

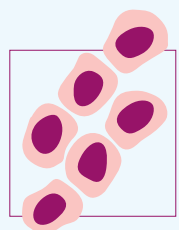
CLI et cancer du sein héréditaire

La situation héréditaire est rare dans les CLI (<5%). La probabilité d'être porteuse d'un cancer survenant dans un contexte héréditaire est plus forte si le cancer survient à un âge jeune (< 45ans), dans les deux seins en même temps ou lorsqu'il existe des cancers dans la famille en particulier à des âges jeunes.

Concepts clés et informations complémentaires

- **Sensibilité aux hormones** : les cellules tumorales peuvent exprimer des récepteurs hormonaux, qui sont des protéines qui lient les hormones et envoient des signaux à la cellule pour qu'elle se développe, se divise. Les cellules cancéreuses du sein peuvent exprimer des récepteurs hormonaux qui se lient aux œstrogènes, à la progestérone ou aux hormones androgènes (comme la testostérone).
- **Traitement endocrinien** : également appelé traitement anti-hormonal, utilisé pour les tumeurs hormono-sensibles, dirigées contre la production d'hormones ou contre la fonction des récepteurs hormonaux.
- **Inhibiteurs de l'aromatase** : type de traitement anti-hormonal qui réduira la quantité d'œstrogène produite dans l'organisme des femmes ménopausées en particulier au niveau du tissu gras.
- **Chirurgie mammaire** : elle peut consister soit en l'ablation de tout le sein (= mastectomie), soit en l'ablation de la tumeur seule (= chirurgie mammaire conservatrice).
- **Chimiothérapie** : traitement anticancéreux qui utilise un ou plusieurs médicaments anticancéreux qui arrêtent ou ralentissent la croissance des cellules cancéreuses.
- **Radiothérapie** : traitement du cancer qui utilise de fortes doses de rayonnement pour tuer les cellules cancéreuses et réduire les tumeurs.
- **Thérapie ciblée** : traitement qui bloque la croissance des cellules cancéreuses en attaquant des protéines spécifiques (ciblées) au sein de la cellule, par exemple les récepteurs hormonaux ou la protéine HER2.
- **Essai clinique** : une étude dans laquelle les patients sont assignés à un ou plusieurs traitements (qui peuvent inclure un placebo ou un autre contrôle) pour évaluer les effets sur la maladie.
- **Rechute** : réapparition de la maladie à côté de la maladie primaire (rechute loco-régionale) ou d'un organe distant (rechute à distance, également appelée rechute métastatique).

- **E-cadhérine** : principale molécule d'adhésion des cellules épithéliales mammaires. L'inactivation de la E-cadhérine entraîne une perte d'adhérence entre les cellules tumorales. La perte d'E-cadhérine est une des causes du développement des ILC et est responsable du mode de croissance caractéristique de l'ILC.



European
Lobular
Breast
Cancer
Consortium

Si vous avez encore d'autres questions après la lecture de ce livret n'hésitez pas à contacter votre équipe médicale !

Pour plus d'information :

www.elbcc.org ou www.lobsterpot.eu

De plus, de nombreuses informations (en anglais) peuvent être trouvées sur :

<https://lobularbreastcancer.org> – LBCA



Ou scannez le code QR
Pour plus d'informations



Cette publication est réalisée dans le cadre de la COST action LOBSTERPOT (CA19138), soutenue par COST (European Cooperation in Science and Technology).



Lobsterpot

CA19138

QU'EST-CE
QU'UN
CANCER
LOBULAIRE

Qu'est-ce qu'un cancer lobulaire du sein (CLI) ?

Lorsque vous (ou un membre de votre famille) recevez un diagnostic de cancer du sein, il est possible d'être submergée par toutes les informations médicales. Vous avez reçu un diagnostic de cancer du sein lobulaire invasif (CLI), un type particulier de cancer du sein. Le CLI peut se comporter et se présenter de différentes manières de ce que vous avez peut-être entendu à propos des cancers du sein. Avec cette brochure, nous souhaitons vous transmettre quelques informations concernant les CLI.

Qu'est-ce qu'un cancer lobulaire ?

15% des femmes ont un cancer infiltrant de type lobulaire. La grande particularité des cellules tumorales du cancer lobulaire est qu'elles se développent indépendamment les unes des autres contrairement aux autres formes de cancer du sein, elles sont « non adhérentes ». Heureusement, la plupart des patientes atteintes de carcinome lobulaire infiltrant répondent très bien aux traitements hormonaux. Les particularités des cancers lobulaires qui les distinguent des autres formes de cancers du sein sont résumées ci-dessous.

Principales différences avec les cancers non-lobulaires :

Détection par le dépistage systématique par mammographie	Les cancers lobulaires sont plus difficiles à repérer en particulier lorsqu'ils se développent dans un sein dense. Une imagerie par résonance magnétique nucléaire (RMN / IRM) est recommandée.
Signes cliniques	Plus souvent, les cancers lobulaires se développent sous forme de plusieurs nodules dans un même sein ou bien en même temps dans les deux seins. La majorité des tumeurs lobulaires peuvent être traitées par un traitement anti-hormonal (>90%). Moins de 5% peuvent être traitées par un traitement anti-HER2.
Métastases (dissemination de cellules de carcinomes lobulaires infiltrants dans d'autres organes)	La majorité des patients atteints de carcinome lobulaire peuvent être traités mais des métastases peuvent survenir, soit dans les 10 ans qui suivent le diagnostic ou bien beaucoup plus longtemps après (> 10 ou même 20 ans après). Si des métastases surviennent, elles peuvent se développer dans le tube digestif (estomac, colon ...) ou/ et dans les organes génitaux (utérus, ovaires...) ou bien encore dans les poumons, le foie, les os, le cerveau, la vessie, le long des reins ou bien encore sous la peau au niveau des paupières, du crâne. Les traitements en perfusion diffusent dans tout le corps et peuvent détruire les cellules tumorales métastatiques.

Traitement A la phase précoce

Le CLI est dans le sein et peut être étendu aux ganglions sous le bras. Il n'y a pas de signes de métastases dans d'autres organes. Le cancer sera alors traité par chirurgie conservant le sein et retire le cancer, et les ganglions sentinelle. La chirurgie est alors suivie par de la radiothérapie du sein. Ce traitement local peut être complété par de la chimiothérapie et le plus souvent par un traitement anti-hormonal (hormonothérapie). La chimiothérapie ou l'hormonothérapie diffusent à tout le corps pour détruire les cellules tumorales qui auraient disséminé. Ces traitements sont donnés pour diminuer le risque de rechute et de métastase.

Traitement local :

- **Chirurgie** : si vous avez plusieurs tumeurs dans un même sein, il est plus probable que le chirurgien vous propose une mastectomie totale, plus souvent proposée pour les patientes atteintes d'un CLI.
- **Radiothérapie** : cela dépend du type de chirurgie et si les ganglions retirés sous le bras renferment des cellules tumorales de CLI.

Traitement systémique :

- **Traitement hormonal**: Il est fort probable que vous receviez un traitement hormonal si vous êtes atteintes par un CLI car les CLI expriment les récepteurs aux oestrogènes. Les inhibiteurs des Aromatase sont le traitement hormonal de référence pour les CLI.
- **Chimiothérapie** : les CLI ont tendance à moins bien répondre à la chimiothérapie mais dans certaines situations votre médecin devra vous prescrire de la chimiothérapie.
- **Traitement anti-HER2**: cette thérapie vous sera proposée si votre tumeur sur-exprime HER2, ce qui est rare pour les CLI.
- **Bisphosphonates**: cette classe de drogues utilisées pour traiter l'ostéoporose peut être ajoutée à votre traitement si vous êtes ménopausées.

Il faut bien comprendre que les plans de traitement sont différents pour chaque femme et ajustés au mieux pour la situation de chaque personne. Quelquefois, un traitement par chimiothérapie peut être donné pour faire diminuer le volume de la tumeur (traitement néo-adjuvant). Ceci est rarement le cas pour les CLI. Si la chimiothérapie est donnée après la chirurgie, c'est un traitement adjuvant, pour prévenir l'apparition de métastases. Des essais cliniques peuvent aussi vous être proposés et offrir de nouvelles stratégies de traitement.

Traitement en phase métastatique :

Quand les cellules du CLI ont disséminées dans d'autres organes, on parle de métastases. Des métastases peuvent être identifiées au moment du diagnostic comme longtemps après. Le traitement des métastases peuvent être des traitements anti hormonaux, des traitement qui bloquent la multiplication des cellules (inhibiteurs du cycle cellulaire) ou bien par des chimiothérapies. Leur but est de contrôler aussi longtemps que possible la croissance des métastases et de les faire régresser. Des traitements locaux par chirurgie ou radiothérapie peuvent être proposés dans certaines situations et en particulier pour contrôler la douleur.

- Chaque cas et chaque plan de traitement est et doit être discuté.
- Des thérapies ciblées seront utilisées à chaque fois que cela est recommandé ou possible.
- les essais cliniques sont toujours proposés en fonction de la situation de chaque patiente.

