



Grossesse en cours de traitement par Trastuzumab: 1 cas clinique en situation métastatique.

C.SEGURA-DJEZZAR; F.LEBLANC; V.BOUTE. CENTRE FRANCOIS BACLESSE, CAEN.

Introduction, quelques chiffres :

- Patientes « non ménopausées » (âge < 50 ans): 19.4% de l'ensemble des patientes ayant un cancer du sein
Surexpression d'HER2: 10 à 15% des patientes.
- 2^{ème} cancer le + fréquent en cours de grossesse, chez les femmes jeunes < 35 ans.
- En situation métastatique, le Trastuzumab est poursuivi jusqu'à intolérance majeure ou progression aussi de nombreuses patientes sont traitées pendant plusieurs mois et années.

PRESENTATION DU CAS CLINIQUE

Novembre 2009: Patiente âgée de 33 ans. Aucun antécédent personnel ou familial. Mariée, 3 enfants. Consulte pour masse mammaire droite, de 5 cm à l'examen clinique, sans signe inflammatoire, mais de croissance rapide (a doublé en 3 mois). Il existe 2 adénopathies axillaires homolatérales, centimétriques suspects.

Biopsie mammaire: carcinome canalaire infiltrant de grade III de Elston et Ellis (3-3-2), RE et RP négatifs, HER 2 score 3+. Pas d'embolies vasculaires néoplasiques.

Cytoponction axillaire: présence d'amas de cellules carcinomateuses.

Bilan d'extension par scanner thoraco-abdomino-pelvien et scintigraphie osseuse: pas de métastases hormis un doute sur des lésions osseuses rachidiennes en L1 (a posteriori hernie intra-spongieuse).

IRM rachidienne: existence de 2 lésions métastatiques D7 et D9, et doute en L1 et L2. **La lésion est donc classée T3 Pev1 N1 M1 os.**

RCP: On poursuit le traitement systémique: dernier cycle de Docetaxel le 28.04.2010, puis Trastuzumab en monothérapie.

Août 2010: excellente réponse clinique et radiologique au niveau mammaire et axillaire droit; au niveau du rachis: disparition de la lésion D9 et stabilité des autres lésions.

RCP: - **Mastectomie et curage axillaire gauches** : réponse complète histologique mammaire et ganglionnaire, soit ypT0N0M1 (os).

- Puis **radiothérapie pariétale et sus-claviculaire droite** 50 Gy du 12.10 au 18.11.2010 inclus.

A partir de mars 2011: disparition de la lésion métastatique D9, stabilité de la lésion D7, et absence d'autres lésions évolutives. La tolérance du Trastuzumab est excellente y compris au niveau cardiaque.

Juillet 2011: Grossesse spontanée inattendue, découverte au terme de 6 SA (test urinaire positif, confirmé par le dosage des betaHCG)- Début de grossesse estimé: 30 mai 2011

- A reçu Herceptin le 17.06.2013, soit grossesse datée à 4 S.A+ 4 jours

- A eu une scintigraphie cardiaque (surveillance trimestrielle) le 16.06.2011 (terme 4SA+ 3jours)

AVIS PLURIDISCIPLINAIRE

RISQUE FOETAL/ avis du CRAT: Risque de survenue d'un oligo-amnios voire d'un anamnios si exposition aux 2^e et 3^e trimestres de grossesse, avec risque de retard de croissance in utero (RCIU) et d'hypoplasie pulmonaire. Pas de cas décrit d'oligo-amnios si exposition uniquement au premier trimestre de grossesse.

En pratique: Echographie obstétricale mensuelle: bonne croissance foetale, liquide amniotique en quantité satisfaisante, pas d'anomalie morphologique.

Issue obstétricale: Rupture prématurée des membranes au terme de 35 SA+6j, accouchement par voie basse d'un garçon pesant 2170g, apgar 10, pas d'anomalie morphologique constatée.

RISQUE MATERNEL/Avis de la RCP oncologie: 1. Il n'est pas possible de se prononcer sur le risque maternel: reprise évolutive? Ou Healthy mother effect? 2. Au vu des données sur le risque foetal: Arrêt de l'Herceptin pendant toute la durée de la grossesse.

DECISION DE LA PATIENTE: souhait de maintenir la grossesse, et d'arrêter l'Herceptin, après informations sur risques éventuels.

Naissance d'Alexis le 22.01.2012

A la date du 19.08.2013: Alexis est en bonne santé, ne présente aucune anomalie de développement;

La patiente est stable, elle n'a pas souhaité reprendre l'Herceptin après l'accouchement- surveillance semestrielle.

Références : (1) InCA, *Etat des lieux et des connaissances : Situation du cancer en 2012*. (2) Amant F, Loibl S, Neven P Van Calsteren K. *Breast cancer in pregnancy*. Lancet, 2012 Feb 11;379(9815):570-9. (3) F, Sergentanis TN, Chrysikos D, Papadimitriou CA, Dimopoulos MA, Bartsch R. *Trastuzumab administration during pregnancy: a systematic review and meta-analysis*. Breast Cancer Res Treat. 2013 Jan;137(2):349-57. (4) Azim HA Jr, Metzger-Filho O, de Azambuja E, Loibl S, Focant F, Gresko E, Arfi M, Piccart-Gebhart M. *Pregnancy occurring during or following adjuvant trastuzumab in patients enrolled in the HERA trial (BIG 01-01)*. Breast Cancer Res Treat. 2012 May;133(1):387-91. (5) Azim HA Jr, Kroman N, Paesmans M, Gelber S, Rotmensz N, Ameye L, De Mattos-Arruda L, Pistilli B, Pinto A, Jensen MB, Cordoba O, de Azambuja E, Goldhirsch A, Piccart MJ, Peccatori FA. *Prognostic impact of pregnancy after breast cancer according to estrogen receptor status: a multicenter retrospective study*. J Clin Oncol. 2013 Jan 1;31(1):73-9.