



OTTOBRE
MESE ROSA



Le premier
pas.

L'AUTOPALPATION DU SEIN EST LE PREMIER GESTE POUR CONNAÎTRE NOTRE CORPS. **LA PRÉVENTION COMMENCE PAR CHACUNE D'ENTRE NOUS !**

CON IL PATROCINIO DI



ELISABETTA GREGORACI, AMBASADRE NATIONALE LILT



SOS LILT 800-998877

www.lilt.it lilt nazionale



LILT

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for

women

CAMPAGNA NASTRO ROSA



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION DU PRÉSIDENT	4	LE SUIVI DU CANCER DU SEIN	30
CONNAÎTRE LE CANCER DU SEIN	6	• Un parcours de soins vers le retour à la normale : guide pour les patientes et les médecins généralistes	30
• Carcinome in situ et carcinome infiltrant	7	• Première étape : les 5-10 premières années après le diagnostic. Le suivi spécialisé	31
• Lésions préneoplasiques	7	• Deuxième étape : 10 ans après le diagnostic. Le retour à la gestion territoriale	32
• Récepteurs d'œstrogènes et de progestérone	7	• Le passage des consignes	33
PRÉVENTION DU CANCER DU SEIN	8	QUELLE RÉHABILITATION : APRÈS LE CANCER DU SEIN	34
• Prévention primaire	8	• Précautions et conseils pratiques après l'intervention	34
• Prévention secondaire	11	• Questions fréquentes	35
DIAGNOSTIC	11	APRÈS LES TRAITEMENTS	38
• Examen clinique du sein	12	• On peut guérir du cancer du sein	38
• Échographie mammaire	13	LA BEAUTÉ EST LE BIEN-ÊTRE. SE VOIR MIEUX POUR SE SENTIR MIEUX	38
• Mammographie	13	SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE LA PATIENTE ET SES PROCHES	39
• Tomosynthèse mammaire	13	• Pourquoi le soutien psychologique ?	39
• Mammographie avec produit de contraste (MEC)	14	• Que fait un psycho-oncologue ?	40
• Imagerie par résonance magnétique mammaire (IRM)	14	LE DROIT À L'OUBLI	40
• Mammographie ou échographie mammaire ?	14	• Une nouvelle protection pour celles qui sont guéries	40
• Prélèvements et biopsies	15	PRÉVENIR LES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS	41
CONSEILS PRATIQUES	15	CONSEILS POUR LES TRÈS JEUNES	42
PRÉVENTION POUR TOUS	16	LE FUTUR EN SÉNOLOGIE	42
• Le cancer du sein peut aussi toucher les hommes	16	• Les changements en sénologie	43
• La santé du sein concerne absolument tout le monde	17	• Le suivi : la biopsie liquide (ctDNA)	44
LE RISQUE HÉRÉDITAIRE ET FAMILIAL	18	• Nouveaux outils de diagnostic en cours d'expérimentation	44
LES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE	19	LA LILT	45
• Les tranches d'âge du dépistage	20	• Sa mission	45
• L'intelligence artificielle dans le diagnostic sénologique	21	• Ses activités	45
TRAITEMENT	22	COMMENT SOUTENIR LA LILT	46
• Chirurgie	22	• Dons	46
• Radiothérapie	25	• 5x1000	46
• Traitements médicamenteux systémiques	27		
PRÉSERVER LA FERTILITÉ : UNE POSSIBILITÉ CONCRÈTE	29		
TESTS GÉNOMIQUES	29		



INTRODUCTION DU PRÉSIDENT



VAINCRE LE CANCER DU SEIN !

Chaque année, environ 60 000 nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués en Italie. Avec une incidence de près de 30% de la totalité des cancers féminins, cette néoplasie se confirme comme la plus répandue. On estime qu'une femme sur sept ou huit peut développer cette maladie au cours de sa vie. Les femmes italiennes qui ont vécu l'expérience du cancer du sein sont environ un million, et plus 50 000 d'entre elles vivent aujourd'hui avec une maladie en phase critique.

Toutefois, grâce à l'utilisation de technologies de plus sophistiquées, nous arrivons à détecter des cas de cancer à un stade très précoce, quand la tumeur a en général un degré d'agressivité très bas et que le processus de métastatisation est quasi nul. Par ailleurs, l'intelligence artificielle, appliquée à la mammographie permet de repérer une lésion tumorale avant même qu'elle ne soit cliniquement décelable et que les symptômes n'apparaissent.

Avec ces nouvelles avancées diagnostiques, jointes à la médecine personnalisée, aux traitements de précision et à une plus grande sensibilisation des femmes, les chances de guérison se sont accrues de manière constante. Le taux se situe aujourd'hui aux alentours de 85% : un résultat qui nous rapproche inexorablement de l'objectif final : mortalité zéro par cancer du sein !

Afin de consolider ces résultats, notre action se concentre sur trois piliers :

- Garantir l'égalité d'accès aux programmes annuels de dépistage sur le territoire, en accompagnant les femmes asymptomatiques (non à risque) de 45 à 74 ans.
- Offrir un suivi modulé et personnalisé aux femmes qui ont déjà eu un cancer du sein.
- Impliquer directement les femmes en milieu scolaire, avec des informations correctes et opportunes, promouvoir des modes de vie sains et enseigner l'autopalpation.



La prévention reste notre arme la plus efficace contre le cancer : le dépistage mammographique peut en effet réduire de façon significative la mortalité due au cancer du sein. C'est dans cette optique que la LILT, grâce entre autres à la collecte de fonds avec le don d'une part des impôts aux organisations à but non lucratif (« 5x1000 »), finance l'achat d'équipements de diagnostic de dernière génération, des projets de recherche et des bourses d'étude, en mettant à disposition ses quelque 400 centres de prévention santé en activité sur l'ensemble du territoire national.

Cette petite brochure retrace de manière synthétique le parcours de cette maladie, l'état actuel des connaissances et les perspectives, pour promouvoir la longévité et une meilleure qualité de vie.

Prof. Francesco Schittulli
Président national de la LILT
Sénologue-chirurgien, oncologue

CONNAÎTRE LE CANCER DU SEIN

Le sein remplit trois fonctions importantes pour la femme : esthétique, sexuelle et maternelle. Il est constitué de tissu glandulaire, adipeux (« gras ») et fibreux. Le tissu fibreux sert de support à la glande, riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques et en faisceaux nerveux. La glande mammaire est revêtue à l'extérieur par la peau et soutenue postérieurement par le muscle grand pectoral.

Chez les femmes jeunes et en pré-ménopause la composante glandulaire est habituellement très développée, tandis qu'après la ménopause et avec l'âge, c'est le tissu adipeux qui a tendance à augmenter. L'interprétation de la mammographie est donc plus complexe chez les femmes jeunes et plus en général chez les femmes avec un sein dense. Il est alors souvent nécessaire de compléter l'examen par l'échographie mammaire, voire l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Les cellules de la glande mammaire se modifient avec le cycle hormonal et se reproduisent continuellement, tant pour assurer leur renouvellement par de nouvelles cellules que pour réparer celles qui sont endommagées. Ce processus est régulé par de nombreux gènes et dans des conditions normales, il se déroule selon un programme physiologique bien précis. Mais le vieillissement et divers facteurs environnementaux peuvent endommager ces gènes, ce qui détermine une croissance anormale et incontrôlée des cellules : c'est le processus, appelé cancérogénèse, qui entraîne le développement d'une tumeur.

Le processus de cancérogénèse est lent et dure quelques années. Les examens instrumentaux disponibles aujourd'hui permettent souvent de détecter la tumeur à un stade initial de sa croissance, quand il n'y a pas encore de signes de sa présence et qu'elle n'est pas palpable (lésion préclinique) ou même avant que se développe une tumeur infiltrante (lésion *in situ*).

En Italie on estime qu'une femme sur huit peut développer un cancer du sein au cours de sa vie et environ 60 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. On enregistre cependant depuis 2000 un déclin progressif et constant de la mortalité due à cette néoplasie. La majeure partie (environ 70 %) des cancers du sein a son origine dans les cellules des canaux galactophores (carcinome canalaire), tandis qu'une moindre proportion naît dans les cellules des lobules mammaires (carcinome lobulaire).



Le progrès continu dans la connaissance de la biologie des cancers du sein permet d'améliorer sans cesse le diagnostic et le traitement de cette pathologie, en contribuant à identifier des parcours thérapeutiques innovants et personnalisés.

CARCINOME IN SITU ET CARCINOME INFILTRANT

Une distinction importante concerne le type de croissance de la tumeur.

- Carcinome in situ (ou non invasif) : les cellules néoplasiques sont confinées à l'intérieur des canaux ou des lobules mammaires et n'infiltrant pas le tissu environnant. En général ces formes précoces ne sont pas encore capables de provoquer des métastases.
- Carcinome infiltrant (ou invasif) : les cellules tumorales franchissent la paroi des canaux ou des lobules et à travers les vaisseaux lymphatiques et sanguins elles peuvent se propager aux ganglions lymphatiques ou à d'autres organes.

Certaines caractéristiques biologiques de la tumeur aident à mieux en définir le pronostic (facteurs pronostiques) et à choisir les traitements les plus efficaces (facteurs prédictifs).

LÉSIONS PRÉNÉOPLASIQUES

Il s'agit de lésions qui peuvent, dans certains cas, précéder le cancer du sein.

Celles auxquelles on prête le plus d'attention aujourd'hui sont :

- l'hyperplasie canalaire atypique (ADH ou HCA) ;
- les néoplasies lobulaires intra-épithéliales (LIN ou NLI).

Les lésions préneoplasiques peuvent représenter une condition de risque pour le développement d'un cancer ou, dans une minorité de cas, révéler la présence d'un carcinome dans le tissu avoisinant. Pour cette raison, lorsque l'examen histologique met en évidence la présence de ces lésions, l'exérèse chirurgicale ou la biopsie assistée par le vide (VAB) de la zone concernée s'avère nécessaire, ou alors une surveillance plus étroite.

RÉCEPTEURS D'ŒSTROGÈNES ET DE PROGESTÉRONE

Les cellules cancéreuses dans la majeure partie des cas ont des structures réceptrices auxquelles se lient les hormones œstrogènes et la progestérone, qui stimulent leur croissance et leur différenciation. Les tumeurs avec des récepteurs d'œstrogènes et/ou

progestérone peuvent être traitées efficacement avec des médicaments qui agissent sur la production ou l'action de ces hormones (hormonothérapie).

- Le degré de différenciation cellulaire (*grading*) : indique le degré de ressemblance de la cellule tumorale avec son homologue saine. Une tumeur bien différenciée a en général un meilleur pronostic qu'une tumeur faiblement différenciée.
- Le taux de prolifération ki-67 : indique le pourcentage de cellule tumorales en phase de prolifération active. Plus ce taux est élevé, plus grande sera la part de cellules qui se multiplient, ce qui peut être indicatif d'une néoplasie plus agressive.
- Le récepteur HER2 : c'est une protéine présente sur la surface des cellules cancéreuses, qui en régule la croissance. Une plus forte présence de ce récepteur est généralement associée à une plus grande agressivité de la maladie. C'est pour cette raison que des thérapies biologiques ciblées ont été développées pour inhiber spécifiquement l'activité de HER2, en cas de surexpression de cette protéine.

PRÉVENTION DU CANCER DU SEIN

Les stratégies de prévention se fondent sur deux approches bien distinctes, complémentaires et intégrées : la prévention primaire et la prévention secondaire.

LA PRÉVENTION PRIMAIRE

La prévention primaire a pour objectif de détecter et, lorsque cela est possible, éliminer les causes qui contribuent au développement d'une tumeur (ce qu'on appelle les facteurs de risque). Certains facteurs de risque du cancer du sein ne sont pas modifiables. D'autres, s'ils sont supprimés ou corrigés, peuvent réduire de manière significative le risque de développer la maladie.

Facteurs de risque non modifiables

- **L'âge** : la probabilité de développer un cancer du sein augmente avec l'âge, même si plus de 50% des cancers du sein sont diagnostiqués chez des femmes de moins de 55 ans.
- **L'histoire de la reproduction féminine** : des règles précoces (avant 11 ans) et une ménopause tardive (après 55 ans) entraînent une exposition prolongée aux hormones ; la nulliparité (aucune grossesse) ou la première grossesse après 35 ans ou le non-allaitement sont également des facteurs de risque.



- **Les antécédents familiaux du cancer du sein et/ou de l'ovaire** : le risque de développer un cancer du sein est d'environ 10%.
- **Les néoplasies et les antécédents de traitement** : peuvent induire la réactivation de la maladie.
- **Des mutations de gènes spécifiques** : certaines mutations touchant des gènes comme BRCA1 et BRCA2, si elles sont héréditaires, peuvent augmenter le risque de développer des cancers du sein et de l'ovaire.
- Il est donc important de vérifier le statut mutationnel de ces gènes dans les cas d'antécédents familiaux de cancers du sein, en évaluant le profil de risque individuel dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire.

Densité mammaire

La densité mammaire indique la quantité de tissu glandulaire et fibreux présente dans le sein par rapport au tissu adipeux. Les seins denses sont très fréquents, surtout chez les jeunes femmes et les femmes en âge de procréer.

La densité mammaire n'est pas une maladie, mais elle est reconnue aujourd'hui comme un important facteur de risque indépendant pour le développement du cancer du sein. De plus, un sein dense peut rendre plus difficile l'identification de certaines lésions à la mammographie, car le tissu glandulaire peut « masquer » d'éventuelles anomalies.

Chez les femmes avec des seins denses, par conséquent, il peut être utile de compléter la mammographie par d'autres examens – comme l'échographie mammaire, la tomosynthèse, la mammographie avec injection de produit de contraste (MEC) voire l'imagerie à résonance magnétique (IRM) – selon le profil de risque individuel et les indications du spécialiste.

Les recommandations EUSOBI les plus récentes soulignent en outre l'importance de l'IRM mammaire comme méthode à haute sensibilité, chez les femmes avec des seins extrêmement denses et suggèrent de les exécuter périodiquement (tous les 2-4 ans à titre indicatif) dans le cadre d'un parcours personnalisé de prévention. Dans les cas où l'IRM n'est pas disponible ou contre-indiquée, la mammographie avec injection de produit de contraste peut représenter une bonne alternative.

Fattori di rischio modificabili

- **Le traitement hormonal de substitution** : les médicaments à base d'œstrogènes et de progestérone, pris après la ménopause pour atténuer les troubles, peuvent augmenter légèrement les risques de développer un cancer du sein, proportionnellement à la durée du traitement.
- **L'obésité et le surpoids** : le risque de cancer du sein est plus élevé chez les femmes qui développent un surpoids ou une obésité après la ménopause.
- **Une activité physique insuffisante** : l'exercice physique régulier limite le risque de cancer du sein, en aidant à maintenir le poids corporel et à réduire la masse adipeuse.
- **L'alimentation** : un régime hypercalorique, riche en graisses et sucres raffinés ou avec une consommation excessive de viande rouge augmente le risque de cancer du sein, ainsi que d'autres pathologies. Au contraire, une bonne consommation de fruits et de légumes joue un rôle protecteur.
- **Alcool** : le risque de cancer du sein augmente proportionnellement à la quantité d'alcool consommée.
- **Le tabac** : il semble que le tabac aussi puisse augmenter le risque de cancer du sein.

Modifier son mode de vie signifie éliminer les facteurs de risque dont dépendent plus de 20% des cancers du sein. Le monde scientifique considère donc le style de vie comme un outil efficace pour la prévention du cancer du sein et de beaucoup d'autres cancers.

IL EST BON DE SAVOIR QUE

- Les altérations bénignes du sein (en particulier les kystes et les fibroadénomes) et la douleur au sein n'augmentent pas le risque de développer un cancer. Ces affections sont très courantes et ne doivent pas susciter d'inquiétude.
- En cas d'antécédents familiaux documentés et significatifs, il est recommandé de s'adresser à des centres spécialisés de génétique clinique pour obtenir des indications adéquates.
- *Les études effectuées ces dernières années ont permis de mieux expliquer le rôle du Traitement hormonal substitutif (THS) comme éventuel facteur de risque. Le recours au THS doit donc être justifié et en tout cas conseillé par le médecin.*



LA PRÉVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire vise à obtenir un diagnostic le plus tôt possible. La découverte de la tumeur (en général à l'aide de la mammographie et de l'échographie) à son stade initial permet des thérapies chirurgicales moins agressives avec de plus grandes chances de guérison.

La prévention secondaire constitue aujourd'hui l'arme maîtresse dans la lutte contre le cancer du sein, qui peut être soigné avec succès dans la majeure partie des cas diagnostiqués précocement.

DIAGNOSTIC

Il est fondamental de dépister le cancer dès son apparition : la probabilité de guérison pour des tumeurs mesurant moins d'un centimètre dépasse les 90%. Les interventions sont toujours conservatrices et ne causent pas de préjudices esthétiques majeurs.

Autopalpation

C'est l'examen que toutes les femmes devraient effectuer avec régularité, tous les mois, dès la puberté, si possible entre le cinquième et le sixième jour après le début des menstruations. La technique est simple, mais il est important de se la faire expliquer par un professionnel de la santé.

Il est fondamental de signaler au plus vite à son médecin tout changement étant survenu avec le temps ou persistant. En particulier, il convient de faire attention si :

- La peau du sein ou de l'aréole semble altérée, rouge, épaissie, rétractée ou si elle présente des nodules en relief;
- Le mamelon apparaît rétracté, surtout si sa rétraction est récente et si de petites éruptions cutanées ou de petites croûtes apparaissent sur la peau de l'aréole ;
- Un écoulement mamelonnaire survient spontanément, surtout s'il est séreux ou hématique ;



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI
prevenire è vivere

for

women
CAMPAGNA NAZIONALE

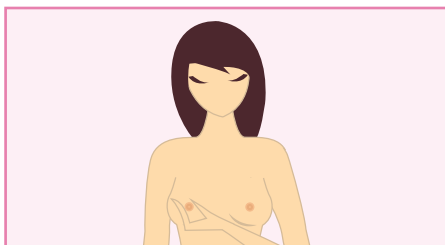
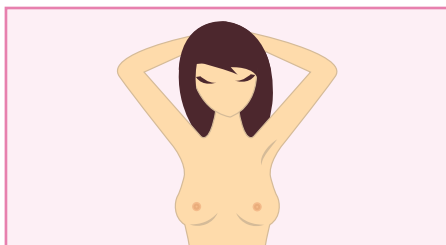
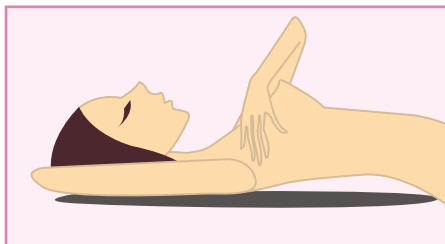
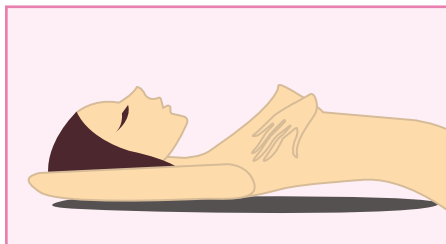


- on découvre une tuméfaction lors de la palpation du sein ou du creux axillaire ;
- le sein apparaît rouge et/ou augmenté de volume.

Pour effectuer correctement l'autopalpation des seins, il est important de:

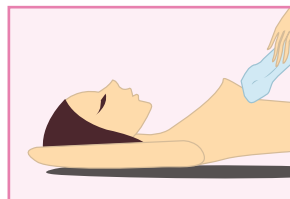
- Palper les deux seins en mouvements circulaires, les doigts joints et à plat;
- Ne pas omettre la palpation de l'aisselle et du mamelon;
- Regarder dans la glace s'il y a des irrégularités sur la peau;
- Rechercher l'éventuelle présence de sécrétions par une légère pression du mamelon.

Dans ce cas, il est indiqué d'effectuer une analyse cytologique de la sécrétion.



VISITE CLINIQUE SÉNOLOGIQUE

La consultation chez un spécialiste permet d'évaluer la présence de nodules, manifestations cutanées ou sécrétions suspectes. En cas d'anomalies, on procède aux examens complémentaires les plus appropriés (échographie, mammographie).





ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE

L'échographie mammaire est un examen simple à ultrasons, non invasif et qui n'utilise pas de rayonnements. Il apprécie la structure du tissu mammaire et permet ainsi de distinguer entre les formations solides et les formations kystiques et de caractériser les nodules, même dans un tissu dense.

Malgré la constante évolution de l'imagerie, l'échographie ne doit pas être utilisée comme l'unique test pour le diagnostic précoce des cancers du sein non palpables : cette technique offre une contribution majeure au diagnostic de lésions nodulaires bénignes, mais on devrait y avoir recours surtout en association à la mammographie et éventuellement à l'imagerie par résonance magnétique mammaire pour des cas particuliers.

Elle est indiquée surtout pour les femmes jeunes : elle est complémentaire à la mammographie et aide à caractériser les nodules palpables dans un tissu dense. Mais on ne doit pas l'utiliser seule comme test de dépistage.

MAMMOGRAPHIE

La mammographie est l'examen clé pour le diagnostic précoce du cancer du sein, dans la tranche d'âge du dépistage particulièrement. Elle permet de détecter des lésions même très petites et des microcalcifications, qui peuvent représenter les premiers signes d'une néoplasie.

Cet examen rapide, en général bien toléré, qui utilise une faible dose de rayonnements, est la clé de voûte des programmes de dépistage. Il est proposé tous les deux ans aux femmes entre 49 et 69 ans, et la population éligible peut être étendue aux femmes de 45 à 74 ans dans certaines régions.

TOMOSYNTÈSE MAMMAIRE

Connue également comme mammographie 3D, elle constitue une évolution de la mammographie traditionnelle : elle permet d'obtenir des images stratifiées du sein, en améliorant considérablement la capacité de détecter des lésions même dans des seins très denses, où la superposition des tissus peut empêcher la lecture de l'image. Cette technique est particulièrement utile pour les femmes jeunes ou avec des seins denses. Elle peut réduire le nombre de rappels inutiles après le dépistage et augmenter la précision du diagnostic.

MAMMOGRAPHIE AVEC PRODUIT DE CONTRASTE (MEC)

Elle est réalisée après injection intraveineuse d'un liquide de contraste iodé, qui permet d'obtenir aussi des informations sur la vascularisation d'une éventuelle lésion mammaire. C'est une alternative innovante par rapport à l'imagerie par résonance magnétique, utile lorsque cette dernière est contre-indiquée ou non disponible.

Elle est indiquée en présence de seins denses, dans le suivi oncologique, en cas de sécrétions pathologiques et pour la stadification de la tumeur. Elle offre rapidement des images à fort contraste.

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE MAMMAIRE (IRM)

Aujourd'hui, le rôle de la résonance magnétique pour le diagnostic précoce du cancer du sein se limite principalement à la surveillance de femmes porteuses d'altérations des gènes BRCA ou de femmes jeunes avec un sein dense et/ou une forte prédisposition familiale. Selon les lignes directrices EUSOBI, les principales indications comprennent : les mutations génétiques BRCA1/2, des seins extrêmement denses, la stadification préopératoire, le suivi de la thérapie néoadjuvante, une sécrétion pathologique du mamelon, les cas suspects après la mammographie ou l'échographie et l'évaluation des prothèses dans le suivi oncologique.

MAMMOGRAPHIE OU ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE ?

La mammographie est l'examen de choix pour la recherche des cancers du sein, surtout chez les femmes de plus de 40 ans. C'est l'examen optimal pour détecter les microcalcifications susceptibles parfois d'être l'expression de lésions cancéreuses ou préneoplasiques. Aujourd'hui, la technique 3D avec tomosynthèse est généralement préférable à la méthode traditionnelle.

Chez les femmes jeunes, et plus spécifiquement en âge de procréer, à cause de la plus grande densité du sein, l'étude est souvent complétée par une échographie mammaire et, dans certains cas, par une IRM mammaire. Il reviendra au radiologue, avec le sénologue, d'orienter la patiente vers l'examen le plus adapté à son cas.

PRÉLÈVEMENTS ET BIOPSIES

Si les examens révèlent des lésions suspectes, on a recours à des techniques mini-invasives : cytoponction à l'aiguille fine (FNAC), biopsie par aspiration ou biopsie



assistée par aspiration sous vide. Ces techniques permettent des diagnostics précis sans chirurgie majeure.

- **La cytoponction à l'aiguille fine** : utilise une aiguille de taille légèrement plus grande et permet l'examen histologique des fragments de tissu prélevés.
- **La biopsie par aspiration** : utilise une aiguille de taille légèrement plus grande et permet l'examen histologique des fragments de tissu prélevés.
- **La biopsie assistée par aspiration sous vide** : technique mini-invasive réalisée sous anesthésie locale, en ambulatoire, qui permet de prélever plusieurs échantillons de tissu en un seul passage d'aiguille, afin d'obtenir une meilleure caractérisation histologique. C'est la technique la plus utilisée pour l'étude des microcalcifications.

La technique d'imagerie utilisée comme guide pour le prélèvement est celle qui rend mieux visible la lésion de biopsie : l'éco-guidage est généralement préférable, lorsque



cela est possible, car il est plus simple, rapide, économique et mieux toléré par les patientes.

Si le prélèvement montre une lésion cancéreuse ou pré-néoplasique, le recours à la chirurgie sera néanmoins nécessaire, quoique limitée en général.

CONSEILS PRATIQUES

Toute femme, en fonction de son âge, du profil de risque, devrait consulter son médecin pour planifier un parcours personnalisé de diagnostic

précoce. Les schémas suivants résument les indications générales.

ÂGE	EXAMENS CONSEILLÉS	FRÉQUENCE
25-39 ans	Première visite sénologique pour identifier le profil de risque	Selon le profil de risque
40-49 ans	Visite sénologique, mammographie et échographie	Selon le profil de risque
À partir de 49 ans	Adhésion au programme de dépistage en absence de profil de risque élevé	Selon le dépistage

CONDITION	EXAMENS CONSEILLÉS	FRÉQUENCE
Risque augmenté	Visite sénologique, mammographie, échographie, éventuelle IRM et tests génétiques	Selon les indications
Présomption clinique	Cytoponction, biopsie assistée par aspiration sous vide, IRM ou MEC	Sur la base de l'évaluation clinique

Le profil de risque est défini par le sénologue sur la base du bilan anamnestique et clinique. Voir le paragraphe correspondant au chapitre « Prévention du cancer du sein ».

PRÉVENTION POUR TOUS

LE CANCER DU SEIN PEUT AUSSI TOUCHER LES HOMMES

Le cancer du sein concerne surtout les femmes, mais il peut aussi toucher les hommes, qui possèdent une petite quantité de tissu mammaire. Il s'agit d'une néoplasie rare : elle représente moins de 1% de l'ensemble des cas.

Le signe le plus fréquent est l'apparition d'un nodule ou d'un durcissement, en général non douloureux et souvent localisé derrière le mamelon. D'autres signes à ne pas négliger sont la rétraction ou d'autres modifications du mamelon, la présence de sécrétions, des altérations persistantes de la peau et le gonflement des ganglions lymphatiques (adénopathie axillaire). L'antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire et la présence de mutations génétiques héréditaires, intéressant notamment le



gène BRCA2, peuvent augmenter le risque. En présence d'un changement nouveau ou persistant il est important de consulter son médecin, sans gêne et sans attendre que le trouble ne disparaisse spontanément.

LA SANTÉ DU SEIN CONCERNE ABSOLUMENT TOUT LE MONDE

Bien que le cancer du sein soit couramment associé aux femmes cisgenres, il concerne également les personnes transgenres, non-binaires ou intersexes qui possèdent un tissu mammaire et un profil hormonal susceptible d'influencer le risque de développer la maladie.

Si vous êtes une femme transgenre (AMAB, de l'anglais *assigned male at birth*, c'est-à-dire à laquelle le sexe masculin a été attribué à la naissance) et vous suivez depuis quelques années un traitement hormonal féminisant (THF), votre risque de développer un cancer du sein augmente par rapport à la population masculine cisgenre. Dans ces cas, il peut être utile de commencer une surveillance périodique, à concerter avec votre médecin selon votre âge, la durée du traitement et la présence d'éventuels facteurs de risque génétiques ou familiaux.

Si vous êtes un homme transgenre (AFAB, de l'anglais *assigned female at birth*, c'est-à-dire auquel le sexe féminin a été attribué à la naissance) et vous n'avez pas subi de mastectomie totale, il importe de savoir que le tissu mammaire résiduel peut quand même développer un cancer. Dans ce cas également, l'évaluation du risque doit se faire avec l'aide de professionnels compétents, de préférence dans des environnements de santé inclusifs et respectueux de l'identité de genre.

Si l'utérus et les ovaires n'ont pas été retirés, il faut savoir que ces organes aussi peuvent être vulnérables face aux pathologies oncologiques, y compris le cancer de l'ovaire. La prise prolongée de testostérone, chez certaines personnes, peut modifier les caractéristiques du tissu utérin et ovarien, même s'il n'existe pas encore de preuves concluantes quant à une augmentation du risque.

Il est toutefois recommandé de continuer les contrôles gynécologiques réguliers, personnalisés sur la base de la situation anatomique et hormonale.

Quelle que soit notre identité ou quel que soit notre parcours de genre, la prévention est un droit qui appartient à tous et à toutes. La LILT promeut l'accès équitable et respectueux à tous les services et œuvre pour garantir information et accueil à toutes les personnes, sans préjugés.

LE RISQUE HÉRÉDITAIRE ET FAMILIAL

Comme pour d'autres types de tumeurs, le cancer du sein aussi est dans la majeure partie des cas d'origine sporadique (70-75%) : les dommages génétiques qui donneront lieu à la maladie ne sont pas « hérités », mais ils se vérifient dans le courant de la vie à cause de facteurs différents, endogènes et exogènes (cancérogénèse en plusieurs étapes).

Dans une moindre proportion de cas, entre 5 et 10%, le cancer du sein se développe à la suite de mutations de gènes spécifiques – tels que BRCA1 et BRCA2, et d'autres gènes à risque de modéré à élevé comme PALB2, CHEK2 et ATM, analysés ensemble aujourd'hui à travers des panels multigéniques, une approche devenue standard dans la pratique clinique – « héritées » avec le patrimoine génétique transmis par les parents. Il a été documenté que les femmes porteuses de mutations spécifiques de ces gènes courent un plus grand risque de développer un cancer du sein et/ou de l'ovaire au cours de leur vie.

En particulier, les femmes qui ont hérité une mutation de BRCA1 ont une probabilité de 45-80% de développer un cancer du sein et de 20-40% de l'ovaire au cours de leur vie ; pour les femmes avec une mutation de BRCA2, le risque est de 25-60% pour le sein et de 10-20% pour l'ovaire. Ces valeurs varient en fonction de la mutation spécifique, des antécédents familiaux et d'autres facteurs individuels : par conséquent, l'évaluation du risque doit toujours être effectuée avec un spécialiste de génétique oncologique. Avoir hérité la mutation ne veut pas dire avoir hérité la certitude de développer le cancer à un moment ou un autre de sa vie : on est plutôt devant une prédisposition familiale, c'est-à-dire un risque plus élevé par rapport aux non-porteurs de la mutation.

L'évaluation pluridisciplinaire de génétique oncologique peut lever ces doutes, en établissant l'opportunité de se soumettre à des tests génétiques capables de définir le risque oncologique spécifique. Pour cette raison, on ne demandera ces tests et on ne les réalisera que dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire avec l'onco-généticien.

La LILT encourage la sensibilisation des femmes à la bonne utilisation des tests génétiques pour le diagnostic précoce du cancer du sein, dans le cadre d'une consultation de génétique oncologique multidisciplinaire. L'utilisation correcte des tests génétiques permet, avec d'autres instruments, de connaître le risque individuel de développer la maladie et d'orienter de manière personnalisée la patiente vers les meilleures stratégies préventives et thérapeutiques



LES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE

Un test de dépistage est un examen capable d'identifier, au sein de la population, les personnes avec des lésions à risque qui méritent un approfondissement diagnostique. Les personnes « sélectionnées » par le test de dépistage sont soumises à des examens ultérieurs à des fins diagnostiques.

Pour le cancer du sein, la sélection se fait par le biais de la mammographie. Être « positive » au test de dépistage ne veut donc pas dire « être de façon certaine atteinte d'un cancer », mais qu'il y a des signes qui méritent un approfondissement diagnostique. En Italie, le programme de dépistage consiste à envoyer une invitation individuelle à la personne à entrer dans un parcours garantissant à la fois le test de dépistage et les examens complémentaires, ainsi que les éventuels traitements nécessaires.

Les résultats d'une étude financée par la LILT et le ministère de la Santé, le Projet IMPATTO, ont montré que le dépistage par mammographie réalisé en Italie a conduit à :

- une baisse de la mortalité due au cancer du sein ;
- une diminution du nombre d'interventions mutilantes, grâce à la découverte de lésions cancéreuses encore de petite taille ;
- un meilleur pronostic, du fait du diagnostic précoce ;
- une augmentation du nombre des guérisons.

LES TRANCHES D'ÂGE DU DÉPISTAGE

Le Service de santé national (SSN), par l'intermédiaire des Régions, offre gratuitement à toutes les femmes entre 50 et 69 ans – la tranche d'âge la plus à risque – la possibilité de passer une mammographie tous les deux ans. Il leur envoie une lettre d'invitation avec la date, l'heure et le lieu de l'examen. Actuellement, quelques régions ont mis en place une extension du dépistage pour toutes les femmes d'un âge compris entre 45 et 50 ans et celles de plus de 69 ans.

QUE RECOMMANDE LA LILT

La Ligue italienne de lutte contre le cancer (LILT) a l'espoir que les programmes de dépistage organisés s'étendent à toutes les régions à partir des 40-45 ans jusqu'à 74 ans, à fréquence biennale ou annuelle sur la base du profil de risque.

La LILT recommande vivement d'adhérer à l'invitation à se soumettre à la mammographie de dépistage envoyée par le SSN à travers les services locaux (ASL). Elle offre la plus ample disponibilité à collaborer pour une sensibilisation de la population sur l'ensemble du territoire, en s'appuyant sur ses associations dans chaque province.

La LILT invite les femmes de moins de 50 ans ou plus de 70 ans à s'adresser à leur médecin de famille ou à des spécialistes experts en sénologie afin de convenir d'éventuels programmes individuels de prévention et de diagnostic précoce (autopalpation, consultation, examens complémentaires).

La LILT invite également les femmes à se soumettre spontanément à leur première mammographie à partir de 40 ans, pour pouvoir disposer d'un diagnostic précoce avant le premier pic d'incidence du cancer du sein, qui s'enregistre aux alentours de 45 ans. Fidèle à son engagement d'investir dans la santé et non dans la maladie, la LILT met à la disposition de ses adhérents ses centres de prévention et de diagnostic précoce et ses cliniques spécialisées afin qu'ils puissent accéder à des parcours de prévention et des consultations spécialisées.



L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE DANS LE DIAGNOSTIC SÉNOLOGIQUE

L'intelligence artificielle appliquée au diagnostic sénologique aide de plus en plus à détecter des lésions non symptomatiques.

Cela fait plusieurs décennies que l'IA a fait son apparition dans le milieu médical. Son rôle dans le domaine de la sénologie a consisté initialement à interpréter des images mammographiques à l'aide de logiciels de diagnostic assisté par ordinateur (DAO) entraînés par le médecin, capables de détecter des opacités qui ne sont pas toujours évidentes à l'œil nu et de classer les lésions suspectes comme bénignes ou malignes.

La forme la plus récente d'intelligence artificielle est l'apprentissage profond (*deep learning*), des logiciels qui apprennent à partir de l'expérience, en renforçant les informations correctes et en supprimant les fausses. Contrairement à l'apprentissage automatique (*machine learning*) précédent, qui montrait un plafonnement des performances avec le temps, le *deep learning* permet d'améliorer progressivement la précision diagnostique avec l'augmentation des données disponibles.

L'intelligence artificielle a été appliquée à plusieurs examens d'imagerie sénologique, y compris l'échographie. La littérature scientifique est riche d'articles qui en évaluent les performances tant dans la prédiction bénin/malin, qu'en fonction du statut récepteur, de l'histotype, du risque de métastase ganglionnaire axillaire et de la probabilité de réponse complète après un éventuel traitement néo-adjuvant.

Un secteur particulièrement prometteur de l'application de l'IA est l'évaluation de l'atteinte ganglionnaire axillaire (*staging*), qui, selon les récentes lignes directrices de l'ESMO 2024 représente un moment clé du parcours diagnostique et thérapeutique, car elle oriente le choix entre une chimiothérapie néo-adjuvante et la chirurgie immédiate. Des études récentes également, comme SOUND (2024), qui indiquent la possibilité d'omettre complètement la chirurgie axillaire chez les femmes atteintes d'un cancer au stade T1 et avec une échographie axillaire négative, pourraient contribuer à mieux sélectionner les patientes auxquelles épargner la biopsie du ganglion sentinelle.

D'autres études suggèrent que l'intelligence artificielle pourrait améliorer également le dépistage territorial, en facilitant la diffusion de l'échographie mammaire et en réduisant sa dépendance vis-à-vis de l'opérateur. Il s'agit d'un secteur en pleine évolution, toujours au stade de l'étude et de la recherche, qui pourrait changer en profondeur le parcours diagnostique actuel, en évitant les biopsies non nécessaires et en orientant mieux les patientes vers le traitement chirurgical le plus approprié.

Une caractéristique particulièrement intéressante de l'intelligence artificielle est que ses performances s'améliorent proportionnellement à la quantité de données fournies : l'adhésion aux études et la collecte de données et d'expériences pourraient donc représenter une avancée significative dans le diagnostic du cancer du sein.

TRAITEMENT

Le cancer du sein est en réalité un groupe hétérogène de maladies, pour lesquelles sont aujourd'hui disponibles de nombreuses options thérapeutiques complémentaires, diversement intégrées entre elles : chirurgie, radiothérapie et thérapies médicales (hormonothérapie, chimiothérapie, thérapies biologiques ou moléculaires ciblées, immunothérapie etc.).

Il est préférable que la patiente avec un diagnostic de cancer du sein soit suivie dans une Unité de sénologie (*Breast Unit*), une équipe pluridisciplinaire dédiée exclusivement à la sénologie, composée des professionnels suivants : radiologue, chirurgien sénologue, anatomopathologiste, oncologue, radiothérapeute, chirurgien plasticien, psychologue, technicien de radiologie, infirmier/ère de sénologie et responsable de la gestion des données.

Cette équipe évalue de façon détaillée la taille, la localisation, l'éventuelle multicentricité et les caractéristiques biologiques de la tumeur, avec l'état de santé de la patiente, pour identifier la stratégie la plus efficace en termes de guérison et de qualité de vie.

LA CHIRURGIE

La chirurgie reste l'arme principale et irremplaçable pour la prise en charge et la guérison du cancer du sein. Ces dernières 50 années, les nouvelles connaissances en oncologie ont profondément changé les indications et les techniques chirurgicales : les interventions hautement mutilantes (mastectomies radicales et ultra-radicales) ont laissé la place à des interventions conservatrices, associées à la radiothérapie, souvent dans un but esthétique grâce aux techniques de chirurgie oncoplastique et à la sécurité dont a fait preuve aussi la chirurgie reconstructrice dans les interventions oncologiques.



La chirurgie conservatrice

Elle consiste dans l'ablation de la tumeur limitée à la partie du sein qui la contient et d'une portion de tissu sain périphérique (quadrantectomie, exérèse large), à condition qu'à l'examen histologique les marges de la zone retirée soient libres de maladie néoplasique. Pour réduire le risque de récurrence locale, la chirurgie conservatrice est suivie de la radiothérapie.

La mastectomie

Les indications de la mastectomie dépendent de la taille de la néoplasie et du sein, du site de la tumeur et de son éventuelle multicentricité, de la présence de mutations génétiques, d'éventuelles contre-indications à la chimiothérapie néoadjuvante et des choix de la patiente.

La mastectomie totale comprend l'ablation complète de la glande mammaire avec le mamelon, la peau et le ganglion lymphatique sentinelle ou les ganglions lymphatiques axillaires. L'objectif est la radicalité oncologique, désormais accessible par le biais d'une technique de plus en plus courante : la mastectomie avec conservation de l'étui cutané et de la plaque aréolo-mamelonnaire (mastectomie *skin/nipple sparing*) qui permet la reconstruction immédiate du sein avec une prothèse placée au-dessus et au-dessous du muscle pectoral.

La biopsie du ganglion lymphatique sentinelle

Il s'agit de retirer par chirurgie le ganglion lymphatique ou les ganglions lymphatiques qui reçoivent en premier la lymphe provenant de la tumeur et sur lesquels il pourrait donc y avoir des cellules néoplasiques qui ont suivi la voie lymphatique.

Si l'examen histologique du ganglion sentinelle ne met pas en évidence des cellules néoplasiques, l'ablation des autres ganglions peut être évitée, ce qui réduit les complications comme le gonflement du bras (lymphœdème) et préserve la fonction physiologique de filtre des ganglions lymphatiques. Dans les Centres sénologiques spécialisés (Centres du sein) et à haut volume d'activité, des interventions de chirurgie axillaire moins étendue sont pratiquées, rendues possibles par les nouvelles connaissances : quand 1 ou 2 ganglions sentinelle sont positifs et la tumeur est à faible risque, la désescalade est possible et permet d'éviter l'ablation de tous les

lymphonodes axillaires restants, avec en conséquence une réduction des risques liés à la dissection.

Le curage axillaire

Le curage axillaire complet prévoit l'ablation de tous les ganglions axillaires de niveau I et II (plus rarement ceux du niveau III, retirés seulement dans les cas d'invasion métastatique). Il y en a la nécessité lorsqu'on constate ou qu'on soupçonne fortement la présence de métastases lymphonodales axillaires lors du bilan clinique et radiologique préopératoire.

Dans le débat en cours actuellement autour de la chirurgie axillaire, l'orientation est à la désescalade : réserver la dissection aux cas de plus en plus sélectionnés, d'une part parce que les nouvelles connaissances se multiplient sur le type de néoplasie et d'autre part parce que le curage axillaire est la principale cause du lymphœdème du bras et de sa fonctionnalité réduite.

La reconstruction mammaire

Elle fait partie intégrante du parcours de soins de la patiente opérée d'un cancer du sein, tant pour la récupération fonctionnelle et la réhabilitation, que pour la reconstruction psychologique et le retour à une meilleure qualité de vie après le diagnostic et la thérapie.

L'intervention de chirurgie plastique a pour but de restaurer la forme et le volume du sein retiré après la mastectomie, mais elle est utile également pour rétablir la morphologie corporelle globale. Elle peut être effectuée au cours du même acte opératoire (reconstruction immédiate) ou après la fin des traitements, au moyen d'expandeurs tissulaires et/ou de prothèses (au-dessus ou au-dessus du muscle pectoral), de matrices biologiques ou synthétiques, ou avec des tissus autologues (lambeaux musculaires).

Le choix de l'intervention dépend de la situation clinique, des soins nécessaires en postopératoire, des caractéristiques psycho-physiques et constitutionnelles de la patiente, mais aussi et surtout de ses attentes et de ses choix : la patiente doit être motivée à se soumettre à la reconstruction, en ayant conscience que cela peut demander des interventions correctives supplémentaires, même sur le sein controlatéral non atteint par la maladie (mastopexie et mammoplastie de symétrisation).



Le lipofilling

Le lipofilling du sein est une procédure chirurgicale qui utilise la graisse de la patiente pour augmenter le volume du sein et en améliorer la forme et la taille. La graisse est prélevée dans d'autres parties du corps (comme l'abdomen ou les cuisses), traitée et ensuite injectée dans le sein. Cette technique est considérée comme une option naturelle et mini-invasive, qui ne prévoit pas l'utilisation de prothèses mammaires.

La cryothérapie (cryoablation)

Déjà employée depuis longtemps dans le traitement de tumeurs de divers organes (le poumon, le rein, le foie), la cryoablation est une technique mini-invasive qui utilise le froid pour détruire les cellules tumorales. Elle a commencé à être appliquée au sein en 1987, au départ pour des lésions bénignes (fibroadénomes) et elle s'est diffusée plus largement après 2000.

Les études disponibles indiquent que la cryoablation peut être efficace pour de petits cancers du sein, d'une taille en général non supérieure à 1,5 centimètre, sur des patientes soigneusement sélectionnées avec un carcinome canalaire infiltrant unifocal, de bas grade, à récepteurs hormonaux positifs, HER2-négatif et ganglions lymphatiques cliniquement négatifs. Dans ces cas, elle peut représenter une possible alternative mini-invasive à la chirurgie conservatrice, surtout pour les patientes âgées ou présentant un risque opératoire élevé, à évaluer dans le cadre d'un parcours pluridisciplinaire. Les recherches récentes suggèrent en outre que la cryothérapie pourrait non seulement maîtriser la maladie au niveau local, mais également stimuler une réponse immunitaire contre le cancer, à travers la libération d'antigènes tumoraux. Mais il s'agit de résultats préliminaires, qui ouvrent des perspectives intéressantes pour de futures stratégies thérapeutiques intégrées avec l'immunothérapie, sur laquelle la recherche continue, dans le cadre d'une approche de plus en plus mini-invasive au traitement du cancer du sein.

LA RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie utilise des rayonnements à haute énergie pour détruire les cellules tumorales. Elle agit exclusivement dans la partie du corps où les rayons ionisants sont dirigés et peut être utilisée également pour éliminer d'éventuelles cellules néoplasiques résiduelles dans la glande mammaire ou dans le creux de l'aisselle après l'intervention

chirurgicale. La source des rayonnements est en général un appareil extérieur, l'accélérateur linéaire. La radiothérapie a des bienfaits qui sont fondamentaux et varient en fonction du type d'intervention chirurgicale effectuée :

- **Après la chirurgie conservatrice (quadrantectomie) :** la radiothérapie stérilise le tissu mammaire restant, élimine ainsi les éventuelles cellules tumorales résiduelles et réduit de manière significative le risque que la maladie se représente dans le même sein.
- **Après la mastectomie :** en général la radiothérapie était proposée quand la tumeur était grosse ou quand des cellules tumorales étaient présentes dans quelques ganglions axillaires, afin d'augmenter la certitude d'avoir éliminé toute trace de la maladie.

Avant, la radiothérapie durait 5-6 semaines ; aujourd'hui, grâce aux études scientifiques et aux technologies avancées, on utilise des schémas de radiothérapie « hypofractionnés » qui permettent de compléter le parcours thérapeutique dans des délais plus brefs, allant de trois semaines ou trois semaines et demi (du lundi au vendredi) à un maximum de cinq séances au total en une seule semaine, selon les indications du radiothérapeute. Comme chaque étape oncologique, la radiothérapie aussi peut voir des effets indésirables, presque toujours temporaires et gérables. Les plus courants sont des réactions de la peau semblables à l'érythème solaire, parfois plus marquées, et la fatigue. La radiothérapie sur le sein ne provoque pas la chute des cheveux, car elle agit seulement localement et elle ne rend pas la personne radioactive.

Voici quelques bons conseils à suivre pour faire face aux effets indésirables les plus courants de la radiothérapie :

- **Soins de la peau :** utilisez des nettoyants neutres et des crèmes hydratantes apaisantes conseillées par le médecin ou le personnel du centre de radiothérapie et évitez le parfum, les déodorants alcoolisés et les produits agressifs sur la zone traitée.
- **Habillement :** portez des vêtements confortables, en fibres naturelles comme le coton, qui ne frottent pas sur la peau irritée, et préférez les soutiens-gorges souples, sans armature.
- **Protection contre le soleil :** la peau traitée reste longtemps sensible. Évitez l'exposition directe au soleil pendant au moins un an après la fin du traitement et utilisez une protection solaire très élevée (SPF 50+).



- **Repos et alimentation** : ne soyez pas trop exigeante envers vous-même. Reposez-vous lorsque cela est nécessaire et respectez une alimentation saine et équilibrée, en buvant beaucoup d'eau. Une activité physique légère, comme une promenade, peut aider à combattre la fatigue.

Bref, la radiothérapie moderne est plus rapide, personnalisée et précise : une étape fondamentale et très efficace dans le parcours vers la guérison complète.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX SYSTÉMIQUES

L'objectif que visent les traitements médicamenteux est l'élimination de toute éventuelle cellule tumorale (métastases) résiduelle après l'intervention chirurgicale et la radiothérapie, en réduisant le risque de récurrence et en augmentant les possibilités de guérison. Ils comprennent la chimiothérapie, l'hormonothérapie et les thérapies biologiques, combinées de diverses manières selon le stade de la maladie et les caractéristiques biologiques de la tumeur. Dans certains cas, pour faciliter ou réduire l'extension de l'intervention chirurgicale, le traitement médicamenteux est administré avant l'intervention (thérapies néoadjuvantes).

Le traitement hormonal

Il se base sur des médicaments qui bloquent la production ou l'action des œstrogènes. Il est utilisé comme traitement unique ou bien après la chimiothérapie, dans les cas où les tests réalisés sur la tumeur font apparaître des récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone. Les traitements hormonaux sont bien tolérés en général et dépourvus des effets indésirables significatifs couramment associés à la chimiothérapie.

La chimiothérapie

Elle utilise des médicaments administrés par cycles après l'intervention chirurgicale (chimiothérapie adjuvante) ou avant (chimiothérapie néoadjuvante), dans les cas localement avancés ou pour réduire la taille de la tumeur. Le bénéfice de la chimiothérapie sur la guérison peut être significatif même aux premiers stades de la maladie.

Les biothérapies

Elles ont recours à des thérapies ciblées et sélectives, en interférant principalement avec les mécanismes moléculaires qui régulent la croissance de la tumeur. Pour cette raison, leur toxicité est en général plus faible que les chimiothérapies les plus courantes, tout en conservant un bénéfice thérapeutique élevé.

Citons comme exemple les médicaments qui agissent sélectivement sur le récepteur HER2, médicaments indiqués lorsque la tumeur présente des niveaux élevés de cette protéine. Les thérapies qui ont montré une plus grande efficacité sur le long terme (thérapies multimodales séquentielles) sont maintenant celles qui sont le plus souvent proposées.

Les patientes qui ont un cancer du sein à un stade avancé avec des récepteurs aux œstrogènes positifs (environ 40 000 en Italie) sont traitées normalement par hormonothérapie par inhibiteurs de l'aromatase. Le standard de soin actuel prévoit l'association de l'hormonothérapie avec des thérapies ciblées, comme les inhibiteurs des kinases dépendantes des cyclines (CDK4/6), qui ont démontré une amélioration significative des résultats du traitement.

L'immunothérapie

L'immunothérapie représente une frontière prometteuse dans le traitement du cancer du sein, en particulier pour le cancer avec des récepteurs hormonaux négatifs, parmi les plus difficiles à soigner. Cette approche thérapeutique se base sur le renforcement du système immunitaire de la patiente pour combattre les cellules tumorales. Des études récentes ont prouvé son efficacité pour améliorer la survie à la fois dans les phases initiales et dans les phases métastatiques de la maladie.

Le conjugué anticorps-médicament (CAM).

Il s'agit de médicaments innovants, en particulier dans les cas de cancer avec métastases. Ils combinent la précision d'un anticorps monoclonal – capable de reconnaître des protéines spécifiques présentes sur les cellules tumorales – avec la puissance d'un agent chimiothérapeutique. L'anticorps sert de vecteur, guidant l'agent chimiothérapeutique directement vers la cellule malade, en vue d'en maximiser l'effet sur les cellules tumorales et de le minimiser sur les cellules saines.



Ces dernières années, la vraie résolution a été l'efficacité de ces médicaments testée sur les cancers classés « HER2-low », c'est-à-dire à faible expression de HER2, permettant de traiter avec succès beaucoup de patientes qui n'avaient jamais eu accès auparavant à des thérapies ciblées.

Les inhibiteurs de PARP

Ce sont des thérapies ciblées orales, spécifiquement étudiées et approuvées pour les patientes porteuses d'une mutation génétique héréditaire de BRCA1 ou BRCA2. Elles sont utilisées aussi bien aux stades précoces de la maladie, pour réduire le risque de récurrence, qu'aux stades avancés.

PRÉSERVER LA FERTILITÉ : UNA POSSIBILITÉ CONCRÈTE

Un diagnostic de cancer du sein chez une femme jeune soulève inévitablement de nombreuses questions quant à l'avenir, dont celle sur la possibilité d'avoir des enfants. Les traitements oncologiques peuvent en effet réduire ou compromettre la fertilité, de manière temporaire ou définitive.

C'est pourquoi il est important de savoir qu'il existe des techniques de préservation de la fertilité, comme la cryoconservation des ovocytes, qui – si planifiées avant le début des traitements – permettent de conserver une possibilité concrète de maternité plus tard.

Même les femmes qui sont porteuses de mutations génétiques comme BRCA1 ou BRCA2, et évaluent des interventions de prévention chirurgicale (comme l'ovariectomie prophylactique) peuvent prendre en considération cette opportunité. Il est important d'en parler avec son oncologue ou avec un centre d'assistance médicale à la procréation : aujourd'hui la science offre des outils efficaces pour défendre la qualité de la vie, et non seulement la maladie.

TESTS GÉNOMIQUES

Connaître dans les détails les mutations de chaque tumeur permet de prévoir le comportement biologique de la néoplasie et de stratifier le risque de façon adéquate. Des tests génétiques effectués sur la tumeur primitive réséquée chirurgicalement sont déjà disponibles, pour analyser le profil d'expression des gènes impliqués dans le processus de métastatisation et aider l'oncologue dans le choix du traitement adjuvant le plus adéquat.

Parmi ceux-ci, le test Oncotype DX se distingue par sa capacité d'analyser l'expression de 21 gènes sélectionnés sur un échantillon de 22 de tissu tumoral. Il fournit des informations précieuses sur la probabilité de récurrence de la tumeur et sur la réponse à la chimiothérapie, et est utilisé pour les patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce, ayant des récepteurs hormonaux positifs et HER2 négatif. Grâce à ce test il est possible d'établir si la chimiothérapie est nécessaire après l'intervention chirurgicale, en évitant les traitements superflus et leurs potentiels effets secondaires.

La LILT promeut l'utilisation de ces tests à l'échelle nationale et préconise, pour les cas indiqués, la gratuité de l'examen. Depuis 2021, l'Italie a un fonds national activé pour rendre les tests génomiques gratuits et remboursés par le Service de santé national (SSN) pour les patientes qui rentrent dans les critères cliniques spécifiques établis par l'oncologue médical.

LE SUIVI DU CANCER DU SEIN

UN PARCOURS DE SOINS VERS LE RETOUR À LA NORMALE : GUIDE POUR LES PATIENTES ET LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Surmonter un cancer du sein est un parcours complexe qui ne se termine pas avec la fin des traitements actifs (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie). À ce stade, une phase tout aussi importante commence : le suivi, un programme de contrôles périodiques essentiel pour surveiller l'état de santé des patientes et les accompagner vers un rétablissement complet.

Le suivi radiologique après le cancer du sein doit être personnalisé sur la base du profil de risque de la patiente, la densité mammaire, l'âge, les caractéristiques biologiques de la tumeur et les traitements effectués. La mammographie annuelle est le pilier fondamental du contrôle dans le temps, éventuellement complété par l'échographie mammaire chez les femmes avec un sein dense ou de doute à la mammographie. Pour des patientes sélectionnées présentant un risque supérieur ou des images mammographiques suspectes, certaines méthodes avancées peuvent être recommandées, comme la mammographie spectrale améliorée par contraste (CESM) ou l'IRM mammaire, qui ont démontré une sensibilité élevée dans la détection précoce des récurrences ou des nouveaux cancers contralatéraux.



Ce document illustre brièvement la façon dont est structuré le suivi, en précisant le rôle des spécialistes et du médecin généraliste (MG) en deux étapes distinctes : les 10 premières années après le diagnostic et la période suivante. L'objectif est de fournir un parcours clair et rassurant où le retour à la « vie normale » n'est pas vécu comme un abandon, mais comme l'étape finale du parcours de soins.

PREMIÈRE ÉTAPE : LES 5-10 PREMIÈRES ANNÉES APRÈS LE DIAGNOSTIC. LE SUIVI SPÉCIALISÉ

Dans cette première période, la patiente est suivie en général par une équipe pluridisciplinaire (*Breast Unit*), avec des consultations périodiques effectuées principalement par l'oncologue médical et, le cas échéant, par l'oncologue radiothérapeute et par le chirurgien sénologue.

Les objectifs de cette phase sont :

- **Le diagnostic précoce d'éventuelles récidives** : reconnaître rapidement une éventuellement reprise de la maladie, au niveau local (dans le sein opéré), loco-régional (dans les ganglions lymphatiques), ou à distance (métastases).
- **La gestion des effets secondaires** : surveiller et traiter les effets à long terme de traitements, comme le lymphœdème, les bouffées de chaleur, les douleurs articulaires dues aux thérapies hormonales, la cardiotoxicité et l'ostéoporose.
- **Le soutien psychologique** : offrir à la patiente mais aussi à ses aidants un point de référence régulier pour exprimer tout doute ou toute nécessité liée à la maladie. Les modes et la fréquence des contrôles sont établis par l'oncologue en se basant sur la présentation de la maladie et les traitements réalisés.

Comme pour le parcours de soins, le suivi aussi peut être personnalisé sur la base de la densité de sein, du type de tumeur, de l'âge, du risque génétique et de la durée de la thérapie hormonale.

Le rôle du médecin généraliste

Dans cette phase, le généraliste est un allié fondamental : il gère les comorbidités, collabore avec les spécialistes pour le traitement des effets secondaires, signale d'éventuels signes cliniques faisant soupçonner une récurrence de la maladie et apporte

son aide de manière continue. Il reste le point de référence pour tous les problèmes de santé non directement liés au cancer.

DEUXIÈME ÉTAPE : 10 ANS APRÈS LE DIAGNOSTIC. LE RETOUR À LA GESTION TERRITORIALE

Le dépassement des 10 années de suivi spécialisé représente une étape fondamentale. Dans les cas de carcinome *in situ* ou à faible risque, les temps du suivi spécialisé peuvent être plus brefs. Dans tous les cas, les intervalles proposés sont considérés comme appropriés pour réduire de manière significative le risque de récurrence, et le ramener à des niveaux proches de ceux de la population dans son ensemble.

La patiente peut et doit donc être réintégrée dans un parcours de santé et de prévention standard, géré par son médecin. Cela ne veut pas dire qu'elle va être abandonnée, mais que l'on va reconnaître le niveau de guérison et l'inviter à reprendre sa vie en main, avec sérénité et la conscience d'avoir relevé un grand défi.

Les objectifs de cette phase sont :

- **Le passage à une plus ample prévention** : l'attention se déplace de la surveillance oncologique spécifique pour les cancers du sein et de la sphère gynécologique à l'adoption de modes de vie corrects, dans le cadre d'une prévention tertiaire qui concerne la santé globale de la femme, comme pour toute autre personne.
- **La promotion d'un mode de vie sain** : alimentation correcte, activité physique régulière, arrêt du tabac et comportements proactifs et protecteurs pour la santé générale.
- **La gestion de la santé globale** : le généraliste reprend la pleine gestion de la santé de la patiente, en intégrant ses antécédents oncologiques dans la situation clinique globale.

LE PASSAGE DES CONSIGNES

Au terme du suivi spécialisé, l'oncologue rédige un rapport clinique final pour le généraliste dans une synthèse du dossier médical incluant les traitements effectués et les recommandations pour l'avenir. En cas d'apparition de nouveaux symptômes ou de suspicion clinique, il est opportun que le MG oriente de nouveau la patiente vers l'oncologue.



Dans le schéma ci-après, les contrôles recommandés après 10 ans :

- **Mammographie annuelle** : c'est le seul examen de suivi oncologique qui doit continuer. Si la patiente se situe dans la tranche d'âge éligible au dépistage, elle reprend les contrôles périodiques prévus pour cette phase. Dans certaines régions, la durée du dépistage a été étendue de 45 à 74 ans. En alternative, la mammographie sera prescrite directement par le médecin généraliste.
- **Autopalpation du sein** : c'est une bonne habitude à respecter régulièrement.
- **Examen de contrôle annuel chez le généraliste** : il est utile d'effectuer un bilan de santé complet pour surveiller la santé générale, la pression artérielle, le métabolisme et d'éventuelles autres pathologies.

Les examens sanguins spécifiques (comme les marqueurs tumoraux) ne sont plus nécessaires), ni les consultations oncologiques de routine, sauf en présence de symptômes ou de signes spécifiques.

POUR LA PATIENTE

C'est le moment de célébrer : vous avez accompli un parcours exigeant. Maintenant le médecin de famille, qui vous connaît et connaît vos antécédents médicaux, devient votre principal allié pour une vie longue et en bonne santé. La prévention du cancer du sein avec la mammographie annuelle reste votre arme la plus précieuse, comme pour toutes les femmes.

Dix ans : un objectif atteint, une nouvelle vie.

QUELLE RÉHABILITATION : APRÈS LE CANCER DU SEIN

Aussi précis soient-ils, les traitements conservateurs et la chirurgie d'exérèse et de reconstruction peuvent entraîner, à des degrés divers, des séquelles postopératoires dans la zone chirurgicale et dans le bras du côté opéré.

Il est bon que la patiente soit informée que des complications ou des effets indésirables, en général contenus, des thérapies chirurgicales et radiothérapeutiques peuvent se manifester. Certaines conséquences peuvent apparaître précocement, les premiers jours après l'opération, d'autres après quelques semaines ou même longtemps après.

PRÉCAUTIONS ET CONSEILS PRATIQUES APRÈS L'INTERVENTION

La période qui suit la chirurgie du cancer du sein est en général la plus délicate. Il est recommandé de :

- Éviter les transfusions, les piqûres et la prise de la tension du côté du membre opéré.
- Ne pas soulever d'objets excessivement lourds ou faire des efforts prolongés (repasser, prendre les enfants dans ses bras, soulever des animaux domestiques, faire la lessive, etc.).
- Éviter les chocs thermiques chaud-froid.
- Éviter, surtout pendant le traitement radiothérapique, l'exposition directe aux rayons du soleil ou aux UVA.
- Essayer, lorsque vous êtes allongée, de maintenir le membre homolatéral à la chirurgie en position surélevée (par exemple en mettant un coussin sous le bras).
- Porter un soutien-gorge sportif élastique sans armature.
- Éviter de conduire la voiture pendant les trois-quatre premières semaines après l'intervention.
- Mobiliser graduellement les bras, sans faire d'efforts excessifs, dès les premiers jours après l'intervention.



QUESTIONS FRÉQUENTES



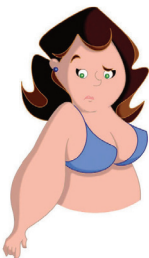
J'ai peur de bouger le bras et quand je le bouge, ça me fait mal. Est-ce qu'il vaut mieux ne pas le bouger ?

Garder le bras immobile après l'intervention contribue à augmenter la douleur : il vaut mieux le bouger normalement, en s'en servant naturellement pour les activités de la routine quotidienne (se peigner, se laver, prendre et poser des objets même en hauteur).



Il y a des petits « cordons » qui tirent dans l'aisselle, parfois jusqu'au coude, quand je lève le bras. Je dois m'inquiéter ?

Ces petits cordons (la lymphosclérose) peuvent apparaître sous la peau de l'aisselle après l'intervention chirurgicale : ils ne doivent pas faire peur, ni limiter le mouvement du bras. Effectuer les exercices lentement, avec plusieurs répétitions, en imaginant que le bras se prolonge dans l'espace, sans exercer une force excessive. Les exercices sont efficaces s'ils causent un effet d'étirement modéré sous l'aisselle.



J'ai un gonflement gênant sous l'aisselle. Est-ce que ça va passer ?

Après le retrait du drain, il peut être nécessaire d'aspirer avec une seringue le liquide qui se forme sous l'aisselle (sérome). La production de sérum peut durer quelques semaines avant de se réduire progressivement. Ceci ne vous empêche pas de mouvoir votre bras avec aisance pour les activités quotidiennes. De la même façon, il est important de continuer à bouger avec souplesse si un léger gonflement perdure dans la zone ou s'il apparaît lors de la radiothérapie, car le mouvement contribuera à rétablir la circulation lymphatique et veineuse, en réduisant la gêne.



Je n'ai pas de sensibilité sous l'aisselle et/ou à l'intérieur du bras. Ça va revenir à la normale ? Je ressens des fourmillements, des picotements, des décharges électriques sous l'aisselle, et/ou à l'intérieur du bras. Qu'est-ce qui m'arrive ? Je sens un poids sous l'aisselle, comme si j'avais un coussinet. Qu'est-ce que ça peut bien être ?

Il peut arriver pendant l'opération que quelques rameaux d'un nerf de la sensibilité cutanée soient endommagés. Dans la plupart des cas les symptômes diminuent progressivement avec le temps. Une activité qui prévoit des mouvements globaux du corps et des techniques de relaxation et de respiration peut être utile pour réduire les symptômes.



La cicatrice tire quand je lève le bras. Qu'est-ce que je peux faire ?

Déjà quelques jours après le retrait des points de suture, la cicatrice peut être traitée tous les jours avec des crèmes spéciales, en vente en pharmacie, pour améliorer l'élasticité de la peau. Le massage doit être effectué avec la pulpe des doigts en mouvements circulaires sur la peau, sans provoquer de rougeurs. L'auto-massage avec les crèmes élastifiantes peut continuer plusieurs mois. Si les adhérences de la cicatrice sont profondes, il peut être utile de s'adresser à des kinésithérapeutes experts dans le décollement manuel des cicatrices.

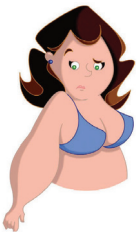


Je n'arrive pas à lever le bras comme l'autre et à redresser le coude au-dessus de la tête, même si je ne ressens pas de douleur.

Lors de l'intervention chirurgicale, le nerf qui maintient normalement l'omoplate attachée au thorax peut être endommagé. La lésion peut parfois être irréversible et la fonctionnalité du membre récupérée



seulement en partie. La rééducation posturale et des exercices spécifiques pour la scapula ailée peuvent être effectués dans n'importe quel centre de kinésithérapie. Il est recommandé de programmer une période de rééducation suffisante.



Mon bras va-t-il gonfler ?

La circulation lymphatique du membre supérieur est ralentie à cause du curage axillaire et de la radiothérapie. Deux ou trois personnes sur dix présentent avec le temps un gonflement visible au bras ou à des parties du bras (lymphœdème) : il peut se manifester tout de suite après l'intervention, à la fin de la radiothérapie ou bien des années après.

J'ai le bras gonflé !

Au stade initial, le gonflement (lymphœdème) peut se manifester dans une partie du membre (bras, avant-bras, main). Il régresse parfois spontanément, mais dans certains cas non et il peut devenir permanent, au fil du temps. Aux premiers signes de gonflement récurrent il donc toujours recommandé de s'adresser à votre médecin traitant, qui vous fera passer tous les contrôles nécessaires et, si c'est le cas, vous adressera à des kinésithérapeutes spécialisés dans le traitement du lymphœdème. Les thérapies administrées à temps sont généralement plus efficaces et pourront être résolutes.



Des taches rouges sont apparues sur le bras et je le sens chaud. Que se passe-t-il ?

L'exérèse des ganglions lymphatiques entraîne une insuffisance lymphatique qui peut prédisposer le membre à des processus inflammatoires ou infectieux. Les manifestations sont la rougeur de la peau, la chaleur localisée, la fièvre, la douleur et une brusque augmentation du volume du membre. La douleur est souvent le premier symptôme. Cde processus inflammatoire parfois peut se manifester également sur le sein. Le traitement consiste en un traitement médicamenteux à base d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires, pour lequel il faudra consulter rapidement votre médecin.

APRÈS LES TRAITEMENTS

ON PEUT GUÉRIR DU CANCER DU SEIN

Une des principales préoccupations des femmes qui ont été traitées pour un cancer du sein est que la maladie puisse se représenter. Les femmes opérées d'un cancer du sein doivent s'adresser à leur médecin traitant pour effectuer des examens cliniques et paracliniques périodiques et pour contrer les effets secondaires potentiels des traitements médicaux et chirurgicaux. La réadaptation ne doit pas être seulement physique, mais aussi psychologique, sociale et professionnelle. Il ne faut pas avoir peur de recourir à un support psychologique pour surmonter un événement difficile comme le cancer : le vaincre, cela signifie surtout briser les tabous. On ne vainc jamais le cancer tout seul.

Dans cette phase aussi il est recommandé de :

- Maintenir un poids corporel adéquat.
- Privilégier une alimentation riche en fruits frais, légumes et huile d'olive vierge extra.
- Pratiquer une activité physique régulière.
- Limiter la consommation d'alcool.
- Éviter de fumer.
- Reprendre dès que possible l'activité professionnelle et sociale normale.

LA BEAUTÉ EST LE BIEN-ÊTRE. SE VOIR MIEUX POUR SE SENTIR MIEUX

Pour la femme qui vit l'expérience du cancer entraînant un changement de son image personnelle et sociale, retrouver la beauté et la féminité est une étape importante pour retrouver la confiance en soi. Les Laboratoires CRE (Centres de référence esthétique) sont de véritables centres de médecine esthétique et régénérative à l'intention des patientes oncologiques. Ouverts dans quelques sièges de la LILT qui adhèrent à l'initiative, leur mission est d'accompagner les femmes dans leur parcours de reconquête de soi, qui passe entre autres par le soin de l'inconfort esthétique provoqué par les traitements.

Pour les peaux sensibles et rendues plus fragiles par les soins la déshydratation, les rougeurs et autres imperfections sont affrontées avec un parcours individuel et



personnalisé d'onco-esthétique, qui part d'une évaluation diagnostique et esthétique de la peau et se poursuit avec la prescription d'un traitement à domicile basé sur des produits spécifiques.

Le figures clé du CRE de la LILT sont l'onco-esthéticien et le médecin spécialisé en dermatologie, chirurgie plastique et/ou médecine esthétique, lesquels mettent à disposition des patientes même les traitements les plus novateurs et non invasifs de la médecine esthétique et régénérative.

Un suivi semestriel permettra de mieux évaluer les résultats obtenus et de calibrer ou ajouter d'autres traitements non chirurgicaux. Reconquérir sa féminité affectée par les traitements peut rendre la femme psychologiquement plus forte dans la lutte contre le cancer : on le sait, le bien-être et l'aspect sont intimement liés.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE. LA PATIENTE ET SES PROCHES

Être malade de cancer, ce n'est pas une expérience qui touche seulement le corps. Dès le moment où elle est diagnostiquée, la tumeur fait irruption dans la vie de la femme comme un événement traumatique avec d'importantes répercussions psychologiques et de profondes réactions émotives négatives. La maladie modifie les aspects personnels, familiaux et professionnels, provoquant parfois des difficultés à se reconnaître dans sa propre identité.

POURQUOI LE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Mettre en place un soutien psychologique peut intégrer le soins médicaux et la prise en charge de la douleur psychique. Le but est de soutenir les patientes, les aider à retrouver leurs points forts et leur offrir des stratégies personnalisées pour faire face de la meilleure façon possible à tous les événements auxquels la maladie peut les soumettre. Pour cette raison, en Italie, grâce au Plan oncologique national, toutes les patientes se voient conseiller une consultation avec un psycho-oncologue déjà au moment du diagnostic.

QUE FAIT UN PSYCHO-ONCOLOGUE

Le psycho-oncologue est un psychologue avec une compétence spécifique dans le soutien psychologique et dans la psychothérapie de la personne atteinte d'un cancer. Il

collabore avec l'équipe médicale pour promouvoir la santé globale de la patiente, en s'occupant de son bien-être psychologique. Les objectifs de son intervention sont :

- Soutenir la patiente dans les moments de plus grande criticité.
- La soutenir dans l'élaboration de nouveaux sens et de nouvelles valeurs à attribuer à la vie.
- La soutenir pendant les processus décisionnels, en augmentant la participation au parcours de soins et en améliorant l'observance et la satisfaction globale.
- Soutenir la famille de la patiente, partie intégrante de l'expérience de maladie.
- Promouvoir des modes de vie sains.

LE DROIT À L'OUBLI

UNE NOUVELLE PROTECTION POUR CELLES QUI SONT GUÉRIES

Affronter un cancer est une expérience qui marque profondément, mais grâce aux progrès de la médecine, de plus en plus de personnes guérissent. Toutefois, même après la guérison, il n'est pas rare de se trouver face à des obstacles qui n'ont rien à voir avec la santé : la difficulté à obtenir un prêt, souscrire une assurance, participer à un concours public ou, simplement, à pouvoir repenser sereinement son avenir. Avec l'entrée en vigueur de la loi n° 193 de 2023, l'Italie a introduit ce qu'on appelle le « droit à l'oubli oncologique ». Il s'agit d'un principe fondamental qui garantit aux personnes guéries d'un cancer le droit à ne plus être obligées de déclarer la maladie qu'elles ont eue, si dix ans se sont écoulés depuis la fin des traitements actifs et qu'aucune rechute n'est survenue. Cette période se réduit à cinq ans pour ceux et celles qui ont reçu leur diagnostic avant leurs vingt et un ans. Le droit à l'oubli représente un tournant culturel et social, car il reconnaît non seulement la guérison clinique, mais aussi la guérison existentielle. Cela signifie que personne ne peut plus vous exclure ou vous discriminer à cause de votre dossier médical, en vous rendant pleinement la liberté de vivre, de travailler et de rêver.



PRISE EN CHARGE PLUS RAPIDE DU CANCER DU SEIN

Les récents décrets d'application de la loi 193/2023 ont défini une prise en charge plus rapide pour des pathologies spécifiques. Pour le cancer du sein diagnostiqué à un stade précoce (Stade I et II), par exemple, le droit à l'oubli est acquis après seulement 12 mois à compter de la fin du traitement actif, indépendamment de l'âge au moment du diagnostic.

PRÉVENIR LES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes et le deuxième chez les femmes jeunes, entre 15 et 44 ans. La découverte du rapport entre l'infection par le papilloma virus humain (HPV) et le cancer du col de l'utérus est l'une des découvertes les plus importantes dans l'étiologie des cancers.

Les vaccins anti-HPV sont efficaces, sûrs et bien tolérés. Ils sont recommandés et gratuits tant pour les garçons que pour les filles à partir de 11 ans. Ils permettent de prévenir dans l'ensemble jusqu'à 90% des cancers du col et jusqu'à 70-80% des lésions prénéoplasiques d'un degré élevé. Les vaccins anti-HPV préviennent également les lésions pré tumorales et les cancers de la vulve, du vagin et de l'anus.

Le vaccin anti-HPV peut donc être recommandé comme forme de vaccin individuel également chez les femmes adultes, sexuellement actives, déjà traitées pour des lésions associées au HPV, étant désormais un vaccin universel (étendu aussi aux hommes et à des catégories à risque particulières. L'amélioration des stratégies de prévention secondaire, basées sur le Pap-Test et sur l'introduction du nouveau test HPV après 30 ans, permet un diagnostic précoce des lésions prénéoplasiques du col de l'utérus et un traitement adéquat pour éviter son évolution en cancer. La vaccination anti-HPV et le dépistage cervical sont de précieux alliés pour chaque femme et pour chaque couple.

CONSEILS POUR LES TRÈS JEUNES

Toutes les études disponibles indiquent que la probabilité de développer un cancer dépend de l'intensité et de la durée de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risque. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 40% des cas de cancer pourraient être évités si l'on adoptait des modes de vie sains.

Vos choix d'aujourd'hui sont la meilleure prévention pour votre santé de demain. Les comportements les plus importants sur lesquels vous pouvez agir sont :

- Ne pas fumer et limiter la consommation d'alcool.
- Manger sainement : beaucoup de fruits et de légumes, peu d'aliments transformés.
- Se protéger du soleil avec des crèmes haute protection et éviter les heures les plus chaudes.
- Faire une activité physique régulière.
- Éviter les infections comme l'HPV, qui se prévient avec le vaccin et avec des rapports protégés.

Ces simples gestes sont les armes les plus puissantes que vous avez pour défendre votre corps et vivre une vie longue et en bonne santé.

LE FUTUR EN SÉNOLOGIE

La sénologie est en rapide évolution. En dehors des progrès dans l'intelligence artificielle déjà décrits dans la section sur le diagnostic, il y a en cours des technologies et des approches innovantes qui pourraient changer ultérieurement le panorama du diagnostic et du traitement.

Un retard de diagnostic compromet en effet :

- **Les soins** (des traitements plus légers et moins invasifs).
- **La guérison** (survie).
- **La vie** (attentes et qualité).

Mais pour atteindre l'objectif de guérison du cancer du sein, il faut plutôt se concentrer sur :

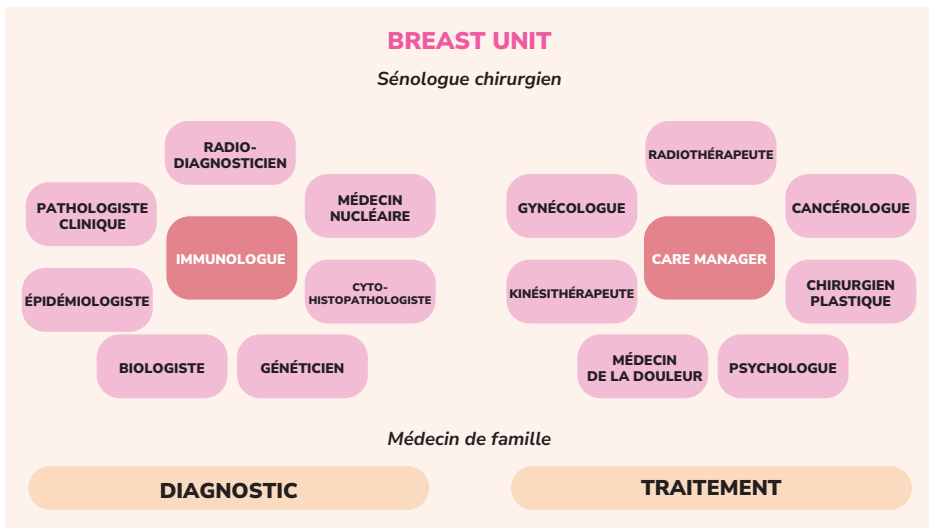
- **Le dépistage** (élargissement).
- **Le raffinement technologique** (évolution).
- **Le bioprofil** (traitements plus efficaces).



LES CHANGEMENTS EN SÉNOLOGIE

Les tendances principales qui guident l'évolution de la sénologie clinique et organisationnelle sont :

- Une rapide évolution de la complexité clinique, avec des diagnostics de plus en plus précoces et des traitements de plus en plus ciblés.
- Une amélioration constante du diagnostic précoce, grâce à l'intégration de technologies avancées.
- Un parcours multidisciplinaire comme traitement de référence avec la *Breast Unit* au centre du processus.
- Des patientes de plus en plus informées et exigeantes, actrices de leur propre parcours de soins.
- Des établissements de haute qualité
- Des traitements diagnostiques et thérapeutiques personnalisés en phase avec les protocoles internationaux.
- L'humanisation des soins socio-sanitaires : une attention croissante à la qualité de vie, au soutien psychologique et à la réhabilitation globale.



LE SUIVI : LA BIOPSIE LIQUIDE (CTDNA)

Il s'agit d'une simple prise de sang, qui permet de rechercher des fragments d'ADN tumoral en circulation. Quoique faisant encore l'objet d'intenses études cliniques, cette technique promet d'intercepter un éventuel retour de la maladie des mois avant que celle-ci soit visible aux examens radiologiques traditionnels. Ceci ouvre des perspectives significatives pour un suivi encore plus précoce et personnalisé.

NOUVEAUX OUTILS DE DIAGNOSTIC EN COURS D'EXPÉRIMENTATION

- **Biosenseur salivaire** : un dispositif qui utilise des bandelettes de papier imprégnées d'anticorps spécifiques, capables de se lier à des biomarqueurs typiques du cancer du sein après l'envoi d'impulsions électriques. L'analyse ne demande que quelques gouttes de salive et les résultats sont disponibles en quelques secondes, à un coût très raisonnable. Il s'agit encore d'une technologie en phase expérimentale.
- **MammoWave** : une technologie diagnostique basée sur les micro-ondes et l'intelligence artificielle, capable de repérer les moindres variations des tissus mammaires. Contrairement à la mammographie, elle n'utilise pas de rayonnements ionisants, ce qui la rend potentiellement utilisable pour la prévention même chez les femmes jeunes.
- **L'IA prédictive** : systèmes d'intelligence artificielle en mesure de prévoir si une femme développera un cancer du sein avec 1-5 années d'avance, en se fondant exclusivement sur les différences localisées dans le tissu du sein droit par rapport au gauche, identifiées sur les images mammographiques.



LA LILT

La Ligue italienne contre le cancer (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori – LILT) est le seul organisme public national associatif existant en Italie avec pour objectif spécifique de vaincre le cancer. Placée sous la tutelle du ministère de la Santé, elle opère sans but lucratif et a pour mission institutionnelle principale la promotion de la culture de la prévention oncologique comme mode de vie.

Depuis plus de 100 ans la LILT promeut sur tout le territoire national – en collaboration avec les principales institutions et les plus importantes organisations nationales et internationales opérant dans le domaine de l'oncologie – des campagnes de sensibilisation et des initiatives visant à diffuser des informations correctes et un mode de vie sain. Elle est membre de l'European Cancer League (ECL) et joue un rôle institutionnel dans le cadre de la programmation oncologique européenne.

SA MISSION

L'objectif de la LILT est de vaincre les cancers par la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Avec sa devise « Prévenir, c'est vivre », elle entend souligner le rôle de la prévention comme l'arme la plus efficace dans la lutte contre le cancer, tel que le confirment une réduction de la mortalité pour certaines néoplasies, ainsi que l'allongement de la durée de vie et l'amélioration de la qualité de vie du malade du cancer.

SES ACTIVITÉS

- **La prévention primaire** : une alimentation correcte et l'éducation à la santé grâce à des supports éducatifs et informatifs, des campagnes de sensibilisation, des rencontres dans les écoles, des manifestations nationales et régionales, la lutte contre le tabagisme (numéro vert SOS LILT 800 998877).
- **La prévention secondaire** : visites spécialisées et examens pour le diagnostic précoce, dans le but de repérer d'éventuelles lésions tumorales au stade initial, en augmentant considérablement la possibilité de guérison et en recourant à des traitements moins agressifs.
- **La prévention tertiaire** : réhabilitation physique, psychologique, sociale et professionnelle de la personne atteinte d'un cancer, grâce aux Associations au niveau

des provinces et des Points de prévention (cabinets médicaux en collaboration avec le Système de santé national (SSN)).

- **L'assistance à domicile** : intégration avec les associations locales pour l'accès aux soins hospitaliers. Les Provinces garantissent une prise en charge de type médical, psychologique, de soins infirmiers et, souvent aussi psychosociale et financière.
- **La recherche scientifique** : la LILT promeut des études sur l'innovation et la prévention, en collaborant avec des institutions nationales et internationales. Dans la dernière décennie, plus de 100 projets ont été financés à hauteur d'environ 20 millions d'euros, de manière spécifique en ce qui concerne l'amélioration de la prévention primaire, secondaire et l'assistance aux patients cancéreux et à leur famille.

COMMENT SOUTENIR LA LILT

DONS

Les dons en espèces au Siège national peuvent être effectués

- Sur le **compte courant postal** n° 28220002
Code IBAN : IT73 H076 0103 2000 0002 8220 002
- Par **virement bancaire** au nom de : Lega Italiana Lotta Contro Tumori -
Sede Centrale
c/o Tesoreria MONTE DEI PASCHI DI SIENA - Via del Tritone, 14 - 00186 Roma
Code IBAN : IT 61 E 01030 03200 000006418011
BIC : PASCITMMROM

Vous pouvez découvrir d'autres façons d'effectuer des dons à la LILT en visitant le site web à la page <https://www.lilt.it/come-aiutarci/privati/donazioni>

5X1000

La LILT s'engage à promouvoir et à mettre en œuvre des études sur l'innovation et la recherche. Dans la dernière décennie, plus de 100 projets ont été financés pour une enveloppe globale d'environ 20 millions d'euros, de manière spécifique en ce qui concerne l'amélioration de la prévention primaire, secondaire et l'assistance aux patients cancéreux et à leur famille.



Dans les formulaires CU, 730 et UNICO remplissez l'encadré « Finanziamento della ricerca sanitaria » (financement de la recherche dans le domaine de la santé) ou « Finanziamento della Ricerca Scientifica e della Università » (financement de la recherche scientifique et de l'Université), en indiquant le numéro d'identification fiscale (C.F.) 80118410580 (Siège national).

Toutes les informations sur www.5x1000allalilt.it

Nous remercions très sincèrement :

- Giuseppe Tonini
Vice-président du Comité scientifique de la LILT

Et le Groupe de travail sur les pathologies mammaires :

- Carlo Cabula (Coordinateur)
Chirurgien sénologue, ancien praticien de l'Unité de Sénologie de l'Hôpital Oncologique de Cagliari
- Marina Bortul
Chirurgienne sénologue, ancienne praticienne de l'Unité de Sénologie de l'Hôpital Oncologique de Trieste ASUGI/UNITS
- Antonella Ciabattoni
Radiothérapeute, Centre hospitalier San Filippo Neri, Agence régionale de santé (ASL) n° 1 de Rome
- Gianluca Franceschini
Chirurgien sénologue, Unité de Sénologie de l'Hôpital Gemelli de Rome
- Donatella Gimigliano
Journaliste, Experte en communication
- Francesco Palumbo
Chirurgien sénologue, Université Sacro Cuore de Campobasso
- Federica Pediconi
Sénologie diagnostique et interventionnelle, Hôpital Umberto I, rattaché à l'Université Sapienza de Rome
- Antonio Santoriello
Unité de Sénologie, Clinique « Prof. Dr Luigi Cobellis », Vallo della Lucania
- Clementina Savastano
Cancérologue, ancienne praticienne du CHU de Salerne
- Stefano Spinaci
Sénologie territoriale, Agence régionale de santé (ASL) n° 3 de Gênes



LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI

prevenire è vivere

for women
CAMPAGNA NASTRO ROSA

CON IL SOSTEGNO DI



Région Autonome
Vallée d'Aoste
Regione Autonoma
Valle d'Aosta

CON IL PATROCINIO DI



SOS LILT 800-998877

www.lilt.it    lilt nazionale