

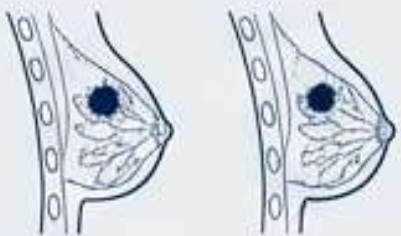
# Cancer du sein



# Le Parcours Patient : Une séquence clinique standardisée

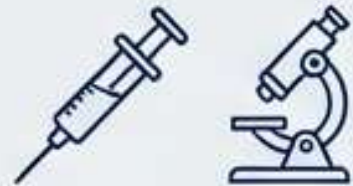
## 1. Suspicion

Anomalie clinique  
ou radiologique  
ACR 4/5



## 2. Diagnostic & Bilan

Preuve histologique  
stricte +  
Bilan d'extension  
si indiqué



## 3. Décision Collégiale

La Réunion de  
Concertation  
Pluridisciplinaire  
(RCP)



## 4. Séquence Thérapeutique

Chirurgie,  
Radiothérapie,  
Traitements  
Médicaux



## 5. Suivi & Support

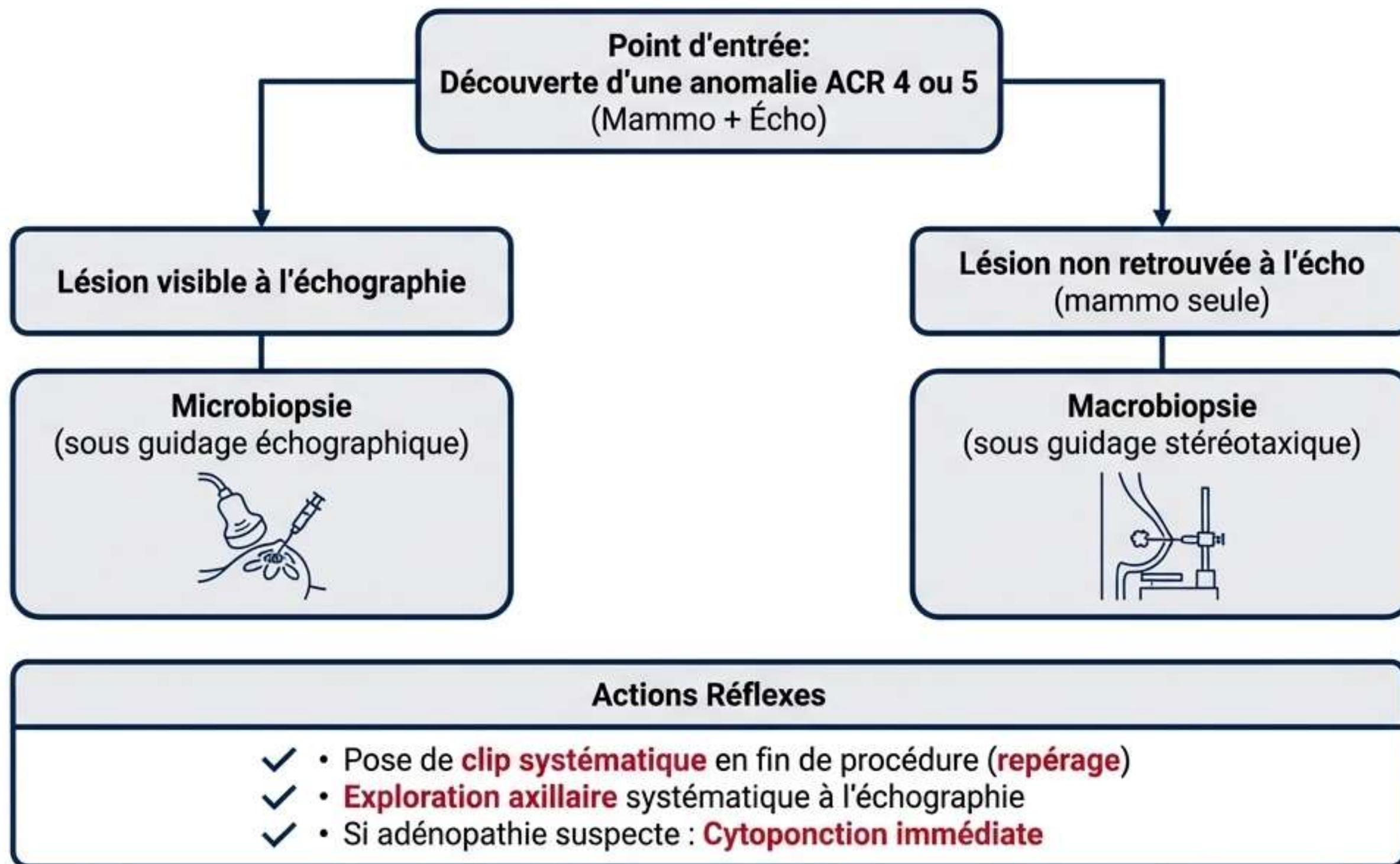
Surveillance  
prolongée,  
Oncofertilité,  
Oncogénétique



**Règle d'or de l'internat : L'ordre de cette séquence est inviolable.**  
**Toute intervention thérapeutique est subordonnée au triptyque :**  
**Preuve Histologique + Bilan + Validation RCP.**

# Le diagnostic de cancer du sein est TOUJOURS HISTOLOGIQUE.

## Le Diagnostic Initial : Face à une anomalie ACR 4 ou 5



# Le Bilan d'Extension : Savoir s'abstenir ou cibler

## PAS DE BILAN SYSTÉMATIQUE

### Indications:

Stades précoces (T1-T2) avec N0 clinique.

### Rationnel:

Faible prévalence métastatique.  
Évite les faux positifs et l'irradiation inutile.



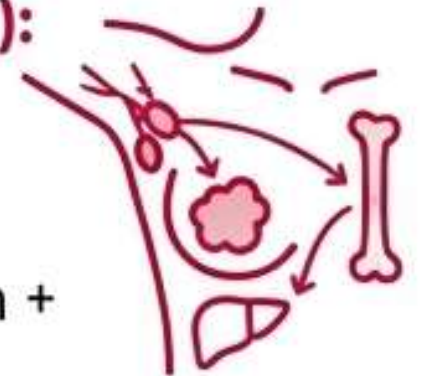
## BILAN D'EXTENSION RECOMMANDÉ

### Indications (Red Flags):

Tumeurs volumineuses (T3-T4);  
Ganglion cliniquement envahi (cN+);  
Ganglion sentinelle macrométastatique post-op

### Options d'imagerie (Une au choix):

1. TEP-TDM au 18F-FDG (Gold standard pré-op)
- OU**
2. TDM Thoraco-abdomino-pelvien + Scintigraphie osseuse



## Bilan Cardiaque (FEVG)

Écho cœur indispensable avant tout traitement cardiotoxique (Anthracyclines, Trastuzumab).

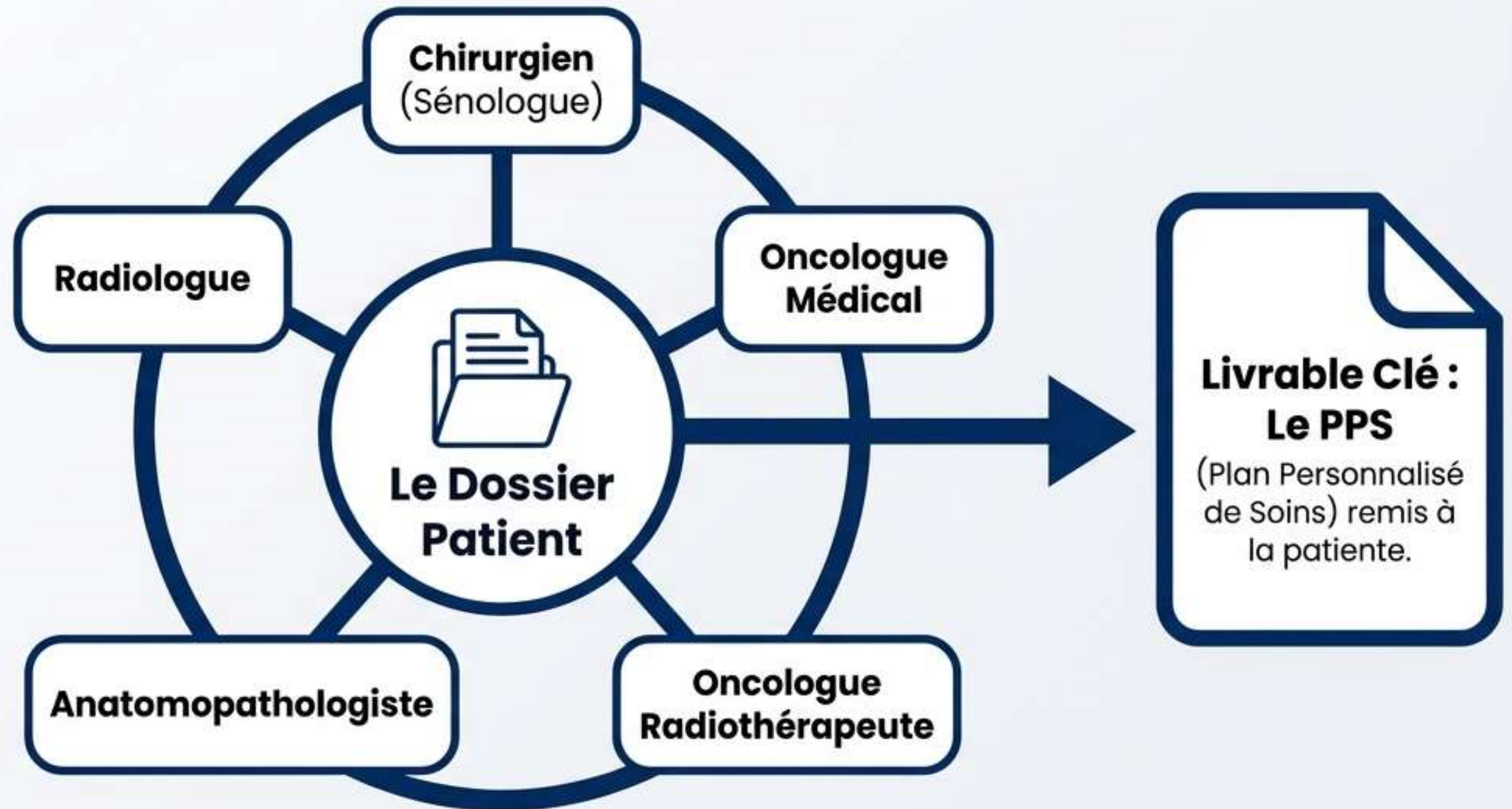
# Le Carrefour Stratégique : La RCP

## Le Dossier Patient

### Règle de Temporalité

Minimum de 2 RCP  
requis :

1. Avant la 1ère étape thérapeutique.
2. Après la chirurgie (basé sur l'anapath définitive).



# Profilage Tumoral : La Matrice Anatomico-Moléculaire

## Luminal A

**Marqueurs** : RO/RP +++ , HER2 Négatif.

**Prolifération** : Faible (Ki67 < 15%).

**Profil** : Évolution lente, très hormonosensible.



## Luminal B

**Marqueurs** : RO+, RP +/- . HER2 Négatif ou Positif.

**Prolifération** : Élevée (Ki67 > 15-20%).

**Profil** : Plus agressif, chimiosensibilité accrue.



## HER2+

**Marqueurs** : HER2 surexprimé (Score 3+ ou FISH+). RH souvent négatifs.

**Profil** : Agressif mais ciblable (Trastuzumab).



## Triple Négatif

**Marqueurs** : RE-, RP-, HER2- (Rien n'est exprimé).

**Profil** : Prolifération très élevée, chimiothérapie quasi-systématique.



**Les facteurs pronostiques classiques (pTNM) :**

Taille tumorale (pT) | Ganglions envahis (pN) | Grade (SBR) | Emboles vasculaires

# Chirurgie du Sein : Tumorectomie vs Mastectomie

## Traitement Conservateur

(Tumorectomie / Mastectomie Partielle)



**Principe :** Privilégié en 1ère intention.

### Conditions :

- Rapport volume tumoral/mammaire favorable, marges saines.

- **Condition ABSOLUE :** Radiothérapie post-opératoire réalisable.

## Traitement Radical

(Mastectomie Totale)



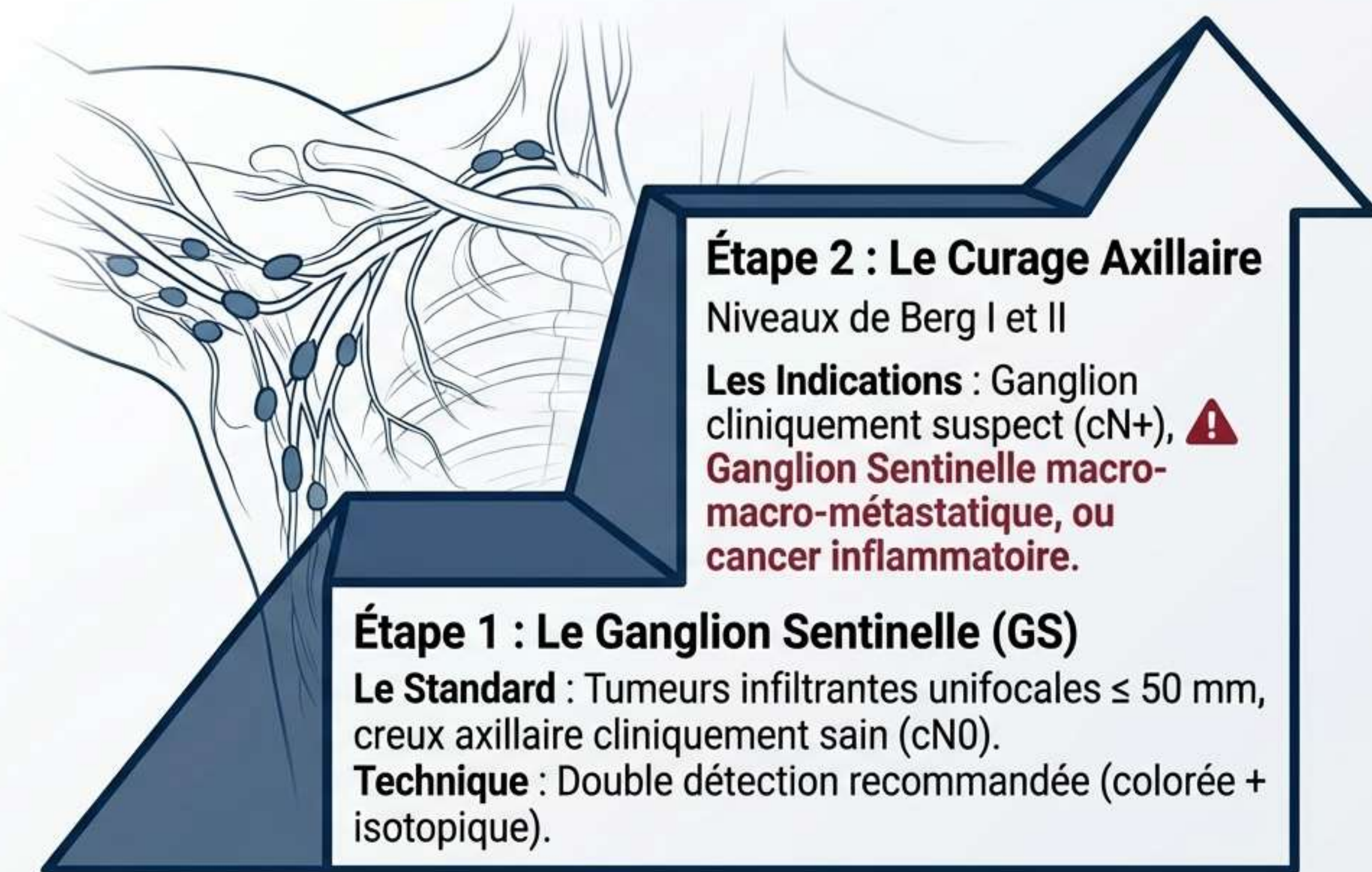
### Indications strictes :

- Tumeurs multicentriques, taille trop volumineuse, cancer inflammatoire, choix patiente.

### Action requise :

- Information médicale obligatoire sur les options de reconstruction mammaire.

# Chirurgie de l'Aisselle : L'Algorithme d'Escalade




## Étape 1 : Le Ganglion Sentinelle (GS)

**Le Standard** : Tumeurs infiltrantes unifocales  $\leq 50$  mm, creux axillaire cliniquement sain (cN0).

**Technique** : Double détection recommandée (colorée + isotopique).

## Étape 2 : Le Curage Axillaire

Niveaux de Berg I et II

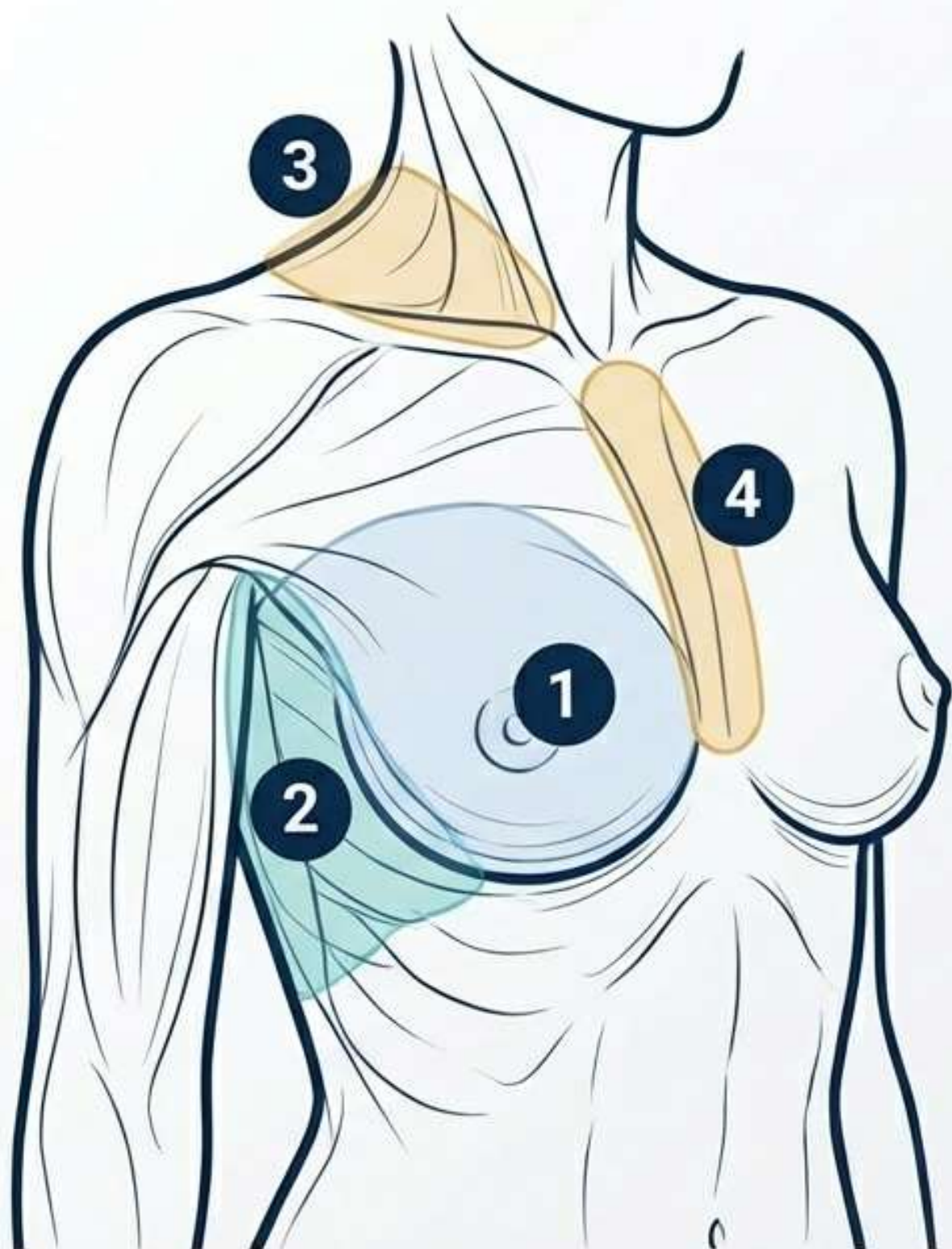
**Les Indications** : Ganglion cliniquement suspect (cN+),  **Ganglion Sentinelle macro-macro-métastatique, ou cancer inflammatoire.**



**Perle Clinique : L'exception montante**

Évitement du curage axillaire en cas de GS micro-métastatique si traitement conservateur avec radiothérapie et traitement systémique prévu.

# Radiothérapie : Cartographie des Zones Cibles



**1 Zone 1 : La Glande Mammaire (Sein)**  
**Indication :** SYSTÉMATIQUE après chirurgie conservatrice (+ boost si  $\leq 60$  ans).

ON

**2 Zone 2 : La Paroi Thoracique**

**Indication :** Après mastectomie totale SI pT3, ou pT2 avec facteurs de risque (âge  $\leq 40$  ans, embolies, grade 3).

ON

**3 Zones 3 & 4 : Aires Ganglionnaires (Sus-claviculaire & CMI)**

**Indication :** Irradiées systématiquement si atteinte histologique (pN+).

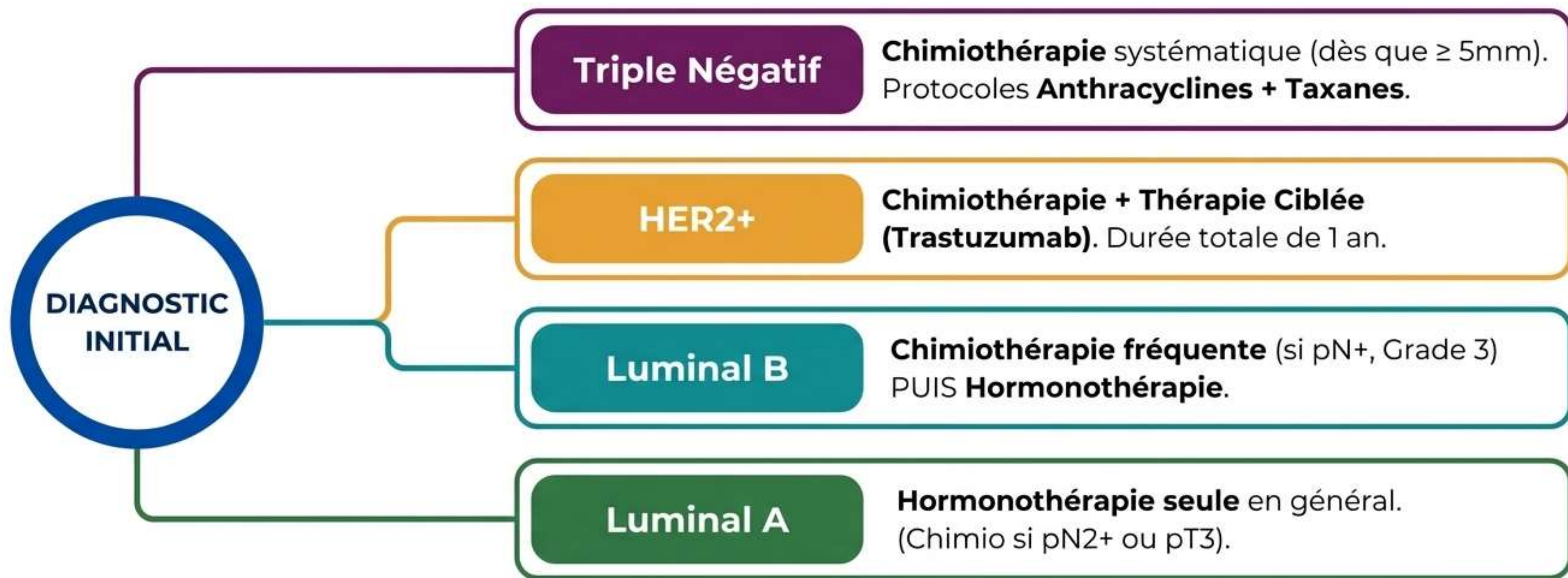
ON



**Alerte Temporelle**

**Délai maximal : 8 semaines post-chirurgie.**

# Traitements Médicaux Systémiques : L'Arbre Décisionnel



## Focus Hormonothérapie (Durée standard 5 ans)

- Femme Non-Ménopausée : Tamoxifène.
- Femme Ménopausée : Anti-aromatases (IA).



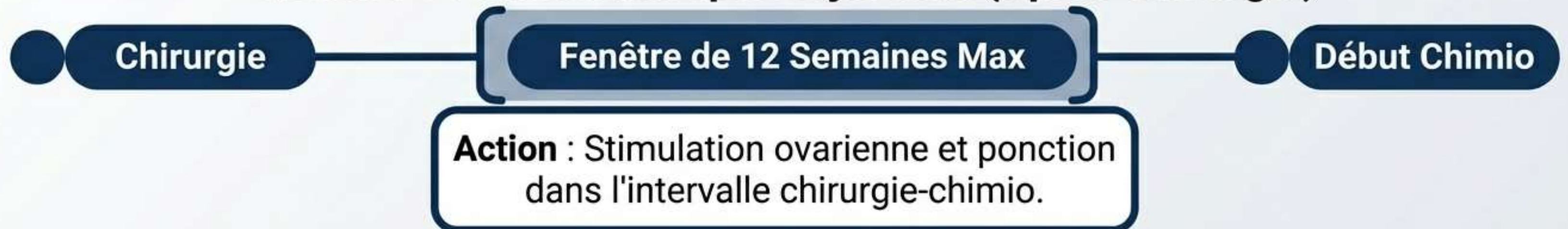
**Alerte Contraception** : TOUTES les contraceptions hormonales sont contre-indiquées. Pose d'un DIU au cuivre.

## Oncofertilité & Contraception chez la Femme Jeune

### Chemin A : Chimiothérapie Néo-Adjuvante (Avant Chirurgie)



### Chemin B : Chimiothérapie Adjuvante (Après Chirurgie)



# Oncogénétique : La Checklist des Drapeaux Rouges

## Facteurs Individuels (La Patiente)

- **▶ Cancer** diagnostiqué **très jeune** (< 36 ans).
- **▶ Cancer Triple Négatif** avant 51 ans.
- **▶ Cancer du sein** chez un **HOMME**.
- **▶ Association Cancer du Sein + Cancer de l'Ovaire.**

## Facteurs Familiaux (L'Arbre Généalogique)

- **▶  $\geq 3$  cas de cancer du sein** dans une même **branche parentale.**
- **▶ 2 cas familiaux DONT 1 cas précoce** (< 40 ans).
- **▶ 2 cas familiaux avec un cancer de l'ovaire ou cas masculin.**

## Conséquences d'une mutation prouvée (BRCA1/2, PALB2)

Surveillance IRM spécifique annuelle | Chirurgie prophylactique discutée | Dépistage des apparentés

# Situations Particulières : Flashcards Haut Rendement

## Cancer Inflammatoire (T4d)



**Signes** : Érythème, œdème, chaleur.

**Séquence** : Chimio néo-adjuvante  
**SYSTEMATIQUE** -> Mastectomie + Curage ->  
Radiothérapie.

## La Femme Âgée (>70 ans)



**Action** : Évaluation Oncogériatrique systématique.

**Seuil** : Si score de dépistage G8  $\leq 14$  -> **Bilan gériatrique complet** requis.

## Le Cancer chez l'Homme



**Prise en charge** : Superposable à la femme ménopausée.

**Standards** : **Mastectomie** le plus souvent,  
**Tamoxifène 5 ans**, et **Test Génétique**  
**systematique**.

## Maladie de Paget du Mamelon



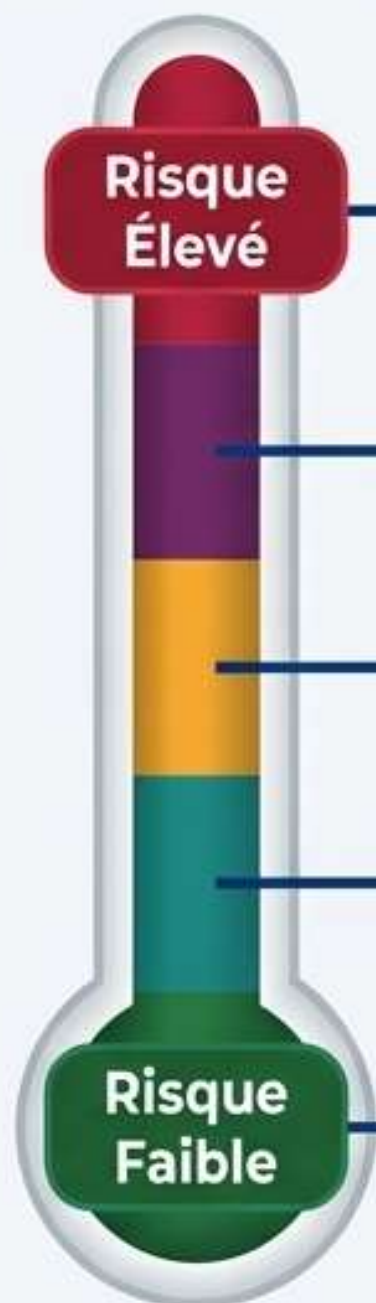
**Définition** : Lésion de la plaque aréolo-mamelonnaire **histologiquement prouvée**.

**Chirurgie** : **Mastectomie** (ou pamectomie centrale si lésion strictement localisée).

# Surveillance Post-Thérapeutique : Stratification du Risque

## Fondamentaux pour TOUTES les patientes

Examen clinique + Mammographie/Échographie annuelle. PAS de TEP/TDM systématique si asymptomatique.



### Risque Élevé

**Profil :** Triple Négatif, HER2+ avec N+, ou pN2+.

**Rythme :** Examen clinique tous les 3 mois (an 1), tous les 6 mois (jusqu'à 5 ans), puis annuel. TEP-TDM de référence initiale.

### Risque Faible

**Profil :** RH+, HER2-, sans chimiothérapie.

**Rythme :** Examen clinique tous les 6 mois (pendant 3 ans), puis annuel.

### Surveillance Spécifique des Traitements

- **Anti-Aromatases :** Ostéodensitométrie (risque d'ostéoporose).
- **Tamoxifène :** Surveillance de l'endomètre si métrorragies.

# Le Take-Home Message pour l'EDN

## La preuve avant le bistouri

Le diagnostic histologique est un préalable absolu à tout geste chirurgical mammaire.

## Le passage obligé

La RCP dicte et valide chaque étape de la séquence thérapeutique via le PPS.

## Le pouvoir du profilage

Les sous-types moléculaires pilotent entièrement l'escalade thérapeutique systémique.

## Désescalade axillaire

Le ganglion sentinelle est la norme ; le curage axillaire est devenu l'exception.

## Penser au-delà de la tumeur

Oncofertilité en urgence et consultation d'oncogénétique sont des réflexes vitaux chez la patiente jeune.