



Recommandations de prise en charge Carcinome Canalaire *in situ*

**37^{èmes} journées de la Société française
de sénologie et de pathologie mammaire**



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE SÉNOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE
MAMMAIRE

- Dernières recommandations, couvrant l'ensemble de la prise en charge (CCIS + CLIS) publiées en 2009
 - **Sélection** de questions d'actualité portant sur les CCIS à partir de:
 - Confrontation des référentiels régionaux
 - Parcours de soins des patientes/données du PMSI
 - Veille bibliographique
 - Enquête auprès des professionnels/recommandations de 2009
- + réunion de consultation avec des représentants de la SFPSM, de la SIFEM et de la SFRO



→ 12 questions traitées dans les recommandations 2015 portant sur :
diagnostic, chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie et prise en charge de la récurrence.

- **Constitution du groupe de travail:**

- en lien avec la SFSPM, la SFCO, la SFRO, la SIFEM, la SFP et la SFPO + appel à candidature sur le site de l'INCa
- nomination des experts par l'INCa, selon les principes de la charte de l'expertise sanitaire:
 - Indépendance (liens d'intérêt)
 - Pluridisciplinarité
 - Diversité des pratiques (privé/public), couverture nationale

- **Groupe de lecture:**

en lien avec les mêmes sociétés savantes et les 25 réseaux régionaux de cancérologie

- **Consultation des représentantes de patientes:** Europa Donna, Vivre comme avant et La ligue contre le cancer

Elaboration des recommandations : Evidence Based Medecine

Ces recommandations ont été élaborées selon la méthode « Recommandations pour la pratique clinique » (RPC):

- Recherche, sélection et analyse critique des meilleures données scientifiques disponibles permettant d'attribuer un niveau de preuve aux conclusions issues de la littérature ;
- et sur l'avis argumenté des experts du groupe de travail.

Compte tenu du faible niveau de preuve pour une partie des questions, ces recommandations reposent principalement sur de l'avis d'experts (GT + prise en compte des remarques éventuelles des relecteurs)

- Couverture nationale (9 février au 9 mars 2015) : **113 relecteurs**
- Evaluation du document (grille de relecture) :
 - ✓ quantitative (cotation)
 - ✓ qualitative (commentaires)
- Synthèse des commentaires revue avec le groupe de travail
- Bonne adhésion des relecteurs sur l'ensemble des questions

Résultats de la relecture nationale 1/3

	Question qui concerne les professionnels (% oui)	Accord avec la recommandation (de 1 à 9, moyenne)	Applicabilité de la recommandation (% oui)
Bilan diagnostic			
Macrobiopsie	81,1 %	8,1	87,5 %
IRM	84,5 %	8,3	90,1 %
CCIS de bas grade	83,5 %	8,3	92,1 %
Surveillance active	93,5 %	8,6	95,1 %

Résultats de la relecture nationale 2/3

	Question qui concerne les professionnels (% oui)	Accord avec la recommandation (de 1 à 9, moyenne)	Applicabilité de la recommandation (% oui)
Chirurgie			
Facteurs pronostiques	90,7 %	8,4	94,1 %
Indications de la BGS	93,4 %	8,2	95 %
Modalités de mastectomie	77,6 %	8,4	85,1 %
Traitement de la récurrence			
Impact et prise en charge des récurrences	93,5 %	8,3	90,1 %

Résultats de la relecture nationale 3/3

	Question qui concerne les professionnels (% oui)	Accord avec la recommandation (moyenne) (de 1 à 9)	Applicabilité de la recommandation (% oui)
Radiothérapie/Hormonothérapie			
Indications d'irradiation après tumorectomie	90,7 %	8,4	91,9 %
Modalités d'irradiation après tumorectomie	74,8 %	8,5	85,7 %
Modalités d'irradiation après mastectomie	85,8 %	8,7	87,9 %
Indication du tamoxifène	86,9 %	8,3	90,9 %



Question 1. En cas de microcalcifications, la microbiopsie doit-elle toujours être considérée comme une alternative à la macrobiopsie ?

En cas de microcalcifications BIRADS 4-5 isolées à la mammographie :

- une macrobiopsie stéréotaxique assistée par le vide est recommandée ;
- en cas d'exérèse radiologiquement complète, un clip repère sera posé dans chaque site biopsié ;
- en cas de microcalcifications étendues ou de foyers multiples avec indication potentielle de mastectomie totale, il est recommandé de prélever 2 sites distincts ;
- il est recommandé de réaliser une échographie mammaire à la recherche de critères échographiques BIRADS 4-5, surtout si la taille du foyer de microcalcifications est > 20 mm ou en cas de seins denses (densité C ou D selon la classification BIRADS).

En cas de microcalcifications BIRADS 4-5 à la mammographie et présence de cibles échographiques BIRADS 4-5 :

- une microbiopsie échoguidée est recommandée à la recherche d'une composante invasive. Si le résultat de la microbiopsie est bénin (à l'exclusion des lésions atypiques), une macrobiopsie stéréotaxique assistée par le vide, sur le signal calcique, est recommandée.



Question 2. Quelles sont les indications actuelles de l'IRM dans le bilan d'imagerie diagnostique ?

L'IRM n'est pas recommandée dans le bilan pré thérapeutique d'un CCIS sauf :

- **chez les femmes à haut risque de cancer du sein (selon les recommandations HAS 2014), si l'IRM n'a pas été faite dans le bilan diagnostique,**
- **en cas de maladie de Paget et de bilan radiologique conventionnel (mammographie et échographie mammaire) normal,**
- **L'IRM peut être discutée en cas de discordance radio-clinique.**

Question 3. La biopsie est-elle suffisante pour diagnostiquer un CCIS de bas grade ?

- Sur une pièce de macrobiopsie, le diagnostic de CCIS de bas grade peut être suspecté si la taille du foyer dépasse 2 mm.
- Le diagnostic de CCIS de bas grade sur macrobiopsie doit toujours être confirmé sur la pièce opératoire.
- En cas de discordance entre une hyperplasie canalaire atypique et un CCIS de bas grade, une confrontation et une synthèse des données de la macrobiopsie et de la pièce opératoire sont recommandées avant toute décision de traitement de type mastectomie totale ou radiothérapie.

NB: Il est à noter que plusieurs équipes françaises utilisent plutôt le seuil de 3 mm



Question 4. Existe-t-il une sous-population de femmes pour laquelle un traitement local n'apparaît pas justifié au regard de son ratio bénéfices/risques ?

Il n'est pas recommandé aujourd'hui de proposer une surveillance active comme alternative au traitement local, en dehors d'essais cliniques.

Question 5. Quels facteurs pronostiques faut-il considérer pour choisir entre une chirurgie radicale ou conservatrice ?

- Sur la base des données de la littérature et de l'avis du groupe de travail, il est recommandé de considérer plusieurs facteurs pour proposer une mastectomie.
- Le type de chirurgie repose sur :
 - la faisabilité chirurgicale d'un traitement conservateur du sein : étendue et nombre de lésions avec nécessité d'obtention de berges saines (≥ 2 mm) et d'un résultat esthétique satisfaisant ;
 - le choix de la patiente si un traitement conservateur est possible.
- L'âge jeune de la patiente ne constitue pas en soi une indication de mastectomie.

Question 6. Quel est le bénéfice attendu d'une biopsie du ganglion sentinelle ?

- **La recherche du ganglion sentinelle (GS) n'est recommandée qu'en cas de risque important de sous-estimation de lésions invasives, c'est-à-dire en cas de :**
 - **amas étendu de microcalcifications nécessitant un geste d'exérèse large (mastectomie totale d'emblée ou geste d'oncoplastie complexe).**

Dans ces cas, le prélèvement secondaire du GS sera impossible en cas de mastectomie ou rendu difficile en cas d'oncoplastie ;
 - **masse palpable, masse radiologique ou image de distorsion architecturale BIRADS 4-5.**
- **Un haut grade nucléaire ne constitue pas à lui seul une indication à rechercher l'atteinte de GS.**
- **En cas d'échec de détection du GS, on ne proposera pas de curage axillaire.**

Question 7. Quelles modalités techniques de mastectomie suivie d'une reconstruction mammaire immédiate choisir dans la prise en charge du CCIS ?

La mastectomie totale avec ablation de la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM) et de l'étui cutané est la technique de référence.

- Une reconstruction immédiate doit être systématiquement proposée.
- Dans ce cas, une mastectomie avec conservation de l'étui cutané et résection de la PAM, malgré l'absence d'études la comparant au traitement de référence, peut être proposée, en raison du bénéfice sur la qualité de vie.
- La mastectomie avec conservation de l'étui cutané et de la PAM est une technique chirurgicale qui doit être encore évaluée.

Question 8. Après une chirurgie conservatrice du sein, existe-t-il des femmes pour lesquelles l'abstention d'une radiothérapie pourrait être discutée ?

En cas de CCIS confirmé, la radiothérapie est recommandée après traitement chirurgical conservateur (avec marges d'exérèse ≥ 2 mm).

Question 9. Après une chirurgie conservatrice du sein, quelles modalités d'irradiation retenir ?

Irradiation Partielle Mammaire :

- L'irradiation partielle mammaire n'est pas recommandée.

Surimpression :

- Dans l'attente des résultats des essais thérapeutiques en cours et en l'absence d'accord au sein du groupe de travail, il n'est pas formulé de recommandations.

La surimpression ne doit pas être le traitement de rattrapage d'un traitement chirurgical insuffisant.

Hypofractionnement :

- Le schéma standard d'irradiation est de 50 Gy/25 fr sur l'ensemble du sein mais chez les patientes atteintes de CCIS à faible risque de récurrence (cf. question 5), les schémas hypofractionnés, tels qu'utilisés dans les essais validés pour les cancers infiltrants, peuvent être discutés.

Question 10. Après une mastectomie, quelles indications et modalités d'irradiation retenir ?

Il n'est pas recommandé de réaliser une irradiation complémentaire de la paroi thoracique après mastectomie totale pour CCIS pur.

Question 11. Après le traitement local, existe-t-il une indication à l'hormonothérapie par tamoxifène ?

Il n'y a pas suffisamment d'arguments à ce jour pour recommander une hormonothérapie par tamoxifène après chirurgie conservatrice ou mastectomie.

Question 12. Après traitement conservateur d'un CCIS, quelle est la prise en charge des récidives ?

- **Le traitement de référence en cas de récidive (*in situ* ou infiltrante) est la mastectomie totale. Une reconstruction mammaire immédiate peut être proposée.**
- **Un deuxième traitement conservateur ne peut se discuter que dans le cadre d'études cliniques.**

**L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER REMERCIE PARTICULIÈREMENT LES COORDONNATEURS
Dr B.CUTULI ET Dr C.TUNON DE LARA, AINSI QUE LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL:**

Radiothérapeutes:

ARNAUD Antoine, Avignon

FOURQUET Alain, Paris

HENNEQUIN Christophe, Paris

Anatomopathologistes:

BERTHEAU Philippe, Paris

VINCENT-SALOMON Anne, Paris

Chirurgiens:

BOULANGER Loïc, Lille

CHAUVET Marie-Pierre, Lille

COUTANT Charles, Dijon

Radiologues:

BOUTE Véronique, Caen

CEUGNART Luc, Lille

LÉVY Laurent, Paris

Biologiste:

DE CREMOUX Patricia, Paris

Onco-sénologue:

LESUR Anne, Nancy

Psychologue: LESIEUR Audrey, Paris

Octobre 2015

- Document intégral + version interactive (disponible : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Cancers-du-sein>)
- Egalement disponibles sur les sites de la SFSPM, de la SFRO, de la SFPO et de la SFP.





plus d'informations sur
e-cancer.fr