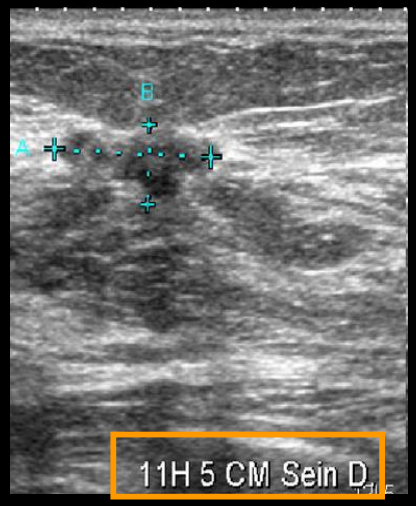
Le Bilan Pré- Thérapeutique ne doit pas Retarder le Traitement

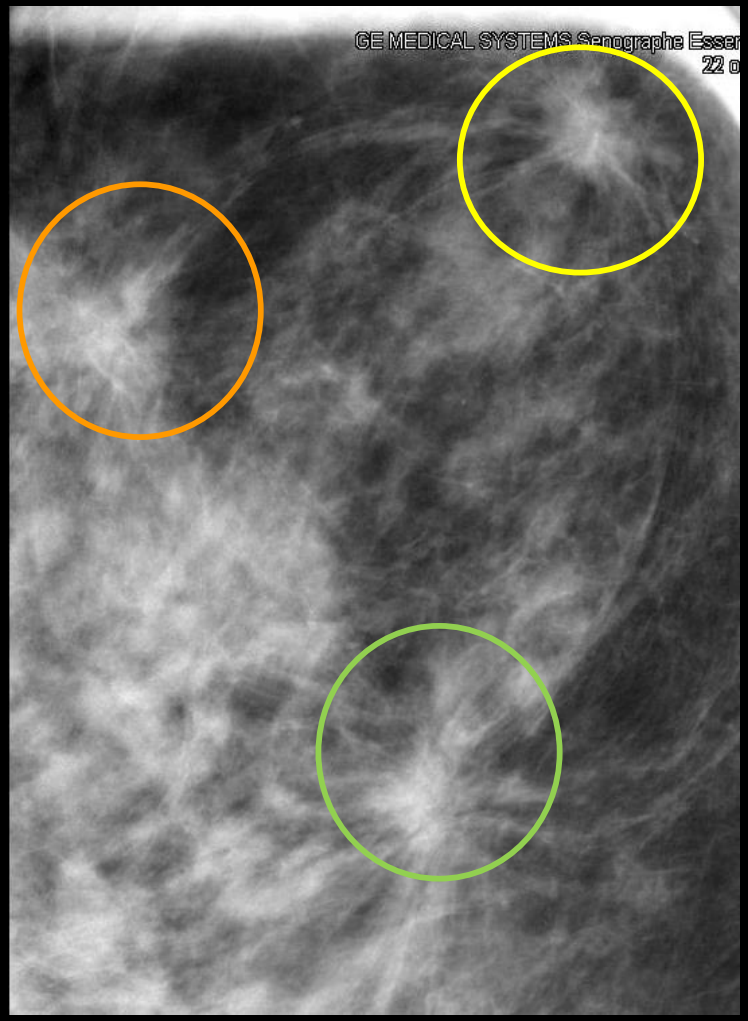
Dr A. Tardivon
et le Service de Radiologie
Institut Curie, site Paris

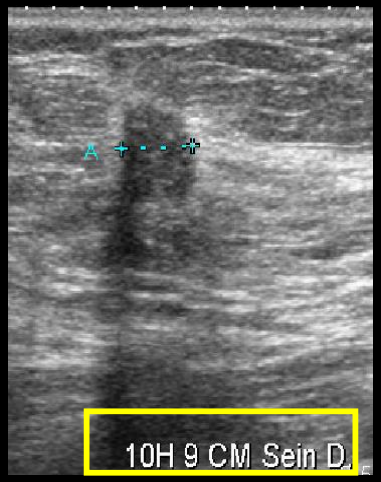
39ème journées de la SFSPM, Lille 2017

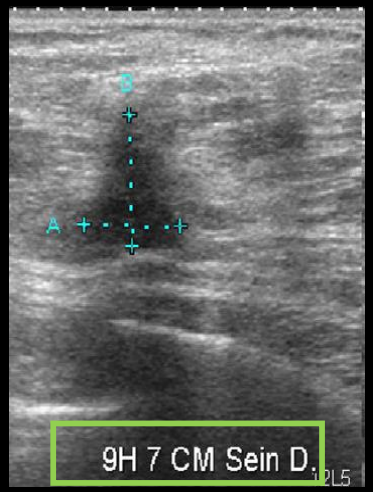
Trop

Pas assez

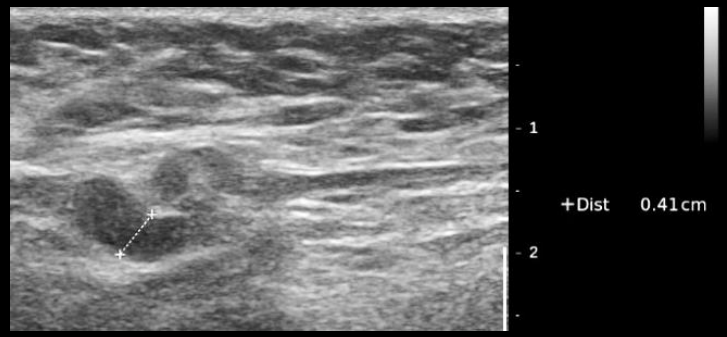








- Type de sein
- Topographie
- Nombre
- Taille
- Ggs axillaires



European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis *Fourth Edition*

• Délai Mx et résultats	< 5 jours ouvrables
• Délai résultat et bilan (rappel)	< 5 jours ouvrables
• Délai bilan et résultats	< 5 jours ouvrables
• Délai décision chirurgie et geste	< 15 jours ouvrables
(niveau acceptable = 90%)	6 semaines

- 3 consultations au max pour 95% des femmes
- 90% vues en CS dans les 15 jours si symptomatiques

France : si dépistage anormal => bilan diagnostic immédiat
si détection L2 => délai moyen de 10- 15jours

Bilan Pré- Thérapeutique Imagerie
Les Pré- requis

Position Paper

EJC 86 (2017) 59–81

Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group

CrossMark

INDICATEURS	Obligat/Reco	Minimum	Objectif
% avec Ex clin, Mx, écho (seins, aisselle)	O	> 90%	> 95%
% avec diagnostic pré- op (cytol ou biopsies)	O	85%	90%
% d'invasifs & bilan aisselle (écho ± interv)	R	85%	95%
% de cancers avec bilan IRM (chir 1ère)	R	10%	NA
% de cancers avec bilan IRM (Néoadj)	R	60%	90%
% de patientes avec RCP pré-op	O	90%	99%
% patientes (invasifs) avec 1 seule chirurgie*	O	80%	90%
% patientes (in situ) avec 1seule chirurgie*	O	70%	90%

** sans reconstruction*

Bilan Pré- Thérapeutique Imagerie
Les Pré- requis

Position Paper

EJC 86 (2017) 59–81

Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group

CrossMark

INDICATEURS	Obli	Minimum	Objectif
% avec Ex clin, Mx, écho (seins, aisselle)		> 90%	> 95%
% avec diagnostic pré- op (cytol ou bior	O	85%	90%
% d'invasifs & bilan aisselle (écho	R	85%	95%
% de cancers avec bilan IR	R	10%	NA
% de cancers avec bil adj)	R	60%	90%
% de patientes e-op	O	90%	99%
% patient avec 1 seule chirurgie*	O	80%	90%
% situ) avec 1seule chirurgie*	O	70%	90%

≤ 6 semaines entre 1er ex diag & date 1er ttt

Présentation de Nassime Touillon

35008 cancers du sein (DO) entre 2005 et 2008

Le délai moyen entre la mammographie et le premier traitement chirurgical est de 62 jours pour les cancers détectés en première lecture, après une mammographie classée ACR4 ou 5 (aspect suspect ou malin), soit 84% des cancers détectés.

Ce délai moyen est "significativement plus long" (150 jours) pour les cancers détectés après 2e lecture (8% des cancers). Les auteurs de l'étude remarquent cependant que sans cette seconde lecture, ces cancers auraient été diagnostiqués plus tardivement.

Le délai est également allongé (240 jours) pour les tumeurs détectées après une mise sous surveillance, c'est à dire après une mammographie classée ACR3 (aspect probablement bénin).

Les auteurs de l'étude soulignent que le délai est plus court dans les départements ayant un ou plusieurs centres spécialisés dans la prise en charge du cancer du sein.

Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein

Année du recueil	Cancer	Nombre de régions	Nombre de dossiers inclus	Nombre de mois couverts
2011	Sein	8	2 530	3 à 5

Cancer du sein

Délai d'accès au diagnostic : date mammographie - date compte rendu anatomopathologique de la biopsie (CRAP) ;
Délai d'accès à la chirurgie : date RCP préopératoire ou CRAP - date intervention chirurgicale ;
Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire : date intervention chirurgicale - date RCP postopératoire ;
Délai d'accès à la radiothérapie postopératoire : date intervention chirurgicale - date première séance de radiothérapie.
Délai global : date mammographie- première séance de radiothérapie.

Récapitulatif des principaux délais (moyenne et écart type)

Cancer du sein

Délai d'accès au diagnostic : 17,7 jours (+/- 15,9)
Délai d'accès à la chirurgie : 22,9 jours (+/-13,9)
Délai d'accès à la proposition thérapeutique pos-opératoire : 17,8 jours (+/- 15,3)
Délai d'accès à la radiothérapie : 108,9 jours (+/-67,7)

Durée moyenne des parcours de prise en charge

Parcours sans chimiothérapie postopératoire (2/3 des cas) : 106,9 jours soit environ 3,5 mois
Parcours avec chimiothérapie postopératoire (1/3 des cas) : 218,7 jours soit environ 7 mois

Facteurs impactant sur le délai de prise en charge

Age, cancers infra-cliniques (dt in situ) / T1- T2, service public / CLCC, régions

IRM pré- Opératoire ?

- IRM détecte 20% de lésions additionnelles
- 2 sont malignes et 1 bénigne (VPP de 66%)
- 24% sont situées à + de 2 cm/ K Index
  - 10% sont malignes, 78% invasives

    ⇒ Moins de 3% des patientes
- 1/3 se sont pas détectées par bilan Std ciblé

  => Gestes interventionnels sous IRM

Schnall MD al. J Surg Oncol 2005; 92: 32-8
Houssami N et al. J Clin Oncol 2008; 26: 3248-58
Plana MN et al. Eur Radiol 2012; 22: 26- 38

Lesions visible on MRI alone require MR-guidance for needle biopsy with pathological assessment and, if needed, presurgical localisation, implying the availability of specialised equipment and personnel[15,17,80,81]

It is recommended that MRI of the breast is best carried out in units with sufficient experience, having the necessary equipment and expertise to proceed to MR guided biopsy for lesions that are occult on conventional imaging following second look ultrasound.

Position Paper

EJC 86 (2017) 59–81

Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group

CrossMark

6 MRI availability

6a *Definition:* Proportion of cancer cases examined preoperatively by magnetic resonance imaging (MRI) (excluding patients treated with PST.

Minimum standard: suggested 10%

Target: not applicable.

Motivation: To allow proper diagnostic assessment and to identify size, site and possible multifocal and/or contralateral disease in a selected subgroup, while avoiding 'over-diagnosis'.

Level of evidence: IV.

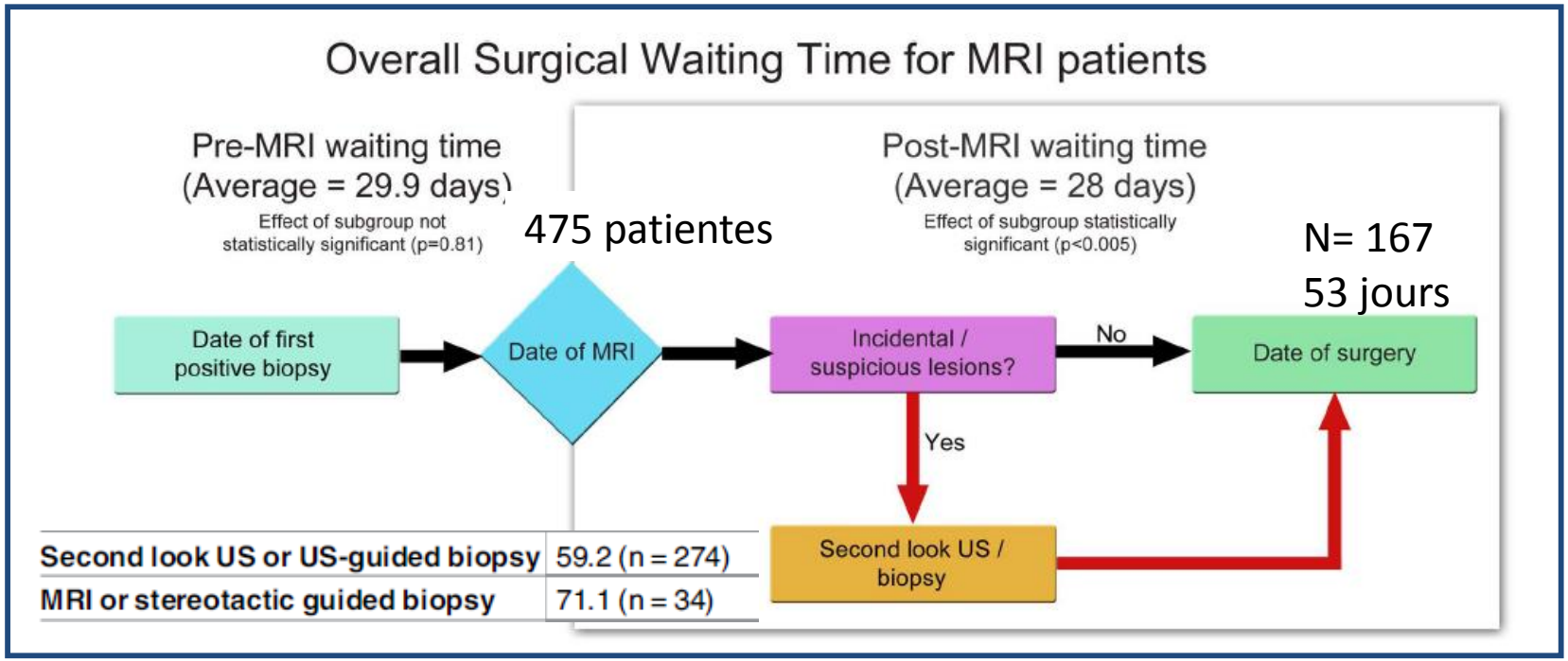
MRI is more accurate than conventional imaging in defining the extension of disease, the presence of multifocality and/or contralateral disease. Conversely there is a risk of over-diagnosis and false positives. For this reason, we recommend the availability of MRI for use in selected patient according to EUSOMA recommendations.

The total treatment delay due to preoperative MRI and possible workup should be no longer than 1 month (EPO).

EUSOMA, Breast MRI – EJC 2010; 46: 1296- 1316

Impact IRM sur Délai de Prise en Charge

- Etude rétrospective (Zhang M et al. PLOS ONE, 9 Jan 17)
  - 1274 femmes => ↗ délai de 12 jours/ groupe sans IRM
    - + 2,7 jours /an entre 2007- 2013



- Etude rétrospective de Fev 1998 à 2008(IRM)
  - 1998: 21,8 jours, 2003: 31,3 jours et 2008: 41,1 jours (32)

Hulvat M et al. Surgery 2010; 148: 746-50 s

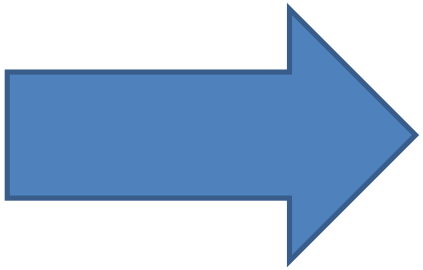
IRM pour Toutes les Patientes ? NON

- Pas d'impact significatif sur:
  - le taux de reprise chirurgicale
  - le taux de RL
  - le cancer controlatéral
  - La survie globale (10- 15 ans de recul)

Plana MN et al. Eur Radiol 2012; 22: 26- 38
Houssami N et al. Ann Surg 2013; 257: 249-55
Houssami N et al. JCO 10 Fev 2014
Fancellu A et al. BJS 2015; 102: 883- 93
Riyu J et al. J Breast Cancer 2016; 19: 423-28
Vapiwala N et al. Cancer 15 Avril 2017

Irrespective of whether the clinical team routinely uses preoperative MRI or not, women newly diagnosed with breast cancer should always be informed of the potential risks and benefits of preoperative MRI if this is under consideration prior to therapy (EPO).

2008
IRM pré- opératoire
pour ttes les patientes



2017
IRM pré- opératoire
chez des patientes
sélectionnées

EUSOMA (2010). Eur J Cancer 2010; 46: 1296- 1316

Indications de l'IRM pré- opératoire

- *Cancer occulte (Maladie de Paget/ N+ isolé)*
- Cancers Luminal B, HER2+ et triple négatifs
- Lobulaire invasif (*Si imagerie std difficile*)
- Multifocalité en imagerie standard (chir conserv)
- Indication de CHT première
- Haut risque (< 35 ans, Haut risque familial, *BRCA*)
- Indication irradiation partielle

Houssami N et al. Ann Surg 2013; 257: 249 -55
Debald M et al. Breast Cancer Res Treat 2015; 153: 531- 37
Grimm LJ et al. Radiology Février 2015
Ha R et al. AJR Juin 2015
Sun Bae M et al. Radiology Février 2016
Monticciolo DL. Acad Radiol Juin 2017

Comment Améliorer les Délais ?

- Vacations dédiées nouvelles patientes
  - Tri téléphonique
  - Infra- cliniques non biopsiées => RDV Imagerie
  - K avérés => CS Multidisciplinaire (Chir, Radiol, Onco med)
  - SUIVI => nbre RDV adapté (RDV tél - CS ≤ 7 jours)

- Existence d'un référentiel IRM
  - SUIVI des indications et des délais de RDV
  - RDV dédiés (CHT néo- adjuvante)

Une IRM mammaire bilatérale sera proposée si (*Reco HAS, 2010*)

- Age < 40 ans
- Mutation *BRCA* avérée ou au 1er degré, haut risque familial (score Eisinger)
- traitement néo-adjuvant programmé : recommandé
- Suspicion de cancers multiples en imagerie standard
- Discordance de l'évaluation tumorale (> 10 mm) entre clinique et imagerie std ou entre mammographie et écho et impactant sur l'acte chirurgical
- Chirurgie avec oncoplastie programmée
- cancer lobulaire infiltrant (option, hors Reco HAS)
- Au cas par cas dans autres contextes cliniques (avis pluri- disciplinaire)

institutCurie

GUSTAVE ROUSSY CANCER CAMPUS GRAND PARIS

Trop I et al. Current Oncology 2017; 24: e205-13.

Année 2014 => 1114 patientes (87,2% unifocal)

- ACRO = 1,4%, ACR non précisé = 4.5%
- Taille non renseignée = 11.2% (foyer de Ca+ dans 63% des cas)
- 17,9% des patientes avec IRM

- **26.9% avec lésion(s) additionnelle(e)s** (74,6% ds sein HL)
  - 79,3% avec prélèvts => 43,3% malins (dt 53% invasifs)
    => 6,7% atypies
  - **Modification de la stratégie chirurgicale = 13,7%**
    - Ca+, masse avec Ca+, taille non fournie, histol lobulaire

- Chirurgie différée en moy de 0.4jours (DS 2.9j, [0, 30j])
  - 9 lésions bénignes, 7% de reprise chirurgicale

- 7 cancers ratés (2 en différé / chirurgie)

04/09/ 17	MacroB stéréo	MicroB écho	Ponction écho	Repérage
1ère Date	13/09	13/09	11/09	05/09
2ème Date	14/09	14/09	18/09	14/09
Délais	10 jours	10 jours	14 jours	10 jours

demande des chirurgiens

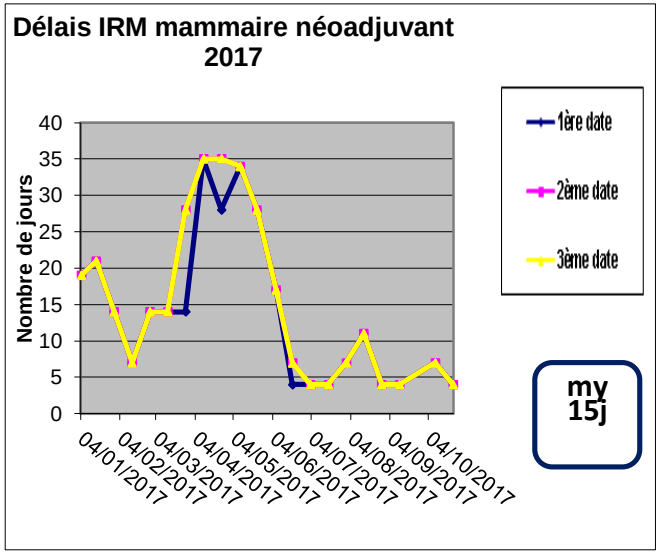
- MacroB : 0
- MicroB sous écho : 6
- CytoP sous écho : 4
- Repérage : 11

demandes des radiologues

- MacroB : 1
- MicroB sous écho : 6
- Cytoponction sous écho : 6

NOUVELLES PATIENTES	PARCOURS 1	PARCOURS 2-4	PARCOURS 3
LUNDI 30/10		Pas de cs chir	
MARDI 31/10	1	1	0
MERCREDI 01/11	FERIE	FERIE	
JEUDI 02/11	2	0	
VENDREDI 03/11		0	1

5 places parcours encore disponibles



Contexte Néo- Adjuvant

Une difficulté pour les radiologues

« Urgence thérapeutique »

- Imageries consécutives
- Inclusion essai => biopsies protocolaires
- IRM => gestion des lésions additionnelles
- Intrication possible avec début du ttt

4/08: imagerie diagnostic
9/08: consultation chir, biopsies
18/08: IRM mammaire
23/08 : CS onco med
24/08: RCP
29/08 : coïls, biopsies (lésion addit CL)
30/08: TEP/TDM (N+, M+ os)
15/09 : pose KT
18/09 : 1ère cure CHT => **45 jours**

29/09: imagerie diagnostic
10/10: consultation chir RX, biopsies
16/10: IRM mammaire
19/10 : Coïl, bilan second- look
20/10: RCP
23/10: TEP/TDM
30/10 : Biopsies sous IRM
03/11 : 1ère cure CHT => 36 jours

Parcours dédié multidisciplinaire

⇒ Référentiels
⇒ Pilotage
⇒ Indicateurs