

Cancer du sein

*Lignes directrices de traitement
pour les patientes*

Version IV / Septembre 2002



Cancer du sein

Les Lignes directrices de traitement pour les patientes

Version IV / Septembre 2002

L'objectif commun du partenariat entre le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS) est de fournir aux patientes ainsi qu'au grand public les toutes dernières informations sur le traitement du cancer dans un langage compréhensible. Ces informations basées sur les Lignes directrices de pratique clinique du NCCN visent à vous assister pendant votre dialogue avec votre médecin.

Ces Lignes directrices ne remplacent pas les compétences et l'avis médical de votre médecin. La situation de chaque patiente doit être appréciée individuellement. Il est important de discuter de ces lignes directrices avec votre médecin ainsi que de toute autre information concernant le choix du traitement. Pour vous assurer que vous êtes en possession de la dernière version des Lignes directrices, visitez les sites web de l'ACS (www.cancer.org) ou du NCCN (www.nccn.org). Vous pouvez aussi appeler le NCCN au 1-888-909-NCCN ou l'ACS au 1-800-ACS-2345 pour les informations les plus récentes

Les Lignes directrices de pratique clinique du NCCN ont été élaborées par un comité composé d'experts divers. Ces Lignes directrices présentent le consensus qui existe entre leurs auteurs sur les preuves scientifiques et leurs opinions sur les approches de traitement actuellement acceptées. Les Lignes directrices de la NCCN sont mises à jour, au fur et à mesure que de nouvelles données scientifiques importantes deviennent disponibles. En conséquence la version "Informations pour les patientes" bénéficiera aussi de mises à jour, qui seront disponibles en ligne sur les sites web du NCCN et de l'ACS. Pour vous assurer que vous êtes en possession de la plus récente version, adressez-vous à l'ACS ou au NCCN.

©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN et de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

Table des matières

Introduction	5
Prise de décision sur le traitement du cancer du sein	5
Tissu de sein normal	6
Types de cancer du sein	7
Nodules bénins dans le sein	8
Prise en charge du cancer du sein	8
Stades du cancer du sein	12
Types de traitement du cancer du sein	14
Choix entre la tumorectomie et la mastectomie	17
Chirurgie réparatrice	18
Autres aspects à considérer pendant et après le traitement	21
Essais cliniques	23
Prise en charge (Evaluation) et lignes directrices de traitement	25
Arbres de décision	25
Stade 0 (CLIS)	26
Stade 0 (CCIS)	28
Stades I, II et quelques stades IIIA	32
Chirurgie des ganglions lymphatiques axillaires	36
Le traitement adjuvant (supplémentaire) pour les stades I, II et quelques stades IIIA	38
Traitement préopératoire pour les stades I, II et quelques stades IIIA du cancer du sein ..	42
Traitement pour les stades III et IV du cancer du sein invasif	44
Suivi chez les femmes atteintes du cancer de stade I, II ou III, prise en charge et traitement des récidives	48
Stade IV ou récurrence systémique	52
Glossaire	56



NCCN

National
Comprehensive
Cancer
Network

Arthur G. James Hospital and
Richard J. Solove Research Institute at Ohio State University

City of Hope Cancer Center

Dana-Farber Cancer Institute

Duke Comprehensive Cancer Center

Fox Chase Cancer Center

Fred Hutchinson Cancer Research Center

H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute
at the University of South Florida

Huntsman Cancer Institute at the University of Utah

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center
of Northwestern University

Roswell Park Cancer Institute

St. Jude Children's Research Hospital

Stanford Hospital and Clinics

The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins

UCSF Comprehensive Cancer Center

University of Alabama at Birmingham
Comprehensive Cancer Center

University of Michigan Comprehensive Cancer Center

University of Texas M.D. Anderson Cancer Center

UNMC/Eppley Cancer Center
at the University of Nebraska Medical Center

Introduction

Grâce à ce rapport, les patientes ont leur premier accès aux informations concernant la manière dont le cancer du sein est traité dans les meilleurs centres de lutte contre le cancer du pays. À l'origine, conçues pour les spécialistes du cancer par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN), ces lignes directrices de traitement ont maintenant été traduites pour le grand public par la Société américaine contre le cancer (ACS). Pour obtenir un autre exemplaire des Lignes directrices, ainsi que de plus amples informations, contactez la Société américaine contre le cancer au 1-800-ACS-2345 ou le NCCN au 1-888-909-NCCN, ou visitez les sites Web de ces organismes: www.cancer.org (ACS) et www.nccn.org.

Depuis 1995, les médecins ont compté sur le NCCN pour des conseils sur le traitement du cancer. Les Lignes directrices de pratique clinique du NCCN ont été élaborées par un comité de divers experts en provenance des 19 meilleurs centres de lutte contre le cancer du pays. Les Lignes directrices présentent le consensus qui existent entre leurs auteurs concernant les preuves scientifiques et leurs opinions sur les approches de traitement actuellement acceptées. Les Lignes directrices du NCCN sont mises à jour selon la disponibilité de nouvelles données importantes. La version "Informations pour les patientes" sera aussi mise à jour et sera disponible en-ligne grâce sur les sites Web de NCCN et la Société américaine contre le cancer. Pour vérifier que vous êtes en possession de la version la plus récente, contactez la Société américaine contre le cancer ou le NCCN.

Pendant plus de 85 ans, le grand public a compté sur la Société américaine contre le cancer pour les informations sur le cancer. Les publications et les brochures de la Société fournissent des informations actuelles, exhaustives et compréhensibles par des milliers de patients, ainsi que leurs familles et leurs amis. Cette collaboration entre le NCCN et l'ACS représente

une source fiable et compréhensible d'information sur le traitement du cancer par le grand public.

Ces Lignes directrices pour les patientes vous permettront de mieux comprendre votre traitement du cancer et les conseils de votre médecin: parlez-en à votre médecin. Voici quelques questions que vous pourriez lui poser:

- J'ai combien de tumeurs? Sont-elles grosses?
- Mon cancer appartient à quel grade (les cellules apparaissent-elles très anormales) et histologie (type et disposition des cellules), lorsqu'on les regarde sous microscope?
- Est-ce que les ganglions lymphatiques ont été atteints (ganglions lymphatiques positifs)? Si oui, combien?
- Mon cancer se situe à quel stade?
- Mon cancer est-il positif aux récepteurs d'œstrogènes ou positif aux récepteurs de progestérones?
- La chirurgie mammaire conservatrice serait-elle une possibilité?
- En plus d'une intervention chirurgicale, quels autres traitements conseillerez-vous? Radiothérapie? Chimiothérapie? Hormonothérapie?
- Quels sont leurs effets secondaires?

Prise de décisions sur le traitement du cancer du sein

Les pages suivantes vous présenteront des tableaux que les médecins désignent sous les noms d' "algorithmes" ou "arbres de décision." Ces tableaux représentent les différents stades du cancer du sein. Chaque tableau illustre point par point comment vous et votre médecin pouvez arriver à prendre une décision sur votre traitement.

Pour arriver à une décision éclairée vous devez être capable de comprendre les termes médicaux utilisés par votre médecin. Vous serez peut-être déjà à l'aise dans ce domaine ou vous aurez peut-être besoin de consulter les différentes sections qui figurent dans la table des matières. Vous trouverez non-seulement les informations de base sur le cancer du sein, mais aussi des explications sur les stades d'un cancer, la prise en charge, et le traitement — toutes les catégories utilisées dans les tableaux. Un glossaire a aussi été fourni à la fin de cette documentation.

Bien que le cancer du sein soit une maladie très grave, elle peut être traitée, par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire. Cette équipe pourrait comprendre parmi d'autres un chirurgien, un radiothérapeute oncologue, un chimiothérapeute, un radiologue, un pathologiste, une infirmière, une assistante sociale. Par contre toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein ne doivent pas recevoir le même traitement. Les médecins doivent considérer les conditions médicales particulières de la femme en question. Cette documentation permettra, à vous et à votre médecin, de choisir l'option la mieux adaptée à vos besoins médicaux et personnels.

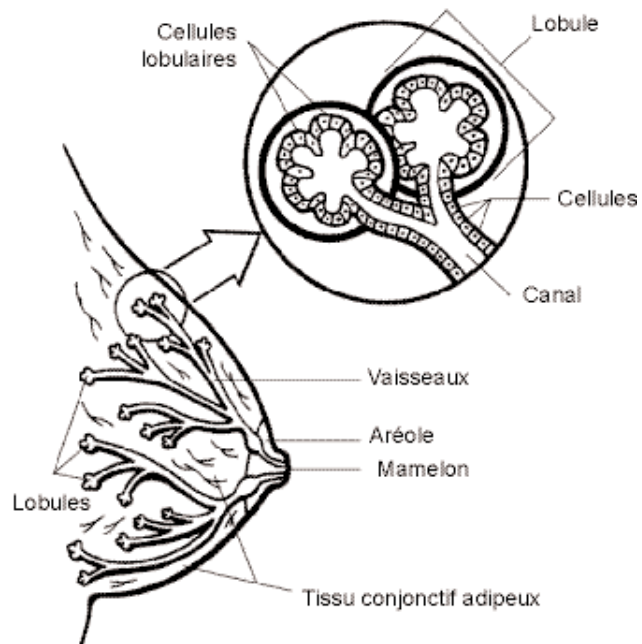
Tissu de sein normal

Un sein de femme est composé des parties principales suivantes: des obules (glandes galactogènes), des vaisseaux (canaux qui conduisent le lait des lobules au mamelon), et du stroma (tissu adipeux et ligaments autour des vaisseaux et lobules, vaisseaux sanguins et vaisseaux lymphatiques). Les vaisseaux lymphatiques sont comparables aux veines mais ceux-ci transportent du liquide lymphatique au lieu du sang.

Le liquide lymphatique est un fluide transparent qui contient des déchets de tissu et des cellules du système immunitaire. La plupart des vaisseaux lymphatiques mènent à des ganglions lymphatiques axillaires (de l'aisselle). Les cellules cancéreuses peuvent pénétrer dans les vaisseaux lymphatiques et se propager le long de ces vaisseaux jusqu'aux ganglions lymphatiques. Les cellules cancéreuses peuvent aussi pénétrer dans les vaisseaux sanguins et se propager à travers le système sanguin vers les autres parties du corps.

Les ganglions lymphatiques sont de petits ganglions, en forme de haricot, formés de cellules du système immunitaire essentielles à la lutte contre les infections. Lorsque les cellules cancéreuses du sein atteignent les ganglions lymphatiques axillaires, elles peuvent continuer de s'accroître, produisant une enflure des ganglions lymphatiques dans l'aisselle.

La multiplication des cellules cancéreuses du sein dans les ganglions lymphatiques axillaires, augmente le risque de leur propagation vers d'autres organes du corps.



Types de cancer du sein

Le cancer du sein est une croissance anormale de cellules qui recouvrent les vaisseaux et les lobules. La classification des types de cancer du sein est réalisée en fonction de l'origine du cancer (vaisseaux ou lobules), la pénétration des cellules (invasif ou non) à travers les vaisseaux ou lobules, et l'aspect du cancer sous le microscope.

Carcinome In situ

In situ signifie que le cancer reste confiné aux vaisseaux ou lobules sans envahir le tissu avoisinant dans les seins ou sans se propager vers les autres organes du corps. Il existe deux types de Carcinome In Situ.

- *Carcinome lobulaire in situ*: aussi dénommé néoplasie lobulaire. Le cancer prend origine dans les lobules mais ne pénètre pas à travers les parois lobulaires. La plupart des spécialistes du cancer du sein pensent que le carcinome lobulaire in situ ne devient généralement pas un cancer invasif mais les femmes atteintes de ce type de cancer courent un plus grand risque de développer un cancer invasif dans un de leurs seins.
- *Carcinome canalaire in situ*: représente le type de cancer du sein non effractif le plus fréquent. Les cellules cancéreuses à l'intérieur des vaisseaux ne se propagent pas à travers les parois des vaisseaux vers le tissu du sein.

Carcinome canalaire infiltrant (ou invasif)

Les cellules cancéreuses qui prennent leur origine dans les vaisseaux galactophores du sein pénètrent à travers les parois des vaisseaux pour envahir le tissu adipeux du sein. Elles peuvent pénétrer dans les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins et se propager vers les parties du corps (métastase). Le carcinome canalaire infiltrant ou invasif représente environ, 80% des cancers du sein.

Carcinome lobulaire infiltrant (ou invasif)

L'origine de ce type de cancer sont les glandes galactogènes. De même que le carcinome canalaire, ce cancer peut se propager au-delà du sein vers les autres parties du corps. Les carcinomes lobulaires invasifs représentent environ 10% à 15% des cancers du sein invasifs.

Carcinome médullaire

Ce type particulier de cancer canalaire infiltrant possède un contour plus ou moins bien défini et distinct entre le tissu tumoral et le sein normal. Il possède aussi plusieurs caractéristiques particulières, y compris la taille importante des cellules cancéreuses et la présence des cellules du système immunitaire sur la marge de la tumeur. Il représente environ 5% de tous les cancers du sein. Le carcinome médullaire a un pronostic légèrement meilleur (perspective de survie) et un risque de métastase légèrement plus bas que le cancer invasif, tubulaire ou canalaire de la même taille.

Carcinome colloïde

Ce type rare de cancer canalaire invasif aussi dénommé carcinome mucineux, est formé de cellules cancéreuses productrices de mucus. Le carcinome colloïde a un pronostic légèrement meilleur et un risque de métastase légèrement inférieur aux cancers invasif, lobulaire ou canalaire de même taille.

Carcinome tubulaire

Le carcinome tubulaire est un type particulier de carcinome canalaire qui représente environ 2% de tous les cancers du sein. Ce cancer a un pronostic légèrement meilleur et un risque de métastase légèrement inférieur aux cancers invasifs, lobulaire ou canaux de la même taille.

Cancer du sein inflammatoire

Le cancer du sein inflammatoire représente environ 1% des cancers du sein invasifs. La peau du sein atteint devient rouge, chaude et ressemble à une peau d'orange.

Ce nom particulier a été retenu il y a plusieurs années pour désigner ce type de cancer du sein parce que le tissu paraissait enflammé. Par contre, les médecins savent aujourd'hui que ces changements ne sont pas dus à l'inflammation mais plutôt à la propagation des cellules cancéreuses dans les canaux lymphatiques de la peau.

Le cancer du sein inflammatoire possède un plus grand risque de propagation et un moins bon pronostic que les cancers invasifs lobulaires ou canaux typiques. Le cancer du sein inflammatoire est automatiquement classifié dans le stade IIIB sauf s'il s'est déjà propagé aux autres organes au moment du diagnostic. Une telle propagation est plus fréquente dans le cancer du sein inflammatoire ce qui le classe dans le stade IV (voir ci-dessous la description des stades).

Nodules bénins dans le sein

La plupart des nodules dans le sein sont bénins (pas cancéreux). Des changements fibro-kystiques forment normalement la cause de ces nodules. La fibrose est une production excessive de tissu conjonctif en forme de cicatrice et les kystes sont des sacs pleins de fluide. Les femmes ayant des changements fibro-kystiques souffrent souvent d'enflures et de douleurs au sein. Les seins peuvent paraître noduleux et il peut y avoir un écoulement mamelonnaire transparent ou légèrement brumeux.

Les nodules de sein bénins telle que le fibro adénome ou les papillomes intracanaux apparaissent assez fréquemment. Ces nodules ne peuvent pas se propager vers d'autres organes. Renseignez-vous auprès de votre médecin sur la nécessité d'enlever ces nodules. Ce livret concerne uniquement le traitement du cancer du sein et n'aborde pas les pathologies bénignes du sein.

Prise en charge du cancer du sein

Pour évaluer un nodule du sein ou une découverte de mammographie, il faut une description du passé médical, un examen physique et une imagerie des seins (telle que la radiographie) y compris une mammographie diagnostique. Une biopsie est exigée pour une découverte inquiétante, bien qu'un grand nombre de ces zones douteuses soient déclarées bénignes (non cancéreuses). Au cas où un cancer serait détecté, d'autres tests de laboratoires et d'imagerie seraient nécessaires. La décision concernant les tests à effectuer doit être prise en fonction du type et de l'étendue du cancer. Cette partie fournit un résumé des étapes, tests et types de biopsie qui pourraient vous être suggérés.

Visite chez le médecin et examen

La première étape pour une femme qui désire faire évaluer un nouveau nodule de sein, un symptôme ou un changement sur une mammographie, consiste à rendre visite à son médecin. Celui-ci vous posera une série de questions sur votre passé médical et sur vos symptômes et autres facteurs relatifs au risque du cancer du sein (tel que les antécédents de cancer dans la famille). L'examen physique comprend un examen général de votre corps ainsi qu'un examen détaillé de vos seins. Votre médecin examinera:

- Tout changement dans le sein, y compris le grain, la taille, la peau et les muscles pectoraux.
- Tout changement dans le mamelon ou dans la peau du sein.
- Toute évidence de nodules dans le sein.
- Les ganglions lymphatiques sous l'aisselle ou au-dessus de la clavicule (tout grossissement ou fermeté de ces ganglions lymphatiques pourraient indiquer la propagation du cancer du sein).
- Examen général des autres organes pour une propagation évidente du cancer du sein et votre condition générale de santé.

Imagerie mammaire

Après votre examen physique et votre passé médical, votre médecin vous conseillera des tests d'imagerie du sein, y compris une mammographie sauf si celle-ci a déjà été réalisée.

Les femmes sans nodules de sein ou sans symptômes passeront une mammographie de dépistage. Celle-ci comprend deux images de chaque sein, une vue de haut et une vue latérale.

Les femmes avec un nodule de sein ou autre symptôme inquiétant ou un changement remarqué pendant une mammographie de dépistage devront subir une procédure d'imagerie diagnostique du sein. Une mammographie diagnostique comporte des images mammographiques supplémentaires de la zone en question pour obtenir plus de renseignements sur la taille et les caractéristiques de la zone. Une échographie du sein peut aussi être réalisée. Une échographie utilise des ondes sonores de haute fréquence pour faire une évaluation approfondie du nodule ou des résultats de la mammographie. De plus, une échographie permet de déterminer si la zone en question est un kyste rempli de fluide ou du tissu solide qui pourrait être un cancer.

Afin d'obtenir une image mammographique de grande qualité, une légère compression du sein est nécessaire. Un technicien pose le sein sur le plateau métallique inférieur de la machine mammographique équipé d'un tiroir pour soutenir le film radiographique. Le plateau supérieur en plastique transparent est descendu pour comprimer le sein pendant quelques secondes pendant que le technicien prend l'image. Bien que la compression puisse être inconfortable, la plupart des femmes ne ressentent pas de douleur. Chez quelques femmes, il faudra peut-être avoir recours à l'imagerie par résonance magnétique en plus de la mammographie diagnostique et de l'échographie. Dans certains cas, une RM du sein permet de définir la taille et l'étendue du cancer dans le tissu du sein. Celle-ci est surtout utile chez les femmes possédant un tissu dense qui ne permet pas facilement la détection des tumeurs par mammographie. Une RM du sein n'est pas un test de dépistage prouvé et n'est pas

un remplacement pour une mammographie de dépistage.

Biopsie du sein

Au cas où une femme ou son médecin trouverait un nodule de sein suspect, ou des examens d'imagerie révéleraient une région inquiétante, une biopsie doit être pratiquée. Une biopsie est une procédure qui permet d'obtenir un prélèvement de tissu pour analyse microscopique. Cet examen permet de déterminer réellement la présence d'un cancer.

Il existe plusieurs types de biopsies de sein. Une biopsie peut être réalisée par une aiguille, ou par une intervention chirurgicale. Chaque type de biopsie possède des avantages et des inconvénients. La meilleure biopsie pour chaque situation dépend de la patiente.

Dans la plupart des cas, et lorsque c'est possible, une biopsie par aspiration est préférée à la biopsie chirurgicale comme première étape dans le diagnostic d'un cancer. Une biopsie par aspiration permet de faire un diagnostic plus rapide avec moins d'inconvénients. En outre, la patiente a l'occasion de discuter les options de traitement avec son médecin avant une intervention chirurgicale quelconque. Il n'existe pas de risque de propagation du cancer du sein par la biopsie par aspiration elle-même. Néanmoins, dans certains cas, une biopsie chirurgicale pourrait encore être nécessaire pour enlever tout ou une partie du nodule pour analyse microscopique après la réalisation d'une biopsie par aspiration, ou encore une biopsie chirurgicale pourrait être exigée au lieu d'une biopsie par aspiration.

Il existe deux types de biopsies par aspiration pour diagnostiquer un cancer du sein. La procédure la plus fréquente est la biopsie au trocart qui enlève un petit cylindre de tissu. La cytoponction est une méthode moins fréquente. La cytoponction utilise une aiguille plus petite que la biopsie au trocart mais enlève une quantité moins importante de cellules. Celle-ci peut aussi être utilisée pour retirer le fluide d'un kyste suspect.

Votre médecin peut faire une biopsie au trocart ou une cytoponction s'il s'agit d'une masse palpable. Au cas où le nodule ne serait pas facilement palpable ou pas du tout palpable et pourrait uniquement être vu dans une mammographie ou une échographie, le médecin peut se servir de l'échographie ou de la mammographie pour guider l'aiguille pendant la biopsie. La technique guidée par la mammographie s'appelle biopsie sous stéréotaxie. Dans cette procédure, des images mammographiques du sein par ordinateur permettent au médecin de trouver la localisation exacte du nodule et de guider l'extrémité de l'aiguille au point correct. Des images échographiques peuvent être utilisées de la même manière pour guider l'aiguille. Le choix entre une biopsie par aspiration stéréotaxique et une biopsie guidée par échographie doit se faire selon le type de changement du sein et les préférences du médecin.

Chez les patientes qui ont besoin d'une biopsie chirurgicale (exérèse), le chirurgien enlève habituellement la région entière du sein qui a subi un changement ainsi qu'une partie du tissu sain avoisinant nommée une marge. Si le changement ne peut pas être palpé, alors la mammographie est utilisée pour guider le chirurgien par une technique nommée localisation par fil. Après avoir rendu la zone insensible à l'aide d'un anesthésique local, des radiographies sont utilisées pour guider une petite aiguille creuse vers le point anormal dans la poitrine. Un fil fin est inséré à travers l'aiguille, l'aiguille est enlevée et le chirurgien se sert du fil pour se guider vers le point correct.

La plupart des biopsies de sein ne produisent pas trop de difficulté pour la patiente. Un anesthésique local (insensibilité de la peau) est suffisant pour les biopsies par aspiration. Pour les biopsies chirurgicales, la plupart des médecins se servent d'un anesthésique local en plus des médicaments intraveineux pour assoupir la patiente. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un anesthésique général dans la majorité des biopsies de sein.

Examen du tissu: Après avoir enlevé le tissu du sein soit par biopsie par aspiration soit par biopsie chirurgicale, le prélèvement est transmis au laboratoire pathologique pour déterminer l'existence d'un cancer. Ce processus qui dure plusieurs jours ne peut pas en général être accéléré. Cet examen du tissu détermine si le nodule est cancéreux ou non.

Votre médecin devrait vous remettre le compte rendu pathologique. Vous pouvez aussi demander un exemplaire de votre compte rendu et une explication détaillée de celui-ci. Au cas où vous désiriez prendre un autre avis sur la pathologie du tissu, vous pouvez envoyer les lames microscopiques à un pathologiste spécialiste du cancer du sein au centre de cancer NCCN ou autre laboratoire suggéré par votre médecin.

Autres tests après le diagnostic du cancer

Si les résultats de votre biopsie de sein démontrent que vous avez un cancer du sein, votre médecin vous prescrira d'autres tests pour savoir si le cancer s'est propagé et pour déterminer le choix du traitement. En général, des tests extensifs ne fournissent pas beaucoup d'avantages et ne sont pas demandés. Malheureusement il n'existe aucun test qui puisse prouver sans aucun doute que le cancer ne s'est pas propagé. Les Lignes directrices du NCCN décrivent les tests nécessaires selon l'étendue du cancer et selon les résultats du passé médical et de l'examen physique. Les tests suivants peuvent être réalisés.

Radiographie pulmonaire: Toute femme atteinte d'un cancer du sein doit passer une radiographie pulmonaire avant l'intervention chirurgicale pour assurer que le cancer ne s'est pas propagé vers les poumons.

Scintigraphie osseuse: Ceci pourrait fournir des informations sur la propagation du cancer vers les os. Pourtant tous les changements constatés dans une scintigraphie osseuse ne sont pas forcément cancéreux. Une scintigraphie osseuse n'est utile que s'il existe des symptômes de propagation vers les os, y compris de nouvelles douleurs ou des variations dans l'examen du sang ou chez les patientes avec un cancer avancé. Pour la scintigraphie, une petite dose de substance radioactive est injectée dans vos veines. Cette substance radioactive s'accumule dans les régions osseuses anormales. Ces régions ressortent dans les radiographies. Mis à part la piqûre elle-même, une scintigraphie osseuse ne fait pas mal.

Tomodensitométrie (TDM): La présence de symptômes ou d'autres constatations nécessite un examen tomodensitométrique, pour déterminer si le cancer s'est propagé vers d'autres organes. En général, on ne pratique pas de TDM chez les femmes où le cancer est primitif. Les tomodensitomètres prennent plusieurs radiographies de la même partie du corps sous des angles différents pour fournir des images détaillées des organes internes. Mis à part l'injection d'un colorant intraveineux cette procédure ne fait pas mal.

Imagerie par résonance magnétique (IRM): Ces scanographies utilisent des ondes hertziennes et des aimants pour générer des images détaillées des organes internes sans radiographie. Un IRM est utile pour observer le cerveau et la moelle épinière et pour examiner une région spécifique de l'os. Il n'est ni utile ni nécessaire de passer des IRM systématiques chez les patientes de cancer du sein.

Analyse de sang: Quelques examens du sang sont nécessaires pour organiser l'intervention chirurgicale, pour dépister le degré d'extension du cancer et pour planifier le traitement post-opératoire.

Ces examens comprennent:

- **Hémogramme:** Ceci détermine si le type de sang et le nombre de cellules sanguines sont corrects. Des résultats anormaux pourraient exposer d'autres problèmes de santé telle que l'anémie qui pourrait indiquer la propagation du cancer vers la moelle osseuse. De plus, lorsque vous êtes traitée par chimiothérapie, les médecins répètent ces tests parce que la chimiothérapie attaque les cellules qui produisent le sang dans la moelle osseuse.
- **Examens de la composition chimique et des enzymes:** Ces examens sont faits chez les patientes ayant un cancer invasif (pas nécessaire pour les cancer in situ) et ils permettent de déterminer si le cancer s'est propagé vers l'os ou le foie. Si ces résultats dépassent les limites normales, votre médecin vous demandera de passer des examens d'imagerie telles que les scintigraphies osseuses ou les TDM.

Examen de marquage de tumeur (récepteurs d'œstrogène, récepteurs de progestérone, HER-2/neu): Un examen de la tumeur elle-même pour certaines substances chimiques permet à votre médecin de déterminer le risque de la propagation du cancer et le meilleur traitement éventuel. Le laboratoire pathologique examine le tissu cancéreux retiré, soit de la première biopsie, soit de l'opération définitive.

Les tests des récepteurs d'hormones de la tumeur permettent de décider le meilleur traitement à effectuer. Il existe deux hormones chez les femmes — œstrogène et progestérone — qui peuvent stimuler la croissance des cellules normales du sein et jouer un rôle important dans certain cas. Les cellules cancéreuses réagissent à ces hormones grâce aux récepteurs d'œstrogène et aux récepteurs de progestérone. Ces récepteurs représentent le tapis rouge de la cellule pour ces hormones circulant dans le sang. Au cas où un cancer n'aurait pas ces récepteurs, il est qualifié de négatif aux récepteurs d'œstrogène et/ou négatif aux récepteurs de progestérone. Si le cancer possède ces récepteurs, il est qualifié de positif aux récepteurs d'œstrogène et/ou positif aux récepteurs de progestérone ou simplement positif aux récepteurs d'hormones (ER-positif, PR-positif).

Ces récepteurs d'hormones sont importants parce que les cellules cancéreuses qui sont ER- ou PR-positives cesseront de s'accroître si des médicaments à hormones sont administrés pour bloquer l'effet de l'œstrogène et de la progestérone. Ces médicaments diminuent le risque de récurrence de la maladie dans d'autres organes du corps et augmentent les chances de survie à long terme. En général, le traitement des femmes avec des cancers ER- ou PR-positifs doit comprendre des traitements hormonaux. Toutefois, ces traitements ne sont pas efficaces si le cancer est ER- ou PR-négatif. Toutes les femmes ayant un cancer de sein invasif (pas forcément avec le cancer in situ) doivent être testées pour les récepteurs d'hormones. Demandez les résultats de ces tests à votre médecin, et demandez lui également si votre traitement doit comprendre des traitements hormonaux.

Les femmes avec un cancer du sein invasif doivent aussi être testées pour un gène de cancer qui facilite la croissance des cellules cancéreuses. Ce gène est nommé HER-2/neu. Les cellules cancéreuses qui ont trop de HER-2/neu ont tendance à s'accroître plus rapidement et pourraient mieux réagir à une combinaison de chimiothérapie composée de médicaments

de la classe des anthracyclines (tels que le doxorubicine ou l'épirubicine)

De plus, les femmes avec un cancer positif au HER-2/neu peuvent être traitées par un nouveau médicament qui attaque directement HER-2/neu. Ce médicament comprend un anticorps désigné trastuzumab (Herceptin®). Le trastuzumab, en combinaison avec d'autres traitements, est utilisé chez les femmes atteintes d'un cancer du sein propagé et positif au HER-2/neu. Des études sont en cours pour savoir s'il serait effectif conjointement avec une chimiothérapie standard chez les femmes atteintes d'un cancer qui ne s'est pas développé.

Stades du cancer du sein

Les cancers sont classifiés par stade. La stadification ou staging d'un cancer est un processus qui permet de déterminer l'importance du cancer dans le corps et sa localisation. Les médecins définissent le stade d'un cancer à l'aide d'informations recueillies à partir des examens, des analyses des tumeurs, des ganglions lymphatiques et des organes distants.

- *Le stade clinique* est déterminé grâce à des informations obtenues des examens du médecin et des tests d'imagerie (radiographies, mammographies etc.).
- *Le stade pathologique* comprend des informations obtenues de l'ablation du cancer et des ganglions lymphatiques.

Le stade d'un cancer de sein représente l'un des facteurs les plus importants pour évaluer le pronostic (perspective de l'avenir) ou le risque du cancer de revenir ou de se propager vers d'autres organes. La décision sur le meilleur traitement dépend donc du stade du cancer.

Le pronostic de chaque femme atteinte du cancer du sein varie selon le stade et autres facteurs du cancer tels que les récepteurs d'hormones, la santé générale et le traitement. Discutez franchement avec votre médecin sur le stade de votre cancer, le pronostic ainsi que de leur conséquence sur les options de traitement.

Le système utilisé le plus couramment pour décrire la croissance et la propagation du cancer du sein est le système TNM de stadification (OR la classification TNM), aussi nommé le système du American Joint Committee on Cancer (AJCC). Avec la classification TNM, les informations sur la tumeur près des ganglions lymphatiques et la métastase d'organes distants sont combinées et un stade est alloué à des groupes TNM spécifiques. Les stades regroupés sont décrits à l'aide du numéro 0 et les chiffres romains de I à IV.

T signifie la taille du cancer (mesurée en centimètres). **N** signifie l'extension vers les ganglions lymphatiques dans la région du sein et **M** représente la métastase (extension vers les organes distants du corps).

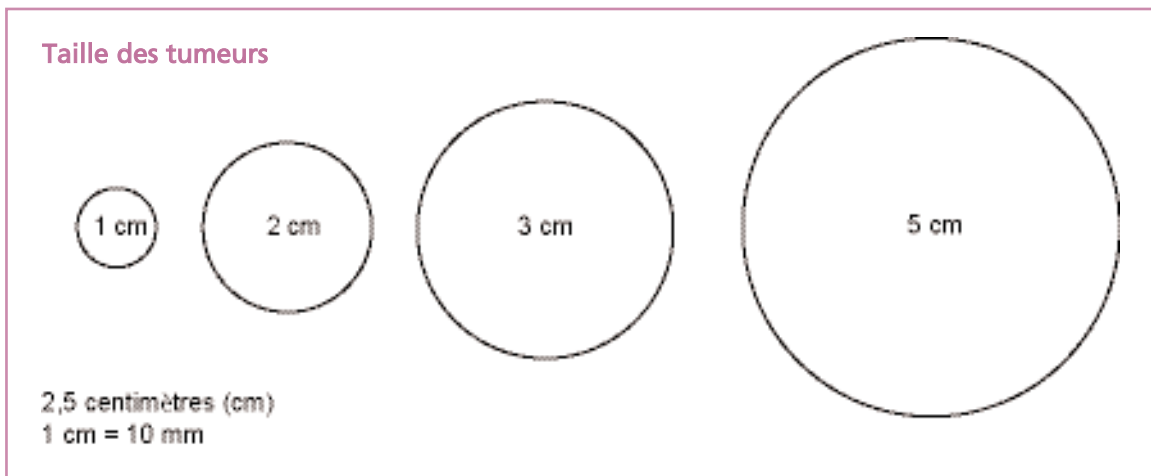
Catégories T: Les catégories T sont basées sur la taille du cancer, sa localisation dans le sein et son envahissement du tissu avoisinant.

- **T0:** Pas d'évidence de tumeur primaire.
- **Tis:** Carcinome in situ ou cancer du sein non effractif.

Carcinome canalaire in situ (CCIS): Les cellules cancéreuses sont situées à l'intérieur du canal du sein et n'ont pas envahi la paroi canalaire vers le tissu qui l'entoure.

Carcinome lobulaire in situ (CLIS): Aussi nommé néoplasie lobulaire. Les cellules anormales se développent dans le lobule du sein (glandes galactogènes), mais ne pénètrent pas à travers la paroi lobulaire. Le CLIS n'est pas réellement un cancer, mais les femmes atteintes du CLIS ont un plus grand risque de développer un cancer du sein invasif ultérieurement.

- **T1:** Le cancer fait 2 ou moins de 2 cm en diamètre.
- **T2:** Le cancer fait plus de 2 cm mais moins de 5 cm en diamètre.
- **T3:** Le cancer fait plus de 5 cm en diamètre.
- **T4:** Le cancer peut être d'une taille quelconque et s'est étendu à la paroi thoracique ou vers la peau.



Stade globale	Classe T	Classe N	Classe M
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	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	quelconque N	M0
	quelconque T	N3	M0
Stade IV	quelconque T	quelconque N	M1

Catégorie N: La catégorie N est fonction des ganglions lymphatiques atteints par le cancer, au cas où il y en aurait.

- **N0:** Le cancer n'a pas envahi les ganglions lymphatiques.
- **N1:** Le cancer a envahi les ganglions lymphatiques de l'aisselle du même côté du sein atteint. Les ganglions lymphatiques ne sont pas encore attachés l'un à l'autre ou au tissu avoisinant.
- **N2:** Le cancer a envahi les ganglions lymphatiques de l'aisselle du même côté du sein atteint. Les ganglions lymphatiques sont attachés l'un à l'autre ou au tissu avoisinant.
- **N3:** Le cancer a envahi les ganglions lymphatiques mammaires internes (situés sous le sein et à l'intérieur de la cage thoracique).

Catégories M: La catégorie M varie selon l'extension du cancer vers des organes ou tissu distants.

- **M0:** Pas d'extension de cancer à distance.

- **M1:** Le cancer pourrait s'être propagé vers des organes distants ou aux ganglions lymphatiques supra-claviculaires (au-dessus de la clavicule).

Groupement de stade pour le cancer du sein: Une fois que les classes T, N, et M ont été assignées, ces informations sont regroupées pour déterminer un stade 0, I, II, III, ou IV.

Types de traitement du cancer du sein

On doit prendre en compte deux aspects des soins du sein des femmes touchées par le cancer du sein: le traitement du sein lui-même, et le traitement des cellules cancéreuses qui auraient pu se propager aux autres parties du corps. Les médecins utilisent le terme "traitement local" pour faire référence au sein et aux ganglions lymphatiques avoisinants (généralement une combinaison d'intervention chirurgicale et de radiothérapie), et le terme "traitement systémique" pour faire référence à la chimiothérapie ou l'hormonothérapie pour contrôler les cellules cancéreuses qui auraient pu se propager ailleurs.

Chirurgie mammaire conservatrice

Presque toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein devront subir une intervention chirurgicale quelconque. La tumorectomie enlève uniquement les nodules du sein et la région avoisinante ou la marge de tissu sain. Si les cellules cancéreuses existantes sur la marge (au bord de la biopsie-exérèse ou du tissu de la tumorectomie), une exérèse peut être généralement réalisée pour enlever le cancer restant.

En général, pour le cancer du sein invasif, 6 à 7 semaines de radiothérapie suivent la tumorectomie. Les médecins appellent cette combinaison (de tumorectomie et radiation) "chirurgie mammaire conservatrice". Il s'agit d'une option pour la plupart, mais pas pour toutes les femmes atteintes du cancer du sein. Les patientes pour lesquelles une tumorectomie ou thérapie mammaire conservatrice n'est peut-être pas recommandée comprennent:

- Les patientes qui ont déjà subi la radiothérapie au sein atteint ou au thorax.
- Les patientes touchées par deux ou plus de deux cancers, dans le même sein, trop éloignés l'un de l'autre pour les enlever en une incision.
- Les patientes chez lesquelles le cancer n'a pu être entièrement enlevé par la première biopsie-exérèse — ou si nécessaire la re-excision.
- Les patientes ayant certaines maladies du tissu conjonctif qui rendent les tissus corporels très sensibles aux effets secondaires de la radiation.
- Les femmes enceintes qui auraient besoin d'une radiation pendant leur grossesse.
- Les femmes dont la taille des tumeurs dépasse 5 cm et qui ne peuvent être réduites par traitement avant intervention chirurgicale.

Mastectomie

Dans une procédure de mastectomie simple ou totale, les chirurgiens enlèvent tout le sein mais ne découpent pas les ganglions lymphatiques de l'aisselles ou le tissu musculaire sous le sein. Cette procédure est utilisée pour traiter le cancer du sein non effractif. Dans une mastectomie radicale modifiée, les chirurgiens enlèvent tout le sein et quelques ganglions lymphatiques axillaires (de l'aisselle).

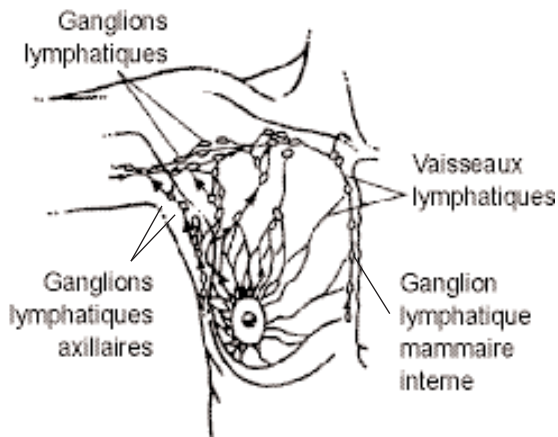
La mastectomie radicale n'est pas souvent pratiquée, celle-ci enlève non seulement le sein entier et les ganglions lymphatiques de l'aisselle, mais aussi les muscles pectoraux sous le sein. Cette opération chirurgicale se faisait assez souvent autrefois, mais elle laissait les femmes mutilées avec des effets secondaires. La mastectomie radicale modifiée est aussi efficace que la mastectomie radicale.

Les effets secondaires éventuels à court terme de la mastectomie et la tumorectomie comprennent des infections, des hématomes (l'accumulation du sang dans la plaie) et les séromes (l'accumulation d'un fluide transparent dans la plaie).

Chirurgie des ganglions lymphatiques

Le médecin et la patiente doivent savoir si le cancer a envahi les ganglions lymphatiques en dépit de la réalisation d'une mastectomie ou d'une tumorectomie. Si les ganglions lymphatiques ont été atteints, le risque de la propagation du cancer par la circulation sanguine vers les autres parties anatomiques grandit. Les femmes atteintes du carcinome canalaire in situ ou du carcinome lobulaire in situ n'ont pas besoin de passer des examens des ganglions lymphatiques.

Drainage lymphatique normal



On a d'abord cru qu'on pouvait réduire le risque de développer des métastases distantes et améliorer les chances de survie à long terme en enlevant autant de ganglions lymphatiques que possible. Par contre on sait aujourd'hui qu'il est probable que la chirurgie des ganglions lymphatiques elle-même n'améliore pas les chances de survie à long terme et qu'un traitement systémique offre la meilleure possibilité de tuer les cellules cancéreuses qui se sont propagées en dehors du sein.

Une intervention chirurgicale est la seule façon qui permet de savoir précisément si le cancer a envahi les ganglions lymphatiques ou non. Cette intervention consiste normalement à enlever plusieurs ou tous les ganglions lymphatiques de l'aisselle. En général on enlève de 10 à 20 ganglions lymphatiques de l'aisselle. Cette intervention s'appelle une *dissection de ganglions lymphatiques axillaires*.

Dans certains cas, enlever les ganglions lymphatiques de l'aisselle peut-être facultatif. Par exemple:

- Chez les femmes qui ont des tumeurs tellement petites et des perspectives si favorables que l'envahissement ganglionnaire serait peu probable.

- Des cas où un traitement adjuvant n'aurait pas d'effets.
- Les femmes âgées.
- Les femmes qui ont d'autres pathologies sérieuses.

Bien que la dissection des ganglions lymphatiques soit une opération sans danger avec des effets secondaires moins importants, les médecins ont essayé de mettre au point de nouvelles techniques pour déterminer l'envahissement ganglionnaire du cancer, sans devoir les enlever tous a priori.

Dans les 5 dernières années, une nouvelle procédure nommée biopsie du ganglion lymphatique sentinelle a été introduite. Dans cette procédure le chirurgien détecte et enlève le ganglion sentinelle — le premier ganglion lymphatique vers lequel la tumeur s'accroît et qui, le plus probablement, contient des cellules cancéreuses. Le chirurgien injecte une substance radioactive et/ou un colorant bleu dans la région avoisinant la tumeur. Les vaisseaux lymphatiques transportent cette substance vers le ganglion sentinelle et fournissent au médecin un schéma des ganglions lymphatiques. Le médecin peut soit voir le colorant bleu ou détecter la radioactivité par un compteur Geiger. Il peut enlever le ganglion pour examen pathologique, et l'incision est refermée. Si le ganglion sentinelle contient des cellules cancéreuses, le chirurgien fera une dissection axillaire — ablation de davantage de ganglions lymphatiques de l'aisselle. Ceci peut-être réalisé en même temps ou plusieurs jours après la première biopsie de ganglion sentinelle.

Au cas où le ganglion sentinelle serait sans cellules cancéreuses, une chirurgie supplémentaire des ganglions lymphatiques ne serait pas nécessaire. Les effets secondaires donnés ci-dessous, provoqués par une chirurgie totale des ganglions lymphatiques, pourront par conséquent être évités.

Le choix entre la tumorectomie et la mastectomie

L'avantage de la tumorectomie reste sur le fait de conserver l'aspect du sein. En revanche, il existe un inconvénient: la radiothérapie pendant plusieurs semaines suivant l'opération chirurgicale. Néanmoins, dans certains cas on a besoin de la radiothérapie même après une mastectomie.

Les femmes qui optent pour la tumorectomie suivie de la radiothérapie peuvent espérer la même chance de survie que celles qui choisissent la mastectomie. Bien qu'en général les médecins et leurs patientes préfèrent la tumorectomie et la radiothérapie, votre décision doit être basée sur les facteurs tels que:

- Que pensez-vous de la perte de votre sein?
- A combien de kilomètres est le centre de radiothérapie?
- Voulez vous subir une autre intervention chirurgicale pour reconstruire le sein après une mastectomie?

- Votre préférence pour une mastectomie pour "vous débarrasser de votre cancer le plus rapidement possible".

La tumorectomie et la radiothérapie **ne sont pas** adéquates si:

- La patiente a été exposée à la radiation du sein ou de la paroi thoracique.
- La patiente est enceinte.
- La maladie apparaît dans plusieurs endroits du sein.
- Il existe des régions suspectes d'accumulation de calcium dans le sein.

La tumorectomie et la radiothérapie ne sont **peut-être pas** adéquates si:

- Deux incisions distinctes sont nécessaires pour enlever le cancer.
- La patiente a une maladie du tissu conjonctif comme la sclérodémie.
- La taille de la tumeur dépasse 5 cm.

Dans certains cas, ce genre de prélèvement limité n'est pas adéquat. Les lignes directrices recommandent une biopsie du ganglion lymphatique sentinelle uniquement si elle est pratiquée par une équipe expérimentée dans cette technique. En plus, cette procédure n'est réalisée qu'en présence d'une seule tumeur de moins de 6 cm dans le sein, s'il n'y a pas d'antécédent de chimiothérapie ou d'hormonothérapie, pas de biopsie qui dépasse 6 cm et si les ganglions lymphatiques paraissent normaux.

Une chirurgie des ganglions lymphatiques axillaires entraîne une insensibilité temporaire ou permanente de la peau à l'intérieur de la partie supérieure du bras. La procédure peut aussi entraîner une restriction du mouvement du bras et de l'épaule. Un manque de circulation des cellules lymphatiques peut provoquer

une accumulation de fluides et entraîner une enflure du bras et de la main nommée lymphodème. On ne peut pas prévoir chez qui ni quand cela pourrait se manifester. Le lymphodème peut se produire tout de suite après la chirurgie ou même après des mois ou des années. Toutefois, on ne voit généralement pas de cas graves de lymphodème.

En prenant des précautions, les patientes peuvent adopter certaines mesures pour éviter le lymphodème ou au moins le limiter. Consultez votre médecin pour des détails supplémentaires.

Parmi les mesures nécessaires à adopter pour éviter le lymphodème, notez les points suivants:

- Ne retirez pas le sang et n'insérez pas d'IV dans le bras du côté de la chirurgie du ganglion lymphatique.

- Ne permettez pas de placer un brassard d'appareil à tension sur le bras opéré. Si vous êtes à l'hôpital, prévenez l'infirmière au sujet de votre bras.
- Informez votre médecin immédiatement si votre bras ou votre main vous paraissent tendus ou enflés. Tenez-en compte.
- Portez une manche de compression si nécessaire.
- Portez des gants quand vous jardinez ou faites quelque chose qui pourrait occasionner des coupures.

Radiothérapie

On utilise la radiation pour détruire les cellules cancéreuses qui restent dans le sein, la paroi thoracique ou les ganglions lymphatiques après intervention chirurgicale. Les traitements par radiation sont généralement administrés 5 jours par semaine pendant 6 à 8 semaines.

Les effets secondaires les plus probables comprennent une enflure et une congestion des seins, des changements de peau comme des effets de coups de soleil dans la région traitée et la fatigue. Les changements dans le tissu et la peau du sein disparaissent normalement après 6 à 12 mois. Dans certains cas, le sein devient plus petit et plus ferme après la radiothérapie. Si les ganglions lymphatiques de l'aisselle ont aussi été traités par radiation, ceci peut entraîner le lymphodème.

Thérapie systémique

Pour atteindre les cellules cancéreuses qui se seraient peut-être propagées au-delà du sein et du tissu avoisinant, des médicaments contre le cancer peuvent être administrés par voie intraveineuse ou par voie orale. Ce type de traitement s'appelle thérapie systémique. On trouve la chimiothérapie et l'hormonothérapie parmi les exemples de thérapies systémiques.

La thérapie systémique donnée aux patientes après une intervention chirurgicale s'appelle

Chirurgie reconstructrice

Ces procédures créent la forme et l'aspect du sein après une mastectomie. En général, le sein peut être reconstruit en même temps que la mastectomie (reconstruction du sein immédiate) ou ultérieurement (reconstruction remise). Les chirurgiens peuvent utiliser des prothèses remplies de silicone ou de liquide salin, ou du tissu des autres parties de votre corps. Cette procédure de reconstruction à partir de votre tissu propre s'appelle une reconstruction autologue. Comment décider du type de reconstruction et du moment de la faire? La réponse dépend des préférences personnelles de la patiente, la taille et la forme de ses seins, la taille et la forme de son corps, son niveau d'activité physique et détails sur sa situation médicale, tel que la quantité de peau enlevée et la nécessité de la chimiothérapie ou de la radiothérapie.

la thérapie adjuvante. L'objectif de la thérapie adjuvante est de détruire des cellules non-détectées. Même dans les stades primitifs de la maladie, des cellules cancéreuses peuvent se détacher de la tumeur principale du sein et se propager par le sang. Ces cellules ne causent généralement pas de symptômes qu'on peut ressentir, et ne sont pas révélées par les radiographies ou pendant un examen physique. Par contre elles peuvent produire de nouvelles tumeurs dans d'autres régions du corps.

La thérapie systémique donnée aux patientes avant la chirurgie est nommée la thérapie néo-adjuvante. Parfois des oncologues prescrivent une thérapie néo-adjuvante pour essayer de réduire la tumeur pour qu'elle puisse être enlevée par intervention chirurgicale. Ceci permet aux femmes qui devraient normalement avoir une mastectomie d'avoir une chirurgie mammaire conservatrice. La thérapie systémique représente le traitement principal chez les femmes atteintes d'un cancer du sein métastatique.

Chimiothérapie: On administre aux patientes des médicaments anti-cancéreux par voie intraveineuse (injectés dans la veine) ou par voie orale. Dans les deux cas, le médicament est transporté par le sang à travers le corps entier. Les médecins qui prescrivent ces médicaments (les chimiothérapeutes) utilisent normalement une combinaison de médicaments prouvée plus efficace qu'un médicament simple.

- Les options de chimiothérapie pour les femmes atteintes d'un cancer du sein avec ganglion négatif sont CMF, CAF, ou AC. (Voir le tableau à la page 19 pour des protocoles de chimiothérapie spécifiques).
- Les femmes atteintes d'un cancer du sein avec ganglion positif reçoivent CAF, CEF, AC avec ou sans paclitaxel, A-CMF, ou CMF. (Voir le tableau pour des protocoles de chimiothérapie spécifiques.)
- Les femmes qui ont une récurrence du cancer du sein ou un cancer avec métastases peuvent recevoir:

Une chimiothérapie préférée de première ligne:

- Anthracyclines, taxane ou CMF.

Une chimiothérapie préférée de seconde ligne (administrée après la première ligne):

- Si l'anthracycline est administré d'abord, ensuite CMF ou taxane.
- Si le taxane est administré d'abord, ensuite anthracyclines ou CMF.
- Les autres médicaments possibles comprennent la capécitabine, la vinorelbine, la gemcitabine, la mitoxantrone, et les composés de platine.

Si le cancer contient une grande quantité de HER-2/neu, ou le cancer a envahi les ganglions lymphatiques, on administre normalement un protocole contenant de l'anthracycline (doxorubicine ou épirubicine).

Médicaments utilisés couramment pour traiter le cancer du sein

Nom générique	Marque
Cyclophosphamide	Cytoxan
Docetaxel	Taxotere
Doxorubicine	Adriamycin
Epirubicine	Ellence
Paclitaxel	Taxol
Tamoxifène	Nolvadex
Toremifène	Fareston
Trastuzumab	Herceptin

Protocole de chimiothérapie contenant au moins deux médicaments

CMF: Cyclophosphamide, methotrexate, et fluorouracil

CAF: Cyclophosphamide, doxorubicine, et fluorouracil

AC: Doxorubicine et cyclophosphamide

AC+ Paclitaxel: Doxorubicine, cyclophosphamide, et paclitaxel

A. CMF: Doxorubicine suivi de CMF

CEF: Cyclophosphamide, épirubicine, and fluorouracil

Les médecins prescrivent la chimiothérapie en rotation avec chaque période de traitement suivie d'une période de repos. La durée entière de la chimiothérapie est normalement de 3 à 6 mois, selon le type de médicaments utilisés. Les effets secondaires de la chimiothérapie varient en fonction du type de médicament utilisé, de la quantité prise, et de la longueur du traitement.

Doxorubicine et épirubicine peuvent provoquer des problèmes cardiaques mais ceci n'est pas très fréquent chez ceux qui n'ont pas de cardiopathies existantes. Si vous savez que vous avez des problèmes cardiaques ou si vous craignez d'en avoir, votre médecin pourra vous prescrire des examens cardiaques spéciaux avant l'administration de ces médicaments et pourra vous suggérer d'autres médicaments de chimiothérapie en cas de troubles cardiaques.

Les effets secondaires temporaires comprennent un manque d'appétit, des nausées et vomissements, des aphtes, une perte de cheveux et des changements dans le cycle de menstruation. La chimiothérapie peut endommager les cellules qui produisent le sang dans la moelle osseuse. Une chute des globules blancs peut augmenter le risque d'infection chez une patiente; un manque de plaquettes sanguines peut provoquer un saignement ou des meurtrissures après de petites coupures ou blessures; et un manque de globules rouges peut causer la fatigue.

Il existe des traitements pour ces effets secondaires. Par exemple, plusieurs médicaments peuvent prévenir ou réduire la nausée et le vomissement. De nouveaux médicaments nommés facteurs de croissance favorisent la récupération de la moelle osseuse après la chimiothérapie et peuvent traiter les problèmes provoqués par de faibles numérations globulaires. Ces médicaments ne sont pas toujours nécessaires. Discutez avec votre médecin sur le traitement qui vous convient le mieux.

Les patientes peuvent aussi être atteintes d'effets permanents comme, par exemple, une ménopause précoce et l'infertilité en raison des médicaments contre le cancer. Plus la patiente qui subit une chimiothérapie est âgée, plus probable est le risque de l'arrêt des menstruations ou la perte de sa capacité à devenir enceinte.

Demandez à votre médecin les lignes directrices du NCCN spécifiques au traitement des effets secondaires associés à la chimiothérapie, tels que *Fever and Neutropenia Treatment Guidelines for Patients with Cancer*.

Traitement par anticorps monoclonaux: Le trastuzumab est un médicament qui est un anticorps et qui attaque le récepteur HER-2/neu sur la surface du cancer du sein de certaines patientes. Ce médicament réagit seul ou en combinaison avec la chimiothérapie chez les patientes dont le cancer s'est propagé. Puisque les cellules cardiaques contiennent aussi le récepteur HER-2/neu, Le trastuzumab peut

entraîner des problèmes cardiaques lorsqu'il est administré avec la doxorubicine et la cyclophosphamide. Il doit être utilisé avec soin quand administré avec d'autres médicaments affectant le cœur, comme les anthracyclines (doxorubicine et épirubicine). En fait, le trastuzumab n'est utilisé que chez les femmes avec une propagation évidente du cancer du sein dont les tumeurs sont positives avec HER-2 neu ou celles qui prennent part à un test clinique.

Hormonothérapie

Œstrogène, une hormone produite par les ovaires et les glandes surrénales, peut être la cause de la croissance de certains cancers du sein. Les médecins utilisent des approches différentes pour bloquer l'effet de l'œstrogène ou réduire les niveaux d'œstrogènes. Autrefois l'ablation des ovaires chez les femmes préménopausales et des glandes surrénales chez les femmes postménopausales étaient souvent des traitements effectifs. Aujourd'hui, le médicament le plus fréquemment utilisé pour bloquer l'effet de l'œstrogène comprend le tamoxifène, les médicaments antioestrogène. Un autre médicament antioestrogène appelé torémifène est disponible et réagit comme le tamoxifène.

Des études montrent que le tamoxifène peut réduire les risques d'une récurrence du cancer du sein après la chirurgie si les cellules cancéreuses du sein contiennent des récepteurs pour l'œstrogène et la progestérone. Les médecins utilisent aussi ce médicament pour soigner la métastase du cancer du sein.

Chez les femmes postménopausales, les glandes surrénales produisent des hormones masculines qui sont libérées dans le sang. Dans la graisse, les os et certains cancers du sein, cette hormone masculine est transformée en œstrogène. Les médicaments nommés les inhibiteurs de l'aromatase qui empêchent la transformation en œstrogène, se sont montrés aussi efficaces que le tamoxifène pour soigner les métastases du cancer du sein chez les femmes de ce groupe d'âge.

Quelques études ont démontré une légère augmentation du cancer de l'endomètre dans un stade précoce (qui se développe dans une couche de l'utérus) chez les femmes postménopausales prenant du tamoxifène. Si vous prenez du tamoxifène et que vous apercevez un saignement vaginal anormal — un symptôme éventuel de cancer de l'endomètre — informez votre médecin tout de suite.

Un autre effet secondaire peu fréquent du tamoxifène est la thrombose veineuse profonde, où des caillots de sang se forment dans les vaisseaux profonds des jambes et des aines. Les caillots de sang se détachent parfois et se propagent vers les poumons. Il existe aussi une légère augmentation de risque d'attaque.

Les autres effets secondaires comprennent des bouffées de chaleur, des variations d'humeur et des cataractes. Mais en général les bénéfices du tamoxifène sont supérieurs aux risques. Un des avantages des inhibiteurs de l'aromatase chez les femmes postménopausales consiste en l'absence d'effets secondaires, à l'exception des bouffées de chaleur, mais il peut y avoir une augmentation de la perte osseuse.

Les autres traitements hormonaux comportent le mégestrol acétate (un médicament qui ressemble au progestérone), le fluoxymésterone (une hormone masculine comme testostérone), et l'éthinyl estradiol (un médicament d'œstrogène qui est effectif lorsqu'il est administré à haute dose).

Les femmes préménopausales peuvent prendre un autre type de médicament, nommé agoniste de l'hormone de libération de l'hormone lutéinisante. Il est administré par injection et empêche la production d'œstrogène.

Biphosphonates: Ces médicaments servent à renforcer les os qui ont été affaiblis par les cellules cancéreuses invasives du sein. Le médicament utilisé le plus fréquemment est pamidronate.

Traitement des douleurs et autres symptômes

La plus grande partie de cette documentation traite des façons d'enlever ou de détruire des cellules cancéreuses ou de ralentir leur croissance. En revanche, il est également important de maintenir votre qualité de vie. N'hésitez pas à discuter de vos symptômes ou de votre état général avec votre équipe socio-médicale. Il existe des méthodes efficaces et sans danger pour traiter la douleur, la plupart des symptômes du cancer du sein et la plupart des effets secondaires causés par le traitement du cancer du sein. Si vous n'en discutez pas avec l'équipe qui s'occupe de vous, ils ne seront peut-être jamais en mesure de connaître vos problèmes.

Thérapie complémentaire ou alternative

Si vous êtes en train de considérer des traitements alternatifs ou supplémentaires dont l'efficacité n'a pas encore été démontrée, parlez-en à votre médecin et demandez des informations à l'ACS ou au National Cancer Institute. Certains de ces traitements peuvent entraver les traitements médicaux standards ou peuvent donner lieu à des effets secondaires sérieux.

À considérer pendant et après le traitement

Pendant et après le traitement du cancer du sein vous pourriez peut-être accélérer votre rétablissement et améliorer votre qualité de vie en jouant un rôle actif. Tenez-vous au courant des bénéfices et des risques de chaque option de traitement, et posez des questions à l'équipe socio-médicale au cas où il y aurait des choses que vous ne comprenez pas. Tenez-vous au courant et recherchez les effets secondaires du traitement, et indiquez-les immédiatement à l'équipe socio-médicale pour qu'ils puissent faire le nécessaire pour atténuer les douleurs et les rendre plus courtes.

N'oubliez pas que votre corps est aussi unique que votre personnalité et vos empreintes digitales. Bien que la compréhension du stade de votre cancer et la connaissance des options de traitement disponibles puissent vous aider à prévenir les problèmes de santé auxquels vous devriez faire face, personne ne peut être sûr de la façon dont vous allez réagir au cancer ou au traitement.

Vous disposez peut-être de forces particulières comme un passé excellent en nutrition et en activité physique, un fort support familial ou une forte croyance religieuse et ces forces peuvent faire une différence dans la manière dont vous allez lutter contre le cancer. Il existe aussi des professionnels expérimentés dans le domaine des services de la santé mentale, des services sociaux et des conseillers, qui peuvent vous aider à faire face à votre maladie.

Vous pouvez aussi vous aider vous-même dans votre rétablissement du cancer en choisissant de vivre d'une manière saine. Si vous fumez, arrêtez tout de suite. Ceci améliorera votre santé générale et le retour de l'odorat vous laissera apprécier une alimentation saine pendant votre guérison. Si vous buvez, limitez la quantité d'alcool. Ne buvez pas plus d'1 ou 2 verres par jour. Une bonne alimentation peut vous aider à vous rétablir après le traitement. Mangez d'une manière nourrissante et équilibrée avec beaucoup de fruits et de légumes, et des céréales complètes

Si vous êtes en train de subir un traitement contre le cancer, soyez sensible à la lutte qui se déroule dans votre corps. La radiothérapie et la chimiothérapie augmentent la fatigue déjà causée par la maladie elle-même. Donnez à votre corps le repos nécessaire pour que vous vous sentiez mieux avec le temps. Faites de l'exercice physique lorsque vous vous êtes assez reposé. Demandez à l'équipe socio-médicale si le cancer et son traitement demandent une restriction d'exercices physiques ou d'autres activités.

Il est important de prendre en compte votre santé émotionnelle, psychologique et spirituelle ainsi

que les aspects physiques relatifs à votre rétablissement

Le choix du traitement d'une femme sera probablement le plus influencé par son âge, l'image de soi-même et de son corps, ses espoirs et ses craintes et l'étape de sa vie. Par exemple, plusieurs patientes préfèrent la chirurgie mammaire conservatrice suivie de la radiothérapie à la mastectomie pour des raisons d'image personnelle. Par contre, certaines femmes qui choisissent la mastectomie désirent enlever la région atteinte sans prendre en compte l'effet sur l'image personnelle, et d'autres seraient peut-être plus affectées par les effets secondaires de la radiothérapie que l'image personnelle.

D'autres problèmes qui inquiètent les femmes comprennent la perte des cheveux à cause de la chimiothérapie et le changement de la peau du sein dû de la radiothérapie. De plus, les femmes peuvent aussi être soucieuses du résultat de leur traitement. Ce sont des facteurs qui affectent la décision d'une femme concernant son traitement, l'image qu'elle a d'elle-même et son attitude envers son traitement.

Les aspects de la sexualité sont souvent inquiétants pour une femme atteinte d'un cancer du sein. Certains traitements du cancer du sein peuvent modifier les taux d'hormones d'une femme et peuvent avoir un effet négatif sur le désir sexuel et/ou stimulus. Un diagnostic de cancer du sein chez une femme de vingt ou trente ans est surtout difficile parce que c'est souvent pendant cette période qu'on choisit son partenaire et qu'on veut mettre un enfant au monde. Des problèmes de relations sont aussi importants parce que le diagnostic peut vraiment perturber le partenaire ainsi que la patiente. Les partenaires sont habituellement inquiets sur la manière d'exprimer leur amour physiquement ainsi qu'émotionnellement pendant et après le traitement.

Voici quelques suggestions qui pourraient aider une femme à s'adapter aux changements que subit son image personnelle: regarder et toucher son corps; demander l'aide des autres, préférablement avant la chirurgie; inclure le partenaire dès que possible après la chirurgie et parler franchement des sentiments, des besoins et des désirs créés par son image modifiée.

Un diagnostic de cancer, tout comme son traitement, est un défi important dans la vie, qui laisse des traces sur vous et sur tous vos proches. Avant d'avoir le moral trop bas, pensez à assister à une réunion d'un groupe de soutien local ou à contacter d'autres groupes concernés. Au cas où vous auriez besoin de toute autre assistance personnelle, contactez le département du service social de votre hôpital ou l'ACS pour contacter des conseillers ou tout autre service.

Essais cliniques

L'objectif des essais cliniques: Les études, qui semblent prometteuses et qui concernent des traitements nouveaux ou expérimentaux sur les patientes, sont dénommées essais cliniques. Un essai clinique n'est réalisé que s'il y a raison de croire que le traitement en cours d'étude pourrait être favorable à la patiente. On trouve souvent que les traitements utilisés dans les essais cliniques ont des avantages réels. Les chercheurs mènent des études sur des nouveaux traitements pour répondre aux questions suivantes:

- Est-ce que le traitement est utile?
- Comment fonctionne ce nouveau traitement?
- Fonctionne-t-il mieux que les autres traitements déjà disponibles?
- Quels sont les effets secondaires du traitement?
- Est-ce que les effets secondaires sont plus ou moins importants que le traitement standard?
- Est-ce que les bénéfices surpassent les effets secondaires?
- Sur quel type de patientes le traitement sera-t-il le plus efficace?

Types de essais cliniques: Un nouveau traitement se déroule normalement en trois phases d'essai clinique avant qu'il ne soit approuvé par la FDA (Food and Drug Administration).

Essais cliniques de phase I: L'objectif d'un essai de phase I est de trouver la meilleure façon d'administrer un nouveau traitement et de savoir comment celui-ci peut être administré sans danger. Les médecins observent les patientes avec soin pour tout effet secondaire nuisible. Le traitement a été bien testé en laboratoire et sur les animaux, mais on ne connaît pas tout à fait les effets secondaires sur les patientes. Les médecins qui mènent les tests cliniques commencent par administrer des doses faibles du médicament aux premières patientes et augmentent le dosage pour les groupes ultérieurs jusqu'à ce que les effets secondaires apparaissent. Bien que les médecins espèrent aider les patientes, le but principal de l'étude phase I est d'examiner l'innocuité du médicament.

Essais cliniques de phase II: Cette phase est conçue pour voir si le médicament agit bien. On donne d'habitude aux patientes la plus haute dose qui n'entraîne pas d'effets secondaires graves (déterminée par le test de phase I). Les patientes sont suivies de très près pour étudier la réaction sur le cancer. Les médecins surveilleront aussi les effets secondaires.

Essais cliniques de phase III: Les études de phase III comprennent un grand nombre de patientes. Certains tests cliniques de phase III peuvent parfois inclure des milliers de patientes. Un groupe (le groupe de contrôle) recevra le traitement standard (le plus accepté). L'autre groupe recevra le nouveau traitement. Habituellement les médecins étudient uniquement un seul nouveau traitement pour voir si les résultats sont meilleurs que le traitement standard, mais parfois 2 ou 3 traitements sont examinés. Toutes les patientes des essais de phase III sont suivies de très près. On arrêtera les tests si les effets secondaires du nouveau traitement sont trop importants ou si les résultats d'un groupe particulier étaient beaucoup mieux que les résultats des autres.

Si vous faites partie d'un essai clinique bien organisé vous recevrez des soins excellents. Vous aurez à vos côtés une équipe d'experts qui suit et surveille votre progrès avec attention. Le test est spécifiquement conçu pour un suivi minutieux des patientes.

Il existe tout de même certains risques. Personne ne sait encore si le traitement sera efficace ou quels sont les effets secondaires exacts qui pourraient survenir. C'est pour découvrir cela que l'on procède à des essais cliniques. La plupart des effets secondaires disparaîtront ultérieurement, mais certains peuvent être permanents ou même critiques. N'oubliez pas toutefois que même les traitements standards ont des effets secondaires. La décision de vous inscrire à un essai clinique ou non peut dépendre de plusieurs facteurs.

Décider de participer à un essai clinique.

La participation à un essai clinique dépend entièrement de vous. Les médecins et les infirmières vous expliqueront en détail les risques et les bénéfices éventuels de l'étude et vous fourniront un formulaire à lire et à signer, pour indiquer que vous avez compris l'étude et que vous désirez y participer. Ce processus consiste à donner votre consentement éclairé. Même après avoir signé le formulaire et après le commencement du test clinique, vous êtes libre de quitter l'étude n'importe quand et pour n'importe quelle raison. La participation à l'étude ne vous empêchera pas de recevoir d'autres soins médicaux qui vous seraient nécessaires.

Pour des renseignements supplémentaires concernant les essais cliniques, demandez à votre équipe socio-médicale. Voici quelques questions que vous devez poser:

- Quel est le but de l'étude?
- L'étude comprend quels types de tests et de traitements?
- Que fait ce traitement?
- Quelles différences apportera cette nouvelle recherche dans mon cas?

- Quelles sont mes autres options et leurs avantages et inconvénients?
- Quels seront les effets de ce test sur ma vie quotidienne?
- Quels sont les effets secondaires possibles de cet essai? Est-ce qu'on peut contrôler les effets secondaires?
- Est-ce que je devrai être hospitalisée? Si oui, combien de fois et pendant combien de temps?
- Est-ce que l'essai me coûtera quelque chose? Y aura-t-il des traitements gratuits?
- Si la recherche a un effet néfaste sur moi, aurai-je le droit à un traitement quelconque?
- Quels sont les types de suivi à long terme faisant partie du test?
- Est-ce que ce traitement a été utilisé pour d'autres types de cancer?

Vous pouvez obtenir une liste des essais cliniques en cours en contactant le service d'informations sur le cancer du National Cancer Institute au numéro gratuit 1-800-4-CANCER ou en visitant le site Web des essais cliniques du NCI pour les patients ou les professionnels du domaine de santé (cancer.gov).

Vous pouvez bénéficier directement d'une participation à un essai clinique, et vous pouvez aussi en faire bénéficier, à l'avenir, d'autres femmes atteintes du cancer du sein. Voilà pourquoi le NCCN et l'ACS se sont engagés à faire connaître ces études auprès de ceux qui sont atteints de cancer.

Lignes directrices pour la prise en charge et le traitement

Arbres de décision

Les arbres de décision, ou algorithmes, qui suivent représentent les différents stades du cancer du sein. Chacun vise à démontrer point par point comment vous et votre médecin pouvez arriver aux décisions à prendre concernant votre traitement.

Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, de votre passé médical et de vos préférences personnelles.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un essai ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

Les lignes directrices du NCCN sont mises à jour, au fur et à mesure que de nouvelles données scientifiques importantes deviennent disponibles. Pour vous assurer que vous êtes en possession de la plus récente version, visitez les sites web de l'ACS (www.cancer.org) ou du NCCN (www.nccn.org). Vous pouvez aussi appeler le NCCN au 1-888-909-NCCN ou l'ACS au 1-800-ACS-2345 pour les dernières informations sur ces lignes directrices ou sur le cancer en général.

Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnelles.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un essai ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

Stade

Prise en charge

Traitement

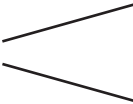
Stade 0 carcinome lobulaire in situ (CLIS)



- Passé médical et examen physique
- Mammogrammes diagnostique (les deux seins)
- Examen pathologique du prélèvement de la biopsie



Observation



Remarque que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnels.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un test ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

Carcinome lobulaire In Situ stade 0

La prise en charge pour le carcinome lobulaire in situ (CLIS) comprend l'enregistrement du passé médical, l'examen physique et les mammographies diagnostiques des deux seins pour vérifier la présence de régions anormales. Un examen pathologique (l'opinion d'un autre pathologiste sur l'examen du prélèvement de la biopsie) est conseillée par le NCCN pour être sûr que vous êtes atteintes du CLIS et non pas d'un cancer invasif ou d'une pathologie bénigne.

Généralement, aucun traitement n'est administré. On préfère l'option d'observation (un suivi de très près sans chirurgie) dans la plupart des cas des femmes touchées du CLIS, parce que le risque de développer un cancer invasif est faible.

Les cancers invasifs qui pourraient se développer pendant l'observation du CLIS ne sont normalement pas agressifs et peuvent être facilement soignés.

Une mastectomie préventive des deux seins représente une option dans certains cas, surtout chez les femmes atteintes du CLIS qui ont un plus grand risque de développer un cancer invasif - par exemple les femmes avec des antécédents de cancer du sein dans la famille. Votre médecin peut vous aider à prendre une décision. Vous devez aussi penser à un conseil génétique avant de décider de subir une mastectomie préventive (prophylactique). Après la mastectomie, vous pouvez avoir une reconstruction des seins tout de suite après la chirurgie ou plus tard.

Stade 0: Carcinome Lobulaire Non-Invasif In Situ

Réduction de risque

Conseil sur l'administration de tamoxifène pendant 5 ans

Dans les circonstances spéciales: mastectomie des deux seins, avec ou sans reconstruction mammaire CCIS répandu dans au moins deux régions
Biopsie-exérèse

Suivi

- Passé médical et examen physique tous les 6 à 12 mois pendant 5 ans, et par la suite une fois par an
- Mammographie annuelles sauf en cas de mastectomie double
- Examen pelvien pour les femmes qui prennent du tamoxifène

©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN et de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

Les stratégies pour réduire les risques de cancer du sein sont devenues aussi importantes que les méthodes pour la détection et le traitement de la maladie. Il a été prouvé que le tamoxifène, un médicament anti-œstrogène utilisé dans l'hormonothérapie contre le cancer du sein, peut aussi réduire le risque de développer un cancer du sein invasif après le diagnostic du CLIS. Lorsqu'on utilise le tamoxifène dans cette situation, il est administré par voie orale tous les jours pendant 5 ans. On n'utilise pas le tamoxifène si l'ablation des deux seins a été faite.

Si le médecin décide une simple observation comme traitement principal, le suivi des femmes avec le CLIS comprend l'enregistrement du passé médical et un examen physique tous les 6 à 12 mois pendant 5 ans, et une fois l'an par la suite. Vous devrez passer une mammographie tous les ans. Puisque le tamoxifène augmente le risque du cancer de l'endomètre chez les femmes postménopausales, les femmes qui prennent ce médicament doivent passer un examen pelvien tous les ans et doivent indiquer tout saignement anormal de l'utérus. Ces précautions ne sont pas nécessaires si l'utérus a été enlevé.

Stade

Prise en charge

Stade 0 carcinome
canaire in situ (CCIS)



- Passé médical et examen physique
- Mammographies diagnostiques (les deux seins)
- Opinion d'un autre pathologiste sur l'échantillon de la biopsie

CCIS répandu dans
au moins deux régions

Biopsie-exérèse

Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnels.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un test ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

Carcinome canalaire In Situ stade 0

Comme le CLIS, la prise en charge pour le carcinome canalaire in situ (CCIS) comprend l'enregistrement du passé médical et l'examen physique. Les mammographies diagnostiques doivent être passées pour les deux seins, afin d'évaluer l'extension du CCIS à l'intérieur des canaux du sein et pour vérifier si l'autre sein contient des régions anormales. Le NCCN recommande de demander l'opinion d'un autre pathologiste pour s'assurer que le cancer

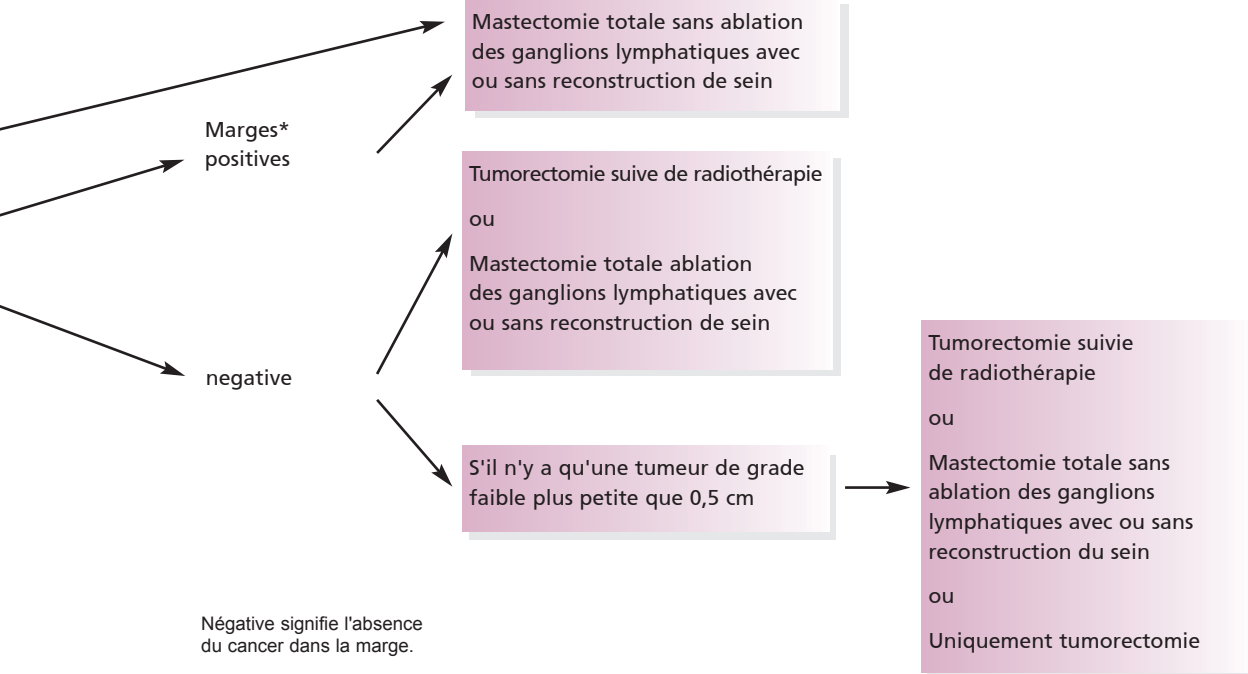
est réellement un CCIS et qu'il ne s'agit pas d'un cancer invasif ou d'une condition bénigne.

Au cas où les résultats de la mammographie, l'examen physique ou la biopsie montreraient qu'au moins deux régions sont atteintes par le DCIS, la mastectomie est le traitement préféré.

Si on trouve le CCIS uniquement dans une région et qu'il n'existe pas de cancer au bord de la première exérèse chirurgicale (ou si nécessaire après

Carcinome canalaire In Situ stade 0

Traitement



©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN et de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

re-excision) -il est conseillé de subir soit une mastectomie totale soit une tumorectomie suivie d'une radiothérapie. Une mastectomie est recommandée si le CCIS ne peut pas être totalement enlevé par la chirurgie mammaire conservatrice.

Une mastectomie est le moyen le plus sûr de mettre un terme localement au CCIS. Par contre des études ont démontré que les femmes atteintes du CCIS qui sont traitées par radiothérapie après la tumorectomie vivent aussi longtemps

que celles qui ont eu une mastectomie. Après une tumorectomie, il est conseillé de passer une mammographie pour assurer l'ablation totale de la tumeur.

Au cas où une tumeur CCIS serait très petite (moins d'un demi-centimètre), à grade faible et si on opte pour une tumorectomie, la radiothérapie n'est pas toujours nécessaire.

Traitement principal

Traitement post-opératoire

Tumorectomie avec ou sans radiation



Thérapie adjuvante Considérer le tamoxifène pendant 5 ans.

Mastectomie



Réduction de risque:
Conseil sur l'administration du tamoxifène.
Pendant pour réduire le risque du cancer dans l'autre sein.

Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnelles.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un essai ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

Les femmes atteintes du CCIS qui sont traitées par une mastectomie ne nécessitent pas l'ablation des ganglions lymphatiques. De plus, ces femmes ont le choix d'une reconstruction du sein immédiate ou ultérieure. L'effet du tamoxifène chez les femmes avec le CCIS qui ont subi une mastectomie est moins clair. Par conséquent elles devraient discuter des risques et des avantages avec leur équipe de santé.

Les femmes atteintes du CCIS qui ont subi une thérapie de reconstruction du sein doivent fortement considérer la prise du tamoxifène après leur traitement initial.

Stade 0 Carcinome In Situ des Canaux (suite)

Suivi

Passé médical et examen physique tous les 6 mois pendant 5 ans, et par la suite tous les ans.

Mammographie tous les ans.

Examen pelvien tous les ans chez les femmes prenant du tamoxifène.

©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN de de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

Ce médicament peut réduire le risque qu'un cancer du sein invasif se développe après l'ablation du CCIS. Ceci peut aussi diminuer le risque qu'un cancer dans l'autre sein ne se développe.

Les suivis standards chez les femmes atteintes du CCIS comprennent l'enregistrement du passé médical et un examen physique tous les 6 mois pendant 5 années, et tous les ans par la suite.

Elles doivent passer des mammographies tous les ans. Puisque le tamoxifène augmente le risque du cancer de l'endomètre, les femmes qui prennent ce médicament doivent se passer un examen pelvien tous les ans et doivent immédiatement indiquer tout saignement anormal de l'utérus. Ces précautions ne sont pas nécessaires si l'utérus a été enlevé.

Stade clinique

Prise en charge

Traitement principal (Local et Régional)

Stades I, II

Et

seulement Stage IIIA avec tumeur qui dépasse 5 cm avec complication des ganglions lymphatiques mais qui ne sont pas rattachés l'un à l'autre

- Passé médical et examen physique
- Hémogramme et tests des fonctions du foie
- Radiographie pulmonaire
- Mammographie diagnostique (Les deux seins).
- Echographie du sein RM du sein si nécessaire
- Revue pathologique du prélèvement de la biopsie
- Récepteurs d'œstrogène/progestérone et test HER-2/neu du tissu
- Scintigraphie osseuse (seulement si les symptômes ou tests suggèrent la propagation du cancer aux os)
- test HER-2/neu.
- Scintigraphie osseuse)facultatif pour Stade II)
- Une tomодensitométrie, RM ou échographie de l'abdomen pour Stage III

Tumorectomie et ablation des les ganglions lymphatiques de l'aisselle suivie de la radiothérapie*.

OU

Tumorectomie et ablation des ganglions lymphatiques de l'aisselle avec ou sans reconstruction du sein

OU

Si la tumeur dépasse 2 cm et la chirurgie mammaire conservatrice est une option, considérer une thérapie pré-opératoire (voir page 42).

Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnelles.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un essai ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

Cancers du sein Stade I, II et quelques stades IIIA (T3, N1, M0)

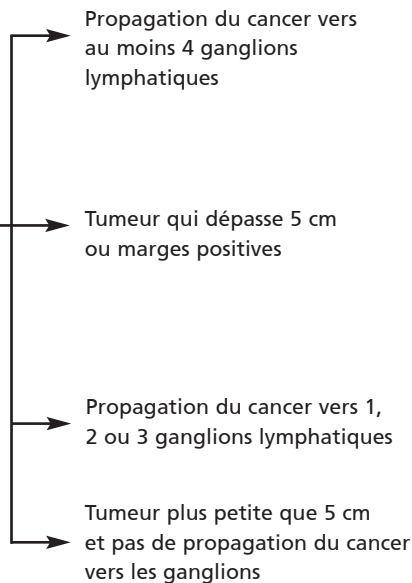
Les lignes directrices pour les tumeurs de stades I et II et celles du stade III qui sont plus larges que 5 cm avec les ganglions lymphatiques envahis mais rattachés l'un à l'autre recommandent les points suivants:

- Passé médical et examen physique complet.

- Un hémogramme, une numération des plaquettes et des tests des fonctions du foie.
- Radiographie pulmonaire.
- Mammographies diagnostiques des deux seins.
- Echographies des seins et IRM si nécessaire.
- Examen pathologique.

Cancer du sein invasif: Traitement principal (Stades I, II, et quelques stades IIIA)

Traitement principal (Local et Régional) Stade I, II et quelques stades IIIA



Après chirurgie et chimiothérapie, la radiothérapie est administrée au thorax et dans la région au-dessus de la clavicule (les ganglions lymphatiques supra-claviculaires); considérer la radiothérapie aux ganglions lymphatiques à côté du sternum (ganglions lymphatiques mammaires internes)

Après chirurgie et chimiothérapie, la radiothérapie administrée à la paroi thoracique. Considérer la radiation dans la région de la clavicule

Après chirurgie et chimiothérapie, considérer la radiothérapie à la paroi thoracique, région de la clavicule et ganglions lymphatiques à côté du sternum

Pas de radiothérapie.

- Une radiation après la chirurgie doit normalement être pratiquée après toute chimiothérapie adjuvante sauf si la chimio est CMF (voir tableau, page 19) elle peut être administrée en même temps.

©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN de de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

- Tests des récepteurs d'œstrogène/progestérone pour vérifier si la tumeur est sensible à l'hormone.
- test HER-2/neu.

Si la patiente a mal aux os ou l'analyse de sang montrent certains résultats anormaux, une scintigraphie osseuse doit être passée.

Le traitement du cancer du sein consiste à enlever

le cancer par chirurgie. En général, ceci veut dire une tumorectomie ou uniquement l'ablation du cancer et une partie du tissu normal avoisinant (la marge). Une tumorectomie peut être pratiquée dans la plupart des cas de cancer du sein stades I ou II. Une radiothérapie doit suivre une tumorectomie.

Stade

Stade I et II

Une procédure du ganglion sentinelle peut être pratiquée si

- Il n'y a qu'un seul cancer
- La tumeur est plus petite que 5 cm
- Absence de chirurgie précédente importante au sein.
- Absence de chimiothérapie ou hormonothérapie précédentes

ET

La présence d'une équipe de médecins expérimentés dans la procédure du ganglion sentinelle*

Traitement

Non

Oui

*L'équipe comprend un chirurgien, radiologue, médecin nucléaire et un pathologiste, L'équipe.
Doit discuter de l'utilisation de cette procédure pour les décisions de traitement avec le radiothérapeute-oncologue et le chimiothérapeute.

Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnels.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un essai ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

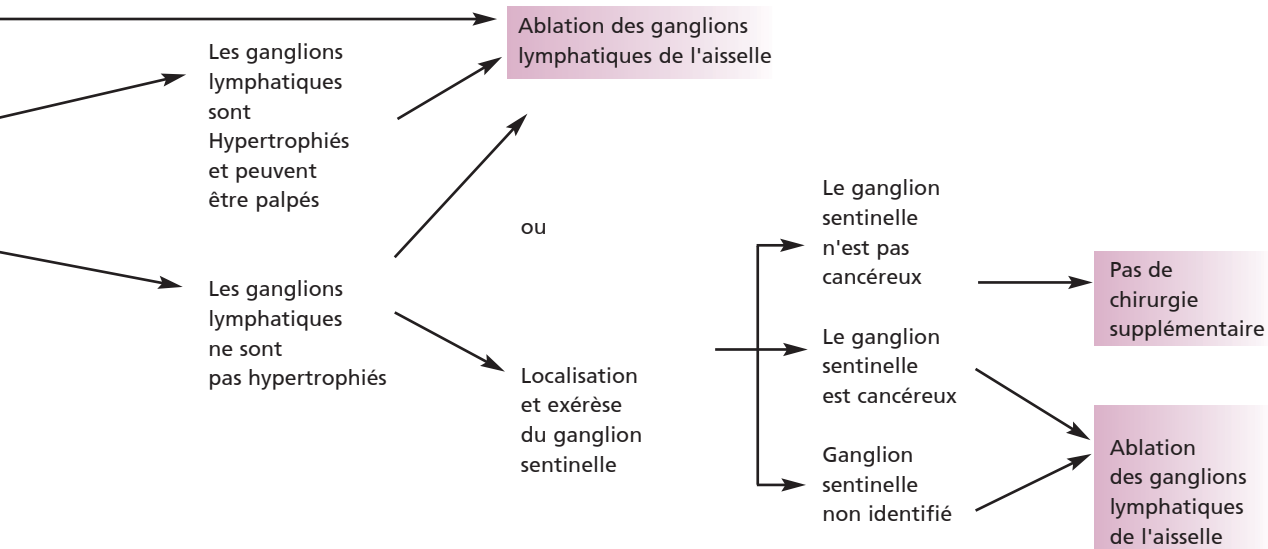
Chirurgie des ganglions lymphatiques axillaires

En plus d'une intervention chirurgicale pour le cancer du sein, une chirurgie pour enlever les ganglions lymphatiques de l'aisselle est parfois réalisée pour faire une stadification des informations afin de guider un traitement postérieur éventuel. La chirurgie des ganglions lymphatiques est normalement pratiquée en même temps que la chirurgie du sein.

L'opération standard consiste à enlever le tissu graisseux contenant tous les ganglions lymphatiques dans l'aisselle et sous le muscle. Dans une mastectomie, des ganglions lymphatiques sont enlevés par la même incision (coupure de la peau). Dans une tumorectomie, ceci se fait par une incision différente de l'incision de la tumorectomie.

Dans certaines circonstances, une nouvelle procédure appelée biopsie de ganglion lymphatique sentinelle peut être utilisée au lieu d'enlever tous les ganglions lymphatiques de l'aisselle. Dans cette procédure, seuls les quelques ganglions lymphatiques les plus susceptibles de contenir le cancer sont enlevés et examinés pour détecter la présence du cancer. Une moyenne de 3 ganglions lymphatiques sont enlevés par la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle. Au cas où ces ganglions lymphatiques ne contiendraient pas de cancer, on ne fait plus de chirurgie des ganglions lymphatiques. Si ces ganglions lymphatiques étaient cancéreux, la chirurgie standard des ganglions lymphatiques est pratiquée pour déterminer combien d'entre eux sont cancéreux et pour les enlever.

Chirurgie du Ganglion Lymphatique Axillaire — Stades I et II

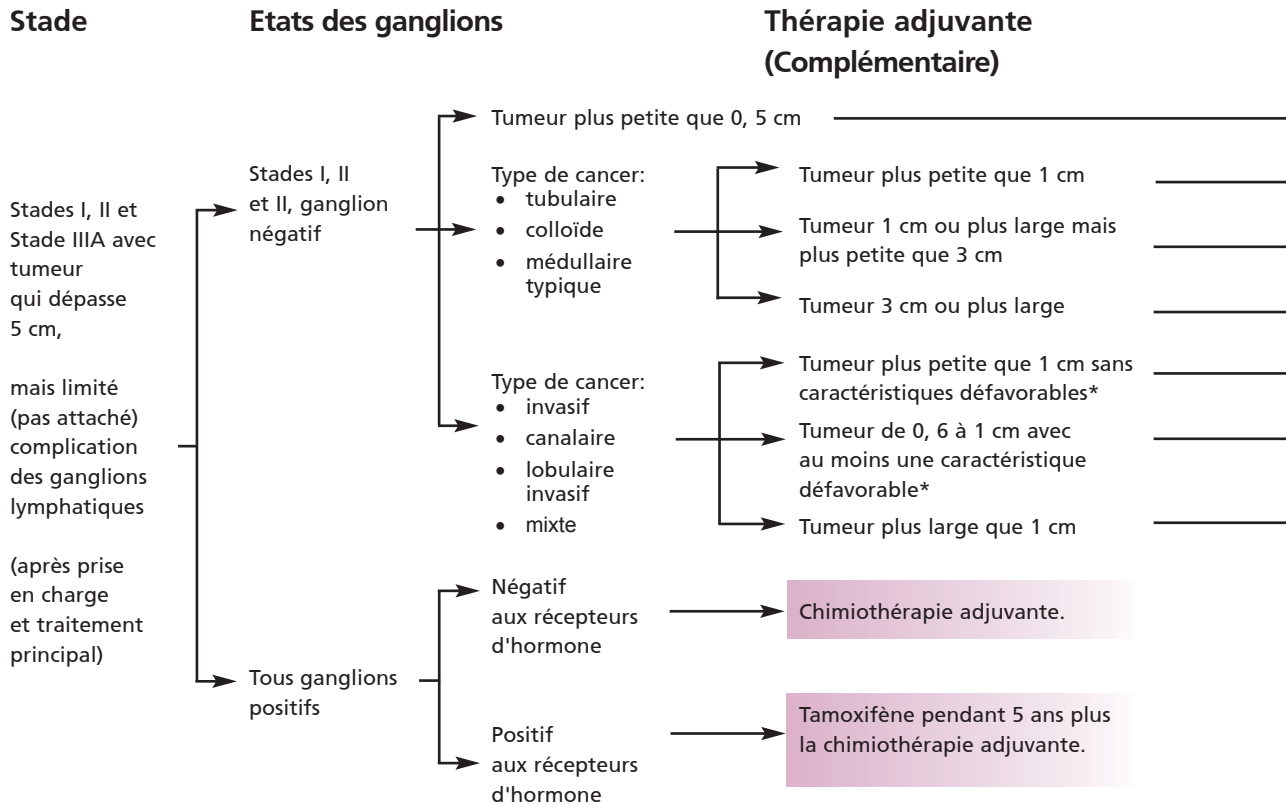


©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN de de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

Chirurgie des ganglions lymphatiques axillaires — Stades I and II

L'avantage de la biopsie du ganglion lymphatique sentinelle reste sur le fait qu'il y a moins de douleur et de difficulté avec cette chirurgie et moins de risques de développer une enflure du bras nommée lymphodème qu'avec la biopsie d'ablation des ganglions. La biopsie du ganglion lymphatique sentinelle n'est pas adéquate dans tous les cas.

Cette procédure doit être utilisée uniquement si l'équipe de médecins est expérimentée dans cette technique. En plus, elle est adéquate uniquement chez les femmes dont les tumeurs sont inférieures à 5 cm, sans antécédents de chimiothérapie ou d'hormonothérapie. Elle n'est pas adéquate lorsque les ganglions lymphatiques sont enflés et denses à l'examen physique et chez les femmes qui ont plus d'une tumeur dans le sein.



Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnels.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un essai ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

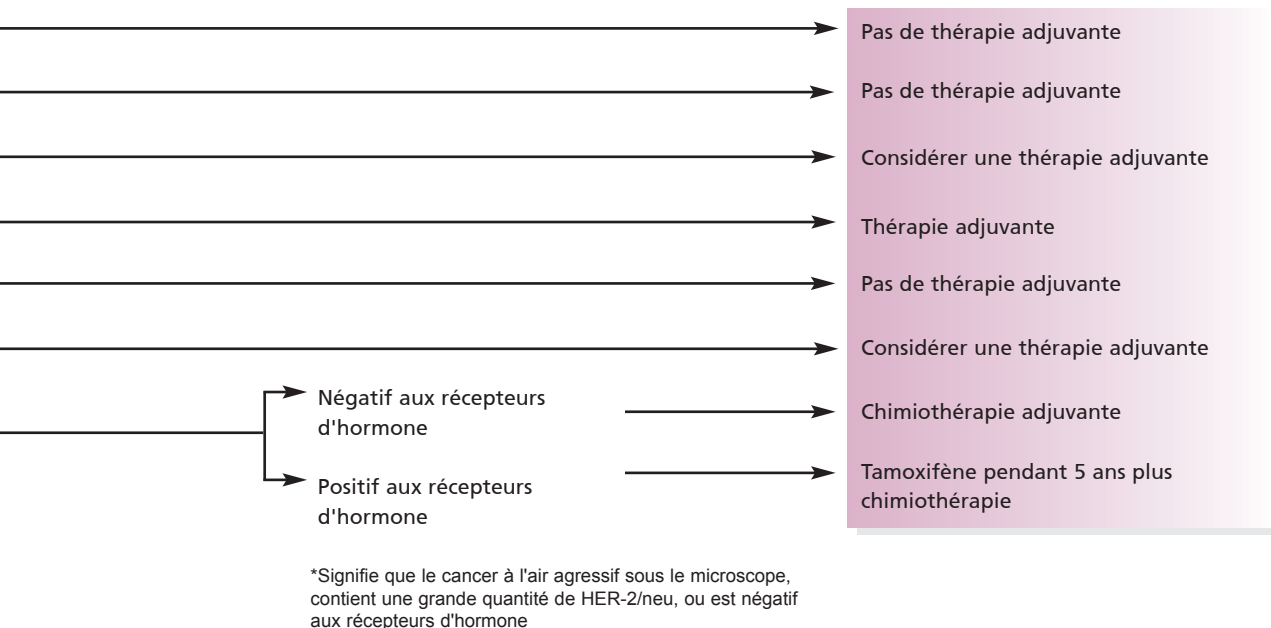
Traitement adjuvant (complémentaire) pour les stades I, II et quelques stades IIIA

Les décisions sur la chimiothérapie adjuvante ou l'hormonothérapie sont basées sur l'état des ganglions lymphatiques dans l'aisselle, la taille du cancer et son examen microscopique. Si les ganglions sont négatifs (ne contiennent pas de cellules cancéreuses) et la tumeur mesure un demi-centimètre ou moins, une thérapie adjuvante (post-chirurgie) est nécessaire.

Les femmes atteintes des tumeurs de type tubulaire à ganglions négatifs, colloïde, médullaires ou kyste adénoïde qui font moins d'1 cm ne demandent pas de traitement supplémentaire. Par contre si une telle tumeur fait entre 1 et 2,9 cm de diamètre, les lignes directrices indiquent que les patientes et leurs médecins doivent considérer la thérapie adjuvante et si ce type de tumeur a atteint une taille de 3 cm ou plus, alors les lignes directrices recommandent la thérapie adjuvante.

Chirurgie des ganglions lymphatiques axillaires — Stades I and II

Le traitement adjuvant (supplémentaire) pour les stades I, II et quelques stades IIIA



©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN de de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

Chez les femmes sans métastases des ganglions lymphatiques, le NCCN recommande qu'aucune thérapie adjuvante ne soit administrée lorsque la tumeur est plus petite que 1 cm et que le cancer n'apparaît pas dans le sang ou les vaisseaux lymphatiques. Lorsque la tumeur mesure entre 0,6 et 1 cm et possède au moins une caractéristique défavorable, le médecin peut recommander une chimiothérapie or hormonothérapie adjuvante.

Si la taille de la tumeur a dépassé 1 cm et les résultats des tests pour récepteurs d'hormones sont négatifs, les lignes directrices recommandent une chimiothérapie adjuvante. Si la tumeur est positive aux récepteurs d'hormone, le tamoxifène est administré pendant 5 ans en plus de la chimiothérapie.

Cancer Invasif du Sein: Traitement Principal (Stades I, II et de certains Stades IIIA) (Suite)

Options de chimiothérapie adjuvante

Ganglions lymphatiques négatifs

CMF

FAC, CAF

AC

Ganglions lymphatiques positifs

FAC, CAF, CEF

AC avec ou sans paclitaxel

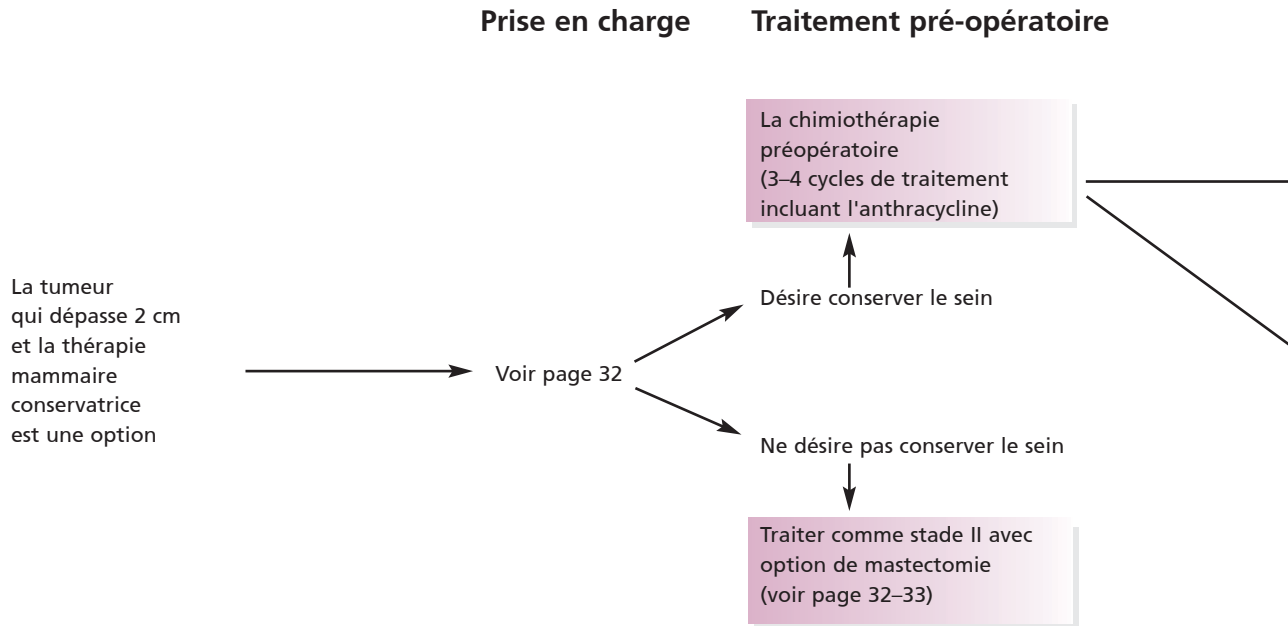
A suivi de CMF

CMF

EC

(voir page 19 pour les noms spécifiques des médicaments)

REMARQUES



Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnels.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un essai ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

Traitement préopératoire pour les stades II et IIIA des cancers du sein étendus

La chimiothérapie préopératoire est une option qui permet aux femmes qui auraient autrement besoin d'une mastectomie à cause de grosses tumeurs, de subir une thérapie mammaire conservatrice. Les tumeurs peuvent se réduire suffisamment pendant la chimiothérapie pour permettre une tumorectomie qui enlève totalement la tumeur principale, tout en conservant la taille et la forme du sein.

La prise en charge recommandée avant la chimiothérapie préopératoire comprend:

- Passé médical et examen physique complet.
- Examen de sang et analyse chimique du sang.
- Radiographie pulmonaire.
- Mammographies diagnostiques des deux seins.
- Echographies des seins et IRM si nécessaire
- Examen pathologique.
- Tests de récepteurs d'œstrogène/progestérone.
- Test HER-2/neu.

Traitement préopératoire pour les stades II et IIIA des cancers du sein étendus

Traitement principal (Local)

Tumeur encore trop large pour tumorectomie

Tumorectomie et ablation des ganglions lymphatiques de l'aisselle avec ou sans reconstruction du sein

Tumeur se réduit suffisamment pour tumorectomie

Tumorectomie et ablation des ganglions lymphatiques de l'aisselle

Thérapie adjuvante (Complémentaire)

- Considérer davantage de chimiothérapie
- OU
- Tamoxifène si positif aux récepteurs d'hormone
- ET
- La radiothérapie au sein et à la région au-dessus de la clavicule et considérer la radiation aux ganglions lymphatiques mammaires internes (le long du sternum)

- Considérer davantage de chimiothérapie
- OU
- Tamoxifène si positif aux récepteurs d'hormone
- ET
- La radiothérapie au sein et à la région au-dessus de la clavicule et considérer la radiation aux ganglions lymphatiques mammaires internes (le long du sternum)

©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN de de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

Une scintigraphie osseuse est recommandée pour les patientes du stade IIIA et pour celles du stade II avec des symptômes ou des résultats d'analyse de sang suggérant une métastase à distance. Elle est facultative chez les femmes avec un cancer de stade II. Une scanographie à tomодensitomètre, IRM ou échographie de l'abdomen est recommandée uniquement chez les patientes du stade III A et non pour les patientes du stade II.

La chimiothérapie préopératoire chez ces femmes doit comprendre un médicament à base d'anthracycline comme la doxorubicine ou l'épirubicine. Si ce traitement est réussi,

la prochaine étape est composée d'une tumorectomie et de l'ablation des ganglions lymphatiques de l'aisselle, sinon une mastectomie est pratiquée avec l'ablation des ganglions lymphatiques de l'aisselle. Après une mastectomie ou une tumorectomie, on pourrait administrer davantage de chimiothérapie. La chimiothérapie administrée après une tumorectomie peut comprendre un taxane, comme le paclitaxel ou le docetaxel. Le tamoxifène est administré pour les tumeurs positives aux récepteurs d'hormones. La radiothérapie est conseillée après la chimiothérapie, avec les régions exactes traitées en fonction du type de la première opération.

Stade clinique

Tout stade III (sauf stade IIIA avec tumeur qui dépasse 5 cm et propagation du cancer vers les ganglions lymphatiques qui ne sont pas



Prise en charge

- Passé médical et examen physique
- Numération globulaire et analyse chimique du sang
- Radiographie pulmonaire
- Mammographies diagnostiques (les deux seins)
- Echographies des seins, si nécessaire
- Examen pathologique du prélèvement de la biopsie
- Pré-chimiothérapie tests des récepteurs œstrogène/progestérone
- Test HER-2/neu
- Scintigraphie osseuse
- Une tomodensitométrie, un IRM ou échographie de l'abdomen. *

*Les médecins ne sont pas en accord sur la réalisation des ces tests. Votre médecin vous donnera ses conseils.



Chimiothérapie pré-opératoire

La chimiothérapie qui comprend: anthracycline avec ou sans Tamoxifène

Stade IV



Seuls les ganglions lymphatiques au-dessus de la clavicule du même côté que le cancer de sein sont affectés

Le cancer s'est propagé ailleurs

Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnels.

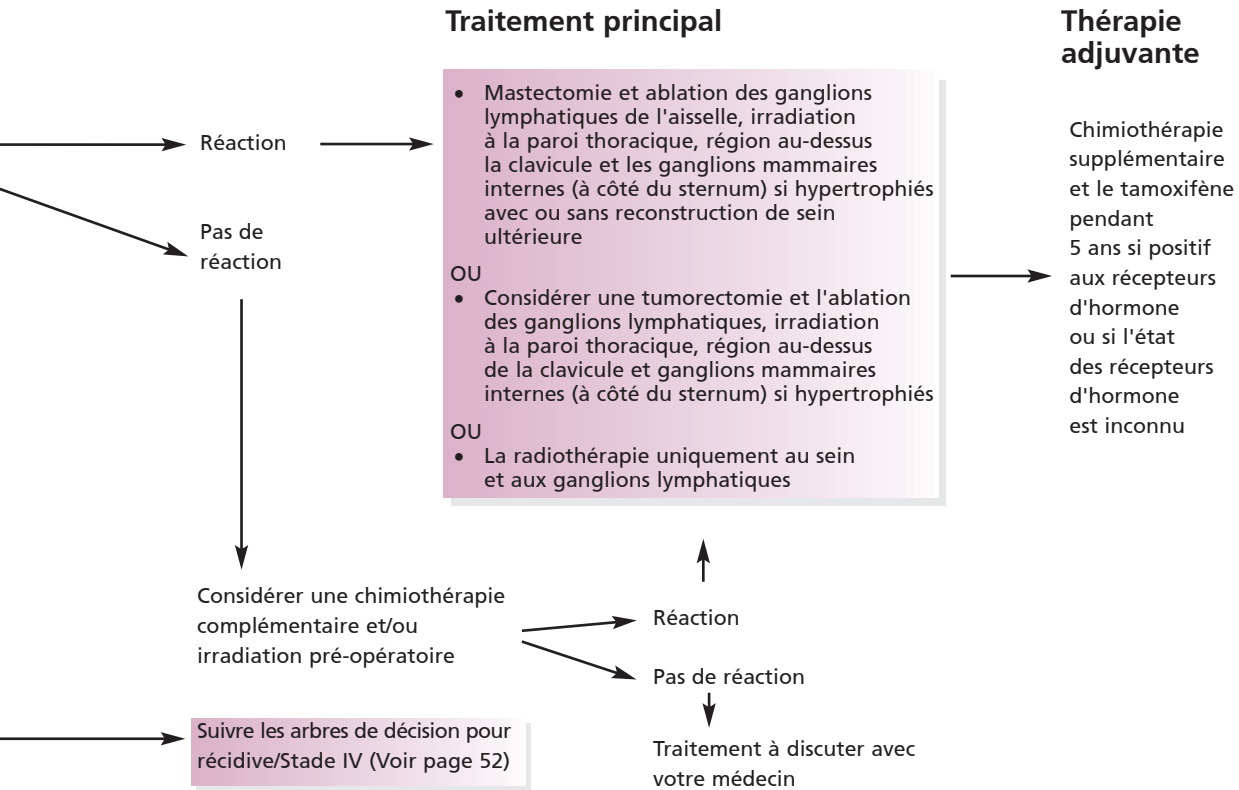
La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un essai ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

Traitement pour les stades III et IV du cancer du sein invasif

La prise en charge recommandée pour le stade III du cancer du sein comprend.

- Passé médical et examen physique complet.
- Numération globulaire et hémogramme, numération de plaquettes et tests des fonctions chimiques du foie.
- Radiographie pulmonaire (pour vérifier la propagation vers les poumons).
- Mammographies diagnostiques des deux seins.
- Echographie du sein (si nécessaire pour vérifier les découvertes).
- Examen pathologique (l'opinion d'un autre pathologiste sur le prélèvement de la biopsie).

Traitement des Stades III et IV



©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN de de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

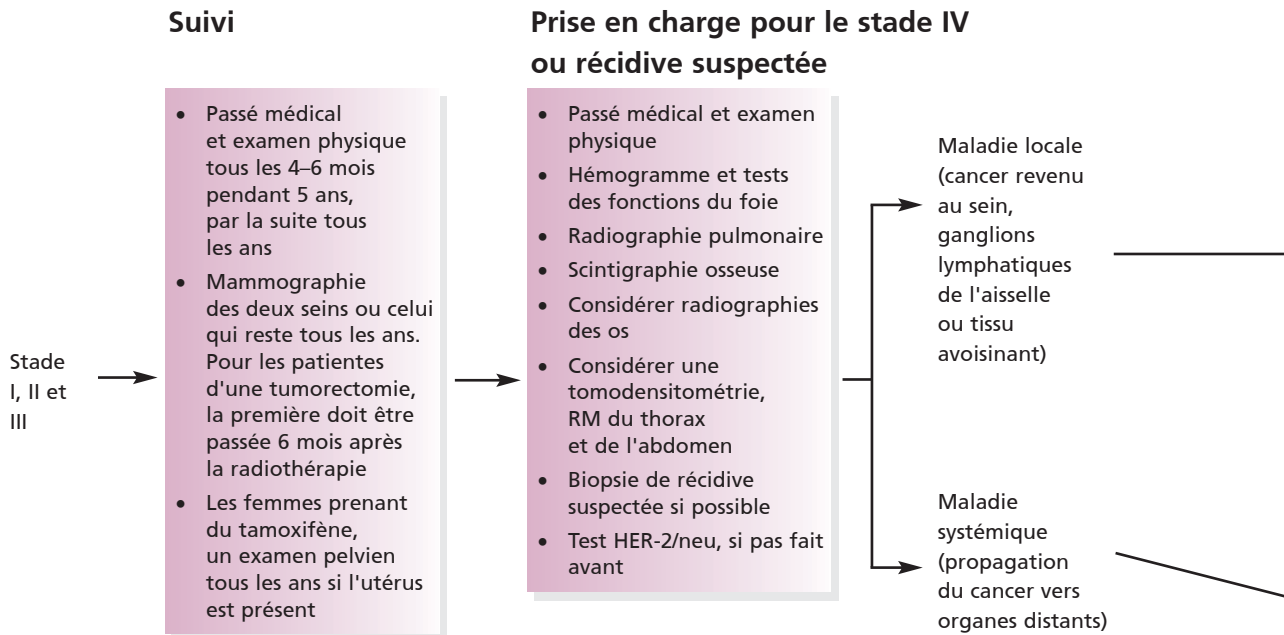
- Tests pour récepteurs d'hormones du prélèvement de la biopsie.
- Test HER-2/neu (pour permettre la prédiction de la réaction de certains médicaments).

En plus, les lignes directrices recommandent une scintigraphie osseuse, une tomographie par émission de positons, ou une échographie de l'abdomen.

Les femmes atteintes du cancer stade IIIA dont la taille des tumeurs dépasse 5 cm et qui se sont propagées vers les ganglions lymphatiques

qui ne sont pas rattachés l'un à l'autre ou au tissu avoisinant ont trois options qui ont été décrites dans les algorithmes précédents.

Les femmes atteintes de cancer stade IV ont déjà subi la prise en charge. Un cancer de stade IV peut signifier des métastases du cancer à distance. Par contre il peut aussi indiquer que la seule métastase à distance du sein et des ganglions lymphatiques de l'aisselle est dans les ganglions lymphatiques au-dessus de la clavicule du même côté que le cancer du sein.



Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnels.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un essai ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin.

Suivis des femmes atteintes du cancer de stade I, II, ou III, prise en charge et traitement des récurrences

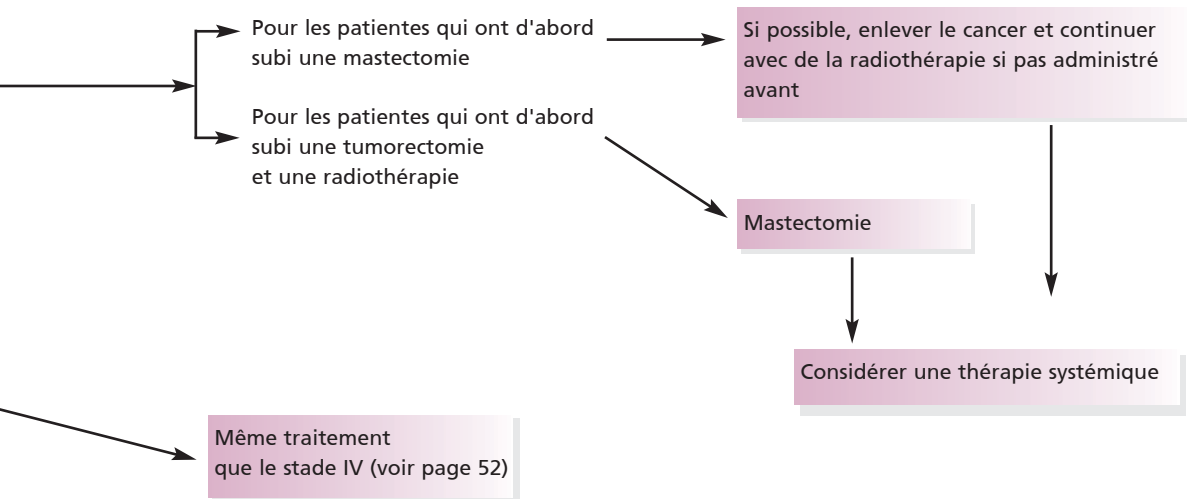
Les suivis standards des femmes qui ont eu le cancer du sein invasif comprend: l'enregistrement du passé médical et un examen physique tous les 4-6 mois pendant 5 ans, et tous les ans par la suite.

Les patientes qui ont déjà subi une tumorectomie doivent passer une mammographie du sein soigné,

6 mois après la radiothérapie, et par la suite des mammographies des deux seins tous les ans. Les patientes qui ont subi une tumorectomie doivent passer une mammographie annuelle du sein restant après la chirurgie. Puisque le tamoxifène augmente les risques des femmes de développer un cancer de l'endomètre (couche de la partie supérieure de l'utérus), les femmes qui prennent ce médicament doivent subir un examen pelvien tous les ans et doivent immédiatement indiquer tout saignement anormal de l'utérus à leur médecin.

Suivi de Femmes présentant un Cancer du Sein aux Stades I, II et III, Préparation et Traitement en cas de Récidive

Traitement des récidives



©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN de de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

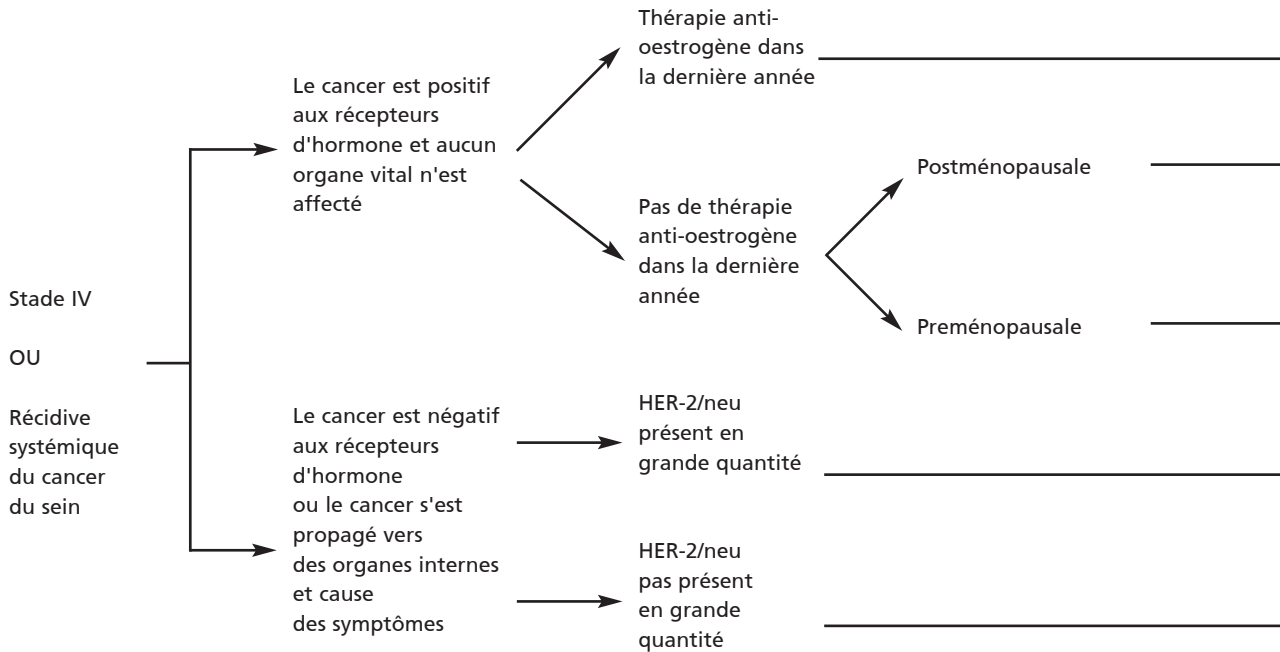
Récidive du cancer du sein

La prise en charge d'une récurrence de cancer du sein suspect comprend:

- Passé médical et examen physique complet.
- Un hémogramme.
- Test des fonctions du foie.
- Radiographie pulmonaire.
- Scintigraphie osseuse.

Les os supportant le poids du corps qui font mal ou sont anormaux sur la scintigraphie osseuse doivent aussi être radiographiés et une tomodensitométrie, et un IRM de l'abdomen, du thorax ou de la tête doivent être passés en cas de symptômes concernant ces régions.

Stade



Remarquez que ces informations ne doivent pas être utilisées sans le conseil de votre médecin, qui est au courant de votre situation, votre passé médical et vos préférences personnelles.

La participation à un essai clinique représente une option pour toute femme sans tenir compte du stade du cancer du sein. Assister à un essai ne vous empêche pas de recevoir d'autres soins médicaux dont vous aurez peut-être besoin

Stade IV ou récurrence systémique

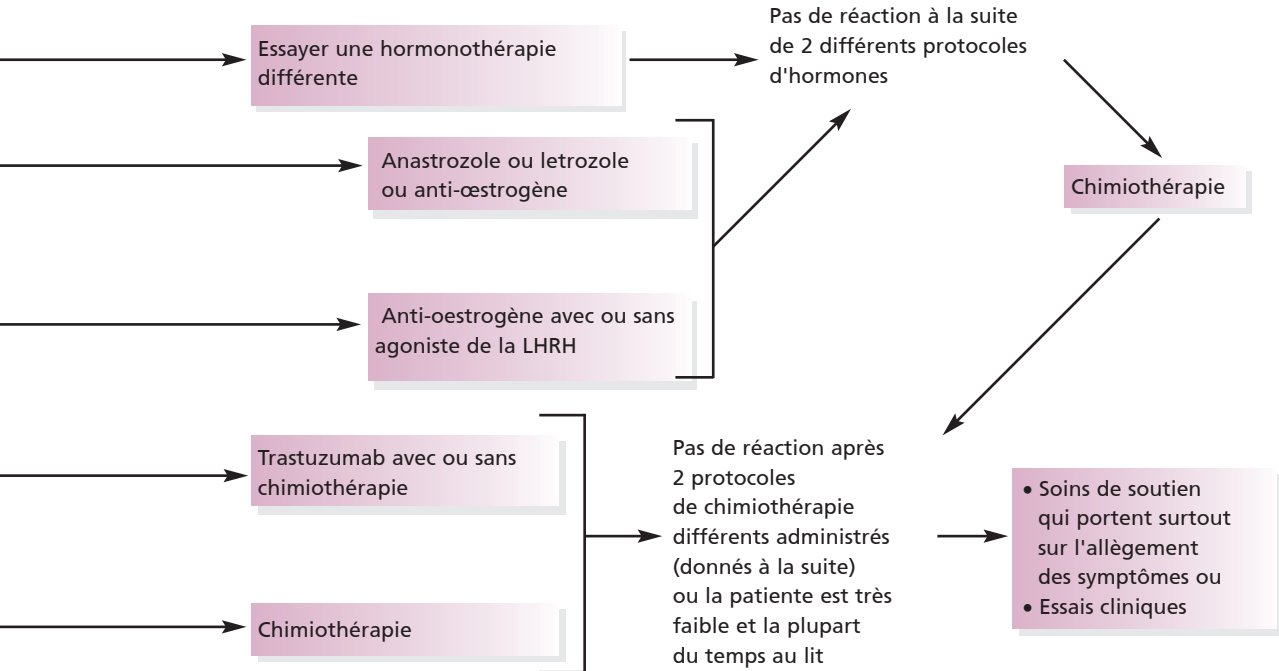
Seulement quelques femmes atteintes d'un cancer du sein récemment détecté possèdent des métastases distantes (stade IV). Tous ces cas, à l'exception d'un seul cas, sont traités de la même manière que les patientes ayant une récurrence systémique du cancer du sein. Les femmes atteintes du cancer de stade IV dont le cancer ne s'est pas propagé au-delà des ganglions lymphatiques supra-claviculaire (au-dessus

de la clavicule du même côté que le cancer) doivent recevoir le même traitement que les femmes ayant un cancer de stade III (voir page 44).

La prise en charge des patientes avec un cancer du sein de stade IV est la-même que celle qui figure à la page 48.

Stade IV (Metastatique) ou Recidive Systematique du Cancer du Sein

Traitement



©2002 par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) et la Société américaine contre le cancer (ACS). Tous droits réservés. L'information ci-incluse ne peut pas être reproduite sous quelque forme que ce soit à des fins commerciales sans la permission écrite expresse du NCCN de de l'ACS. Des copies uniques peuvent être faites à des fins personnelles et non commerciales par le lecteur.

Chez les patientes dont le cancer est positif aux récepteurs d'œstrogène/progestérone sans l'implication importante des organes vitaux, une hormonothérapie est recommandée. Si une patiente n'a pas reçu d'anti-œstrogène (comme le tamoxifène ou le toremifène) pendant la dernière année et qu'elle est préménopausale, un anti-œstrogène avec ou sans l'agoniste de hormone de libération de l'hormone lutéinisante est recommandé. Si la patiente est post- ménopausale, des anti-œstrogènes

ou des inhibiteurs de l'aromatase comme l'anastrozole ou le letrozole peuvent être administrés. Si une patiente a reçu un anti-œstrogène pendant la dernière année, le NCCN recommande l'utilisation de l'hormonothérapie, comme les progestatifs, les inhibiteurs de l'aromatase (chez les femmes postménopausales) androgènes ou de hautes doses d'œstrogènes, ou (chez les femmes préménopausales) l'ablation or la radiothérapie des ovaires.



Les patientes avec des tumeurs qui se réduisent ou arrêtent de s'accroître doivent continuer avec l'hormonothérapie. Si la maladie continue de progresser, une autre hormonothérapie doit être administrée.

Si le cancer atteint un organe vital ou s'il est négatif aux récepteurs d'hormones ou si une patiente ne réagit pas à l'hormonothérapie, on recommande la chimiothérapie. Lorsque le protocole de chimiothérapie primaire ne réagit plus, on doit essayer un autre protocole de chimiothérapie. Si les analyses du tissu tumoral indiquent de hauts niveaux de HER-2/neu, l'administration du trastuzumab seul ou avec de la chimiothérapie représente une option. Finalement la tumeur deviendra résistante à chaque médicament de la chimiothérapie. Dans ce cas, on peut administrer un protocole de chimiothérapie suivi d'un différent protocole. Si deux ou plus de deux protocoles de chimiothérapie n'ont aucun effet sur la tumeur, des soins de soutien qui portent sur l'allègement

des symptômes ou un essai clinique pourraient être de meilleures options que la chimiothérapie.

Au cas où l'on trouverait des signes de la propagation du cancer vers les os résultant à un affaiblissement, un bisphosphonate (pamidronate ou zoledronate) doit être administré. Ceux-ci renforcent les os.

Le traitement dépend aussi du site de la récurrence ou de la métastase. Par exemple, lorsque le cancer s'est propagé vers le cerveau, la moelle épinière, les membranes recouvrant le cerveau et la moelle épinière, on peut administrer de la methotrexate directement vers le liquide céphalo-rachidien, ou la métastase peut être soignée par la radiothérapie. Des métastases osseuses douloureuses peuvent être traitées par de la radiothérapie. L'accumulation de liquide autour des poumons ou du cœur peut être traitée en drainant le liquide et en plaçant des médicaments de chimiothérapie à sa place.

REMARQUES

Stade IV (Métastase) ou Récidive Systematique du Cancer du Sein (Suite)

Chimiothérapie préférée pour la récurrence du cancer du sein ou le cancer métastatique

Chimiothérapie préférée de première ligne

- Anthracyclines, taxane ou CMF,

Chimiothérapie préférée de seconde ligne

- Si l'antracycline est administré d'abord, ensuite CMF ou taxan
- Si taxane est administré d'abord, ensuite CMF ou anthracyclines
- Les autres médicaments possibles comprennent la capécitabine, la vinorelbine, la gemcitabine, la mitoxantrone, et les composés de platine.

REMARQUES

Glossaire

Anti-oestrogène

Une substance (par exemple, le tamoxifène) qui bloque les effets de l'oestrogène sur les tumeurs. On utilise les anti-oestrogènes pour traiter les cancers du sein qui dépendent de l'oestrogène pour leur croissance.

Biopsie

Exérèse d'un morceau de tissu pour analyse microscopique afin de vérifier la présence de cellules cancéreuses

Biopsie du ganglion lymphatique sentinelle.

Dans une biopsie de ganglion lymphatique sentinelle, le chirurgien injecte une substance radio-active et/ou un colorant bleu dans la partie située autour de la tumeur. Les vaisseaux lymphatiques transportent ces matériaux au ganglion lymphatique sentinelle (aussi nommé le ganglion sentinelle). Le médecin peut voir le colorant bleu ou détecter la radio-activité (à l'aide d'un compteur Geiger) dans le ganglion sentinelle que l'on retire et examine. Si le ganglion sentinelle contient est atteint par le cancer, on enlève davantage de ganglions lymphatiques. Mais en cas d'absence de cancer, la patiente peut éviter une chirurgie axillaire supplémentaire ainsi que ses effets secondaires éventuels.

Biopsie par aspiration stéréotaxique

Une méthode de biopsie par aspiration qui est utile dans certains cas où des calcifications ou des masses peuvent être détectées sur une mammographie mais ne peuvent être localisées par palpation. Equipement informatique qui localise la masse et dont l'on se sert pour guider la position de l'aiguille.

Biphosphonates

Des médicaments qui servent à renforcer les os affaiblis par le cancer en inhibant le dépôt de calcium. Ces médicaments comprennent le pamidronate et le zoledronate.

Canal

Un passage creux pour les sécrétions des glandes. Dans le sein, un passage par lequel passe le lait depuis le lobule (qui produit le lait) au mamelon. Ce sont ces canaux qui sont à l'origine de la plupart des cancers du sein.

Carcinome canalaire In Situ

Le type le plus fréquent parmi les cancers du sein non invasifs. Les cellules cancéreuses ne se sont pas propagées au-delà des canaux.

Carcinome lobulaire In Situ

Aussi dénommé néoplasie lobulaire. Un cancer qui ne s'est pas propagé au-delà des lobules. Les lobules sont les parties productrices de lait dans le sein vers les bouts distants des canaux.

Carcinome In Situ

Un stade précoce du cancer, où la tumeur se trouve encore dans les structures de l'organe où le cancer a pris origine et la maladie ne s'est pas propagée à d'autres parties de l'organe ou vers des sites distants. La plupart des carcinomes in situ ont un taux de guérison élevé.

Changement fibro-kystiques

Un terme qui décrit certains changements bénins dans les seins, aussi dénommé maladie fibro-kystique. MISSING A PART HERE: Les symptômes de cette pathologie comportent l'enflure des seins ou une douleur dans les seins. Les seins sont souvent nodulaires. Puisque ces signes sont parfois des imitations du cancer du sein, une mammographie diagnostique ou une échographie ou même une biopsie pourraient être nécessaires pour démontrer l'absence du cancer. **I couldn't put in the correct accents — please do so.

Chimiothérapie

Traitement par médicaments pour détruire les cellules cancéreuses. La chimiothérapie est souvent utilisée comme supplément de la chirurgie ou la radiothérapie pour traiter les cancers avec métastases prouvées ou suspectées, dans les récurrences de cancer (le cancer s'est reproduit), où lorsqu'il y a une grande probabilité de la réapparition du cancer.

Chirurgie mammaire conservatrice

Une intervention chirurgicale pour enlever un cancer du sein et une petite quantité de tissu bénin autour du cancer, en n'enlevant aucune partie du sein. Cette procédure s'appelle la tumorectomie, exérèse segmentaire ou chirurgie du sein limitée. La méthode peut exiger une dissection axillaire et demande normalement une radiothérapie en plus de la chirurgie mammaire conservatrice.

Dissection axillaire

Procédure chirurgicale dans laquelle les ganglions lymphatiques de l'aisselle (ganglions axillaires) sont enlevés et examinés pour détecter la propagation du cancer du sein vers ces ganglions et afin d'enlever tous les ganglions lymphatiques cancéreux.

Etats des ganglions

Indique si le cancer du sein s'est répandu (ganglions positifs) ou ne s'est pas répandu (ganglions négatifs) vers les ganglions lymphatiques de l'aisselle (ganglions axillaires). Le nombre et la localisation des ganglions axillaires positifs permettent de prévoir le risque de récurrence de cancer.

Fibro-adénome

Un type de tumeur du sein bénigne faite de tissu fibreux et glandulaire. À l'examen clinique ou à l'auto-examen des seins, il apparaît souvent comme un nodule ferme, rond et lisse. Ceci apparaît normalement chez des femmes jeunes.

Fibrose

Formation de tissu fibreux (comme des cicatrices). Ceci peut se produire n'importe où dans le corps.

Ganglions lymphatiques

Une accumulation de tissu du système immunitaire comme les lymphocytes, située le long des vaisseaux lymphatiques. Ceux-ci dégagent les déchets et le fluide du lymph et permettent de lutter contre les infections. Aussi dénommés glandes lymphatiques.

Ganglions lymphatiques mammaires internes

Les ganglions lymphatiques qui se trouvent à l'intérieur du thorax, à côté du joint entre le sternum et les côtes.

Ganglions lymphatiques supra-claviculaires

Les ganglions lymphatiques qui se trouvent au-dessus de la clavicule.

Grade

Les cellules cancéreuses sont gradées à l'aide de chiffres de 1 à 3 selon le fait qu'elles ressemblent à des cellules normales ou non. Grade 1 (aussi qualifié de bien différencié) signifie que les cellules cancéreuses ressemblent aux cellules normales, le grade 3 (mal différencié) les cellules cancéreuses ne ressemblent pas du tout aux cellules normales. Les cancers grade 1 ne sont pas considérés comme agressifs; autrement dit, ils s'accroissent moins rapidement et donnent des métastases moins rapidement. Les cancers de grade 3 ont la possibilité d'une croissance et de métastases plus rapides. C'est grâce au grade et au stade du cancer que l'on détermine le traitement.

HER-2/neu

Un gène qui produit un type de récepteur qui aide la croissance des cellules. Les cellules cancéreuses du sein avec trop de récepteurs HER-2/neu ont tendance à se développer plus vite et pourraient répondre au traitement plus rapidement à l'aide d'un anti-corps nommé trastuzumab.

Hormone

Une substance chimique libérée dans le corps par des glandes comme la thyroïde, la glande surrénale ou les ovaires. La substance voyage à travers le système sanguin et déclenche plusieurs fonctions dans le corps. Par exemple la prolactine, qui est produite dans la glande pituitaire, déclenche et supporte la production du lait dans le sein après l'accouchement.

Hormone libérateur de l'hormone lutéinisante (agoniste de la LHRH)

LHRH est une hormone produite par l'hypothalamus, une petite glande dans le cerveau. L'agoniste de la LHRH est une hormone de synthèse qui bloque l'action des autres hormones du corps.

Hormonothérapie

Traitement à l'aide d'hormones, des médicaments qui entravent la production des hormones ou l'action des hormones, ou l'ablation chirurgicale des glandes productrices d'hormones pour tuer les cellules cancéreuses ou pour retarder leur croissance. L'hormonothérapie la plus fréquente pour le cancer du sein est le tamoxifène. Les autres thérapies hormonales sont le megestrol, les inhibiteurs de l'aromatase, les androgènes et l'ablation chirurgicale des ovaires (ovariectomie).

Kyste

Une masse remplie de liquide qui est normalement bénigne. Le liquide peut être enlevé pour analyse.

Les inhibiteurs de l'aromatase

Médicaments qui bloquent la production d'œstrogène par la glande surrénale. Ceux-ci permettent de traiter le cancer du sein sensible aux hormones chez les femmes post-ménopausales. Ces médicaments comprennent l'anastrozole, le letrozole et l'exemestane.

Lymphodème

Une complication pas très fréquente après le traitement du cancer du sein. Enflure du bras à cause du fluide supplémentaire qui s'accumule suite à l'ablation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques par chirurgie ou par irradiation.

Mammographie diagnostique

Une mammographie de dépistage est pratiquée chez les femmes qui n'ont aucune évidence de nodules ou autres symptômes. Une mammographie comprend deux vues radiographiques de chaque sein (du haut et de côté). Une mammographie diagnostique comprend des vues radiographiques supplémentaires des régions inquiétantes détectées lors de l'examen physique ou dans la mammographie de dépistage, pour obtenir de plus amples informations sur la taille du cancer et la nature de l'anomalie.

Mastectomie

Enlever le sein entier. Dans une mastectomie simple ou totale, les chirurgiens ne retirent pas les ganglions lymphatiques ou le tissu musculaire. Dans une mastectomie radicale modifiée les chirurgiens enlèvent le sein et quelques ganglions lymphatiques de l'aisselle. Dans une mastectomie radicale (pas souvent pratiquée ces jours-ci) les chirurgiens enlèvent le sein, les ganglions lymphatiques de l'aisselle, et les muscles de la paroi thoracique sous le sein.

Ménopause

Le moment de la vie d'une femme où le cycle menstruel mensuel s'arrête définitivement et les niveaux d'hormones produites par les ovaires diminuent. La ménopause a lieu entre 45 et 55 ans mais peut aussi être le résultat de l'ablation chirurgicale des deux ovaires (ovariectomie) ou à cause d'une chimiothérapie, qui détruit souvent les fonctions des ovaires.

Métastases

La propagation des cellules cancéreuses vers des régions distantes du corps par le système lymphatique ou la circulation sanguine.

Oestrogène

Une hormone sexuelle féminine produite principalement par les ovaires et en petite partie par les glandes surrénales. Dans le cancer du sein, l'oestrogène peut provoquer la croissance des cellules cancéreuses.

Ovaire

L'organe reproductif dans le pelvis femelle. Normalement une femme possède deux ovaires. Celles-ci contiennent les œufs (ovules), qui se combinent avec le sperme pour provoquer une grossesse. Les ovaires produisent aussi l'oestrogène.

Ovariectomie

Chirurgie pour retirer les ovaires.

Papillomes intracanalaires

Une petite tumeur non-cancéreuse en forme de doigt, ressemblant à un polype, qui peut apparaître dans les canaux du sein et entraîner un écoulement mamelonnaire sanguin. Cette maladie est détectée le plus souvent chez les femmes entre 45 et 50 ans. La présence de plusieurs papillomes augmente légèrement le risque du cancer du sein.

Progestérone

Une hormone sexuelle féminine produite par les ovaires pendant chaque cycle de menstruation pour préparer l'utérus à une grossesse et les seins à la production de lait (lactation).

Pronostic

Une prédiction du déroulement de la maladie et une perspective de guérison de la patiente. Par exemple, les femmes atteintes du cancer du sein détecté précocement et qui ont reçu un traitement rapide ont un bon pronostic.

Reconstruction du sein

Une chirurgie qui reconstruit le contour du sein après une mastectomie. Une prothèse mammaire ou du tissu propre à la femme fournit le contour. Il est possible de recréer le mamelon et l'aréole aussi. La reconstruction peut être réalisée pendant la mastectomie ou ultérieurement.

Soins de soutien

Mesures prises pour alléger les symptômes et pour améliorer la qualité de vie mais qui ne sont pas censées détruire le cancer. Les médicaments analgésiques sont des exemples de soins de soutien.

Stade

Indique le degré de propagation du cancer.

Stade clinique

Décrit l'étendue du cancer actuel en fonction des résultats des tests diagnostiques et de l'examen physique.

Stade pathologique

Décrit l'étendue du cancer actuel en fonction de l'ablation chirurgicale et l'examen du tissu.

Tamoxifène

Ce médicament bloque les effets d'œstrogène sur plusieurs organes comme le sein. Il est nécessaire dans certains cas de bloquer l'œstrogène puisque l'œstrogène encourage leur croissance. Les recherches récentes suggèrent que le tamoxifène peut réduire le risque de développement d'un cancer du sein chez les femmes à risque.

Test de récepteur d'hormone

Un test pour vérifier s'il est probable que la tumeur du sein soit affectée par des hormones ou si on peut la traiter par des hormones.

Thérapie adjuvante.

Le traitement complémentaire qui augmente l'efficacité de la thérapie primaire. Ce terme s'applique à l'hormonothérapie, à la chimiothérapie ou à la radiothérapie ajoutées après l'opération pour tuer toutes les cellules cancéreuses qui restent encore et afin d'augmenter les chances de guérir la maladie ou de la contrôler.

Thérapie pré-opératoire.

Thérapie systémique comme la chimiothérapie ou l'hormonothérapie pratiquée avant la chirurgie. La thérapie pré-opératoire peut réduire la taille de certains cancers du sein pour pratiquer une ablation chirurgicale grâce à une opération moins importante que l'on aurait dû faire sans la thérapie pré-opératoire.

Thérapie systémique

Traitement qui atteint et agit sur les cellules dans le corps entier, par exemple la chimiothérapie.

Toremifene

Un anti-œstrogène.

Tumorectomie

Une intervention chirurgicale pour enlever une tumeur du sein et une petite quantité de tissu sain avoisinant.

Des ondulations sonores de haute fréquence qui permettent de produire des images du sein. Pour un glossaire plus complet, visitez le site Web d'ACS à www.cancer.org.

Lignes directrices actuelles de l'ACS-NCCN pour traitement des patients

Lignes directrices pour traitement des patientes atteints du cancer du sein (Anglais)

Breast Cancer Lignes directrices pour traitement des patientes atteints du cancer du sein (Espagnol)

Lignes directrices pour traitement des patients atteints des douleurs du cancer (Anglais)

Lignes directrices pour traitement des patients atteints des douleurs du cancer (Espagnol)

Lignes directrices pour traitement des patients atteints de la fatigue entraînée par le cancer (Anglais)

Lignes directrices pour traitement des patients atteints de la fatigue entraînée par le cancer (Espagnol)

Lignes directrices pour traitement des patients atteints du cancer du côlon-rectum (Anglais)

Lignes directrices pour traitement des patients de cancer du côlon-rectum (Espagnol)

Lignes directrices pour traitement de la fièvre et neutropénie des patients atteints du cancer (Anglais)

Lignes directrices pour traitement des patients atteints du cancer du poumon (Anglais)

Lignes directrices pour traitement des patients atteints du cancer du poumon (Espagnol)

Lignes directrices pour traitement des patients atteints du cancer du mélanome (Anglais)

Lignes directrices pour traitement de la nausée et vomissement chez les patients atteints du cancer (Anglais)

Lignes directrices pour traitement de la nausée et vomissement chez les patients atteints du cancer (Espagnol)

Lignes directrices pour traitement des patientes atteintes du cancer des ovaires (Anglais)

Lignes directrices pour traitement des patients atteints du cancer de la prostate (Anglais)

Lignes directrices pour traitement des patients atteints du cancer de la prostate (Espagnol)

Les Lignes directrices du traitement du cancer du sein pour les patientes ont été élaborées par un groupe d'experts divers en fonction des lignes directrices de la pratique clinique de NCCN. Ces lignes directrices ont été traduites, révisées et publiées grâce à:

Terri Ades, MS, APRN-BC, AOCN American Cancer Society Health Content Products	Joan McClure, MS National Comprehensive Cancer Network	Dia Taylor Patient Information Specialist National Comprehensive Cancer Network
Robert W. Carlson, MD Stanford Hospital and Clinics	Eric P. Winer, MD Dana Farber Cancer Institute	Rodger Winn, MD University of Texas M. D. Anderson Cancer Center
Stephen B. Edge, MD Roswell Park Cancer Institute	Mary-Lou Smith Y-ME National Breast Cancer Organization	
Herman Kattlove, MD American Cancer Society Health Content Products		

Les Lignes directrices de la pratique clinique NCCN originales ont été mises au point par les membres suivants de NCCN:

Benjamin O. Anderson, MD University of Washington Medical Center	William Gradishar, MD Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University	Mary Lou Smith Y-ME National Breast Cancer Organization
William Bensinger, MD Fred Hutchinson Cancer Research Center	Beryl McCormick, MD Memorial Sloan-Kettering Cancer Center	George Somlo, MD City of Hope National Medical Center
Robert W. Carlson, MD Stanford Hospital and Clinics Charles Cox, MD	Lisle M. Nabell, MD University of Alabama at Birmingham Comprehensive Cancer Center	Richard Theriault, DO, MBA University of Texas M. D. Anderson Cancer Center
H. Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute at the University of South Florida	Lori J. Pierce, MD University of Michigan Comprehensive Cancer Center	John Ward, MD Huntsman Cancer Institute at the University of Utah
Stephen B. Edge, MD Roswell Park Cancer Institute	Elizabeth Reed, MD UNMC Eppley Cancer Center at the University of Nebraska Medical Center	Eric Winer, MD Dana-Farber Cancer Institute
William B. Farrar, MD Arthur G. James Cancer Hospital & Richard J. Solove Research Institute at Ohio State University	Samuel M. Silver, MD University of Michigan Comprehensive Cancer Center	Rodger Winn, MD NCCN Guidelines Steering Committee
Lori J. Goldstein, MD Fox Chase Cancer Center		Antonio C. Wolff, MD The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center of Johns Hopkins

