



EPU CANCER DU SEIN

Prise en charge du diagnostic à la surveillance post-thérapeutique

Jeudi 5 juin 2025 19h-21h



*Maison de Santé Protestante
de Bordeaux-Bagatelle*

Fondation reconnue d'utilité publique depuis 1867



SOMMAIRE

Partie 01

BILAN SENOLOGIQUE

Partie 02

CONSULTATION D'ANNONCE
AU DIAGNOSTIC

Partie 03

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Partie 04

REEDUCATION POST CHIRURGIE

Partie 05

SURVEILLANCE ALTERNEE



PARTIE 01

BILAN SÉNOLOGIQUE présenté par l'équipe de radiologie

- › Dépistage
- › Femmes à risque



BILAN SENOLOGIQUE

Femmes à risque Dépistage



Dr Pierre-Antoine LINCK
Dr Nicolas LIPPA
Dr Mina SMITH



NOS OUTILS EN RADIOLOGIE

- **L'EXAMEN CLINIQUE**
- **LA MAMMOGRAPHIE**
- **L'ÉCHOGRAPHIE**
- **L'IRM**
- **L'ANGIOMAMMOGRAPHIE**

5

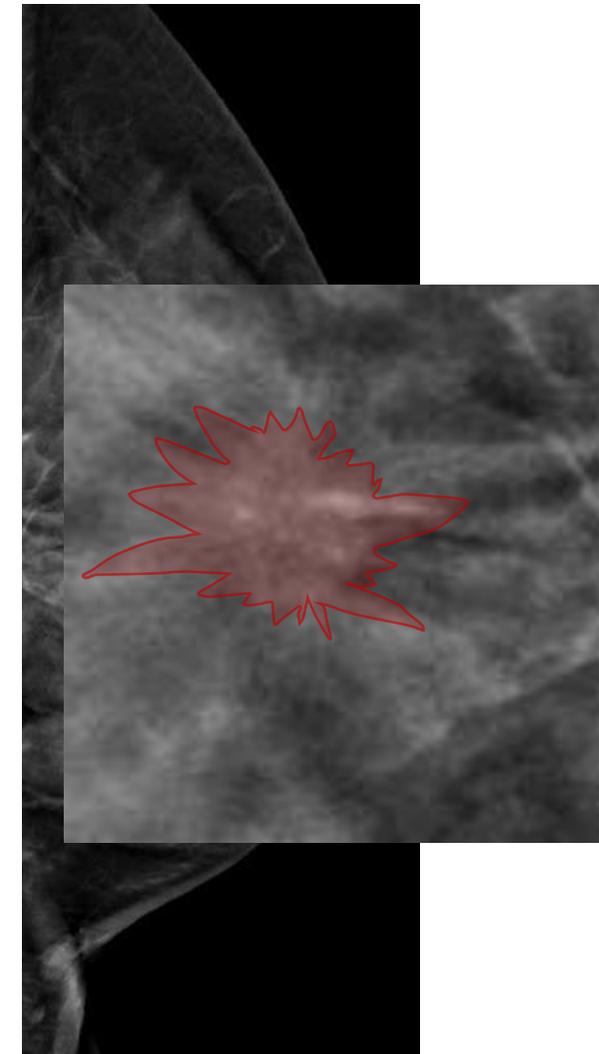
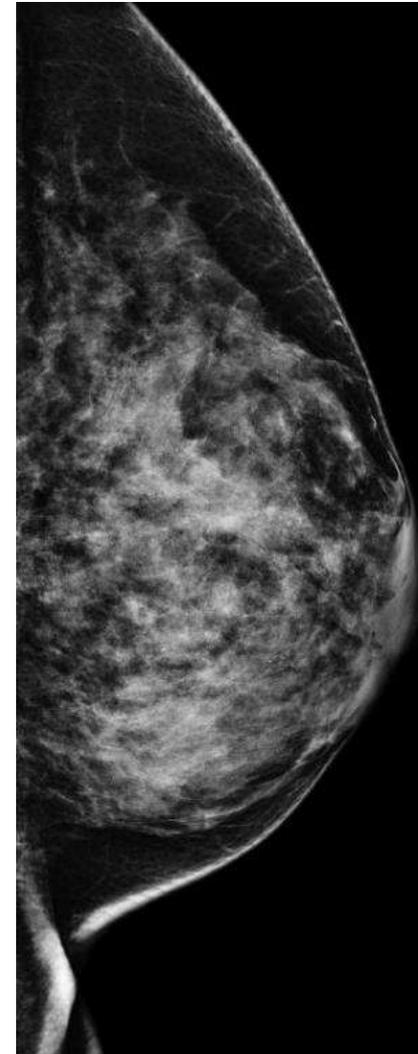
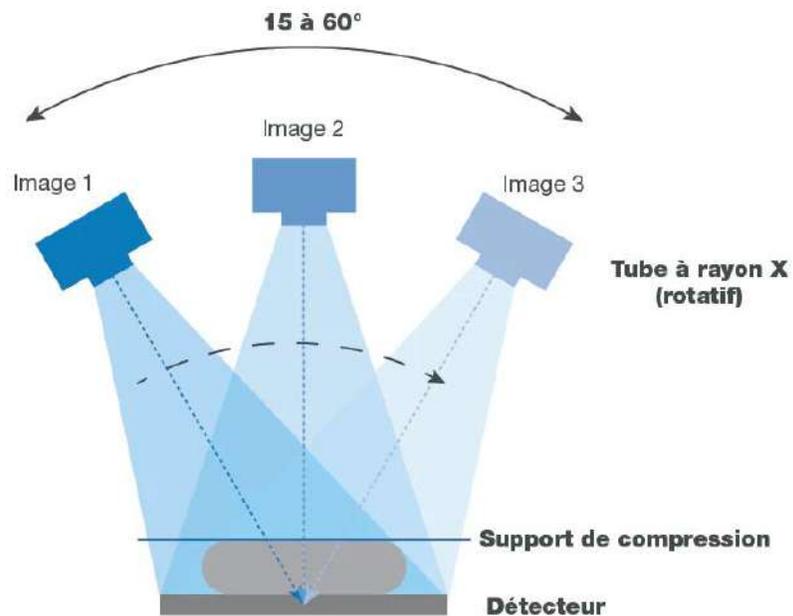


UN POINT SUR LA TOMOSYNTHESE

= MAMMOGRAPHIE 3D

- PLUSIEURS ANGLES D'ACQUISITION

- Ø SUPERPOSITION GLANDULAIRE



UN POINT SUR LA TOMOSYNTHESE

MAMMO 3D VERSUS 2D

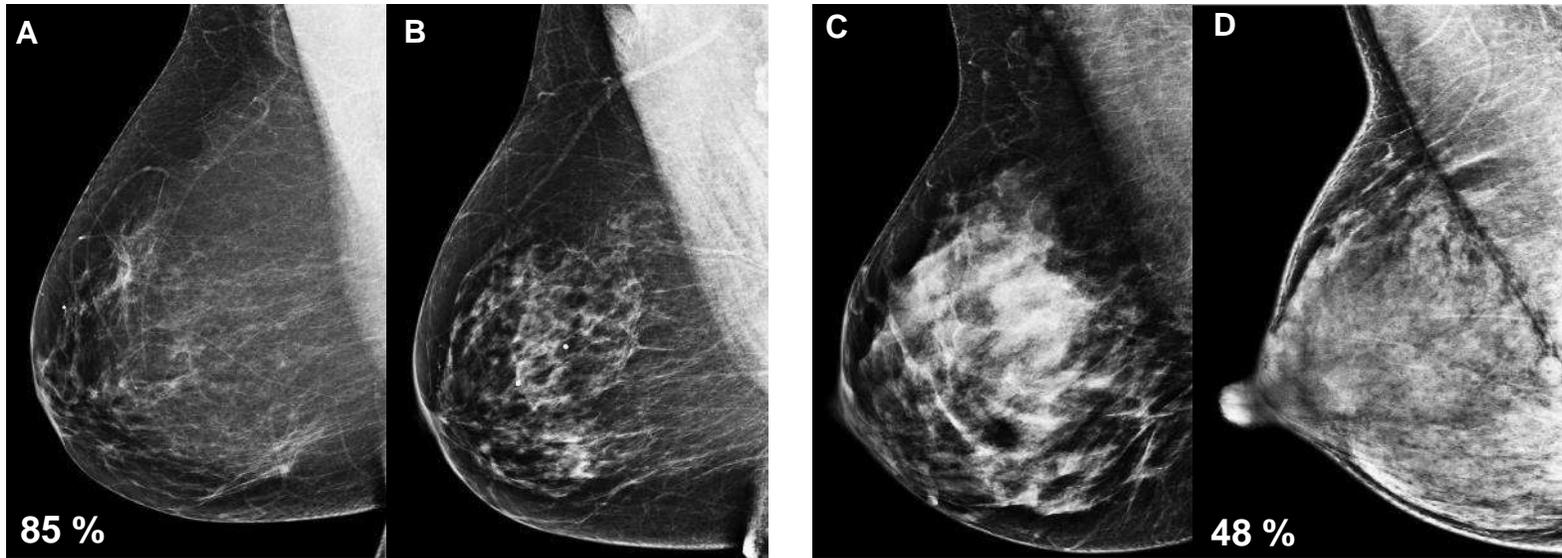


+20% DE DOSE DE RX
MAJ DU TEMPS DE LECTURE
MATÉRIEL COÛTEUX



+1/3 DE K DÉTECTÉS
-20 % DE FAUX POSITIFS
DIMINUTION K DE L'INTERVALLE

UN POINT SUR L'ÉCHOGRAPHIE



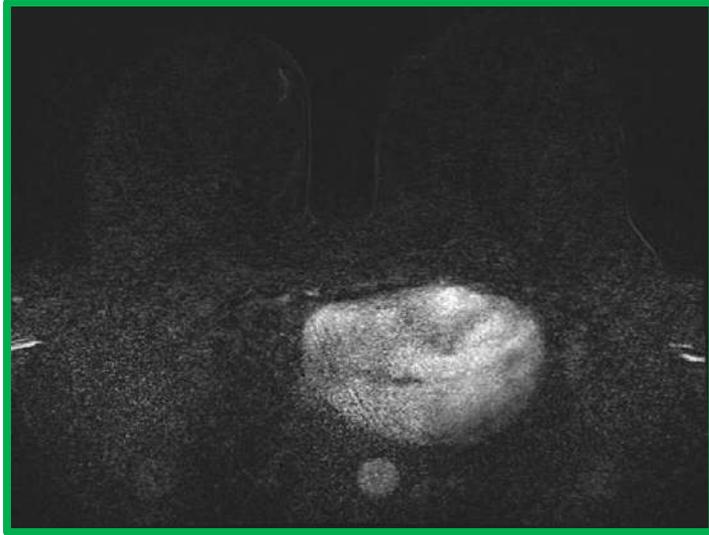
BI-RADS® ATLAS

QUAND RÉALISER UNE ÉCHOGRAPHIE ?

1. SEINS DE DENSITÉ TYPE C/D
2. ANOMALIE MAMMOGRAPHIQUE
3. ANOMALIE CLINIQUE (EN PREMIÈRE INTENTION AVANT 35 ANS)



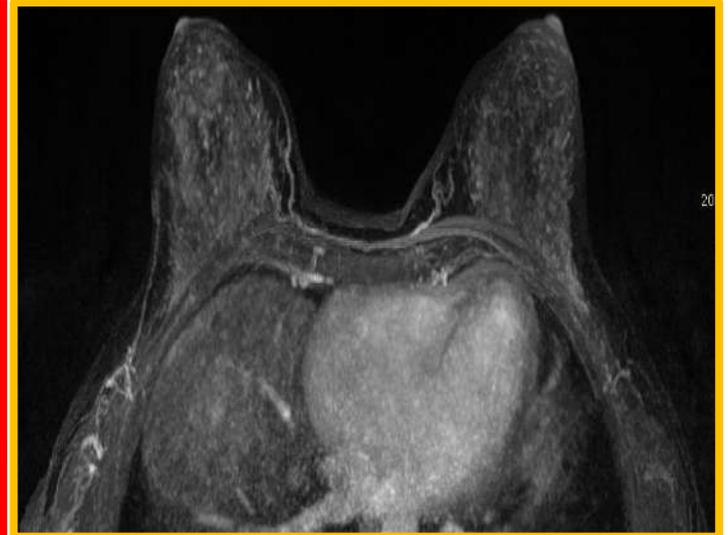
UN POINT SUR L'IRM



PAS DE CANCER



CANCER



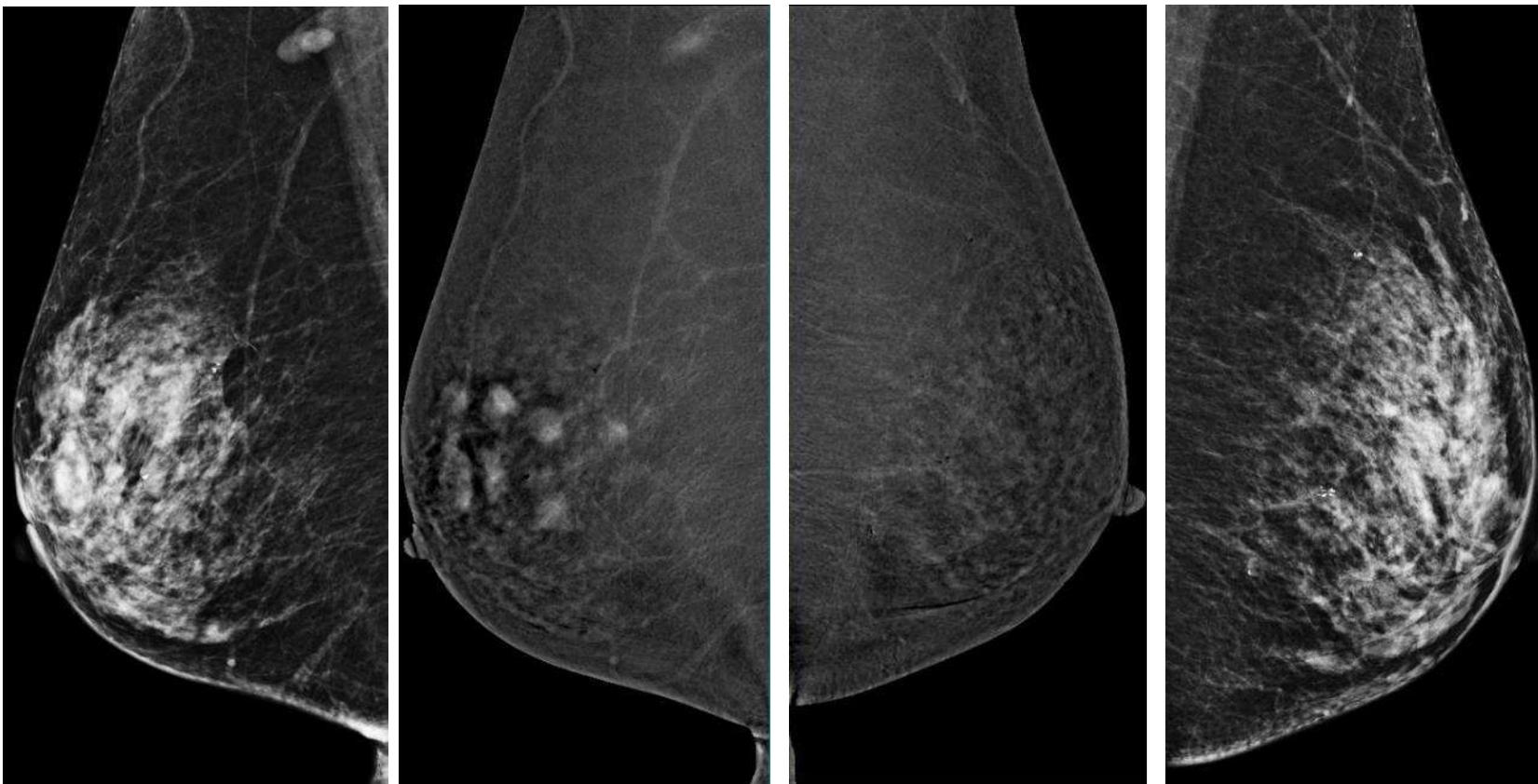
???

PARFOIS PLUS DE PROBLÈMES QUE DE SOLUTIONS...



UN POINT SUR L'ANGIOMAMMOGRAPHIE

= EXCELLENTE ALTERNATIVE À L'IRM



10



LES FEMMES À RISQUE*

- **RISQUE INTERMÉDIAIRE**
- **RISQUE ÉLEVÉ**



*FEMMES POUR LESQUELLES IL EXISTE AU MOINS UN FACTEUR DE RISQUE QUI JUSTIFIE UN DÉPISTAGE SPÉCIFIQUE

LES FEMMES À RISQUE INTERMEDIAIRE

. ATCD PERSONNEL DE CANCER DU SEIN

MAMMOGRAPHIE BILATERALE (+/- ÉCHOGRAPHIE) / AN SANS LIMITATION DE DURÉE

. ATCD PERSONNEL DE LESION HISTOLOGIQUE À RISQUE (« ATYPIES » : MCA, HCA, HLA...)

MAMMOGRAPHIE BILATERALE (+/- ÉCHOGRAPHIE) / AN PENDANT 10 ANS



LES FEMMES À RISQUE ÉLEVÉ

13



. PORTEUSE D'UNE MUTATION GÉNÉTIQUE DÉLÉTÈRE

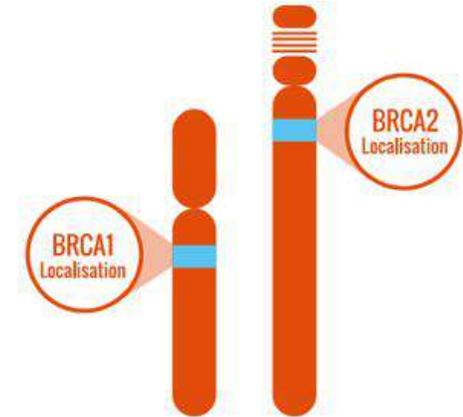
. ATCD D'IRRADIATION THORACIQUE

LES FEMMES À RISQUE ÉLEVÉ : GÉNÉTIQUE

- **CONSULTATION ONCOGÉNÉTIQUE**
- **SURVEILLANCE ANNUELLE**

DÈS 30 ANS : IRM, MAMMOGRAPHIE (UNE INCIDENCE 2D) +/- ÉCHOGRAPHIE ANNUELLE

≥ 65 ANS : MAMMOGRAPHIE BILATÉRALE +/- ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE



LES FEMMES À RISQUE ÉLEVÉ : IRRADIATION THX

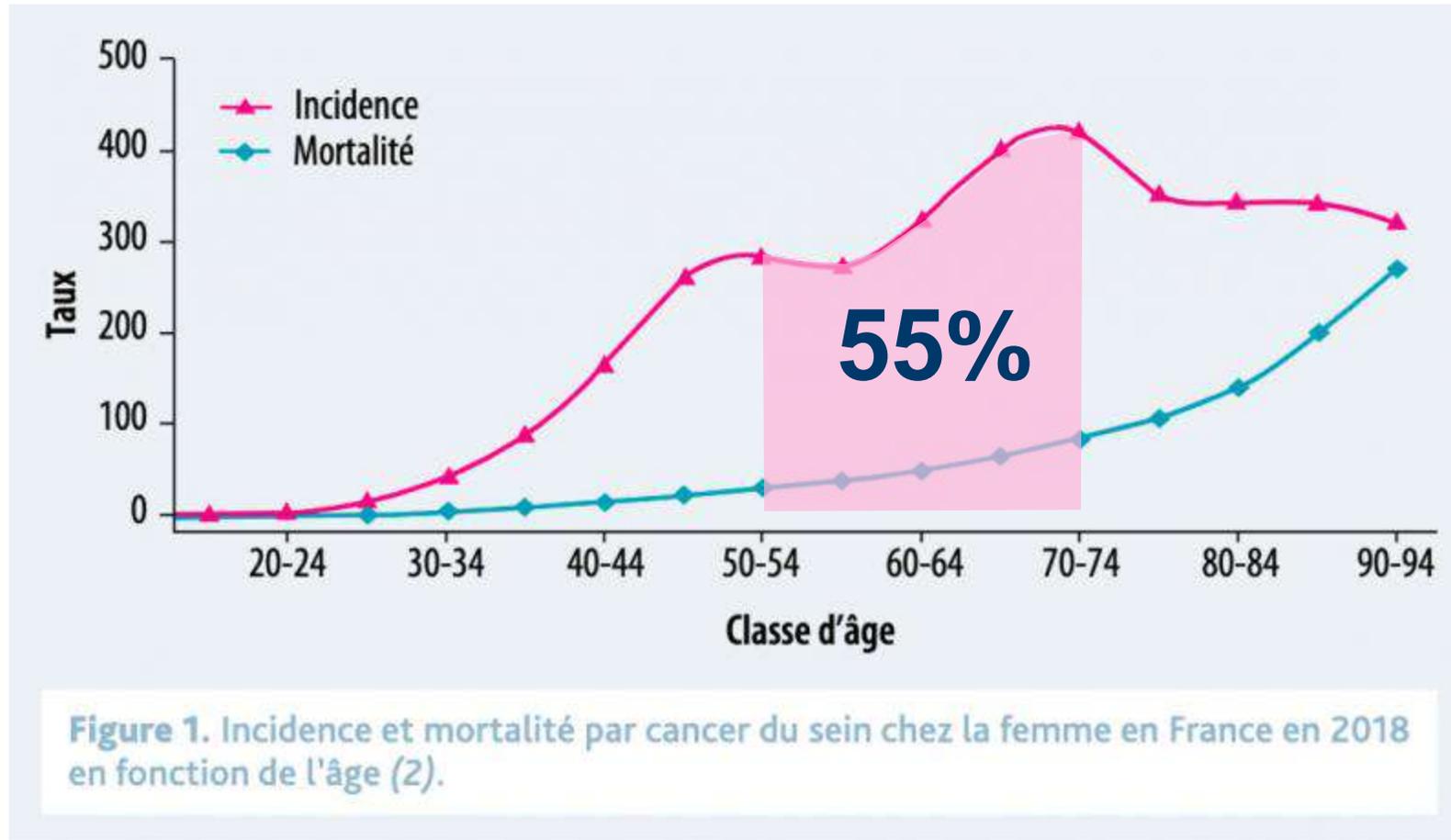
SURVEILLANCE ANNUELLE

- . IRM, MAMMOGRAPHIE (UNE INCIDENCE 2D) +/-ÉCHOGRAPHIE
- . À 8 ANS DE LA FIN DE RXT ET AU PLUS TÔT À 30 ANS

15



50-74 ANS : LE DÉPISTAGE ORGANISÉ



50-74 ANS : LE DÉPISTAGE ORGANISÉ

Parcours - Dépistage organisé du cancer du sein

J'ai entre 50 et 74 ans !



Je reçois l'**invitation** pour le dépistage du cancer du sein.



Je prends **rendez-vous** chez un radiologue agréé. Une liste est fournie avec l'invitation.



Mon dossier est transmis au CRCDC-NA. Un radiologue réalise une **seconde lecture**.



Le radiologue me donne un premier résultat.



Je reçois mes **résultats par courrier** et mon médecin et/ou gynécologue aussi.



Pour ma prochaine mammographie je **rapporte mes derniers clichés** pour un meilleur diagnostic.

**DÉPISTAGE
DESCANCERS**
Centre de coordination
Nouvelle-Aquitaine

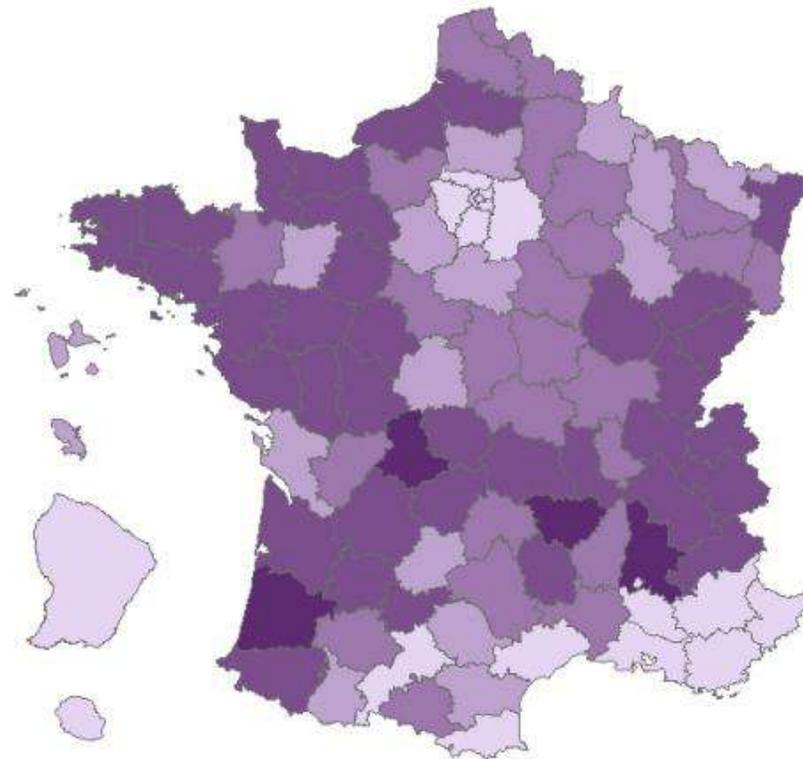


LE DÉPISTAGE ORGANISÉ

Carte 1. Programme de dépistage organisé du cancer du sein. Taux de participation départementaux standardisés* 2024

Programme de dépistage organisé du cancer du sein
Taux de participation départementaux standardisés* 2024

Taux de participation
standardisés (%)



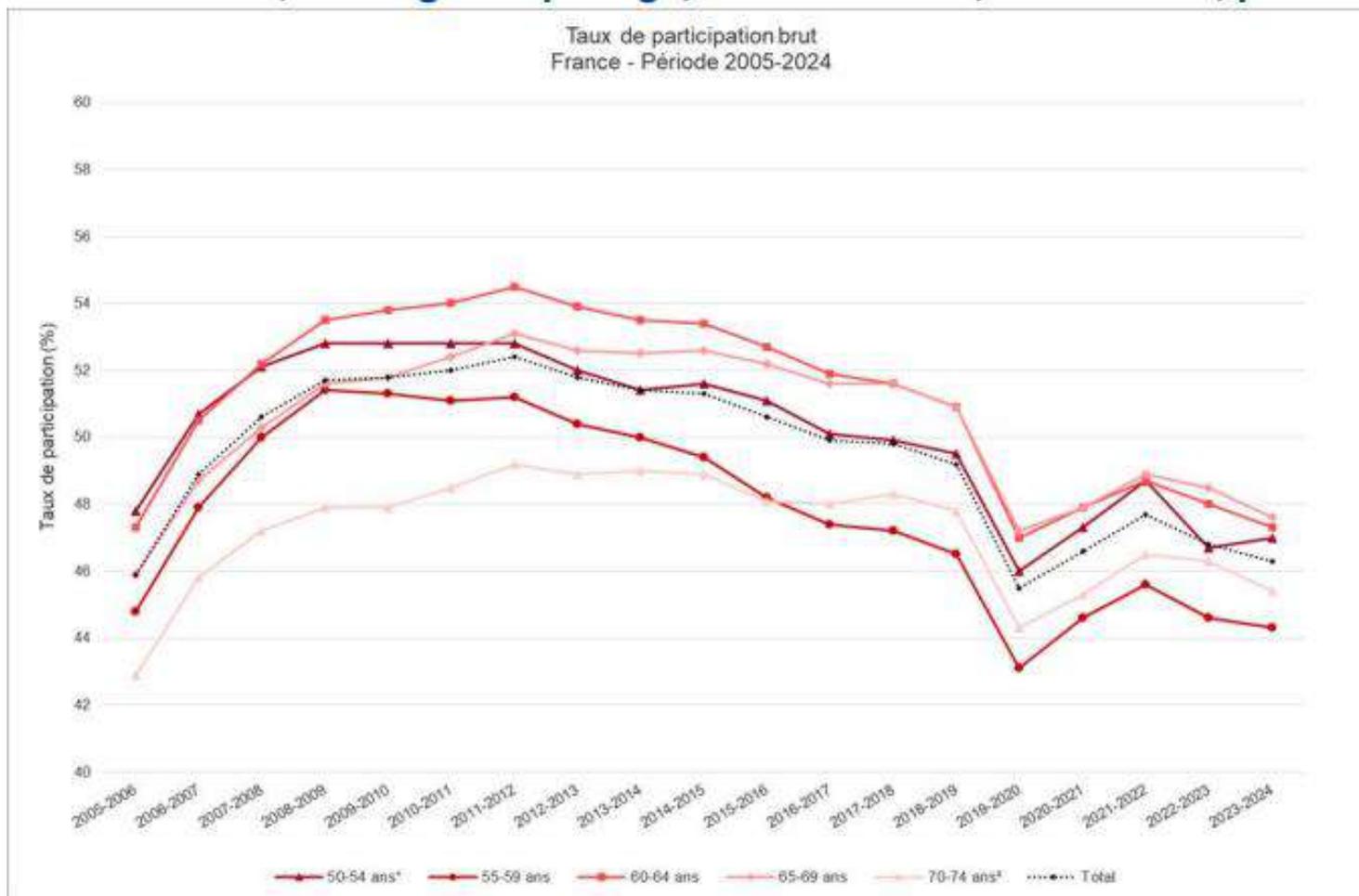
Taux de participation national
- population cible : 44,0 %

* Standardisés sur la population française Insee 2009 des 50-74 ans (Projections de population Omphale 2007-2042, scénario central)

Source : ©IGN-GeoFLA® 2014 -
©Santé publique France, 04/04/2025
Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ

Figure 1b. Évolution du taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein, tous âges et par âge, France entière, 2005 à 2024, période glissante de deux ans



Sources : Données issues des CRCDG et ELP de l'Insee. Traitement Santé publique France, mars 2025

POURQUOI ?

De nombreux freins exprimés par les femmes éligibles...

Freins évoqués par les femmes de 50 à 74 ans ⁽¹⁾



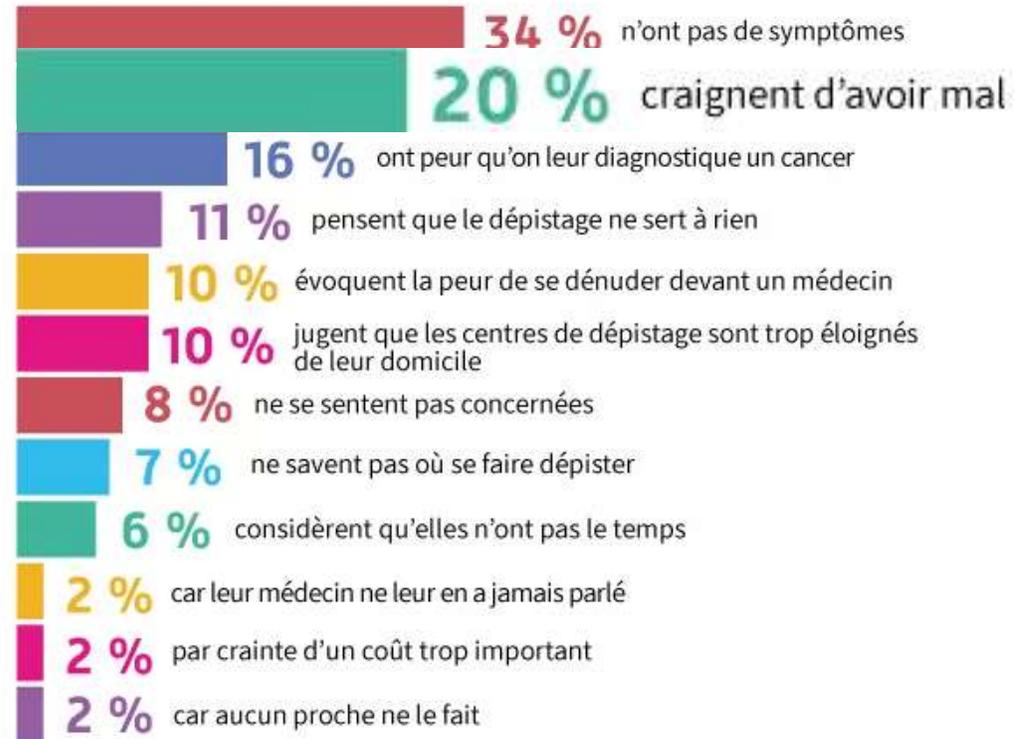
(1) Sondage OpinonWay commandé par la Ligue contre le cancer, réalisé en août 2023 sur un échantillon de 1 006 femmes.



POURQUOI ?

De nombreux freins exprimés par les femmes éligibles...

Freins évoqués par les femmes **de 50 à 74 ans** ⁽¹⁾



(1) Sondage OpinonWay commandé par la Ligue contre le cancer, réalisé en août 2023 sur un échantillon de 1 006 femmes.

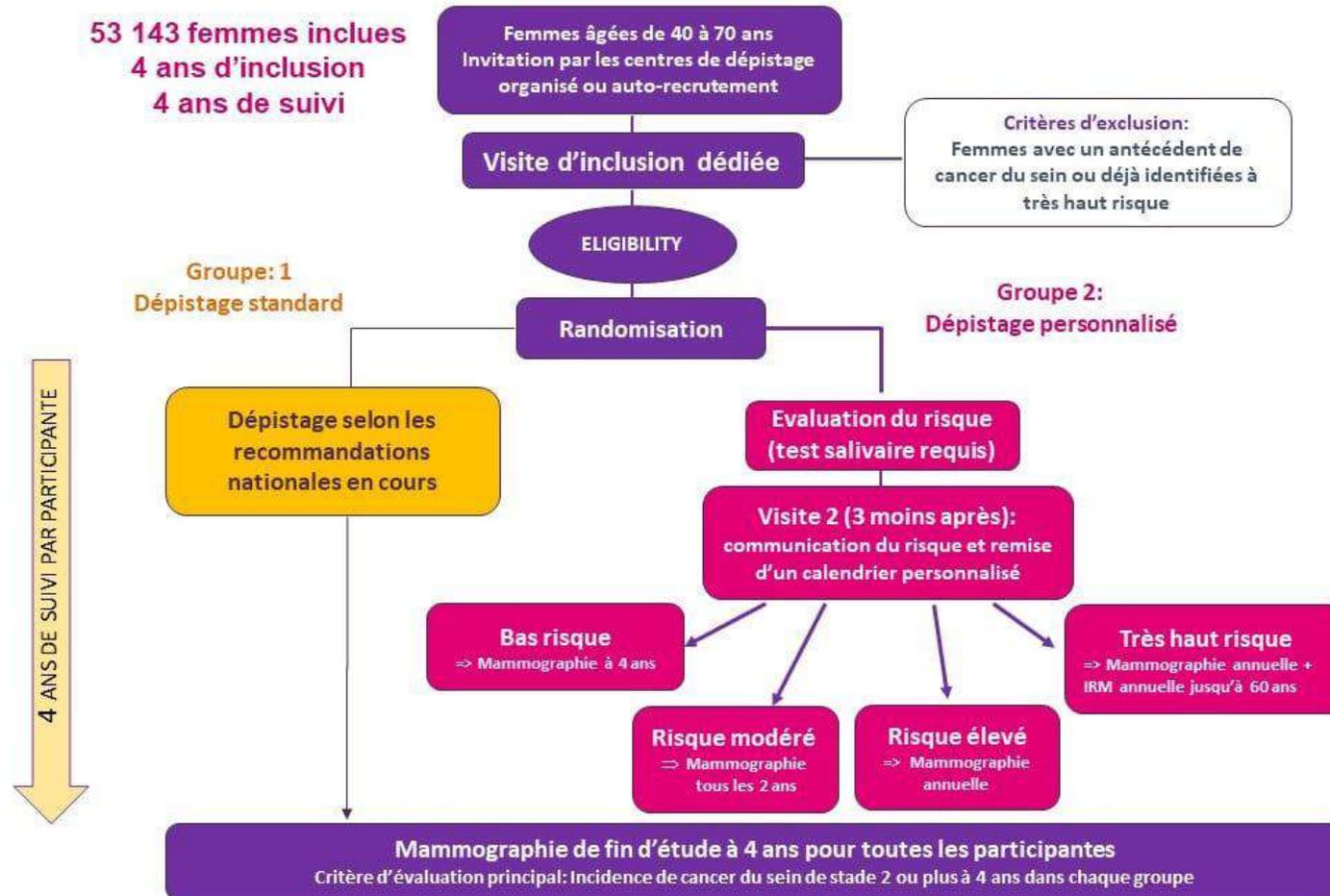


UNE SOLUTION : L'AUTO-COMPRESSION



LE DÉPISTAGE ORGANISÉ : QUEL AVENIR ?

 **MyPeBS** VERS UN DÉPISTAGE PLUS PERSONNALISÉ ?

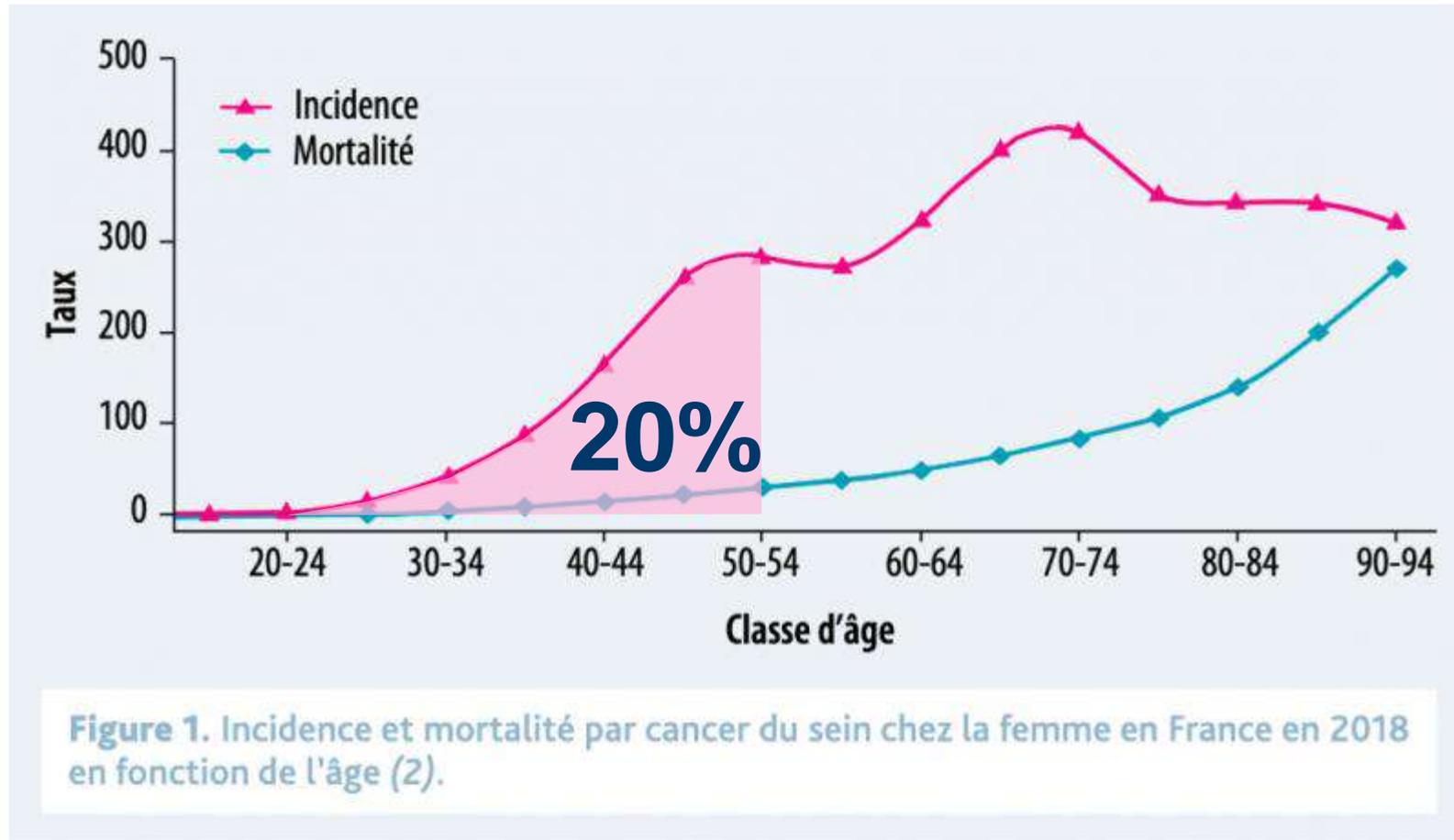


22



RÉSULTATS EN 2028

ET AVANT 50 ANS ?



ET AVANT 50 ANS ?



Screening for Breast Cancer
US Preventive Services Task Force Recommendation Statement

Population	Recommendation	Grade
Women aged 40 to 74 years	The USPSTF recommends biennial screening mammography for women aged 40 to 74 years.	B



 **CANCERFONDEN**

Screening för bröstcancer med mammografi är frivilligt och erbjuds gratis av Sveriges regioner till kvinnor mellan 40 och 74 år.



 Österreichische
Gesundheitskasse

Frauen zwischen 45 und 74 Jahren empfohlen.



ET AVANT 50 ANS ?



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE SÉNOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE
MAMMAIRE

SFSPM

Avis de la SFSPM - février 2025

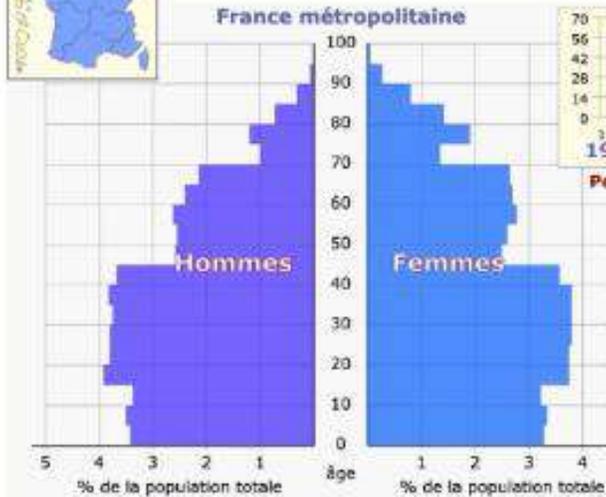
Vers un abaissement de l'âge d'entrée dans le dépistage organisé du cancer du sein en population générale ?

- **AUGMENTATION DE L'INCIDENCE DU CANCER DU SEIN AVANT 50 ANS**
- **40% DES PATIENTES AVANT 50 ANS ONT DÉJÀ EU UNE MAMMO**

**Cancer du sein : le gouvernement saisit la Haute
Autorité de santé pour abaisser l'âge du dépistage**



ET APRÈS 74 ANS...



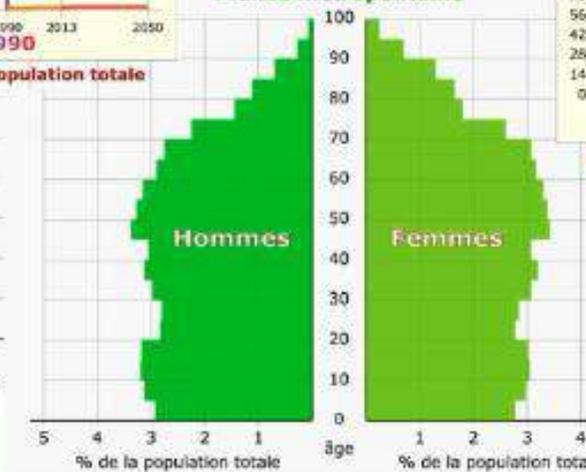
1990

Femmes de plus de 75 ans :
2,5 millions (5%)



Population totale

France métropolitaine



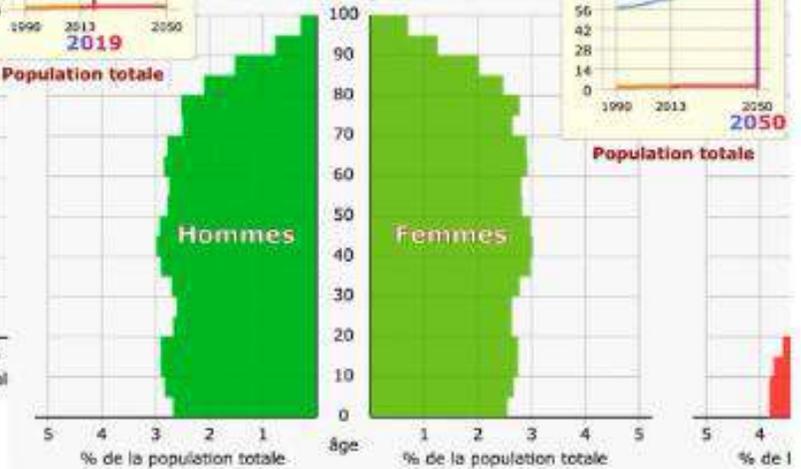
2019

Femmes de plus de 75 ans :
4 millions (6%)



Population totale

France métropolitaine



2050

Femmes de plus de 75 ans :
7 millions (10%)



ET APRÈS 74 ANS...

« JE N'AI PLUS DE RISQUE DE CANCER DU SEIN »

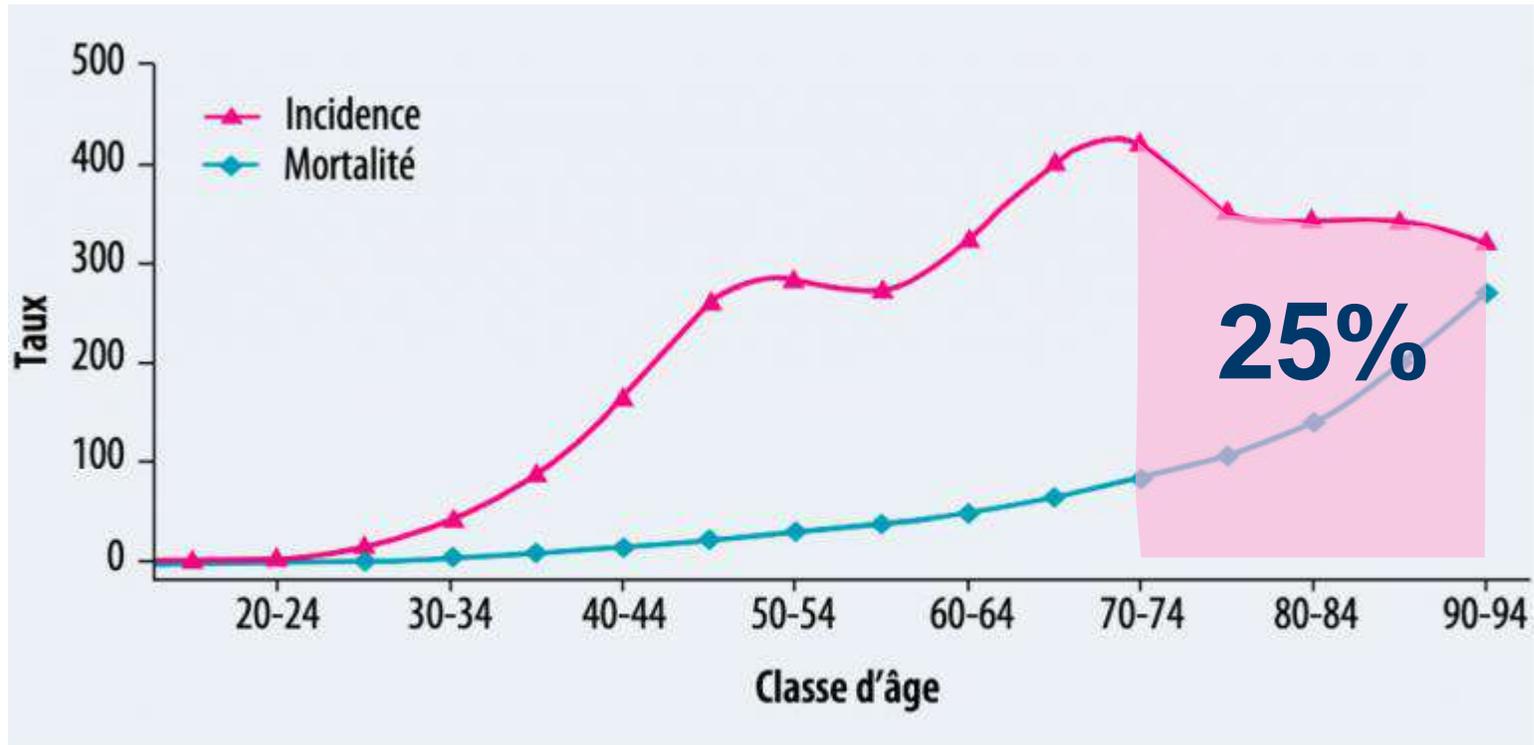


Figure 1. Incidence et mortalité par cancer du sein chez la femme en France en 2018 en fonction de l'âge (2).



ET APRÈS 74 ANS...

« JE N'AI PLUS DE RISQUE DE CANCER DU SEIN »

« LE CANCER EST PEU AGRESSIF ET JE NE RISQUE RIEN... »

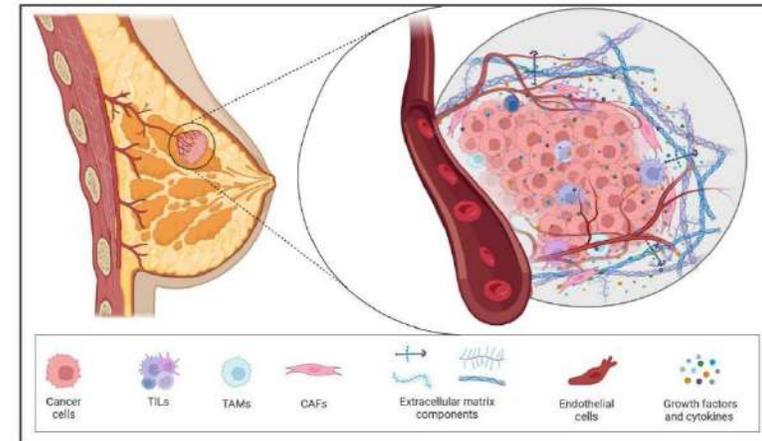
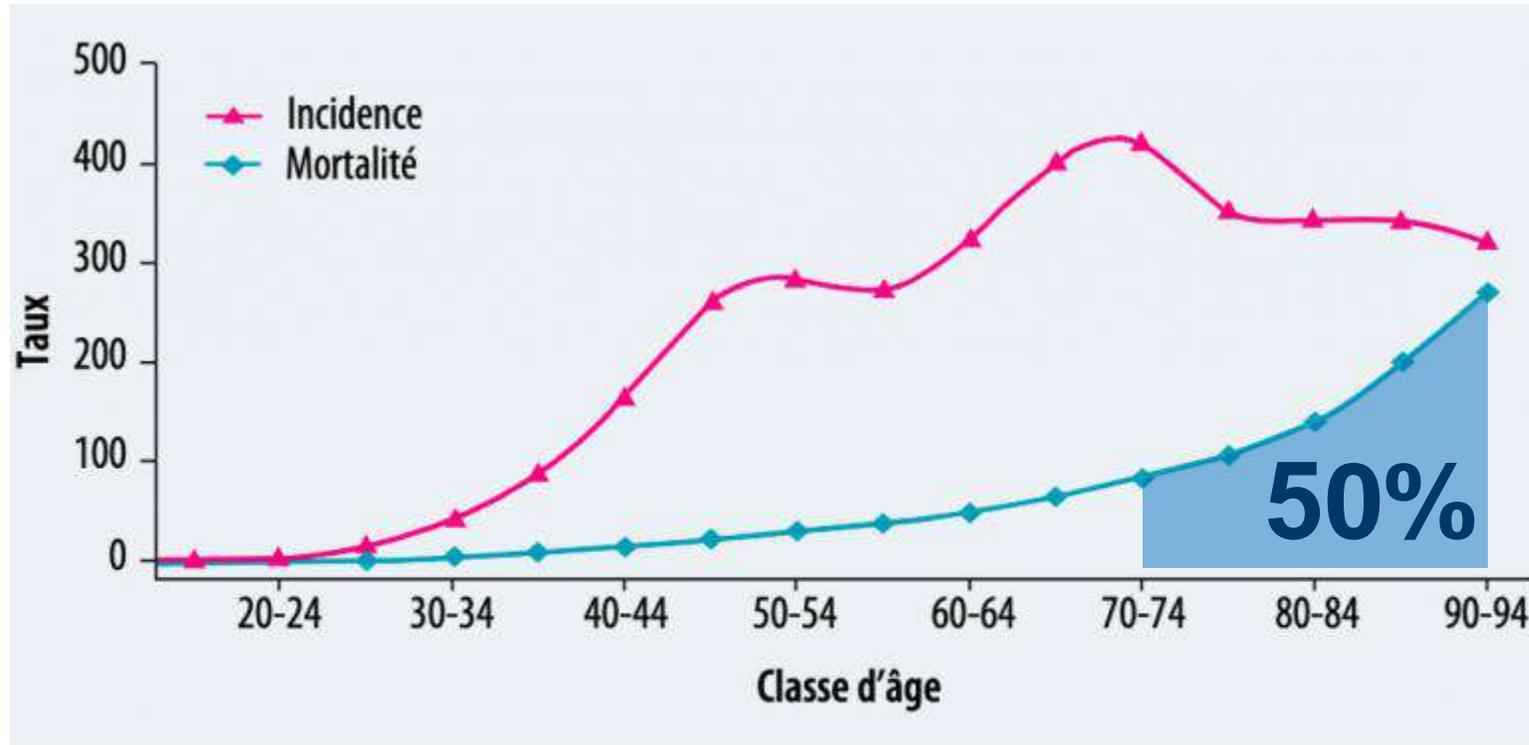


Figure 1. Incidence et mortalité par cancer du sein chez la femme en France en 2018 en fonction de l'âge (2).

ET APRÈS 74 ANS...

« JE N'AI PLUS DE RISQUE DE CANCER DU SEIN »

« LE CANCER EST PEU AGRESSIF ET JE NE RISQUE RIEN...»

« DE TOUTE FAÇON À MON ÂGE ON NE FERA RIEN »



29



REPUBLIQUE
FRANÇAISE

INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER

AVRIL 2024

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENTIELS

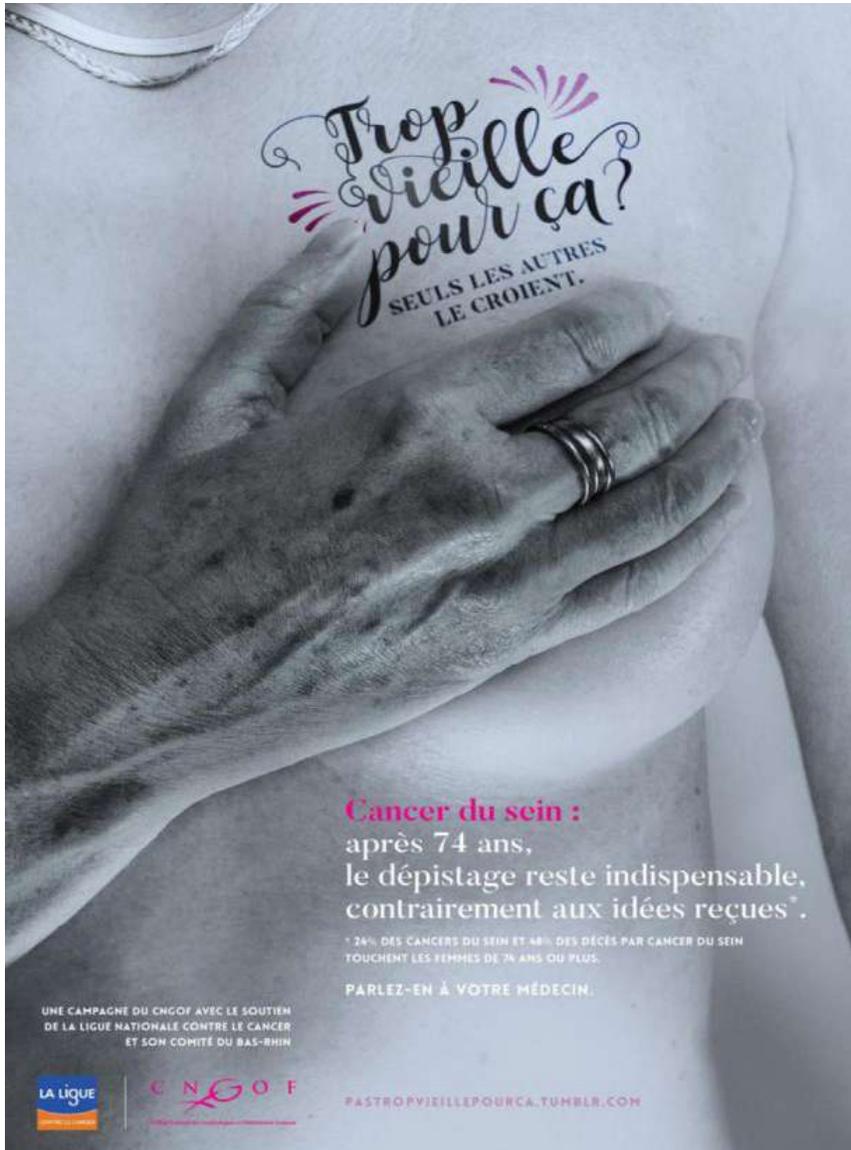
UNITÉS DE COORDINATION EN ONCOGÉRIATRIE / ORGANISATION ET MISSIONS

ET APRÈS 74 ANS...

C N G O F

ON CONTINUE !*

- PALPATION / AN
- MAMMO / 2 ANS





PARTIE 02

CONSULTATION D'ANNONCE AU DIAGNOSTIC
avec la participation des infirmières d'annonce

Le rôle de l'infirmière dans le dispositif d'annonce fait référence aux mesures 32, 40 et 42 du Plan Cancer.

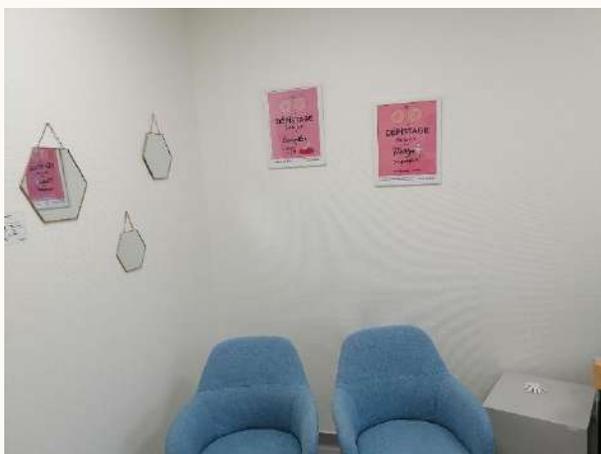
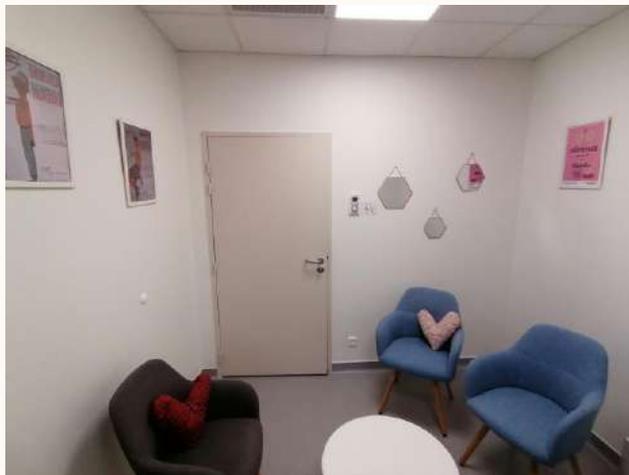
Il s'agit du temps d'accompagnement soignant du dispositif d'annonce. C'est une prise en charge personnalisée du patient qui se compose en quatre axes principaux : **l'écoute, l'information, le soutien et l'orientation.**

INTRODUCTION AUX CONSULTATIONS D'ANNONCE INFIRMIÈRE EN SÉNOLOGIE

Définition : La consultation d'annonce infirmière est un entretien spécialisé destiné à informer et soutenir les patientes diagnostiquées d'un cancer du sein.

Contexte : Elle intervient après le diagnostic médical et avant le début des traitements.

SALLE DES CONSULTATIONS D'ANNONCE



LE RÔLE DE L'IDE DANS LA CONSULTATION D'ANNONCE

- **Accompagnement émotionnel** : L'infirmière apporte un soutien psychologique essentiel à la patiente.
- **Transmission d'informations** : Elle répond aux différentes questions de la patiente et reprend les points clés du parcours de soins au sein de l'hôpital.
- **Préparation aux traitements** : L'infirmière explique les étapes du traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie).

LES ENJEUX DE LA CONSULTATION D'ANNONCE INFIRMIÈRE

- **Réduire l'anxiété** : L'infirmière joue un rôle essentiel pour rassurer et apporter de la clarté face à l'inconnu.
- **Favoriser l'adhésion au traitement** : En apportant une information précise et adaptée, elle aide la patiente à comprendre et accepter le traitement proposé.
- **Renforcer la relation de confiance** : La consultation permet d'établir une relation de confiance entre la patiente et l'équipe soignante.
- **Orienter les patientes** : soins de support et patiente partenaire



Nos Partenaires





PARTIE 03

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE



PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

DR SAINT SUPERY

Cancer du sein différentes présentations

Abcès du sein, maladie de Paget



Aspect normal



Cancer du sein inflammatoire



Rétractions cutanées



Infiltration cutanée



Cancer du sein négligé

Abcès du sein



3

- Ponctions échoguidées toutes les 48-72h pour éviter chirurgie et antibiotique
- bilan sénologique pour chercher un cancer du sein sous-jacent
- Chirurgie de l'abcès en l'absence de cancer

Chirurgie? Pour qui?

- ❑ Tout le monde ne souhaite pas une opération partielle du sein (tumorectomie ou mastectomie partielle) ou totale radicale (mastectomie)
- ❑ Sujet âgé, traitement médical seul: hormonothérapie orale: antioestrogènes: tamoxifene, anti-aromatase (arimidex, aromasine, fémara)
hormonothérapie injectable IM: faslodex
- ❑ Refus d'intervention, médecines alternatives

4



Chirurgie? Quand ? (1/2)

- ▣ En premier le plus souvent POURQUOI ?
- ▣ Pour donner le stade : TNM (Tumor, Nodes, Metastasis)

taille de la lésion ou des lésions,
atteinte ganglionnaire ou non et leur nombre,
bilan d'extension éventuel, nécessaire avant
mastectomie

- ▣ Puis RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire)
- ▣ Puis surveillance seule

Ou traitements complémentaires (adjuvants) parmi
chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie,
immunothérapie ou thérapies ciblées

Puis surveillance alternée (oncologue, radiothérapeute,
chirurgien, gynécologue, médecin traitant)

5



Quand ? (2/2)

- ▣ Parfois après traitement médical dit néo-adjuvant hormonothérapie ou chimiothérapie. POURQUOI ?
- ▣ Pour faire diminuer la taille ou/et l'inflammation de la lésion et l'opérer plus facilement
- ▣ Pour permettre un traitement conservateur du sein alors qu'il aurait été impossible sinon
- ▣ Pour tester la chimiosensibilité, pour participer à des essais cliniques, si critères histopronostics défavorables aux biopsies
- ▣ Pour permettre une reconstruction immédiate malgré une mastectomie

Chimiothérapie puis (3-4sem) radiothérapie puis (3-6sem) chirurgie avec mastectomie et reconstruction immédiate par prothèse ou/et lambeau musculo-cutané (plusieurs choix) ou/et lipomodelage



Comment ?

- ▣ Chirurgie conservatrice ou partielle du sein, tumorectomie, zonectomie avec ou sans repère (« harpon », colorant)
- ▣ Chirurgie non conservatrice ou mastectomie
- ▣ Dans les deux cas après biopsie prouvant qu'il y a un cancer (carcinome canalaire ou lobulaire infiltrant ou in situ)
- ▣ Parfois biopsie chirurgicale si doute malgré biopsie : microcalcifications, tissus mixtes: liquidiens tissulaires, hyperplasie canalaire atypique, doute sur infiltrant...



Chirurgie conservatrice ou partielle du sein

8



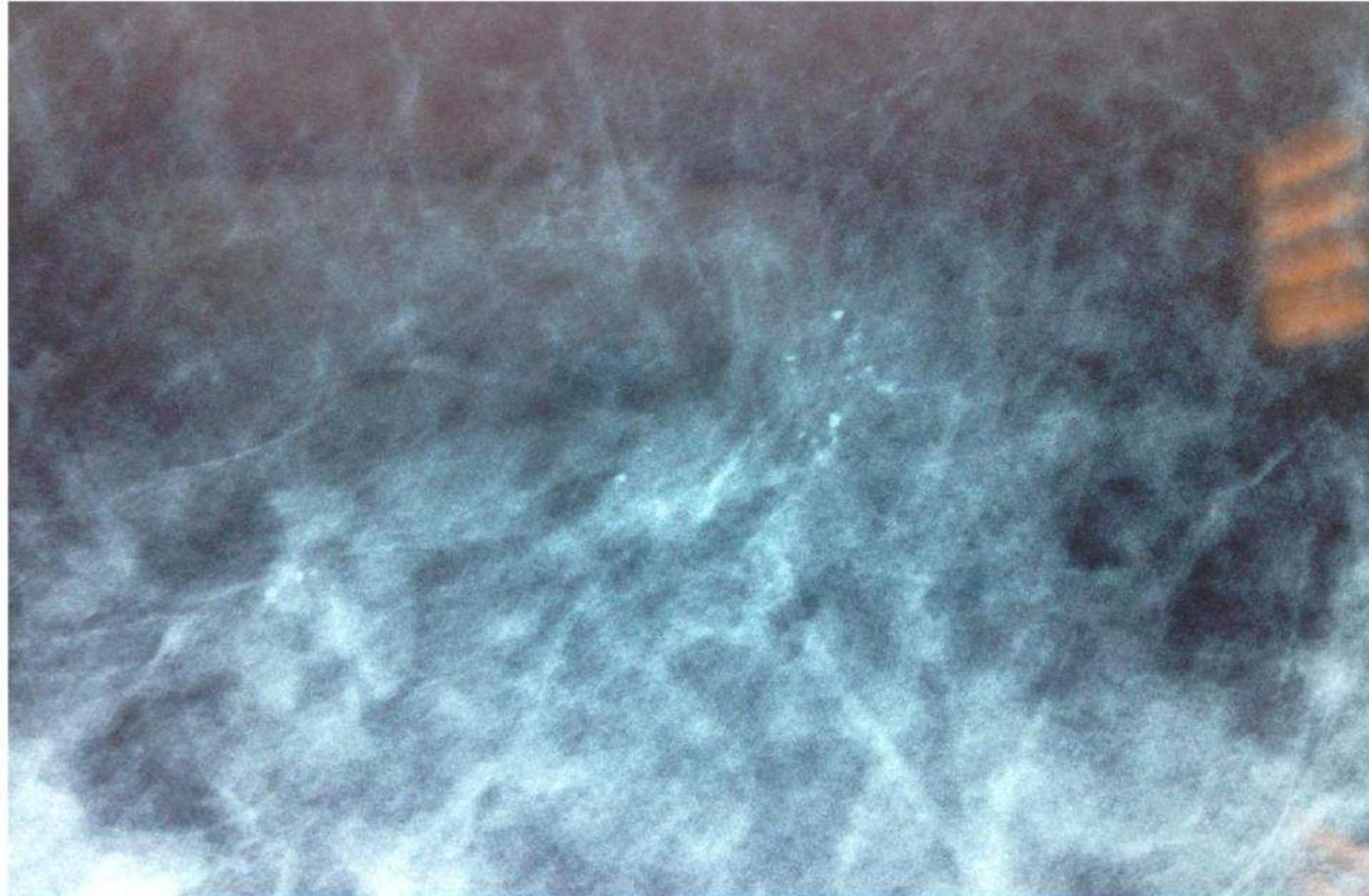
- ▣ Retirer la tumeur ou la zone suspecte et du tissu sain autour pour avoir des marges saines (être sûr d'avoir tout enlevé : R0 = zéro reliquat tumoral, R1=reliquat minime, R2=reliquat important)

- ▣ Nodule palpable : ablation directe

- ▣ Lésion non palpable ou microcalcifications nécessitant un repérage préopératoire (harpon ou colorant) pour enlever une zone précise (enlever le moins possible pour un meilleur résultat esthétique)

Nécessite une radiographie de pièce opératoire, du tissu mammaire enlevé, avec le clip posé si présent pour repérer les calcifications résiduelles après macrobiopsie ou le centre de la tumeur quand traitement néoadjuvant.

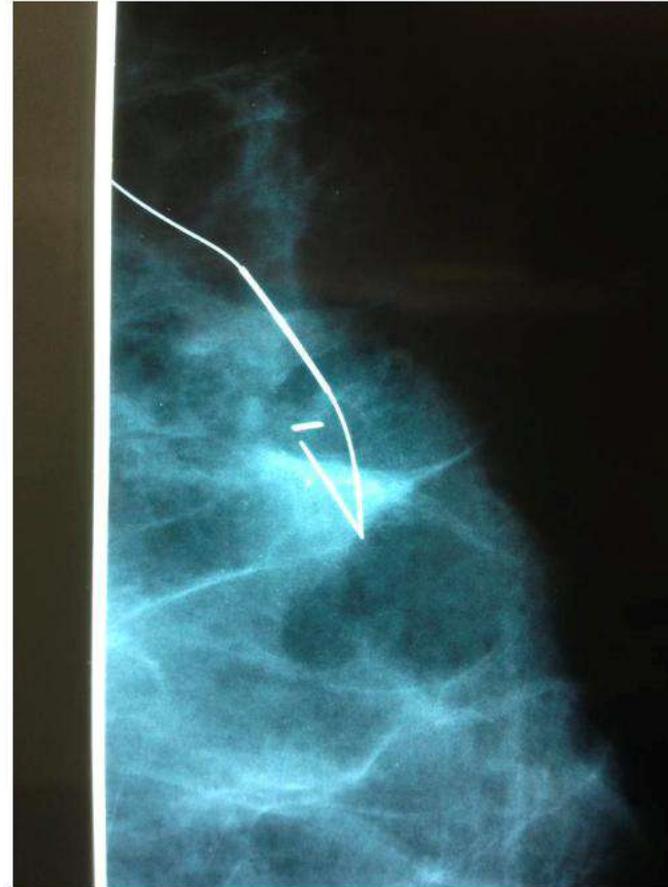
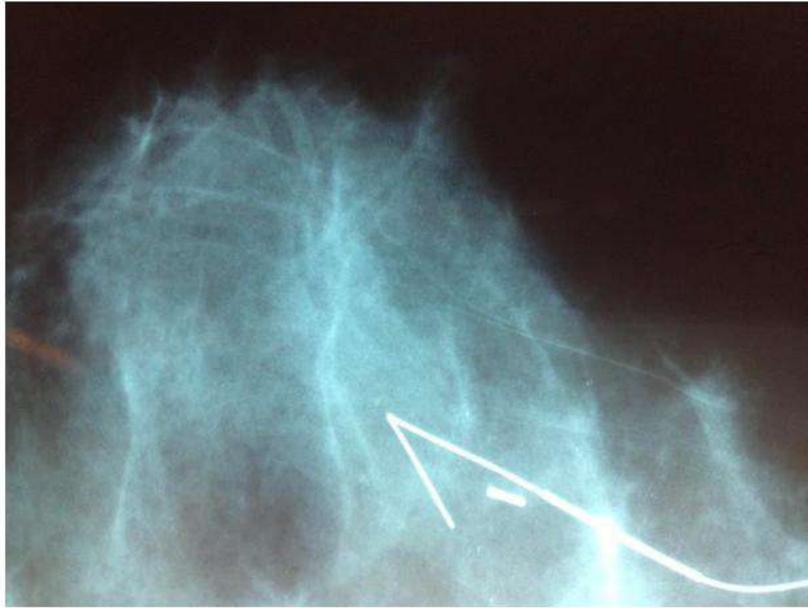
Microcalcifications



9



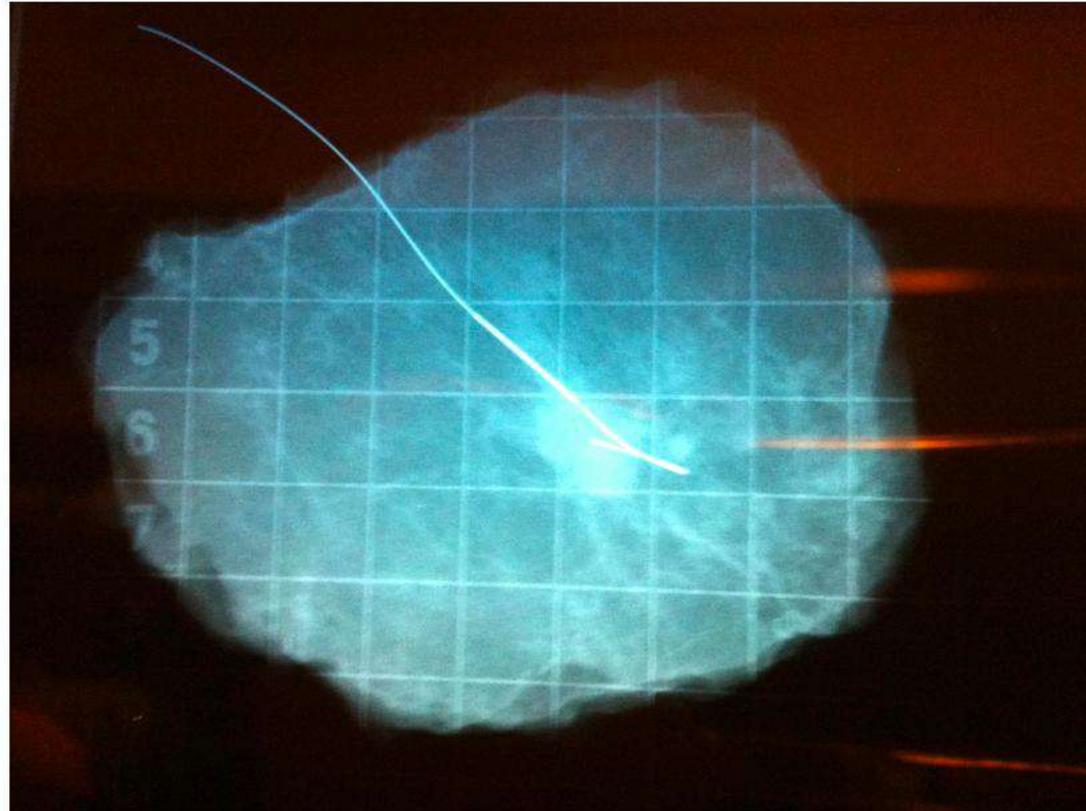
Repérage harpon d'une lésion non palpable avec clip posé lors de la biopsie



Repérage harpon et pièce opératoire



Repérage per-opératoire lésion bien centrée et harpon



Chirurgie conservatrice

- ▣ Pas de radiothérapie si lésion bénigne (fibrome, kyste, lésion débutante non cancéreuse: hyperplasie ou métaplasie typique ou atypique)
- ▣ Toujours suivie d'une radiothérapie si carcinome infiltrant ou in situ
 - quelques semaines après la chirurgie ou / et la chimiothérapie
 - 6-8 sem, max 3 mois, 20 sem si CT
 - parfois chirurgie et radiothérapie du site opératoire en même temps (intrabeam^o) = surimpression ou boost.
 - si > 70 ans, tumeur < 10mm, grade I.
- ▣ Pas de RT si in situ de moins de 2mm
- ▣ Boost = surimpression pour femmes de moins de 60 ans car récurrence dans le même territoire dans 80% des cas



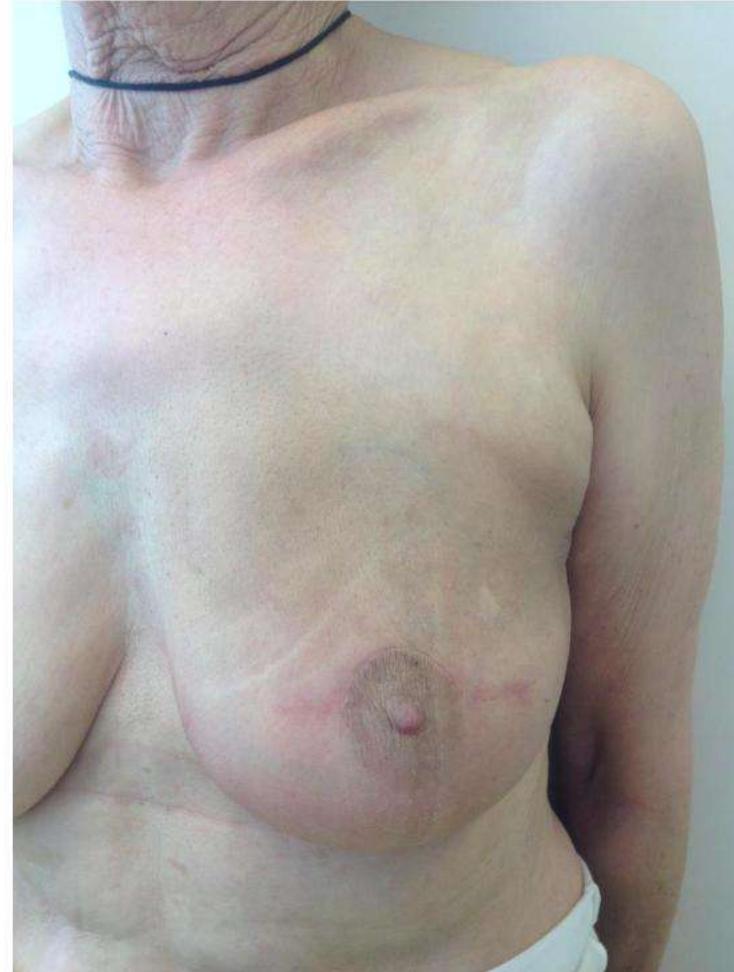
Tumorectomies : cicatrices directes, péri-aréolaires

Radiaire externe



Péri-aréolaire

Omega ou Batwing



Cicatrice périaréolaire gauche



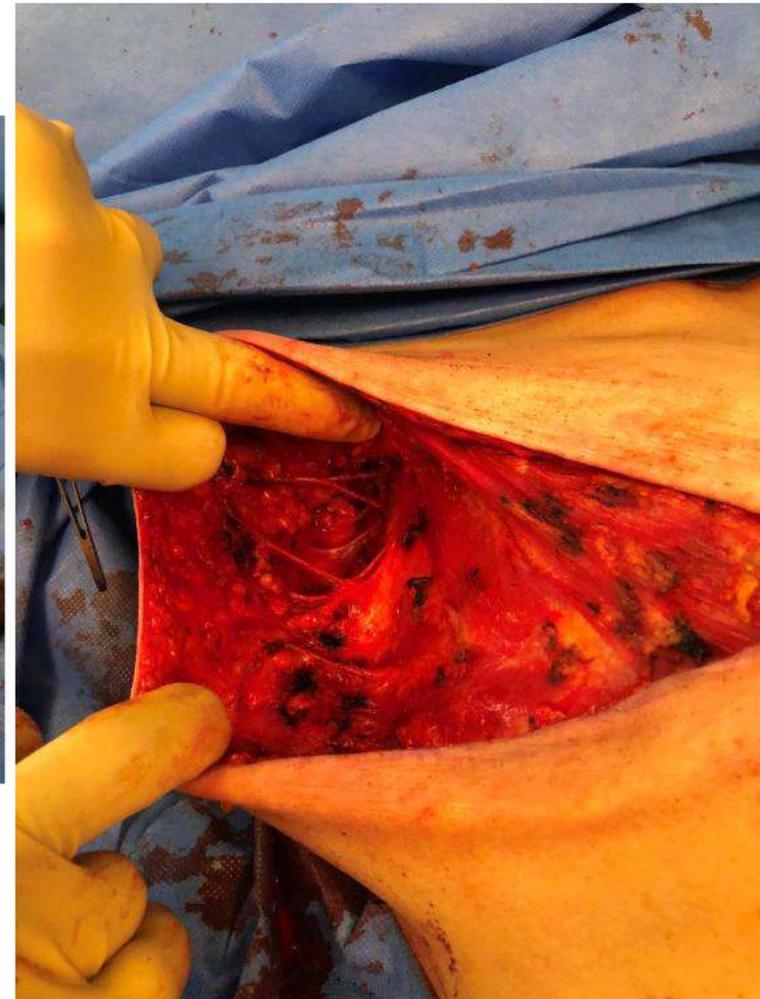
Chirurgie radicale: mastectomie

- ▣ Ablation complète du sein, du mamelon et de l'aréole
- ▣ Parfois avec reconstruction mammaire immédiate RMI
 - d'emblée si carcinome in situ étendu (> 5cm)
 - après traitements adjuvants : chimio-radio si infiltrant
- ▣ Mastectomie sous-cutanée (conserve un maximum de peau +/- PAM) pour RMI
- ▣ 30% des cas environ, 70% conservateurs
- ▣ Désescalade (moins de mastectomie, moins de curage axillaire, plus de ganglion sentinelle, moins de curages axillaires secondaires)

1
6



Mastectomie



Prélèvement ganglionnaire

- ▣ Ganglion sentinelle (GS) pour les petites lésions uniques, infiltrantes, sans ganglion axillaire palpable, sans chirurgie antérieure récente ayant modifié le drainage lymphatique
- ▣ GS pour les CIS étendu > 5cm (pour éviter un curage axillaire s'il y a un peu d'infiltrant finalement.
- ▣ Curage axillaire (CA) d'emblée (grandes lésions, multiples, déjà opérées) ou secondaire selon le GS si >2N+ (ACOSOG Z0011),
- ▣ le CA est en général diagnostique, non thérapeutique

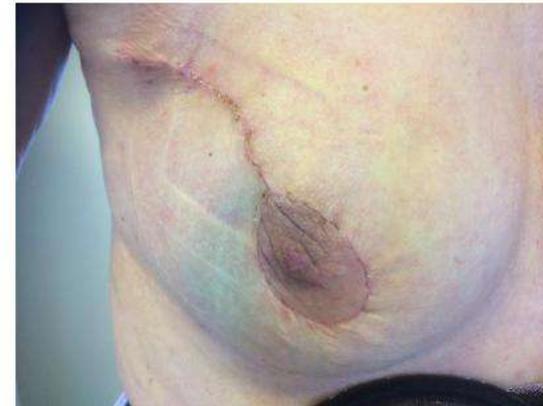


Détection des ganglions sentinelles axillaires

- ▣ Radio-isotope Tc-99m
- ▣ Bleu patente
- ▣ ICG infracyanine green : fluorescence
- ▣ Fer (moins performant et risque de tatouage)



4.3 Par la méthode combinée avec injection d'isotope, les ganglions sentinelles seront bleus et «chauds» (certains uniquement bleus ou uniquement «chauds»).



Lymphoedème = complication du curage axillaire sentinelle ou complet surtout : Traitement par manchon, drainages

2
0



différence volumétrique de 10 % par rapport au membre controlatéral [ARMER2005],

une différence périmétrique (circonférentielle) de 2 cm à un niveau au moins du bras ou de l'avant-bras permet de poser un diagnostic rapide en consultation.

Le pli du coude étant le point 0, les mesures sont prises tous les 5 à 10 cm vers le poignet et vers l'épaule [VIGNES2009]

Désunion de cicatrice à distance du bloc

Rechercher **tabac** et **dénutrition**
qui ralentissent la cicatrisation





TRAITEMENTS ADJUVANTS DANS LE CANCER DU SEIN STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE BASÉE SUR LA CLASSIFICATION BIOMOLÉCULAIRE

DR LAURENT

RADIOTHERAPIE

- RADIOTHÉRAPIE APRÈS CHIRURGIE CONSERVATRICE:
 - Une irradiation de la glande mammaire est toujours indiquée en complément de la chirurgie.
 - Elle diminue le risque de récurrence loco- régionale et réduit le risque de mortalité à long terme.
 - Radiothérapie des aires ganglionnaires
 - Envahissement ganglionnaire axillaire
 - Une irradiation supplémentaire du lit tumoral (boost)
 - Repérage du lit tumoral par des clips chirurgicaux.

RADIOTHÉRAPIE

- RADIOTHÉRAPIE APRÈS MASTECTOMIE TOTALE:
- Une irradiation de la paroi thoracique est indiquée en présence d'un ou plusieurs facteurs de risque de récurrence.
 - Taille de la tumeur
 - Grade histologique
 - Infiltration de la peau ou de la paroi thoracique,
 - Présence d'embolies lymphatiques et/ou sanguins
 - Envahissement ganglionnaire axillaire

FACTEURS PRÉDICTIFS

- * Expression des récepteurs hormonaux :
 - * prédictifs de la réponse aux anti-oestrogène (TAMOXIFENE) et aux anti-aromatases (FEMARA, ARIMIDEX, AROMASINE).

HORMONOTHERAPIE

- * TAMOXIFENE (SERM)

- * Antagoniste compétitif des RH: bloque la liaison des oestrogène sur leurs récepteurs

- * IA (Létrozol/*Fémara*, Anastrozol/*Arimidex*, Exemestane/*Aromazine*)

- * Empêche la conversion périphérique des androgènes en œstrogène chez la femme ménopausée

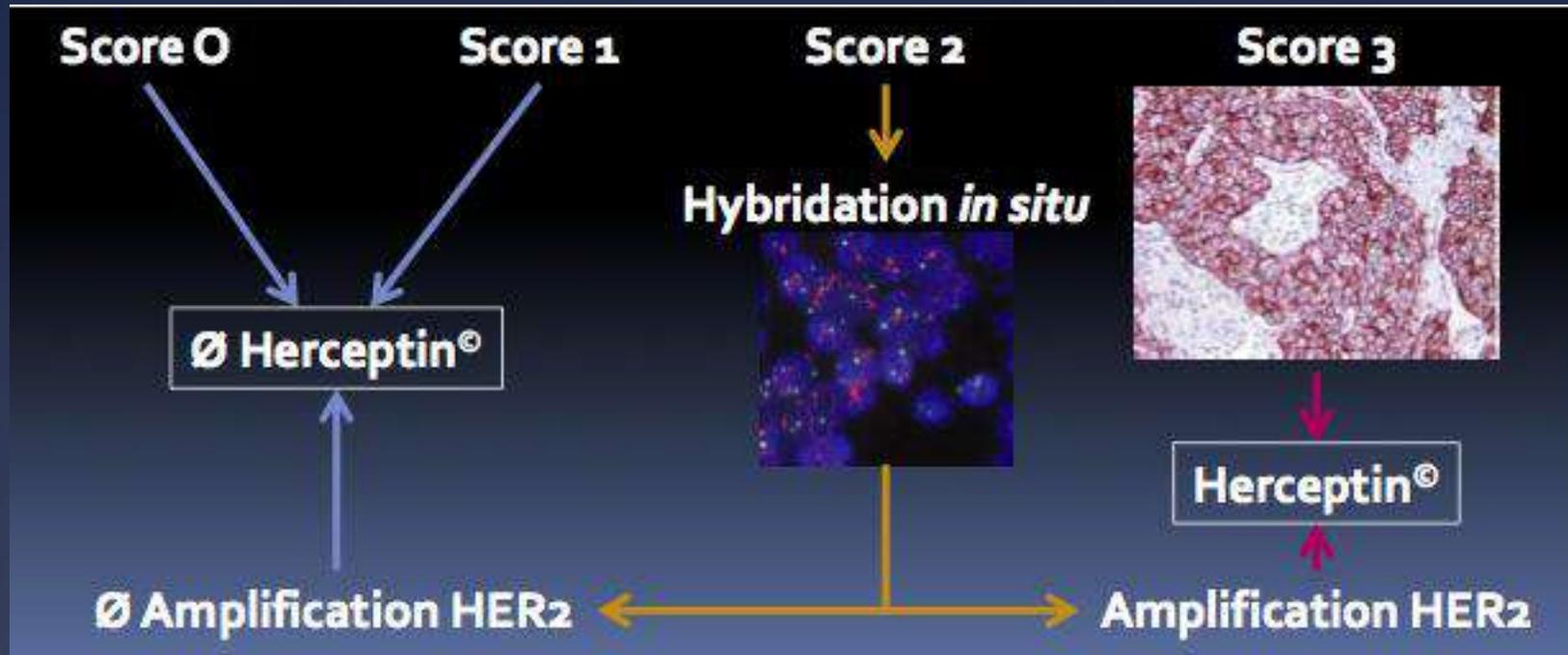
- * Analogues de la GnRH (*Goséréline/Zoladex*,
Leuproréline/Enantone, *Triptoréline/ Décapeptyl*)

FACTEURS PRÉDICTIFS

- * Surexpression/ amplification d'HER2neu
 - * prédictif de la réponse au TRT par Herceptin© (Ac dirigé contre HER2)

Marquage	Score	Evaluation de la surexpression
<i>Aucun marquage ou marquage membranaire faible ou modéré, complet ou incomplet, ≤ 10% des cellules tumorales</i>	0	Négatif
<i>Marquage membranaire faible, complet ou incomplet, > 10% des cellules tumorales</i>	1+	Négatif
<i>Marquage membranaire modéré et complet, > 10% des cellules tumorales</i>	2+	Equivoque
<i>Marquage membranaire fort et complet, ≤ 10% des cellules tumorales</i>		
<i>Marquage membranaire modéré à fort et incomplet (basolatéral ou micropapillaire), > 10% des cellules tumorales</i>		
<i>Marquage membranaire fort et complet, > 10% des cellules tumorales</i>	3+	Positif

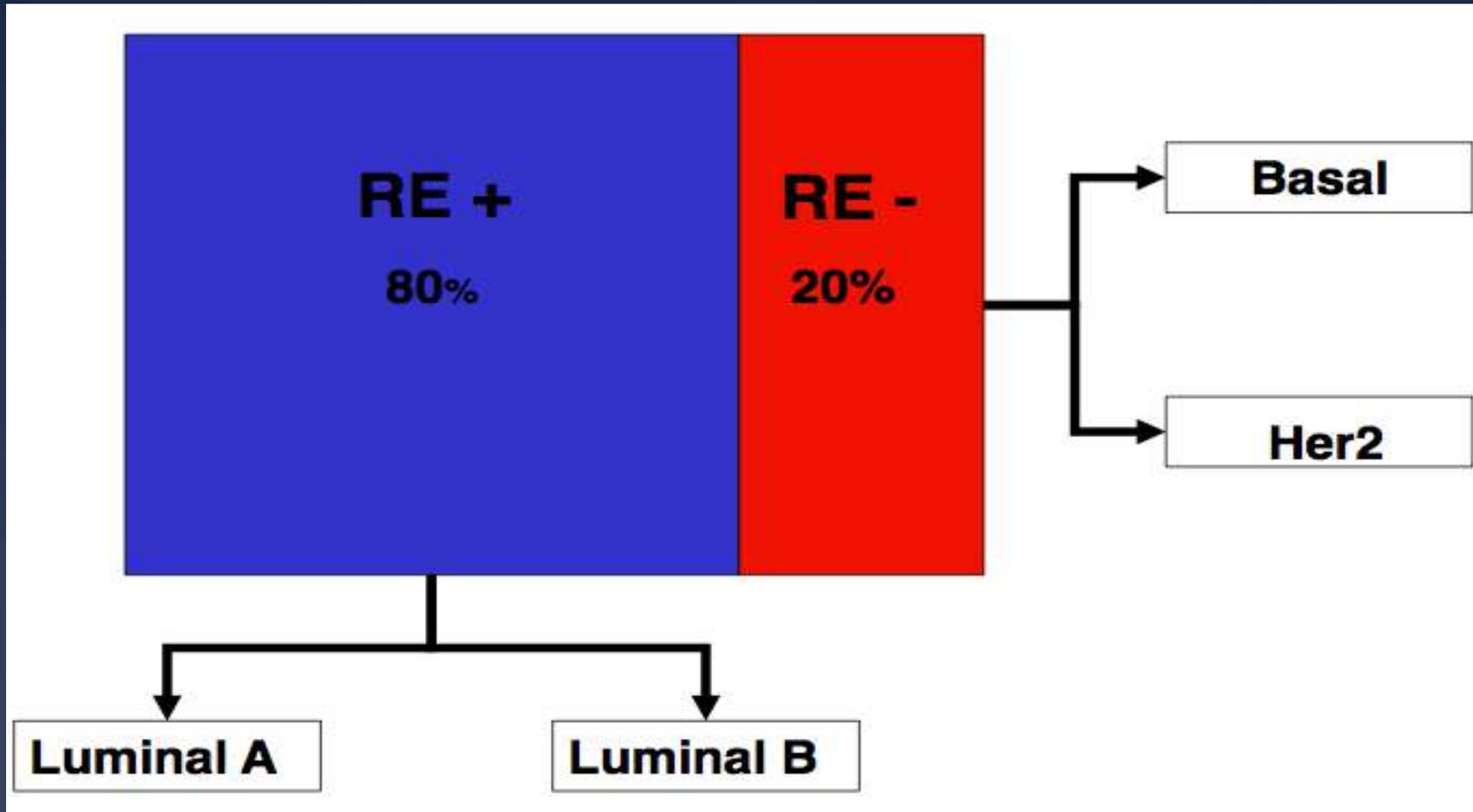
FACTEURS PRÉDICTIFS



FACTEURS HISTOPRONOSTIQUES

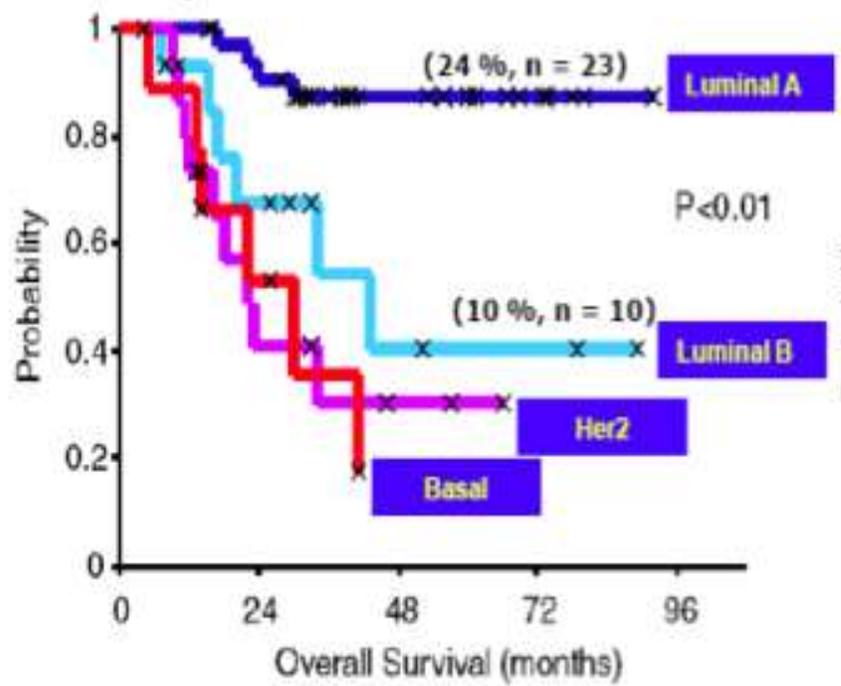
- * Grade histologique SBR
 - * Architecture
 - * Anisocaryose
 - * Mitoses
- * Index de prolifération Ki67 :
 - * Marqueur de prolifération étudié en immunohistochimie
 - * Antigène nucléaire exprimé par les noyaux des cellules en phase cyclante
- * Métastase ganglionnaire

Classification Intrinsèque des cancers du sein en 2000

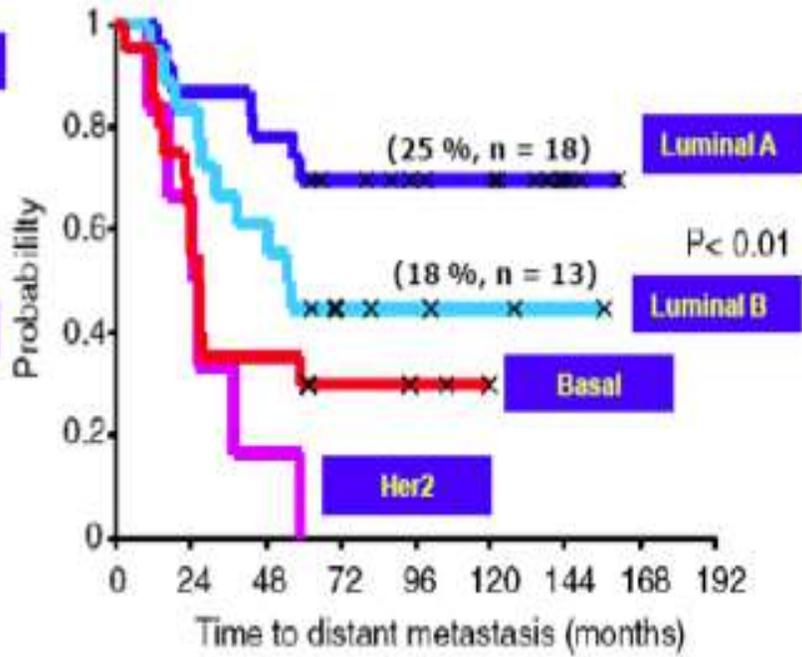


PRONOSTIC

Norway/Stanford data-set



van't Veer data-set



LUMINAL A

- * Grade 1 ou 2 (mitose 1)
- * RE > 10%
- * RP > 10%
- * HER2 négatif
- * Ki67 < 20%

LUMINAL A

* Hormonothérapie

LUMINAL B

- * Grade 2 ou 3
- * RE > 10%
- * RP +/-
- * HER2 négatif
- * Ki67 > 20%

LUMINAL B

- * Hormonothérapie

- * Chimiothérapie ?

LUMINAL B

- * La classification actuelle histopathologique ne prédit pas précisément le risque métastatique
- * **Signatures moléculaires pronostiques**
 - Hypothèse = signatures multigènes saurient mieux prédire la rechute
 - Informent le clinicien sur le pronostic et le bénéfice d'ajouter une chimiothérapie
 - Reposent sur la quantification de gènes impliqués dans la cancérogenèse

Tableau. Récapitulatif des principales classifications moléculaires pronostiques.

Nom	Signature à 70 gènes MammaPrint™ (Agendia)	Signature à 21 gènes Oncotype DX® (Genomic Health)	PAM50 Prosigna® (NanoString)	Genomic grade index MapQuant DX® (Ipsogen/HalioDx)	HOXB13/IL17B Breast Cancer Index (Biotheranostics)	11-gene assay EndoPredict® (Myriad Genetics)
Méthode	Microarray	qRT-PCR	qRT-PCR	Microarray qRT-PCR	qRT-PCR	qRT-PCR
Matériel	Cryoconservation/FFPE	FFPE	FFPE	Cryoconservation/FFPE	FFPE	FFPE
Gènes analysés	70 gènes	RE, RP, BCL2, SCUBE2, Ki67, STK15, BIRC5, CCNB1, MYBL2, HER2, GRB7, MMP11, CTSL2, GSTM1, CD68, BAG1	50 gènes	97 gènes	HOXB13/IL17BR, BUB1, CENPA, NEK2, RACGAP1, RRM2	DHCR7, AZGP1, MGP, STC2, BIRC5, UBE2C, RBBP8, IL6ST
Valeur pronostique	M+ (5 ans)	Récidive (10 ans)	Récidive (10 ans)	Récidive	Récidive (5 et 10 ans)	Récidive (10 ans)
Indications	RE+/N- ou N+ (1-3) RE-/N- ou N+ (1-3)	RE+/HER2- /N-/HT RE+/HER2-/N+ (1-3)	RH+/HER2- N- ou N+	RE+/N- (grade II) sous tamoxifène	RE+/N- sous tamoxifène	RE+/HER2- N- ou N+ (1-3) sous HT
Résultats	Haut Bas	RS = 0 à 100 Haut > 30 Intermédiaire Bas < 18	Type moléculaire ROR = 0 à 100 Haut Intermédiaire Bas	Haut Équivoque Bas	0 à 10 Haut Intermédiaire Bas	0 à 15 Haut Bas
Essai prospectif	MINDACT	TAILORx RxPONDER		ASTER 70s		

SIGNATURES

MOLÉCULAIRES

- Intégration des signatures géniques dans la décision thérapeutique en complément des données clinico-pathologiques.
- Concerne les cancers du sein luminaux RE+/HER2-, au stade précoce, de situation pronostique intermédiaire (grade II)
- Décision prise en RCP et soumise à l'accord de la patiente
- Aucune recommandation sur le choix du test

HER2 Like

- * Grade 2 ou 3
- * RE < 10%
- * RP < 10%
- * HER2 positif
- * Ki67 > 20%

HER2 Like

- * Chimiothérapie

- * Herceptin

HER2 Like

- * T<2cm et N-:
 - * 12 Paclitaxel hebdo
 - * Trastuzumab pendant 1 an (18 injections)
- * T>2cm et/ou N+
 - * Chimiothérapie néoadjuvante + Trastuzumab
 - * Si maladie résiduelle: Kadcyra (Trastuzumab+DM1)

Tolaney SM, J Clin Oncol. 2019;37:1868-1875

Gyer C, N Engl J Med. 2025;392:249-257

HER2 Like

- * Environ 20% sont RE + (Luminal B / HER2+)
- * Chimiothérapie
- * Herceptin
- * Hormonothérapie

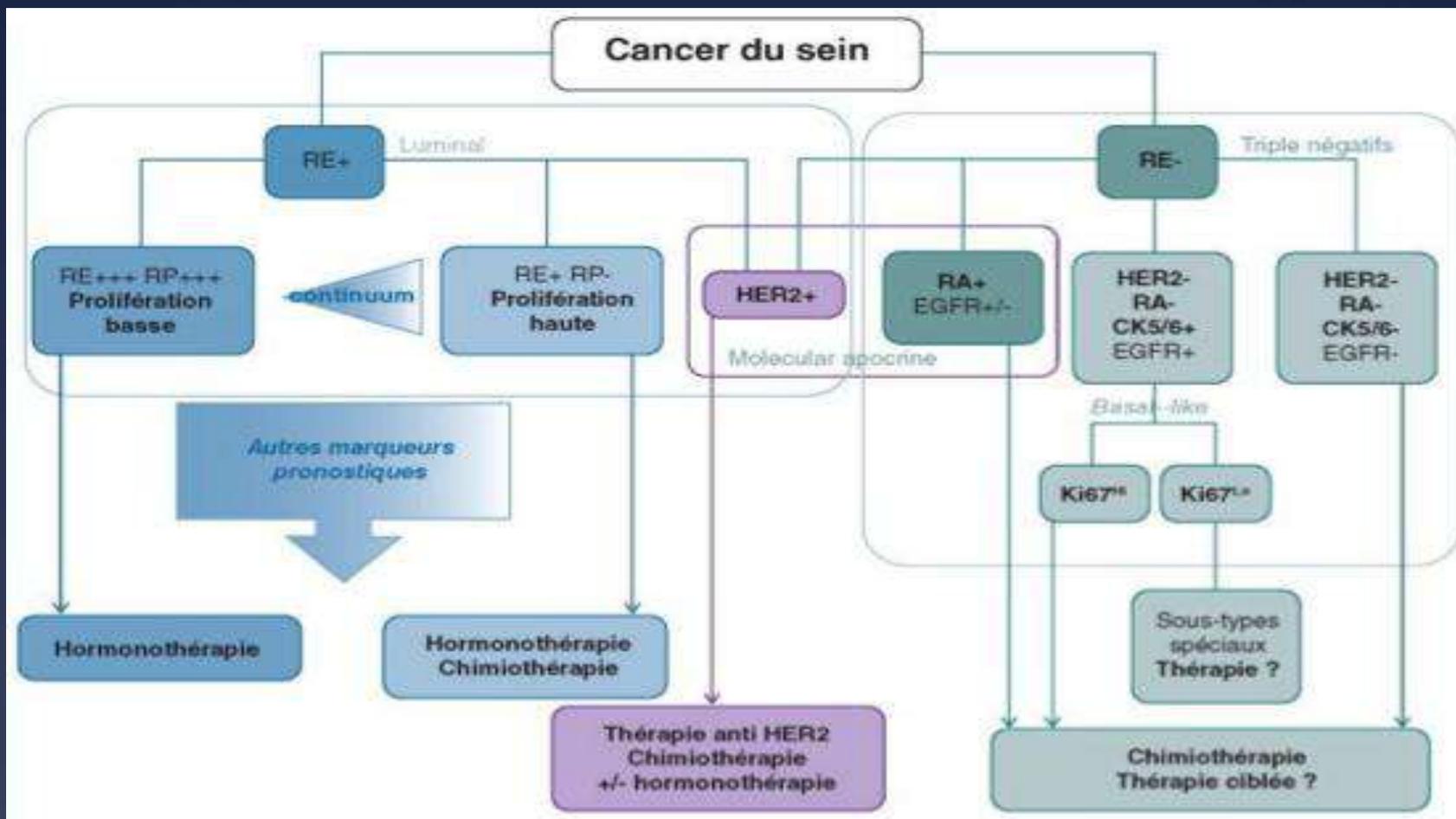
BASAL Like

- * Grade 3
- * RE < 10%
- * RP < 10%
- * HER2 négatif
- * Ki67 > 20%

BASAL Like

* Chimiothérapie

SYNTHÈSE





RECONSTRUCTION MAMMAIRE

DR EHRHART

Reconstruction Mammaire

Pour qui? Et Quand?



RMI

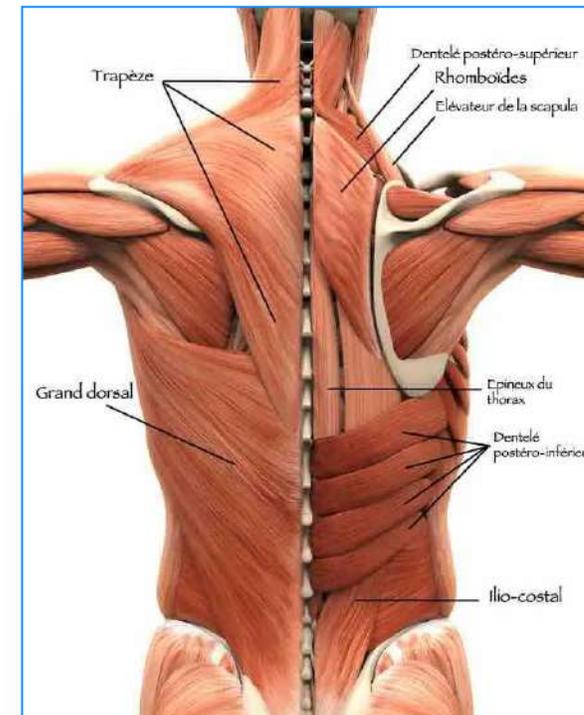
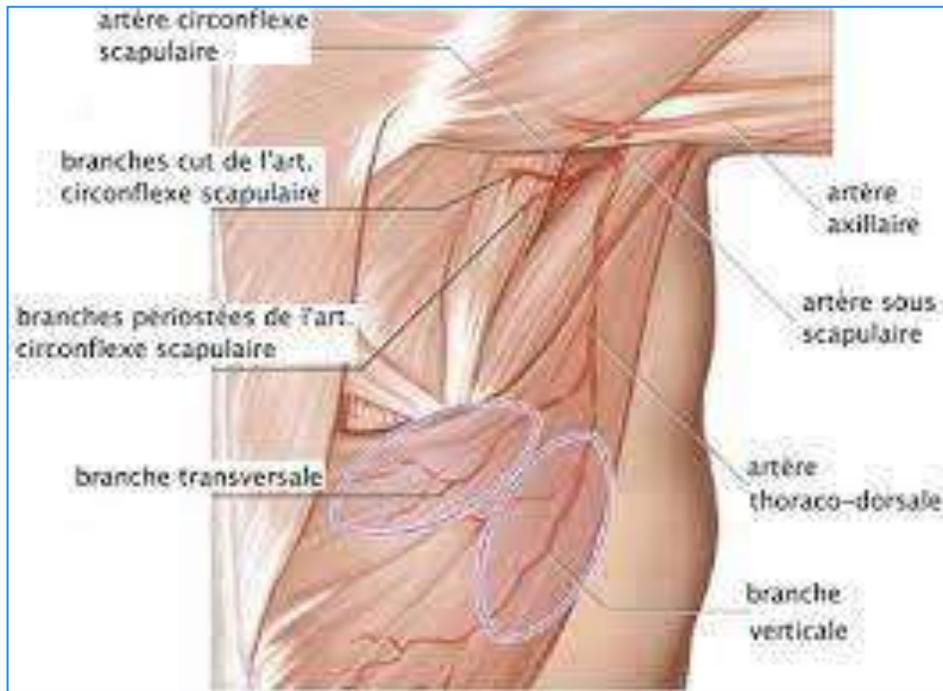
RMS



LAMBEAUX

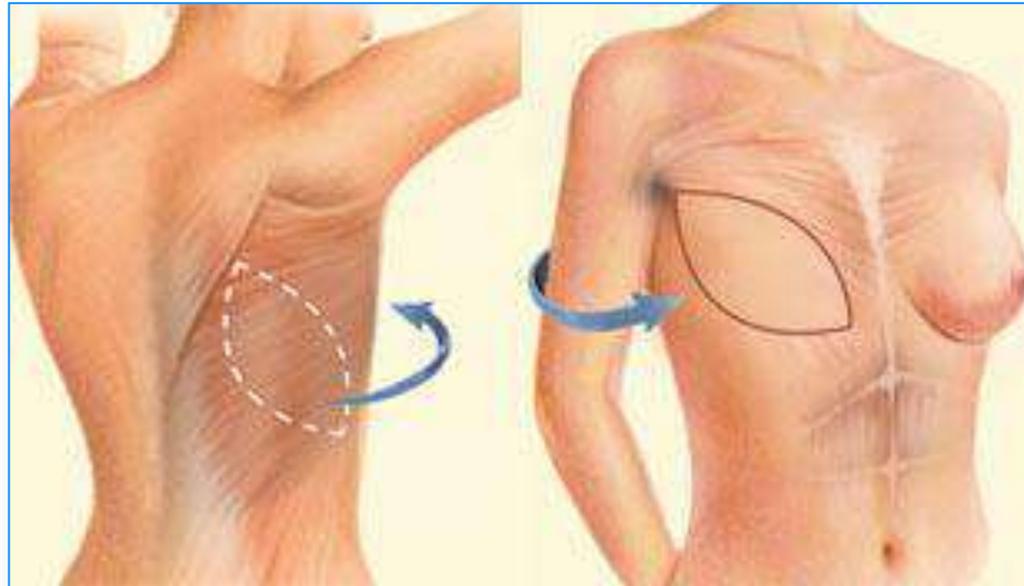
LAMBEAUX DE GRAND DORSAL

Rappels anatomiques



LAMBEAUX DE GRAND DORSAL

Rappels anatomiques : lambeau musculo cutané pédiculé



LAMBEAUX DE GRAND DORSAL

Cicatrice dorsale



LAMBEAUX DE GRAND DORSAL

RMS LGD + prothèse



AVANTAGE :

VOLUME EN UN TEMPS

INCONVÉNIENT :

CHANGEMENT PROTHÈSE A 10-15 ANS

DOULEUR DORSALE

LAMBEAUX DE GRAND DORSAL

RMI LGD + PROTHESE



SÉQUELLES COMPLICATIONS

- SÉRUM DORSAL
- DOULEUR DORSAL
- LIMITATION D'AMPLITUDE

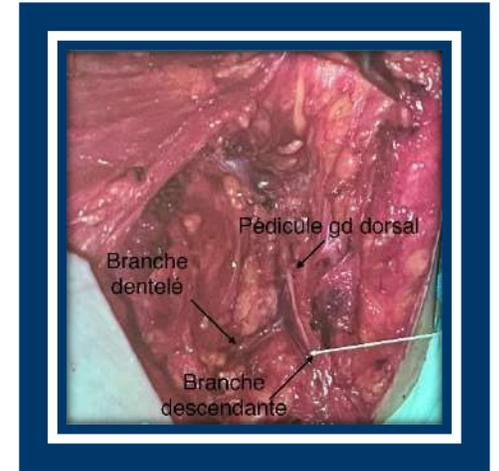
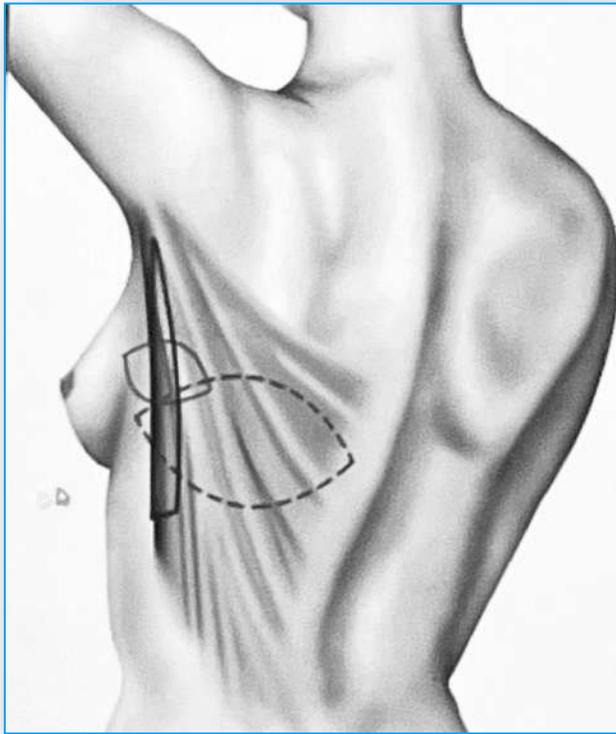
ALTERNATIVE MINI DORSAL LIPOFILLE

- PRELEVEMENT DE 20% DU MUSCLE
- CONSERVATION PROPRIÉTÉS MUSCULAIRE DU MUSCLE
- DIMINUTION DES SEQUELLES POST OPERATOIRES
- ABSENCE DE CICATRICE DORSALE



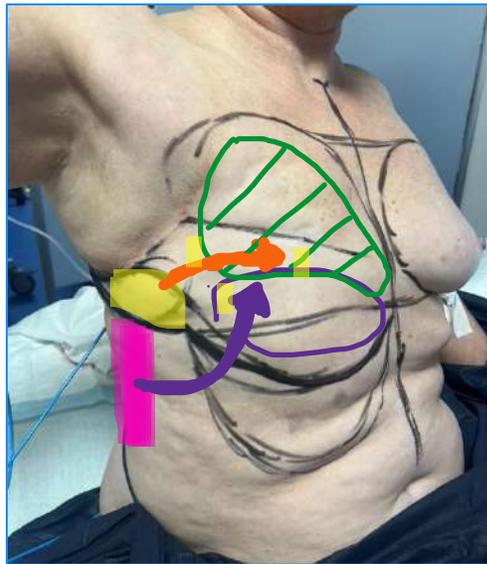
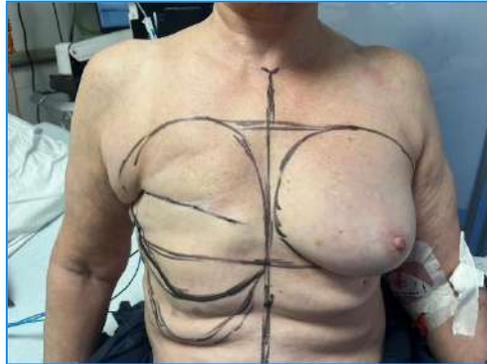
MINI- DORSAL LIPOFILLE

Rappels anatomiques



MINI-DORSAL LIPOFILLE

AVANT



APRES

**DIMINUTION
BOURRELET AXILLAIRE**

**CREATION PREMIER
RELIEF**

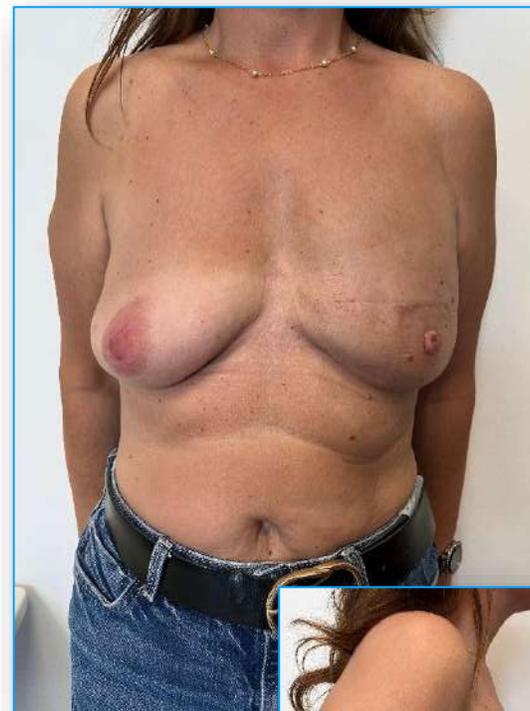
**CONSERVATION
AMPLITUDE**

PEU ALGIQUE



MINI-DORSAL LIPOFILLE

RMI



PATIENTES DU DR SAINT SUPERY

MINI-DORSAL LIPOFILLE

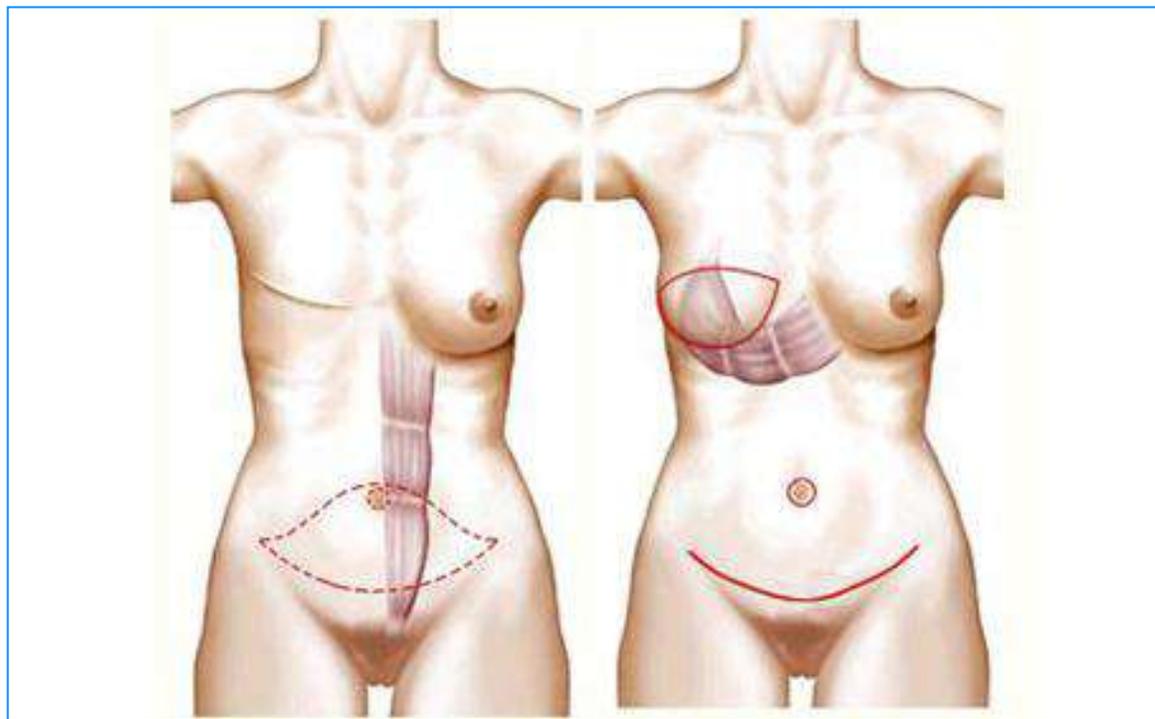
RMI



PATIENTE DR PIAT



TRAM



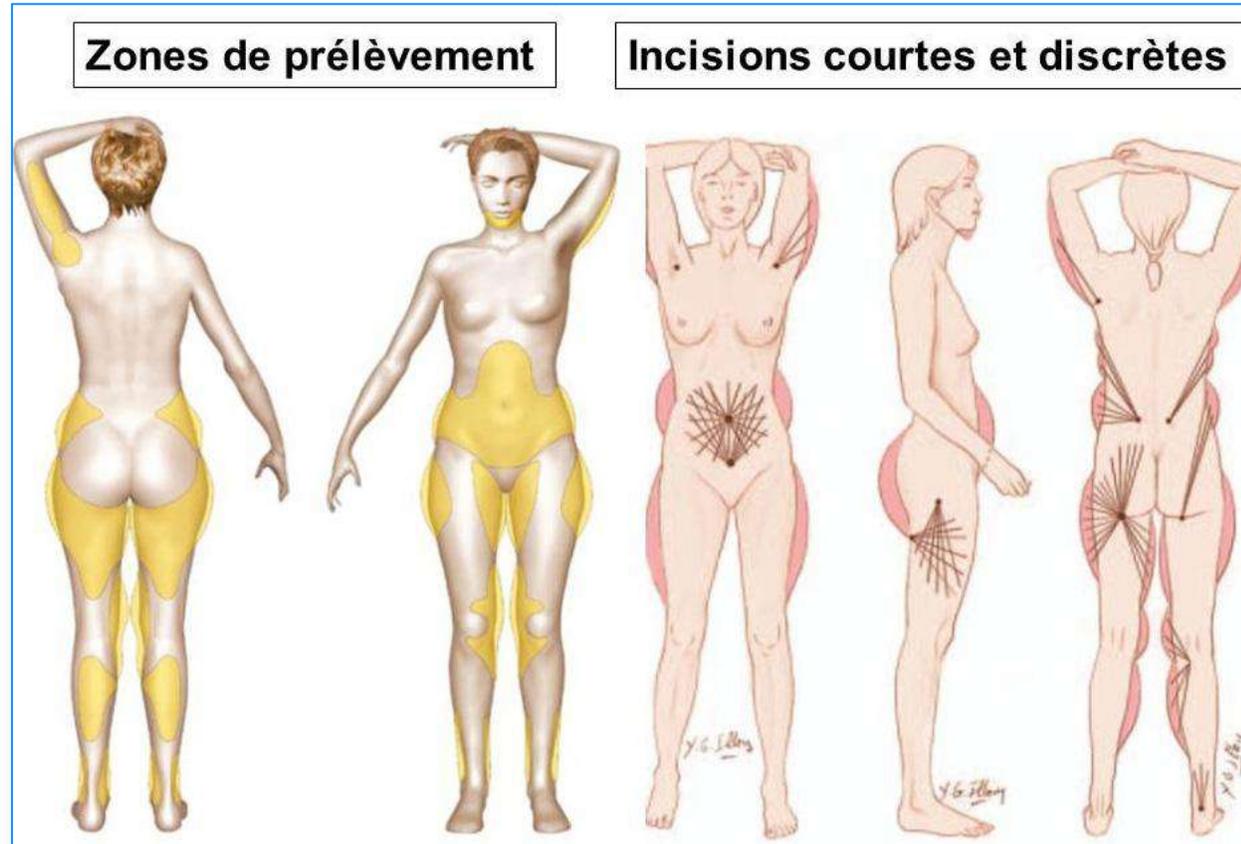




LIPOFILLING

LIPOFILLING

Sites de prélèvement



LIPOFILLING

Prélèvement



LIPOFILLING

RMS LIPOFILLING



SCIENCES DIRECT

**RECONSTRUCTION
IMMEDIATE OU
SECONDAIRE**

**ENTRE 4 A 5 SEANCES
ESPACES DE 3 MOIS**

**CHIRURGIE AMBULATOIRE
DE 60 MM**

**SOUPLESSE DE LA
GRAISSE PROCHE DU SEIN
NATUREL**





PROTHESE

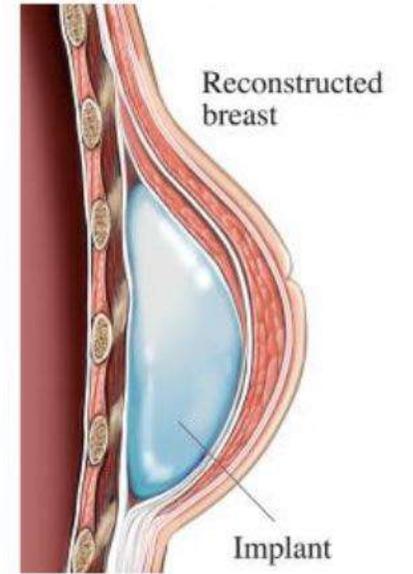
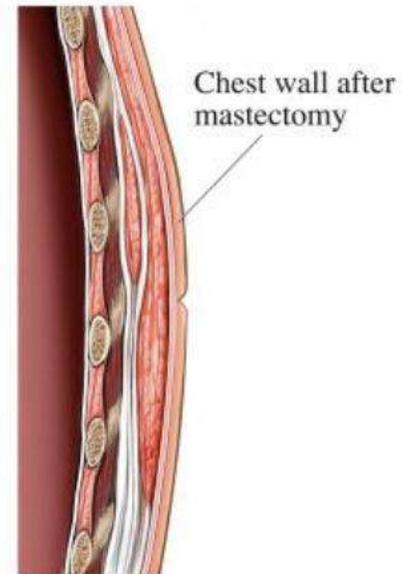
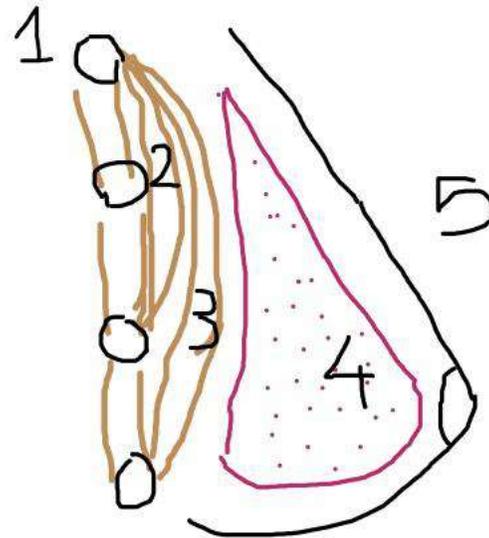
PROTHESE

Rappels anatomiques



LÉGENDE :

- 1- CÔTE
- 2- MUSCLE PETIT PECTORAL
- 3- MUSCLE GRAND PECTORAL
- 4- GLANDE MAMMAIRE
- 5- ÉTUI CUTANÉ



PROTHESE

RMI



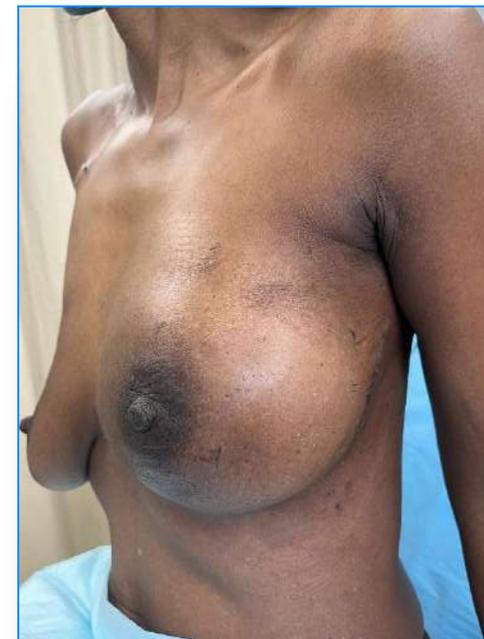
PROTHESE

RMI



PROTHESE

RMI



PROTHESE

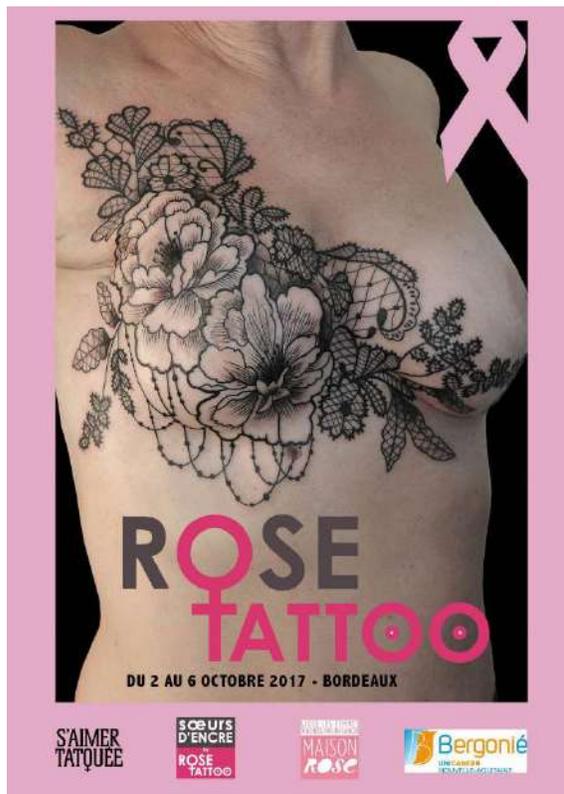
RMS avec expander





FINITIONS

FINITIONS





PARTIE 04

RÉÉDUCATION POST CHIRURGIE MAMMAIRE
Avec la participation du kinésithérapeute



PARTIE 05

Surveillance post-thérapeutique Parcours après cancer



SURVEILLANCE APRES LA PHASE PRECOCE



- **EXAMEN CLINIQUE** tous les 6 mois pendant 5 ans puis annuel à vie
- **DOSAGE MARQUEURS TUMORAUX** non recommandé
- **BILAN SENOLOGIQUE** annuel à vie
 - MAMMOGRAPHIE annuelle bilatérale si traitement conservateur
 - MAMMOGRAPHIE annuelle controlatérale si mastectomie (pas de donnée sur l'imagerie systématique en cas de mastectomie avec ou sans RM)
 - ECHOGRAPHIE si seins denses / anomalie clinique et /ou mammographique
 - IRM mammaire
 - si suspicion rupture prothèse mammaire
 - Surveillance femmes à haut risque



SURVEILLANCE APRES LA PHASE PRECOCE

- Suivi HORMONOTHERAPIE :

- TAM : échographie pelvienne si métrorragie
- IA : bilan lipidique annuel ; ostéodensitométrie tous les 2-3 ans

- Suivi CARDIOLOGIQUE après :

- Traitement par anthracyclines +/- thérapie anti Her2 (ex Trastuzumab)
- Radiothérapie ganglionnaire avec dose cardiaque significative

SURVEILLANCE ALTERNÉE (CHIRURGIEN/ONCOLOGUE MÉDICAL/RADIOTHÉRAPEUTE/GYNÉCOLOGUE) OU ASSURÉE PAR UN SEUL INTERVENANT



SURVEILLANCE COMPLICATIONS TRAITEMENTS LOCORÉGIONAUX

Il est rappelé :

- qu'il est nécessaire de minimiser la dose aux organes à risques et leurs volumes irradiés ;
- qu'une activité physique régulière doit être encouragée²⁰ ainsi que les mesures hygiéno-diététiques pour lutter contre la sédentarité et l'obésité.

Complications cardio-vasculaires

Un sevrage tabagique est recommandé afin de limiter les complications cardio-vasculaires liées à la radiothérapie (**Avis d'experts**).

Complications pulmonaires

Un sevrage tabagique est recommandé afin de limiter les complications pulmonaires liées à la radiothérapie (**Avis d'experts**).

Complications thyroïdiennes

Le risque d'hypothyroïdie étant faible mais augmentant avec le temps, une vigilance est recommandée, en particulier chez les patientes ayant bénéficié d'irradiation ganglionnaire sus-claviculaire (**Grade C**).

En cas de signes cliniques d'hypothyroïdie, une exploration de la fonction thyroïdienne est recommandée (**Avis d'experts**).

SURVEILLANCE COMPLICATIONS TRAITEMENTS LOCORÉGIONAUX

Syndrome douloureux post-mastectomie

Il est rappelé que contrairement à ce que son nom indique, le syndrome douloureux post-mastectomie peut également toucher les patientes ayant bénéficié d'une chirurgie conservatrice.

En prévention lors de la chirurgie, en plus de l'anesthésie générale, une analgésie locorégionale est recommandée (**Avis d'experts**).

En cas de douleurs ou d'anxiété, le recours aux soins de support est recommandé le plus précocement possible en préopératoire et postopératoire (**Grade B**).

Une auto-rééducation suite à la chirurgie et une mobilisation précoce de l'épaule et du membre supérieur sont recommandées dans l'objectif de récupérer une mobilité correcte rapidement (**Avis d'experts**).

PARCOURS APRES CANCER

118



AXE 2 Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030

- Limiter les séquelles des traitements
- Améliorer la qualité de vie

Exemplaire prescripteur



DU NOUVEAU DANS LE PARCOURS APRES TRAITEMENT CANCER

Vous pouvez, au cours d'une consultation de suivi, prescrire :

 Un bilan d'activité physique adaptée	 Un bilan avec ou sans suivi diététique	 Un bilan avec ou sans suivi psychologique
--	--	---

Pour qui ? ✓ Tout patient atteint d'un cancer, ayant fini son traitement « actif » depuis moins de 12 mois.	Comment ? ✓ Je prescris des soins de support par ordonnance. ✓ J'indique au patient qu'il doit contacter la Ligue contre le cancer Gironde pour en bénéficier.
---	---

À noter : un retour vous sera systématiquement adressé.



Pour plus d'informations :
Ligue-cancer33.fr

aprecancer.liguecancer33@na.mesante.fr ou
aprecancer.cd33@ligue-cancer.net
06 31 69 51 70





Dispositif Après-cancer

- Prise en charge de soins de support **jusqu'à 12 mois après l'arrêt des traitements.**
- **sur prescription médicale.**
- Grâce à un **co-financement**,
 - **ARS sur un forfait de 180 Euros /pers/an**
 - **un fonds Ligue dédié**
- Les soins de supports sont réalisés à **proximité du domicile du bénéficiaire.**
- Les intervenants en soins de support **ont conventionné avec la Ligue: les diplômes et les compétences ont été vérifiés.**

LA LIQUE CONTRE LE CANCER GIRONDE
DISPOSITIF APRÈS-CANCER
Prescription soins de support
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
ars Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine

A renseigner par le médecin généraliste ou oncologue

Nom et prénom (de la personne prise en charge) :

Date de naissance :

Coordonnées :

.....

.....

Schéma du forfait de prise en charge de 180 euros annuel (personne sans avance de frais)

1 bilan et 6 consultations de suivi
Ou
2 bilans et 4 consultations de suivi
Ou
3 bilans + 2 consultations de suivi

1 bilan 1h = 45 euros
1 consultation 30min = 22,50 euros
(pas de séances de suivi d'APA dans le forfait)

Activité Physique adaptée

Un bilan APA..... 

Dietétique

Un bilan systématique.....

Séances de suivi..... 

Soutien psychologique

Un bilan systématique.....

Séances de suivi..... 

Date :

Signature et cachet du prescripteur :

Pour bénéficier des soins de support, contactez la Ligue contre le cancer Gironde :
Dispositif après-cancer
Aprescancer.cd33@ligue-cancer.net - 06 31 69 51 70

Marie MAGNIEN,
Chargée de mission pour le dispositif Après cancer
06 31 69 51 70
Aprescancer.cd33@ligue-cancer.net
aprescancer.liguecancer33@na.mssante.fr (messagerie sécurisée)



PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN

du diagnostic à la surveillance
post-thérapeutique

MERCI DE VOTRE ATTENTION

EUROSILICONE™

Powered by:  GC Aesthetics™



*Maison de Santé Protestante
de Bordeaux-Bagatelle*

Fondation reconnue d'utilité publique depuis 1867