OBSERVATOIRE NATIONAL PRACCIS 2014-2015

2ème observatoire national des stratégies de PRise en chArge des Carcinomes Canalaires In Situ

Bruno CUTULI
CO-COORDONATEUR du groupe de travail
DES RECOMMANDATIONS INCA-SFSPM
INSTITUT DU CANCER COURLANCY - REIMS
bcutuli@iccreims.fr

39ème journées de la SFSPM
16 novembre 2016 DIJON

RAPPEL

- Compte tenu de la rareté des données spécifiques sur les CCIS en France, un premier observatoire national avait été réalisé en 2003-2004 avec le soutien de la SFSPM et de l'INCA, permettant de colliger 1289 cas de façon prospective et dans différentes structures (CLCC, CHU, CHG, Cliniques privées)
- Deux publications en avaient synthétisé les résultats

OBSERVATOIRE NATIONAL PRACCIS 2004

British Journal of Cancer (2009) 100, 1048 – 1054
© 2009 Cancer Research UK All rights reserved 0007 – 0920/09 $32.00
www.bjcancer.com

Breast-conserving surgery with or without radiotherapy *vs* mastectomy for ductal carcinoma *in situ*: French Survey experience

B Cutuli*[,1], C Lemanski[2], A Fourquet[3], B de Lafontan[4], S Giard[5], A Meunier[6], R Pioud-Martigny[7], F Campana[3], H Marsiglia[8], S Lancrenon[9], E Mery[4], F Penault-Llorca[10], E Fondrinier[11] and C Tunon de Lara[12]

Synthèse
General review

Bulletin du Cancer
Société Française du Cancer
Volume 97 • N° 3 • mars 2010
©John Libbey Eurotext

Carcinomes canalaires *in situ* (CCIS). Caractéristiques histopathologiques et traitement : analyse de 1 289 cas

Ductal carcinoma in situ *of the breast (DCIS). Histopathological features and treatment modalities: analysis of 1,289 cases*

B. Cutuli[1], C. Lemanski[2], A. Fourquet[3], B. de Lafontan[4], S. Giard[5], S. Lancrenon[6], A. Meunier[7], R. Pioud-Martigny[8], F. Campana[3], H. Marsiglia[9], E. Mery[4], F. Penault-Llorca[10], E. Fondrinier[11], C. Tunon de Lara[12]

NOUVEAU PROJET: ETUDE PRACCIS 2014

Etude nationale multicentrique des modalités diagnostiques et de la prise en charge des CCIS avec évaluation à long terme (5 et 8 ans)

Inclusions: du 01.01.2014 au 30.09.2015

Nombre de patientes incluses: 2125 (1600)

Objectifs:

- **Analyse comparative par rapport à la période 2003-2004**
- **Evaluation de l'impact du dépistage et des recommandations nationales INCA-SFSPM**
- **Suivi des patientes à 3,5 et 8 ans**

PRACCIS 2014

- PROMOTEUR: **SFSPM**
- FINANCEMENT: **INCA**
- COMITE SCIENTIFIQUE:

B.CUTULI, Reims; E.MERY, Toulouse; A.SALOMON, Paris; C.TUNON DE LARA, Bordeaux; S.AVIGDOR, Orléans; A.FOURQUET, Paris

- GESTION / ANALYSE STATISTIQUE:

SYLIA-STAT – 10 bd du Mal Joffre – 92340 BOURG LA REINE

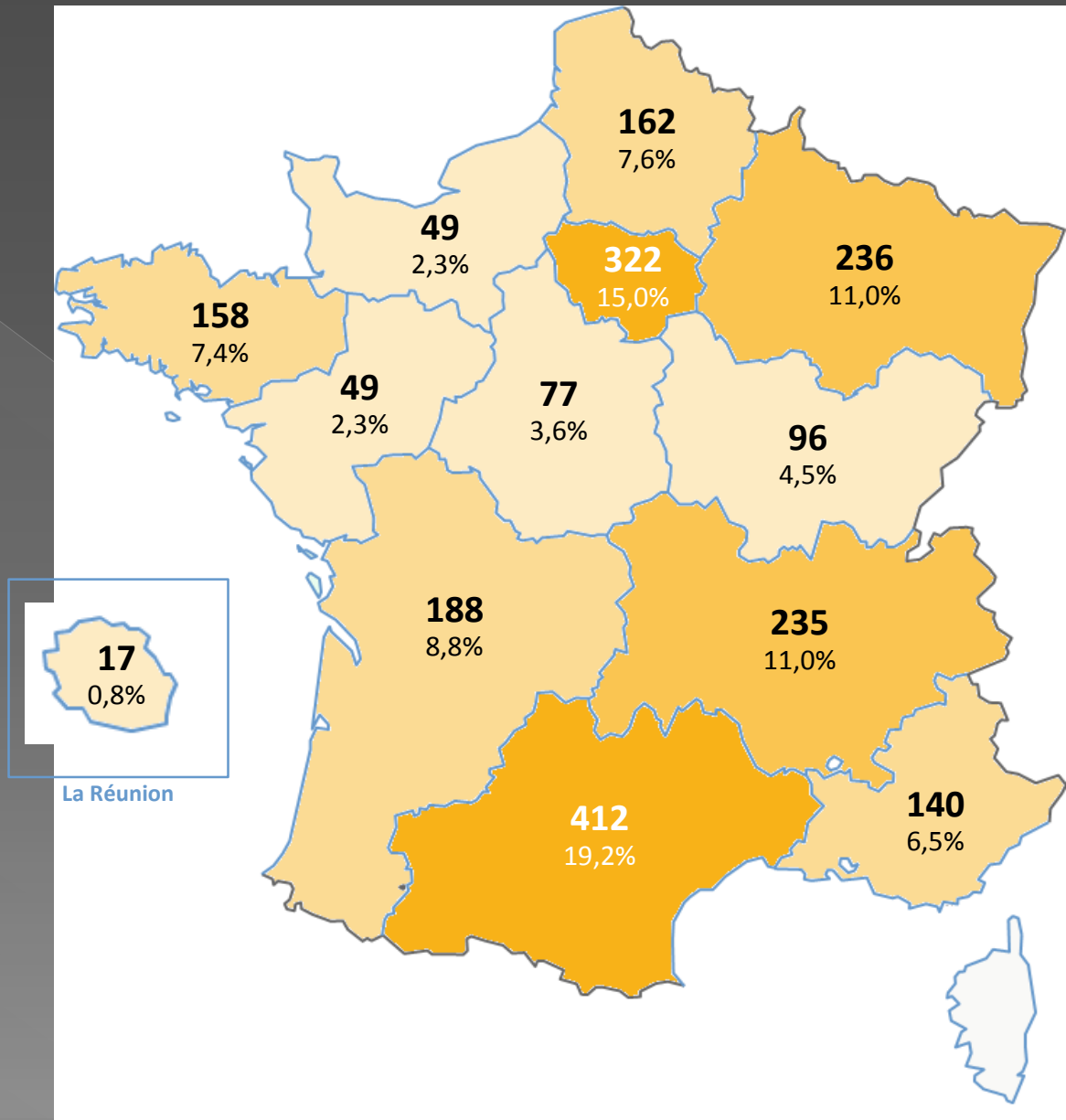
Mme Agnès CARRE

NOMBRES DE CENTRES PARTICIPANTS ET INCLUSIONS

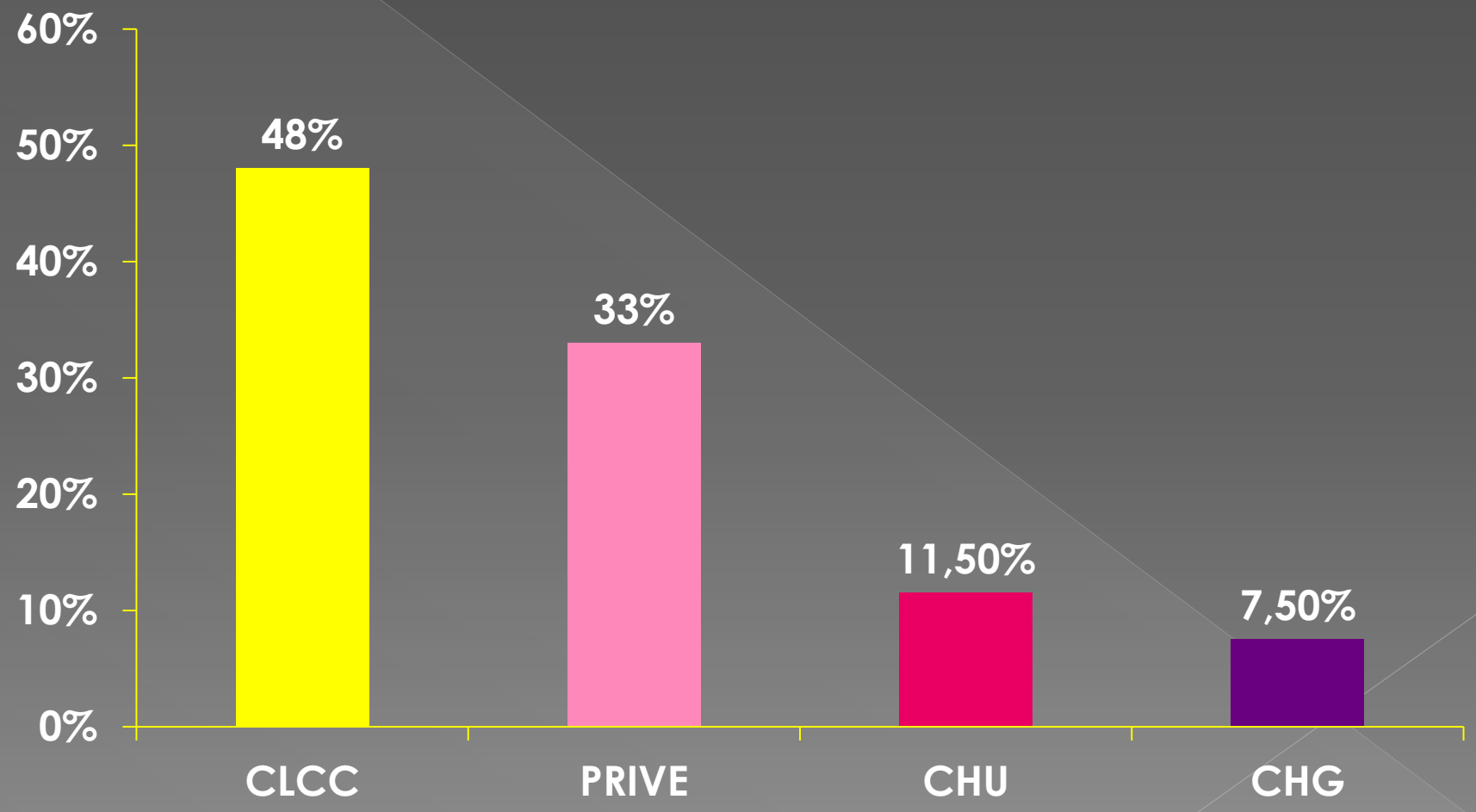
- 71 centres participants
- 2125 patientes incluses
- 2141 seins traités
- Taux d'exclusion: 1,4%

REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES CAS INCLUS

2141 SEINS TRAITES



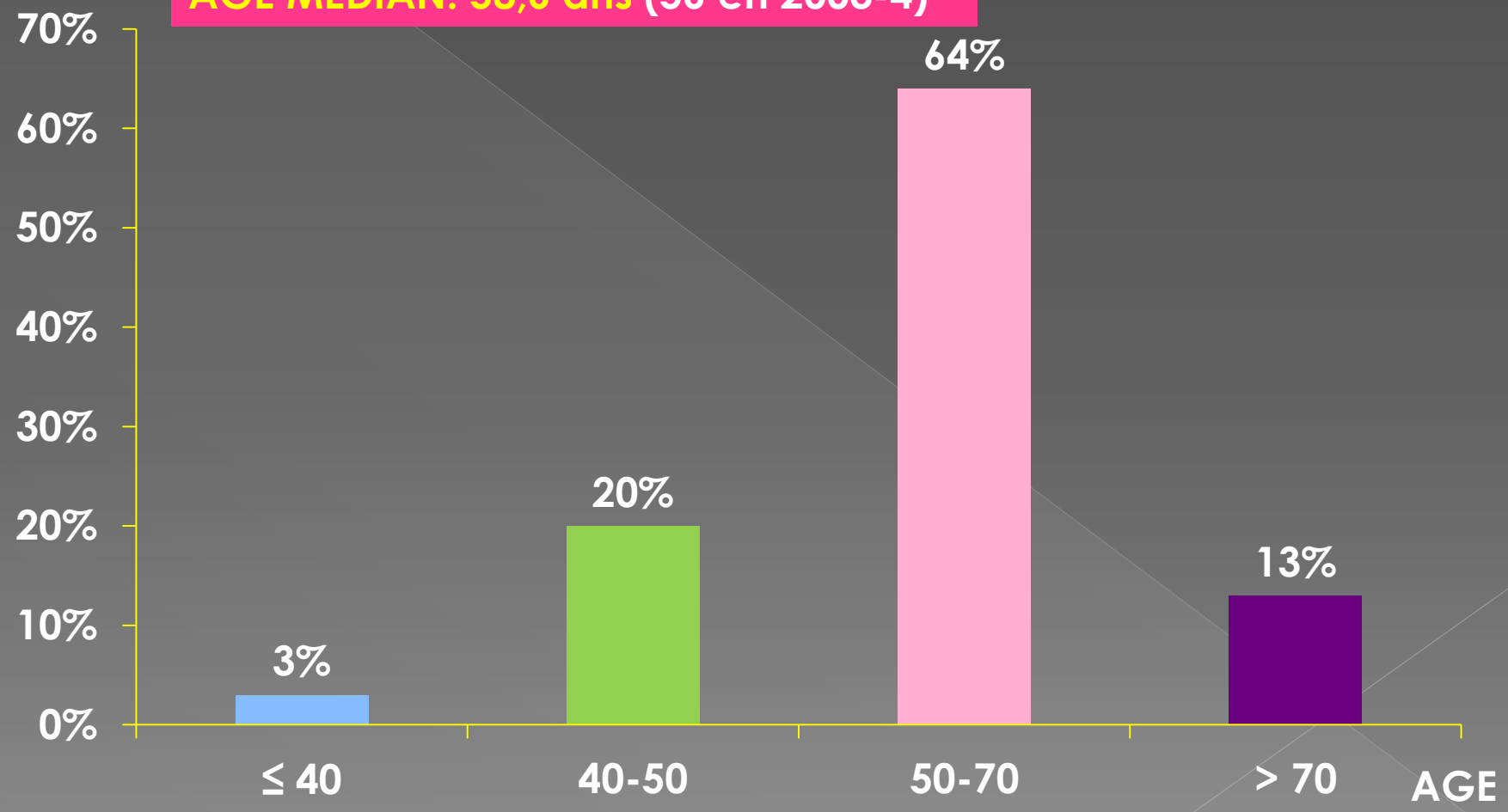
INCLUSIONS DES PATIENTES SELON LE TYPE DE STRUCTURE (%)



NB: répartition identique à celle de 2003-4

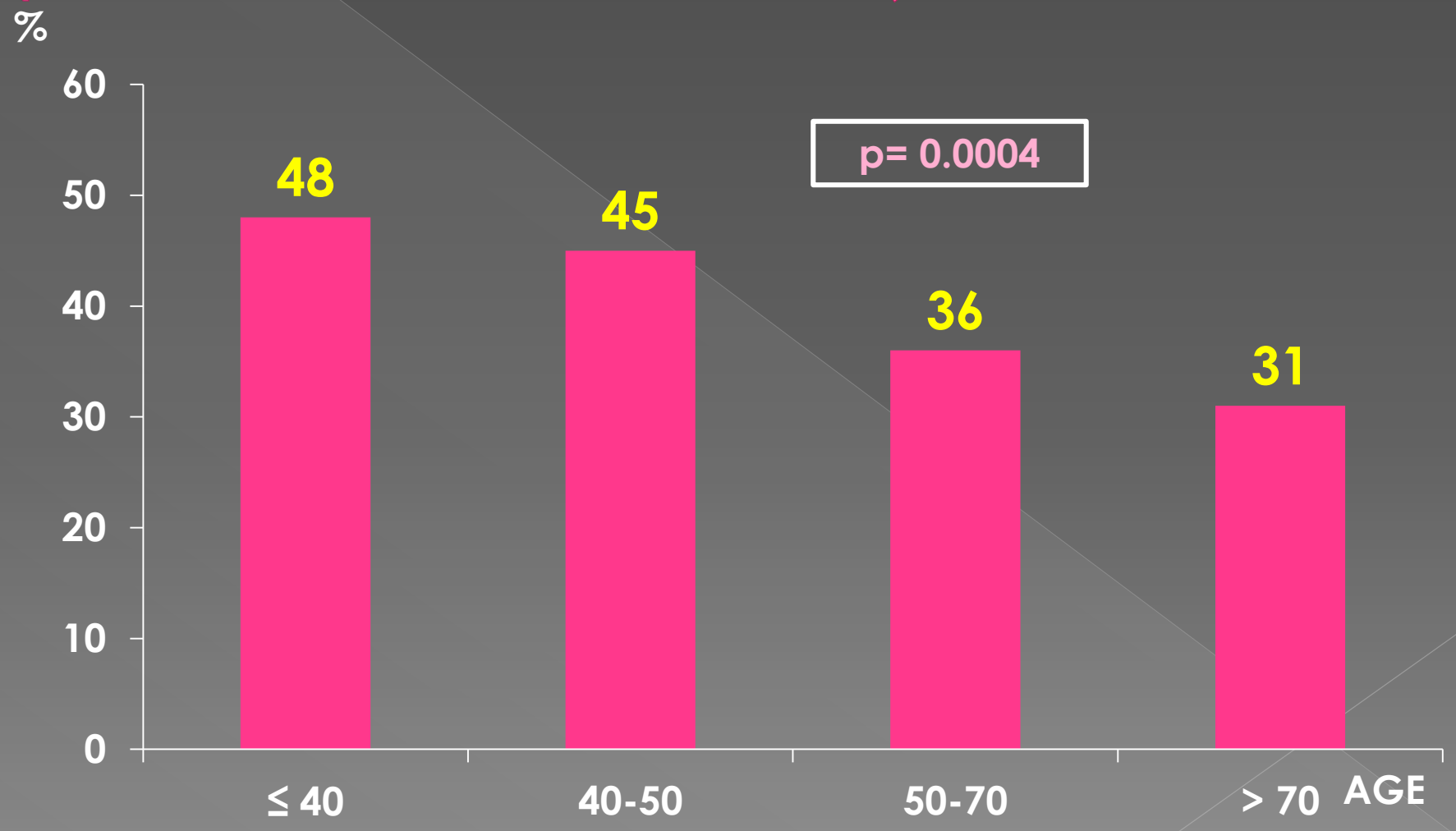
AGE MEDIAN DES PATIENTES: ANALYSE DE 2125 CAS

AGE MEDIAN: 58,6 ans (56 en 2003-4)



NB: répartition de l'âge très similaire à celle de 2003-4

ANTECEDENTS FAMILIAUX DE CS (1ère et/ou 2ème degré) : 37,5% (26%: 1 ATCD; 11,5% ≥ 2 ATCD)



NB: 30% d'antécédents en 2004

- **PATIENTES MENOPAUSEES: 69%**
  (64% en 2004)

(Age médian de la ménopause: 50 ans)

- **ATCD de THS: 28% (durée médiane: 8 ans)**
  (52% en 2004)

Aucune influence du THS sur la taille, le grade, la multifocalité et les RH

MODALITES DE DECOUVERTE:

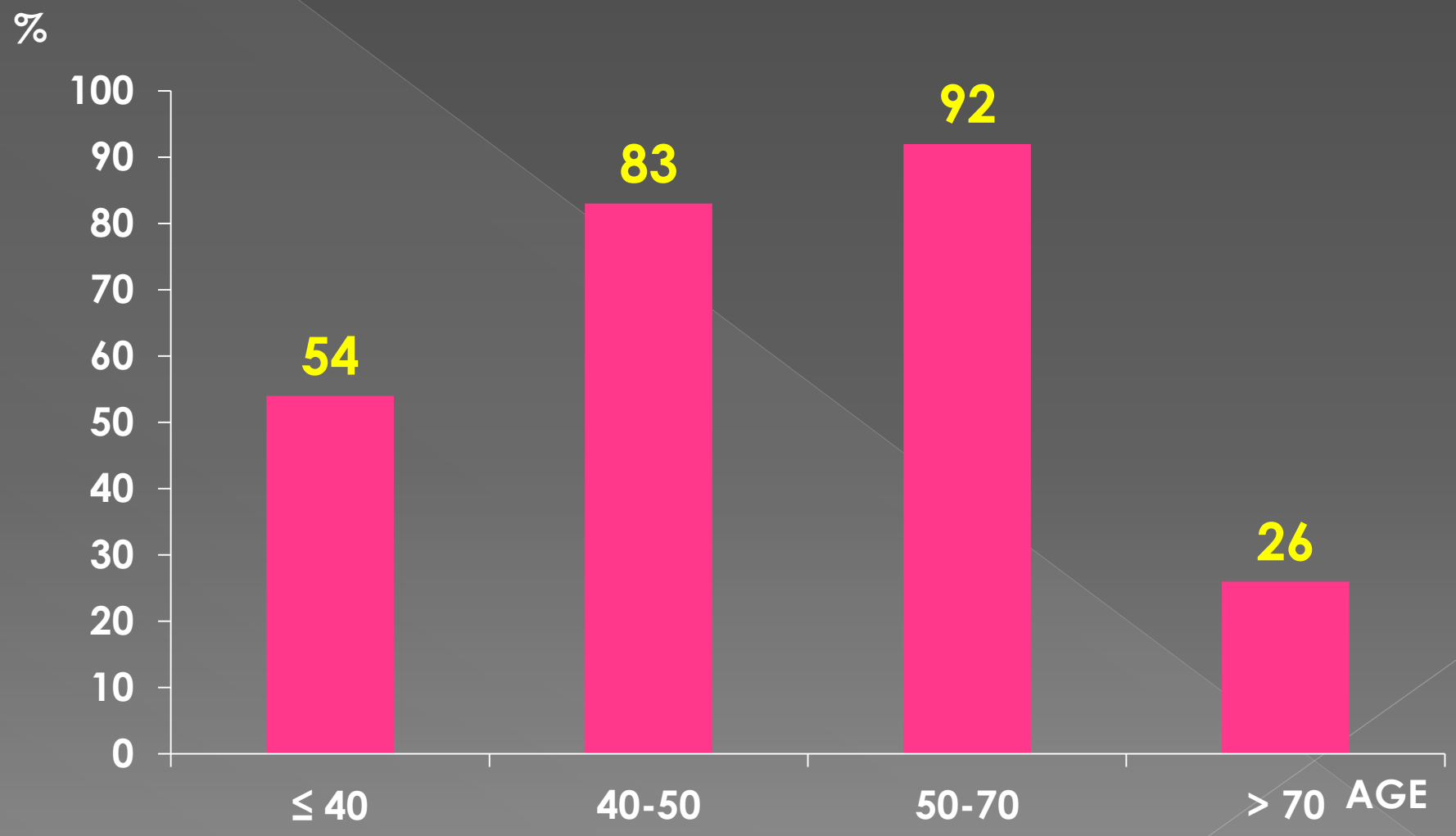
- Découverte radiologique: 87.5%
- Signes cliniques [1]: 12.5%

[1]tumeur / écoulement / rétraction / Paget

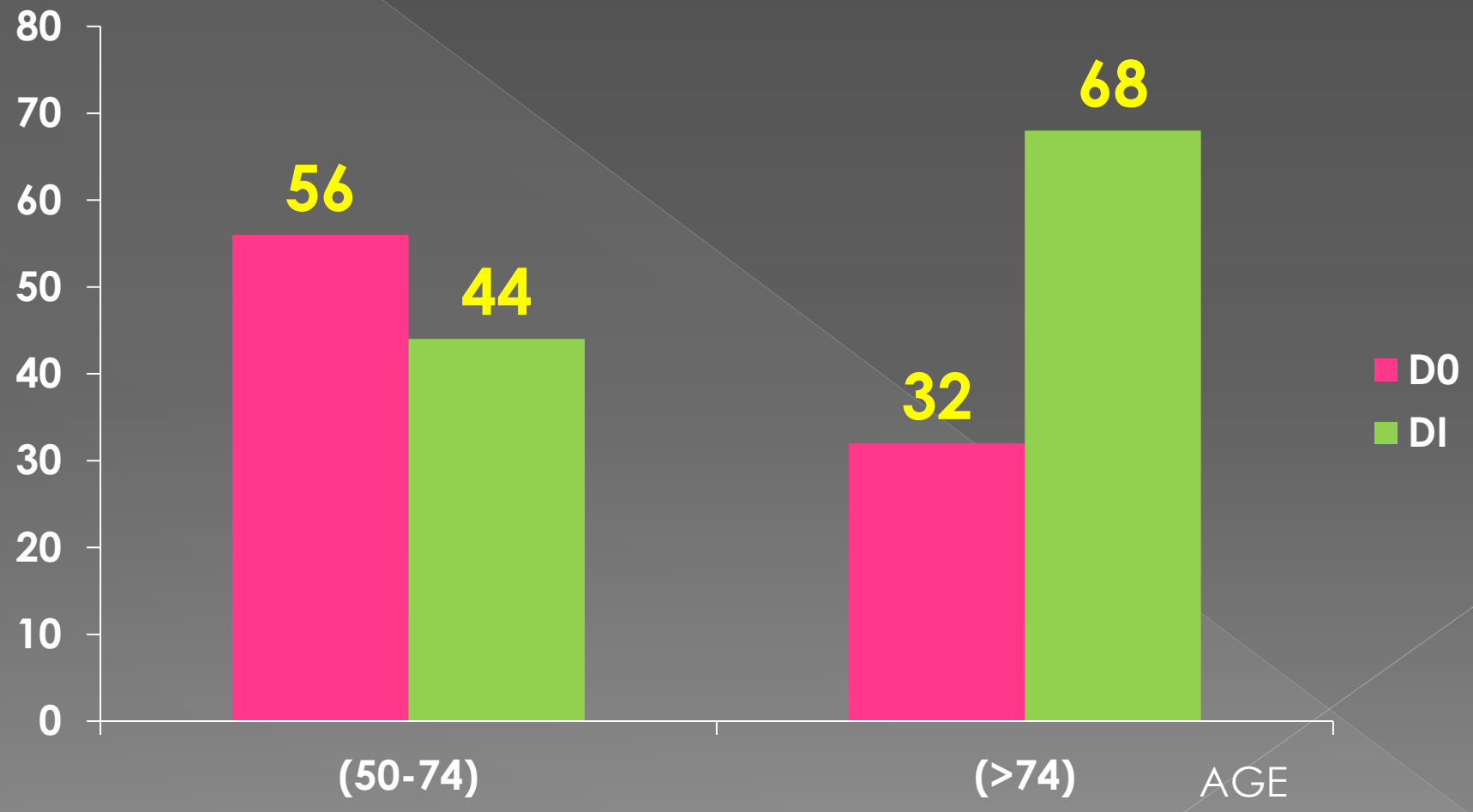
NB: importantes différences en fonction de l'âge:

- 46% de signes cliniques avant 40 ans
- 18% entre 40 et 50 ans et au-delà de 70 ans
- 8% entre 50 et 70 ans (dépistage +++)

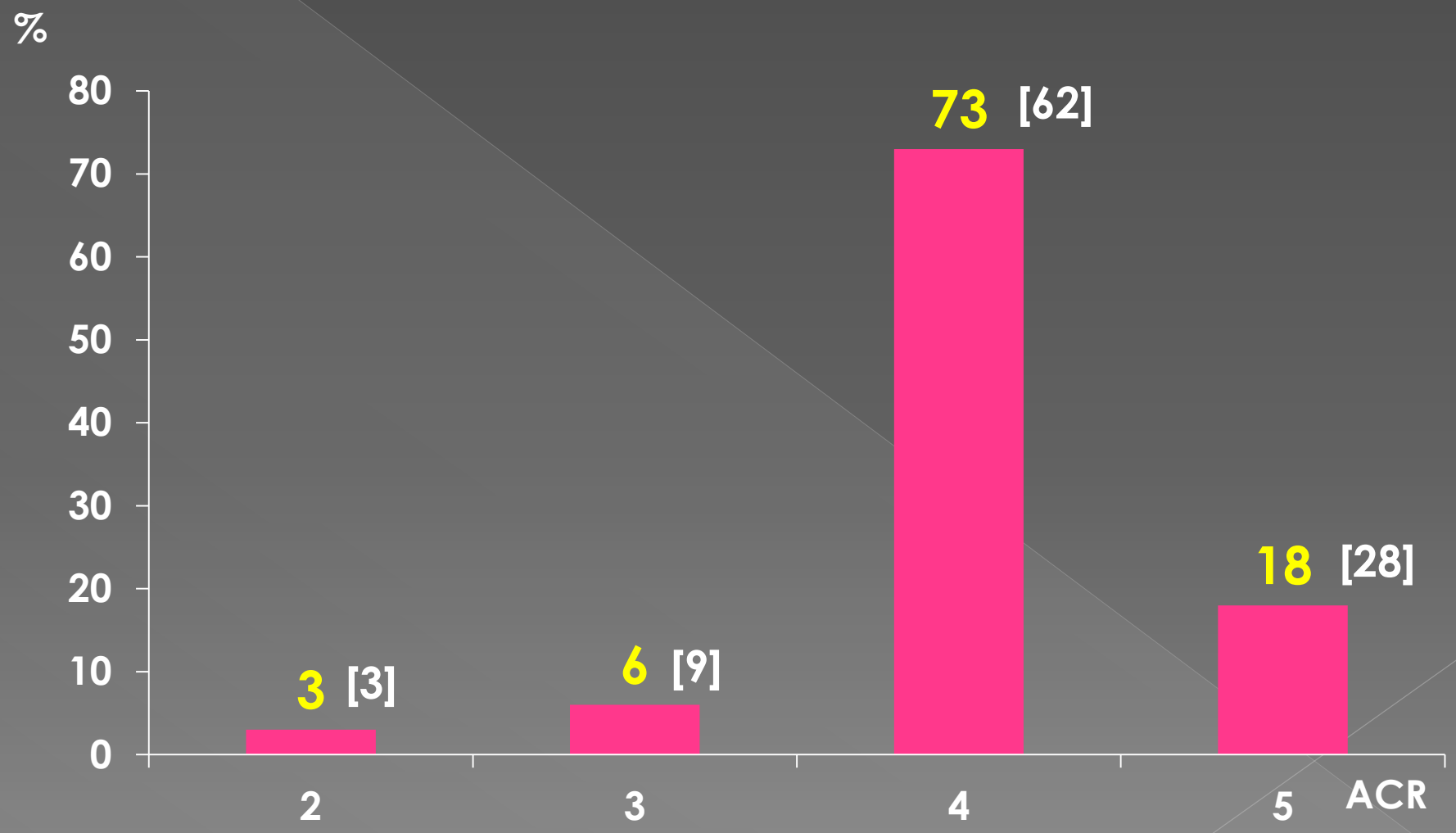
% DE DECOUVERTE MAMMOGRAPHIQUE DES CCIS EN FONCTION DE L'AGE



PROPORTION DES DIAGNOSTICS DE CCIS PAR DEPISTAGE ORGANISE OU INDIVIDUEL (FEMMES DE ≥ 50 ANS)



REPARTITION SELON LA CLASSIFICATION BI-RADS DE L'ACR (%)



NB: [ ]: données 2003-4

PRINCIPALES ANOMALIES RADIOLOGIQUES[1]

- **Microcalcifications: 87%**
- **Opacité arrondie: 7%**
- **Opacité stellaire: 1.3%**
- **Rupture architecturale: 1.7%**
- **Plage de surdensité: 5%**

[1] **parfois associées**

NB: MULTIFOCALITE / MULTICENTRICITE: 14.4%

BIOPSIE PRE-THERAPEUTIQUE

- **Réalisée dans 96% des cas**

(~ 80%: macrobiopsies 8-11G)

(62% en 2004!)

Délai médian:

BIOPSIE → 1ère CHIRURGIE: 42 jours

N.B: absence de lésions résiduelles après biopsie initiale

429/1957 cas évaluables: 22%

TYPE DE CHIRURGIE : SEIN

- TUMORECTOMIE / ZONECTOMIE ou QUADRANTECTOMIE : 75%

NB: 23 % des patientes ont eu une 2ème intervention et 3% une 3ème intervention(élargissement ou mastectomie) avec un reliquat tumoral dans 48% des cas

- TAUX GLOBAL DE MASTECTOMIES[1]: 448/1791 (25%)

([1]) Lésions étendues / multicentriques et/ou exérèse finale incomplète

Délai médian 1ère/2ème chirurgie 39 jrs

CHIRURGIE : Analyse des mastectomies

2141 seins traités

1791 seins évalués

350 exclus *(20 centres sans mastectomies comptabilisées)*

- Taux de mastectomie: d'emblée: 254/1791 — 14.2%
  - 168 mastect. Simples
  - 86 mastect. sous-cutanées

- Taux de mastectomie: 2ème temps 135/1791 — 7.5%

2ème chirurgie **414**

  - 101 mastect. Simples
  - 34 mastect. sous-cutanées

135/414 (32%)

- Taux de mastectomie: 3ème temps 59/1791 — 3,2%

3ème chirurgie **59**

  - 38 mastect. Simples
  - 18 mastect. sous-cutanées

56/59 (95%)

RECONSTRUCTION IMMEDIATE[1]

- Reconstruction immédiate: 221/448 49%
- Après mastect. Simple: 114/221 48%
- Après mastect. CEC: 107/221 52%

Types:

LAMBEAU:	30%
PROTHESE:	52%
L+P:	8%
AUTRE:	10%

[1] 71 cas non précisés

FACTEURS PREDICTIFS D'UN RESIDU TUMORAL LORS DE LA 2ème INTERVENTION

- Age (≤ 40 ans et > 70 ans) NS

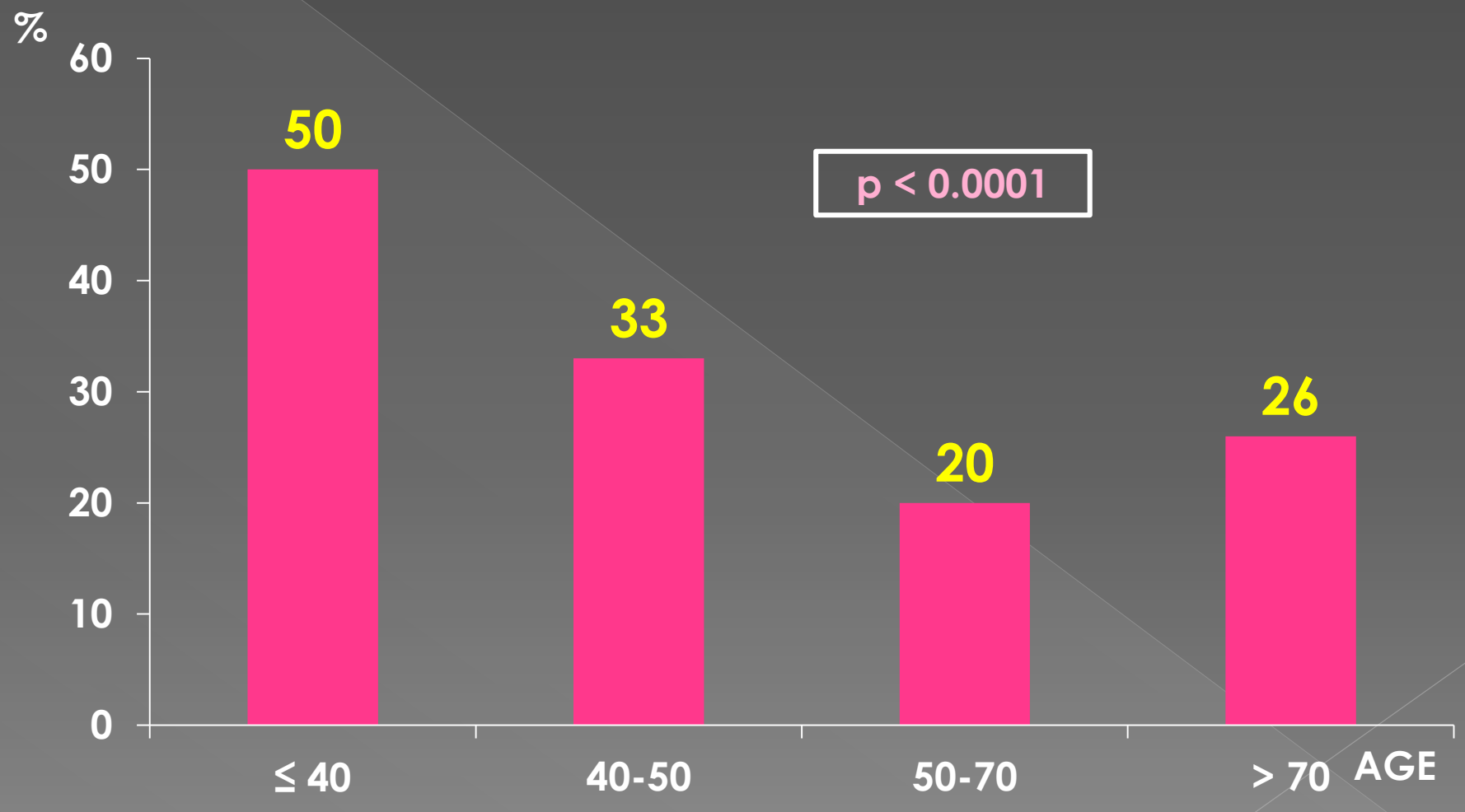
- Grade +++ (p=0.014)

G1: 33% G2: 44% G3: 53%

- Taille +++ (p=0.0001)

< 20 mm: 32% > 20 mm: 57%

% DE MASTECTOMIES EN FONCTION DE L'AGE



TYPE DE CHIRURGIE: AISSELLE

- Ganglion sentinelle (GAS): 41%

  mastectomie: 78%
  tumorectomie: 31%

  p< 0.0001

- Curage axillaire: 2,5%

  mastectomie: 4%
  tumorectomie: 2,2%

NB: en 2003-4, 21% des patientes avaient eu un GAS et 10,5% un curage

DETECTION DU GANGLION SENTINELLE (GAS): (41% des patients au total) mais VARIATIONS +++

- DECOUVERTE: RX / CLINIQUE — p= 0.0003

Rx: 39% CLINIQUE: 51%

- GRADE — p< 0.0001

I: 19% II: 29% III: 57%

- TAILLE (mm) — p< 0;0001

< 5 23% ; 6-10 30% ;11-20 41% ; 21-40 51% ; > 40 41%

- CHIRURGIE — p< 0;0001

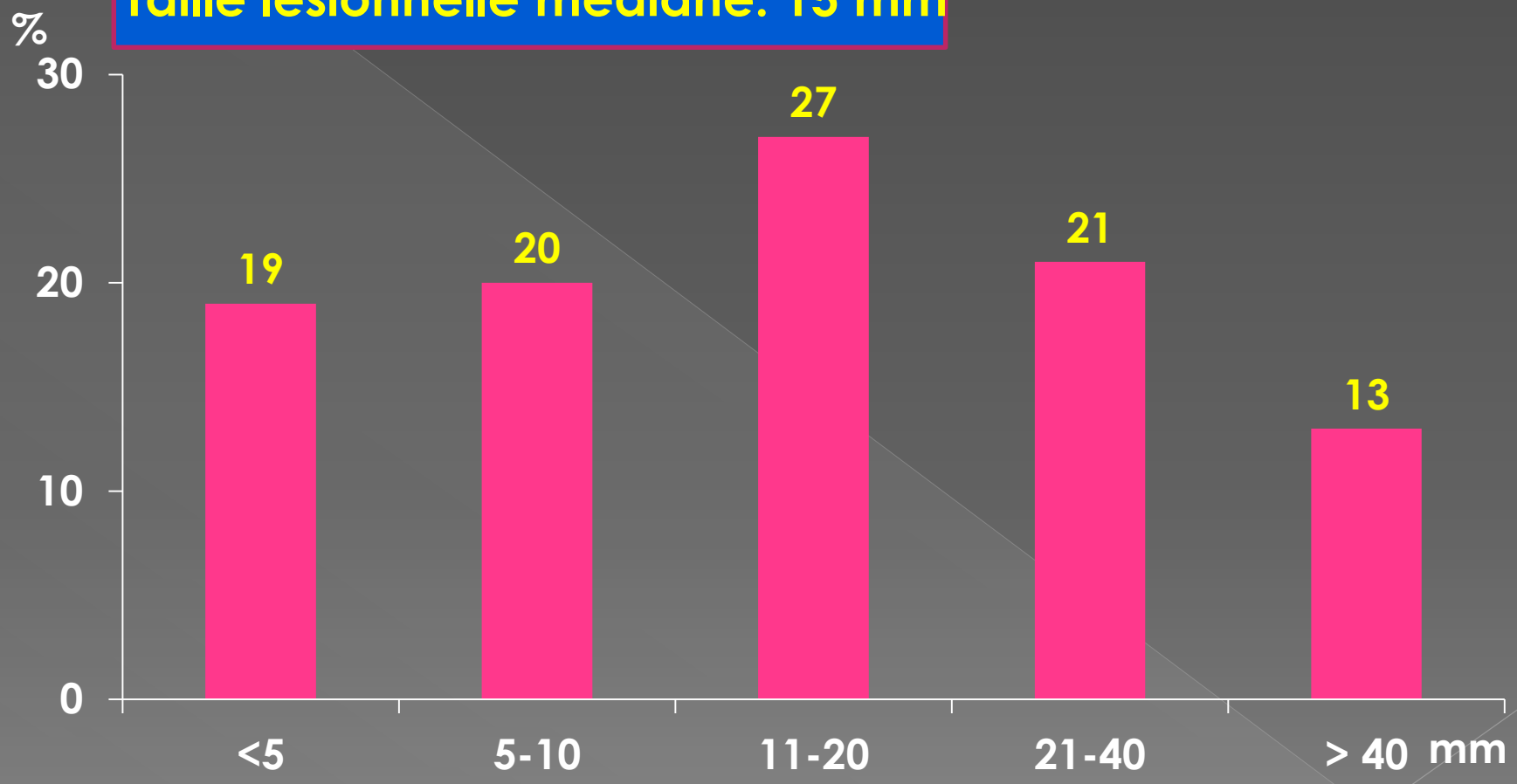
CONSERV. 31% ; MASTECT. 75% ; MAST. S.C. 87%

CARACTERISTIQUES HISTOPATHOLOGIQUES:

- TAILLE LESIONNELLE MEDIANE
- GRADE NUCLEAIRE
- MARGE D'EXERESE (en mm)
- MULTIFOCALITE
- RECEPTEURS HORMONAUX

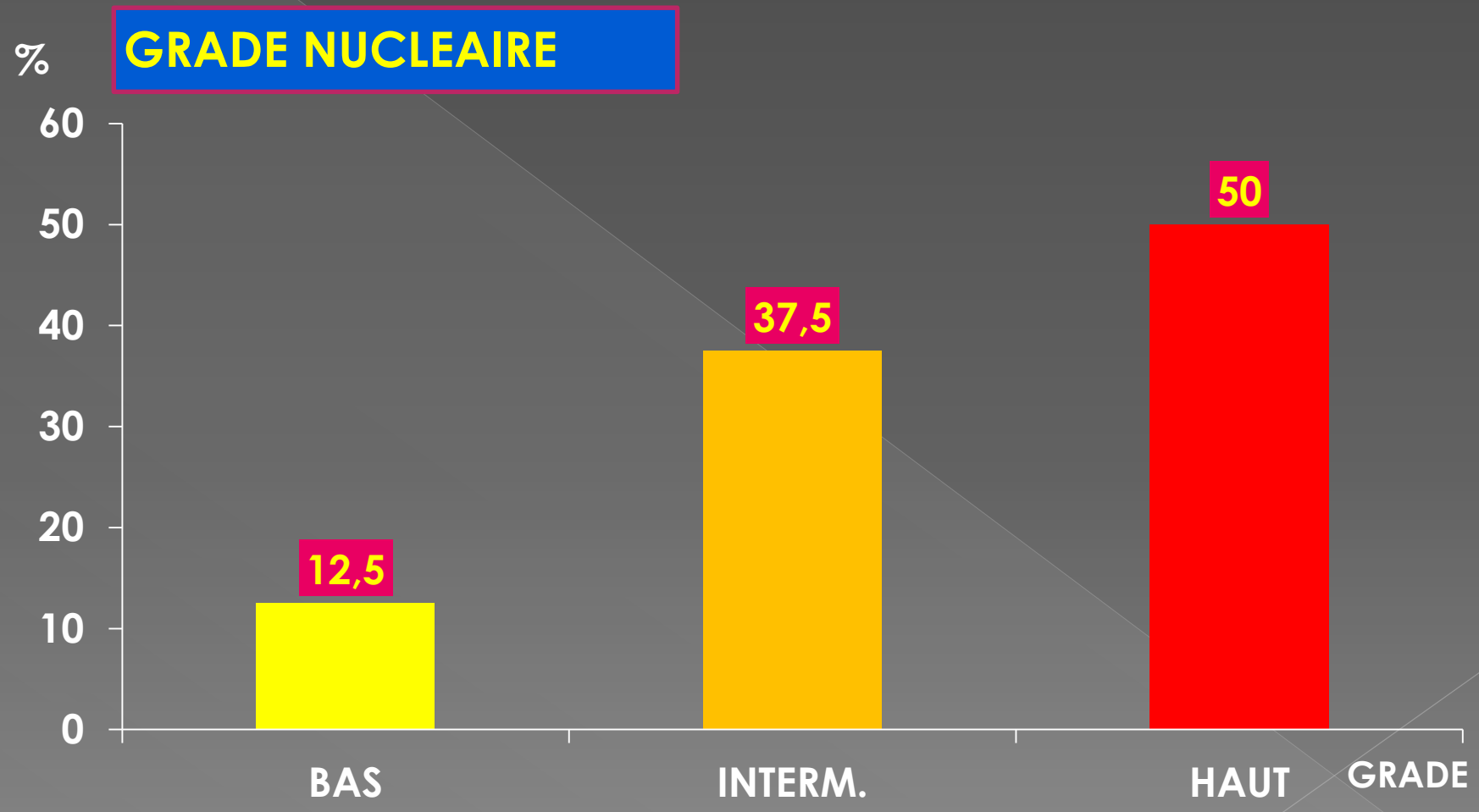
ANATOMOPATHOLOGIE (I)

Taille lésionnelle médiane: 15 mm



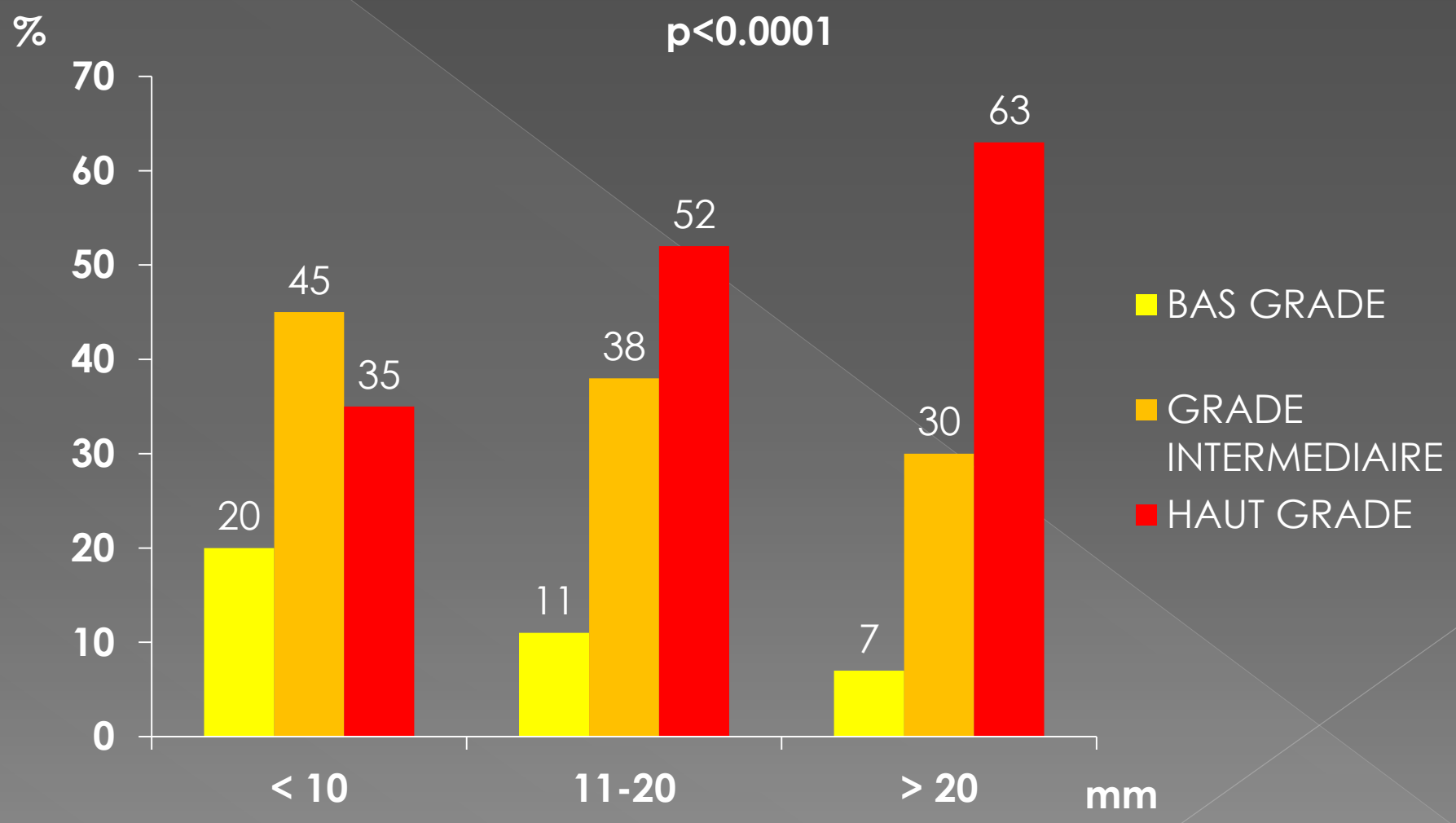
NB: 34% de lésions de > 40 mm chez les femmes jeunes
En 2003-4, la taille médiane était identique de même que le % de lésions < 10 mm et > 20 mm

ANATOMOPATHOLOGIE (II)
(5% des cas non précisés)

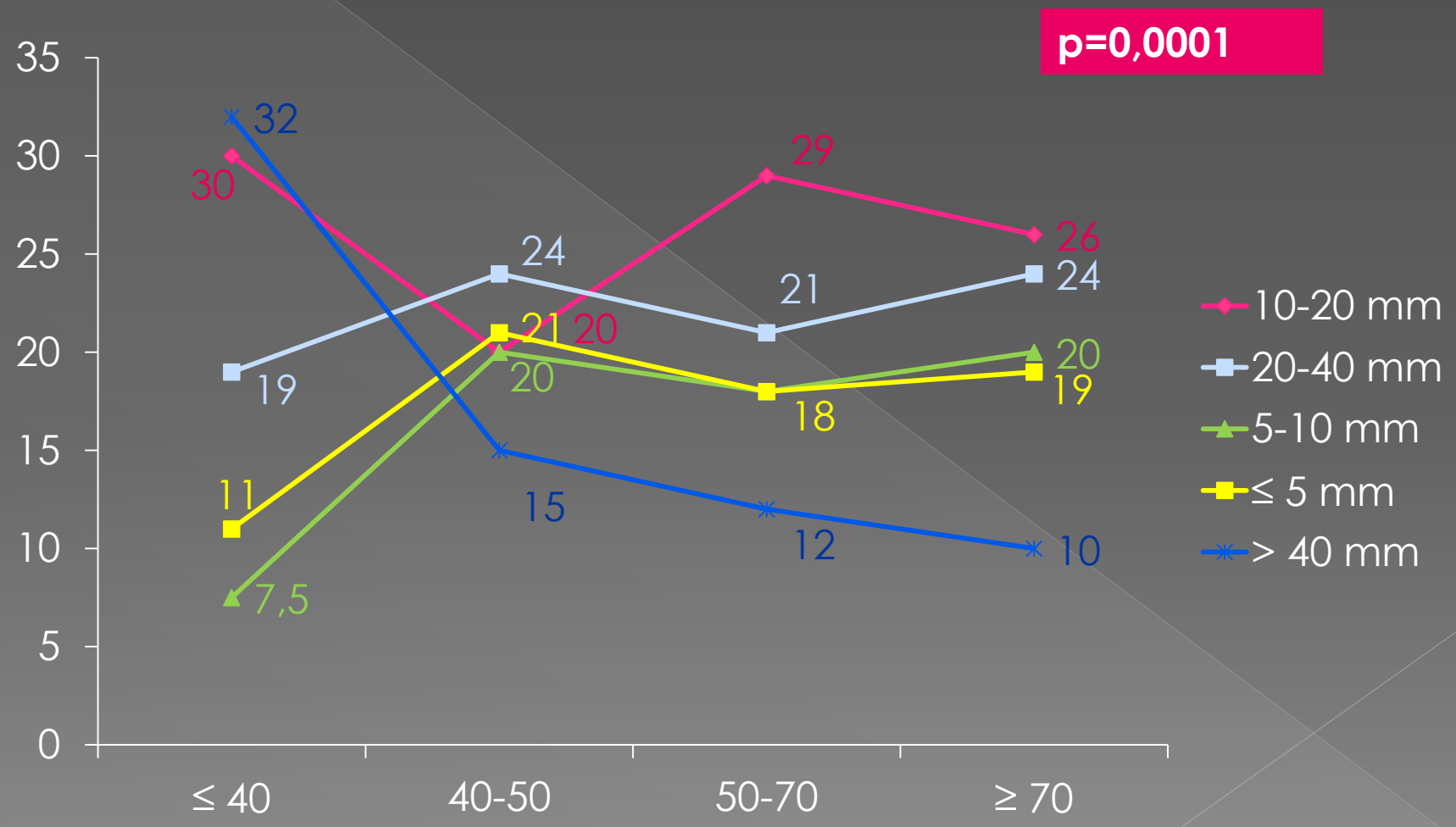


En 2003-4 les % des trois groupes étaient de : 21%, 38% et 41%

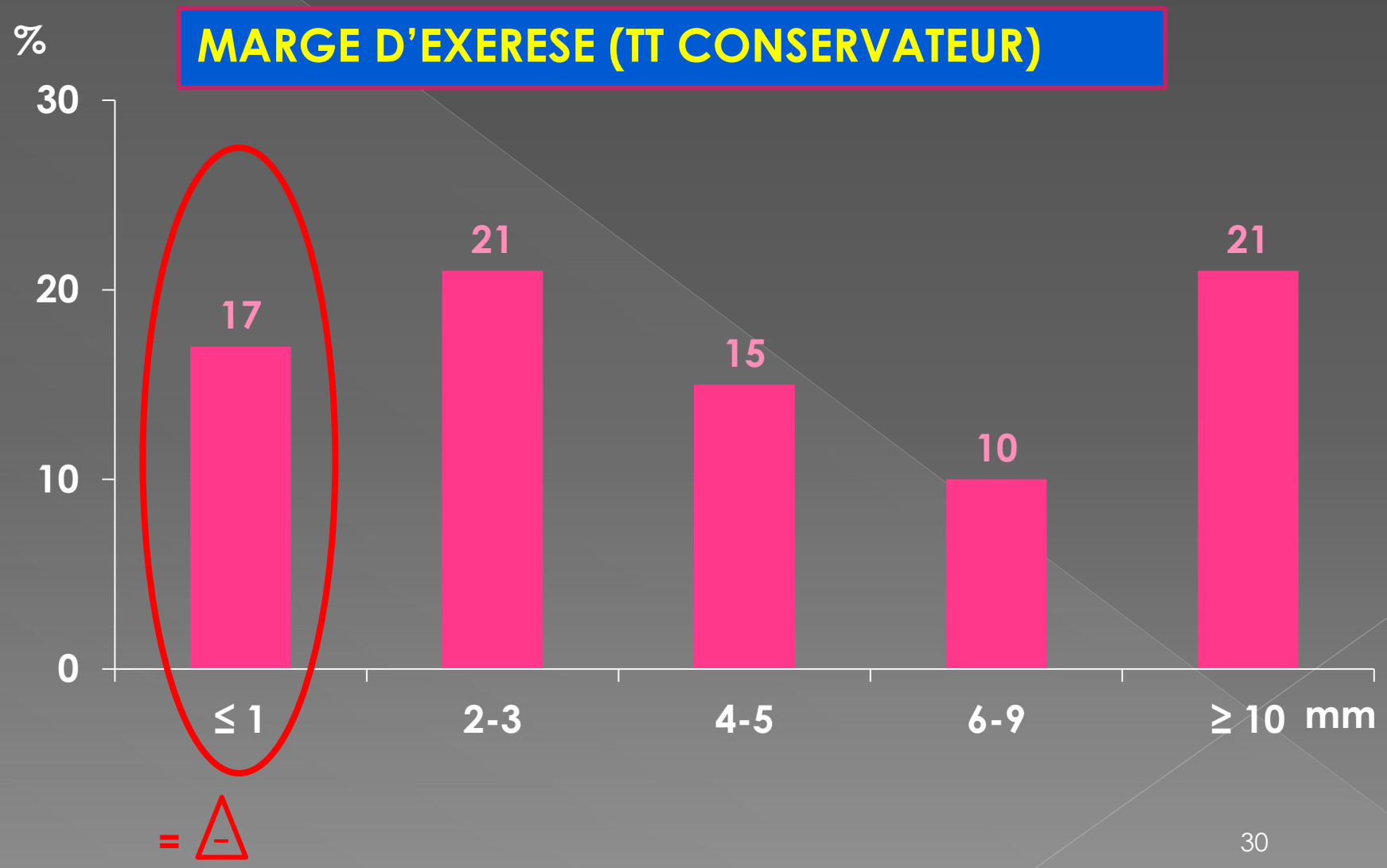
CORRELATION ENTRE GRADE ET TAILLE



CORRELATIONS TAILLE/AGE



ANATOMOPATHOLOGIE (III)
(16% des cas non précisés)

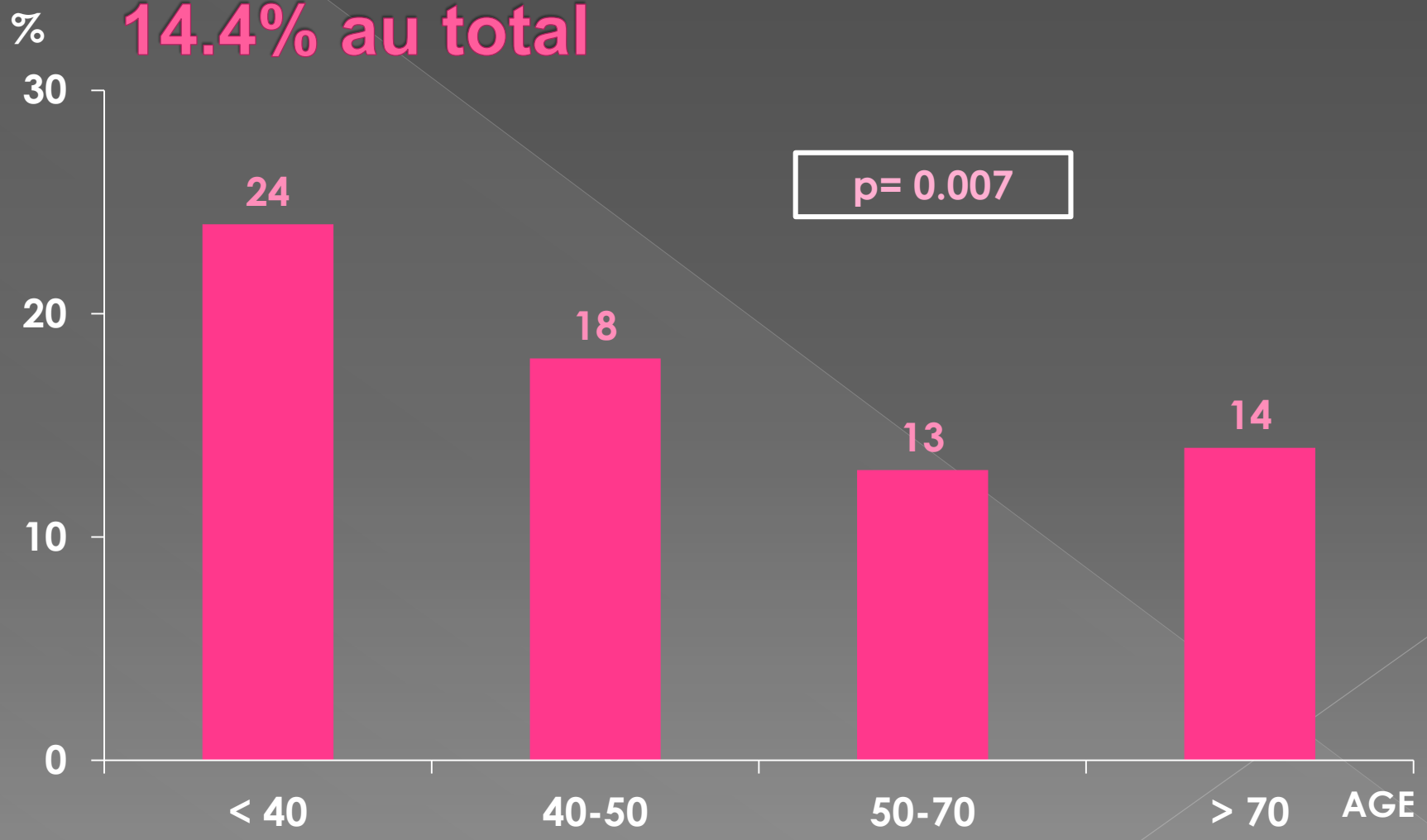


ANATOMOPATHOLOGIE (IV)

(11% des cas non précisés)

MULTIFOCALITE: (en fonction de l'âge)

14.4% au total



RECEPTEURS HORMONAUX

- Dosés dans ~ 19% des cas

RO+ 78%

RP+ 64%

Corrélation inverse entre la positivité des RH, le grade et la taille

RADIOTHERAPIE (I)

- APRES CHIRURGIE CONSERVATRICE: 97%

- SURIMPRESSION (BOOST): 32%

BOOST: Influence du grade:

G1: 24% G2: 31% G3: 37%

BOOST: Influence des marges:

≤ 1 mm: 40%

2-9 mm: 34%

≥10 mm: 26%

RADIOTHERAPIE (II)

- APRES MASTECTOMIE: 6%

- MAST. SIMPLE SANS R.I: 8/134 6%
- MAST. SIMPLE ET R.I: 8/107 7.5%
- MAST. AVEC C.E.C SANS R.I: 6/18 33%
- MAST. AVEC C.E.C ET R.I: 5/114 4.4%

HORMONOTHERAPIE

20/1896: 1%

- INCLUSION DANS UN ESSAI

118 patientes (6.3%) sur 1886 évaluables

101 patientes (86%) incluses dans BONBIS

PREMIERES CONCLUSIONS A PROPOS DE L'OBSERVATOIRE PRACCIS 2014-2015 (comparaisons par rapport à PRACCIS 2003-2004)

- Stabilité de la répartition de l'âge de survenue mais âge moyen passé de 56 à 58,6 ans
- ↗ de la proportion de femmes avec des ATCD familiaux de CS (37,5%)
- ↘ de la proportion des femmes ayant eu un THS
- Stabilité des modalités diagnostiques

- Légère diminution du taux de mastectomies (26%)
- Quasi disparition des curages axillaire (2,5%)
- Pratique encore élevée du GAS (41%)
- Stabilité des tailles lésionnelles (médiane: 15 mm)
- Augmentation du % de CCIS de haut grade (47%)
- Très bonne adhésion à la recommandation d'une RT complémentaire après chirurgie conservatrice (97%)
- Quasi disparition du traitement par TAMOXIFENE (1%)

Pour l'avenir…

- Evaluation des taux de RL/RG/M/2nd cancers à 3, 5 et 8 ans

- Comparaisons détaillées avec les données du Royaume-Uni et des Pays-Bas

- Suivis spécifiques:

  - femmes jeunes
  - femme ayant eu une biopsie sans lésions résiduelles à la chirurgie complémentaire

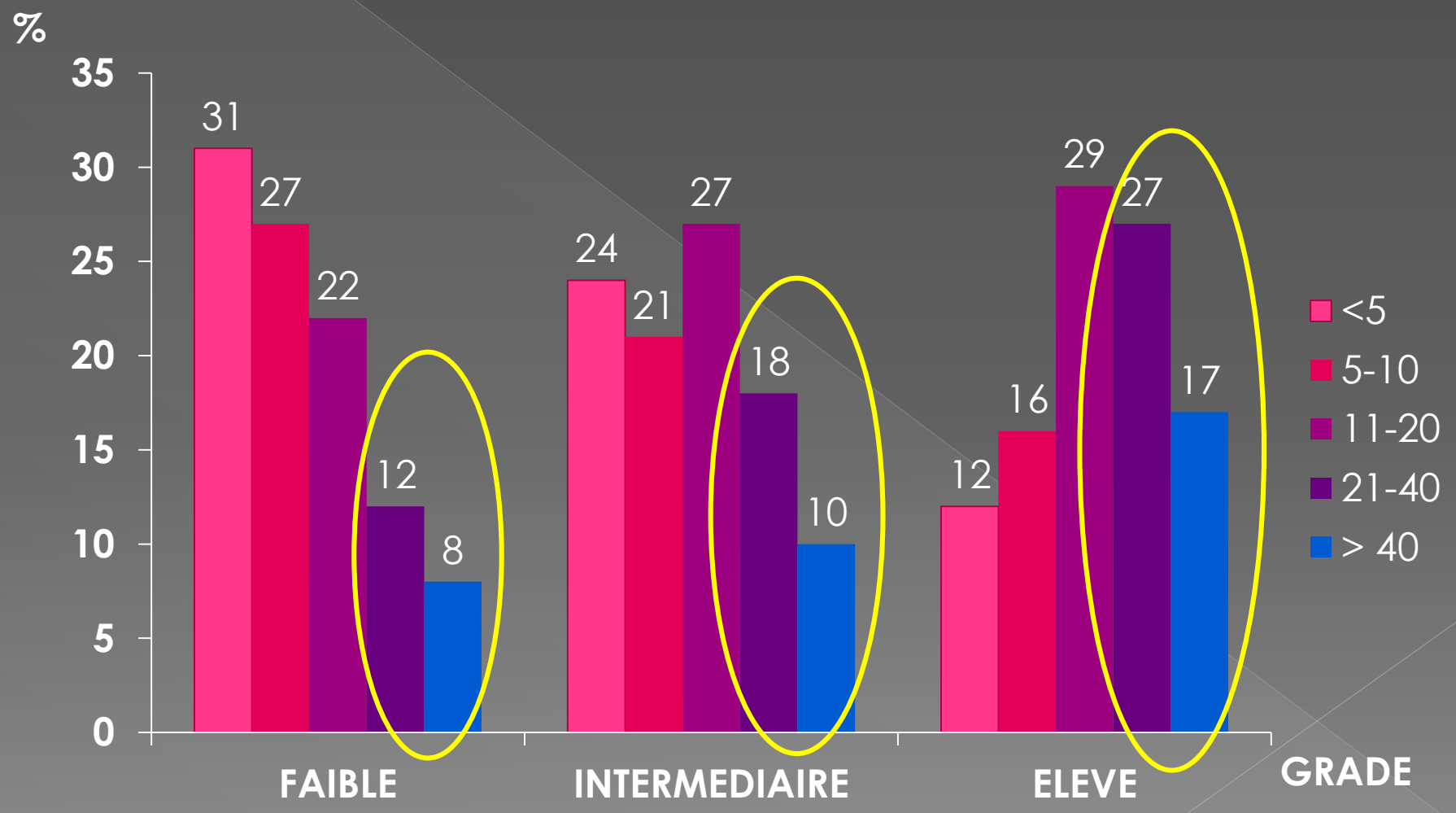
REMERCIEMENTS

- Au bureau de la SFSPM, au président JP BELLOCQ
- A Mme le Pr Agnès BUZYN, ex-présidente de l'INCA et au Dr Jérôme VIGUIER, directeur du pôle santé et soins de l'INCA
- A tous les médecins et ARC investigateurs
- Au comité scientifique
- A toute l'équipe de SYLIA-STAT
- A Mme Esther HEAULME
- A toutes nos patientes

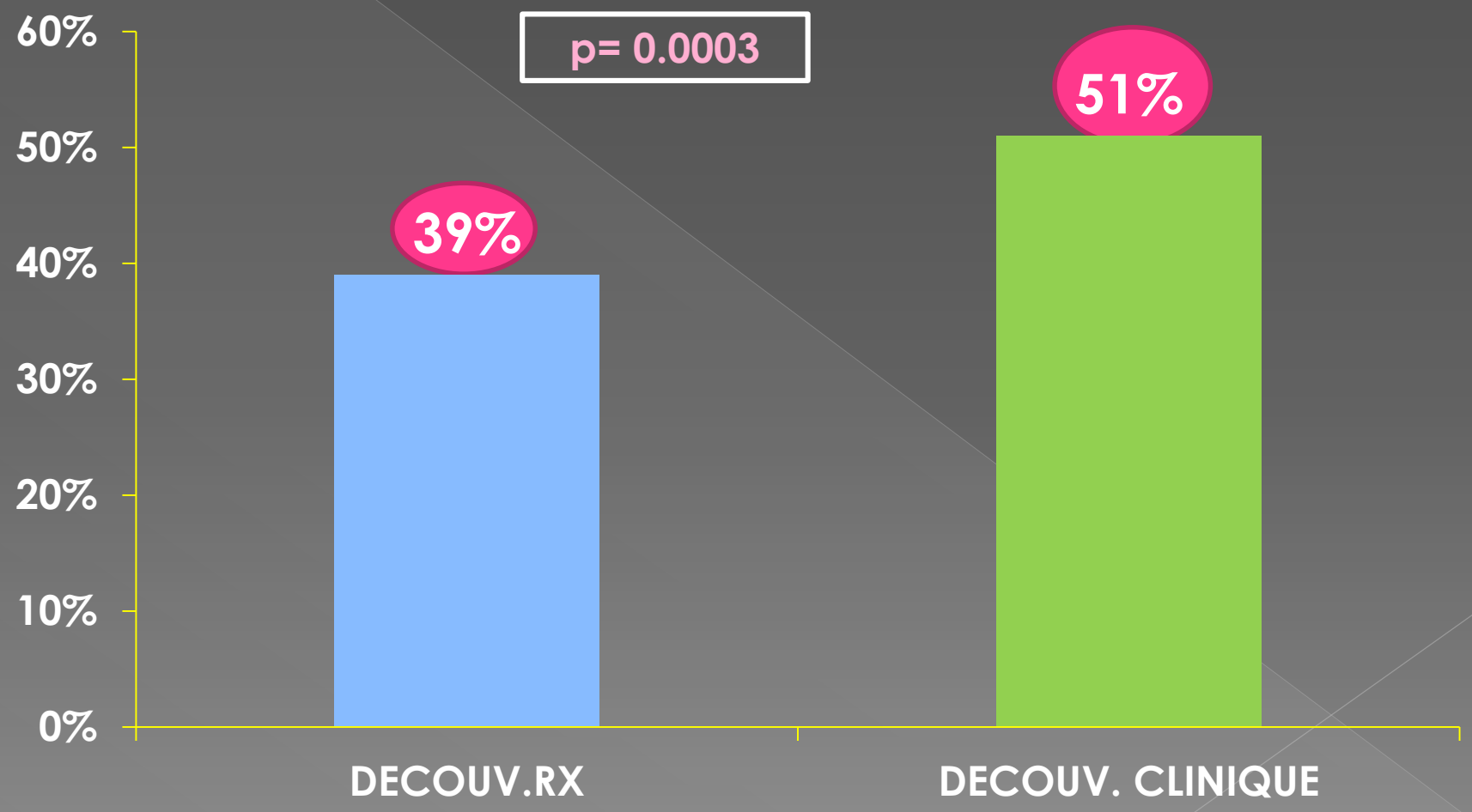
GRADE NUCLEAIRE: comparaisons avec les autres séries (taux en %)

REFER./ (n)	GI	GII	GIII
SAGARA (USA) (32144)	16	42	42
ELSHOF (NL) (10090)	17	33	50
RAKOVITCH (CND) (3320)	10	58	32
PRACCIS (2141)	12	34	47

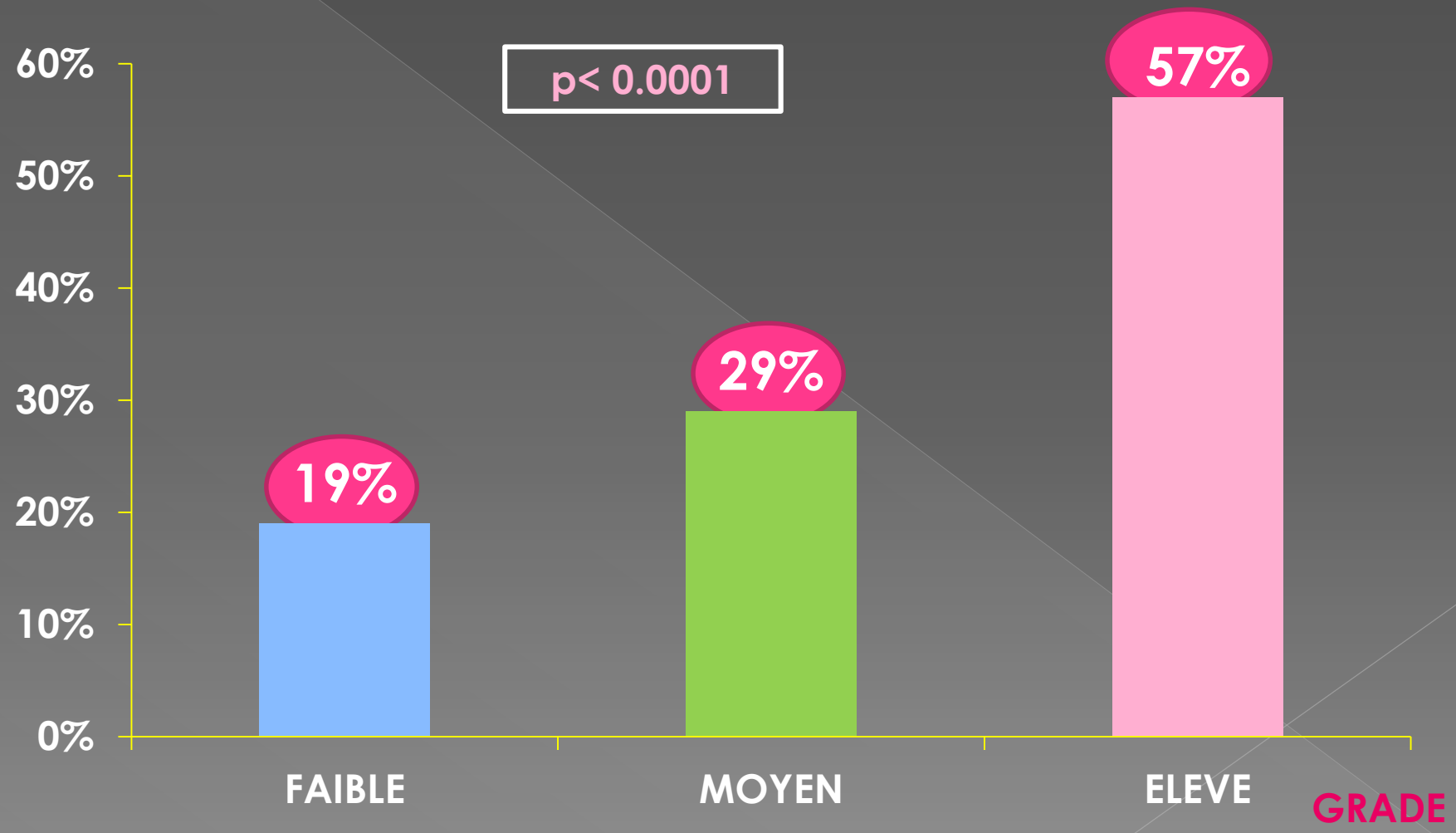
DISTRIBUTION DU GRADE EN FONCTION DE LA TAILLE TUMORALE (mm)



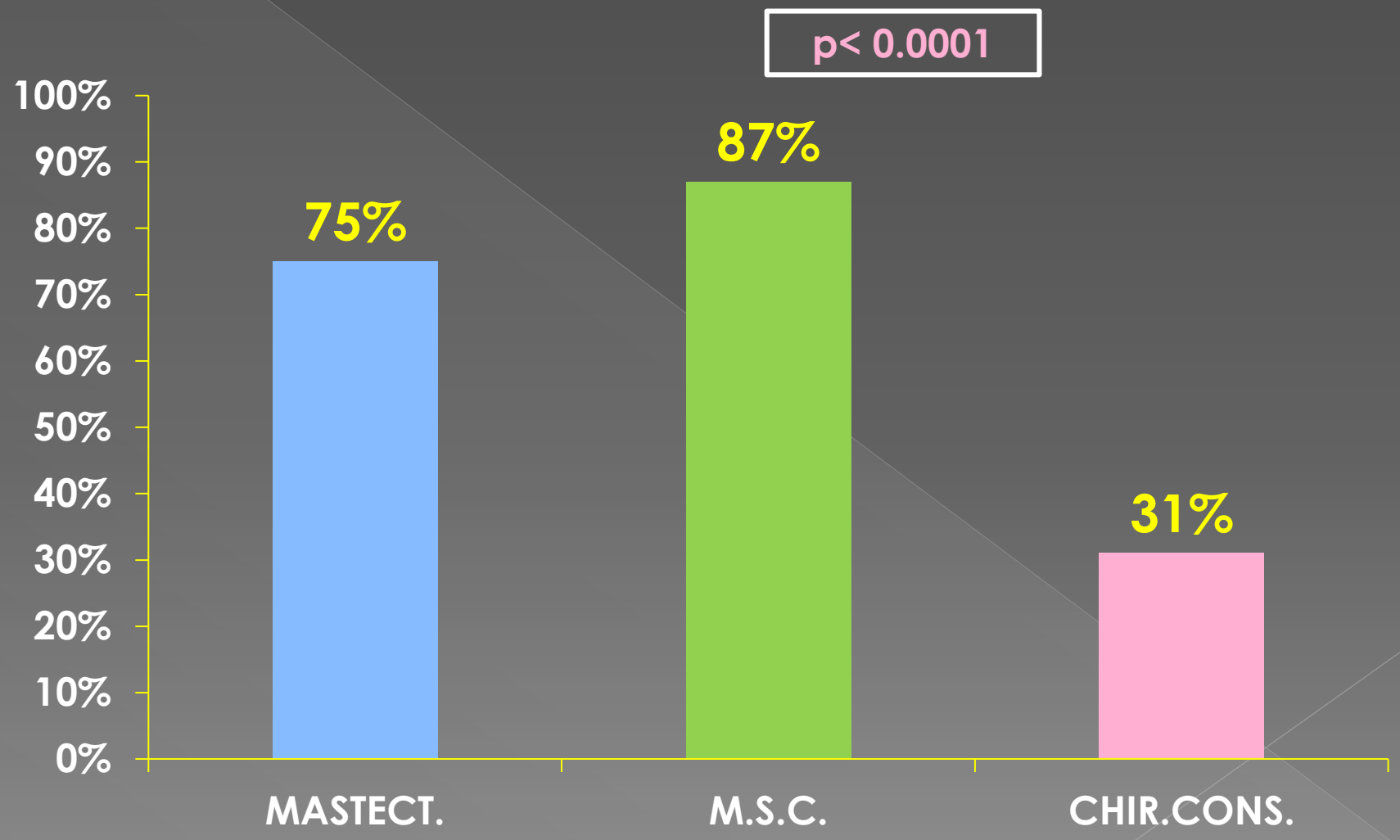
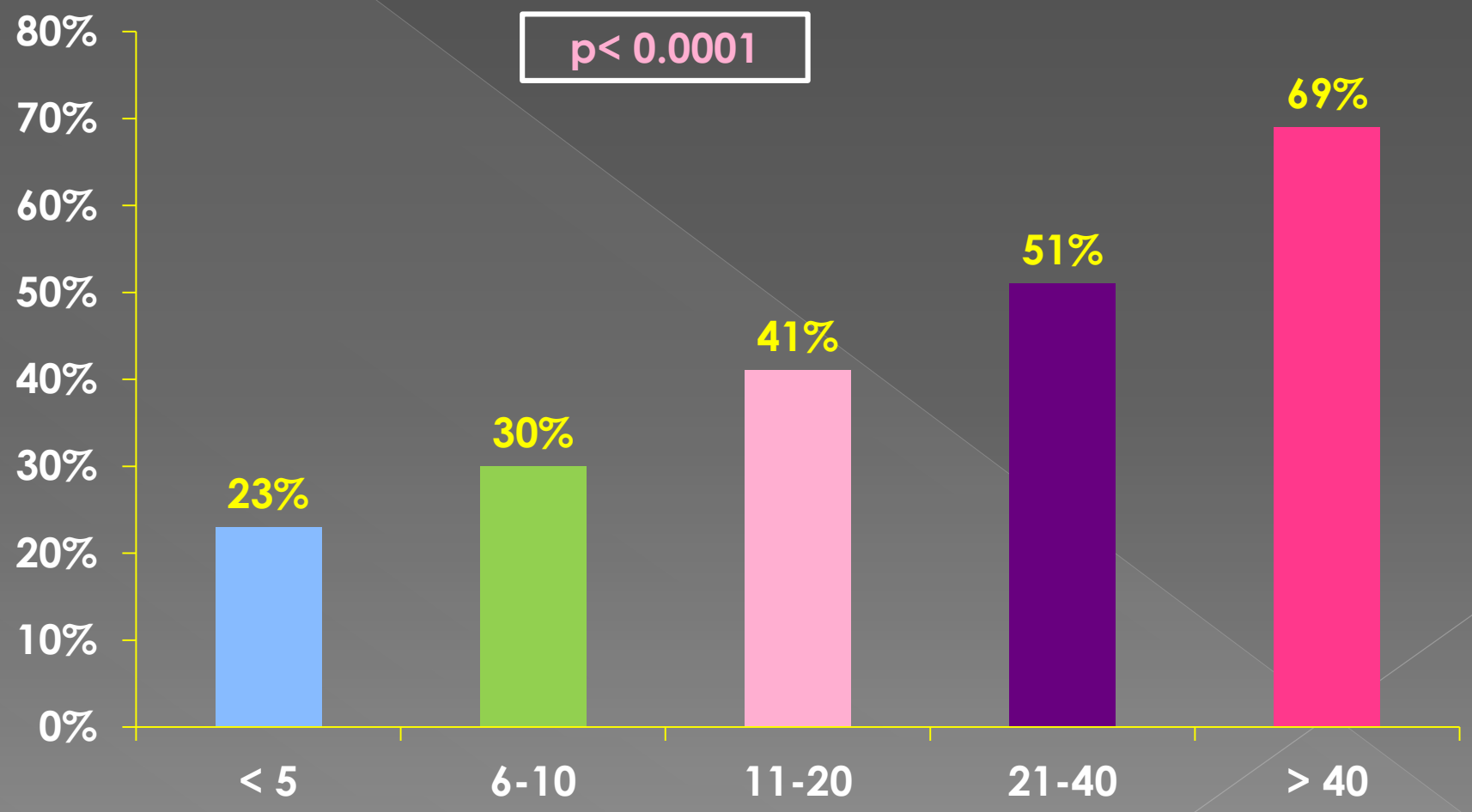
GAS en fonction des modalités de découverte:



GAS en fonction du GRADE:



GAS en fonction du type de chirurgie mammaire:



GAS en fonction de la taille (mm):