

Séminaire d'Oncologie Gynécologique Libreville – 26 octobre 2012



CANCER DU SEIN

Pr Jean LEVEQUE



Service de Gynécologie - CHU Anne de Bretagne



Département d'Oncologie Chirurgicale - CRLCC Eugène Marquis



Faculté de Médecine - Université de Rennes 1



Inserm U1085 - Death Receptors and Tumor Escape

RENNES - Breizh Izel

1. Etape diagnostique
2. Etape thérapeutique locale : cancer invasif
3. Exploration de l'aisselle
4. Traitements adjuvants
5. Etape thérapeutique locale : cancer *in situ*
6. Cas particulier : grossesse

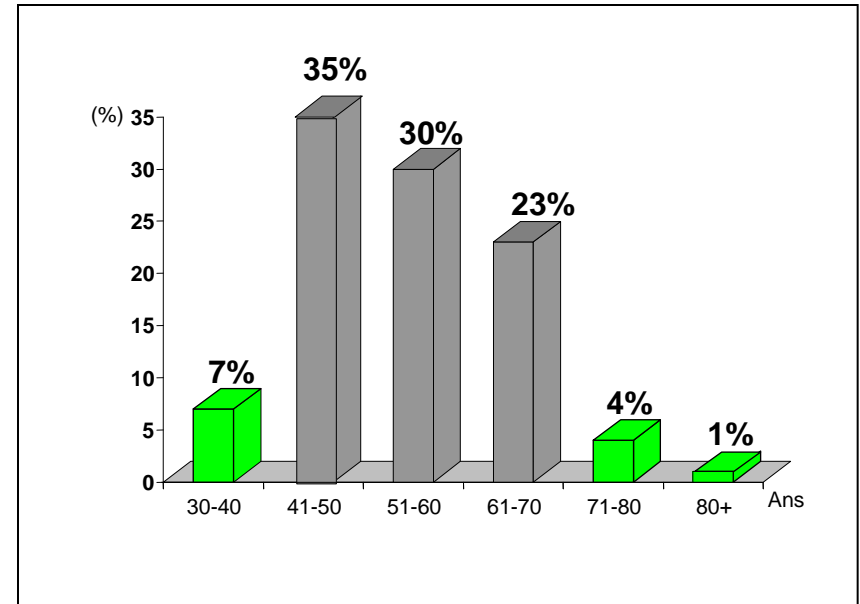
CANCER IN SITU

Carcinomes Intraductaires

- Prolifération de cellules malignes :
 - à l'intérieur du réseau galactophorique
 - sans franchissement de la membrane basale
- Incidence :
 - 20% des cancers du sein (1 → 20% par DMO)
 - 7 à 8 000 nouveaux cas par an
 - pb du Sur-Dic et du Sur-Trt (10%)

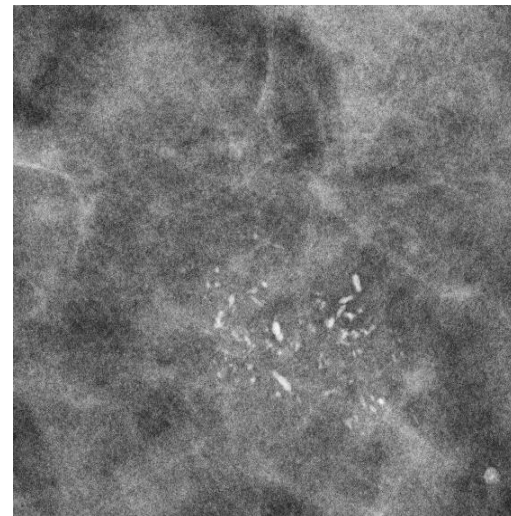
Caractéristiques des DCIS

- Femme jeune : 40 – 50 ans
- Extension :
 - galactophore : atteinte du mamelon
 - sein : X-focalité de 25% à 70%
- Atteinte N :
 - = invasion méconnue
 - jusqu'à 5% des cas
- Pronostic : SG 10 ans = > 95%



Découverte

- Clinique : 10% cas
 - Paget
 - EM sanglant
 - masse
- Mammographique :
 - MICA +++



La prise en charge

Objectif majeur : contrôle local

- Car risque de récurrence :
 - 13% en moyenne
 - dont ½ sur un mode invasif
- D'où malgré le bon pronostic :
 - les mammectomies
 - l'irradiation

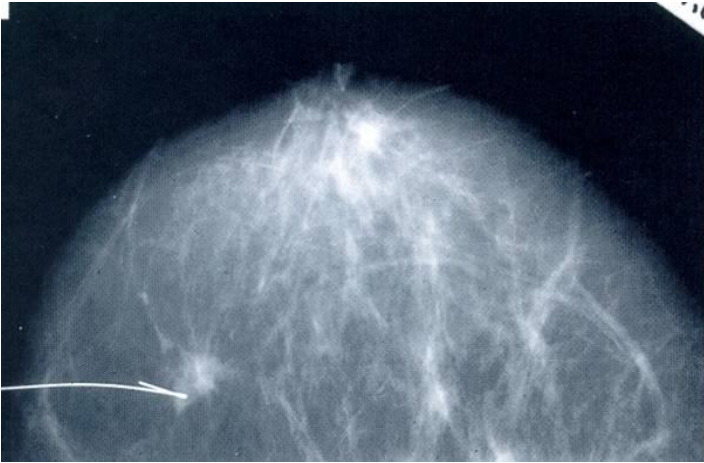
Modalités thérapeutiques

- Récidives locales à 7 ans :
 - Mammectomie : RL < 2%
 - Tumorectomie : RL 30%
 - Tumorectomie + XRT : RL 13%
- 1 récurrence sur 2 est invasive +++

Le traitement chirurgical

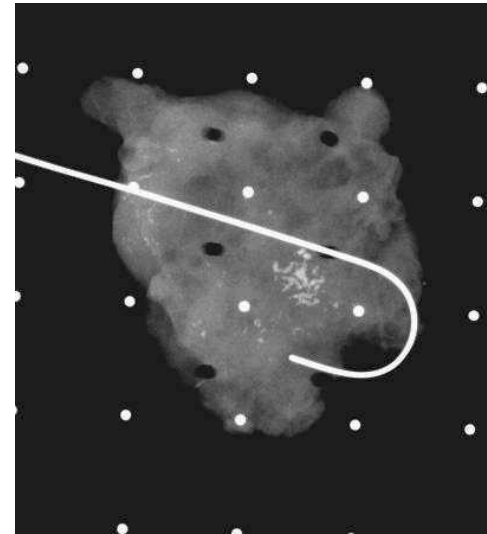
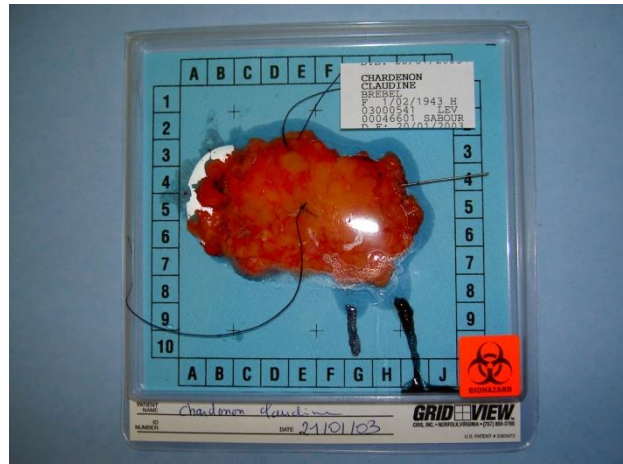
- L'examen extemporané :
 - fiabilité médiocre pour rechercher une invasion
 - fiabilité moyenne pour l'étude des berges
- D'où :
 - proposer un GAS si
 - lésion étendue : > 2 cm
 - lésion cliniquement palpable ou placard écho
 - suspicion pré-op de microinvasion sur la biopsie
 - taux de reprise élevé = 30% → prévenir la patiente

Le traitement conservateur



- Repérage pré-opératoire par harpon
- Contrôle de pièce opératoire :
 - pièce orientée
 - radiographie de pièce
 - radio de pièce communiquée au pathologiste
- Clip repère pour guider la radiothérapie

DCIS : traitement conservateur



Pièce orientée et radiographiée

Nécessité de recoupe orientée

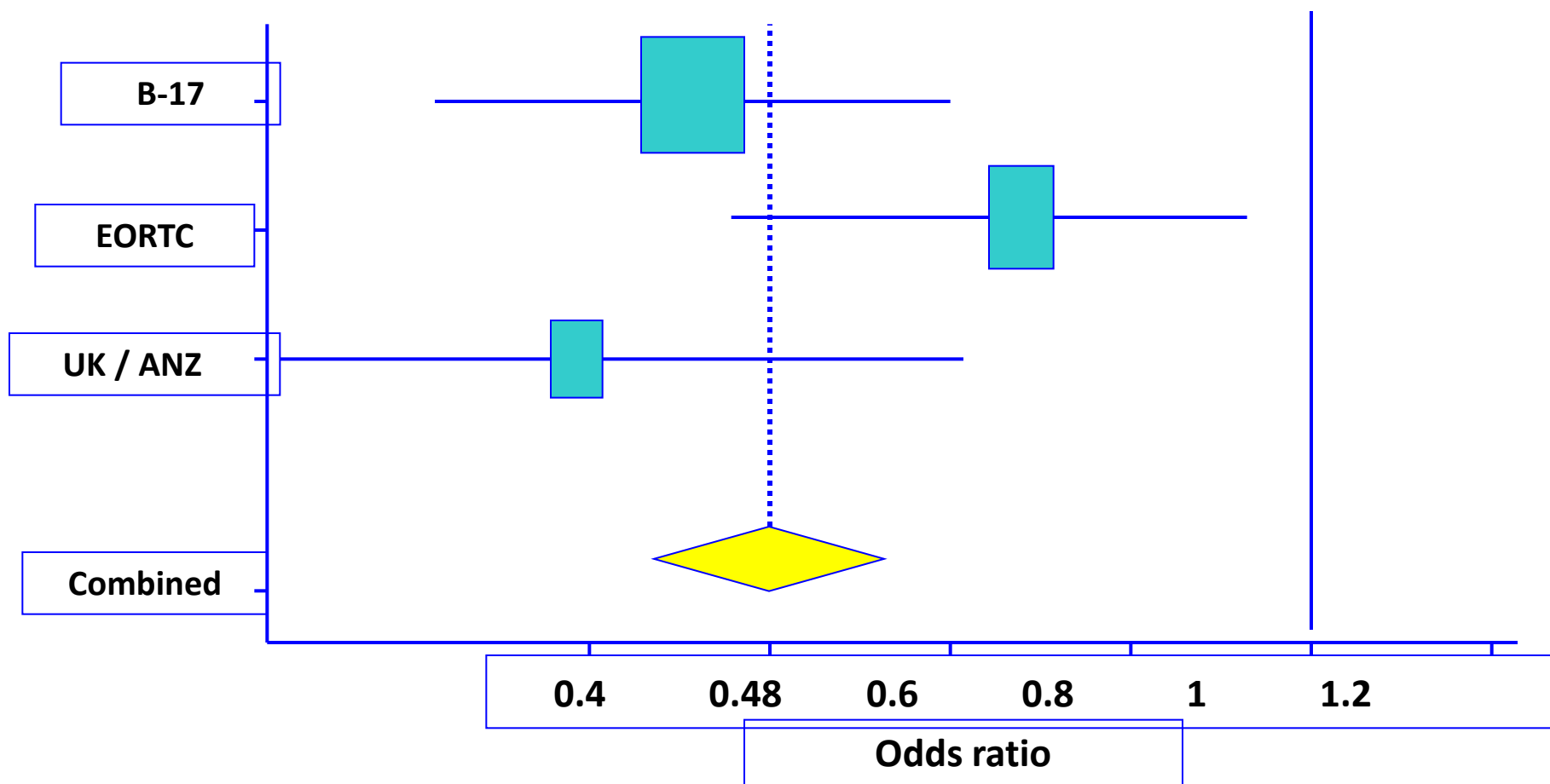
Ganglion sentinelle

Les impératifs du Trt conservateur

- Rapport volume tumoral / volume sein
 - exérèse complète
 - ET résultat esthétique correct
- Plus de limite de taille
- Impérativement :
 - marges saines dans les 3 plans de l'espace
 - de ≥ 2 mm
 - avec contrôle post-op à 6 mois de la disparition des MICA
- Patiente acceptant la surveillance régulière prolongée

Essais randomisés : résultats de la XRT

(Cuzick *J. Surg Oncol* 2003;12:213-9)



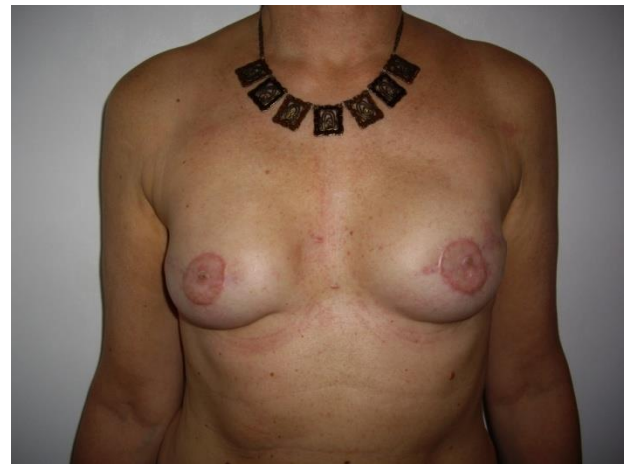
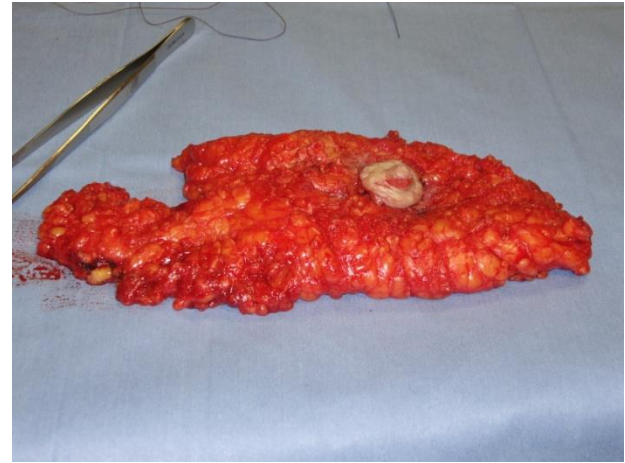
Chirurgie radicale

- Mammectomie simple :
 - avec exérèse de la PAM
 - reconstruction mammaire immédiate / différée
- Skin Sparing Mastectomy :
 - si seins menus
 - possibilité de RMI
- Ganglion Sentinelle +++

Mammectomie et Reconstruction Immédiate



Skin Sparing Mastectomy



GAS & DCIS : RPC St Paul de Vence 2011

- Si mammectomie : GAS (NP2 Grade B)
- Si Trt conservateur : (NP4 Grade C)
 - GS si « à risque » de (micro) invasion :
 - DCIS de haut grade
 - DCIS étendus (>20mm)
 - suspicion de micro invasion préopératoire (imagerie / Biopsie)
- Si GAS + :
 - macro métastase : curage axillaire (accord d'experts)
 - micro métastase : curage axillaire en principe
 - ITC : curage axillaire
 - omis pour les carcinomes intra canauxiaux purs
 - discuté en cas de micro invasif

CR anatomopathologique

- Carcinome IntraCanalaire
 - architecture (solide cribriforme papillaire μ papillaire)
 - Grade 123
 - Nécrose
 - taille(s) et multifocalité
 - marges ≥ 2 mm
 - micro-invasion
- Ganglion Sentinelle
- Lésion associée

Devenir des DCIS

	NSABP B17 1998		EORTC 2000	
	Exérèse simple	Exérèse + RT (50 Grays)	Exérèse simple	Exérèse + RT (50 Grays)
Effectif	403	411	500	502
Taux de récurrences				
4 ans (global)			16 %	9 %
4 ans (invasive)			8 %	4 %
5 ans (global)	20.9 %	10.4 %		
5 ans (invasive)	10.5 %	2.9 %		
8 ans (global)	26.8 %	12.1 %		
8 ans (invasive)	13.4 %	3.9 %		

Récidive : facteurs pronostiques

- Cliniques :
 - lésion cliniquement palpable
 - âge jeune
 - ATCD familiaux
- Anatomico-Pathologiques
 - marges insuffisantes
 - grade élevé
 - taille élevée
 - nécrose
 - multifocalité
- Biologiques : ER, Chi67 ???

Taux de Récidive Locale selon Van Huys

Score	1	2	3
Taille (mm)	< 15	16 – 40	> 40
Marge d'exérèse (mm)	≥ 10	1 - 9	< 1
Classification histologique	Non haut grade sans nécrose	Non haut grade avec nécrose	Haut grade avec ou sans nécrose

- 333 patientes avec chirurgie conservatrice randomisées selon le score de Van Nuys et la radiothérapie suivies 8 ans
- Résultats :
 - Score 3 et 4 : Taux de RL identiques → pas d'intérêt de la XRT
 - Score 5 à 7 : diminution des RL de 17 % avec la XRT (p = 0.017)
 - Score 8 et 9 : Taux de RL > 60 % même avec la XRT

Chirurgie CONSERVATRICE du sein

- sans examen extemporané
- sans curage axillaire
- si lésion palpable ou suspicion de micro-invasion sur l'image radiologique ou sur la biopsie : ganglion sentinelle

Marge de tissu sain ≥ 2 mm

- Radiothérapie

Marge de tissu sain < 2 mm

- Reprise chirurgicale :
- Ré-excision avec obtention de marges ≥ 2 mm puis radiothérapie
- Mammectomie de 2^{ème} intention
- Mammectomie de 3^{ème} intention si ré-excision toujours non satisfaisante

Chirurgie CONSERVATRICE du sein NON REALISABLE du fait de :

- lésion étendue ou foyers multiples
- résultat esthétique prévisible mauvais
- choix de la patiente

Mammectomie totale simple

Reconstruction mammaire, immédiate ou différée, à discuter en RCP en fonction de :

- imagerie pré-opératoire
- évaluation histologique complète

Pas de curage axillaire

Prélèvement du **ganglion sentinelle** uniquement en cas de :

- Lésion palpable
- Suspicion de micro-invasion sur l'image radiologique
- Suspicion de micro-invasion sur la biopsie
- Lésion étendue de haut grade

Récidive d'un carcinome intra-canaulaire

initialement traité par

Chirurgie **CONSERVATRICE**

Chirurgie **RADICALE**

Récidive **in situ**

Récidive **invasive**

Récidive **in situ**

Récidive **invasive**

- Mammectomie totale
- Reconstruction mammaire immédiate ou différée
- Pas de ganglion sentinelle
- Pas de curage axillaire immédiat
- Si découverte d'un cancer infiltrant sur mammectomie

- Mammectomie totale
- Curage axillaire homolatéral
- Traitement médical adjuvant et/ou radiothérapie à discuter
- Reconstruction mammaire immédiate ou secondaire à discuter en fonction

- Excision au large avec berges saines
- Pas de curage axillaire
- Radiothérapie de paroi à discuter

- Stratégie thérapeutique à définir en réunion de concertation pluridisciplinaire après bilan d'extension locorégional complet

Améliorer les résultats des traitements conservateurs ?

- Etre rigoureux :
 - marges saines ≥ 2 mm
 - histologie parfaite
 - mammog de contrôle à 6 mois de la XRT
 - suivi renforcé des patientes à risque (IRM)
- En cours d'évaluation
 - complément de dose chez les patientes à risque (BONBIS trial 16 Gy si < 40 ans)
 - Tam chez les ER+ :
 - essai NSABP B 24 encourageant
 - essai UK ANZ DCIS décevant
 - Anastrozole (essais en cours : IBIS II et NSABP B-35)

Surveillance des DCIS

- Après mammectomie
 - ex clinique annuel
 - mammographie et échographie annuelle
 - si risque génétique : IRM mammaire
- Après Trt conservateur
 - ex clinique annuel
 - mamog : à 6 mois puis annuelle avec échog
 - IRM si :
 - seins difficiles
 - haut risque génétique