

Table des matières

Cancer canalaire in situ.....	2
Cancer lobulaire in situ.....	3
Hyperplasies canalaire atypiques.....	4
Score de Van NUYS, Bonnes pratiques chirurgicales et anatomopathologiques dans les CIS et IRM	5
Nodule palpable et opérable d'emblée et micro biopsie positive.....	6
Traitement locorégional des tumeurs > 3 cm	7
Cancer du sein limité traitement adjuvant des tumeurs N + et N-	8
Cancer du sein limité traitement adjuvant des tumeurs N-.....	9
Cancer du sein limité - traitement adjuvant – Hormonothérapie – patiente ménopausée.....	10
Cancer du sein limité - traitement adjuvant – Hormonothérapie – patiente non ménopausée.....	11
Cancer du sein limité - Hormonothérapie – Après 5 ans de Tamoxifène de la patiente ménopausée....	12
Radiothérapie après chirurgie conservatrice.....	13
Traitement par radiothérapie post-mastectomie	14
Cancer du sein limité traitement adjuvant – Protocoles de Chimiothérapie des N + et N-	15
Surveillance.....	16

CANCER DU SEIN TRAITEMENT LOCO REGIONAL

Cancer du Sein Canalaire In Situ

- Bilan clinique, radiologique,
- Micro ou macrobiopsie diagnostique,
- Zonectomie après repérage,
- Radiographie du prélèvement.

Marges < 1mm ?

oui

non

🚫 **Le score de Van Nuys ne peut être utilisé que si les marges sont saines**

Bonnes pratiques de chirurgie et d'anatomopathologie

📄 page 5

Score de VAN NUYS

📄 page 5

Recommandation

- Reprise chirurgicale pour obtenir marges ≥ 1 mm sinon
- Mastectomie avec reconstruction immédiate ou différée et ganglion sentinelle (pas de curage si échec)

Score de Van Nuys ?

Score 4,5

Score 6,7,8,9

Score 10,11,12

Recommandation

Pas de traitement complémentaire

Surveillance

📄 page 16

Recommandation

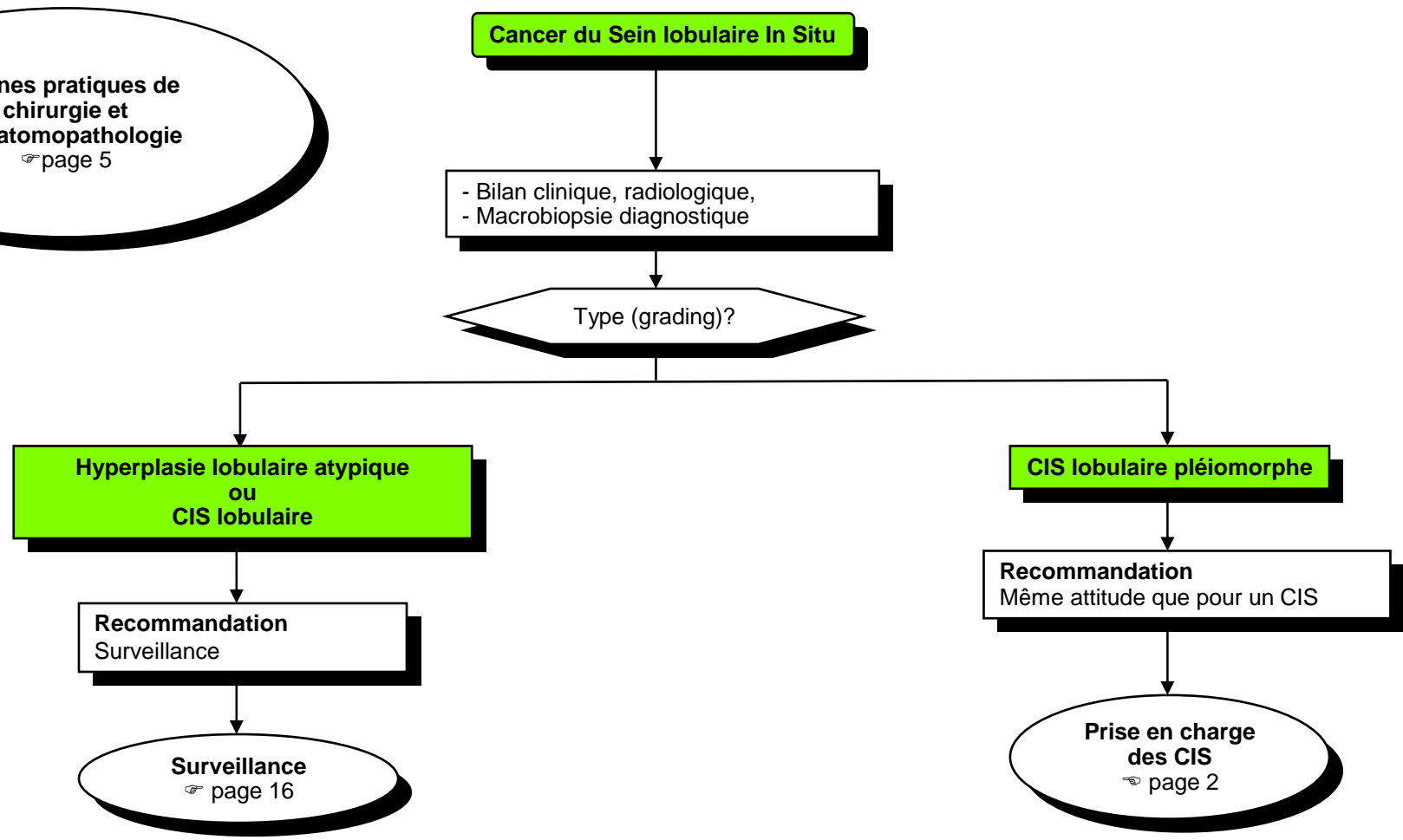
- Ré excision des berges pour tenter de réduire score de VN de 6 à 5
- sinon Radiothérapie
- **À discuter :**
si refus de l'option précédente par la patiente : mastectomie.

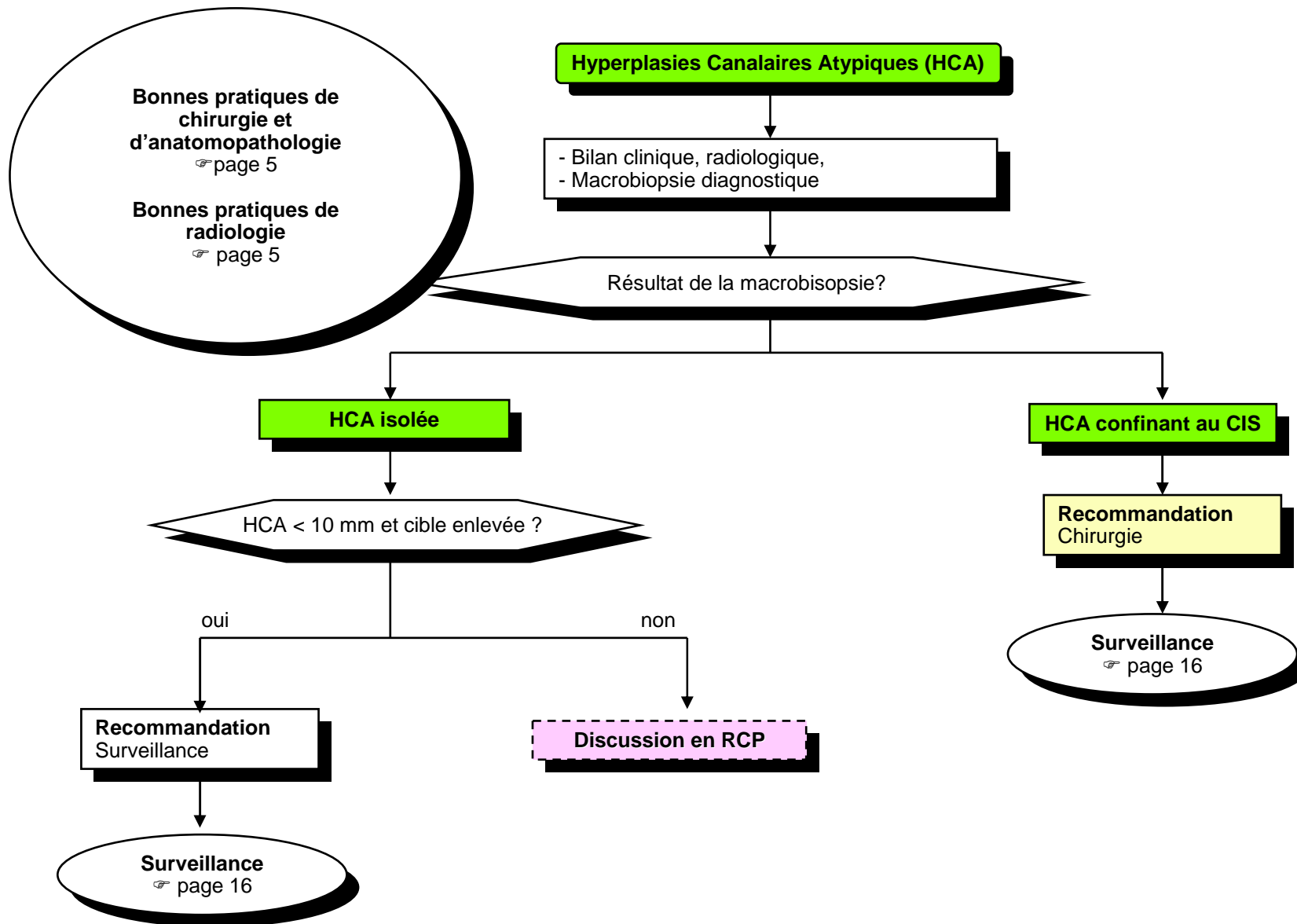
Recommandation

- Ré excision des berges pour tenter de réduire score de VN de 10 à 9
- sinon mastectomie avec reconstruction immédiate ou différée et ganglion sentinelle (pas de curage si échec)
- **À discuter :**
si refus de l'option précédente par la patiente : radiothérapie

CANCER DU SEIN

Bonnes pratiques de chirurgie et d'anatomopathologie
☞ page 5





**Etablissement du score de Van NUYS
(silverstein 2003)**

• Grade :	
- non haut-grade sans nécrose.....	1
- non haut-grade avec nécrose.....	2
- haut-grade.....	3
• taille de la tumeur	
- ≤ 15 mm.....	1
- 16-40 mm.....	2
- > 40 mm.....	3
• marges de résection	
- ≥ 10 mm.....	1
- 1-9 mm.....	2
- < 1 mm.....	3
Age	
> 60 ans.....	1
40 à 60 ans.....	2
< 40 ans.....	3

Bonnes pratiques de chirurgie et d'anatomopathologie

Détermination des marges

- Résection de la glande jusqu'au plan profond (« quartier d'orange ») afin de faciliter les recoupes éventuelles.
- Ciseaux pour éviter l'électrocoagulation des berges
- Orientation de la pièce obligatoire-la réalisation pratique de cette orientation est à mettre au point pour chaque binôme chirurgien/pathologiste
- Pour les recoupes, nécessité d'avoir un repérage de la face tumorale
- En cas de berges limites, reprise chirurgicale si cette attitude permet de redescendre dans un des deux premiers groupes favorables de VAN NUYS

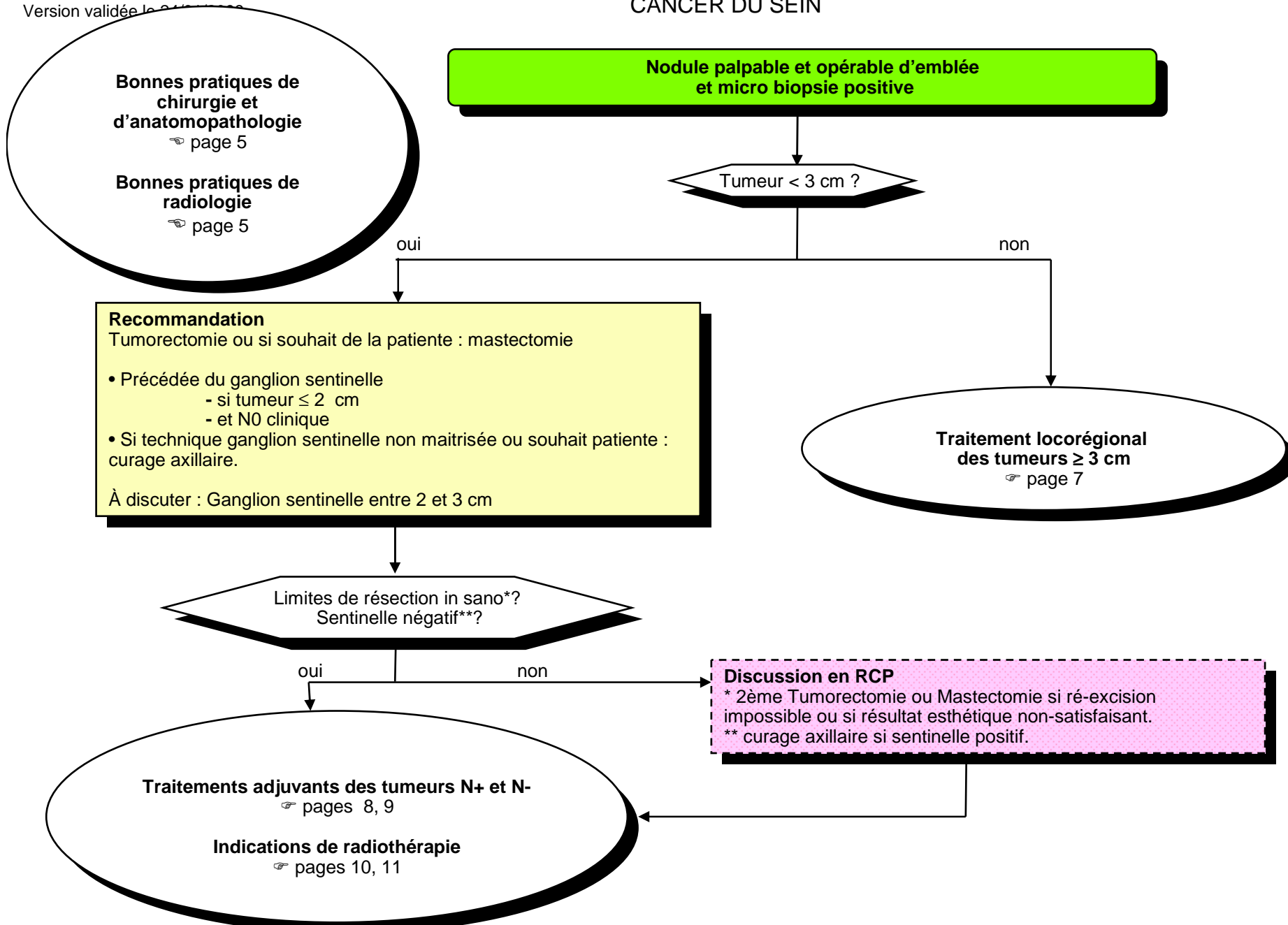
IRM SEIN

- Examen par des radiologues spécialisés sénologues maîtrisant les indications des prélèvements percutanés
- Examen à lire sur console dédiée avec logiciel sein
- Pas de deuxième avis sur planches résumées
- Échographies ciblées post-IRM et prélèvements percutanés à réaliser par le même radiologue.

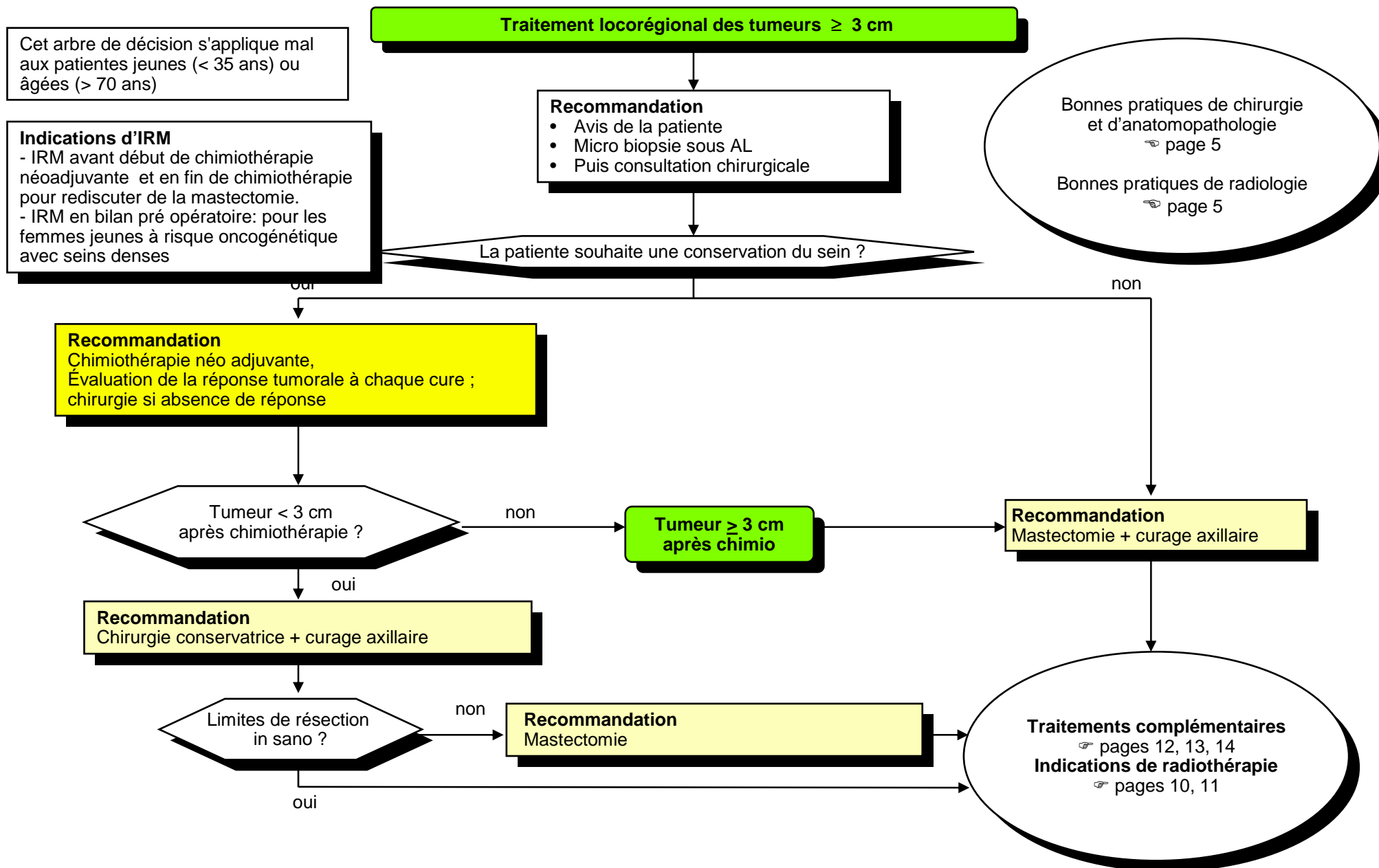
**Cancer du sein canalaire et
lobulaire in situ**

☞ pages 2, 3, 4

☞ pages 6,7



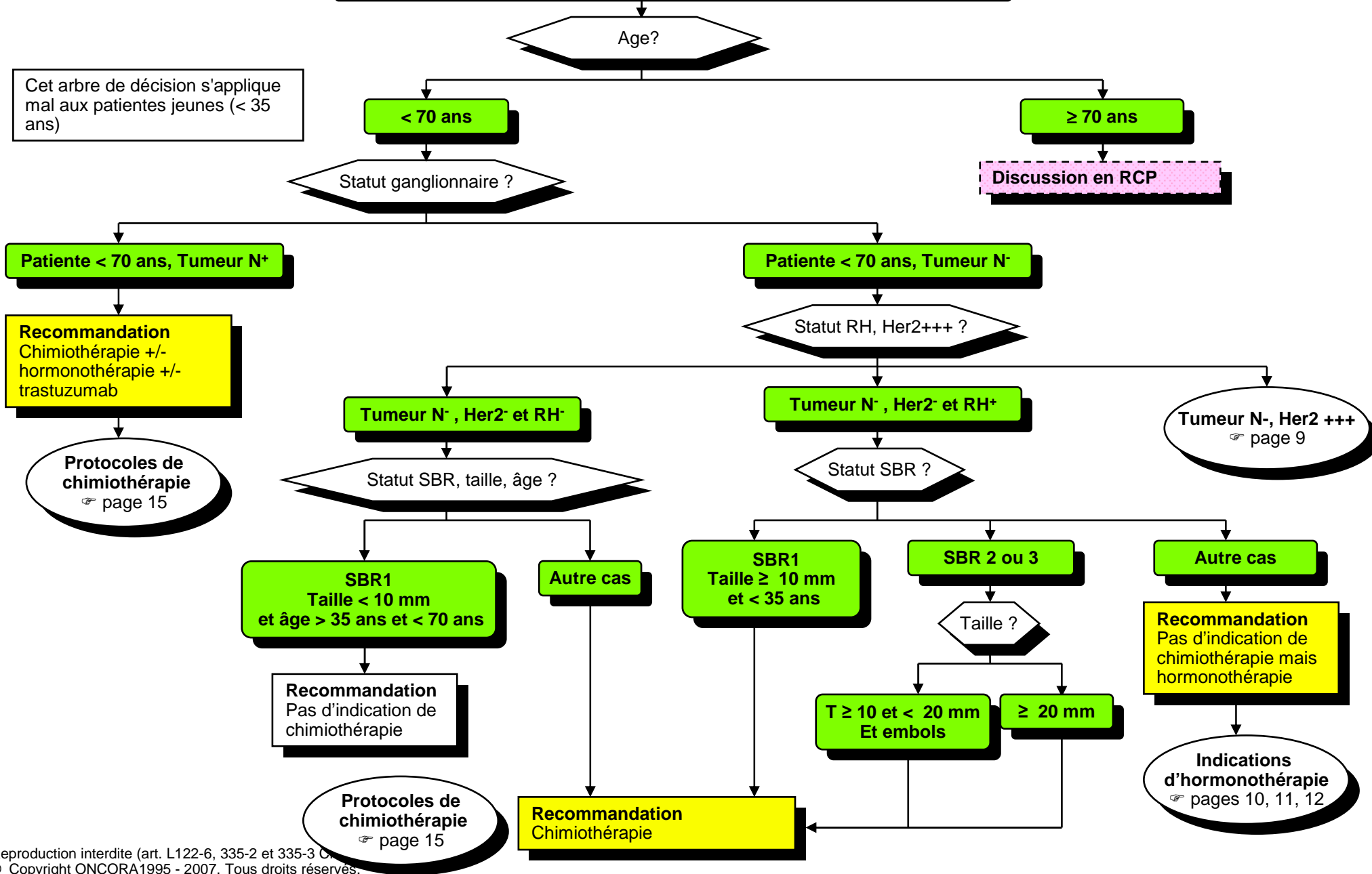
CANCER DU SEIN TRAITEMENT LOCOREGIONAL

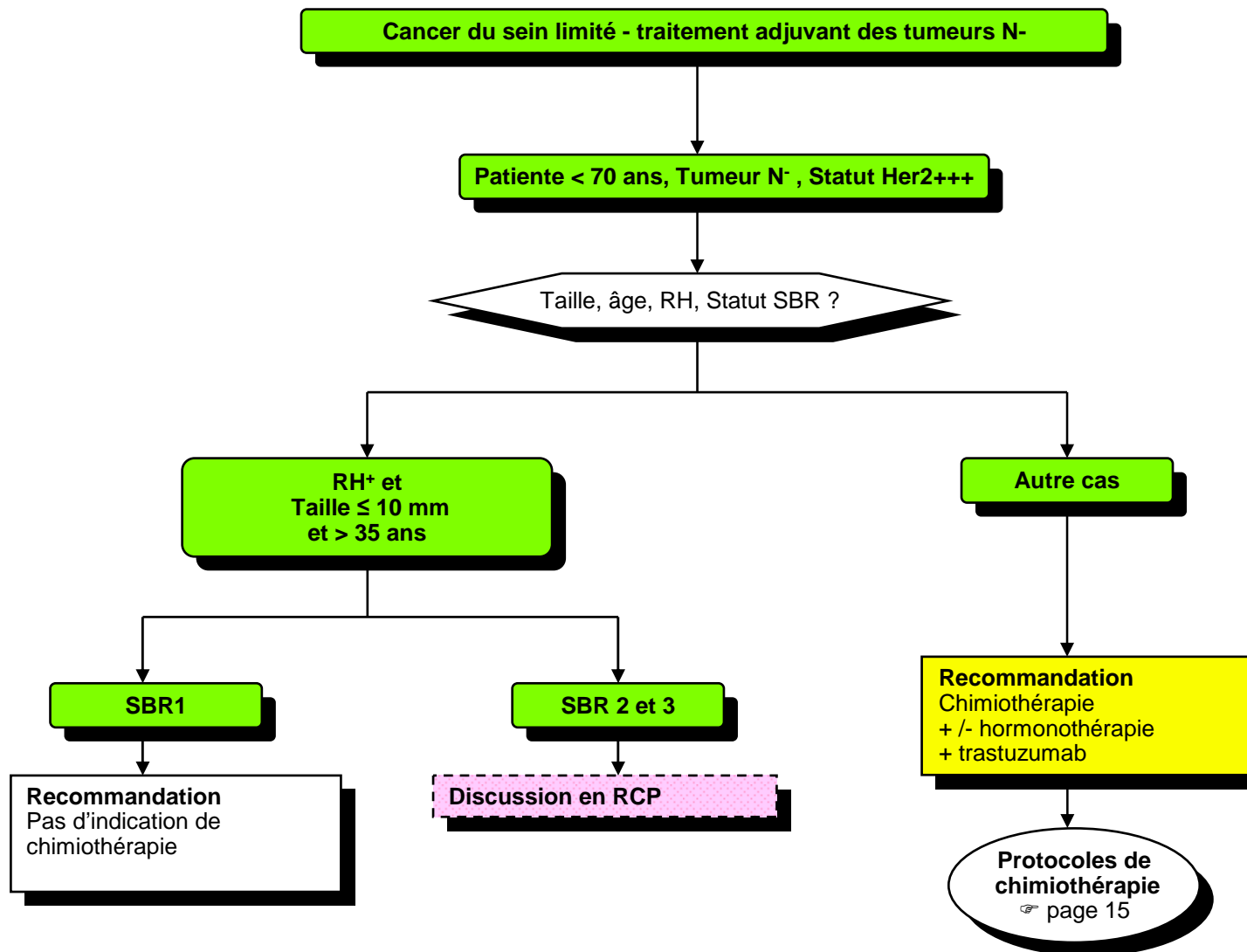


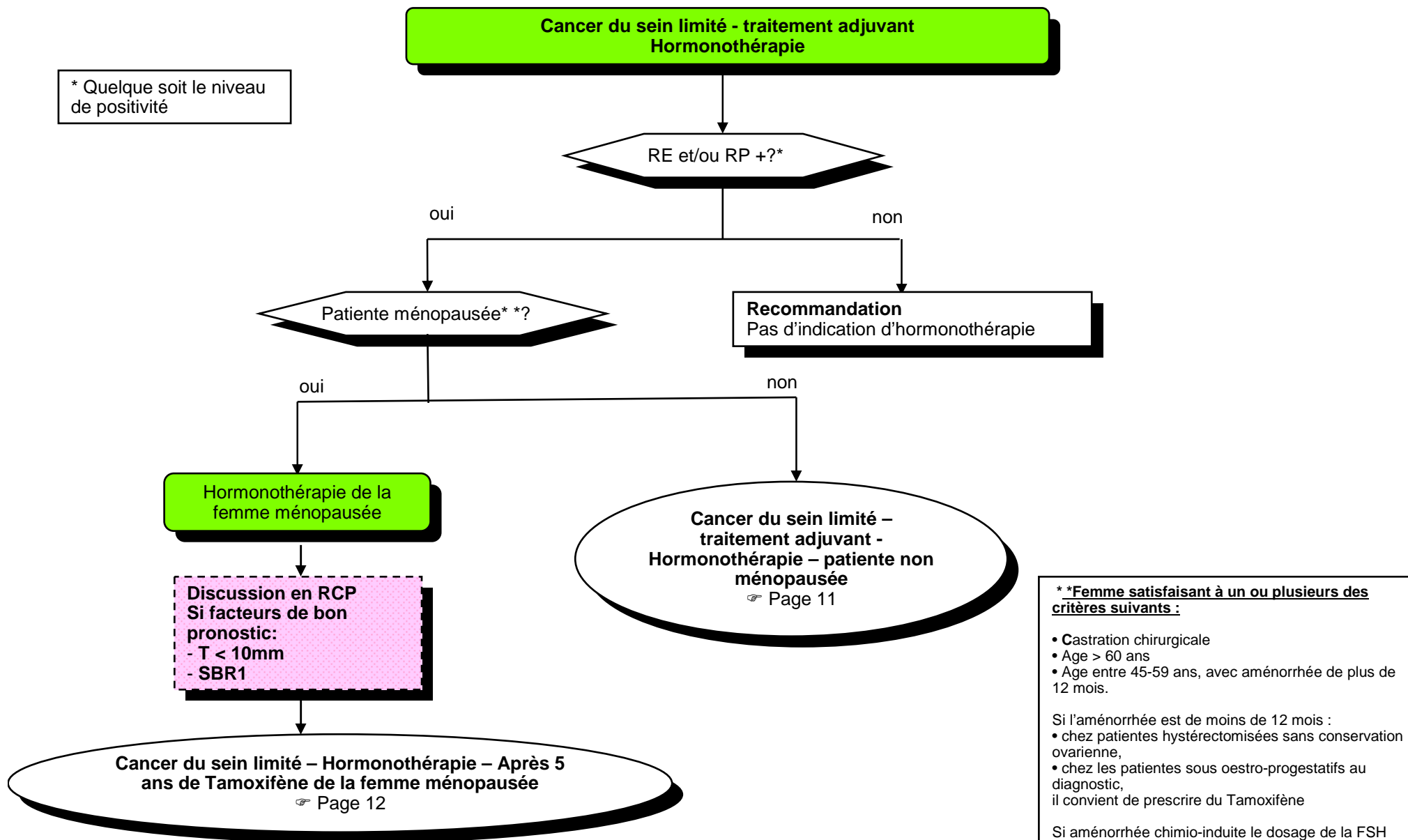
CANCER DU SEIN

Cancer du sein limité - traitement adjuvant des tumeurs N+ ou N-

Cet arbre de décision s'applique mal aux patientes jeunes (< 35 ans)







****Femme satisfaisant à un ou plusieurs des critères suivants :**

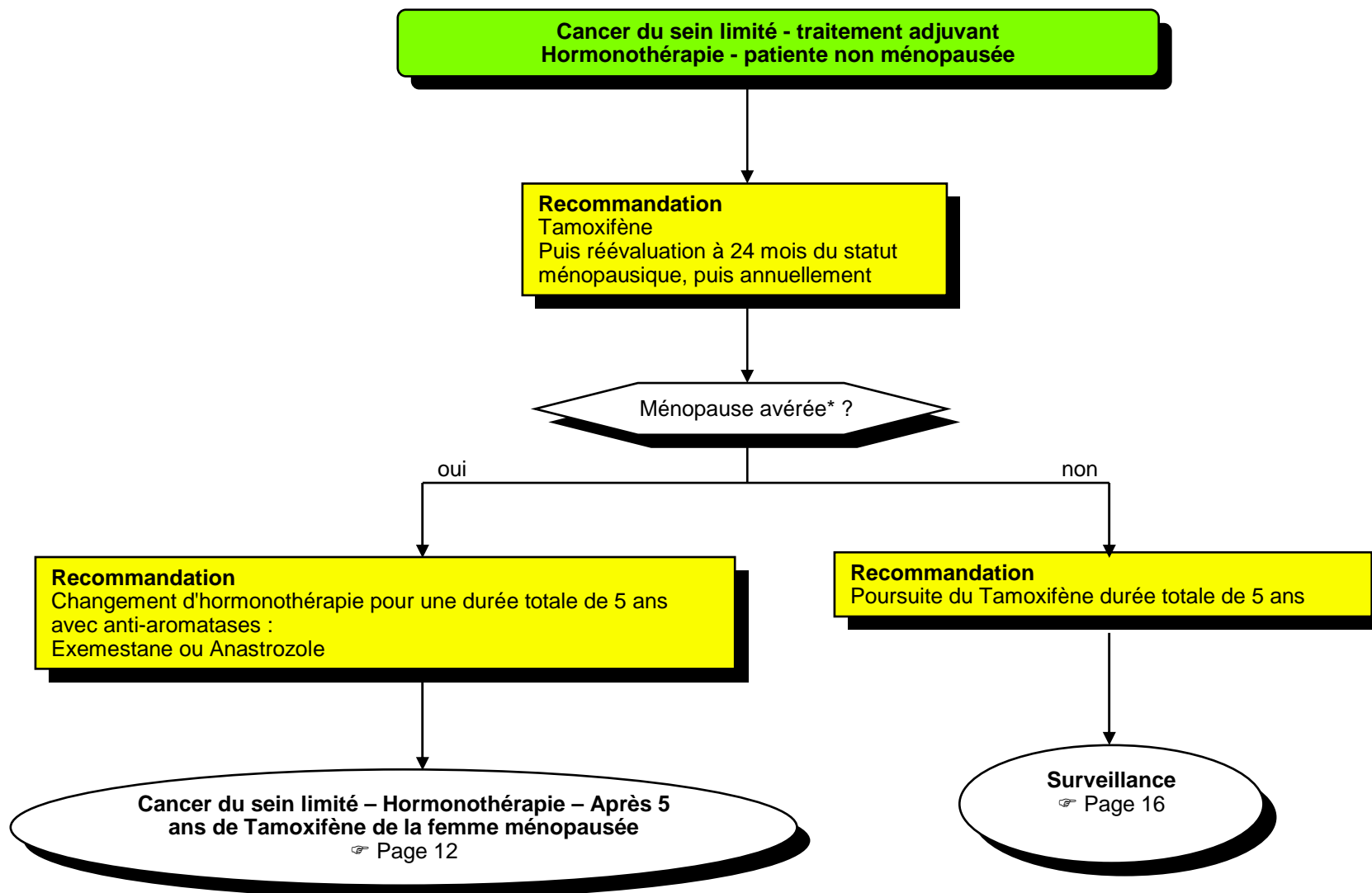
- Castration chirurgicale
- Age > 60 ans
- Age entre 45-59 ans, avec aménorrhée de plus de 12 mois.

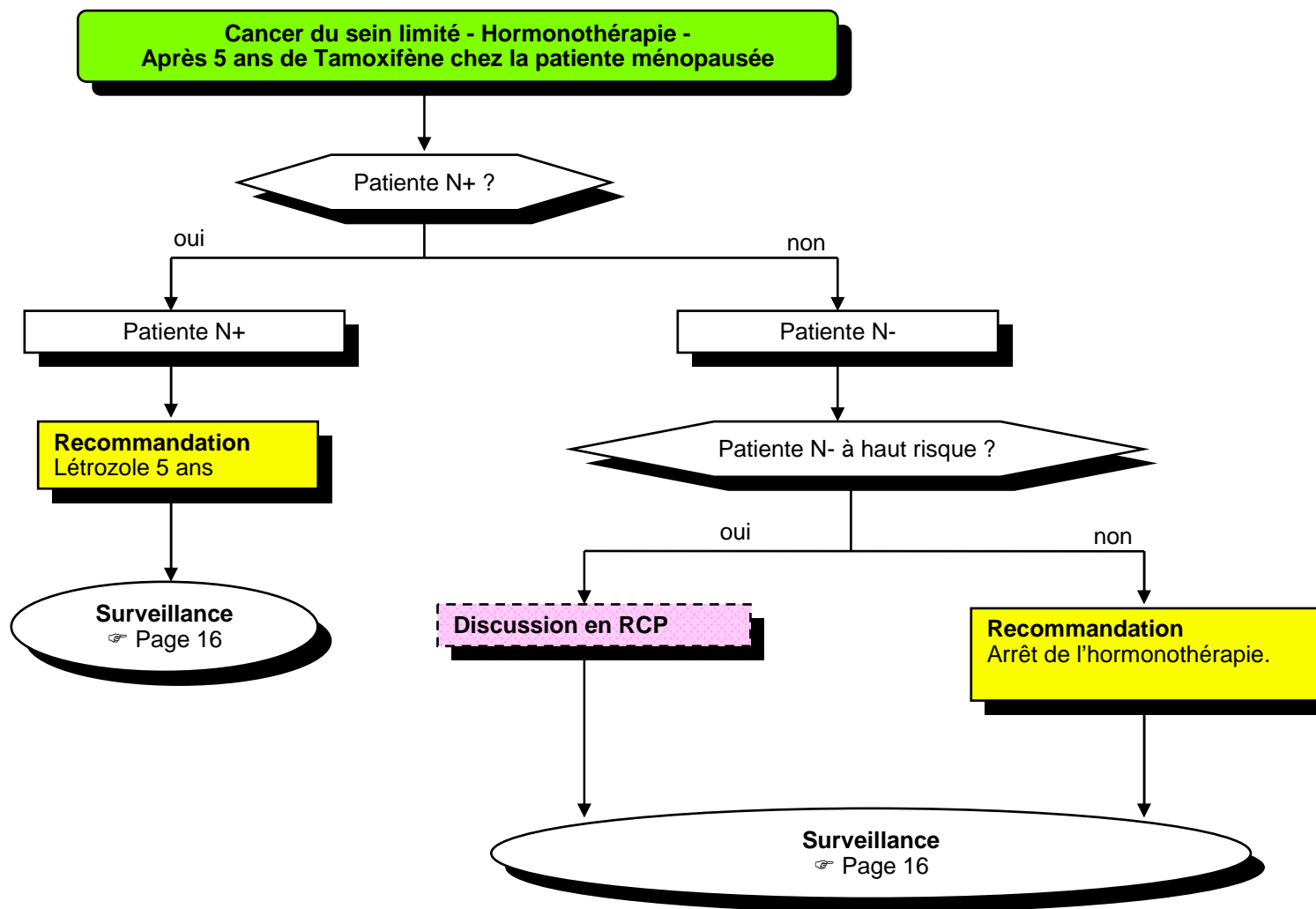
Si l'aménorrhée est de moins de 12 mois :

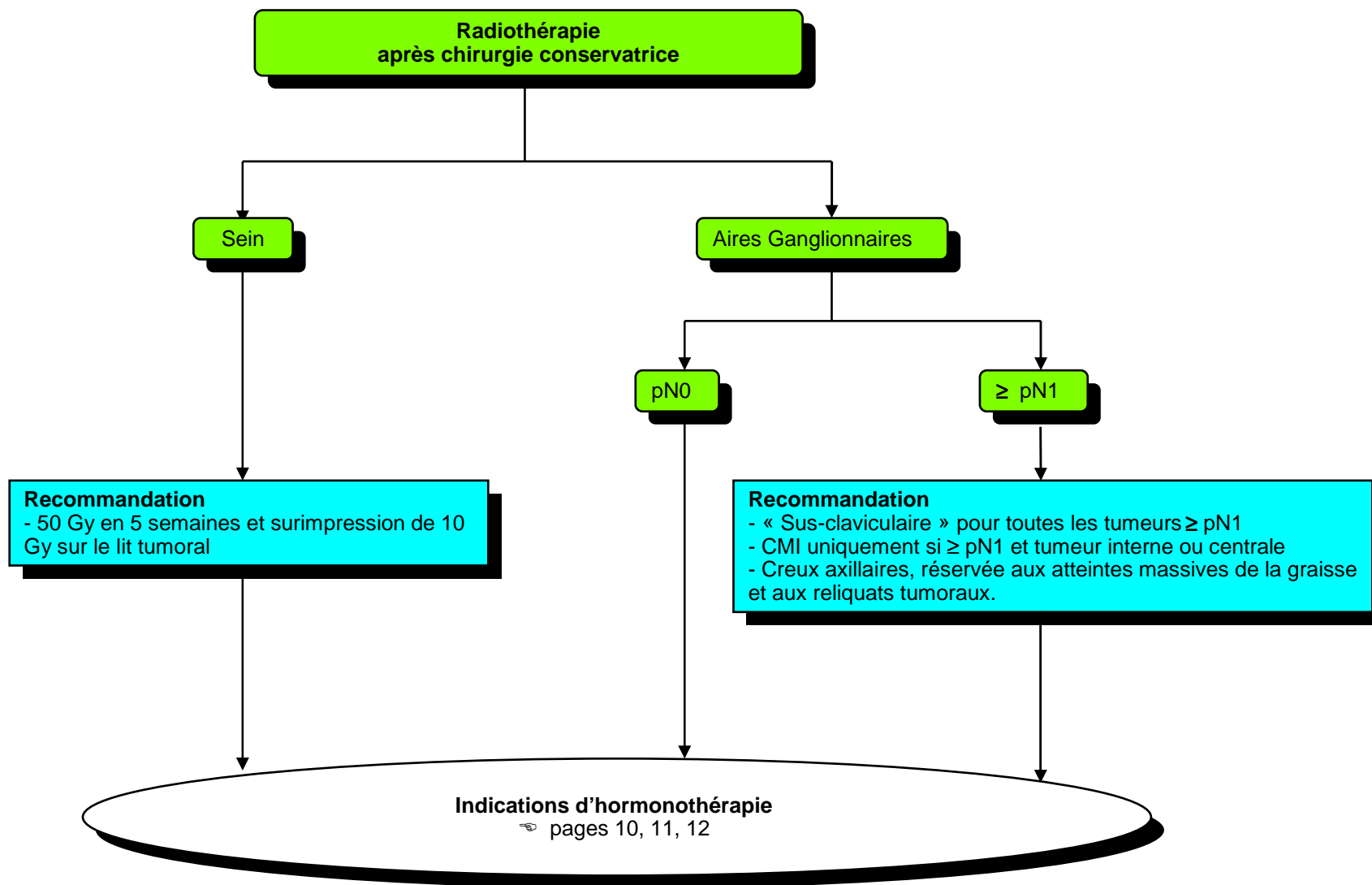
- chez patientes hystérectomisées sans conservation ovarienne,
- chez les patientes sous oestro-progestatifs au diagnostic,

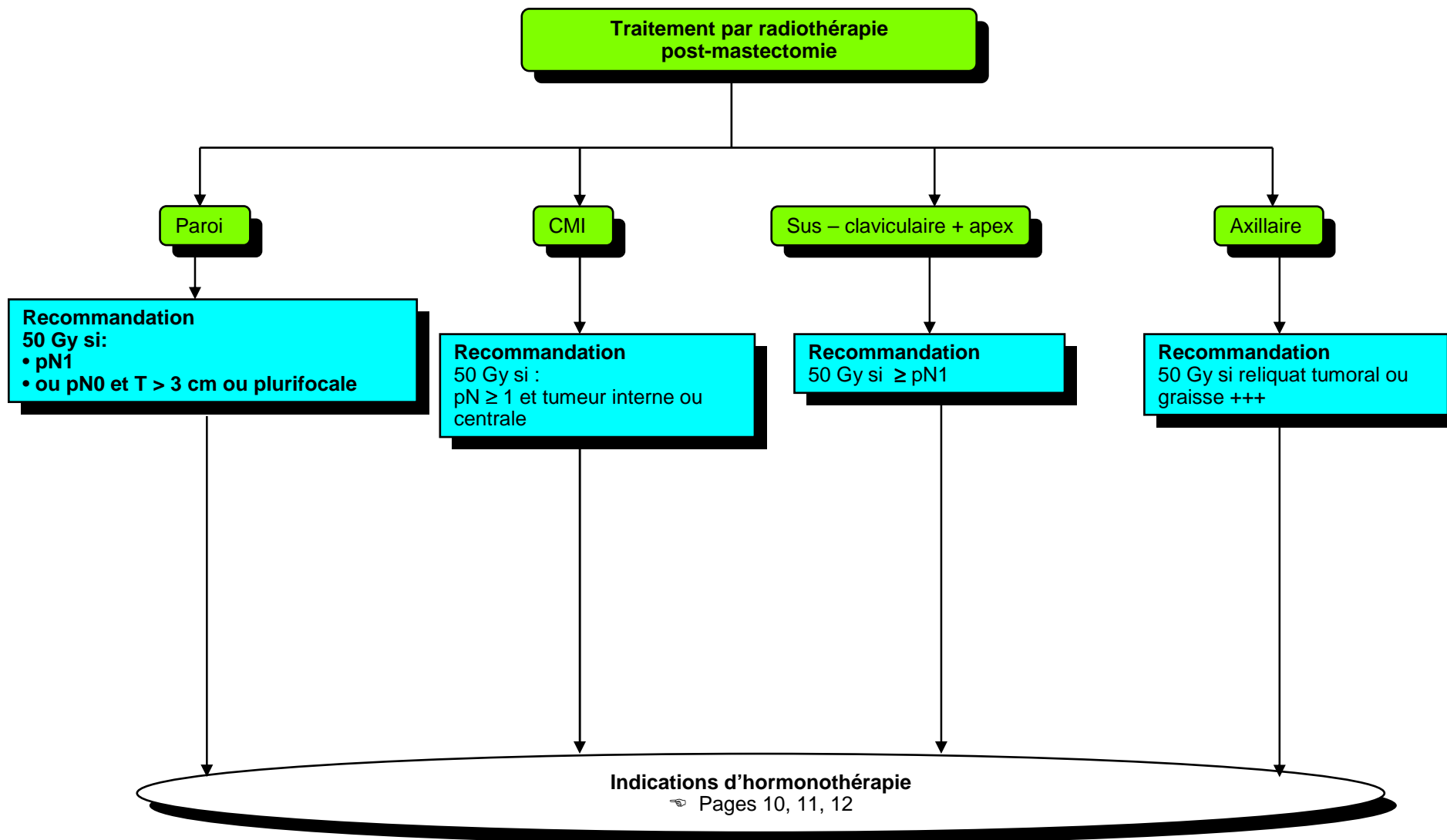
il convient de prescrire du Tamoxifène

Si aménorrhée chimio-induite le dosage de la FSH n'est pas suffisant pour affirmer la ménopause, il est recommandé de mettre ces patientes sous Tamoxifène.









CANCER DU SEIN LIMITE – TRAITEMENT ADJUVANT PROTOCOLES DE CHIMIOThERAPIE

1. Protocoles en adjuvant pour les tumeurs N⁻

6 FAC 50
6 FEC 100

À discuter:

6 TAC
ou 3 FEC 100 puis 3 TAXOTERE
ou 4 AC puis TAXOL hebdomadaire
ou 4 TAXOTERE ENDOXAN

2. Protocoles en adjuvant pour les tumeurs N⁺

6 TAC
3 FEC 100 puis 3 TAXOTERE
4 AC puis TAXOL hebdomadaire

A discuter:

6 FAC
ou 6 FEC 100
ou 4 TAXOTERE + CYCLOPHOSPHAMIDE

3. Protocoles en adjuvant pour les tumeurs Her2 +++

Chimiothérapies idem que ci-dessus puis TRASTUZUMAB (1 an selon l'AMM)

A discuter:

6 CARBOPLATINE + TAXOTERE + TRASTUZUMAB

SURVEILLANCE* DES CANCERS NON-METASTATIQUES

Examens	1ère et 2ème année	3ème à 5ème année	> 5ème année
<ul style="list-style-type: none"> • Interrogatoire • Examen clinique 	Tous les 4 à 6 mois	Tous les 6 mois	1 fois par an
<ul style="list-style-type: none"> • Mammographies 	Mammographie de référence 1 an après la chirurgie, puis 1 fois par an		Dépistage (1 fois tous les 2 ans)
<ul style="list-style-type: none"> • Radiographie Pulmonaire • Scanner TAP • Échographie hépatique • Scintigraphie osseuse • Scanner cérébral • Ca 15-3 • Examen gynécologique 	En cas de symptôme		

* **Surveillance alternée**

- Équipe de prise en charge
- Gynécologue ou médecin traitant