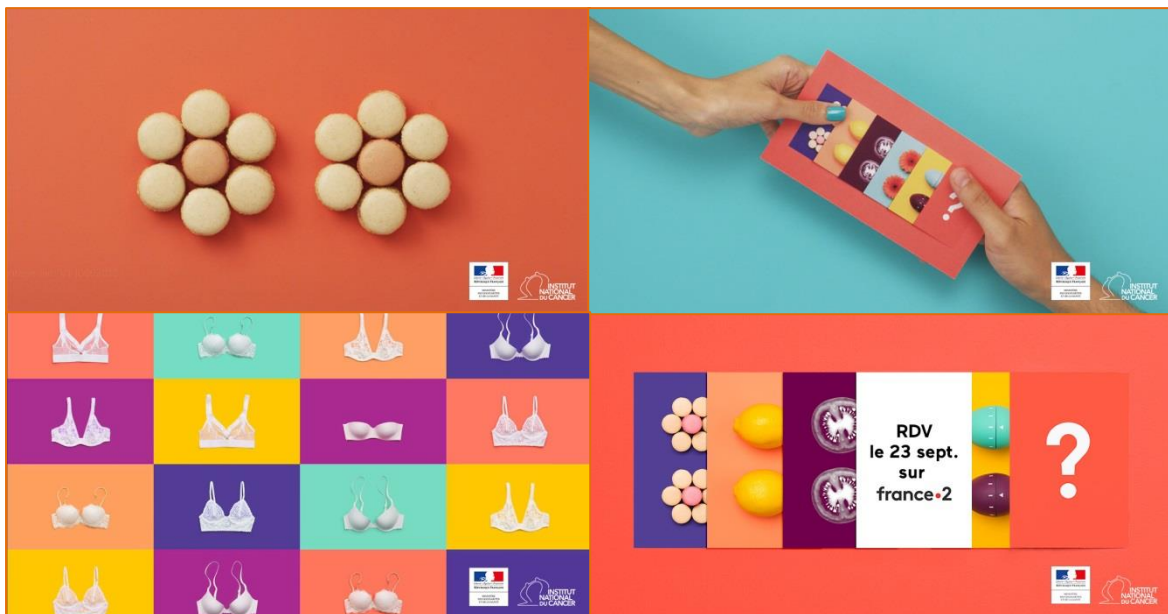


## DOSSIER DE PRESSE

14 septembre 2018

### DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN

APPORTER AUX FEMMES UNE INFORMATION CLAIRE  
POUR LEUR PERMETTRE DE DÉCIDER DE LEUR PARTICIPATION



#### CONTACTS PRESSE :

##### AGENCE PRPA

Danielle Maloubier [danielle.maloubier@prpa.fr](mailto:danielle.maloubier@prpa.fr) - 01 77 35 60 93

Alizée Feauveaux [alizee.feauveaux@prpa.fr](mailto:alizee.feauveaux@prpa.fr) - 01 77 35 60 94

##### INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Lydia Dauzet 01 41 10 14 44 / Meriem Cherchab 01 41 10 14 97 – [presseinca@institutcancer.fr](mailto:presseinca@institutcancer.fr)

# SOMMAIRE

<b>COMMUNIQUÉ DE PRESSE.....</b>	<b>3</b>
<b>CHIFFRES CLÉS .....</b>	<b>7</b>
<b>I - LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : AGIR PRÉCOCEMENT ET AUGMENTER LES CHANCES DE GUÉRISON .....</b>	<b>8</b>
1 – En pratique : pourquoi, pour qui, comment et quand ?.....	8
2 – Mieux comprendre le vocabulaire du dépistage .....	11
<b>II - LE PLAN DE RÉNOVATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : POINT D'ÉTAPE.....</b>	<b>14</b>
<b>III - LA CAMPAGNE D'INFORMATION DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER.....</b>	<b>16</b>
« Savoir, c'est pouvoir agir » : répondre aux questions des femmes et leur permettre de décider de leur participation .....	16
<b>IV - POUR EN SAVOIR PLUS, LE POINT SUR : .....</b>	<b>19</b>
1 - Les cancers du sein .....	19
2 - Les facteurs de risque .....	21
3 - L'épidémiologie .....	24
4 - Les traitements .....	26

## DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN : APPORTER AUX FEMMES UNE INFORMATION CLAIRE POUR LEUR PERMETTRE DE DÉCIDER DE LEUR PARTICIPATION

L'Institut national du cancer, en lien avec le ministère des Solidarités et de la Santé, lancera dès le 23 septembre une nouvelle campagne d'information sur le dépistage du cancer du sein. Cette campagne nationale a pour principaux objectifs de transmettre aux femmes toutes les informations dont elles ont besoin afin de leur permettre de décider de leur participation à ce dépistage.

### Porter à la connaissance des femmes une information claire et accessible et leur permettre de faire un choix en connaissance de cause

Cette nouvelle campagne d'information nationale, en cohérence avec les actions déjà réalisées dans le cadre du plan de rénovation du dépistage organisé du cancer du sein, répond à la demande des femmes, exprimées lors de la concertation citoyenne conduite en 2015, de disposer d'une information claire, accessible et documentée pour comprendre les enjeux du dépistage des cancers du sein. Aussi, des éléments très pratiques comme les modalités du dépistage, les examens réalisés, la fréquence mais aussi des points plus spécifiques sur les bénéfices et les limites du dépistage seront rappelés et clarifiés. Les femmes seront également invitées à échanger sur ce sujet avec leur médecin pour les accompagner dans leur réflexion.

### Un dispositif qui permet aux femmes de partager les informations utiles à leur santé

La campagne d'information s'appuie sur un film diffusé dimanche 23 septembre, sur France 2, après le journal de 20h, dans un format événementiel de 2 minutes.

Ce film délivre une première information et répond aux principales questions que se posent les femmes, renvoie vers des sources plus complètes de l'Institut et se conclut par la recommandation de participation des autorités de santé.



La diffusion du film est soutenue par un dispositif de **médiatisation sur le digital et les réseaux sociaux, du 24 septembre au 14 octobre**. Pour en favoriser le partage, des extraits, portant sur une question spécifique, sont proposés. Des informations « à savoir », « idée reçue » extraites de l'outil web « [cancersdusein.e-cancer.fr](http://cancersdusein.e-cancer.fr) » sont également relayées.

Ce dispositif donne la possibilité aux femmes de partager le sujet sur leurs propres réseaux ; c'est également l'opportunité, notamment pour celles qui s'interrogent sur ce dépistage, d'échanger avec leur entourage proche (amies, sœurs, mères, conjoint(e)), de confier leurs doutes ou leurs questionnements mais également de trouver des éléments de réponse auprès des femmes participants au dépistage.

### **Savoir, c'est pouvoir agir : permettre à chacun d'exercer sa liberté d'information**

La campagne d'information nationale sur le dépistage des cancers du sein reprend les partis pris du nouveau territoire de communication grand public de l'Institut, révélé par la campagne diffusée en mai 2018 sur les deux premiers facteurs de risque évitables de cancers que sont l'alcool et le tabac signées : « **Savoir, c'est pouvoir agir** ».

Cette signature exprime l'objectif de l'Institut de porter à la connaissance de chacun des informations objectives et essentielles à la compréhension des enjeux, que ce soit sur le dépistage des cancers ou leur prévention.

En délivrant au grand public une information utile, neutre et facilement appropriable, l'Institut permet à chacun d'exercer pleinement son libre arbitre.

Ainsi, quel que soit le sujet traité, l'information diffusée est factuelle afin que chacun puisse se l'approprier, la relayer ou encore la partager pour qu'in fine elle devienne un levier d'action.

### **Les chiffres et informations clés sur le dépistage et le cancer du sein**

Le cancer du sein est à la fois le plus **fréquent et le plus mortel** chez la femme. Chaque année, **59 000 nouveaux cas** sont détectés et près de **12 000 femmes en décèdent**.

L'objectif du dépistage est de pouvoir **diagnostiquer un cancer à un stade précoce**, même s'il ne produit pas encore de symptômes, pour favoriser les chances de guérison. Dans ce cas, les traitements dispensés et les séquelles sont moins lourds que lors d'une détection à un stade avancé et les chances de guérison plus importantes. Aussi, **cinq ans après le diagnostic, 99 femmes sur 100 sont toujours en vie lorsque le cancer du sein est diagnostiqué à un stade précoce ; elles ne sont que 26 sur 100 lorsque qu'il est détecté à un stade avancé**.

Par ailleurs, chaque année, plus de 10 000 cancers agressifs peuvent être soignés plus tôt grâce au dépistage.

Le dépistage du cancer du sein concerne plus de **10 millions de femmes**. Il s'adresse aux **femmes de 50 à 74 ans ne présentant pas de facteurs de risque autre que l'âge ni de symptômes**. Il garantit notamment un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire et une qualité élevée.

En 2017, seules **49,9 % d'entre elles ont répondu positivement à l'invitation qui leur a été faite.**

Un taux bien en deçà du seuil de 70 % de participation préconisé dans le référentiel européen (European Communities, [European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis](#), 4<sup>e</sup> édition - 2006), et qui confirme la baisse amorcée en 2015 et 2016.

Le dépistage individuel, ne bénéficiant pas de l'encadrement et de l'évaluation du dépistage organisé, atteint près de 10 % dans la population cible. (On appelle « dépistage individuel » la démarche proposée à la population cible dans le cadre de la relation entre un patient et son médecin vs l'invitation adressée tous les deux ans par les pouvoirs publics. Ce dépistage ne bénéficie pas de la prise en charge à 100 % ni de la seconde lecture).

### En pratique

**Tous les deux ans**, les femmes de 50 à 74 ans reçoivent un **courrier les invitant à réaliser le dépistage** accompagné d'un document d'information. Celui-ci se pratique dans un cabinet de radiologie agréé (une liste est communiquée avec l'invitation) ; il consiste en une mammographie et un examen clinique des seins (palpation).

Le jour de l'examen, le radiologue délivre un premier résultat :

- si celui-ci ne détecte aucune anomalie, la mammographie est relue par un autre radiologue. Ce second avis appelé « seconde lecture » est un gage de qualité du dépistage organisé : en effet, parmi les cancers détectés par le dépistage, environ 6 % le sont grâce à cette seconde lecture. Le résultat définitif est communiqué dans un délai maximum de quinze jours ;
- si une anomalie est détectée, le radiologue peut réaliser immédiatement une échographie ou prescrire d'autres examens afin d'en déterminer la nature. Sur 1 000 femmes qui réalisent le dépistage, 7 d'entre elles auront un diagnostic de cancer du sein. Chacune de ces femmes sera alors orientée par son médecin vers une équipe pluridisciplinaire spécialisée pour un accompagnement personnalisé.

L'examen de dépistage (mammographie et examen clinique) ne nécessite pas d'avance de frais ; il est directement pris en charge par les régimes d'assurance maladie. Dans le cas d'examens complémentaires demandés par le radiologue, ceux-ci sont pris en charge dans les conditions habituelles de remboursements.

Comme tout examen médical, le dépistage présente des bénéfices mais aussi des limites qu'il convient de porter à la connaissance des femmes afin qu'elles fassent le choix de leur participation en disposant de toutes les informations utiles. L'ensemble de ces points sont détaillés dans le [livret](#) d'information ou sur la [plateforme web](#) dédiée.

**Les autorités de santé nationales recommandent la réalisation de ce dépistage tous les deux ans pour les femmes de 50 à 74 ans sans facteur de risque particulier.** Cette recommandation s'appuie sur des études scientifiques internationales qui montrent les bénéfices du dépistage du cancer du sein. Un programme de dépistage similaire au programme français est mené dans 25 pays européens (« [Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries](#) », Ebell et al. Public Health Reviews, 2018).

### L'ensemble des ressources disponibles

Pour favoriser l'accès à l'information, l'Institut national du cancer déploie l'information sous différents formats, du plus synthétique au plus complet :

un [dépliant](#), un [livret](#) téléchargeable et une [plateforme web](#) incluant vidéos, animation, chiffres clés...

Ces nouveaux outils ont été revus et développés, dès 2017, afin de répondre aux demandes des femmes exprimées lors de la concertation citoyenne (Cf. dossier de presse page 14).



### À propos de l'Institut national du cancer

Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'État. Chargé de coordonner les actions de lutte contre les cancers, l'Institut, par sa vision intégrée de l'ensemble des dimensions sanitaire, médicale, scientifique, sociale, économique liées aux pathologies cancéreuses, met son action au service des personnes malades, de leurs proches, des usagers du système de santé, de la population générale, des professionnels de santé, des chercheurs et des décideurs dans les domaines de la prévention, des dépistages, des soins, et de la recherche. [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

### Contacts presse :

#### Agence PRPA

Danielle Maloubier [danielle.maloubier@prpa.fr](mailto:danielle.maloubier@prpa.fr) - 01 77 35 60 93

Alizée Feauveaux [alizee.feauveaux@prpa.fr](mailto:alizee.feauveaux@prpa.fr) - 01 77 35 60 94

#### Institut national du cancer

Lydia Dauzet 01 41 10 14 44 / Meriem Cherchab 01 41 10 14 97 – [presseinca@institutcancer.fr](mailto:presseinca@institutcancer.fr)

## CHIFFRES CLÉS

**54 000**

nouveaux cas détectés  
par an

**12 000**

Près de 12 000 femmes  
par an décèdent du  
cancer du sein

**80%**

des cancers du sein se  
développent après  
50 ans

**50 ans**

l'âge d'entrée dans le  
programme de dépis-  
tage du cancer du sein

**99%**

c'est le taux de survie à  
5 ans pour un cancer du  
sein détecté à un stade  
précoce

## I - LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : AGIR PRÉCOCEMENT ET AUGMENTER LES CHANCES DE GUÉRISON

### 1 – En pratique : pourquoi, pour qui, comment et quand ?

Le cancer du sein est le **cancer le plus fréquent et le plus mortel chez la femme**. En 2017, 59 000 femmes ont eu un diagnostic de cancer et près de 12 000 en sont en décédées.

Le dépistage du cancer du sein vise à détecter, avant l'apparition de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. L'objectif étant d'identifier au plus tôt les cancers de plus petite taille et moins évolués avant qu'ils ne soient palpables. Dans ce cas, ils seront, en général, traités avec des thérapeutiques moins lourdes et moins agressives qui entraînent moins de séquelles et une qualité de vie moins altérée.

Par ailleurs, la détection précoce augmente les chances de guérison ; ainsi, **cinq ans après le diagnostic, 99 femmes sur 100 sont toujours en vie lorsque le cancer du sein est diagnostiqué à un stade précoce ; elles ne sont que 26 sur 100 lorsque qu'il est détecté à un stade avancé.**

Ainsi, chaque année, plus de 10 000 cancers agressifs peuvent être soignés plus tôt grâce au dépistage.

#### La recommandation des autorités de santé en faveur du dépistage

Comme tout examen médical, le dépistage présente des bénéfices mais aussi des limites qu'il convient de porter à la connaissance des femmes afin qu'elles fassent le choix de leur participation en disposant de toutes les informations utiles. L'ensemble de ces points sont abordés dans ce premier chapitre, dans le [livret](#) d'information et sur la [plateforme web](#) dédiée.

Au vu de l'analyse de ces bénéfices et limites, **les autorités de santé nationales recommandent la réalisation de ce dépistage tous les deux ans pour les femmes de 50 à 74 ans sans facteur de risque particulier**. Cette recommandation s'appuie sur des études scientifiques internationales qui estiment que le dépistage permet de réduire de 15 % à 21 % les décès par cancer du sein. Aujourd'hui, 25 pays européens mènent un programme de dépistage similaire au programme français.

#### Les femmes concernées par le dépistage

Le dépistage du cancer du sein concerne plus de **10 millions de femmes** âgées de **50 à 74 ans** dites à « risque moyen ». Ces femmes ne présentent pas de facteurs de risque autre que l'âge -80 % des cancers du sein se développent après 50 ans- ni de symptômes spécifiques à ce cancer. Les femmes présentant des facteurs de risque liés à certains antécédents médicaux personnels ou familiaux (Cf. pages 21 et 22) font objet d'un suivi spécifique.



Tous les deux ans, un courrier d'invitation, accompagné d'un livret d'information plus complet pour les femmes lors de la première invitation et d'un dépliant pour celles ayant déjà été invitées, est adressé aux femmes concernées. Il est accompagné de la liste des radiologues agréés. La prise de rendez-vous se fait auprès du radiologue choisi dans la liste présentée.

### Le dépistage en pratique

L'examen de dépistage consiste en une mammographie (radio des seins) et un examen clinique (palpation des seins). Il est pris en charge à 100 % par les organismes d'assurance maladie sans avance de frais. D'autres examens peuvent être nécessaires (une échographie ou une radiographie complémentaire). Dans ce cas, la prise en charge se fait dans les conditions habituelles.

Le jour de l'examen, le radiologue délivre un premier résultat :

- si celui-ci ne détecte aucune anomalie, la mammographie est relue par un autre radiologue. Ce second avis appelé « seconde lecture » est un gage de qualité du dépistage organisé. Environ 6 % des cancers détectés dans le dépistage le sont grâce à cette seconde lecture. Le résultat définitif est communiqué dans un délai maximum de quinze jours ; l'examen de dépistage, lorsqu'aucune anomalie n'est détectée, doit être répété tous les 2 ans.
- si une anomalie est détectée, le radiologue peut réaliser immédiatement d'autres examens afin d'en déterminer la nature. Cela ne signifie pas qu'il y a un cancer, ces examens complémentaires lui permettent d'affiner l'interprétation des images. Dans la plupart des cas, il agit d'une anomalie bénigne pour laquelle une surveillance à court terme et adaptée pourra être proposée. Plus rarement, un cancer peut être diagnostiqué, cela concerne 7 femmes sur 1 000. Chacune de ces femmes sera alors orientée par son médecin vers une équipe pluridisciplinaire spécialisée pour un accompagnement personnalisé.

### Le dépistage expliqué par le Dr Laurent Verzaux, radiologue



### **Un dépistage recommandé tous les 2 ans et dès 50 ans pour les femmes sans facteur de risque ni symptôme**

Les études scientifiques ont montré que l'intervalle de deux ans est un compromis qui présente les bénéfices de la détection précoce tout en limitant le risque de cancer entre deux dépistages aussi appelé « cancer de l'intervalle » (Cf. page 12) et l'exposition trop fréquente des seins aux rayons X de la mammographie. En effet, une exposition répétée peut parfois entraîner l'apparition d'un cancer, aussi appelé cancer « radio-induit » (Cf. pages 12 et 13). C'est l'une des raisons pour lesquelles l'intervalle entre 2 dépistages est de 2 ans et que, en l'absence de facteurs de risque, elle n'est pas proposée avant 50 ans. Par ailleurs, après 50 ans, la composition des seins se modifie et les doses de rayons nécessaires à la mammographie sont plus faibles. Le risque de décès par cancer radio-induit est de l'ordre de 1 à 10 pour 100 000 femmes ayant réalisé une mammographie tous les 2 ans pendant 10 ans. Le nombre de décès évités avec le dépistage est largement supérieur au risque de décès par cancer radio-induit.

### **Entre deux dépistages, des symptômes à surveiller**

S'il est normal que l'aspect des seins change au fil du temps, il est cependant nécessaire, entre deux dépistages, que chaque femme reste attentive aux modifications qui seraient inhabituelles et de consulter un professionnel de santé devant tout symptôme.

Il s'agit de :

- l'apparition d'une boule, d'une grosseur dans le sein ou sous un bras (aisselle) ;
- une modification de la peau : rétraction, rougeur, œdème ou aspect de peau d'orange ;
- une modification du mamelon ou de l'aréole (zone qui entoure le mamelon) : rétraction, changement de coloration, suintement ou écoulement ;
- des changements de forme de vos seins.

En plus d'observer et de palper régulièrement les seins, il est recommandé de les faire examiner au moins une fois par an par un médecin.

## 2 – Mieux comprendre le vocabulaire du dépistage

### Dépistage organisé et dépistage individuel

Le dépistage du cancer du sein (mammographie et examen clinique) est proposé dans le cadre du programme national de dépistage aux femmes de 50 à 74 ans sans facteur de risque ni symptôme ; on parle alors de **dépistage organisé**.

Le principal avantage de ce programme de dépistage est l'existence d'un système d'assurance qualité. Son organisation se base sur un cahier des charges national, suivant les recommandations européennes pour l'assurance qualité de la mammographie. Les données sont suivies et analysées.

Le dépistage du cancer du sein peut également être proposé par un médecin, en dehors de ce cadre ; on parle alors de **dépistage individuel**. Cette démarche de dépistage individuel ne fait pas l'objet d'un recueil spécifique ni d'évaluation contrairement au dépistage organisé.

Par ailleurs, la participation au programme de dépistage organisé permet de bénéficier de garanties supérieures en termes de qualité et de performance :

- une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie sans avance de frais ;
- une seconde lecture systématique des mammographies considérées comme normales ou bénignes par un second radiologue indépendant du premier : environ 6 % des cancers dépistés sont détectés en seconde lecture ;
- un agrément et une formation spécifique des radiologues ;
- un bilan de diagnostic immédiat en cas de mammographie suspecte avec la réalisation immédiate d'examens complémentaires pour minimiser le délai d'une éventuelle prise en charge et éviter une attente angoissante ;
- des évaluations épidémiologique, technique et organisationnelle du programme.

### Niveau de risque

Le risque de développer un cancer du sein n'est pas le même pour l'ensemble des femmes. Il dépend en premier lieu de l'âge, 80 % des cancers du sein se déclarent après 50 ans, et des antécédents personnels et familiaux (Cf. pages 21 et 22).

Aussi, les femmes de plus de 50 ans, sans antécédents personnels ou familiaux et sans symptôme sont dites « à **risque moyen** ». Elles sont concernées par le dépistage tous les 2 ans.

Celles présentant des antécédents, qu'ils soient personnels ou familiaux, sont dites « à **risque élevé ou très élevé** ». Ces femmes ont un suivi adapté à ces antécédents.

### Mammographie

La **mammographie** est une radiographie des seins. Elle permet d'obtenir des images de l'intérieur du sein à l'aide de rayons X. L'un après l'autre, le sein est placé entre 2 plaques qui se resserrent et le comprime pendant quelques secondes. Dans le cadre du dépistage, deux clichés par sein sont réalisés.

Cela peut être désagréable, voire douloureux, ce phénomène étant très variable d'une femme à une autre. La pression exercée par les 2 plaques qui compriment le sein est nécessaire pour garantir la qualité des clichés en étalant le mieux possible le sein. Elle ne dure que quelques secondes et est sans risque pour la poitrine.

Aujourd'hui, plusieurs types de mammographes sont utilisés : analogique, numérique. Un contrôle qualité de l'ensemble de ces appareils est réalisé tous les six mois dans le cadre du programme national de dépistage.

### Examen clinique

L'**examen clinique** est complémentaire de la mammographie. Il est réalisé par un professionnel de santé. Il permet de repérer, par la palpation des seins, d'éventuelles grosseurs qui ne sont pas visibles lors de la radiographie. Cet examen est recommandé tous les ans dès 25 ans.

### Seconde lecture

Dans le cadre du dépistage organisé, les images de la mammographie sont lues par deux radiologues. La première lecture est réalisée par le médecin qui a pratiqué l'examen. Elle est suivie d'une seconde lecture faite par un autre radiologue. Cette **seconde lecture** est un gage de qualité du dépistage organisé, il permet de détecter 6 % des cancers détectés dans le cadre de ce dépistage.

### Radiologue agréé

Les examens de dépistage sont réalisés par des radiologues qui suivent une formation spécifique. Ils sont alors autorisés à participer au programme de dépistage organisé. Aujourd'hui, la majorité d'entre eux radiologues sont habilités à pratiquer les examens dans le cadre du dépistage organisé. Les manipulateurs de radiologie suivent également, pour garantir la qualité des clichés, une formation avec une attention renforcée à la gestion de l'éventuelle douleur ressentie par la femme pendant l'examen.

### Cancer de l'intervalle

Le dépistage est recommandé tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans sans risque particulier. Entre deux dépistages, il arrive dans de rares cas qu'un cancer se développe. Il est alors appelé « **cancer de l'intervalle** ». Pour 1 000 femmes qui réalisent un dépistage, moins de deux d'entre elles développeront un cancer de l'intervalle. Les changements inhabituels au niveau des seins doivent être signalés au médecin (consulter la liste des symptômes page 10).

### Cancer radio-induit

Comme toute radiographie, la mammographie expose à des rayons X. Ceux-ci, s'ils sont répétés, peuvent conduire à l'apparition d'un cancer que l'on appelle **cancer radio-induits**.

C'est l'une des raisons pour lesquelles le dépistage est recommandé uniquement tous les deux ans et à partir de 50 ans si la femme n'a pas de symptôme ou de facteurs de risque. Par ailleurs, après 50 ans, la composition des seins se modifie et les doses de rayons nécessaires à la mammographie sont plus faibles.

Le risque de décès par cancer radio-induit est de l'ordre de 1 à 10 pour 100 000 femmes ayant réalisé une mammographie tous les 2 ans pendant 10 ans. **Le nombre de décès évités avec le dépistage est largement supérieur au risque de décès par cancer radio-induit.**

À titre indicatif, si une femme suivait strictement la recommandation de participation au programme de dépistage organisé de 50 à 74 ans, elle réaliserait ainsi 13 mammographies. Son exposition aux rayonnements ionisants représenterait alors au total le quart de celle provoquée par un scanner abdominopelvien, acte très courant. Les mammographies représentent en France moins de 2 % de l'exposition totale de la population aux rayonnements ionisants.

Par ailleurs, la dose moyenne d'exposition aux rayonnements ionisants pour une mammographie est six fois inférieure à la dose moyenne d'irradiation naturelle de la population générale en France par an et par personne (2,4 m Sievert pour les rayonnements naturels vs 0,4 m Sievert pour une mammographie de dépistage<sup>1</sup>).

### Surdiagnostic et surtraitement

Si le dépistage permet une détection précoce, il peut aussi générer le diagnostic et le traitement de cancers peu évolutifs. Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, il n'est pas possible de distinguer, lors du diagnostic, les cancers qui vont évoluer, et qui sont majoritaires, de ceux qui évolueront peu ou n'auront pas de conséquences pour la femme concernée (de 10 % à 20 % des cancers détectés).

Pour ces cancers, qui n'auraient pas été découverts en l'absence de mammographie, on parle de « **surdiagnostic** ». Celui-ci est par nature inhérent à tout acte de dépistage. Par ailleurs, comme il n'est pas encore possible de prédire l'évolution d'une lésion cancéreuse au moment où elle est diagnostiquée, il est souvent proposé, par précaution, de traiter l'ensemble des cancers détectés, on parle alors de « **surtraitement** ». Les chercheurs travaillent actuellement à mieux identifier les cancers susceptibles d'être peu évolutifs pour proposer des traitements adaptés.

---

<sup>1</sup> IRSN, « Exposition de la population française aux rayonnements ionisants liée aux actes de diagnostic médical en 2012 ». Rapport PRP-HOM N°2014-6 et <http://www.inrs.fr/risques/rayonnements-ionisants/exposition-aux-risques.html>, consulté le 12/09/2018.

## II - LE PLAN DE RÉNOVATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : POINT D'ÉTAPE

Dans le cadre de la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein, un [plan d'action](#) a été élaboré par le ministère en charge de la santé. Publié en avril 2017, ce plan d'action a pour principaux objectifs de « *proposer à toutes les femmes, quel que soit leur âge et leur niveau de risque, un suivi personnalisé, mieux coordonné et impliquant davantage le médecin traitant* ».

Depuis la publication du plan d'action, de nombreux travaux ont été engagés par l'Institut national du cancer et l'ensemble des acteurs impliqués dans ce dépistage. Un point d'étape des actions réalisées ou en cours est présenté ci-dessous.

En septembre 2017, l'Institut national du cancer a proposé aux femmes dès 50 ans, un [nouveau livret d'information](#) réalisé avec l'ensemble des parties prenantes et sur la base d'un benchmark des documents élaborés à l'étranger et notamment en [Grande Bretagne](#).

Ce livret s'intitule « [S'informer et décider](#) » ; il répond à la demande des femmes d'accéder à une information claire et complète sur ce dépistage et permet de porter à leur connaissance les éléments nécessaires à leur décision. Il expose clairement les bénéfices et les limites du dépistage permettant à chaque femme de décider si elle souhaite, ou non, le réaliser. Il est adressé, avec le courrier d'invitation, aux femmes entrant dans le dépistage à 50 ans. Les informations délivrées visent aussi à faciliter le dialogue entre les femmes et leur médecin et notamment dans le cadre de [la consultation à 50 ans dédiée à la prévention et au dépistage](#). Cette consultation, qui prendra place dans le calendrier établi dans le plan de rénovation, sera proposée par courrier aux femmes entrant dans le programme de dépistage du cancer du sein.

Elles pourront néanmoins, si elles le souhaitent et comme c'est le cas aujourd'hui, se rendre directement chez le radiologue pour réaliser le dépistage.

En janvier 2018, l'Institut a développé la plateforme digitale [cancersdusein.e-cancer.fr](#), un outil web reprenant le contenu informationnel du livret. Il propose un accès simple et direct et répond aux questions des femmes en fonction de leur âge. Cette version web offre un accès complémentaire notamment auprès des publics plus jeunes. Elle s'adresse à l'ensemble des femmes et propose un module de recherche par âge.

L'Institut national du cancer et la Haute Autorité de la Santé, sur saisine du ministère de Solidarités et de la Santé, présenteront à la ministre fin 2018, un avis conjoint qui détaillera les contours de [la consultation à 25 ans](#). Sa mise en place devrait être effective courant 2019.

Cette consultation, qui s'adresse à toutes les femmes de 25 ans n'ayant pas d'antécédents personnels de cancer du sein identifiés, permettra de les sensibiliser à l'intérêt du dépistage et de les informer, de façon personnalisée, sur les modalités de dépistage en fonction de leur niveau de risque de cancer.

C'est également l'occasion de faire un point plus global sur les facteurs de risque comportementaux (alcool, tabac, habitudes alimentaires...), sur les éléments de la santé sexuelle et sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'Institut identifie, dans ses appels à projets, les actions pour lutter **contre les difficultés d'accès géographiques**. Aussi, un projet visant à affiner la stratégie d'utilisation de mammo-mobiles (unité de radiologie mobile) grâce au développement du géocodage a été retenu.

Des **outils viendront aider le médecin dans l'information qu'il délivre aux femmes**. Outre **l'outil d'aide à la pratique** déjà disponible, **un livret d'information** à destination des professionnels sera produit et complété d'un **outil d'aide à la décision**.

En ce qui concerne les actions destinées **à améliorer la qualité en radiologie et en anatomocytopathologie**, l'accord-cadre 2017 – 2020, signé entre la Société française de radiologie et l'Institut, prévoit la mise en place d'un plan d'actions pour améliorer les conditions de communication avec les femmes lorsqu'un cancer est diagnostiqué, expérimenter l'intégration des mammographies réalisées dans le cadre du dépistage individuel dans le circuit de la seconde lecture du dépistage organisé ou encore travailler sur les comptes rendus standardisés et remis à la femme suite à la première lecture.

En termes **d'observation et d'analyse**, l'Institut financera un **projet de modélisation de l'impact du programme de dépistage du cancer du sein sur la mortalité**. Il permettra notamment de déterminer le nombre de décès évités par an grâce au dépistage.

Par ailleurs, l'Institut a produit début 2018, en lien avec Santé publique France, le Réseau français des registres des cancers (réseau Francim) et le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), la **première estimation nationale de la répartition des stades au diagnostic des cancers** du sein, du côlon et du rectum. Ce rapport livre des informations sur le degré de sévérité de ces cancers lors du diagnostic. Il permettra d'améliorer le suivi épidémiologique des cancers les plus fréquents pour lesquels un diagnostic précoce est possible et d'adapter les politiques publiques de prévention et de lutte contre le cancer

### III - LA CAMPAGNE D'INFORMATION DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

#### « Savoir, c'est pouvoir agir » : répondre aux questions des femmes et leur permettre de décider de leur participation

La nouvelle campagne d'information de l'Institut national du cancer, menée en lien avec le ministère des Solidarités et de la Santé, débutera le 23 septembre prochain dans les media, en particulier sur le web et en TV, et prendra fin le 14 octobre.

Les objectifs de cette campagne sont de **donner accès aux femmes**, de 50 ans et plus, aux **informations dont elles ont besoin** pour **répondre à leurs questionnements** et leur permettre de décider de la réponse à l'invitation qui leur est faite de réaliser un dépistage des cancers du sein.

#### Porter à la connaissance des femmes une information claire et accessible et leur permettre de décider en connaissance de cause

Dans la continuité des actions réalisées dans le cadre du plan de rénovation du dépistage organisé du cancer du sein et des demandes exprimées par les femmes lors de la concertation citoyenne menée en 2015, la nouvelle campagne d'information nationale permet à celles-ci de disposer d'une information claire, accessible et documentée pour comprendre les modalités et les enjeux du dépistage des cancers du sein.

Ainsi, des éléments très pratiques sur les examens réalisés, leur utilité, la fréquence mais aussi des données plus spécifiques sur les bénéfices et les limites du dépistage sont portés à leur connaissance. Les femmes sont également invitées à discuter de ce sujet avec leur médecin pour les accompagner dans leur réflexion.

Enfin, elles sont guidées vers les différentes ressources mises à leur disposition, en particulier sur [e-cancer.fr/home](http://e-cancer.fr/home) page « [cancersdusein.e-cancer.fr](http://cancersdusein.e-cancer.fr) » (outil web dédié à l'information des femmes, quel que soit leur âge, sur les cancers du sein, leur prévention et leur dépistage).

#### Un dispositif qui permet aux femmes de partager les informations utiles à leur santé

La campagne d'information s'articule autour d'un film diffusé dimanche 23 septembre, sur France 2, après le journal de 20h, dans un format événementiel de 2 minutes. Ce film délivre une première information et répond aux principales questions que se posent les femmes, renvoie vers des sources plus complètes de l'Institut et se conclut par la recommandation des autorités de santé.

La diffusion du film est soutenue par un dispositif de médiatisation sur le digital et les réseaux sociaux, du 24 septembre au 14 octobre. Pour en **favoriser le partage**, des extraits, portant sur une question spécifique, sont proposés. Des informations « à savoir », « idée reçue » extraites de l'outil web « [cancersdusein.e-cancer.fr](http://cancersdusein.e-cancer.fr) » sont également relayées.





Ce dispositif donne la possibilité aux femmes de partager le sujet sur leurs réseaux ; c'est également l'opportunité, notamment pour celles qui s'interrogent sur ce dépistage, d'échanger avec leur entourage proche (amies, sœurs, mères, conjoint(e)s), de confier leurs doutes ou leurs questionnements mais également de trouver des éléments de réponse auprès des femmes participantes au dépistage.

### **Savoir, c'est pouvoir agir : permettre à chacun d'exercer sa liberté d'information**

La campagne d'information nationale sur le dépistage des cancers du sein reprend les partis pris du nouveau territoire de communication grand public de l'Institut, révélé par la campagne diffusée en mai 2018 sur les deux premiers facteurs de risque évitables de cancers que sont l'alcool et le tabac signée : « **Savoir, c'est pouvoir agir** ».

L'objectif de l'Institut est de porter à la connaissance de chacun des informations objectives et essentielles à la compréhension des enjeux, que ce soit sur le dépistage des cancers ou leur prévention.

En délivrant au grand public une information utile, neutre et facilement appropriable, l'Institut permet à chacun d'exercer son libre arbitre.

Ainsi, quel que soit le sujet traité, l'information diffusée est factuelle afin que chacun puisse se l'approprier, la relayer ou encore la partager pour qu'*in fine* elle devienne un levier d'action.

**Savoir** que le diagnostic d'un cancer du sein à un stade précoce, avant tout symptôme, permet d'être vivantes 5 ans après, pour 99 femmes sur 100, **c'est pouvoir agir.**

### L'ensemble des ressources disponibles

Pour favoriser l'accès à l'information, l'Institut national du cancer déploie l'information sous différents formats, du plus synthétique au plus complet : un [dépliant](#), un [livret](#) téléchargeable et une [plateforme web](#) incluant vidéos, animation, chiffres clés...



## IV - POUR EN SAVOIR PLUS, LE POINT SUR :

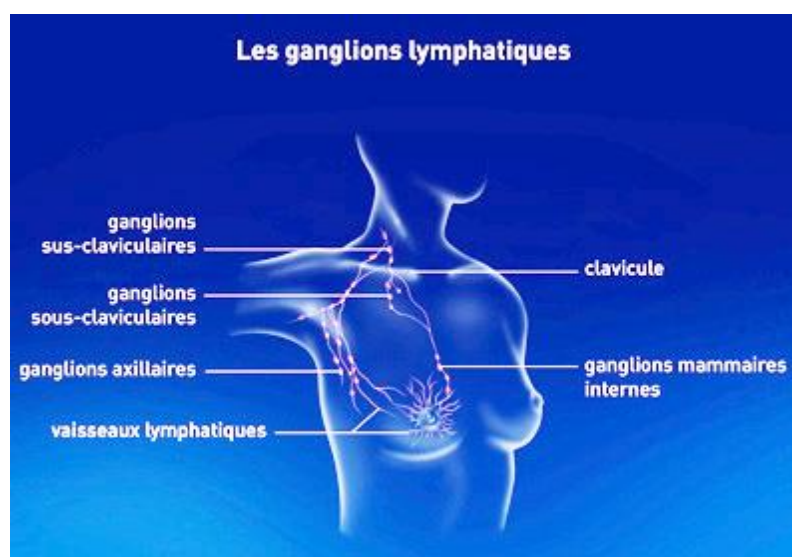
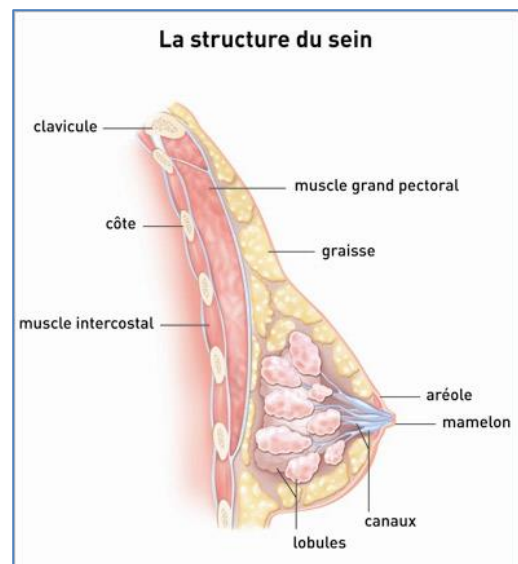
### 1 - Les cancers du sein

Chaque sein contient une glande mammaire (elle-même composée de quinze à vingt compartiments séparés par du tissu graisseux) et du tissu de soutien qui contient des vaisseaux, des fibres et de la graisse.

Chacun des compartiments de la glande mammaire est constitué de lobules et de canaux. Le rôle des lobules est de produire le lait en période d'allaitement. Les canaux transportent le lait vers le mamelon.

Le sein est parcouru de vaisseaux sanguins et de vaisseaux lymphatiques. Les ganglions et les vaisseaux lymphatiques composent le système lymphatique qui aide notamment à combattre les infections. Les ganglions lymphatiques du sein sont principalement situés :

- au niveau de l'aisselle (ganglions axillaires) ;
- au-dessus de la clavicule (ganglions sus-claviculaires); sous la clavicule (ganglions sous-claviculaires ou infra-claviculaires) ;
- à l'intérieur du thorax, autour du sternum (ganglions mammaires internes).



Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Chaque année 59 000 nouveaux cas sont détectés et 12 000 femmes en décèdent. Il représente plus du tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme. Sur 100 femmes de 50 ans, 3 développeront la maladie dans les 10 ans.

Un cancer du sein résulte d'un dérèglement de certaines cellules qui se multiplient et forment le plus souvent une masse appelée tumeur. Il en existe différents types qui n'évoluent pas de la même manière. Certains sont « agressifs » et évoluent très rapidement, d'autres plus lentement.

Il existe différents types histologiques de cancers du sein : 95 % d'entre eux sont des adénocarcinomes ; ils se développent à partir des canaux (cancer canalaire) ou des lobules (cancer lobulaire).

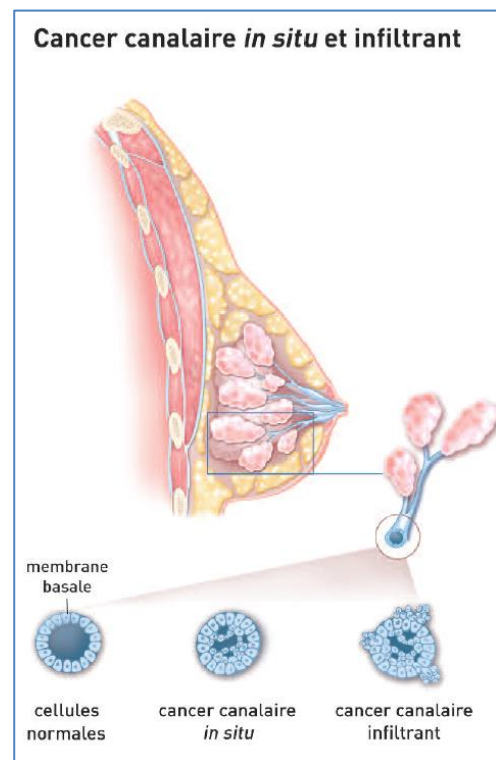
Les cancers sont dits *in situ* lorsque les cellules cancéreuses se trouvent uniquement à l'intérieur des canaux ou des lobules, sans que la tumeur ait infiltré le tissu qui les entoure. Il s'agit du stade précoce de la maladie.

Le cancer lobulaire *in situ* est assez rare. Il est plutôt considéré comme un facteur de risque de développer un cancer du sein que comme un cancer. Sa prise en charge est différente de celle des autres cancers.

Le cancer canalaire *in situ* ou carcinome canalaire *in situ*, est le plus fréquent. Huit cancers *in situ* sur dix sont des cancers canaux *in situ*. Ils sont le plus souvent découverts lors d'un dépistage systématique (mammographie et examen clinique des seins par un médecin).

Les cancers canaux *in situ* peuvent secondairement s'étendre aux tissus voisins et devenir des **cancers infiltrants**. Dans ce cas, les cellules cancéreuses peuvent se propager dans les ganglions situés le plus souvent dans le creux des aisselles, les ganglions axillaires. C'est ce que l'on appelle l'envahissement ganglionnaire. À partir de ce stade, il existe un risque de propagation à d'autres organes, c'est-à-dire un risque de développer des métastases.

Ainsi, quand les cellules cancéreuses se propagent à d'autres parties du corps pour y former une autre tumeur (appelée métastase) on parle de **cancer métastatique**.



Au moment du diagnostic, les médecins étudient le stade de développement du cancer (in situ, infiltrant, métastatique) afin de proposer les traitements les mieux adaptés. Il s'agit du bilan d'extension de la maladie.

### **Le cancer du sein chez l'homme**

Les hommes possèdent également des seins qui sont toutefois moins développés que ceux des femmes. Le cancer du sein chez l'homme est rare : moins de 1 % de tous les cancers du sein affectent les hommes. Il est cependant important que les hommes sachent qu'ils peuvent être concernés par ce cancer, notamment afin de ne pas négliger les symptômes.

## **2 - Les facteurs de risque**

Le cancer du sein est une **maladie multifactorielle**. Cela signifie que plusieurs facteurs influent sur le risque de sa survenue. Un certain nombre d'entre eux sont connus même s'il existe encore des incertitudes quant à l'implication et au poids de plusieurs de ces facteurs.

Une personne qui possède un ou plusieurs facteurs de risque peut ne jamais développer de cancer. Inversement, il est possible qu'une personne n'ayant aucun facteur de risque soit atteinte de ce cancer.

**Les facteurs de risque lié à l'âge** : près de 80 % des cancers du sein se développent après 50 ans. Certains traitements hormonaux de la ménopause, une puberté précoce, une ménopause tardive, l'âge de la première grossesse et la durée d'allaitement peuvent également avoir une influence sur l'apparition d'un cancer du sein.

**Les facteurs de risque liés à certains antécédents médicaux personnels** (par exemple cancer du sein, de l'ovaire et/ou de l'endomètre) **et familiaux** (les prédispositions génétiques au cancer du sein).

### **Les antécédents personnels médicaux**

**Une femme ayant eu un cancer du sein**, en plus du risque de récurrence du cancer au niveau du sein traité, a un risque 3 à 4 fois plus élevé de développer un nouveau cancer du sein qu'une femme du même âge.

Le risque de développer un cancer du sein infiltrant est 8 à 10 fois plus important chez les femmes qui ont déjà eu un cancer canalaire *in situ* ou un cancer lobulaire *in situ*. Par ailleurs, la présence d'un cancer lobulaire *in situ* fait augmenter le risque de cancer dans les deux seins. Ces risques justifient un suivi régulier et prolongé.

Parmi **les affections bénignes mammaires**, seules celles qui sont associées à la prolifération du tissu mammaire, comme les hyperplasies, font augmenter le risque de cancer du sein. En savoir plus [ici](#).

**Une irradiation du thorax** peut augmenter le risque de cancer du sein. Le niveau de risque est en rapport avec la dose totale reçue et l'âge de la femme. Aussi, les femmes jeunes (avant 30 ans) qui ont eu des radiothérapies répétées du thorax pour traiter un autre cancer (comme le lymphome hodgkinien par exemple) ont un risque plus élevé de cancer du sein.

Les femmes qui ont eu dans l'enfance une radioscopie des poumons (type de radiographie qui utilisait des doses de rayons importantes) dans le cadre de la recherche d'une primo-infection de la tuberculose (premier contact de l'organisme avec la bactérie) ont un risque plus élevé de cancer du sein.

### **Les antécédents familiaux**

Près de 20 à 30 % des cancers du sein se manifestent chez des femmes ayant des antécédents familiaux de cancers dont des cancers du sein, par exemple plusieurs cas de cancer du sein dans la même famille. Parfois on ne sait pas exactement si cette disposition familiale est due au hasard, à un mode de vie que des membres de la famille ont en commun, à un facteur héréditaire qui a été transmis des parents à leurs enfants par les gènes ou bien à une association de ces éléments. En fonction du degré de parenté, du type de cancers ou encore de l'âge de la survenue le risque est plus ou moins élevé. En savoir plus [ici](#).

### **Les prédispositions génétiques**

Lorsque plusieurs personnes d'une même famille sont atteintes du même cancer, il peut s'agir d'un cancer héréditaire dû à une anomalie au niveau d'un gène (anomalie génétique) qui se transmet d'une génération à une autre. Cette anomalie est encore appelée mutation génétique.

Seule une petite partie des cancers du sein, 5 à 10 %, sont héréditaires, c'est-à-dire attribuable à une mutation génétique (qu'elle soit identifiée ou non).

Un certain nombre de mutations génétiques, favorisant la survenue de cancers du sein, ont été identifiées. Le plus souvent, celles-ci portent sur des gènes appelés BRCA1 (pour BReast Cancer 1 : gène 1 du cancer du sein) et le BRCA2 (pour BReast Cancer 2 : gène 2 du cancer du sein). Environ 2 femmes sur 1 000 sont porteuses d'une de ces mutations. Cela ne se traduit pas systématiquement par l'apparition d'un cancer, mais augmente le risque d'en développer un. C'est ce que l'on appelle une prédisposition génétique.

Lorsqu'une mutation est suspectée ou découverte, une consultation chez un spécialiste d'oncologie génétique est alors proposée à la patiente. Pendant cette consultation, le médecin évalue le risque génétique et propose éventuellement une recherche de mutation. Dans le cas de l'identification d'une mutation génétique ou lorsque l'histoire familiale évoque un syndrome de prédisposition, même sans identification de mutation, une prise en charge spécifique (surveillance, examen d'imagerie, etc.) est alors proposée à ces femmes.

**Les facteurs de risque liés à nos modes de vie** tels que la consommation d'alcool et de tabac, un surpoids, pas ou peu d'activité physique ou certains traitements hormonaux de la ménopause peuvent favoriser l'apparition d'un cancer du sein.

#### **La consommation de tabac**

Le tabac est le premier facteur de risque évitable de cancers. Il est responsable, chaque année de 45 000 décès par cancer. Sa consommation est associée à une augmentation du risque de nombreux cancers dont celui du sein. Il est la cause directe ou un facteur favorisant pour 17 localisations de cancers. Le tabac est notamment responsable de 70 % des cancers des voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage), de 50 % des cancers de la vessie et de 30 % des cancers du pancréas. En 2015, on estime à 2 300 cas de cancers du sein attribuables au tabagisme.

La meilleure stratégie pour réduire son risque individuel de cancers est de ne pas commencer à fumer, ou de s'arrêter.

#### **La consommation d'alcool**

L'alcool est le deuxième facteur de risque évitable de cancers. Il est responsable de 15 000 décès par cancer par an. Sa consommation est associée à une augmentation du risque de plusieurs cancers dont celui du sein. Les boissons alcoolisées augmenteraient le taux d'œstrogène qui joue lui-même un rôle important dans le développement des cellules du cancer du sein. Parmi les 7 localisations de cancers attribuables à ce facteur de risque, l'alcool, quel que soit son type, est la cause de 58 % des cancers de l'œsophage, 16 % des cancers du côlon et du rectum et 15 % des cancers du sein. En 2015, on estime à 8 081 cancers du sein attribuables à la consommation d'alcool.

Pour diminuer efficacement son risque de cancers, il est conseillé de réduire autant que possible la quantité et la fréquence de sa consommation.

#### **Le surpoids/L'obésité**

Le surpoids (IMC compris entre 25 et 29,9) et l'obésité (IMC de 30 ou plus) augmentent le risque de cancer du sein chez la femme ménopausée. À l'inverse, l'activité physique est associée à une diminution de risque de cancer du sein après la ménopause.



### 3 - L'épidémiologie<sup>2</sup>

Le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme avec **59 000 cas détectés chaque année**, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon. Il représente 31,8 % de l'ensemble des cancers incidents féminins et 14,8 % de l'ensemble des cancers incidents tous sexes confondus. Près de la moitié de ces cancers sont diagnostiqués chez la femme de 65 ans et plus, et 58,0 % chez les 50-74 ans.

Avec près de **12 000 décès estimés en 2017**, le cancer du sein est au premier rang des décès par cancer chez la femme devant le cancer du poumon et représente 18,2 % des décès par cancers chez la femme. Le taux d'incidence et le taux de mortalité décroissent chacun de 1,5 % en moyenne par an entre 2002 et 2012.

Le cancer du sein est celui qui cause le plus grand nombre de décès chez la femme, devant le cancer du poumon et le cancer colorectal. Il représente 17,9 % des décès féminins par cancer et près de 8 % de l'ensemble des décès par cancer tous sexes confondus. Près de 73 % des décès par cancer du sein surviennent chez la femme de 65 ans et plus, et 42,0 % chez les 50-74 ans

#### Une évolution positive de l'incidence et de la mortalité

L'incidence de ce cancer, qui a beaucoup augmenté entre 1980 et 2000, est en diminution depuis 2005 (figure ci-dessous). En effet, le taux d'incidence standardisé a augmenté de + 1,4 % par an en moyenne entre 1980 et 2012, mais on observe une diminution de - 1,5 % par an si on se focalise sur la période située entre 2005 et 2012 (56,3 cas pour 100 000 femmes-années (femmes)). Cette diminution décrite dans plusieurs pays occidentaux, concernait principalement les femmes de 50-69 ans.

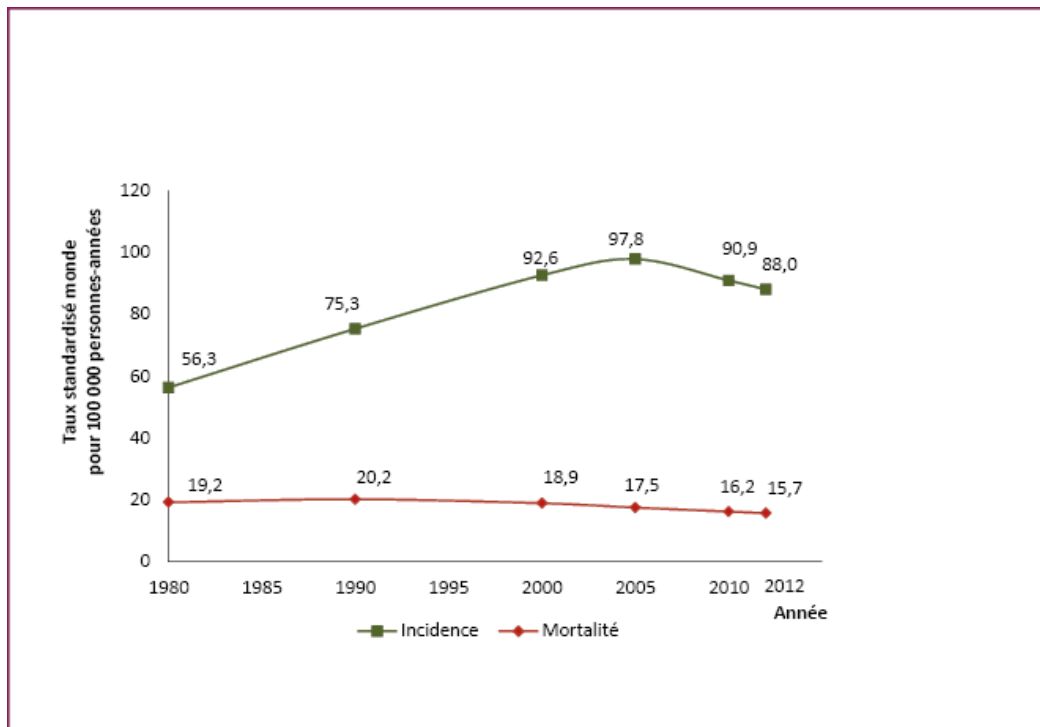
La mortalité est restée relativement stable jusqu'aux alentours de 1995, puis a diminué significativement jusqu'en 2012. Sur la période 1980-2012, le taux de mortalité standardisé a faiblement diminué (- 0,6 % par an) ; on observe une diminution de - 1,5 % par an si on se focalise sur la période 2005-2012. En 2012, l'âge médian au diagnostic est de 63 ans et l'âge médian au décès est de 73 ans.

---

<sup>2</sup>L'ensemble des chiffres sont issus de : *Les cancers en France en 2017*. Institut national du cancer, Boulogne Billancourt, 2018



## Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein de 1980 à 2012 en France métropolitaine<sup>3</sup>



### Un cancer de bon pronostic

Le cancer du sein est un cancer de bon pronostic. Le taux de survie nette à cinq ans des femmes atteintes d'un cancer du sein diagnostiquées en 2005-2010 est maximale (92-93 %) chez la femme de 45 à 74 ans, légèrement inférieure (90 %) chez celles de 15-44 ans et beaucoup plus faible (76 %) chez les femmes de 75 ans et plus. À 15 ans, ce taux de survie varie entre 65 % et 76 % en fonction de l'âge pour les femmes âgées de moins de 75 ans au moment du diagnostic de leur cancer du sein, réalisé entre 1989 et 1998.

La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge s'améliore au cours du temps, passant de 80 % pour les femmes diagnostiquées entre 1989-1993 à 87 % pour celles diagnostiquées entre 2005-2010.

<sup>3</sup> Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa ([Binder-Foucard 2013](#)). Traitement : INCa 2016.

## 4 - Les traitements

Le choix des traitements tient compte de l'endroit où il est situé, s'il y a un ou plusieurs foyers cancéreux, de son type histologique (type de cellules impliquées), de son degré d'extension et de son degré d'agressivité, de son caractère hormonosensible ou non ou encore s'il est HER2 positif (c'est-à-dire si les cellules présentent à leur surface une quantité de protéines HER2 qui ont comme propriétés de favoriser la croissance des cellules tumorales).

Par ailleurs, l'âge, le fait d'être ménopausée ou non, les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux, antécédents familiaux, l'état de santé global, les contre-indications éventuelles et les souhaits et préférences des patientes sont pris en compte.

Différents traitements peuvent être utilisés pour traiter un cancer du sein : la chirurgie, la radiothérapie, l'hormonothérapie, la chimiothérapie et les thérapies ciblées. Selon les cas, ils peuvent avoir différents objectifs :

- supprimer la tumeur ou les métastases ;
- réduire le risque de récurrence ;
- ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- améliorer le confort et la qualité de vie de la personne malade, en traitant les symptômes engendrés par la maladie.

La proposition de traitements est établie par des médecins d'au moins trois spécialités différentes (chirurgien, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, pathologiste...) dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en s'appuyant sur des recommandations de bonne pratique. La proposition de traitements est ensuite expliquée à la patiente au cours d'une consultation d'annonce.

Il arrive parfois qu'un seul type de traitement soit nécessaire. Dans d'autres cas, une association de traitements est utile pour mieux maîtriser la maladie.

### Les principales possibilités de traitements selon le stade du cancer du sein au moment du diagnostic

#### **Le traitement du carcinome du sein *in situ***

Le traitement repose principalement sur un traitement locorégional. Il s'agit soit d'une chirurgie mammaire conservatrice (tumorectomie) suivie d'une radiothérapie, soit d'une chirurgie non conservatrice du sein (mastectomie) qui consiste à enlever dans son intégralité le sein dans lequel se situe la tumeur. Selon les cas, l'intervention est accompagnée ou non d'une exérèse du ganglion sentinelle.

La prise en charge des **cancers lobulaires *in situ*** est généralement basée sur une surveillance régulière. Dans certains cas, une biopsie chirurgicale ou une exérèse peuvent être proposées.

### **Le traitement du cancer du sein infiltrant non métastatique**

Le traitement repose principalement sur un traitement locorégional. Il s'agit soit d'une chirurgie mammaire conservatrice (mastectomie partielle) incluant une chirurgie des ganglions (exérèse du ganglion sentinelle ou curage ganglionnaire), complétée d'une radiothérapie ; soit d'une chirurgie mammaire non conservatrice (mastectomie) incluant une chirurgie des ganglions (exérèse du ganglion sentinelle ou curage ganglionnaire) et au besoin complétée d'une radiothérapie.

Ce traitement principal peut être complété en fonction de la présence ou non de facteurs de risque de récurrence, c'est-à-dire de caractéristiques du cancer qui augmentent son risque de récidiver après un traitement locorégional. En présence de ces facteurs de risque, les médecins étudient l'opportunité de réaliser des traitements complémentaires. Dans tous les cas, l'objectif est de limiter le risque de récurrence et d'optimiser les chances de guérison.

Par ailleurs, dans certains cas, comme un cancer inflammatoire ou quand la tumeur est trop volumineuse pour être opérée d'emblée, l'intervention chirurgicale est précédée d'un traitement médical (chimiothérapie ou hormonothérapie en cas de tumeur hormonosensible) appelé néoadjuvant.

### **Le traitement du cancer du sein métastatique**

Le traitement principal est un traitement systémique à base de médicaments (traitement général qui agit dans l'ensemble du corps afin d'atteindre les cellules cancéreuses quelle que soit leur localisation). Il s'agit de médicaments de chimiothérapie, éventuellement d'une thérapie ciblée, et/ou d'une hormonothérapie lorsque la tumeur est hormonosensible. Dans certaines situations, un traitement locorégional telle une chirurgie et/ou une radiothérapie de la tumeur ou des métastases est associé au traitement à base de médicaments.

**En savoir plus sur les traitements  
des cancers du sein**

