

CANCER DU SEIN ET FEMME JEUNE

Dr Anne-Margaux MASCAREL

Dr Marie ROBERT



LIENS D'INTÉRÊTS

Dr Anne-Margaux MASCAREL

Pas de conflit d'intérêt à déclarer.

Dr Marie ROBERT

Company / name	Travel fees	Congress fees	Consulting/A dvisory Board	Training
AZ	x	x	x	
Lilly			x	
Gilead	x	x		
Novartis			x inst°	x
Creafirst	x	x		

POURQUOI EN PARLER ?

- Définition : femmes jeunes < 40 ans
- Cancers **rare**s mais...

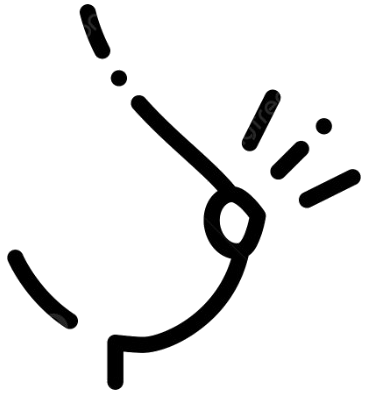
1. incidence du cancer du sein chez la femme jeune **en augmentation**
2. diagnostic souvent à des **stades avancés** car
 - Pas de dépistage (sauf patientes à haut risque génétique)
 - Méconnaissance de la part des médecins
 - Cancers plus agressifs → plus fréquemment de haut grade, et phénotypes plus agressifs (triple négatif, HER2 ou luminal B)

→ Recours plus fréquent à une thérapeutique **multimodale**
3. **spécificités** de prise en charge diagnostique et thérapeutique
4. cas particulier de la **grossesse** et de **l'allaitement**



PRISE EN CHARGE
DIAGNOSTIQUE

INTERROGATOIRE ET EXAMEN CLINIQUE



Mode de découverte : anomalie clinique

- Masse palpable +++, écoulement, rétraction cutanée ou mamelonnaire, adénomégalie axillaire, sein inflammatoire
- Chez la femme enceinte : augmentation du volume mammaire peut masquer une masse

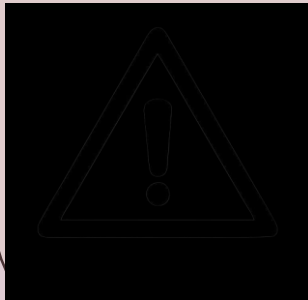
Interrogatoire

- Date des dernières règles, contraception, grossesse en cours
- Antécédents familiaux : sein, ovaire, pancréas, prostate
- Attention ! La majorité des patientes jeunes ayant un cancer du sein n'ont pas d'antécédent familial...

1^{ÈRE} ÉTAPE : ÉCHOGRAPHIE



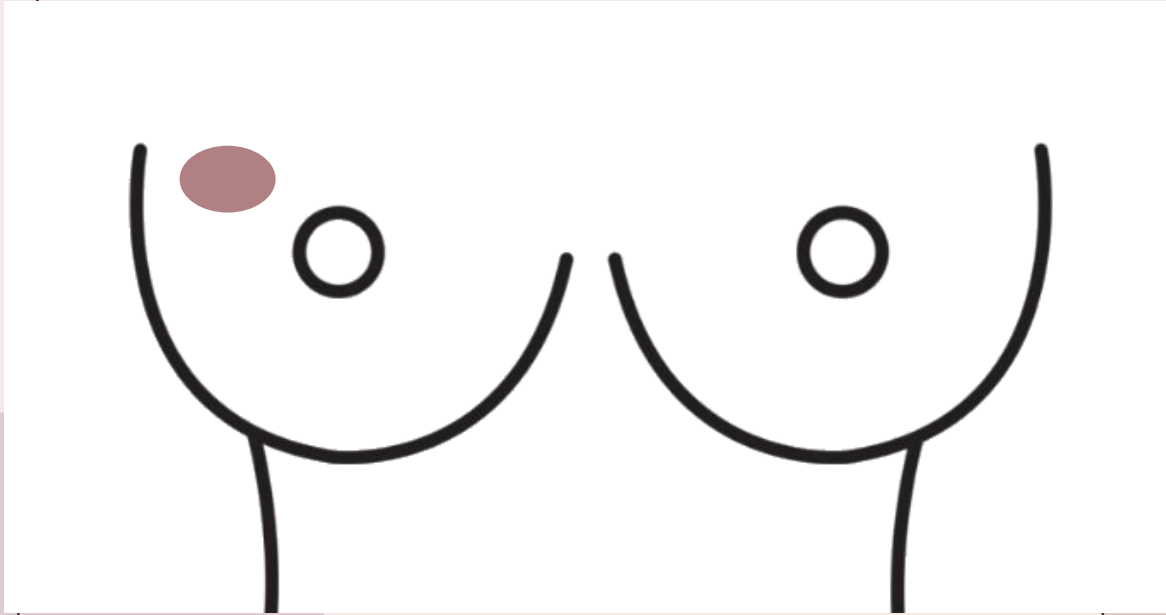
- Radiosensibilité de la glande mammaire = échographie en première intention ⁽¹⁾
- Majorité se présentent sous forme de cancers « typiques » (ACR4/5)
- Mais taux plus élevés de cancers d'aspect **pseudo bénin** qui risquent d'être classés en ACR3 ⁽²⁾



catégorie 3 du BI-RADS® (ACR) = masses homogènes, ovalaires, aux contours circonscrits, ou kystes compliqués ou amas de microkystes

- Un seul critère de malignité = ACR4 → biopsie
- En cas de **majoration de taille de plus de 20%** au 1er contrôle = ACR 4 → biopsie

POUR EXEMPLE...



Patiente de 32ans, pas d'antécédent personnel, antécédent de cancer du sein chez la grand-mère à 70ans.

Palpation d'une masse du QSE droit.

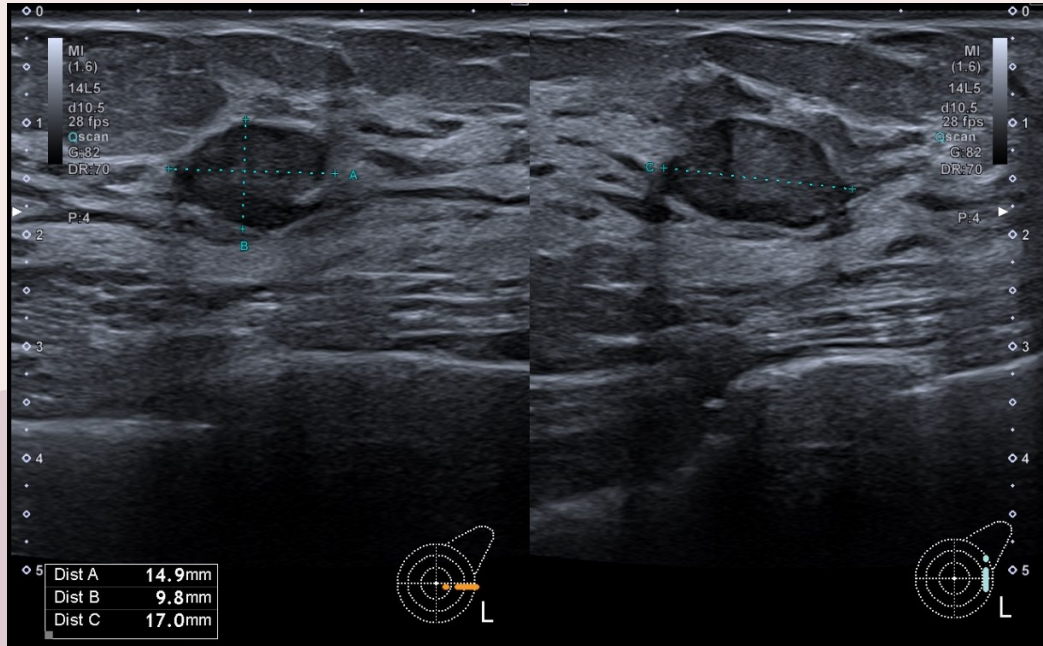
Mars 2023 : échographie mammaire

A droite, image ovale, hypoéchogène, bien limitée, à grand axe parallèle à la peau, de 8mm, du QSE, en faveur soit d'un adénofibrome, soit d'un kyste légèrement échogène.

A gauche, pas d'anomalie suspecte.

Echographie mammaire classée ACR3 à droite et ACR1 à gauche.

POUR EXEMPLE...



Patiente de 32ans, pas d'antécédent personnel, antécédent de cancer du sein chez la grand-mère à 70ans.

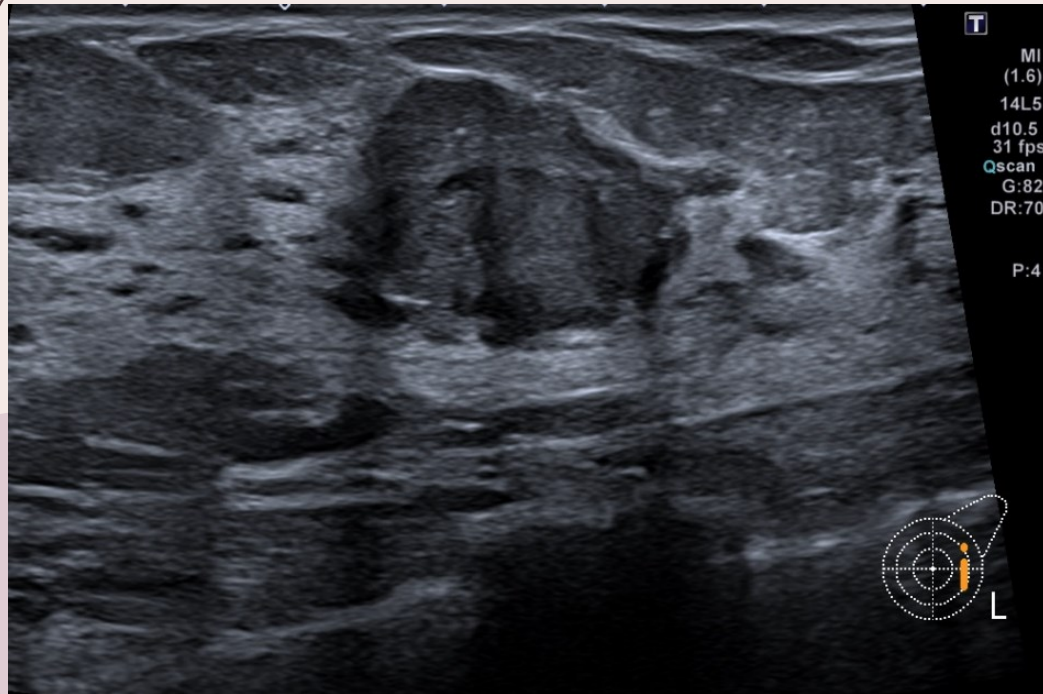
Septembre 2023 : contrôle échographique à 6 mois

A droite, stabilité de la masse du QSE de 8mm.

A gauche, mise en évidence d'une masse semblant de même nature de l'UQE, de 17x10x18mm, non décrite précédemment, compatible avec un adénofibrome.

Echographie mammaire classée ACR3 à droite et ACR3 à gauche.

POUR EXEMPLE...



Patiente de 32ans, pas d'antécédent personnel, antécédent de cancer du sein chez la grand-mère à 70ans.

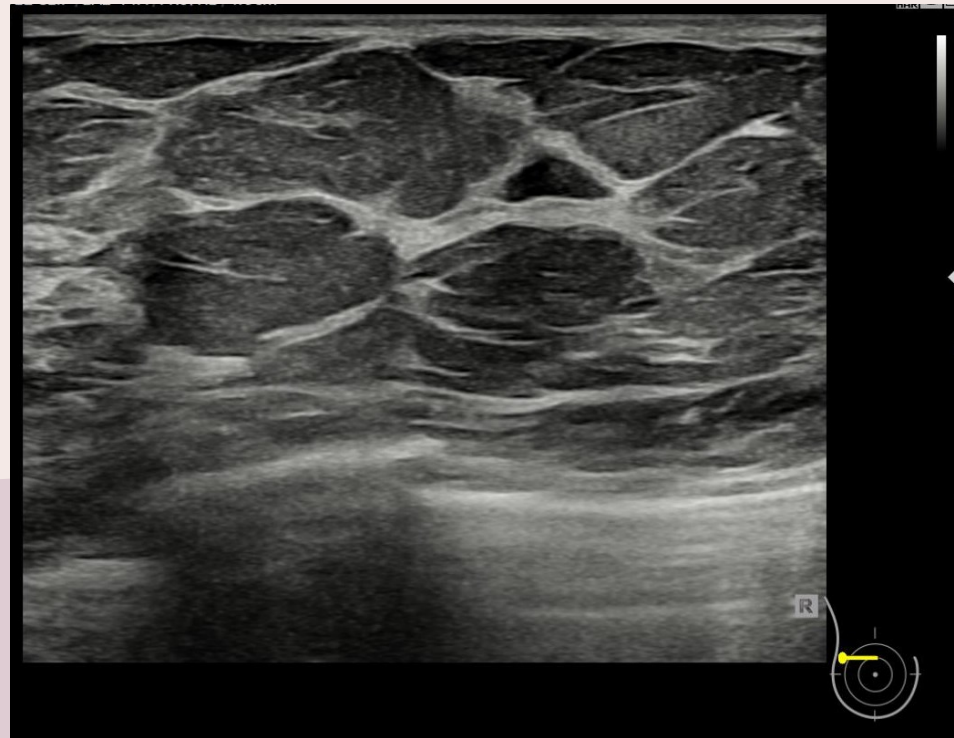
Mars 2024: contrôle échographique des deux nodules

A droite, stabilité de la masse du QSE de 8mm.

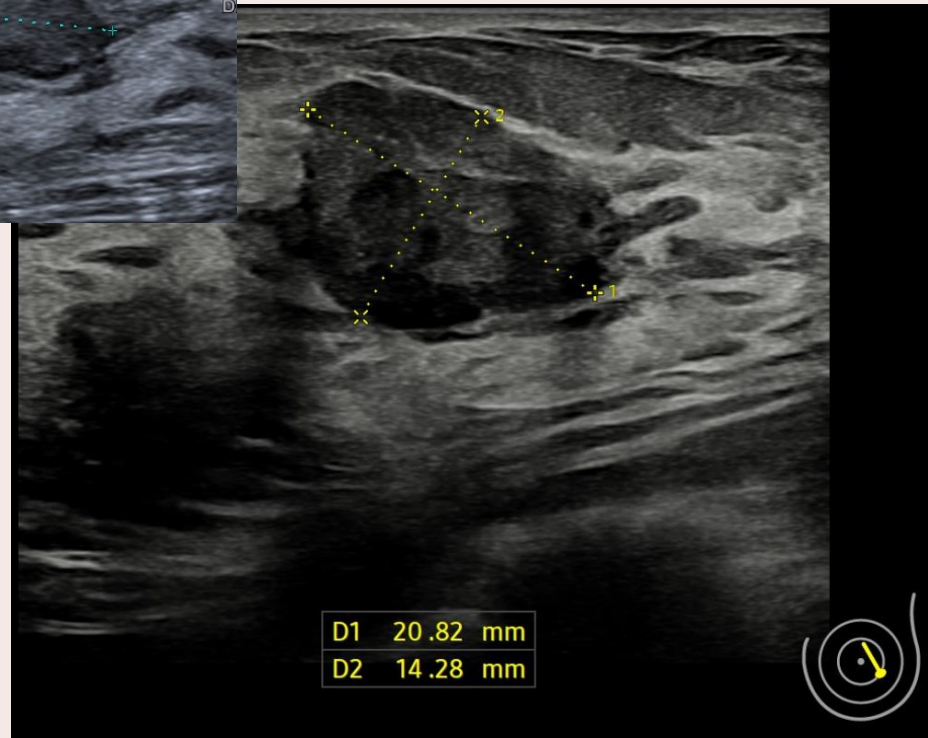
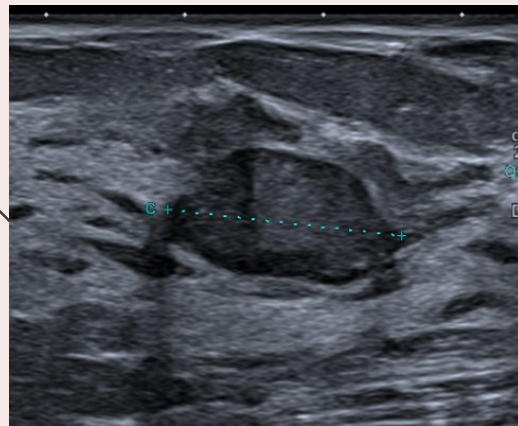
A gauche, majoration de taille de la masse de l'UQE, mesurée à 19x16x22mm, présentant ce jour un contenu plus hétérogène et des contours irréguliers.

→ Patiente adressée dans notre centre pour biopsie de la masse gauche.

POUR EXEMPLE...

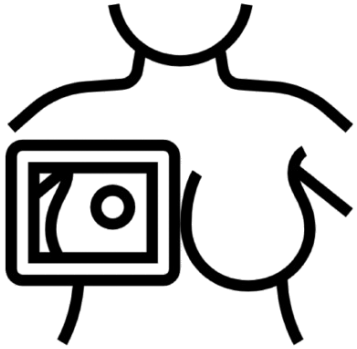


A droite, nodule bien circonscrit stable depuis 1 an.



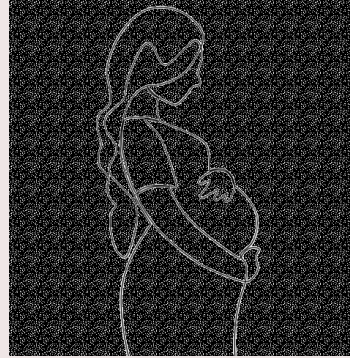
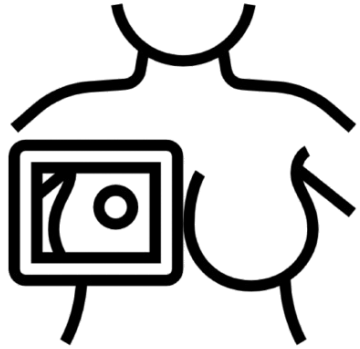
A gauche, masse UQE contours irréguliers.
Biopsie : CITNS de grade II RH+ HER2-
KI67 25%

2^{ÈME} ÉTAPE : MAMMOGRAPHIE



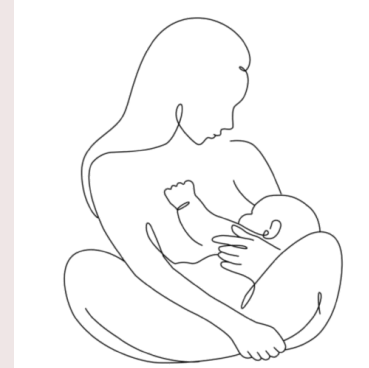
- Quand faut-il la faire ?
 - En cas d'ACR 5 : mammographie d'emblée
 - En cas de lésion non typique et/ou avant 30/35ans : après confirmation histologique
- Mammographie bilatérale
- Recherche de lésions additionnelles dont microcalcifications associées ou à distance
- Avec tomosynthèse car plus performante pour détection dans les seins denses⁽¹⁾

2^{ÈME} ÉTAPE : MAMMOGRAPHIE



Grossesse

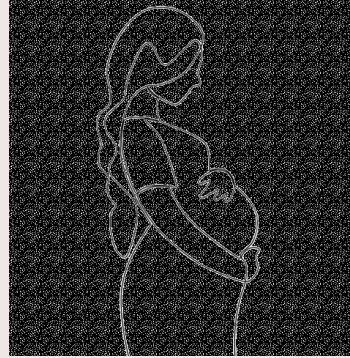
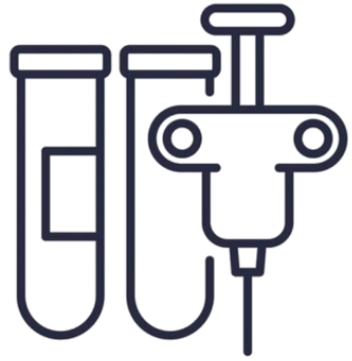
- Oui, quel que soit le terme de la grossesse
- Dose reçue à l'utérus \ll 100mGy
- Tablier de plomb non nécessaire mais possible si rassure la patiente



Allaitement

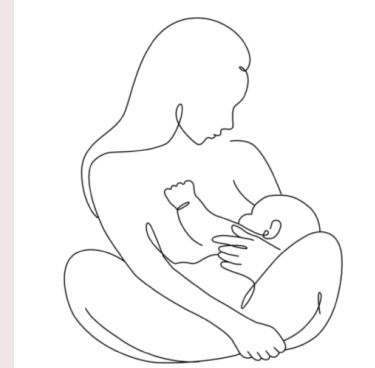
- Oui
- Allaiter ou tirer le lait 30min avant l'examen

3^{ÈME} ÉTAPE : BIOPSIE



Grossesse

- Pas de contre-indication



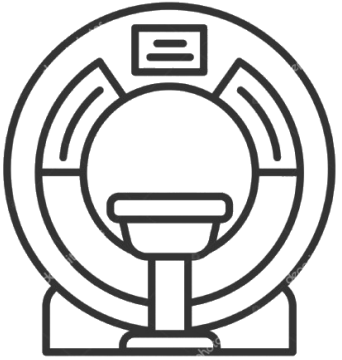
Allaitement

- Pas de contre-indication
- Prévention de la fistule lactée
 - Diminuer le diamètre de l'aiguille
 - Allaiter ou tirer le lait avant biopsie
 - Glaçage et/ou bandage serré post biopsie



BILAN D'EXTENSION

IRM



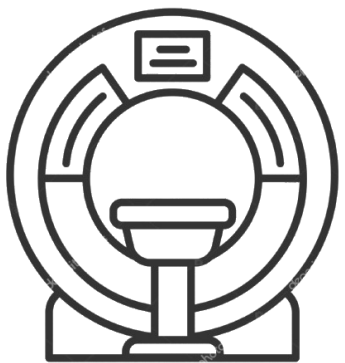
Obligatoire ?

- Pas de consensus dans les recommandations.
- Dans la littérature :
 - Augmente la détection de lésions additionnelles, diminution du taux de reprise chirurgicale sans augmenter le taux de mastectomie ⁽¹⁾
 - Amélioration de la survie globale mais non significative ⁽²⁾
- Mais les arguments en faveur...
 - Densité mammaire souvent élevée pouvant gêner l'interprétation,
 - IRM systématique si chimiothérapie première (fréquente chez les femmes jeunes)
 - Patientes potentiellement à haut risque avec suivi à distance par IRM +++

(1) Langman *Breast J.* 2021, Selvi *Biomed. Res. Int.* 2018, Park *Radiology* 2021

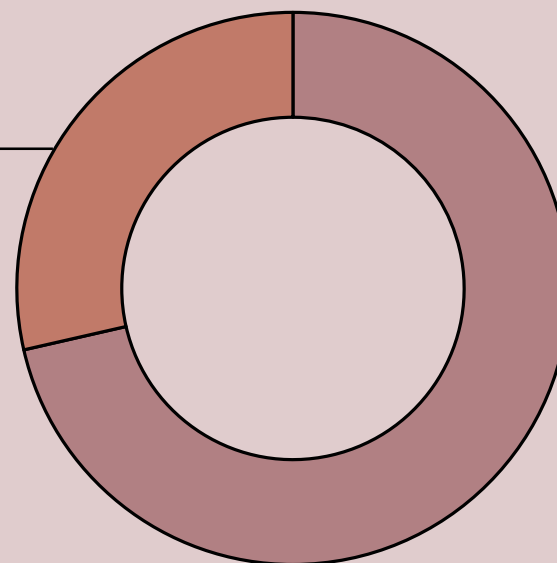
(2) Park *Radiology* 2023, Gonzalez *BJS Open* 2021

IRM



Sondage bureau SIFEM : IRM pré-thérapeutique en systématique chez femme jeune ?

4 NON saufs cas particuliers :
seins denses, lobulaires,
discordances radio-clinique,
difficulté évaluation taille tumorale,
demande du clinicien, contexte
familial à risque...



10 OUI

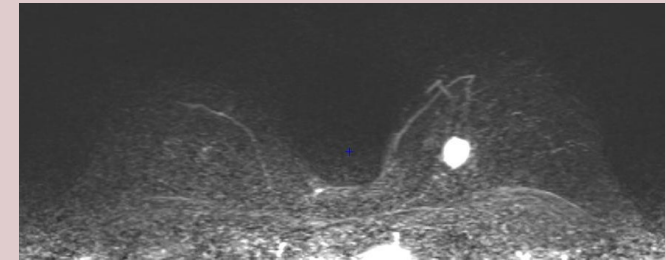
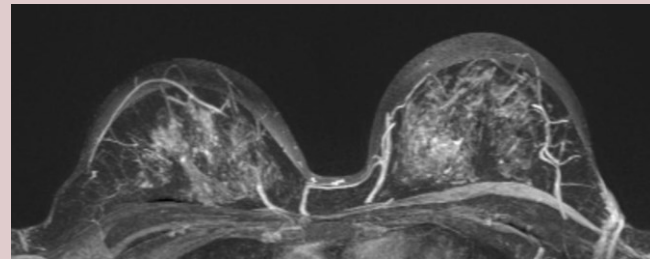
IRM



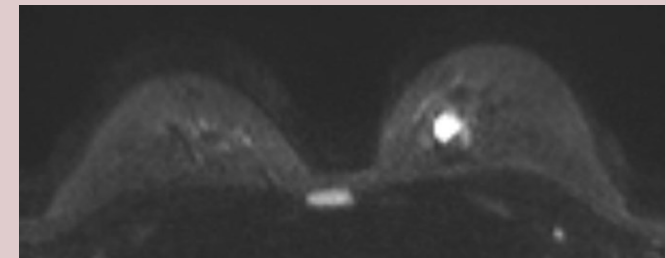
Comment la faire ?

- Idéalement entre 8^e et 12^e jour du cycle / après retrait du stérilet hormonal
- ... MAIS ne doit pas retarder la prise en charge
- Pour pallier un éventuel rehaussement matriciel de fond marqué
→ séquence **Ultra Fast** et **diffusion**

Séquence T1
injectée MIP

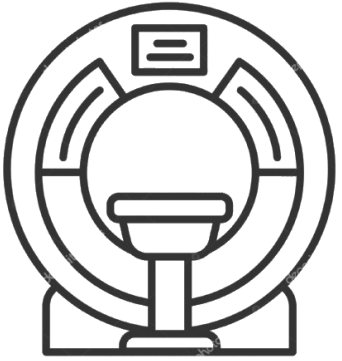


Ultra Fast



Diffusion

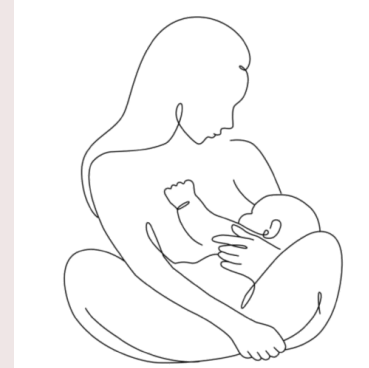
IRM



Grossesse

- Possible, même au premier trimestre
- Eviter gadobénate (Multihance®), privilégier produit de contraste macrocyclique

« L'exposition à l'IRM pendant la grossesse n'augmente par le risque malformatif de base de toute grossesse qui est de 2% »



Allaitement

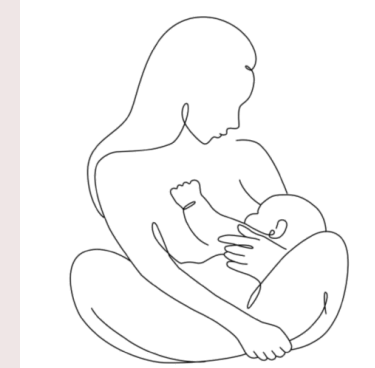
- Possible
- Eviter gadobénate (Multihance®), privilégier produit de contraste macrocyclique
- Ne pas suspendre l'allaitement ou suspendre l'allaitement pendant 4h après l'injection

TDM



Grossesse

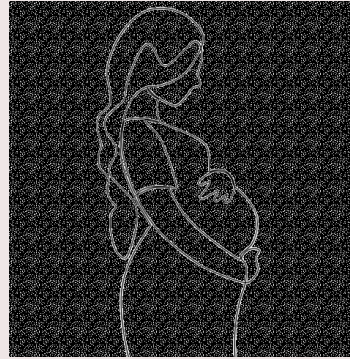
- TDM thoracique : possible selon le principe ALARA
- TDM abdomino-pelvien : à éviter (privilégier échographie/IRM) - Si nécessaire, évaluation de la dose délivrée à l'enfant



Allaitement

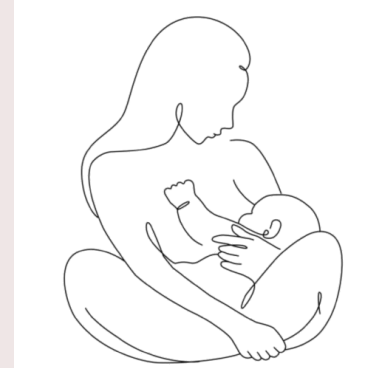
- Possible
- Après injection
 - ne pas suspendre l'allaitement
 - ou suspendre l'allaitement pendant 4h après l'injection sauf pour Iohexol (Omnipaque®) et Iodixanol (Visipaque®).

TEP-TDM ET SCINTIGRAPHIE OSSEUSE




Grossesse

- Possible : à évaluer en fonction de la balance **bénéfice/risque**
 - Irradiation du traceur + du scanner
Valeur d'irradiation inférieure à 100mGy
 - Alternative éventuelle par TEP IRM?



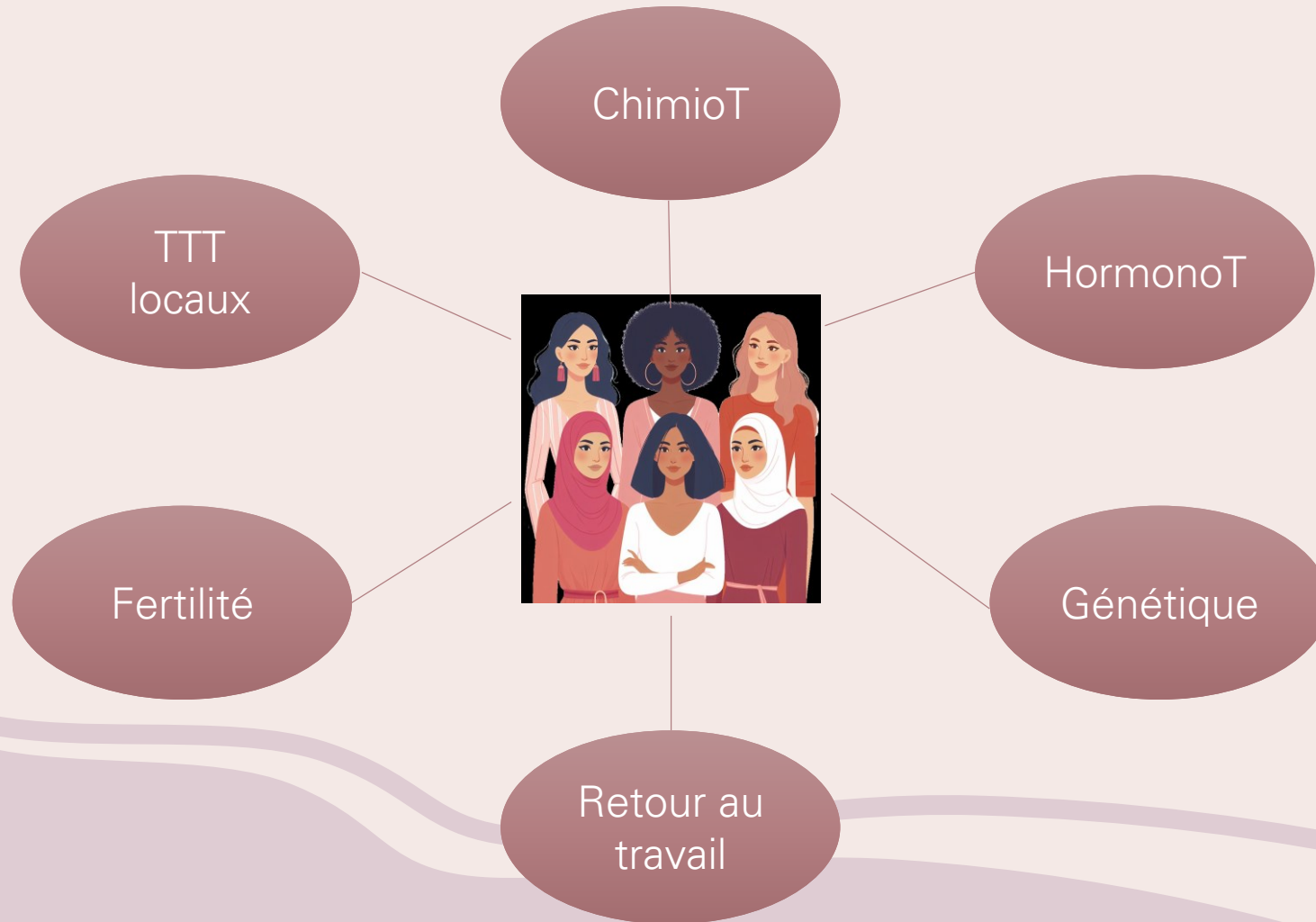
Allaitement

- Possible
- Suspension de l'allaitement durant 24h après l'injection

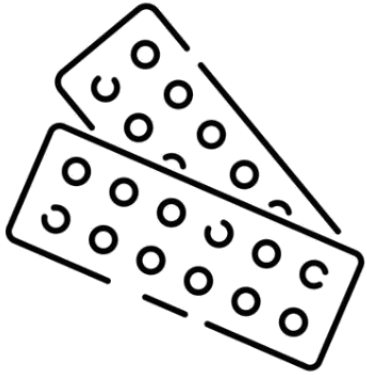


PRISE EN CHARGE
THÉRAPEUTIQUE

PRISE EN CHARGE DES FEMMES JEUNES : ENCORE PLUS MULTIDISCIPLINAIRE

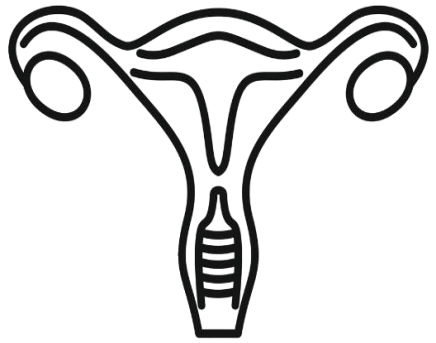


PRÉALABLE AU TRAITEMENT



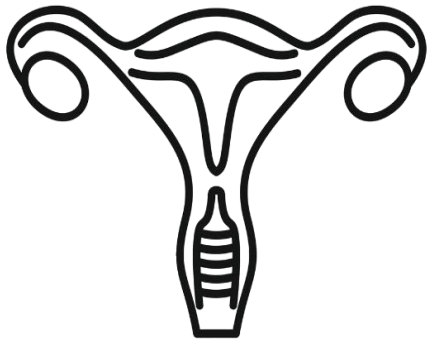
- Arrêt de la **contraception « hormonale »** au diagnostic
- Interroger les souhaits de futures grossesses
- Adresser en consultation d'oncogénétique:
 - Recommandations ESMO: à proposer systématiquement aux patientes jeunes
 - Indication potentielle d'olaparib? Besoin rapide des résultats « fast track »

PRÉALABLE AU TRAITEMENT



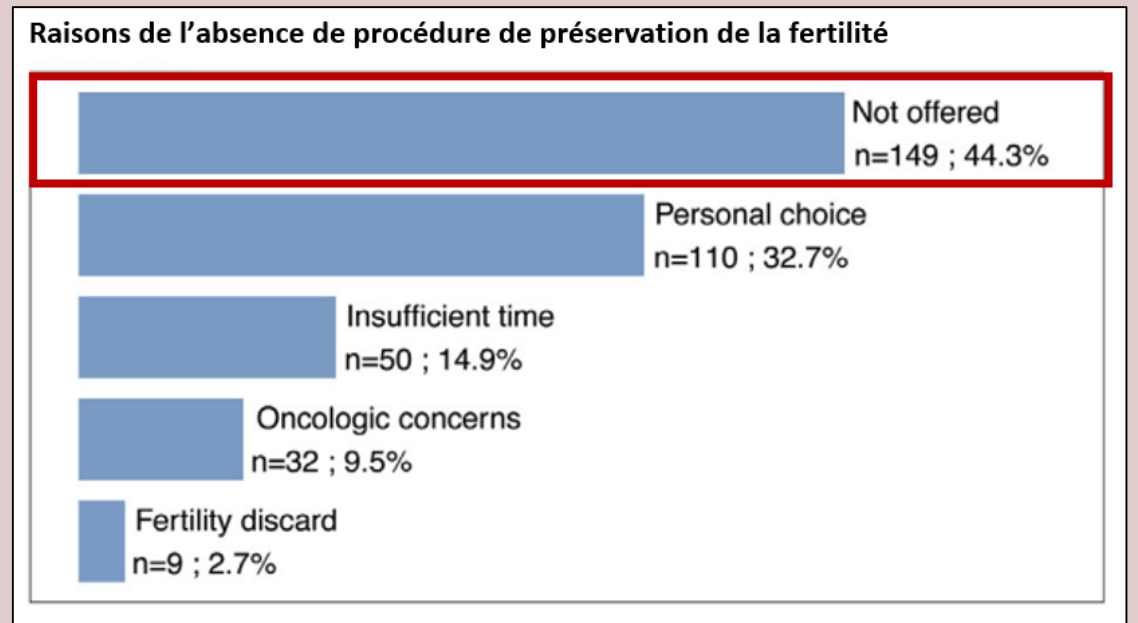
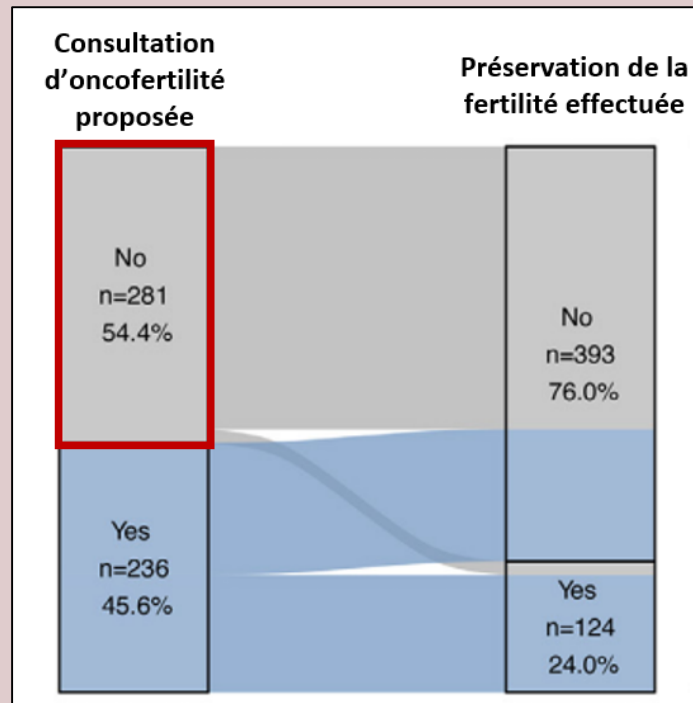
- Arrêt de la contraception « hormonale » au diagnostic
- Interroger les souhaits de futures grossesses
- Adresser en consultation d'oncogénétique:
 - Recommandations ESMO: à proposer systématiquement aux patientes jeunes
 - Indication potentielle d'olaparib? Besoin rapide des résultats « fast track »

ONCOFERTILITÉ

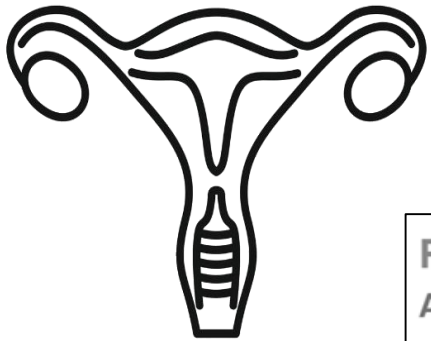


FEERIC : l'accès à la préservation de la fertilité est encore insuffisamment proposé

517 femmes avec antécédent de cancer du sein, âgées de 18-43 au diagnostic



ONCOFERTILITÉ



Proposer une consultation d'oncofertilité est **obligatoire**

PLAN CANCER 2021-2030

AXE 2 du plan cancer: limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie

OBJECTIF :

Mieux connaître les séquelles liées à la maladie et les effets secondaires des traitements afin de les prévenir lorsque c'est possible et de les traiter le plus efficacement le cas échéant.

Mettre en place des ZUZI un appel à projets multithématiques au service des orientations de la stratégie (désescalade, médecine de précision, reconstruction, **séquelles et qualité de vie**, soins de support, **préservation de la fertilité**, études, emploi, accompagnement) et un programme de recherche clinique (PACC-K) dédié à

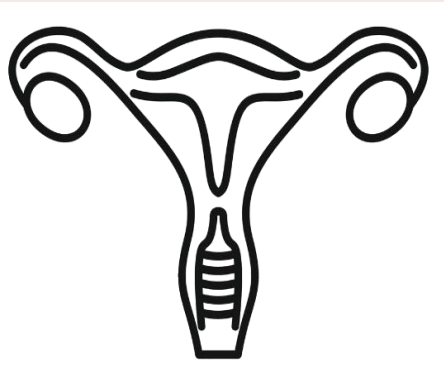
PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ ET CANCER: RECOMMANDATIONS INCA 2021

R1. Il est recommandé d'informer tout enfant, adolescente (et leurs représentants légaux) et femme en âge de procréer du niveau de risque de gonadotoxicité et/ou d'insuffisance ovarienne prématurée en fonction du protocole de chimiothérapie envisagé dès la consultation d'annonce du diagnostic et/ou de la proposition thérapeutique (Grade A).

R2. Tout enfant, adolescente et femme en âge de procréer devant recevoir un protocole de chimiothérapie peut bénéficier d'une information spécialisée sur l'impact de ces traitements sur sa réserve ovarienne (Grade A).

R3. Il est recommandé de proposer de façon systématique une consultation de préservation de la fertilité pour toute patiente de moins de 38 ans devant recevoir un protocole de soins comprenant des agents alkylants bifonctionnels à haute toxicité ovarienne (Grade A). Entre 38 et 40 ans, il est recommandé de discuter au cas par cas l'indication de préservation de la fertilité (AE).

ONCOFERTILITÉ



Fonction de l'âge et du type de chimiothérapie/dose

Degree of risk	Treatment type/regimen	Comments
High risk (>80%)	<ul style="list-style-type: none"> 6 Cycles of CMF, CEF, CAF or TAC in women aged ≥ 40 years 	Significant decline in AMH concentrations after treatment
Intermediate risk (20%-80%)	<ul style="list-style-type: none"> 6 Cycles of CMF, CEF, CAF or TAC in women aged 30-39 years 4 Cycles of AC in women aged ≥ 40 years 4 Cycles of AC/EC \rightarrow taxane 4 Cycles of dd (F)EC \rightarrow dd taxane 	Significant decline in AMH concentrations after treatment
Low risk (<20%)	<ul style="list-style-type: none"> 6 Cycles of CMF, CEF, CAF or TAC in women aged <30 years 4 Cycles of AC in women aged <40 years 	Significant decline in AMH concentrations after treatment
Very low or no risk	<ul style="list-style-type: none"> Antimetabolites (methotrexate, fluorouracil) 	
	<ul style="list-style-type: none"> Vinca alkaloids 	
	<ul style="list-style-type: none"> Tamoxifen 	No change in AMH concentrations after treatment
	<ul style="list-style-type: none"> Bevacizumab (?) 	
Unknown/unclear risk	<ul style="list-style-type: none"> Trastuzumab, lapatinib and T-DM1 (?) 	
	<ul style="list-style-type: none"> Platinum- and taxane-based chemotherapy Most targeted therapies (including monoclonal antibodies and small molecules): pertuzumab, everolimus, CDK4/6 inhibitors, PARP inhibitors 	
	<ul style="list-style-type: none"> Immunotherapy GnRHa plus an aromatase inhibitor 	

PRÉALABLE AU TRAITEMENT



Arrêt de la contraception « hormonale » au diagnostic

Interroger les souhaits de futures grossesses

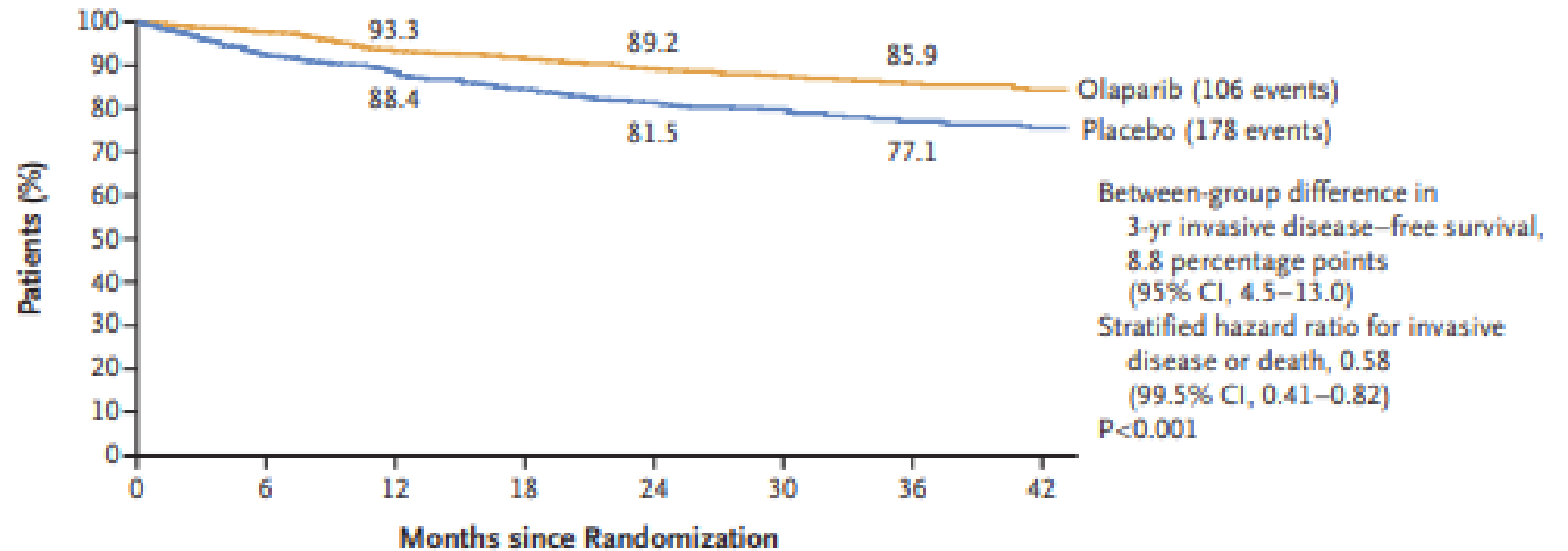
Adresser en consultation d'**oncogénétique** :

- Recommandations ESMO: à proposer systématiquement aux patientes jeunes
- Indication potentielle d'olaparib? Besoin **rapide** des résultats « **fast track** »

PRÉALABLE AU TRAITEMENT



A Invasive Disease-free Survival



No. at Risk

Olaparib	921	820	737	607	477	361	276	183
Placebo	915	807	732	585	452	353	256	173

CAS PARTICULIER DE LA GROSSESSE



- Prise en charge différente en fonction du terme

	Prenatal period			Postnatal period
	First trimester	Second trimester	Third trimester	
SURGERY	✓	✓	✓	✓
RADIOTHERAPY	⚠	✗	✗	✓
CHEMOTHERAPY	✗	✓	✓	✓
ENDOCRINE THERAPY	✗	✗	✗	✓
TARGETED THERAPY	✗	✗	✗	✓

Legend: ✓ Allowed as safe, ✗ Contraindicated, ⚠ Only in selected cases

CAS PARTICULIER DE LA GROSSESSE



- Prise en charge différente en fonction du terme
- RCP nationale grossesse et cancer du sein

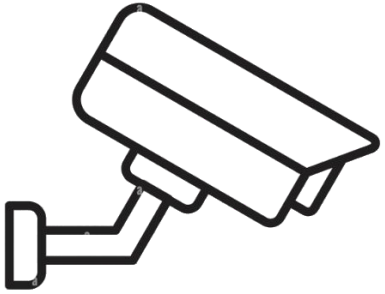
[Cancer et grossesse - Cancer et grossesse : Centre national de référence \(aphp.fr\)](http://aphp.fr)





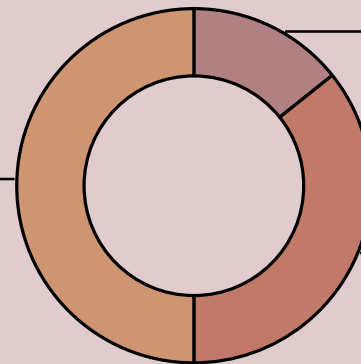
APRÈS LE CANCER

SURVEILLANCE EN IMAGERIE



- **Patiente à haut risque (consultation oncogénétique)** = surveillance annuelle par IRM + mammographie +/- échographie
- **Et les autres ?**
 - Surveillance par mammographie +/- échographie à vie
 - **IRM annuelle ?** Pas de consensus...
 - Sondage bureau de la SIFEM

7 NON sauf cas particuliers (seins denses ou hétérogènes, lobulaire, demande spécifique du clinicien/décision RCP, cancers uniquement visibles en IRM, suspicion de mutation)



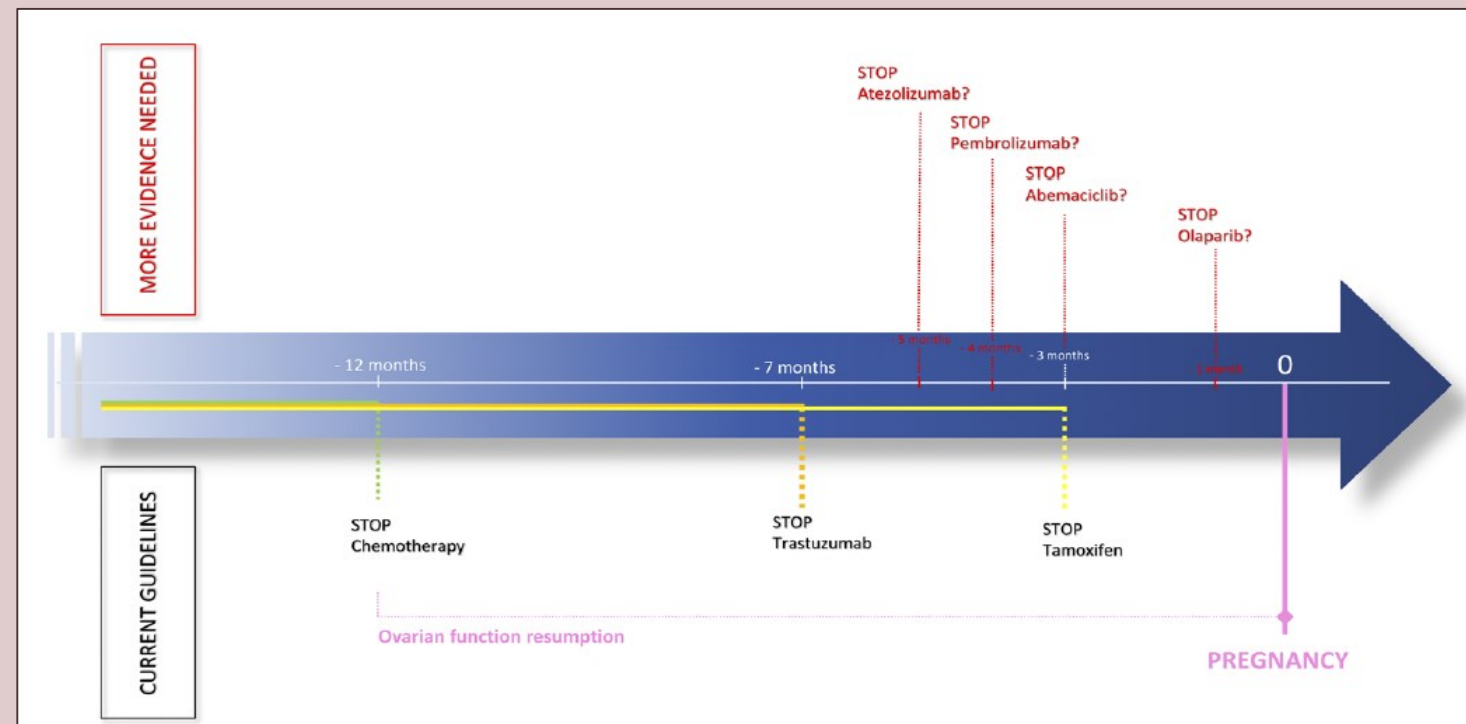
2 OUI

5 NON

GROSSESSE APRÈS CANCER



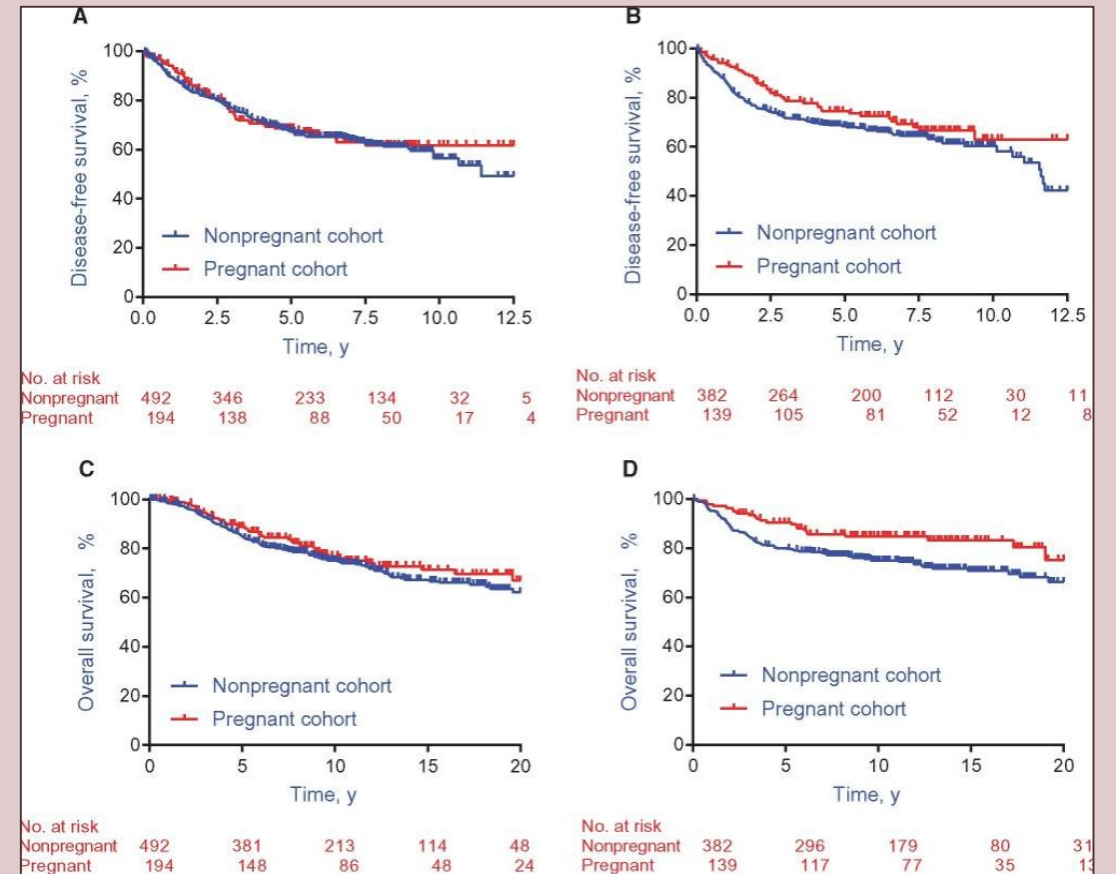
Recommandations ESMO: attendre au moins 1 an après la fin de la chimiothérapie



GROSSESSE APRÈS CANCER



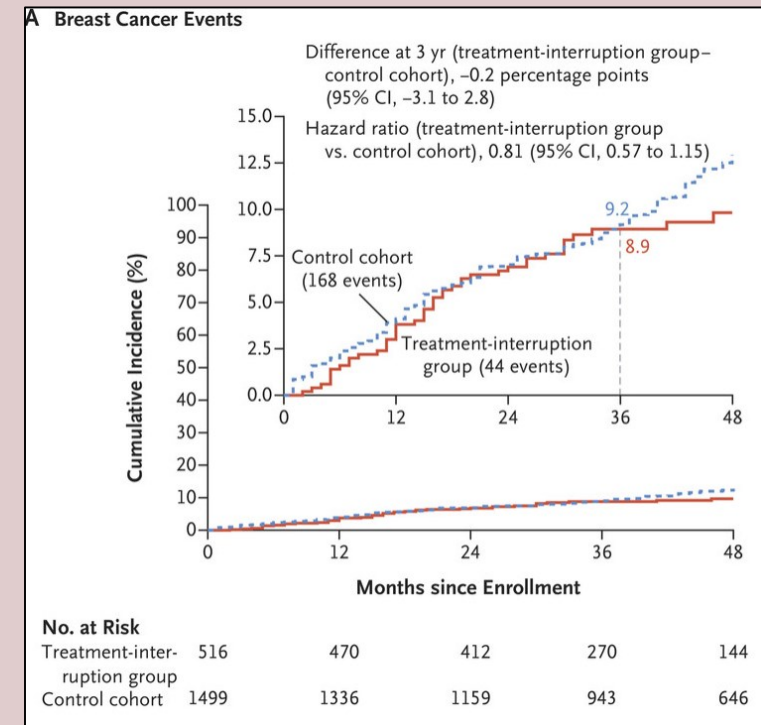
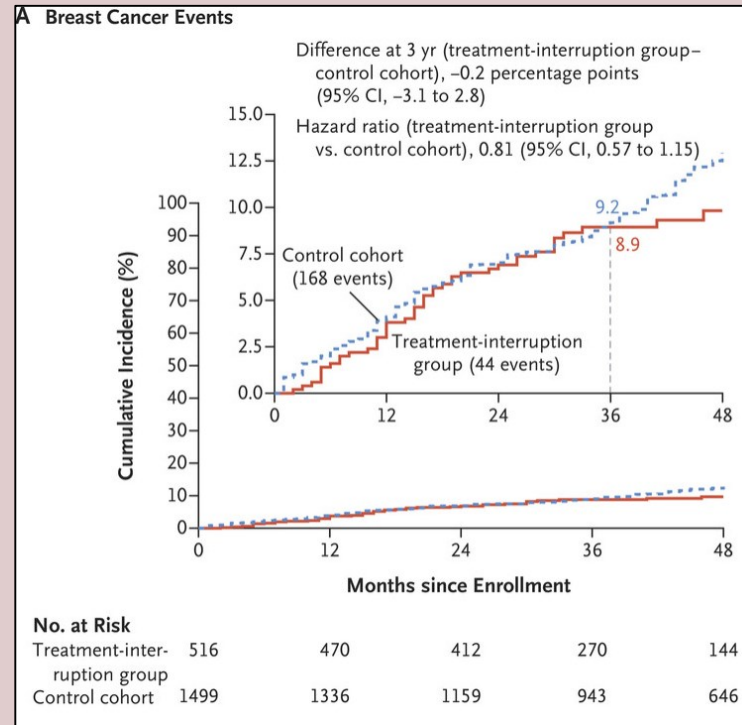
La grossesse
n'augmente pas le risque
de récurrence



GROSSESSE APRÈS CANCER



Etude POSITIVE



GROSSESSE APRÈS CANCER



Quel examens avant la grossesse ?

- Bilan cardiologique si a reçu des anthracyclines
- Scanner TAP ou TEP scanner en fonction du risque de récurrence initial
- Bilan mammographie +/- IRM mammaire

CONCLUSION



- Cancer du sein chez la femme jeune : **y penser** !
- Plus grande fréquence des lésions **pseudo-bénignes**, bien classer les ACR3 versus ACR4
- Nécessité de réaliser un **bilan complet... sans perdre de temps** !
- La grossesse n'est **pas incompatible** avec la réalisation d'un bilan diagnostique complet, ni avec le traitement.
- Adresser les patientes en consultations d'**oncofertilité**.
- La **grossesse après cancer** n'augmente pas les récurrences.

MERCI DE VOTRE
ATTENTION

SIFEM 2024
LA CITE DES CONGRES DE NANTES



MERCI DE VOTRE
ATTENTION

CONGRÈS ANNUEL
SIFEM 2025
12 > 14 JUIN | CNIT FOREST PARIS

