



## Recommandations de prise en charge mammaire des femmes porteuses d'une mutation BRCA1 ou BRCA2

### AUTOEXAMEN MAMMAIRE

non préconisé

si demande de la patiente : se rapprocher du gynécologue pour apprentissage

### DEPISTAGE CLINIQUE

Examen mammaire dès 20 ans, tous les 6 mois

### DEPISTAGE IMAGERIE

C'est l'une des deux possibilités actuelles à discuter.

**Début :**

standard : 30 ans (option : avant 30 ans selon histoire familiale (auquel cas âge de début à discuter en RCP)

**Fin :**

standard: pas d'arrêt (option: arrêt dès que l'espérance de vie devient < 5 - 10 ans)

**Fréquence :**

standard tous les 12 mois:

*En effet le réseau HerMION recommande la réalisation des examens suivants dans un même temps une fois par an, par le même radiologue ou bien dans la même structure (à défaut, il est recommandé que le radiologue qui réalise la mammo-échographie soit informé par le radiologue ayant interprété l'IRM des conclusions de celle-ci) ; dans cet intervalle d'un an, la surveillance minimale requise est celle d'une palpation mammaire au cours de l'examen clinique ».*



## Type d'examens :

- IRM  
Dès le début de la surveillance imagerie haut risque (càd 30 ans ou avant)
- Mammographie
  - A réaliser après l'IRM pour permettre, si besoin, des clichés ciblés/agrandis
  - Si début avant 30 ans : pas de mammographie systématique
  - [30 – 35] ans : mammographie avec une seule incidence par sein (oblique externe) sauf si image suspecte
  - Après 35 ans: mammographie avec deux incidences par sein (Face + oblique externe)
- Echographie  
Lorsque l'IRM est normale, l'indication de l'échographie mammaire n'est pas systématique et est laissée à la discrétion du radiologue.  
En dehors des indications cliniques classiques, on peut citer les circonstances suivantes requérant une échographie mammaire:
  - IRM impossible (exemples claustrophobie, grossesse, intolérance au produit de contraste)
  - IRM avec effet masquant
  - IRM anormale

## Cas particuliers :

- Si IRM infaisable ou contre indiquée:
  - avant 30 ans : échographie seule (mammographie possible si nécessité d'explorer une lésion suspecte)
  - après 30 ans : mammographie + échographie
- Si femme non ménopausée : imagerie entre J7 et J14 du cycle
- Si THS : arrêt du THS 6 à 8 semaines avant l'IRM
- Si grossesse :
  - Avant grossesse : clinique + imagerie standards
  - Pendant grossesse : ne pas laisser passer + d'un an sans contrôle systématique d'imagerie (sans IRM), si le cas se présente, discussion de la conduite à tenir radiologique en RCP
  - Après grossesse (et au moins trois mois après la fin de l'allaitement) retour à l'imagerie mammaire standard



## CHIRURGIE PROPHYLACTIQUE

C'est l'autre des deux possibilités actuelles à discuter.

### **Délai de réflexion et processus requis :**

On veillera à ce qu'une période de réflexion pour la patiente soit respectée.

Le parcours médical requis s'articulera autour de consultations itératives avec tous les intervenants de cette aide à la prise de décision : médecins oncogénéticiens, chirurgiens gynécologues et plasticiens, psychologues ; ces consultations s'adressant à la patiente en présence de son conjoint si elle le souhaite. Plusieurs entretiens médicaux avec le chirurgien sont absolument nécessaires; la consultation avec le plasticien devra intervenir précocement dans le processus.

Sera encouragée la rencontre avec d'autres patientes ayant déjà fait l'expérience d'une réflexion sur la mastectomie prophylactique, avec ou sans décision finale de chirurgie.

### **Technique :**

A discuter avec la patiente; il est souhaitable qu'elle soit faite par une équipe avec une expérience suffisante, et il y a des critères communs aux 3 techniques de mastectomies qui doivent être respectés (se référer aux Recommandations professionnelles INCa décembre 2009 « Chirurgie prophylactique des cancers avec prédisposition génétique » paragraphe 2.1.3 page 15)

### **Modalités pratiques :**

- Doit être précédée d'une IRM + mammographie datant de moins de 4 à 6 mois
- Il n'est pas recommandé de procédure du ganglion sentinelle systématique.  
*Les indications de réalisation d'un GS au cours de mastectomie prophylactique seront discutées en RCP lorsque sera estimé un risque élevé de cancer (consultations + RCP) basé en particulier sur les éléments suivants: antécédent personnel de cancer du sein, le nombre de cancers dans la famille et le gène considéré (BRCA1 ou BRCA2), l'âge de la patiente, les données de l'imagerie mammaire pré chirurgicale*
- Si découverte d'un cancer sur pièce opératoire: RCP oncologie mammaire pour discussion de l'indication et le cas échéant des modalités:
  - d'une exploration axillaire complémentaire
  - de traitements adjuvants



- Envoi des comptes rendus opératoires et anatomopathologiques à l'oncogénéticien en charge de la patiente ayant fait l'objet de la mastectomie prophylactique

#### **Surveillance post mastectomie :**

- Examen clinique des sites mammaires et ganglionnaires 1 à 2 x / an
- Pas d'imagerie systématique recommandée sauf cas particuliers à discuter en RCP.

## **AUTRES**

#### **Prise en charge psychologique**

Toutes les personnes ayant eu connaissance de leur statut génétique doivent avoir déjà été informées de la possibilité de bénéficier d'une consultation de psychologie et des modalités d'accès à cette consultation. En dehors des indications cliniques, les circonstances où cette prise en charge est particulièrement souhaitable sont les suivantes :

- Pour les personnes qui n'ont pas de prise en charge médicale active, notamment les femmes de moins de 30 ans
- Avant chirurgie prophylactique

#### **Contraception orale :**

Pas de contre indication et pas de précaution de durée

#### **Stimulations hormonales pour procréation médicalement assistée :**

pas de contre-indication sous réserve d'une imagerie mammaire exhaustive préalable et en limitant le nombre de stimulations, et quoi qu'il en soit après discussion en RCP.

#### **THS :**

Pas de contre-indication si femme indemne de néoplasie mammaire et si altération importante de la qualité de vie ; aux doses minimales qui permettent le soulagement des symptômes, pour une durée limitée, avec réévaluation régulière du rapport bénéfices /risques jusqu'à 50 ans.

Après 50 ans peut être discuté au cas par cas si symptômes invalidants.



### **Traitement d'un cancer mammaire :**

Identique au traitement des cancers sporadiques : les deux options tumorectomie + RT ou mastectomie totale thérapeutique peuvent être présentées.

### **Etudes cliniques**

Il est légitime de proposer à des patientes d'être incluses dans des essais en cours dont la prise en charge est différente de la recommandation actuellement en vigueur.