

Standards,
Options &
Recommandations

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Standards, Options et Recommandations 2004

**Prise en charge des carcinomes
canales *in situ* (CCIS) du sein**

Validation du rapport original : 1995

Validation de la dernière mise à jour : Septembre 2004

Site Internet des SOR : www.fnclcc.fr



Les SOR sont une œuvre collective créée par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), et protégée par les dispositions du Code de la propriété intellectuelle. La FNCLCC est par conséquent titulaire du droit d'auteur sur cette œuvre, et est donc notamment investie des droits patrimoniaux sur les SOR. La FNCLCC peut seule décider de l'existence et des modalités de reproduction, publication, traduction ou diffusion des SOR.

Le projet SOR bénéficie d'un soutien financier des Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC), du ministère de la Santé et de la Protection sociale, de la Ligue nationale contre le cancer et de la Fédération Hospitalière de France (FHF).

Le partenariat avec le laboratoire Pfizer ne concerne que la diffusion de ce document, sans aucune implication scientifique et financière dans la phase d'élaboration.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les Centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC), le ministère de la Santé et de la Protection sociale, la Ligue nationale contre le cancer, la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération nationale de cancérologie des centres hospitaliers régionaux universitaires (FNCCHRU), la Fédération française de cancérologie des centres hospitaliers généraux (FFCCHG).

Site Internet des SOR : www.fncfcc.fr

Comité de rédaction

B. CUTULI, Oncologue radiothérapeute, Polyclinique de Courlancy, Reims (coordonnateur)
A. FOURQUET, Oncologue Radiothérapeute, Institut Curie, Paris (coordonnateur associé)
E. LUPORSI, Oncologue médical, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy (méthodologiste)
L. ARNOULD, Pathologiste, Centre Georges-François Leclerc, Dijon
Y. CARON, Pathologiste, Cabinet médical, Reims
P. DE CREMOUX, Biologiste, Institut Curie, Paris
J.-M. DILHUYDY, Oncologue radiothérapeute, Institut Bergonié, Bordeaux
E. FONDRINIER, Chirurgien oncologue, Centre Paul Papin, Angers
E. FOURME, Médecin Santé publique, Institut de veille sanitaire, Centre René Huguenin, St-Cloud
S. GIARD-LEFEVRE, Chirurgien sénologue, Centre Oscar Lambret, Lille
M. LE BLANC-ONFROY, Oncologue radiothérapeute, Centre René Gauducheau, Nantes
C. LEMANSKI, Oncologue radiothérapeute, Centre Paul Lamarque, Montpellier
L. MAURIAC, Oncologue médical, Institut Bergonié, Bordeaux
B. SIGAL-ZAFRANI, Pathologiste, Institut Curie, Paris
A. TARDIVON, Radiologue, Institut Curie, Paris
P. THIS, Gynécologue endocrinologue, Institut Curie, Paris
C. TUNON DE LARA, Chirurgien gynécologue, Institut Bergonié, Bordeaux
Y. KIROVA, Oncologue radiothérapeute, Institut Curie, Paris

Comité d'organisation des SOR

BUREAU EXECUTIF

T. PHILIP, Directeur des SOR, pédiatre, FNCLCC, Paris
B. FERVERS, Directeur adjoint des SOR, oncologue médical, FNCLCC, Paris
P. BEY, Représentant du Conseil d'administration de la FNCLCC, radiothérapeute, FNCLCC, Paris
D. MAIGNE, Délégué général de la FNCLCC, FNCLCC, Paris

SOR SPECIALISTES

A. BATAILLARD, Coordinatrice des SOR spécialistes, médecin généraliste, FNCLCC, Paris
G. GORY-DELABAERE, Méthodologiste, pharmacien, FNCLCC, Paris
L. BOSQUET, Méthodologiste, FNCLCC, Paris
N. FABRE, Méthodologiste, FNCLCC, Paris
S. ROUSMANS, Méthodologiste adjoint, FNCLCC, Paris
E. LUPORSI, Méthodologiste associé, oncologue médical, FNCLCC, Paris
S. THEOBALD, Méthodologiste associé, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris
F. FARSI, Référent réseau, médecin de santé publique, FNCLCC, Paris

SOR SAVOIR PATIENT

J. CARRETIER, Responsable des SOR SAVOIR PATIENT, méthodologiste, chargé de mission en santé, FNCLCC, Paris
L. LEICHTNAM-DUGARIN, Méthodologiste, chargée de mission en santé, FNCLCC, Paris
S. BRUSCO, Méthodologiste, FNCLCC, Paris
V. DELAVIGNE, Linguiste, FNCLCC, Paris
E. ESTEVES, Assistante, FNCLCC, Paris

PROJETS INTERNATIONAUX

M. HAUGH, Responsable SOR projets internationaux, biochimiste, FNCLCC, Paris
V. MILLOT, Assistante de gestion, FNCLCC, Paris

DOCUMENTATION

S. GUILLO, Documentaliste scientifique, FNCLCC, Paris
A.G. GUY, Technicienne documentaliste, FNCLCC, Paris

SERVICE ADMINISTRATIF ET EDITORIAL

S. DEBUICHE, Responsable administrative, FNCLCC, Paris
H. BORGES-PANINHO, Chargée de l'édition des documents, FNCLCC, Paris
D. GOVRIT, Assistante, FNCLCC, Paris
L. PRETET, Assistante, FNCLCC, Paris
E. SABATIER, Secrétaire, FNCLCC, Paris

Méthodologie des SOR

La méthodologie des SOR repose sur une revue et une analyse critique des données scientifiques disponibles par un groupe de travail pluridisciplinaire. Cette méthode dite « mixte » combine le niveau de preuve scientifique et l'accord d'experts. La validation des recommandations est assurée par des experts indépendants, extérieurs au groupe de travail. Les SOR ne se substituent pas au jugement clinique des médecins.

La définition des Standards, Options et Recommandations, accompagnés du niveau de preuve, repose sur les meilleures preuves scientifiques disponibles au moment de leur rédaction (*Best Available Evidence*), pouvant être selon le sujet des méta-analyses, essais randomisés ou études non randomisées. Lorsque les preuves scientifiques font défaut pour un point particulier, le jugement est basé sur l'expérience professionnelle et le consensus du groupe d'experts ("accord d'experts").

La définition des Standards, Options et Recommandations

Standards	Interventions pour lesquelles les résultats sont connus et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, à l'unanimité .
Options	Interventions pour lesquelles les résultats sont connus, et qui sont considérées comme bénéfiques, inappropriées ou nuisibles, par la majorité . Les options sont toujours accompagnées de recommandations.
Recommandations	Elles ont pour but, lorsqu'il existe plusieurs options, de hiérarchiser ces options en fonction du niveau de preuve. Les recommandations permettent également aux experts d'exprimer des jugements et des choix concernant notamment des situations d'exception et indications spécifiques ainsi que l'inclusion des patients dans des essais thérapeutiques.

Le niveau de preuve est fonction du type et de la qualité des études disponibles ainsi que de la cohérence ou non de leurs résultats ; il est explicitement spécifié pour chacune des méthodes/interventions considérées en utilisant la classification suivante :

La définition des niveaux de preuve

Niveau A	Il existe une (des) méta-analyse(s) « de bonne qualité » ou plusieurs essais randomisés « de bonne qualité » dont les résultats sont cohérents.
Niveau B	Il existe des preuves « de qualité correcte » : essais randomisés (B1) ou études prospectives ou rétrospectives (B2). Les résultats de ces études sont cohérents dans l'ensemble.
Niveau C	Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou leurs résultats ne sont pas cohérents dans l'ensemble.
Niveau D	Il n'existe pas de données ou seulement des séries de cas.
Accord d'experts	Il n'existe pas de données pour la méthode concernée mais l'ensemble des experts est unanime.

NB : pour plus de détails sur la méthodologie, consulter sur le site Internet des SOR www.fnclcc.fr

Objectif

L'objectif de ces recommandations est de définir, sur la base d'une analyse critique des données actuelles de la science et sur la base de l'accord d'experts, les modalités de prise en charge, diagnostique et thérapeutique, du cancer du sein canalaire *in situ*. Dans ce document, les carcinomes lobulaires *in situ* ne sont pas abordés. Les questions relatives au dépistage et à la prévention ne sont pas abordées dans ce document. Ces recommandations s'adressent aux spécialistes concernés par la prise en charge des personnes atteintes de cancer du sein.

Le rapport intégral est consultable et téléchargeable gratuitement sur le site Internet des SOR : www.fnclcc.fr/sor.htm.

Synthèse des Standards, Options et Recommandations pour la prise en charge des carcinomes canauxaires *in situ* du sein (CCIS)

Diagnostic par imagerie

L'examen diagnostique de référence des lésions de carcinome canalaire *in situ* (CCIS) est la mammographie bilatérale (standard).

Sur un plan technique, la mammographie doit comprendre (standard) :

- des incidences de base : craniocaudale (face) et oblique externe (mammographie de dépistage).
- des incidences complémentaires : profil, agrandissements de face et de profil en cas de microcalcifications, face décalée (tournée) si besoin,
- une analyse systématique des critères de réussite des incidences mammographiques,
- un respect des conditions de réalisation et de lecture (dépistage organisé),
- un agrandissement : facteur 1,5-1,8, compression localisée, petit foyer 0,1-0,15 mm, sans grille.

Le compte rendu mammographique doit utiliser la classification en catégories ACR (standard). Le descriptif et le compte rendu mammographique doivent utiliser le lexique (version française) et préciser pour les microcalcifications le nombre de foyers, la topographie, la morphologie des microcalcifications, le nombre de calcifications par foyer, la distribution spatiale, l'évolutivité dans le temps (standard).

L'IRM et l'échographie ne sont pas des examens systématiques de diagnostic des CCIS (recommandation).

Le recours à l'échographie peut cependant être une option en cas d'anomalie clinique et/ou mammographique et de sein dense (densité 3 ou 4 selon l'ACR) (option). Sur un plan technique, l'échographie requiert un champ de vue de plus de 4 cm avec une profondeur de pénétration d'au moins 4 cm et doit utiliser des sondes de haute fréquence (minimum de 7 MHz) (standard). Lors de l'échographie, l'exploration des seins doit être bilatérale, complète et dans 2 plans d'études (standard). Pour l'analyse échographique des galactophores, les plans radiaire (parallèles aux galactophores) et antiradiaire (perpendiculaires au grand axe des galactophores) seront privilégiés (recommandation).

Diagnostic préthérapeutique

Indications

Les anomalies classées ACR 2 ne nécessitent pas d'examen complémentaire ou de surveillance particulière (standard).

Les anomalies classées ACR 3 appellent à une surveillance rapprochée à 6 mois pendant 2 ans (standard). Une deuxième lecture radiographique est dans ce cas recommandée (recommandation). En cas de doute diagnostique, un prélèvement biopsique peut être indiqué sur avis pluridisciplinaire (option).

Les anomalies classées ACR 4 ou 5 doivent faire pratiquer un prélèvement biopsique pour diagnostic histologique (standard). La cytoponction ne doit pas être utilisée pour l'exploration diagnostique des microcalcifications (standard).

Lorsque la biopsie est indiquée, il est possible de l'effectuer par voie percutanée ou par abord chirurgical (options). Dans tous les cas, il est recommandé de privilégier les biopsies percutanées par micro- ou macrobiopsie (recommandation).

Techniques des prélèvements percutanés

Pour l'exploration de microcalcifications isolées :

- une technique utilisant la stéréotaxie doit être pratiquée (standard).
- une radiographie des prélèvements doit être effectuée (standard).
- les microcalcifications doivent être retrouvées dans le prélèvement (standard).
- en cas de disparition de la cible, il faut mettre en place un repère radio-opaque (standard).

En cas d'image échographique anormale (masse), il faut s'assurer que l'aiguille est dans la lésion au moment du prélèvement par iconographie du ciblage (standard). Si l'image est visible en mammographie ou en échographie, le choix de la méthode de guidage (stéréotaxique, par échographie) est laissé au choix de l'opérateur (recommandation).

Bonnes pratiques d'anatomie et cytologie pathologiques des prélèvements

■ Prise en charge par le pathologiste des prélèvements percutanés

Le pathologiste doit disposer d'une description des lésions mammographiques et/ou échographiques explorées (standard).

Le pathologiste doit disposer des radiographies des biopsies mammaires (standard).

L'ensemble des procédures permettant de visualiser les lésions d'intérêt (inclusions en plusieurs blocs, coupes sériées, examen en lumière polarisée, etc.) doivent être mises en place par le pathologiste (standard).

Il doit exister une confrontation entre les résultats de l'examen microscopique et les données de l'imagerie (standard).

Une identification par le radiologue des fragments biopsiques contenant les microcalcifications est recommandée. Elle permet d'optimiser les procédures de visualisation des microcalcifications (recommandation).

■ Compte rendu histologique d'un prélèvement percutané

Aucune classification histologique n'est unanimement reconnue.

Le compte rendu histologique d'un carcinome intracanalair doit comprendre (standard) :

- le grade nucléaire du CCIS,
- la présence ou non de nécrose, ainsi que le type de la nécrose,
- la notion de polarisation cellulaire,
- l'architecture de la prolifération tumorale,
- la présence de microcalcifications ainsi que leur localisation (dans lésions bénignes/atypiques/malignes).

Une description, ou une énumération, des lésions histologiques associées (hyperplasie canalaire, papillomatose, néoplasie lobulaire, etc.) peut être effectuée (option).

La description des études immunohistochimiques éventuelles ayant permis d'asseoir le diagnostic de CCIS et/ou d'éliminer les diagnostics différentiels peut être mentionnée (option).

La mention du nombre de cylindres biopsiques comportant les lésions de CCIS peut être faite (option).

■ Prise en charge par le pathologiste des pièces d'exérèse chirurgicale

La pièce opératoire doit être adressée repérée (standard).

En cas de microcalcifications, une radiographie de la pièce opératoire, interprétée et comparée avec la mammographie, doit être disponible (standard).

En cas d'exérèse limitée monobloc, des modalités de repérage des différentes berges d'exérèses doivent être mises en place pour que la distance séparant les lésions néoplasiques de ces berges puisse être précisée lors de l'examen microscopique (standard).

En cas de recoupes, celles-ci, orientées par le chirurgien, doivent également bénéficier de procédures permettant la mesure au microscope de la distance séparant les lésions des berges (standard).

Lorsque cela est possible, la pièce opératoire doit être incluse en totalité (standard).

La prise en charge des pièces de mastectomie doit permettre d'exclure l'existence d'un foyer infiltrant associé (standard).

Des alternatives à ces standards existent (inclusion des fragments sous forme de grandes coupes) (option). Elles doivent au minimum permettre une analyse aussi performante que celle obtenue en suivant les recommandations de la Conférence de consensus de Philadelphie.

L'examen extemporané n'est pas recommandé sauf si l'examen macroscopique met en évidence un nodule suspect supérieur à 10 mm (recommandation).

■ Compte rendu anatomopathologique d'une pièce d'exérèse

Aucune classification n'est unanimement reconnue.

Le compte rendu histologique d'une pièce d'exérèse de CCIS doit comprendre (standard) :

- une description macroscopique précise du ou des fragments adressés (taille et nombre des fragments, existence de repère permettant d'orienter le ou les fragments, présence d'une lésion macroscopique décelable),
- le grade nucléaire du CCIS,
- la présence ou non de nécrose, ainsi que le type de la nécrose,
- la notion de polarisation cellulaire,
- l'architecture de la prolifération tumorale,
- la taille de la lésion lorsqu'elle est mesurable.
- l'état des berges d'exérèse,
- la mesure de la marge minimale,
- en cas d'absence de lésion tumorale résiduelle, après un geste biopsique, la notion de remaniements cicatriciels post-biopsie doit être mentionnée.

La biologie (marqueurs sériques, récepteurs hormonaux, récepteurs de facteurs de croissance, marqueurs de prolifération, marqueurs de cycles cellulaires, molécules d'adhésion, marqueurs de matrice extracellulaire, Bcl2, p53, Cox-2) et la mise en évidence des altérations génétiques n'ont pas d'indication dans la prise en charge diagnostique des patients atteints de CCIS (standard). Ces analyses restent du domaine de la recherche clinique (recommandation).

Première étape thérapeutique : chirurgie

Les indications thérapeutiques ci-après s'appliquent à des patientes pour lesquelles le diagnostic de carcinome canalaire in situ (CCIS) a été confirmé par le pathologiste.

Repérage préopératoire

Tout foyer de microcalcifications suspect ou ayant fait la preuve de sa malignité après biopsie percutanée (clip impérativement mis en place au décours de la biopsie percutanée) doit être repéré avant chirurgie (standard). Ce repérage doit être fait à l'aide d'un repère radio-opaque (standard). La distance repère-lésion doit être inférieure ou égale à 1 cm (standard). Des clichés mammographiques face et profil, repère en place ? sont requis (standard).

La mise en place de repères multiples est recommandée en cas de lésions étendues ou multifocales si un traitement conservateur est envisagé (recommandation).

Choix du traitement chirurgical

■ Indications

Lorsqu'une chirurgie conservatrice du sein est réalisable (permettant une exérèse large, obtenant des berges saines, sans compromettre l'esthétique), elle doit être proposée à la patiente (standard). Cependant, si c'est le choix de la patiente, une mastectomie totale simple avec ou sans reconstruction peut être pratiquée (option). Il est alors recommandé de proposer une reconstruction immédiate (recommandation).

Lorsqu'une chirurgie conservatrice n'est pas réalisable, une mastectomie totale simple sans curage axillaire doit être proposée (standard). Une reconstruction mammaire peut être effectuée si c'est le choix de la patiente (option). Il est alors recommandé de proposer une reconstruction immédiate (recommandation).

D'une façon générale, aucun curage axillaire ne doit être pratiqué dans les CCIS (standard).

Le ganglion sentinelle ne doit pas être réalisé en cas de traitement conservateur (standard).

La patiente doit être informée du risque de nouvelle intervention pour curage secondaire si une micro-invasion ou une invasion est découverte lors de l'examen anatomopathologique définitive d'une pièce de mastectomie pour lésions étendues (standard).

La technique du ganglion sentinelle peut être proposée pour les lésions étendues relevant d'une mastectomie d'emblée ou en cas de suspicion de micro-invasion sur biopsie percutanée (option).

■ Techniques

Chirurgie conservatrice

L'exérèse doit être monobloc et vise à enlever la totalité des lésions (berges saines) en entraînant un minimum de préjudice esthétique pour le sein conservé (standard).

La pièce d'exérèse doit être transmise orientée au pathologiste (standard).

Une radiographie de la pièce opératoire en cas de microcalcifications doit être réalisée (standard) :

- sur une pièce opératoire orientée par le chirurgien selon une procédure préétablie avec le pathologiste,
- avec une technique d'agrandissement géométrique (mammographie),
- pour être comparée avec la mammographie préopératoire (repérage),
- et doit comprendre au moins une incidence frontale.

Un compte rendu radiologique doit être effectué (valeur médico-légale) (standard).

Une mammographie postopératoire doit être réalisée (standard).

Pour les lésions de découverte échographique, si la radiographie de la pièce opératoire est normale, une échographie peropératoire de la pièce peut être pratiquée pour s'assurer de l'exérèse correcte de l'anomalie initiale (option).

Chirurgie non conservatrice

La technique chirurgicale non conservatrice standard d'un CCIS est la mastectomie totale, réalisant une exérèse glandulaire la plus complète possible en emportant la plaque aréolo-mamelonnaire (standard).

La mastectomie avec conservation de l'étui cutané ne se conçoit que dans le cadre d'études cliniques (recommandation).

La mastectomie sous-cutanée avec conservation de la plaque aréolo-mamelonnaire n'est pas recommandée (recommandation).

Reconstruction

Lorsqu'une reconstruction est envisagée, trois techniques peuvent être réalisées (options) :

- prothèse rétromusculaire,
- lambeau de grand dorsal,
- lambeau de grand droit abdominal (Tram)

Deuxième étape thérapeutique : traitement local après chirurgie conservatrice

Appréciation des limites d'exérèse du CCIS

L'état des berges d'exérèse correspond à la présence ou non de cellules carcinomateuses au contact des tranches de section chirurgicale.

La marge correspond à la distance, exprimée en millimètres, séparant les cellules tumorales des tranches de section chirurgicale.

L'état des berges et la mesure de la marge d'une pièce d'exérèse mammaire conservatrice pour CCIS ne sont appréciables de façon précise que si :

- la pièce n'est pas fragmentée ou dissociée,
- des recoupes sont effectuées (celles-ci doivent alors être orientées dans l'espace),
- les prélèvements, repérés, ont été badigeonnés par de l'encre de Chine,
- les prélèvements ont été inclus en totalité.

Uneberge n'est réellement saine que si la marge mesurée au microscope est supérieure ou égale à 3 mm.

Une berge est considérée comme envahie si la marge mesurée au microscope est inférieure ou égale à 1 mm.

La mesure de la marge est supérieure ou égale à 3 mm (berges saines)

Si les berges d'exérèse sont saines et qu'il n'y a pas de microcalcifications résiduelles en mammographie postopératoire, une radiothérapie de l'ensemble du sein (50 Gy par 25 fractions) doit être effectuée (standard). Il n'y a aucune indication d'irradiation ganglionnaire dans les CCIS (standard).

Aucun élément ne permet d'individualiser des groupes qui ne bénéficieraient pas de la radiothérapie.

En présence de facteurs de risque de récurrence (âge jeune, grade nucléaire élevé), une surimpression du lit tumoral peut être effectuée par irradiation externe ou curiethérapie (option). En cas de surimpression, la présence de clips chirurgicaux dans le lit tumoral facilite grandement la définition du volume cible (recommandation).

Si les berges sont saines mais qu'il persiste des microcalcifications sur la mammographie de contrôle, une réexcision doit être proposée à la patiente (standard). Cette réexcision doit viser à enlever la totalité des lésions en préservant l'esthétique du sein conservé (standard).

Si la réexcision est impossible, une mastectomie simple sans curage axillaire doit être proposée (standard). Une reconstruction mammaire peut être effectuée si c'est le choix de la patiente (option). Il est alors recommandé de proposer une reconstruction immédiate (recommandation).

Si la patiente refuse la mastectomie, une radiothérapie du sein avec surimpression du lit tumoral peut être proposée (option). La surimpression du lit tumoral peut être effectuée par irradiation externe ou curiethérapie (options). En cas de surimpression, la présence de clips chirurgicaux dans le lit tumoral facilite grandement la définition du volume cible (recommandation).

La mesure de la marge est comprise entre 1 mm et 3 mm

Une marge comprise entre 1 mm et 3 mm correspond à un état des berges incertain (possibilité d'envahissement). Cette situation doit diriger vers une discussion pluridisciplinaire pour une prise de décision adaptée à la patiente (standard).

La mesure de la marge est inférieure à 1 mm (berges envahies)

Si les berges sont envahies, une réexcision doit être proposée à la patiente (standard). Cette réexcision doit viser à enlever la totalité des lésions en préservant l'esthétique du sein conservé (standard).

Si la réexcision est impossible, une mastectomie simple sans curage axillaire doit être proposée (standard). Une reconstruction mammaire peut être effectuée si c'est le choix de la patiente (option). Il est alors recommandé de proposer une reconstruction immédiate (recommandation).

Si la patiente refuse la mastectomie, une radiothérapie du sein avec surimpression du lit tumoral peut être proposée (option). La surimpression du lit tumoral peut être effectuée par irradiation externe ou curiethérapie (options). En cas de surimpression, la présence de clips chirurgicaux dans le lit tumoral facilite grandement la définition du volume cible (recommandation).

Troisième étape thérapeutique : traitement médical

Aucun traitement médical n'est indiqué dans la prise en charge thérapeutique des CCIS (standard).

L'hormonothérapie par anti-œstrogènes ou anti-aromatases (en cas de contre-indication au tamoxifène chez la femme ménopausée) n'a de place que dans le cadre d'essais prospectifs randomisés (recommandation).

Le tamoxifène n'est pas le traitement de rattrapage d'un traitement local insuffisant (recommandation).

Surveillance des CCIS traités

La surveillance des patientes traitées par mastectomie doit comprendre un examen clinique annuel et une mammographie controlatérale annuelle (standard).

La surveillance des patientes traitées par traitement conservateur doit comprendre un examen clinique semestriel pendant les cinq premières années puis un examen clinique annuel au-delà de cinq ans (standard). Une mammographie bilatérale annuelle doit également être effectuée (standard).

Aucun examen de dépistage des rechutes métastatiques n'a de place dans la surveillance des CCIS traités (recommandation).

Prise en charge des récidives de CCIS traités

Il faut préciser la topographie d'une récidive dans un sein déjà traité (standard).

Récidive de CCIS traité par traitement conservateur

Pour des récidives survenant après un traitement conservateur de la lésion initiale, une mastectomie de rattrapage, sans curage axillaire, doit être proposée (standard). Une reconstruction mammaire peut être effectuée si c'est le choix de la patiente (option). Il est alors recommandé de proposer une reconstruction immédiate (recommandation).

En cas de récidive invasive, un curage axillaire homolatéral complet doit être également effectué chez une patiente n'en ayant pas encore eu (standard).

Selon la situation de la récidive, son histologie infiltrante ou l'atteinte ganglionnaire axillaire, une radiothérapie sus-claviculaire ou de la chaîne mammaire interne peut être discutée (option).

L'efficacité du traitement systémique adjuvant pour une récidive de CCIS traité doit être précisée dans le cadre d'études cliniques (recommandation).

Récidive de CCIS traité par mastectomie

Le traitement chirurgical d'une récidive invasive après mastectomie consiste en l'excision au large avec berges saines (standard). Cette chirurgie doit être associée à une radiothérapie de l'ensemble de la paroi thoracique (standard). Un curage axillaire doit également être effectué s'il ne l'a pas déjà été antérieurement (standard).

Selon la situation de la récidive, son histologie infiltrante ou l'atteinte ganglionnaire axillaire, une radiothérapie sus-claviculaire ou de la chaîne mammaire interne peut être discutée (option).

Cependant, si la récidive est strictement canalaire *in situ* (cas exceptionnel), il n'est pas recommandé de faire un curage axillaire (recommandation).

En cas de récidive sur sein reconstruit par prothèse, la décision de l'ablation de la prothèse sera faite au cas par cas en fonction du type histologique, du risque de séquelles et du choix de la patiente (recommandation).

L'efficacité du traitement systémique adjuvant pour une récidive de CCIS traité doit être précisée dans le cadre d'études cliniques (recommandation).

Traitement hormonal substitutif (THS) après un CCIS traité

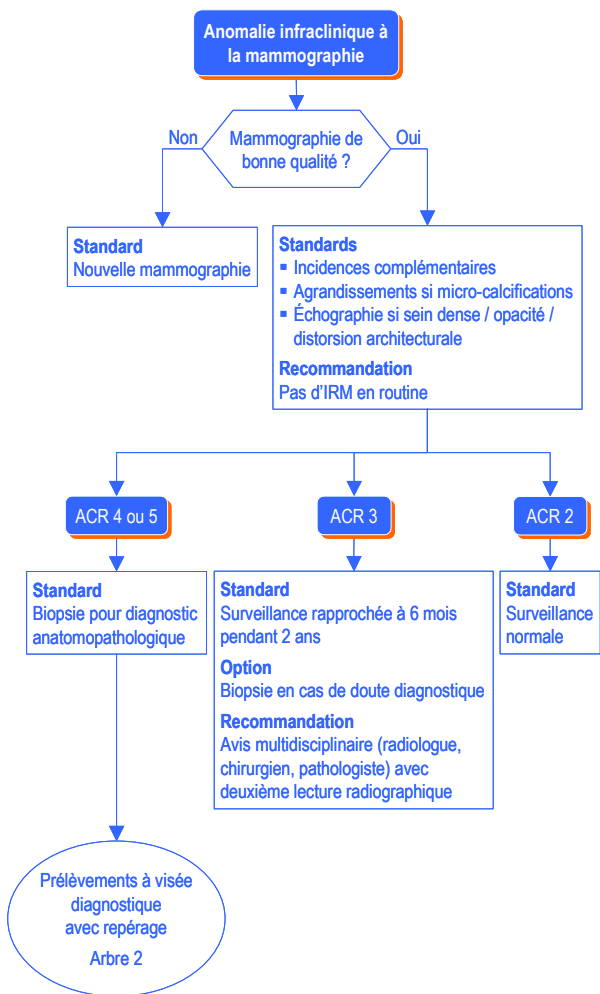
Un THS est actuellement contre-indiqué après un CCIS (standard).

Cependant, lorsqu'elle est envisagée, la prescription d'un THS après CCIS ne peut être proposée que dans un cadre très rigoureux si (option) :

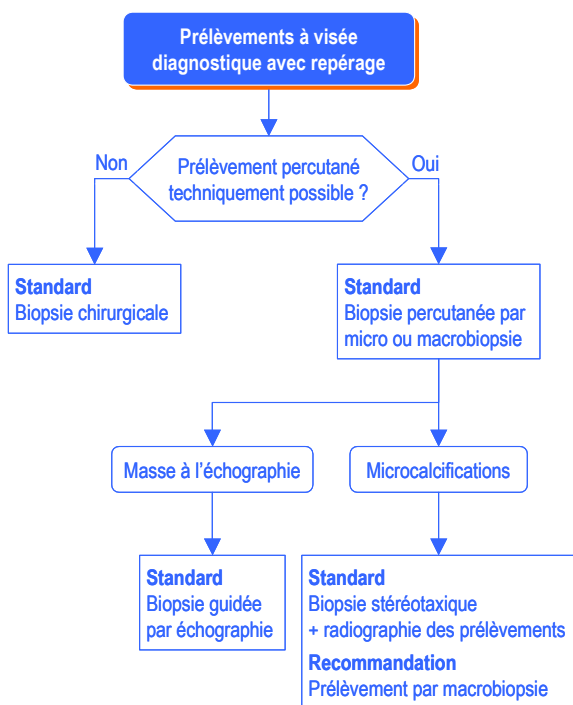
- la patiente présente une altération importante de sa qualité de vie non améliorée par les traitements symptomatiques ou une déminéralisation osseuse notable avec intolérance ou résistance aux alternatives au THS,
- la patiente est demandeuse d'un THS et est informée de ses bénéfices et de ses risques,
- un avis collégial a été formulé, avec évaluation individuelle du risque de rechute par un comité multidisciplinaire,
- une surveillance mammaire attentive est faite,
- une vérification de l'efficacité du THS est faite et que la prescription est prévue pour une durée non prolongée (moins de 5 ans).

Il est recommandé d'effectuer un enregistrement prospectif dans le cadre d'une évaluation (recommandation).

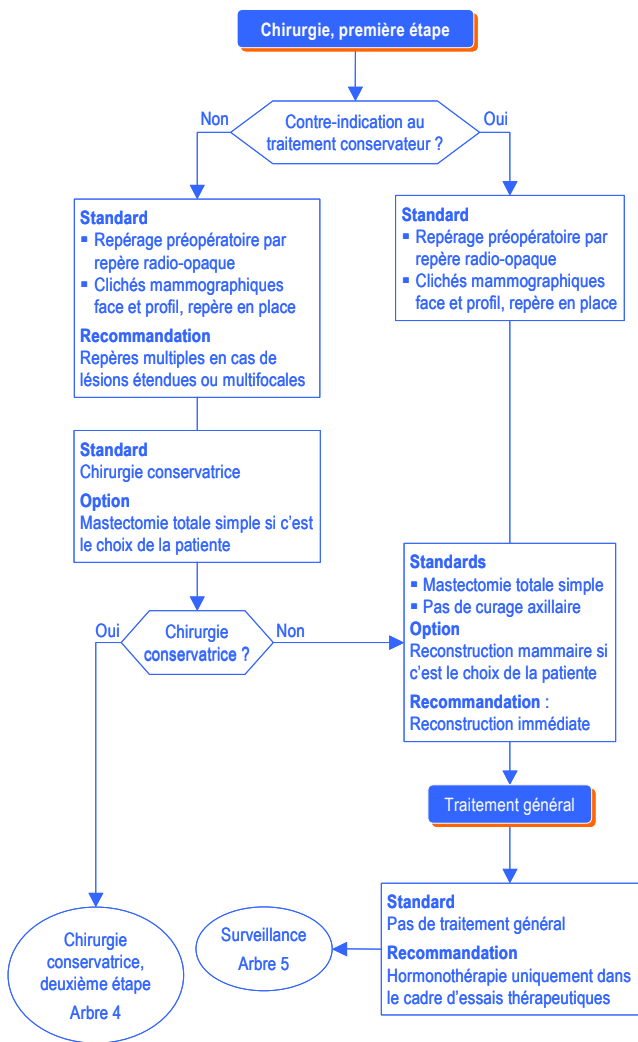
Arbres de décision thérapeutique



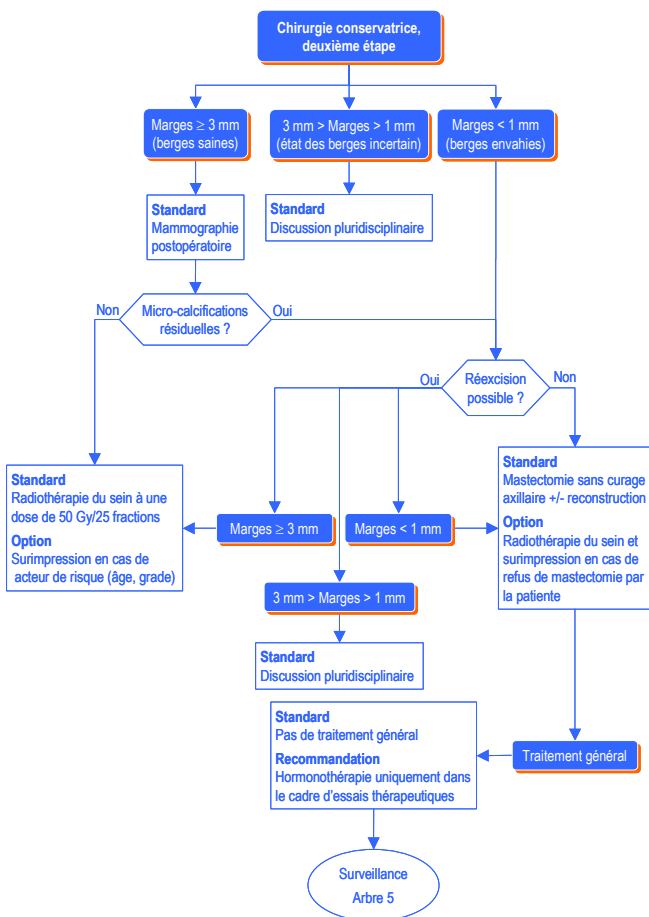
Arbre 1 : Diagnostic d'un CCIS infraclinique



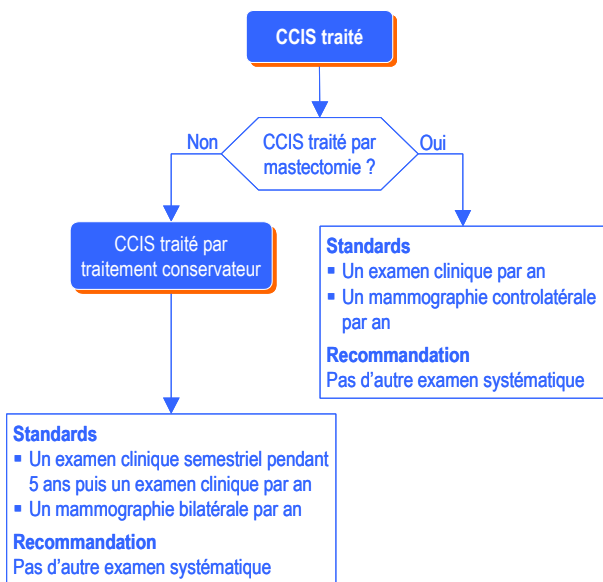
Arbre 2 : Diagnostic d'un CCIS infraclinique



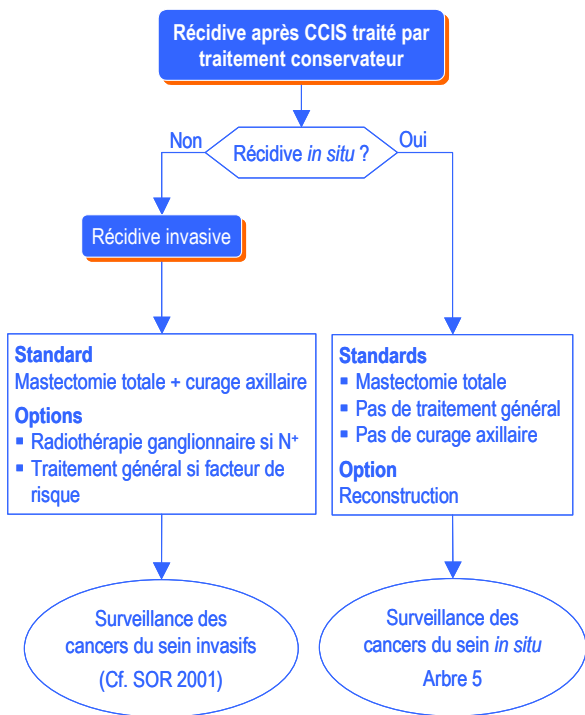
Arbre 3 : Traitement local du CCIS :
chirurgie, première étape



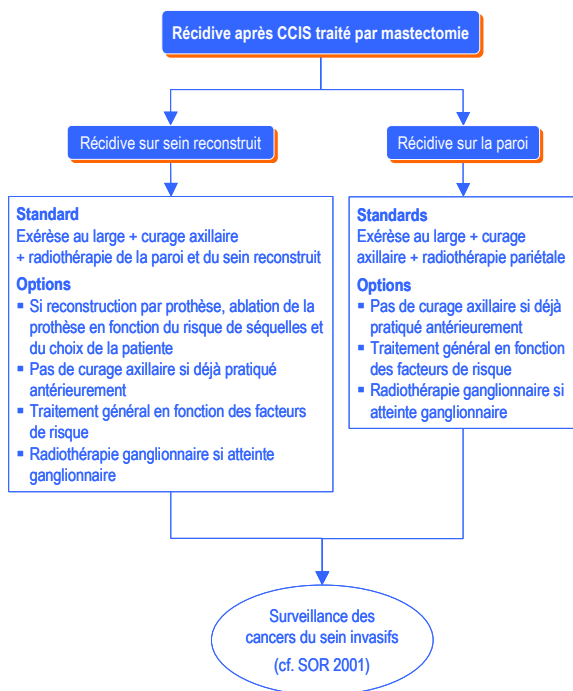
Arbre 4 : Traitement local du CCIS : chirurgie conservatrice, deuxième étape



Arbre 5 : Surveillance des CCIS traités



Arbre 6 : Traitement des récurrences locales après CCIS traité par traitement conservateur



Arbre 7 : Traitement des récurrences locales invasives après CCIS traité par mastectomie

Contributeurs

L. Aguetzaz, Radiologue, Clinique du Lac, Annecy ; **C. Altschuler**, Oncologue radiothérapeute, Centre hospitalier P. Clairval, Marseille ; **O. Arsene**, Oncologue médical, Centre hospitalier, Blois ; **M.-L. Auriault**, Pathologiste, Centre hospitalier, Lagny-sur-Marne ; **S. Avigdor**, Gynécologue, Centre hospitalier régional, Orléans ; **A. Awada**, Chirurgien oncologue, Clinique Jeanne d'Arc, Lyon ; **P. Azuar**, Chirurgien gynécologue, Centre hospitalier, Grasse ; **P. Baldet**, Pathologiste, Centre Gui de Chauillac - Hôpital Saint-Éloi, Montpellier ; **C. Balu-Maestro**, Radiologue, Centre Antoine Lacassagne, Nice ; **J.-P. Basuyau**, Oncobiologiste, Centre Henri Becquerel, Rouen ; **J. Becue**, Chirurgien retraité, Cabinet Médical, Toulouse ; **J.-P. Bellocq**, Pathologiste, CHU Strasbourg, Hôpital Hautepierre, Strasbourg ; **G. Bertrand**, Pathologiste, Centre Paul Papin, Angers ; **F. Bibeau**, Pathologiste, Centre Paul Lamarque, Montpellier ; **J. Blanchot**, Chirurgien gynécologue, Clinique mutualiste La Sagesse, Rennes ; **F. Boman**, Pathologiste, CHR, Lille ; **C. Bonneau**, Pathologiste, Centre hospitalier régional, Orléans ; **B. Boyer**, Radiologue, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy ; **E. Brain**, Oncologue médical, Centre René Huguenin, Saint-Cloud ; **A. Bremond**, Radiologue, Centre Léon Bérard, Lyon ; **M. Briffod**, Pathologiste, Centre René Huguenin, Saint-cloud ; **L. Cany**, Oncologue médical, Polyclinique Francheville, Périgueux ; **M.-F. Carette**, Radiologue, Hôpital Tenon, Paris ; **P. Caveriviere**, Pathologiste, Laboratoire médical d'anatomo-cyto-pathologie, Toulouse ; **L. Ceugnart**, Radiologue, Centre Oscar Lambret, Lille ; **Ph. Chabert**, Gynécologue, Clinique Montplaisir, Lyon ; **C. Chevelle**, Radiothérapeute, Clinique du Parc, Toulouse ; **J. Chopier Richaud**, Radiologue, Hôpital Tenon, Paris ; **J.-P. Cleophax**, Gynécologue, Hôpital intercommunal, Montmorency ; **F. Collin**, Pathologiste, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **B. Coudert**, Oncologue médical, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **J. Cuisenier**, Chirurgien, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **I. Dagoussset**, Gynécologue, Cabinet médical, Paris ; **B. de Lafontan**, Radiothérapeute, Institut Claudius Régaud, Toulouse ; **I. de Mascarel**, Pathologiste, Institut Bergognié, Bordeaux ; **G. de Rauglaude**, Oncologue radiothérapeute, Institut Sainte-Catherine, Avignon ; **G. Delsol**, Pathologiste, Hôpital de Purpan, Toulouse ; **L. Deneux**, Biologiste, Institut Curie, Paris ; **J.-M. Dilhuydy**, Oncologue radiothérapeute, Institut Bergognié, Bordeaux ; **E. du Rouchet**, Gynécologue chirurgien, Centre hospitalier régional, Orléans ; **P. Dufour**, Oncologue médical, Centre Paul Strauss, Strasbourg ; **B. Duquesne**, Généraliste, Cabinet médical, Lyon ; **M. Espie**, Oncologue médical, Hôpital Saint-Louis, Paris ; **M. Faraldi**, Oncologue radiothérapeute, Centre hospitalier, Compiègne ; **F. Feuilhade**, Oncologue médical, Hôpital Henri-Mondor, Créteil ; **A. Fignon**, Chirurgien gynécologue, Clinique Saint-Grégoire, Tours ; **S. Frachon**, Pathologiste, Hôpital Debrousse, Lyon ; **B. Gairard**, Oncologue médical, Clinique gynécologique, Strasbourg ; **J.-R. Garbay**, Chirurgien, Institut Gustave Roussy, Villejuif ; **J.-P. Ghnassia**, Pathologiste, Centre Paul Strauss, Strasbourg ; **L. Gladiëff**, Oncologue médical, Institut Claudius Régaud, Toulouse ; **B. Gollentz**, Radiologue sénologue, Centre hospitalier Belfort-Montbéliard, Belfort ; **P. Haehnel**, Radiologue, Centre de radiologie, Strasbourg ; **S. Henno**, Pathologiste, CHU Hôpital Pontchaillou, Rennes ; **J.-C. Horiot**, Oncologue radiothérapeute, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **G. Houvenaeghel**, Chirurgien, Institut Paoli-Calmettes, Marseille ; **J. Jacquemier**, Pathologiste, Institut Paoli-Calmettes, Marseille ; **A.-M. Kadi**, Pathologiste, Centre Hospitalier, La Roche-sur-Yon ; **P. Kerbrat**, Oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes ; **B. Le Brun**, Radiologue, Clinique Pasteur, Royan ; **A. Lebrun-Jezekova**, Oncologue médical, Institut Jean Godinot, Reims ; **J.-P. Lefranc**, Chirurgien, CHU Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris ; **G. Mac Grogan**, Pathologiste, Institut Bergognié, Bordeaux ; **P. Maingon**, Oncologue radiothérapeute, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **A. Meunier**, Chirurgien, Centre Léon Bérard, Lyon ; **S. Million-Daessle**, Radiologue, Cabinet médical, Colmar ; **H. Mignotte**, Chirurgien, Centre Léon Bérard, Lyon ; **F. Penault-Llorca**, Pathologiste, Centre Jean Perrin, Clermont-Ferrand ; **T. Petit**, Oncologue médical, Centre Paul Strauss, Strasbourg ; **B. Querleu**, Chirurgien, Institut Claudius Regaud, Toulouse ; **P. Roचाix**, Pathologiste, Institut Claudius Regaud, Toulouse ; **M. C. Rojat-Habib**, pathologiste, Hôpital la Timone, Marseille ; **S. Scholl**, Oncologue médical, Institut Curie, Paris ; **D. Serin**, Oncologue radiothérapeute, Institut Sainte Catherine, Avignon ; **F. Spyrtos**, Biologiste, Centre Rene Huguenin, Saint-Cloud ; **J. Stines**, Radiologue, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy ; **A. Travade**, Gynécologue, Cabinet médical, Clermont-Ferrand ; **P. Troufléau**, Radiologue, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy ; **G. Truc**, Oncologue radiothérapeute, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **D. Vaillant**, Radiologue, Centre Georges-François Leclerc, Dijon ; **P. Vennin**, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret, Lille ; **J.-L. Verhaeghe**, Chirurgien, Centre Alexis Vautrin, Vandœuvre-lès-Nancy ; **R. Villet**, Gynécologue, Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon, Paris ; **J.-J. Voigt**, Pathologiste, Institut Claudius Regaud, Toulouse ; **D. Zylberait**, Oncologue médical, Centre hospitalier, Compiègne

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
101 rue de Tolbiac - 75013 Paris

Le rapport intégral

« SOR 2004 pour la prise en charge des carcinomes canaux in situ (CCIS) du sein »
est téléchargeable gratuitement à l'adresse suivante : www.fnclcc.fr

copyright © FNCLCC 2004