

**Tumeurs localement évoluées: traitements néo-adjuvants**

# **La chirurgie doit-elle être adaptée à la réponse?**

S.Giard

Centre O.Lambret - Lille

**DPI : rien à déclarer**

# Limites du sujet:

- la chirurgie **mammaire**  
et non ganglionnaire
- Après **chimiothérapie** néoadjuvante  
et non hormonothérapie

Tumeurs localement évoluées: *chimiothérapie* néo-adjuvante

**La chirurgie *mammaire* doit-elle  
être adaptée à la réponse à la  
*chimiothérapie NA*?**

S.Giard

Centre O.Lambret - Lille

**DPI : rien à déclarer**

***Ben OUI***

**Sinon pourquoi faire une  
chimiothérapie NA?**

## Méta-analyse Meiog (2007):

- 14 essais CNA vs chir 1<sup>ère</sup> n= 5292

➔ **16,6%** (IC95%: 15.1-18.1%) de traitement conservateur après CNA

➔ **même SG** (OR= 0.98; IC95%: 0.87- 1.09)

- tx RLR ( à 10 ans) :

8 études avec chir « adéquate »

➔ **même taux de RLR** ( OR:1.12;IC95%:0.92-1.37)

## **Fiabilité** des traitements conservateurs pour les tumeurs **réduites** par la CNA?

- → Taux de R intramammaires (*et non RLR*):
  - essai NSABP B18 ( tum standard, FU = 9ans):  
Tx RIM: 15.9% pour tumeur reduites  
9.9% qd CC realisable avt CNA

**Même Tx de RIM** qd ajustement sur âge et taille tum initiale

# Conclusion:

- Le pronostic est lié:
  - au stade tum initial
  - aux caracteristiques bio de la tum
  - à la réponse à la CNA

***indépendamment du type de chir réalisé***



**Tumeurs localement évoluées: *chimiothérapie* néo-adjuvante**

***Comment adapter la chirurgie  
mammaire à la réponse à la CNA?***

S.Giard

Centre O.Lambret - Lille

**DPI : rien à déclarer**



# Comment évaluer la réponse?

Cf P. Taourel, B.Coudert

# Comparaison des tests d'évaluation de la réponse **POST- CNA, PRE-chirurgical**

*(Croshaw 2011)*

	EX Clin	MD	US	IRM
VPP	91%	85%	85%	93%
VPN	31%	41%	44%	65%
Sensibilité	50%	81%	90%	86%
Spécificité	82%	48%	33%	79%

# Comparaison des tests d'évaluation de la réponse **POST- CNA, PRE-chirurgical**

*(Croshaw 2011)*

	EX Clin	MD	US	IRM
<b>VPP</b> <i>Presence MR</i>	<b>91%</b>	<b>85%</b>	<b>85%</b>	<b>93%</b>
VPN	31%	41%	44%	65%
Sensibilité	50%	81%	90%	86%
Spécificité	82%	48%	33%	79%

# Comparaison des tests d'évaluation de la réponse **POST- CNA, PRE-chirurgical**

*(Croshaw 2011)*

	EX Clin	MD	US	IRM
VPP	91%	85%	85%	93%
<b>VPN</b> <i>(absence de MR)</i>	<b>31%</b>	<b>41%</b>	<b>44%</b>	<b>65%</b>
Sensibilité	50%	81%	90%	86%
Spécificité	82%	48%	33%	79%

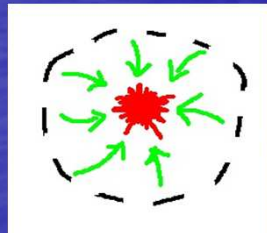
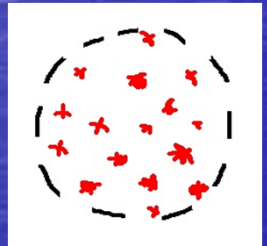
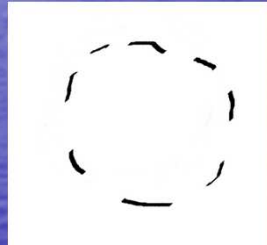
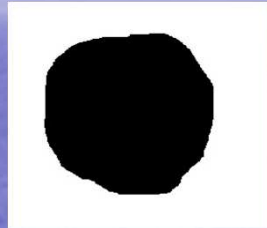
***IRM « utile » quand pas de signal résiduel par les autres tests?***

*Mais réponse oui ou non*

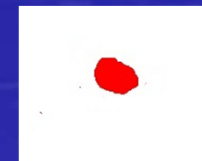
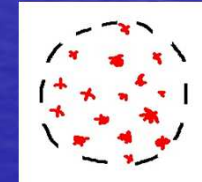
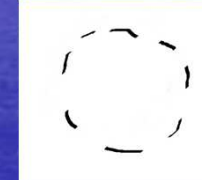
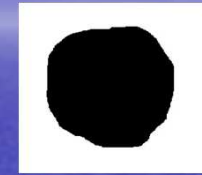
# Pour le chirurgien : étendue et répartition des lésions résiduelles



C  
N  
A



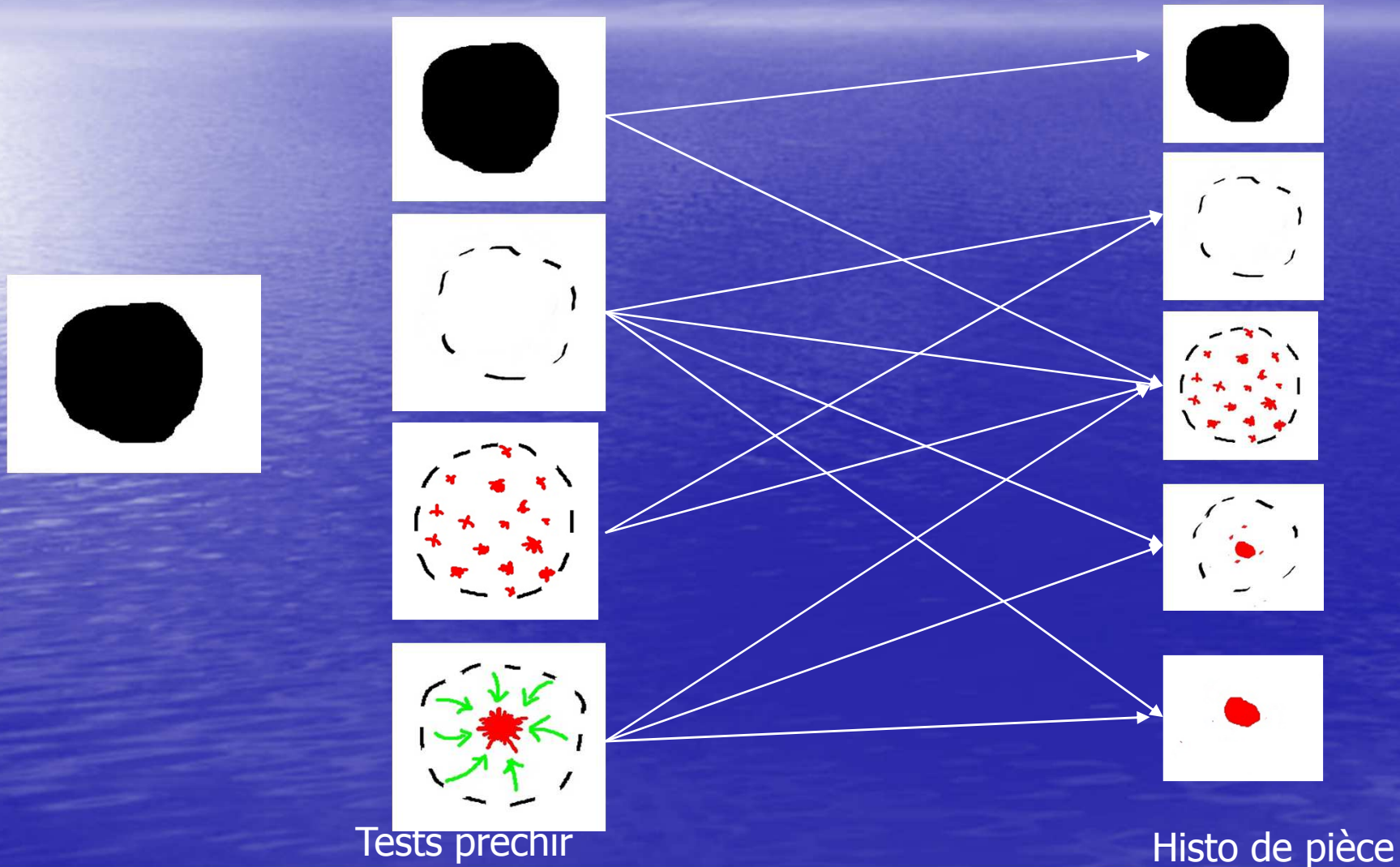
Tests prechir



Histo de pièce

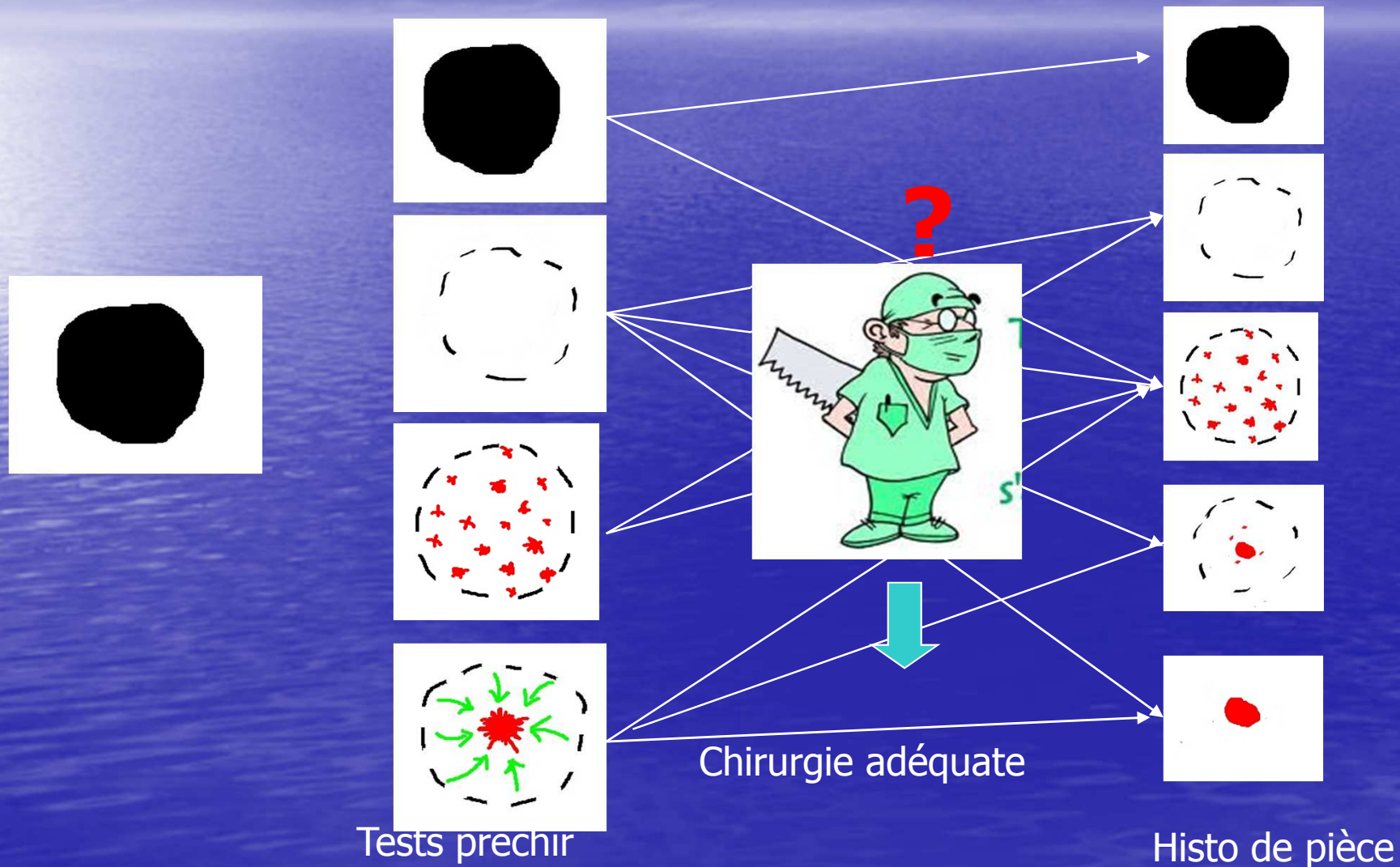
*Mais réponse oui ou non*

# Pour le chirurgien : étendue et répartition des lésions résiduelles



*Mais réponse oui ou non*

# Pour le chirurgien : étendue et répartition des lésions résiduelles



## Comment faire une chirurgie adéquate?

- 1) exérèse en berges saines
  - (1 des) facteur indépendant de RLR en multivarié  
*(MD Anderson 2004 marges=2mm)*
  - les tests pre-chirurgicaux peuvent-ils nous aider?
    - pas de données comparatives après CNA



# Rôle de l'IRM pour améliorer la qualité de l'exérèse chirurgicale?

- Méta-analyse 2013 sur intérêt chirurgical de IRM

*(Houssami . 2essais random + 7 cohortes . N= 3112)*

*- tx de berges négatives*

*- tx de reexcisions*

*-tx de conversion CC → MT (mais + de MT initiales)*

**→ pas de différence avec ou sans IRM**

*(y compris pour les CLI après ajustement sur âge et date de étude)*

# Concordance/ étendue des lésions résiduelles sur tests pre-chir /histo → IRM

*(KO 2013 n= 166)*

- Facteurs n'influençant pas la concordance: âge, T initiale, CCIS extensif, EV
- Facteurs de discordance: RH+, GHP bas ou intermédiaire, images non masses

→ Hypothèse d'une **corrélation entre sous-types tumoraux et:**

**type d'image IRM, mode de réponse à CNA, tx de ypCR**

# Corrélation IRM /Histo pour étendue des lésions résiduelles

## Luminaux HER2-:

non masse initiale

réponse fragmentée

moins tx ypCR

moins concordance IRM  
/histo

## Triple négatif:

masse initiale

réponse centripète

meilleure tx de ypCR

meilleure concordance  
IRM/histo

HER2 + ?

tx de ypCR+++

Est-ce vrai seulement pour IRM?

# Y a-t-il d'autres éléments que l'état des berges pour une chirurgie adéquate?

- 1) Marges plus larges pour certaines?

→ AUCUNE DONNEE comparant exérèse conservatrice + /- large pour mêmes tumeurs

Mazouni (2013): 214 tum standard et 45 onco, toutes après CNA

même taille médiane (40mm)

vol résséqué ↗ pour onco

même taux de re-excision, de MT 2aires

même taux de RL et de meta ( FU=46mois)

# Y a-t-il d'autres éléments que l'état des berges pour une chirurgie adéquate?

- 2) Une MT plutôt que CC même techniquement réalisable?

→ Score MD Anderson (Chawla 2012):

4 facteurs de risque de RLR après CC post-CNA:

- N2 ou N3 clinique
- ypT > 2cm
- tumeur résiduelle multifocale
- EV+

SCORE 0 à 2: même tx de RLR à 10 ans après CC ou MT

SCORE 3 ou 4: 61% RLR après CC, 19% après MT à 10 ans

.....MAIS même tx de meta et même SG

# Finalemment

- Les principes de la chirurgie post CNA
  - sont les mêmes qu'en chirurgie première
  - avec les mêmes problématiques (non résolues)
  - avec même risque de berges non saines et donc de re-excision (10-15%)
- Ce qui change:
  - la difficulté d'évaluation des lésions résiduelles dans certaines circonstances (absence de signal pre-chir)

## Au total: une bonne chirurgie adaptée à la réponse à CNA

- Clip intra-tumoral initial
- Une **exérèse adaptée à l'extension des lésions sur le bilan post-CNA**, pré-chir:  
clinique, mammo, echo  
+ IRM si evaluation difficile sur le bilan précédent:  
discordance  
absence de signal  
hésitation entre oncoplastie et IRM
- Évaluation per-opératoire des limites d'exérèse macro (palpable) ou radio  
....avec re-excision ciblée si nécessaire
- **Évaluation microscopique des berges sur l'examen histo définitif avec proposition de reprise si berges non saines** ( < 2mm (?), pour in situ et invasif)
- **ACCEPTER 10- 15% de reprise (EPP)**
- En cas de MT: RMI possible avant ou après RT ( et plutôt par lambeaux myocutanés que prothèses seules)

# Le futur ?

- 1) Meilleure définition des lésions résiduelles utilisables pour le chir:
  - meilleure concordance test/histo
  - en 3D
  - en position opératoire ( largeur de l'exérese selon les rayons)



# Le futur ?

- 2) Essais d'abstention chirurgicale pour les réponses complètes ?
  - test d'évaluation: IRM....
  - biopsie(s) sous IRM ?
  
  - pour des tumeurs à tx+++ de ypCR (RH- HER2+, triple négatif)

# Le futur ?

- 3) Essais chirurgicaux randomisés:

Tumeur accessible d'emblée à une oncoplastie  
random

chir 1<sup>ère</sup> vs CNA

( stratif par sous-types tum)

OP: nbre de procédures pour obtenir chir d'exérèse adéquate

OS: tx de berges saines, de reexcisions, de MT, de symétrisation.....

*PHRC 2014, y-a-t-il un statisticien intéressé?*

(my ) **TAI**LOR is ....

**THE FUTUR ET DU SUR-MESURE**

*MERCI DE VOTRE ATTENTION*