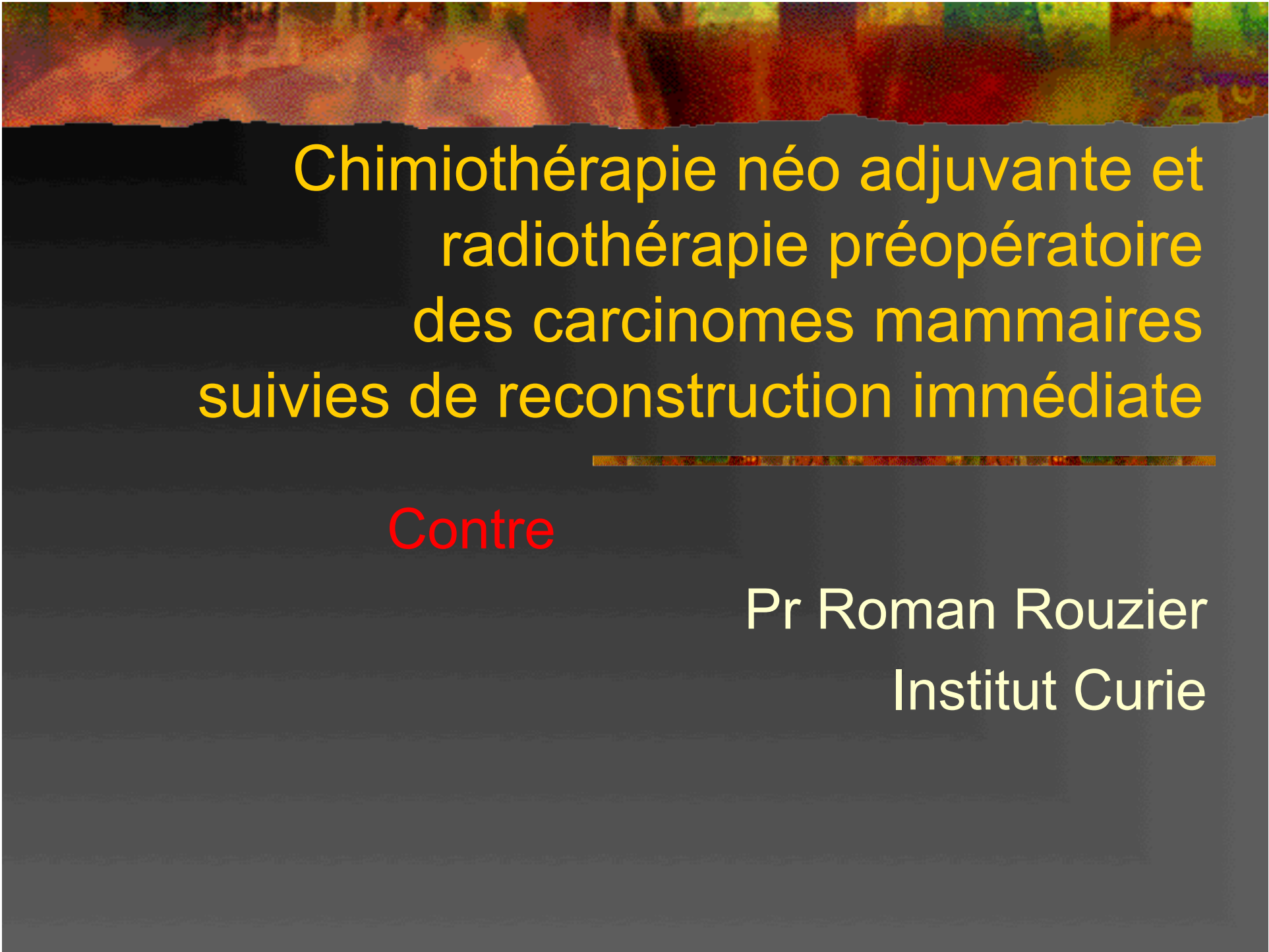




Chimiothérapie néo adjuvante et radiothérapie préopératoire des carcinomes mammaires suivies de reconstruction immédiate

Contre

Pr Roman Rouzier
Institut Curie

Recommandations d'experts publiées en 2010 et 2012

- Les décisions thérapeutiques locorégionales doivent être basées à la fois sur les données disponibles en pré-thérapeutique et sur les résultats histologiques post-chimiothérapie.
 - Le succès de la conservation du sein après une CNA dépend de la sélection rigoureuse des patientes et de l'obtention de marges chirurgicales négatives, à la fois pour le cancer invasif et le carcinome canalaire in situ.
 - Quelque soit la réponse à la CNA, la chirurgie reste nécessaire pour toutes les patientes. En effet, jusqu'à présent, il n'a pas été possible de définir un groupe qui pourrait sursoir à la chirurgie. La taille de la résection doit être décidée en fonction de la taille de la maladie résiduelle après CNA.
-

La reconstruction mammaire suit les mêmes règles et a les mêmes controverses que pour la chirurgie initiale.

- Il n'existe ni augmentation du délai à la mise en route des traitements adjuvants ni risque supplémentaire de complications quand on réalise une reconstruction après CNA.
 - La réalisation d'une reconstruction immédiate est limitée par la nécessité d'une radiothérapie :
 - en cas de reconstruction par prothèse, le risque d'exposition est majeur ;
 - les champs à irradier sont plus difficilement identifiés après reconstruction.
 - Cependant, les indications de radiothérapie après CNA sont mal définies, l'inconnue principale étant la conduite à tenir en cas d'envahissement ganglionnaire.
-

La reconstruction mammaire suit les mêmes règles et a les mêmes controverses que pour la chirurgie initiale.

- Une alternative consiste à réaliser l'irradiation tumeur en place avant de réaliser secondairement une mastectomie avec reconstruction immédiate. Cette séquence ne semble pas augmenter la morbidité ni modifier la survie. Une étude prospective multicentrique devrait démarrer prochainement pour valider cette stratégie.
-

Chimiothérapie néo adjuvante et radiothérapie préopératoire des carcinomes mammaires suivies de reconstruction immédiate

- Pourquoi être contre ?
 - C'est dangereux
 - C'est inutile
-

C'est dangereux

- Aucune données robustes
 - Complications en unicentrique...
 - 15 lymphoedemes / 218
 - Impose une reconstruction par lambeau
- Le recul est forcément insuffisant
 - Nombre d'évènements à distance important
 - Modèles à utiliser pour démontrer la relation de cause à effet complexes
- L'impasse ganglionnaire
 - Quel impact ?
 - La séquence rend nécessaire le curage

C'est dangereux

- Quel implication pour le radiothérapeute ?
 - Ou sont les études de dosimétrie ?
 - Les doses reçues sont elle les correcte
 - Absence de boost
 - Est-ce que les nouvelles techniques d'irradiation aident ?
 - Est-ce que les récives sont les mêmes ?
 - Irradiation des aires ganglionnaires ?
-

Mesurer l'impact sur la qualité de la RT

Objective	Full score (1 point)	-0.5 Point deduction	-1.0 Point deduction
Chest wall coverage	45–50 Gy in 25 fractions covered from midsternum medially, to midaxillary line inferolaterally, to posterior axillary line superolaterally, to 2 cm below opposite inframammary fold inferiorly, with superior border matched to supraclavicular axillary apical field	If medial or lateral coverage is not at least to the midsternum or midaxillary line	If medial and lateral coverage are deficient
Treatment of IMC	Internal mammary vessels were covered in at least the first three intercostal spaces by $\geq 45\text{--}50\text{Gy}$	IMC is partially treated	IMC is not treated at all
Minimization of lung irradiation	Less than 2-cm of lung thickness was found in chest wall tangential fields	Maximal lung thickness is 2 cm > 2 cm; but ≤ 3 cm	Maximal lung thickness is > 3 cm
Avoidance of heart	Heart and epicardial vessels were entirely excluded from tangent fields	If < 1 cm of left ventricle is within the tangent fields	If > 1 cm of left ventricle is treated in tangent fields

Score	Mastectomy + reconstruction + RT <i>N</i> = 112 (%)	Mastectomy + RT <i>N</i> = 106 (%)
-2.5 Point deduction	8 (7)	0
-2.0 Point deduction	12 (11)	1 (1)
-1.5 Point deduction	15 (13)	0
-1.0 Point deduction	23 (21)	6 (6)
-0.5 Point deduction	6 (5)	10 (9)
No deductions (4/4)	48 (43)	89 (84)

	Optimal without reconstruction (%)	Optimal after reconstruction (%)	<i>p</i> -value
Objective			
Chest wall coverage	100	78	<0.0001
Treatment of IMC	93	45	<0.0001
Minimization of lung irradiation	97	83	0.0015
Avoidance of heart and epicardial vessels	92	85	0.1435
Side			
Left (all objectives)	94	51	<0.0001
Right (all objectives)	92	41	<0.0001
Imaging			
CT simulation	97	46	<0.0001
Fluoroscopic field placement with subsequent CT	92	46	<0.0001

RT systématique si mastectomie après CNA ?

- Est-ce utile ?
 - Les indications de la RT de paroi et des aires ganglionnaires après CNA sont larges : pas de consensus.
-

RT systématique si mastectomie après CNA ?

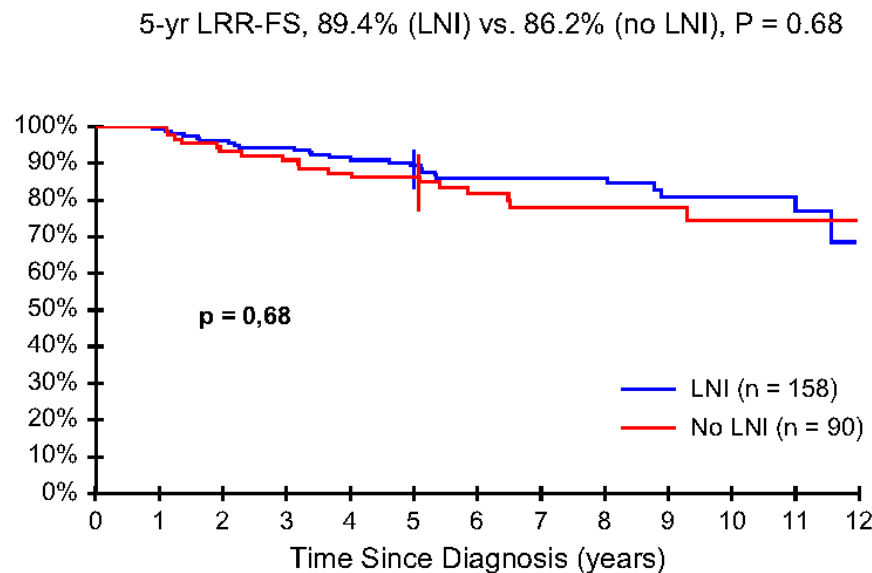


Fig. 1. Five-year locoregional relapse (LRR)–free-survival according to whether patients received lymph node irradiation (LNI). Blue line indicates patients with LNI (89.4%); red line indicates patients without LNI (86.2%) ($p = 0.68$).

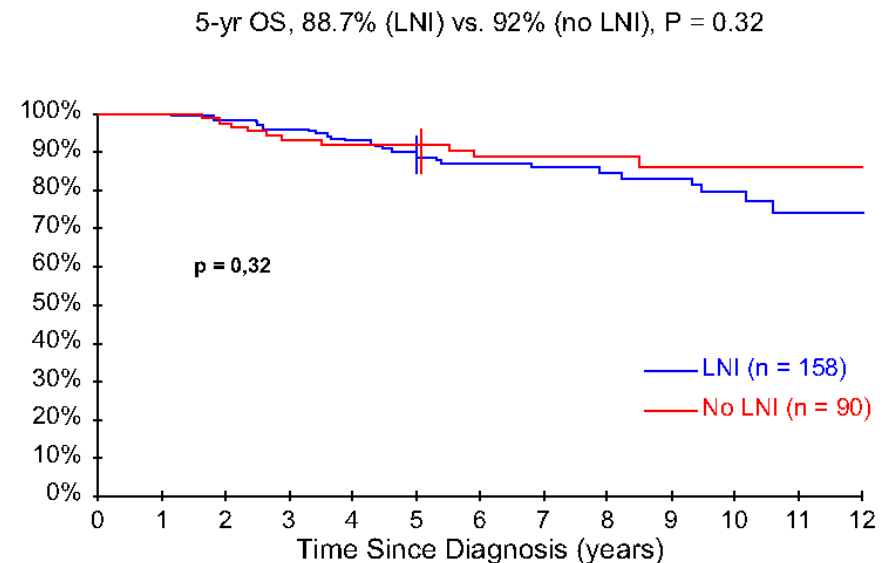


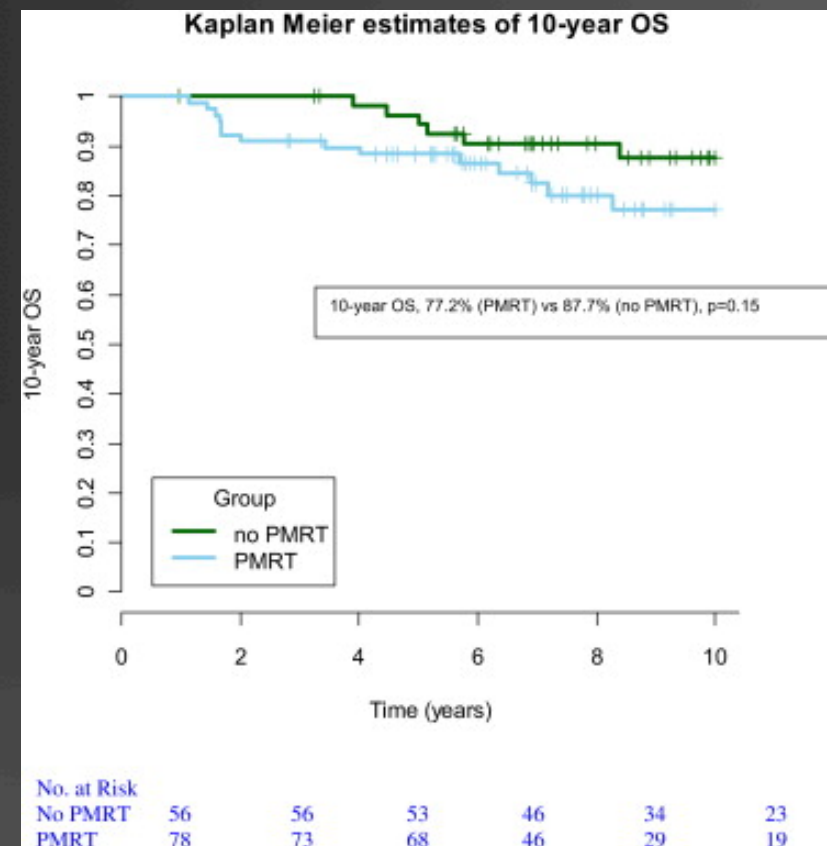
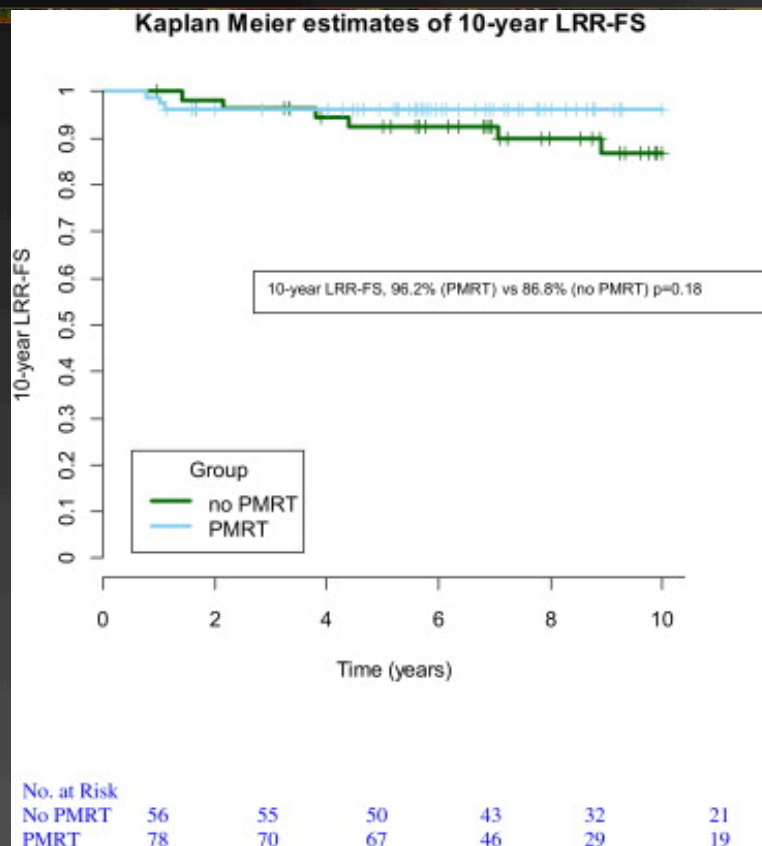
Fig. 2. Five-year overall survival according to whether patients received lymph node irradiation (LNI). Blue line indicates patients with LNI (88.7%); red line indicates patients without LNI (92%) ($p = 0.32$).

Table 2. Multivariate analysis of Overall survival, Cox Model (248 patients)

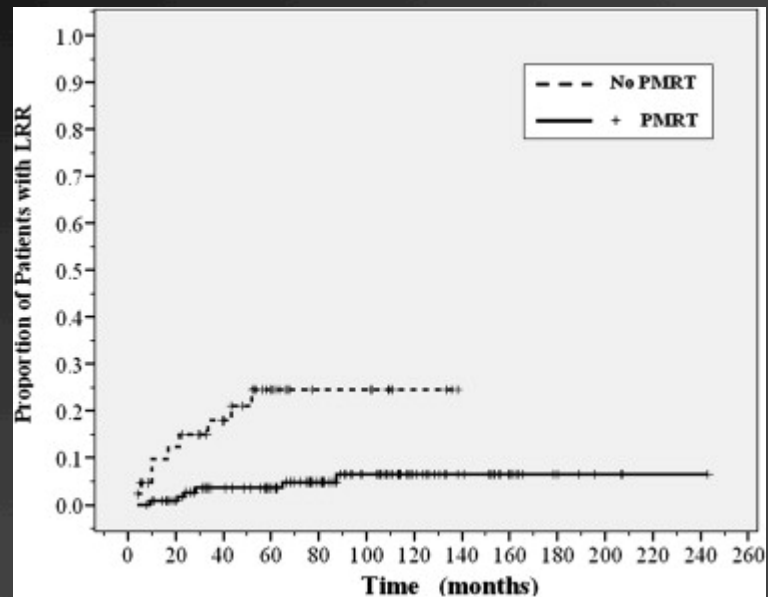
	HR for death	95% CI	<i>P</i>
Response to NAC			
pCR	1		
No pCR	3.05	1.17-7.99	0.023
Clinical Nodal status			
N0	1		
N1-N2	2.24	1.15-4.36	0.017

Abbreviations: HR = hazard ratio; NAC = neoadjuvant chemotherapy; pCR = pathological complete response (complete clearance of primary tumor in breast).

Irradiation de paroi



T3N0



Nagar et al. International Journal of
Radiation Oncology Biology Physics 2011

Un regret

- Où est la recherche de transfert ?
 - Impact de la pCR
 - Modèle potentiel de radio-sensibilité acquise ou induite
-

Conclusion

- Pas contre mais prudence
 - Approche multi-disciplinaire = résolution des questions annexes
 - Nécessité d'une étude multicentrique prospective
-