

La RCP pré-thérapeutique

ou

Pourquoi prendre le temps de choisir le meilleur traitement avant d'opérer



Dr Emmanuelle Bourbouloux
Dr Isabelle Doutriaux-Dumoulin
Dr Isabelle Jaffré
ICO-Centre René Gauducheau.Nantes

Introduction

- Utilité démontrée des staffs RCP : notamment post-chirurgie : décision des traitements adjuvants.
- Discussion pré-thérapeutique non systématique.
- Or, avantages potentiels d'un staff pré-thérapeutique :
 - **Bénéfice « médical »** : *anticipation*
 - Discussion multidisciplinaire sur dossiers complexes.
 - Revue systématique des dossiers et notamment de l'imagerie.
 - Pas de décision unilatérale prise en consultation.
 - **Bénéfice « psychologique »** : patiente informée avant traitement, d'une conduite à tenir validée par le staff.

Cas clinique n°1

Mastectomie première : la seule option ?

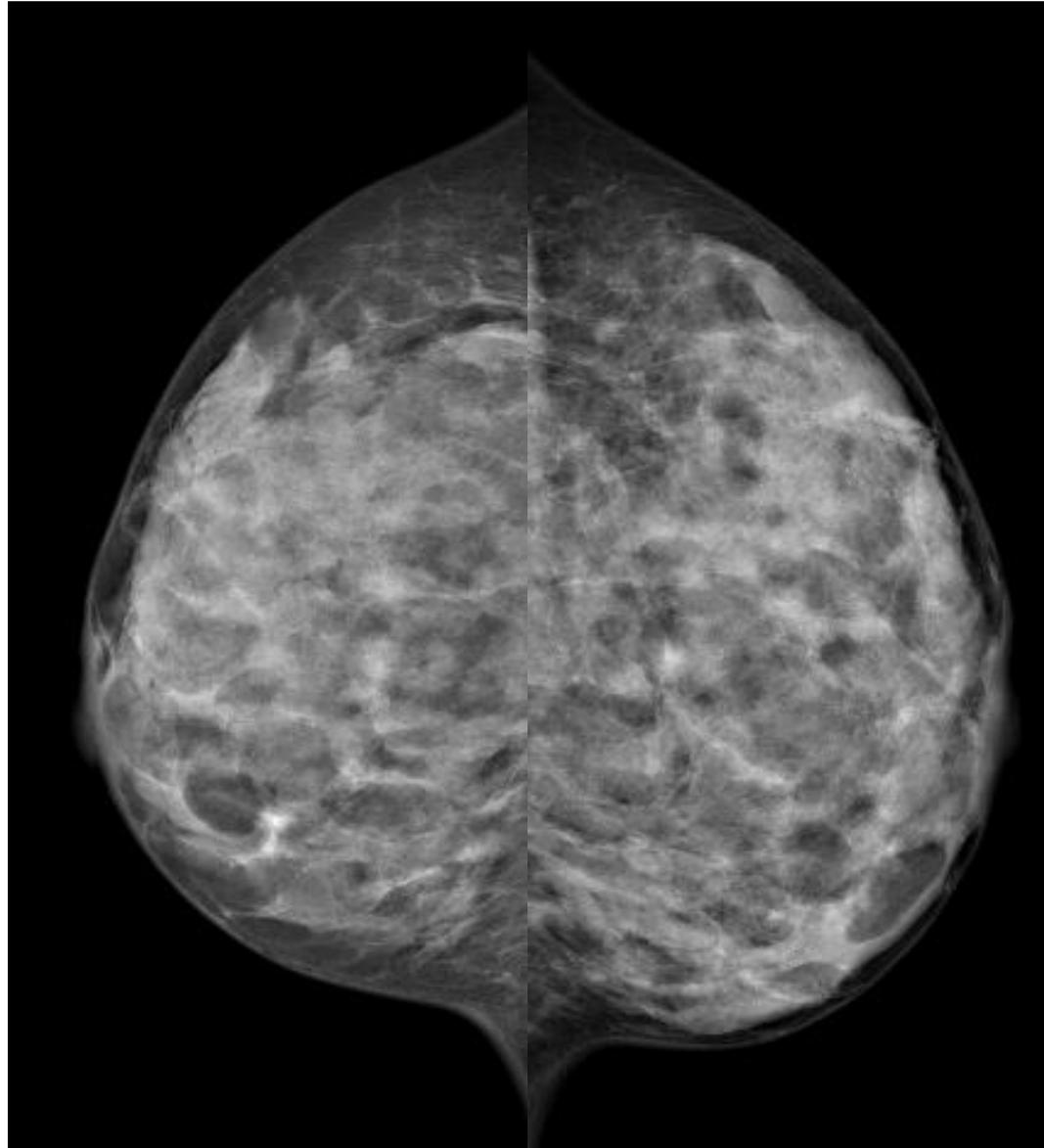
- Intérêt de la chimiothérapie néo-adjuvante en vue d'un traitement conservateur.
- Intérêt des nouvelles techniques chirurgicales : l'oncoplastie.

Mme B... M 48 ans

Masse Quadrant Supéro-Externe sein Gauche

- **ATCD**
 - familiaux
 - 2 cancers du sein au second degré âge diagnostic > 60 ans
 - Gynécologique : 1er grossesse à 24 ans
 - Aménorrhée Sous Miréna
- Tumeur T2 (plus de 2cm) N0
- 85 B

Mammographie : seins denses



Échographie mammaire : ACR5



Microbiopsie échoguidée 16G

Anatomopathologie

- Carcinome canalaire infiltrant
- Grade histopronostique selon Eltson et Ellis estimé à II (3-2/3-1)
- Expression des récepteurs hormonaux : Positifs
- Forte surexpression d'HER2 : résultat positif (3+)
- Composante in situ présente (moins de 5% de la surface tumorale)

⇒ Indication théorique de mastectomie au vu du rapport taille tumorale / volume mammaire

STAFF

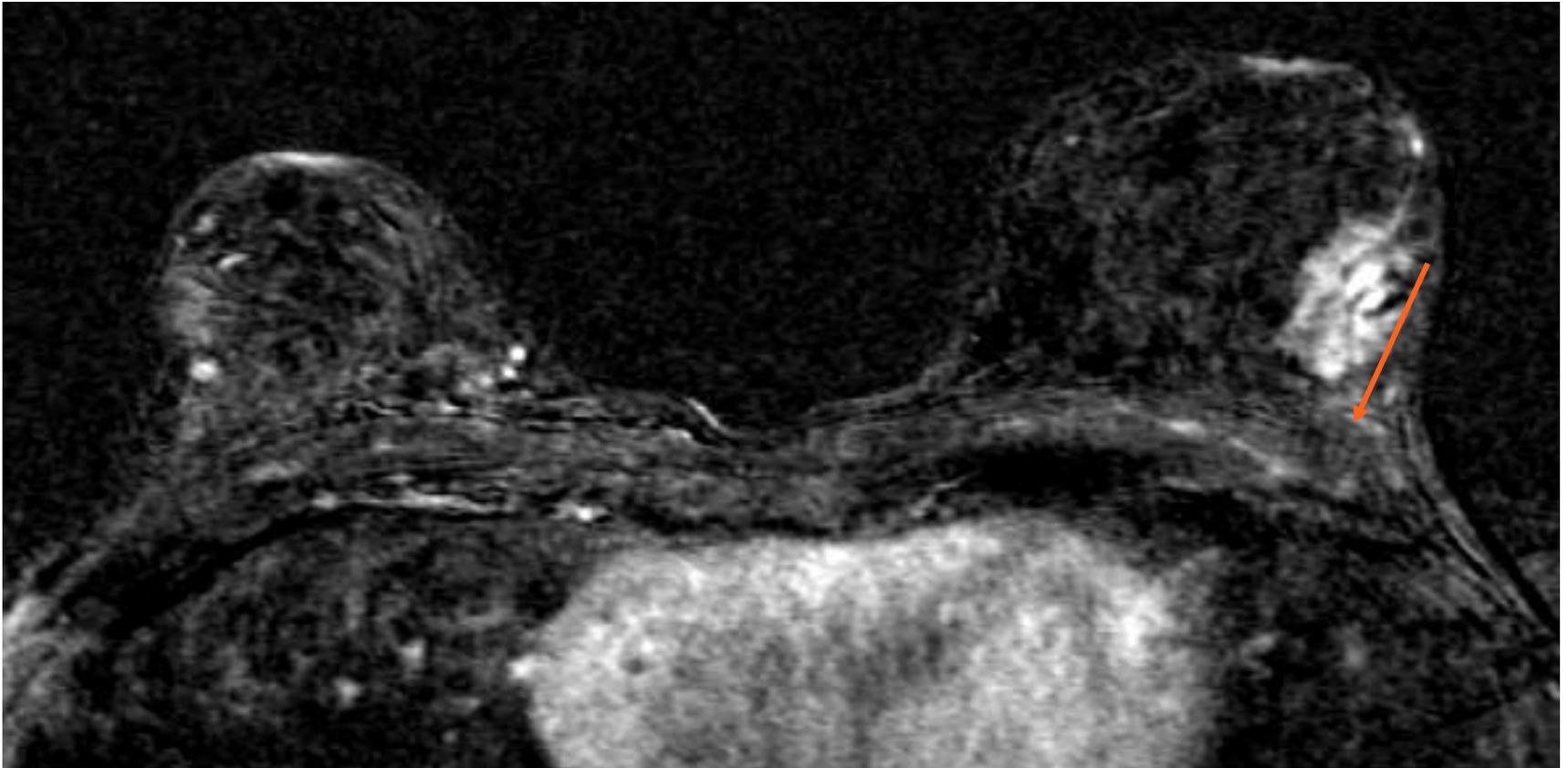
pré-thérapeutique



- T2N0
- Échographie : 30 mm
- 85B
- Anatomopathologie : CCI, SBR II, cerbB2+++

Proposition Staff : chimiothérapie néo-adjuvante pour
réduction du volume tumoral
But : Chirurgie conservatrice

IRM mammaire avant chimiothérapie néo-adjuvante



Lésion unifocale

Chimiothérapie néoadjuvante

- Pour rappel : « anciens » facteurs pronostiques :
 - Grade SBR, Taille tumorale, envahissement ganglionnaire, récepteurs hormonaux, âge.
- Nouvelle classification moléculaire :

Profil Luminal A

RH positifs

Prolifération faible

Profil cerbB2+

Profil Luminal B

RH positifs

Prolifération élevée

Profil triple négatif

RO- RP –

cerbB2-

(dont basal like / carcinome adénoïde kystique, ...)

⇒ Utilité pour le choix des traitements complémentaires

Chimiothérapie néoadjuvante

Objectifs démontrés

- **Rendre opérables des tumeurs non opérables d'emblée.**
- **Permettre un traitement conservateur pour des tumeurs nécessitant une mastectomie d'emblée.**
- **Évaluer précocement la chimiosensibilité de la tumeur.**

Chimiothérapie néoadjuvante

Objectifs non démontrés

- Avoir un impact potentiel sur le contrôle précoce de la maladie micrométastatique et sur la survie sans récurrence et la survie globale.
- Obtenir une réponse complète = améliorer le pronostic.
- PS : augmentation du risque de récurrence loco-régionale.

Chimiothérapie néoadjuvante

Indications

- Indication **formelle** de chimiothérapie néo-adjuvante :
 - Cancer du sein inflammatoire / Tumeurs T4. Indication classique de mastectomie post-chimio quelle que soit la réponse à la chimio.

Classification clinique

Tumeur primitive

Tx: aucune information sur la tumeur
T0: pas de tumeur primitive

T1a: carcinome in situ

T1: tumeur de moins de 2 cm
 T1a: < 0,5 cm
 T1b: 0,5 à 1 cm
 T1c: 1 à 2 cm

T2: tumeur de 2 à 5 cm

T3: tumeur de plus de 5 cm

T4a: tumeur étendue à la paroi thoracique, quelle que soit sa taille

T4b: tumeur étendue à la peau, quelle que soit sa taille: œdème, peau d'orange, ulcération, nodules internes sur le sein

T4c: T4a + T4b

T4d: cancer inflammatoire

Adénopathies régionales

Nx: aucune information sur les adénopathies
N0: pas d'adénopathie régionale

N1: adénopathie homolatérale mobile

N2: adénopathie homolatérale fixée

N3: adénopathie mammaire interne homolatérale

Métastases à distance

Mx: aucune information sur les métastases
M0: pas de métastase

M1: métastase(s) à distance (y compris adénopathie sus-claviculaire)



Chimiothérapie néoadjuvante

Indications

- Indication **théorique** de chimiothérapie néoadjuvante :
 - Cancer opérable d'emblée \geq T2 (soit \geq 2 cm ou taille de la tumeur ne permettant pas de traitement conservateur par rapport au volume du sein).

Classification clinique

Tumeur primitive

Tx: aucune information sur la tumeur
T0: pas de tumeur primitive

Tis: carcinome in situ

T1: tumeur de moins de 2 cm
T1a: < 0,5 cm
T1b: 0,5 à 1 cm
T1c: 1 à 2 cm

T2: tumeur de 2 à 5 cm

T3: tumeur de plus de 5 cm

T4a: tumeur étendue à la paroi thoracique, quelle que soit sa taille

T4b: tumeur étendue à la peau, quelle que soit sa taille: œdème, peau d'orange, ulcération, nodules internes sur le sein

T4c: T4a + T4b

T4d: cancer inflammatoire

Adénopathies régionales

Nx: aucune information sur les adénopathies
N0: pas d'adénopathie régionale

N1: adénopathie homolatérale mobile

N2: adénopathie homolatérale fixée

N3: adénopathie mammaire interne homolatérale

Métastases à distance

Mx: aucune information sur les métastases
M0: pas de métastase

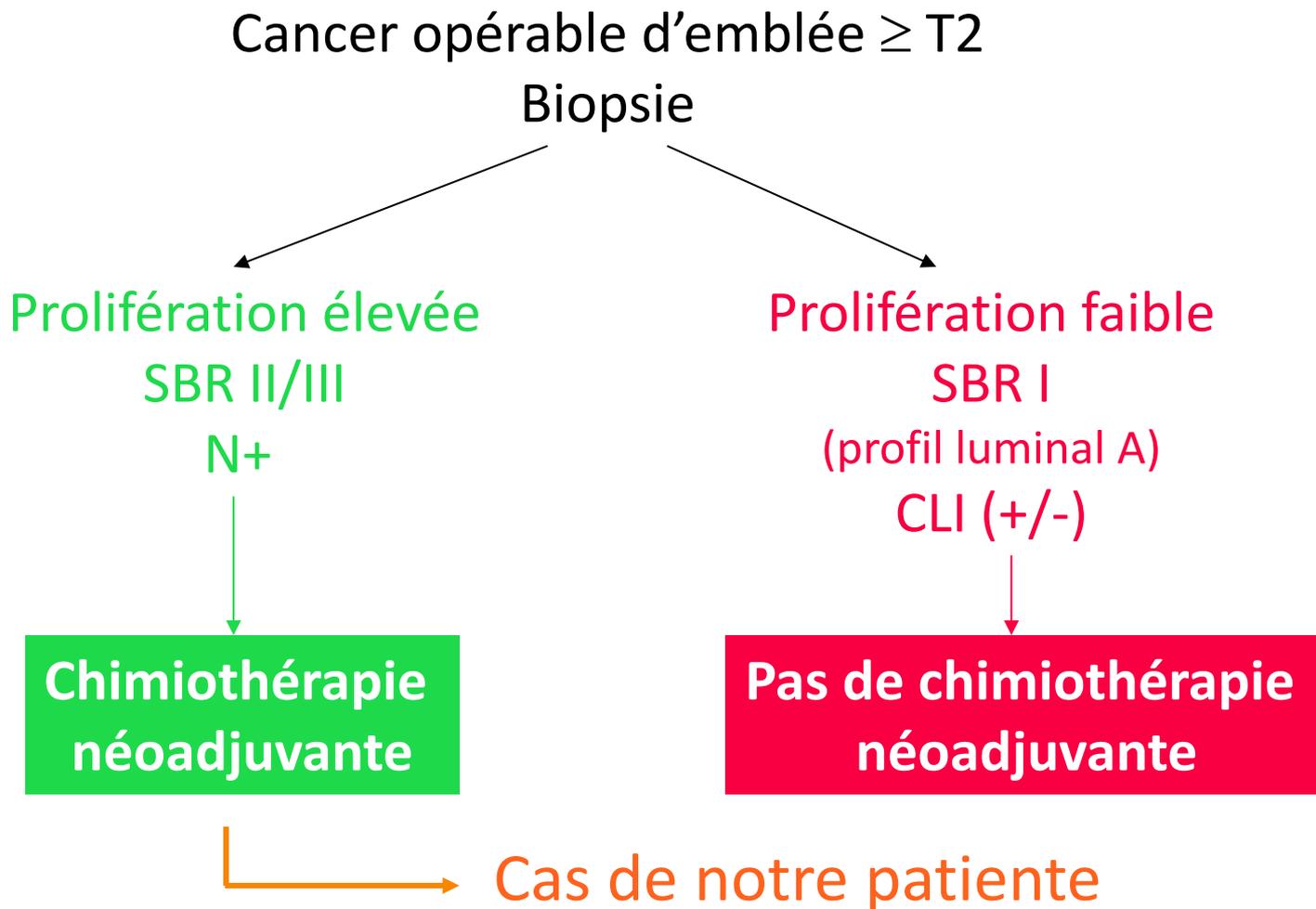
M1: métastase(s) à distance (y compris adénopathie sus-claviculaire)

Mais critère de taille seul non suffisant

⇒ Utilisation des facteurs pronostiques

Chimiothérapie néoadjuvante

Indications



NB : Hormonothérapie néoadjuvante

- **En pré-ménopause :**
 - Non recommandée pour l'instant en routine.
- **En post-ménopause :**
 - Utilisation +++ chez les patientes très âgées, « fragiles » (+/- chirurgie en fonction de la réponse).
 - Utilisation possible chez les patientes plus jeunes, de profil luminal A.
 - Essais en cours.

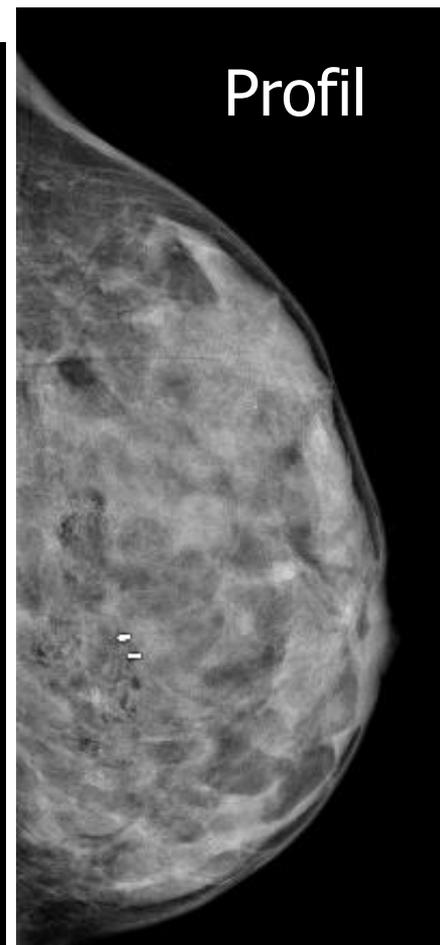
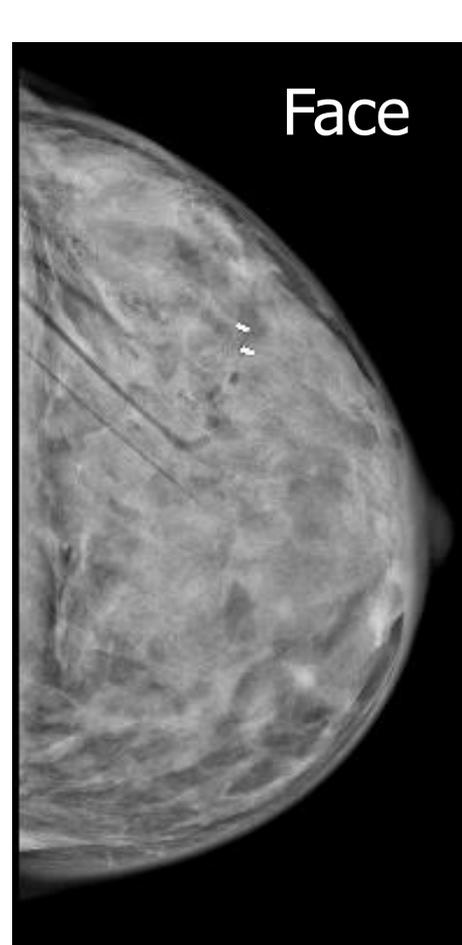
Mme B... M 48 ans

Bilan imagerie à 3 cures

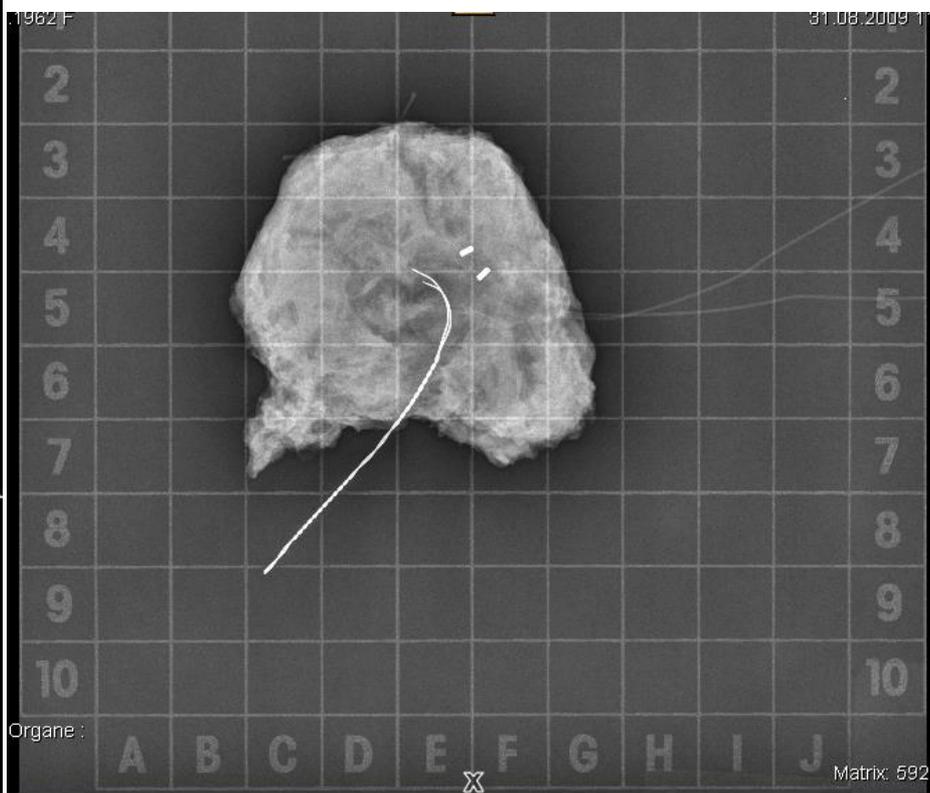
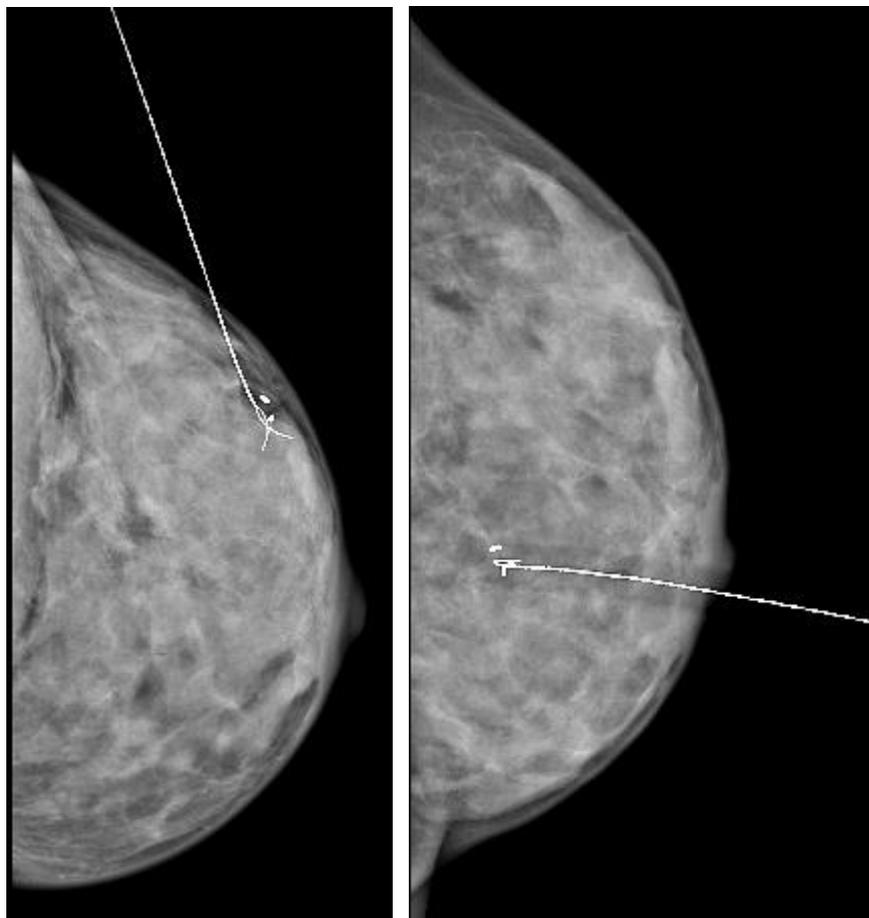
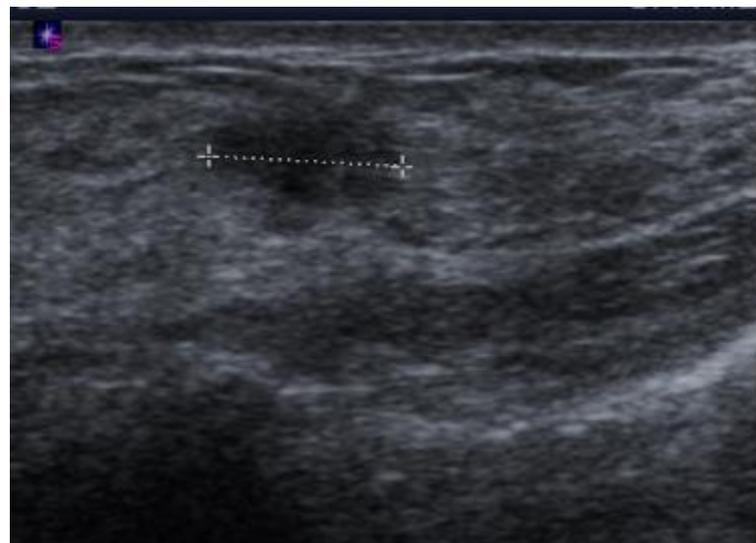


Diminution de la lésion
29 mm \Rightarrow 20 mm

Pose d'un grain d'argent



Repérage pré-opératoire échoguidé



Chirurgie: oncoplastie

Intégration Techniques de chirurgie Plastique

Quand?

Rapport Taille exérèse / Taille du sein

Quadrant à risque de déformation

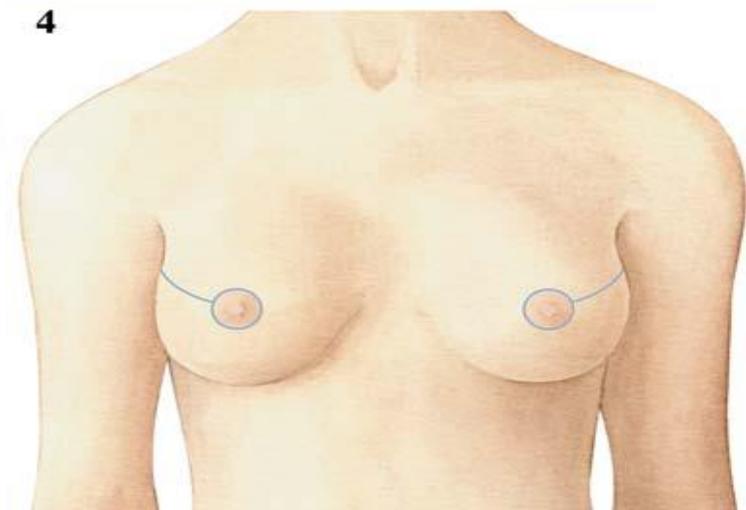
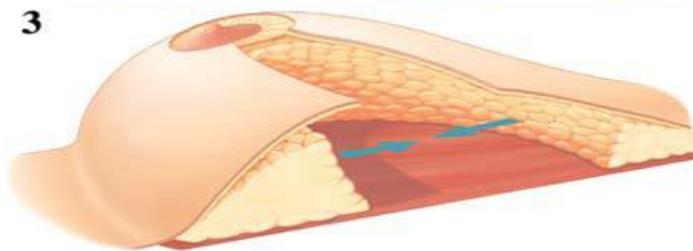
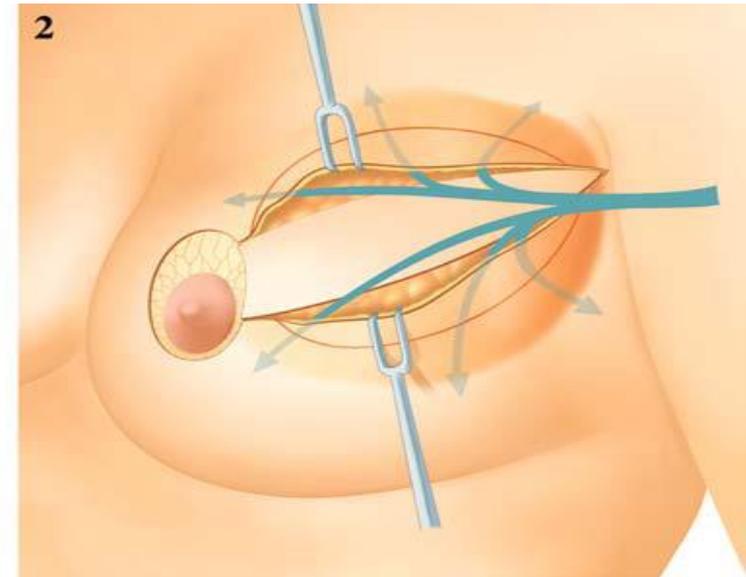
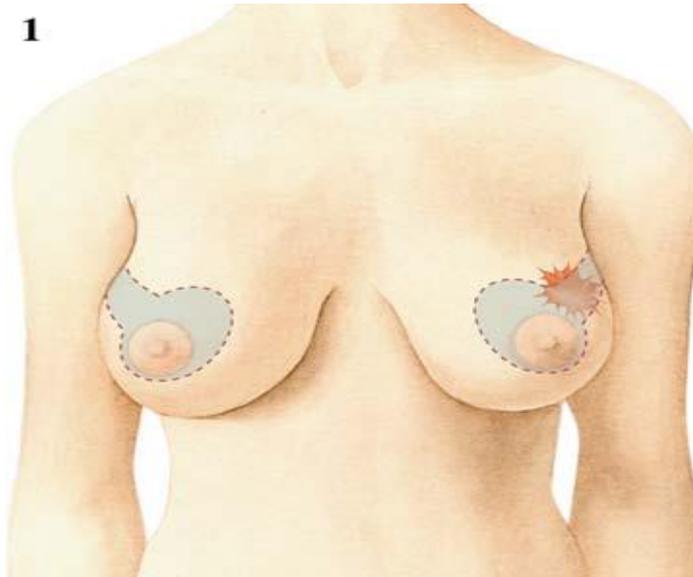
BUT

Étendre Indications de chirurgie conservatrice de qualité:
Marges saines + esthétique

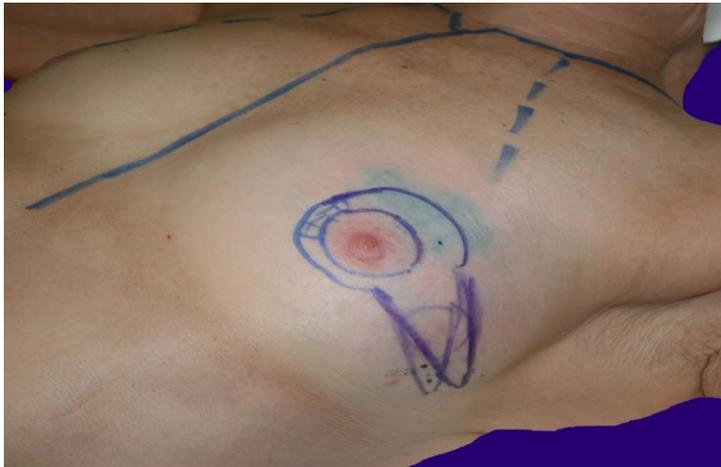
Chirurgie: mauvais résultats esthétiques



Chirurgie: oncoplastie



Chirurgie: oncoplastie



Histologie

- Carcinome canalaire infiltrant
- Taille histologique : 7 mm
- Stade ypT1bN0
- Lésions de carcinome in situ en périphérie
- Marges
 - CCI : 2 mm marge sup et > 10 mm autres marges
 - CIC : > 10 mm toutes les marges

Staff post-thérapeutique

- Chirurgie : validée
- Radiothérapie
- Poursuite Herceptine
- Tamoxifène

⇒ Staff pré-thérapeutique =
mastectomie évitée
chez cette patiente.

Cas clinique n°2

Micro calcifications associées : qu'en faire ?

***Apport d'une relecture
systématique du bilan diagnostique***

Mme Le.... M... 63 ans adressée à la consultation de chirurgie pour prise en charge d'un CCI

- Dépistage cap santé + 44 : ACR4 sein gauche
- TONO
- Compte-rendu de la Mammographie bilatérale
 - Sein gauche :
 - Surdensité irrégulière UQS (8 mm écho) ACR4
 - Présence de calcifications dystrophiques connues stables
- Carcinome canalaire grade I, RH+

Indication théorique de
Tumorectomie après repérage échographique + GAS

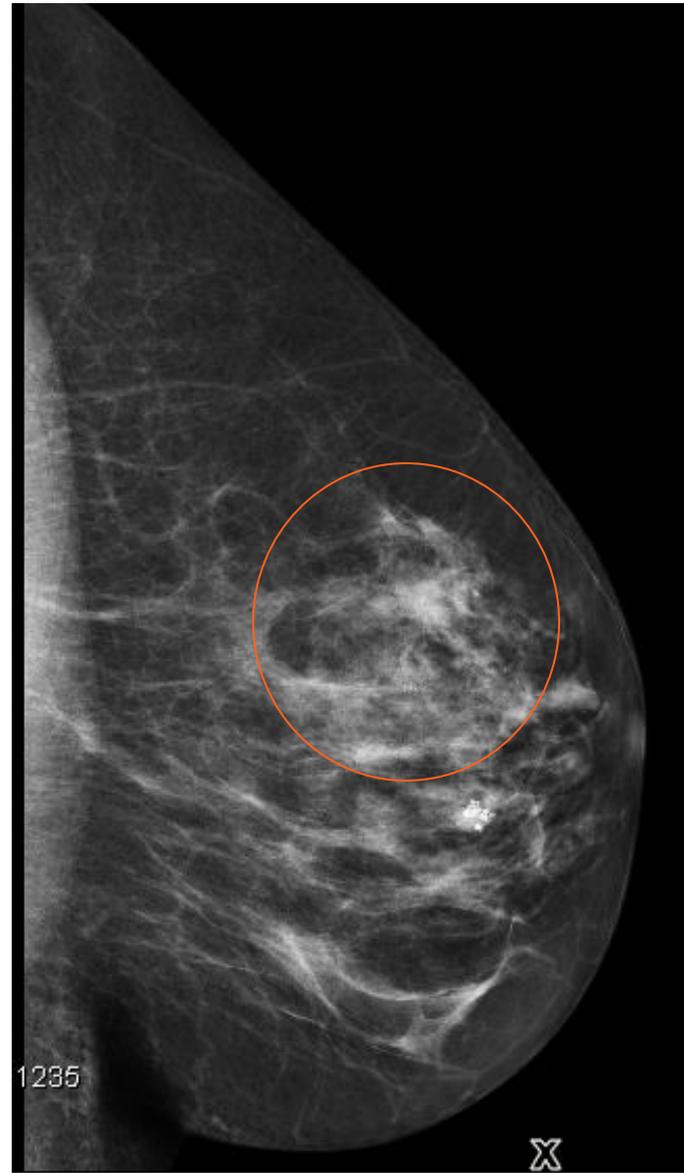
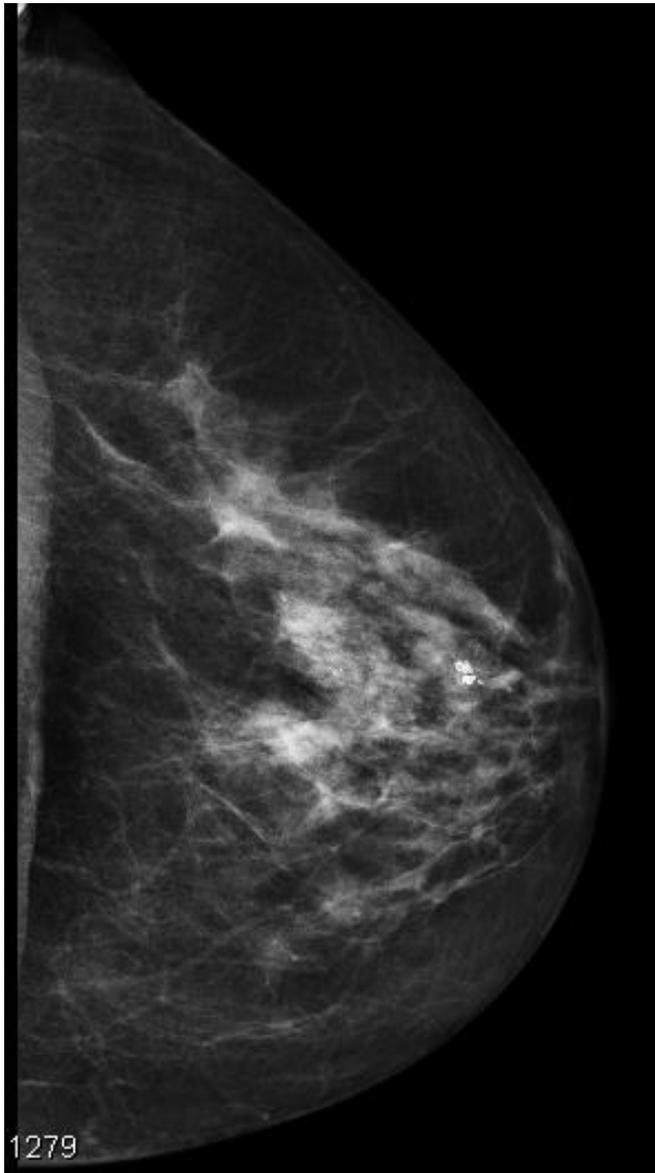
STAFF pré-thérapeutique n°1



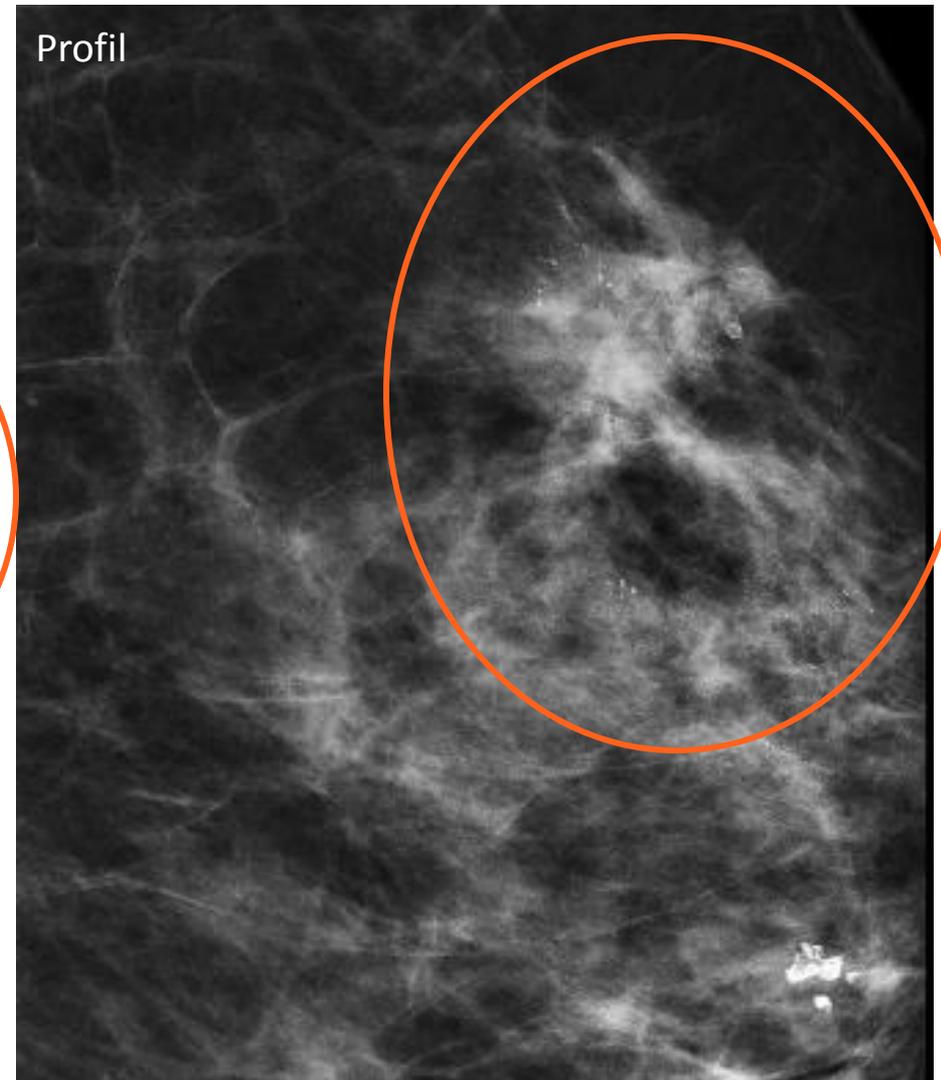
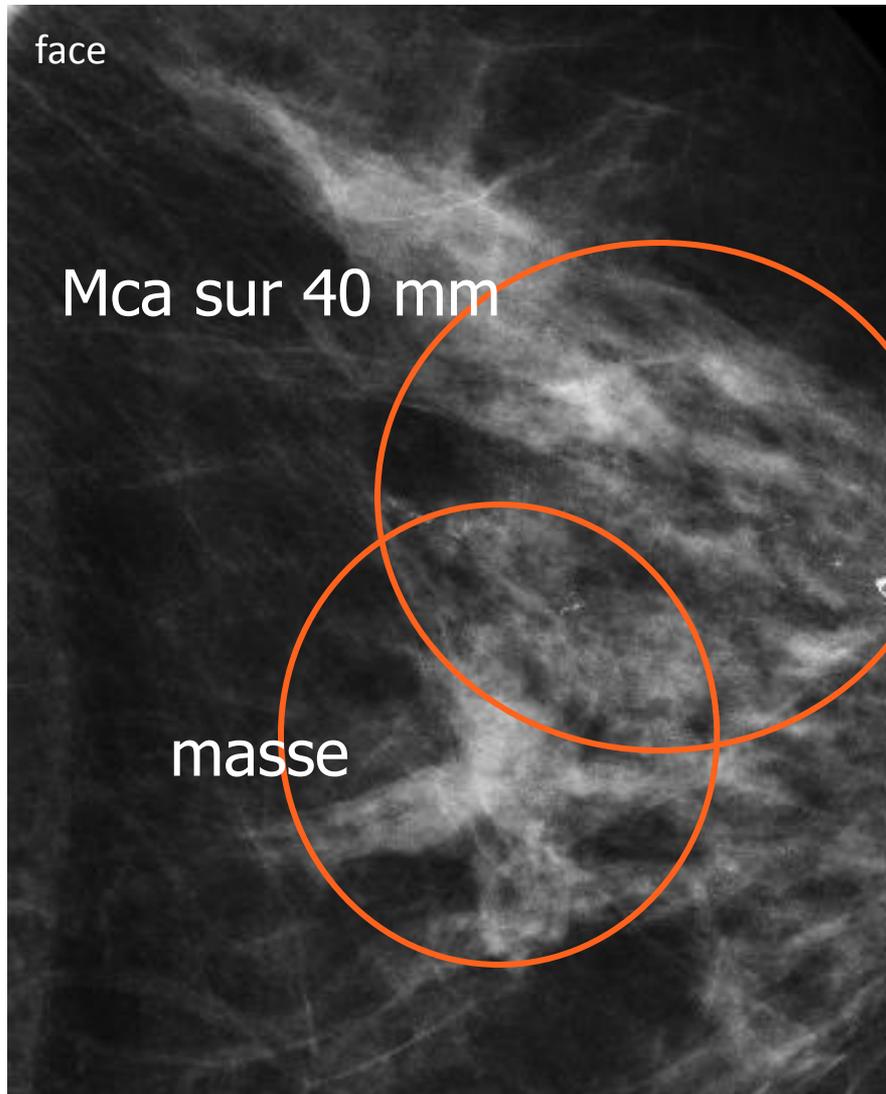
- Relecture du bilan mammographique externe
 - Masse union quadrant supérieur gauche
 - Taille échographique : 8 mm
 - Présence de microcalcifications suspectes homolatérales

Proposition Staff : Clichés complémentaires
But : caractérisation des microcalcifications

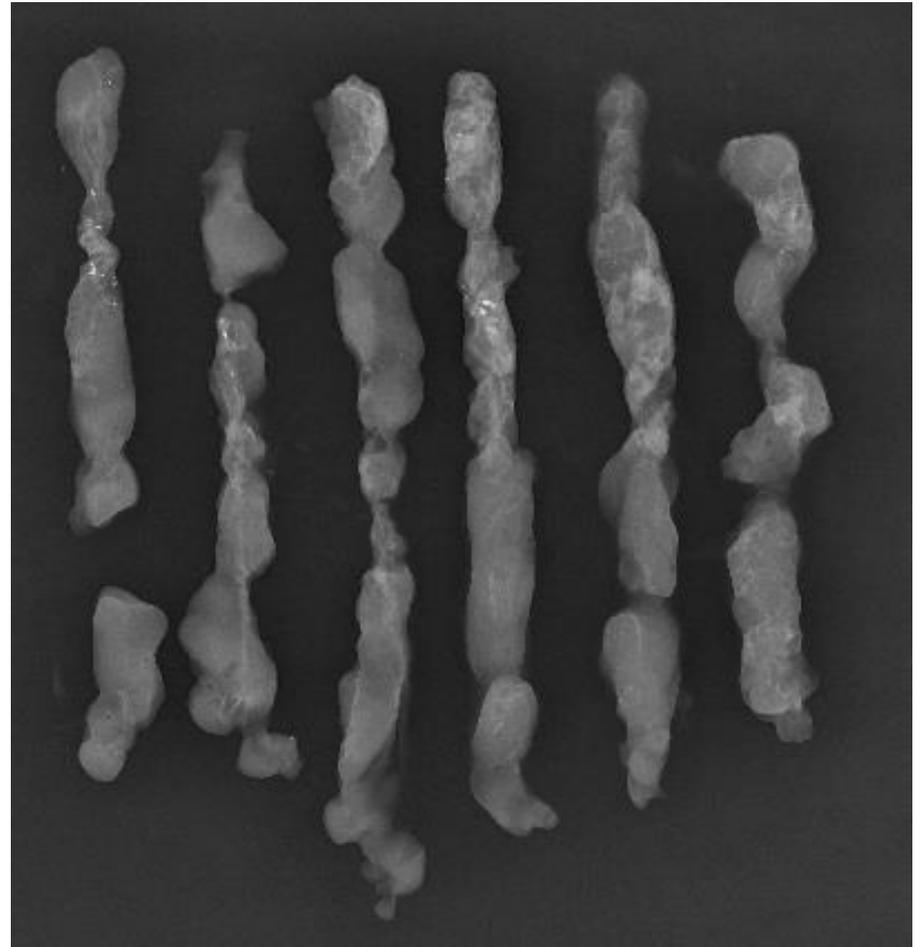
Mammographie gauche complémentaire



Clichés agrandis et concordance écho/mammographie



Macrobiopsies Assistées par Aspiration



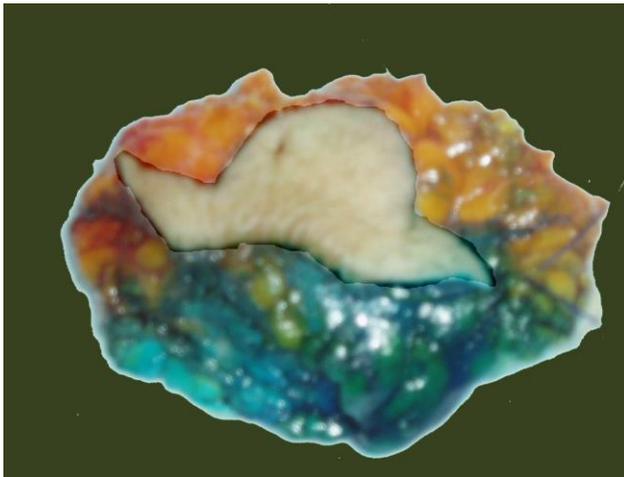
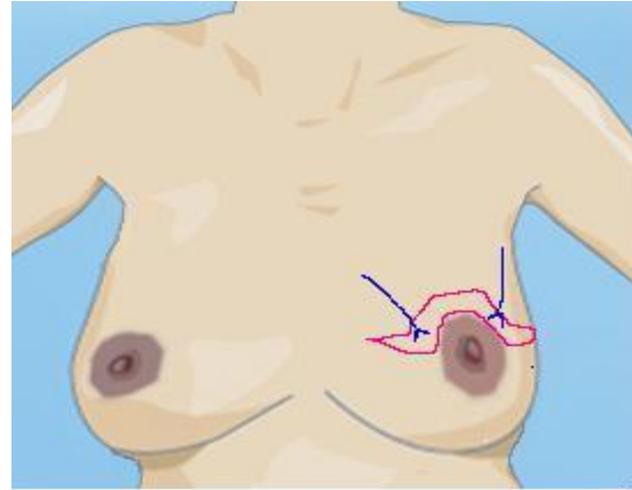
STAFF pré-thérapeutique N°2



- Macrobiopsie microcalcifications
 - CIC bas grade
- Taille globale
 - CCI : 8 mm
 - CIC : microcalcifications = 40 mm
- Volume sein : 95C

Proposition Staff : chirurgie de type oncoplastie
double repérage stéréotaxique + GAS

Chirurgie: oncoplastie



Histologie

- Carcinome canalaire infiltrant, SBR I, RH+
- Taille histologique : 7 mm
- Carcinome in situ extensif
- Taille totale 52mm
- Marges
 - Carcinome in Situ : > 5 mm toutes les marges

Recommandations marges d'exérèse

RPC St Paul de Vence
2011

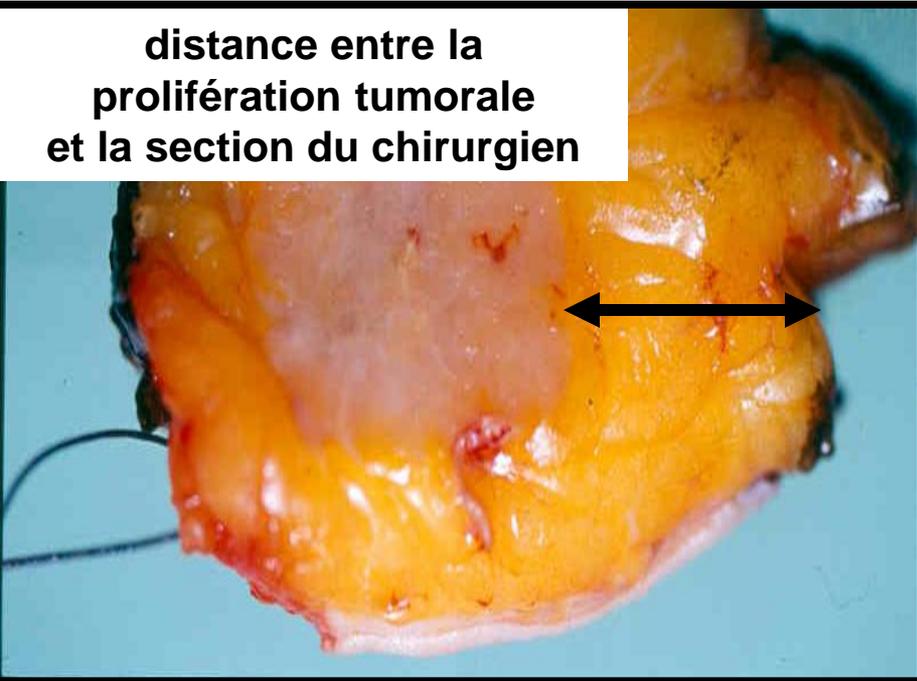
CCI+ CIS:

Réexcision si berge ***atteinte***

CIS:

Réexcision **en option** si marge
 $\leq 2\text{mm}$ en fonction des autres
FDR Récidive Locale

distance entre la
prolifération tumorale
et la section du chirurgien



Staff post-thérapeutique

- Chirurgie conservatrice : validée
- Radiothérapie
- Hormonothérapie

⇒ Staff pré-thérapeutique =
Anticipation chirurgie conservatrice étendue

Cas clinique n°3

IRM pré-thérapeutique : quand ?

Mme P.... S....50 ans

adressée à la consultation de chirurgie pour prise en charge d'un Carcinome Lobulaire Infiltrant

- Dépistage cap santé + 44 : ACR 5 sein droit
- ATCD : RAS
- TONO; 8 mm
- Histologie :
 - carcinome de type lobulaire
 - SBR II (3-2-1)
 - RH+ ; HER2 -



STAFF pré-thérapeutique

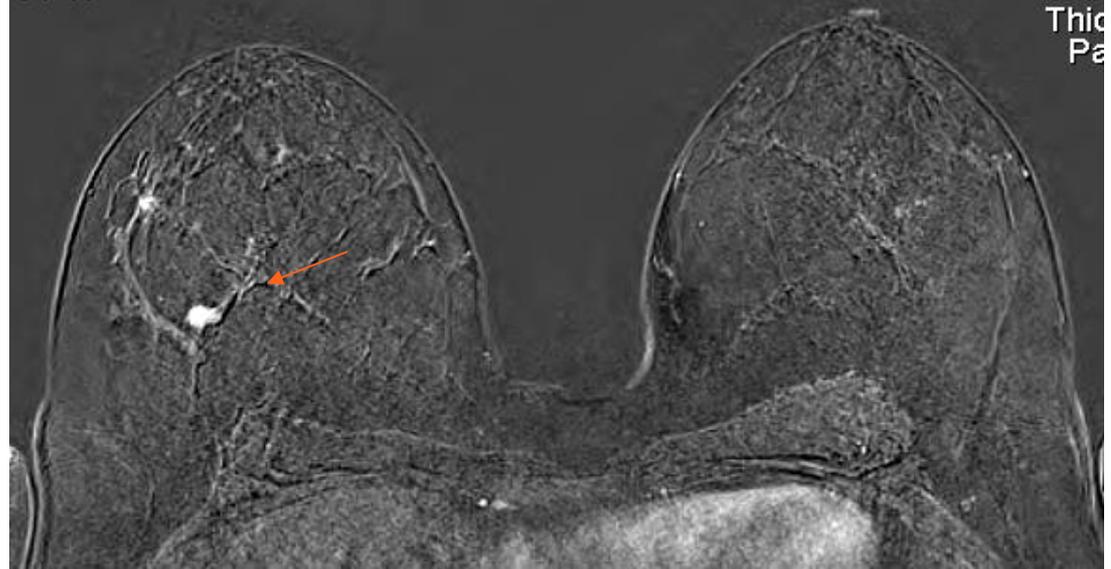
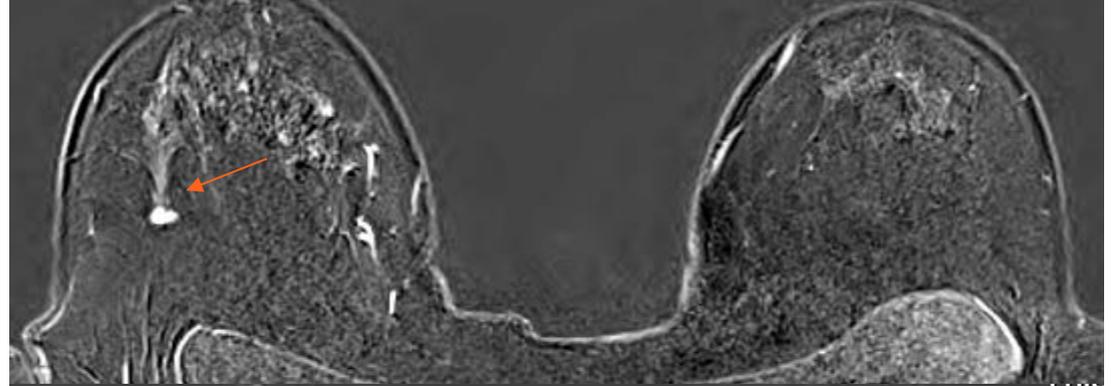
- Carcinome lobulaire infiltrant
- TONO
- Relecture bilan mammographique externe
 - Seins denses
 - Taille échographique : 8 mm

Proposition Staff : Indication d'IRM mammaire
But : recherche multifocalité

IRM mammaire

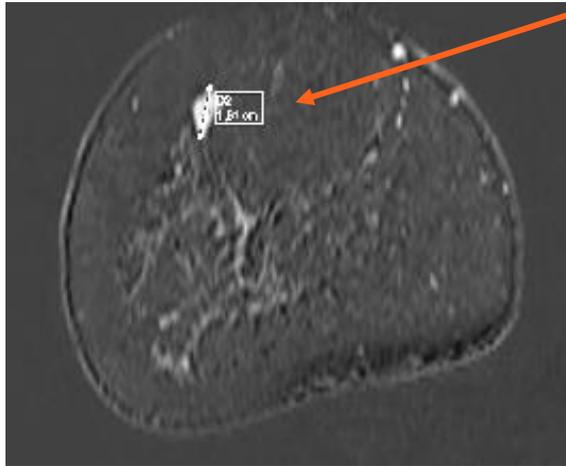


WW: 374WL: 176

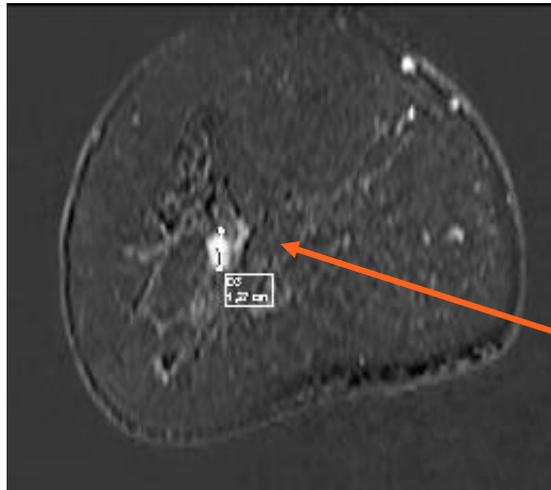
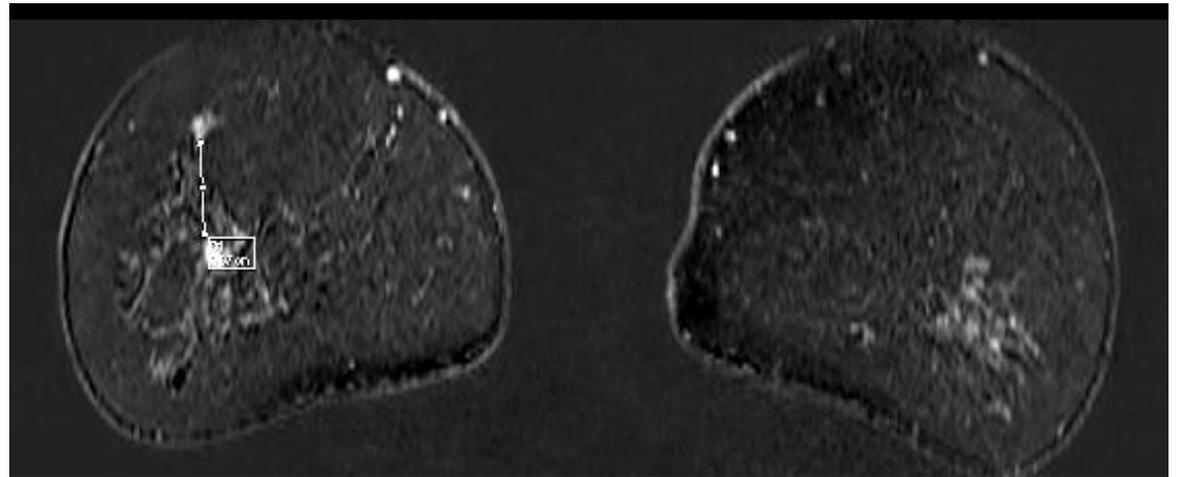


IRM mammaire

ACR 6 biopsié : CLI

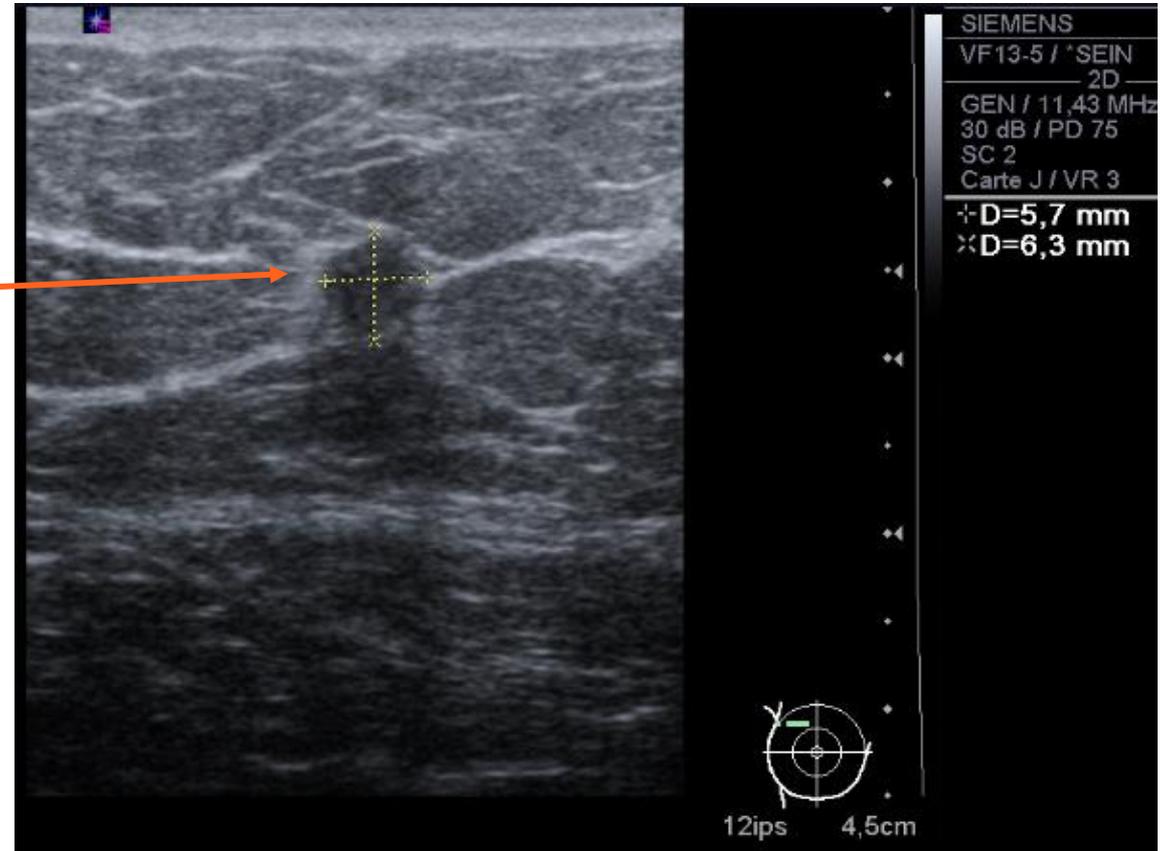
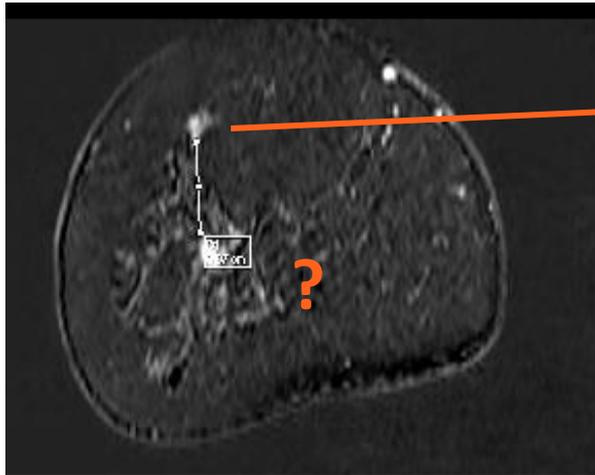


Distance 30 mm



ACR 5 ???

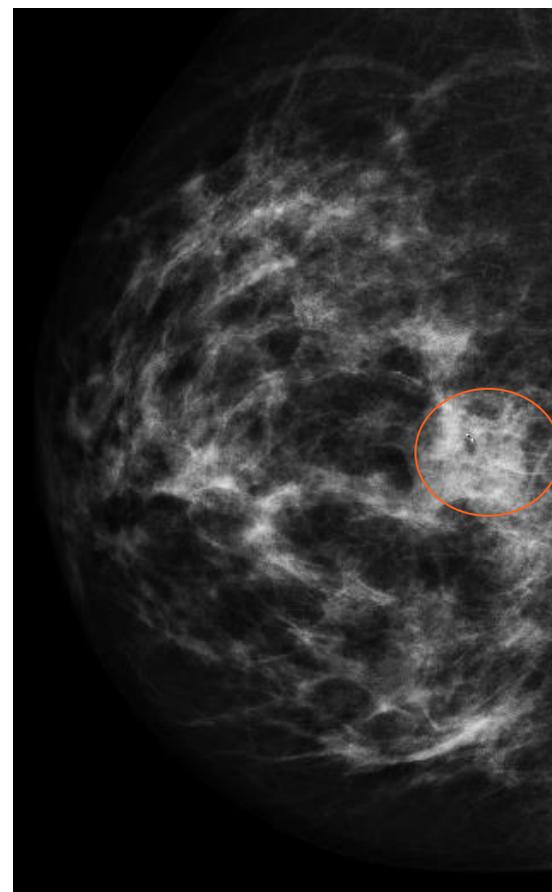
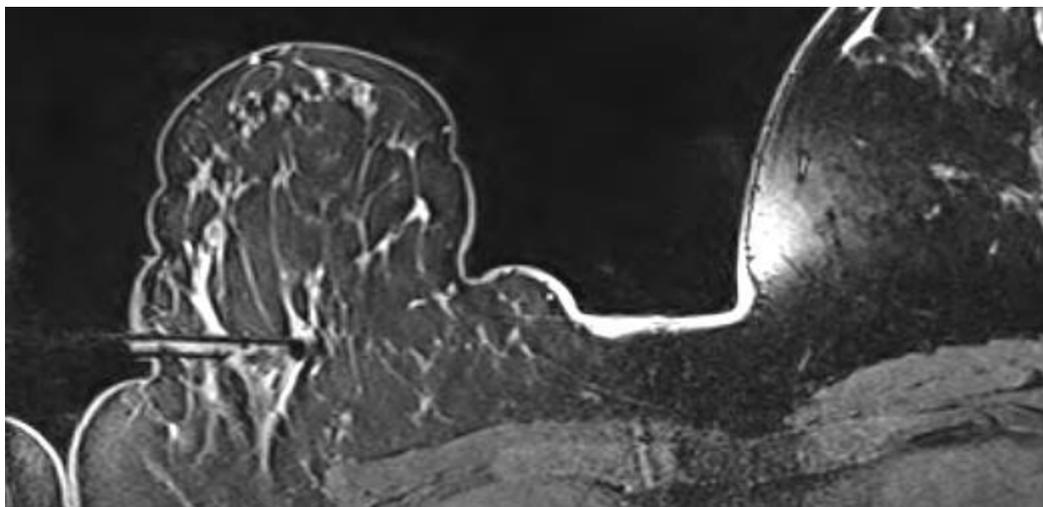
Échographie ciblée



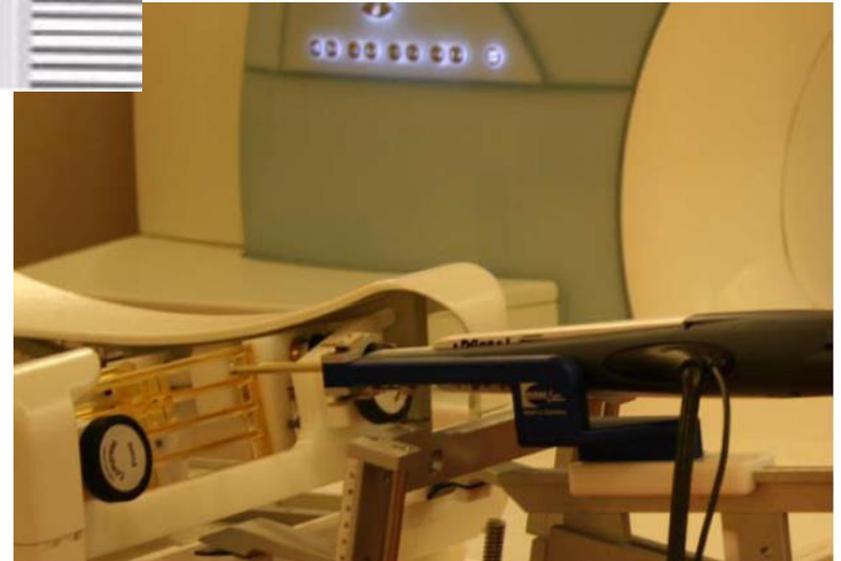
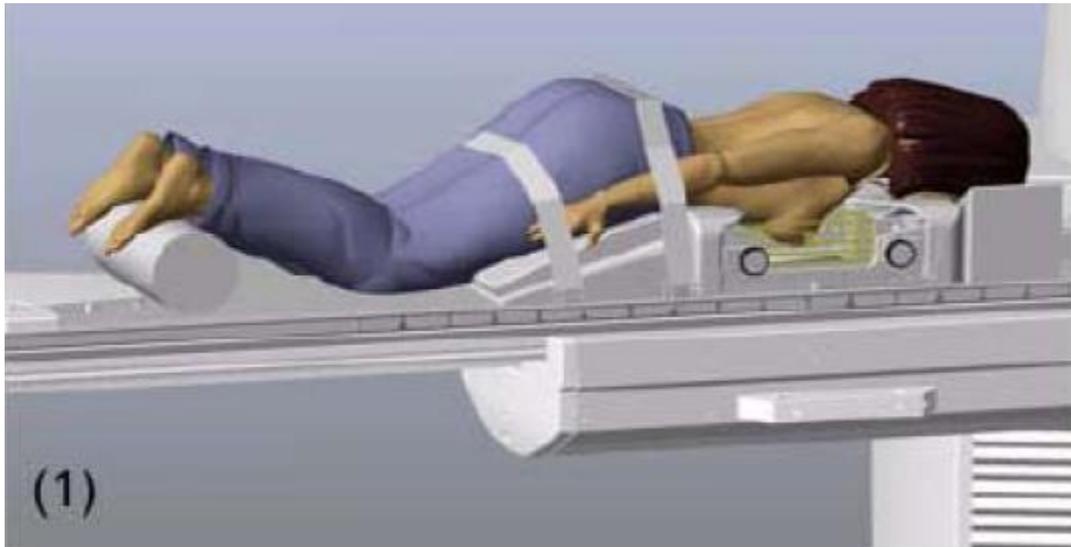
Échographie ciblée ou second look : Permet de retrouver à postériori 50% des lésions IRM additionnelles

Biopsie sous IRM

- Si échographie négative ou non contributive
 - Biopsie sous IRM + pose clip



Biopsie sous IRM



STAFF pré-thérapeutique N°2



- IRM : lésion multifocale
 - Lésion supérieure : CLI
 - Lésion inférieure : CLI
 - Au moins 2 masses ACR 5 IRM
- Volume sein : 90 D

Staff : Proposition 1 : mastectomie + curage
Proposition 2 : chirurgie oncoplastie

Histologie

- *Sur pièce de mastectomie:*
- Carcinome lobulaire infiltrant multifocal : au moins 3 foyers dispersés dans le QSE
- Foyer principal: 11mm

IRM et bilan pré-opératoire indications

- Une IRM systématique n'est pas recommandée
 - » *niveau de preuve 1, niveau de recommandation A*
- Sous groupes particuliers
 - Carcinome lobulaire infiltrant
 - Patiente à haut risque (BRCA1 ou 2 ou RC > 20%)
 - » *niveau de preuve 1, niveau de recommandation A*

IRM et bilan pré-opératoire indications

- Discordance entre taille clinique, mammographique et échographique > 10 mm avec impact attendu sur la décision thérapeutique
 - » *niveau de preuve 2, niveau de recommandation B*
- Cancer clinique avec mammographie-échographie ACR 1- 2
- patiente jeune de moins de 40 ans
- patiente opérable avec chimiothérapie néo-adjuvante préconisée
 - » *Avis d'expert*

IRM et bilan pré-opératoire

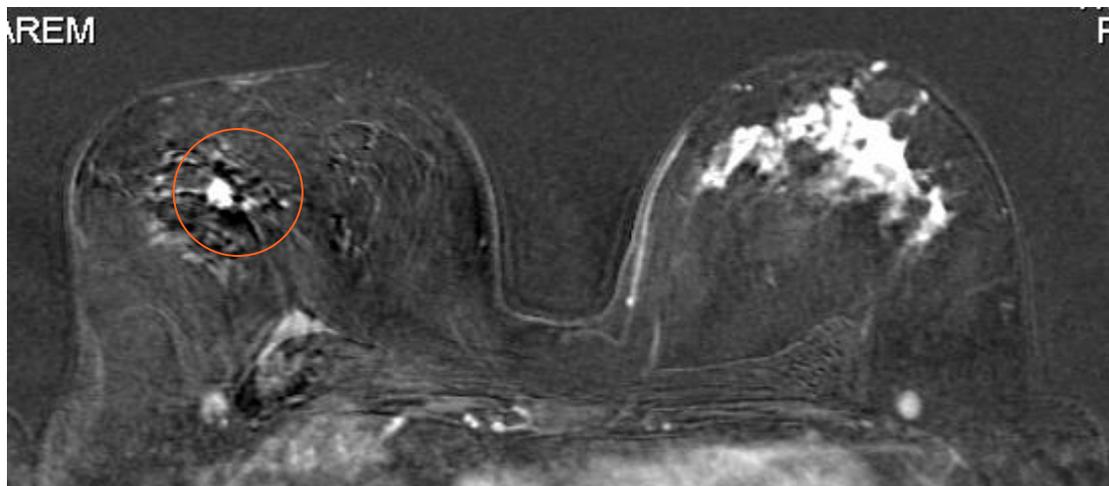
Bonnes pratiques

- Information de la patiente sur les bénéfices et inconvénients de l'IRM mammaire : sensible mais peu spécifique
- Preuve histologique des lésions surnuméraires détectées par l'IRM afin de planifier une chirurgie optimale
 - » niveau de preuve 1 , niveau de recommandation A
- Disponibilité d'un équipement de prélèvements sous IRM
 - » niveau de preuve 1, niveau de recommandation A
- Validation des modifications dans la prise en charge thérapeutiques par une équipe multidisciplinaire
 - » opinion d'expert

Mme M... 39 ans, T3 N1 G ACR 6 sein gauche (CCI)

Discordance entre taille clinique, mammographique et échographique

IRM pour évaluation de la taille lésionnelle avant chimiothérapie néo-adjuvante



IRM : Masse sein Dt ACR 5
Échographie second look –
Biopsie sous IRM + clip

| Carcinome infiltrant controlatéral

Cas clinique n°4

Multicentricité, bilatéralité
y penser toujours !

Mme Ba... F... 60 ans

adressée pour prise en charge d'un CCI sein Droit

- ATCD : Obésité morbide, DNID, impotence fonctionnelle,
- TONO
- Relecture du CR de la mammographie
 - 2 lésions QSE droit
 - 14 mm : CCI
 - 9 mm : bénin : papillome
- 120 E

Indication théorique de Tumorectomie+ GAS
après double repérage échographique

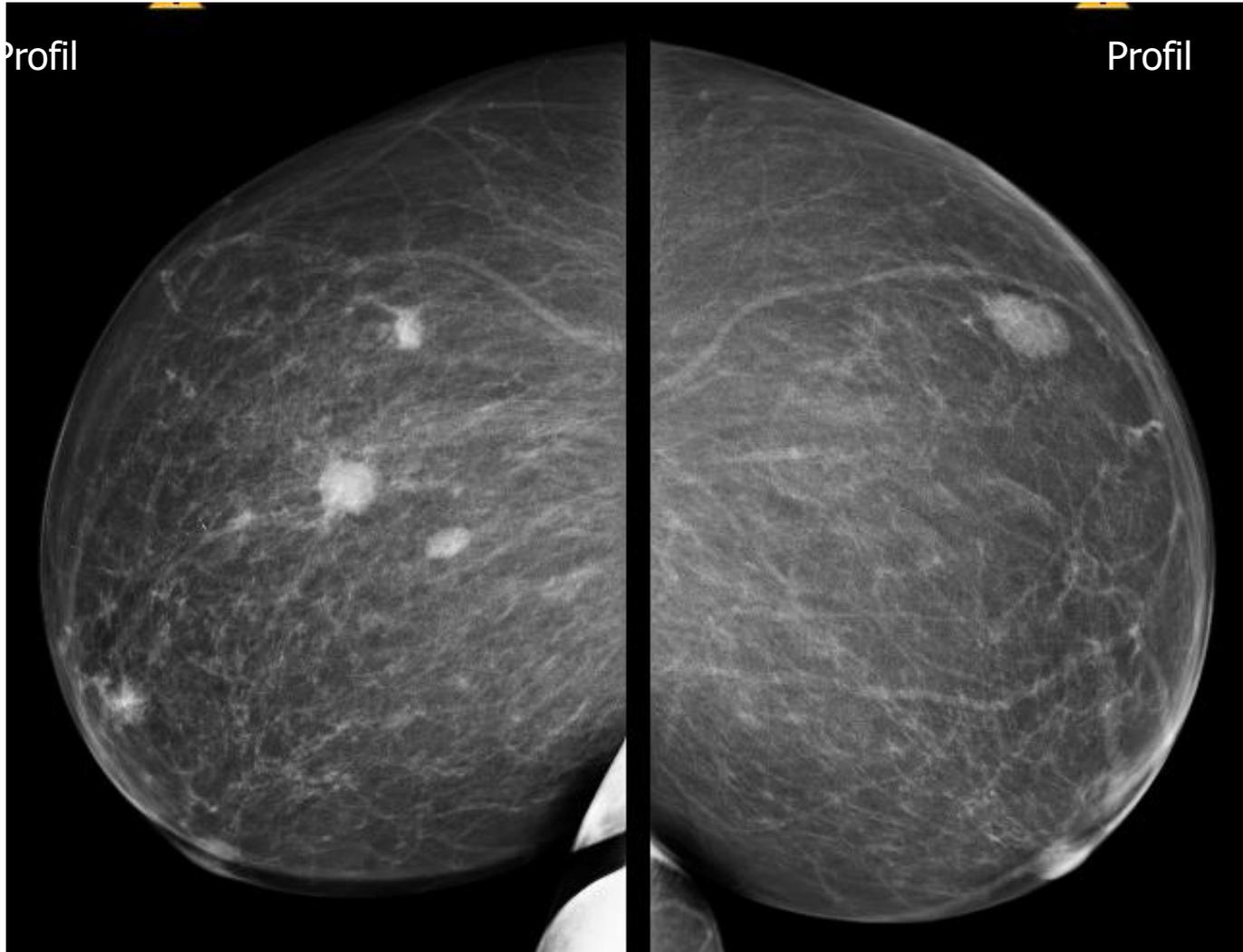
STAFF pré-thérapeutique



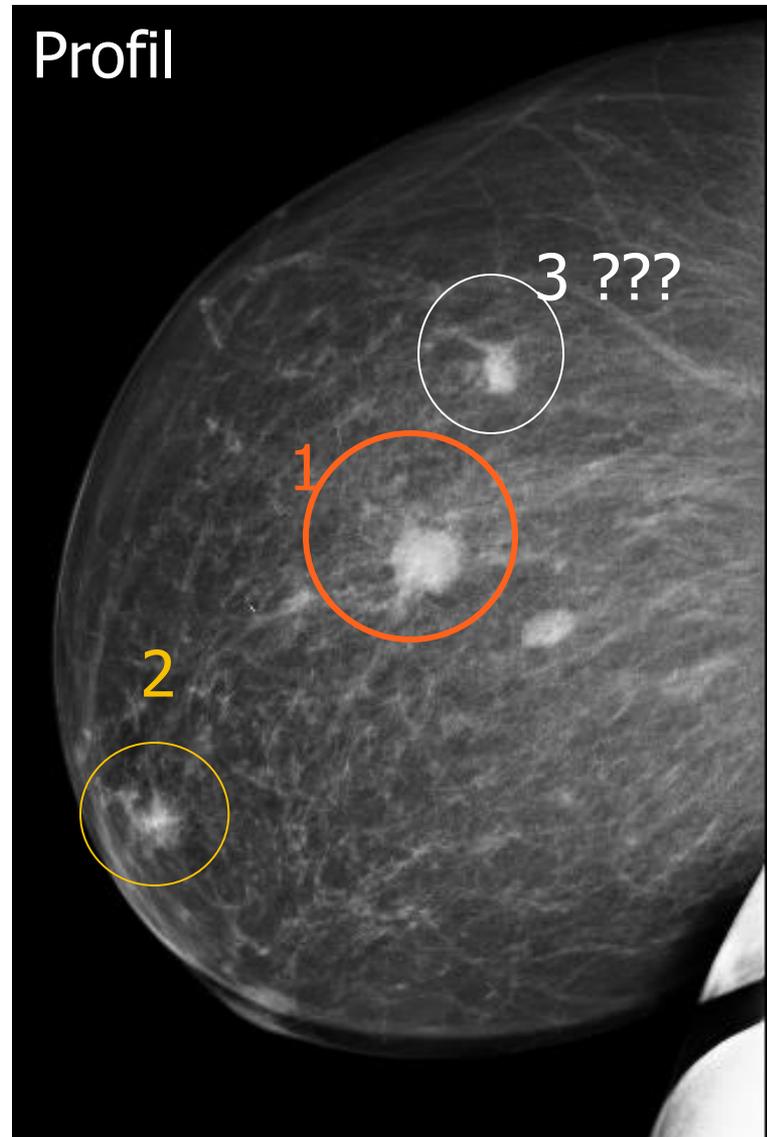
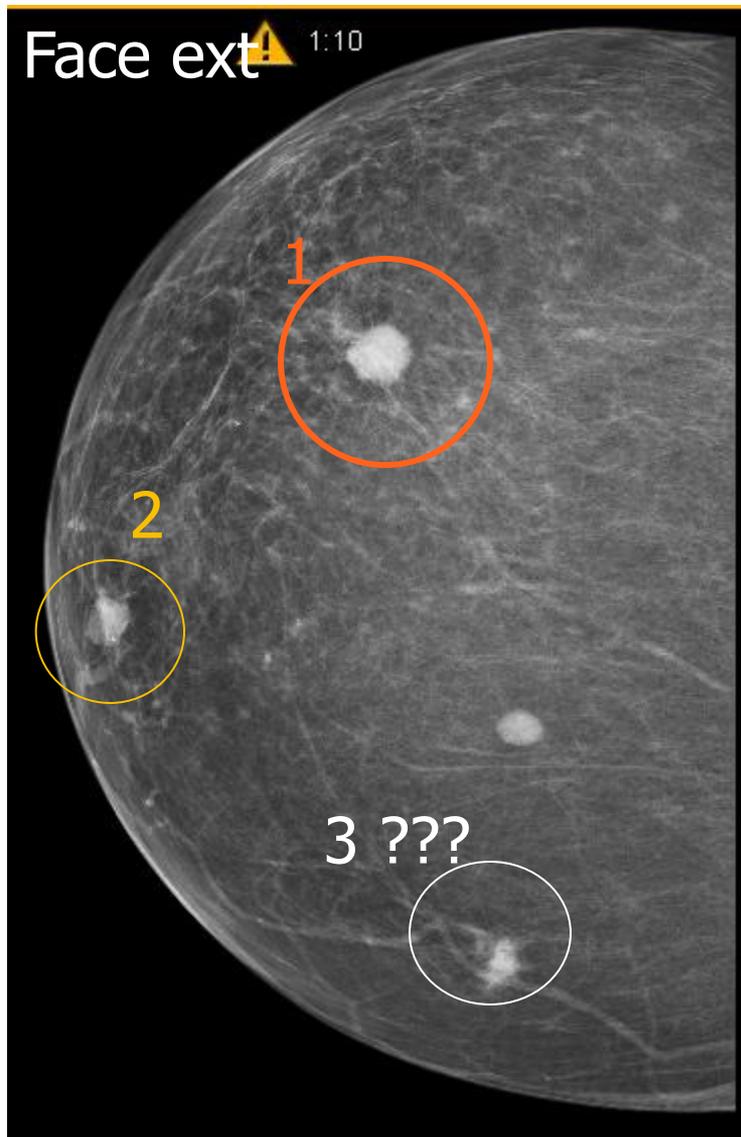
- Relecture du bilan mammographique externe
 - Doute sur masse de topographie interne suspecte

Proposition Staff :
bilan mammographique complémentaire
But : recherche multicentricité

Mammographie : clichés profil



Mammographie sein droit : face et profil



Échographie

1

QSE D ACR 6
Carcinome

SIEMENS
VF13-5 / 'SEIN
2D
GEN / 11,43 MHz
30 dB / PD 75
SC 2
Carte J / VR 3
+D=10,5 mm
×D=10,8 mm

3 ???

SIEMENS
VF13-5 / 'SEIN
2D
GEN / 11,43 MHz
30 dB / PD 75
SC 2
Carte J / VR 3
+D=8,0 mm

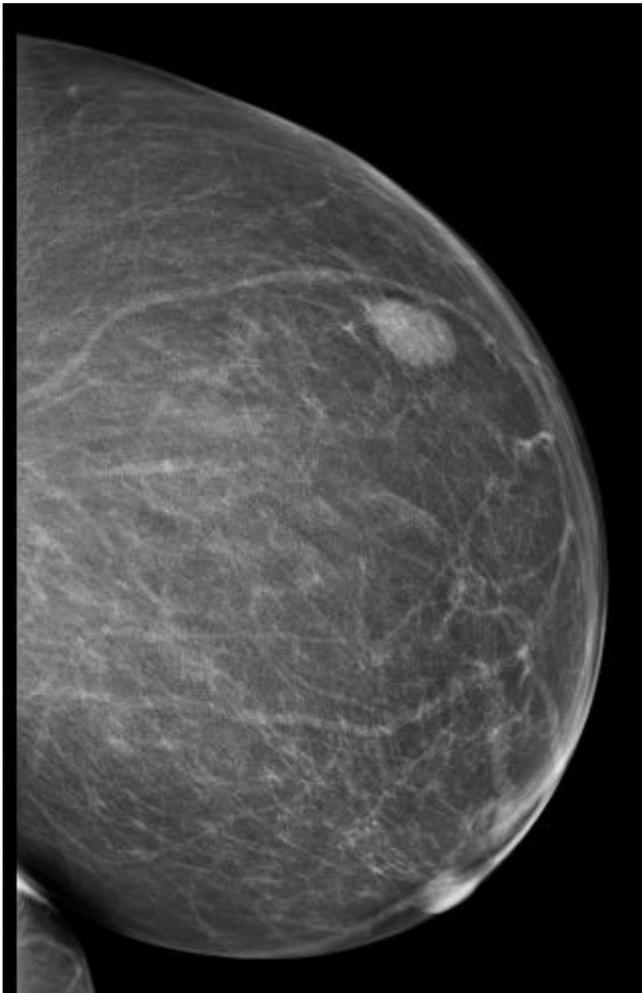
2

UQS D ACR 6
papillome

SIEMENS
VF13-5 / 'SEIN
2D
GEN / 11,43 MHz
30 dB / PD 75
SC 2
Carte J / VR 3
+D=12,1 mm
×D=8,4 mm

Quadrant supéro-interne
CCI grade I
Distance 20cm

Sein gauche



Histologie bénigne

STAFF pré-thérapeutique N°2



- Lésion carcinomateuse bicentrique
 - Q Sup Externe : Carcinome canalaire infiltrant
 - Q Sup Interne : Carcinome canalaire infiltrant

***Proposition Staff* : mastectomie + curage**

TTT conservateur et multifocalité/centricité

Multifocalité:

Au moins 2 lésions séparées dans le même quadrant

Multicentricité:

Au moins 2 lésions séparées dans des quadrants différents

TTT conservateur et multifocalité/centricité

RPC St paul de Vence 2011

TTT conservateur = **alternative** au TT radical **SI**:

Bilan d'imagerie complet avec distance entre les lésions

« Breast limited extent » : 40 mm

Information de la patiente

Quadrantectomie en berges non atteintes

Merci de votre attention
et
de vos questions....