

Cancer du Sein et Grossesse



CANCER DU SEIN ET GROSSESSE

- Définition : début ?? => 1 an après
- Est-ce fréquent :
 - 1 à 3 gr/10 000
 - 1 à 2 % des K.S sont enceintes au moment du diagnostic
- Est-ce grave ?
 - En 1954 : S.G. à 5 ans < 15%
 - En 1985 : S.G. à 5 ans = 57%
 - En 1999 : S.G. à 40 mois = 75%
 - Idem à même facteurs hist pronostiques et retard de diag
 - Études multifactorielles : pronostic legt – bon
- Est-ce gérable ?

EST- CE FRÉQUENT

- L'épidémiologie de la nouvelle société
- Les éléments spécifiques du diagnostic:
 - Difficultés
 - On doit : > car 3%
 - On ne peut pas:
 - Mammo ??
 - IRM (champ magnétique + passage transplacentaires de p de contraste + hypervascu)
 - Mais on peut :
 - Interroger et examiner
 - Echo
 - Prélèvements cyto et/ou histo

GROSSESSE APRÈS CANCER DU SEIN

- **Epidémiologie :**

- 40 000 nouveaux cas/an [1 F. / 9]
- mortalité tous stades = 46 % en Fr.
- T1a~b/N0 = 95 % de survie à 5 ans
- 10 % de formes lobulaires, mais...
- 10 % avant 40 ans
- 3 % avant 35 ans

⇒ **1 à 3 % association K.S. et grossesse**

⇒ **10 % potentiellement concernées**

En Regard

La première grossesse :

- 1970 = 24 ans
- 2002 = 29 ans

La famille recomposée

Désir de grossesse tardif

EST- CE GÉRABLE

Les éléments spécifiques du diagnostic:

– Difficultés = Retards ***

- Age moyen 33,5 ans et age gest 17-25 sat
- De 2 à 6 mois
- Taille moyenne au Diag . 35mm

série fr. Giacalone 1999

Bonnier & SFPM 1997

Petrek M.D.And 2003

– On doit le rechercher car fréquence >>

– On ne peut pas:

- Mammo ?? : <500 μ Gy ... mais F.N.
- IRM (champ magnétique + passage transplacentaires de p de contraste + hypervascu)

Liberman in Radi. 1994

– Mais on peut :

- Interroger et examiner
- Echo
- Prélèvements cyto et/ou histo

EST- CE DIFFÉRENT

- La taille
- Les facteurs H.P.(influence des gènes mutés) :
 - Type histo : canaux > 80% ns
 - Différentiation : indifférentié >> ns
 - N : N+ > 50% ns
 - Angio invasion : + dans 50 à 80% ns
 - **R.H.** : **RE neg plus fréquent** **s**
 - HER 2 : surexp fréquente, mais...

La différence est peu ou pas liée à la Grossesse

EST- CE GÉRABLE : 2 PATIENT(E)S

- **La prise en charge du Cancer**
 - Traitement loco régional
 - Traitement systémique
- **La prise en charge de la grossesse**
 - La sécurité de la maman
 - La sécurité de l'enfant et ses incertitudes
 - La famille ; le plan cancer ; oncopsychologie ; les acteurs de la Cs d'annonce

EST-CE GÉRABLE : LA GROSSESSE

- Premier trimestre:
- Deuxième trimestre
- Troisième trimestre
- Post partum & allaitement (déf = 1 an)

RETENTISSEMENT DU CANCER SUR LA GROSSESSE

- Le traitement loco régional

- Retentissement de la chirurgie

- Avortement spontané : RR = 1.6 à 2
 - Mastec radicale = conservatrice
 - C.A. = gold standard (N+:56 à 83%)
 - G.S. : peu de risque (??) , mais peu d'évaluation

Kuerer S.Onc 1997

Guinee Lancet 1997

Gentillini An.Onc 2004

- Retentissement de la radiothérapie

- Le traitement systémique

RETENTISSEMENT DU CANCER SUR LA GROSSESSE

- Les Chimiothérapies:

- Indiquées

- Passent la barrière placentaire

- Métho et 5 F.U. ds le liquide amniotique

Espié 1998

- Epirubicine quasi pas

Gaillard 1995

- Alkylants (cyclophos)

1984, Cardonnick 2004

- Taxanes :

Gaducci 2003;

Smith 1999

- 1er trimestre 16%

:Non

NCI

- 2ème & 3ème trimestres

:FEC ?? AC ?

- Les facteurs de croissance :pas de complications

- Les thérapies ciblées :non recommandé

- Les hormono thérapies :tératogène

RETENTISSEMENT DU CANCER SUR LA GROSSESSE

- Sur l'enfant à naître
 - On dit que tout peut passer
 - Immuno suppression ...
 - Les bacteries passent....
 - Les virus passent....
 - Les drogues passent....
- Au total non: pas de greffe néoplasique ! (ref....)

CONDUITE À PROPOSER

- Des antécédents
- De l'âge de la grossesse
- Des facteurs histo pronostiques
- De la R.C.P.
- Du souhait du couple , de la maman: Avenir
 - ⇒ Inclure la génétique (non pas 6% mais 13% de gènes mutés avant 40 ans (Lasser ASCO 2001)=> récurrence???)
 - ⇒ Attention à la fertilité future
 - ⇒ post abortum
 - ⇒ âge
 - ⇒ iatrogénicité

**=>>> « Breast Carcinoma during Pregnancy »: (in Am. Ca. Soc – 2005)
recommandations Internationales du groupe expert**

PROPOSITION DE PRISE EN CHARGE

=>>>FAIRE LE DIAGNOSTIC *****

- Au 1er trimestre :

- Indications de I.M.G. ? *Hoover 1990 Surg.Clin. North Amer.*
- Indication de chirurgie première
- Traitements adjuvants différés

- Au 2ème trimestre :

- Chirurgie première
- Chimiothérapie adjuvante sous réserve :

- Au 3ème trimestre:

- Concertation & Annonce :obstétricien + oncochir + pédiatre
 - Hâter la naissance
 - Traitement conventionnel selon thésaurus
 - CTNA ???

Les risques pour l'enfant :

- Ante natal:

- 1er trimestre : pb de l'interruption
- 2ème trimestre : 0 ?
- 3ème trimestre : 0 ?

(24 n) *M.D.Anderson, Berry : J.Cl.Onc 1999*

Lond. Hospit. RING ; J.Cl.Onc 2005

- Néo natal : dépression médullaire
R.C.I.U. *Giacalone*

- Plus tard:

- Développement somatique
- Développement psycho moteur
- Psychisme
- Générations futures

Avilès & Néri - 2001

Cancer du sein et grossesse

- Le Long terme ...

- Augmentation de fréquence car:
- On pourrait craindre le pire, mais:

- Cœur foetal

Meyer U.Sond os-gyn 2001

Cardonick : Lancet 2004

- Pas de « second cancer »

Green 1997

- Pas d'anomalie morpho

Dodds 1993

- Pas d'anomalie génétique

- Cohorte de 84 enf

Aviles & Néri 2001

- Rôle du pédo psy:

- Première étude prospective en cours *German Breast Group depuis 2004*

ALORS

- Retentissement de la grossesse sur le Cancer
 - Non pas ou peu de différence
 - à âge idem
 - à critères idem
 - Retard au diagnostic
 - Retard à la prise en charge et traitement
 - Plus de trt radicaux (RT)

La grossesse n'aggrave pas significativement le cancer , mais altère son pronostic car:

- Gène et retarde le diagnostic
- Gène et retarde le traitement adéquat
- Concerne peut-être une population ciblée