

Modulation de la surveillance des cancers du sein

RPC Nice 2009
(Exposé de Florence Dalenc)

E du Rouchet
Centre de Sénologie Orléans

50.000 nvx cas/an avec 85%
survie à 10 ans.
Env 1/2 million de femmes
surveillées

Patientes

P

Médecins

Essais cliniques

Obligations
réglementaires

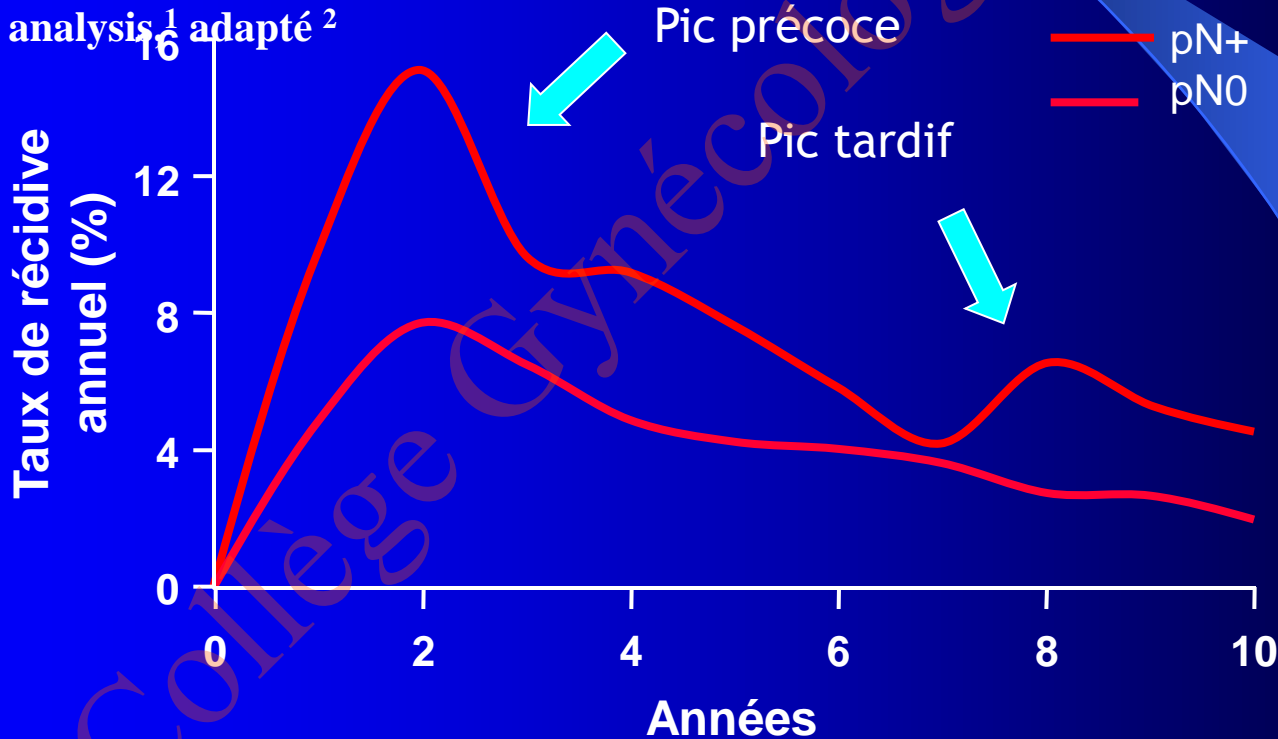
Essais
prospectifs

Par qui ?

Education et
formation

Risque de récurrence sans traitement adjuvant (J. Gligorov)

- D'après Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group 1998 meta-analysis¹ adapté²



1. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. *Lancet*. 1998;351:1451.

2. Update of Houghton. *J Clin Oncol*. 2005;23(16S):24s. Abstract 582.

Reco actuelle

- 63% des rechutes sont dg symptomatiquement
- Clinique
ts les 6 mois pdt 5 ans puis ts les ans
- Mammographie +- échographie
à 6 mois puis ts les ans
- Qqst le type de cancer (CLI, CCI, CCIS); le stade
et le traitement
- Pas de durée limitée
- Tout autre examen selon la symptomatologie

Rechute locale et contro-lat

- FdR âge < 40 ans, pT, marges
 Her2 et TN : facteurs discutés
- Incidence : 20% L-R, 10% contro-lat soit env 1%
par an
- Le dg et le traitement précoce permet d'améliorer
la survie, donc justifie la mammographie annuelle.
- Surveillance max dans les 5 ans
- Place de l'IRM (en dehors ht risque génétique)
devra être discutée, notamment pour les CLI +++

Rechute à distance

- FdR pT, pN, index mitotique
- Incidence : 70%
- TN ou basal: groupe hétérogène
ht risque dans les 5 ans (max 2/3 ans)
même apres CT adj
- Her2 +
risque > mais fonction d'un ttt par H
- RH + Her2 0
risque x 2 si IM ou SBR elv
risque est plus tardif 8 à 15 ans

Les sites métastatiques

- RH + : os, plèvre
- CLI : séreuses, estomac, ovaire, rétro-péritoine
- Basal : SNC (notamment BRCA1), poumon, foie
- Her2 + : foie, SNC

Q: est ce que le dg précoce sur ce site permettrait d'améliorer le pronostic ?

Au total

- Aucune étude à ce jour ne permet de dire qu'un traitement précoce d'une rechute à distance permettrait d'améliorer la survie, et ce qqst le profil de la tumeur
- La reco actuelle reste en vigueur
- Etre très attentif chez les TN, Her2 +, SBR3, et non-répondeuses à la CT neo-adj dans les 5 ans +++
- Poursuivre la surv 10 ans pour les RH+ Her2 0
- Etre plus « laxef » chez les bon pronostic : petite T pN0 RH+ dont le ttt a été complet (mais discuté)
- Espoir : classification moléculaire, signature génomique