

Cancer du sein

I. Sein normal

- Sein = graisse + glande (canaux galactophoriques + lobules) + peau
Le carcinome atteint la glande

- Trois hormones :
 - œstrogène : prolifération
 - progestérone : différenciation
 - prolactine : pendant la lactation

II. Facteurs de risque

1. Génétique

- A cause des gènes BRCA 1 et BRCA 2 : 90% des femmes porteuses du gène muté auront un cancer du sein
- La prédisposition génétique doit être suspectée devant :
 - ATCD familiaux (mère, sœur)
 - avant 40 ans
 - cancer du sein bilatéral
 → consultation oncogénétique

2. Exposition à une dose d'œstrogènes

- Puberté précoce
- Ménopause tardive
- Traitement hormonaux
- Nulliparité
- Grossesse tardive

3. Autre

- Alimentation riche en graisse et pauvre en fruits

III. Dépistage

- Autopalpation
- Suivi gynécologique
- Mammographie (tous les deux ans entre 50 et 74 ans)
- Si population à risque a débuter 5 ans avant + tous les ans

IV. Diagnostic

1. Clinique

- Atteinte locale :
- petit nodule, puis ulcération, évolution vers un aspect peau d'orange
 - parfois sein inflammatoire apparu en quelques jours (mauvais pronostic)

Atteinte locorégionale : - métastases mammaires

2. Examens

- Mammographie
- Ponction sous écho
- IRM : pour voir quel type de cancer
- Anatomopathologie : permet de poser un diagnostic :
 - in situ / invasif
 - canalaire / lobulaire
 - grade histo-pronostic de 1 à 3
 - récepteur oestrogènes / récepteurs progestérone
 - protéine HER 2 surexprimée
 → permet d'adapter le traitement

3. Bilan d'extension

Classification TNM

T : Taille de T1 à T4

N : Adénopathies régionales

M : Métastases à distance

V. Traitement

1. Traitement loco-régional

a. Chirurgie

- Traitement conservateur

Tumorectomie (tumeur < 3 cm) + radiothérapie

- Mammectomie

Exérèse de la totalité de la glande mammaire

- Curage axillaire

Recherche du ganglion sentinelle

Complications : lymphoedème

b. Radiothérapie

- Complications :
- erythème
 - fibrose sous cutanée
 - épithélite exsudative

2. Traitements adjuvants

Traitement par chimio ou hormonothérapie adjuvante pour diminuer le risque de récurrence après traitement

3. Hormonothérapie

- Vise à empêcher l'action des oestrogènes sur la tumeur
- Indiquée lorsque des récepteurs hormonaux ont été détectés dans la tumeur
- Chez la femme ménopausée on utilise un anti-aromatase

- Chez la femme non ménoposée on utilise le tamoxifène pour une castration chimique
- On peut également avoir recours à la castration chirurgicale

4. Chimiothérapie

- Elle peut être réalisée après chirurgie pour diminuer le risque de rechute (chimio adjuvante-
- Elle peut être utilisée avant chirurgie pour réduire la taille de la tumeur (chimio néo-adjuvante)
- Le plus souvent utilisées : épirubicine - taxotère - 5 FU

5. Thérapie ciblée

= produits qui reconnaissent les cellules malades et ne touchent pas aux cellules saines
Ce sont des anticorps monoclonaux qui agissent sur les facteurs qui permettent au cancer de se développer
Ex : la néovascularisation du cancer (attention : risque thromboembolique)