

Faut il tenter de conserver le sein des femmes jeunes?



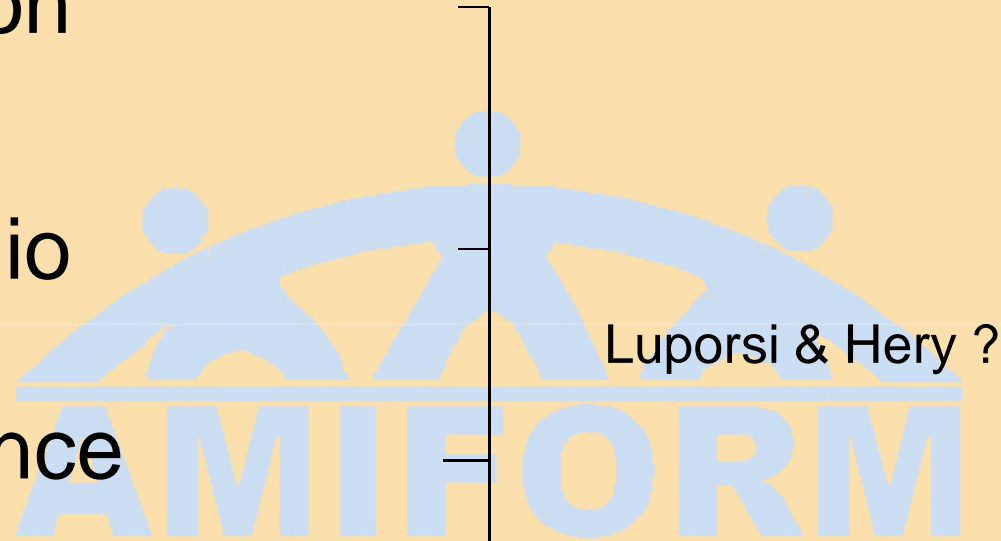
# Faut il tenter de conserver le sein des femmes jeunes?

- Définition

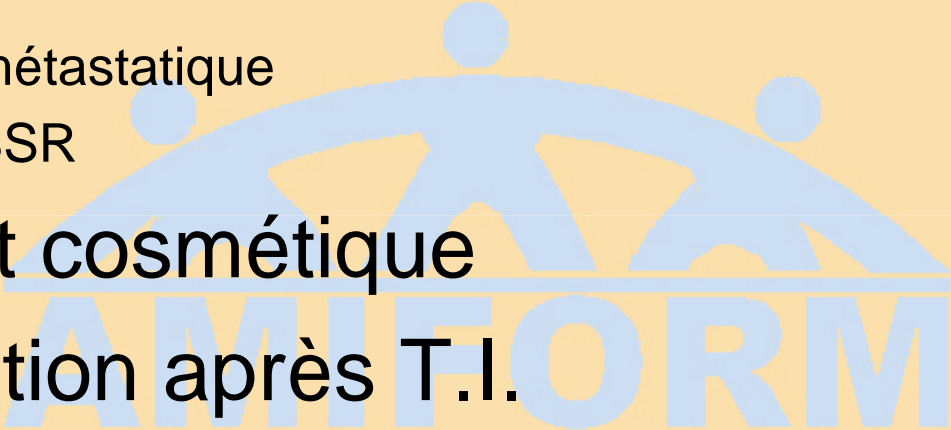
- Epidémiologie

- Fréquence

- Histoire naturelle



# Les buts à atteindre

- **Sécurité**
    - R.L.
    - Risque métastatique
    - S.G. et SSR
  - **Résultat cosmétique**
  - **La situation après T.I.**
  - **Le prix oncopsychologique à payer**
    - Multiples prises en charge
    - Syndrome de Damocles
- 

# Faut il tenter de conserver le sein des femmes jeunes?

- La récurrence locale est elle un élément déterminant pour répondre ?
    - Quelle récurrence locale ?
    - CI ou CCIS ?
    - La RL de la femme jeune est-elle liée à l'âge?\*
      - Héry risque méta = 2%/an ; >> avant 40 ans
      - Lelong (cancer 2004): 452 chir.cons + RTh à berges saines:seul facteur associé significatif : < 35 ans
  - Q. de V. de l'intervalle libre ?
  - Avis de la patiente ds le P.P.S. ....
  - Relation RL / SG
- Quelle est la vraie question ?

# La R.L. de la femme jeune

## Hypothèses de travail

- La R.L. + fréquente chez la F. jeune : ok
- (f)H.P. + péjoratifs chez la F. jeune :ok
  - Dépistage ; diagnostic clinique
  - T ; RH- ; haut grade ; angioinv. ; N+ ... (grossesse)
- La R.L est due aux (f)H.P. ou la jeunesse?
  - =>> sélectionner les hauts risques
  - =>> le difficile contexte génétique
  - =>> consentement alors réellement éclairé

# Conservation ?=>contrôle local

## Les 3 récurrence(s) locale(s):

- Poursuite évolutive (de maladie résiduelle):

=> Rodriguez-Norma (CI Br Can – 2005) étudie 91 reprises opératoires pour au moins une marge limite (very close): 38% avaient une M.R

- Récurrence locale (T.R.)
- Nouveau premier cancer (N.P.)

=> Smith (2000) sur 136 RL

délai :	70 NT (7,3ans)	60 TR (délai 3,7 ans)	6 indeter
SG à 10 ans:	75%	55%	
SSR :	85%	41%	

=> Huang (2002) sur 139 RL

SG à 10 ans:	77% si NP	46% si TR
SSR	77%	26%

- Diagnostic
  - Elements: délai , site , âge , histo, prolif.

# La conservation chez la F. jeune?

- Signification:

- impact sur SG : oui si vraie R.L.
- Impact sur SG : non si autre localisation\*\* , ou histo , ou génétique , ou tardive

=> Rodriguez.Norma (2005) sur 91 reprises op pour 1 marge « limit »:38% Mal.res

=>Huang (2002) 139 RL

SG à 10 ans : 77% si NP et 46% si TR  
SSR 77% si NP et 26% si TR

=>Smith (2000) 136 RL

70 NT (délai 7,3ans) ; 60 TR (délai 3,7 ans) et 6 indeter  
SG à 10 ans : 75% si NP et 55% si TR  
SSR 85% si NP et 41% si TR

=>Komoike-Yoshifumi (br.Can. 2005) 172 RL

135 TR ; 26 NP ; et 11 indeter-  
la tum primitive des TR :

- jeune ;
- 37,8% N+ ( contre 8,7% pour NP)
- intervalle court 46 mois( pour 62 pour NP)
- survie 5 ans 71% (contre 94% pour NP)

# Le risque de la R.L. chez la F. jeune?

## Relation entre R.L. et Survie

hery : .....

- **Kroman (Cancer 2004)** = RR de deces à 10 ans

- 9285 n.<50ans [2200<40ans]            =>7165 RM            => 2120 BCT

- **Pas d'> de RR** de décès pour <35    35-39    40-44    45-49 pour les  
BCT malgre l'> des R.L

- **Kim (Jap.J. of clin onc.-2005)** 611 T1~T2 chir. Cons. + RT sur 5 ans  
SG = 95.3%            SSR 88.3% (en incluant age + grade + N + HER)  
si 2 facteurs sont associés =>> chute

-**Chia ( idem 2004)** 1187 T1~2 ; N-; angio inv- : 430 <10mm  
-à 10 ans sans TT adj >25% de recid si grade 3 (=autant que les 20mm  
tous grades confondus)

- Tout le monde est OK : + de R.L.
  - La R.L. influence t-elle la S.G. ?
    - Si non => conserver ++
    - Si oui => limiter les chir conservatrices
- =>> Il faut screener davantage \*\*\*\*\*

# Faut il tenter de conserver le sein des femmes jeunes?

Issu de la multidisciplinarité :

- ☛ chirurgien
- ☛ pathologiste
- ☛ radiologue
- ☛ radiothérapeute
- ☛ oncologue
- ☛ oncopsychologue

**Le Nouvel Arsenal:**

# La Chirurgie conservatrice (+ RT)

- Conventionnelle de première intention
- Conventionnelle après CTNA (exclue HTNA)
- Oncoplastie +++
  - » Premières
  - » Après CTNA (« T » non excisables d'emblée )
  - » Match oncoplastie contre quadrantectomie
  - » Kaur-Navnet -2005 (marges de Quadr. et de onc. ; Petit J.Y chez F. jeunes (30 Qu. + 30 oncP.)
- Mammoplasties de réduction
- Quadrantectomies centrales
- Hémimastectomies

..... + R.Th.

# Cancer rétro-aréolaires

## Institut Curie 1992-1997

- ➤ 72 patientes:
- ➤ Tumorectomie + CA
- ➤ Age moyen: 52 (34-90)
- ➤ T. moyen: 21.2 mm(0-60)
- ➤  $\underline{T}$  PAM: 4.6 mm (0-20)

### Resultat carcinologique:

- récidive à 5 ans (T.A):9.1%
- méta. à 5 ans (Ta.A): 4 %

# CHIRURGIE ONCOPLASTIQUE

## « T » centrales

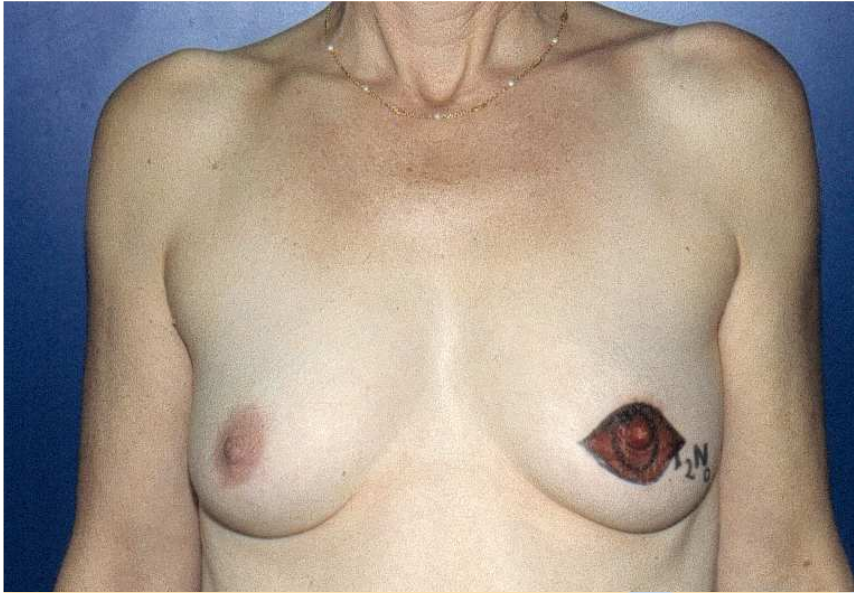
- 72 patientes : d (T – PAM) < 2 cm
- Envahissement derme : 57 %
- Envahissement caanaux : 51 %

**Envahissement P.A.M. :71%**

➤ **Exérèse P.A.M.**

I. Curie

Quid de la PAM : essais sur Pamectomie versus conservation + irradiation



Clichés K.B. Clough

# TT conservateur pour grosses « T » et RESULTATS

## 102 patientes

- poids moyen = 266 (40 à 1450 gr)
- Age moyen = 53 ans
- « T » moyen = 32mm (15-60)

- => T + C.A. + plastie bilat.
- => berges :
  - 95 (-)
  - 7 (+)

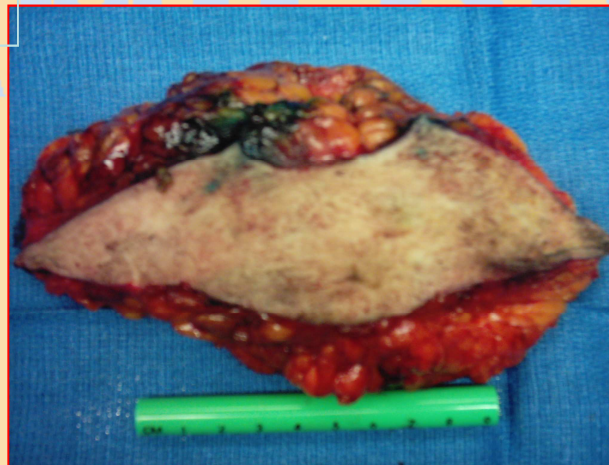
## à 5 ans (taux

## actuariel)

- Taux de R.L. : 9%
- Taux de S.S.R. : 76%
- Taux de S.G. : 96%

# Oncoplastie : hemimastectomie

Simple  
Sécuritaire  
Cosmétique acceptable  
Symétrisation facile  
Alternative à M/ RM

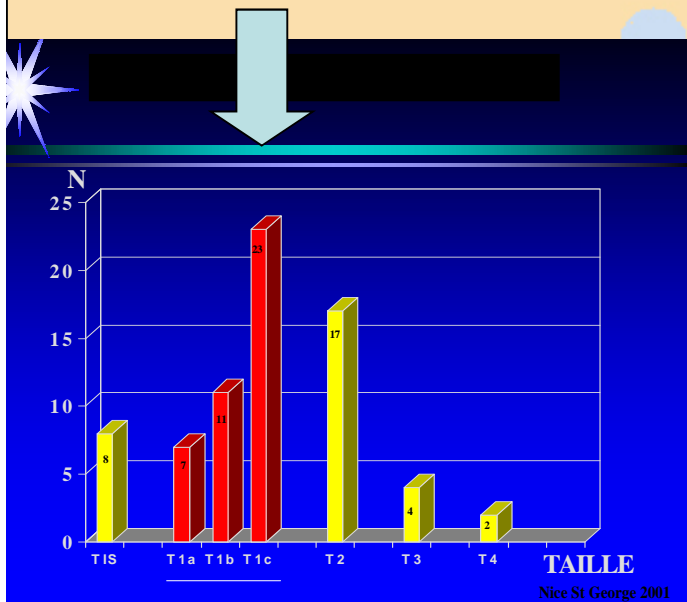


Clichés Dr B. Flipo

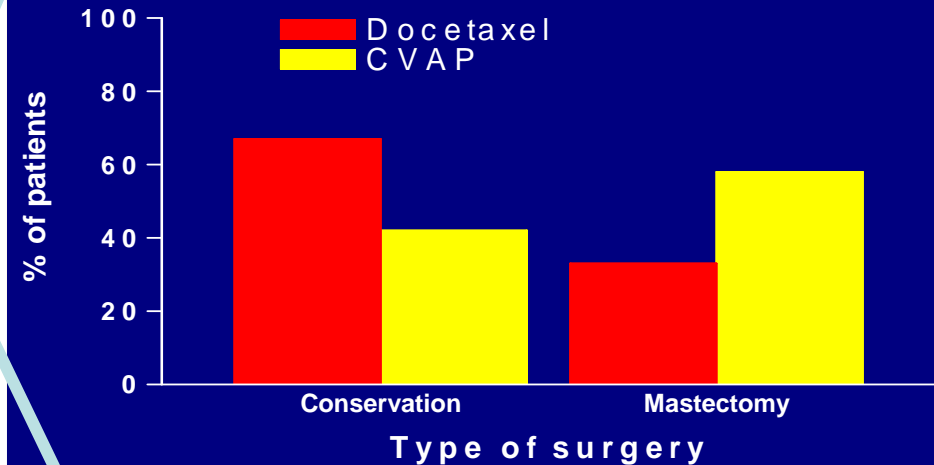
# Conservation du sein de la F. jeune

Aux TRTS N.Adj. Et ses 3 buts essentiels

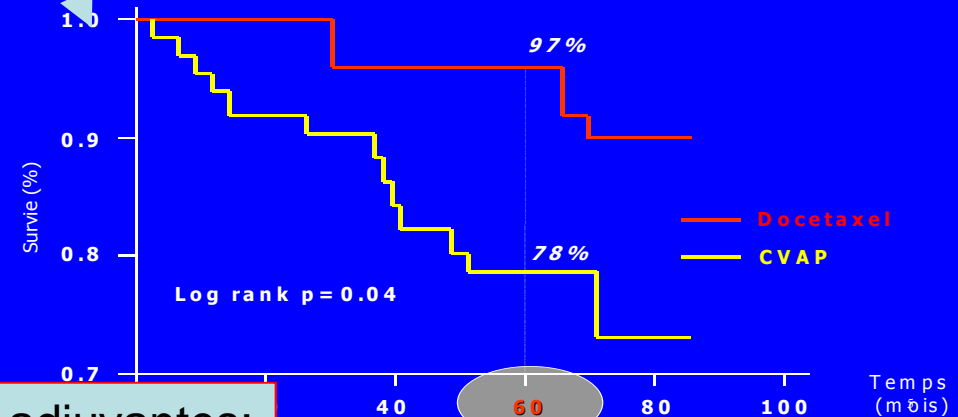
- Au dépistage:



Cible évaluable du trt néo adjuvant



Enjeux pour le chirurgien de la CTNA:  
Survie globale



Les révolutions néo adjuvantes:  
-Taxanes  
-Trastuzumab (Herceptin)

# La Chirurgie conservatrice

## AVANTAGES:

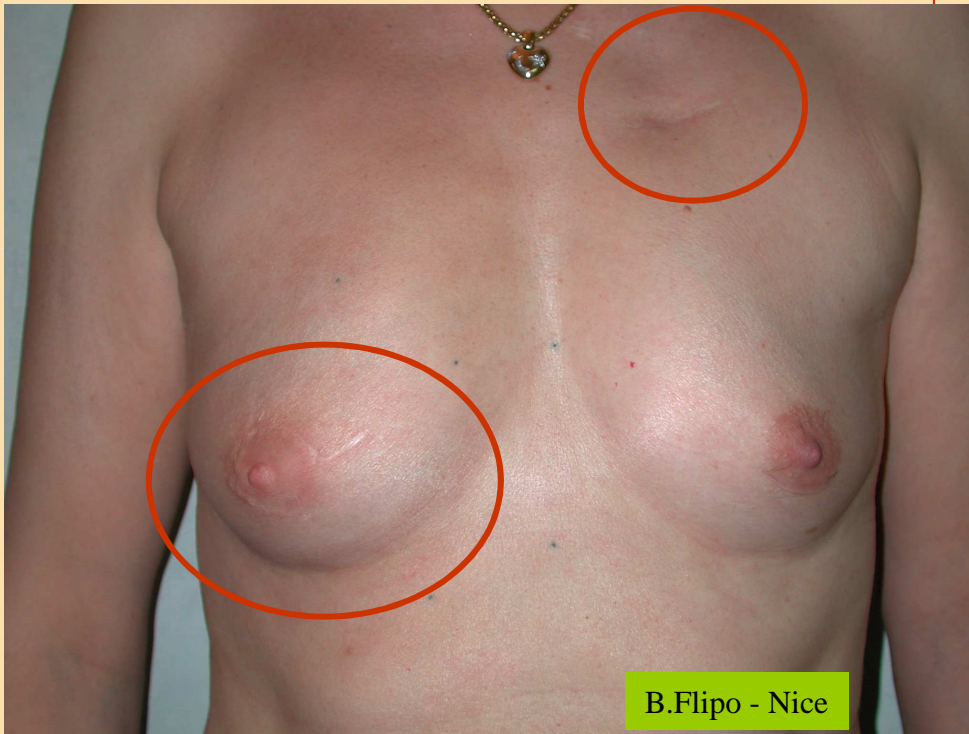
- Sein conservé  
~ Q.de V.préservée
- SG non modifiée

## INCONVENIENTS:

- Bilan pré chir +++
- R.T. adjuvante indi
- Taux de R.L.
- Double formation chir
- Symétrisation
- Syndr. de Damoclès

# ONCOPLASTIE

1 femme sur 9 a ou aura un Cancer du Sein



Chir Conservatrice



Qualité de Vie

# La Mastectomie radicale +/- RMI

- La mastectomie radicale
- La mastectomie radicale + RMI
  - Par prothèse
  - Par lambeau myo cutané
  - Par lambeau + prothèse
- La Mastectomie avec C.E.C. + RMI
- La mastectomie bilatérale prophylactique
- Quid de la PAM ?

# La chirurgie radicale +/- R.M.

## AVANTAGES :

- Peu de R.L.
- Pas de R.Th.
- R.M.I. (seulement) si :
  - CCIS
  - Pas de trt adjuvant

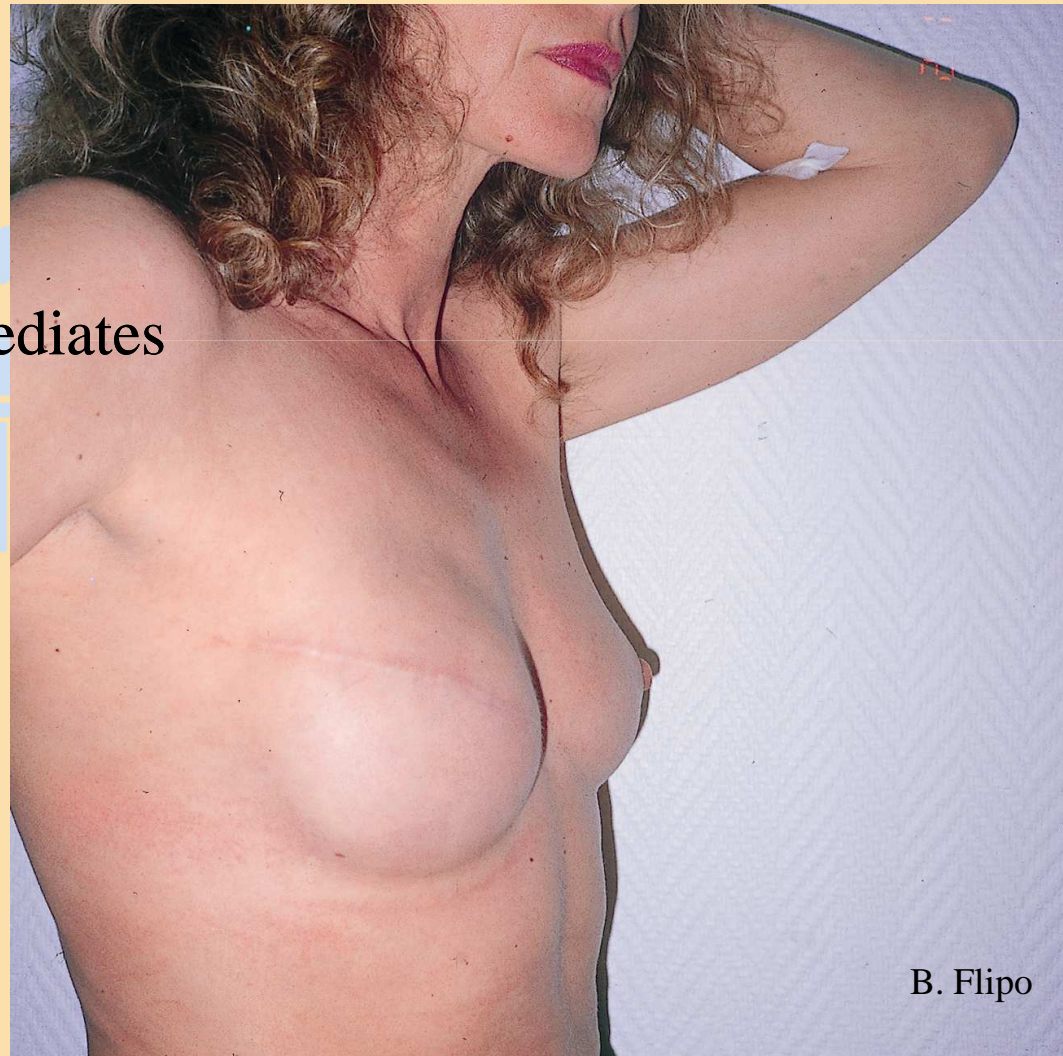
## INCONVENIENTS:

- Q. de V. +++
- Double équipe ,ou,
- Double formation
- Symétrisation

# Oncoplastie : R.M.D.par prothèse

- ⇒ Simple
- ⇒ Rapide
- ⇒ Econome en cicatrice
- ⇒ Peu de complications immédiates

& vieillit moins bien  
& interventions répétitives  
& sillon (L. thoraco abdo)



# MCEC (lambeau)



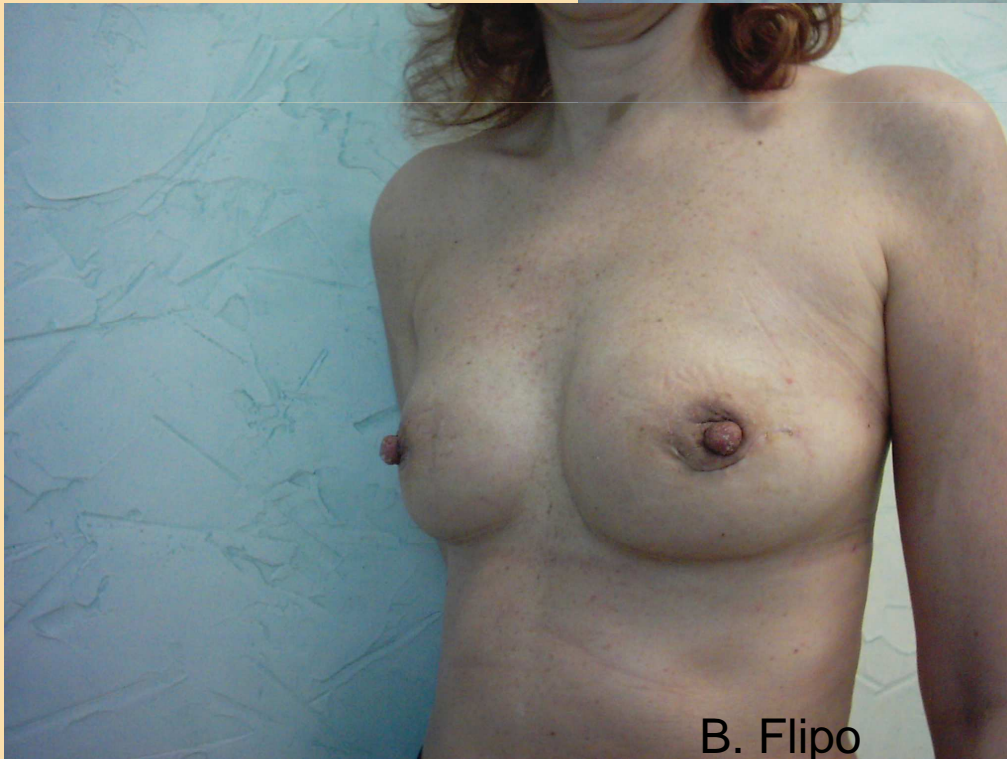


**K.B. Clough – I. Curie**

## Séquelles des traitements conservateurs



# Mastectomie bilatérale prophylactique



B. Flipo

- Suite logique de la désescalade thérapeutique,...

...la conservation (« non-mutilation ») est de toute évidence le but à atteindre

AMIFORM

MAIS

Sait-on vraiment quand conserver...

...ou...

ne pas conserver

AMIEFORM

????

# Escalade ou Désescalade chirurgicale

## Plus : de traitements conservateurs

⇒ Grâce :

⇒ Au dépistage

⇒ Aux traitements néo adjuvants

⇒ Aux outils d'évaluation tumorale

⇒ Les cas particuliers

⇒ « T » volumineuses

⇒ « T » centrales

⇒ Chir. Conservatrice classique

⇒ Oncoplasties +++ +++

# Arguments décisionnels

## Liés à la patiente :

- Gène prédisposant
- histoire familiale
- souhait sécuritaire
- Situation de récurrence
- impact oncopsychologique \*\*\*

## Liés à la tumeur :

- CCIS
- Taille absolue ou relative
- Bilan pré chir
  - Taille ; multifocalité
  - IRM ; fact de prolifération
- Risques de RL:
- Réponse à CTNA

## Liés à la patiente et à la tumeur :

& - cas de la mastectomie bilatérale prophylactique\*

- Metcalfe-Kelly (Br J 2005 - Ontario):score Qu.deV. Médiocre  
corrélé à Kphobie

& - patiente jeune + 1 facteur histo pronostique défavorable