

RÉFÉRENTIELS SEIN

Centre des Maladies du Sein –
FAMA

Hôpital Saint-Louis 4/2010

A- Cancers infiltrants

Traitements loco-régionaux

- A .Cancer invasif:
 - T \leq 3 cm, unifocale
 - non inflammatoire
 - N0 ou N1
 - → **TUMORECTOMIE (avec marges saines)**

 - si T entre 3 et 4 cm : RCP
 - mastectomie possible si demandée par la patiente

Traitements loco-régionaux

- T > 4 cm
 - non inflammatoire
 - N0/N1et 1 des caractères suivants :
 - ❖ type lobulaire
 - ❖ composante in situ extensive
 - ❖ plage étendue de microcalcifications
 - ❖ contre-indication à la chimio 1ère
 - ❖ ou bi/multi- focalité
 - ❖ récurrence locale dans un sein irradié

➤ → **MASTECTOMIE**

Traitements loco-régionaux

- Chirurgie du creux axillaire:
- a . $T \leq 20$ mm et :
 - N0-N1a
 - Sans chirurgie du sein ancienne
- **GANGLION SENTINELLE**
- b. $T > 20$ mm ou
 - T plurifocale ou
 - Chirurgie ancienne* du sein ou
 - \neq No-N1a

➤ **CURAGE AXILLAIRE**

* chirurgie antérieure ancienne du sein : RCP

* > 75 ans : quelles que soient les caractéristiques tumorales : ganglion sentinelle

Chirurgie après chimiothérapie première: indications

- T > 3 cm unifocale inaccessible au traitement conservateur d'emblée
- T inflammatoire (Pev2 ou 3) ou
- N2 ou N3 (quelle que soit T)
- * T multifocale N0/N1 ou lobulaire :RCP
- Après la chimiothérapie, chirurgie du sein selon le volume tumoral résiduel + curage axillaire

Radiothérapie :

- a. Tumorectomie et N- :
→ irradiation sein seul 45 Gy +
surimpression par curiethérapie externe 20 Gy
- b. Tumorectomie et N+:
→ irradiation sein + aires ganglionnaires
axillaire et sus clavculaire homolatérales
45 Gy + curiethérapie lit tumoral: 20 Gy

*cellules isolées (i+) et curage négatif : pas d'irradiation axillaire

Radiothérapie :

- c. Mastectomie et T3-T4 et N-
→ irradiation paroi thoracique 45 Gec
- d. Mastectomie et N+
→ irradiation paroi thoracique + aires ganglionnaires 45 Gec
- e. Après chimiothérapie 1ère
→ irradiation sein /paroi 45 Gec + irradiation aires ganglionnaires
Sauf : N0 clinique **et** N-histo **et** pet-scan axillaire négatif :
→ pas d'irradiation ganglionnaire

B- Cancers in Situ

Cancers intra-canalaire

- 1. chirurgie du sein:
 - $\alpha \leq 3$ cm et unifocal:
 - → Tumorectomie avec marges ≥ 2 mm
 - (* marges + : reprise chirurgicale, *si marges < 2 mm : RCP, *pour lésion entre 3 et 4 cm : RCP)
 - $\beta. > 3$ cm (ou 4 si RCP) ou multifocal
 - → Mastectomie \pm reconstruction mammaire immédiate

Réf : Dunne C, JCO 2009 27(10) :1615-20

Cancers intra-canalaire

- 2. Chirurgie du creux axillaire:
 - CIC palpable ou avec indication de mastectomie:
 - Ganglion sentinelle
 - Autres cas de CIC:
 - Pas d'exploration axillaire

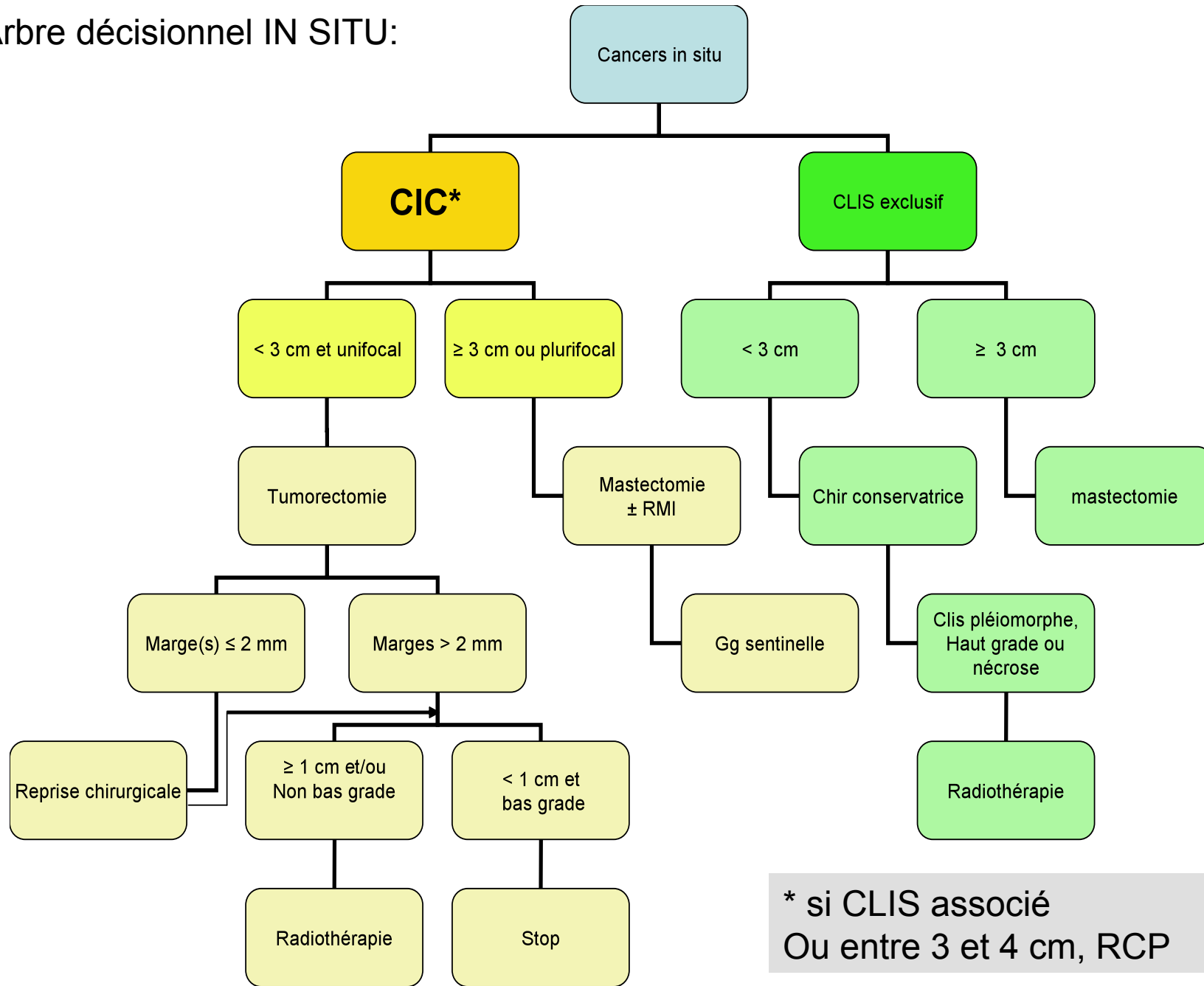
Radiothérapie des CIC

- Après tumorectomie :
 - Radiothérapie sein 45 Gy et surimpression externe ou par curiethérapie 20 Gy.
 - Sauf : CIC bas grade < 1cm marges saines :
Pas de radiothérapie.
- Après mastectomie :
 - Pas de radiothérapie.

Cancers lobulaires in situ

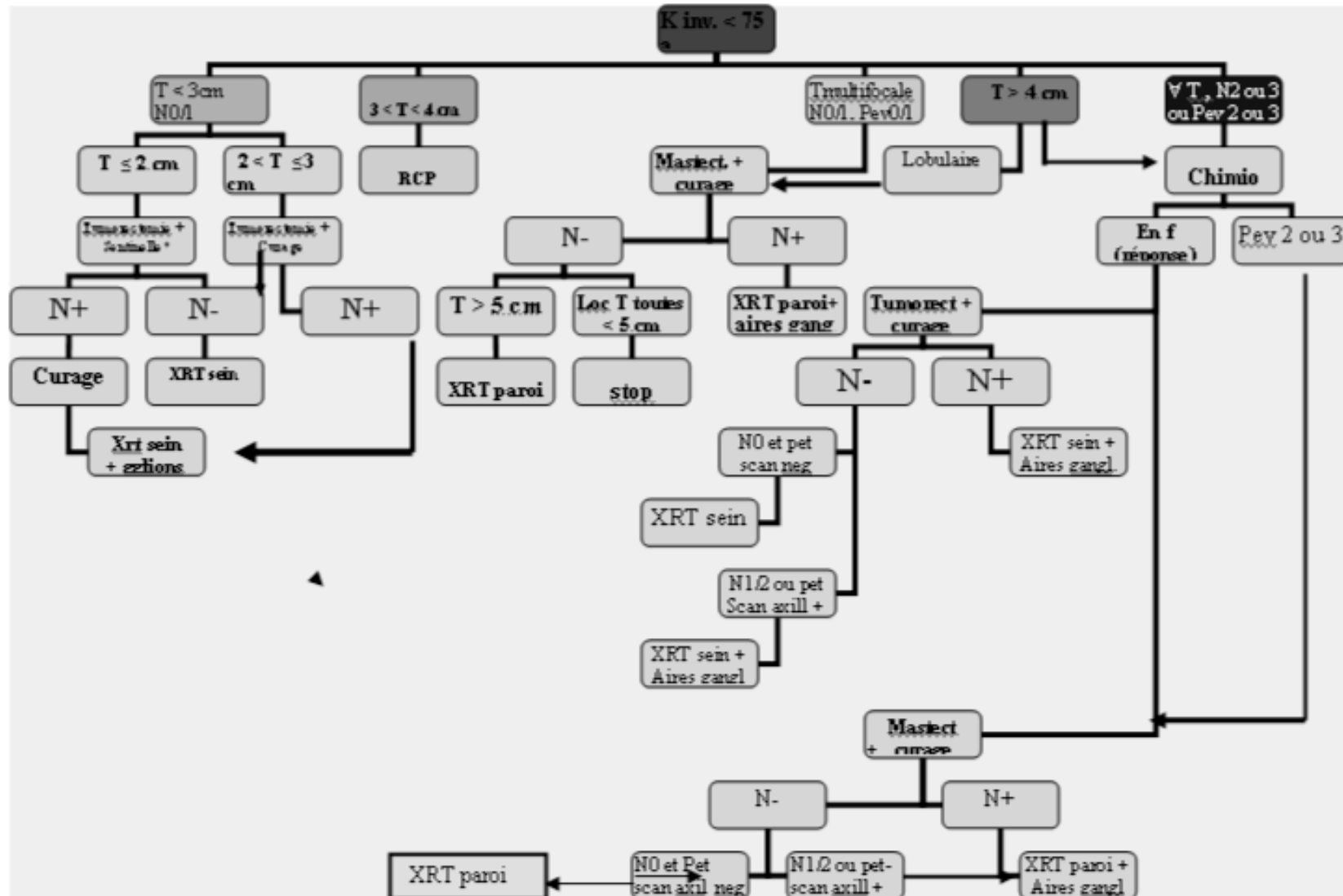
- Chirurgie
 - ≤ 3 cm : tumorectomie
 - si marges + : RCP
 - entre 3 et 4 cm : RCP
 - > 4 cm : mastectomie (pas de geste ganglionnaire).
- Radiothérapie
 - Pas de radiothérapie sauf :
 - CLIS pléiomorphe
 - CLIS avec nécrose
 - CLIS haut grade.

Arbre décisionnel IN SITU:



* si CLIS associé
Ou entre 3 et 4 cm, RCP

TRAITEMENTS LOCO-RÉGIONAUX



Traitements adjuvants systémiques

CHIMIOTHÉRAPIE NÉO-ADJUVANTE

- Indications :
 - . < 70 ans
 - . T > 3 cm ou inaccessible au traitement conservateur d'emblée.
 - . N2 ou N3, \forall taille tumorale
 - Sauf :
 - Tumeur multifocale N0/N1
 - Carcinomes lobulaires infiltrants
 - > 70 ans
 - Pour ces 3 cas: **RCP**

Traitement néo-adjuvant :

sauf inclusion dans une étude de recherche clinique

- 1. Her 2 –

- a. RE+/RP+:

- 4 EC (75/750) puis 4 Taxotère 100 pré-op

- b. Her2-, RE-, RP- = Triple négatif :

- 6 SIM (E 75/CPM 1200) tous les 14 jours) pré-op

- 4 Txt-endoxan = TC (75/600) post-op

Traitement néo-adjuvant

- **2. Her2 +++:**
 - 4 EC (75/750) puis 4 TxT 100 / Herceptin pré-op
 - Herceptin / 21jours post-op
- Dans tous les cas, **Hormonothérapie** post-op si **RH+**

Réf : Bear HD, JCO 2003 (21), 4165-74

Cottu PH, Annal Oncol 1999, 10(795-801)

Heys SD, Clin Breast Cancer 2002;3 (suppl2), S69-74

St Gallen 2009

CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE

- Patientes Her2+++ < 75 ans: _
- T ≥ 1cm ou T < 1cm et N+, quels que soient les autres paramètres :
 - → 4 **EC** (75/750) /21 jours puis 4 **Taxotère**(100) **Herceptin** /21 jours, puis **Herceptin** seule 1 an.
 - (Herceptin : 8 mg/ kg à C1, puis 6 mg/ kg tous les 21 jours)
- T < 1 cm et N- : RCP
- * + **Hormonothérapie** si RH+, *adaptation des doses possibles après 70 ans.

CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE

– Patientes Her2 neg < 75 ans

a) N+ :

4 EC (75/750) / 21 jours

puis 4 TxT (100) / 21 jours

- * Adaptation des doses possibles après 70 ans.
- * + Hormonothérapie si RH+

Réf.: Nitz U, San Antonio 2008, abst 78

Swain SM, San Antonio 2008, abst 75

Roché H, JCO 2006, 24(36): 5664-71

Smith I, Lancet 2007 (5):369:29-36

Romond H, N Engl J Med 2005, 353: 1673-1684

+Méta-analyses de Laurentis, Cochrane

CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE

- Patientes Her2 neg < 75 ans
 - b.N-
 - Haut risque = ≥ 2 facteurs de risque parmi:
 - T ≥ 2 cm
 - Grade 3
 - Embols +
 - RE –
 - ≤ 35 ans
 - **4 EC puis 4 TxT = EC-T**
 - * + hormonothérapie si RH+
- *Réf : Jones S, J Clin Oncol 2009,10 ; 27(8) :1177-83, Slamon J , (BCIRG06)Breast Cancer Research and Treatment 2006, Smith I, Lancet 2007 (5):369:29-36, Romond H, N Engl J Med 2005, 353:1673-1684*

Chimiothérapie adjuvante, Her2-, N-

- 2. Non haut risque:
- a) Minimal breast cancer =
 - tous les facteurs suivants présents :
 - < 1 cm
 - Grade 1 ou 2
 - RE+
 - Pas d'embols
 - Her2 –
 - Âge > 35 ans
 - ou T < 0,5 cm \forall les autres facteurs
- **Pas de chimiothérapie ni hormonothérapie**
- *Réf : Saint- Gallen 2009*

Chimiothérapie adjuvante, Her2-, N-

- b. faible risque :

- T < 20 mm
- Grade 1
- Embols –
- RE+++ ou > 50 fmol/ mg
- RP +++ ou > 50 fmol/ mg
- Her2 –
- > 40 ans

➤ Hormonothérapie seule possible

Réf : Saint- Gallen 2009

Chimiothérapie adjuvante, Her2-, N-

- c. Risque intermédiaire
- (Sauf cas a et b sus-décrits) = 0 ou 1 seul facteur parmi :
 - T \geq 2 cm
 - Grade 3
 - Embols +
 - RH –
 - < 40 ans
- → **6 FEC 75 ou 4 TC**
- + Hormonothérapie si RE+

Réf : *Smith I, Lancet 2007 (5):369:29-36, Romond H, N Engl J Med 2005, 353: 1673-1684, St Gallen 2009*

Hormonothérapie

- *Pour toutes les patientes RH+ (RE+) sauf « minimal breast cancer ».*
- *Après la chimiothérapie si celle-ci est indiquée.*
- **Après la ménopause :**
 - *Anastrozole (= Arimidex®) ou*
 - *Létrozole (= Fémar®)*
 - *5 ans*

Réf : Saint Gallen 2009,

Howell A, lancet 2005, 365 :60-2.

Big 1-98 collaborative Group,

N Engl J Med 2009 20;361 (8): 766-76.

Hormonothérapie

- **En pré-ménopause (au diagnostic) :**
 - Tamoxifène
 - avec switch pour l'exémestane (= Aromasine®)
ou Anastrozole (= Arimidex®)
 - Après 2-3 ans si ménopause confirmée
 - Durée totale hormonothérapie = 5 ans)

*Réf : Coombes NEJM 2004 ; 350 : 1081-92.
Jakesz R, Lancet 2005; 366(9484) :455-62*

Hormonothérapie

- Après 5 ans de tamoxifène, pour les patientes avec ménopause confirmée et N+ :
 - Létrozole (Fémara®) : 5 ans

*Réf : Goss PE : JNCI 2005 ;97(17) :1262-71.
Coombes RC, NEJM 2004 ;:350 :1081-92.*