

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Cancer du sein *in situ*

COLLECTION

Recommandations & référentiels

RECOMMANDATIONS
DE PRISE EN CHARGE
SPÉCIALISÉE

CARCINOME CANALAIRE
IN SITU ET CARCINOME
LOBULAIRE *IN SITU*

DIAGNOSTIC, PRISE EN
CHARGE THÉRAPEUTIQUE
ET SURVEILLANCE

DESTINÉ A L'USAGE DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'Institut National du Cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Les recommandations de prise en charge du cancer du sein *in situ* (carcinome canalaire *in situ* et carcinome lobulaire *in situ*) ont été élaborées dans le cadre d'un partenariat entre l'Institut National du Cancer et la Société française de sénologie et pathologie mammaires (SFSPM).

Ces recommandations ont été validées en octobre 2009.

Le rapport intégral et les annexes sont consultables gratuitement sur www.e-cancer.fr.



Ce document a été publié en octobre 2009 avec le soutien financier de la
Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
www.fnclcc.fr

Ce document doit être cité comme suit : © *Cancer du sein in situ*, collection Recommandations et référentiels, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, octobre 2009.

Ce document peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site Internet www.e-cancer.fr ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : publication@institutcancer.fr.

Contexte clinique et objectifs

Parmi les cancers du sein *in situ*, on distingue les carcinomes canauxiaux *in situ* (CCIS) et les carcinomes lobulaires *in situ* (CLIS).

Les **carcinomes canauxiaux *in situ* (CCIS)** représentent 85 % à 90 % des cancers du sein *in situ* soit 7 à 8 000 nouvelles patientes par an. Leur incidence est en augmentation du fait de la généralisation du dépistage. Malgré un bon pronostic avec une survie globale à 10 ans supérieure à 95 %, le taux de récurrence invasive peut atteindre 13 % en cas de traitement conservateur sans radiothérapie.

Les recommandations de prise en charge des patientes atteintes de CCIS répondent à un réel enjeu de santé publique au regard de leur fréquence, de leur incidence en augmentation et de l'importance d'une prise en charge initiale de qualité.

Les **carcinomes lobulaires *in situ* (CLIS)** représentent environ 10 à 15 % des cancers du sein *in situ* soit approximativement 0,5 à 3,8 % de l'ensemble des cancers du sein. Du fait de cette relative rareté, la prise en charge est actuellement très peu standardisée. Les recommandations de prise en charge des patientes atteintes de CLIS ont pour objectif d'identifier pour la première fois en France les attitudes cliniques de référence sur la base des données aujourd'hui disponibles.

Stratégie diagnostique devant une anomalie

>>> DÉCOUVERTE D'UNE ANOMALIE RADIOLOGIQUE LORS D'UN DÉPISTAGE ORGANISÉ (OU INDIVIDUEL) (90 % DES CAS)

1. Examen clinique
2. Imagerie
 - Mammographie et échographie bilatérales
 - Si facteur de risque¹ : IRM mammaire peut être discutée
3. Histologie
 - Si ACR 4 et 5² : prélèvement biopsique systématique
 - Si ACR 3² : la réalisation d'un prélèvement biopsique peut être discutée

Modalités techniques du prélèvement biopsique :

- en cas de calcifications :
 - macrobiopsie par voie percutanée utilisant un système à aspiration
 - microbiopsie par voie percutanée si macrobiopsie techniquement non réalisable
- en cas de masses palpables et radiologiques :
 - microbiopsie par voie percutanée
- si impossibilité technique de réaliser une biopsie percutanée :
 - biopsie chirurgicale

1. Haut risque de type génétique, sein de classe de densité 4, irradiation thoracique antérieure.
2. Selon la classification en catégories BI-RADS de l'American College of Radiology (ACR) (modifiées par l'ANAES en février 2002) [ANON2003].

mammaire radiologique ou clinique

>>> DÉCOUVERTE D'UNE ANOMALIE CLINIQUE MASSE PALPABLE, ÉCOULEMENT, MALADIE DE PAGET (10 % DES CAS)

EN CAS DE MASSE PALPABLE

1. Examen clinique
2. Imagerie :
 - Mammographie et échographie bilatérales
3. Histologie :
 - Prélèvement biopsique systématique

EN CAS D'ÉCOULEMENT SÉRO-SANGLANT

1. Examen clinique
2. Imagerie :
 - Mammographie et échographie bilatérales
 - Si facteur de risque¹ : IRM mammaire peut être discutée
 - Pas de galactographie
3. Histologie :
 - Pyramidectomie chirurgicale

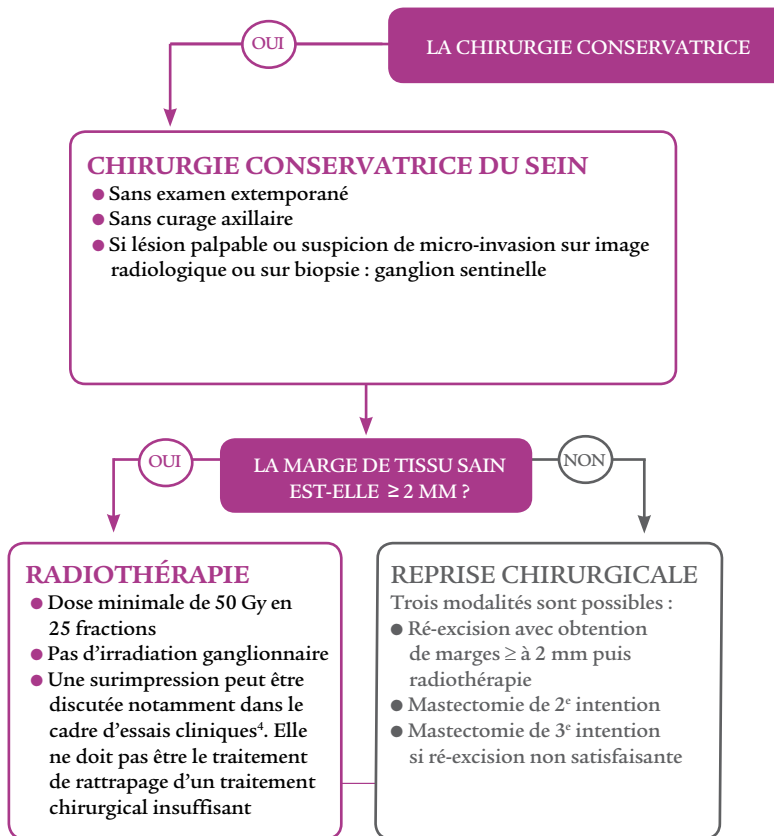
EN CAS DE MALADIE DE PAGET

1. Examen clinique
 2. Imagerie :
 - Mammographie et échographie bilatérales
 - Si absence d'anomalie mammographique et/ou échographique: IRM mammaire
 3. Histologie :
 - Biopsie cutanée mamelonnaire
-

Prise en charge thérapeutique d'un carcinome

Le diagnostic de CCIS est fait sur l'examen anatomopathologique d'un prélèvement biopsique.

Le traitement de première intention, quand il est réalisable, est **un traitement conservateur reposant sur la chirurgie conservatrice du sein associée à une radiothérapie.**



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

4. Registre des essais cliniques publié sur le site de l'INCa www.e-cancer.fr.

canalaire *in situ*

EST-ELLE RÉALISABLE³ ?

NON

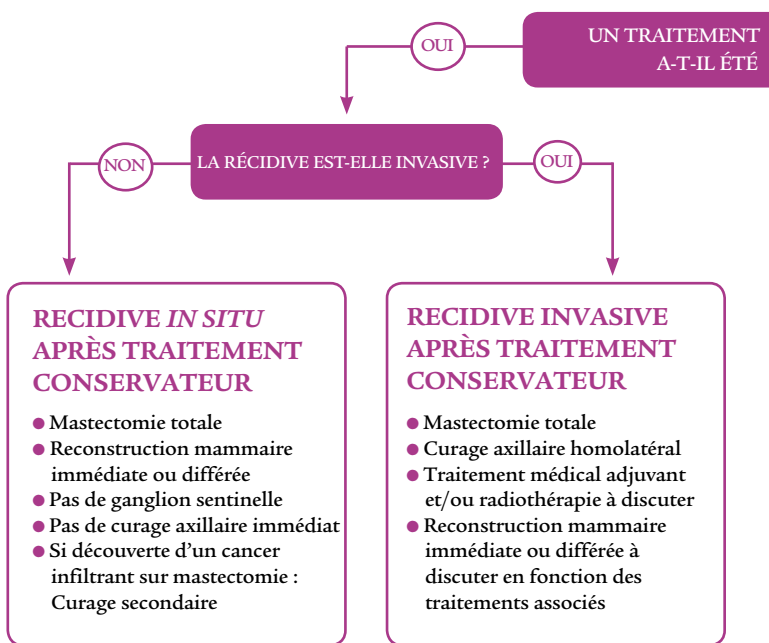
MASTECTOMIE TOTALE SIMPLE

- Sans curage axillaire
 - Avec reconstruction mammaire immédiate ou différée
 - Si lésion palpable, suspicion de micro-invasion sur image radiologique ou sur biopsie, ou lésion étendue de haut grade : ganglion sentinelle
 - Si mastectomie pour lésion étendue non de haut grade : ganglion sentinelle peut être discuté
-

Prise en charge thérapeutique de la récurrence

Une récurrence doit être suspectée devant l'apparition d'une nouvelle anomalie clinique ou radiologique en cours de surveillance

Des prélèvements percutanés à visée diagnostique sont alors recommandés.



d'un carcinome canalaire *in situ* traité

CONSERVATEUR
RÉALISÉ ?

NON

LA RÉCIDIVE EST-ELLE INVASIVE ?

NON

OUI

RECIDIVE *IN SITU* APRÈS MASTECTOMIE

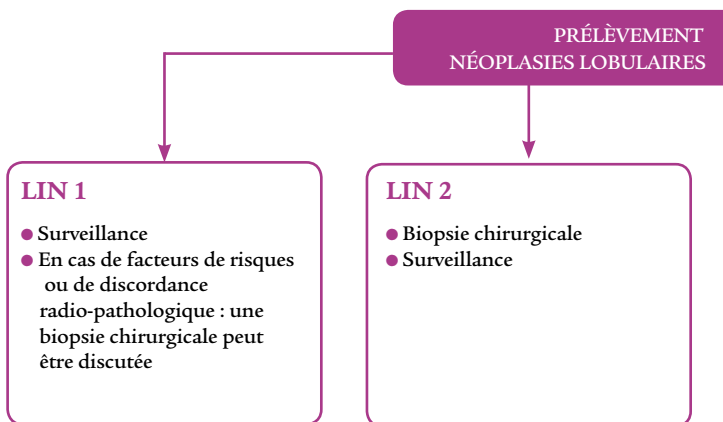
- Excision au large avec berges saines
- Pas de curage axillaire
- Radiothérapie de paroi peut être discutée

RECIDIVE INVASIVE APRÈS MASTECTOMIE

- Stratégie thérapeutique à définir en réunion de concertation pluridisciplinaire après bilan d'extension locorégional complet

Prise en charge thérapeutique d'un carcinome

Le diagnostic de CLIS est fait sur l'examen anatomopathologique d'un prélèvement biopsique. La prise en charge thérapeutique est orientée par la classification LIN (*lobular intraepithelial neoplasia*) divisée en trois catégories (LIN 1 à 3) (OMS 2003).



lobulaire *in situ*

BIOPSIE :
INTRA-ÉPITHÉLIALES (LIN)

LIN 3

- Exérèse chirurgicale

SI LIN3 de TYPE 1⁵

- Surveillance
- Pas de reprise chirurgicale si berges atteintes

SI LIN3 de TYPE 2 OU 3⁵

- Obtention de berges saines pour le contingent pléiomorphe et/ou le contingent avec nécrose et/ou bague à chatons
- Radiothérapie du sein peut être discutée
- Surveillance

5. Type 1 : LIN 3 classique; Type 2 : LIN 3 avec contingent pléiomorphe et/ou bague à chatons;
Type 3 : LIN3 avec nécrose

Surveillance des cancers du sein *in situ* traités

>>> SURVEILLANCE APRÈS TRAITEMENT CONSERVATEUR

1. Examen clinique annuel

2. Imagerie

- Première mammographie de contrôle à 6 mois de la fin de la radiothérapie adjuvante.
- Mammographie et échographie bilatérales annuelles.

Situations particulières

- Pour les femmes jeunes, une surveillance clinique biannuelle les 5 premières années est recommandée.
- Chez les patientes porteuses d'une mutation BRCA1/BRCA2 ou à haut risque de cancer du sein⁶, une surveillance par IRM mammaire bilatérale annuelle est recommandée.
- Si la surveillance est difficile par mammographie et échographie (sein très dense ou très remanié et femme jeune < 40 ans), une surveillance par IRM mammaire peut être discutée.

6. Haut risque génétique cancer du sein : tests génétiques négatifs mais histoire familiale conférant un risque absolu cumulé > à 30 %.

>>> SURVEILLANCE APRÈS MASTECTOMIE

1. Examen clinique annuel

2. Imagerie

- Mammographie et échographie controlatérales annuelles.

Situations particulières

- Chez les patientes porteuses d'une mutation BRCA1/BRCA2 ou à haut risque de cancer du sein¹, une surveillance par IRM mammaire controlatérale annuelle est recommandée.

>>> DANS TOUS LES CAS

- Aucun examen de recherche des métastases n'a de place dans la surveillance des CCIS traités.
 - Il n'y a aucune indication du dosage des marqueurs tumoraux sériques.
-

Groupe de travail

Bruno Cutuli, oncologue radiothérapeute, Polyclinique de Courlancy, Reims (coordonnateur)

Laurent Arnould, pathologiste, Centre George-François Leclerc, Dijon

Béatrice Barreau, radiodiagnosticien, Centre Futura, Anglet

Jean-Pierre Bellocq, pathologiste, CHU, Strasbourg

Pascal Bonnier, gynécologue oncologue, Institut de chirurgie et d'oncologie gynécologique et mammaire, Hôpital Beauregard, Marseille

Alain Fignon, chirurgien gynécologue obstétricien, Clinique de l'Alliance, Saint-Cyr

Eric Fondrinier, chirurgien, Centre Sein Godinot, Reims

Alain Fourquet, radiothérapeute, Institut Curie, Paris

Claire Lemanski, radiothérapeute, Centre Val d'Aurelle, Montpellier

Anne Lesur, oncologue sénologue, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy

Brigitte Sigal-Zafrani, pathologiste, Institut Curie, Paris

Christine Tunon de Lara, chirurgien gynécologue, Institut Bergonié, Bordeaux

Coordination

Sophie Rousmans, méthodologiste, département des recommandations pour les professionnels de santé, Institut National du Cancer

Lise Bosquet, responsable des méthodologistes et des documentalistes, département des recommandations pour les professionnels de santé, Institut National du Cancer

Valérie Mazeau-Woynar, médecin, responsable du département des recommandations pour les professionnels de santé, Institut National du Cancer

Pour plus d'informations
www.e-cancer.fr



Ce document a été publié avec le soutien financier de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer.

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : 01 41 10 50 00
Fax. : 01 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr