

Traitement conservateur ou mastectomie (s) chez les femmes mutées?

S.Giard

Centre O.Lambret - Lille

DPIF : rien à déclarer

Oncogénétique: de Damoclès à Angelina. Bordeaux SFSPM 2015

Données de la littérature:

cancer et mutation

□ Répartition différente des phénotypes:

B1 : plus de triple neg (2/3?)
plus de haut grade

(Passaperuma 2012, Mavaddat 2012)

B2: plus de haut grade *(Goodwin 2012)*

□ Même pronostic à phénotype «égal»

(Bordeleau 2010, Goodwin 2012)

Données de la littérature: **particularités des mutées**

➤ **Risque de 2ème cancer du sein, à distance du premier:**

□ Risque controlateral:

x 4 à 6 (20 à 40% à 10 ans vs 5 à 6%
(Bordeleau 2010)

delai my de survenue: 5.7ans

(Metcalfe 2014)

□ Risque homolatéral:

après 7 ans :

risque de « RL » > cancers sporadiques

(Valachis 2014)

Mais ... étude plus récente:

□ Incidence cumulée à 10 ans de 2^{ème} cancer du sein (800 F mutées + 1^{er} cancer)

- **BRCA1: 17%** (11 à 25%)

- BRCA1 et < 40 ans: 21%

- BRCA2: 7% (3- 15%)

- variant non significatif: 6%

→ *prise en compte de biais ou population différente ?*

Menes TS 2015

Données de la littérature:

Trmt conservateur vs MT

□ 302 TC et 353 MT (et BRCA+):

	TC	MT
RLH à 10 ans	10.5	3.5
RLH à 15 ans	23.5	5.5
SG à 15 ans	87.3	89.8
SS à 15 ans	91.7	92.8

(Pierce 2010)

Données de la littérature:

Trmt conservateur vs MT

□ 45 TC et 117 MT:

RL x 3 (à 15 ans)

sans modification de
la SG, SS, risque meta

(Nilsson 2014)

Données de la littérature:

Trmt conservateur + ??

□ Annexeomie:

- resultats discordants sur risque de 2^{ème} événement (*Metcalf 2011, Domchek 2010*)
- gain en survie (cancer de l'ovaire)

□ Hormonotherapie (TAM)

↘ 50 à 60% du risque controlat
quelque soient les RH du cancer initial
(*Phillips 2013 ,Valachis 2014,Gronwald 2015*)

Données de la littérature: **impact de la MT controlat ?**

□ → GAIN EN SURVIE **SI**:

- femmes jeunes (< 40 ans),
- tum de bas grade ou non triple negative

(Heemskerk-Gerritsen 2015)

- K de bon pronostic (st I et II)

(Metcalfe 2014)

Conclusions

- ❑ Le risque de métastase du cancer initial est lié à la biologie tumorale
 - ❑ La MT uni- ou bilatérale ne modifie pas ce risque
 - ❑ Les gestes dits prophylactiques (MT contro- ou bilatérale) n'ont de pertinence clinique que pour les cancers de bon pronostic
-

En pratique : 2 situations

- Mutation connue qd K diagnostiqué

 - K + contexte évocateur d'une possible mutation
-

Mutation connue

..... La patiente est déjà informée de ses risques

1) et souhaite une conservation

- solution acceptable
 - + Tam ou ABP ?
-

Mutation connue

..... La patiente est déjà informée de ses risques

2) et souhaite « qu'on enlève tout »:

- information sur les limites de cette prévention sur le pronostic du cancer actuel

- faire la mastectomie coté traité et plutôt retarder la MTCL?

K et contexte evocateur d'une possible mutation

→ faut-il demander une recherche de la mutation en urgence?

Arguments pour:

- rapide, coût
 - meilleure symetrie si MT + RMI des 2 cotés
-

.....meilleure symetrie si MT + RMI des 2 cotés?????

□ Vrai si MT sans RT vs tmt conservateur



→ CCIS, luminal ptite taille et N0

.....meilleure symetrie si MT + RMI des 2 cotés?????

- Mais combien de femmes mutées avec cancer (svt jeunes, grade élevé, triple negative) auront en France une MT sans RT??????

35 ans, 15mm, triple neg,N0



DCD à 3.5 ans de meta hepatiques

K et contexte evocateur d'une possible mutation

→ faut-il demander une recherche de la mutation en urgence?

mais il faut informer!

Informé.....

- Le diagnostic de cancer
 - Les traitements du cancer
 - La discussion du risque héréditaire et la recherche de mutation
 - La répercussion possible de la découverte d'une mutation sur la prise en charge locale
 - La préservation de la fertilité
 - Les limites des gestes preventifs sur le pronostic du cancer
 -
-

Informer.....

- Les techniques et limites de la RM (I):
 - perte du sein
 - perte de la sensibilité
 - possibilité de complications.....



K et contexte évocateur de mutation

- Faire le traitement du cancer :
 - conservateur si
 - techniquement réalisable
 - la patiente le souhaite
 - reporter ultérieurement les mesures préventives

 - Exception **possible** :
 - « cancer de bon pronostic »= MT sans RT
 - si patiente « demandeuse »
 - Test génétique en urgence
-

Prise en charge chirurgicale des femmes BRCA+ atteintes d'un cancer du sein

- Dissocier la phase curative de la phase (éventuelle) préventive
 - **Phase curative: le traitement conservateur est une option acceptable chez les patientes mutées**
 - s'il est techniquement réalisable dans de bonnes conditions
 - si la patiente le souhaite
 - **-Phase préventive: n'a de pertinence clinique (gain en survie) que si le 1er cancer est de bon pronostic et n'est jamais une urgence**
 - **-Attendre pour envisager cette prévention, c'est donner à la patiente le temps d'une décision réfléchie , en dehors de la « panique » du diagnostic initial**
-

Alors trmt conservateur ou MT ?

- Rôle de la RCP:
 - éclairer les non-oncologues sur le pronostic du cancer et les trmts oncologiques nécessaires
 - proposer les différentes solutions

- Informer la patiente des risques du cancer (malgré les modalites preventives)

- Le choix revient à la patiente

- Eviter de dire « moi à votre place »

Merci de votre attention