PRINCIPALES SITUATIONS SELON LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

	HAUT RISQUE Certains antécédents personnels			TRÈS HAUT RISQUE Antécédents familiaux À évaluer			RISQUE MOYEN Absence de facteurs de risque élevé ou très élevé
ANAMNÈSE	**ATCD DE CANCER DU SEIN** ou carcinome canalaire in situ	**ATCD DE LÉSION MAMMAIRE À RISQUE** • Hyperplasie canalaire atypique, • Hyperplasie lobulaire atypique ou • Carcinome lobulaire in situ	**IRRADIATION THORACIQUE MÉDICALE À HAUTE DOSE** • Notamment dans le cadre d'une maladie de Hodgkin	**SCORE D'EISINGER**			***Inclus des facteurs de risque réels non quantifiables ne justifiant pas de surveillance renforcée***
				≥ 5 **Possible très haut risque** *Excellente indication de consultation d'oncogénétique*	**3–4** **Possible haut risque** *Indication possible de consultation d'oncogénétique*	**≤ 2** **Risque moyen probable** *Indication faible à la consultation d'oncogénétique*	• Densité mammaire élevée • Alcool, tabagisme • Surpoids/obésité après la ménopause • Faible activité physique • Absence ou âge tardif de la première grossesse menée à terme • Contraception hormonale et certains traitements hormonaux • Diabète de type 2 • Certaines lésions prolifératives sans atypie • Travail de nuit posté
				La consultation d'oncogénétique évaluera le niveau de risque et préconisera la CAT adaptée			
RECOMMANDATIONS	<u>Après traitement</u> **Examen clinique :** • Tous les 6 mois pendant les 2 ans suivant la fin du traitement • Annuellement ensuite **Mammographie annuelle :** • Unilatérale ou bilatérale selon le type de chirurgie réalisée • +/- échographie mammaire **SUIVI SANS LIMITE DE DURÉE**	**Examen clinique :** • annuellement **Mammographie annuelle :** • pendant 10 ans • +/- échographie mammaire selon le résultat de la mammographie. **À l'issue des 10 ans :** • Mammographie tous les 2 ans • +/- une échographie (selon radiologue) et **DÉPISTAGE ORGANISÉ À PARTIR DE 50 ANS**	**Examen clinique annuel :** • À partir de 8 ans après la fin de l'irradiation et au plus tôt à 20 ans **IRM et mammographie incidence oblique annuelle +/- échographie mammaire :** • À partir de 8 ans après la fin de l'irradiation et au plus tôt à 30 ans **SUIVI SANS LIMITE DE DURÉE** *La décision de surveillance est à l'initiative de l'oncohématologue en fonction de la dose reçue par la femme et des champs d'irradiation.* *Le médecin traitant et la patiente doivent être informés de la surveillance préconisée, si possible par l'intermédiaire d'un protocole écrit.*	<u>Exemple suivi spécialisé</u> <u>Risque très élevé : BRCA1/2</u> **Examen clinique annuel** : • Dès 20 ans **IRM et mammographie incidence oblique annuelle :** • Dès 30 ans *À adapter par l'équipe spécialisée, notamment si antécédent personnel de cancer du sein*			**DÉPISTAGE ORGANISÉ À PARTIR DE 50 ANS** POUR LA MAJORITÉ DES FEMMES <u>Focus</u> **Densité mammaire élevée après la ménopause :** Elle est reconnue comme facteur de risque indépendant en plus de son effet masquant sur certaines lésions, diminuant la sensibilité de la mammographie. Une échographie complémentaire peut alors être réalisée par le radiologue. **Association non établie ou niveau de preuve insuffisant :** • Taille des seins • Port du soutien-gorge • Déodorants • Certains aliments ou boissons (café, thé, tomate, pamplemousse) • Prothèses en silicone

UN EXAMEN CLINIQUE MAMMAIRE ANNUEL EST RECOMMANDÉ À PARTIR DE 25 ANS CHEZ TOUTES LES FEMMES, QUELQUE SOIT LEUR NIVEAU DE RISQUE

Eisinger F., Bressac B, Castaigne D, Cottu PH, Lansac J, Lefranc JP, et al. Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire (mise à jour 2004). Bull Cancer. 2004;91(3):219-237.
Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Recommandation en santé publique. HAS; mars 2014.