

# Cancer du sein, Chimiothérapie néo-adjuvante

:

## Pour qui, pour quoi ?



Groupe Hospitalier  
Artois-Ternois

Dr Adrien Boscher, Dr Elise Machet, Dr Felix Djouba

Soirée Formation Médicale Continue

19 septembre 2024 – CH d'Arras

# Chimiothérapie néoadjuvante du cancer du sein

## Indications

- **RH+, HER2- (60-70%) :**
  - Tumeur localement avancée inopérable d'emblée (T4) ou N3
  - Réduction taille tumorale pour permettre TT conservateur (si indication chimio par ailleurs)
- **Triple négatif = RO-, RP-, Her2- (15%)**
  - Taille > 2cm (T2) ou N+
  - En association avec immunothérapie par pembrolizumab
- **HER2 surexprimé (3+, ou 2+ CISH positive) (15%)**
  - Taille > 2cm (T2) ou N+
  - En association avec thérapie ciblée antiHER2 = trastuzumab (Herceptin)

# Chimiothérapie néoadjuvante du cancer du sein

- Pourquoi **avant** la chirurgie ?
  - Evaluation de la **réponse histologique** sur la pièce opératoire lors de la chirurgie
  - La réponse histologique complète est un facteur pronostique **majeur** corrélé à la survie, surtout pour les cancers triple négatifs et HER 3+ (Spring et al. 2020)
    - Chimiothérapie néoadjuvante = test thérapeutique
    - Pas de réponse histologique complète : intensification thérapeutique



# Chimiothérapie néoadjuvante du cancer du sein

- Pourquoi **avant** la chirurgie ?
  - Evaluation de la **réponse histologique** sur la pièce opératoire lors de la chirurgie
  - **Si présence d'une réponse complète histologique (pCR)**
    - TN : poursuite du **pembrolizumab**
    - HER2+++ : poursuite de **Herceptin** jusqu'à 1 an
    - RH+ HER2- : pas de chimiothérapie ni thérapie ciblée
  - **Si absence de pCR**
    - TN : switch par **capécitabine** orale
    - HER2+++ : switch par T-DM1 (trastuzumab emtansine, **Kadcyla**)
    - HER2- et mutation germinale BRCA1-2 : **olaparib**

# Chimiothérapie néoadjuvante du cancer du sein

- *En pratique :*

- **Consultation d'oncologie**

- CH Arras
- Institut Marie Curie



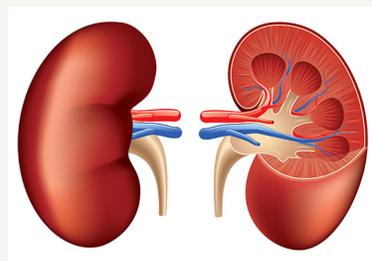
- **Pose de chambre implantable sous cutanée, sous AL**

- **Repérage radiologique de la tumeur**

- Si traitement conservateur envisagé

- **Bilan pré-thérapeutique**

- Consultation cardiologie
- Fonction rénale



- **Soins de support :**

- **socio-esthéticienne**
- **psychologue**



# Un mot sur l'avenir du curage axillaire

***Désescalade***

***Lutte contre lymphœdème***

Echographie axillaire et ponction en pré opératoire++

Critères ACOSOG

Techniques repérage du N+ en pré opératoire ou pré TSNA (*études en cours*)

# Lymphoœdème



- FDR principaux : **Obésité**, RT
- Autres : MT, infection post op, CNA (taxanes), absence de RMI, œdème précoce post op, prédisposition génétique
- Médiane de survenue : 2 ans
- Composition : Tissu adipeux + lymphe + collagène
- Prévention : **Activité physique** (encadrée et progressive) et hydratation, manchon : pas de bénéfice
- Traitement :
  - 1/ réduction volume par bandage peu élastique jour et nuit
  - 2/ maintien du volume par compression élastique (manchon) + bandage 3 nuits/sem



ERYSIPELE

MERCI A TOUS

