



OPTIMISATIONS EN 2012
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

CANCER DU SEIN INFRACLINIQUE REVELE PAR DES METASTASES AXILLAIRES

Véronique VAINI-COWEN

Polyclinique du Parc RAMBOT

Aix-en-Provence

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

OPTIMISATIONS EN 2012
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

- Toutes les adénopathies axillaires :
- Bénignes: ganglion infra-centimétrique, mobile, volume stable, « banal », causes infectieuses, souvent porte entrée M Sup
- TOUT GANGLION PALPE N'EST PAS PATHOLOGIQUE
- Malignes : lymphome +++ adp isolées
- Autres cancers : adp et métastases

TUMEURS DU PROLONGEMENT AXILLAIRE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL LE PLUS FRÉQUENT

- Tumeur très externe
- Cyto ou biopsie : cellules lymphoïdes

SAUF SI ENVAHISSEMENT MASSIF DES
STRUCTURES GANGLIONNAIRES

**DEFINITION: adénopathie axillaire
métastatique d'un carcinome mammaire
occulte**

ADENOPATHIE AXILLAIRE : non prolongement axillaire
mammaire

METASTATIQUE: non cancer primitif type lymphome

CARCINOME: anatomo-pathologie obligatoire

OCCULTE: clinique, radiologie négatifs

INTRODUCTION

- T0 N+ M0
- Rares : 0.1 à 1 % des cancers du sein
- Pic d'incidence vers 55 ans
- Histoire familiale dans 20 à 30 % des cas
- 1907 : 1ers cas Halsted
- 1909 : Cameron préconise la mastectomie



OPTIMISATIONS EN 2012
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

ORIGINE DU CANCER

UNE ADENOPATHIE AXILLAIRE ISOLEE
METASTATIQUE D' UN ADENOCARCINOME
CHEZ UNE FEMME EST LE PLUS SOUVENT
LIEE A UN CANCER DU SEIN

DIAGNOSTIC DE CERTITUDE

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

- Ponction à l'aiguille ? simple avec étalement sur lame pour étude cytologique
- Biopsie sous échographie en fonction des conditions locales +++
- Biopsie chirurgicale (taille , persistance) puis curage axillaire dès le diagnostic certain

DIAGNOSTIC D ORIENTATION ETIOLOGIQUE

- Mammographie bilatérale
 - Echographie mammaire bilatérale
 - IRM mammaire +++
 - Pet-scan: élimine un primitif autre mais inutile pour le sein quand écho-mammo négatifs
- } Négatifs par définition

INTERET DE L'IRM

- Plusieurs études:
Etude de OREL : 86% des T retrouvées
Etude Australienne : 85 %
Etude OLSON: 70 %
- Mastectomie pour 5/12p avec IRM négative :
aucune lésion décelée

**RENTABILITE DE LA MASTECTOMIE FAIBLE SI IRM
NEGATIVE**

INTERET DU PET SCANNER

- Données faibles
- T primitive retrouvée dans les carcinomes sans porte d'entrée : 8 à 50 %
- Faux positifs : 20 %
- Comment repérer la lésion ?

NON RECOMMANDÉ DE FAÇON SYSTÉMATIQUE

QUELLES QUESTIONS SE POSER?

- 1-La tumeur primitive est-elle mammaire ?
- 2-Mastectomie ou pas ?
- 3-TRT conservateur avec ou sans RT
- 4-Quels facteurs pronostics et quel trt

Une question ne se pose pas: la chimiothérapie adjuvante est toujours indiquée associée à une hormonothérapie si RH+!!!

TUMEUR PRIMITIVE MAMMAIRE OU NON?

- RH ?
- IRM
- Pet-scan corps entier
- Les séries de surveillance exclusives montrent l'apparition ultérieure d'un cancer du sein dans une proportion allant jusqu'à 83% dans un délais de 5 mois à 5 ans*

**A traiter comme un sein en l'absence
d'arguments pour une autre localisation**

*Lanitis et al. The Breast 18 (2009) 225-227

TRAITEMENT DU SEIN

- HISTOLOGIE DES PIÈCES DE MASTECTOMIE REVELE DANS 70% UN KC MAMMAIRE OCCULTE
- 50% Q SUP EXT ET 20 % Q INF EXT



OPTIMISATIONS EN 2012
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

TRAITEMENT LOCO- REGIONAL AXILLAIRE

- Curage axillaire
- Si atteinte axillaire fixée : traitement systémique d'induction
- Ganglion sentinelle non recommandé

MASTECTOMIE OU NON ?

- Options: pas de trt local, ou trt local par mastec ou trt conservateur et RT
- Mastectomie vs rien*:
 - 77% de r loc vs vs 26% si mastec
 - Ssr 23 mois vs 76 mois
 - 62% de décès vs 18%

Mastectomie mieux que l'observation

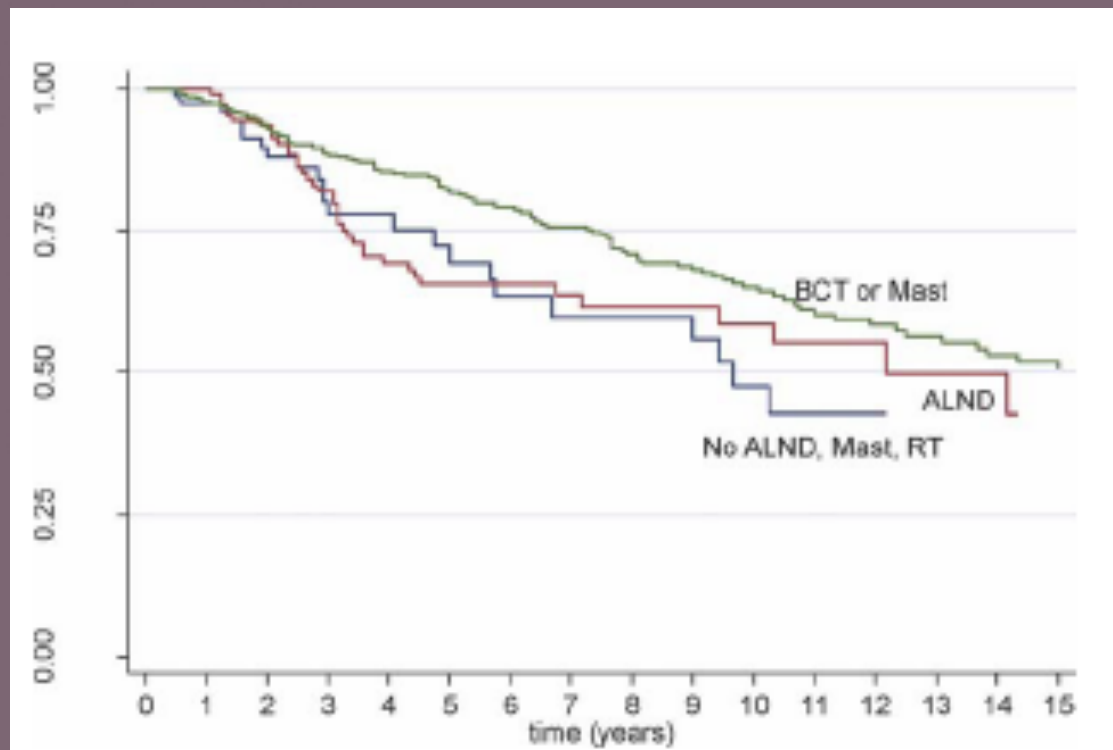
*wang et al, the breast journal 2010, vol 16, 32-37

FACTEURS PRONOSTICS ET TRAITEMENT

- **Données du SEER (Surveillance, Epidemiology, End Results)**
 - 770030 patientes avec un cancer du sein parmi lesquelles 750 étaient classées T0N+M0 (incidence= 1/1000)
 - Parmi celles-ci, 596 ont bénéficié d'un curage axillaire (80%)
 - Les patientes ont été classées en 4 groupes:
 - GR1: Pas de curage ni RT ni mastectomie (groupe observation seule)
 - GR2: Curage axillaire seul
 - GR3: Curage axillaire-Mastectomie avec ou sans RT
 - GR4: Curage axillaire-TRT conservateur avec RT

SEER: RESULTATS

- **Survie globale:**
 - Gr 3 et 4 survie à 10 ans 65%
 - Gr2: 58%
 - Gr1: 47%



TRT CONSERVATEUR AVEC OU SANS RADIOTHERAPIE

OPTIMISATIONS EN 2012
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

S.P. Masinghe et al / *Clinical Oncology* 23 (2011) 95–100

99

Table 3

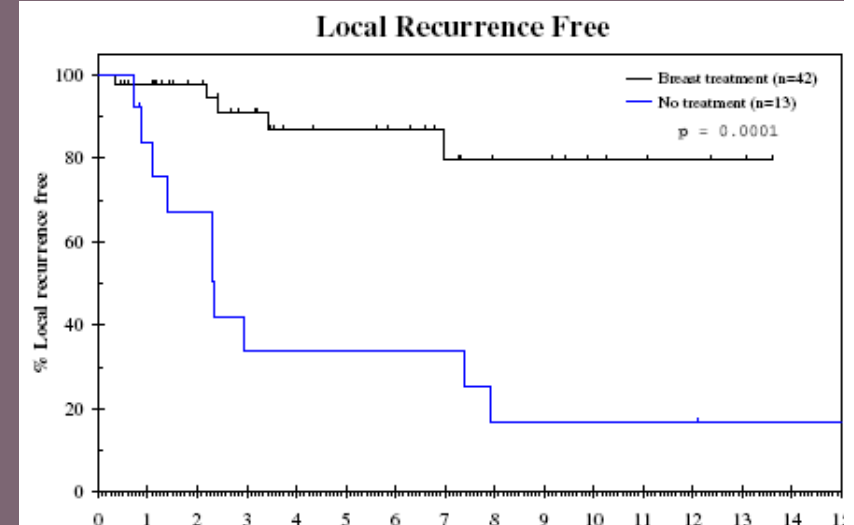
Similar series of patients with axillary lymphadenopathy from presumed occult breast primary

Reference	n	LR without radiotherapy (%)	LR with radiotherapy (%)	Median follow-up to LR (years)	P value	5 year survival (%)
[12]	31	NA	36	9	NA	76
[11]	29	57	17	10	0.06	71.8
[14]	29	69	12	3.5	0.02	88
Present study	53	36	16	9	0.12	69

LR = Local recurrence.

Sans RT Avec RT
Recidives locales

- Barton et al
(*Eur J Cancer* 47: 2011; 2099-2106)



SEER: RESULTATS

- **Survie spécifique:**
 - Mastectomie ou TRT conservateur: résultats identiques identique

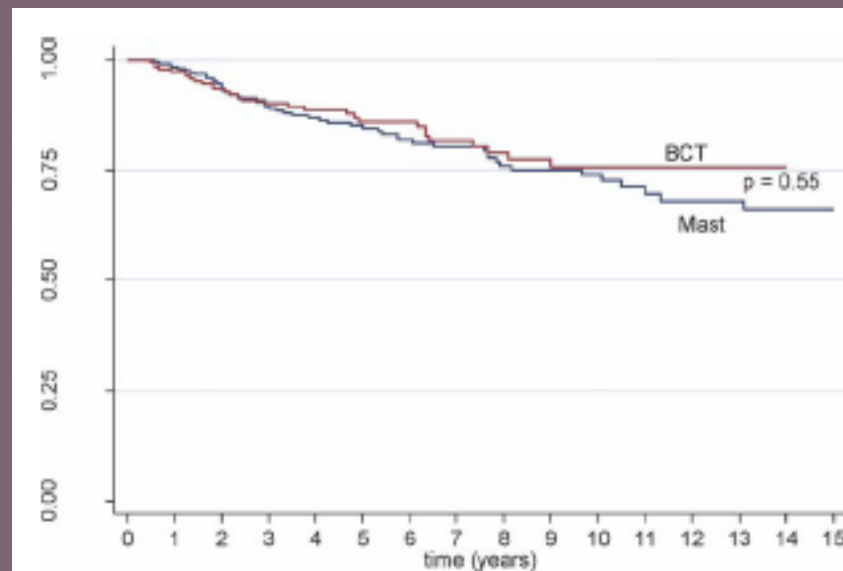


Figure 2. This Kaplan-Meier curve illustrates cause-specific survival for patients who underwent breast-conserving therapy (BCT) (red line) and patients who underwent mastectomy (Mast) (blue line).



SEER: FACTEURS PRONOSTIQUES

OPTIMISATIONS EN 2012
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES

SAMEDI 7 JANVIER 2012
CENTRE DES CONGRÈS
AIX-EN-PROVENCE

- Facteurs pronostiques corrélés à une survie spécifique moins bonne:

1. RE négatifs RR = 2,1

2. Envahissement axillaire majeur (+/- de 10 N+) RR = 5,7

- Survie 52% vs 72 %, Survie spécifique 82% vs 63%

3. Etendue du curage axillaire (comportant +/- de 10 ganglions) RR = 2,9

Survie 62% vs 71 %, Survie spécifique 73% vs 81%

LA MASTECTOMIE N' AMELIORE PAS LE PRONOSTIC

CONCLUSIONS

- 1-Le bilan doit toujours comporter une IRM mammaire
- 2-Un curage axillaire est indiqué
- 3-La mastectomie n'est pas nécessaire
- 4-La chimiothérapie est toujours indiquée
- 5-La radiothérapie est indispensable