

COMMENT DIAGNOSTIQUER ET TRAITER LE CANCER DU SEIN EN 2026



► UNE OBSERVATION DE CANCER DU SEIN

► DIX QUESTIONS REPONSES

► **PIERRE AZUAR**



- ▶ Patiente de **38 ans** sous OP deux filles allaitement 3mois
- ▶ Enseignante sportive **Pas de cancer familial** o ATCD Med Chir
- ▶ PR 12 ans 1^{ère} Grossesse 30 ans
- ▶ **Auto palpation** nodule QSE G
- ▶ **Mammographie Echographie** ACR4 15mm QSE SEIN GAUCHE
- ▶ **MICROBIOPSIE** **CNS Grade 3 RO 100% RP 100% HER< O KI 25%**
- ▶ **PET SCAN** RAS
- ▶ **ONCOPLASTIE GAUCHE+ GS+ PLASTIE DE SYMETRISATION DROITE**
- ▶ **CNS** 17 mm **Grade 3** RO RP 100% HER- KI 25% 3GS 1 **micrometastase**
- ▶ **LIMITES SAINES** **BRCA TUMORAL NEGATIF**





DECISION DE LA RCP

CHIMIOThERAPIE: 6 cures : 3 EC 100 3 TAXOTERE

RADIODThERAPIE SEIN

Anti aromatases + Analogues + ANTI CD 4 6 (2ans)

Abemaciclib

Durée du traitement par antiaromatases et analogues

7 ans



PREMIERE QUESTION



Quand prescrire une première mammographie de dépistage si pas de facteur à haut risque de cancer du sein?



► **Invitation pour MAMMOGRAPHIE de dépistage 50 74 ans
tous les 2ans DEPISTAGE ORGANISE**

► Pas d'indication de MAMMOGRAPHIE de dépistage **avant 40 ans** en dehors des facteurs de risque

► **Entre 40 et 50 ans Pas de dépistage ?** Variable d'un pays à l'autre

►

► GROUPE D'ETUDE CANADIENNE SUR LES SOINS DE SANTE PREVENTIFS GECSSP 2024

► **HAS** Pas de depistage avant 50 ans sans facteur de risque particulier

Contre le cancer du sein le dépistage
organise **c'est tous les deux ans**

Pourquoi le dépistage ?

- Réduire la mortalité liée au cancer du sein
 - ✓ Augmenter les chances de guérison
 - ✓ **99% de survie à 5ans** pour les cancer détectés à un stade précoce
 - ✓ **26%** si stade avancé
- Le dépistage sauve des vies :
 - ✓ **15 à 21% des décès évités annuellement**



- 
- ▶ Les femmes qui ne se
 - ▶ font pas dépister tot
 - ▶ ont un risque accru de
 - ▶ mourir de cette maladie
25ans plus tard

▶ étude BRITISH MEDICAL JOURNAL 25 septembre 2025



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

inca
Institut National
du Cancer

LE POINT SUR

SANTÉ DES FEMMES

Le dépistage des cancers du sein : quels bénéfices ?

MARS 2026



DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN : LES PRINCIPAUX RÉSULTATS

ENTRE 2004 ET 2018,

23 000

DÉCÈS ONT ÉTÉ ÉVITÉS
PARMI LES FEMMES AYANT
RÉALISÉ LE DÉPISTAGE

À PLUS LONG TERME,
PRÈS DE

95 000

DÉCÈS POURRAIENT
ÊTRE ÉVITÉS
À L'HORIZON 2054

LE DÉPISTAGE DES
CANCERS DU SEIN EN
FRANCE PERMETTRAIT DE
RÉDUIRE D'ENVIRON

20 %

LA MORTALITÉ
LIÉE À CES CANCERS

PARTICIPATION
AU DÉPISTAGE
DES CANCERS DU SEIN

46,3 %

C'EST LE TAUX DE PARTICIPATION
AU DÉPISTAGE ORGANISÉ
DES CANCERS DU SEIN
EN 2023-2024

14 % ± 4

C'EST LA PART DES FEMMES
RÉALISANT UN DÉPISTAGE
INDIVIDUEL, EN DEHORS DU
PROGRAMME DE DÉPISTAGE
ORGANISÉ, EN 2022.

40 %

C'EST LA DIMINUTION DU RISQUE
DE MOURIR D'UN CANCER DU SEIN
AU COURS DE SA VIE POUR UNE
FEMME DÉBUTANT LE DÉPISTAGE
À 50 ANS, ET LE RÉALISANT
TOUS LES DEUX ANS

CANCERS DU SEIN :
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

61 214

NOUVEAUX CAS
EN 2023*

12 757

DÉCÈS EN 2022*

64 ans

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023*

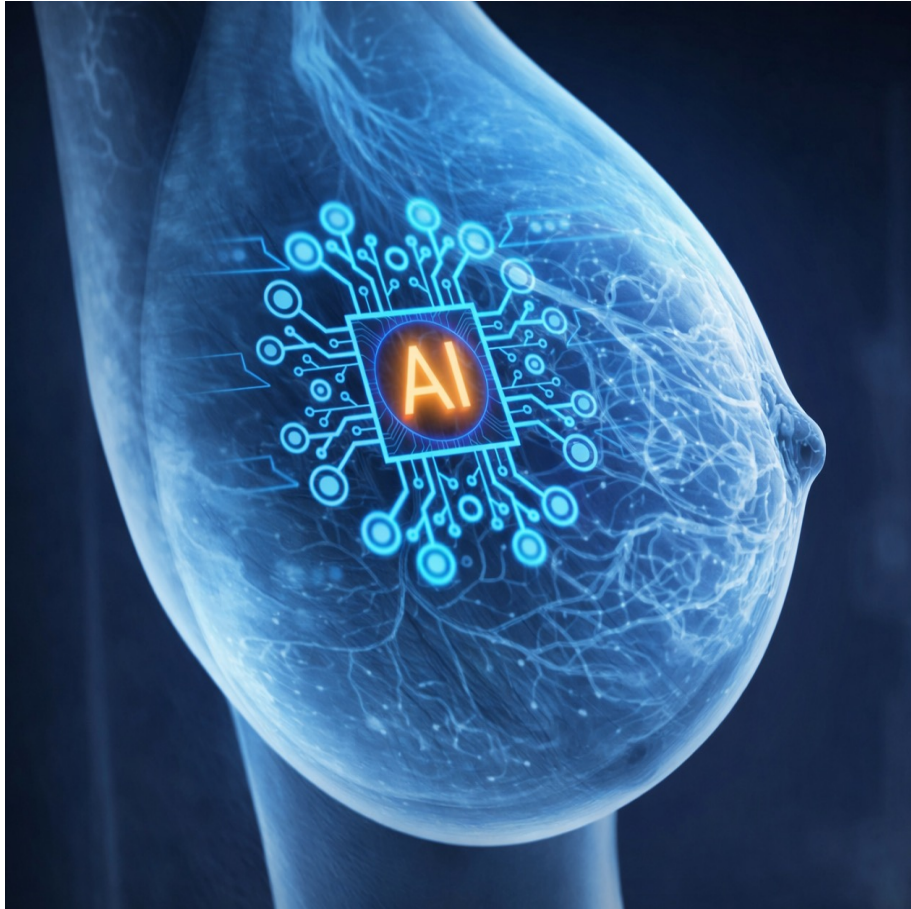
88 %

SURVIE NETTE STANDARDISÉE*
À 5 ANS DES FEMMES
DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015

EN France INSUFFISANCE DE PARTICIPATION AU
DEPISTAGE ORGANISE <50%
S'ASSOCIENT 10 à 15% DE DEPISTAGE
INDIVIDUEL

PERSONNALISER LE DEPISTAGE: MOINS DE
MAMMOGRAPHIE EN CAS DE RISQUE FAIBLE ET
EN CAS DE RISQUE ELEVE FAIRE PLUS DE
MAMMOGRAPHIES VOIRE DES IRM EN
COMMENCANT A UN AGE PLUS JEUNE





DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN : LE RADIOLOGUE ET L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE



•**Performance** : Les algorithmes actuels égalent, voire dépassent, la sensibilité d'un radiologue moyen.

•**Gain de temps** : Possibilité de supprimer la double lecture humaine pour les cas classés "très faible risque" par l'IA (en cours de discussion dans les protocoles de santé publique).

•**Le binôme gagnant** : Les études montrent que l'association **Radiologue + IA** est plus performante que le radiologue seul ou l'IA seule.

MASAI (Mammography Screening with Artificial Intelligence), dont les résultats finaux ont été publiés dans *The Lancet* en **janvier 2026**.

étude randomisée contrôlée de grande ampleur (portant sur plus de **100 000 femmes** en Suède) **comparant directement le dépistage assisté par l'IA à la double lecture humaine standard**.

MASAI (2025-2026)

Indicateur de performance	Double lecture humaine	IA + Radiologue(s)	Impact de l'IA
Sensibilité	73,8 %	80,5 %	+6,7 %
Taux de détection de cancers	5,0 pour 1000	6,4 pour 1000	+28 %
Cancers de l'intervalle	1,76 pour 1000	1,55 pour 1000	-12 %
Spécificité (Précision)	98,5 %	98,5 %	Identique
Charge de travail (lecture)	100 %	56 %	-44 %

Gestion de la Deuxième Lecture en France

En France, le dépistage organisé repose sur une double lecture humaine. Depuis 2025-2026, des expérimentations (notamment en régions PACA et Auvergne-Rhône-Alpes) testent le remplacement de la deuxième lecture humaine par l'IA pour les cas jugés "normaux" par le premier radiologue.

- **Gain de temps** : Cela libère un temps médical précieux dans un contexte de pénurie de radiologues.

- **Précision** : L'IA est particulièrement efficace pour confirmer la "normalité" d'un sein, ce qui sécurise le diagnostic.

Dépistage Personnalisé

Au-delà de la détection, l'IA en 2026 est capable de calculer
un **score de risque à 5 ans.**

- Si l'IA détecte une architecture mammaire à haut risque (même sans tumeur visible), le radiologue peut recommander un **suivi annuel plutôt que tous les deux ans.**

DEUXIEME QUESTION

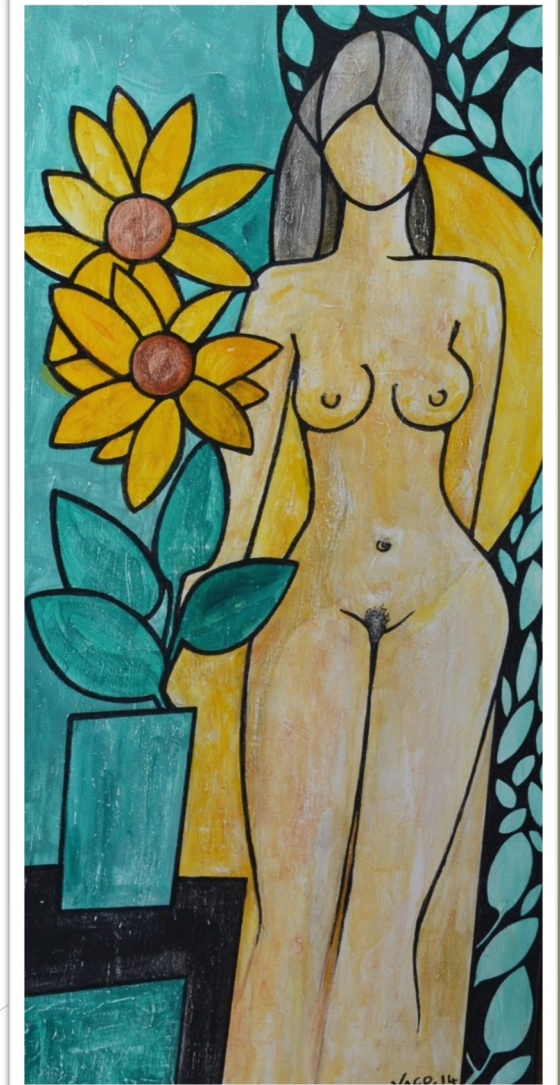


BILAN INITIAL AVANT TRAITEMENT D'UN CANCER DU SEIN



BILAN D'EXTENSION LOCALE

- ▶ MAMMOGRAPHIE ECHOGRAPHIE MAMMAIRE ET AXILLAIRE
- ▶ TOMOSYNTHESE
- ▶ **IRM?** <35ans CLI
- ▶ ANGIOMAMMOGRAPHIE +++



BILAN D'EXTENSION LOCO REGIONALE

- ▶ EXPLORATION ECHOGRAPHIQUE DU CREUX AXILLAIRE
- ▶ LES CRITERES DIAGNOSTIQUES D'UN **GANGLION SUSPECT**
 - ▶ CORTEX EPAISSI 3MM
 - ▶ UNE FORME RONDE
 - ▶ LA PERTE DU HILE GRAISSEUX
 - ▶ DES CONTOURS IRREGULIERS /SPICULES
- ▶ CYTO PONCTION **MICROBIOPSIE**



BILAN D'EXTENSION A DISTANCE

- ▶ cT2 N1 Mx ou cT3 quel que soit le N
- ▶ Pas systématiquement pour les **CT1N1** et **CT2n0**
- ▶ LES FORMES A HAUT RISQUE (grade élevé, femme jeune, triple -, HER+++)
- ▶ **PAS RECOMMANDE CT1n0**
- ▶ En PRE OPERATOIRE ou en POST OPERATOIRE si **pN2_3**
- ▶ SI POSSIBLE : **TEP-TDM** ou scanner TAP et SCINTIGRAPHIE OSSEUSE
- ▶ PAS DE RADIOGRAPHIE THORAX ni ECHOGRAPHIE ABDOMINALE
- ▶ **SI CARCINOME LOBULAIRE INVASIF** PLUTÔT SCANNER TAP et SCINTIGRAPHIE OSSEUSE



TROISIEME QUESTION

► **AMBULATOIRE OU HOSPITALISATION COMPLETE ?**



- ▶ **PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DU CANCER DU SEIN AMBULATOIRE VERSUS HOSPITALISATION D'UNE NUIT**

- ▶ **ENQUETE DE SATISFACTION**

- ▶ 1 MARS 2018 30 JUIN 2019

- ▶ 91 patientes

- ▶ 38 GROUPE AMBULATOIRE

- ▶ 53 HOSPITALISATIONS

- ▶ **PAS DE DIFFERENCE DE SATISFACTION**

- ▶

- ▶ DELPHINE RAIMONDI

- ▶ ANNE SOPHIE AZUAR

4^{ÈME} QUESTION

- ▶ UNE MICRO METASTASE (pN1mi) sur 3 ganglions sentinelles

▶ **CURAGE AXILLAIRE ??**

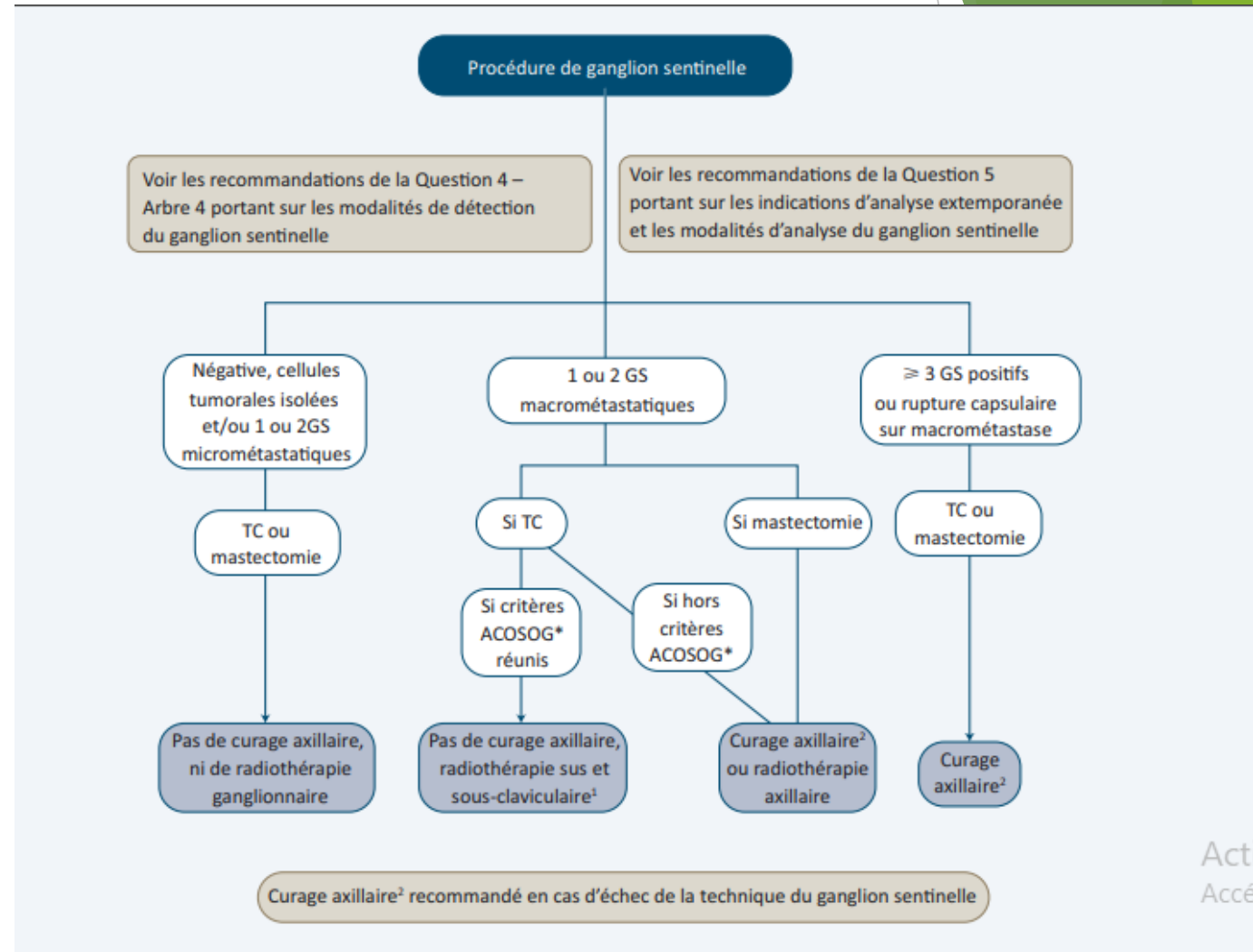
non



<https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/recommandations-et-aide-a-la-pratique/recommandations-de-bonnes-pratiques-cliniques/cancers-du-sein>



Octobre 2021
complétée en Juin
2022





5 EME QUESTION

A QUI PROPOSER UN **TEST**
GENOMIQUE?





► **TEST GENOMIQUE** :étude du génome d'une tumeur

► 4 tests **ONCOTYPE** Endopredict Prosigna MammaPrint

► dans **30%** des cas évite la **CHIMIOThERAPIE**

► **INDICATIONS** :Cancer du sein **RH +HER- GRADE 2**

► Avant la ménopause **T entre 2 et 5cm** **N-** ou **N 1mic**

► Après la ménopause **50-70 ans** **N1 (N+3)**

► **Pas après 70 ans**

DECIDER AVEC LES SIGNATURES GENOMIQUES

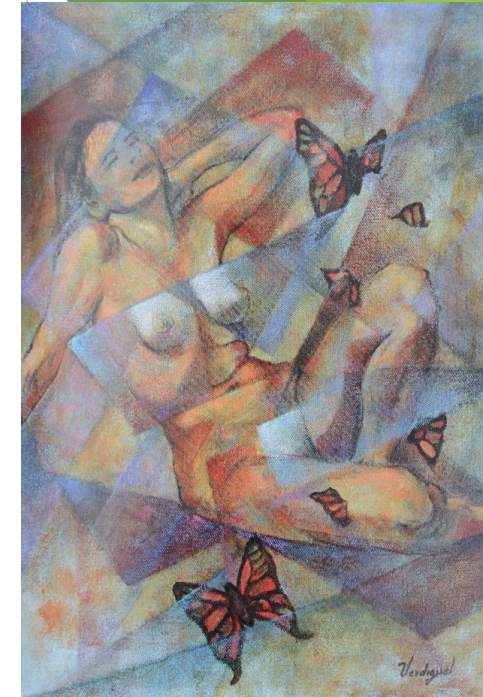
- ▶ **ONCOTYPE TEST à 21 GENES** EST à PRIVILEGIER
- ▶ **2022 ASCO** association americaine de cancerologie
- ▶ Classés dans le **réfèrentiel des actes innovants hors nomenclature**
- ▶ **(RIHN)** et donc seulement partiellement pris en charge

« Utiles dans près de 30% des cas de cancers du sein, les tests génomiques ont pour but la désescalade thérapeutique. En effet, si la chimiothérapie est absolument nécessaire pour un certain nombre de femmes, pour d'autres, elle ne présente en réalité aucun bénéfice. »

Pr Pascal Pujol²¹.

INDICATION DES ANTI CD 46 ?

- ▶ RECEPTEURS HX + HER <0
- ▶ Abemaciclib: T1B N1mi G3 ou Ki 67 SUP OU= 20%



Stage		T	N	Abemaciclib	Ribociclib
I	IA	T1	N0		
	IB	T0	N1mi		
	IB	T1	N1mi	Only if G3 or Ki67 >20%	
II	IIA	T0	N1		
	IIA	T1	N1	Only if G3 or Ki67 >20%	
	IIA	T2	N0		Only if G3, or G2 With Ki67 >20% or high genomic risk
	IIB	T2	N1	Only if G3 or Ki67 >20%	
	IIB	T3	N0		
III	IIIA	T0	N2		
	IIIA	T1	N2		
	IIIA	T2	N2		
	IIIA	T3	N1		
	IIIA	T3	N2		
	IIIB	T4	N0		
	IIIB	T4	N1		
	IIIB	T4	N2		
	IIIC	Any T	N3		

► **ABEMACICLIB +HORMONOTHERAPIE** REDUCTION DE **15.8%** de LA MORTALITE

► COMMENCER par 50mg 2 semaines

► puis 50mg 2 semaines

► puis 150 mg **DEUX ANS**

► Chez patiente **non ménopausée** ANALOGUES + ANTI AROMATASES **plutôt que**

ANALOGUES + TAMOXIFENE

► **MAIS QUALITE DE VIE!!!!!!**



6ÈME QUESTION



► RADIOTHERAPIE

QUEL DELAI ? **1 25**

nombre de seances ? 25 SEANCES + BOOST

LA RADIOTHERAPIE HYPOFRACTIONNEE DE 3 SEMAINES

EST AUSSI EFFICACE QU'UNE RADIOTHERAPIE CLASSIQUE DE 5 SEMAINES

► LE STATUT GANGLIONNAIRE MODIFIE LES CHAMPS D'IRRADIATION

► **si Pn1mic** SEIN GAUCHE pas d'irradiation du creux axillaire



7ÈME QUESTION

SUIVI

POST THERAPEUTIQUE DES CANCERS DU SEIN



QUAND COMMENCER LA SURVEILLANCE ?

A la fin de la séquence thérapeutique,
abstraction faite de l'hormonothérapie et du TRASTUZUMAB



*« Le plus dur est passé ;
des RDV certes angoissants mais
indispensables »*

POURQUOI UN SUIVI?

- Dépister, diagnostiquer et prise en charge précoce des **récidives locales**
- **Cancer sur le sein controlatéral**
- Diagnostiquer une **métastase**
- Détecter et traiter d'éventuel effet secondaire tardif et séquelle de traitement
- **Dépister des difficultés psychologiques**



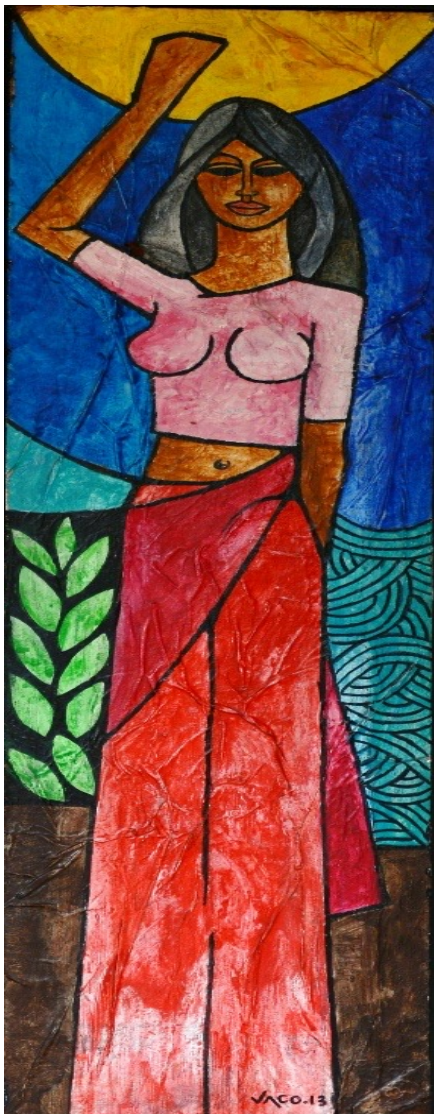
**LE MEDECIN VA ACCOMPAGNER LA PATIENTE
L'AIDER A REPRENDRE ET RECONSTRUIRE UNE VIE
QUOTIDIENNE « D'APRES CANCER »**





EN QUOI CONSISTE LE SUIVI ?

- Consultation tous les 6 mois les 5 premières années puis tous les ans à vie – Temps d'écoute et de parole
- Mammographie annuelle à vie
 - Bilatérale si chirurgie conservatrice
 - Unilatérale si mastectomie totale
- La tomosynthèse peut être proposée en complément
- Echographie axillaire systématique non recommandée
- **IRM** proposée dans certaines situations cliniques
- Sur le sein reconstruit, échographie si prothèse



LES EXAMENS BIOLOGIQUES

- Guidés par les symptômes fonctionnels et les données de l'examen clinique
- **Aucun dosage des marqueurs tumoraux sériques n'est recommandé dans le suivi**

PAS D'AUTRES EXAMENS DE MANIÈRE SYSTÉMATIQUE

- Suivi standard versus prise en charge plus intensive :

Aucune différence sur la survie sans récurrence et la survie globale





CONNAITRE LE RISQUE METASTATIQUE

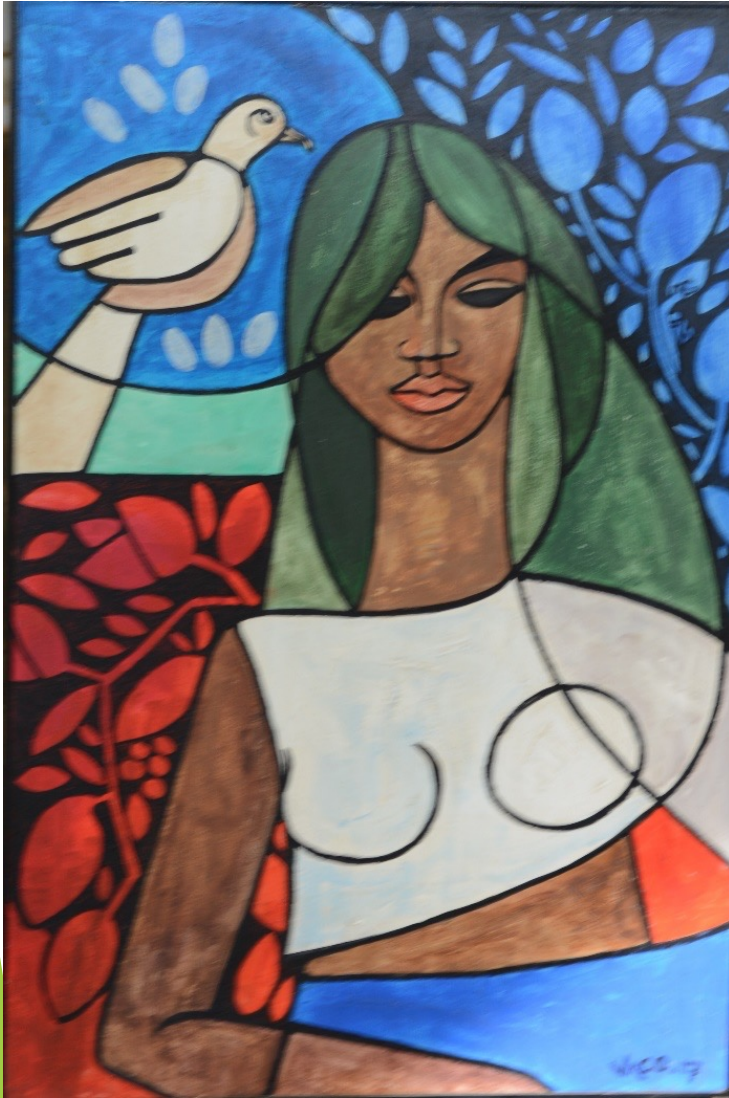
- **Cancers lobulaires** : Métastases sur les séreuses (Estomac, ovaires)
- **Cancers hormo sensibles** : Métastases osseuses, ganglionnaires et cutanées
- **HER +++** : Métastases cérébrales
- **RH-** : Métastases hépatiques, pulmonaires et cérébro méningées

- Les 5èmes années, rechute **surtout N+ et RH-**
- Après 5 ans, **pas de différence** entre N+ et N-
- Si RH+, risque de récurrence du cancer **du sein plus élevé jusqu'à 30 ans après le diagnostic**

SURVEILLANCE DES TRAITEMENTS ET PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES



- **TAMOXIFENE 20** : Examen gynécologique annuel, pas d'examen complémentaire en l'absence de symptôme
- **ANTI-AROMATASES** : Ostéodensitométrie, bilan lipidique
- **TRASTUZUMAB** : Surveillance cardiologique tous les 3 mois puis 24 mois
- **ANTHRACYCLINE** : Echographie cardiaque annuelle pendant 5 ans
- **Explantation du port à cath?**



ECOUTER LES PLAINTES CONTRE LES EFFETS SECONDAIRES

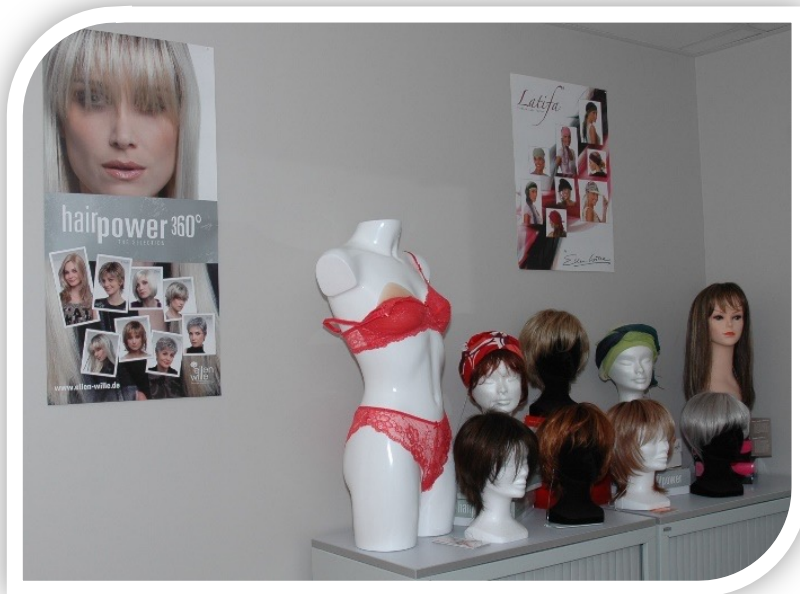
- Redonner du sens à la prescription lorsqu'elle s'épuise

○ L'ONCO PHARMACIEN

PROPOSER **DES SOINS DE SUPPORT** PRENDRE EN CHARGE LES CONSEQUENCES DE LA MALADIE ET DES TRAITEMENTS

- Lymphoedème du bras
- Douleurs post chirurgicales et post radiques
- Corrections esthétiques après chirurgie conservatrice ou après reconstruction mammaire LIPOSCULPTURE
- Soutien psychologique
- Aide sociale adaptée
- Conseils diététiques, sport, vitamine D
- Contraception
- Grossesse
- Sexualité





- ▶ Partie intégrante des traitements des cancers
- ▶ Améliorent la **qualité de vie** des patients
- ▶ Prennent en charge un malade dans sa **globalité**
 - ▶ **Être écouté et se sentir soutenu**

SOINS ESTHETIQUES



- ▶ Aide à l'amélioration de l'image de soi
« Se réapprovisionner son corps »
- ▶ La beauté n'est pas futile, elle aide à mieux combattre la maladie
- ▶ Les socio esthéticiennes assument différents soins : visage, mains, pieds, épilation, maquillage, dermopigmentation

SOINS ESTHÉTIQUES GRATUITS À L'HÔPITAL

- Pour oublier la souffrance
- Mieux se battre contre la maladie
 - Retrouver sa dignité
- Reprendre confiance en soi



Les Centres de Beauté
CEW FRANCE
cosmetic executive women



8ÈME QUESTION

QUELLE CONTRACEPTION?

► **DIU** **MIRENA?**

► **LDT** **Salpingectomie**
bilatérale?

► **VASECTOMIE**

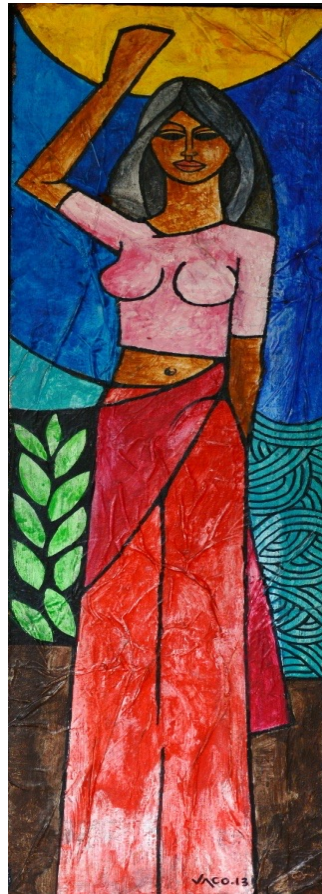


► **CONSULTATION ONCOGENETIQUE ?**

► **RECHERCHE BRCA TUMORAL?**



SITUATIONS DANS LESQUELLES UNE ENQUETE GENETIQUE PEUT ETRE DEMANDEE



Indication d'un test moléculaire

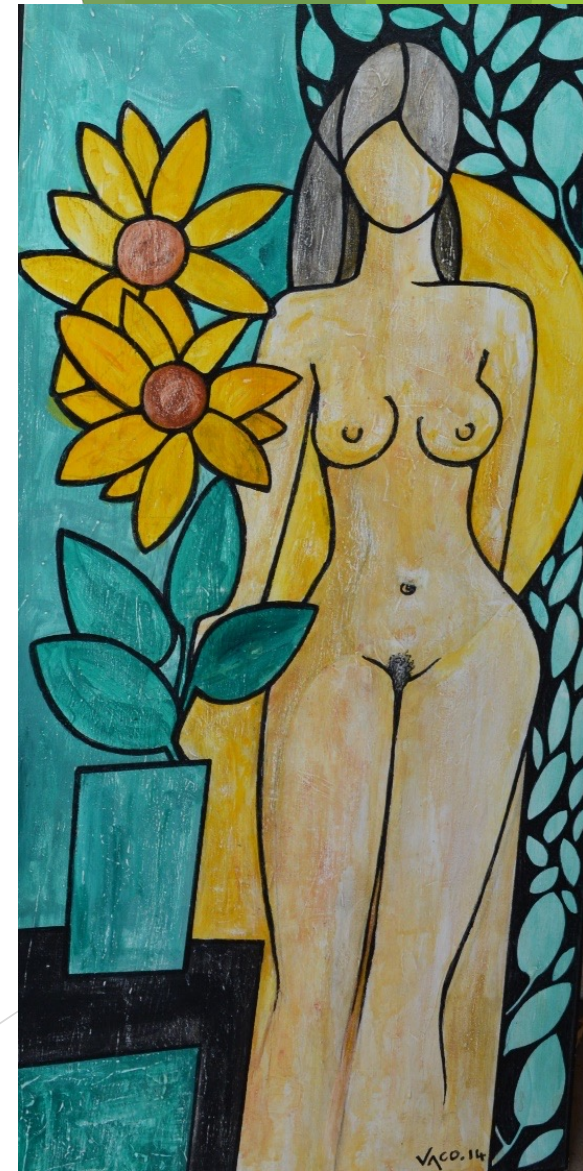
► Critères individuels

- Cancer de l'ovaire séreux de haut grade
- Cancer du sein chez un homme
- Cancer du sein < 36 ans ou TN < 51 ans

CRITERES FAMILIAUX

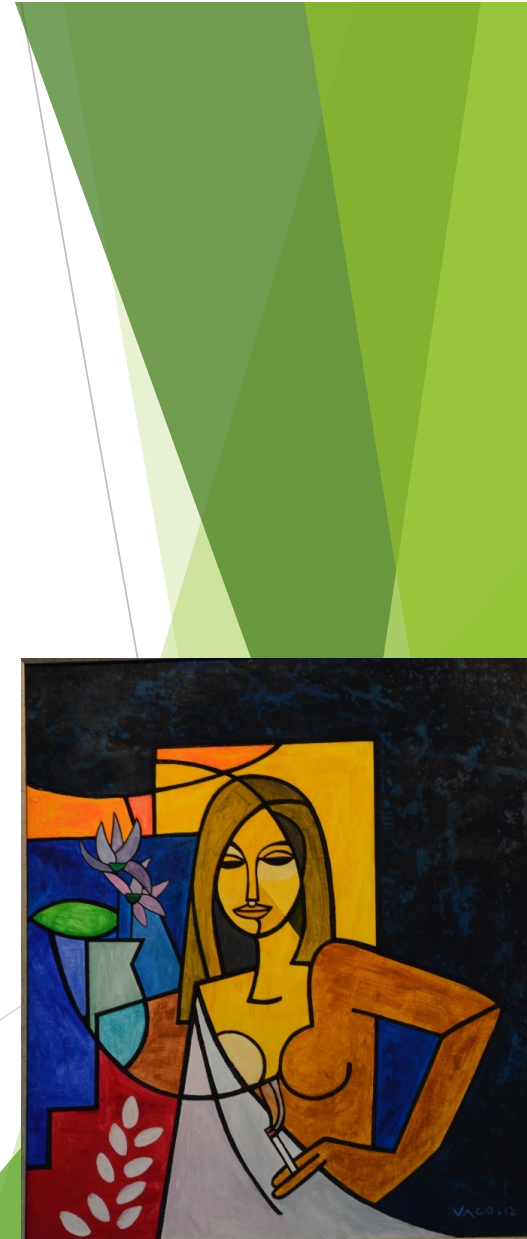
CAS AU PREMIER OU DEUXIEME DEGRE

- ▶ 3 T SEIN au moins 1 < 61 ans
- ▶ 2 T SEIN dont 1 < 41 ans ou TN ou 1 homme
- ▶ 2 T SEIN dont 1 < 51 ans et l'autre < 71 ans
- ▶ 1 T SEIN et 1 T OVAIRE



CALCUL DU SCORE D'EISENGER ET CAT

- ▶ Mutation BRCA1 2 identifiée dans la famille : **5**
- ▶ Cancer du sein chez une femme avant 30 ans: **4**
- ▶ Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans: **3**
- ▶ Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans: **2**
- ▶ Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans : **1**
- ▶ Cancer du sein chez un homme : **4**
- ▶ Cancer de l'ovaire avant 70 ans : **4**
- ▶ **SI SCORE 3 ou+ CONSULTATION D'ONCO GENETIQUE**
- ▶ **SI < 3 DEPISTAGE ORGANISE**



Evolution du panel sein-ovaire

- ▶ Panel 13 gènes: BRCA 1-2, PALB2, P53, PTEN, CDH1, gènes MMR, RAD 51c-d
- ▶ Délais 9 à 12 mois en moyenne, sauf
 - ▶ Indication thérapeutique
 - ▶ Test ciblé



Implications de la découverte d'une mutation délétère

- ▶ Prise en charge préventive d'un autre cancer
- ▶ Accès à un traitement spécifique
- ▶ Prise en charge familiale

Intérêt de la prise en charge en oncogénétique

- ▶ Prise en charge familiale
- ▶ Diffusion de l'information dans la famille
- ▶ Information sur la loi de la parentèle

Mutation TP53

- ▶ **Syndrome de Li Fraumeni** : importante susceptibilité aux irradiations
- ▶ Femme très jeune souvent **moins de 30 ans**
- ▶ Demande en urgence justifiée
- ▶ **Impact thérapeutique**
 - ▶ Privilégier la mastectomie si radiothérapie peut être évité
 - ▶ Quel choix pour la chimiothérapie?

CONSULTATION ONCO FERTILITE?



Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme (61214 nouveaux cas en 2023)

37,5 % des femmes âgées de moins de 40 ans ont alors un **projet parental au moment du diagnostic**

McCray et al., Ann surg oncol 2016

Bray et al., Cancer journal for clinicians 2018

Par ailleurs, un nombre croissant de données ont montré qu'une **grossesse, à distance d'un traitement du cancer du sein**, n'influencait pas négativement le pronostic de la maladie.

Azmi et al., 2013

Lambertini et al., 2021

Pour qui?

Toute personne dont la **prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité** ou dont la **fertilité risque d'être prématurément altérée** peut bénéficier du recueil ou du prélèvement et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux

En vue d'une réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, en vue du rétablissement d'une fonction hormonale
Article L.2141-11 modifié

Le type de molécule / RO de base et sensibilité à la chimio

Haut risque	Risque intermédiaire	Faible risque ou sans risque
Cyclophosphamide Chlorambucil Melphalan Busulfan Moutardes azotées Procarbazine Radiothérapie ovarienne TBI.....	Adriamycine Cisplatine ...	Méthotrexate 5-fluorouracile Vincristine Bléomycine Actinomycine D Taxanes ...

Donnez et al., Hum Reprod Update 2006 et 2010

ESHRE, 2020

Cyclophosphamide = drogue la mieux étudiée, risque d'aménorrhée selon

La dose : 10 à 33% pour 8400 mg/m²
61 à 95% pour 16 800 mg/m²

Préservation de la FERTILITE FEMININE

LA STIMULATION OVARIENNE CONTROLEE EN
VUE DE LA CRYOCONSERVATION DES
OVOCYTES

est pour le moment la technique de
référence dans le CANCER DU SEIN

- LA STIMULATION EN SITUATION NEO ADJUVANTE N'A PAS
MONTRE D'augmentation de récidence à long
terme



PRESERVATION DE LA FERTILITE AVANT CHIMIOThERAPIE CHEZ LES PATIENTES DE MOINS DE 40 ANS

► **STIMULATION OVARIENNE** AVEC LETROZOLE

► **BLOPAGE PREVENTIF PAR ANALOGUES**
NON DONNEES NON TRANCHANTES

MERCÉ



