38<sup>ES</sup> JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE **SÉNOLOGIE** ET DE **PATHOLOGIE MAMMAIRE** 



## TUMEURS BIFOCALES

Peut on faire un traitement conservateur?

Yann Delpech

Centre Antoine Lacassagne Nice



## Le paradigme

- Fréquence des tumeurs multiples très variable 5 à 60%
  - définition
  - méthode utilisée (échantillonnnage histologique/type d'imagerie)
- Pronostic plus défavorable, taux N+ plus fréquent (42 à 59%) / tumeurs unifocales
- Mastectomie = traitement standard car
  - Risque de récidive locale > tumeurs unifocales

Kurtz, ann surg 1990; Wilson, cancer 1993

 Résultats cosmétiques mauvais après des résections extensives et irradiation

## Les avancées depuis 25 ans

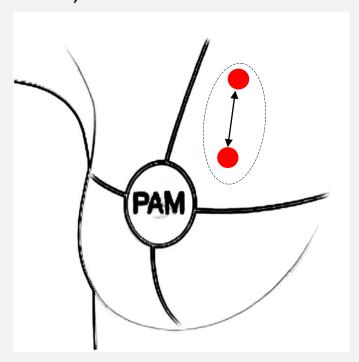
- Utilisation de l'IRM mammaire en routine
  - Augmentation des découvertes préchirurgicales de multifocalité
  - Augmentation des mastectomies (16 vs 8%) sans bénéfice de contrôle local démontré

M Morrow, Ann Surg 2013

- Développement des techniques d'oncoplastie
- Progrès des techniques de repérage préopératoire
- Progrès des techniques d'irradiation

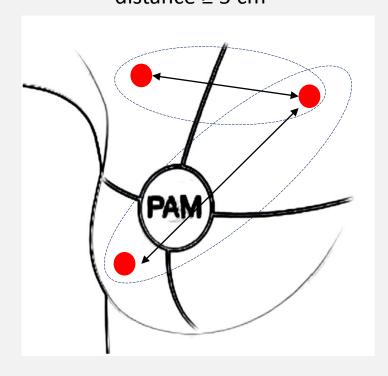
### **Tumeurs multifocales? multicentriques?**

BIFOCALES 0,5 cm < distance < 5 cm



Tumeurs multiples de proximité

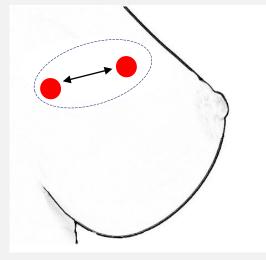
BICENTRIQUES distance ≥ 5 cm



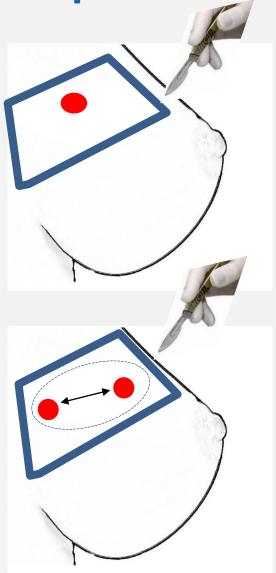
Tumeurs multiples distantes

## Distance cliniquement NON pertinente

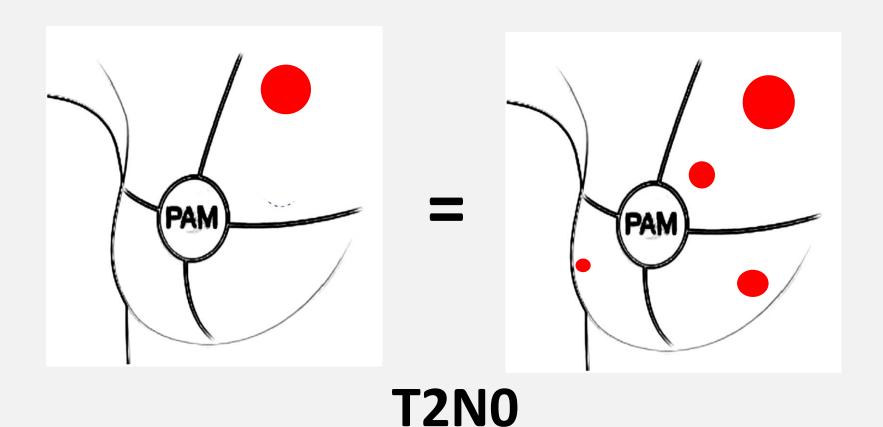








## PAS de classification TNM des tumeurs multiples



#### A Novel Segment Classification for Multifocal and Multicentric Breast Cancer to Facilitate Breast-Conservation Treatment



- Latéralité
- Le nombre de lésion
- Le nombre de segment envahis
- La position relative des nodules les uns par rapport aux autres
- Proximité / à la PAM

R/L Breast -xLx, xSx/x, A/D, Zx

Lesion characteristic	Annotation	Description	Comments
Laterality of Involved breast	Right breast – Left breast –		
Number of Malignant lesions,	L		
with optional suffix to	xLxx	Any number of lesions	Prefix denotes number of lesions in total
denote presentation	2Lxx, 3Lxxx, 4Lxxxx	According to number of lesions detected	Suffix p:palpable Suffix i:imaging detected Suffix n: post neo-adjuvant therapy
	Example: 2Lpi	Two lesions, one palpable and another image detected	
Segment distribution	S	· ·	
	xSx	Any segment distribution Prefix denotes number of involved segments	
		Suffix denotes position on a clock-face	Smaller clock-face number described first
	1Sx (MF)	Single segment	Single segment lesions are MF lesions
	2Sx/x	Dual segment	
	3Sx/x/x	Triple segment	
	4S	Four or more segments	Unlikely BCT possible, unless in Z0-1 position
Separation of tumor foci	A/D	Tumor separation undefined	
•	Α	Adjacent	Within two segments
	D	Distant	Lesions separated by at least one segment &/or by one zone, estimated to be sufficiently distant to fashion intervening parenchymal pillar(s)
Proximity to/distance	Z		Describes lesion in closest proximity to NAC
from the NAC - Zone	Zx	Proximity to NAC undefined	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
	Z0	Retro-areolar	
	Z1	Close to NAC, within first concentric circle	
	Z2	Midway between NAC and edge of breast cone	
	Z3	Sited close to outer edge of breast parenchyma	
Optional descriptors			
Quadrant distribution	Q		
	xQ	Any quadrant distribution	
	1Q	Single quadrant	
	2Q	Dual quadrant	
	3Q	Triple quadrant	
Hemispheric separation: separation	H		
of lesions across the median	Hx	Any hemispheric separation	

Peut on faire un traitement conservateur en cas de tumeur multiples ?

De quel traitement conservateur parle t on?

Avec quel contrôle local?

Avec quels résultats cosmétique?

## OUI au « MONOBLOC » Berges saines



#### Tumeurs multiples

De découverte préopératoire (Ex clinique, imagerie)

La constatation de tumeurs multiples (multicentricité ou multifocalité) a toujours été considérée comme une contre-indication au traitement conservateur. Il existe très peu d'études de traitement conservateur dans ce cadre (études rétrospectives, effectifs faibles, biais de sélection). Pour des patientes très sélectionnées (pas plus de 2 lésions, proches l'une de l'autre, permettant une exérèse monobloc en berges saines), le risque de récidive locale semble comparable aux cohortes appariées de patientes ayant une tumeur unifocale (Nos 1999, Cho 2002, Kaplan 2003, Okumura 2004). Chez une patiente qui présente une tumeur bifocale du sein et souhaite un traitement conservateur, cette option est une alternative à la mastectomie, lorsqu'une chirurgie conservatrice monobloc en berges saines est réalisable avec un résultat esthétique satisfaisant.

Dans ce cas particulier, une IRM préopératoire permettra de s'assurer de l'absence d'autres localisations dans le sein.

#### Recommandations pour la Pratique Clinique :

Nice - Saint-Paul-de-Vence 2011 /

« Cancers du sein » et « Soins de support »

Comité d'organisation : J. GLIGOROV, M. NAMER

M. Héry, I. Krakowski, E. Luporsi, F. Penault-Llorca, H. Roché, M. Spielmann

#### Recommandations

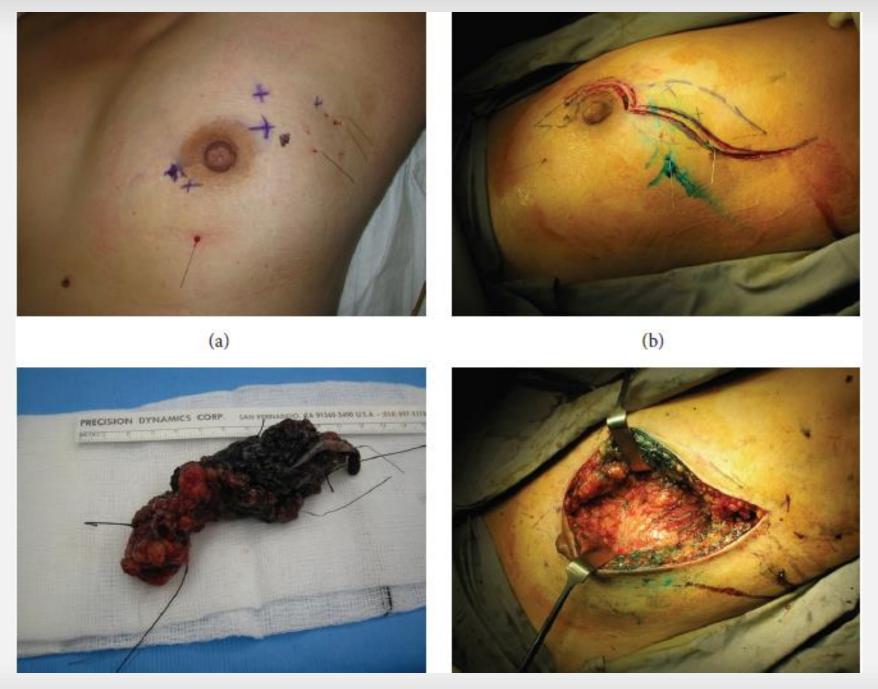
En cas de suspicion de tumeurs multiples, un bilan d'imagerie complet comportant une IRM doit évaluer la localisation et la taille des lésions ainsi que les distances les séparant afin de déterminer au mieux la quantité de glandes à réséquer et d'appréhender le résultat cosmétique. La proposition de chirurgie conservatrice, en cas de marges saines, doit être validée en RCP préthérapeutique.

Lors de la consultation d'annonce, la patiente doit être informée notamment de l'éventualité de reprise chirurgicale en fonction des berges et marges d'exérèse.

À ces conditions, la prise en charge conservatrice d'un cancer du sein multifocal est une alternative au traitement radical (niveau de preuve 2, Grade B).

## Récidives Locales après traitement conservateur des tumeurs multiples

				RISQUE RECIDIVE		
Ref.	Yr	Patients	MF or MC	Median follow-up (mo)	LOCALE	
Leopold et al <sup>[32]</sup>	1989	10	MF/MC	64	40	
Kurtz et al <sup>[31]</sup>	1990	61	MF/MC	71	25	
Wilson et al <sup>[33]</sup>	1993	13	MF	72	25	
Hartsell et al <sup>[71]</sup>	1994	27	MC	53	3.7	
Nos <i>et al</i> <sup>[72]</sup>	1999	56	MF	60	11	
Cho et al <sup>[73]</sup>	2002	15	MF/MC	76	0	
Kaplan et al <sup>[74]</sup>	2003	36	MF/MC	45	3	
Okumura et al <sup>[75]</sup>	2004	34	MF/MC	58	0	
Oh <i>et al</i> <sup>[96]</sup>	2006	97	MF/MC	66	6	
Gentilini et al <sup>[76]</sup>	2008	476	MF/MC	73	5	
Lim <i>et al</i> <sup>[97]</sup>	2009	147	MF	59	2	
Bauman et al <sup>[98]</sup>	2010	22	MF/MC	42	4.5	
Chung et al <sup>[66]</sup>	2012	164	MF	112	6.1	
Yerushalmi et al <sup>[5]</sup>	2012	300	MF/MC	95	5.51	
Lynch et al <sup>[63]</sup>	2013	256	MF	52	1.95	
Kadioğlu et al <sup>[99]</sup>	2014	237	MF	46	5.2	
Kadioğlu et al <sup>[99]</sup>	2014	36	MC	46	2	



Tan, Int J breast cancer, 2015



Tan, Int J breast cancer, 2015

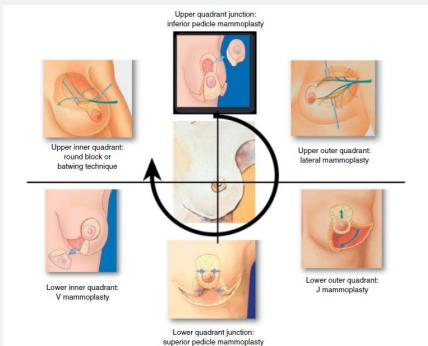
# Les résultats cosmétiques; Les berges? Upper quadrant junction: interior pedicle mammoplasty

 Série consécutive de 175 patientes ( dont 27 MF) Taux de Réintervention bas, un faible risque de retarder les traitements adjuvants et des bons résultats cosmétiques

Clough, Br J of surgery 2012

 227 patientes oncoplasties de niveau II, (dont 48 MF)
 Taux de berges positives 17,2% (multifoc) versus 10,6% (unifoc) p=NS

Clough, Ann Surg Oncol 2015



# Les conseils en cas de monobloc = consignes oncoplastie

- patiente désireuse d'un traitement conservateur
- résultat cosmétique correct
- IRM préopératoire, vérification du sein controlatéral
- repérage précis des lésions si nécessaire
- berges saines sur l'infiltrant, marges 2 mm sur l'insitu
- confrontation radio / pathologique post opératoire
   +/- contrôle postopératoire
- Information du risque de mastectomie secondaire

## QUID des tumeurs multiples distantes ? La double tumorectomie?

- 15 études rétrospectives ont inclus des patientes ayant eu une double tumorectomie
- sous groupes jamais individualisé
- Majorité des patientes ont eu une incision unique
- Aucune données disponibles sur le double boost : toxicité ? Fibrose ? Résultat cosmétique ?

### Preliminary Results: Double Lumpectomies for Multicentric Breast Carcinoma

NIMMI S. KAPOOR, M.D.,\*† ALICE CHUNG, M.D.,† KELLY HUYNH, M.D.,† ARMANDO E. GIULIANO, M.D.†

From \*John Wayne Cancer Institute, Santa Monica, California; and †Cedars Sinai Medical Center, Beverly Hills, California

Table 1. Patient and Tumor Characteristics									
Patient No.	Age (years)	MRI	Tumor 1 Histology	Tumor 2 Histology	EIC	LVI	Ki67	ER+	HER2
1	61	Yes	0.5 cm ILC	0.3 cm IDC	No	No	Low	Yes	No
2	62	No	2.5 cm ILC	1.5 cm IDC	No	Focal	Low	Yes	No
3	67	No	2.5 cm IDC	1.5 cm IDC	Yes	Focal	Int.	Yes	No
4	69	Yes	2.9 cm ILC	1.2 cm IDC	No	No	Low	Yes	No
5	75	Yes	1.5 cm ILC	0.6 cm p-ILC	No	No	High	Yes	No
6	80	Yes	1.9 cm ILC	1.4 cm IDC	No	No	Low	Yes	No
7	80	Yes	0.7 cm ILC	0.7 cm IDC	No	No	Low	Yes	No

MRI, magnetic resonance imaging; EIC, extensive intraductal component; LVI, lymphovascular invasion; ER, estrogen receptor; Int., intermediate.

- N=7
- 3 refus de RT, 4 refus d'HT
- Recul médian 26 mois, pas de récidive



### Z11102: IMPACT OF BREAST CONSERVATION SURGERY ON SURGICAL OUTCOMES AND COSMESIS IN PATIENTS WITH MULTIPLE IPSILATERAL BREAST CANCERS (MIBC)

Study Chair: Judy Boughey, MD Mayo Clinic

- Prospectif phase 2, objectif 230 patientes (ouverture juillet 2012)
- 350 centres ouverts....
- Objectif principal: récidive LR à 5 ans
- Objectifs secondaires:
  - Taux de mastectomie secondaire berges+
  - Séquelles esthétiques / nbre de tumorectomie
- Résultats pas avant 2020

### **CONCLUSION**

## TUMEURS MULTIPLES Peut on faire un traitement conservateur?

- <u>Plutôt OUI</u> en cas d'exérèse possible monobloc avec berges saines
- Limiter l'accumulation des facteurs de récidive locale: age minimal? Nombre de nodule ? Taille nodule maximal?
- Multidisciplinarité indispensable radiologue/chirurgien/pathologistes/radiothérapeute/oncologue
- NON hors essai pour la double tumorectomie





- Yann Delpech
- → Pole Chirurgie Oncologique Sénologique et Gynécologique
- yann.delpech@nice.unicancer.fr

Établissement habilité à recevoir des dons et legs Pour soutenir le Centre <u>www.centreantoinelacassagne.org</u>

