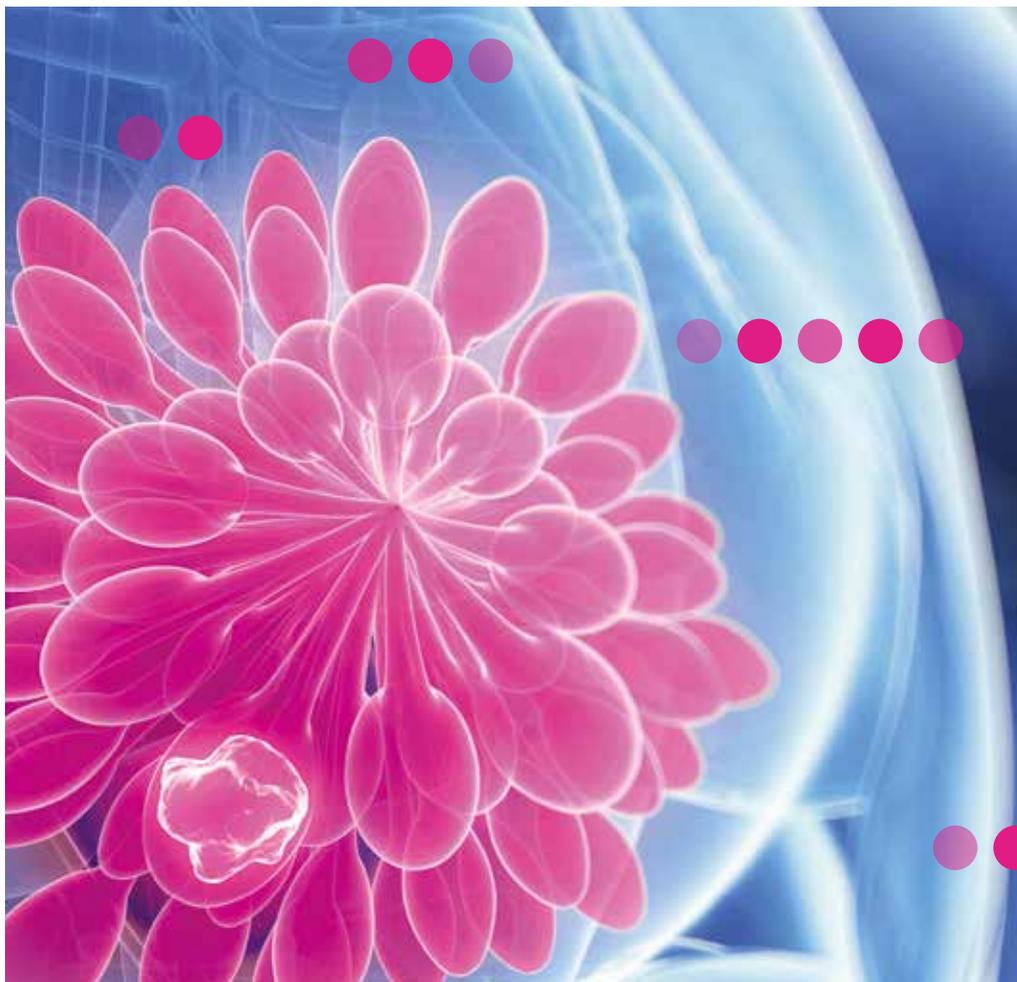


Comprendre mon compte rendu d'anatomopathologie

Guide pour les patientes atteintes de cancer du sein



Brochure pour patients

Éditeur

Fondation Cancer
209, route d'Arlon
L-1150 Luxembourg
RCS Luxembourg G 25

T 45 30 331

E fondation@cancer.lu

www.cancer.lu

*Source : Understanding your pathology results
Breast Cancer Care (UK)*

Merci

Nous remercions *Breast Cancer Care* (Royaume-Uni) de nous avoir transmis le texte original d'*Understanding your pathology results*, base de la présente brochure.

Tous nos remerciements également au Professeur Dr Michel Mittelbronn du Laboratoire national de Santé pour sa collaboration.

Photos : iStock

Cette brochure est également disponible en allemand.

Edition 2019

Avant-propos

Chère lectrice,

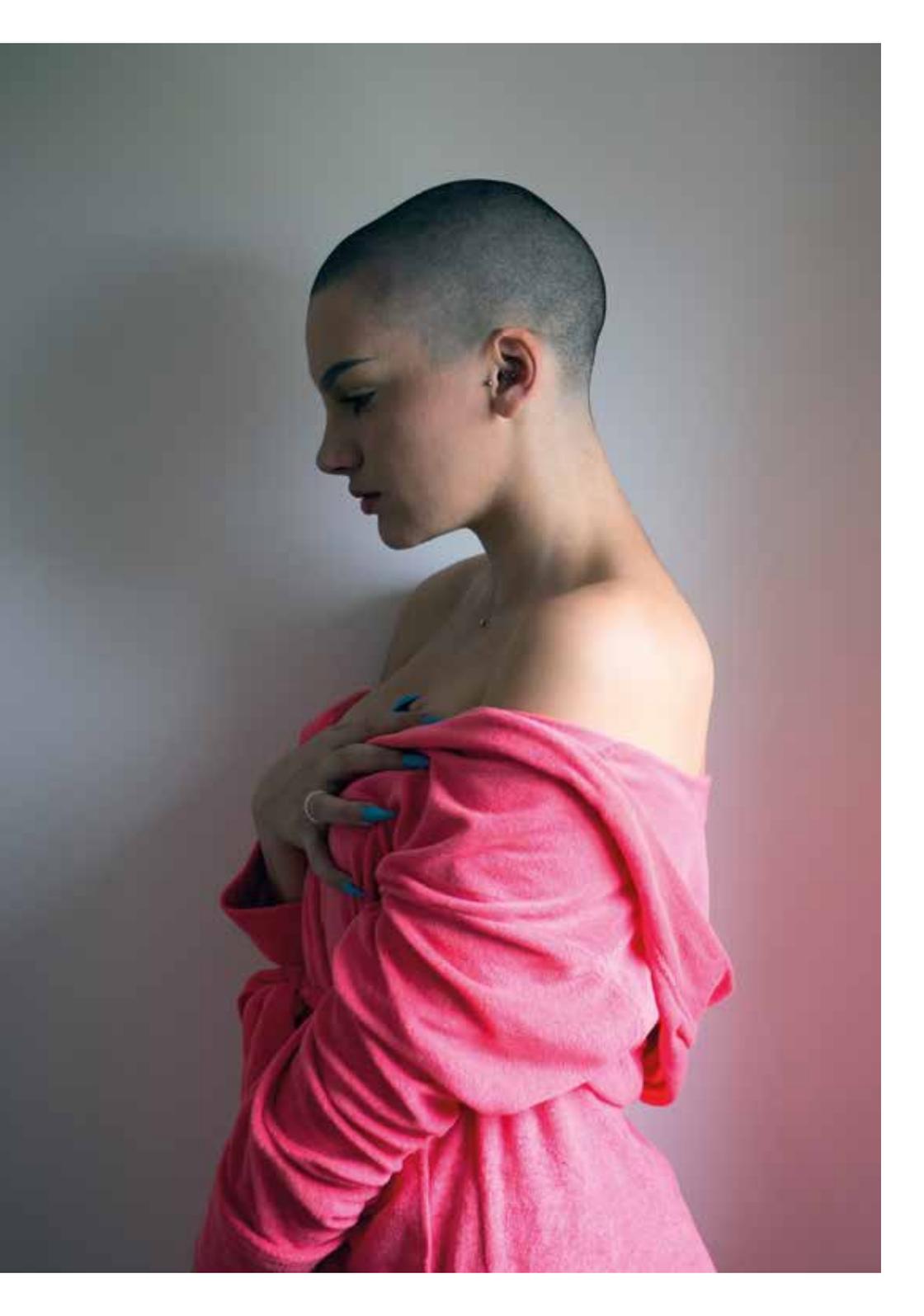
Tout traitement contre le cancer du sein est précédé de la phase du diagnostic. Le protocole thérapeutique repose, avec les résultats cliniques et radiologiques, sur le compte rendu anatomopathologique. Ce dernier englobe de nos jours les résultats du diagnostic de base (et qui inclut l'identification du type de tumeur, de son degré d'extension et de son grade), ainsi que le dosage des marqueurs moléculaires voire génétiques. À l'issue du processus d'analyse, le pathologiste résume ses complexes conclusions médicales dans un compte rendu souvent peu intelligible pour les non-initiés.

Notre objectif avec ce guide est de vous aider à vous y retrouver et à mieux comprendre votre compte rendu d'anatomopathologie. Les explications peuvent autant servir à vous préparer à votre prochain rendez-vous avec votre médecin qu'à mieux accepter le traitement prévu.

L'équipe de la Fondation Cancer

Contenu

Qu'est-ce que l'anatomopathologie ?	6
L'attente des résultats	6
Qu'est-ce qu'un compte rendu anatomopathologique ?	7
Le contenu d'un compte rendu anatomopathologique	7
Terminologie fréquemment utilisée lors du diagnostic de tumeurs mammaires	9
Les informations du compte rendu anatomopathologique	10
De quel type de cancer du sein s'agit-il ?	
Quelle est la taille de la tumeur ?	
Quel est le grade du cancer ?	
Que signifie Ki67 ?	
La tumeur a-t-elle été entièrement retirée ?	
Des cellules tumorales se trouvaient-elles dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins (invasion lymphovasculaire) ?	
Les ganglions lymphatiques sont-ils atteints ?	
Les cellules tumorales possèdent-elles des récepteurs d'œstrogènes (RO+) ?	
Les cellules tumorales sont-elles HER2 positives (HER2+) ?	
Tests d'expression génique	21
Possibles questions au médecin	23



Les informations que contient le compte rendu anatomo-pathologique proviennent des examens pratiqués sur des prélèvements de tissus. Ce compte rendu permet aux médecins de décider du traitement le plus approprié à votre cas et d'évaluer les risques de récurrence du cancer.

Le compte rendu anatomopathologique peut contenir des termes qui vous échappent. Vous trouverez une liste des expressions les plus fréquentes à la page 9.

Qu'est-ce que l'anatomopathologie ?

L'anatomopathologie est une branche de la médecine qui étudie la façon dont une maladie affecte les cellules et les tissus.

Le tissu prélevé par biopsie ou intervention chirurgicale est analysé au microscope et parfois aussi soumis à d'autres tests moléculaires. Les résultats sont résumés dans le compte rendu anatomopathologique qui renseigne sur le type de cancer du sein et sur ses caractéristiques spécifiques.

Le compte rendu peut également reposer sur des tests d'expression génique. Ces derniers ne concernent toutefois pas toutes les patientes (voir p. 21).

L'attente des résultats

L'attente du compte rendu anatomopathologique est souvent difficile à supporter. Sa durée dépend du type de biopsie ou d'intervention et de sa localisation. Le plus souvent, les résultats sont communiqués une à deux semaines plus tard, parfois plus pour certains tests. Il arrive aussi que les pathologistes sollicitent un deuxième avis, ce qui rallonge le délai d'attente. Votre médecin devrait être en mesure de vous indiquer la mise à disposition des résultats.

Il se peut que l'annonce des résultats soit pénible à entendre, le soutien d'un parent ou d'une amie proche lors du rendez-vous peut vous être précieux. N'hésitez pas à poser des questions si certains éléments ne sont pas clairs. Vous pouvez également demander une copie du compte rendu pour le revoir seule ou avec un membre de votre équipe soignante.

Qu'est-ce qu'un compte rendu anatomopathologique ?

Il est pratiquée par un anatomopathologiste (médecin qui examine les échantillons de cellules ou tissus). Les résultats sont rapportés dans le compte rendu anatomopathologique.

Ainsi, par exemple, un compte rendu est rédigé si vous subissez une biopsie (prélèvement d'un échantillon de tissu à examiner au microscope), une opération de chirurgie conservatrice (ablation de la tumeur et d'une marge, partie de tissu sain avoisinant) ou une mastectomie (ablation de l'ensemble du tissu mammaire incluant le mamelon).

Le nombre d'informations que contient le compte rendu est lié au type et à la quantité de tissu prélevé, il est donc variable. Un compte rendu de biopsie contient moins d'éléments qu'un compte rendu après une opération. Il est possible que vous deviez attendre tous les résultats d'anatomopathologie avant que le plan de traitement global ne soit mis en place.

Le contenu d'un compte rendu anatomopathologique

Tous les comptes rendus anatomopathologiques ne se ressemblent pas. La présentation et la terminologie varient d'un hôpital à l'autre. Voici néanmoins leur structure d'une façon générale :

Informations générales

Ces dernières incluent votre nom, votre date de naissance, le nom de l'hôpital, le nom de votre médecin traitant et la date de l'intervention ou biopsie.

Informations cliniques

Il s'agit d'informations pour l'anatomopathologiste concernant le tissu, telles que la localisation du prélèvement dans le sein.

Informations sur le tissu mammaire avant l'examen microscopique

On appelle « examen macroscopique » cette section du compte rendu qui contient la plupart du temps des informations sur :

- la taille, le poids et l'aspect du tissu et
- la façon dont le tissu a été préparé pour l'examen microscopique.



Caractéristiques de la tumeur observées au microscope

Cette section est désignée par « examen microscopique » sur le compte rendu. Les caractéristiques examinées seront détaillées dans la partie « les informations du compte rendu anatomopathologique » page 10.

Résumé des principales conclusions

À la section « diagnostic », les principales conclusions sont le plus souvent résumées de façon claire ou de nouveau énumérées.

L'ensemble des données présentes dans le compte rendu anatomopathologique est prise en considération pour décider des traitements possibles de votre cancer du sein et évaluer leurs bénéfices potentiels. Aucune information n'est considérée de façon isolée, chacune est toujours évaluée en fonction des autres résultats.



Terminologie fréquemment utilisée lors du diagnostic de tumeurs mammaires

Cancer du sein de stade précoce

Cancer du sein qui ne s'est pas encore propagé au-delà du sein ou dans les ganglions lymphatiques axillaires.

Cancer du sein invasif

Cancer du sein qui se développe dans des parties du corps avoisinantes et qui peut également métastaser.

Cancer du sein non-invasif

Tumeur qui n'a pas encore développé la capacité de se propager à l'intérieur du sein ou dans une autre région du corps.

Cellules tumorales isolées (CTI)

Amas de cellules tumorales inférieur à 0,2 mm dans les ganglions lymphatiques.

Compte rendu anatomopathologique

Compte rendu rédigé par un anatomopathologiste à l'issue de l'analyse d'un tissu prélevé.

Grades

Système de classification des tumeurs cancéreuses qui renseigne sur le degré de différenciation des cellules tumorales par rapport au tissu mammaire sain et sur leur vitesse de croissance.

Invasion lymphovasculaire

Indique si des cellules tumorales ont pénétré dans les vaisseaux lymphatiques et sanguins où elles sont visibles au microscope.

Ki67

Protéine présente dans les cellules en cours de division. Plus le taux est élevé, plus les cellules tumorales se développent et se divisent rapidement.

Marge d'exérèse / de résection

Indique la distance à laquelle la tumeur se trouvait des bords du tissu prélevé lors de l'intervention chirurgicale.

Micrométastases

Amas de 0,2 mm à 2 mm de cellules tumorales dans les ganglions lymphatiques.

Multifocal

Plusieurs foyers tumoraux dans un même quadrant du sein.

Multicentrique

Foyers tumoraux situés dans plusieurs quadrants du sein.

Anatomopathologie

Branche de la médecine qui étudie la façon dont une maladie affecte les cellules et les tissus.

Anatomopathologiste

Médecin qui examine les cellules et le tissu au niveau microscopique et moléculaire.

TNS (de type non spécifique)

Cellules tumorales qui ne présentent pas de caractéristiques spécifiques permettant leur classification.

Les informations du compte rendu anatomopathologique

Les informations ci-après figureront dans le compte rendu anatomopathologique de votre cancer du sein.

De quel type de cancer du sein s'agit-il ?

Il existe plusieurs types de cancers de sein. Le diagnostic dépend de l'analyse microscopique.

Cancer du sein de stade précoce

Un cancer du sein de stade précoce est un cancer qui ne s'est pas encore propagé au-delà du sein et dans les ganglions lymphatiques (glandes) des aisselles. Il peut être invasif ou non-invasif (on dit aussi in situ).

La plupart des cancers du sein sont invasifs, ce qui signifie qu'ils peuvent envahir d'autres régions du corps puis se propager à la périphérie. Cela ne signifie pas nécessairement que le cancer s'est déjà propagé ou va se propager mais qu'il est en capacité de le faire.

Les cancers du sein non-invasifs n'ont pas encore développé la capacité à s'étendre à l'intérieur du sein ou dans une autre partie du corps. La présence simultanée de zones de cancer invasif et non-invasif est fréquente.

Carcinome canalaire infiltrant ou invasif / carcinome infiltrant TNS

C'est le type de cancer du sein le plus fréquent. La mention TNS, « de type non spécifique » signifie que les caractéristiques des cellules tumorales observées au microscope n'ont pas permis de conclure à un type spécifique.

Autres formes de cancers invasifs

D'autres formes de cancer du sein présentent des caractéristiques spécifiques et peuvent être classées après examen au microscope. Ces tumeurs, listées ci-après, sont en général traitées comme le carcinome canalaire infiltrant (carcinome infiltrant TNS) :

- le carcinome lobulaire invasif
- le cancer du sein inflammatoire
- la maladie de Paget mammaire
- le carcinome tubuleux
- le carcinome cribriforme
- le carcinome mucineux
- le carcinome médulaire
- le carcinome papillaire
- le carcinome micropapillaire
- la tumeur phyllode maligne
- le carcinome métaplasique

Carcinome canalaire *in situ* (CCIS)

Il s'agit d'un cancer du sein à un stade précoce. On parle parfois aussi de précancer.

Options thérapeutiques

Le traitement recommandé dépend du type de cancer du sein dont vous êtes atteinte.



Possibles questions

- De quel type de cancer suis-je atteinte ?
- S'agit-il d'un cancer invasif ou non-invasif ?
- Puis-je avoir une copie du compte rendu anatomopathologique ?



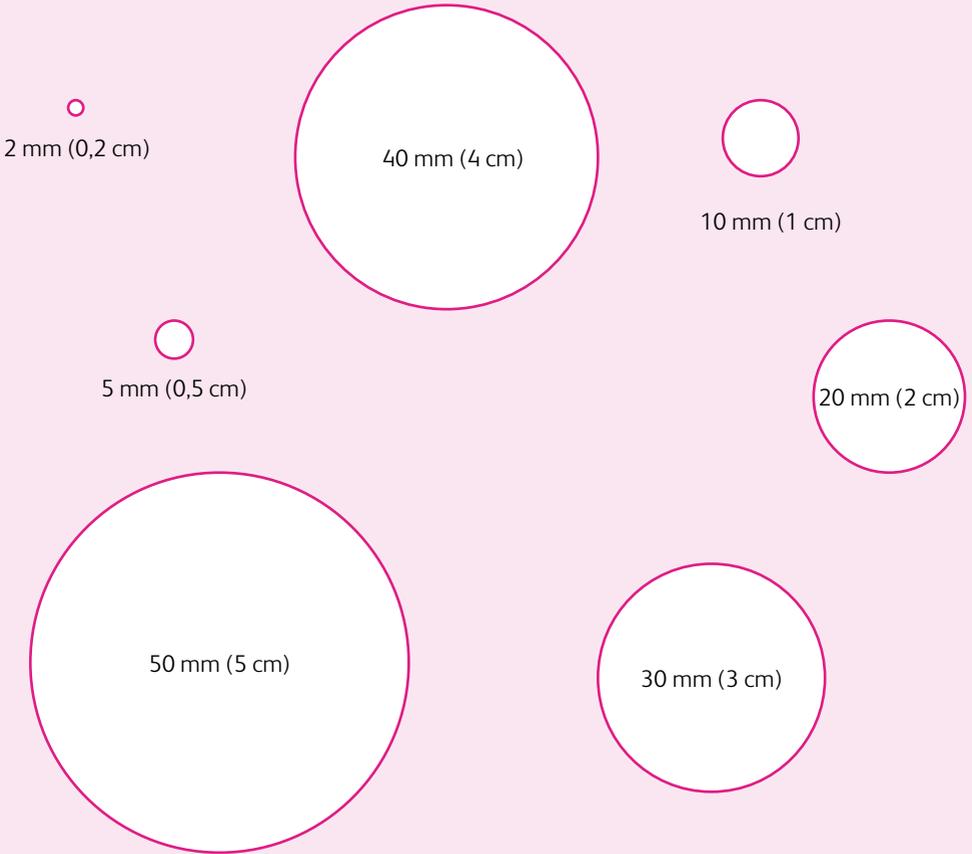
Quelle est la taille de la tumeur ?

La tumeur est mesurée en ses points les plus distants et sa taille généralement exprimée en millimètres (mm).

Lorsqu'un CCIS et un carcinome invasif sont découverts, le compte rendu anatomopathologique indique alors la taille globale de la tumeur ainsi que la proportion de chaque type de carcinome. En présence d'un CCIS et d'un carcinome invasif, le médecin traitant prend en compte uniquement les informations concernant le carcinome invasif pour déterminer le traitement approprié ainsi que le pronostic.

Si les résultats des traitements sont, il est vrai, meilleurs dans le cas de petites tumeurs en général, la taille n'est pas le seul facteur pertinent et ne représente qu'une partie de l'ensemble des résultats. Une tumeur de petite taille peut avoir une croissance rapide et une grosse tumeur une croissance lente, et l'inverse est tout aussi possible.

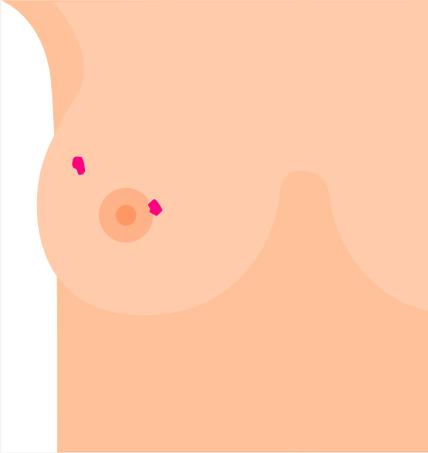
Taille en millimètres et centimètres



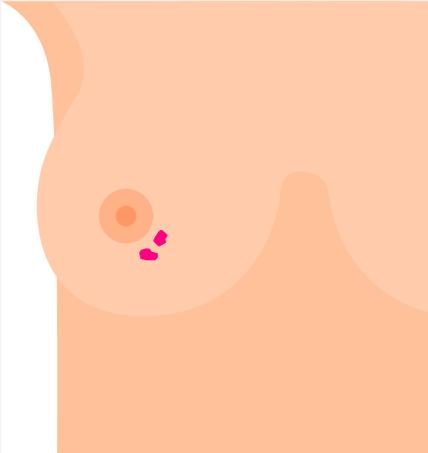
Il arrive qu'un même cancer ait plusieurs zones tumorales. La taille de chaque tumeur est alors mesurée individuellement. Le carcinome est dit multicentrique lorsqu'il y a des foyers tumoraux dans différents quadrants, et multifocal lorsqu'il est constitué de plusieurs lésions situées

sur le même quadrant. Le compte rendu anatomopathologique précise s'il s'agit d'un carcinome multifocal (limité à un seul quadrant) ou multicentrique (sur plusieurs quadrants).

Cancer du sein multicentrique



Cancer du sein multifocal



Certaines patientes reçoivent un traitement par chimiothérapie avant l'intervention chirurgicale. On parle alors de chimiothérapie néoadjuvante ou primaire. Le compte rendu anatomopathologique indique dans ce cas les changements de taille de la tumeur sous l'influence de la chimiothérapie (réponse pathologique).

Une distinction est faite entre :

- la rémission complète (il n'y a plus de tumeur),
- la rémission partielle (des cellules tumorales sont encore décelables),
- la maladie stable (pas d'évolution du volume tumorale après la chimiothérapie) ou en progression (augmentation de la tumeur depuis le début de la chimiothérapie).

Options thérapeutiques

La taille et la localisation du carcinome rapportées à la taille du sein peuvent avoir une influence sur le type d'intervention chirurgicale proposé. Une chirurgie conservatrice (on parle aussi de tumorectomie, de lumpectomie ou quadrantectomie) est par exemple souvent possible pour les petites tumeurs et consiste à retirer la tumeur avec une petite marge de tissu sain.

Lorsque la tumeur est trop importante par rapport à la taille de sein, l'oncologue peut alors recommander une mastectomie (ablation complète du sein) ou une chimiothérapie avant l'opération (chimiothérapie néoadjuvante ou primaire) dans le but de réduire la taille de la tumeur avant l'intervention.

Les raisons pour lesquelles le spécialiste peut ou non recommander une chimiothérapie dépendent de la taille de la tumeur et d'autres facteurs tels que l'atteinte des ganglions (voir p. 16). En général, les patientes dont la tumeur excède 2 cm reçoivent une chimiothérapie : on considère que les tumeurs d'une certaine taille sont présentes depuis un certain temps précé-

dant leur dépistage et que la probabilité qu'elles aient déjà essaimé est donc plus élevée.



Possibles questions

- Quelle est la taille de la tumeur / du carcinome ?
- Le cancer est-il localisé à un ou plusieurs endroits du sein ?

Quel est le grade du cancer ?

Le grade renseigne sur le degré de différenciation des cellules tumorales par rapport au tissu mammaire sain et sur leur vitesse de croissance.

Le grade n'indique pas le stade du cancer, lequel ne figure pas dans le compte rendu anatomopathologique.

Cancer du sein invasif

Le cancer du sein invasif est classé en trois grades :

- G 1 – grande ressemblance avec les cellules normales, croissance peu agressive
- G 2 – moins de ressemblance avec le tissu sain, croissance plus rapide
- G 3 – forte modification par rapport au tissu sain, croissance généralement agressive

Options thérapeutiques

En règle générale, les patientes atteintes d'un cancer du sein invasif de grade 3 se voient proposer une chimiothérapie pour détruire les cellules tumorales que la tumeur en forte croissance a déjà disséminées.

Carcinome canalaire *in situ* (CCIS)

On distingue également trois grades dans le cas du CCIS : bas, moyen et haut.



Possibles questions

- De quel grade est le cancer ?

Que signifie Ki67 ?

Le Ki67 est une protéine présente dans les cellules tumorales en cours de division. Plus le taux est élevé, plus les cellules tumorales se développent et se divisent rapidement. Le taux de Ki67 n'est en règle générale pas mentionné dans le compte rendu anatomopathologique, mais si tel est le cas, c'est la proportion de cellules tumorales exprimant le Ki67 qui est indiquée. Une valeur inférieure à 10 % est dite peu élevée, moyenne entre 10 et 20 % et élevée à plus de 20 %. Plus le taux est élevé, plus les cellules se développent et se divisent rapidement.

La tumeur a-t-elle été entièrement retirée ?

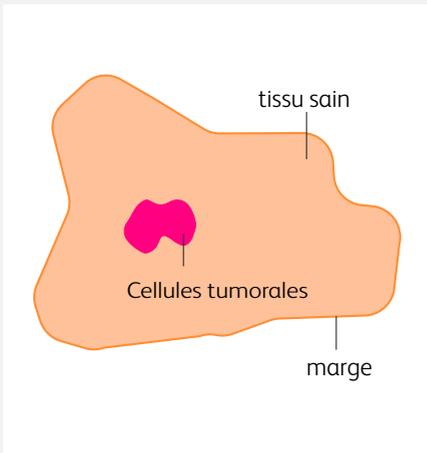
Le compte rendu anatomopathologique indique la distance entre les cellules tumorales et les marges du tissu prélevé. On parle de marges d'exérèse, de résection ou encore de sécurité. Il est important que la tumeur ait été retirée avec une zone de tissu sain pour garantir que toutes les cellules malignes aient bien été extraites :

- marges d'exérèse négatives : la tumeur a été enlevée de telle sorte que les marges sont exemptes de cellules tumorales.

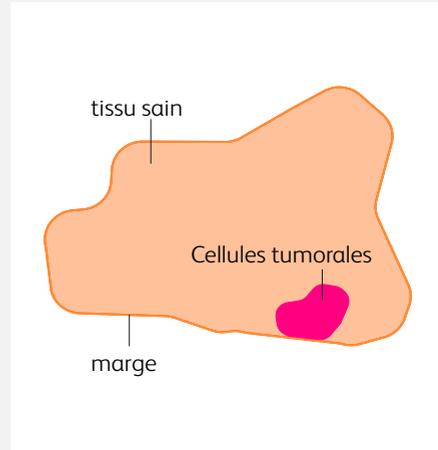
- marges d'exérèse positives : les cellules malignes étaient très proches des marges ou les avaient atteintes.

Le compte rendu anatomopathologique indique normalement la distance entre la tumeur et les marges de résection. Vous pouvez le cas échéant lire ainsi les termes suivants : supérieur, inférieur, médian (vers le milieu), latéral (vers le côté), antérieur (devant) et postérieur (derrière). La marge de tissu sain entourant la tumeur est normalement de 1 mm.

Marges négatives



Marges positives



Options thérapeutiques

Si les marges sont négatives, il est peu probable que vous ayez à subir une nouvelle intervention. Si elles sont positives ou proches de la tumeur, une nouvelle intervention peut s'imposer en fonction du type et du nombre de marges atteintes. Une mastectomie est parfois alors nécessaire pour assurer l'élimination de toutes les cellules tumorales.



Possibles questions

- À votre connaissance, est-ce que toutes les cellules tumorales ont pu être retirées ?

Des cellules tumorales se trouvaient-elles dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins (invasion lymphovasculaire) ?

Le sein est parcouru de vaisseaux lymphatiques et sanguins qui le relient au reste du corps. Lorsque des cellules tumorales gagnent ces vaisseaux, on parle d'invasion lymphovasculaire. Le risque que le cancer migre dans d'autres régions du corps est alors plus élevé. Le compte rendu anatomopathologique indique si une invasion lymphovasculaire a été observée dans le tissu prélevé lors de l'intervention.

Options thérapeutiques

Le plus souvent, une chimiothérapie est recommandée aux patientes présentant une invasion lymphovasculaire afin de détruire les cellules cancéreuses dans le système lymphatique ou dans les vaisseaux sanguins.



Possibles questions

- Y a-t-il des signes d'invasion lymphovasculaire ?

Les ganglions lymphatiques sont-ils atteints ?

Le sein est parcouru de vaisseaux lymphatiques dans lesquels la lymphe circule jusqu'aux ganglions lymphatiques (glandes) situés à l'aisselle. Le nombre de ganglions axillaires varie d'une personne à l'autre.

Si vous êtes atteinte d'un cancer invasif, votre médecin va en règle générale vouloir savoir si des cellules tumorales sont présentes dans les ganglions axillaires.

Une biopsie du ganglion sentinelle est fréquemment effectuée lorsque les résultats d'examens pratiqués avant l'intervention n'ont pas mis en évidence d'atteinte tumorale des ganglions lymphatiques. La biopsie permet de savoir si le ou les ganglion(s) situé(s) en première ligne est ou sont exempt(s) de cellules tumorales :

- Le résultat « ganglions négatifs » signifie que les ganglions analysés ne contenaient pas de cellules tumorales.
- Le résultat « ganglions positifs » signifie que des cellules tumorales ont été trouvées dans les ganglions analysés.

Une biopsie du ganglion sentinelle est en général pratiquée au cours d'une opération chirurgicale du cancer mais peut aussi être effectuée avant.

Ganglions axillaires



Le compte rendu anatomopathologique indique le nombre de ganglions enlevés lors de l'intervention et le nombre contenant des cellules tumorales. L'information est souvent fournie de façon chiffrée : ainsi, 2/10 signifie que sur 10 ganglions retirés, 2 contenaient des cellules tumorales. Plus le nombre de ganglions positifs est important, plus la probabilité que le cancer ait gagné ou gagne d'autres parties du corps à distance est élevée. Lorsque des cellules tumorales sont présentes dans le tissu entourant les ganglions, on parle d'extension extracapsulaire.

Parfois, seule une très petite quantité de cellules tumorales est identifiée dans les ganglions. Si la taille de l'amas cellulaire est de 0,2 mm à 2 mm, on parle de micrométastases. Pour les amas cellulaires inférieurs à 0,2 mm, on parle de cellules tumorales isolée (CTI).

Options thérapeutiques

En présence de micrométastases ou de cellules tumorales isolées dans les ganglions lymphatiques, il est peu probable qu'un traitement supplémentaire s'impose.

Un traitement de la région axillaire peut le cas échéant être recommandé lorsque des cellules tumorales ont été identifiées dans les ganglions sentinelles. Ce traitement supplémentaire peut consister en une intervention chirurgicale pour retirer d'autres ganglions ou une radiothérapie locale. Sa mise en place dépend du nombre de ganglions lymphatiques atteints, du degré de l'atteinte et des autres traitements de la patiente.

En général, on recommande plutôt une chimiothérapie aux patientes atteintes de cancer du sein avec ganglions positifs afin de détruire les cellules tumorales présentes dans les ganglions ou dans d'autres parties du corps.



Possibles questions

- Le cancer du sein s'est-il étendu aux ganglions axillaires ?
- Si oui : quel est le nombre de ganglions atteints ?

Les cellules tumorales possèdent-elles des récepteurs d'œstrogènes (RO+) ?

L'hormone œstrogène (en anglais estrogen) peut stimuler la croissance de certains types de cancer du sein. Lorsque des cellules tumorales possèdent des récepteurs d'œstrogènes captant l'hormone œstrogène, on parle de cancer du sein avec des récepteurs d'œstrogènes positifs (RO+). En l'absence de récepteurs d'œstrogènes, le compte rendu anatomopathologique va indiquer RO négatif ou RO-.

Lors d'un cancer invasif, un test des récepteurs d'œstrogènes est pratiqué sur un échantillon de tissu prélevé au cours d'une biopsie ou d'une intervention chirurgicale. On recherche le cas échéant aussi les récepteurs de progestérone (également une hormone).

Le compte rendu anatomopathologique indique les résultats sous forme de score qui correspond à la quantité de récepteurs hormonaux par cellule tumorale et à la proportion de cellules possédant ces récepteurs. Le plus souvent sont indiqués le Allred Score ou Quick Score (entre 0 et 8) ou le H-Score (entre 0 et 300). Pour l'un comme pour l'autre, plus la valeur est élevée, plus la quantité de récepteurs d'œstrogènes est importante. La proportion de cellules possédant des récepteurs hormonaux est généralement indiquée (entre 0 % et 100 %). Une proportion supérieure à 1 % est dite RO positive (RO+).

Options thérapeutiques

Différentes hormonothérapies permettent de bloquer l'action des œstrogènes sur les cellules tumorales. Si vous souffrez d'un cancer avec des récepteurs d'œstrogènes positifs, votre médecin traitant discutera avec vous de l'hormonothérapie appropriée. Les bénéfices d'une hormonothérapie dans le cas d'un cancer du sein avec des récepteurs de progestérone positifs (RP+ et RO-) sont moins évidents. Peu de types de cancers entrent dans cette catégorie mais si vous êtes concernée, votre médecin discutera avec vous de la pertinence d'une hormonothérapie.

Si vous ne souffrez pas d'un cancer hormonodépendant, l'hormonothérapie ne présente pas d'intérêt thérapeutique.

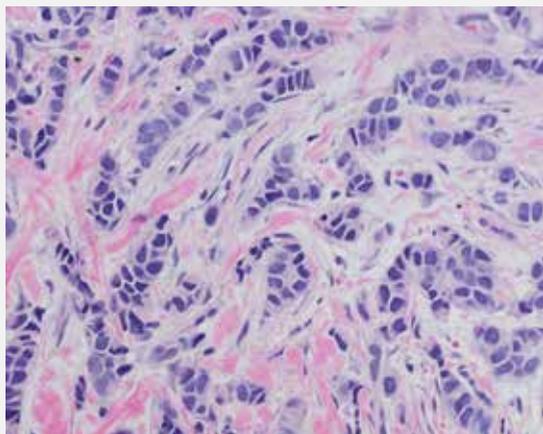


Possibles questions

- Ai-je un cancer hormonodépendant (RO+ et/ou RP+)?
- Une hormonothérapie est-elle pertinente dans mon cas ?
- Si oui : quel serait le médicament le plus approprié et existe-t-il d'autres options ?

Les cellules tumorales sont-elles HER2 positives ?

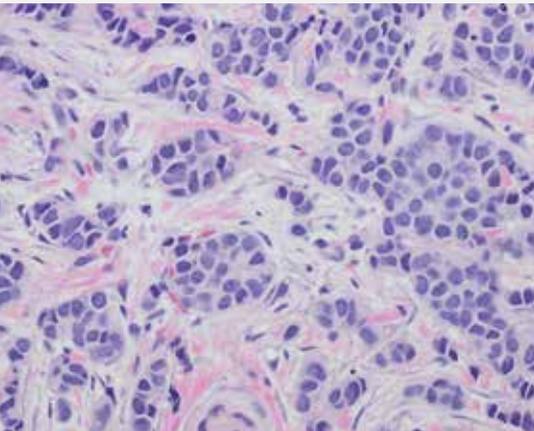
Dans 15 à 20 % des cancers du sein, on observe une augmentation de la quantité de protéine HER2 à la surface des cellules tumorales. Cette protéine stimule leur croissance. On parle alors de cancer HER2 positif ou HER2+. Ces formes de cancer du sein se développent et migrent potentiellement vite, davantage que la plupart des formes de cancers HER2 négatifs.



Le taux de HER2 est évalué dans tous les types de cancers du sein invasifs. Les résultats mettent parfois plus longtemps à parvenir que le reste du compte rendu anatomopathologique mais sont normalement disponibles une à trois semaines après la biopsie ou l'opération.

Différents tests permettent de mesurer le taux de HER2. Les plus courants sont l'immunohistochimie (ICH), l'hybridation *in situ* en fluorescence (FISH, pour *fluorescence in situ hybridization* en anglais), l'hybridation chromogénique *in situ* (CISH pour *chromogenic in situ hybridization* en anglais) et le DDISH (*dual colour dual hapten brightfield in situ hybridization* en anglais).

L'examen ICH est normalement le premier pratiqué. Une technique de coloration est appliquée sur l'échantillon de tissu provenant de la tumeur. Le résultat est indiqué sous forme d'un score allant de 0 à 3+. Un score de 0 ou 1+ signifie que le cancer du sein est HER2 négatif.



Un score de 2+ constitue la valeur limite nécessitant des examens complémentaires et la valeur 3+ signifie que le cancer du sein est HER2 positif.

Les carcinomes obtenant un score de 2+ sont soumis à d'autres tests tels que FISH, CISH ou DDISH afin de déterminer s'ils sont HER2 positifs. Ces tests permettent en effet une évaluation plus précise de l'activité HER2. Les résultats sont indiqués dans le compte rendu anatomopathologique comme étant positifs ou négatifs.

Options thérapeutiques

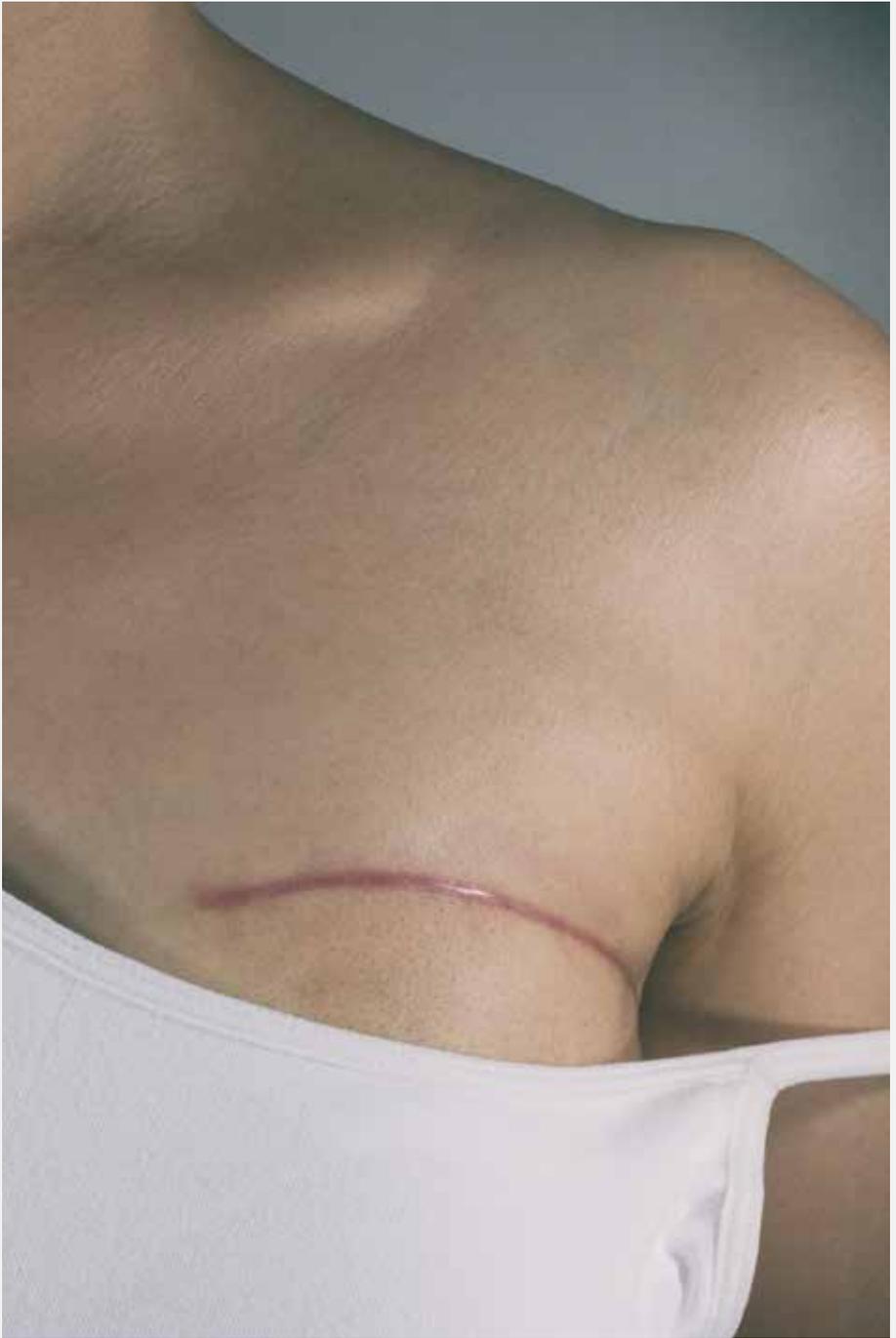
En règle générale, une chimiothérapie associée à un traitement ciblé par trastuzumab (Herceptine) est proposé dans les cas de cancers du sein HER2 positifs afin d'inhiber la croissance et la dissémination de la tumeur.

Les thérapies ciblées ne sont pas utiles pour les cancers du sein HER2 négatifs.



Possibles questions

- Mon cancer du sein est-il HER2 positif (HER2+) ? Vais-je recevoir une thérapie ciblée ?
- Si oui : quel serait le meilleur médicament pour moi, existe-t-il d'autres options ?



Tests d'expression génique

Ces tests permettent d'observer l'activité et l'interaction des gènes dans la tumeur et par conséquent d'évaluer la pertinence d'une chimiothérapie, de même que le risque de récurrence.

Ces tests sont habituellement pratiqués en laboratoire sur le tissu prélevé lors de l'intervention. Il n'est en règle générale pas nécessaire d'obtenir un autre fragment de tissu.

Les résultats des investigations ne figurent pas dans le compte rendu anatomopathologique mais sont fournis séparément. C'est ensuite à votre médecin de décider du traitement à proposer sur la base de ces résultats et du compte rendu anatomopathologique.

Les tests d'expression génique ne sont pas destinés à toutes les patientes et ne sont normalement pratiqués que lorsque le cancer du sein est invasif, RO+ (voir p. 17) et HER2 négatif (voir p. 18) et qu'au plus trois ganglions lymphatiques sont atteints (voir p. 16).

Votre médecin discutera avec vous de la pertinence de l'un de ces tests dans votre cas.

Voici les tests d'expression génique existant notamment :

Oncotype DX

Ce test permet d'estimer le bénéfice d'une chimiothérapie et le risque de récurrence. Le résultat, score de récurrence (*recurrence score*) va de 0 à 100. Plus le score est élevé, plus le risque de réapparition d'un cancer du sein invasif est important, et donc plus la probabilité qu'une chimiothérapie soit proposée est élevée.

Mammaprint

Le test Mammaprint analyse l'expression génique de 71 gènes. Il donne des indications sur le pronostic ainsi qu'une recommandation sur l'efficacité d'une chimiothérapie adjuvante.



Possibles questions

- Un test d'expression génique serait-il pertinent dans mon cas ?
- Si oui, lequel ?

Parlez avec votre médecin

Il peut vous être très utile de discuter des résultats avec votre médecin pour qu'il vous explique tout ce que vous n'avez pas compris dans le compte rendu anatomopathologique.



Possibles questions au médecin

De quel type de cancer du sein suis-je atteinte ?

Mon cancer du sein est-il invasif, non-invasif, ou les deux ?

Quelle est la taille de la tumeur ?

Y a-t-il plus d'une zone atteinte ?

De quel grade est le cancer ?

Le test de Ki67 a-t-il été réalisé ? Si oui, quel est le résultat ?

À votre connaissance, la tumeur a-t-elle été entièrement retirée ?

Y a-t-il des signes d'invasion lymphovasculaire ?

Le cancer s'est-il étendu aux ganglions lymphatiques ? Si oui, combien y a-t-il de ganglions atteints ?

Le cancer est-il à récepteurs hormonaux positifs (RO+ et/ou PR+) ?

Le cancer est-il HER2 positif (HER2+) ?

Un test d'expression génique serait-il pertinent dans mon cas, et si oui, lequel ?



Soutien psycho-oncologique – une offre de la Fondation Cancer



Quand recourir à du soutien psycho-oncologique ?

Les raisons de faire appel à du soutien psycho-oncologique peuvent être multiples : la survenue d'un cancer, la fin d'un traitement, les répercussions de la maladie sur le couple ou la famille, mais aussi la volonté de soutenir un proche atteint de cancer alors qu'on vit difficilement sa maladie ou l'inquiétude pour ses enfants.

Vous avez l'un ou plusieurs des dix objectifs suivants :

- Vous sentir moins accablé, ne plus ressasser et avoir des idées noires à longueur de temps et retrouver un peu de liberté et de calme, être plus fort.
- Vous endormir plus facilement, dormir des nuits entières.
- Apprendre à mieux contrôler les effets secondaires du traitement (nausées, douleurs, malaise physique).
- Connaître des stratégies pour mieux apprivoiser ce sentiment de peur qui peut tétaniser.
- Mettre enfin de l'ordre dans vos idées, envisager la suite calmement et en toute confidentialité avec une personne compétente.

- Prendre de la distance avec certaines situations éprouvantes durant le traitement.
- Vous sentir moins seul dans votre couple et faire de la maladie une cause commune.
- Gagner en assurance pour parler à vos enfants du diagnostic et du traitement.
- Permettre à vos enfants de bénéficier parallèlement d'un suivi psychoncologique.
- Être bien préparé à votre reprise du travail.

Nous formons une équipe de psychoncologues expérimentées en outre titulaires de différentes qualifications psychothérapeutiques. Chacune a reçu l'agrément du ministère de la Santé.

À propos de nous : notre travail repose sur vos préoccupations individuelles, il n'y a donc ni programme standardisé, ni contrainte. Nous avons pour but de bien comprendre votre situation personnelle afin de vous apporter une aide sur mesure. Nous recherchons toujours ce qui pourrait vous faciliter la vie, les forces sur lesquelles vous pouvez compter et que vous pouvez développer. Souvent, la souffrance psychologique empêche d'avoir conscience de ses forces et de les utiliser.

Une infirmière également formée à la pédagogie des soins et à l'onco-esthétique vient compléter l'équipe de la Fondation Cancer.

Conseil social – Quand prendre contact avec l'infirmière ?

- Vous avez des questions sur le travail et souhaiteriez connaître les dispositions qui s'appliquent à votre situation.
- Vous êtes perdu dans le dédale administratif des prestations de la Caisse nationale de santé.
- Vous réfléchissez à une cure et aimeriez être renseigné sur les différentes possibilités.
- Vous cherchez une réponse rapide à des questions pratiques : où acheter une perruque ? Où trouver une information sur... ? Que faire en cas de... ?

Face à la difficulté de votre situation financière, vous vous demandez comment économiser encore davantage et régler toutes les factures.

N'hésitez pas à nous contacter dès que possible si tel est votre cas. Nous pourrions alors déterminer ensemble si vous pouvez prétendre à un soutien financier de la part de la Fondation Cancer. Les critères d'obtention sont précis et si vous les remplissez, vous obtiendrez alors une aide financière rapidement et simplement.

Nous savons que le cancer peut entraîner des problèmes financiers. C'est une réalité et nous ferons notre possible pour vous aider.

Soins onco-esthétiques – Conseils et soins en cabine

- Vos cheveux se sont affinés et vous avez des problèmes de peau. Vous aimeriez être conseillé sur les produits de soins.
- Vous voulez prendre soin de vous durant la chimiothérapie et de vous occuper des besoins spécifiques de votre corps au cours de cette période.
- Vous souhaiteriez prendre du temps pour vous et vous offrir un soin cosmétique sur mesure pour véritablement vous détendre. Vous cherchez une esthéticienne qui connaisse bien les effets d'un traitement contre le cancer et puisse vous conseiller.

Offres de groupes – Dialogue, détente, activité physique avec d'autres patients.

- Vous êtes à la recherche d'échanges et de contacts avec d'autres personnes atteintes de cancer pour vous sentir moins isolé dans votre situation.
- Vous aimeriez savoir comment vivent d'autres personnes atteintes de la même mutation génétique que vous.
- La relaxation vous a toujours attiré. Vous souhaitez enfin vous y mettre pour mieux vivre le stress avec la maladie. À vous le yoga, la pleine conscience et la sophrologie !
- Vous souhaitez vous occuper de votre santé et de votre forme physique tout en tenant compte de la maladie. Vous cherchez un professionnel expérimenté qui puisse vous guider.

- Vous avez envie de vivre de nouvelles expériences avec des personnes dont la situation est similaire à la vôtre.

Vous trouverez l'ensemble de nos offres de groupes à l'adresse :
<http://www.cancer.lu/fr/Groupes-patients>

Bon à savoir : coût et langues

Que vous souhaitiez un rendez-vous unique ou que plusieurs consultations voire une psychothérapie au plus long cours soient mises en place, toutes nos prestations sont **gratuites** pour vous, pour votre famille et pour vos enfants. De la même façon, les offres de groupes, le conseil et les soins onco-esthétiques sont également à votre disposition gratuitement.

Nos langues de communication sont le **luxembourgeois**, le **français**, l'**allemand**, l'**anglais** et le **portugais**.



La Fondation Cancer, pour vous, avec vous, grâce à vous.

Fondée en 1994 au Luxembourg, la Fondation Cancer œuvre inlassablement depuis 25 ans dans le domaine de la lutte contre le cancer. A côté de l'information axée sur la prévention, le dépistage et la vie avec un cancer, une de ses missions consiste à aider les patients et leurs proches. Financer des projets de recherche sur le cancer constitue le troisième volet des missions de la Fondation Cancer qui organise chaque année le grand évènement de solidarité *Relais pour la Vie*. Toutes ces missions sont possibles grâce à la générosité de nos donateurs.

Pour suivre notre actualité, téléchargez une de nos brochures & restez en contact avec nous :

www.cancer.lu

Rejoignez-nous sur les réseaux sociaux :



@fondationcancer



Fondation Cancer



@FondationCancer



@fondationcancerluxembourg



Fondation Cancer Luxembourg

T 45 30 331

E fondation@cancer.lu

209, route d'Arlon

L-1150 Luxembourg



Cette brochure vous a été remise gracieusement grâce à la générosité des donateurs de la Fondation Cancer. Chacun peut, si le cœur lui en dit, soutenir les initiatives de la Fondation Cancer en faisant un don fiscalement déductible au :



CCPL LU92 1111 0002 8288 0000



La Fondation Cancer est membre fondateur de l'asbl 'Don en Confiance Luxembourg'.

La Fondation Cancer,
pour vous, avec vous, grâce à vous.



209, route d'Arlon
L-1150 Luxembourg

T 45 30 331
E fondation@cancer.lu

www.cancer.lu



**Fondation
Cancer**

Info · Aide · Recherche