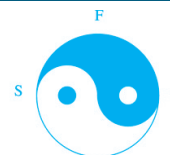


Les pages de la SFSPM



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE
ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE

2^e Colloque francophone sur les cancers du sein in situ

Second French-speaking conference on in situ breast cancers

A. Lesur¹, B. Cutuli²

¹Centre Alexis-Vautrin, F-54500 Vandœuvre-lès-Nancy, France

²Institut du cancer Courlancy, 38, rue de Courlancy, F-51100 Reims, France

Correspondance : a.lesur@nancy.unicancer.fr, bcutuli@iccreims.fr



Après la première édition du **18 juin 2010**, le 2^e Colloque sur les carcinomes in situ du sein s'est déroulé au Palais des Congrès de Reims le 29 juin 2012.

Il a été organisé par Bruno Cutuli, oncologue–radiothérapeute de l'Institut du cancer Courlancy

(ICC) de Reims et secrétaire de la SFSPM. Comme il y a deux ans, cette manifestation a eu le soutien et le parrainage de la SFSPM, mais également de la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) et de l'Institut national du cancer (INCa).

Environ 180 spécialistes toutes disciplines confondues étaient réunis, principalement français, mais venus également de Belgique, de Luxembourg, d'Italie et d'Espagne.

Au cours de la première session, **Martine Boisserie-Lacroix**, radiologue de l'institut Bergonié à Bordeaux, a fait une description très précise des aspects radiologiques des carcinomes canaux in situ (CCIS) et micro-invasifs, avec notamment l'analyse sémiologique des microcalcifications en cause. De même, les modalités du bilan préthérapeutique, ainsi que l'optimisation de l'évaluation de l'extension lésionnelle et l'étude de la pièce opératoire ont été évaluées. La place de l'échographie et de l'IRM a également été précisée.

Ensuite, **Bruno Cutuli** a présenté les aspects épidémiologiques et les facteurs de risque de survenue

des CCIS, confirmant la très forte augmentation de l'incidence, depuis l'introduction du dépistage mammographique [8]. On peut estimer qu'environ 15 à 20 % des carcinomes mammaires sont à l'heure actuelle des CCIS dans les pays occidentaux. Par ailleurs, plusieurs études anglo-saxonnes ont montré que les facteurs de risque « classiques » des cancers du sein infiltrants sont retrouvés de façon quasi identique pour les CCIS, sauf en ce qui concerne la fréquence des mutations BRCA 1/2.

À son tour, **Daniel Faverly**, du laboratoire d'anatomopathologie CMP à Bruxelles, a mis en exergue les difficultés d'analyse des prélèvements biopsiques, les modalités d'évaluation radiomorphologique en insistant sur l'importance fondamentale d'une confrontation pluridisciplinaire, en particulier anatomoradiologique. **Jean-Pierre Bellocq**, anatomopathologiste à Strasbourg, et vice-président de la SFSPM, a fait une analyse de la fréquence et la signification de la surexpression d'Her2 dans les CCIS en comparaison avec les cancers infiltrants. Dans ce domaine, il y a encore de nombreuses incertitudes concernant la « filiation » naturelle des lésions.

Passant à la thérapeutique, dans une deuxième partie, **Christine Tunon de Lara**, chirurgien à l'institut Bergonié à Bordeaux, a fait une mise au point sur l'utilisation de la technique du ganglion sentinelle (GAS) dans les CCIS et micro-invasifs, qui reste une question majeure dans la prise en charge chirurgicale et fait l'objet de controverses.

Alors que cette pratique est largement répandue, les résultats de l'étude multicentrique qu'elle a conduite (CINNAMONE) plaident pour une

indication limitée du GAS réservée aux CCIS très étendus et/ou nécessitant une mastectomie.

Yulia Kirova, oncologue radiothérapeute à l'institut Curie à Paris, a ensuite présenté une synthèse sur les risques de survenue de cancer du sein controlatéral et d'autres cancers après survenue d'un CCIS.

Le surrisque est comparable à celui observé pour les cancers invasifs, sauf dans le cas des patientes porteuses d'une mutation BRCA 1/2. Il est à noter que dans l'étude de l'institut Curie [4] incluant 16 705 patientes (CCIS et invasifs), le risque de cancer du sein était tout à fait similaire pour les patientes ayant reçu ou non une irradiation (8,1 versus 7,6 %, $p = 0,17$).

Claire Lemanski, oncologue radiothérapeute au centre Val d'Aurelle à Montpellier, a fait le point sur la place de la surimpression (*boost*) dans les CCIS [5]. En effet, si quatre essais randomisés et deux méta-analyses ont confirmé une réduction du risque de récurrence locale (in situ ou invasive) de l'ordre de 50 % en cas de cancers invasifs [2], le bénéfice de la surimpression dans les CCIS n'est pas clairement établi. L'essai thérapeutique multicentrique BOMBIS, actuellement en cours, cherche à évaluer le bénéfice d'une surimpression de 16 Gy pour les patientes traitées pour un CCIS, comme l'essai de l'EORTC l'a démontré pour les cancers infiltrants [1].

Bruno Cutuli a clôturé cette deuxième session en faisant une mise au point attendue sur l'indication du tamoxifène dans les CCIS. D'après les données actualisées des deux essais, NSABP B-24 et UK-ANZ DCIS [3,9], le tamoxifène n'apporte un bénéfice, en termes de réduction du risque de rechute locale, que pour les patientes ayant eu une exérèse incomplète ou douteuse (essai NSABP B-24) ou celles n'ayant pas reçu de radiothérapie (essai UK-ANZ). Dans ce dernier essai, il n'y a aucun bénéfice même en réduction du risque de cancer du sein controlatéral. De plus, dans ces deux études, il n'y a aucune précision quant aux effets secondaires du tamoxifène (accidents thromboemboliques, cancers de l'endomètre, etc.) ni au sujet des interruptions des traitements, dont on sait qu'elles sont de l'ordre de 20 à 25 % dans la littérature.

Par ailleurs, les résultats des deux autres essais, le NSABP B-35 et l'IBIS II, ne sont pas disponibles, et pour l'instant les conclusions des recommandations INCa-SFSPM de 2009 restent valables, **ne conseillant pas de tamoxifène pour les patientes traitées pour un CCIS par association radiochirurgicale conservatrice ou de façon chirurgicale radicale**. L'identification d'un sous-groupe de patientes (avec récepteurs hormonaux positifs) pouvant éventuellement bénéficier de ce traitement reste à déterminer.

La troisième session a débuté par cinq communications libres, concernant différents thèmes comme le traitement des lésions de plus de 40 mm, le bénéfice de la radiothérapie d'après les données de la méta-analyse [2,6], le réel potentiel évolutif des CCIS, le problème de la grossesse pendant et après la découverte d'un CCIS et les résultats préliminaires d'une étude franco-italienne de 821 patientes traitées par association radiochirurgicale conservatrice.

Le colloque a traité également des lésions lobulaires in situ, dont le profil est hétérogène. **Anne Vincent-Salomon**, anatomopathologiste à l'institut Curie, à Paris et **Bruno Cutuli** ont essayé de mettre en évidence le potentiel évolutif de certains carcinomes lobulaires in situ (CLIS ou néoplasies lobulaires) à partir des données histopathologiques et des premiers résultats d'une nouvelle étude rétrospective multicentrique française. S'il est avéré que les CLIS pléomorphes ont clairement un potentiel « agressif » important et doivent être traités comme des CCIS, pour les autres CLIS, l'attitude est beaucoup plus nuancée. Une étude réalisée parmi 42 patientes à l'institut Curie a montré que le Ki67 pouvait être un élément discriminant permettant de prédire le risque évolutif vers un cancer infiltrant [7]. Lors des discussions, la nécessité d'une vaste étude prospective a encore été soulignée.

Lors de la dernière session, **Anouchka Modesto** et **Eliane Mery**, respectivement oncologue radiothérapeute et anatomopathologiste à l'institut Claudius-Regaud de Toulouse, ont rapporté l'expérience toulousaine à propos des cancers micro-invasifs, en la comparant aux dernières données de la littérature. Il s'agit globalement de lésions de bon pronostic, mais la difficulté consiste à identifier les possibles facteurs de risque de rechute, en définissant au mieux les indications de traitement adjuvant.

Deux cas cliniques complexes réels récemment débattus en RCP de pathologie mammaire ont été ensuite présentés par l'équipe de Nancy (**Thierry Routiot**, gynéco-obstétricien à la Maternité, **Claire Brunaud**, oncologue radiothérapeute, et **Anne Lesur**, oncosénologue, responsable de la coordination sein, au centre Alexis-Vautrin et cosecraire de la SFSPM) avant de conclure par un exposé de **Bruno Cutuli** sur le bénéfice de l'activité sportive pour les patientes traitées pour un cancer du sein, détaillant en particulier l'expérience rémoise du *Dragon Boat*, mise en place depuis trois ans avec l'association « Ensembles pour Elles », dont plusieurs adhérentes ont apporté leur témoignage en fin de séance dans un débat avec le public.

Cette journée a donc été l'occasion de nombreux échanges entre spécialistes de multiples disciplines dans un climat très convivial. Le soutien de

l'industrie pharmaceutique et des sociétés savantes, en particulier la SFSPM, a également été très important et devrait permettre de réaliser une troisième édition en 2014.

Références

1. Bartelink H, Horiot JC, Poortmans PM, et al. (2007) Impact of a higher radiation dose on local control and survival in breast-conserving therapy of early breast cancer: 10-year results of the randomized boost versus no boost EORTC 22881-10882 trial. *J Clin Oncol* 25: 3259–65
2. Cutuli B (2012) Cancers canauxaires in situ de moins de 5 mm : pour la radiothérapie postopératoire. *Gynecol Obstet Fertil* 40: 384–6
3. Cuzick J, Sestak I, Pinder SE, et al. (2011) Effect of tamoxifen and radiotherapy in women with locally excised ductal carcinoma in situ: long-term results from the UK/ANZ DCIS trial
4. Kirova Y, De Rycke Y, Gambotti L, et al. (2008) Second malignancies after breast cancer: the impact of different treatment modalities. *Br J Cancer* 98: 870–4
5. Riou O, Lemanski C, Guillaumon V, et al. (2012) Role of radiotherapy boost on local control in ductal carcinoma in situ. *Int J Surg Oncol* (in press)
6. Romestaing P (2012) Cancers canauxaires in situ de moins de 5 mm pas de radiothérapie postopératoire. *Gynecol Obstet Fertil* 40: 387–9
7. Vincent-Salomon A, Hajage D, Rousette A, et al. (2012) High Ki67 expression is a marker of invasive relapse for classical lobular carcinoma in situ patients. *The Breast* (in press)
8. Virnig BA, Tuttle TM, Shamlivan T, Kane RL (2010) Ductal carcinoma in situ of the breast: a systematic review of incidence, treatment and outcomes. *J Natl Cancer Inst* 102: 170–8
9. Wapnir IL, Digman JJ, Fisher B, et al. (2011) Long-term outcomes of invasive ipsilateral breast tumor recurrences after lumpectomy in NSABP B-17 and B-24 randomized clinical trials for DCIS. *J Natl Cancer Inst* 103: 478–88