

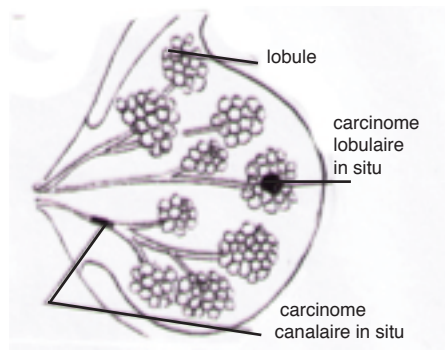


## À PROPOS DES CANCERS DU SEIN IN SITU

Le cancer « in situ » (sur place) représente une zone de cancérisation qui n'a pas dépassé les berges (les parois)

– soit des canaux galactophores : c'est le cancer, ou carcinome, canalaire *in situ* (CCIS)

– soit des lobules : c'est le cancer, ou carcinome, lobulaire *in situ* (CLIS)



### Les cancers lobulaires *in situ*

Ils ne sont pas visibles sur la mammographie ou l'échographie.

On connaît leur existence lors des biopsies de tissu mammaire (effectuées soit après ablation d'une tumeur bénigne, soit en chirurgie esthétique pour réduction du volume mammaire).

### Les cancers canaux *in situ*

Ils sont dans la majorité des cas révélés par la présence, à la mammographie, de **microcalcifications**.

Mais d'autres signes peuvent évoquer leur présence :

- Une petite tuméfaction mobile.
- Au niveau du mamelon, un écoulement (transparent, ou lactescent, parfois hémorragique). *Mais ATTENTION tous les écoulements n'ont pas une origine cancéreuse.*
- Une petite zone eczématisée au niveau du sein (on parle de maladie de Paget du mamelon).

### Que représentent les microcalcifications

Elles correspondent à la précipitation de sels de calcium à l'intérieur des canaux galactophores (**MAIS**, toutes les microcalcifications ne correspondent pas à la présence d'un processus cancéreux).

Certaines sont *bénignes* (le calcium s'est déposé sur des sécrétions physiologiques). Le radiologue est vite rassuré à la vue des calcifications bénignes qui sont rondes, éparses, en grain de riz.

D'autres évoquent la présence d'une zone cancéreuse Elles sont qualifiées de *malignes*. Elles sont groupées, spiculées (pointues) et les radiologues les repèrent soigneusement en examinant l'image à la loupe. Les images sont classées de 1 à 5 (selon la classification de Le Gall).

En définitive, pour affirmer la nature cancéreuse des calcifications, il faut recourir à une biopsie, car seul l'examen microscopique de la lésion permettra de faire un diagnostic précis.

L'échographie ne permet pas de visualiser les microcalcifications.

Une place toutefois doit être faite pour l'*échographîe ductale* qui, en raison de l'utilisation de sondes à haute fréquence et de la visualisation du canal galactophore dans le sens de la longueur, permet de diagnostiquer très précocement des lésions intracanaux.

Dossier réalisé pour l'association MISS

(Mouvement d'information sur la santé du sein)

par Anne-Marie Tubéry-Claustres, médecin homéopathe, DU de cancérologie

## Caractères des carcinomes *in situ*

Tant qu'il restent « in situ », ces cancers ne présentent pas de caractère de gravité. En effet, parce qu'ils n'ont pas franchi les parois des canaux galactophores :

- ils n'envahissent pas les ganglions de proximité (sous l'aisselle) ;
- ils ne donnent pas de métastases (envahissement d'autres organes que le sein par des cellules cancéreuses).

Signalons toutefois que dans un certain nombre de cas (1 à 2 %) peut exister une micro-invasion décelée par l'examen microscopique.

Malheureusement, ces carcinomes *in situ* rassurants présentent d'autres caractères qui rendent l'acte chirurgical difficile.

Ils sont souvent multiples à l'intérieur d'un même sein. On parle de cancer *multifocal* (sur plusieurs foyers). Ils peuvent également toucher le sein opposé.

## Évolution des cancers *in situ*

30 à 50 % peuvent, dans les dix ans qui suivent la biopsie, évoluer vers la forme « invasive » qui, elle, peut donner des métastases.

Que deviennent les autres cas ?

Ils peuvent rester stables, ils peuvent aussi régresser. C'est en particulier le cas des carcinomes lobulaires *in situ* (CLIS) qui régressent après la ménopause.

*L'absence d'évolution, voire la régression des CLIS en postménopause est classique.*

Marc Espié et André Gorins, *Le sein*, éditions ESKA

## Statut hormonal des cancers *in situ* (CIS)

*Les cellules des CIS sont-elles hormono-dépendantes ?*

C'est-à-dire captent-elles les estrogènes circulant, en raison de la présence sur leur membrane de récepteurs aux estrogènes (RE) ? Autrement dit, sont-elles RE+ ?

Reprenons le livre de Marc Espié et André Gorins.

En ce qui concerne les cancers canalaux *in situ* (CCIS) :

*Des récepteurs aux estrogènes et à la progestérone ont parfois été retrouvés dans certains CCIS, mais leur dosage est peu fréquent et n'a pas d'application clinique.*

En ce qui concerne les cancers lobulaires *in situ* :

*L'hormono-dépendance est étayée par deux faits :*

- la fréquence des CLIS en période d'activité génitale ;
- la régression fréquente après la ménopause.

Réflexion de MISS : La logique oblige à penser qu'ils ne régresseront pas en présence d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause qui fournit des hormones estrogènes et de la progestérone.

## Quelles sont les thérapeutiques proposées

Le seul traitement proposé est d'ordre chirurgical.

Il consiste à enlever la zone tumorale lorsqu'elle est unique. L'acte chirurgical est alors suivi de radiothérapie.

Malheureusement, les lésions sont souvent diffuses en plusieurs points de la glande mammaire. C'est alors l'ablation du sein qui est proposée.

Cette douloureuse proposition trouve son explication dans le fait que dans 98 % des cas il n'y aura pas de rechute, pas de métastases.

Mais n'est-elle pas banalisée ?

Depuis le dépistage de masse, le nombre de mastectomies (ablation du sein) a augmenté de façon considérable (+ 17 % dans certains départements).

Étaient-elles toutes justifiées ?

## Résumons les caractéristiques des cancers *in situ*

Ils sont souvent décelés par la présence de microcalcifications sur la mammographie.

Ils ne dépassent pas les limites des canaux ou des lobules galactophores, d'où leur caractère « in situ ».

Pour cette raison ils ne donnent pas naissance à des métastases.

25 à 30 % d'entre eux évoluent vers une forme invasive (qui, elle, peut être génératrice de métastases).

Ils présentent souvent des récepteurs aux estrogènes, bien que

*... ces études soient peu fréquentes et n'aient pas d'application pratique.*

Marc Espié et André Gorins, *Le sein*, éditions ESKA

(Pourquoi cela ? s'interroge MISS.)

Ces données biologiques impliquent une attitude pratique.

– La suppression de tout apport d'estrogène (pilule, traitement substitutif de la ménopause et même certaines plantes *estrogène-like* telles que le soja, la sauge, le houblon).

– La recherche des récepteurs hormonaux sur la lésion lors de l'acte chirurgical.

– Lorsque ces récepteurs sont positifs, les thérapeutiques anti-estrogéniques sont logiques : soit par blocage de la fonction ovarienne avant la ménopause (Décapeptil ou analogue), soit par des anti-estrogènes périphériques (Tamoxifène, Arimidex ou analogue).

C'est là aussi que le caractère longtemps statique de la lésion nous permet d'envisager l'utilisation de molécules telles que le *Viscum album*<sup>1</sup>, la teinture de *Gnidia*<sup>2</sup>, d'une cure de Breuss<sup>3</sup> ainsi qu'une attention particulière portée à la pratique de l'alimentation et la suppression, bien sûr, de tout apport hormonal même végétal (soja).

## Quelle surveillance ?

Pour les *microcalcifications*, la mammographie reste l'examen de référence. Elle doit être utilisée à un rythme raisonnable (tous les 2 ans).

Pour les autres formes de cancer *in situ*, elles bénéficient de l'apport de l'échographie et de L'IRM :

– de l'échographie et, tout particulièrement, de l'échographie ductale ;

– de l'IRM (Imagerie par résonance magnétique).

Ce dernier examen ne délivre pas de rayons X. Il fait appel à un champ magnétique pulsé. La visualisation de la zone suspecte est complétée par l'injection d'un liquide de contraste, le Gadolinium. L'IRM permet de visualiser le tissu épithélial prédominant chez la femme jeune. On parle de sein dense.

Citons les conclusions d'une étude récente centrée sur les *microcalcifications*. Elle retrouve, pour l'IRM, une sensibilité de détection des cancers *in situ* de 79 %<sup>4</sup>. Il faut signaler que chez les jeunes femmes, l'IRM donne parfois de « faux positifs » (images qui paraissent suspectes et qui ne le sont pas).

Ces données peuvent paraître complexes. Elles sont toutefois importantes à connaître par chaque femme qui est sollicitée pour accepter l'ablation du sein comme étant le choix thérapeutique le meilleur.

Il est bien compréhensible que la perception intime d'une lésion cancéreuse au niveau du sein fasse régner la peur tenace d'un lendemain dangereux, et ceci, même si elle est intracanalair, même si elle est peu évolutive, même si elle peut régresser.

Et c'est la possibilité d'une évolution vers une forme invasive qui plus tard peut mettre la vie en danger qui fait accepter et même parfois souhaiter l'ablation du sein comme un geste sauveur et aussi libérateur de l'angoisse.

C'est de tout cela dont il est indispensable de parler sereinement avec l'équipe chirurgicale. Pourquoi, par exemple, ne pas proposer un traitement « anti-hormonal » dans un premier temps ? Il pourrait peut-être réduire l'importance des lésions, permettant ainsi une chirurgie conservatrice.

Cet éclairage sur les caractéristiques des cancers *in situ*, ce dialogue avec les soignants, sont indispensables afin que l'ablation du sein ne soit jamais banalisée.

PS J'ai personnellement (Dr A.-M. Tubéry) le souvenir de traitements radiothérapeutiques seuls (25 séances, 50 grays) qui avaient guéri des lésions *in situ*, évitant l'ablation du sein.

Cette méthode n'est maintenant plus jamais proposée.

Si pour un cancer *in situ*, certaines d'entre vous en avez bénéficié, merci de nous en informer.

## Notes

1. *Viscum album* : extrait de gui fermenté. Se fait en injection sous-cutanée. En vente dans les pharmacies sur prescription médicale.

2. Teinture de *Gnidia kraussiana* déterpénée : extrait de plante africaine, sur prescription médicale. Stimule les cellules de l'immunité que sont les macrophages. Efficace dans les mastoses.

3. Cure de Breuss : apport de jus de légumes exclusivement, sur plusieurs semaines.

4. Référence provenant de *Cancer du sein*, Moïse Mamer et Col., éditions Springer, 2007.