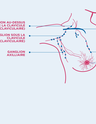
CANCER DU SEIN
TRAJECTOIRE DE SOINS

CHUM
Centre intégré de cancérologie

DÉCOUVERTE

DE QUOI EST FAIT LE SEIN?

GANGLIONS LYMPHATIQUES DU SEIN



STADES ANATOMIQUES
NE PAS CONFONDRE AVEC LES GRADES

Consulter la Science informatique/Cancer ouvrez/www/imaging

STADE 0 (DIU IN SITU)
La tumeur est non infiltrante. Elle ne retrouve seulement dans le canal ou le lobule et non dans le tissu mammaire avoisinant.

STADE 1A
La tumeur mesure 2 cm ou moins.

STADE 1B
La tumeur mesure 2 cm ou moins **OU** on ne retrouve pas de tumeur dans le sein. On retrouve des cellules cancéreuses dans 1 à 3 ganglions situés dans la région (micrométastases).

STADE 2A
Un des 2 énoncés suivants :
- La tumeur mesure 2 cm ou moins **OU** on ne retrouve pas de tumeur dans le sein. On retrouve des cellules cancéreuses dans 1 à 3 ganglions situés à la base des ganglions mammaires internes;
- La tumeur mesure plus de 2 cm mais moins de 5 cm sans que les cellules cancéreuses ne se soient propagées dans les ganglions.

STADE 2B
Un des 2 énoncés suivants :
- La tumeur mesure plus de 2 cm et pas plus de 5 cm et on retrouve des cellules cancéreuses dans des ganglions situés à la base des ganglions mammaires internes;
- La tumeur mesure plus de 5 cm.

STADE 3A
Un des 3 énoncés suivants :
- La tumeur mesure 5 cm et moins **ou** on ne retrouve pas de tumeur dans le sein. On retrouve des cellules cancéreuses dans 4 à 9 ganglions situés à la base des ganglions mammaires internes situés;
- La tumeur mesure plus de 5 cm et 2 à 9 ganglions axillaires et mammaires internes situés;
- La tumeur mesure plus de 5 cm et 2 à 9 ganglions axillaires et mammaires internes situés.

STADE 3B
Un des 3 énoncés suivants :
- La tumeur a envahi la paroi du mur du sein (la paroi thoracique, la peau, ou les deux).
- Le cancer peut aussi s'être propagé à 10 ganglions axillaires et mammaires internes situés.
- Le cancer peut aussi s'être propagé à 9 ganglions axillaires et ganglions mammaires internes.
- C'est un cancer inflammatoire du sein.

STADE 3C
Un des 3 énoncés suivants :
- Au moins 10 ganglions situés au sein (la clavicule (infraclaviculaires).
- 10 ganglions axillaires et mammaires internes.
- 9 ganglions au-dessus de la clavicule (supraclaviculaires).

STADE 4
Cancer du sein métastatique. Les cellules cancéreuses se sont propagées à d'autres parties du corps.

CLASSIFICATION TNM POUR LE CANCER DU SEIN

Le système de classification de base de référence des soins employé dans le cancer. Elle est basée sur la classification TNM.

T = TUMEUR
N = NODE (GANGLION)
M = MÉTASTASE

GRADES

GRADE 1 — BAS
Les cellules cancéreuses se développent lentement et sont ressemblantes à des cellules normales. Elles ne grossissent pas. Elles risquent peu de se répandre vers d'autres organes.

GRADE 2 — INTERMÉDIAIRE
Les cellules cancéreuses sont **moyennement différentes**.

GRADE 3 — HAUT
Les cellules cancéreuses sont **peu différentes** ou **complètement différentes** des cellules normales. Elles ressemblent aux à des cellules immatures. Elles ont tendance à se développer rapidement.

TYPES DE RÉCEPTEURS (MARQUEURS MOLÉCULAIRES)

Lorsque la tumeur est analysée, on regarde si elle présente une présence de certaines molécules. Certaines molécules se trouvent à la surface des cellules cancéreuses. Elles peuvent influencer la multiplication, ou de développer et de se propager. On va rechercher des marqueurs moléculaires, soit le **récepteur hormonal** et le **récepteur HER2**.

Si on retrouve à la surface de la cellule des récepteurs hormonaux, alors on parle d'un **récepteur hormonal positif**. Ces récepteurs hormonaux sont des protéines spécialisées et préparatoires pour se développer. Ils sont parfois de cancer hormonodépendant. Ils ont des récepteurs aux hormones hormonaux, que ce soit un récepteur hormonal de progestérone, de progestérone ou les deux.

Lorsque le même tumeur est analysée, on recherche aussi un récepteur appelé HER2 (*récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain ou Human Epidermal Growth Factor*). Lorsque le bilérée, on se parle de récepteur HER2+.

La terme triple négatif indique qu'aucun récepteur n'est présent.

ER+
Récepteur hormonal positif

ER-
Récepteur hormonal négatif

Indice de prolifération Ki-67

Lorsque la tumeur est analysée, on va rechercher également le pourcentage de cellules cancéreuses qui se multiplient. Selon les rapport, votre équipe vous informera de la signification de ce résultat.

UNE COMBINAISON DE PLUSIEURS EXAMENS EST SOUVENT NÉCESSAIRE POUR MIEUX COMPRENDRE CHAQUE SITUATION

CONSULTATION (HORS CHUM) D'UN MÉDECIN OU D'UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE/ INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE (IPS) POUR DES PREMIÈRES INVESTIGATIONS

PRINCIPAUX SYMPTÔMES
Changement de la taille ou de la forme du sein, bosse ou petit amas dans le sein, masse ou enflure à l'aisselle, rougeur, irritation ou épaississement de l'enveloppe de la peau, dépression, crevasse ou peau qui pèle sur le mamelon, écoulement, etc.

IMPACTS PSYCHOLOGIQUES
Il est normal pour la personne atteinte et ses proches de ressentir des émotions comme de l'anxiété. Il peut vous aider de parler à vos proches, à votre équipe soignante ou à un psychologue.

PORTE D'ENTRÉE DU CANCER DU SEIN

CHUM

INVESTIGATION

INVESTIGATIONS COMPLÉMENTAIRES POSSIBLES

- Mammographie
- Échographie
- Imagerie par résonnance magnétique (IRM)
- Biopsie effectuée par échographie, IRM ou sous guidage stéréotaxique

CAS COMPLEXES

Les cas complexes sont relevés au Comité de diagnostic et thérapie du cancer (CDTC -*Tumor Board*) qui regroupe :

- Infirmière praticienne spécialisée/ Infirmier pratique spécialisé (IPS)
- Radiologiste
- Pathologiste
- Chirurgienne oncologique/ Chirurgien oncologue
- Radio-oncologue
- Hématologue oncologue
- Généticien
- Médecin résident (en formation)

Discussion des options de traitements et de l'éligibilité à un protocole de recherche.

Test ONCOtype DX sur biopsies, seulement lorsqu'indiqué par le protocole.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
SELON LE STADE OU LE TRAITEMENT PROPOSÉ

SCAN DU THORAX ET SCAN ABDOMINOPELVIEN SCINTIGRAPHIE OSSEUSE OU TEP SCAN

Examens complémentaires pour le stadage du cancer avancé ou un risque plus élevé avec grosseur, gadget, récepteur triple négatif ou HER2+.
POSSIBILITÉ DE SCAN DU CERVEAU

ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE OU VENTRICULOGRAPHIE

Selon la caractéristique de la tumeur ou traitement proposé, seulement pour les patientes avec un problème cardiaque ou si elles ont besoin d'anthracyclines ou d'une thérapie ciblée.

DÉCISION TRAITEMENT

CRITÈRES ET PARAMÈTRES
- Stade clinique présumé, le grade, localisé, avancé ou métastatique, taille du sein et étendue de l'atteinte des ganglions axillaires
- Type inflammatoire ou autre
- Statut des récepteurs : hormonal ou HER2 (marqueur moléculaire)
- Oncotype DX (génétique de la tumeur).
- Patiente ménopausée ou non
- Patiente avec une mutation génétique spécifique
- Autres problèmes de santé (comorbidités)

SELON LE PORTRAIT CLINIQUE ET AU BESOIN : RÉFÉRENCE À UN CONSEILLER GÉNÉTIQUE (SI LA PATIENTE OU PATIENTE POUR LA RÉFÉRENCE EN FERTILITÉ OU RÉFÉRENCE EN ONCOGÉNÉTIQUE)

CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE (AVANT LA CHIRURGIE)

RH+ / HER2- : Anthracycline (adriamycine) Cyclophosphamide Taxol de taxane (paclitaxel)

TRIPLE NÉGATIF RH / HER2- : Anthracycline (adriamycine) Cyclophosphamide Suivi de taxane (paclitaxel) Ajout de carboplatine selon certains critères médicaux

HER2+ : Anthracycline (adriamycine) Taxane (paclitaxel) et trastuzumab

Durée : 5-6 mois

Environ 4 semaines après la fin des traitements de chimothérapie la patiente ira en chirurgie

CHIRURGIE

CHIRURGIE MAMMAIRE

- Prélèvement du ganglion sentinelle
- Retrait possible des ganglions de l'aisselle (seulement axillaire)

Localisation préparatoire
Installation d'une boucle guide (marquage) dans le sein, avant radiotherapie (quelques jours avant)

MASTECTOMIE TOTALE

SANS RECONSTRUCTION
- Choix personnel
- Recommandation médicale

AVEC RECONSTRUCTION IMMÉDIATE
- Prothèse mammaire (implant)
- Lambeau abdominal (DIEP)
- Lambeau grand dorsal
- Préservation des mamelons (si possible)

MASTECTOMIE PARTIELLE

PEU OU SANS DÉFORMATION
- Chirurgien oncologue (ou un chirurgien oncologue conservateur)

AVEC DÉFORMATION
- Chirurgie effectuée par un chirurgien plasticien (oncoplastie niveau 2) en même temps que la chirurgie

PATHOLOGIE

RÉSULTATS DE PATHOLOGIE
- Toute la tumeur et les ganglions analysés

UN MOIS D'ATTENTE

TRAITEMENTS SUBSÉQUENTS POSSIBLES

CRITÈRES ET PARAMÈTRES
- Patiente ménopausée ou non
- Type de récepteur
- Type de cancers (canalaire, infiltrant, lobulaire, métaplasique, micropapillaire)
- Marge
- Grade
- Score du test Oncotype DX si disponible

REPRISE DE MARGE
Si la marge est positive ou rapprochée, la plupart du temps, un chirurgie (opération)

MASTECTOMIE TOTALE
- Si pas de radiothérapie
- Si pas de chimiothérapie

RADIOTHÉRAPIE
- Voir détails plus bas

CHIMIOTHÉRAPIE
- Voir détails plus bas

SI RÉCEPTEUR RH - PAS DE BLOQUEUR HORMONAL

FIN ET SUIVI

SI RÉCEPTEUR RH + BLOQUEUR HORMONAL

PRÉMÉNOPAUSE

DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS :
- Tamoxifène
- 5 à 10 ans de traitement

OU – Suppression ovarienne (les ovaries ne produisent plus de hormones)
OU – Suppression ovarienne plus tamoxifène ou inhibiteur de l'aromatase
OU – Tamoxifène suivi d'inhibiteur de l'aromatase (anastrozole, letrozole, exemestane)
- Tamoxifène + 3 à 5 ans de traitement et IA + 5 ans de traitement

FIN DES TRAITEMENTS AIGUS ET SUIVI

POSTMÉNOPAUSE
- Inhibiteur de l'aromatase (IA) (anastrozole, letrozole, exemestane)
- 5 à 10 ans de traitement

FIN DES TRAITEMENTS AIGUS ET SUIVI

CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE (AVANT LA CHIRURGIE)

OBJECTFS POURSUIVIS
- Diminuer le taux de mastectomie totale (ablation totale du sein)
- Diminuer l'étendue de la mastectomie partielle (ablation partielle du sein lors du lumpectomie)
- Permettre de modifier le traitement selon la réponse complète ou partielle après opération
- Permettre d'éviter une ablation des ganglions à l'aisselle (ganglions cancéreux circulaires axillaires)
- Aider à repérer les patientes à plus haut risque de récidive

CRITÈRES
- Tumeur localement avancée (cancer canalaire, lobulaire, métaplasique, tumeur de 5 cm ou plus
- Ganglion palpable
- Capacité à éviter une mastectomie totale lorsque la tumeur mesure de 2 à 5 cm, selon la taille du sein
- Triple négatif (sauf quelques exceptions)
- HER2+ (sauf si T1 et N0 et ganglion palpé (de plus en plus recommandé pour toute taille de tumeur)
- Cancer inflammatoire

PORTEUR GÉNÉTIQUE BRCA
Les gènes BRCA et BRCA2 sont dans chacune de nos cellules, nous avons tous ces gènes dans notre ADN. Lorsque ces gènes sont altérés, ils ne peuvent plus réparer des réparation des cellules et augmente le risque de cancer. La mutation de mutation des gènes BRCA 1 ou 2 peut être héritée. Il est important de connaître son porteur pour une réservation sur le choix des traitements.

MARGE
La marge est constituée d'une bordure de tissu normal et sain autour de la tumeur qui a été enlevée lors de la chirurgie. Idéalement, on dit alors que les marges sont saines ou négatives. Lorsque des cellules cancéreuses sont présentes dans les marges, on dit que les marges sont « positives ». Lorsque la mort tumeur semble trop proche, il faut pouvoir réopérer un traitement supplémentaire, votre médecin pourra vous renseigner.

ANALOGUE DE LA LH-RH
Ce sont des médicaments qui induisent l'arrêt de la production de l'œstrogène par les ovaires. Ils sont administrés par voies sous-cutanées.

INHIBITEUR DE L'AROMATASE (IA)
Ce sont des médicaments qui empêchent (inhibent) l'aromatase, l'enzyme qui fabrique l'œstrogène dans d'autres régions que les ovaires. Ils diminuent significativement dans le tissu adipeuses dans le corps.

SUIVIS TEL QUE RECOMMANDÉ
- Voir détails plus bas

CHIMIOTHÉRAPIE

CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE (APRÈS LA CHIRURGIE)

CRITÈRES ET PARAMÈTRES
- Selon les comorbidités associées
- Selon les caractéristique de la tumeur (grade, type de récepteurs)
- Marge
- Ganglion positif ou négatif
- Score du test Oncotype DX (si disponible)

Note : Options de traitement en date de l'automne 2021, n'inclut pas de protocole de recherche

RÉCEPTEUR HORMONAL+ RÉCEPTEUR HER2 -

Selon le protocole déterminé par le médecin, il y aura plusieurs combinaisons. Les traitements les plus classiques font appel aux :
- Anthracycline (Adriamycine, doxorubicine, epirubicine)
- Taxanes (docetaxel, paclitaxel)
- Cyclophosphamide

Selon le type de chimiothérapie : 3 à 6 mois de traitement

TRIPLE NÉGATIF -

Selon le protocole déterminé par le médecin, il y aura plusieurs combinaisons. Les traitements les plus classiques font appel aux :
- Anthracycline (Adriamycine)
- Taxane (paclitaxel)
- Cyclophosphamide
- Ajout de carboplatine selon certains critères médicaux

Chimiothérapie : 3 à 6 mois de traitements
Durée : environ 3 mois
Phase initiale (en plus du traitement total)

RÉCEPTEUR HER2 + RÉCEPTEUR HORMONAL + OU -

GANGLION +
Selon le protocole déterminé par le médecin, il y aura plusieurs combinaisons. Les traitements les plus classiques font appel aux :
- Anthracycline (Adriamycine)
- Taxane (paclitaxel)
- Cyclophosphamide
- Carboplatine
- Trastuzumab (Herceptin)

Chimiothérapie : 3 à 6 mois de traitements
Durée : environ 3 mois
Phase initiale (en plus du traitement total)

GANGLION -
Selon protocole actuel
- Taxane (paclitaxel)
- Trastuzumab (Herceptin)

Chimiothérapie : 3 mois de traitement
Durée : environ 3 mois
Phase initiale (en plus du traitement total)

SI RÉPONSE INCOMPLÈTE APRÈS LA CHIMIOTHÉRAPIE NÉOADJUVANTE OU Y A ENCORE PRÉSENCE DE TUMEUR DANS LE SPÉCIMEN ANALYSÉ EN PATHOLOGIE

TRIPLE NÉGATIF -
- Chimiothérapie orale : lot que prescrit par le médecin (capecitabine)
- Peut se donner pendant ou après la radiothérapie

Durée : environ 4 mois

HER2 +
- Chimothérapie et thérapie ciblée

Durée : environ 10 mois

BRCA 1 OU 2 ET HER2 -
- Olaparib (inhibiteur de PARP) prise orale lot que prescrit par le médecin (se donne après la radiothérapie)

Durée : un an

RADIOTHÉRAPIE

RADIOTHÉRAPIE

Approximativement 4 à 10 semaines (peut prendre plus de temps) postchimothérapie et/ou postopération

MASTECTOMIE TOTALE
SEULEMENT CERTAINES PATIENTES

UN OU PLUSIEURS DE CES CRITÈRES ET PARAMÈTRES
- Marge positive après la chirurgie
- Propagation aux ganglions lymphatiques au diagnostic initial
- La cancer est de plus de 5 cm
- Le cancer a atteint la peau et/ou le thorax et/ou le muscle
- Cancer inflammatoire

Plusieurs autres facteurs et combinaisons pourraient nécessiter une consultation en radiothérapie : localisation, grosseur, taux, grade élevé, marge, etc.

MASTECTOMIE PARTIELLE
TOUTES LES PATIENTES, SAUF EXCEPTION

VOTRE ÉQUIPE MÉDICALE VOUS INFORMERA

TRAITEMENT PERSONNALISÉ DE RADIOTHÉRAPIE SELON LE PROTOCOLE ET SUR L'AVIS DU RADIO-ONCOLOGUE SCAN PRÉRADIOTHÉRAPIE ET MARQUAGE AVANT LE TRAITEMENT

CRITÈRES ET PARAMÈTRES
- Stade (taille de la lésion et des ganglions)
- Tumeur ou l'on trouve des ganglions
- Âge
- Caractéristiques retrouvées en analyse de pathologie, dont le grade et la marge

LES RADIATIONS PEUVENT SE DONNER À DIFFÉRENTS ENDROITS
- Sur le sein entier avec ou sans dose supplémentaire (surimpression ou boost) de la cavité de la tumeur
- Seulement au site de la cavité
- Sur le thorax
- Endroit des ganglions ou le cancer s'est propagé

On parle de radiothérapie partielle à la cancer est localisé avec faible risque de rechute (limité à la cavité opératoire visualisée au scan)
- Durée habituelle : 5 traitements aux deux jours

Pour les situations qui ne remplissent pas les critères de la radiothérapie partielle, la zone de radiation sera plus étendue
- Durée : de 5 à 25 traitements

Au CHUM, la radiothérapie peut occasionnellement être donnée au moment de l'opération (en partie alors de radiothérapie peropératoires).

BLOQUEUR HORMONAL, SI RÉCEPTEUR RH +

PRÉMÉNOPAUSE

DIFFÉRENTES POSSIBILITÉS DE TRAITEMENTS :
- Tamoxifène
- 5 à 10 ans de traitement

OU – Blocage de la production des œstrogènes par ovaire (suppression ovarienne) plus tamoxifène ou inhibiteur de l'aromatase
OU – Tamoxifène suivi d'inhibiteur de l'aromatase (anastrozole, letrozole, exemestane)
- Tamoxifène + 3 à 5 ans de traitement et IA + 5 ans de traitement

POSTMÉNOPAUSE
- Inhibiteur de l'aromatase (IA) (anastrozole, letrozole, exemestane)
- 5 à 10 ans de traitement

AJOUT D'UN INHIBITEUR CDK 4/6 (abemaciclib)
- Le traitement sera complété avec un traitement de trastuzumab (herceptin ou équivalent)
- Un an de traitement au total

SI RÉCEPTEUR HER2 PRÉSENT
- Le traitement sera complété avec un traitement de trastuzumab (herceptin ou équivalent)
- Un an de traitement au total

SUIVIS

DE FAÇON GÉNÉRALE

3 MOIS | 6 MOIS POUR DEUX ANS
- Suivis aux 3-6 mois pendant 2 ans, alternance entre chirurgien oncologue et hématologue oncologue, sinon avec le médecin traitant

APRÈS DEUX ANS
- Par la suite selon votre condition médicale et les recommandations du médecin traitant, des suivis supplémentaires pourraient s'ajouter; sinon, suivi annuel.

ANNUEL
- Suivi selon médecin par la suite
- Examen clinique des seins

EXAMENS ANNUELS
- Mammographie
- Échographie et IRM au besoin

BRAVOURE

© CHUM, mars 2023