



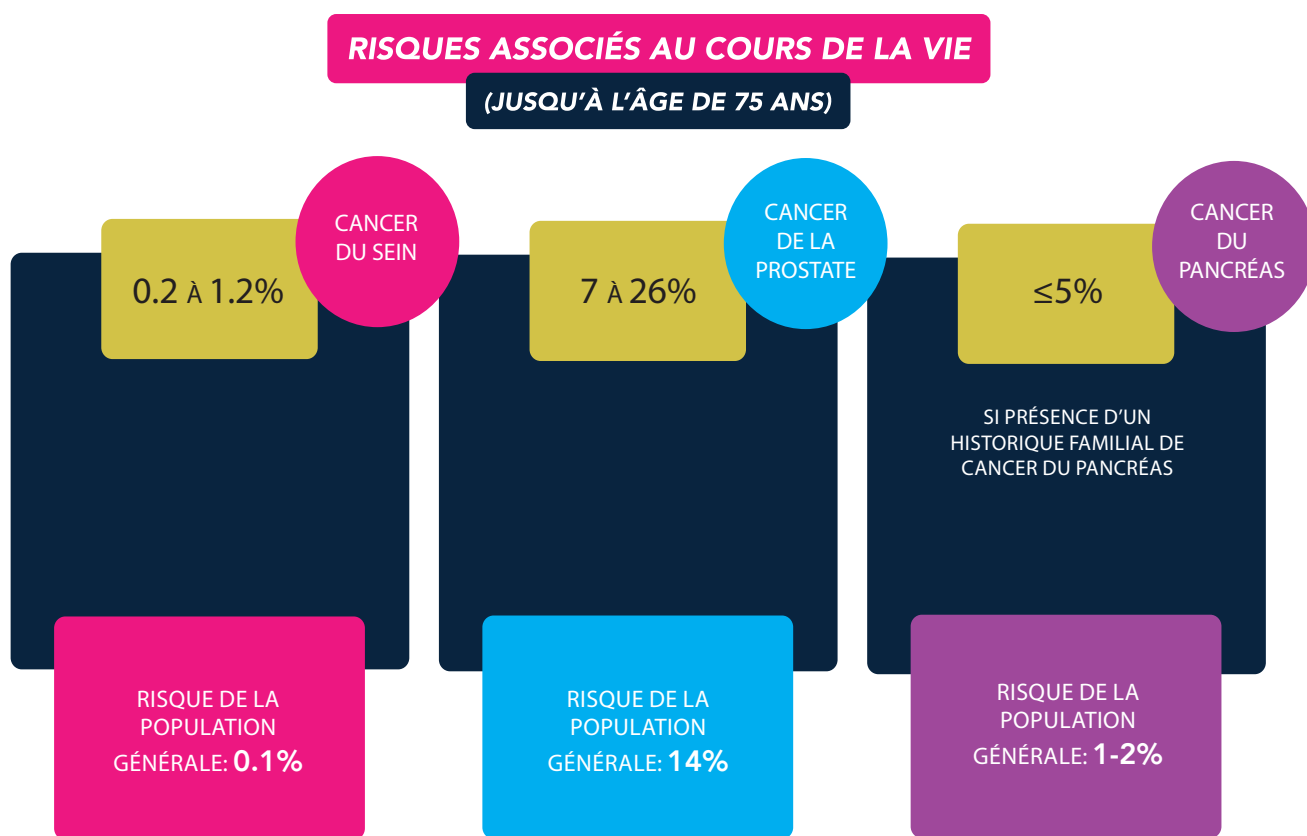
BRCA1 HOMMES



Les lignes directrices du National Comprehensive Cancer Network (NCCN) pour la prise en charge médicale des patients porteurs d'un variant pathogénique/probablement pathogénique BRCA1 sont énumérées dans ce document.

Cette vue d'ensemble est fournie à titre informatif et ne constitue pas une recommandation individualisée. Les options recommandées peuvent varier selon vos antécédents personnels et familiaux. L'accès à certaines options peut également varier d'un centre médical à un autre. Les références spécifiques devraient être consultées pour plus de détails avant d'élaborer un plan de traitement.

De plus, les informations disponibles sur les gènes de prédisposition au cancer héréditaire sont en constante évolution et il est recommandé de vérifier annuellement ces informations car les directives de prise en charge pourraient changer dans le futur.



Références:

Daly M et coll. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian and Pancreatic. Version 3.2025-March 6, 2025. <http://www.nccn.org>

Petrucelli N, Daly MB, Pal T. BRCA1- and BRCA2-Associated Hereditary Breast and Ovarian Cancer. 1998 Sep 4 [Updated 2023 September 21]. In : Adam MP, Everman DB, Mirzaa GM, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA) : University of Washington, Seattle; 1993-2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1247>



BRCA1 HOMMES



** Un dépistage génétique pour le gène BRCA1 peut être suggéré pour le (la) conjoint(e) d'un individu porteur d'un variant pathogénique / probablement pathogénique BRCA1 afin d'évaluer le risque d'anémie de Fanconi chez les enfants de ce couple.

Lorsque les deux parents sont porteurs d'un variant pathogénique / probablement pathogénique BRCA1, leurs enfants ont un risque de 25% d'hériter des deux variants pathogéniques / probablement pathogéniques BRCA1 ce qui est associé à une maladie génétique rare nommée l'anémie de Fanconi du groupe de complémentation S (FANCS). Cette maladie est associée avec un risque accru de cancer pédiatrique ainsi que d'autres atteintes physiques.

CANCER DU SEIN

CANCER DE LA PROSTATE

DÉPISTAGE

À PARTIR DE 35 ANS

- AUTO-EXAMEN DES SEINS
 - ◊ SIGNALER RAPIDEMENT LES CHANGEMENTS À UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
- EXAMEN CLINIQUE DES SEINS PAR UN MÉDECIN TOUS LES 12 MOIS

À PARTIR DE 50 ANS (OU 10 ANS AVANT LE PLUS JEUNE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME DANS LA FAMILLE)

- CONSIDÉRER LA MAMMOGRAPHIE TOUS LES 12 MOIS

35

50

40

À PARTIR DE 40 ANS

- ENVISAGER UN DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE (TOUCHER RECTAL ET DÉPISTAGE SANGUIN PSA) TOUS LES 12 MOIS

CANCER DU PANCRÉAS

DÉPISTAGE

ACTUELLEMENT, LE DÉPISTAGE DU CANCER DU PANCRÉAS N'EST PAS RECOMMANDÉ EN ABSENCE D'ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CANCER DU PANCRÉAS.

POUR LES INDIVIDUS PORTEURS D'UN VARIANT PATHOGÉNIQUE/PROBABLEMENT PATHOGÉNIQUE AVEC ≥ 1 MEMBRE DE LA FAMILLE (DU MÊME COTÉ) APPARENTÉ AU PREMIER DEGRÉ, (PARENT, ENFANT, FRÈRE OU SŒUR) OU DEUXIÈME DEGRÉ (GRAND-PARENT, ONCLE OU TANTE, NEVEU OU NIÈCE), ATTEINT D'UN CANCER DU PANCRÉAS:

À PARTIR DE 50 ANS

OU 10 ANS AVANT LE PLUS JEUNE CANCER DU PANCRÉAS DANS LA FAMILLE

- ENVISAGER LE DÉPISTAGE PAR CHOLANGIOPANCRÉATOGRAPHIE PAR IRM (CPIRM) ET/OU ÉCHO-ENDOSCOPIE À CHAQUE 12 MOIS DANS UN CENTRE AVEC EXPÉRIENCE, IDÉALEMENT AU SEIN DE PROTOCOLE DE RECHERCHE.