

## Généralités

---

### Examen clinique

L'examen clinique doit permettre de recueillir un certain nombre d'informations.

Le compte-rendu doit comporter :

- âge de la patiente, le statut ménopausique et la prise ou non d'un traitement substitutif,
- les antécédents pertinents dont familiaux en précisant leur âge de survenue
- l'évaluation de l'état général selon un indice reconnu : Karnofsky, Performance status OMS,
- le côté et la topographie de la lésion, la classification TNM
- la taille du sein.
- Notion d'évolutivité (PEV = poussée évolutive)
  - PEV1 : doublement en moins de 6 mois
  - PEV2 : inflammation limitée à une partie du sein
  - PEV3 : inflammation diffuse de l'ensemble de la glande (mastite)

### Mammographie

L'examen complet doit contenir :

- au minimum, deux incidences par sein (face et oblique externe),
- un profil complémentaire du côté de la lésion (intérêt balistique de 2 clichés orthogonaux pour le plan d'irradiation).

Pour les microcalcifications, des clichés agrandis localisés de profil et de face, nécessaires pour la classification, doivent compléter l'examen<sup>2</sup>.

Si opacité : clichés localisés plus ou moins agrandis

La classification ACR (BIRAD) doit figurer dans la conclusion du compte-rendu de sénologie.

La conduite à tenir devant une lésion infraclinique découverte à l'imagerie est présentée en arbre décisionnel n°1.

## Echographie

Utilisation d'une sonde de haute définition. Elle a pour but de caractériser la lésion et rechercher les multifocalités.

Elle est réalisée de façon systématique et bilatérale si :

- il existe une masse palpable,
- en présence d'opacités,
- en présence de microcalcifications ACR4 et ACR5 (recherche de lésions infiltrantes associées), sauf seins adipeux.
- Si seins denses ou de densité intermédiaire (composition de type 3 : 51 à 75% de glande (P2) ou de type 4 : > 75% de glande (DY))

Une échographie axillaire peut être réalisée, soit systématiquement lors de l'échographie mammaire diagnostique, soit lors de la biopsie tumorale mammaire. En cas de ganglion suspect, un prélèvement percutané axillaire doit être fait<sup>2a</sup>.

Le compte-rendu doit spécifier la localisation précise de l'anomalie.

## Prélèvements percutanés

Ils ont pour intérêt de permettre un diagnostic histologique préopératoire pour définir la meilleure stratégie thérapeutique.

Il faut préférer, autant que faire se peut, une microbiopsie au pistolet automatique pour histologie :

- afin d'obtenir un diagnostic histologique préopératoire
- si une thérapeutique néoadjuvante est envisagée avec les facteurs pronostiques et prédictifs (notamment récepteurs hormonaux et Her2)
- avec mise en place d'un clip pour identifier le site tumoral avant chimiothérapie néoadjuvante et pour les lésions infra cliniques.
- si la réalisation d'un prélèvement du ganglion sentinelle est envisagée<sup>3</sup> (curage limité au ganglion sentinelle).

Option : Réalisation d'une macrobiopsie assistée par aspiration indiquée de préférence si microcalcifications ACR4 ou ACR5 ou ACR 3 chez femmes mutées ou antécédents familiaux importants faisant suspecter une prédisposition génétique ou ACR 3 et antécédent de lésion à risque histologique.

## IRM

Selon les indications validées<sup>4,5</sup>:

- adénopathie axillaire isolée – maladie de Paget du mamelon avec bilan sénologique négatif.
- chimiothérapie néoadjuvante
- recherche de multifocalités en particulier pour les carcinomes lobulaires invasifs<sup>6</sup>,

2a Recommandations HAS juillet 2012

<sup>3</sup> Immunohistochemically detected tumor cells in the sentinel lymph nodes of patients with breast carcinoma : biologic metastasis or procedural artifact ? Moore KH, Thaler HT, Tan LK, Borgen PI, Cody HS 3<sup>rd</sup>. Cancer . 2004 Mar 1 ; 100 (5) : 929-3

<sup>4</sup> Imagerie par résonance magnétique du sein. Techniques et valeurs actuelles. R. Gilles journal Le sein 2003 t.13, pp. 155-160

<sup>5</sup> IRM du sein : indications et résultats. A. Tardivon J. Le Sein, t. 13, n°2, pp. 161-168.

<sup>6</sup> HAS – « L'IRM mammaire dans le bilan d'extension locale – Rapport d'évaluation, évaluation des actes professionnels, INCA 2013

La HAS recommande<sup>6</sup>, (03/2010) la réalisation d'une IRM mammaire dans le bilan locorégional préthérapeutique dans les situations suivantes :

- En cas de discordance entre la clinique, la mammographie et l'échographie pouvant entraîner une modification de la prise en charge thérapeutique ;
- En cas de choix thérapeutiques difficiles (chirurgie oncoplastique, traitement conservateur ou mastectomie, traitement néoadjuvant) ;
- Chez des femmes de moins de 40 ans ;
- Chez les femmes à haut risque familial de cancer du sein.

Sur le sein controlatéral, aucune donnée ne nous permet d'affirmer ni d'infirmier l'utilité de la réalisation d'une IRM mammaire pour l'étude du sein controlatéral.

## Cas particulier : cancers inflammatoires

Option : biopsie de peau.

## Bilan d'extension

### A discuter selon l'extension (hors essais thérapeutiques)

Carcinomes in situ : Pas de bilan d'extension

Carcinomes infiltrants :

- Si mastectomie envisagée : cf. Bilan d'extension
- Si traitement conservateur : pas de bilan d'extension si T1-2 N0-1  
*(Compte tenu des faibles prévalences observées chez les patientes atteintes de tumeur T1 et T2 sans envahissement ganglionnaire clinique, il n'est pas recommandé de réaliser un bilan d'extension systématique, en l'absence de point d'appel clinique chez ces patientes)*

En pratique, un bilan d'imagerie d'extension est recommandé

- Avant chirurgie, pour les tumeurs cT3-4 ou cN+ (que les patientes reçoivent ou non un traitement systémique néoadjuvant)
- Après chirurgie, en cas d'envahissement ganglionnaire macrométastatique confirmé

Le bilan de première intention peut reposer sur l'une des 2 options suivantes<sup>7</sup>:

- TDM thoraco-abdominal et scintigraphie osseuse
- TEP-TDM au FDG

<sup>7</sup> Recommandations INCA – SFS juillet 2012

## Evaluation pré-thérapeutique

Biologique : hémogramme + bilan hépatique + bilan rénal  
Option : Fonction cardiaque, si une chimiothérapie est envisagée.

Si tumeur RH + : densitométrie osseuse chez les femmes ménopausées si traitement inhibiteur de l'anti-aromatase est envisagé.

Si patientes > 75 ans : faire évaluation oncogériatrique : score ONCODAGE (Cf. annexe)

## Classifications

### Classification TNM (Modification AJCC, 2002<sup>8</sup>)

Tumeur (*Tx* : **pas évaluation possible**)

**T0** : pas de T mise en évidence

**Tis** : in situ

T(DCIS) : canalaire

T (LCIS) : lobulaire

**T(Paget)** : Paget sans tumeur

**T1** : Tumeur < 2 cm

■ T1mic : Tumeur < 0,1 cm

■ T1a : Tumeur de < ou=0,1 à 0,5 cm

■ T1b : Tumeur de < ou = 0,5 à 1 cm

■ T1c : Tumeur de 1 à 2 cm

**T2** : Tumeur de 2 à 5 cm compris

**T3** : Tumeur > 5 cm

**T4** : quel que soit le T

■ T4a : paroi (au delà pectoral)

■ T4b : peau (œdème, ulcération, nodules satellites)

■ T4c : 4a + 4 b

■ T4d : inflammation.

Adénopathies

**N0** : pas d'adénopathie axillaire

**N1** : adénopathie homolatérale axillaire mobile

**N2** : N suspect homolatéral fixé

■ a : axillaire

■ b : mammaire interne

**N3**

■ a : adénopathie infraclaviculaire

■ b : adénopathies cliniques axillaire et mammaire interne

■ c : adénopathie sus-claviculaire

**pN** (x pas évaluation possible)

<sup>8</sup> E. SINGLETARY et al JCO 2002-20 ; 17 ; (3628-3636)

**pN0 :**

- 0 (i-) : N0 histo et IHC négative
- 0 (i+) : N0 histo et IHC positive et < 0,2 mm
- 0 (mol-) : N0 histo et RT-PCR négative
- 0 (mol+) : N0 histo et RT-PCR positive

**pN1 :**

- 1 mi micro invasif  $\geq 0,2$  à 2 mm
- 1 a axillaire : 1 à 3 ganglions
- 1 b : ganglion mammaire interne et envahissement micro/ganglion sentinelle
- 1 c : 1 b + 1 a

**pN2 :**

- 2a axillaire : 4 à 9 ganglions
- 2b : mammaire interne évident

**pN3 :**

- 3a axillaire : 10 et au delà et ganglions infra-claviculaires
- 3b : mammaire interne évident et N+ axillaire, ou >b3 axillaires et mammaire interne micro/GS.
- 3c : sus-claviculaire homolatéral

**métastases à distances**

- Mx** Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
- M0** Absence de métastase à distance
- M1** Présence de métastase(s) à distance

**Grade histopronostique de Scarff Bloom et Richardson modifié MSBR**

Le « grading » de Scarff Bloom et Richardson modifié par Elston et Ellis (grade de Nottingham) est actuellement le plus utilisé en Europe. Il prend en compte trois critères histologiques cotés de 1 à 3 : la différenciation tubulo-glandulaire de la tumeur, le pléomorphisme nucléaire et le compte des mitoses.

- La différenciation tubulo-glandulaire est appréciée sur la proportion de tubules, glandes présentes dans la tumeur :
  - Score 1 : bien différencié (> 75 % de la surface tumorale)
  - Score 2 : moyennement différencié (10 – 75 % de la surface tumorale)
  - Score 3 : peu différencié (moins de 10 % de la surface tumorale).
- Le pléomorphisme nucléaire. Les atypies nucléaires sont jugées sur la population cellulaire prédominante et non sur une zone plus atypique minoritaire.
  - Score 1 : noyaux à la fois réguliers entre eux et dont la taille est inférieure à 2 fois la taille des noyaux des cellules normales.
  - Score 3 : noyaux :
    - ↳ Ou réguliers entre eux mais dont la taille est supérieure à 3 fois celle des noyaux des cellules normales avec des nucléoles proéminents.
    - ↳ Ou réguliers avec une variation de taille allant de 1 à 3 fois celle des noyaux des cellules normales.
  - Score 2 : tout ce qui n'est ni 1 ni 3.
- Les mitoses  
Le comptage des mitoses doit suivre un certain nombre de règles pour être fiable.  
Le diamètre du champ microscopique au grossissement X 400 est variable selon le microscope utilisé. Le compte mitotique sera donc adapté en fonction de ce diamètre.

Elston et Ellis ont établi un abaque permettant d'adapter le compte des mitoses en fonction du diamètre utilisé.

Par exemple, pour un champ de 0,48 mm de diamètre, le compte mitotique s'établit ainsi :

- ↔ Score 1 : 0 à 6 mitoses
- ↔ Score 2 : 7 à 12 mitoses
- ↔ Score 3 : > 12 mitoses.

Le score obtenu permet de distinguer :

- ↔ Grade I : scores totaux 3, 4 ou 5
- ↔ Grade II : scores totaux 6 ou 7
- ↔ Grade III : scores totaux 8 ou 9.

## Classifications de la densité des seins Bi-Rads

- 1 : sein presque entièrement graisseux (< 25 % de glande)
- 2 : il y a des opacités fibroglandulaires éparses (25 à 50 % de glande)
- 3 : le tissu mammaire est dense et hétérogène, ce qui peut rendre difficile la détection de petites masses (51 à 75 % de glande)
- 4 : le tissu mammaire est extrêmement dense, ce qui peut diminuer la sensibilité de la mammographie (> 75 % de glande).

## Classifications radiologiques ACR (BIRAD) modifiée ANAES

- ACR 1 : mammographie normale
- ACR 2 : aspect bénin
- ACR 3 : aspect probablement bénin
- ACR 4 : aspect suspect
- ACR 5 : aspect malin.

CLASSIFICATION EN SIX CATÉGORIES DES IMAGES MAMMOGRAPHIQUES EN FONCTION DU DEGRÉ DE SUSPICION DE LEUR CARACTÈRE PATHOLOGIQUE (EN DEHORS DES IMAGES CONSTRUITES ET DES VARIANTES DU NORMAL) - CORRESPONDANCE AVEC LE SYSTÈME BIRADS DE L'AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY (ACR)

**ACR 0 :** Des investigations complémentaires sont nécessaires : comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, échographie, etc. C'est une classification « d'attente », qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis, avant que le second avis soit obtenu ou que le bilan d'imagerie soit complété et qu'ils permettent une classification définitive.

**ACR 1 :** Mammographie normale.

**ACR 2 :** Il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire :

- Opacité ronde avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste)
- Ganglion intramammaire
- Opacité(s) ronde(s) correspondant à un/des kyste(s) typique(s) en échographie
- Image(s) de densité grasseuse ou mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux)
- Cicatrice(s) connue(s) et calcification(s) sur matériel de suture
- Macrocalcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires, etc.)
- Microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques<sup>1</sup>
- Calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses

**ACR 3 :** Il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée :

- Microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérulentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé
- Petit(s) amas rond(s) ou ovale(s) de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome
- Opacité(s) bien circonscrite(s), ronde(s), ovale(s) ou discrètement polycyclique(s) sans microlobulation, non calcifiées(s), non liquidiennes en échographie
- Asymétrie focale de densité à limites concaves et/ou mélangée à de la graisse

**ACR 4 :** Il existe une anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique :

- Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses et/ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales
- Microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses
- Microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, peu nombreuses
- Image(s) spiculée(s) sans centre dense
- Opacité(s) non liquidiennes(s) ronde(s) ou ovale(s) aux contours lobulés, ou masqués, ou ayant augmenté de volume
- Distorsion architecturale en dehors d'une cicatrice connue et stable
- Asymétrie(s) ou surcroît(s) de densité localisé(s) à limites convexes ou évolutif(s)

**ACR 5 :** Il existe une anomalie évocatrice d'un cancer :

- Microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées
- Groupement de microcalcifications quelle que soit leur morphologie, dont la topographie est galactophorique
- Microcalcifications associées à une anomalie architecturale ou à une opacité
- Microcalcifications groupées ayant augmenté en nombre ou microcalcifications dont la morphologie et la distribution sont devenues plus suspectes
- Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers
- Opacité spiculée à centre dense

La classification tiendra compte du contexte clinique et des facteurs de risque. La comparaison avec des documents anciens ou le résultat d'investigations complémentaires peuvent modifier la classification d'une image : une opacité ovale régulière classée ACR 3 mais présente sur des documents anciens peut être reclassée ACR 2, quelques calcifications résiduelles après prélèvement percutané contributif bénin d'un amas classé ACR 4 peuvent être reclassées ACR 2, etc.

Tiré de « Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique - Correspondance avec le système BIRADS de l'American College of Radiology (ACR) » ANAES, Février 2002 3 pages

Il est à noter qu'une 6<sup>ème</sup> catégorie ACR 6 est apparue correspondant aux cancers histologiquement prouvés.



# ONCODAGE

SEPTEMBRE 2012

## Outil de dépistage gériatrique en oncologie

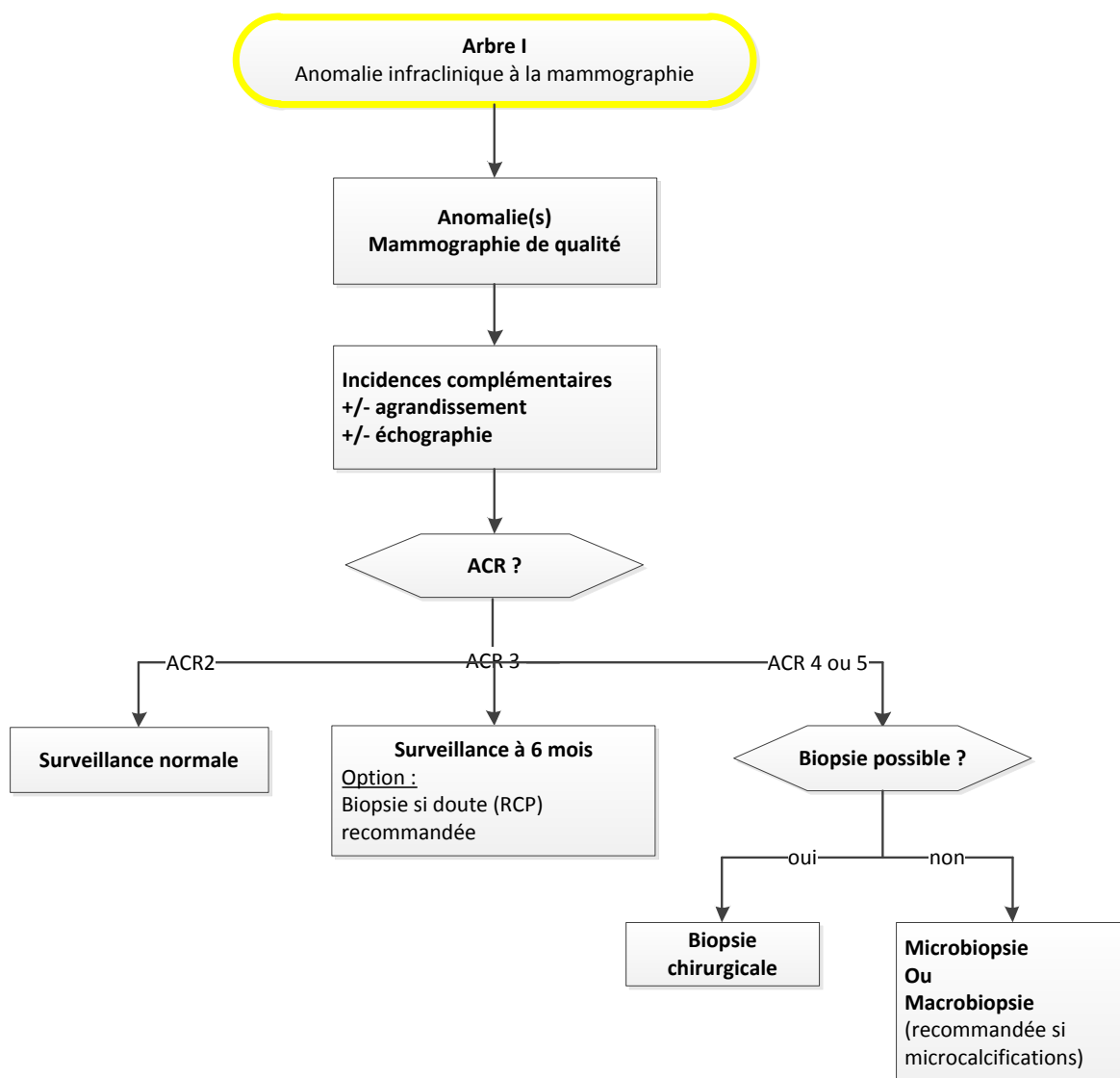
**O**ncodage est un outil qui permet aux oncologues, hémato-oncologues et cancérologues d'identifier les personnes âgées atteintes de cancer à risque de mauvaise tolérance d'un traitement anticancéreux parce qu'elles présentent une dénutrition, des comorbidités, une polymédication, des troubles cognitifs... et de leur proposer une consultation adaptée aux anomalies dépistées et/ou une évaluation gériatrique approfondie (EGA) avant de commencer le traitement anticancéreux.

	Items	Score
A	Le patient présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?	0 : anorexie sévère 1 : anorexie modérée 2 : pas d'anorexie
B	Perte récente de poids (< 3 mois)	0 : perte de poids > 3 kilos 1 : ne sait pas 2 : perte de poids entre 1 et 3 kilos 3 : pas de perte de poids
C	Motricité	0 : du lit au fauteuil 1 : autonome à l'intérieur 2 : sort du domicile
E	Problèmes neuropsychologiques	0 : démence ou dépression sévère 1 : démence ou dépression modérée 2 : pas de problème psychologique
F	Indice de masse corporelle	0 : IMC < 19 1 : IMC = 19 à IMC < 21 2 : IMC = 21 à IMC < 23 3 : IMC = 23 et > 23
H	Prend plus de 3 médicaments	0 : oui 1 : non
P	Le patient se sent-il en meilleure ou moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge	0 : moins bonne 0,5 : ne sait pas 1 : aussi bonne 2 : meilleure
	Âge	0 : > 85 1 : 80-85 2 : < 80
	SCORE TOTAL	0 – 17

**Un score  $\leq$  à 14 révèle une vulnérabilité ou une fragilité gériatriques devant conduire à une consultation adaptée.**



# Arbre décisionnel



Réf : SOR, prise en charge des cancers canauxaires in situ du sein, 2004, FNCLCC