



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Bilan d'extension des cancers du sein : résultats et conséquences cliniques



What do clinicians do with the results of the systematic staging imaging at the time of the breast cancer diagnosis?

A. Turpin^{a,1}, A. Mailliez^{a,1,*}, P. Vennin^a, J. Bonnetterre^{a,b}

^aDépartement de sénologie, centre Oscar-Lambret, 3, rue Frédéric-Combemale, 59000 Lille, France

^bUniversité de Lille Nord de France, 59000 Lille, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 20 février 2013

Disponible sur Internet le 7 janvier 2014

Mots clés :

Bilan d'extension

Cancer du sein

TEP

Scintigraphie osseuse

Scanner-thoraco-abdominopelvien

RÉSUMÉ

Introduction. – Un bilan d'extension est souvent réalisé lors du diagnostic de cancer du sein. Cependant, il n'y pas de consensus concernant les modalités et les conséquences à en tirer.

Patientes et méthodes. – Cent vingt-trois patientes asymptomatiques recevant une chimiothérapie adjuvante (91 patientes) ou néoadjuvante (32 patientes) pour un cancer du sein au centre Oscar-Lambret en septembre 2011 ont eu un bilan d'extension (59 par scanner thoraco-abdominopelvien + scintigraphie osseuse, 59 par TEP et 5 par les 3 examens) et ont été incluses dans notre cohorte. Le résultat de chaque examen était considéré comme normal, anormal mais typiquement bénin ou potentiellement malin. Dans ce cas, un examen complémentaire était réalisé pour confirmer le diagnostic. La patiente était considérée comme métastatique si les résultats de deux examens différents étaient concordants ou en cas de réponse à la chimiothérapie.

Résultats. – Neuf patientes (7,3 %) étaient métastatiques (1 stade 1, 4 stade 2 et 4 stade 3). Le bilan d'extension par scanner thoraco-abdominopelvien couplé à la scintigraphie osseuse a discriminé 5 patientes métastatiques avec un surdiagnostic de 33 lésions bénignes et 20 examens complémentaires de confirmation. De même, le bilan d'extension par TEP, plus coûteux, ne discriminait que 2 patientes métastatiques pour 15 lésions bénignes nécessitant 20 examens de confirmation.

Conclusion. – Ces résultats appuient les recommandations internationales de ne réaliser un bilan d'extension qu'à partir du stade IIIA. Le couple scanner-thoraco-abdominopelvien et scintigraphie osseuse doit être privilégié à l'heure actuelle comme bilan d'extension standard.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Introduction. – Asymptomatic distant metastasis is often looked for at the time of initial diagnosis of early breast cancer. However, there is no consensus on when to perform it and on the consequences on the treatment.

Patients and methods. – One hundred and twenty-three asymptomatic women receiving systemic neoadjuvant (32 patients) or adjuvant treatment (91 patients) for breast cancer at the Oscar-Lambret center in September 2011 were considered. The staging imaging was a PET scan for 59 patients (pts), a CT scan and a bone scan for 59 patients and both for 5 patients. The result for each procedure was considered normal, abnormal but typically benign or potentially malignant. In this case, another imaging technique was carried out to confirm the suspected diagnosis. The patient was considered metastatic if the results of two different procedures were concordant and eventually in case of response to chemotherapy.

Results. – Nine pts were considered metastatic (9/125 = 7%). They were stage 1: 1, stage 2: 4 and stage 3: 4. The staging by CT, abdomen and pelvis scan coupled with bone scintigraphy discriminated five

Keywords:

Staging imaging

Breast cancer

PET

Bone scan

CT scan

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : a-mailliez@o-lambret.fr, s-bataille@o-lambret.fr (A. Mailliez).

¹ Contribution égale.

metastatic patients with overdiagnosis of 33 benign lesions and the need of 20 additional confirmatory tests. Similarly, the PET staging, more expensive, only discriminated two metastatic patients and 15 benign lesions requiring 20 confirmatory tests.

Conclusion. – These results support the international recommendations to make a staging from stage IIIA. The CT, abdominal and pelvic scan coupled with bone scintigraphy should be considered as a gold standard in breast cancer staging.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le cancer du sein est le premier cancer chez la femme en termes de fréquence et de mortalité par cancer, avec en Europe (40 pays) une incidence annuelle ajustée à l'âge de 88,4/100 000 et une mortalité de 24,3/100 000 [1]. Cette incidence est couplée à une diminution de la mortalité grâce aux stratégies de dépistages systématiques, proposées par les sociétés savantes européennes qui permettent de dépister des cancers à des stades précoces [2].

Les recommandations internationales actuelles sont contradictoires quant à l'indication de prescription d'un bilan d'extension avant ou après la chirurgie et ne préconisent pas d'examen standards à réaliser. Selon les dernières recommandations américaines du National Comprehensive Cancer Network (NCCN), il y a une indication théorique à réaliser un bilan d'extension à partir du stade IIIA (T0-2N2M0, T3N1, N2) (Tableau 1) par scintigraphie osseuse au technétium 99, imagerie abdominale et/ou pelvienne (échographie abdominale, scanner ou IRM) et imagerie thoracique (radiographie thoracique ou TDM thoracique) [3].

Les recommandations de l'ESMO actualisées de 2011 préconisent pour leur part un bilan d'extension systématique en néoadjuvant avec une évaluation viscérale pouvant être au choix une radiographie du thorax, échographie abdominale ou scanner thoracique et abdominopelvien et une évaluation osseuse par scintigraphie au technétium 99.

Ces derniers examens peuvent également être demandés en cas d'atteinte ganglionnaire cliniquement perceptible en préopératoire, tumeurs de grande taille (> 5 cm) ou critères cliniques ou histopronostiques témoignant d'un haut risque métastatique [1] (âge jeune, haut grade, index de prolifération K167 élevé, phénotype triple négatif qu'il soit basal ou non, surexpression de HER2, envahissement ganglionnaire avec ou sans rupture capsulaire). Le TEP-scan au 18 fluoro-désoxy-glucose reste pour l'instant un examen de seconde intention quelle que soient les recommandations, américaine ou européenne [1,3].

En France, l'Institut national du cancer recommande l'instauration de la chimiothérapie dans les 3 mois après la chirurgie (recommandations INCA 2012) sans qu'il n'y ait dans la littérature de délai optimal identifié dans ces 3 mois [4]. Ce délai permet entre autres la réalisation d'examen complémentaires. Cependant, l'impact des résultats du bilan d'extension, à la fois sur le délai de prise en charge et sur la modification du protocole de chimiothérapie, n'a jamais été réellement évalué.

L'objectif principal de notre étude rétrospective est donc d'évaluer l'impact de la réalisation d'un bilan d'extension sur la prise en charge thérapeutique, c'est-à-dire sur les modifications du

protocole de chimiothérapie si les patientes sont diagnostiquées métastatiques. Les objectifs secondaires sont de caractériser l'impact du bilan d'extension en termes de nombre d'examen complémentaires demandés pour caractériser la bénignité ou malignité d'une anomalie radiologique et le coût de ces explorations complémentaires.

2. Patients et méthodes

Cent quarante-cinq patientes suivies en hôpital de jour de sénologie au centre Oscar-Lambret (centre de lutte contre le cancer de Lille) pour un cancer du sein et ayant reçu une chimiothérapie à visée néoadjuvante ou adjuvante en septembre 2011 ont été incluses dans notre cohorte. La stratégie de prise en charge était initialement à visée curative et seulement 123 patientes ont eu un bilan d'extension.

Trente-deux patientes étaient, avant la réalisation de ce bilan d'extension, considérées en prise en charge néoadjuvante et 91 en prise en charge adjuvante. Les protocoles de chimiothérapie adjuvante et néoadjuvante étaient identiques et classiques : protocole FEC 100 pendant 3 cures (Fluoro-uracile 500 mg/m², Epirubicine 100 mg/m², Cyclophosphamide 500 mg/m²) espacées de 21 jours chacune suivies de 3 cures de Docétaxel 100 mg/m² espacées de 21 jours. Une thérapie ciblée par Trastuzumab était débutée de manière contemporaine au Docétaxel (8 mg/kg à la première cure puis 6 mg/kg pendant 1 an tous les 21 jours) en cas de surexpression d'Her2 ou d'amplification de l'oncogène Her2.

La réalisation du bilan d'extension et ses modalités étaient laissées au choix de l'oncologue référent. Dans certains cas, à l'initiative du chirurgien ou du médecin traitant, le bilan d'extension était fait en préopératoire. Il avait lieu avant le début de la chimiothérapie (soit avant ou après la chirurgie).

Nous avons recueilli de manière rétrospective et standardisée, à l'aide d'une fiche de recueil, les éléments suivants :

- caractéristiques du traitement :
 - date et modalités de la chirurgie : mastectomie (partielle ou totale), geste axillaire (technique du ganglion sentinelle et/ou curage), reprise chirurgicale,
 - date de la première consultation avec l'oncologue,
 - date de la pose de chambre implantable,
 - date de début de la chimiothérapie ;
- caractéristiques histopronostiques de la tumeur :
 - stadification clinique avant chirurgie,
 - histologique après intervention (en faisant référence aux données de la classification TNM),
 - le type histologique,
 - taille,
 - multifocalité,
 - récepteurs hormonaux,
 - statut HER2 par immuno-histochimie et/ou si besoin amplification du gène *HER2* par technique FISH ou CISH,
 - index de prolifération K167,
 - statut ganglionnaire (nombre de ganglions envahis par rapport au nombre de ganglions prélevés).

Tableau 1

Classification des cancers du sein par stade UICC.

T/N	N0	N1	N2	N3
T1	Stade IA	Stade IIA	Stade IIIA	Stade IIIB
T2	Stade IB	Stade IIB	Stade IIIA	Stade IIIB
T3	Stade IIB	Stade IIIA	Stade IIIA	Stade IIIB
T4	Stade IIIB	Stade IIIB	Stade IIIB	Stade IIIB

Stade IV : tous T, tous N, M1.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948389>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948389>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)