

Récidive locale cancer du sein Chirurgie radicale ou conservatrice

Pr Gilles Houvenaeghel

SFSPM 2013

- **Chirurgie conservatrice + Radiothérapie Externe**
- **RL = 10 - 15% à 20ans** / facteurs de risque
- **RL : Mastectomie**
- **Alternative conservatrice ? nle chir partielle + curieT**

RECIDIVE LOCALE INVASIVE APRES TRAITEMENT INITIAL CONSERVATEUR

Traitement du sein

- **Standard** : Mastectomie
- **Option** : Retumorectomie + Curiethérapie 46 Gy

Traitement des ganglions

- Si curage initial : rien
- Si GS initial : curage axillaire

Mastectomie totale exclusive

- Mastectomie totale pour RL après Traitement conservateur (radio-chirurgical): **risque de seconde RL (pariétale) de 10 à 15%**
- Survie sans métastase à 10 ans : 40%
Survie sans événement à 5 ans : 50%
Survie globale : 70% à 5 ans
65% à 10 ans

Résultats de **mastectomie** en cas de récurrence locale

Auteurs	n pts	Suivi médian (mois)	2 ^{ème} RL (%)	SSM à 5ans (%)	SSR à 5ans (%)	SS à 5ans (%)	SG à 5ans (%)
Kurtz [40]	66	84	12	-	-	-	-
Fowble [42]	52	25	-	-	59	-	84
Osborne [43]	46	28	15	-	55	-	76
Cajucoum [44]	25*	52	32	-	51	-	65
[44]	123	39	6	-	41	-	-
Abner [45]	266	60	25	47	-	-	61
Voogd [46]	134	-	4	55 (4ans)	-	-	70
Salvadori [41]	112	44	3	47 (10ans)	-	-	69 (10ans)
Doyle [47]	126	-	12	45 (10ans)	-	62 (10ans)	58 (10ans)
Huang [48]	116	244	7	32 (10ans)	-	73 (10ans)	66 (10ans)
Alpert [49]							

3 à 32%

Recommandations

Nice – Saint Paul

- La mastectomie totale : traitement local de **1^{ère} intention**
- **R M I** : proposée, sauf contre-indication d'ordre général
- L'irradiation après MT est discutée
 - si non réalisée initialement et/ou
 - en cas d'exérèse incomplète

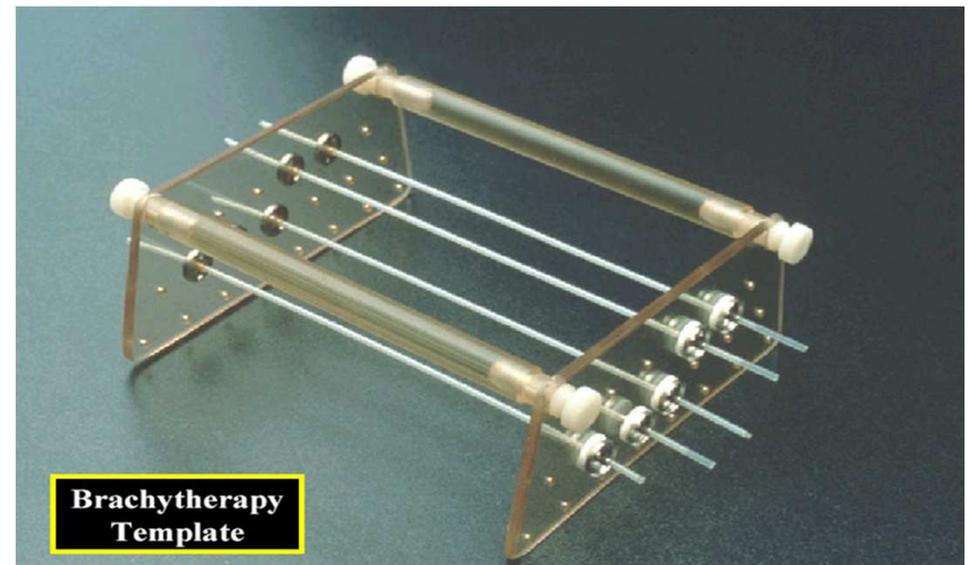
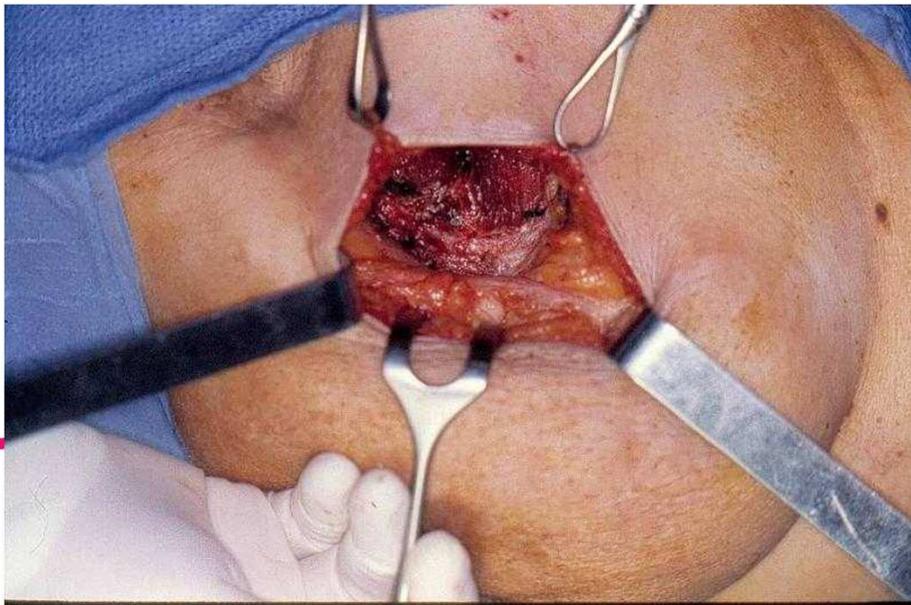
Reconstruction Immédiate

- Faisabilité - Informations
- Technique envisagée - radiothérapie
- Nombre d'interventions

Impact sur le choix de désir de conservation

Second traitement conservateur **avec** irradiation post-opératoire

- Curiethérapie interstitielle : technique d'irradiation la plus utilisée
- L'implantation du matériel vecteur : le plus souvent en per-opératoire.





Per-op



1 mois post-op

Tec + Curi (RTH) de la RL

Auteurs	n	Suivi médian (mois)	TI	Dose (Gy)	2 nd RL %	SSM à 5 ans (%)	SSR à 5 ans (%)	SG à 5 ans (%)	Tox. G3/4 (%)	Résult. . esthet. B/E (%)
Maulard [64]	15 23	48 36	CIB CIB*	30 60-70	26 17	- -	31 41	61 50	8	53
Deutsch [65]	39	63	e- LT	50	21	-	68	78	-	69
Hannoun-Levi [62]	24 45	50	CIB CIB	30 46	25 11	87	69	92	10	- -
Chadha[66]	15	36	CIB	30-45	7	-	-	100 (3 ans)	0	100
Trombetta [67,68]	25	38	CIB/M H	45- 50/34	4	-	-	-	14	92
Guix [63]	36	89	CIH	30	3	-	64**	97**	0	-
Hannoun-Levi [69]	42	21	CIH	34	2	-	-	-	3	97

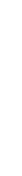
JM Hannoun-Levi et al GEC-ESTRO
multicentric study 2013

- **217** patientes: Tec + Curi pour RL
Suivi médian **3,9 ans**
- % de 2^{ème} RL:
 - **5,6 %** à 5 ans
 - (7,2 % à 10 ans)
- Survie globale:
 - **88,7 %** à 5 ans
 - (76,4 % à 10 ans)
- **Grade** facteur indépendant de 2^{ème} RL et Survie Globale



- Résultats **cosmétiques** évaluable 109 patientes (50% des cas)

– Excellent	48 %	(52)
– Bon	37 %	(40)
– Moyen	13 %	(14)
– Mauvais	2 %	(2)



85%



Second traitement conservateur chirurgical exclusif

Malgré la sélection importante des patientes, le risque de 2^{ème} RL est de:

- **20 à 30% à 5 ans**
- après ce 2^{ème} traitement conservateur chirurgical exclusif (sans irradiation post-opératoire)

Recommandations Nice – Saint Paul

Un 2^{ème} traitement conservateur pourra être proposé si les facteurs suivants sont réunis :

- traitement chirurgical techniquement **réalisable**:
 - tumeur de petite taille par rapport au volume du sein
 - résultat esthétique satisfaisant
- Tumeur **unifocale** (intérêt de **l'IRM**), sans contingent **intra canalair** extensif, dont l'exérèse est faite en **berges saines**
- **Irradiation** complémentaire du lit tumoral : discutée

Patiente informée:

- Risque de **ré-intervention** pour mastectomie
- Risque de **2^{ème} RL**

Place de l'IRM

Recommandations

- **L'IRM systématique** n'est **pas recommandée** lorsque le diagnostic est évident et qu'une **mastectomie** totale est envisagée
- La réalisation d'une IRM sera discutée en RCP :
 - s'il y a une difficulté diagnostique ou une discordance entre la clinique, la mammographie et/ou l'échographie,
 - lorsque qu'un **deuxième traitement conservateur est envisagé**
 - en cas de **risque important de controlatéralité** (contexte génétique, femmes jeunes avec seins denses)
- La découverte d'une prise de contraste ambiguë ou suspecte en IRM, non retrouvée en imagerie standard (échographie de second look) nécessite la réalisation d'une **biopsie** sous IRM

Comparaison Mastectomie - Conservateur

- Pas d'étude randomisée
- Non réalisable
- Sélection différente entre M vs C

Etude avec appariement

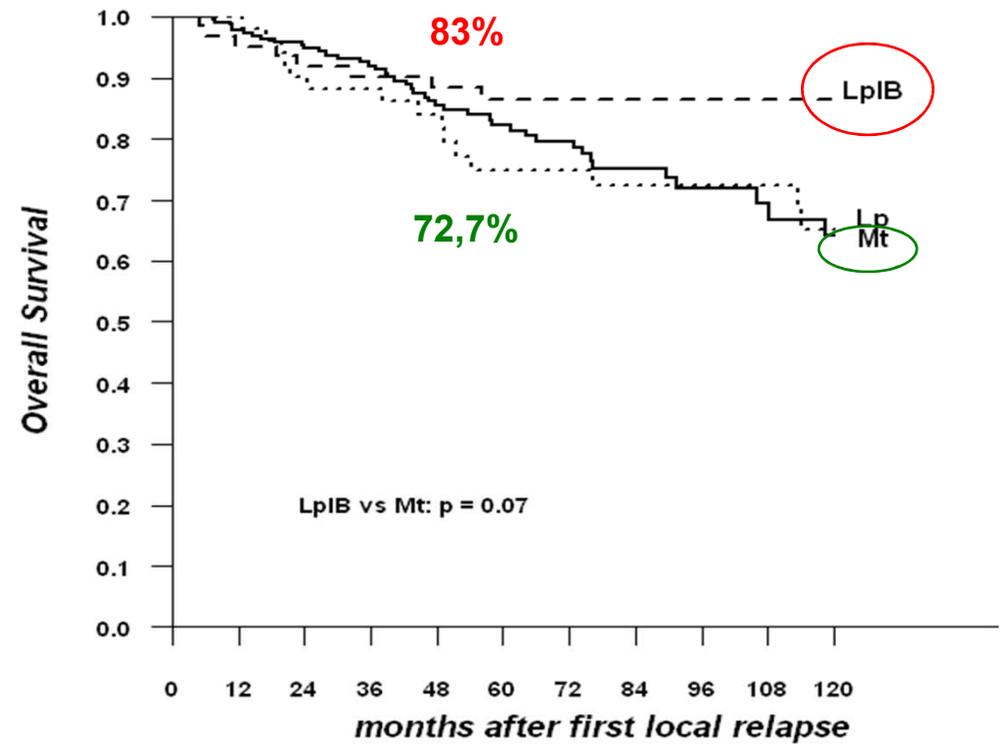
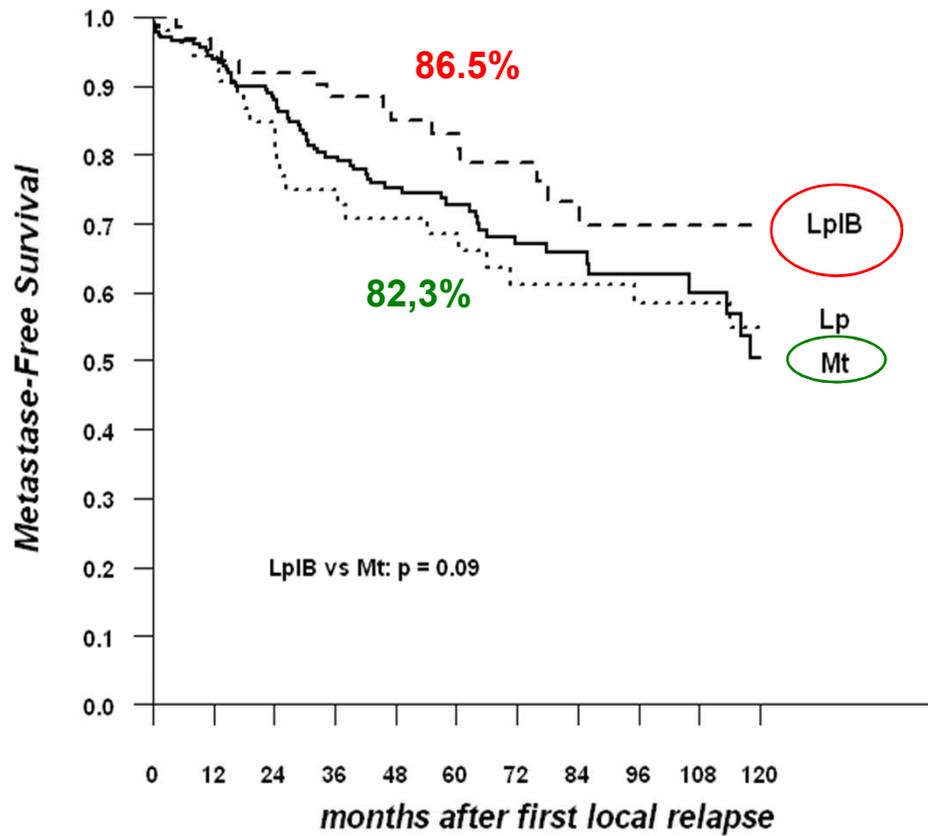
Survival after breast cancer local recurrence according to therapeutic strategies *in press*

- **348** RL isolées après traitement conservateur de 1981 à 2009
- Age Médian : 59 ans
- Délai moyen diagnostic – RL: **93 mois**
60 patientes (17%) RL précoce (< 2 ans)
- Traitement :
 - Mt 232 (66.7%)
 - LpIB 62 (17.8%)
 - Lp 54 (15.5%)
- Suivi médian : **73.3** mois

33,3%

Survie globale et sans métastase comparative **AVANT** appariement

TecCuri > Mt



	OS à 5ans	OS à 10 ans	MFS à 5ans	MFS à 10 ans
Mt	82,3%	64%	72,7%	50,4%
TecCur	86,5%	86,5%	83%	69,7%
Tec	72%	65%	68%	58%
Globale	82%	70%	73,1%	56,9%

Un traitement conservateur de la RL a été proposé dans les cas avec de meilleurs facteurs pronostiques

Comparaison entre Mt et Tec Cur

	TecCur		Mt		p (TecCur vs Mt)	
Total	62	(17,8%)	232	(66,7%)		
Age (années)						
- Médiane (range)	59	(31-81)	59	(30-92)	0,8	
- Moyenne (ecart-type)	59	(+/-11,25)	58,6	(+/- 12,65)		
Age < 35ans	1	(1,6%)	9	(3,9%)	0,69	
Délai RL (mois)						
- Médiane (range)	89	(10-289)	73,5	(5-332)	0,95	
- Moyenne (écart-type)	95,94	(+/-66,1)	95,26	(+/-78)		
Délai < 24mois	7	(11,3%)	44	(19%)	0,188	
Taille moyenne RL (mm)						
- Infiltrant	13,8		26,1		0,002	
- Globale	14,3		31,8			
Taille < ou = 20mm	47	(87%)	96	(49,2%)	<0,001	
Récidive même quadrant	18	(32,7%)	37	(19,7%)	0,046	
Emboles +	5	(12,8%)	63	(39,9%)	0,001	
Grade SBR						
	1	22	(41,5%)	29	(14,9%)	0,001
	2	18	(34%)	95	(49%)	
	3	13	(24,5%)	70	(36,1%)	
Marges saines	47	(75,8%)	176	(75%)	0,53	
Marges < ou = 2mm	6	(15%)	42	(34%)	0,027	
RH+	40	(76,9%)	130	(69,1%)	0,3	
Chimiothérapie adjuvante	31	(50%)	141	(61,3%)	0,113	

En analyse multivariée les variables pronostiques significatives:

Taille infiltrante de la RL

HR: **1.86** [1.06-3.31]

Délai de Récidive > ou < 24 mois

HR: **0.52** [0.27-0.98]

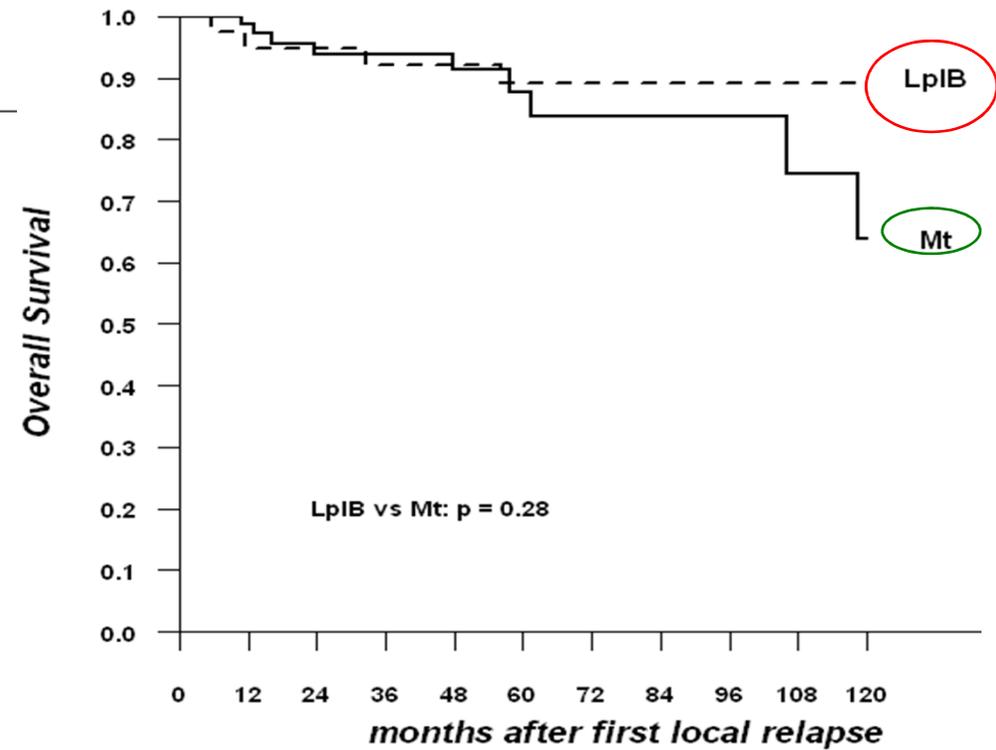
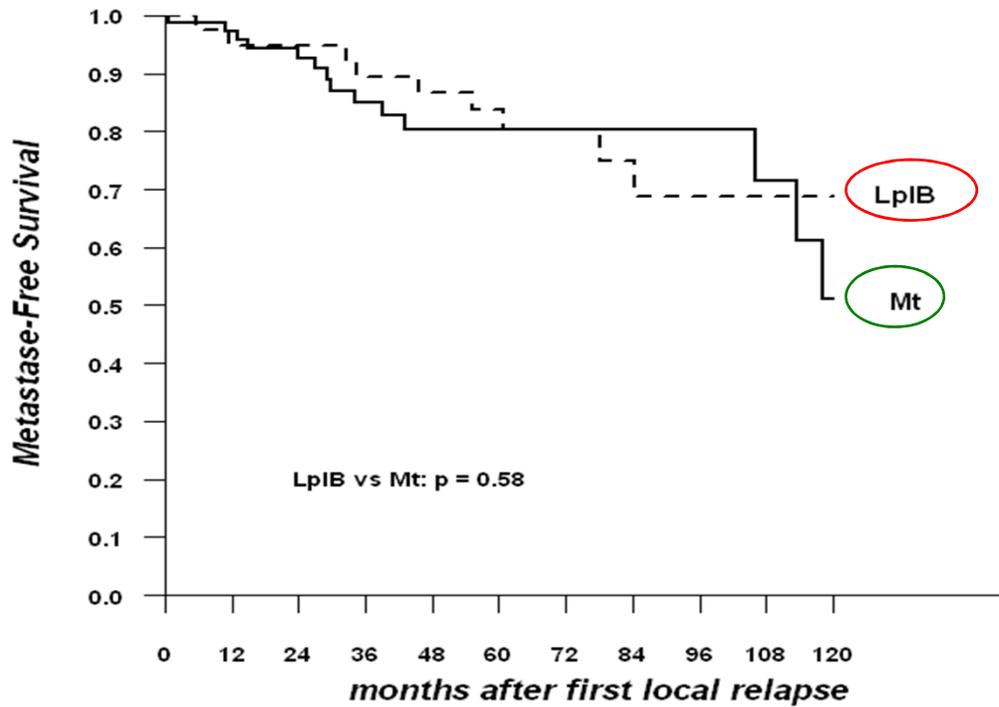
Emboles +/-

HR: **1.99** [1.13-3.50]

Appariement réalisé à partir de ces facteurs pronostiques

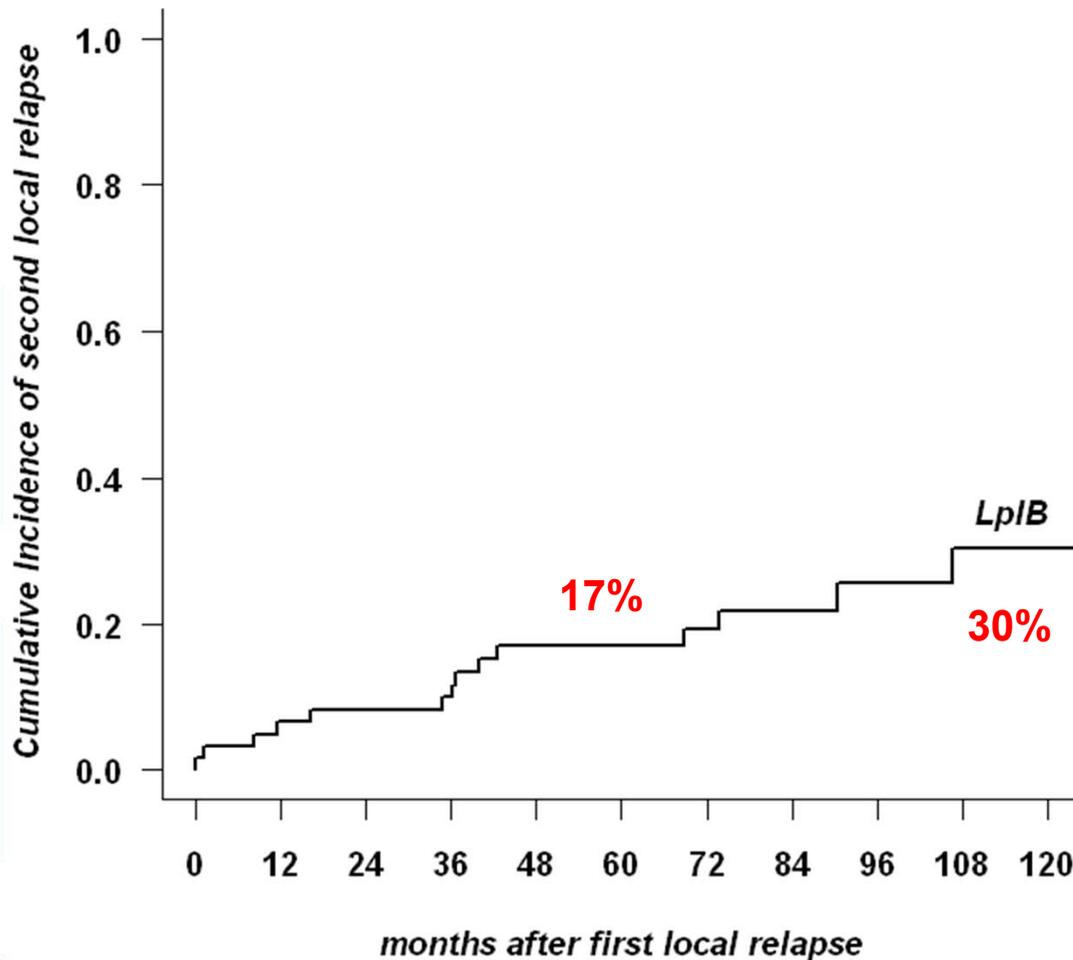
entre **Mastectomie** et **Tec + Curiethérapie** (LpIB):
2 pour **1**

Survie globale et sans métastase comparative **APRES** appariement



**NON-INFERIORITE
THERAPEUTIQUE DE
L'ALTERNATIVE
CONSERVATRICE**

COURBE D' INCIDENCE DE 2^{ème} RL



MASTECTOMIE...

The only factor significantly associated with an increased risk of second LR was the size of the invasive tumor $>$ or \leq 20mm

Respect Critères de sélection +++

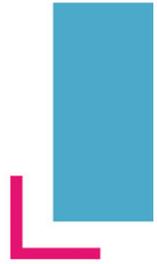
Conclusion

Sélection pour un 2^{ème} traitement conservateur

- Demande et **choix** de la patiente +++
- **Information**: séquelles – risque de 2^{ème} chir M.
- **Possibilité technique**: localisation, séquelles de RTH (autre quadrant ou même quadrant)
- **Critères oncologiques**
 - Délai > **2** ans
 - Taille < **2** cm
 - Marges > **2** mm
 - IRM
 - Phénotype ?
 - BRCA Risque « résiduel » oncogénétique

Conclusion

- Sous réserve de ces critères de sélection
- Non infériorité d'un 2^{ème} Trt conservateur
- A confirmer autres études: même méthodologie



- Il est difficile d'évaluer l'impact de ce choix de 2^{ème} traitement conservateur par rapport à la MT sur le risque métastatique et la survie, les patientes différant entre les 2 groupes tant par les critères de la tumeur initiale que par les caractéristiques de la RL.
- A ce jour, il n'existe pas d'argument autre qu'historique pour présenter la MT comme traitement de référence de la rechute locale. Les données de la littérature sur un deuxième traitement conservateur ne permettent cependant pas de dire qu'un second traitement conservateur fait moins bien que la mastectomie sous réserve d'une sélection rigoureuse des patientes, de la réalisation d'une irradiation du lit tumoral complémentaire au traitement chirurgical conservateur. Cette irradiation localisée du sein peut faire appel à différentes techniques, la curiethérapie interstitielle étant la technique la plus souvent utilisée dans les études publiées

Faut-il faire un bilan d'extension et lequel ?

- **Recommandations**
-
- **En cas de RL chez une patiente asymptomatique avec des marqueurs biologiques normaux, la prescription d'un bilan d'extension ne doit pas être systématique.**
- **Elle doit être modulée en fonction du risque métastatique et du retentissement de la découverte de métastases asymptomatiques sur la stratégie thérapeutique.**
- **Dans une population ciblée à haut risque métastatique (patiente non ménopausée, critères tumoraux de la RL, intervalle libre), le TEP-TDM semble alors l'examen le plus approprié.**
-
- **Il n'y a pas lieu de faire de bilan d'extension en cas de récurrence in situ.**

(accord professionnel)

Before matching, the LpIB group exhibited significantly better OS and MFS than the Mt group (Figures 1A and 1B), possibly due to the fact that conservative treatment was proposed preferentially to women with good prognostic factors.

