



DU 14 AU 16
NOVEMBRE
PARIS CNIT

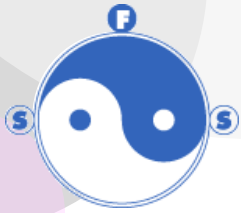
Bilan complémentaire après diagnostic d'un cancer infiltrant du sein

Débat contradictoire

Orateurs débattants:

Philippe BEUZBOC, Eric Charles ANTOINE

Animateurs : Monica CASTIGLIONE, Anne
LESUR



Cas clinique

- Femme de 55 ans, sans atcd notable, fumeuse active, HTA
- Mère de deux enfants, ménopausée depuis 8 mois
- Grand mère paternelle cancer du sein à 62 ans
- 70 kilos pour 1m65, seins bonnet C
- Découverte sur la mammographie de dépistage d'une masse de 11x7mm **QSI sein gauche**, étoilée, classée **ACR5**.
- Examen clinique normal, pas d'adénopathie palpable



Propositions thérapeutiques

- **RCP pré thérapeutique : *microbiopsie***: CCI grade II, RE ++, RP -, HER2-, Ki67 20%, pas d'anomalie axillaire ni controlatérale .Image unique .

Proposition de MP + GS gauche

- **RCP post chirurgical : CCI pT : 1,5 cm de grade II (2+2+2) pas d'embols, berges saines, CCIS associé minime, pN0 (0/3), RE++, RP-, HER2-, Ki 67 22%**
- **Question posée : Validation du traitement loco régional?**
Traitement adjuvant ultérieur ?
Bilan d'extension initial ?



Cancer du sein.

Bilan d'extension initial

PB

- Environ 5% de toutes les patientes ont des métastases à distance au bilan initial
- Corrélation avec la taille, le grade, l'atteinte ganglionnaire, les sous-formes histologiques (HER2, Triple négative, lobulaire)

Aucun intérêt à un bilan d'extension dans les stades I et II pour toutes les patientes !!!



Rôle du PET-FDG

PB

- Malgré spécificité et sensibilité de 95% et 99%
- Détection très limitée de métastases à distance pour des tumeurs de stades I ou II
- Meilleure détection que bilan conventionnel mais aussi faux positifs
- Pour les stades III, conclusion série de Niikura (2011) 935 patientes entre 2000-2009,
« Il n'apparaît pas justifié d'utiliser le PET-scan en dehors des cancers du sein inflammatoires »



Rôle du PET-FDG

PB

- Série de Bernsdorf (Copenhague, 2012)
- 103 ptes consécutives, tumeurs >2 cm
- 6 ptes avec métastases à distance



Rôle du PET-FDG dans le cancer du sein inflammatoire PB

- Walker (MD Anderson, 2012)
- 62 ptes entre 2004 et 2009
- Détection nouveaux sites pathologiques par rapport à bilan standard dans 27 cas (44%)
modifiant notamment les champs
d'irradiation



Rôle de l'IRM corps entier PB

- Etude allemande (Dietzel 2012):
- IRM sein complétée IRM corps entier: 65 patientes
- Prévalence de métastases synchrones: 5 (7.7%)



BILAN D'EXTENSION INITIAL

ECA

- QUELS OBJECTIFS ?
- QUELLES MODALITÉS ?
- POUR QUELLES TUMEURS ET CHEZ QUELLES PATIENTES ?



PRÉVALENCE DES MÉTASTASES INFRACLINIQUES AU DIAGNOSTIC INITIAL

- DE 1,2% À 49% SELON LES ÉTUDES ET LES MODALITÉS DU BILAN (**EN MOYENNE 7%**, TOUTES TUMEURS CONFONDUES ET JUSQU'À > 50% SI INFLAMMATOIRES)
- FONCTION ESSENTIELLEMENT DE LA TAILLE AU DIAGNOSTIC (T3-T4 VS T1 -T2 ET DU NOMBRE DE N+)
- RÉFÉRENCES: BRENNAN ME, BREAST 2012 (22 ÉTUDES DE 1995-2011, 14800 PTES)
- PRÉVALENCE IMMÉDIATE À DIFFÉRENCIER DU RISQUE MÉTASTATIQUE ULTÉRIEUR ..



PERTINENCE DE CETTE DONNÉE

- IMPACT PRONOSTIQUE: STADE IV VS STADES I,II, III
- IMPACT PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE: CHOIX DES TRAITEMENTS POST OP, DURÉE DES TRAITEMENTS, MODALITÉS DE SURVEILLANCE
- IMPACT SUR L'HISTOIRE NATURELLE ?



QUELLES MODALITÉS ?

- LA VRAIE QUESTION: BILAN OU PAS DE BILAN ?

- SI DÉCISION DE BILAN, POURQUOI NE PAS DÉCIDER DES EXAMENS LES PLUS PERTINENTS ? (TDM THORACO-ABDOMINOPELVIEN + SCINTI OS OU TEP. SCAN)



POUR QUELLES PATIENTES ?

- RECOMMANDATIONS INCA 2012: T3-T4 et toutes N+ (macro)
- T1-T2 À HAUT RISQUE (TRIPLE NÉGATIVES, HER2+, SBR3, KI 67 ÉLEVÉ):
PRÉVALENCE EXACTE ?

CONFUSION RISQUE M+ PRÉCOCE ET RISQUE TARDIF ?

BILAN SYSTÉMATIQUEMENT EFFECTUÉ DANS LES ESSAIS THÉRAPEUTIQUES
ADJUVANTS !!!!



Variations du cas clinique

- La patiente initiale est finalement 1 N+/3GS, CA complémentaire: 0/12 (au total 1/15)
- La patiente n'a plus 55 ans , mais 28 ans, n'a pas d'enfant, est sous pilule
- La patiente a 86 ans, vit seule chez elle, n'a pas d'enfant.
- La patiente initiale de 55 ans est en fait HER2+



Variations du cas clinique

- La patiente n'a plus 55 ans , mais 28 ans, n'a pas d'enfant, est sous pilule
- La patiente a 86 ans, vit seule chez elle, n'a pas d'enfant.
- La patiente initiale de 55 ans est en fait HER2+
- La patiente initiale est finalement 1 N+/3GS, CA complémentaire: 0/12 (au total 1/15)



Variations du cas clinique

- La patiente initiale est finalement 1 N+/3GS, CA complémentaire: 0/12 (au total 1/15)
- La patiente n'a plus 55 ans , mais 28 ans, n'a pas d'enfant, est sous pilule
- La patiente a 86 ans, vit seule chez elle, n'a pas d'enfant.
- La patiente initiale de 55 ans est en fait HER2+



Variations du cas clinique

- La patiente initiale est finalement 1 N+/3GS, CA complémentaire: 0/12 (au total 1/15)
- La patiente n'a plus 55 ans , mais 28 ans, n'a pas d'enfant, est sous pilule
- La patiente a 86 ans, vit seule chez elle, n'a pas d'enfant.
- La patiente initiale de 55 ans est en fait HER2+



Variations du cas clinique

- La patiente initiale est finalement 1 N+/3GS, CA complémentaire: 0/12 (au total 1/15)
- La patiente n'a plus 55 ans , mais 28 ans, n'a pas d'enfant, est sous pilule
- La patiente a 86 ans, vit seule chez elle, n'a pas d'enfant.
- La patiente initiale de 55 ans est en fait HER2+



Conclusions

- Guidelines ...fil conducteur *mais*
- Personnalisation des traitements ?
- *Le malade est une personne* Mano Siri
- Conduite globalement recommandée pour un minimum de cohérence, *à adapter* ...

ANTOINE SPIRE MANO SIRI

**CANCER:
LE MALADE EST
UNE PERSONNE**



Odile
Jacob



Parcours personnalisé Face à un cancer du sein

**Académie de Médecine
PARIS 20 JANVIER 2012**

Anne LESUR

Onco - sénologue

Coordination Sein

Secrétaire adjointe SFSPM

NANCY





Besoins exprimés par les malades...



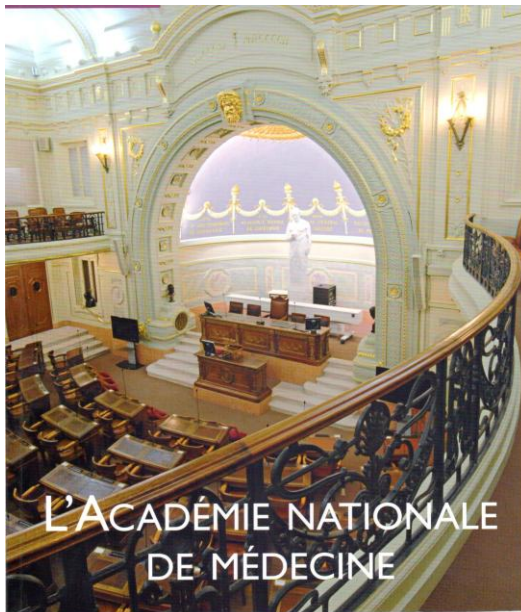
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE

- États généraux de la Ligue en 1998, 2000, 2004
- Enquêtes (*Daniel SERIN*)
 - Parcours de Femmes 1992, 1996, 2001
 - Ensemble Parlons Autrement des Cancers,
Enquête de la FNCLCC
- *Des soins de qualité ++++*
- *Une approche personnalisée prenant en compte la globalité de l'être souffrant et de ses proches*
- *Des conditions favorables à l'établissement d'une relation pérenne et vraie avec l'équipe soignante*
- *Une information éclairée, une décision*
- Loi du 4 mars 2002 dite « du droit des patients » B. Kouchner



Un espace de parole.....

« La première attente d'un malade atteint de cancer , c'est d'être bien traité, par une bonne équipe pluridisciplinaire, mais ce n'est pas tout. »



H. Pujol

Réunion du Cercle Avignon 1999