

17/02/2017 : Docétaxel - cas d'entérocolites d'issue fatale : l'INCa en lien avec l'ANSM recommande à titre de précaution d'éviter temporairement l'utilisation du docetaxel dans les cancers du sein localisés, opérables

05/07/2017 : L'INCa et l'ANSM lèvent la recommandation émise à titre de précaution en février 2017, d'éviter temporairement l'utilisation de docetaxel dans les cancers du sein infiltrants non métastatiques.

CANCER DU SEIN

LES REFERENTIELS

Sein-gynécologie

Février 2016



Cible(s)	Anatomopathologistes, chirurgiens généralistes, chirurgiens gynécologues, généticiens, gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, internistes, médecins nucléaires, oncologues médicaux, pharmaciens, radiologues, radiothérapeutes, RCP sein de la région.
Rédacteur(s)	<p>Membres du Comité de Pilotage SEINGYNECO : BACHELOT T., Oncologue médical, Centre Léon Bérard; BARLETTA H., chirurgien gynécologue, Centre Hospitalier Drôme Ardèche, Guilhaud Granges; BEURRIER F., chirurgien gynécologue, CRLCC Léon Bérard, Lyon; BOUTEILLE C., chirurgien gynécologue, Clinique Mutualiste Chirurgicale, Saint Etienne; FARSI F., médecin coordonnateur Réseau Espace Santé Cancer; FAURE C., chirurgien gynécologue, CRLCC Léon Bérard, Lyon; JACQUIN J.P., oncologue médical, Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, St Priest en Jarez; LABROSSE H., Chef de projet, Réseau Espace Santé-Cancer Rhône-Alpes, Lyon; LANTHEAUME S., Chirurgien Gynécologue, Hôpital privé Drôme Ardèche; MATHEVET P., chirurgien gynécologue, Hôpital Femme-Mère-Enfant, Bron; MOUSSEAU M., oncologue médical, Centre Hospitalier Universitaire, Grenoble; SENSENBRENNER F., Chirurgien Gynécologue, Hôpital privé Drôme Ardèche; TREDAN O., oncologue médical, CRLCC Léon Bérard, Lyon; TREILLEUX I., Anatomopathologiste, Centre Léon Bérard</p> <p>Membres du groupe de travail « cancer du sein » : ALBIN N., Oncologue-Hématologue, GHM Grenoble; BACHELOT T., Oncologue médical, Centre Léon Bérard ; BARLETTA H., Chirurgien Gynécologue, Hôpital Privé Drome Ardèche ; BONNIN N., Oncologue médical, Centre Hospitalier Lyon Sud (HCL) ; CABAUD V., Chirurgien Gynécologique, Centre Hospitalier Métropole Savoie; CARRABIN N., Chirurgien gynécologue, Centre Léon Bérard ; CAUVIN I., Oncologue médical, Centre Hospitalier Métropole Savoie ; CHABERT P., Chirurgien Gynécologique, Hôpital Femme - Mère - Enfant (HCL); CHATRAIN A., Chirurgien Gynécologue, Groupement hospitalier mutualiste de Grenoble ; CHAULEUR C., Chirurgien Gynécologue, Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne ; CHEVILLOT M., Chirurgien Gynécologue, Centre hospitalier Métropole de Savoie ; CLIPPE C., Oncologue médical, Hôpitaux Drôme Nord ; COMMUNAL P.-H., Chirurgien Gynécologue, Clinique Trénel ; COSTAN C., Oncologue médical, CHU de Grenoble ; DEBERNE M., Radiothérapeute, Centre Hospitalier Lyon Sud ; DJAILEB L., Médecine Nucléaire, CHU de Grenoble; FARSI F., Médecin coordonnateur, Réseau Espace Santé Cancer ; FAURE C., Chirurgien gynécologue, Centre Léon Bérard ; FRIC D., Radiothérapeute, Institut Daniel HOLLARD (IPC) ; FURTOS C., Chirurgien gynécologue, Clinique Mutualiste Chirurgicale ; GARNIER-TIXIDRE C., Oncologue médical, Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble ; GIRAUDET A-L., Médecine nucléaire, Centre Léon Bérard ; GORMAND E., Radiologue, Infirmerie Protestante ; GUIMONT I., Chirurgien gynécologue, Hôpital de la Croix Rousse ; JACQUIN J.P., Oncologue médical, Institut de cancérologie Lucien Neuwirth ; KENOUCHE O., Chirurgien gynécologue, Clinique Charcot ; KLINGER S., Chirurgien Gynécologue, Centre Léon Bérard ; LANTHEAUME S., Chirurgien gynécologue, Hôpital Privé Drome Ardèche ; MARCHAND V., Radiothérapeute, Hôpital privé Jean Mermoz ; MEUNIER A., Chirurgien gynécologue, Centre Hospitalier de Roanne ; MOUSSEAU M., Oncologue médical, CHU de Grenoble ; NACHURY L.-P., Gynécologue médical, Clinique du Tonkin ; PEIX M., Radiologue, Centre Léon Bérard ; ROMESTAING P., Radiothérapeute, Hôpital privé Jean Mermoz ; ROUSSET-JABLONSKI C., Gynécologue médical, Centre Léon Bérard ; SOLER C., Médecine nucléaire, Centre Imagerie Nucléaire-St Etienne ; SOUBEYRAND M.-S., Anatomopathologiste, Laboratoire CYPATH ; TIGAUD J. D., Oncologue médical, Hôpital Femme - Mère - Enfant (HCL) ; TREDAN O., Oncologue médical, Centre Léon Bérard ; TREILLEUX I., Anatomopathologiste, Centre Léon Bérard ; VERAN C., Gynécologue Obstétricien, Groupement hospitalier mutualiste de Grenoble ; WISSLER MP., Pathologiste, Laboratoire CYPATH.</p>
Contributeur(s)	Membres de la plénière du 02/02/16 (cf. liste des contributeurs http://espacecancer.sante-ra.fr/Ressources/referentiels/PRA-SEI-1602SEIN-Contributeurs.pdf)



Sommaire

Démarche diagnostique	<u>5</u>
Traitements chirurgicaux des CCIS	<u>15</u>
Traitements des cancers invasifs	<u>17</u>
Traitements des tumeurs inflammatoires	<u>34</u>
Traitements des cancers du sein chez la personne âgée	<u>36</u>
Traitements des récurrences	<u>40</u>
Surveillance	<u>44</u>
Annexes	<u>46</u>

Préambule

Dans le cadre de la démarche collaborative entre le Réseau Espace Santé-Cancer et l'OMEDIT Rhône-Alpes engagée depuis 2006, de nouveaux repères visuels matérialisés sous forme d'icônes ont été intégrés aux référentiels de pratiques.

- **Pour les médicaments « T2A/Hors GHS » :**

- L'icône  permet d'identifier les indications « Hors Référentiel de Bon Usage (Hors RBU) » nécessitant :
 - o D'évaluer l'opportunité du protocole de chimiothérapie en RCP ;
 - o De porter au dossier médical du patient la justification clinique de la prescription, avec référence à une/des publication(s) dans une/des revue(s) internationale(s) à comité de lecture ou à des travaux de sociétés savantes.

- L'icône  permet de repérer les situations en attente de prise en charge par l'Assurance Maladie notamment pour les médicaments disposant d'une AMM, lorsque les indications de l'AMM sont en attente d'évaluation par la Commission de la Transparence, d'inscription sur la liste des spécialités agréées aux collectivités ou sur la liste hors GHS.

- **Pour les autres médicaments, inclus dans les GHS :**

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé¹, impose également au médecin de justifier dans le dossier médical toute prescription hors AMM et hors RTU² de médicaments inclus dans les GHS. Le patient doit être informé du caractère hors AMM de la prescription.

Dans l'attente de RTU en cancérologie, les situations correspondantes sont identifiées par l'icône :

Autres situations hors AMM :
à justifier

Pour ces situations uniquement, la justification médicale de la prescription peut s'appuyer sur le présent référentiel régional dans la mesure où celui-ci mentionne ladite situation clinique. Le référentiel régional doit être déclaré en RCP et le compte rendu, tracé dans le dossier médical du patient.

¹Article 18

²RTU : Recommandation Temporaire d'Utilisation

Dans la mesure du possible et selon les situations, l'inclusion dans un essai clinique est recommandée.



DEMARCHE DIAGNOSTIQUE



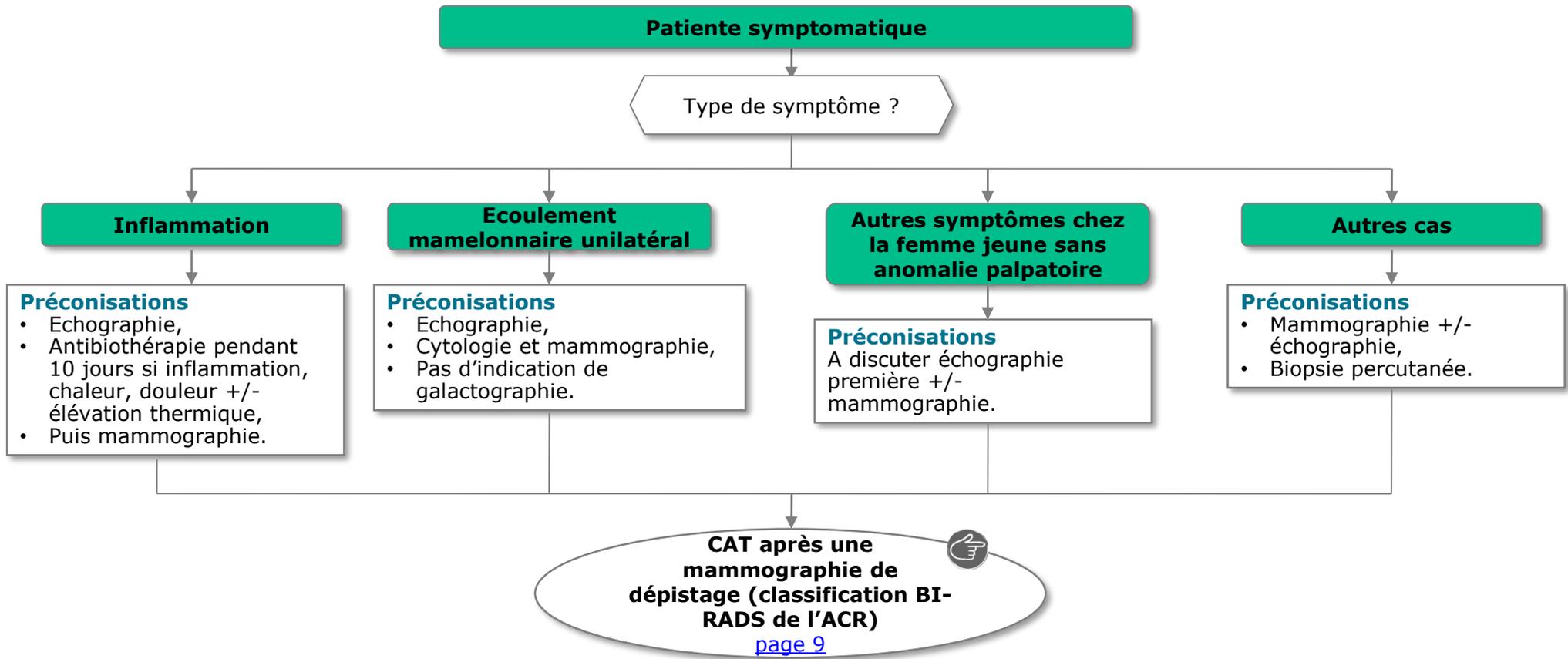
**Retour au
Sommaire**
[page 3](#)



Démarche diagnostique

Table des matières

Patiente symptomatique	<u>7</u>
Patiente asymptomatique	<u>8</u>
CAT après mammographie de dépistage (classification BI-RADS de l'ACR)	<u>9</u>
Décision à partir des résultats histologiques sur les prélèvements préopératoires	<u>10</u>
Bilan préthérapeutique	<u>14</u>



Patiente asymptomatique*

Age de la patiente ?

* Si ATCD de cancers de l'ovaire ou du sein : suivi individuel selon Préconisation de surveillance de la pathologie.

Age < 50 ans

Patiente avec risque héréditaire de cancer du sein

Patiente sans risque héréditaire de cancer du sein mais avec ATCD de cancer de l'ovaire**

Patiente sans risque héréditaire de cancer du sein et sans ATCD de cancer de l'ovaire**

Préconisation
Discuter une consultation spécialisée d'oncogénétique.

Préconisation
Un dépistage mammaire entre 40 et 50 ans doit être discuté de façon individuelle.

Consulter le référentiel « Mastectomie prophylactique dans le cancer du sein »

Age entre 50 et 74 ans

Préconisation
Dépistage organisé.

CAT après une mammographie de dépistage (classification BI-RADS de l'ACR)
[page 9](#)

Age ≥ 75 ans

Préconisations

- Diagnostic précoce : examen clinique annuel : palpation des seins.
- Mammographie : la proposer au cas par cas sur une base de tous les 2 ans.

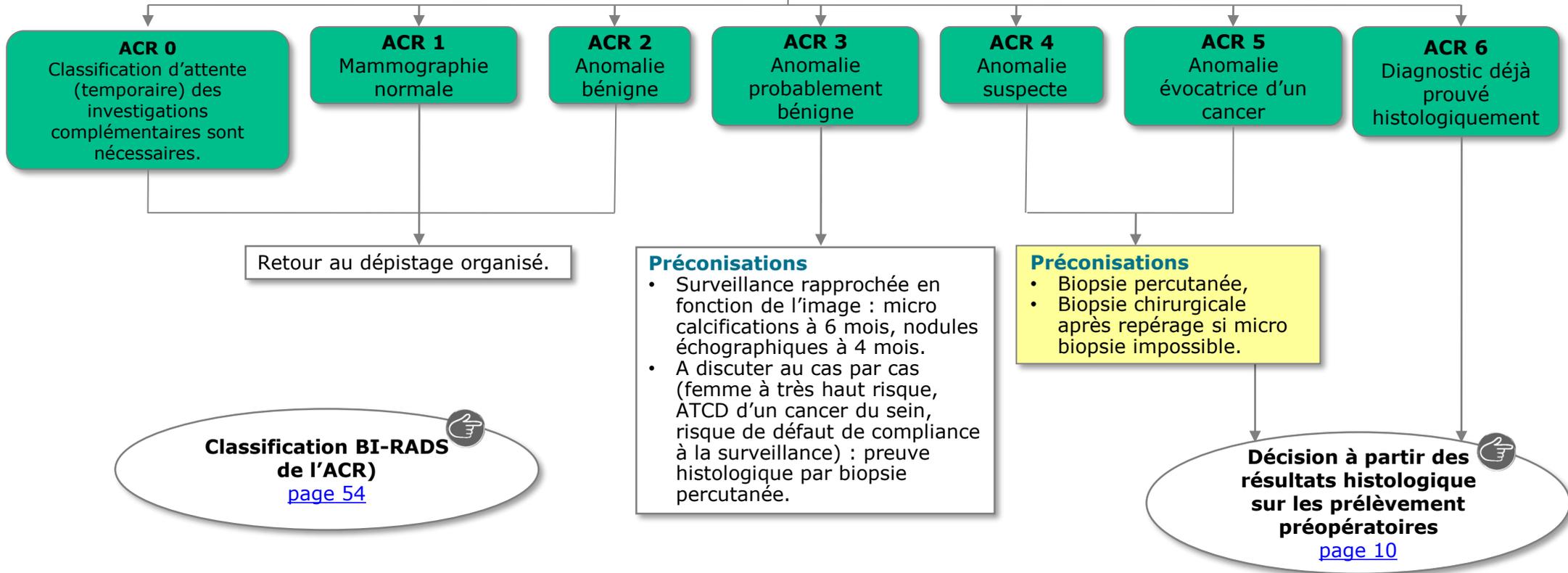
** Autres cas particuliers envisagées mais ne donnant pas lieu à une prise en charge particulière :

- ATCD personnels de cancer du côlon,
- ATCD de pathologie mammaire bénigne.

CAT après une mammographie de dépistage (classification BI-RADS de l'ACR)

Pas d'indication de cytologie sauf pour :

- Ecoulement mamelonnaire,
- Kystes atypiques.



Classification BI-RADS de l'ACR
[page 54](#)

Préconisations

- Surveillance rapprochée en fonction de l'image : micro calcifications à 6 mois, nodules échographiques à 4 mois.
- A discuter au cas par cas (femme à très haut risque, ATCD d'un cancer du sein, risque de défaut de compliance à la surveillance) : preuve histologique par biopsie percutanée.

Préconisations

- Biopsie percutanée,
- Biopsie chirurgicale après repérage si micro biopsie impossible.

Décision à partir des résultats histologique sur les prélèvements préopératoires
[page 10](#)

Décision à partir des résultats histologiques sur les prélèvements préopératoires

Cohérence du trépied clinique, radiologique et histologique ?

Cohérence radio clinique et histologique

Incohérence radio clinique et histologique

Préconisations

- Nouvelle biopsie percutanée ou
- Biopsie chirurgicale.

B1
tissu normal

B2
lésions bénignes

B3
lésions frontières

B4
Incertitude diagnostique en raison d'artefacts

B5
lésions malignes

Retour au dépistage organisé.

CAT après une mammographie de dépistage (classification BI-RADS de l'ACR)
[page 9](#)

Décision à partir des résultats histologique sur les prélèvements préopératoires
[page 11](#)

Prélèvement à refaire ou chirurgie d'emblée.

Bilan préthérapeutique
[page 14](#)

Préconisation
Chirurgie

**Décision à partir des résultats histologiques sur les prélèvements préopératoires
B3 = lésions frontières**

B3 = lésions frontières ?

Néoplasies lobulaires*

Papillaires

**Cicatrices radiaires
Fibroadénomes cellulaires /
T phyllodes
Métaplasies cylindriques
atypiques**
[page 12](#)

Si isolée ?

Taille > 10 mm ?

oui

non

oui

non

Préconisations

- Surveillance,
- Retour au dépistage organisé.

Préconisation

- Chirurgie si :
- Incohérence du trépied,
 - Cible mal atteinte,
 - Diagnostic incertain avec doute sur du CIS lobulaire pléomorphe.

Préconisation

Chirurgie.

**Papillaires
T ≤ 10 mm**

Lésions atypiques ?

oui

non

Préconisation
Chirurgie.

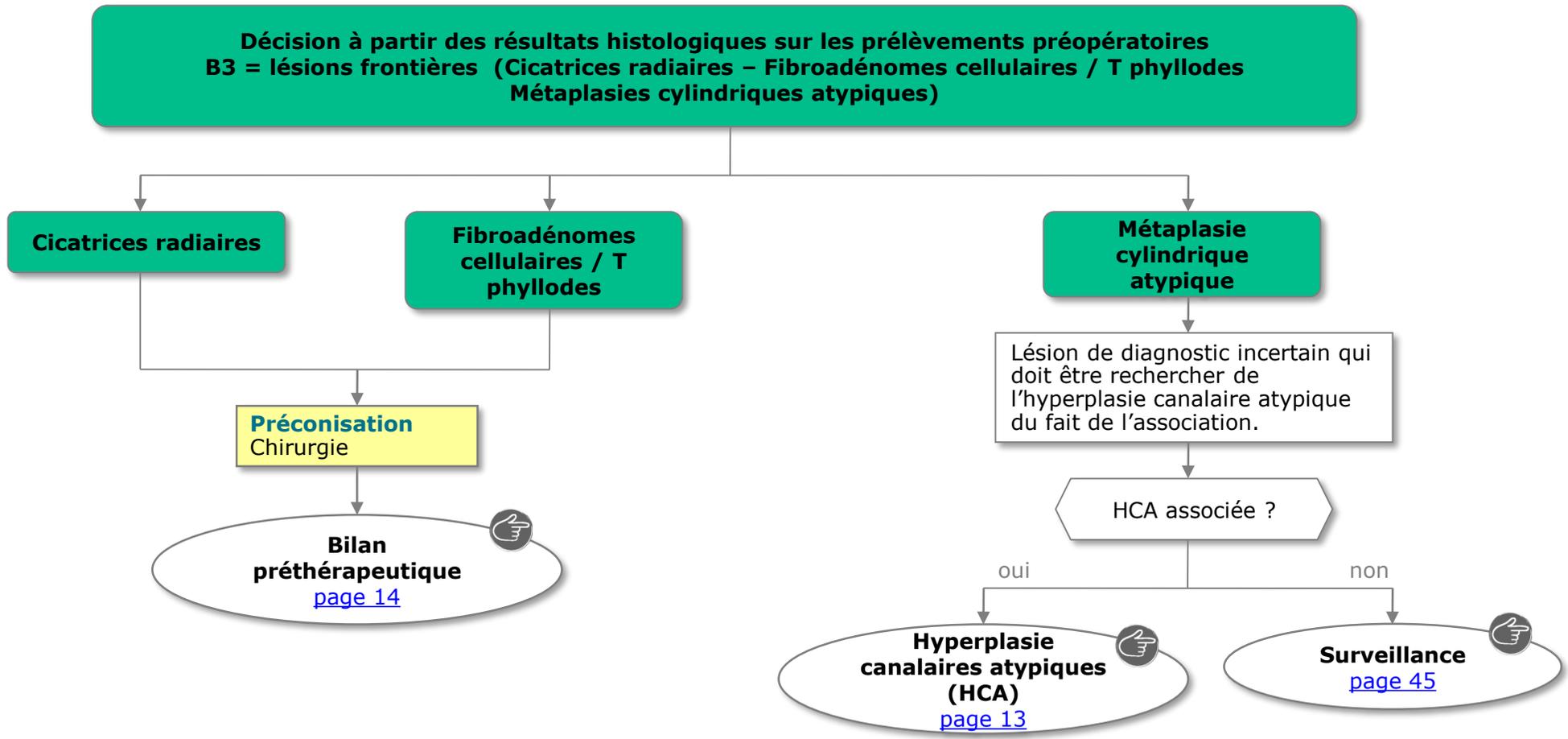
Surveillance
[page 45](#)

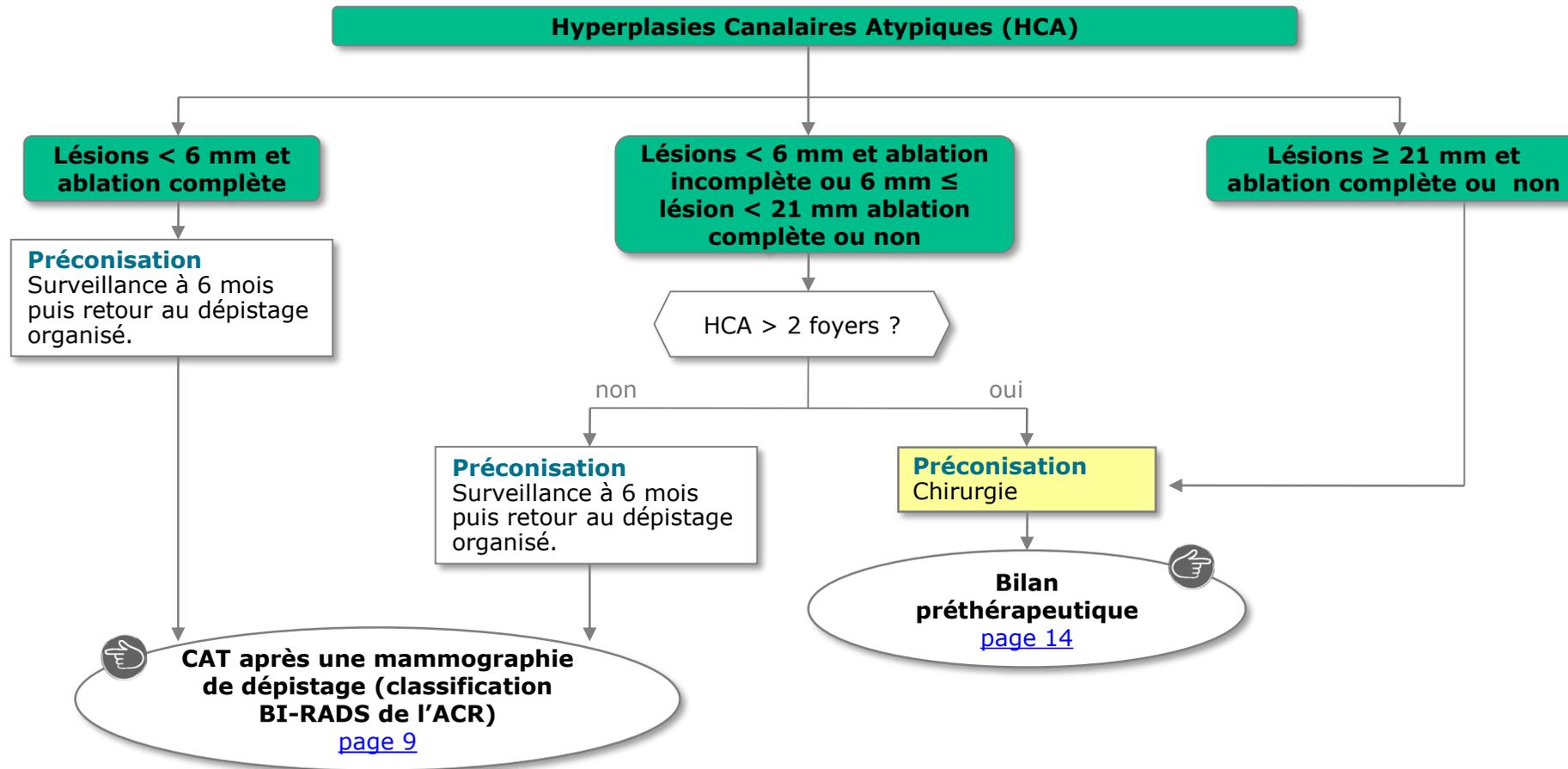
Bilan préthérapeutique
[page 14](#)

Classification des lésions lobulaires
[page 55](#)

***Néoplasie lobulaire :**

Hyperplasie lobulaire atypique (LIN 1) et carcinome in situ lobulaire (LIN 2) caractérisés par le degré de prolifération des cellules dans les lobules.





Bilan préthérapeutique

Bilan systématique

- Antécédents
- Examen clinique
- *Rediscuter le caractère informatif de l'imagerie disponible (mammographie, échographie, IRM, TEP/FDG si T > 2cm, ...)*

Il n'est pas recommandé de prescrire à titre systématique une échographie hépatique, une scintigraphie osseuse ou un dosage des marqueurs (ACE, CA 15-3)

Avant traitement néo adjuvant :

- Diagnostic histologique et recherche des récepteurs hormonaux et Her 2 sur biopsie pour T ≥ 2 cm,

Option : TEP/FDG avant 1ère cure et au plus tard après la 2ème cure pour les T ≥ 2 cm.

Bilan avant chimiothérapie et résultat disponible lors de la RCP :

- Radio pulmonaire et échographie abdominale ou scanner TAP,
- TEP au FDG si T > 2 cm,
- Bilan biologique : NFP, iono créat, SGOT, SGPT, marqueurs CA 15-3 et ACE.
- Bilan cardiaque : évaluation de la fraction d'éjection ventriculaire isotopique ou échographique à discuter en fonction de la chimiothérapie
- Bilan histologique : RH et Her2 sur pièce opératoire.

Traitements des CCIS

[page 15](#)

Traitements des cancers invasifs

[page 17](#)

Traitements des cancers inflammatoires

[page 34](#)

Traitements des récives

[page 40](#)

 **ONCOFERTILITE**
Référentiel : [Préservation de la fertilité](#)



TRAITEMENTS DES CCIS



**Retour au
Sommaire**
[page 3](#)

Traitements des carcinomes canaux in situ (CCIS)*

La chirurgie conservatrice est-elle réalisable* ?

oui

non

Préconisation

Chirurgie conservatrice du sein

- Sans examen extemporané,
- Sans curage axillaire,
- Si lésion palpable ou suspicion de micro invasion, ou oncoplastie complexe, ou discordance radiologique (opacité) : recherche du ganglion sentinelle pages 49 et 50

Marge \geq 2 mm** ?

oui

non

Préconisations

- Radiothérapie mammaire 50Gy ou équivalent,
- Pas d'irradiation ganglionnaire

Surveillance
page 45

Préconisation

Reprise chirurgicale :

- Ré excision avec obtention de marges \geq 2 mm puis radiothérapie,
- Mastectomie de 2ème intention,
- Mastectomie de 3ème intention si ré excision non satisfaisante.

Recommandations de prise en charge du CCIS (INCa)

Préconisation

Mastectomie totale simple

- Avec recherche du ganglion sentinelle pages 49 et 50,
- Sans curage axillaire si échec du ganglion sentinelle,
- Avec reconstruction mammaire immédiate possible

GS < 0?

oui

non

Surveillance
page 45

Tt adjuvants des tumeurs
page 23

* La chirurgie conservatrice est dite réalisable si elle permet l'obtention de berges saines, garantit un résultat esthétique et que la patiente l'accepte.

** Plus de 2 mm pour Cis et *in sano* c'est-à-dire pas de cellule au contact pour infiltrant même si CIS associé



TRAITEMENTS DES CANCERS INVASIFS



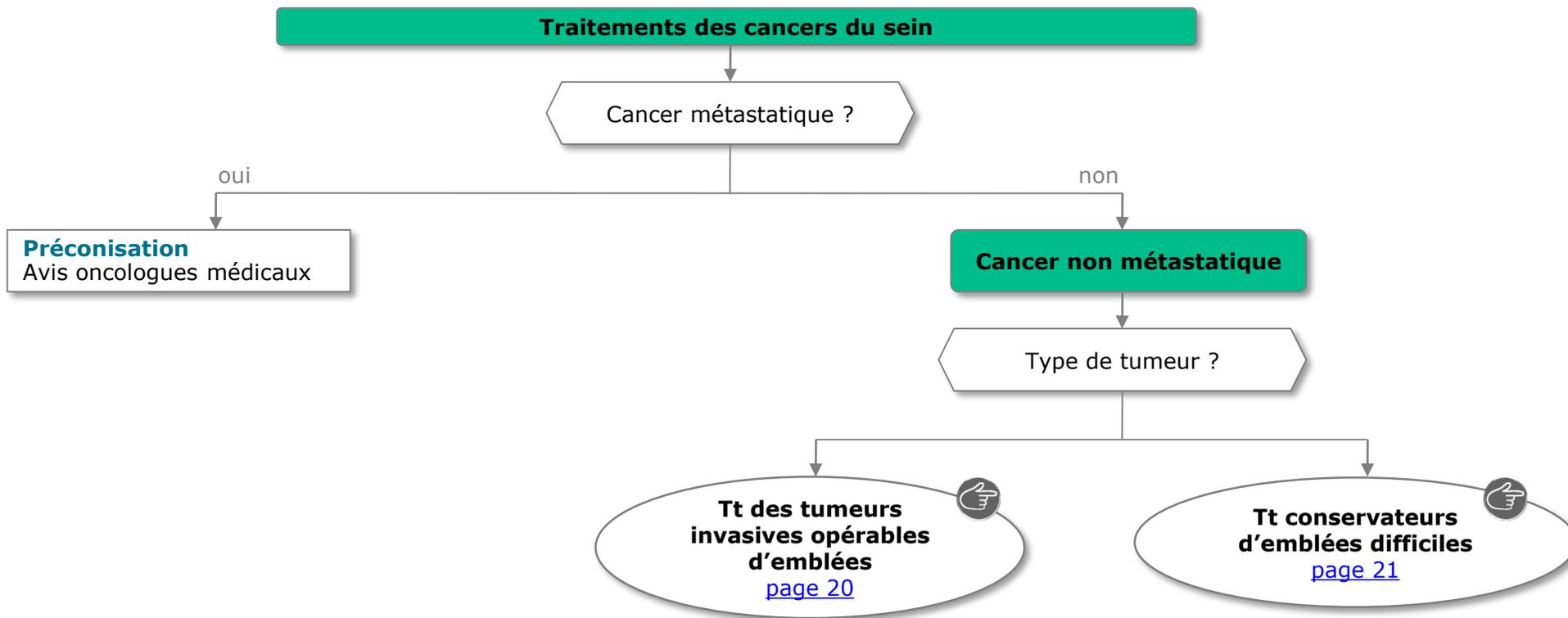
**Retour au
Sommaire**
[page 3](#)



Traitements des cancers invasifs

Table des matières

Traitements des cancers du sein métastatiques et non métastatiques	19
Traitements des cancers invasifs opérables d'emblées	20
Traitements conservateurs d'emblées difficiles	21
Protocoles de chimiothérapie en néoadjuvant	22
Traitements adjuvants des tumeurs	23
Traitements adjuvants des tumeurs pN0 / micro envahissement ganglionnaires chez une patiente > 35 ans et < 70 ans.....	24
Traitements adjuvants des tumeurs pN0 / micro envahissement ganglionnaires chez patiente > 35 ans et < 70 ans, Her2 ambigu ..	25
Traitements adjuvants des tumeurs pN0 / micro envahissement ganglionnaires chez patiente > 35 ans et < 70 ans, Her2- et RH+ ..	26
Traitements adjuvants des tumeurs pN0 / micro envahissement ganglionnaires chez patiente > 35 ans et < 70 ans, Her2- et RH- ..	27
Protocoles de chimiothérapie adjuvante	28
Traitements adjuvants par hormonothérapie de la patiente ménopausée au diagnostic.....	29
Traitements adjuvants par hormonothérapie de la patiente non ménopausée	30
Traitements adjuvants par hormonothérapie de la patiente ménopausée après 5 ans de tamoxifène	31
Indications de radiothérapie	32



Traitements des cancers invasifs opérables d'emblée

Traitement conservateur possible ?

Bonnes pratiques de chirurgie et d'anatomopathologie
[page 48](#)

oui

non

Conservation possible

La patiente souhaite une mastectomie ?

Préconisation

Mastectomie si :

- Plurifocalité,
- CIS étendu associé,
- Contre indication à la radiothérapie +/- Reconstruction mammaire immédiate (RMI)*

Tt adjuvants des tumeurs
[page 23](#)

oui

non

Préconisation
Mastectomie +/- RMI*

Préconisation

- Échographie axillaire en l'absence de ganglion suspect
- Tumorectomie,
- Recherche du ganglion sentinelle

[page 49](#) et [page 50](#)

- Si tumeur < 5 cm,
- et N0 clinique.

Limite de résection in sano ?

oui

non

Discussion en RCP

2^{ème} tumorectomie ou mastectomie +/- RMI* si ré excision impossible ou si résultat esthétique non satisfaisant.

Tt adjuvants des tumeurs
[page 23](#)

***RMI**

- Si indication de traitement adjuvant posée avant la chirurgie : essayer de faire le traitement avant la chirurgie.
- Si pas d'indication de radiothérapie post-opératoire : possibilité de faire une RMI avec conservation de l'étui cutané si taille tumeur < 5 cm .
- Si indication de radiothérapie connue, essayer de ne pas faire de RMI (sauf si motivation) : mastectomie avec épargne cutanée si possible et cicatrices basses et courtes.
- A discuter en RCP (chirurgiens + radiothérapeutes + oncologues):
 - de la possibilité d'une RMI, même si radiothérapie, si la patiente le souhaite absolument
 - de la possibilité de conservation de la PAM (plaque aérolo-mammelonnaire) : si âge >45 ans, CCI situé à distance de l'aréole, cancer in situ non étendu à distance de l'aréole

Traitements conservateurs d'emblée difficiles

*Examens para cliniques :

- IRM avant début de CNA et en fin de chimio pour rediscuter de la mastectomie et/ou confirmer l'unifocalité
- TEP 18F /FDG et si douleurs osseuses : scintigraphie
- Ca 15.3

Préconisations

- Avis de la patiente,
- Micro biopsie sous anesthésie locale,
- Puis consultation chirurgicale.

La patiente souhaite une conservation du sein ?

Bonnes pratiques de chirurgie et d'anatomopathologie

page 48

Bonnes pratiques d'IRM

page 48

oui

non

Préconisation

- Si évaluation cN0 clinique et paraclinique** pré CNA: recherche du GS possible page 49 et page 50
- Si cN1: curage axillaire avant ou après CNA

Préconisations

- Chimiothérapie Néoadjuvante (CNA) et pose de clips en début de traitement,
- Hormonothérapie à considérer pour une patiente âgée > 70 ans,
- Evaluation de la réponse tumorale à chaque cure*.

Réponse tumorale ou stabilisation ?

oui

non

Tumeur accessible à un traitement conservateur ?

oui

non

pN0 pré chimio ?

oui

non

Préconisation***

- Si cN0 recherche du GS (si non réalisé avant CNA)
- Si pN1 avant CNA ou si yN0 après CNA: pas de nouvelle recherche de GS
- page 49 et page 50

ypN0 ?

non

Préconisations

Chirurgie conservatrice + curage axillaire.

Préconisations

Mastectomie + curage axillaire.

Poursuite du traitement

page 23

oui

**Evaluation du cN0 si:

- Examen clinique normal et
- Échographie du creux axillaire normale et
- IRM mammaire normale au niveau du creux axillaire et
- TEP 18F /FDG normal au niveau du creux axillaire.

SI cN0 suspect: cytoponction ou microbiopsie

***Conseil

Si cN0, la réalisation du GS après CNA diminue le nombre de curages axillaires de 50%

Protocoles de chimiothérapie en situation néoadjuvante

1. Protocoles en néoadjuvant pour les tumeurs Her2 négatif

- 4 [AC](#) puis 4 [Docétaxel](#)
- 6 [TAC](#)
- 3 [FEC 100](#) puis 3 [Docétaxel](#)

Autres situations hors AMM :
à justifier

Autres situations hors AMM :
à justifier

Autres situations hors AMM :
à justifier

2. Protocoles en néoadjuvant pour les tumeurs Her2 +++

- 4 [AC](#) puis 4 [Trastuzumab - Docétaxel](#)
- 3 [FEC 100](#) puis 3 [Trastuzumab - Docétaxel](#)
- 6 TCH (Docétaxel - Carboplatine - Trastuzumab) si contre indication aux anthracyclines.

En option : 6 [Trastuzumab - Docétaxel](#) si contre indication aux anthracyclines.

Traitements adjuvants des tumeurs

Age de la patiente ?

Patiente ≤ 35 ans

Discussion en RCP

Patiente > 35 ans et < 70 ans

Statut ganglionnaire* ?

Patiente ≥ 70 ans

Cancer du sein chez une patiente ≥ 70 ans [page 37](#)

pN0

Micro envahissement ganglionnaire

Macrométastases (taille > 2 mm)

Formulation des réponses HER2 [page 56](#)

Traitement adjuvant des tumeurs pN0 ou micro envahissement ganglionnaire [Pages 24](#) et suivantes

HER2 ?

HER2 positif ou FISH ambigu

HER2 négatif ou FISH non amplifié

Préconisation
Chimiothérapie + trastuzumab.

Préconisation
Chimiothérapie

Expression RE / RP ?

Expression RE / RP ?

oui non

non oui

Préconisations
Radiothérapie + Hormonothérapie

Préconisation
Radiothérapie.

Préconisations
Radiothérapie + Hormonothérapie

Tt adjuvant par hormonothérapie [page 29](#)

Indications de radiothérapie [page 32](#)

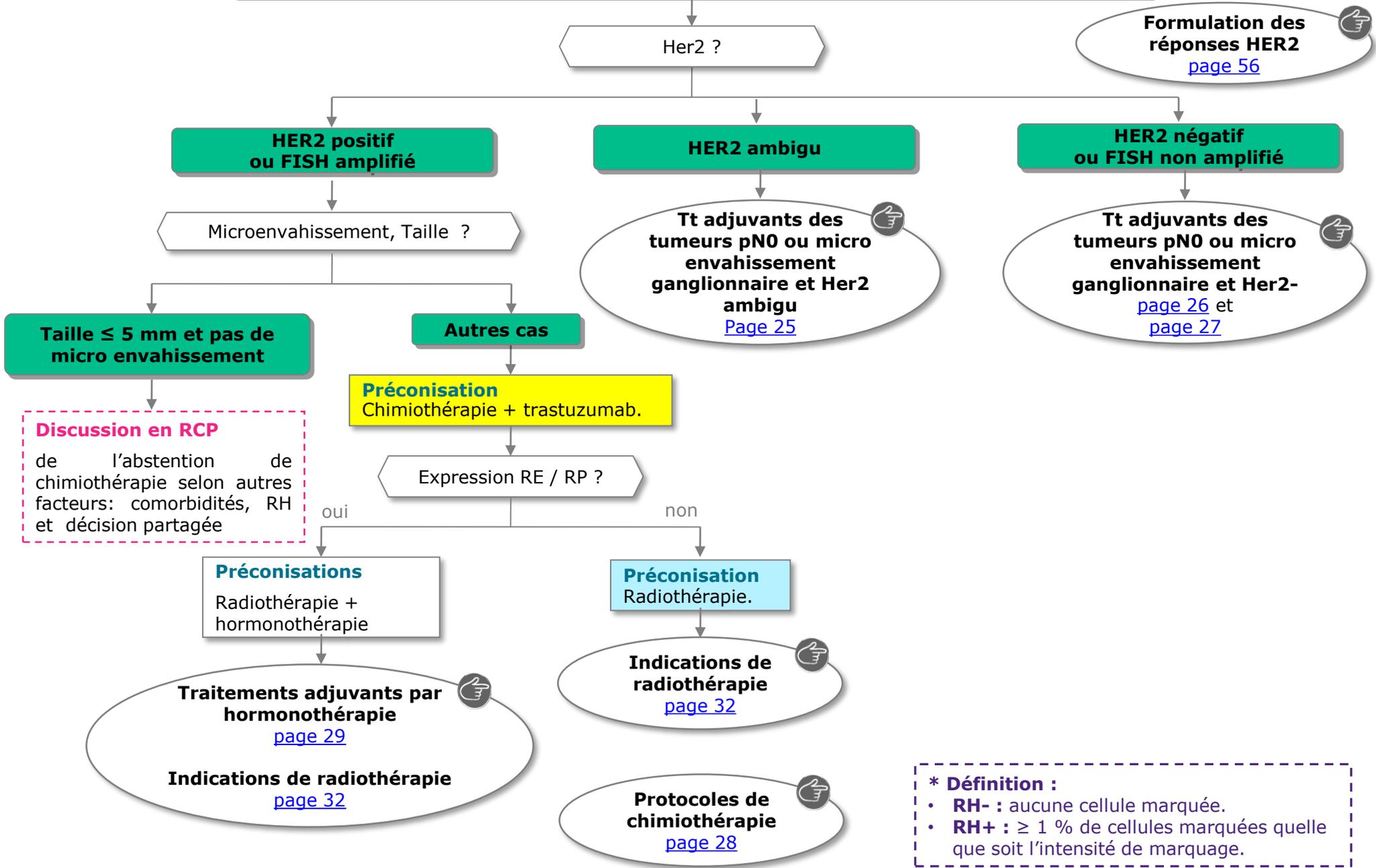
Tt adjuvant par hormonothérapie [page 29](#)

* Définition du statut histologique ganglionnaire:
 • **pN0** : strictement aucune cellule tumorale détectée.
 • **Micro envahissement** : micrométastases et/ou cellules tumorales isolées.
 • **Macrométastases**.

Pour les femmes ≤ 40 ans: discuter d'une préservation de la fertilité

Protocoles de chimiothérapie [page 28](#)

Traitements adjuvants des tumeurs pN0 ou micro envahissement ganglionnaire chez une patiente > 35 ans et < 70 ans

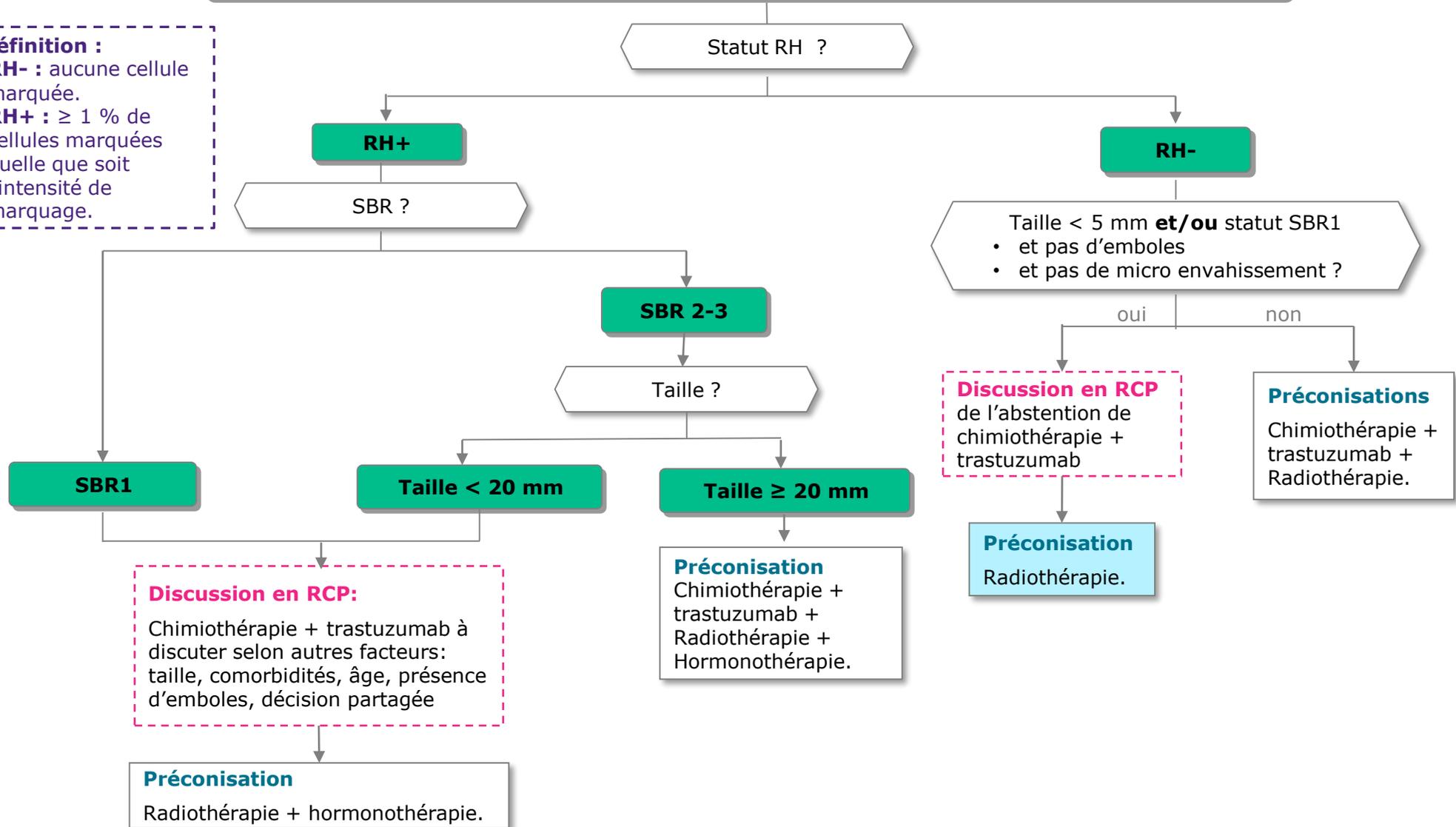


*** Définition :**

- **RH-** : aucune cellule marquée.
- **RH+** : ≥ 1 % de cellules marquées quelle que soit l'intensité de marquage.

Cancer du sein non métastatique – traitement adjuvant des tumeurs pN0 ou micro envahissement ganglionnaire chez une patiente > 35 ans et < 70 ans et Her2 ambigu

* **Définition :**
 • **RH-** : aucune cellule marquée.
 • **RH+** : $\geq 1\%$ de cellules marquées quelle que soit l'intensité de marquage.



Protocoles de chimiothérapie
[Page 28](#)

Traitements adjuvants par hormonothérapie
[page 29](#)

Indications de radiothérapie
[page 32](#)

Cancer du sein non métastatique – traitement adjuvant des tumeurs pN0 ou micro envahissement ganglionnaire chez une patiente > 35 ans et < 70 ans et Her2- et RH+*

SBR ?

SBR1

Préconisation

Radiothérapie +
hormonothérapie.

Discussion en RCP:

Chimiothérapie à discuter selon autres facteurs: taille, comorbidités, âge, présence d'embolies, décision partagée

Tt adjuvants des tumeurs pN0 ou micro envahissement ganglionnaire et Her2- et RH-*
[page 27](#)

SBR 2-3

Taille ?

Taille < 10 mm

Préconisation

Radiothérapie +
hormonothérapie.

Taille entre 10 mm et 20 mm

Réalisation d'un teste prédictif d'intérêt de la chimiothérapie ? **

oui

Préconisation

En fonction des résultats des tests effectués**

non

Présence:

- d'embolies ?
- Microenvahissement?
- Prolifération élevée (luminal B) ***?

oui

Préconisation

Chimiothérapie +
Radiothérapie + hormonothérapie

non

Préconisation

Radiothérapie + hormonothérapie

* **Définition :**

- **RH-** : aucune cellule marquée.
- **RH+** : ≥ 1 % de cellules marquées quelle que soit l'intensité de marquage.

Protocoles de chimiothérapie

[Page 28](#)

Traitements adjuvants par hormonothérapie

[page 29](#)

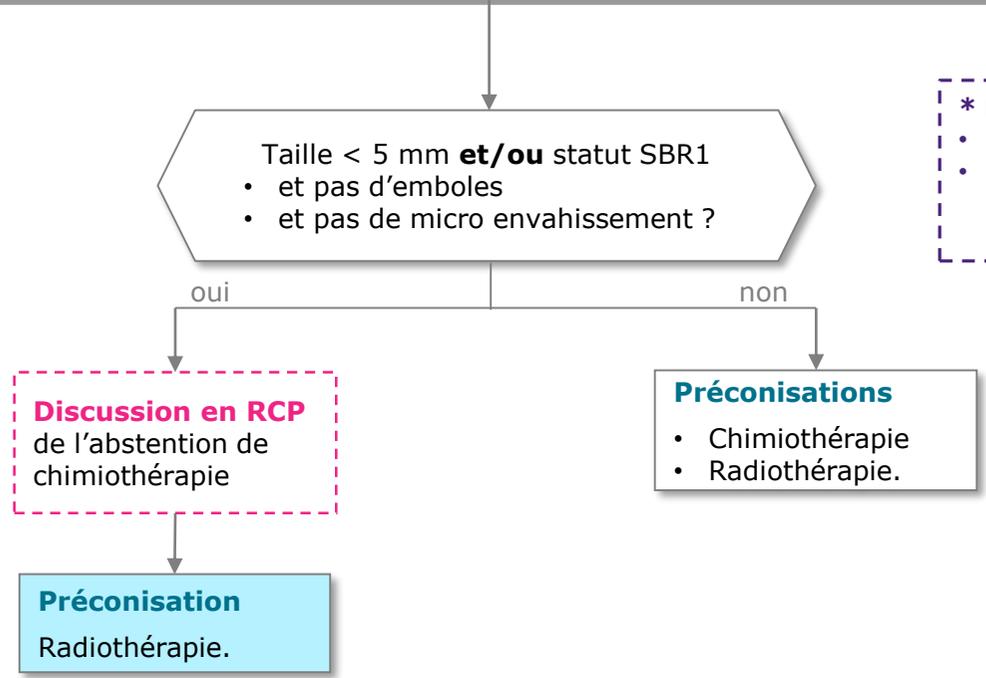
Indications de radiothérapie

[page 32](#)

** uPA/PAI1, OncotypeDX, MammaPrint...

*** Les marqueurs de prolifération (tels que Ki67) ne sont pas validés actuellement mais peuvent aider au cas par cas à discuter le rapport bénéfice risque de la chimiothérapie.

Cancer du sein non métastatique – traitement adjuvant des tumeurs pN0 ou micro envahissement ganglionnaire chez une patiente > 35 ans et < 70 ans et Her2- et RH -*



* **Définition :**

- **RH-** : aucune cellule marquée.
- **RH+** : ≥ 1 % de cellules marquées quelle que soit l'intensité de marquage.

Protocoles de chimiothérapie
[page 28](#)

Indications de radiothérapie
[page 32](#)

Protocoles de chimiothérapie en situation adjuvante

1. Protocoles en adjuvant pour les tumeurs pN0 ou micro envahissement ganglionnaire et Her 2-

- 6 [TAC](#)
- 3 [FEC 100](#) puis 3 [Docétaxel](#) ➔ **Autres situations hors AMM : à justifier**
- 4 [TC](#) (Docétaxel - Cyclophosphamide) ➔ **Autres situations hors AMM : à justifier**

2. Protocoles en adjuvant pour les tumeurs avec macrométastases et Her2 -

- 6 [TAC](#)
- 3 [FEC 100](#) puis 3 [Docétaxel](#) ➔ **Autres situations hors AMM : à justifier**
- 4 [AC](#) puis 12 [Paclitaxel hebdomadaire](#)
- 4 [AC](#) puis 4 [Docétaxel](#)
- 4 TC (Docétaxel - Cyclophosphamide) ➔ **Autres situations hors AMM : à justifier**

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

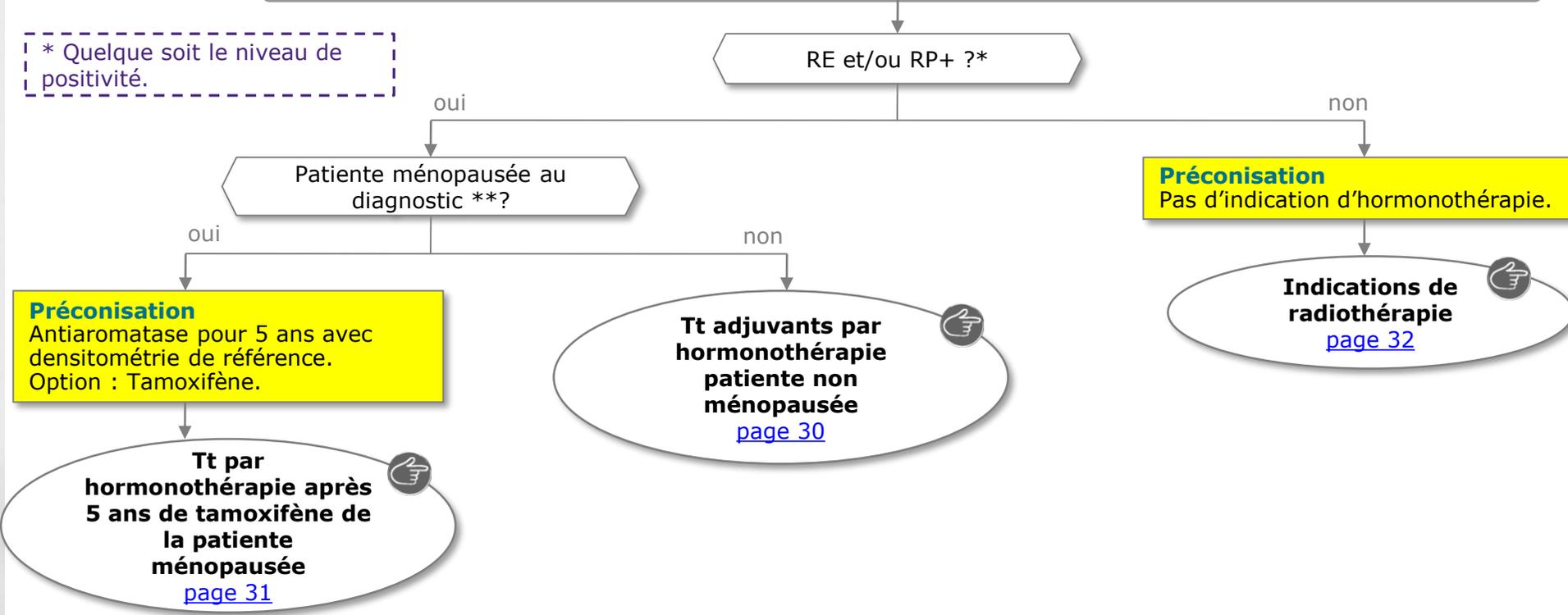
- 3 [FEC 100](#)
puis 3 [Trastuzumab - Docétaxel](#) puis [Trastuzumab seul](#) (12 mois de traitement par Trastuzumab) ➔ **T2A/hors GHS : à justifier**
 - 4 AC
puis 12 [Trastuzumab - Paclitaxel hebdomadaire](#) puis [Trastuzumab seul](#) (12 mois de traitement par Trastuzumab)
 - 4 [AC](#) puis 4 [Trastuzumab - Docétaxel](#) puis [Trastuzumab seul](#) (12 mois de traitement par Trastuzumab)
 - A discuter: 6 TCH (Docétaxel - Carboplatine - Trastuzumab)
 - 4 [TC](#) + Trastuzumab puis [Trastuzumab seul](#) (12 mois de traitement par Trastuzumab) ➔ **T2A/hors GHS : à justifier**
- ☞ Pas d'AMM du trastuzumab en association au docétaxel et cyclophosphamide en situation adjuvante*

4. Protocole en adjuvant pour les tumeurs Her2+++ et N0

- 12 [Trastuzumab - Paclitaxel hebdomadaire](#) puis [Trastuzumab seul](#) (12 mois de traitement) ➔ **T2A/hors GHS : à justifier**

Traitements adjuvants par hormonothérapie chez la patiente ménopausée au diagnostic

* Quelque soit le niveau de positivité.



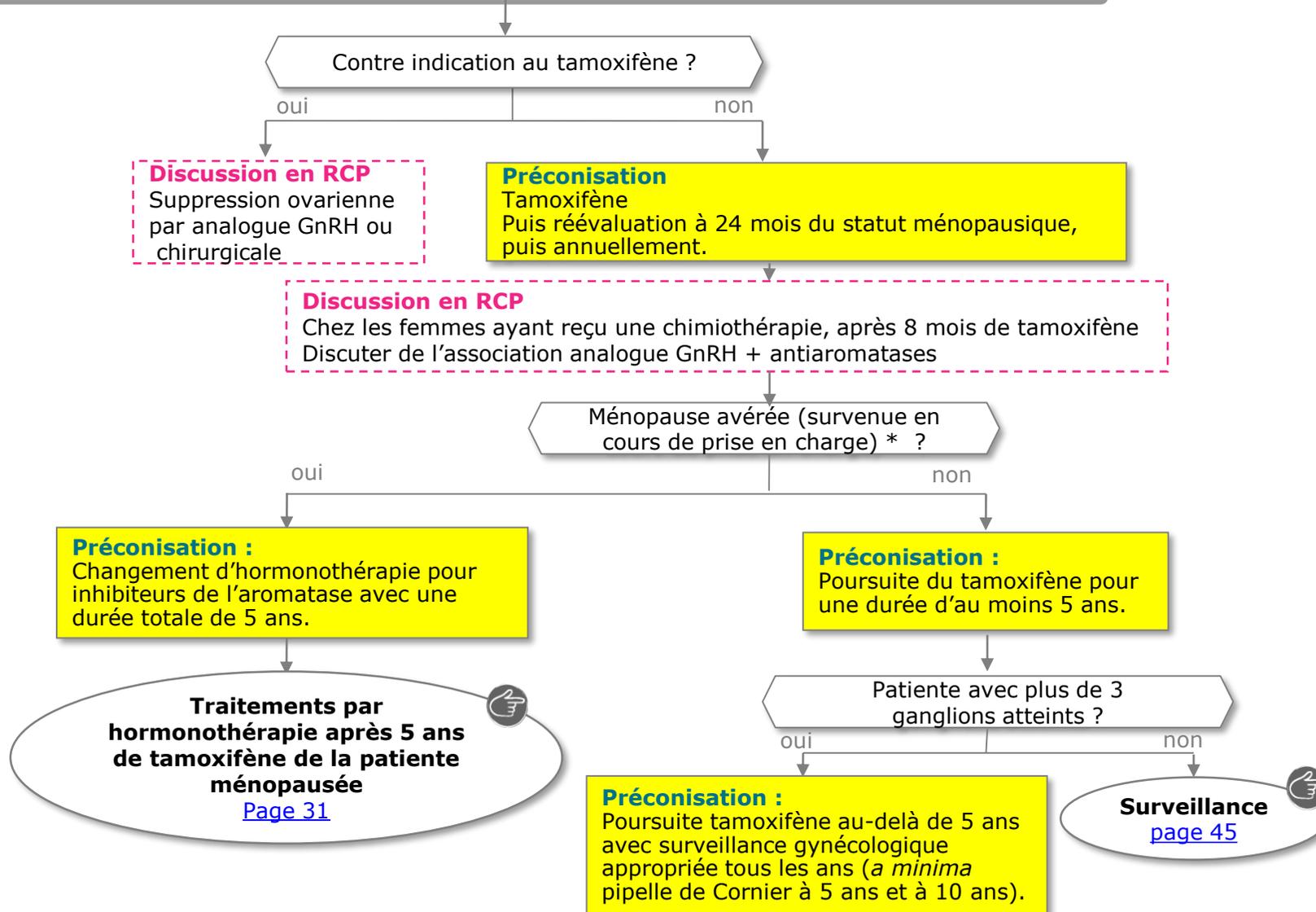
**Femmes satisfaisant à un ou plusieurs des critères suivants :

- Castration chirurgicale,
- Age > 60 ans,
- Age > 45 ans avec aménorrhée > 12 mois au moment du diagnostic (sans traitement hormonal/DIU hormonal).
- Chez patientes hystérectomisées avec conservation ovarienne : âge > 50 ans et bilan biologique (FSH, oestradiol)
- Chez patientes sous oestro - progestatifs ou DIU hormonal au diagnostic : il est recommandé de mettre ces patientes sous tamoxifène.



Dosage de FSH et d'oestradiol: ces dosages ne suffisent pas pour affirmer qu'une femme est ménopausée.

Traitements adjuvants par hormonothérapie chez la patiente non ménopausée



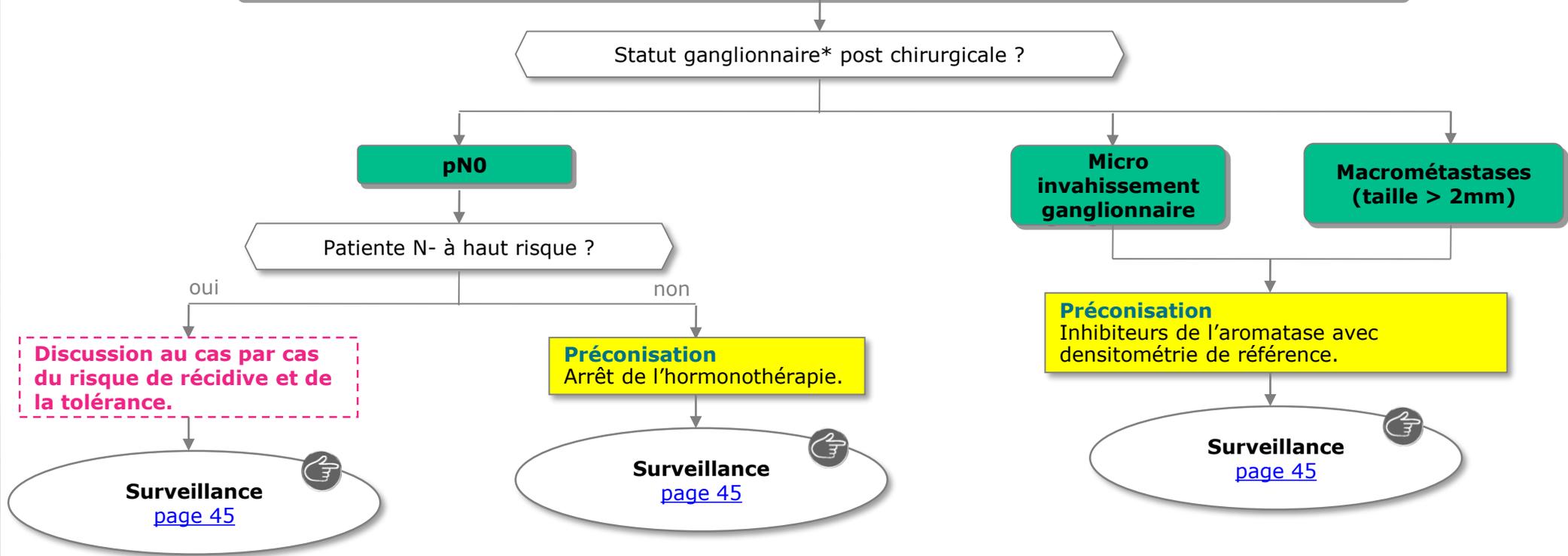
***Femmes satisfaisants à un ou plusieurs des critères suivants :**

- Castration chirurgicale,
- Age > 60 ans,
- Age > 55 ans avec aménorrhée d'au moins 24 mois.



Dosage de FSH et d'oestradiol:
ces dosages ne suffisent pas pour affirmer qu'une
femme est ménopausée.

Traitements adjuvants par hormonothérapie après 5 ans de tamoxifène chez la patiente ménopausée



* **Définition du statut histologique ganglionnaire:**

- **pN0** : strictement aucune cellule tumorale détectée.
- **Micro envahissement** : micrométastases et/ou cellules tumorales isolées.
- **Macrométastases.**

* Réponse histologique complète axillaire après chimiothérapie néoadjuvante

Pas d'indication de radiothérapie en sus claviculaire en cas de micrométastases (quelque soit le geste chirurgical pratiqué)

Indications de radiothérapie

Chirurgie conservatrice ?

oui

non

Traitement par radiothérapie après chirurgie conservatrice

Radiothérapie post mastectomie
[page 33](#)

Sein

Aires ganglionnaires

Préconisation
50 Gy équivalent en 5 semaines et surimpression de 10 à 20 Gy équivalent sur le lit tumoral.

Aires sus claviculaires

Aires axillaires

Chaîne mammaire interne

Patiente ayant reçu une chimiothérapie néoadjuvante ?

oui

non

ypN0* ?

oui

non

Préconisation

- Si cN0 ypN0 : pas de radiothérapie sus-claviculaire.
- Si cN+ ypN0 : radiothérapie sus claviculaire; 46 Gy équivalents; option : pas de radiothérapie si réponse complète tumorale et ganglionnaire.

Préconisation

- Radiothérapie sus claviculaire équivalent 46 Gy pour toutes les tumeurs \geq pN1,
- Option : pas de radiothérapie sus claviculaire pour les patientes de plus de 70 ans avec < 3 ganglions envahis.

Préconisation

- Radiothérapie en cas :
 - D'atteintes massives de la graisse
 - D'envahissement > 90 % du curage
 - De traitement non chirurgical du sein (patient non opérable), en particulier en l'absence de documentation histologique axillaire (ganglion sentinelle, curage)
- A discuter si curage ganglionnaire incomplet.

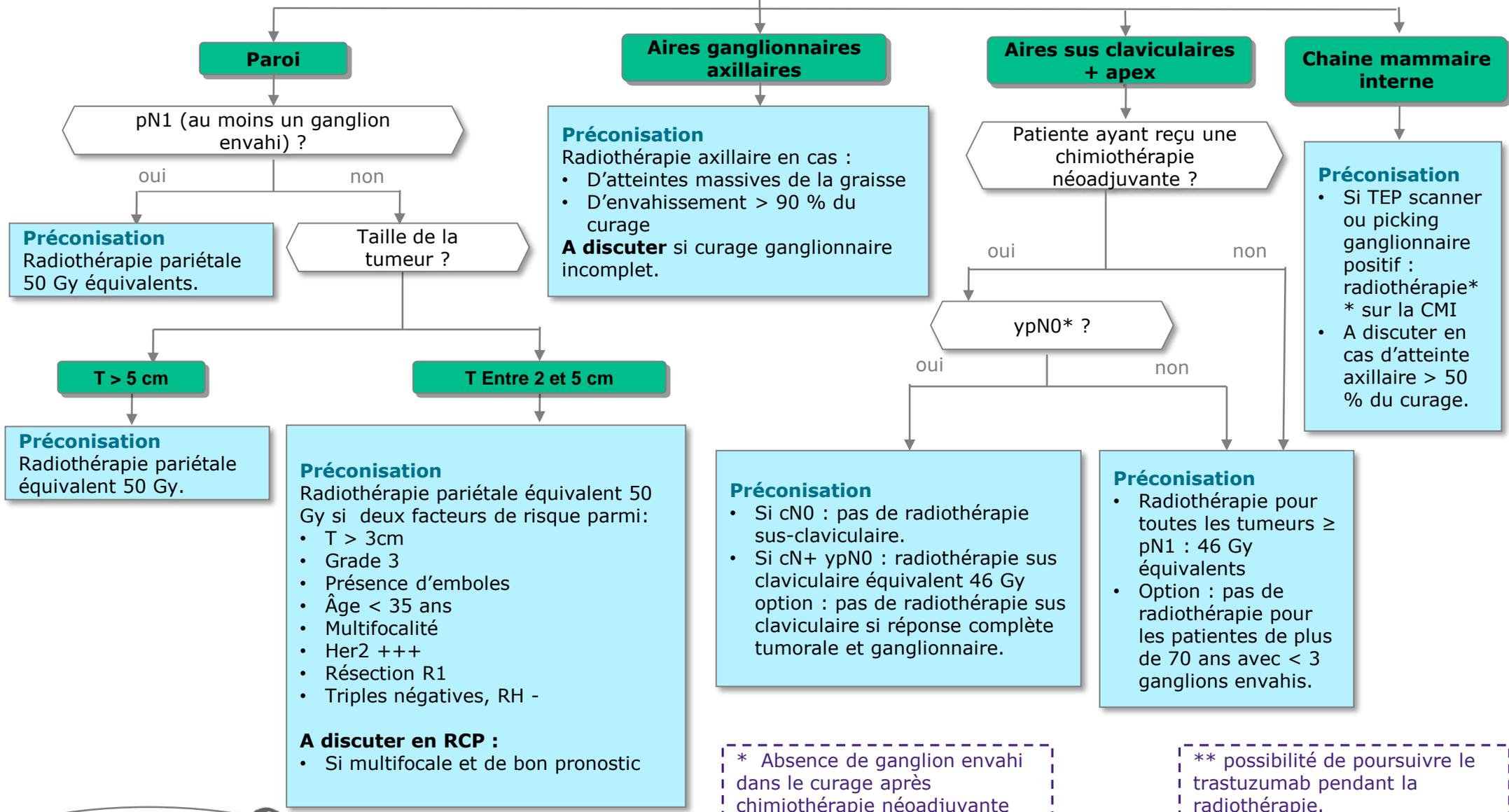
Préconisation

- Si TEP scanner ou picking ganglionnaire positif : radiothérapie* *sur la CMI
- A discuter en cas d'atteinte axillaire supérieure à 50 % du curage.

** possibilité de poursuivre le trastuzumab pendant la radiothérapie.

Surveillance
[page 45](#)

Indications de radiothérapie après mastectomie



* Absence de ganglion envahi dans le curage après chimiothérapie néoadjuvante

** possibilité de poursuivre le trastuzumab pendant la radiothérapie.

Pas d'indication de radiothérapie en sus-claviculaire en cas de micrométastases (quel que soit le geste chirurgical pratiqué)

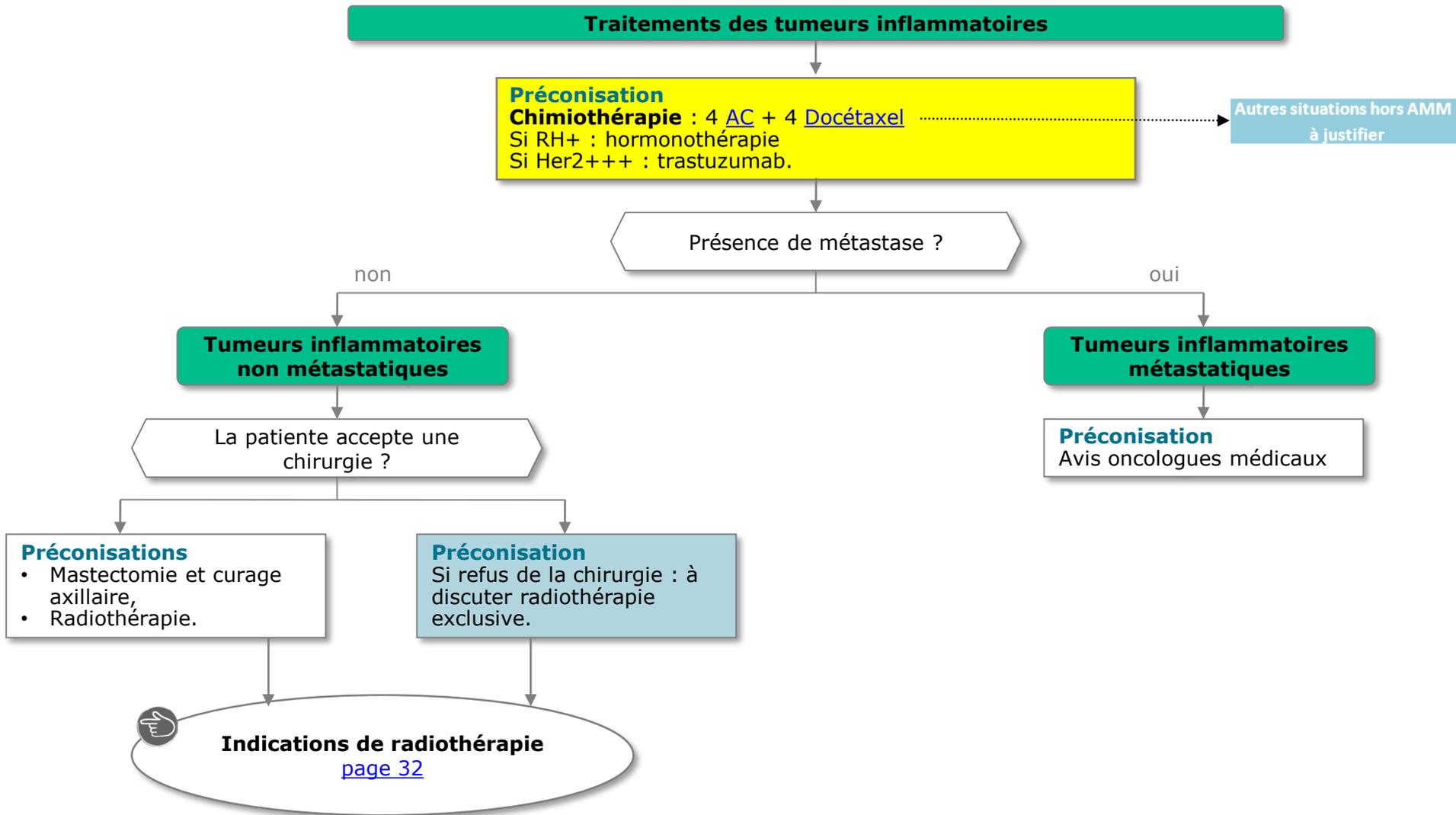
Surveillance
[page 45](#)



TRAITEMENTS DES CANCERS INFLAMMATOIRES



**Retour au
Sommaire**
[page 3](#)





TRAITEMENTS DES CANCERS DU SEIN CHEZ LA PERSONNE AGÉE



**Retour au
Sommaire**
[page 3](#)



Traitements des cancers du sein chez la personne âgée

Table des matières

Bilan préthérapeutique.....	38
Cancer du sein non métastatique chez la patiente de plus de 70 ans - patiente relevant d'un traitement adapté.....	39

Bilan préthérapeutique

Préconisations

- Réalisation d'un test de détection de recours à l'évaluation gériatrique (G8) avant d'envisager l'ensemble de la séquence thérapeutique idéale (de la chirurgie au traitement adjuvant) afin d'identifier les patients de plus de 70 ans en vieillissement réussi (exempte de co-morbidité, de fragilité et de dépendance) auxquelles s'appliqueront les préconisations suivantes.
- Si score G8 < 14 : réalisation de l'évaluation gériatrique à adapter en fonction de l'environnement.

Questionnaire G8
[page 57](#)

Cancer non métastatique chez la patiente de plus de 70 ans - patiente relevant d'un traitement adapté
[page 39](#)

Cancer du sein non métastatique chez la patiente de plus de 70 ans - Patiente relevant d'un traitement adapté

Discussion en RCP*

Traitement chirurgical ?

oui

non

Préconisations

- Tumorectomie sous AG ou AL (en cas d'impossibilité absolue de recours à une AG ou une neuroleptanalgie, la place de l'AL est à discuter)
- **Ganglion sentinelle** : 📄 page 49 et page 50
- **Curage axillaire en fonction de l'envahissement et de l'évaluation gériatrique.**

Préconisations

- A discuter au cas par cas la prise en charge thérapeutique en prenant compte :
- La comorbidité,
 - L'accessibilité,
 - Le désir de la patiente,
 - Les caractéristiques socio-physiologiques.

Statut ganglionnaire*** ?

pN0 ou micro envahissement

Macrométastases (taille > 2 mm)

Préconisation

Patiente RE+

- Risque faible ou intermédiaire : hormonothérapie.
 - Risque élevé : hormonothérapie +/- chimiothérapie.
- Patiente RE-/RP-**
- Haut risque : chimiothérapie à discuter avec la patiente.

Préconisation

Chimiothérapie adjuvante idem que patiente > 35 ans et < 70 ans à adapter à la physiologie de la patiente 📄 page 23

Préconisation

Radiothérapie** idem que patiente < 70 ans (📄 page 32) ou hypo fractionnement selon les caractéristiques socio-physiologique de la patiente.

Schéma à adapter :

- 3 Gy par fraction / 3 séances par semaine / 16 Fr
- 3,6 Gy par fraction / 3 séances par semaine / 11 Fr
- 6 Gy par fraction / 1 séance par semaine / 6 séances.

***** Définition du statut histologique ganglionnaire:**

- **pN0** : strictement aucune cellule tumorale détectée.
- **Micro envahissement** : micrométastases et/ou cellules tumorales isolées.
- **Macrométastases.**

****Éléments limitant l'accessibilité à la RTE :**

- Les troubles psycho comportementaux graves (quel que soit la cause) entraînant une incapacité de la patiente à rester immobile.
- Les lésions neurologiques, ostéoarticulaires, etc... rendant le bon positionnement de la patiente possible.

*** Discussion en RCP :**

- L'évaluation gériatrique est nécessaire pour présenter le dossier.
- Inscrire sur le compte-rendu de la RCP les justifications du choix thérapeutique.



TRAITEMENTS DES RECIDIVES



**Retour au
Sommaire**
[page 3](#)



Traitements des récurrences

Table des matières

Traitements chirurgicaux des récurrences des carcinomes canaux in situ (CCIS).....	42
Traitements des récurrences locales isolées du cancer du sein invasifs.....	43

* Si RMI réalisée antérieurement pas d'indication systématique d'ablation de la prothèse et/ou du lambeau. A discuter en RCP.

Traitements chirurgicaux des récurrences des CCIS

Traitement conservateur réalisé ?

oui

non

Préconisations

- Mastectomie totale,
- Reconstruction mammaire immédiate à discuter,
- Curage axillaire si récurrence invasive.

Discussion en RCP

Traitement médical adjuvant et/ou radiothérapie.

Mastectomie réalisée

Récurrence invasive ?

oui

non

Récurrence invasive

Bilan d'extension < 0?

oui

non

Préconisations

- Curage axillaire,
- Exérèse sur berge saine.

Discussion en RCP

- Radiothérapie si non réalisée antérieurement et si absence de contre indication.
- Traitement adjuvant selon histologie.

Préconisations

- Excision au large avec berges saines*
- Pas de curage axillaire.

Discussion en RCP

Radiothérapie de paroi.

Surveillance
[page 45](#)

Traitements des récurrences locales isolées du cancer du sein invasif

Récidive mammaire locale isolée après chirurgie conservatrice

Préconisations

- Mastectomie
- A discuter : reconstruction immédiate ou Curie si refus de la mastectomie.
- Tumorectomie si refus de la mastectomie par la patiente,
- Curage axillaire si non réalisé.

Récidive pariétale après mastectomie

Préconisation

Exérèse pariétale si possible.

Récidive axillaire isolée

Préconisation

Chirurgie si possible.

Récidive mammaire locale sur reconstruction

Discussion en RCP

Préconisation

Avis de radiothérapie

Protocoles de chimiothérapie
[page 28](#)

Bons pronostics :
Exérèse complète
Et initialement N-
Et tumeur < 2 cm
Et R+ et/ou PR+
Et SBR 1

Pronostic défavorable ou Her2 >0

Chimiothérapie antérieure ?

oui

non

Préconisation

Hormonothérapie
Cas particulier de la rechute sous hormonothérapie de 1^{ère} ligne : discuter hormonothérapie de 2^{ème} ligne.
Si rechute sous hormonothérapie de 2^{ème} ligne : discuter la 3^{ème} ligne.

Préconisation

Hormonothérapie +/- chimiothérapie à discuter au cas par cas.

Préconisation

Chimiothérapie +/- hormonothérapie.

Indications d'hormonothérapie
[page 29](#)



SURVEILLANCE



**Retour au
Sommaire**
[page 3](#)

Surveillance alternée* des cancers non métastatiques

- Objectifs** :
- Diagnostiquer une récurrence locale ou à distance
 - Diagnostiquer un cancer controlatéral
 - Rechercher complications tardives des traitements
 - Faciliter la réinsertion socioprofessionnelle

Modalités : Préciser dans un compte rendu de fin de traitement le mode de surveillance (HAS 2010)
Calendrier à adapter et discuté pour chaque patiente selon critères de gravité et risque de rechute)

Examens	Entre 1 ^{ère} et 5 ^{ème} année	> 5 ^{ème} année
<ul style="list-style-type: none"> • Interrogatoire • Examen clinique 	Tous les 6 mois	1 fois par an
<ul style="list-style-type: none"> • Mammographie 	Mammographie de référence maximum 1 an après la chirurgie, puis 1 fois par an	Sans limitation de durée
<ul style="list-style-type: none"> • Echographie (en option) 	1 fois par an pour : seins denses, femmes jeunes, femmes à risque, paroi thoracique, sein reconstruit (lambeau ou prothèse)	
<ul style="list-style-type: none"> • IRM 	Annuelle pour les femmes à risque ou mutées Surveillances difficiles de traitement conservateur (séquelles radio chirurgicales, seins denses) en option	
<ul style="list-style-type: none"> • Densitomètre osseuse 	De référence si prise d'antiaromatase puis en fonction des résultats de celle-ci et des ATCD	
<ul style="list-style-type: none"> • Autres examens 	En fonction de la symptomatologie Pas de dosage de marqueurs	

* **Surveillance alternée**

- Équipe de prise en charge
- Gynécologue ou médecin traitant



ANNEXES



**Retour au
Sommaire**
[page 3](#)



Annexes

Table des matières

Bonnes pratiques de chirurgie et d'anatomopathologiste dans les CIS et IRM.....	48
Recherche du ganglion sentinelle en axillaire	49
Recherche du ganglion sentinelle	50
Classification TNM	51
Classification en 6 catégories des images mammographiques (ACR)	54
Classification (OMS 2003) des lésions lobulaires en LIN (Lobular Intraepithelial Neoplasia).....	55
Formulation des réponses HER2 selon GEFPICS 2014.....	56
Questionnaire G8.....	57

Bonnes pratiques de chirurgie et d'anatomopathologie

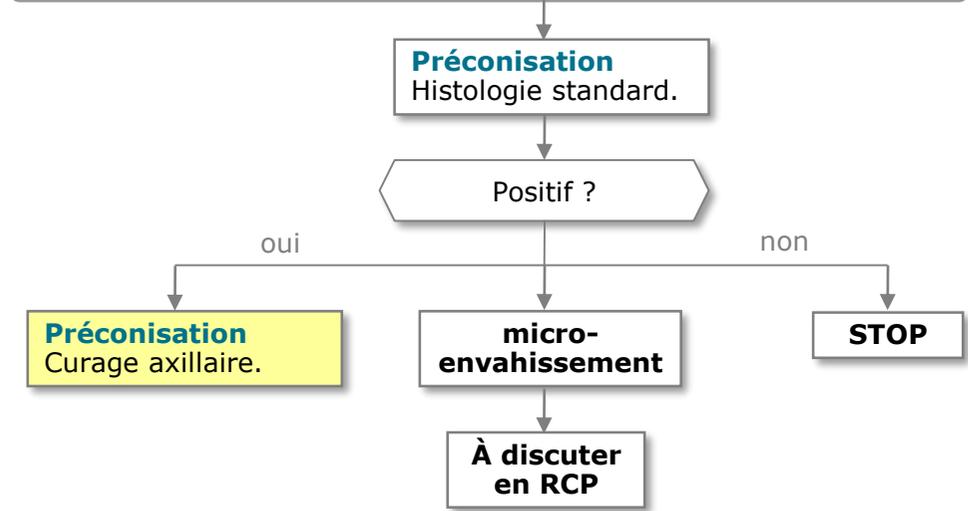
Détermination des marges

- Marge in sano = 2 mm pour les cancer du sein in situ
- Exérèse in sano (absence de tumeur au niveau de l'encre) pour les carcinomes infiltrants
- Résection de la glande jusqu'au plan profond (« quartier d'orange ») afin de faciliter les recoupes éventuelles.
- Ciseaux pour éviter l'électrocoagulation des berges
- Orientation de la pièce obligatoire, la réalisation pratique de cette orientation est à mettre au point pour chaque binôme chirurgien/pathologiste
- Pour les recoupes, nécessité d'avoir un repérage de la face tumorale
- Mise en place de clips dans le lit tumoral,
- En cas de microcalcifications lors de la chirurgie initiale : mammographie de contrôle 3 mois après la fin de la radiothérapie.

Bonnes pratiques d'IRM

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

Recherche du ganglion sentinelle* en axillaire en l'absence de ganglions suspects à l'échographie axillaire

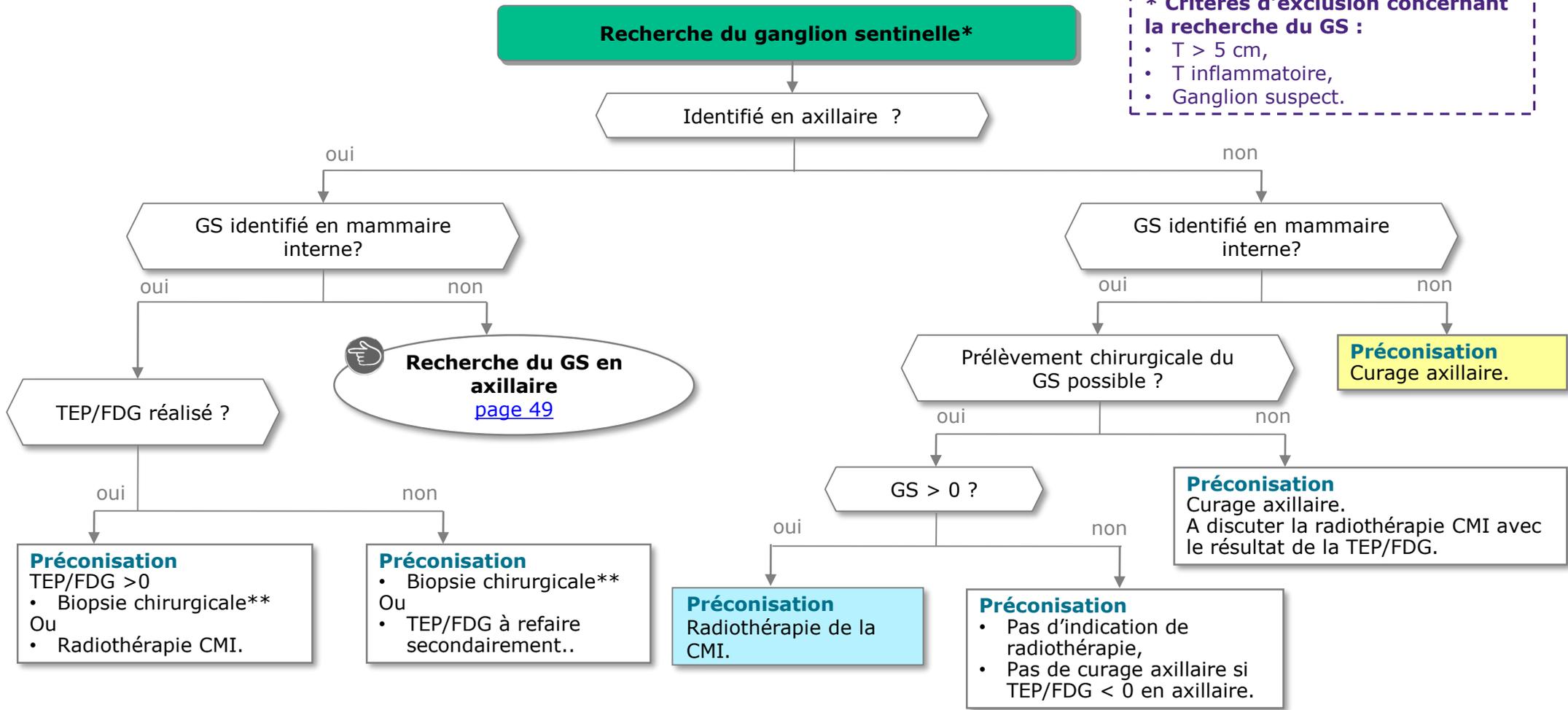


*** Critères d'exclusion concernant la recherche du GS :**

- T > 5 cm,
- T inflammatoire,
- Ganglion suspect.

*** Critères d'exclusion concernant la recherche du GS :**

- T > 5 cm,
- T inflammatoire,
- Ganglion suspect.



**** Biopsie chirurgicale de la CMI à privilégier si :**

- Âge < 35 ans,
- T > 2 cm,
- Rançon cicatricielle modérée.

Classification TNM de l'UICC, édition 2002 en français

Le système TNM distingue le stade clinique pré-thérapeutique noté « cTNM » et le stade anatomopathologique post-chirurgical noté « pTNM »

Tumeur Primaire T

TX La tumeur primitive ne peut pas être évaluée

T0 La tumeur primitive n'est pas palpable

Tis : Carcinome *in situ*

Tis (CCIS) Carcinome canalaire *in situ*

Tis (CLIS) Carcinome lobulaire *in situ*

Tis (Paget) Maladie de Paget du mamelon sans tumeur sous-jacente

NB La maladie de Paget associée à une tumeur est classée en fonction de la taille de la tumeur.

T1 Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T1mic Micro-invasion ≤ 1 mm dans sa plus grande dimension

T1a 1 mm < tumeur ≤ 5 mm dans sa plus grande dimension

T1b 5 mm < tumeur ≤ 1 cm dans sa plus grande dimension

T1c 1 cm < tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T2 2 cm < tumeur ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension

T3 Tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension

T4 Tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)

T4a Extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral

T4b Œdème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein

T4c T4a + T4b

T4d Cancer inflammatoire

Classification TNM de l'UICC, édition 2002 en français

Ganglions Lymphatiques régionaux pN

- Nx** L'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué (par exemple déjà enlevés chirurgicalement ou non disponibles pour l'analyse anatomopathologique du fait de l'absence d'évidement)
- N0** Absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique et absence d'examen complémentaire à la recherche de cellules tumorales isolées
- N0(i-) Absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, étude immunohistochimique négative (IHC)
 - N0(i+) Absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, IHC positive, avec des amas cellulaires $\leq 0,2$ mm (considéré comme sans métastase ganglionnaire)
 - N0(mol-) Absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire négative (RT-PCR : *reverse transcriptase polymerase chain reaction*)
 - N0(mol+) Absence d'envahissement ganglionnaire régional histologique, biologie moléculaire positive (RT-PCR)
- N1mi** Micrométastases $> 0,2$ mm et ≤ 2 mm
- N1** Envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires ou/et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique
- N1a Envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires
 - N1b Envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique
 - N1c Envahissement de 1 à 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique (pN1a + pN1b)
- N2** Envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire.
- N2a Envahissement de 4 à 9 ganglions axillaires avec au moins un amas cellulaire > 2 mm
 - N2b Envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects, en l'absence d'envahissement ganglionnaire axillaire.
- N3** Envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires ou envahissement des ganglions sous-claviculaires (niveau III axillaire) ou envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique ou envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux.
- N3a Envahissement d'au moins 10 ganglions axillaires (avec au moins un amas cellulaire > 2 mm) ou envahissement des ganglions sous-claviculaires.
 - N3b Envahissement des ganglions mammaires internes homolatéraux suspects avec envahissement ganglionnaire axillaire ou envahissement de plus de 3 ganglions axillaires et envahissement des ganglions de la CMI détecté sur ganglion sentinelle sans signe clinique.
 - N3c Envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

Classification TNM de l'UICC, édition 2002 en français

Métastases à distance (M)

Mx Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance

M0 Absence de métastases à distance

M1 Présence de métastase(s) à distance

Classification par stade UICC

0 Tis N0 M0

I T1 N0 M0

IIA T0 N1 M0; T1 N1 M0; T2 N0 M0

IIB T2 N1 M0; T3 N0 M0

IIIA T0 N2 M0; T1 N2 M0; T2 N2 M0; T3 N1 M0; T3 N2 M0

IIIC Tous T N3 M0

IV Tous T Tous N M1

Classification en 6 catégories des images mammographiques Correspondance avec le système BI-RADS de l’American College of Radiology (ACR)

ACR 0	<p>Des investigations complémentaires sont nécessaires</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de micro calcifications, échographie, etc. - C’est une classification « d’attente », qui s’utilise en situation de dépistage ou dans l’attente d’un second avis, avant que le second avis soit obtenus ou que le bilan d’imagerie soit complété et qu’ils permettent une classification définitive.
ACR 1	<p>Mammographie normale</p>
ACR 2	<p>Anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opacité ronde avec macro calcifications (adénofibrome ou kyste) - Ganglion intra mammaire - Opacité(s) ronde(s) correspondant à un / des kyste(s) typique(s) en échographie - Image(s) de densité graisseuse ou mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux) - Cicatrice(s) connue(s) et calcification(s) sur matériel de suture - Macrocalcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires, etc. - Microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques - Calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses
ACR 3	<p>Anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé - Petit(s) amas rond(s) ou ovale(s) de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d’adenofibrome - Opacité(s) bien circonscrite(s), ronde(s) ou ovale(s) ou discrètement polycyclique(s) sans microlobulation, non calcifiée(s), non liquidiennes en échographie - Asymétrie focale de densité à limites concaves et / ou mélagées à de la graisse
ACR 4	<p>Anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses et / ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales - Microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses - Microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, peu nombreuses - Image(s) spiculée(s) sans centre dense - Opacité(s) non liquidiennes(s) ronde(s) ou ovale(s) aux contours lobulés, ou masqué, ou ayant augmenté de volume - Distorsion architecturale en dehors d’une cicatrice connue et stable - Asymétrie(s) ou surcroît(s) de densité localisé(s) à limites convexes ou évolutif(s)
ACR 5	<p>Anomalie évocatrice d’un cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées - Groupement de microcalcifications quelle que soit leur morphologie, dont la topographie est galactophorique - Microcalcifications associées à une architecturale ou à une opacité - Microcalcifications groupées ayant augmenté en nombre ou dont la morphologie et la distribution sont devenues plus suspectes - Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers - Opacité spiculée à centre dense
ACR 6	<p>Diagnostic déjà prouvé histologiquement</p>

Classification (OMS 2003) des lésions lobulaires en LIN (Lobular Intraepithelial Neoplasia)

Grade	Description
LIN 1	Remplacement partiel ou complet, ou déplacement des cellules épithéliales normales des acini à l'intérieur de un ou plusieurs lobules par la prolifération de cellules généralement uniformes, qui peuvent remplir, mais non distendre, les lumières acineuses atteintes, comparé aux acini adjacents non atteints.
LIN 2	Prolifération plus abondante de cellules identiques remplissant et distendant certains ou tous les acini. Les bordures acineuses restent distinctes et séparées avec persistance de stroma entre les différents acini. Quelques lumières acineuses résiduelles peuvent persister.
LIN 3	<p>Type 1 : Prolifération de cellules identiques, mais parfois des cellules plus atypiques peuvent prédominer. Un paramètre important est le degré massif de distension des acini de telle façon que les acini peuvent apparaître confluents. Le stroma interacineux est rarement visible (<i>macroacinar LIN</i>) CLIS.</p> <p>Type 2 : Cellules proliférantes de type « bague à chaton » ou pléiomorphe. Dans ce cas là, une distension acineuse importante peut ne pas être présente (<i>signet ring cell LIN, pleomorphic LIN</i>).</p> <p>Type 3 : Distension acineuse avec nécrose centrale (<i>nécrotic LIN</i>).</p>

Formulation des réponses HER2 selon recommandations du GEFPICS 2014

1- HER2 en IHC

HER2 positif : +++	marquage membranaire complet et intense > 10% des cellules tumorales invasives
HER 2 ambigu : ++	marquage membranaire complet modéré > 10% des cellules ou marquage complet intense ≤ 10%)
HER 2 négatif : +	marquage membranaire faible complet ou incomplet, dans plus de 10% des cellules
HER 2 négatif : 0	(l'absence de marquage ou marquage membranaire complet ou incomplet et faible ou modéré ≤ 10% cellules)

2 – FISH HER2

HER2 négatif ou « non amplifié » : < 4 copies HER2 par noyau

HER2 amplifié:

- « **amplifié** » ≥ 6 copies HER2 par noyau
 - « **éligible** » ≥ 4 copies HER2 par noyau et ration HER2/CEP17 ≥ 2
- } > 10% des cellules tumorales

HER 2 ambigu

- ≥ 6 copies HER2 par noyau
 - ≥ 4 copies HER2 par noyau et ratio HER2/CEP17 ≥ 2
- } ≤ 10% des cellules tumorales
- ≥ 4 copies HER2 par noyau et ratio HER2/CEP17 < 2
- } > 10% des cellules tumorales

Questionnaire G8

Items	Réponses possibles (1 réponse / question)		
Le patient présent-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	Anorexie sévère	0	<input type="checkbox"/>
	Anorexie modérée	1	<input type="checkbox"/>
	Pas d'anorexie	2	<input type="checkbox"/>
Perte récente de poids (< 3 mois)	Perte de poids > 3 kg	0	<input type="checkbox"/>
	Ne sait pas	1	<input type="checkbox"/>
	Perte de poids entre 1 et 3 kg	2	<input type="checkbox"/>
	Pas de perte de poids	3	<input type="checkbox"/>
Motricité	Du lit au fauteuil	0	<input type="checkbox"/>
	Autonome à l'intérieur	1	<input type="checkbox"/>
	Sort du domicile	2	<input type="checkbox"/>
Problèmes neuropsychologiques	Démence ou dépression sévère	0	<input type="checkbox"/>
	Démence ou dépression modérée	1	<input type="checkbox"/>
	Pas de problème psychologique	2	<input type="checkbox"/>
Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg / m ²) Poids = _ _ _ kg taille = _ _ _ cm	IMC < 19	0	<input type="checkbox"/>
	19 ≤ IMC ≤ 21	1	<input type="checkbox"/>
	21 ≤ IMC < 23	2	<input type="checkbox"/>
	IMC ≥ 23	3	<input type="checkbox"/>
Prend plus de 3 médicaments	Oui	0	<input type="checkbox"/>
	Non	1	<input type="checkbox"/>
Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	Moins bonne	0	<input type="checkbox"/>
	Ne sait pas	0,5	<input type="checkbox"/>
	Aussi bonne	1	<input type="checkbox"/>
	Meilleure	2	<input type="checkbox"/>
Age	> 85 ans	0	<input type="checkbox"/>
	80 – 85 ans	1	<input type="checkbox"/>
	< 80 ans	2	<input type="checkbox"/>

Si score ≤ 14 = réalisation d'une évaluation gériatrique approfondie