

# L'importance de la prise en charge multidisciplinaire du cancer du sein inflammatoire. A propos d'une série rétrospective et unicentrique de 140 patientes.

C01

A. Dessaint<sup>1</sup>, M. Debled<sup>2</sup>, G. MacGrogan<sup>3</sup>, C. Breton-Callu<sup>4</sup>, H. Bonnefoi<sup>2</sup>, P. Lagarde<sup>4</sup>, M. Fournier<sup>1</sup>, A. Petit<sup>4</sup>, S. Mathoulin-Pélessier<sup>5</sup>,  
V. Brouste<sup>5</sup>, C. Tunon de Lara<sup>1</sup>

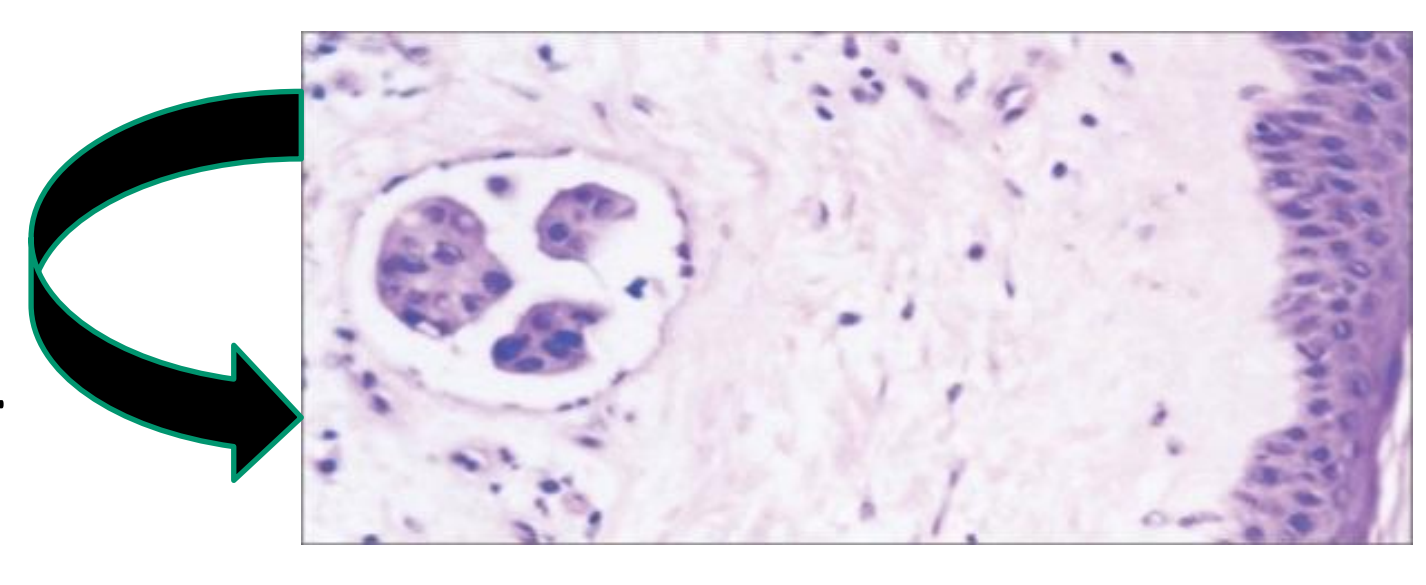
Départements de Chirurgie<sup>1</sup>, Oncologie Médicale<sup>2</sup>, Pathologie<sup>3</sup>, Radiothérapie<sup>4</sup>, Recherche et Information Médicale<sup>5</sup>, CRLCC Institut Bergonié, Bordeaux

## INTRODUCTION

- MASTITES CARCINOMATEUSES : IBC (inflammatory breast cancer) cT4d**
  - 1 à 6% des cancers du sein
  - âge moyen : 58 ans chez la femme européenne
  - survie globale à 5 ans : 40 à 50%, 20-35% M+ au diagnostic



- DIAGNOSTIC** : Emboles lymphatiques dermiques: inflammation
- TRAITEMENT**
  - Études rétrospectives
  - Évolution en traitement trimodal : chimiothérapie néoadjuvante (CNA) + chirurgie radicale+ radiothérapie (+/- HT et immunothérapie)
- ENJEUX**
  - Contrôle locorégional
  - Contrôle métastatique



Faut-il imposer la mastectomie dans le traitement pluridisciplinaire de l'IBC au fort potentiel évolutif et métastatique ?

## PATIENTS ET MÉTHODES

- Étude rétrospective observationnelle descriptive
- Unicentrique : Institut Bergonié (1.01.1989 – 31.12.2010)

### POPULATION DE L'ÉTUDE

- Femmes <70 ans, cT4d N0-3 M0
- Biopsie confirmant le diagnostic
- Ayant reçu une chimiothérapie néoadjuvante
- Pas d'ATCD de cancer mammaire

### OBJECTIFS

#### Primaire

Évaluation de la survie en fonction des schémas thérapeutiques

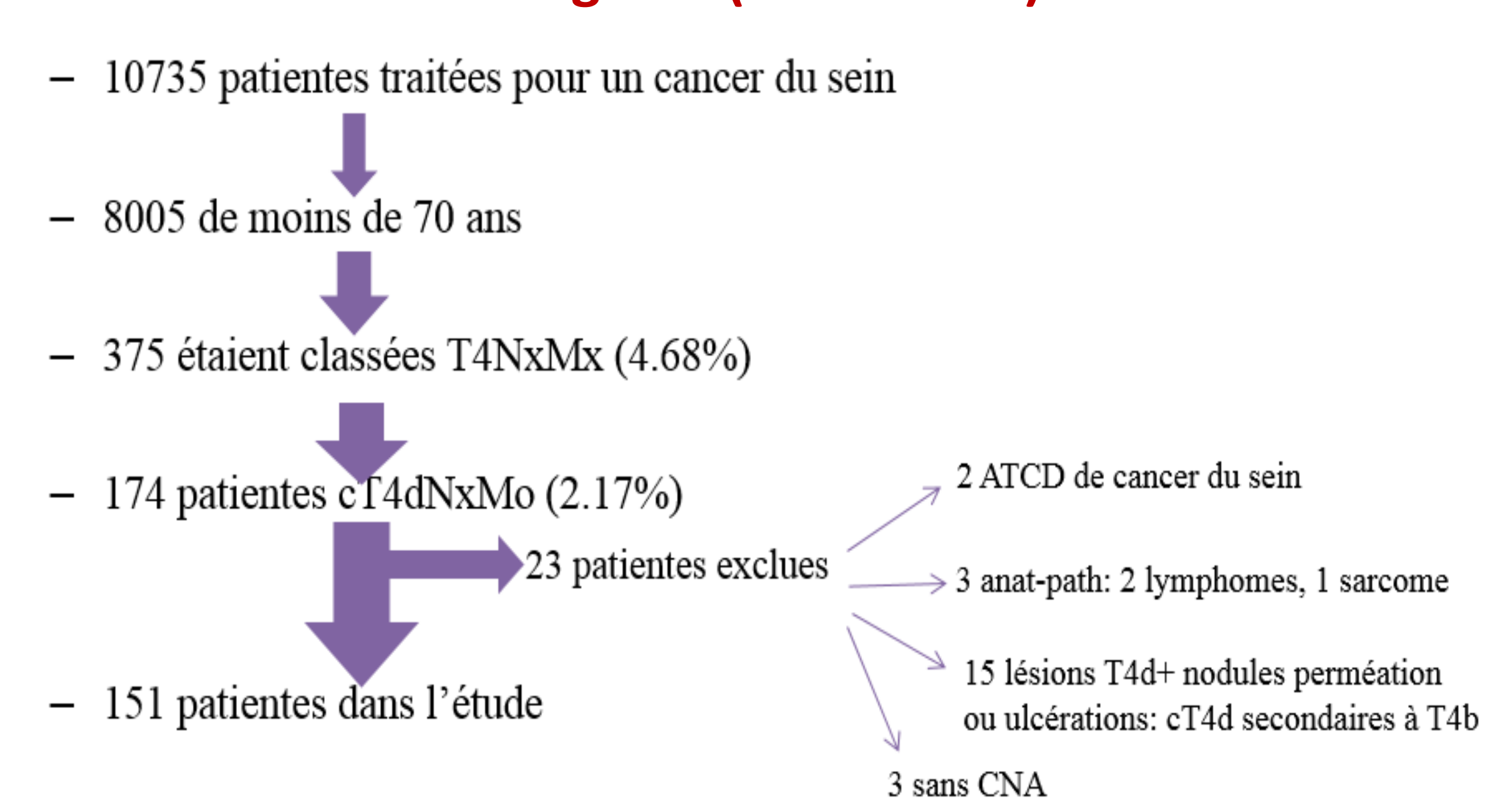
- 4 sous groupes : mastectomie + radiothérapie (MCA+RTH), radiothérapie puis mastectomie (RTH+MCA), radiothérapie exclusive (RTH exclusive), mastectomie partielle (MP)
- 3 « end-point » :
  - survie globale (SG)
  - survie sans rechute (SSR)
  - contrôle local (LC)

#### Secondaire

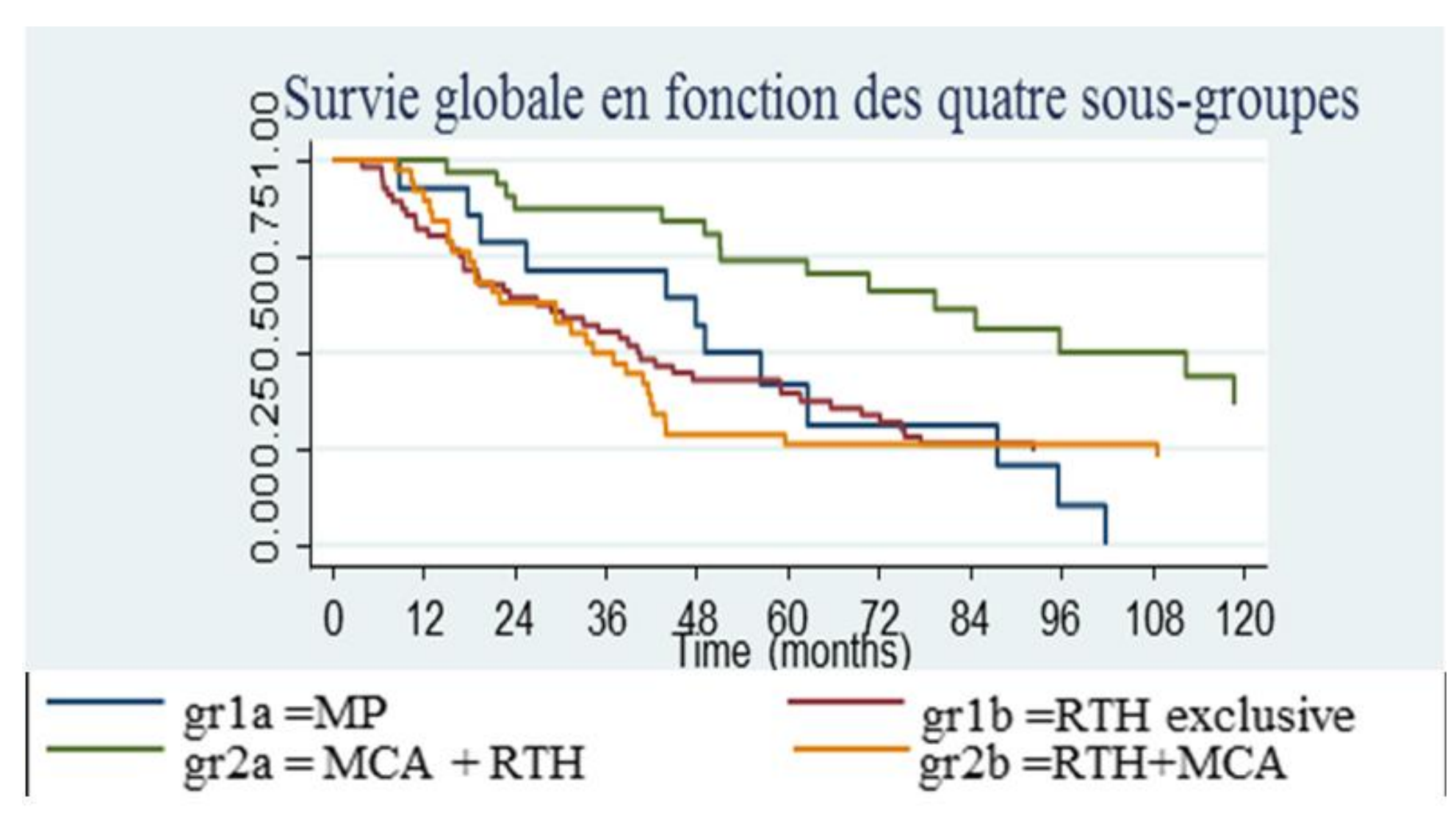
– Facteurs pronostiques agissant sur les 3 « end-point » (âge, N clinique, RH, grade, type CNA, réponse clinique à la CNA)

## RÉSULTATS

### Institut Bergonié (1989–2010)

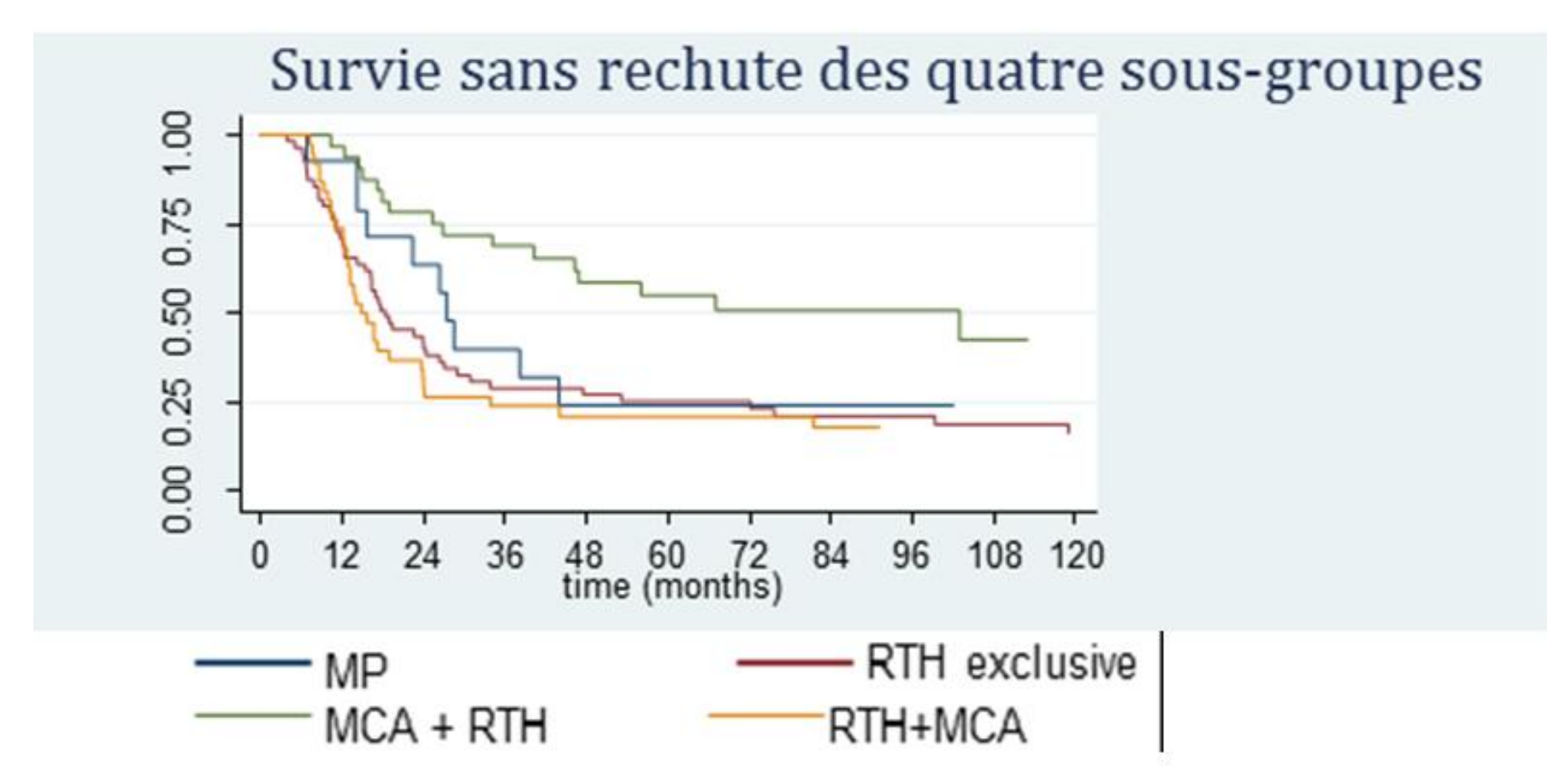


### Survie globale



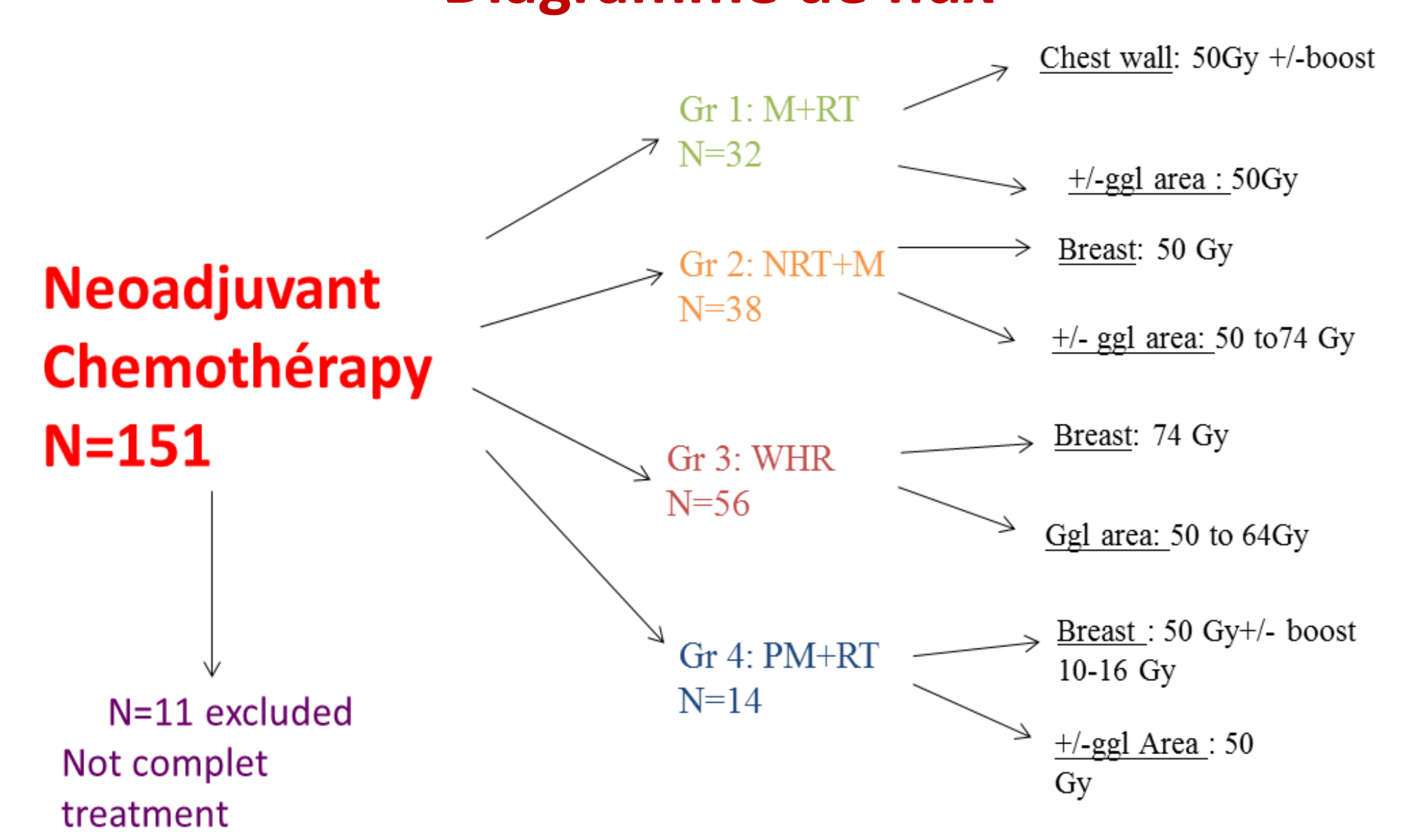
Paramètres	SG Univarié		SG Multivarié		
	P wald	P wald	HR	IC95% HR	
<b>Groupe prise en charge** : REF MCA+RTH</b>	<b>0.0003</b>	<b>0.02</b>			
RTH+MCA	0.0002	0.03	3.4	1.14	10.2
RT Exclusive	0.0002	0.005	4.6	1.60	13.1
MP	0.57	0.82	1.2	0.22	6.49
<b>Statut RH REF Positif</b>					
RH négatif	<b>0.0005</b>	<b>0.0005</b>	3.6	1.8	7.4
<b>Grade tumoral : REF grade I ou II</b>					
Grade III	0.58		non testée (NS en univarié)		
<b>N clinique : REF N0</b>					
N1 ou N2 ou N3	<b>0.02</b>		Exclus p=0.7		
<b>Réponse clinique REF : RC</b>	<b>&lt;.0001</b>	<b>&lt;.0001</b>			
Réponse partielle	0.04	0.01	3.0	1.2	7.4
Stable ou Prog	<.0001	<.0001	9.8	3.5	27.3

### SSR



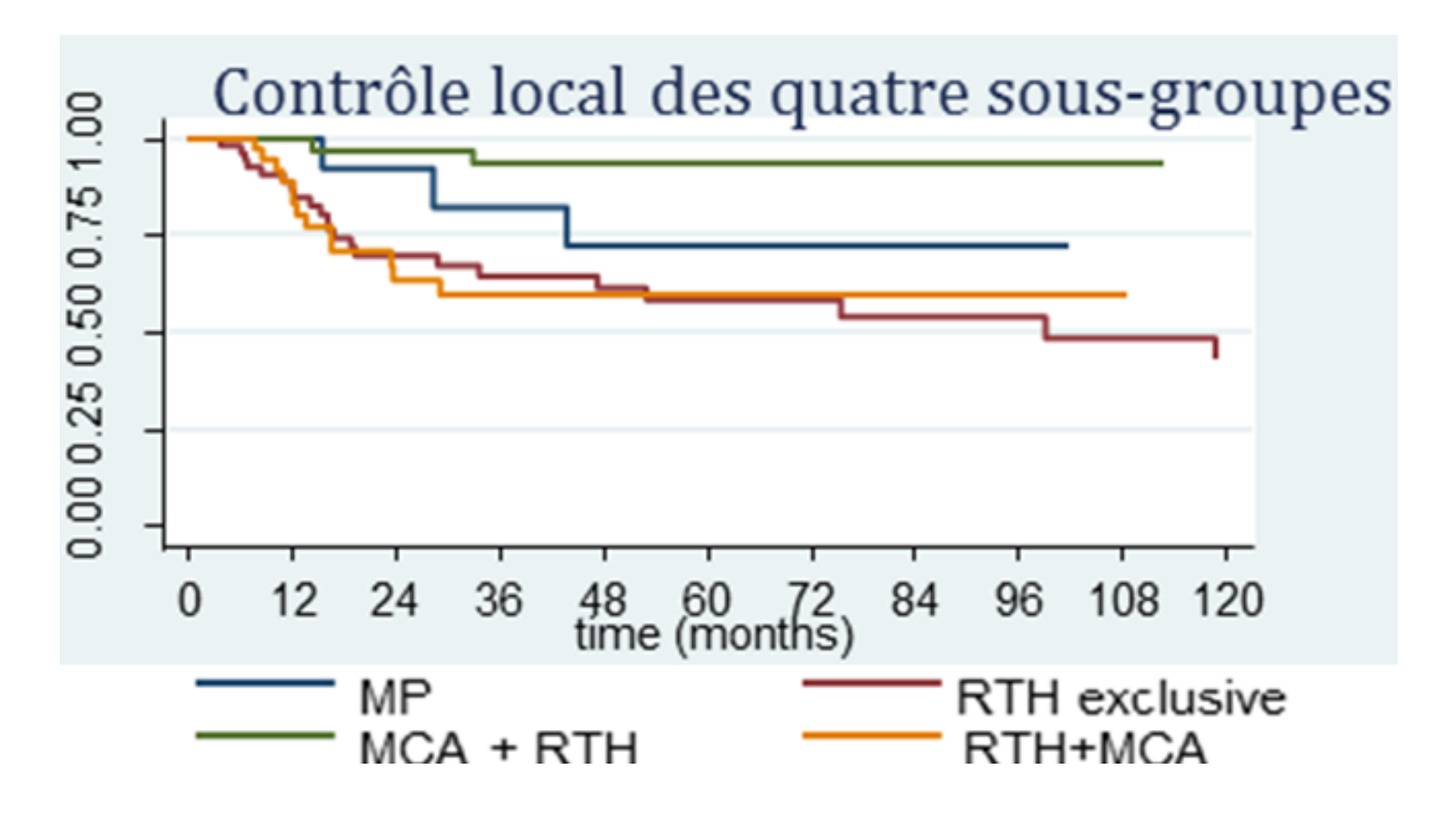
Paramètres	SSR (univarié)		SSR (multivarié)		
	P wald	P wald	HR	IC95% HR	
<b>Groupe prise en charge** : REF MCA+RTH</b>	<b>0.003</b>	<b>0.01</b>			
RTH+MCA	0.0004	0.007	2.45	1.27	4.73
RT Exclusive	0.001	0.001	2.89	1.51	5.53
MP	0.09	0.12	1.96	0.84	4.59
<b>Statut RH REF Positif</b>					
RH négatif	<b>0.0004</b>	<b>&lt;.0001</b>	3.87	1.98	7.57
<b>Grade tumoral : REF grade I ou II</b>					
Grade III	0.94		non testée (NS en univarié)		
<b>N clinique : REF N0</b>					
N1 ou N2 ou N3	<b>0.0003</b>	<b>0.002</b>	4.84	1.81	12.93
<b>Réponse clinique REF : RC</b>	<b>&lt;.0001</b>	<b>&lt;.0001</b>			
Réponse partielle	0.02	0.003	4.17	1.61	10.79
Stable ou Prog	<.0001	<.0001	10.55	3.66	30.42

### Diagramme de flux



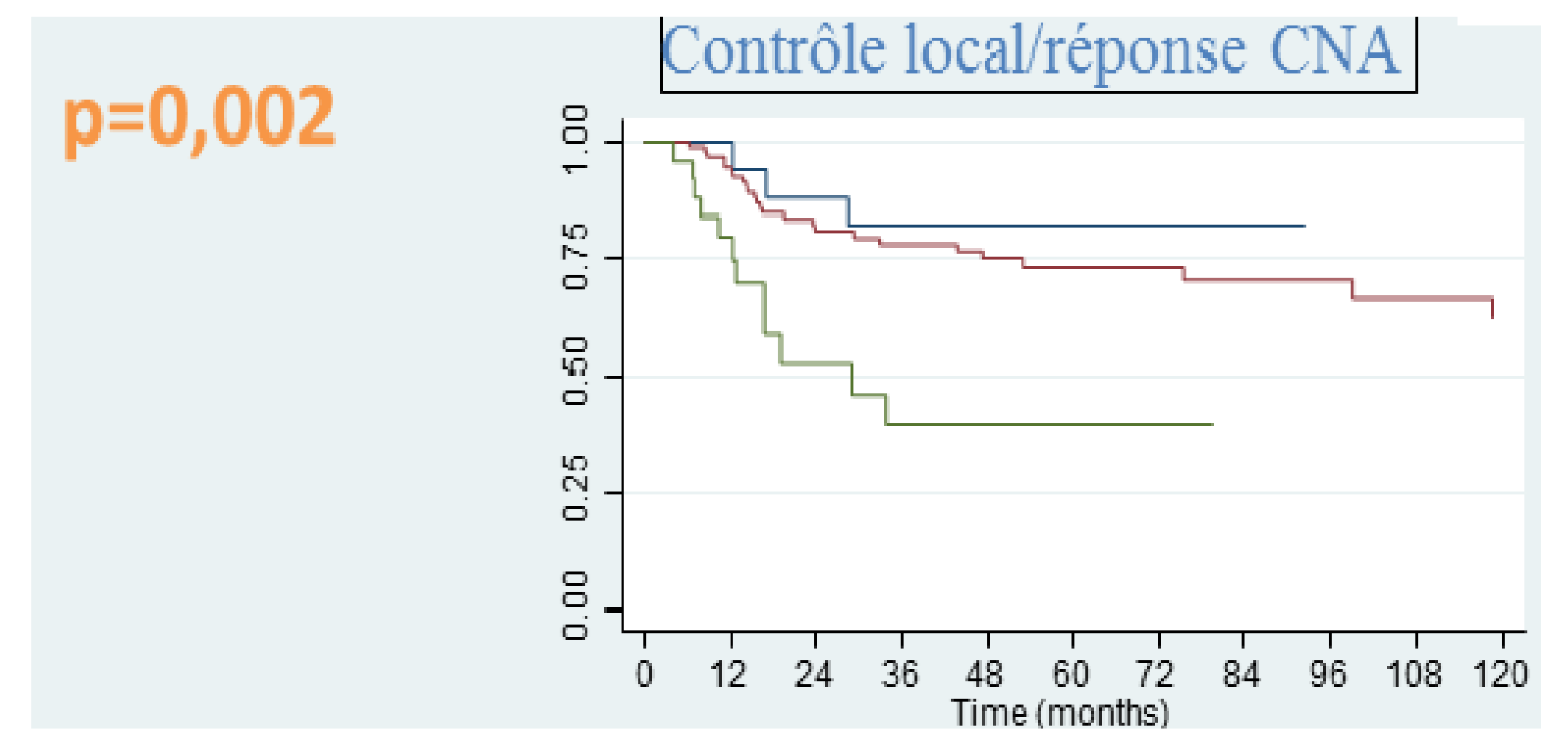
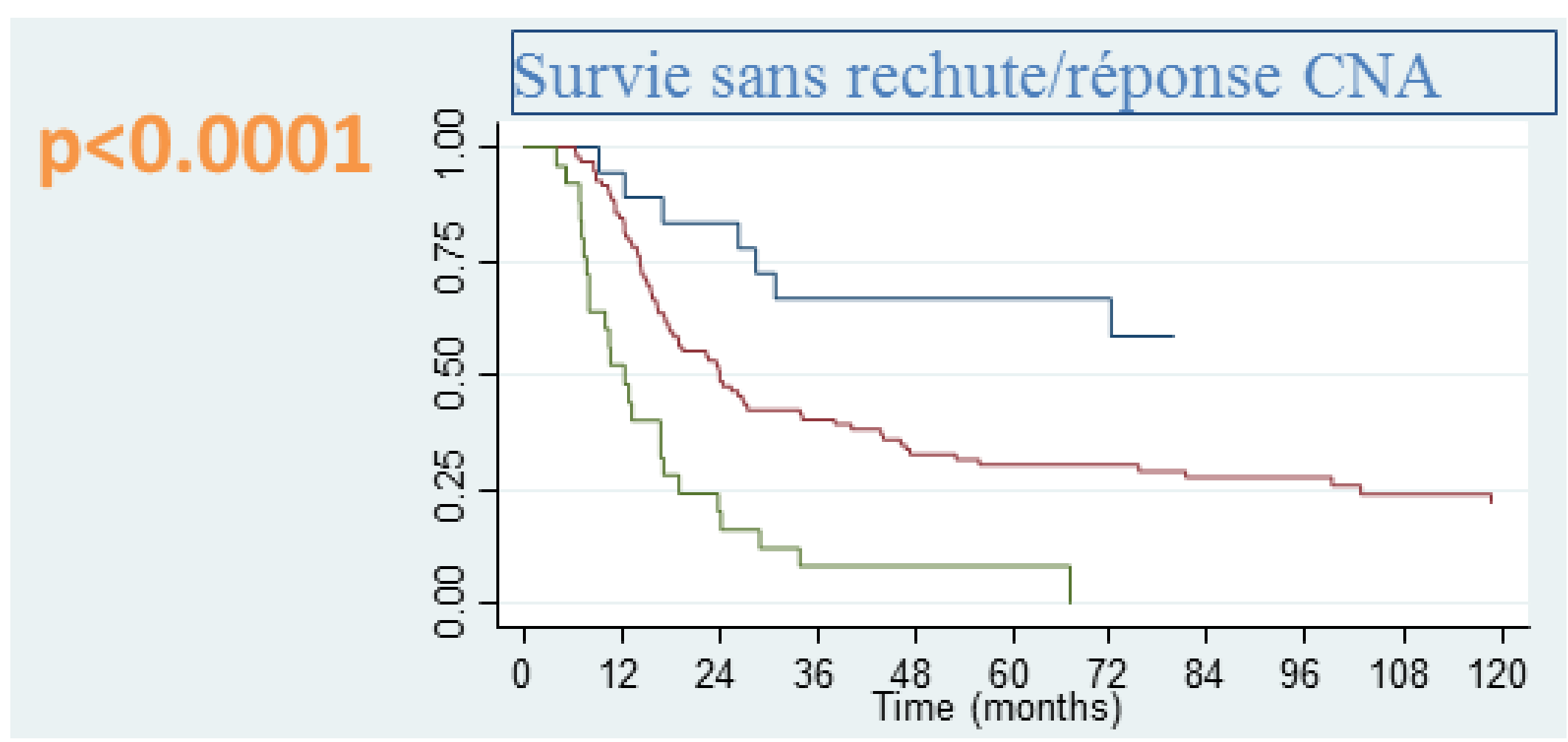
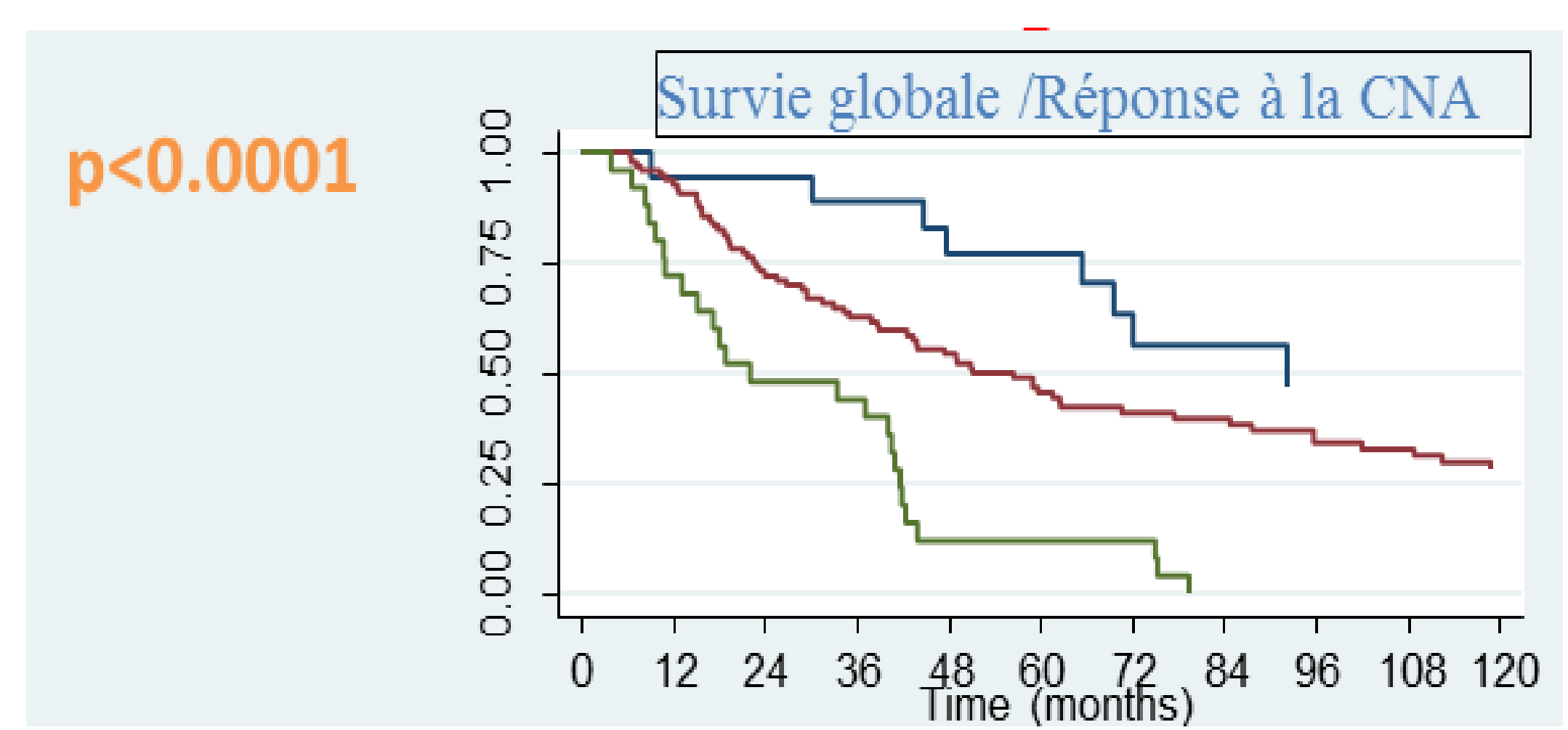
### Neoadjuvant Chimiothérapie N=151

### CL



Paramètres	CL (univarié)		CL (multivarié)		
	P Wald	p Wald	HR	IC95% HR	
<b>Groupe prise en charge** : REF MCA+RTH</b>	<b>0.02</b>				exclu p=0.19
RTH+MCA	0.006				
RTH exclusive	0.002				
MP	0.1				
<b>Statut RH REF Positif</b>					
RH négatif	<b>0.01</b>		exclu p=0.10		
<b>Grade tumoral : REF grade I ou II</b>					
Grade III	<b>0.04</b>	<b>0.01</b>	5.5	1.5	20.9
<b>N clinique : REF N0</b>					
N1 ou N2 ou N3	<b>0.04</b>	<b>0.03</b>	25.1	1.3	498.0
<b>Réponse clinique REF : RC</b>	<b>0.001</b>	<b>0.0025</b>			
Réponse partielle	0.49	0.41	1.9	0.4	8.1
Stable ou Prog	0.007	0.01	7.4	1.5	35.4

### Facteurs pronostiques : réponse à la CNA



## DISCUSSION

- Impact positif du groupe MCA puis RTH sur la SG et la SSR.
- Mauvais pronostic du groupe RTH puis MCA.
- Traitement par mastectomie partielle : groupe hétérogène, petits effectifs : conclusion difficile.
  - Bonev, V. et al. Long-term follow-up of breast-conserving therapy in patients with inflammatory breast cancer treated with neoadjuvant chemotherapy. Am Surg 2014;80:940-43.
- Le traitement trimodal par CNA+MCA+RTH : référence dans de nombreuses études rétrospectives : amélioration de la survie globale
  - Fleming RY et al. Effectiveness of mastectomy by response to induction chemotherapy for control in inflammatory breast carcinoma. Ann Surg Oncol 1997;4:452-61.
  - S Dawood et al. International expert panel on IBC: consensus statement for standardized diagnosis and treatment. Ann Oncol 2010
  - Makower D et al. How do I treat inflammatory breast cancer? Curr Treat Options Oncol 2013.

## CONCLUSION

- Manque d'études + caractère peu fréquent
  - recommandations basées sur études rétrospectives, ou par extrapolation d'études prospectives des tumeurs localement avancées
- Référence : prise en charge pluridisciplinaire : CNA+MCA+RTH
  - autres séquences thérapeutiques sont imposées par des contraintes de mauvaise réponse au traitement
- Réponse à la CNA+++
- Évaluation plus précise de la maladie résiduelle: traitement conservateur possible?
- Thérapies ciblées (screening moléculaire) + essais cliniques