

Cancer du sein luminal métastatique:

Facteurs

**pronostiques et
évolution chez 105
patientes prises en
charge à L'EHS en
LCC Blida (Algérie)**

F.Braneci - N.Caid

-A.H.Boudjella-

F.Haideche - F.Smaili

Contexte

Le cancer du sein est le premier cancer chez la femme dans le monde, l'évolution vers un stade métastatique diffère selon son type biomoléculaire et la meilleure survie est retrouvée dans le sous type luminal non Her2 ou il s'agit souvent d'une maladie chronique dont le traitement dépend de son agressivité et de la réponse initiale au traitement. Dans notre population de malades au Maghreb, il existe des idées reçues qui affectent l'évolution de la maladie le cancer mammaire, on est sûr d'avoir des aspects différents des études européennes (seulement 12% des tumeurs mammaires sont classées >T2 et 21% N+ au moment du diagnostique)

Objectifs:

Depuis les recommandations de l'ABC3 qui limitent l'utilisation de la chimiothérapie pour les crises viscérales ou après échec de trois lignes d'hormonothérapie nous nous intéressons à ce groupe de patientes afin de mieux comprendre ses caractéristiques.

Méthodes :

C'est une étude rétrospective de 105 patientes chez qui le diagnostic de cancer du sein luminal métastatique métachrones ou synchrone (anciennes malades) a été porté entre 2014 et 2015.

Age des patientes

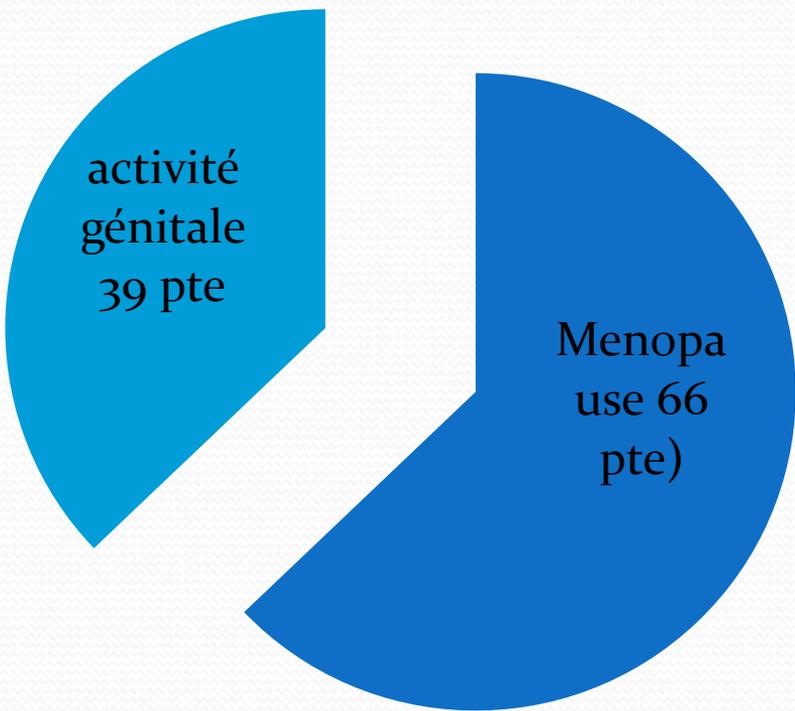
L'âge moyen était de 50,25 ans

< 40 ans(12
patientes)

Entre 40 et 50
ans (70
patientes)

> 50 ans(23
patientes)

Répartition selon l'activité génitale



Délai de consultation

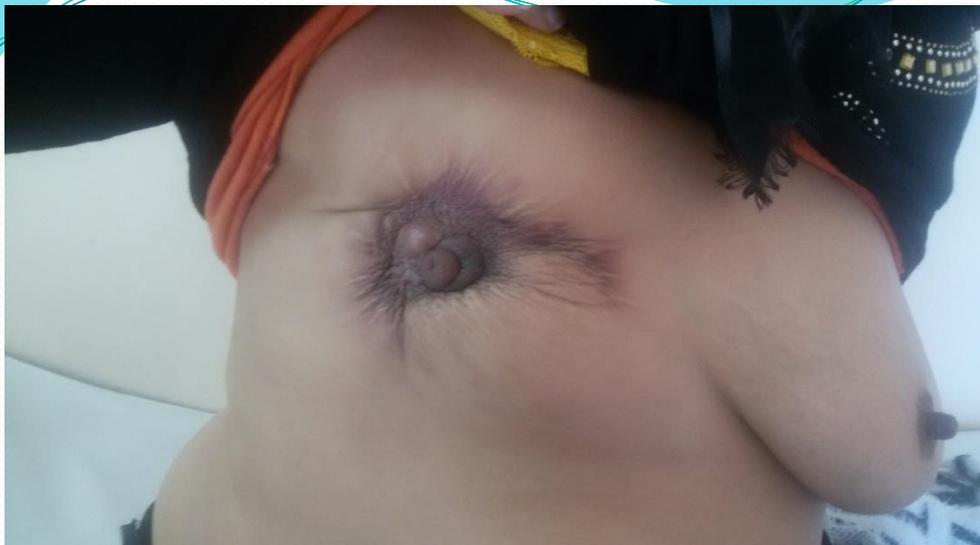
Vari de quelques jours à 4 ans
Un grand pourcentage de tumeurs négligées de 1 an ou plus est retrouvé dans le type luminal dans cette série

Délai	<06 mois	06mois-1 an	01 – 02 ans	02-03 ans	03-04 ans
N T:105)	10	17	56	14	08

Le grade scarff Bloom Richardson

SBR I 29,34 %
SBR II :60,31%
SBR III :et 9%

Tumeurs négligées de type luminal



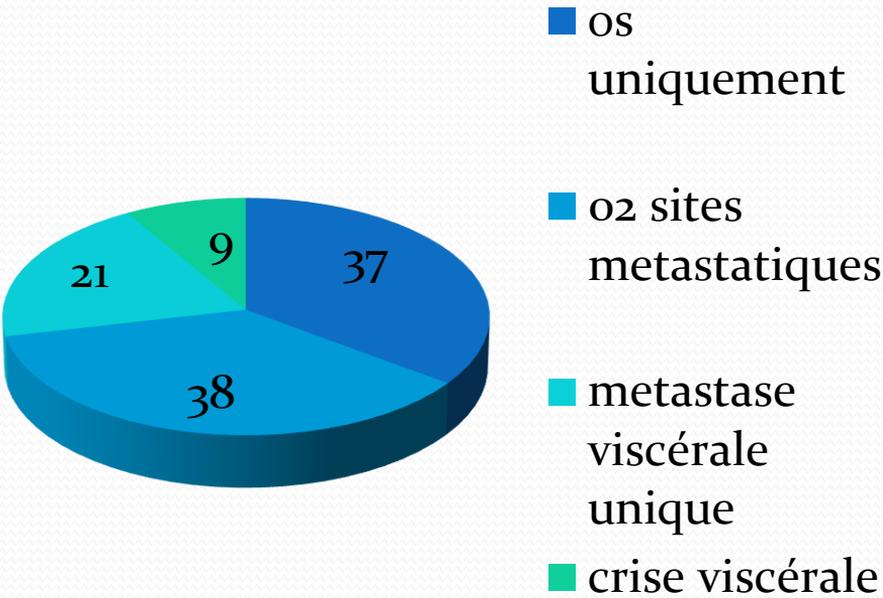
Stade de la tumeur primitive au moment du diagnostique

stade	T ₃ /pT ₃	T ₄ /pT ₄	N ₊
Luminal 105 patiente	15% 16 pte	38% 40 pte	65% 68 pte

-Dans notre série de 105 patientes la notion de prise de **remèdes traditionnels** est retrouvée chez **68 patientes**

Tableau métastatique

105 patientes



Délai de rechute

- Métastases synchrones chez 21 patientes
- Métastases metachrones chez 84 patientes

Délai de rechute sous hormonothérapie adjuvante	Luminal metachrones 84pt
< 1 an	10 pt (11,90%)
1- 2 ans	21 pt (24,7%)
2- 4ans	31 pt (36,9%)
> Ou = 4ans	22 pt (26%) (Max:21 ans)

Délai de rechute

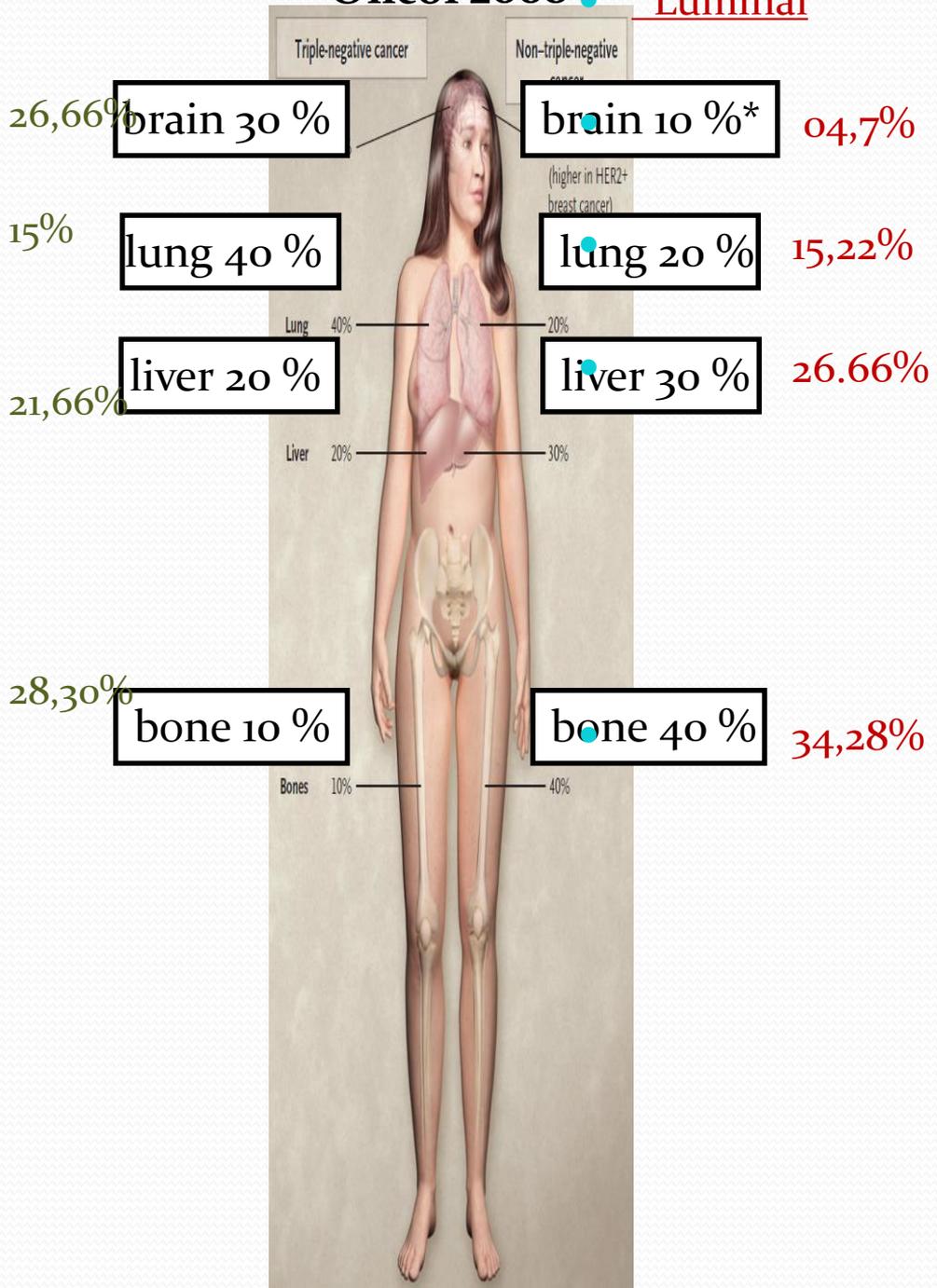
- 35% des métastases sont survenues avant 2 ans d' hormonothérapie adjuvante pour une tumeur initiale localement très avancée dans 65% des cas T4 (a-b-c) ou invasion ganglionnaire massive).les détails sur l'intensité et le pourcentage de marquage des RH et du KI67ne sont pas régulièrement précisés
- 63% ont développée leur résistance (secondaire) après 2 ans d'HT adjuvante

Repartition par site métastatique dans chaque sous groupe biomoléculaire dans notre service (2015) comparé a la littérature

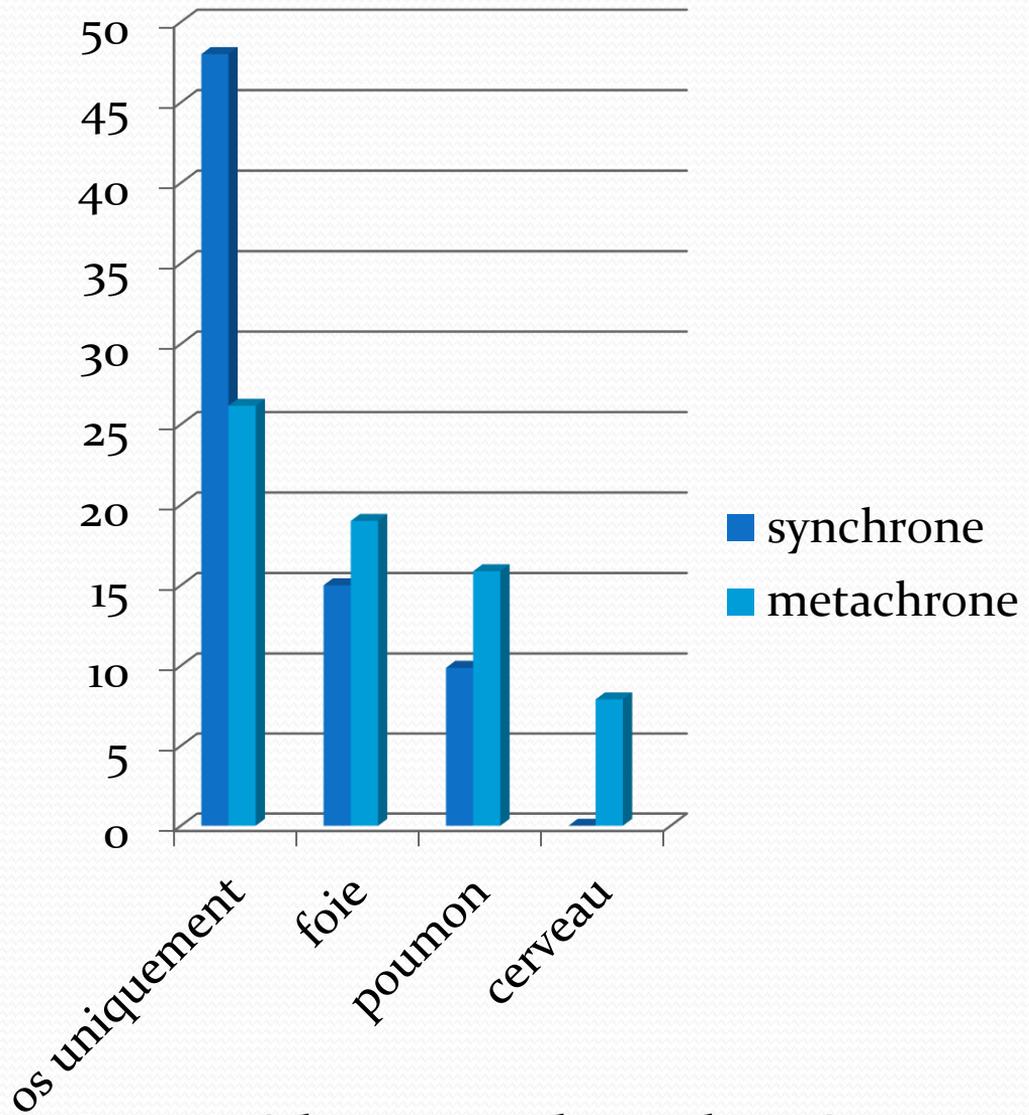
Liedtke et al., J Clin Oncol 2008

Triple négatif

Luminal



Sites métastatiques



- La moitié des tumeurs lumorales métastatiques d'emblée ont une localisation uniquement osseuse et pas de cérébrales
- Dans les metachrone ,on en retrouve moins, mais plus de foie-poumon-cérébrales .
- Les métastases cérébrales sont survenues sur des tumeurs localement très avancées et exprimant faiblement les RH

Microbiopsie des métastases

Effectué chez 26 patientes

N=26	Négativatio n	Baisse d'expressio n	Pas de changemen t
R O	—	12	14
R P	04	16	06
Her 2	—	—	—

Le changement a plus souvent été une **baisse de l'expression des récepteurs** à la progestérone suivi de celle des récepteurs ostrogéniques

Traitement

- En 2014 -2015,toutes les patientes en métastase synchrone ont reçue une chimiothérapie première puis un relais par hormonothérapie adaptée au statut de l'activité génitale (antiaromatase ou Nolvadex ou Exemestane associés à une suppression ovarienne chimique
- Les patientes avec métastases metachrones ont bénéficiée d'une chimiothérapie excepté 05 sur 84 qui ont présentées des localisations osseuses peu nombreuses et asymptomatiques chez qui une hormonothérapie de première ligne a été indiquée type Everolimus plus Exemestane ou Faslodex

Effet secondaires de la chimiothérapie

Effet	Grade 3 ou 4 événement	Arrêt de chimiothérapie
leuco neutropénie	46	3
Réaction immédiate	09	3
vomissement	29	2
diarrhée	4	1
Réaction cutanée	08	2

Effets secondaires du Nolvadex (pas d'effet sévère)

Effet secondaire	N 39
Hyperplasie de l'endomètre	02
Kyste ovarien	07
Douleur pelvienne	04
Thrombose veineuse	01
Bouffées de chaleur	16
Cancer de l'endomètre	00
Stéatose hépatique	07

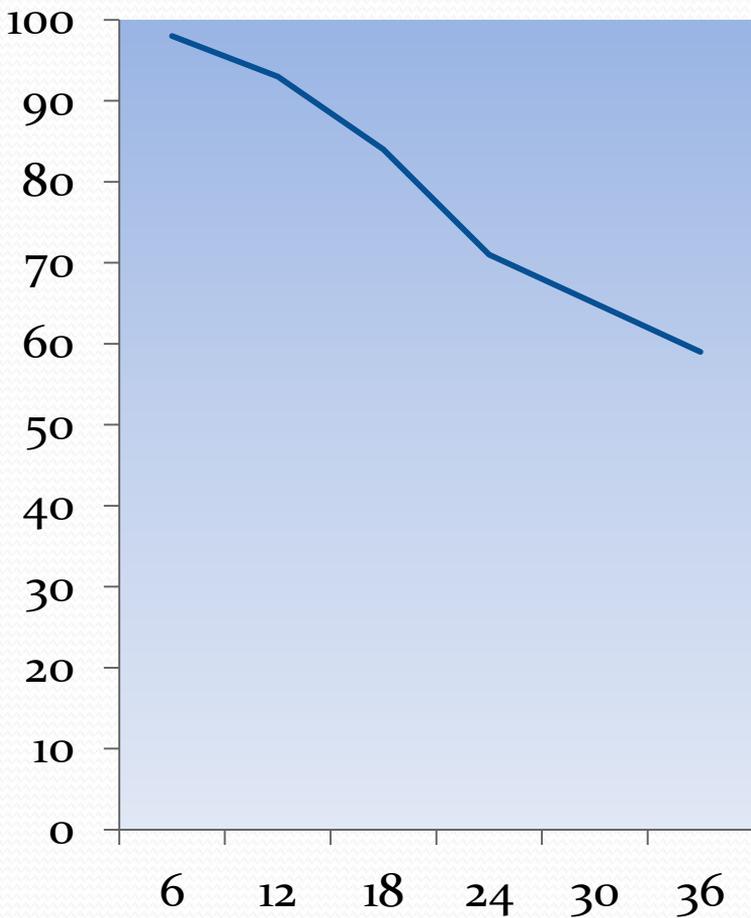
Effets secondaires des

Effet	72 patientes
asthénie	32
arthralgies	32 02 grade IV
Bouffées de chaleur	24
Douleur osseuse	10
osteopenie	28
ostéoporose	12
Stéatose hépatique	15
Rash cutané	02 grade IV

Gestion des effets secondaires des antiaromatases

- Arthralgies: Informer-rassurer- (diminution des symptômes avec le temps)-traitement antiinflammatoire, antalgique-changement d'antiaromatase chez 2 patientes.
- Osteopenie +/- facteur de risque fracturaire: Ca+-vitamine D+/-Biphosphonate-DMO après un an.
- Ostéoporose : Calcium-vit D-Biphosphonate

Tumeurs lumineales métastatiques **courbe de survie globale**



- **65 %** de survie à 2 ans



Evolution

- La courbe de survie globale de nos patientes porteuses d'un cancer mammaire métastatique luminal sous une ou deux ligne de chimiothérapie puis hormonothérapie est comparable aux courbes de survie des études d'hormonothérapie de première ligne

Discussion

- Dans notre série de patientes; les caractères épidémiologiques des métastases sont comparables à la littérature mis à part:

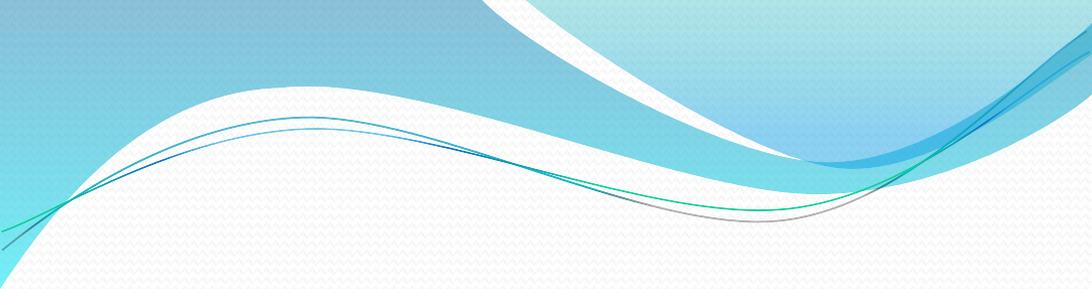
- La survenue à un âge plus jeune qu'en occident
- Un délai de consultation allongé et par conséquence des tumeurs localement plus avancées (négligées) .
- Le taux de maladies agressives est plus bas autour de 8%.les métastases synchrones et métachrones dans le cancer du sein luminal semblent différentes dans leur agressivité.

-Depuis 2015 les Microbiopsies des métastases sont plus régulièrement réalisées

-L'utilisation première de plusieurs lignes d'hormonothérapies est actuellement plus élargie qu'en 2014(avant de passer à la chimiothérapie) .

Conclusion

- Les résultats de cette étude pointent le doigt sur les tumeurs négligées de type luminal qui évoluent lentement sans trop inquiéter les patientes
- Confirme également que le cancer du sein métastatique luminal est une pathologie chronique pour laquelle l'hormonothérapie fait mieux équilibrer la balance de la réponse et de la toxicité. Néanmoins elle dépend du tableau clinique, radiologique.et biologique .Et nous avons besoin d'études sur le terrain afin d'apprendre à mieux cibler les patientes.



Merci