

TUMEURS DU SEIN
RECOMMANDATIONS
DIAGNOSTIQUES ET
THERAPEUTIQUES

ONCOCENTRE
BLOIS 10 JUIN 2005

GROUPE DE TRAVAIL

D ANGUIS

F ARBION

O ARSENE

S AVIGDOR

I BARILLOT

S BARON

JL BAULIEU

C BERGER

G BODY

F BOIVIN

P BOUGNOUX

H BOURGEOIS

H CAILLET

PE CAILLEUX

S DE MONTGOLFIER

P DEGAND BILLION

E DU ROUCHET

H FAUGON

X GALLAY

M GASOWSKI

C GENRE

M IBRAHIM

L JALLAIS

O LE FLOCH

JC LEGUEUL

C LINASSIER

ML MAILLET

L MALISSARD

G MALOUX

Y MARBOEUF

C MARCHAND

H MARRET

P MICHENET

L MOREAU

JC MOUDEN

MB ORGERIE

JP OZOUX

E PAGANELLI

L PHILIPPE

B PORTAL

B PROVENDIER

A REYNAUD BOUGNOUX

M ROUIF

A TEKAYA

P THIENPONT

J TOUMIEUX

C TOURNEMINE

F TRANQUARD

A VILDE

BILAN D'EXTENSION LOCO REGIONAL (1)

- EXAMEN CLINIQUE
- MAMMOGRAPHIE BILATERALE (cotation de la densité classification ACR)
- ECHOGRAPHIE BILATERALE
- COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE
- MICROBIOPSIE
 - D 'UN NODULE PALPABLE
 - SOUS ECHOGRAPHIE
 - STEREOTAXIQUE

BILAN D 'EXTENSION (2)

- Macrobiopsie stéréotaxique:
 - indications habituelles (micro calc ACR IV et V, opacité suspecte, distortion architecturale)
 - exérèse chirurgicale indispensable si ccis,cci ou discordance histo/imagerie
 - exérèse chirurgicale recommandée si HEA, cicatrice radiaire, prolif papillaire intra kystique,lésion mucineuse
 - LIN prise en charge à discuter

BILAN D 'EXTENSION(3)

- REPERAGE:

- sur lésion non prélevable en imagerie
- sur lésion non palpable suspecte
- sur prise de contraste en IRM

- IRM

- recherche de récurrence
- suspicion de multifocalité ou multicentricité
- ggl axillaire suspect sans anomalie mammaire
- asymétrie de densité suspecte
- surveillance des sujets à haut risque (BrCa 1 ou 2)

- TEP SCAN

BILAN GENERAL

- EXAMEN CLINIQUE
- EXAMENS PARACLINIQUES:
 - radiographie pulmonaire
 - échographie abdominale et pelvienne
 - TDM et/ou échographie de contraste ou IRM si anomalie
 - scintigraphie osseuse
 - échographie cardiaque
 - biologie

CLASSIFICATION T N M

COMPTE RENDU ANATOMO-PATHOLOGIQUE

- Exérèse de micro-calcifications:
 - type histologique, architecture
 - grade
 - taille
 - micro-invasion
 - limites d'exérèse
 - micro-calcifications
 - lésions associées
 - curage ganglionnaire éventuel

- Carcinomes invasifs: tumorectomie ou mastectomie:
 - extemporané
 - type histologique
 - grade
 - taille
 - limites d'exérèse
 - invasion vasculaire
 - CIS associé
 - micro-calcifications
 - lésions associées
 - curage ganglionnaire
 - évaluation des RH (RE et RP en IHC) et Her2

METHODES THERAPEUTIQUES

CHIRURGIE

- TUMORECTOMIE
- CURAGE AXILLAIRE
- GANGLION SENTINELLE
- BIOPSIE TUMORALE (CRH, RH, Her2, CMF)
- MASTECTOMIE
- TUMEURS INFRA-CLINIQUE (exérèse après repérage)

METHODES THERAPEUTIQUES

RADIOTHERAPIE

- Radiothérapie du sein et/ou de la paroi thoracique
 - position de traitement
 - dose et fractionnement
 - complément localisé (technique et dose)
- Radiothérapie des aires ganglionnaires:
 - sus et sous claviculaire
 - axillaire
 - mammaire interne

METHODES THERAPEUTIQUES

CHIMIOThERAPIE

- **CHIMIOThERAPIE ADJUVANTE:**

- délai après chirurgie
- indications selon risque métastatique
- Her2+++ : taxanes
- Her2 - : FEC 100
- chimio séquentielle anthracyclines /taxanes
- traitements de support

- **CHIMIOThERAPIE NEO-ADJUVANTE:**

- FEC 100
- Taxotère seul
- Schéma séquentiel

METHODES THERAPEUTIQUES

HORMONOTHERAPIE

- **Hormonothérapie adjuvante avant la ménopause:**
 - anti-oestrogènes: tamoxifène
 - suppression ovarienne
 - anti-aromatases (non validé)
- **Hormonothérapie adjuvante après la ménopause:**
 - anti-oestrogènes: tamoxifène
 - anti-aromatases
 - « switch » anti-oestrogènes/anti aromatases
 - relai tamoxifène/ anti-aromatases

- **HORMONOTHERAPIE NEO-ADJUVANTE:**

- anti-œstrogène: tamoxifène
- anti-aromatase si Her2 +++

- **HORMONOTHERAPIE DES METASTASES:**

- suppression ovarienne avant la ménopause
- anti-aromatase après la ménopause
- progestérone si échec des anti-aromatases et des anti-œstrogènes

CONFERENCE
DE CONSENSUS
DE SAINT GALLEN 2005

RISQUE FAIBLE

Catégorie	Hormono sensible	Hormono insensible
Bas Risque	TOUJOURS N- 1) RE+ et/ou RP+ ET TOUS les critères suivants : <ul style="list-style-type: none">- pT \leq 2 cm- grade I- HER2 négatif- pas d'embolie vasculaire- âge > 35 ans 2) Toute tumeur pT < 1 cm, RH+ chez une femme de plus de 35 ans quels que soient les autres facteurs	Non applicable

RISQUE INTERMEDIAIRE

Catégorie	Hormono sensible	Hormono insensible
Risque intermédiaire	<p style="text-align: center;"><u>SOIT N-</u></p> <p>RE+ et/ou RP+ et AU MOINS 1 des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">- pT > 2 cm ou- grade II ou III- HER2 positif ou- embole vasculaire ou- âge < 35 ans <p style="text-align: center;"><u>SOIT N+ 1 à 3</u></p> <p>- RE + et/ou RP + HER2 négatif ET pas d'embole vasculaire</p>	<p style="text-align: center;">Idem +</p> <p style="text-align: center;">RE et RP absents</p>

RISQUE ELEVE

Catégorie	Hormono sensible	Hormono insensible
Risque élevé	<u>N+ > 3</u> Et tous N+ avec atteinte vasculaire massive OU surexpression de HER2	Idem + RE et RP absents

St Gallen 2005 : propositions thérapeutiques

Catégorie	hormono sensible	hormono sensibilité incertaine	hormono insensible
Risque faible	Hormonothérapie		
Risque moyen	Hormono. seule ou Chimio puis hormono.	Chimio puis hormono.	Chimio.
Risque élevé	Chimio puis hormono		Chimio.

St Gallen 2005 : propositions thérapeutiques

Risque	Traitement			
	Hormono sensibilité		Hormono sensibilité Incertaine	
	Pre	Post	Pre	Post
Bas risque	TMX ou rien	TMX ou AA ou rien	TMX ou rien	TMX ou rien, AA ?
Risque intermédiaire	1) Hormono. TMX(+/- SO) 2) Chimio. TMX+/-SO)	1) Hormono. (TMX ou AA.) 2) Chimio puis TMX 3) Chimio puis AA.	1) Chimio. puis TMX (+/-SO) 2) Chimio.seule	1) Chimio. puis TMX 2) Chimio. puis AA

St Gallen 2005 : propositions thérapeutiques

Risque	Traitement			
	Hormono sensibilité		Absence d'hormono sensibilité	
	Pre	Post	Pre	Post
Haut risque	1) Chimio. puis TMX (+/- SO) 2) Chimio	1) Chimio. puis TMX 2) Chimio. puis AA 3) Chimio TMX AA*	1) Chimio. seule FEC FAC +/- Taxane ? séquentiel	1) Chimio. seule FEC FAC +/- Taxane ? séquentiel

* Exemestane ou anastrozole après 2-3 ans Tam, Letrozole après 5 ans Tam

Indications de traitement adjuvant

Risque faible: rien ou

TMX pré ménopause

AA ou TMX post ménopause

Risque moyen: N- RH-: 6 FEC 100

N- RH- Her2+++ : 3 FEC 100 3TXT Herceptin 1 an

N- RH+ : 6 FEC100 TMX ou AA

1à3N+ RH- :3FEC 100 3TXT

RH+ :3FEC 100 TXT puis TMX ou AA

Risque élevé: > 3N+ Her2 - :6FEC100

Her2 +++ : 3FEC100 3TXT Herceptin 1 an