

Le bilan d'extension dans le cancer du sein nouvellement diagnostiqué : Quels examens pour quelles patientes ?

F. Safini, N. Naqos, Z. Bouchbika, A. Taleb, N. Benchakroun, H. Juhadi, N. Tawfiq, S. Sahraoui, A. Benider

Centre d'oncologie et radiothérapie, CHU Ibn Rochd, Casablanca

INTRODUCTION

- Le cancer du sein est le premier cancer dans le monde.
- Jusqu'à ce jour, se pose la question des patientes pour lesquelles un bilan d'extension à distance est indiqué lors du bilan initial d'un cancer du sein infiltrant en l'absence de symptôme évocateur d'une métastase.
- Le bilan d'extension du cancer du sein infiltrant repose essentiellement sur le trépied d'examen radiologiques conventionnels (radiographie du thorax, échographie abdominale et scintigraphie osseuse).
- D'autres modalités de première intention sont actuellement discutées : TDM thoraco-abdominale et scintigraphie osseuse ou TEP-TDM au 18 FDG.

OBJECTIFS

- L'objectif de notre travail est d'identifier les patientes asymptomatiques chez qui un bilan radiologique est justifié d'emblée afin de détecter des métastases à distance.
- Objectif général: déterminer les patientes qui devront bénéficier d'un bilan d'extension d'emblée en fonction du stade de la pathologie.
- Objectifs spécifiques: Déterminer si certains facteurs histopronostiques témoignant d'un haut risque métastatique (grade SBR, embolies vasculaires phénotype triple négatif, surexpression de HER2, Récepteurs hormonaux) peuvent intervenir dans l'indication du bilan d'extension.

PATIENTS & METHODES

- Etude rétrospective des dossiers de 465 patientes atteintes de cancer du sein nouvellement diagnostiqué ayant consulté au centre de traitement et de lutte contre le cancer du CHU Ibn Rochd de Casablanca, durant la période de Janvier 2013-Décembre 2014.
- Les modalités du bilan d'extension étaient choisis par le médecin traitant.
- Le bilan d'extension de première intention, dans la majorité des cas était basé sur la radiographie du thorax, l'échographie abdominale et la scintigraphie osseuse. Un bilan d'extension de deuxième intention représenté par une TDM thoraco-abdomino-pelvienne était souvent indiqué en cas de radiographie thoracique et/ou d'une échographie abdominale anormale. Nous avons défini le stade du cancer selon la classification TNM de l'Union internationale contre le cancer (UICC) et de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ème édition.
- L'analyse des données a été réalisée sur Epi-Info.

RESULTATS

Au total 465 patientes ont été incluses dans notre série. L'âge moyen est de 49 ans (entre 24 et 81). Le délai moyen de consultation était de 9 mois. Les caractéristiques clinico-pathologiques de nos patientes sont résumées dans le tableau ci-dessous

Tableau I : Caractéristiques des patientes

Age	
≤35 ans	47
≥36 ans	

Statut ménopausique	
Ménopausée	227
En période d'activité génitale	238

Parité	
Nullipare	66
Multipare	399

Tableau II : Caractéristiques des tumeurs

Variable	Nombre (n)	Pourcentage%
Type histologique		
Canalaire infiltrant	427	91,8
Lobulaire infiltrant	18	3,87
Mixte (CCI+CLI)	5	1,07
Carcinome médullaire	7	1,5
Carcinome mucineux	5	1,07
Carcinome papillaire	3	0,69
Stade T		
T1a	1	0,2
T1b	18	3,87
T1c	69	14,83
T2	195	41,93
T3	69	14,83
T4a	3	0,69
T4b	91	19,57
T4c	4	0,86
T4d	15	3,8
Stade N		
N0	226	48,6
cN0	175	37,6
pN0	38	8,2
N1	94	20,1
cN1	26	5,6
pN1	78	16,7
N2	3	0,69
cN2	26	5,6
pN2	78	16,7
N3	3	0,69
Grade histologique SBR		
GI	16	3,44
GII	262	56,34
GIII	187	40,22
Embolies vasculaires		
Oui	231	49,67
Non	234	50,33
Récepteurs hormonaux		
Positifs	331	71,2
Négatifs	134	28,8
Statut Her 2		
Positif	147	31,6
Négatif	318	68,4

• Les métastases à distance étaient détectées au moment du diagnostic chez 89 patientes (19%).
• Soixante et une des patientes métastatiques avaient des métastases osseuses soit 72%, alors que 45,3% avaient des métastases pulmonaires et 41,7% avaient des métastases hépatiques. Les patientes ayant des métastases au niveau de plus de deux sites représentaient 12% des patientes ayant des métastases.
• La fréquence des métastases augmente avec la taille tumorale; le statut ganglionnaire et le stade de la maladie (fig 1 et 2). En effet, nous n'avons pas détecté de métastases chez les patientes de stade I clinique, 14,5% des patientes de stade II clinique de la maladie avait des métastases contre 19,3% des patientes avec une maladie de stade IIIA clinique, 53% de stade IIIB clinique et 13,2% de stade IIIC clinique.
• La radiographie thoracique n'a objectivé que 15,3% des métastases pulmonaires, tandis que la majorité des métastases pulmonaires étaient révélées par la TDM thoraco-abdominale demandée en 2ème intention après une échographie hépatique anormale. L'échographie abdominale était aussi performante dans la détection des métastases hépatiques que la TDM abdominale demandée en deuxième intention.

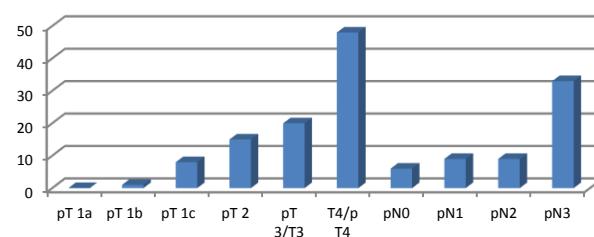


Figure 1. Répartition des métastases immédiates en fonction de la taille tumorale et du statut ganglionnaire

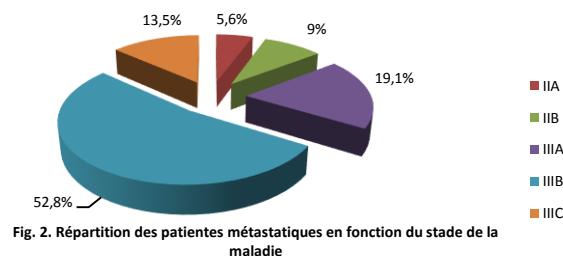


Fig. 2. Répartition des patientes métastatiques en fonction du stade de la maladie

DISCUSSION

• Dans notre série rétrospective, le choix du type de bilan d'extension était laissé au clinicien, indépendamment du stade de la maladie et a entraîné au final la découverte de 89 (19%) patientes métastatiques; taux nettement supérieur à celui retrouvé dans la majorité des publications notamment dans la série de Brennan et Houssami [1].
• La fréquence élevée des métastases dans notre série est directement liée à la proportion non négligeable des formes localement avancées surtout les T4.
• Les recommandations internationales récentes du National Comprehensive Cancer Network [2] réaffirment les recommandations françaises de l'INCA de 2012 pour la réalisation d'un bilan d'extension à la recherche de métastases asymptomatiques à distance qui tiennent compte seulement de la stadification TNM (taille de la tumeur et statut ganglionnaire). Ces derniers guidelines ne préconisent pas pour l'instant de bilan d'évaluation pour les stades I ou II. Le bilan d'extension ne trouve sa place qu'à partir des stades IIIA et les examens réalisés ne sont pas standardisés.[3,4].

• Au terme du bilan d'extension, aucune métastase n'a été détectée pour le stade I, 14,6% pour un cancer de stade II et 85,4% à partir du stade III (Fig. 2). La mise à jour de Brennan et Houssami [1] confirme la prévalence extrêmement basse des métastases à distance asymptomatiques dans les cancers du sein de stade I et II. Cette prévalence est par contre augmentée à partir du stade III (13,9%) avec un pic dans le sous-groupe des cancers inflammatoires (39,6%).
• Si les guidelines ne tiennent pas encore compte des profils phénotypiques des tumeurs, ni des facteurs pronostiques, mais uniquement du stade TNM pour recommander un bilan d'extension, certains résultats sont en faveur d'une prise en compte, au-delà de la taille tumorale, de certains facteurs histopronostiques comme le grade. Mais dans notre série, nous n'avons pas trouvé d'impact significatif de ces facteurs histopronostiques (embolies vasculaires, grade SBR, triple négatif, surexpression de l'HER2) sur la survenue des métastases.

CONCLUSION

Les résultats descriptifs de notre série rétrospective appuient les recommandations internationales de ne réaliser un bilan d'extension qu'à partir du stade IIIA. En effet, pour les stades précoces, l'impact du bilan d'extension est faible avec peu de risque de découverte de métastases à distance.

Références

1. Brennan ME, Houssami N. Evaluation of the evidence on staging imaging for detection of asymptomatic distant metastases in newly diagnosed breast cancer. Breast 2012;21:112-23.
2. Carlson RW, Allred DC, Anderson BO, Burstein HJ, Carter WB, Edge SB, et al. Invasive breast cancer. J Natl Compr Canc Netw 2014;9:136-222.
3. Ravaoli A, Pasini G, Polsetti A et al. Staging of breast cancer: new recommended standard procedure. Br Cancer Res Treat 2002; 72: 53-60.
4. Kumar R, Loving VA, Chauhan A, Zhuang H, Mitchell S, Alavi A. Potential of dual-time-point imaging to improve breast cancer diagnosis with (18)F-FDG PET. J Nucl Med 2005;46:1819-24.