



***CHERCHER POUR GUERIR
ACCOMPAGNER POUR AIDER
PREVENIR POUR PROTÉGER
MOBILISER POUR AGIR***

Les cancers du sein

LES CANCERS DU SEIN

Aujourd'hui, en France, comme dans de nombreux pays à niveau de vie élevé, le cancer du sein est, chez la femme, le cancer le plus fréquent. Il représente 31,1 % des cancers de la femme. On dénombre 54.062 nouveaux cas et 11.913 décès (Chiffres INCa 2015). Un cancer du sein peut survenir chez l'homme, mais cette situation reste exceptionnelle. Comme pour la majorité des cancers, le risque d'en être atteint augmente avec l'âge.

L'âge médian au diagnostic est de 63 ans et au décès de 73 ans. Moins de 10 % des cancers du sein surviennent avant 40 ans. L'incidence* augmente régulièrement jusqu'à l'âge de 65 ans. Ceci, associé au fait que la densité de la glande mammaire est moins importante à cet âge, justifie le choix de la tranche d'âge de 50 à 74 ans retenue pour le dépistage généralisé par mammographie*. Ce dépistage organisé du cancer du sein repose sur une mammographie tous les deux ans.

LES FACTEURS DE RISQUE

Les causes du cancer du sein ne sont pas connues, mais on a pu identifier quelques facteurs de risque qui peuvent agir conjointement pour favoriser le développement d'un cancer :

o Les mastopathies* bénignes

Certaines mastopathies bénignes ont une propension plus grande que d'autres à se transformer en cancer. Ces lésions bénignes, dont la majorité le restera, sont bien connues des médecins qui proposent aux femmes atteintes une simple surveillance et éventuellement un traitement chirurgical.

○ **L'état hormonal**

Comme facteurs de risque sont classiquement signalés une puberté précoce ou une ménopause tardive. De même, les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, ou encore ayant eu leur première grossesse tardivement (après 30 ans), ont un risque sensiblement augmenté de développer un cancer du sein, par rapport à celles ayant eu un enfant avant 30 ans.

○ **L'alimentation, l'obésité**

L'effet le plus net est celui de la quantité de calories absorbées : plus elle est élevée, plus le risque augmente ; il peut ainsi être multiplié par 1,5 ou 2 pour les consommations les plus élevées.

L'obésité, une consommation relativement importante d'alcool (équivalent de 1/2 l à 1 l de vin par jour), la faible consommation de fruits et de légumes sont également suspectées d'augmenter le risque, alors que l'exercice physique régulier serait protecteur. Mais toutes ces données ne sont valables que sur un plan statistique et non pas individuel.

○ **Les traitements hormonaux ***

Pour les contraceptifs oraux (CO),

La somme des études faites aux Etats-Unis, avec des produits différents de ceux utilisés en France, conclut à une augmentation du risque (+ 14 %). Le risque serait un peu plus élevé (+ 20 %) pour les femmes ayant pris des contraceptifs oraux pendant plus de 5 ans avant une première grossesse.

Pour le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS),

Tous les THS ne semblent pas augmenter de la même façon le risque de cancer du sein. Des travaux récents ont mis en évidence un sur-risque de cancer du sein chez les femmes ayant recours à un THS oestroprogestatif. Pour le THS faisant appel aux œstrogènes seuls, des études sont encore nécessaires.

Alors, faut-il systématiquement bannir les THS ? Non, estiment les experts, mais il faut en réserver l'usage sur une courte durée et uniquement dans l'objectif de lutter contre

les troubles climatériques* durant la période de ménopause. Bien sûr, dans tous les cas, il faut mettre en balance les avantages et les risques. La décision d'utilisation doit se faire conjointement entre la femme et son médecin traitant, après une information claire, non partisane.

o Les prédispositions génétiques

Elles sont de deux ordres :

Simple susceptibilité familiale :

On retrouve plusieurs cas dans la famille, mais sans transmission systématique.

Il s'agit plutôt de transmission de certains facteurs de risque : hypo fécondité, tendance à avoir une mastopathie bénigne, obésité... Dans ces familles, les risques sont multipliés par 2 à 3.

Prédisposition génétique forte :

Dans environ 5 à 8 % des cas, un gène anormal, dit "muté" est susceptible d'être transmis d'une génération à l'autre.

Dans ce cas, les risques encourus par les femmes d'une famille dans laquelle un gène prédisposant est présent (gène BRCA1 ou BRCA2) dépendent du fait qu'elles ont ou non hérité du gène anormal. Si elles n'ont pas la mutation du gène, leur risque est le même que celui des femmes n'ayant pas de prédisposition au cancer du sein ; mais parmi celles qui sont porteuses d'une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2, 7 à 8 sur 10 pourront développer un cancer du sein au cours de leur vie.

La découverte de ces gènes amènera à rechercher également la présence d'une tumeur de l'ovaire souvent associée.

D'autres gènes retrouvés dans d'autres maladies (p53, CHEK2, ATM, PTEN, STK11 pourraient être également impliqués dans l'origine du cancer du sein.

On soupçonne cette prédisposition génétique sur le constat de :

Facteurs familiaux :

Plusieurs cancers chez des parents de 1^{er} et 2^{ème} degré, 2 cancers du sein dans la même famille dont un bilatéral, ou un avant 40 ans ou encore un cancer chez un homme.

Facteurs personnels :

Deux cancers dont un de l'ovaire, un cancer du sein avant 35 ans, un cancer des deux seins (cancer bilatéral), un cancer de l'ovaire à partir de 40 ans

Dans tous ces cas, il sera proposé une consultation génétique avec éventuellement des prélèvements sanguins pour rechercher les gènes par un laboratoire spécialisé. Ces patientes exposées doivent faire l'objet d'une surveillance particulièrement étroite.

Malheureusement, les tests de recherche d'un gène muté ne peuvent donner de certitude que s'ils sont positifs.

C'est pourquoi cet acte demande réflexion et ne s'adresse qu'aux familles des femmes dont l'histoire signe une origine héréditaire confirmée par une consultation d'oncogénétique. Ces tests ne sont effectués que par des laboratoires spécialisés.

LE DEPISTAGE

Étant donné nos connaissances limitées sur les facteurs de risque, on ne peut, à l'heure actuelle, empêcher la survenue d'un cancer du sein. En revanche, on peut le détecter lorsqu'il est de très petite taille (moins d'un cm de diamètre) grâce à la mammographie réalisée dans le cadre d'un suivi régulier. On peut ainsi accroître les chances de guérison, tout en bénéficiant de traitements moins lourds (moins de chirurgie mutilante, moins de chimiothérapie).

On appelle dépistage le fait de mettre en évidence, par la mammographie, un cancer encore "muet", c'est-à-dire sans signe extérieur de sa présence. On sait en effet qu'un certain nombre de cancers peuvent être visibles sur une mammographie avant même de provoquer des symptômes.

D'où la généralisation, dans le cadre du Plan Cancer, du dépistage du cancer du sein : aujourd'hui, sur tout le territoire, les femmes entre 50 et 74 ans sont invitées à bénéficier, tous les deux ans, d'une mammographie prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie (sans avance de frais).

Le dépistage organisé du cancer du sein

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein propose à toutes les femmes de 50 à 74 ans, un examen mammographique qui comprend deux clichés radiologiques par sein, associé à un examen clinique avec questionnaire médical qui permettra au radiologue de connaître leurs antécédents familiaux et personnels. Si les premiers clichés sont difficiles à lire, le radiologue peut les compléter par des clichés supplémentaires ou par une échographie.

A la suite de cet examen, le radiologue donnera oralement une première interprétation de l'examen. Si cette première interprétation ne révèle aucune anomalie, elle sera vérifiée systématiquement par un second lecteur. Les résultats définitifs sont transmis sous une quinzaine de jours à la femme et à son médecin traitant. En cas d'anomalie à la première lecture, le radiologue procédera immédiatement à des examens complémentaires (clichés supplémentaires agrandis, échographie...).

A partir de 50 ans, vous recevrez, tous les deux ans, une invitation pour une mammographie gratuite (*), avec la liste des radiologues de votre département participant au dépistage organisé du cancer du sein. Votre généraliste ou votre gynécologue peut répondre à vos interrogations sur cet examen.

Bien évidemment, les femmes ayant un risque particulier (antécédent de lésion bénigne, antécédent familial de cancer du sein) seront particulièrement surveillées, en dehors du cadre du programme de dépistage organisé.

Elles seront conseillées par leur médecin traitant sur les examens à pratiquer selon leurs antécédents médicaux et familiaux particuliers.

(*) La mammographie de dépistage effectuée dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein est gratuite, sans avance de frais.

En revanche, les examens complémentaires (échographie, cytoponction....) destinés à établir le diagnostic sont payants. Ils vous seront remboursés à 70 % par votre caisse d'assurance maladie.

Le dépistage mammographique a fait les preuves de son efficacité. Les résultats de nombreuses études ont montré qu'il permet de réduire la mortalité par cancer du sein de 30% chez les femmes participant aux programmes de dépistage, par rapport à celles qui n'ont eu aucun dépistage.

Avant la ménopause, le dépistage systématique n'a pas fait les preuves de son efficacité car les anomalies suspectes sont plus difficiles à sélectionner, et les inconvénients (biopsies* inutiles) paraissent supérieurs aux avantages.

LES SYMPTOMES DU CANCER DU SEIN

La palpation du sein doit faire partie de l'examen gynécologique annuel que doit faire pratiquer toute femme dès le début de l'activité sexuelle.

En raison de sa situation anatomique, le sein est facile à palper, surtout s'il est de volume moyen ou petit. Dans la plupart des cas, le cancer se manifeste cliniquement par un nodule que l'on peut découvrir à partir de 1 cm de diamètre environ, nodule plus ou moins profond, dur, habituellement non douloureux. Mais toute anomalie récente doit également attirer l'attention:

- une fossette ou une ride creusant la surface du sein,
- un aspect de "peau d'orange",
- une déformation du mamelon le rétractant vers l'intérieur,
- un aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, croûteux ou érodé,
- un écoulement du mamelon, surtout s'il est sanglant ou noirâtre.

La constatation d'un de ces signes impose une consultation médicale sans retard. Le médecin jugera des examens complémentaires nécessaires.

LES EXAMENS DIAGNOSTIQUES

La mammographie est l'examen radiologique de base qui permet d'analyser la structure mammaire. Elle est indiquée devant toute anomalie clinique. Cette radiographie, associée à une échographie, permet en particulier de reconnaître immédiatement les kystes* liquides.

Les techniques ont largement progressé et les doses d'irradiation délivrées lors d'un examen, sont minimales. Plusieurs clichés sont réalisés, avec un éventuel grossissement de la zone suspecte.

L'échographie* est complémentaire, mais ne peut jamais remplacer la mammographie. Elle peut aider à localiser l'anomalie pour faciliter un prélèvement, ou à reconnaître un kyste liquidien.

Lorsqu'il s'agit d'un kyste, **une ponction** à l'aiguille fine peut permettre d'en vider le contenu et assurer ainsi sa régression. Il s'agit d'un geste simple, non douloureux, ne nécessitant pas d'anesthésie locale. Si le nodule perçu est solide, l'aiguille peut ramener des cellules qui seront examinées au microscope. Il s'agit d'un cytodiagnostic*.

Si l'ensemble de ces examens ne permet pas de s'assurer que l'anomalie est parfaitement bénigne, il est nécessaire d'envisager un **prélèvement par cytobiopsie**, le plus souvent par une grosse aiguille (trocart). Ces prélèvements peuvent être réalisés sous anesthésie locale, sans hospitalisation.

Les techniques de prélèvement à visée diagnostique d'une tumeur se sont perfectionnées avec les **prélèvements par mammotome** : biopsies* dirigées sous anesthésie locale et avec radioscopie et section-aspiration de la lésion.

Devant une tumeur solide, **l'ablation chirurgicale** s'impose, au cours de laquelle un examen histologique extemporané (microscopique) sera réalisé pour établir le diagnostic et confirmer la nécessité de l'exérèse de la tumeur.

CLASSIFICATION DES TUMEURS DU SEIN

Le traitement du cancer du sein repose en premier sur la chirurgie qui permet l'exérèse de la lésion et, c'est de son analyse précise, dont vont dépendre les types de traitements.

Type histologique

La tumeur se développe à partir des lobules (cancer lobulaire) ou des canaux galactophores (carcinome canalaire)

Si elle reste limitée aux lobules et aux canaux sans franchir la membrane basale : on parle de **cancer in situ**.

Taille de la tumeur

L'analyse précise la taille de la lésion, son caractère localisé ou diffus, et mentionne son extension ou non aux tranches de section chirurgicale.

Extension ganglionnaire

On vérifie si l'extension tumorale reste localisée à la glande mammaire ou atteint les ganglions lymphatiques axillaires (ganglions situés sous l'aisselle)

Taux de prolifération cellulaire

L'agressivité de la tumeur est appréciée selon des grades classés de 1 (bas grade) à 3 (haut grade), répondant à des scores tenant compte de l'aspect des structures histologiques, des caractéristiques des noyaux et de l'importance du nombre de mitoses. Plus le grade est élevé, plus la tumeur est agressive.

Recherche de récepteurs hormonaux

On recherche à la surface des cellules tumorales, la présence ou non de récepteurs hormonaux (œstrogènes et/ou progestérone). Elle conditionnera la prescription d'une éventuelle thérapeutique hormonale.

Recherche d'une surexpression de la protéine HER2

Le gène HER2 (Human Epidermal Growth factor 2) contrôle la production d'une protéine située à la surface des cellules cancéreuses qui favorise la croissance tumorale. Chaque cellule saine contient 2 copies du gène HER2, mais si on repère un nombre supérieur de copies, il y a une surproduction de protéine HER2 ; on parle alors de surexpression de la protéine HER2 (Test HER2 positif).

Les tumeurs HER2 positives (tumeur primitive ou métastases) sont plus agressives et se propagent plus rapidement que les tumeurs qui produisent la HER2 en quantité normale. Elles sont souvent associées à un plus haut grade de cancer.

Aujourd'hui, de nouvelles classifications, utilisant les analyses génomiques, voient le jour. Elles complètent utilement les données histologiques mais les données moléculaires qu'elles expriment, proposent des évolutions cliniques et pronostiques différentes : Tumeurs de phénotypes Luminal (Récepteurs oestrogéniques ou progestéroniques positifs) A ou B, HER2+, Basal (Récepteurs oestrogéniques et progestéroniques et HER2 négatifs)

Ces nouvelles classifications vont conditionner les types de traitement et permettre d'affiner le pronostic.

LES TRAITEMENTS

Pour traiter le cancer du sein, on fait essentiellement appel à des traitements locorégionaux : chirurgie et radiothérapie. D'autres traitements dits généraux viennent parfois les compléter : ce sont les thérapeutiques anti hormonales, les chimiothérapies et les traitements ciblés.

Le choix des différentes méthodes de traitement tient compte de nombreux facteurs pour s'adapter à chaque patiente. Il n'existe pas un cancer du sein mais des cancers du sein. Les facteurs pronostiques* sont :

Cliniques : âge de la patiente, taille et localisation de la tumeur, état inflammatoire ;

Histologiques : taille de la tumeur, aspect et agressivité des cellules (appréciés par le grade*), état des ganglions ;

Biologiques : présence de **récepteurs hormonaux**, qui sont aussi des facteurs prédictifs de la réponse au traitement hormonal et **récepteur HER2** qui est également un facteur prédictif de réponse à certaines thérapeutiques.

o LES TRAITEMENTS LOCOREGIONAUX

LA CHIRURGIE

Elle reste l'acte principal. Dans un grand nombre de cas, l'ablation du sein (mastectomie*) peut être évitée et on enlève alors largement la tumeur en gardant le reste de la glande mammaire.

Mais il est des cas où l'ablation du sein est nécessaire : il peut s'agir d'une tumeur trop volumineuse pour être retirée en conservant le sein, de tumeurs multiples ou encore d'un cancer ayant déjà diffusé à l'intérieur des petits canaux intra mammaires. L'ablation du sein est devenue beaucoup moins mutilante car elle conserve les muscles pectoraux. Elle pourra être suivie, soit dans le même temps opératoire, soit le plus souvent de façon retardée, par une reconstruction.

Cette reconstruction doit faire l'objet d'un échange approfondi avec la patiente qui en prendra, ou non, la décision.

Dans tous les cas, un prélèvement sera réalisé au niveau des ganglions de l'aisselle (exploration ganglionnaire axillaire) pour permettre d'apprécier si la tumeur est strictement limitée à la glande mammaire ou si, au contraire, ce cancer a commencé à essaimer.

Le curage axillaire n'est pas dépourvu d'inconvénients postopératoires. Il entraîne fréquemment des problèmes de drainage lymphatique du bras du côté opéré, se traduisant par un gros bras.

C'est pourquoi, dans certaines conditions souvent rencontrées en 2016 (petite tumeur, absence de ganglion palpable), on peut limiter cette complication et ses conséquences en utilisant la technique d'ablation du ganglion sentinelle. Le chirurgien repère le premier ganglion lymphatique qui draine la région de la tumeur (ganglion sentinelle) par un examen préalable (marquage par colorant ou corps faiblement radioactif) et procède à l'ablation de ce seul ganglion.

Si l'examen histologique trouve des cellules cancéreuses dans ce ganglion, un curage ganglionnaire axillaire sera pratiqué. Si au contraire ce ganglion est indemne de cellules cancéreuses, le curage axillaire ne sera pas nécessaire.

La nécessité de la mastectomie n'est pas forcément en relation avec la gravité de la maladie, mais le plus souvent avec la situation du cancer, son type histologique ou son étendue dans les différents canaux galactophores*.

LA RADIOTHERAPIE

C'est un traitement locorégional utilisant les rayons à haute énergie pour détruire les cellules tumorales et les empêcher de se multiplier. On distingue deux types de radiothérapie :

La radiothérapie externe par un accélérateur linéaire générateur de rayons pour détruire les cellules à travers la peau.

La curiethérapie utilisant des sources radioactives placées dans la tumeur et à son voisinage pour des tumeurs accessibles et de petit volume.

La radiothérapie est appliquée généralement après la chirurgie pour détruire d'éventuelles cellules tumorales résiduelles et pour diminuer le risque de récurrence locale.

La radiothérapie peropératoire

Une technique, encore en cours d'évaluation, consiste à pratiquer une irradiation tumorale unique en cours d'intervention, évitant ainsi les nombreuses séquences de radiothérapie après chirurgie.

o LES TRAITEMENTS GENERAUX

Ils ont pour objet d'éviter d'éventuelles rechutes après la chirurgie. Lorsqu'ils sont associés à la radiothérapie, on parle de traitements adjuvants. Dans certains cas, ils peuvent être utilisés en première intention pour réduire le volume tumorale permettant éventuellement de conserver le sein : on parle alors de traitements néo-adjuvants.

L'HORMONOTHERAPIE

Elle est indiquée si le cancer du sein est hormono-dépendant, c'est-à-dire que les cellules tumorales sont stimulées par les œstrogènes. Cette action est vérifiée par l'analyse histochimique des cellules cancéreuses de la tumeur qui révèle la présence des récepteurs hormonaux.

Plusieurs méthodes d'hormonothérapie sont possibles :

Soit par un médicament anti-œstrogène bloquant les récepteurs aux œstrogènes sur les cellules tumorales ;

Soit par un médicament diminuant la synthèse des œstrogènes,

- en post ménopause : traitement par anti-aromatase ;
- en pré ménopause : suppression de la production d'œstrogènes des ovaires : soit par ablation chirurgicale sous coelioscopie ou par radiothérapie, soit actuellement et le plus souvent par traitement chimique (agoniste de LH-RH*).

LA CHIMIOThERAPIE

Elle est maintenant largement proposée aux malades car elle réduit les risques de rechute et la mortalité.

Les principaux médicaments utilisés sont :

Les agents intercalants (anthracyclines) obtenus à partir de souches de micro-organismes de type streptomyces. Ils nécessitent une surveillance de la fonction cardiaque en raison du risque de toxicité, si les doses cumulées ne correspondent pas à celles prescrites. Ils agissent en s'intercalant entre les bases de la chaîne d'ADN des noyaux des cellules tumorales en provoquant des coupures irréparables de cet ADN ;

Les poisons du fuseau (vinca-alcaloïdes et taxanes issues de l'If) bloquent la division cellulaire en agissant sur le cytosquelette du noyau ;

Les alkylants (moutardes azotées, organoplatines, nitroso-urées...) entraînent l'avortement de la division cellulaire ;

Les antimétabolites (5-Fluorouracile, antagonistes puriques ou foliques) inhibent la synthèse des bases nécessaires à l'ADN.

Plusieurs médicaments sont associés le plus souvent pour augmenter l'efficacité du traitement et selon des protocoles de prescription rigoureux et validés.

La chimiothérapie est administrée en injections une ou deux fois par mois pendant une moyenne de six mois. Son but est de détruire des cellules cancéreuses. Ses inconvénients (notamment fatigue, nausées, chute temporaire des cheveux et des ongles, qui repoussent après l'arrêt du traitement), dépendent de la nature des produits utilisés.

Tous les médicaments utilisés ne provoquent pas de chute des cheveux et il faut savoir que les effets secondaires tels que nausées ou vomissements sont de mieux en mieux maîtrisés par des antiémétiques modernes (les sétrons et très récemment, les antiNK1).

Grâce à la recherche pharmaceutique, d'autres produits apparaissent et font aussitôt l'objet d'études cliniques. Les progrès sont ainsi permanents sans pour autant être toujours spectaculaires d'une année sur l'autre.

o LES TRAITEMENTS CIBLÉS

Traitement du récepteur HER2

Certains cancers du sein (1 sur 5 environ) sont plus agressifs, car les cellules de la tumeur ont à leur surface des récepteurs HER2.

Ceux-ci agissent comme des interrupteurs régulant le caractère harmonieux de la croissance et de la division cellulaire. Par contre, si ces récepteurs sont en nombre trop important, la croissance cellulaire est perturbée et l'évolution de la maladie est aggravée (rechutes plus rapides, survenue de métastases et résistance aux traitements conventionnels).

On dispose aujourd'hui de traitements ciblés sur ce récepteur HER2 (trastuzumab, pertuzumab, lapatinib, ...) qui sont capables de bloquer les récepteurs HER2. Ces traitements sont le plus souvent associés à une chimiothérapie conventionnelle et ont permis d'améliorer de façon importante le pronostic de ces formes de cancer.

CAS PARTICULIER : CANCERS DU SEIN ET GROSSESSE

o Cancer au cours de grossesse :

Les cancers du sein découverts lors d'une grossesse représentent 2% des cancers du sein. Ils s'observent à l'âge moyen de 35 ans. Avec les cancers du col utérin, ce sont les tumeurs les plus fréquemment rencontrées au cours de la grossesse.

Le traitement d'un cancer du sein au cours d'une grossesse doit respecter un double objectif : préserver la vie de la mère et celle du fœtus.

Les explorations radiologiques, en dehors du cliché cardio thoracique, seront reportées après l'accouchement pour éviter les risques tératogènes* pour le fœtus.

La chirurgie mammaire et ganglionnaire n'est pas contre-indiquée, par contre la radiothérapie sera reportée après l'accouchement.

La prescription de chimiothérapie est plus délicate, quand elle est indiquée, en raison des implications pour la mère et le fœtus.

En début de grossesse et dans le cas d'un cancer à mauvais pronostic (cancer du sein inflammatoire avec envahissement axillaire majeur et/ou métastases), il est préférable de proposer une interruption de grossesse et de débuter le traitement rapidement par chimiothérapie.

En cas de tumeur agressive au 2ème et 3ème trimestre, la chimiothérapie est réalisable. Le nombre de cures sera limité et le déclenchement de l'accouchement sera réalisé dès la viabilité du fœtus.

Un petit cancer près du terme ne posera pas de problème particulier. La chirurgie sera pratiquée et en cas d'indication de radiothérapie postopératoire, cette dernière sera réalisée après l'accouchement.

o **Grossesse après cancer:**

Des antécédents de cancer du sein ne s'opposent pas à de nouvelles grossesses. Elles pourront être conseillées, sur avis médical, 4 à 5 ans après la fin des traitements.

LA SURVEILLANCE APRES TRAITEMENT

Après avoir été traitée, il est indispensable que la patiente soit suivie et examinée régulièrement, par des spécialistes, mais également par son médecin traitant.

Les contrôles consistent en :

- une consultation par un médecin cancérologue tous les 3 à 6 mois au début, avec prescription d'examens sanguins et d'une mammographie de contrôle une fois par an ;
- éventuellement un dosage des marqueurs tumoraux (CA15-3) ;
- une scintigraphie ou d'autres explorations (scanner, IRM), selon le contexte clinique.

Enfin, les visites de surveillance vont s'espacer dans le temps, tous les 6 mois puis une fois par an.

EN CONCLUSION :

La prise en charge du cancer du sein a beaucoup évolué ces dernières années :

- on le diagnostique à un stade plus précoce ;
- on sait mieux "personnaliser" les traitements, grâce à certains examens pratiqués sur la tumeur et à la prise en compte des souhaits des patientes ;
- on dispose de méthodes de traitement plus efficaces et novatrices ;
- enfin, la détresse psychologique qui accompagne souvent un tel diagnostic est mieux comprise, et souvent mieux prise en compte, bien que des progrès dans le domaine du soutien psychologique restent à faire.

GLOSSAIRE

Biopsie : prélèvement chirurgical d'un tissu ou d'une tumeur afin de l'examiner au microscope par un médecin anatomo-pathologiste.

Canaux galactophores : canaux reliant les îlots des glandes mammaires (acini) au mamelon et par lesquels s'écoule le lait maternel.

Cytodiagnostic : diagnostic établi par l'examen microscopique de cellules prélevées seules, recueillies par ponction ou par frottis.

Échographie : méthode d'imagerie à l'aide d'ultrasons.

Facteurs pronostiques : éléments qui conditionnent l'évolution favorable ou défavorable de la maladie

Grade : classification de gravité de la tumeur établie à partir de l'examen au microscope des cellules. Le grade apprécie l'agressivité des cellules.

Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population, pendant un temps donné.

Kyste : tuméfaction dont le contenu est liquidien. Les kystes mammaires peuvent s'observer à tout âge, mais plus volontiers à partir de 40 ans où ils sont souvent multiples et bénins

LH-RH : Luteinising Hormone Releasing Hormone : hormone sécrétée par l'hypothalamus agissant sur le lobe antérieur de l'hypophyse qui sécrète la LH (hormone lutéinique) stimulant les gonades (ovaires et testicules)

Mammographie : radiographies du sein recherchant des images anormales, nodulaires ou stellaires, ou des calcifications d'aspect pathologique.

Mastectomie : ablation chirurgicale partielle ou totale du sein

Mastopathie : terme générique désignant toute modification clinique et histologique anormale de la glande mammaire.

Risques tératogènes : risques de malformation du fœtus en raison du traitement de la mère.

Traitement substitutif de la ménopause : traitement consistant à remplacer, par des médicaments, les hormones ovariennes qui ne sont plus secrétées après la ménopause (œstrogène et progestérone).

Troubles climatiques (climatère = période des changements endocriniens, physiques et psychologiques qui surviennent à la ménopause). Les troubles climatiques ne sont pas graves en eux-mêmes et ne présentent pas de danger pour la santé, mais sont gênants pour la patiente. Ils consistent en bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, troubles urinaires, troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété) et troubles du sommeil (insomnie).

-:- :- :- :- :- :- :-

Pour en savoir plus :

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>

Les traitements des cancers du sein (Octobre 2013), Guides patients, Cancer Info, INCa

-:- :- :- :- :- :- :-

Brochure mise à jour : Janvier 2017

Pr. Pierre FUMOLEAU (CLCC Dijon)

Dr. Henri BASTIEN (Ligue nationale contre le cancer)

LA LIGUE CONTRE LE CANCER

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901, à but non lucratif, reconnue d'utilité publique. Elle fédère 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois domaines complémentaires : la recherche, l'information, la prévention, la promotion des dépistages et les actions pour les malades et leurs proches.

RECHERCHE

La Ligue est le premier financeur privé et indépendant de la recherche en cancérologie en France. Sous le contrôle d'un conseil scientifique national et de conseils scientifiques régionaux ou inter régionaux, elle finance des travaux de recherches fondamentale, clinique, épidémiologique et de sciences humaines et psychosociales. Elle soutient des jeunes chercheurs par des allocations d'étude, assure le financement de programmes de recherche d'équipes labellisées pour l'excellence de leurs travaux et initie des programmes de recherche innovants comme « la Carte d'Identité des Tumeurs ».

INFORMATION, PRÉVENTION ET PROMOTION DES DÉPISTAGES

Pour sensibiliser chacun au danger de certains comportements (tabac, alcool, exposition au soleil, etc.), pour alerter sur les facteurs de risque et en organiser la protection, pour communiquer sur les avantages des dépistages de certains cancers, la Ligue met en œuvre des moyens de communication (dépliants, brochures, affiches) disponibles au Siège de la Ligue ou auprès de ses Comités départementaux. En partenariat avec l'Institut national du cancer, elle relaie sur le terrain, les messages de dépistage des cancers.

ACTIONS POUR LES MALADES ET LEURS PROCHES

Les Comités départementaux de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux malades, anciens malades et à leurs proches. Pour l'amélioration de leur qualité de vie, ils proposent ces accompagnements et des activités de soutien diverses au sein d'Espaces Ligue, lieux d'information installés dans les unités de soins ou dans leur Comité. La Ligue soutient aussi les patients dans les difficultés rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire...

(Ecoute Ligue : 0 800 940 939 - Appel gratuit)

LA LIGUE AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

La Ligue affiche un site internet (www.ligue-cancer.net) et édite une revue trimestrielle « Vivre » informant sur ses actions et celles de ses Comités départementaux ainsi que sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer. Elle met à la disposition de tous, un comité éthique, consultatif, indépendant et permanent pouvant être saisi par toute personne physique ou morale sur diverses questions relevant de l'éthique et du cancer. La Ligue veut faire du cancer un enjeu de société rassemblant le plus de forces possibles des milieux sociaux, culturels et économiques.





Ligue nationale contre le Cancer

14 rue Corvisart
75013 PARIS

Tél : 01 53 55 24 00

www.ligue-cancer.net

Ligue contre le Cancer

Comité de Côte d'Or

29 C Rue de Talant
CS 40750

21007 DIJON Cedex

Tel : 03 80 50 80 00

cd21@ligue-cancer.net
www.ligue-cancer21.net