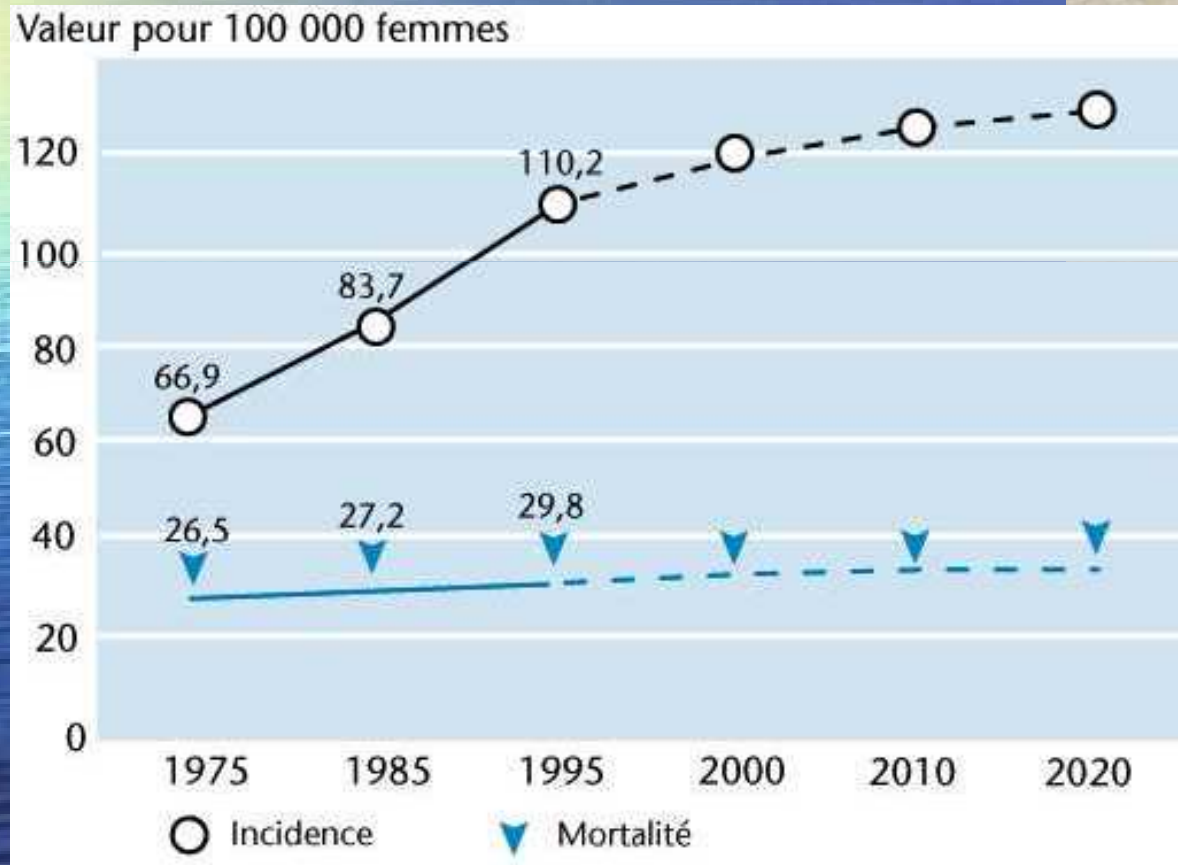
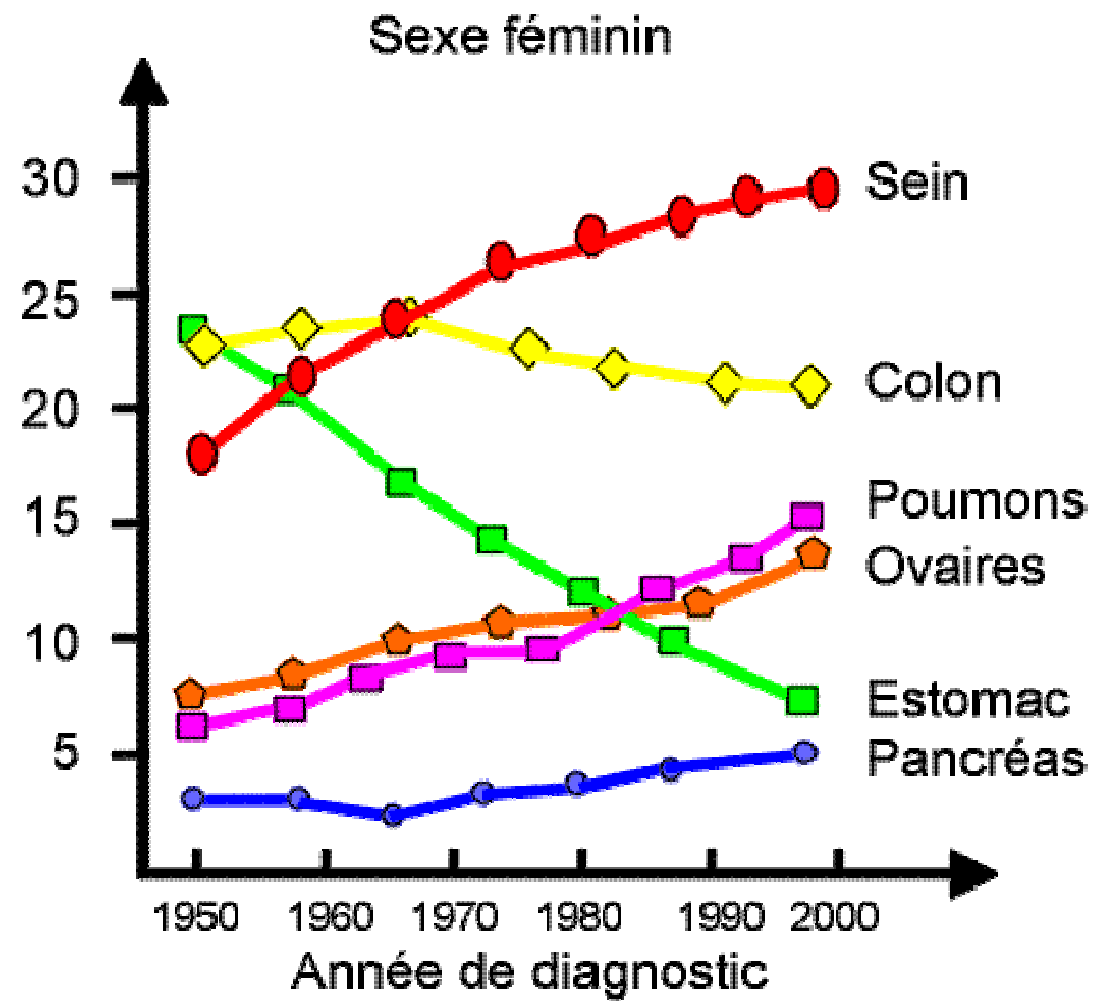


# Le cancer du sein



## Mortalité par cancer chez la femme . Francim 2000

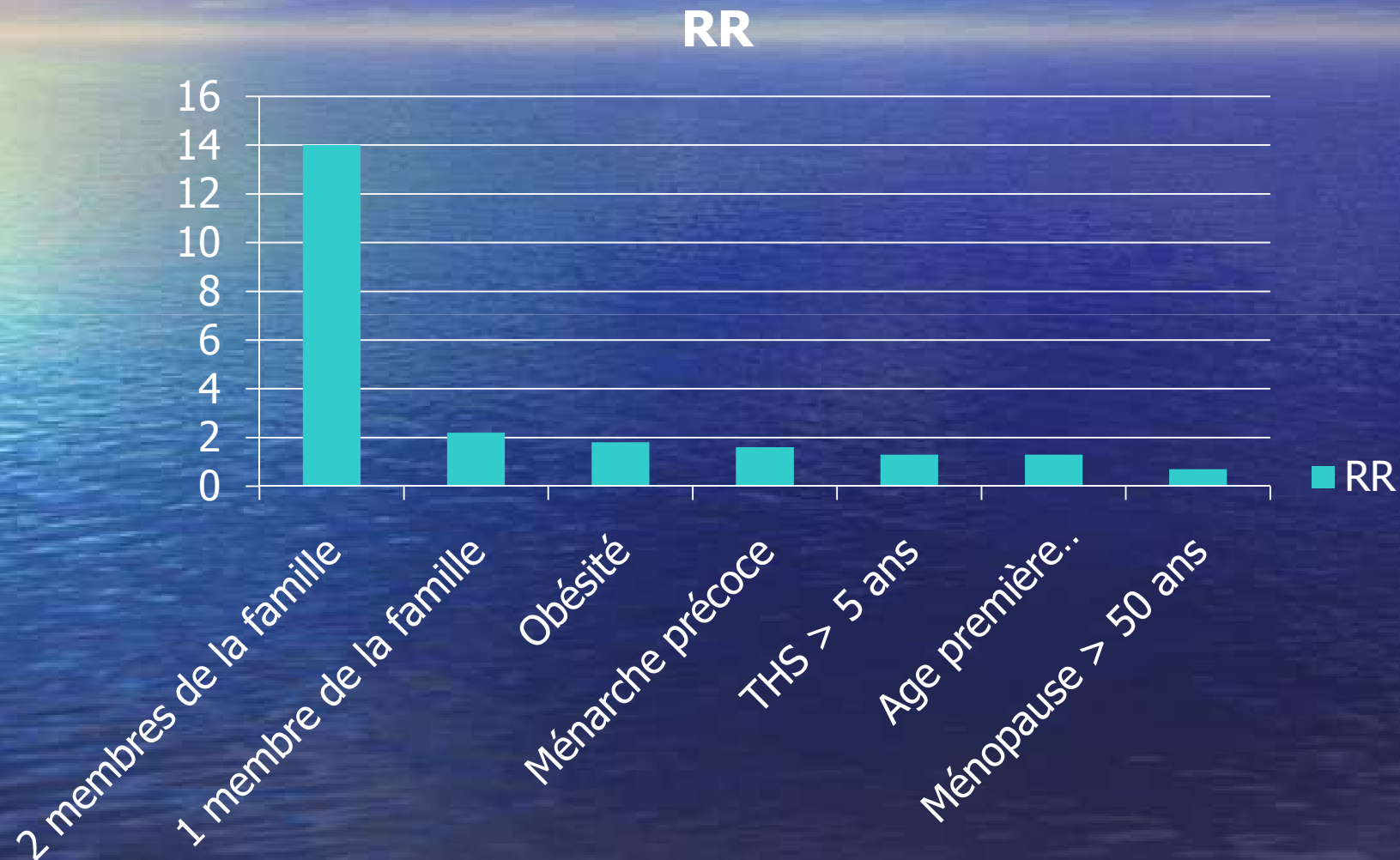


# Facteurs de risque du cancer du sein

- Haut niveau de vie RRX2
- Nullipares , paucipare , 1er grossesse >30 ans RX3
- Première règles précoces Ménopause tardive RX1,5
- Mère ou sœur cancer du sein Gène BCRA1 et 2= RRX5
- Mastopathie hyperplasie atypique RRX 3 à 5
- Cancer autre sein RRX5à6
- Cancer du colon ou de l'endomètre RRX3

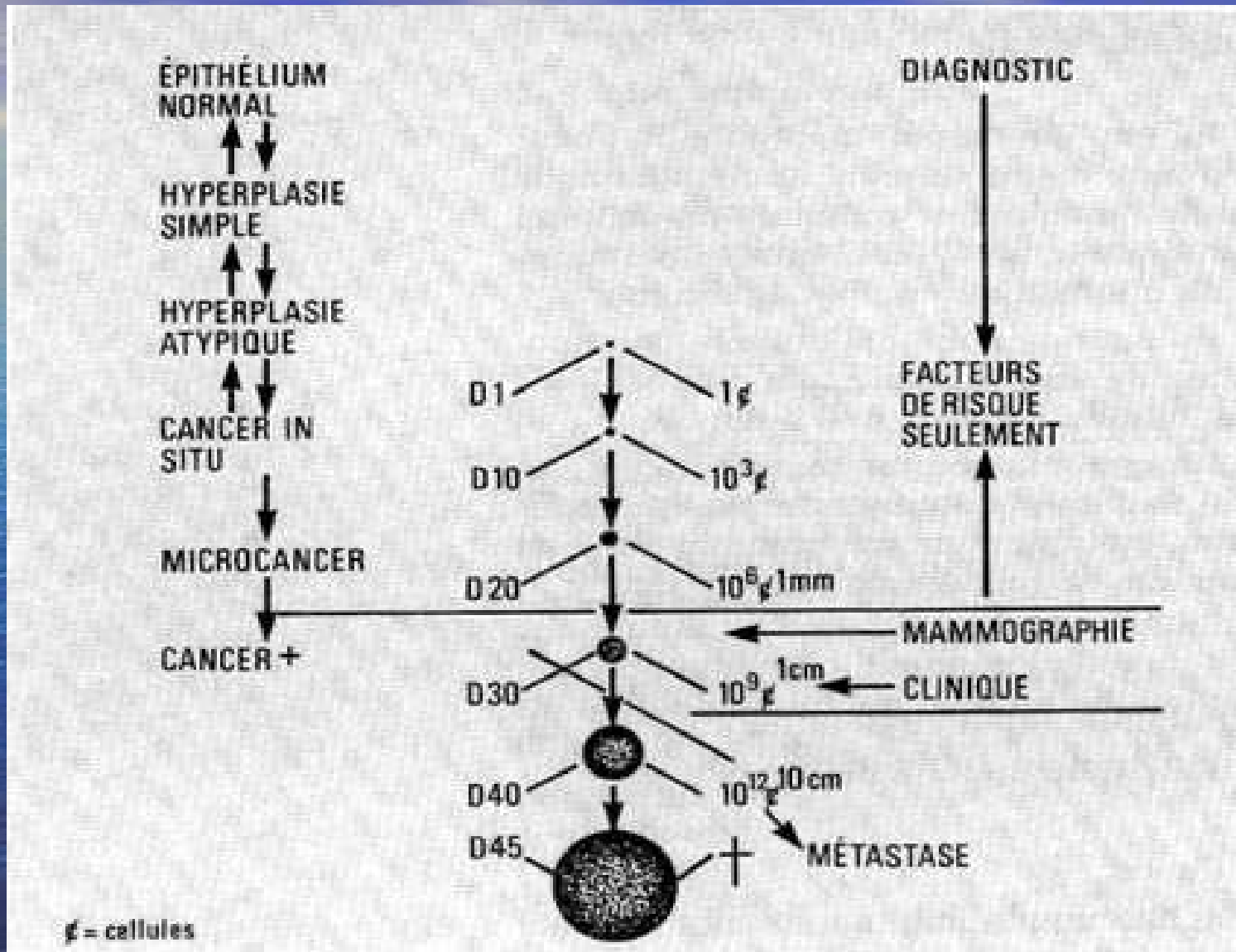


# Facteurs de risque de cancer du sein

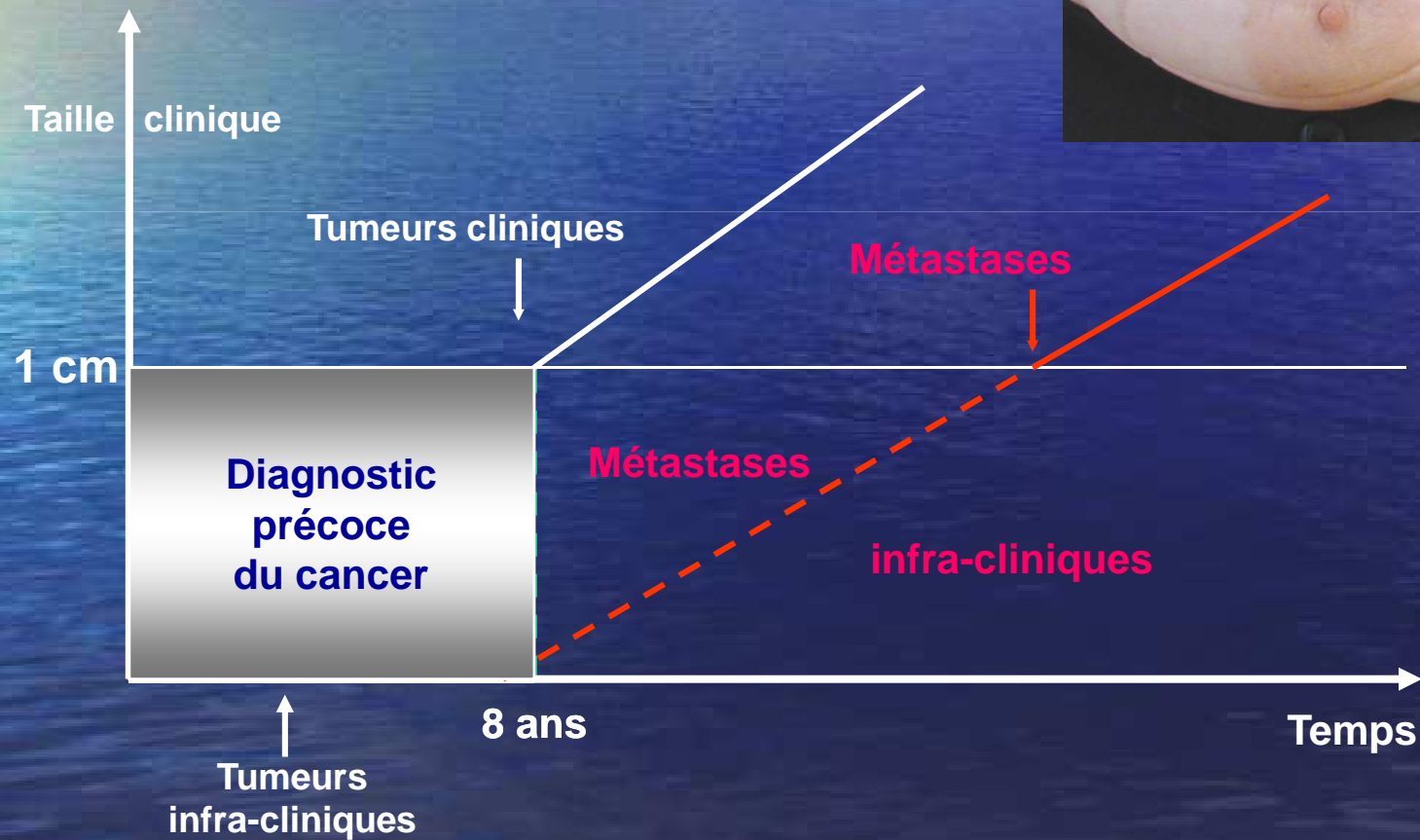




# Histoire naturelle du cancer du sein



# Histoire naturelle du cancer du sein

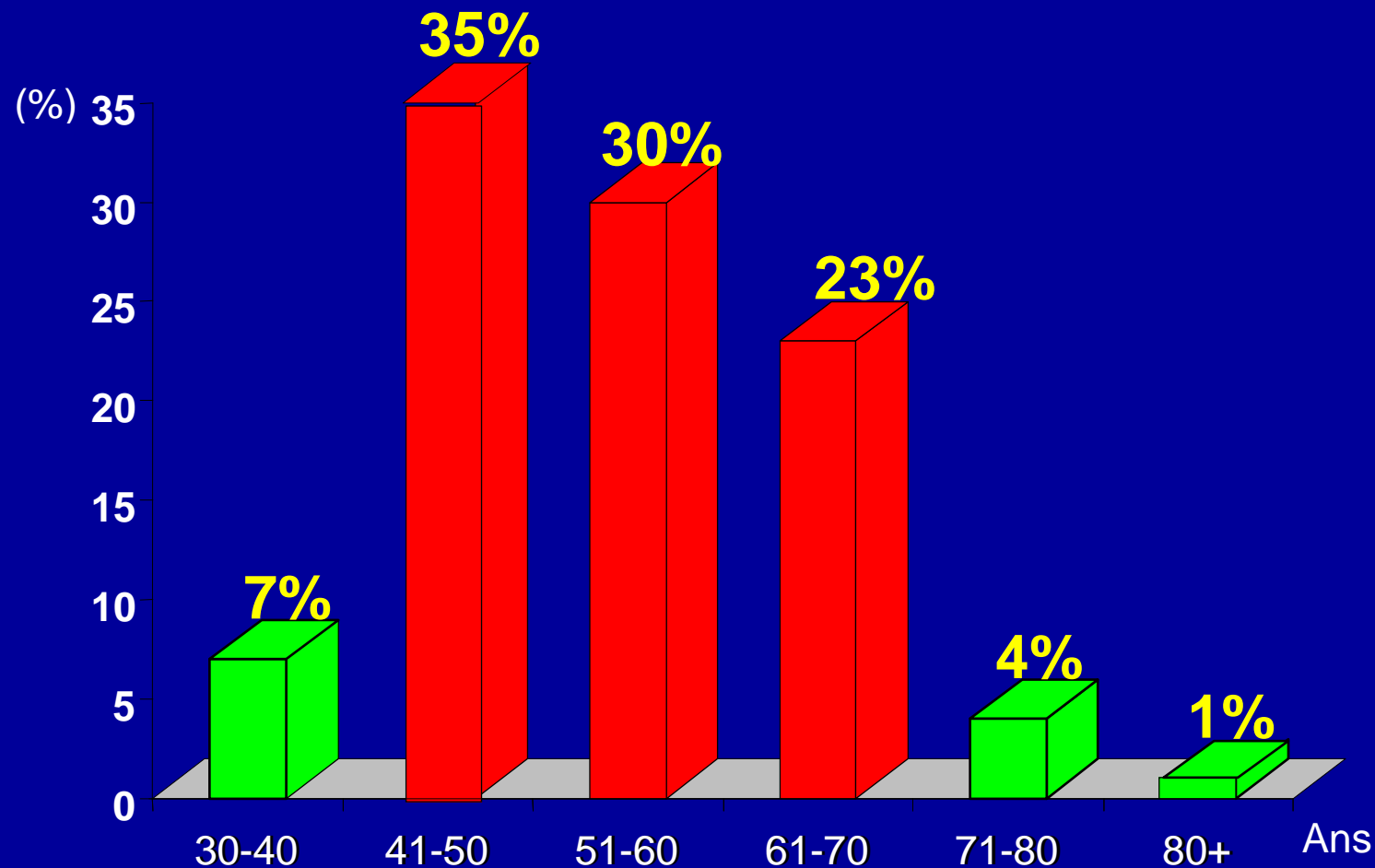


# Anapath

- Carcinomes canalaire = 80%
  - In situ
  - Invasif
- Carcinomes lobulaires = 15%
  - In situ
  - invasif
- Sarcomes = Tumeurs phyllodes



# Répartition des Carcinomes intra-canalaire selon l'âge



Thèse de Seng Phanitavong

# Pourquoi le dépistage du cancer du sein ?

- C 'est un cancer fréquent
- Incidence 75 à 90 /100 00 femmes
- Incidence en augmentation de 1 à 2 % par an
- Après 35 ans une femme sur 6 ou 7 fera un cancer du sein
- En France 40 000 Nouveaux cas / an  
12 000 décès / an





# C'est un cancer grave

- Première cause de mortalité chez la femme
- 12000 morts /an en France
- Taux de survie à 5 ans 73%
- Taux de survie à 10 ans 59 % ( Enquête permanente cancer )
- La mortalité par cancer du sein a augmenté de 10% en 20 ans





# Qu'est-ce que le dépistage ?

- \* Identifier la maladie par l'application d'un test, d'un examen.
- \* Trier parmi des personnes en bonne santé celles qui ont Probablement la maladie.
- \* Le test ne fait pas le diagnostic .



# Objectifs du dépistage

- Faire baisser la mortalité
- Traitements moins mutilants
- Moins de chirurgie lourde de reconstruction

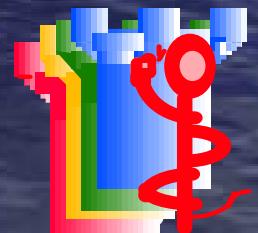


# LES MOYENS DE DEPISTAGE

## 1) L'auto-examen des seins

	Auto-Examen	Sans Auto-Examen
N <sup>+</sup>	66 %	44 %
Métastases	2,7 %	14 %
Survie à 5 ans	75 %	57 %

(FELDMANN 1981 - FOSTER 1984)



# L'auto examen ne fait pas baisser la mortalité

- ❑ 266 064 femmes de Shangai
- ❑ Randomisation
- ❑ 132 979 formées à l'auto examen
- ❑ 133 085 groupe controle
- ❑ Surveillance 5 ans
- ❑ 135 décès ( à 10 ans ) auto examen / 131 controle

Thomas J. Natl. Cancer Inst . 2002,94:1445-1457



# LES MOYENS DU DEPISTAGE

## 2) *L'examen clinique par le médecin*

Découvre 0,13 à 0,46 cancers / 100.000 femmes examinées  
70 % sont **NO**

Entre 40 et 49 ans 61 % des cancers sont ?  
sans la clinique (HIP).

2/3 des femmes de plus de 55 ans n'ont aucun suivi.

76 % des femmes découvrent leur cancer elle-même.



# LES MOYENS DU DEPISTAGE

## 2) *L'examen clinique par le médecin*

Découvre 0,13 à 0,46 cancers / 100.000 femmes examinées  
70 % sont N⊖

Entre 40 et 49 ans 61 % des cancers sont ?  
sans la clinique (HIP).

2/3 des femmes de plus de 55 ans n'ont aucun suivi.

76 % des femmes découvrent leur cancer elle-même.





# Valeur de l'examen clinique

- ❑ 752081 examens 1995/1998
- ❑ Sensibilité : 58,8%
- ❑ Spécificité: 93,4% VPP=4,3%
- ❑ Ex Clinique + Mammo normal : 7,4 Kc /1000
- ❑ Ex Clinique NI + Mammo Anl : 42 Kc /1000
- ❑ Ex Clinique + Mammo Anormaux : 170,3 KC/1000

Bobo JK. J.Nat Cancer . Inst .2000,92:971-976



# Les moyens du dépistage

## ■ La mammographie :

- Une tous les deux ans
- >60% des femmes
- Baisse de la mortalité de 25 à 30%
- Baisse du taux de ganglions + à 28%

■ Echographie = non

■ IRM = non





# Mammographie



# Mammographie de face et de profil



# MODALITES DU DEPISTAGE

## *1) Le dépistage par prescription individuelle*

- . femme motivée - clichés de qualité utiles pour celle qui en bénéficie
- . Peu efficace sur la baisse de la mortalité.
- . Résultats économiques mal évalués.

**En France : 17 % de mammographies faites avant 40 ans  
45 % de mammographies faites avant 50 ans**



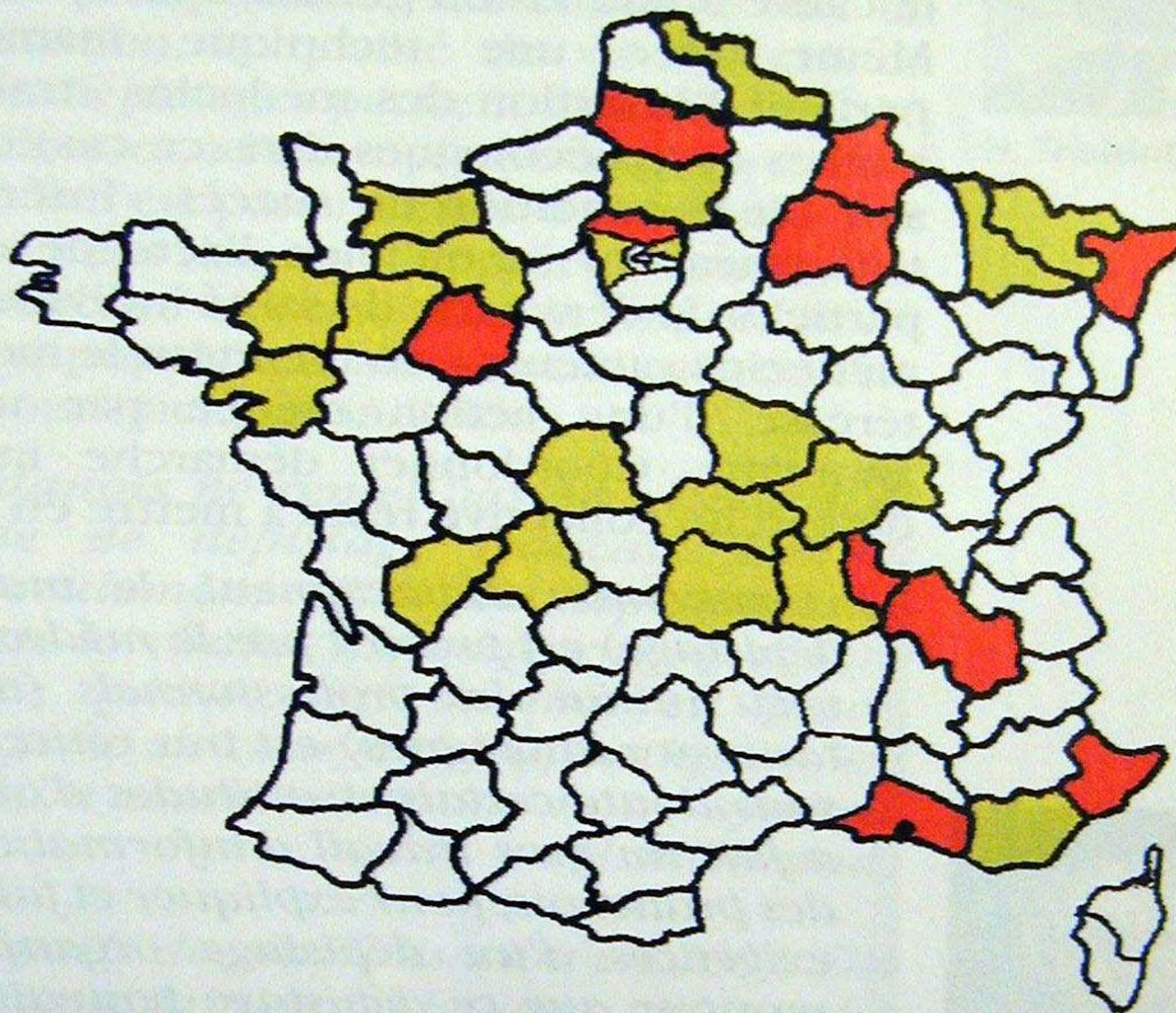
## *2) Le dépistage de masse organisé*

- . **Proposé à l'ensemble de la population**
- . **Nécessité mobilisation de la population  
mobilisation des médecins  
organisation d'évaluation**
- . **Utilisé :- Tissu radiologique existant**
  - **Unités spécialisées (Hérault)**



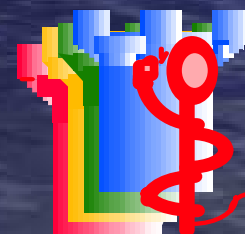


**Figure 2: Programme de dépistage systématique du cancer du sein 1998 (2)**



En rouge : « anciens » départements  
En jaune : les « nouveaux »

**Tous les départements en  
2004**

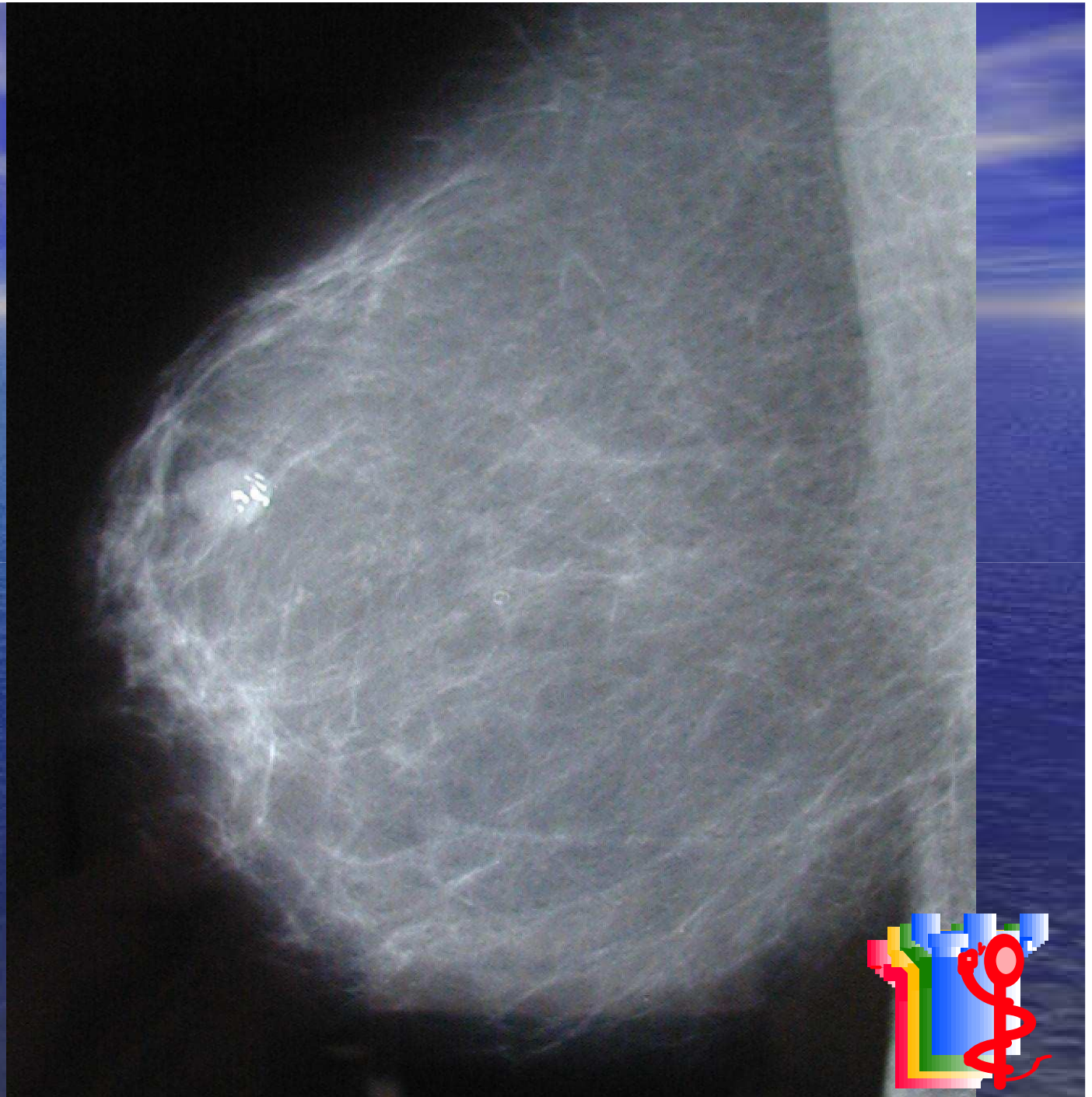




# Mammographie



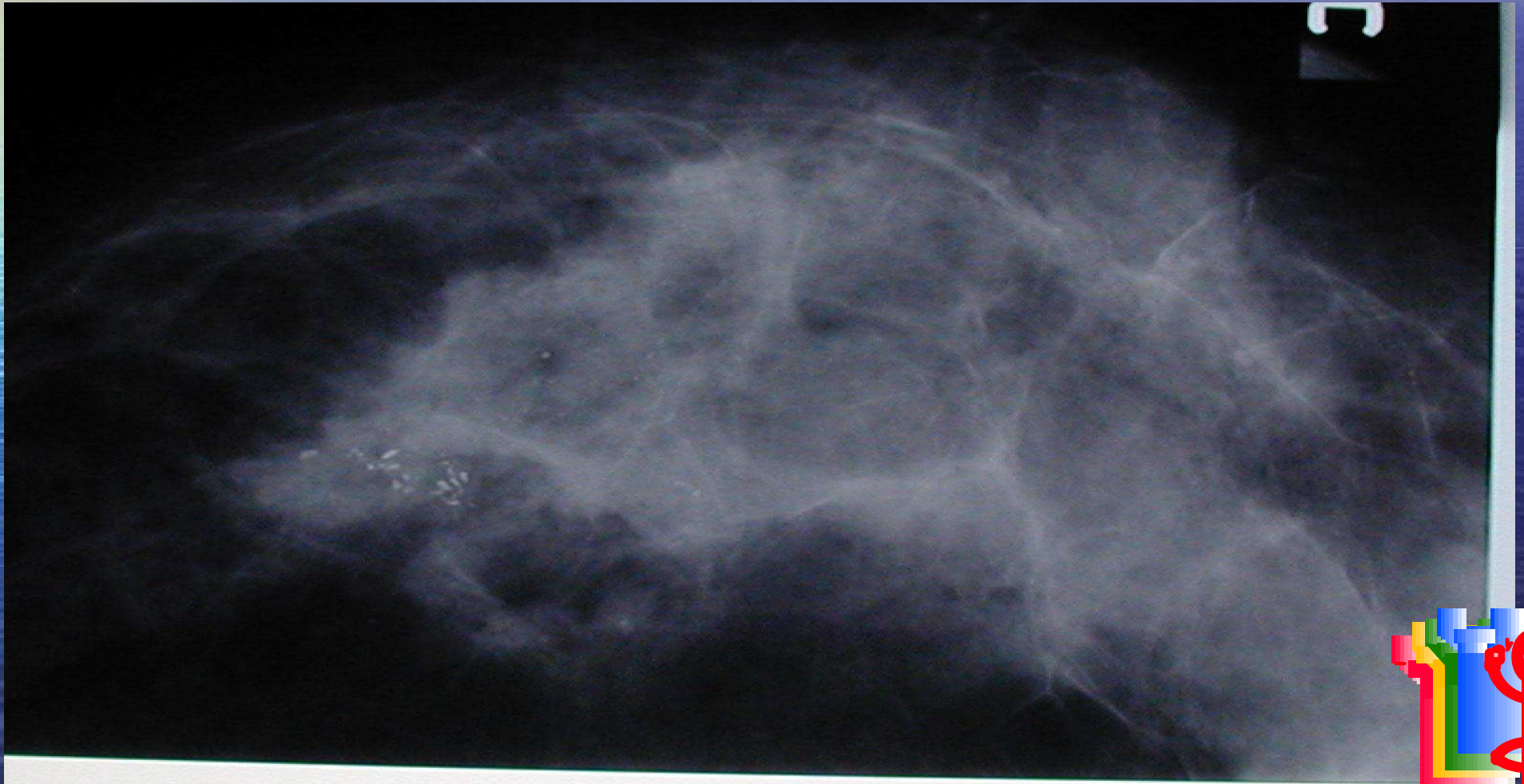
**Mammographie  
Adénofibrome**





# Mammographie

## Micro calcifications



# Dépistage de masse en France

## CNAM

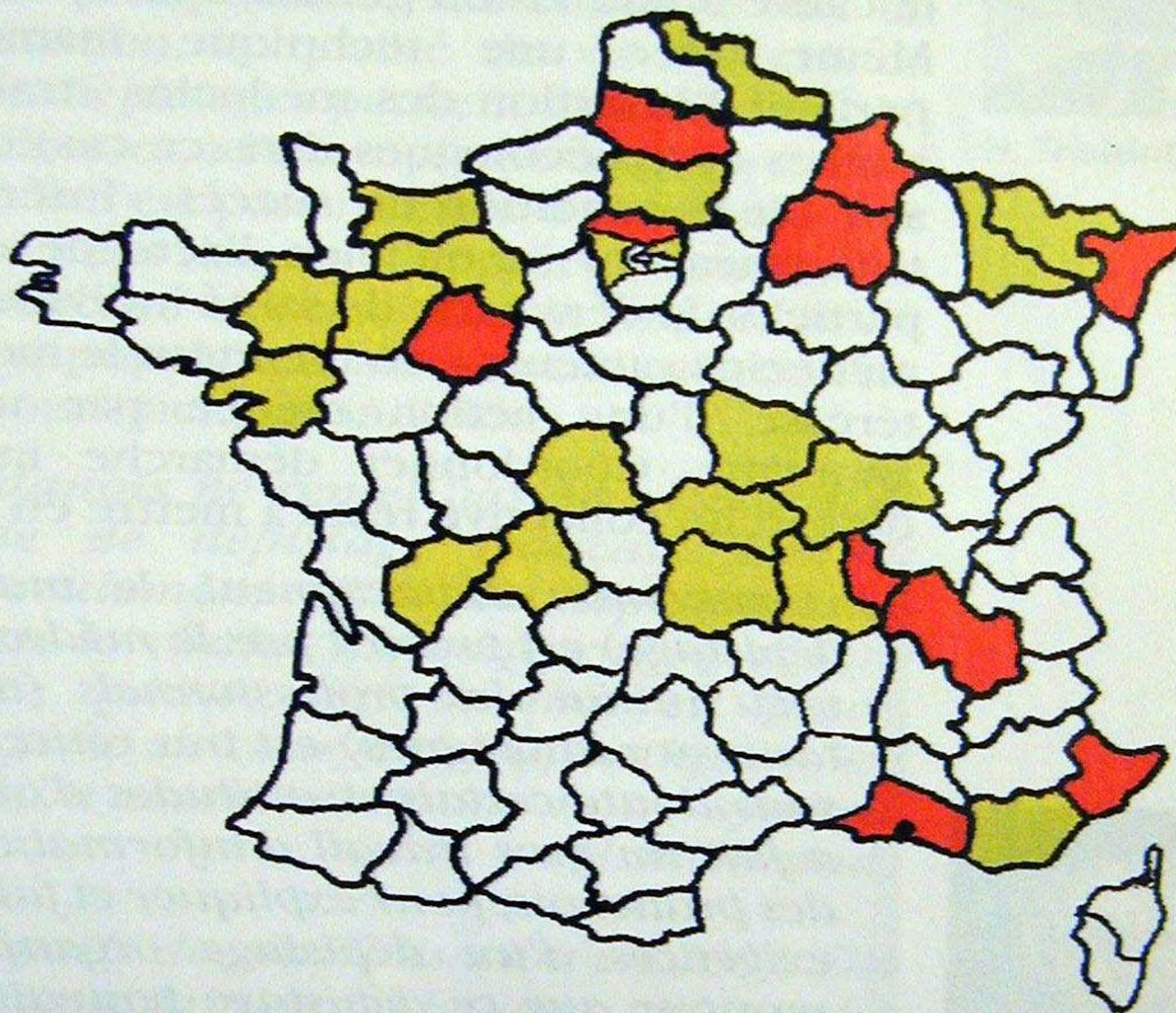
- Femme de 50 à 69 voire 75 ans
- Mammographie tous les deux ans
  - Une incidence oblique externe
  - Double lecture voire trois
  - Contrôle de qualité des appareils
- Evaluation :
  - Taux de participation 65%
  - Taux de ganglions négatifs 72 à 80%
  - Taux de cancers découverts 5 □‰

# Recommandations Européennes pour le dépistage (2001)

	Prévalence	Incidence
Taux de participation	>70%	>70%
Taux de rappel	7%	<5%
Taux de biopsies	<1,5%	
VPP Biopsie	□50%	□50%
Taux de cancer ‰	□5‰	□3‰
Taux d'in situ	10à20%	10 à20%
Taux d'invasif Š10 mm	□20%	□25%
Taux de cancers N-	70%	75%



**Figure 2: Programme de dépistage systématique du cancer du sein 1998 (2)**



En rouge : « anciens » départements  
En jaune : les « nouveaux »

**Tous les départements en 2004**





# Mammographie



# Dépistage de masse en France

## CNAM

- Femme de 50 à 69 voire 75 ans
- Mammographie tous les deux ans
  - Une incidence oblique externe
  - Double lecture voire trois
  - Contrôle de qualité des appareils
- Evaluation :
  - Taux de participation 65%
  - Taux de ganglions négatifs 72 à 80%
  - Taux de cancers découverts 5 □‰

# Recommandations Européennes pour le dépistage (2001)

	Prévalence	Incidence
Taux de participation	>70%	>70%
Taux de rappel	7%	<5%
Taux de biopsies	<1,5%	
VPP Biopsie	□50%	□50%
Taux de cancer ‰	□5‰	□3‰
Taux d'in situ	10à20%	10 à20%
Taux d'invasif Š10 mm	□20%	□25%
Taux de cancers N-	70%	75%

# Le dépistage fait-il baisser la mortalité ??

## Essais randomisés historiques

- HIP RR Mortalité 23%

Réduction absolue = 0,05%

(Shapiro JNCI1982;69:349-355)

- Etude des deux comtés Suède

RR relative mortalité 31%

Réduction absolue = 0,14%

(Tabar. Radiol. clin. north Am. 1992, 30:187-210)

Oui





# Le dépistage fait-il baisser la mortalité ??

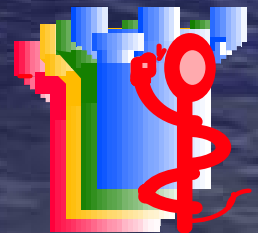
## Essais randomisés

- Malmö
- Stokolm
- Gothenburg
- Edimburg
- Canada



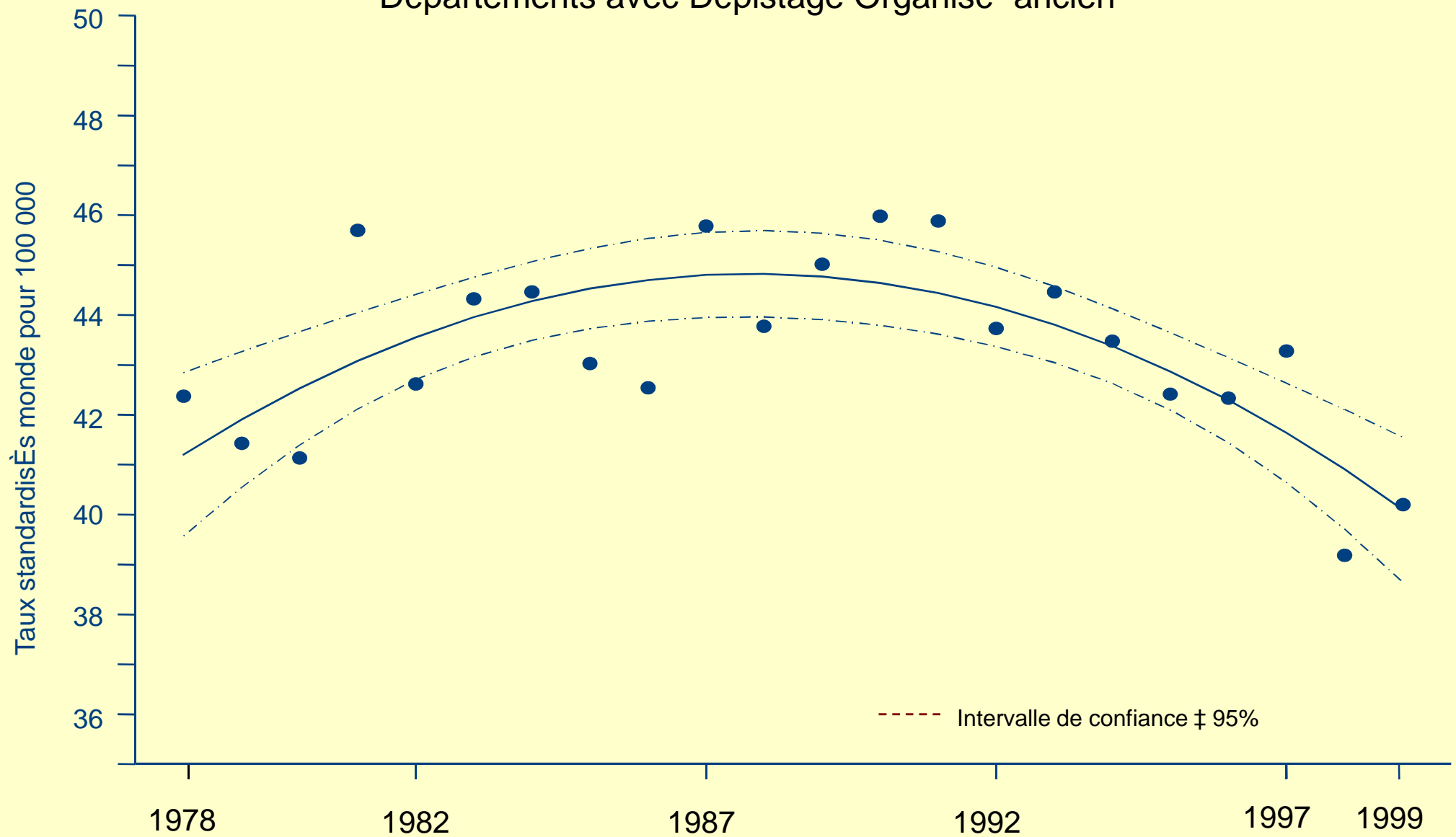
**Baisse de la mortalité dans les deux groupes**

**Amélioration du traitement ?**

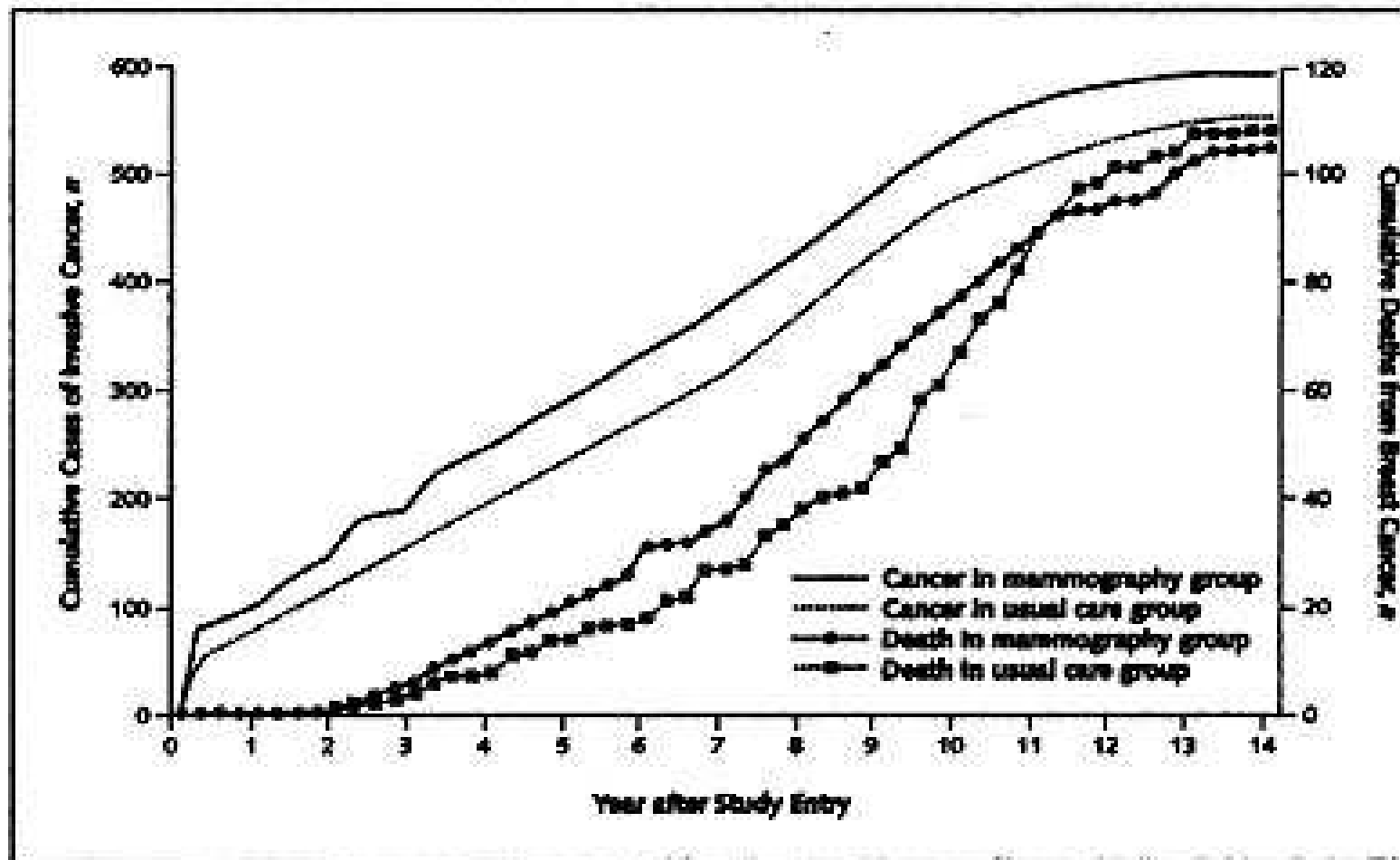




Evolution des taux de mortalité standardisés (Monde) par cancer du sein  
Femmes de 30 ans et plus  
Départements avec Dépistage Organisé ancien



# Décès par cancer du sein au Canada



Miller AB Ann.intern. Med.2002 ;137: 305-312



# Conclusion

- **Dépistage entre 50 et 70 ans = OUI**
  - Une mammographie tous les deux ans
- **Dépistage entre 40 et 50 ans = sans doute**
  - Une mammographie tous les deux ans
- **Cas familiaux ( 10%)**
  - Mammographies à partir de 30 ans + echo?



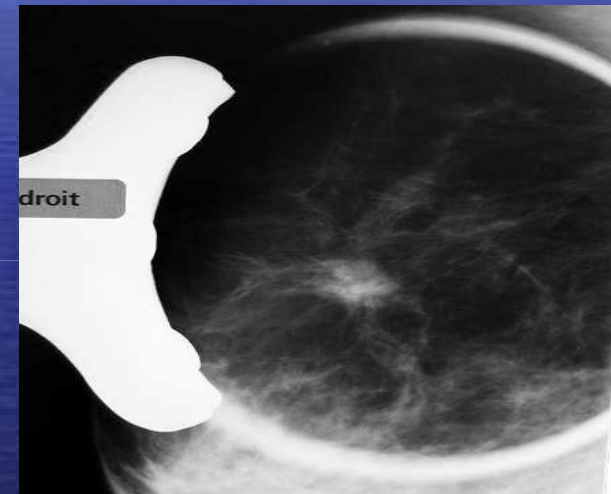
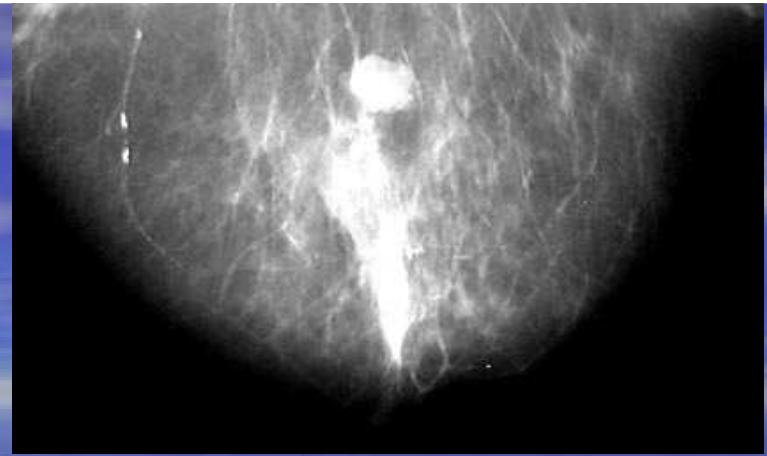
# Cancer du sein Clinique

- Tuméfaction
- Signes cutanés :
  - Plis
  - Envahissement mamelon
  - Paget
- Adénopathies
  - Sus claviculaire
  - Axillaire



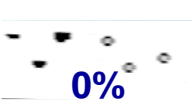
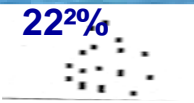

# La mammographie

- Image irrégulière
- < que la tumeur palpée
- Calcifications



# CLASSIFICATION DES MICROCALCIFICATIONS

Equivalence : Classification de **LE GAL** et celle de **L'ACR**

Type de LE GAL	Equivalence ACR
Type :	ACR 2
 Type : 1	Si typiquement sédimentées ACR 2 si non = ACR 3
 Type : 2	Si diffuses = ACR 2      Si groupées = ACR 3
 Type : 3	ACR 3 Si Nb. , amas irrégulier, territoire canalaire, + surdensité = ACR 4
 Type : 4	ACR 4 ou ACR 5 selon nb., groupement, forme de l'amas
 Type : 5	ACR 5

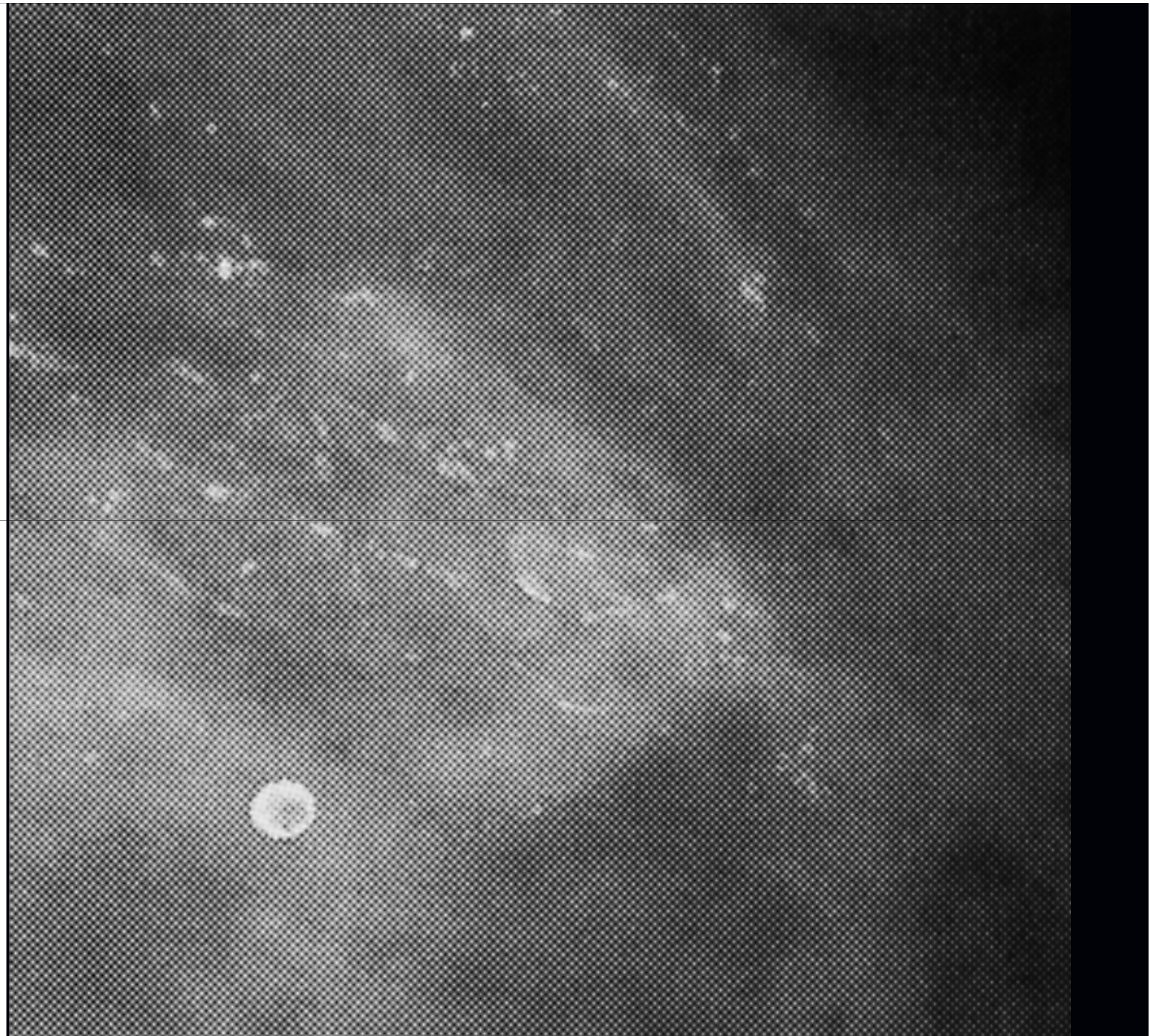


Type S



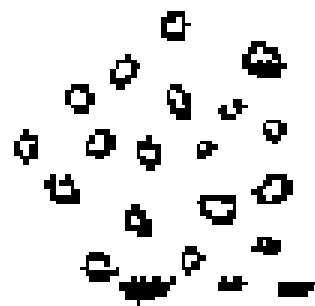
Veronidaires  
branchées

90 %





*Type 1*



*Annélaires  
En tasse de  
thé sur le  
profil =  
lait calcique*



*0 %*



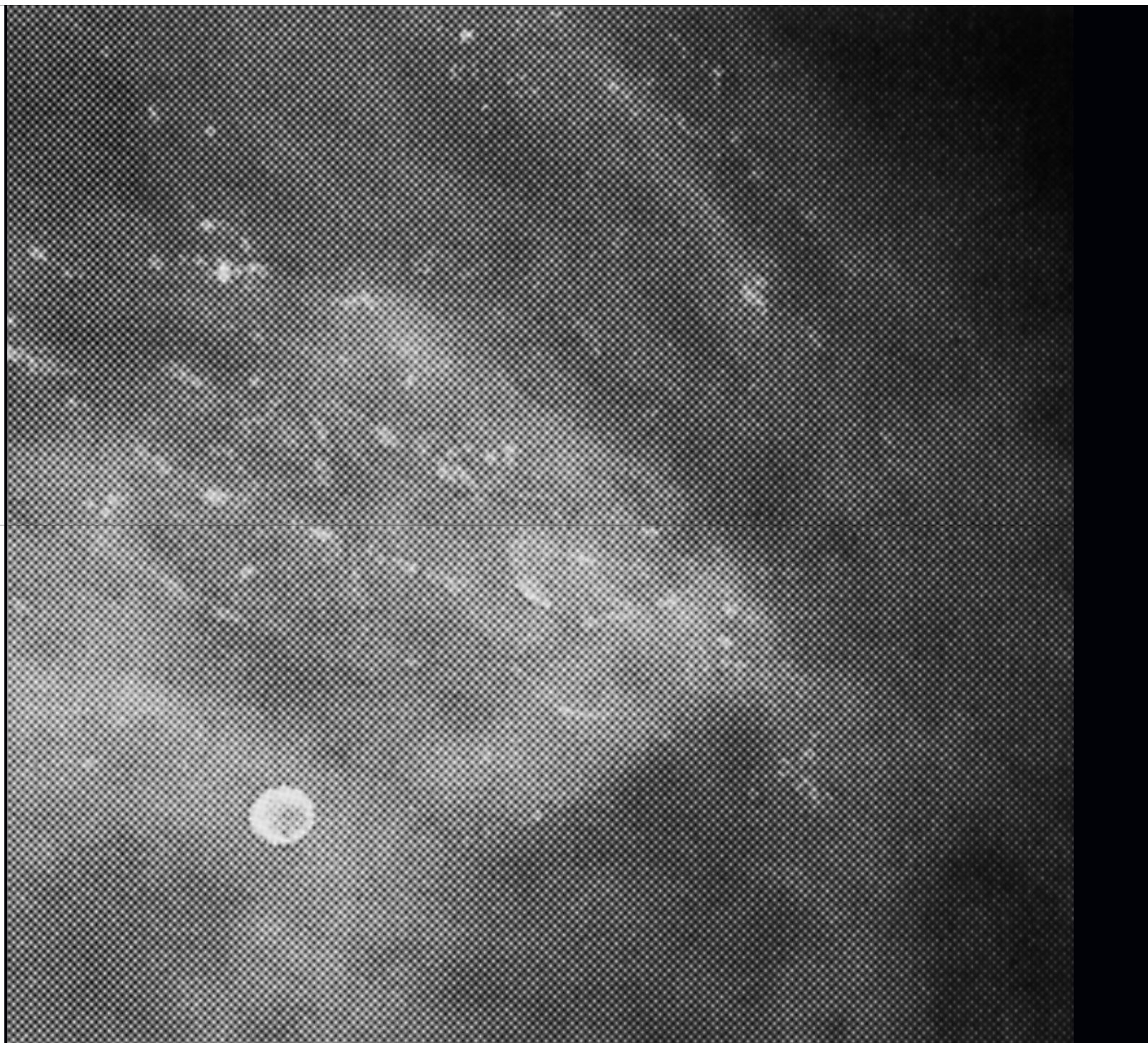


Type S



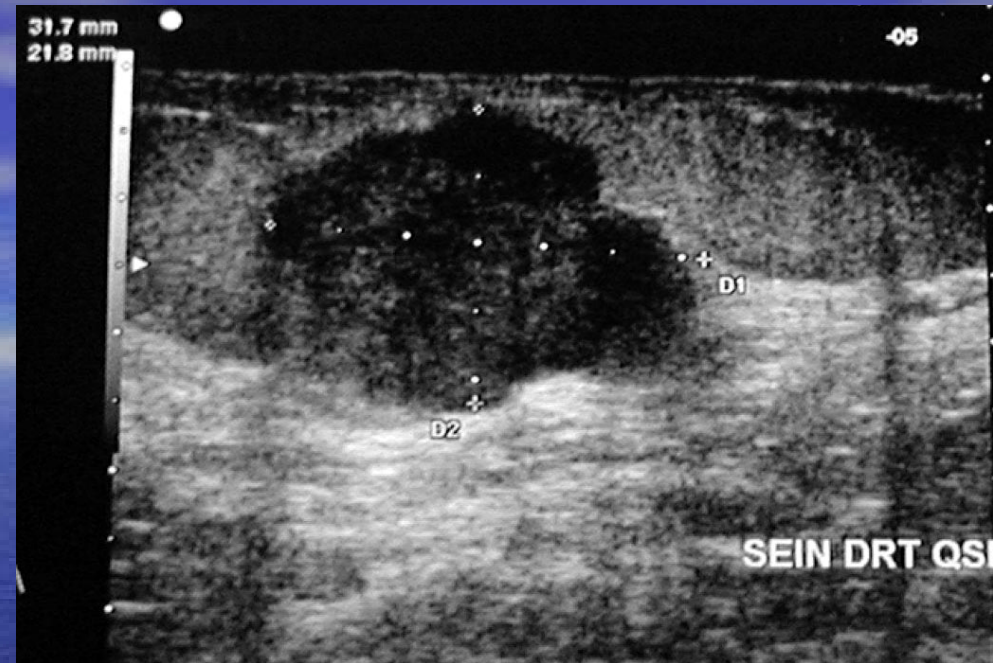
Veronciolaires  
branchées

90 %



# L'échographie

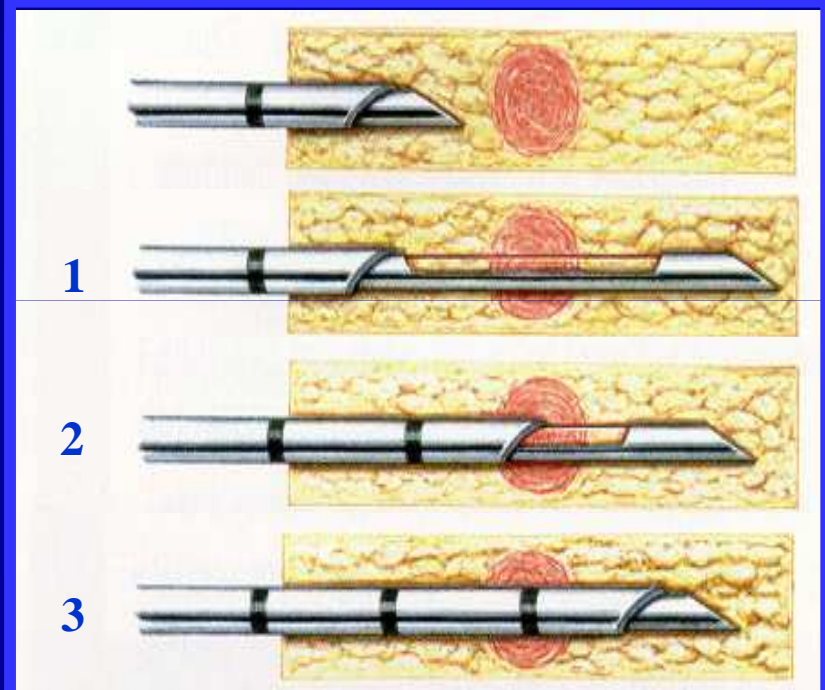
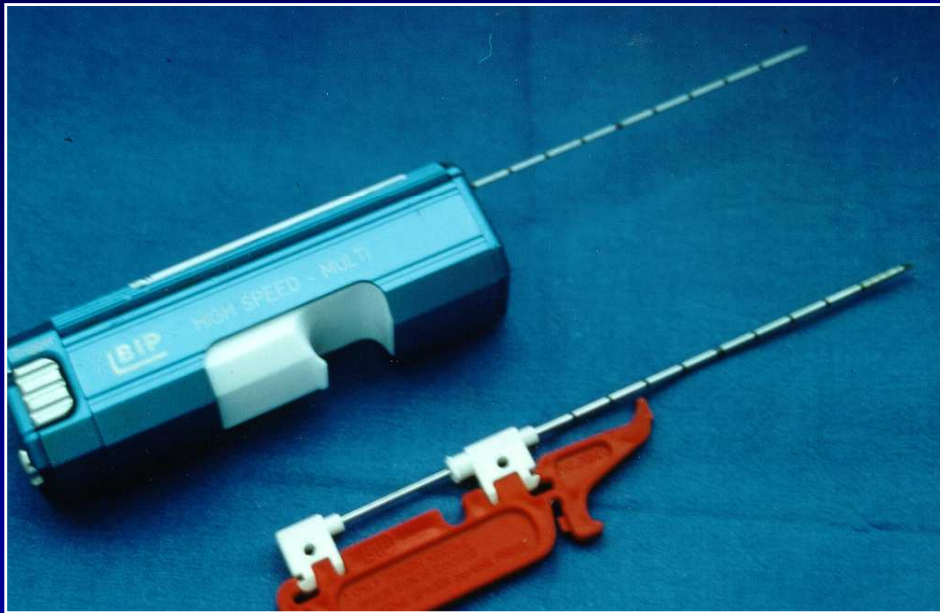
- Image hypo echogène
- Forme irrégulière
- Contours flou
- Taille inférieure masse palpée
- Ombre acoustique postérieure





# MICRO - BIOPSIES

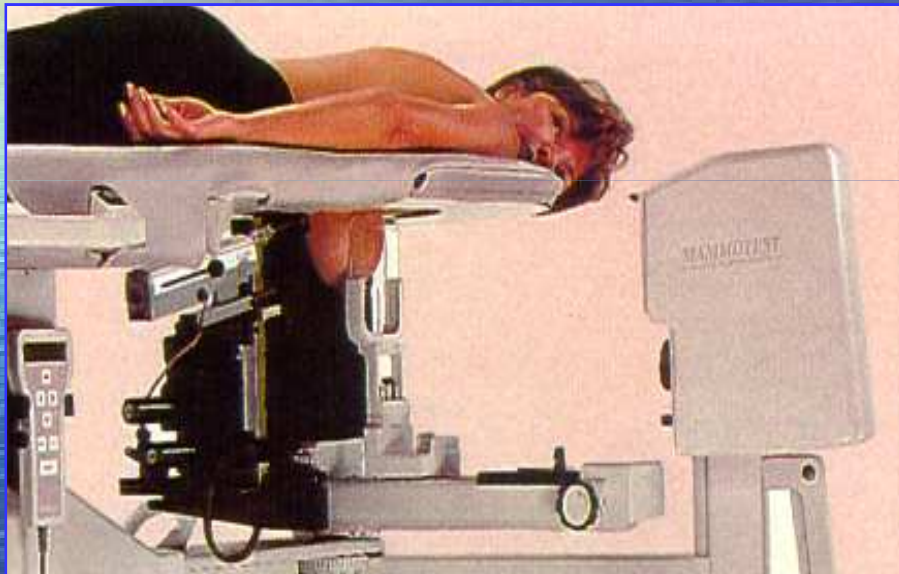
## Matériel tissulaire



**EXAMEN  
HISTOLOGIQUE**

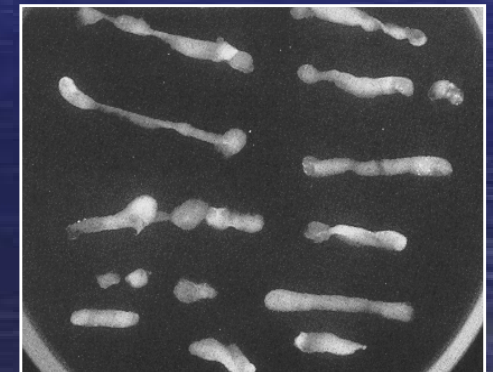
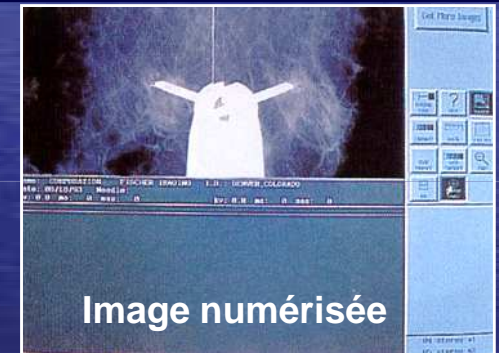
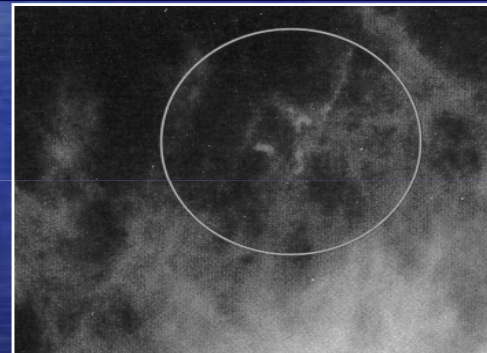
# IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

## TABLE DEDIEE



Centrage stéréotaxique  
Confort de la patiente  
Précision des prélèvements

Avancée considérable dans  
la technique des biopsies



**Alternative à l'exérèse chirurgicale des MCA après repérage.**

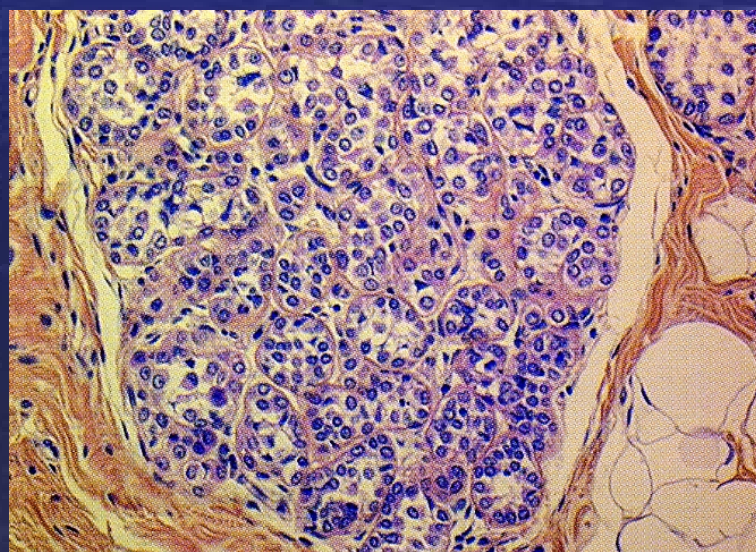
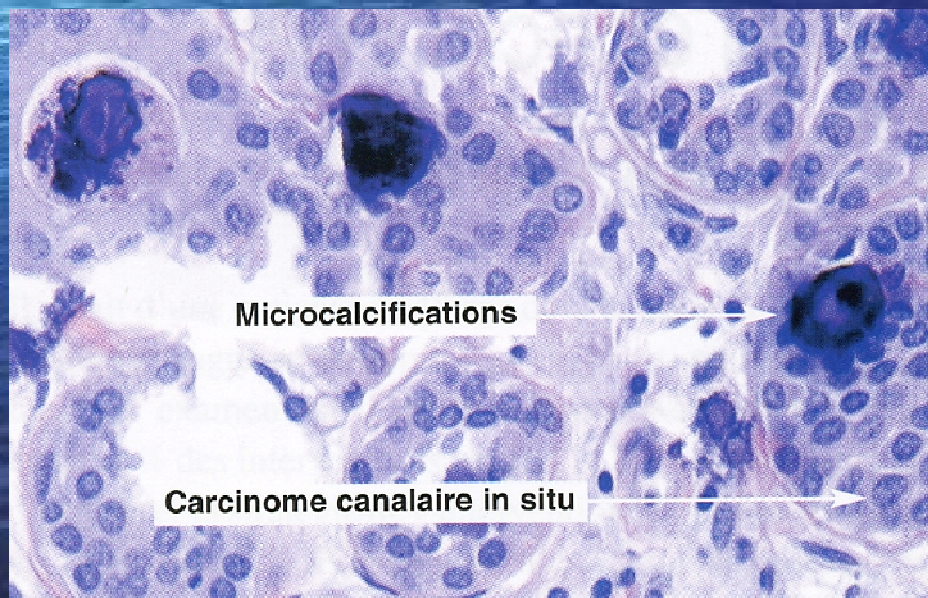


# Bilan pré thérapeutique

- ✂ Bilan clinique:TNM
  - ✂ Opérable <3cm (T1,T2 N0N1b,M0)
  - ✂ Evoluée localement  $\geq 3$  cm T3,N1,M0
  - ✂ Haut risque métastatique (T4a,b,c:N2,N3,M0)
  - ✂ Métastatiques d 'emblée
- ✂ Radio poumon
- ✂ Echo hépatique
- ✂ CA 15-3
- ✂ Scintigraphie Os si non opérable d'emblée



# Biopsie chirurgicale

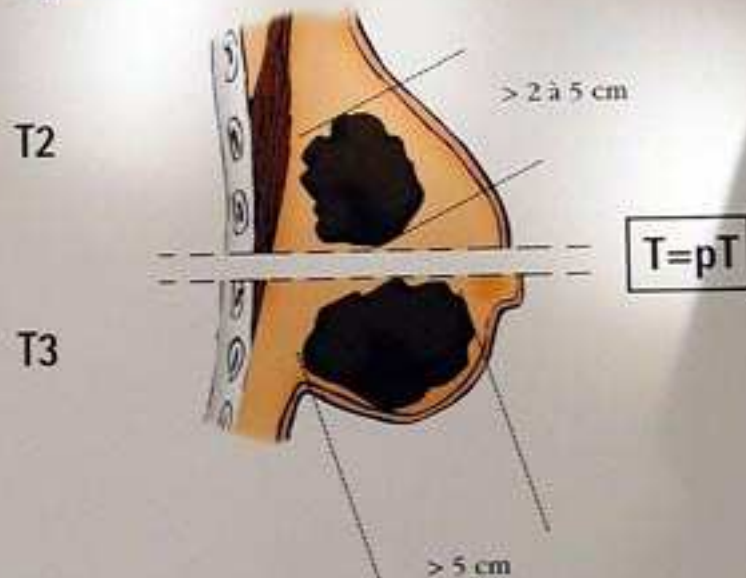




# Classification TNM

- T2 2 cm < T ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension (*figure 4*)
- T3 T > 5 cm dans sa plus grande dimension (*figure 4*)
- T4 Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique et/ou à la peau (T4a à T4d)

Figure 4

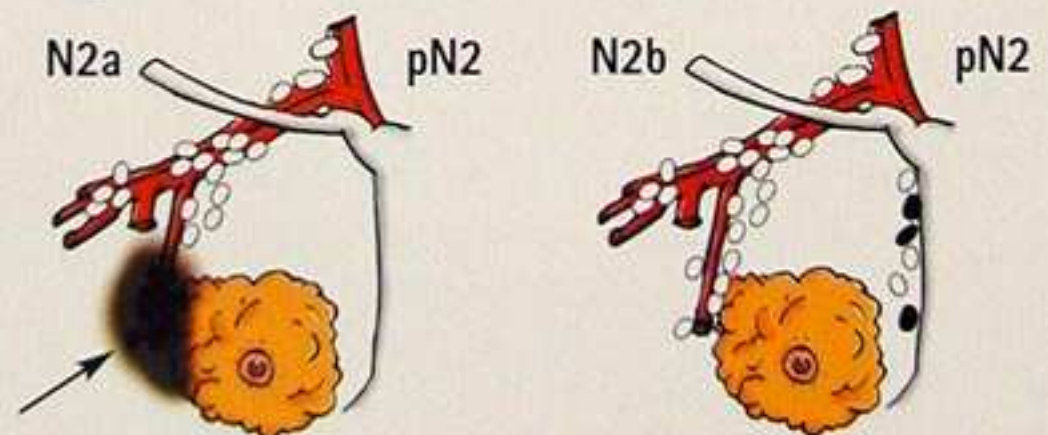


- N2 Ganglions axillaires homo latéraux fixés entre eux ou à d'autres structures, ou présence clinique d'adénopathies mammaires internes en l'absence d'adénopathies cliniques axillaires (*figure 11*)

N2a Ganglions axillaires homo latéraux fixés

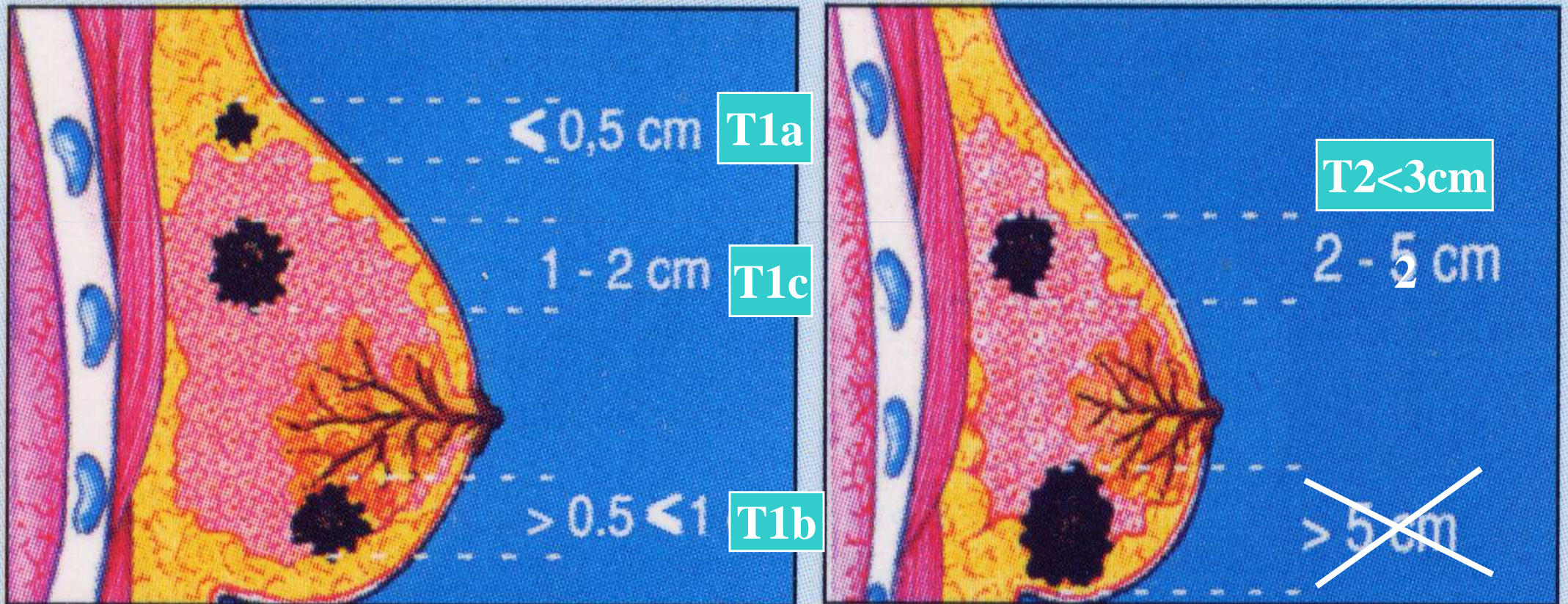
N2b Ganglions mammaires internes homo latéraux cliniquement apparents sans adénopathies axillaires cliniques

Figure 11





# Traitement des tumeurs opérables d'emblée : $< 3$ cm

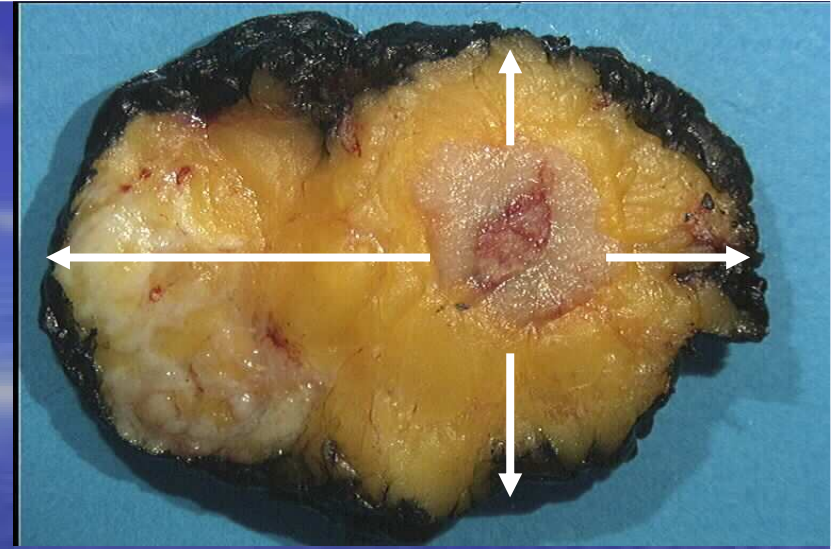




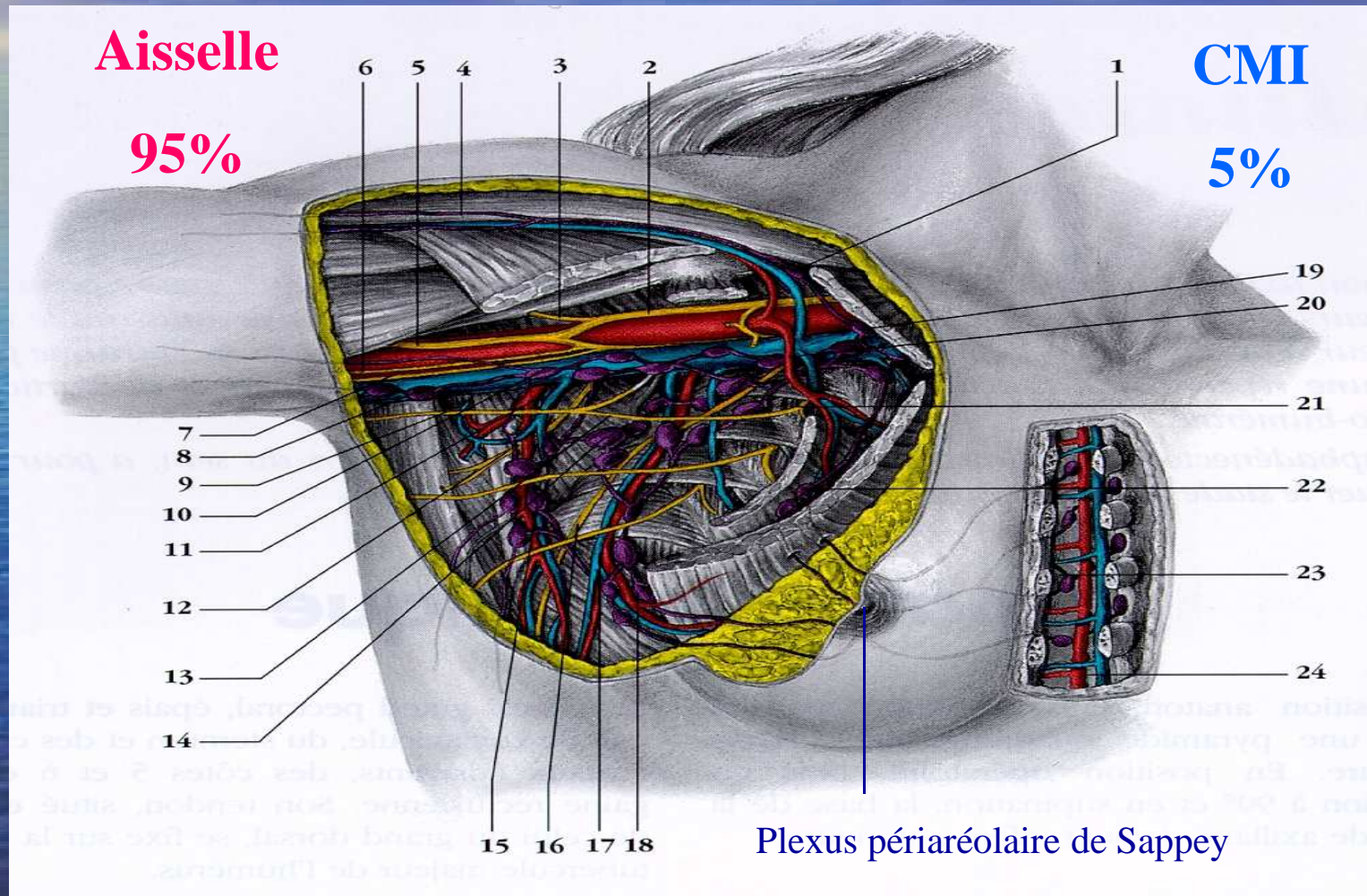
# T. opérables d 'emblée

## Traitement chirurgical

- ✂ Tumorectomie
- ✂ Curage axillaire ou ganglion sentinelle
- ✂ Examen anapath des marges
  - ✂ Si pas en tissu sain reprise ou mastectomie
- ✂ mastectomie d 'emblée si
  - ✂ Lésion multifocale
  - ✂ In situ étendu autour cancer invasif
  - ✂ Refus irradiation



# Anatomie du drainage lymphatique du sein



# Intérêt controversé du curage axillaire

- Rapport bénéfice / morbidité
- Aucun effet sur la survie globale
- Diminution de la fréquence des récidives axillaires
- Tumeurs > 10 mm = traitement médical adjuvant



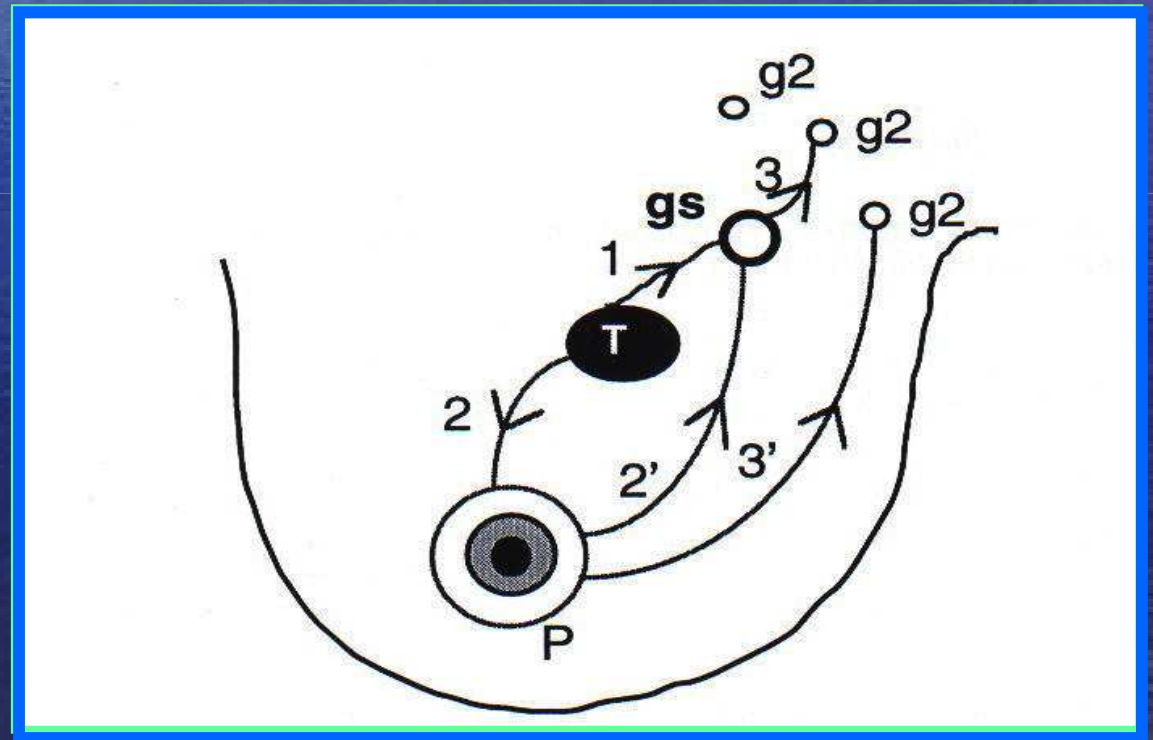
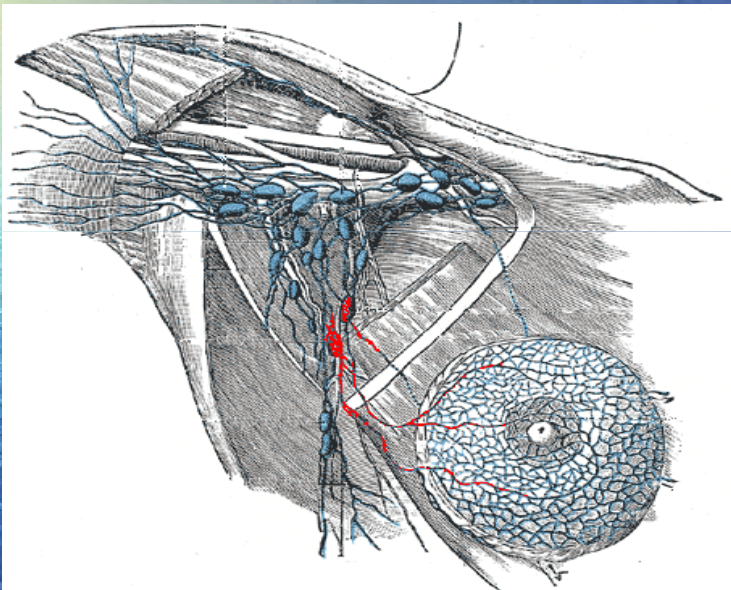
# Intérêt du ganglion sentinelle

---

- Préciser le statut ganglionnaire
- Éviter la morbidité du curage axillaire
  - post-opératoire
  - à long terme
- Chez des femmes à faible risque ganglionnaire :
  - plus de petites tumeurs pN0 (dépistage)
  - Plus de 70% de curages axillaires inutiles

# Voies lymphatiques du sein

(Mertz L. Med Nucl. 1998 ; 22: 301)



# GAS : repérage pré- et per-opératoire

## Méthode isotopique

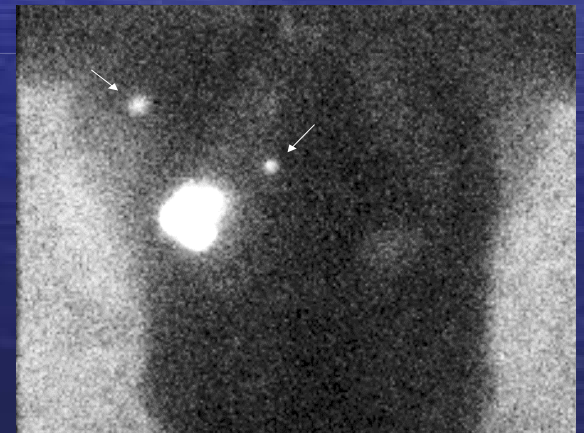
---

- **Technique :**

- Sulfure de Rhenium marqué au technetium 99 (Nano cis) ;
- Injection sous-dermique ;
- 18 à 24 heures avant l'acte chirurgical ;
- Dose : 800  $\mu$ Curie ;
- Lymphoscintigraphie facultative (cartographie).

- **Chirurgie :**

- Chirurgie radioguidée à l'aide d'une sonde (Neoprobe 2000) ;
- Rapport radio-activité GAS / bruit de fond  $> 2$ .





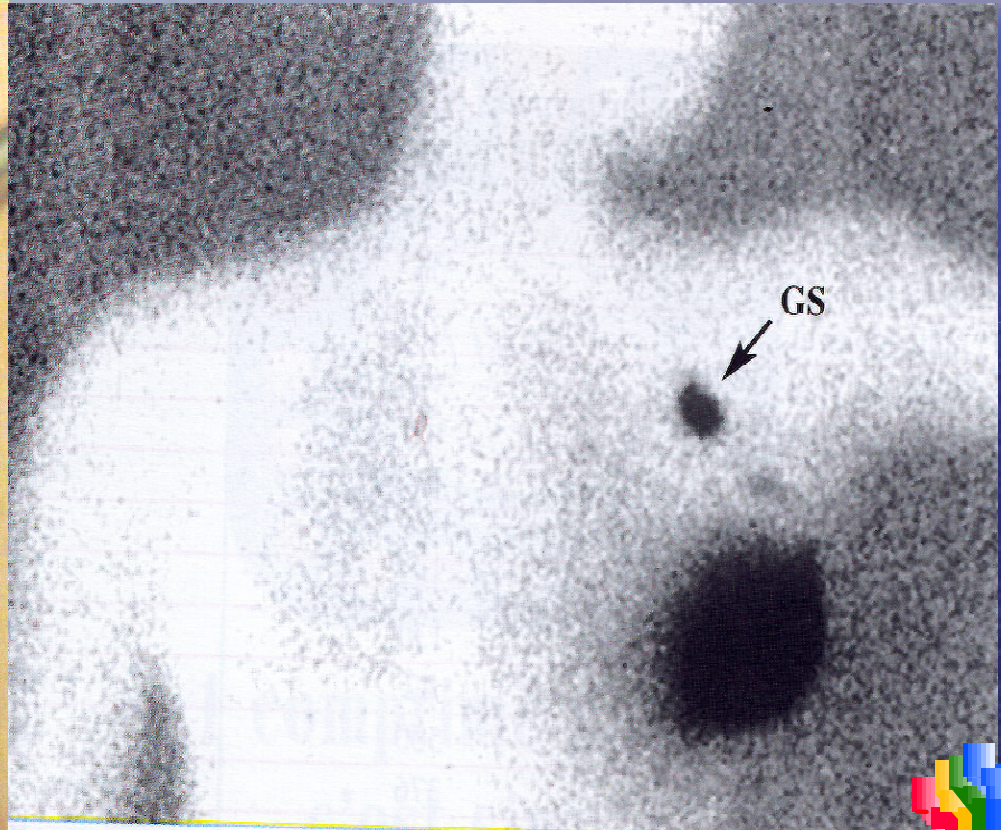
# GAS : repérage per-opératoire

## Méthode colorimétrique (2)

---

- **Effets accessoires :**
  - Pseudodésaturation ;
  - Urines vertes ;
  - Faciès gris au réveil ;
  - Tatouage du site d'injection (> 6 mois).
- **Complications : allergie**
  - En règle mineure (rash cutané) ;
  - Quelques cas de choc anaphylactique : contre-indication en cas d'antécédent allergique grave) ;
  - Préparation médicamenteuse éventuelle.

# Ganglion sentinelle







15 mois après injection  
20/04/2004



## En pratique ...

- Chirurgien / phase d'apprentissage

- Microbiopsie(s) pré-opératoire(s)
- Recherche du GS + curage
- Traitement de la tumeur du sein

- Chirurgien « expérimenté »

- Microbiopsie(s) pré-opératoire(s)
- Prélèvement du GS + extemporané
- Tumorectomie + extemporané / taille tumorale
- Pas de curage si taille tumorale < 15mm et si absence de métastase ganglionnaire ; sinon, curage.
- Traitement de la tumeur du sein.

# Indications du prélèvement du GAS

- Indications à évaluer :
  - Grosses tumeurs > 30 mm sans adénopathie(s) palpable(s) traitées par chimiothérapie néoadjuvante :

Auteurs	Année	n	Méthode	% détection	% FP	% pN1
Haid A	2001	33	Bleu + Tc99m	88	0	66
Julian TB	2001	31	Bleu + Tc99m	93,5	0	38
Brady EW	2002	14	Bleu + Tc99m	93	0	77
Miller A	2002	35	Bleu + Tc99m	86	11,4	13,3
Breslin T	2000	51	Bleu + Tc99m	84,3	12	49
<b>Mamounas EP</b>	<b>2002</b>	<b>340</b>		<b>85</b>	<b>12</b>	
Stearns V	2002	34	Bleu seul	84	14	45
Fernandez A	2001	40	Tc 99m seul	90	22	72,5
Nason KS	2000	15	Bleu + Tc99m	86	33	40

→ intérêt avant la chimiothérapie néoadjuvante, en l'absence d'adénopathies axillaires palpables (MS Sabel et al. Am J Surg 2003 ; 186 : 102-105) ???

# Malades opérables d 'emblée

## Traitement Radiothérapique

- ⌘ Irradiation du sein ( 45 Grays +10Gy Lit tumoral)
- ⌘ GG négatifs pas d 'irradiation de l 'aisselle
- ⌘ T.quadrant interne :
  - ⌘ irradiation GG Sus clav +Mammaire interne
- ⌘ GG positifs : irradiation GG susclaviculaire
  - Mammaire interne
  - Axillaire si massif
- ⌘ Après mastectomie :irradiation paroi thoracique

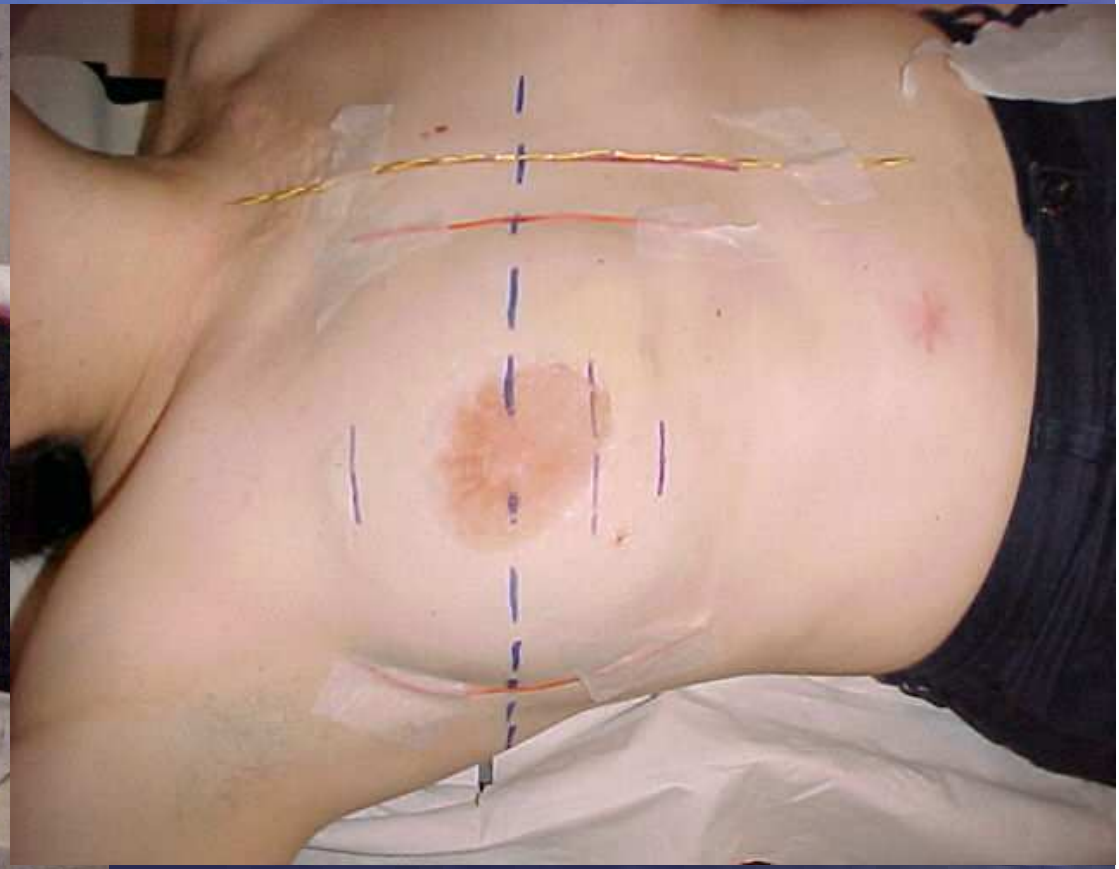
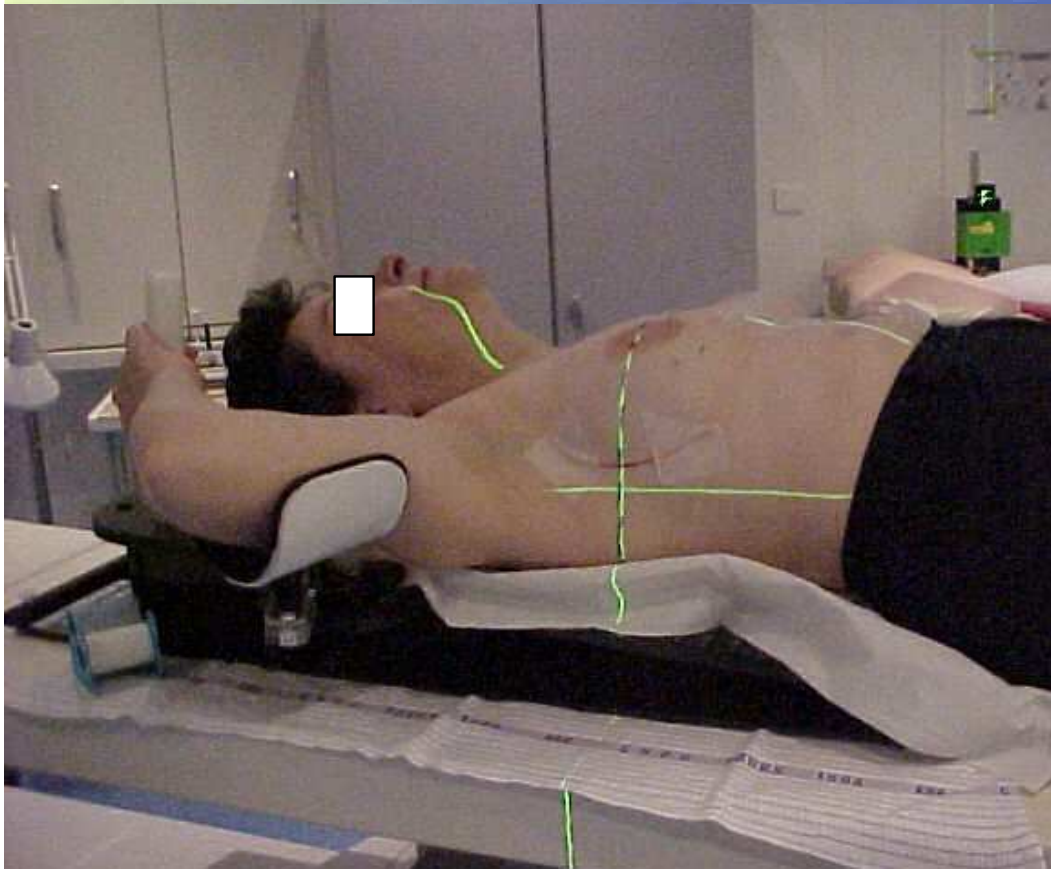




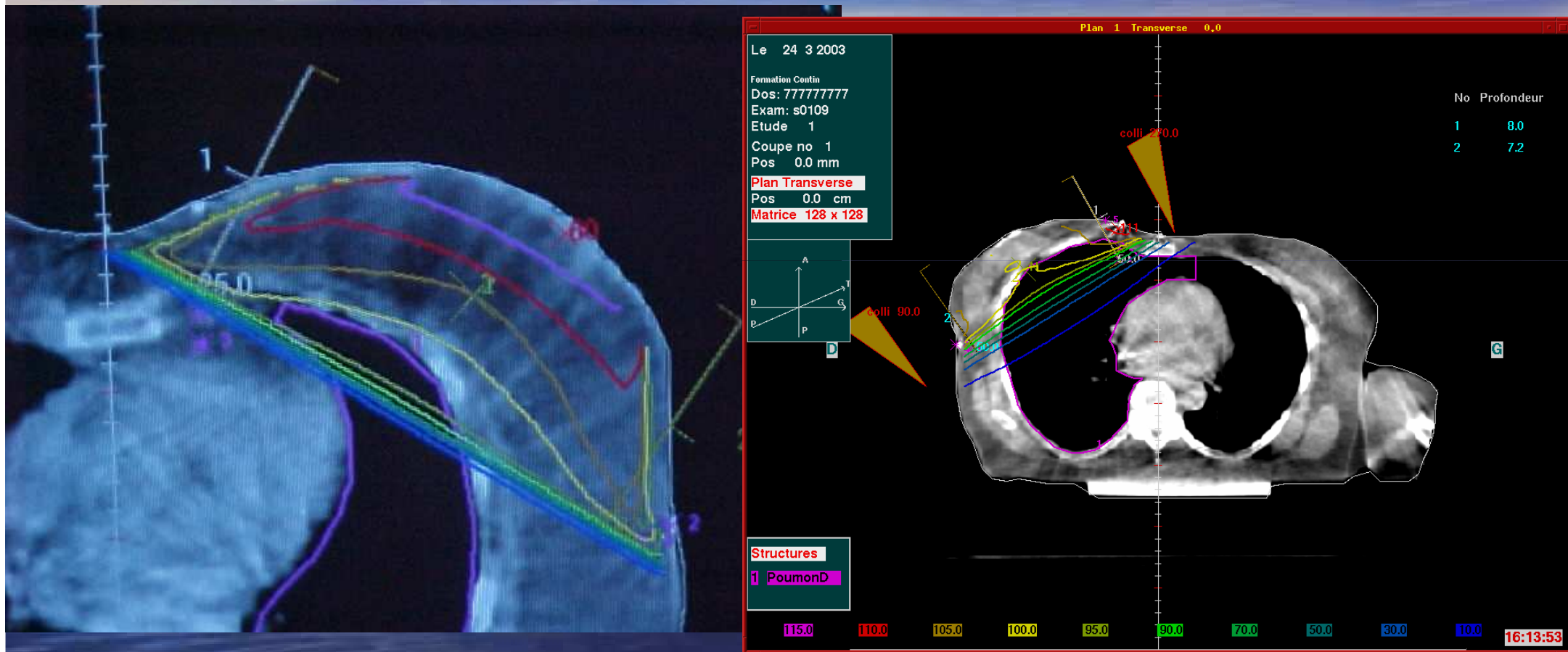
# Radiothérapie externe



# Radiothérapie externe



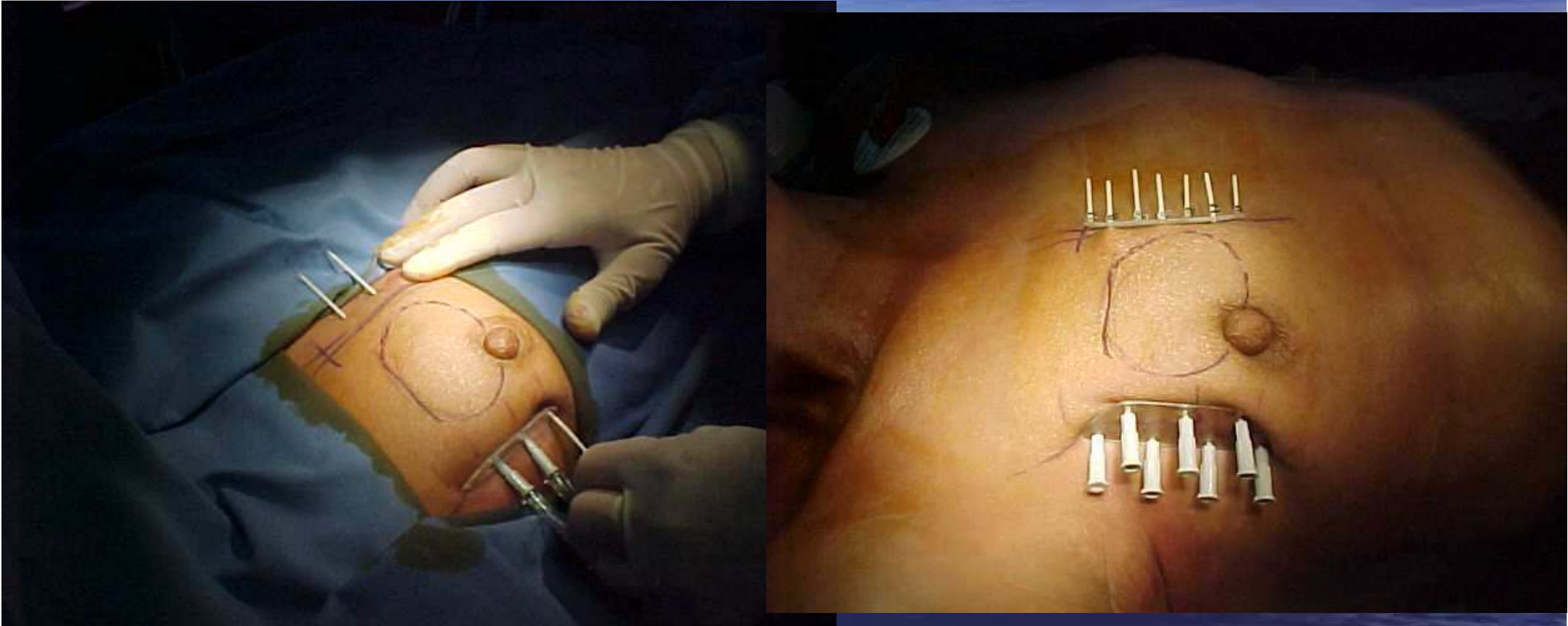
# Radiothérapie externe



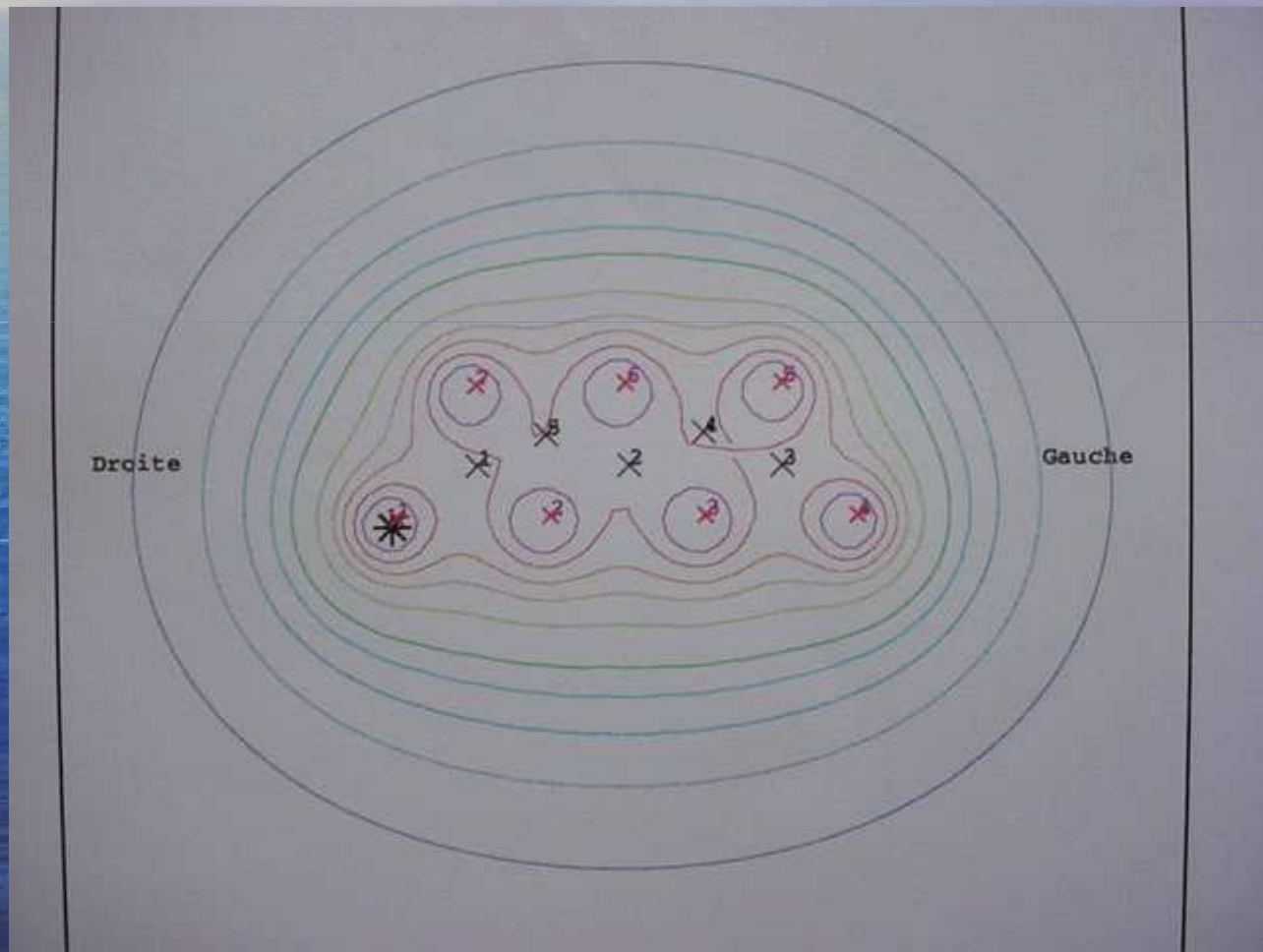




# Curiethérapie



# Curie thérapie



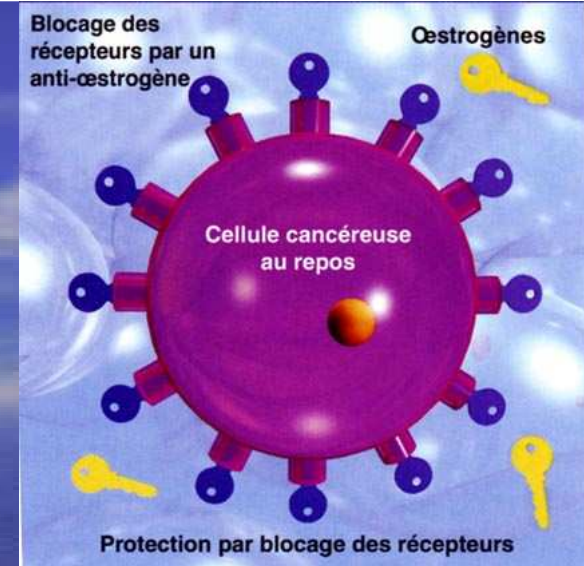


# Réaction cutanée



# Traitements médicaux

- Hormonothérapie :
  - Anti œstrogène: Tamoxifène
  - Anti aromatases:
    - Anastrozole
    - Exemestane
    - Letrozole
- Chimiothérapie :
  - FAC
  - FEC
  - FNC,CMF



Adjuvant

Neo adjuvant

Curatif



# Facteurs histo pronostique

- Facteurs :
  - Scarff Bloom Richardson
  - Envahissement ganglionnaire
  - Recepteurs hormonaux E ou P
  - Cytométrie en Flux
- Classement des patientes après intervention
  - Faibles risque de métastases : SBRI,N0,RE+RP+
  - Risque de métastases élevé :SBRIII,N+, RH -
  - Risque intermédiaire





# Traitement si opérables

## T < 3 cm

- ✂ Tumorectomie curage + RX
- ✂ Pas de facteurs de risques de méta

- ✂ Abstention

- ✂ Hormonothérapie si Rh +( St Gallen )

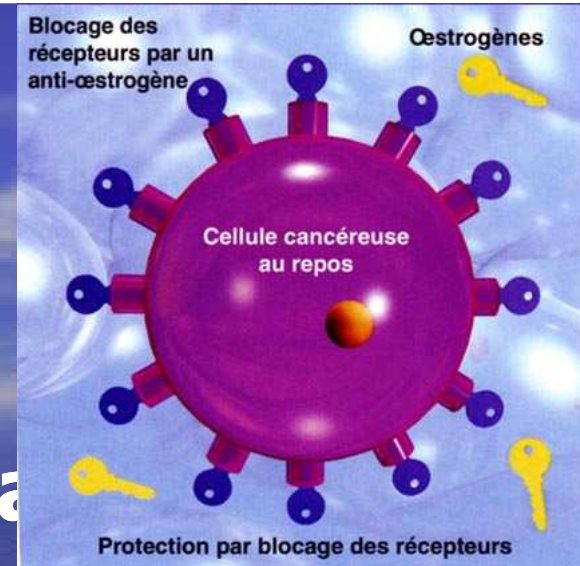
- ✂ Avec facteurs de risques

- ✂ < 60 ans = Chimio ( FAC, FEC, FNC, CMF....)

- Pas d'intensification thérapeutique

- Hormonothérapie TAM (St Gallen )

- ✂ > 60 ans = TAM 20mg / 5 ans si Rh+



# Traitement médical adjuvant

- ⌘ Femmes à risque intermédiaire > un facteur Risque
  - ⌘ Avantage du Tt.Médical modeste = + 2 à 7% survie
  - ⌘ Prendre en compte les effets secondaires  
le désir des patientes
- ⌘ Femmes âgées ou fragiles:hormonothérapie
- ⌘ Femmes <50 ans : Chimiothérapie  
+Hormonothérapie



# Intérêt de l'association TAM+ Chimio Femmes N- RE+

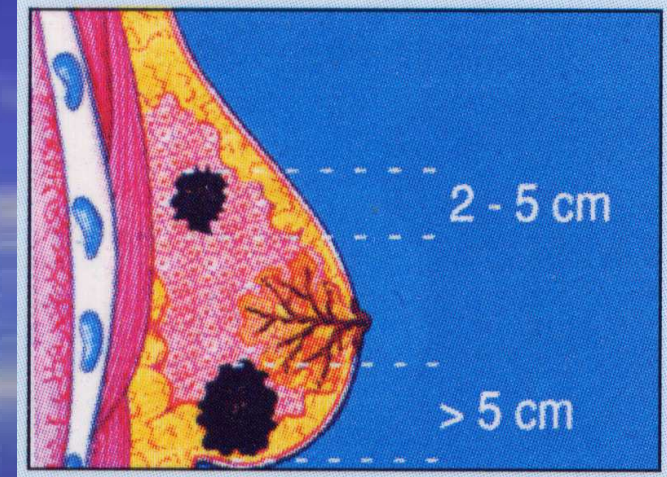
NSABP 20- Fisher 1997

Survie à 5 ans	TAM	MF-TAM	CMF-TAM
Sans maladie	85%	90%	89%
Globale	94%	97%	96%





# Malade porteuse d'une tumeur: $T > 3\text{cm}$



⚡ Chimiothérapie néo adjuvante

Femme <60 ans

Cycles avec anthracycline

Evaluation clinique ,mammo, echo+IRM

⚡ Régression complète: irradiation 50 Gy sein

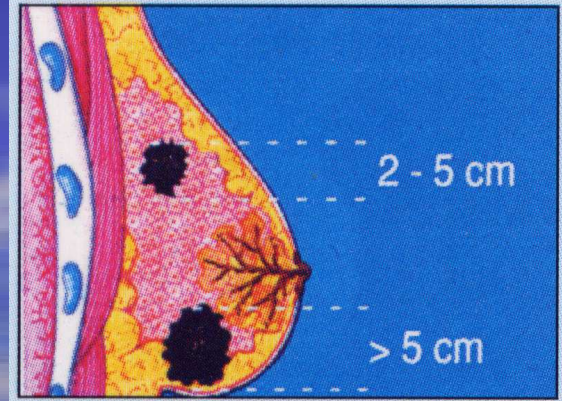
+30Gy lit Tumoral

+ Irradiation sus claviculaire

+Irradiation mammaire interne



# Malade porteuse d'une tumeur: $T > 3\text{cm}$



## ♂ Chimiothérapie néo adjuvante avec Régression partielle:

< 3cm: exérèse complémentaire + Irradiation

+ TAM 20 mg / 5ans si Rh +

> 3 cm ou régression < 50% → Mastectomie

+ irradiation paroi + aires GG

+ TAM 20 mg / 5 ans si Rh +



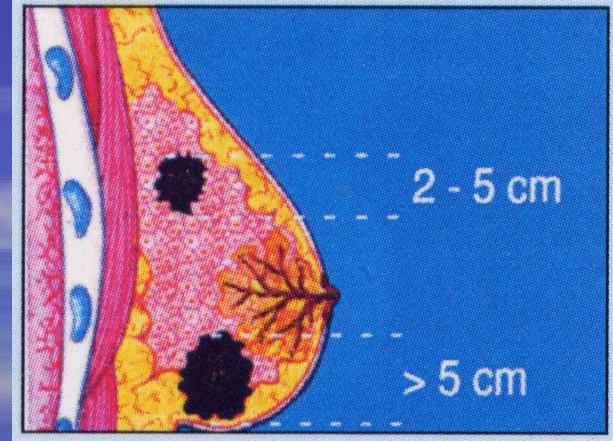
# Résultats



ROU. Dominique, 29 ans.  
Cicatrice péri-aréolaire + axillaire verticale droite.



# Malade porteuse d'une tumeur: $T > 3\text{cm}$



## ✂ Mastectomie d'emblée + Curage axillaire si:

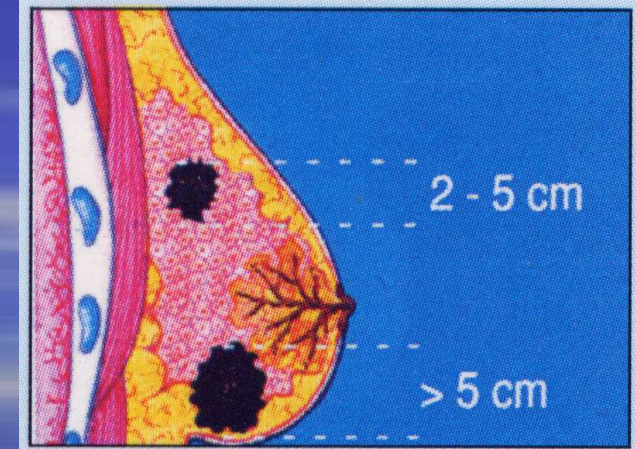
- ✂ Refus chimiothérapie
- ✂ Femme > 70 ans
- ✂ Contre indication chimiothérapie

## ✂ + Irradiation paroi thoracique et aires GG

## ✂ + TAM 20mg / 5 ans si Rh +



# Malade porteuse d'une tumeur: $T > 3\text{cm}$



## ♂ Biopsie + Curage axillaire + Irradiation

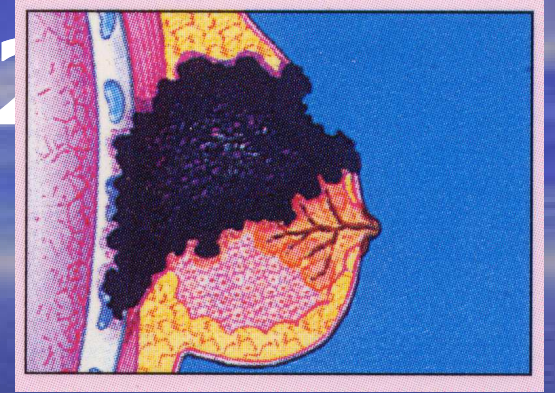
- ♂ Femme âgée 60-70 ans
- ♂ Refuse chimiothérapie
- ♂ Contre indication chimiothérapie

♂ **Régression  $> 50\%$ :** poursuite radiothérapie 80Gy  
+ TAM 20mg/5ans si Rh + →

♂ **Régression  $< 50\%$ :** Mastectomie + Irradiation  
+ TAM 20mg/5 ans si Rh +



# Malades à Haut risque métastatique :T4a,b,c,d.N2



⚡ <70 ans : Biopsie + Chimiothérapie

⚡ Régression >50% = Traitement conservateur

⚡ Régression <50% = Mastectomie + Irradiation

⚡ >70 ans : Mastectomie prophylactique + Irradiation

⚡ Dans tous les cas = TAM 20mg /5 ans si Rh +





# Malades métastatiques d 'emblée

## ⚡ Traitement de la tumeur :

- ⚡ Conservateur le plus souvent
- ⚡ Mastectomie de propreté

## ⚡ Traitement de la métastase:

- ⚡ Exérèse métastase pulmonaire unique
- ⚡ Geste orthopédique de consolidation

## ⚡ Traitement hormonal:

- ⚡ Castration : chirurgicale , radiothérapique , GnRh
- ⚡ TAM, Arimidex



# Réponse métastatique selon l'expression des récepteurs

D'après JL Wittliff 1984

ER+PR+	ER+PR-	ER-PR-	ER-PR
135/174 78%	55/164 34%	17/165 10%	5/11 45%



# Réponse à l'hormonothérapie selon le site métastatique

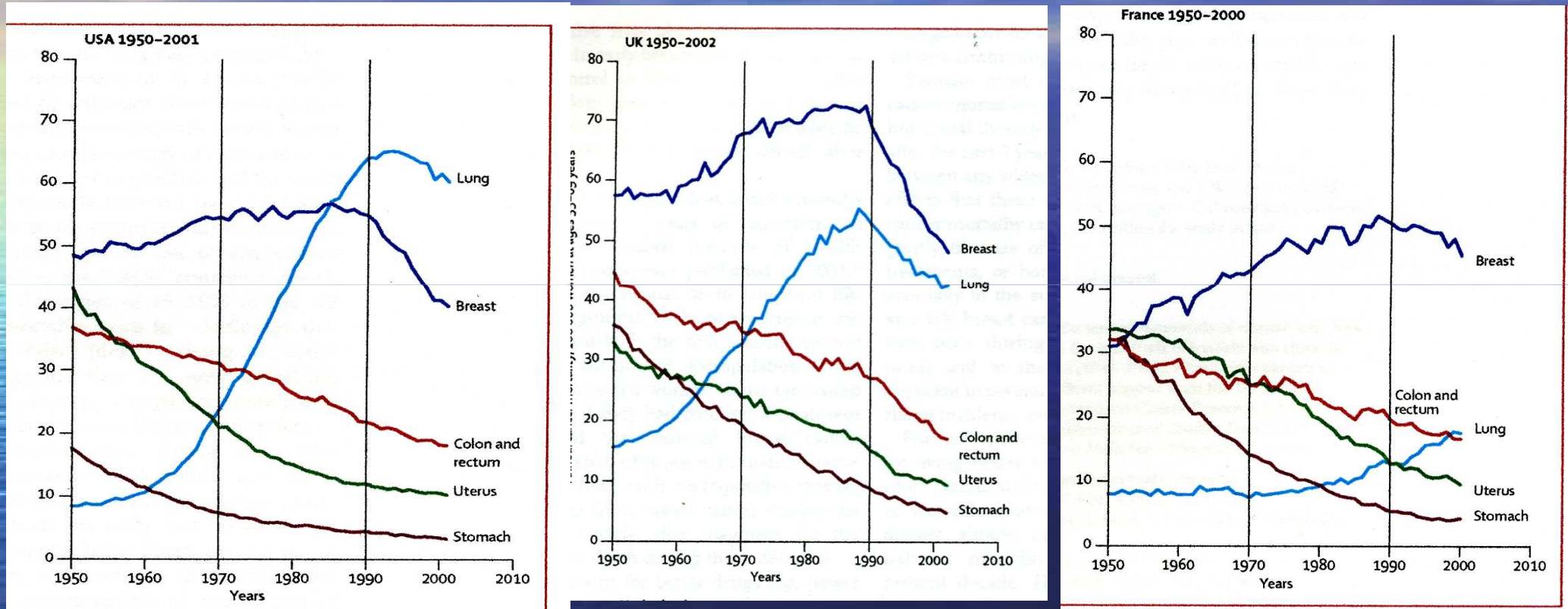
D'après P.Pouillard Mars 2000

Métastase	Réponse
Hépatique	16%
Osseuses ( lytiques)	36%
Pulmonaires	8%
Tissus mous	39%
Ganglions	53%
Sein controlatéral	80%



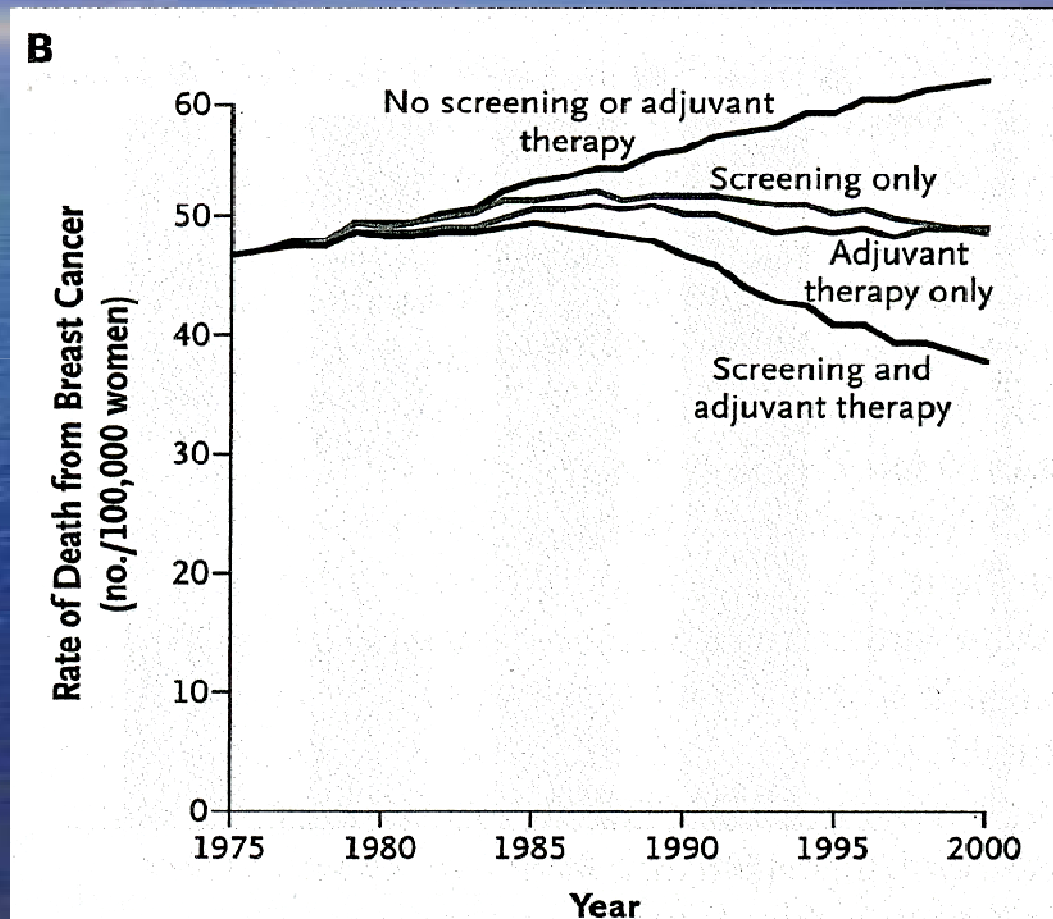


# Résultats : Dépistage + Traitement adjuvant



Peto Lancet 2005;365:1714

# Association du dépistage et du Traitement adjuvant



Berry D, NEJM.2005;353:1784-1792

# Conclusion: traitement kc sein

- ◆ Travail d'équipe
  - ◆ Chirurgien ,
  - ◆ Radiothérapeute ,
  - ◆ Oncologue médical ,
  - ◆ Anapath
- ◆ Fonction de l'état Malade
  - ◆ Stade
  - ◆ Age physiologique
  - ◆ Choix personnels de la femme





# Cancer du sein chez la femme enceinte

- Rare : 1/3000 Grossesses
- Diagnostic difficile= echo + biopsie
- Pas de Mammo
- Traitement identique a stade égal
  - L'interruption de grosses ne modifie pas le pronostic
  - 1er trimestre : IMG+ traitement
  - 3 ème trimestre : accouchement puis traitement
  - 2 ème trimestre :
    - Si >3 cm Chimio puis césar et chirurgie
    - Si <3 cm : chirurgie , naissance puis chimio +RX
- Pronostic mauvais car femme jeune , diagnostic tardif , stade avancé

# Surveillance de la femme traitée (SOR)

- Examen clinique à 4 mois, puis tous les 6 mois pendant 5 ans, après tous les ans.
- Mammographie à six mois, puis tous les ans.
- En l'absence de signes d'appel, il n'y a pas lieu de faire des examens complémentaires à la recherche de métastases (CA 15-3, RP, Echo foie, scinti os..) (Niveau de preuve A)



# La contraception

- Les oestroprogestatifs sont contre indiqués
- Le stérilet possible si multipare
- Les progestatifs
- Les contraceptifs locaux
- La stérilisation ?





# La grossesse

- **Ne modifie pas le pronostic**
- **Possible après deux ans (7% des femmes )**
- **Si facteurs de bon pronostic**
- **Pas de modifications de la survie**
- **Pas d'augmentation de FCS ou de malformations si chimio.**
- **AMP possible**
- **Allaitement possible sein non traité**



# Traitement Hormonal Substitutif

- **Contre indiqué mais :**
  - Pas de preuve que la prescription d'OP augmente le taux de récurrences ou diminue la survie
  - Pas de castration des femmes jeunes
  - Grossesses autorisées
  - Essais non randomisés (B. Stoll)
  - Essais randomisés en cours



# THS après cancer traité

## Conférence Consensus Sept 97

- Nécessité essais randomisés :
  - femmes sympto / faible risque
  - E2+ Tamoxifène : courte période
- En attendant : Traitement à "la carte"
  - Bouffées : Clonidine/Progestatif
  - Sécheresse vaginale : E2, E3 local
  - Ostéoporose/CV : Tamoxifène
- Si THS nécessaire : accord de la malade

J. Clin. Endocrinol. Metab. 1998, 83 :1993-1999

