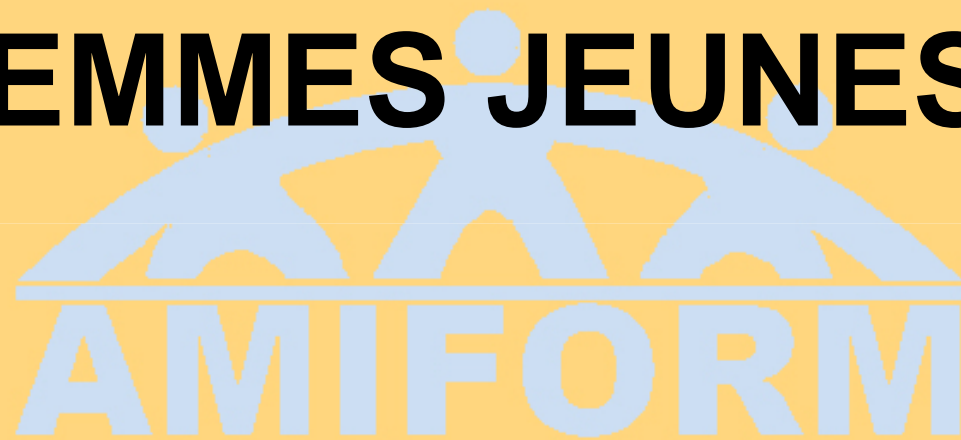


**FAUT IL TENTER DE
CONSERVER LE SEIN DES
FEMMES JEUNES?**



FAUT IL TENTER DE CONSERVER LE SEIN DES FEMMES JEUNES?

- Définition
- Epidémiologie
- Fréquence
- Histoire naturelle



Luporsi & Hery ?

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 decès 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 malgré 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.

Oncoplastie même pour les
Petites « T » :



Clichés Dr B. Flipo

Cancer rétro-aréolaires

Institut Curie 1992-1997

- 72 patientes :
 - Tumorectomie + CA
 - Age moyen : 52 (34-90)
 - T. moyen : 21.2 mm(0-60)
 - T PAM : 4.6 mm (0-20)
- Resultat carcinologique :
- récidence à 5 ans (T.A) : 9.1%
 - méta. à 5 ans (T.A) : 4 %

CHIRURGIE ONCOPLASTIQUE

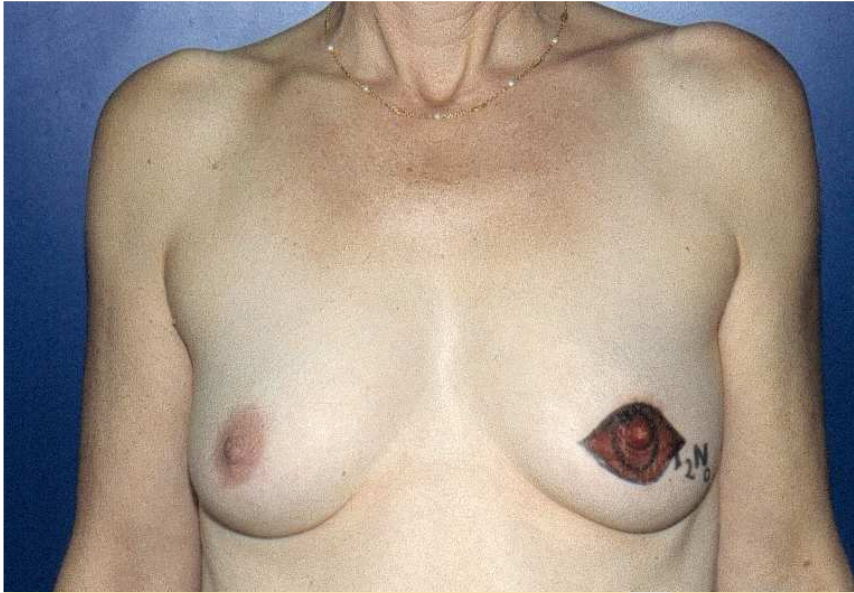
« T » centrales

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

à 5 ans (taux

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

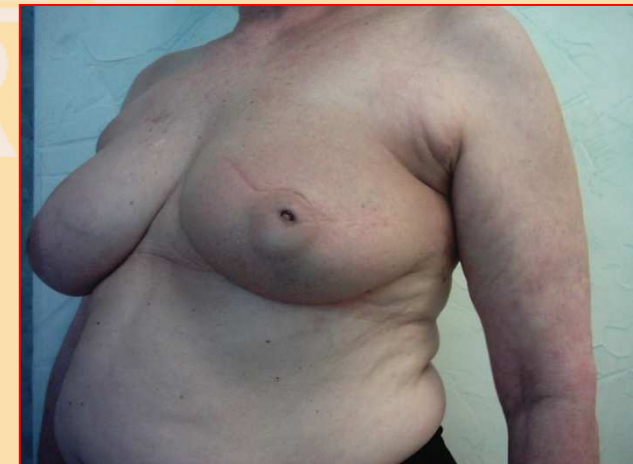
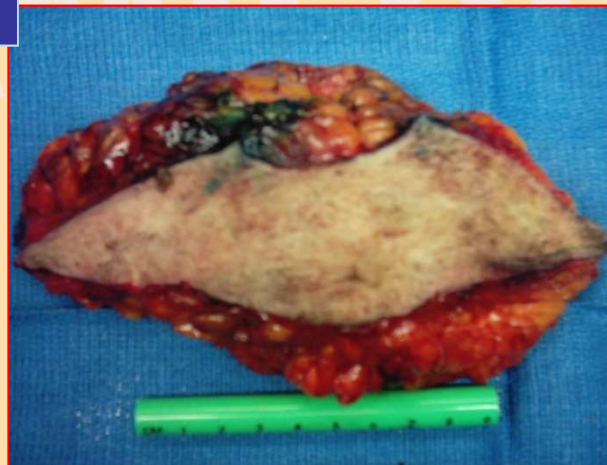
actuariel)

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

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

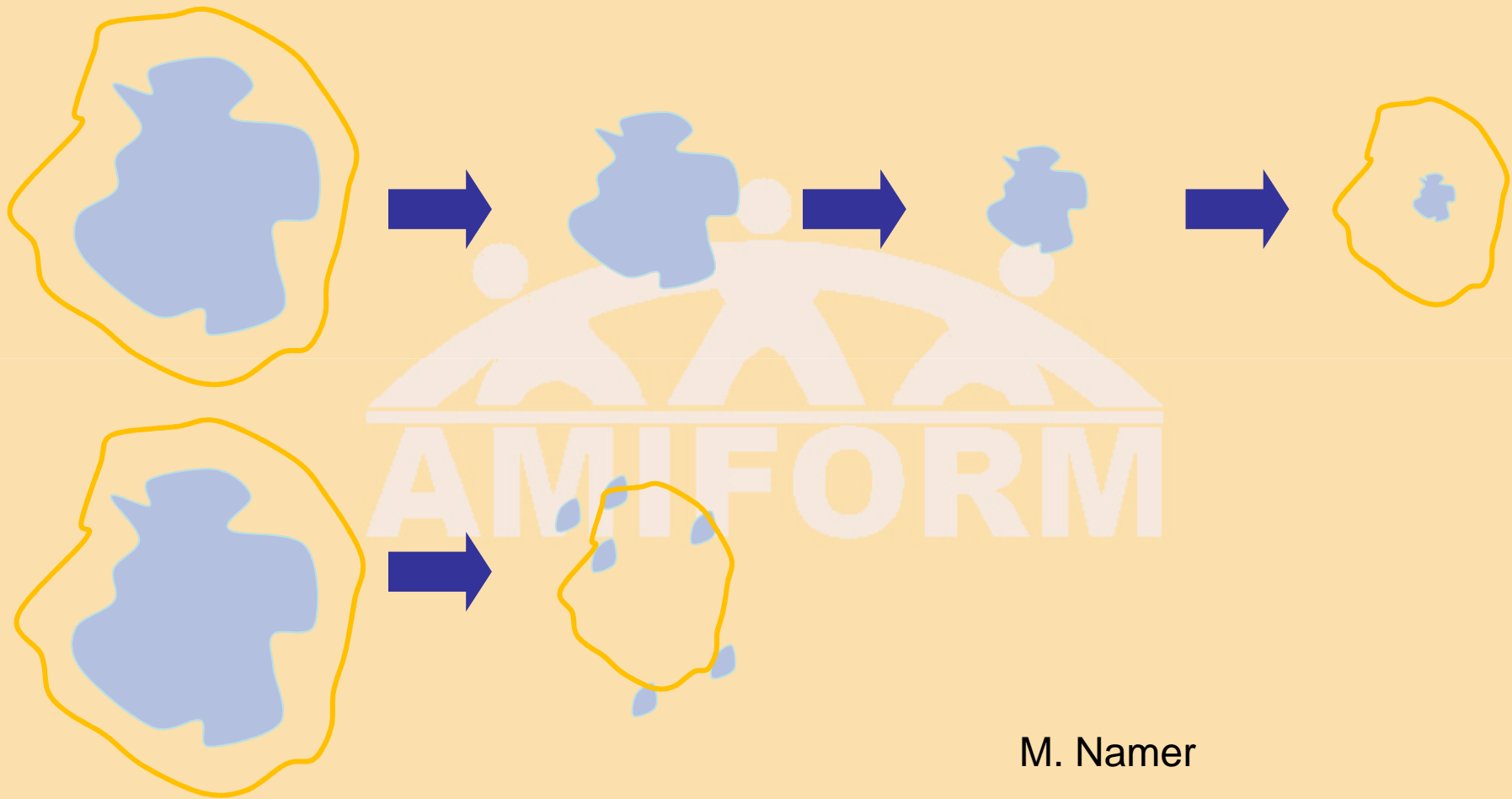
Oncoplastie : hemimastectomie

Simple
Sécuritaire
Cosmétique acceptable
Symétrisation facile
Alternative à M/ RM



Clichés Dr B. Flipo

Comment une « T » diminue après TNA

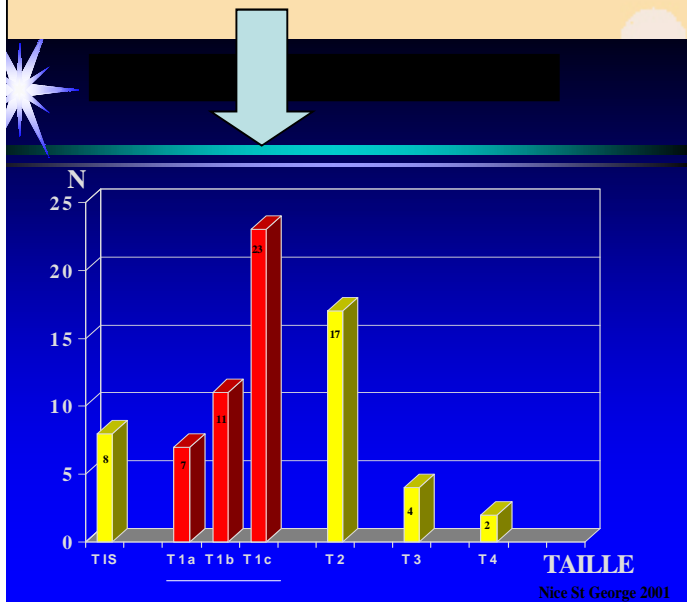


M. Namer

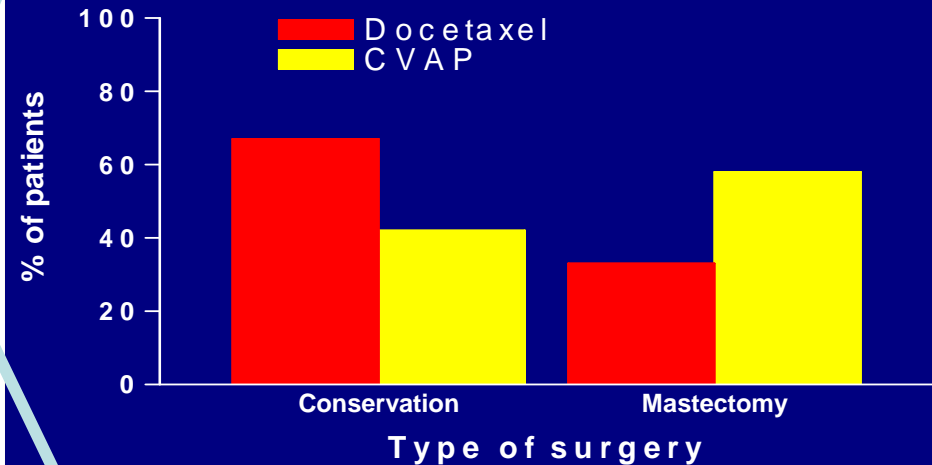
Conservation du sein de la F. jeune

Aux TRTS N.Adj. Et ses 3 buts essentiels

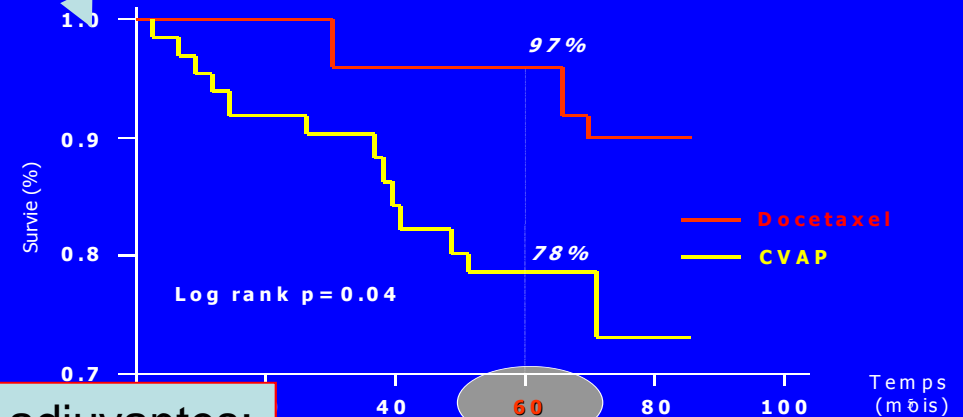
- Au dépistage:



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:

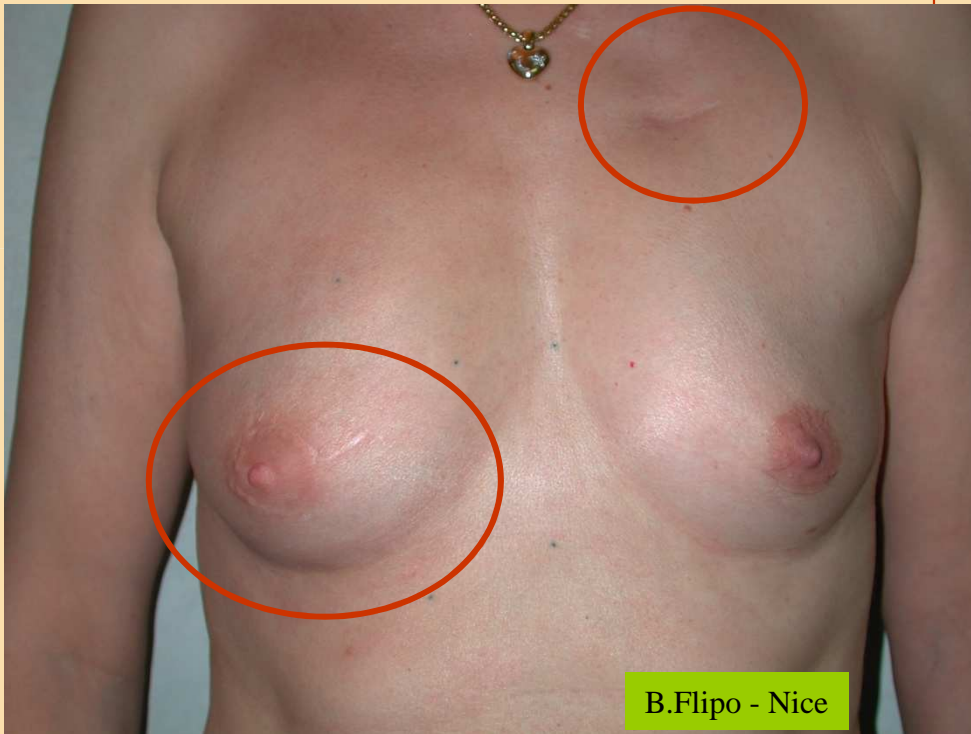
- Sein conservé
~ Q.de V.préservée
- SG non modifiée

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

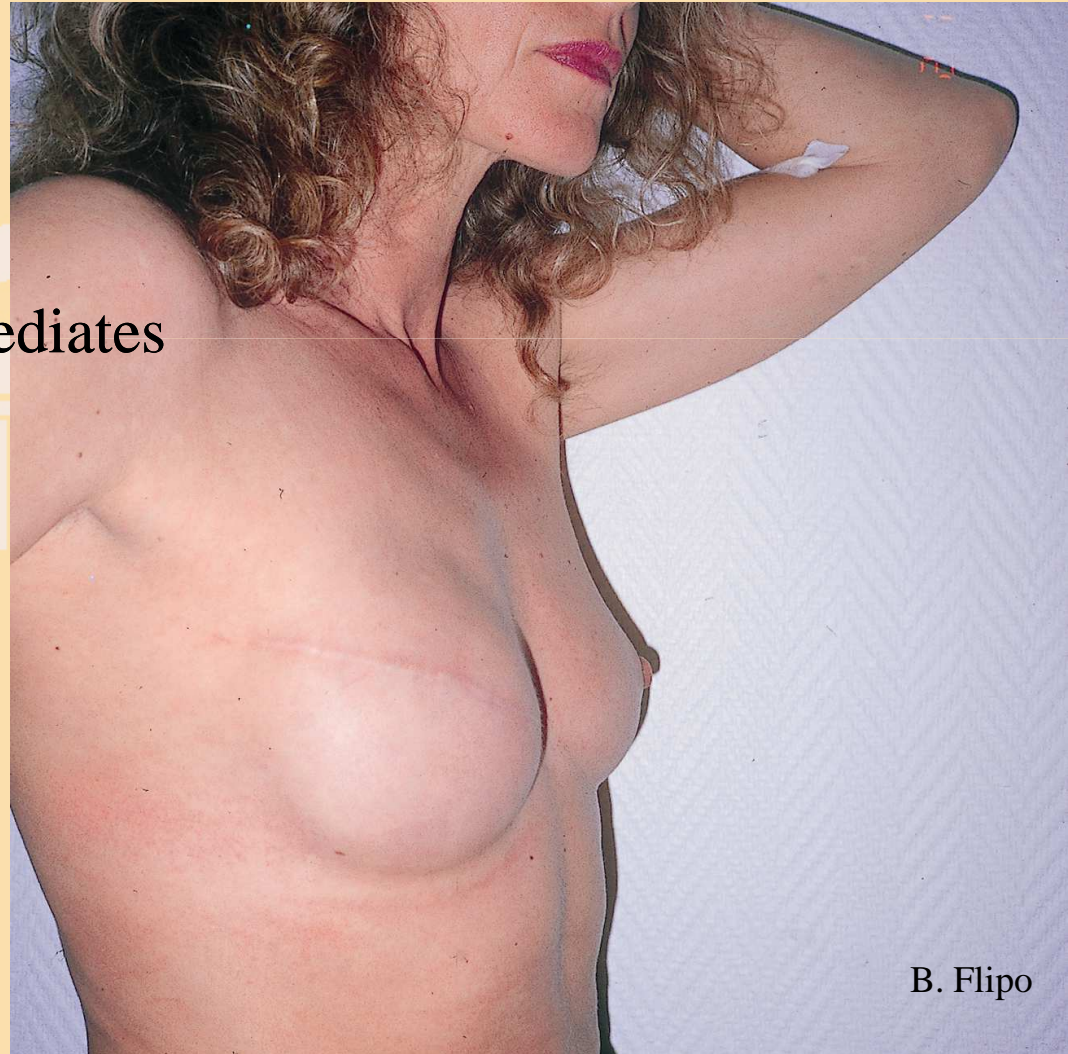
INCONVENIENTS:

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

Oncoplastie : R.M.D.par prothèse

- ⇒ Simple
- ⇒ Rapide
- ⇒ Économique 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



Cliché Dr B. Flipo

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