liste déroulante (1 seul choix)

- Application d'un référentiel (+liste ci-dessous à cocher)
 - Application d'un référentiel international (lequel + texte)
 -
 - Application d'un référentiel national (lequel + texte)
 -
 - Application d'un référentiel régional (lequel + texte)
 -
 - Traitement hors AMM application d'un référentiel régional
- Traitement hors référentiel
- Recours à une RCP régionale ou nationale
- A représenter en RCP

Description de la proposition thérapeutique :

- Avis
(choix multiple)
 - Anesthésique
 - Autres
 - Cardiologique
 - Onco-gériatrique
 - Oncogénétique

Nécessité d'examens complémentaires

- (choix multiple)
- Autres :
 - Dosage des récepteurs hormonaux
 - Recherche surexpression HER2
 - Echographie :
 - Biopsies :
 - Recherche amplification HER2
 - Recherche % Ki 67
 - IRM :
 - Dosage du Ca 15-3

Mammographie

- Micro-biopsie :
- Scanner :
- Pet scan
- Scintigraphie osseuse :

Commentaires :

Plan de traitement :

Essai clinique : OUI NON **Si oui préciser lequel**

Traitement (choix multiple)	Type de traitement (Cf. annexe)	Commentaires	Structure/Professionnel
-----------------------------	---------------------------------	--------------	-------------------------

<input type="checkbox"/> Chimiothérapie néo-adjuvante <input type="checkbox"/> Chirurgie sein droit <input type="checkbox"/> Chirurgie sein gauche <input type="checkbox"/> Chirurgie autre : <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Hormonothérapie <input type="checkbox"/> Antirésorptif osseux <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Abstention thérapeutique <input type="checkbox"/> Autres			
--	--	--	--

Préservation de la fertilité

OUI NON

CancerFertilite@o-lambret.fr

Tel : +33 (0)3 20 29 59 18

Fax +33 (0)3 20 29 58 96

Annexe 2 : Recommandations de prise en charge histologique des prélèvements percutanés en cas de lésions à risque

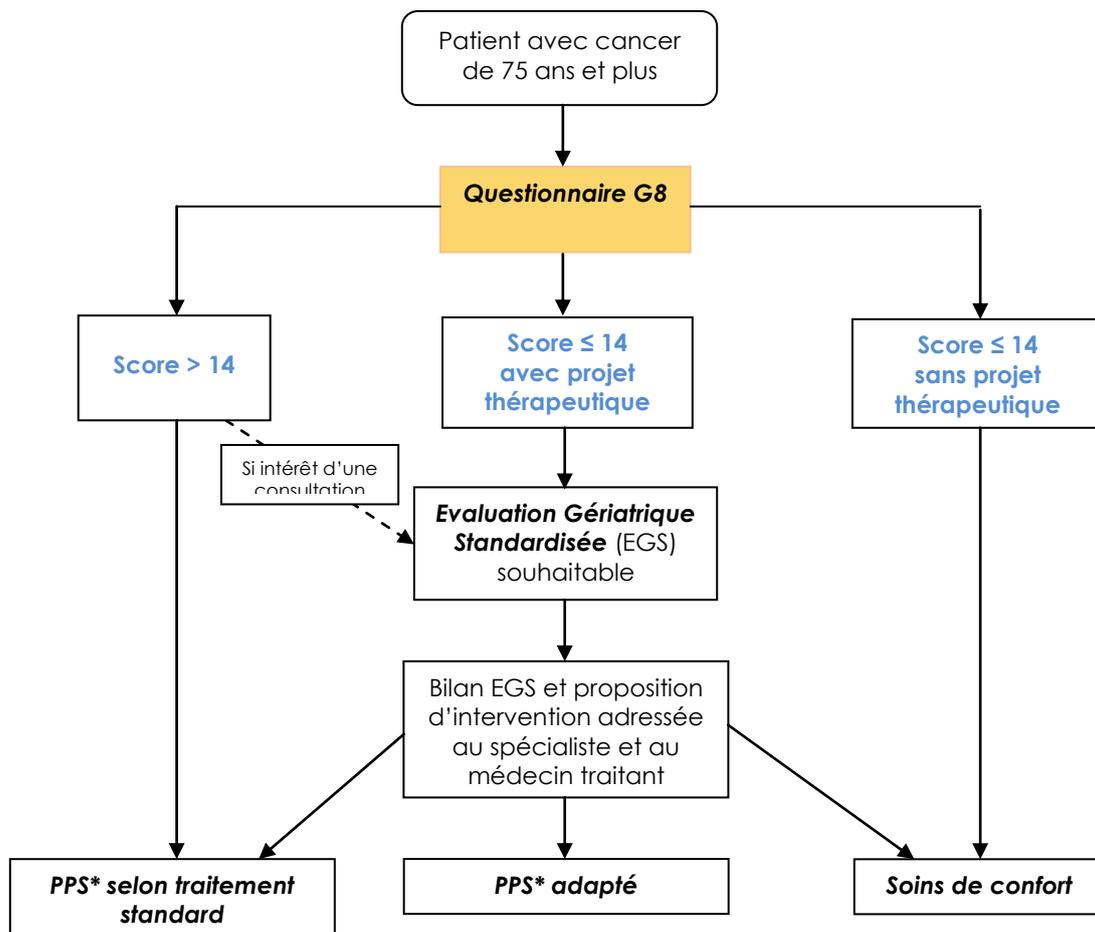
Etude des fragments biopsiques :

- *Microcalcifications :*
 - nombre de fragments ou % avec microcalcifications
 - topographie par rapport aux atypies épithéliales

- *Types d'atypies :*
 - atypies en épithélium plat,
 - hyperplasie canalaire atypique
 - néoplasies lobulaires

- *Taille et extension des atypies épithéliales :*
 - nombre de foyers
 - diamètre du plus grand foyer
 - somme des foyers
 - nombre et % des fragments avec atypies
 - en cas de lésion mixtes : somme des foyers de chaque lésion

Annexe 3 : Parcours du patient en Oncogériatrie



PPS : Programme Personnalisé de Soins

Echelle G8 Oncodage Page suivante

Annexe 3 : Echelle G8 ONCODAGE – Outil de dépistage gériatrique en oncologie

Identité patient

Nom :

Prénom :

Nom du professionnel :

Spécialité :

Date :

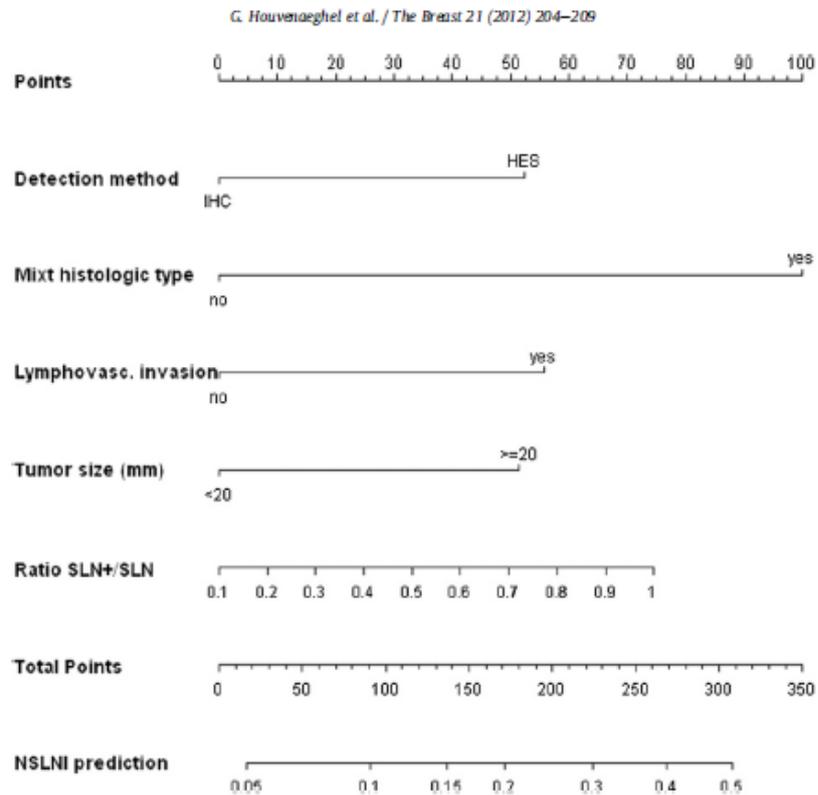
	Items	Choix	Cotation	Score
A	Le patient présente-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	<input type="checkbox"/> Anorexie sévère	0	
		<input type="checkbox"/> Anorexie modérée	1	
		<input type="checkbox"/> Pas d'anorexie	2	
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	<input type="checkbox"/> Perte de poids > 3 kilos	0	
		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	1	
		<input type="checkbox"/> Perte de poids entre 1 et 3 kilos	2	
		<input type="checkbox"/> Pas de perte de poids	3	
C	Motricité	<input type="checkbox"/> Du lit au fauteuil	0	
		<input type="checkbox"/> Autonome à l'intérieur	1	
		<input type="checkbox"/> Sort du domicile	2	
E	Problèmes neuropsychologiques	<input type="checkbox"/> Démence ou dépression sévère	0	
		<input type="checkbox"/> Démence ou dépression modérée	1	
		<input type="checkbox"/> Pas de problème psychologique	2	
F	Indice de masse corporelle (Poids (en kg)) / (Taille (en m)) ²	<input type="checkbox"/> IMC < 19	0	
		<input type="checkbox"/> 19 ≤ IMC < 21	1	
		<input type="checkbox"/> 21 ≤ IMC < 23	2	
		<input type="checkbox"/> IMC ≥ 23	3	
H	Prend plus de 3 médicaments	<input type="checkbox"/> Oui	0	
		<input type="checkbox"/> Non	1	
P	Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	<input type="checkbox"/> Moins bonne	0	
		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	0,5	
		<input type="checkbox"/> Aussi bonne	1	
		<input type="checkbox"/> Meilleure	2	
Age		<input type="checkbox"/> > 85 ans	0	
		<input type="checkbox"/> Entre 80 et 85 ans	1	
		<input type="checkbox"/> < 80 ans	2	
SCORE TOTAL		De 0 à 17		

Un score ≤ 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatrique devant conduire à une consultation adaptée, uniquement si un projet thérapeutique est envisagé.

Annexe 4 : Index d'espérance de vie à 4 ans pour les personnes âgées

1. Age	60-64 : 1 point 65-69 : 2 points 70-74 : 3 points 75-79 : 4 points 80-84 : 5 points ≥ 85 : 7 points
2. Sexe (Homme/Femme)	Homme : 2
3. a. Poids (en _____ _____ _____)	IMC < 25: 1 point
4. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez du diabète ou un taux élevé de sucre dans le sang (glycémie)? (O/N)	Diabète: 1 point
5. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur maligne (autre qu'une petite tumeur de la peau)? (O/N)	Cancer: 2 points
6. Avez-vous une maladie respiratoire chronique qui vous gêne pour exercer vos activités quotidiennes ou qui nécessite que vous preniez de l'oxygène à la maison ? (O/N)	Maladie respiratoire chronique: 2 points
7. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une insuffisance cardiaque ou un risque d'œdème pulmonaire ? (O/N)	Insuffisance cardiaque: 2 points
8. Avez-vous fumé plus d'une cigarette la semaine dernière ? (O/N)	Tabac: 2 points
9. Avez-vous eu des difficultés pour prendre votre bain ou votre douche du fait de problème de santé ou de mémoire? (O/N)	Si oui: 2 points
10. Avez-vous des difficultés pour gérer votre argent (par exemple payer vos factures et suivre vos dépenses) du fait de problème de santé ou de mémoire? (O/N)	Si oui: 2 points
11. Avez-vous des difficultés pour faire à pied vos courses ou le tour d'un pâté de maison du fait de problème de santé (O/N) ?	Si oui: 2 points
12. Avez-vous des difficultés pour tirer ou pousser de gros objets comme un fauteuil du fait de problème de santé (O/N) ?	Si oui: 1 point
	Total : _____

Annexe 5 : Score du MSKCC, Score prédictif d'atteinte des ganglions non sentinelles en cas de micrométastase



Score prédictif préopératoire d'atteinte des ganglions axillaires :

<http://nomograms.mskcc.org/Breast/BreastSLNodeMetastasisPage.aspx>