

MARS 2016



OUTILS POUR LA PRATIQUE

# CANCERS DU SEIN

/Du diagnostic au suivi



[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)



L'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.



Le Plan cancer 2014-2019 a pour ambitions de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades.

Il comprend 17 objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :

- Guérir plus de personnes malades
- Préserver la continuité et la qualité de vie
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage et les organisations

Le Plan cancer s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ».

Ce guide répond à **l'action 2.22** :

Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.

Pour en savoir plus et télécharger le Plan cancer : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

### » Ce document fait partie de la collection « Outils pour la pratique » à destination des médecins généralistes.

Cette collection vise à vous aider dans votre pratique en cancérologie en présentant de façon synthétique le parcours de soins d'une patiente atteinte de cancer du sein. Le contenu a été élaboré à partir de recommandations de bonnes pratiques selon une méthode décrite sur le site Internet de l'Institut national du cancer ([e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)).

Des ressources pratiques (documents, sites Internet, plateformes téléphoniques) pour vous et vos patientes sont répertoriées, page 16.

Les éléments clés de l'organisation des soins en cancérologie sont rassemblés dans un document : « Organisation des soins en cancérologie, éléments clés » (1).

Ce document doit être cité comme suit : © *Cancers du sein /du diagnostic au suivi*, INCa, novembre 2016.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

# CANCERS DU SEIN

---

Le pronostic du cancer du sein est désormais bon, d'autant plus qu'il est diagnostiqué et traité tôt. La survie nette à 5 ans s'est améliorée, ce qui peut s'expliquer par deux facteurs : les progrès thérapeutiques majeurs réalisés au début des années 2000 et une augmentation de la proportion des cancers découverts à un stade précoce en lien avec le développement des pratiques de dépistage. Le médecin généraliste, impliqué dès la phase initiale de la maladie, est l'acteur majeur du suivi sur le long terme de ces patientes. Sa place est essentielle, en lien avec l'équipe spécialisée.

## Les chiffres du cancer du sein en France

- **54 062 nouveaux cas** et **11 913 décès** projetés en 2015
- **1<sup>er</sup> rang** des cancers féminins et **2<sup>e</sup> rang** de tous les cancers en termes de fréquence
- Survie nette à 5 ans estimée à environ **87 %**

## Principaux facteurs de risque

- Âge
- Antécédents personnels de pathologies mammaires (cancer du sein, hyperplasie atypique)
- Antécédents familiaux de cancer du sein dont les prédispositions génétiques (principalement mutation des gènes BRCA1 ou 2)
- Antécédents de radiothérapie thoracique à haute dose (par exemple pour un lymphome de Hodgkin)

## Autres facteurs de risque identifiés :

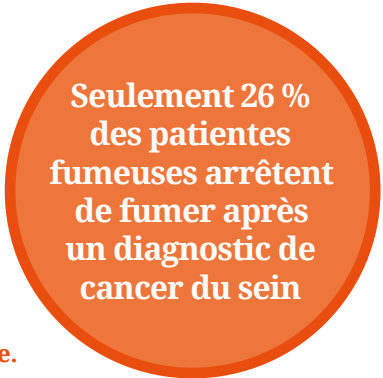
- Surpoids et obésité chez la femme ménopausée
- Durée de l'exposition de l'organisme aux hormones
- Tabagisme
- Consommation d'alcool

**Facteur protecteur :** l'activité physique est associée à une diminution du risque après la ménopause (2).

L'arrêt du tabac réduit les risques de complications chirurgicales (cicatrisation, échec de la reconstruction mammaire...), de toxicités radio induites (cutanées, cardiaques, cancer du poumon radio induit...), de second cancer et a un impact sur la survie spécifique et globale.

**Le médecin généraliste a un rôle essentiel pour accompagner l'arrêt du tabac de ses patientes atteintes de cancer du sein, quel qu'en soit le stade.**

**Un fumeur aura 80 % plus de chance d'arrêter s'il reçoit de l'aide d'un professionnel de santé.**



**Seulement 26 %  
des patientes  
fumeuses arrêtent  
de fumer après  
un diagnostic de  
cancer du sein**

# SOMMAIRE

---

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Démarche diagnostique et bilan initial</b>                            | <b>6</b>  |
|          | ○ Circonstances de découverte  | 6         |
|          | ○ Interrogatoire devant une suspicion                                    | 6         |
|          | ○ Examen clinique  | 6         |
|          | ○ Bilan initial  | 6         |
| <b>2</b> | <b>Thérapeutique des cancers du sein infiltrants et/ou métastatiques</b> | <b>8</b>  |
|          | ○ Stratégies thérapeutiques  | 8         |
|          | ○ Principaux effets indésirables précoces des traitements                | 9         |
| <b>3</b> | <b>Suivi partagé</b>   | <b>11</b> |
|          | ○ Rythme des examens de suivi  | 11        |
|          | ○ Principales complications tardives des traitements                     | 12        |
|          | ○ Principales localisations à risque de second cancer                    | 13        |
|          | ○ Approche médicale globale  | 14        |
| <b>4</b> | <b>Forme particulière : le carcinome <i>in situ</i></b>                  | <b>15</b> |
|          | <b>Ressources</b> (documents, sites internet, plateforme téléphonique)   | <b>16</b> |
|          | <b>Liste des participants</b>  | <b>17</b> |
|          | <b>Références</b>  | <b>17</b> |

# 1

## DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET BILAN INITIAL

### CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE DU CANCER DU SEIN

Dépistage d'un cancer asymptomatique  
(90 % des cas)

Éléments cliniques évocateurs  
(10 % des cas)

- Tumeur mammaire
- Peau : rétraction ou inflammation
- Mamelon : écoulement spontané, maladie de Paget
- Adénopathie axillaire

Métastases

- Osseuses, hépatiques, pulmonaires, cérébrales...

### INTERROGATOIRE DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DU SEIN

- Appréciation du potentiel évolutif de la tumeur (évolution rapide, signes inflammatoires locaux)
- Prise de traitement hormonal (y compris stérilet hormonal)
- Statut ménopausique
- Antécédents personnels et familiaux de cancer (en particulier sein et ovaire)

Dans 5 à 10 % des cas, le cancer du sein est lié à une prédisposition génétique qui nécessite une approche spécifique. Le plus souvent, les mutations portent sur des gènes appelés BRCA1 et BRCA2. La mutation

de ces gènes augmente le risque de développer un cancer du sein à un âge jeune (avant la ménopause), un cancer du sein bilatéral et un cancer de l'ovaire essentiellement à partir de 40 ans (3).

### EXAMEN CLINIQUE DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DU SEIN

- Caractéristiques de la tumeur : palpable ou non, topographie, taille par rapport au volume du sein (qualifié en 80B par exemple.)
- Mobilité et examen du revêtement cutané, de l'aréole et du mamelon
- Aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires
- Recherche de signes d'appel de localisation métastatique

### BILAN INITIAL DEVANT UNE SUSPICION DE CANCER DU SEIN

Mammographie bilatérale  
(CR en classification BI-RADS de l'ACR)

- Systématique

Échographie mammaire bilatérale

- En cas de mammographie non informative ou d'image douteuse ou de seins denses

Biopsie percutanée mammaire  
(microbiopsie pour des masses ou opacités suspectes, macrobiopsie pour des foyers de microcalcifications)

- Systématique en cas d'images ACR 4 ou ACR 5 pour confirmer le diagnostic et préciser notamment le statut des récepteurs hormonaux (oestrogènes, progestérone) et le statut HER2
- Discuté en cas d'images ACR 3

Exploration échographique axillaire

- Réalisée lors de l'échographie mammaire ou lors de la biopsie mammaire

L'IRM mammaire est réservée à des situations cliniques bien identifiées et appréciées en milieu spécialisé (pour en savoir plus, « Dépistage et préven-

tion du cancer du sein. Actualisation du référentiel des pratiques de l'examen périodique de santé. » HAS, page 18).

- Aucun examen biologique n'est indiqué de manière systématique. Aucun dosage de marqueur tumoral sérique n'est indiqué pour le diagnostic du cancer du sein.
- Le bilan d'extension à la recherche de métastases viscérales ou osseuses n'est pas systématique non plus. Il ne doit pas retarder l'orientation en milieu spécialisé où il sera décidé si nécessaire.

---

**À ce stade, un avis spécialisé, le plus souvent chirurgical, est requis. La patiente est adressée avec l'ensemble de son dossier (y compris la biopsie avec l'ensemble des résultats des récepteurs hormonaux et HER2).**

---

Des **critères pronostiques** cliniques (âge, taille tumorale, présence de métastases, etc.) et anatomopathologiques (type histologique, potentialité de prolifération

cellulaire rapide (index de prolifération Ki67 notamment), expression des récepteurs, etc.) sont évalués pour apprécier le risque de rechute et pris en compte pour la décision de traitement systémique.

Des **critères prédictifs de réponse** à certains traitements sont précisés par l'examen anatomopathologique. Il s'agit notamment de l'expression des récepteurs:

- hormonaux (récepteurs aux oestrogènes et/ou à la progestérone): pour la sensibilité à l'hormonothérapie;
- de l'HER2: pour la sensibilité à une thérapie ciblant le récepteur HER2.

**Les cancers triple négatifs**, définis par l'absence d'expression des récepteurs aux oestrogènes et à la progestérone et de surexpression d'HER2, représentent environ 15 % des cancers du sein. **Ils ne sont éligibles ni à une hormonothérapie ni à aucune thérapie ciblée.**

# 2

## THÉRAPEUTIQUE DES CANCERS DU SEIN INFILTRANTS ET/OU MÉTASTATIQUES

La stratégie thérapeutique est définie en lien avec le médecin généraliste, et en accord avec la patiente, sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis est présenté à la patiente au cours d'une consultation d'annonce. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis à la patiente et adressé aux médecins qu'elle aura désignés comme destinataires.

### Les soins de support

Avant et au cours du traitement, une symptomatologie douloureuse, un état nutritionnel précaire, une détresse psychologique, un contexte social fragile doivent être systématiquement recherchés. Il est nécessaire de préserver la qualité de vie et de proposer un soutien à la patiente et à son entourage (choix d'une personne de confiance, possibilité de rédaction de directives anticipées, accès aux soins de support, etc.).

| STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| Traitements  | Cancer infiltrant   |  | Cancer métastatique   |
| <b>Traitement néoadjuvant</b> (précédant la chirurgie)<br>chimiothérapie conventionnelle<br>+/- thérapie ciblée anti-HER2, hormonothérapie | Si cancer volumineux ou inflammatoire   |  | Pas d'indication  |
| <b>Chirurgie mammaire</b>  | Choix en fonction de la tumeur, du volume du sein et de l'avis de la patiente entre :   |  | Si rémission de la maladie métastatique. Décision au cas par cas. |
|  | Mastectomie <b>partielle</b> (tumorectomie)   | Mastectomie <b>totale</b> , avec possibilité de <b>reconstruction mammaire</b> , immédiate ou le plus souvent différée |   |
| <b>Geste chirurgical axillaire</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Soit technique du ganglion sentinelle, suivie éventuellement d'un curage axillaire</li> <li>■ Soit curage axillaire (8 à 10 ganglions) d'emblée</li> </ul> |  |   |
| <b>Radiothérapie</b>   | <b>Mammaire</b> (+/- surimpression du lit tumoral)<br><b>+/- ganglionnaire</b>  | <b>Paroi thoracique</b> , selon les facteurs de mauvais pronostic associés<br><b>+/- ganglionnaire</b>                 | Si rémission de la maladie métastatique. Décision au cas par cas. |
| <b>Chimiothérapie conventionnelle</b> (notamment anthracyclines et taxanes), <b>thérapies ciblées</b> (anti-HER2, anti-VEGF)               | Indication et choix des traitements en fonction des facteurs pronostiques et des facteurs prédictifs de réponse aux traitements   |  | Oui   |
| <b>Hormonothérapie</b> (notamment anti-oestrogènes et inhibiteurs de l'aromatase)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Si la tumeur exprime au moins un des deux récepteurs hormonaux.</li> <li>■ Pendant une durée d'au moins 5 ans</li> </ul>                                   |  |   |



Le traitement des stades métastatiques (voir tableau ci-contre) peut permettre une stabilisation avec amélioration de la qualité de vie et des rémissions plus ou moins prolongées sur plusieurs années.

Dans l'ostéolyse maligne, des bisphosphonates ou le denosumab peuvent être indiqués. Ils sont indispensables en cas d'hypercalcémie.

**Le médecin généraliste participe au suivi et à la gestion des effets indésirables précoces, en lien avec l'équipe spécialisée.**  
**Le tableau ci-dessous décrit les principaux effets indésirables des traitements et la conduite à tenir.**  
**La liste exhaustive des effets indésirables des traitements systémiques est disponible dans le résumé des caractéristiques du produit des molécules correspondantes (4).**

| PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DU CANCER DU SEIN  |   |
|--|---|
| Principaux effets indésirables   | Conduite à tenir  |
| <b>CHIRURGIE MAMMAIRE</b>  |   |
| Troubles de la cicatrisation, hématomes, infections, phlyctènes par pansements trop ajustés  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Avis chirurgical demandé en cas de doute, au moins par téléphone</li> <li>■ Surveillance, soins infirmiers, antibiothérapie, drainage si nécessaire par le chirurgien</li> </ul> |
| Douleurs et raideur de l'épaule  | ■ Antalgiques, mobilisation précoce de l'épaule   |
| Altération de l'image corporelle, syndrome anxio-dépressif   | ■ Consultation psychologique  |
| Sérome mammaire  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ponction si symptomatique</li> <li>■ Avis chirurgical si douleurs, inflammation locale, compression</li> </ul>   |
| <b>CURAGE GANGLIONNAIRE</b>  |   |
| Lymphoedème  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Information sur les mesures de précaution,</li> <li>■ +/- compression (manchon), drainage lymphatique, cure thermique</li> </ul>   |
| Lymphocèle axillaire   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ponction si symptomatique</li> <li>■ Avis chirurgical si douleurs, inflammation locale, compression</li> </ul>   |
| Brides lymphatiques axillaires   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prévention par hydratation et par émoullissants</li> <li>■ Kinésithérapie précoce</li> </ul>   |
| <b>RADIOTHÉRAPIE (6)</b>   |   |
| Radioépithélite dont le premier grade est l'érythème cutané (à partir de la troisième semaine, diminution un mois après la radiothérapie), desquamation humide au niveau du sillon sous mammaire | ■ Application de crème hydratante <b>après</b> la séance de radiothérapie (pas d'application de crème avant la séance)  |
| Lymphoedème  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Information sur les mesures de précaution</li> <li>■ +/- compression (manchon), drainage lymphatique, cure thermique</li> </ul>  |
| Exceptionnel oedème du sein  | ■ Avis du radiothérapeute   |
| Douleurs proportionnelles à l'oedème du sein   | ■ Éviter les vêtements trop serrés, prescription d'antalgiques (paracétamol)  |
| Asthénie   | ■ Repos, bilan étiologique : anémie, dénutrition, dépression, etc.  |

| PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES PRÉCOCES DES TRAITEMENTS DU CANCER DU SEIN  |   |
|--|---|
| Principaux effets indésirables   | Conduite à tenir  |
| <b>CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE ET THÉRAPIES CIBLÉES (4)</b>   |   |
| <b>Toxicité digestive</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Antiémétiques lors des cures et des périodes d'inter-cures à domicile, anti diarrhéiques</li> </ul>  |
| <b>Toxicité hématologique</b><br>(anémie, neutropénie, thrombopénie)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prescription initiale hospitalière de facteurs de croissance possible selon les protocoles et les facteurs de risques. Sauf cas très particuliers, les facteurs de croissance ne sont pas prescrits une fois la neutropénie installée</li> <li>■ Si T° &gt; 38,5°C : NFS et antibiothérapie jusqu'à la sortie d'agranulocytose. Hospitalisation si mauvaise tolérance ou signes de localisation</li> </ul> |
| <b>Stomatite</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prévention par une bonne hygiène buccodentaire</li> <li>■ Soins de bouche à base de bicarbonate de sodium 5 à 6 fois par jour</li> <li>■ +/- prescription d'antimycosique, de lidocaïne (gel)</li> </ul>   |
| <b>Alopécie</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prothèse capillaire</li> </ul>   |
| <b>Asthénie</b> (parfois d'apparition soudaine)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Repos, conseils hygiéno-diététiques, activité physique adaptée (2)</li> </ul>  |
| <b>Toxicité cardiovasculaire</b> pouvant être potentialisée en cas d'irradiation thoracique ou d'exposition cumulée aux différents produits et selon le terrain du patient   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Suivi rapproché et conforme aux précautions d'utilisations prévues dans le résumé des caractéristiques des différentes molécules</li> <li>■ Cette toxicité est souvent retardée de plusieurs années</li> </ul>   |
| <b>Toxicité unguéale</b> (pieds et mains)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prévention par application de vernis hydratant (non remboursé)</li> </ul>  |
| <b>Toxicité neurologique périphérique</b><br>(paresthésies avec troubles de la sensibilité, pouvant être irréversibles)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Antalgiques</li> </ul>   |
| <b>Toxicité ovarienne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ aménorrhée temporaire</li> <li>■ infertilité liée à une baisse de la réserve ovarienne</li> <li>■ ménopause précoce avec une symptomatologie plus intense et une ostéoporose accélérée</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Avis spécialisé</li> </ul>   |
| <b>HORMONOTHÉRAPIE (4)</b>   |   |
| <b>Troubles vasomoteurs</b>  |   |
| <b>Accident thromboembolique</b><br>(anti-oestrogènes)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Arrêt du traitement anti-oestrogène</li> <li>■ Traitement anti-coagulant, contention veineuse</li> </ul>   |
| <b>Arthralgies</b><br>(inhibiteurs de l'aromatase)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Optimisation du traitement antalgique</li> <li>■ Pause thérapeutique possible pendant un mois avant avis oncologique</li> <li>■ Relais thérapeutique par anti-oestrogènes en l'absence de contre-indication</li> </ul>   |



► L'arrêt du tabac est très important pour la patiente fumeuse.

**Le médecin généraliste a un rôle majeur à jouer pour accompagner le sevrage tabagique dès le début du parcours de soins (7) (8) (9).**

► Depuis juin 2015, les traitements par substituts nicotiques (patchs, gommages, etc.) sont remboursés à hauteur de 150 euros par an pour les patients atteints de cancer (condition : ordonnance consacrée exclusivement à ces produits, aucun autre traitement ne doit y figurer).

# 3 SUIVI PARTAGÉ

Les objectifs du suivi d'un cancer du sein sont les suivants :

- Détecter les récurrences locales ou à distance et la survenue d'un nouveau cancer du sein homo ou controlatéral.
- Rechercher et gérer les complications tardives liées aux traitements et les séquelles, veiller à la qualité de vie, encourager l'observance du traitement hormonal.
- Organiser les soins de support nécessaires.
- Permettre un accompagnement médicosocial et une aide à la réinsertion professionnelle.
- Détecter précocement un second cancer.
- Avoir une approche médicale globale sur les différents risques à prévenir pour la santé des patientes (en priorité, une vigilance à l'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les fumeuses ou anciennes fumeuses, mais aussi encourager la pratique ou la poursuite d'une activité physique, la vaccination...).

**Le plus souvent, ce suivi peut être assuré en ville par le médecin généraliste, en coordination avec l'équipe référente du traitement. Un échange d'informations dans les deux sens est indispensable.**

| RYTHME DES EXAMENS DE SUIVI DU CANCER DU SEIN |  |  |
|---|--|--|
| Suivi   | Examens  | Rythme   |
| Clinique                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interrogatoire</li> <li>■ Examen clinique</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tous les 3 à 6 mois pendant 5 ans</li> <li>■ puis tous les ans, à vie</li> </ul>  |
| Radiologique                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mammographie</li> <li>■ +/- échographie (bilatérales ou controlatérales)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 an après la mammographie initiale et au moins 6 mois après la fin de la radiothérapie</li> <li>■ puis tous les ans tant que la patiente peut être traitée si une lésion est mise en évidence</li> </ul> |
| Biologique                                    | Pas d'indication   |  |

En dehors des essais cliniques et de certains cas particuliers, il n'y a pas d'indication à la réalisation systématique d'autres examens d'imagerie (en particulier hépatique ou thoracique). Les autres examens complémentaires sont discutés en présence de signes d'appel.

Aucun dosage de marqueur tumoral sérique n'est indiqué dans le suivi.



▶ Le calendrier de surveillance doit être discuté et adapté pour chaque patiente, notamment selon la gravité initiale du cancer, les formes à bon ou mauvais pronostic et le terrain (formes génétiques).

Le médecin généraliste participe au suivi et à la gestion des effets indésirables tardifs, en lien avec l'équipe spécialisée. Le tableau ci-dessous décrit les principaux effets indésirables des traitements et la

conduite à tenir. La liste exhaustive des effets indésirables des traitements systémiques est disponible dans le résumé des caractéristiques du produit des molécules correspondantes (4) (5).

| <b>PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DU CANCER DU SEIN</b>  |  |
|--|--|
| <b>Effets indésirables</b>   | <b>Conduite à tenir</b>  |
| <b>CHIRURGIE MAMMAIRE</b>  |  |
| <b>Douleurs séquellaires (10)</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Antalgiques</li> <li>■ Recours à une structure spécialisée de la douleur si nécessaire</li> </ul>                                 |
| <b>Limitation de la fonction du bras et de l'épaule</b>  | ■ Kinésithérapie, physiothérapie   |
| <b>Séquelles esthétiques</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinésithérapie (massages mécaniques)</li> <li>■ Chirurgie</li> </ul>  |
| <b>CURAGE GANGLIONNAIRE</b>  |  |
| <b>Troubles sensitifs</b>  | ■ Rassurer ou traiter selon l'importance   |
| <b>Douleurs</b>  |  |
| <b>Limitation de la fonction du bras et de l'épaule</b>  | ■ Kinésithérapie   |
| <b>Lymphoedème (avec risque d'érysipèle)</b><br>D'apparition souvent tardive, il ne doit être attribué à un effet indésirable du traitement qu'après élimination du diagnostic de récurrence.                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Information sur les mesures de précaution</li> <li>■ +/- compression (manchon), drainage lymphatique, cure thermique</li> </ul>   |
| <b>RADIOTHÉRAPIE (suivi annuel par le radiothérapeute) (6)</b>   |  |
| <b>Séquelles superficielles</b><br>(peau sèche, dépilée, télangiectasies, puis atrophie sous-cutanée, sclérose)  | ■ Traitement par laser des télangiectasies si elles sont très inesthétiques  |
| <b>Lymphoedème (avec risque d'érysipèle)</b><br>D'apparition souvent tardive, il ne doit être attribué à un effet indésirable du traitement qu'après élimination du diagnostic de récurrence                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Information sur les mesures de précaution</li> <li>■ +/- compression (manchon), drainage lymphatique, cure thermique</li> </ul>   |
| <b>Raideur scapulaire</b>  | ■ Kinésithérapie précoce, physiothérapie   |
| <b>Séquelles esthétiques</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinésithérapie (massage et étirement du muscle pectoral)</li> <li>■ Correction chirurgicale possible dans certains cas</li> </ul> |
| <b>Toxicité cardiaque</b> (variable selon les doses reçues au niveau du cœur) <ul style="list-style-type: none"> <li>■ péricardite chronique</li> <li>■ ischémie coronarienne</li> <li>■ insuffisance cardiaque</li> </ul> | ■ Avis spécialisé  |

| <b>PRINCIPALES COMPLICATIONS TARDIVES DES TRAITEMENTS DU CANCER DU SEIN</b>   |   |
|---|---|
| <b>Effets indésirables</b>  | <b>Conduite à tenir</b>   |
| <b>CHIMIOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE ET THÉRAPIES CIBLÉES (4)</b>  |   |
| <b>Cardiotoxicité</b><br>(anthracyclines, thérapies ciblées)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Surveillance régulière de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG)</li> </ul>  |
| <b>Neurotoxicité</b><br>(neuropathies périphériques notamment)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Détection clinique + questionnaire DN4 (11)</li> <li>■ Traitement symptomatique par antalgiques</li> </ul>   |
| <b>Toxicité cognitive</b><br>(troubles de la mémoire, difficultés de concentration, fatigue, distraction, difficultés à trouver ses mots) | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluation des fonctions cognitives</li> <li>■ Avis spécialisé si nécessaire</li> </ul>  |
| <b>Asthénie</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Activité physique adaptée (2)</li> <li>■ Bilan étiologique : anémie, dénutrition, dépression, etc.</li> </ul>  |
| <b>Troubles de la sexualité</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ À rechercher et évaluer</li> <li>■ Consultation auprès d'un sexologue</li> </ul>   |
| <b>HORMONOTHÉRAPIE (4)</b>  |   |
| <b>Arthralgies persistantes</b><br>(inhibiteurs de l'aromatase)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Optimisation du traitement antalgique</li> <li>■ Pause thérapeutique possible pendant un mois avant avis oncologique</li> <li>■ Relais thérapeutique par anti-oestrogènes en l'absence de contre-indication</li> </ul> |
| <b>Métrorragies</b><br>(anti-oestrogènes)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Échographie pelvienne (risque de cancer de l'endomètre)</li> </ul>   |
| <b>Ostéoporose</b><br>(inhibiteurs de l'aromatase + suppression de la synthèse ovarienne des oestrogènes chez la femme jeune)             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Surveillance par ostéodensitométrie (au début du traitement puis à intervalles réguliers)</li> <li>■ Mise en route d'un traitement si nécessaire</li> </ul>  |
| <b>Sécheresse vaginale</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Traitement local non hormonal</li> </ul>   |

Après un cancer du sein, le risque de second cancer primaire est légèrement plus élevé que pour la population générale.

| <b>PRINCIPALES LOCALISATIONS À RISQUE DE SECOND CANCER APRÈS UN CANCER DU SEIN</b> |  |
|--|--|
| <b>Sein (homo ou controlatéral)</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ En particulier dans le cas d'un diagnostic de cancer du sein à un âge jeune (avant 40 ans) et pour les femmes présentant une histoire familiale de cancer du sein et de l'ovaire, avec ou sans mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2</li> </ul>   |
| <b>Ovaire</b>  |  |
| <b>Endomètre</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ En particulier pour les femmes ayant reçu un traitement par anti-oestrogènes (tamoxifène) ; chez ces patientes, une surveillance clinique au moins annuelle est nécessaire. Des examens approfondis (échographie) doivent être pratiqués rapidement en cas de métrorragies</li> </ul> |

Le suivi du cancer du sein s'intègre dans une approche médicale globale, notamment cardiovasculaire, le tabac, la consommation d'alcool et l'obésité étant des facteurs de risque de ce cancer.

| <b>APPROCHE MÉDICALE GLOBALE</b>                |  |
|---|--|
| <b>Lutte contre les facteurs de risque</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aide à l'arrêt du tabagisme</li> <li>■ Aide à l'arrêt de la consommation d'alcool</li> <li>■ Encouragement à la pratique ou à la poursuite d'une activité physique adaptée à la personne et à ses capacités</li> <li>■ Lutte contre la prise de poids et l'obésité</li> </ul>                                     |
| <b>Contraception des femmes non ménopausées</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Même en cas d'aménorrhée chimio-induite</li> <li>■ Surtout sous tamoxifène (tératogène)</li> <li>■ Contre-indication des contraceptions hormonales, y compris stérilet aux progestatifs</li> </ul>  |
| <b>Souhait de grossesse</b>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Il n'y a pas de contre-indication théorique après la fin des traitements</li> <li>■ Elle sera notamment fonction des traitements en cours, du pronostic de la maladie initiale, de l'âge, etc.</li> </ul>   |
| <b>Vaccinations</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tous les vaccins vivants sont contre-indiqués pendant au moins 6 mois après la fin de la chimiothérapie</li> <li>■ Les vaccinations doivent être conformes aux recommandations vaccinales spécifiques chez les patientes sous chimiothérapie préconisées par le Haut Conseil de la santé publique (12)</li> </ul> |
| <b>Dépistages organisés d'autres cancers</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cancer colorectal chez les patientes de 50 à 74 ans</li> <li>■ Cancer du col de l'utérus chez les patientes de 25 à 65 ans (en cours de généralisation)</li> </ul>  |



► Les professionnels de santé ont l'obligation de déclarer tout effet indésirable suspecté (5).

# 4

## FORME PARTICULIÈRE : LES CARCINOMES *IN SITU*

Dans le carcinome *in situ*, les cellules tumorales n'ont pas franchi la membrane basale. Il n'expose donc théoriquement pas au risque de métastases. Le terme *in situ* ne préjuge pas de l'étendue du carcinome qui peut intéresser tout le sein. Dans la majorité des cas, il est non palpable.

Les carcinomes *in situ*, qu'ils soient canaux (85 à 90 % des cas) ou lobulaires (10 à 15 % des cas), sont des lésions histologiques dont le risque est l'apparition au long cours d'un cancer infiltrant.

**Le carcinome lobulaire *in situ* est à considérer comme une lésion précancéreuse. Il ne nécessite généralement pas de traitement, mais une surveillance régulière**, tandis que le carcinome canalaire *in situ* relève d'un traitement qui peut aller d'une chirur-

### Pour en savoir plus

Prise en charge du carcinome canalaire *in situ*, Questions d'actualité

Disponible sur le site de l'Institut national du cancer :  
<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Prise-en-charge-du-carcinome-canalaire-in-situ-Questions-d-actualite-Rapport-integral>

gie conservatrice du sein suivie d'une radiothérapie à une mastectomie totale suivie d'une reconstruction immédiate ou différée.

## RESSOURCES (DOCUMENTS, SITES INTERNET, PLATEFORME TÉLÉPHONIQUE)

### Documents et sites Internet

#### Pour vous

- (1) Guide pour la pratique « Organisation des soins en cancérologie, éléments clés », disponible prochainement sur le site Internet de l'Institut national du cancer
- (2) Fiche repère « Activité physique et cancer » disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique catalogue-des-publications**
- (3) Dossier sur l'oncogénétique : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique soins**
- (4) Base de données publique exhaustive et gratuite sur les médicaments disponibles en France qui donne toute information sur les AMM des molécules, leurs effets indésirables, les avis de la HAS, leurs prix et leurs conditions de prescription : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
- (5) Pour déclarer un effet indésirable médicamenteux sur le site Internet de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>, **rubrique déclarer un effet indésirable**
- (6) Brochure « Médecin traitant et patient en radiothérapie : conseils pratiques » disponible sur le site internet de l'Institut national du cancer : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique Catalogue-des-publications**
- (7) Fiche pour la pratique « Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer », INCa, novembre 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer
- (8) Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer/Systématiser son accompagnement, INCa, mars 2016, disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique Catalogue-des-publications**
- (9) Dossier sur l'aide au sevrage tabagique : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique professionnels de santé**
- (10) Fiche repère « La douleur en cancérologie » disponible sur le site Internet de l'Institut national du cancer : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique professionnels de santé**

- (11) Outil de dépistage des douleurs neuropathiques, disponible sur : <http://www.sfetd-douleur.org/outils-specifiques>
- (12) Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales du Haut Conseil de la santé publique : <http://www.hcsp.fr>

#### Pour vos patientes

- Dossier sur le cancer du sein, comprenant notamment la liste des associations de patientes et leurs sites Internet : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), **rubrique patients et proches**
- Guides Cancer info téléchargeables et disponibles à la commande gratuitement sur le site Internet de l'Institut national du cancer : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr), dont en particulier :
  - Les traitements des cancers du sein, octobre 2013,
  - Démarches sociales et cancer, mars 2012
  - Traitements du cancer et chute des cheveux, avril 2009
  - Participer à un essai clinique en cancérologie, février 2015
  - Douleur et cancer
  - Fatigue et cancer
  - Vivre pendant et après un cancer

#### Plateforme téléphonique

##### La ligne Cancer info

Service proposé par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer : une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond aux questions d'ordre pratique, médical et social du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Un service d'écoute animé par des psychologues et une permanence juridique proposés par la Ligue nationale contre le cancer sont également disponibles du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures

**0805 123 124 (service et appel gratuits)**



## LISTE DES PARTICIPANTS ET RÉFÉRENCES

### » Liste des participants

- **Dr Jérôme BEAUJARD**, médecin généraliste, La Fare-les-Oliviers
- **M. Jean-François BOURGEOIS**, cadre de santé kinésithérapeute, Montpellier
- **Dr Hugo DELUBAC**, médecin généraliste, Arles
- **Dr Pascale DUBRAY-LONGERAS**, oncologue médicale, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand
- **Dr Aurélie-Réjane FERRARA**, médecin généraliste, Hermonville
- **Dr Eric FONDRINIER**, sénologue, CH Henri Mondor, Aurillac
- **Dr Chafika MAZOUNI**, chirurgienne, Gustave Roussy Cancer Campus Grand Paris, Villejuif
- **Dr Mathieu MINSAT**, radiothérapeute, Institut Paoli-Calmettes, Marseille
- **Pr Patrice TAOUREL**, radiologue, CHU de Montpellier

### Institut national du cancer

- **Dr Marie de MONTBEL**, département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament
- **Marianne DUPERRAY**, responsable du département Bonnes pratiques, direction des Recommandations et du médicament
- **Dr Muriel DAHAN**, pharmacien, directrice des Recommandations et du médicament (depuis octobre 2016)
- **Dr Chantal BELORGEY**, directrice des Recommandations et du médicament (jusqu'en juin 2016)
- **Dr Jonathan FINZI**, pharmacien, département Médicament, direction des Recommandations et du médicament.

---

Chaque expert du groupe de travail a renseigné une déclaration d'intérêts, publiée sur le site de l'Institut national du cancer. L'analyse des liens d'intérêts réalisée par l'Institut n'a pas mis en évidence de risque de conflits d'intérêts.

---

### » Références

- **American College of Radiology**. ACR practice parameter for the imaging management of DCIS and invasive breast carcinoma [online]. 2014. Disponible: URL: <http://www.acr.org/>
- **American College of Radiology**. ACR practice parameter for the performance of contrast-enhanced magnetic resonance imaging (MRI) of the breast [online]. 2014. Disponible: URL: <http://www.acr.org/>
- **American College of Radiology**. ACR practice parameter for the performance of ultrasound-guided percutaneous breast interventional procedures [online]. Disponible: URL: <http://www.acr.org/>
- **American College of Radiology**. ACR practice parameter for the performance of stereotactic-guided breast interventional procedures [online]. 2014. Disponible: URL: <http://www.acr.org/>
- **Brackstone M, Fletcher GG, Dayes IS, Mandarnas Y, SenGupta SK, Verma S, members of the Breast Cancer Disease Site Group**. Locoregional Therapy of Locally Advanced Breast Cancer (LABC) [online]. Cancer Care Ontario. 2014. Disponible: URL: <https://www.cancercare.on.ca>
- **Burstein HJ, Temin S, Anderson H, Buchholz TA, Davidson NE, Gelmon KE et al**. Adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer: american society of clinical oncology clinical practice guideline focused update. J Clin Oncol 2014;32(21):2255-69.
- **Cardoso F, Costa A, Norton L, Senkus E, Aapro M, André F et al**. ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). Ann Oncol 2014;25(10):1871-88.

- **Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A, et al.** Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides – Synthèse. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2016. 8 p.  
Disponible: URL: [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr) et [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- **Del Barco S, Ciruelos E, Tusquets I, Ruiz M, Barnadas A.** SEOM clinical guidelines for the systemic treatment of early breast cancer 2013. Clin Transl Oncol 2013;15(12):1011-7.
- **Eisen A, Fletcher GG, Gandhi S, Mates M, Freedman OC, Dent SF et al.** Optimal Systemic Therapy for Early Female Breast Cancer [online]. Cancer Care Ontario. 2015.  
Disponible: URL: <https://www.cancercare.on.ca>
- **Gavila J, Lopez-Tarruella S, Saura C, Munoz M, Oliveira M, Cruz-Merino L et al.** SEOM clinical guidelines in metastatic breast cancer 2015. Clin Transl Oncol 2015;17(12):946-55.
- **Haute Autorité de santé (HAS).** Dépistage et prévention du cancer du sein – Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Février 2015.  
Disponible: URL: <http://www.has-sante.fr>
- **Haute Autorité de santé (HAS).** L'IRM mammaire dans le bilan d'extension locorégionale préthérapeutique du cancer du sein. 2010.  
Disponible: URL: <http://www.has-sante.fr>.
- **Institut de veille sanitaire (InVS), Institut national du cancer (INCa), réseau Francim, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Hospices civils de Lyon (HCL).** Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique.  
Disponible: URL: [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr) et [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- **Institut national du cancer (INCa).** Cancer du sein infiltrant non métastatique, Questions d'actualité, Collection Avis et Recommandations, INCa, Boulogne-Billancourt, juillet 2012.  
Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- **Institut national du cancer (INCa).** Prise en charge du carcinome canalaire in situ, Questions d'actualité, Recommandations et référentiels. 2015.  
Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- **Institut national du cancer (INCa).** Identifier et prévenir les risques de second cancer primitif chez l'adulte, Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt. 2013.  
Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- **Institut national du cancer (INCa).** « La vie deux ans après un diagnostic de cancer, de l'annonce à l'après-cancer », collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014.  
Disponible: URL: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
- **National Comprehensive Cancer Network (NCCN).** Breast cancer V1.2016 [online]. 2016.  
Disponible: URL: <http://www.nccn.org>
- **Recommandations pour la pratique clinique:** Nice-Saint-Paul-de-Vence 2011, Cancers du sein: recommandations et veille bibliographique; Soins de support. Partie I - Cancers du sein. Oncologie 2011;13(10).
- **Recommandations pour la pratique clinique:** Nice-Saint-Paul-de-Vence 2011, Cancers du sein: recommandations et veille bibliographique; Soins de support. Partie II. Oncologie 2011;13(12).
- **Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rutgers E et al.** Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2015;26 Suppl 5:v8-30.
- **Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), ed.** Traitements adjuvants des cancers du sein et qualité de vie: effets secondaires, tolérance et conséquences. Oncologie 2012;14(6-7).



Imprimé sur papier  
100 % recyclé

Édité par l'Institut national du cancer (INCa)  
Tous droits réservés - Siren 185 512 777  
Conception: INCa  
Réalisation: INCa  
Illustrations: INCa

ISBN 978-2-37219-216-3  
ISBN net 978-2-37219-217-0

DEPÔT LÉGAL NOVEMBRE 2016



Cette brochure décrit le parcours de soins d'une patiente atteinte de cancer du sein. Le médecin généraliste y est impliqué dès la phase initiale de la maladie.

Démarche diagnostique, bilan initial, stratégies thérapeutiques et examens de suivi vous sont présentés de façon synthétique.

Vous trouverez également des informations sur la gestion des principaux effets indésirables des traitements et sur l'approche médicale globale, ainsi que des ressources pratiques pour vous et vos patientes.

Ce document est consultable et téléchargeable en ligne ([e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)) en version interactive permettant un accès aux informations plus rapide.