



Hôpital privé
de l'Ouest Parisien

CANCER DU SEIN

EPU DU 13/09/18

EPU

Cancer du sein &

Portes Ouvertes
Service des Urgences



Jeudi 13 septembre



Hôpital privé
de l'Ouest Parisien



EDUPRAT



Hôpital privé
de l'Ouest Parisien

► Dr Anne Bareille
Hémato-oncologue

► Dr Michèle Legrix
Radiologue

► Dr Véronica Cusin
Médecin spécialiste en Oncogénétique

► Dr Lionel Savey
Gynécologue

- Epidémiologie : des nouveautés?
- Oncogénétique pour qui? Comment? Quelles conséquences?
- Populations à risque: un dépistage spécifique?
- Chirurgie : ganglion sentinelle et prise en charge ambulatoire pour toutes les femmes ?
- Quel bilan extension aujourd'hui?
- Facteurs pronostiques et traitements adjuvants
- Cancer du sein et sport un tt adjuvant inattendu
- L'après cancer quelles modalités de suivi ?

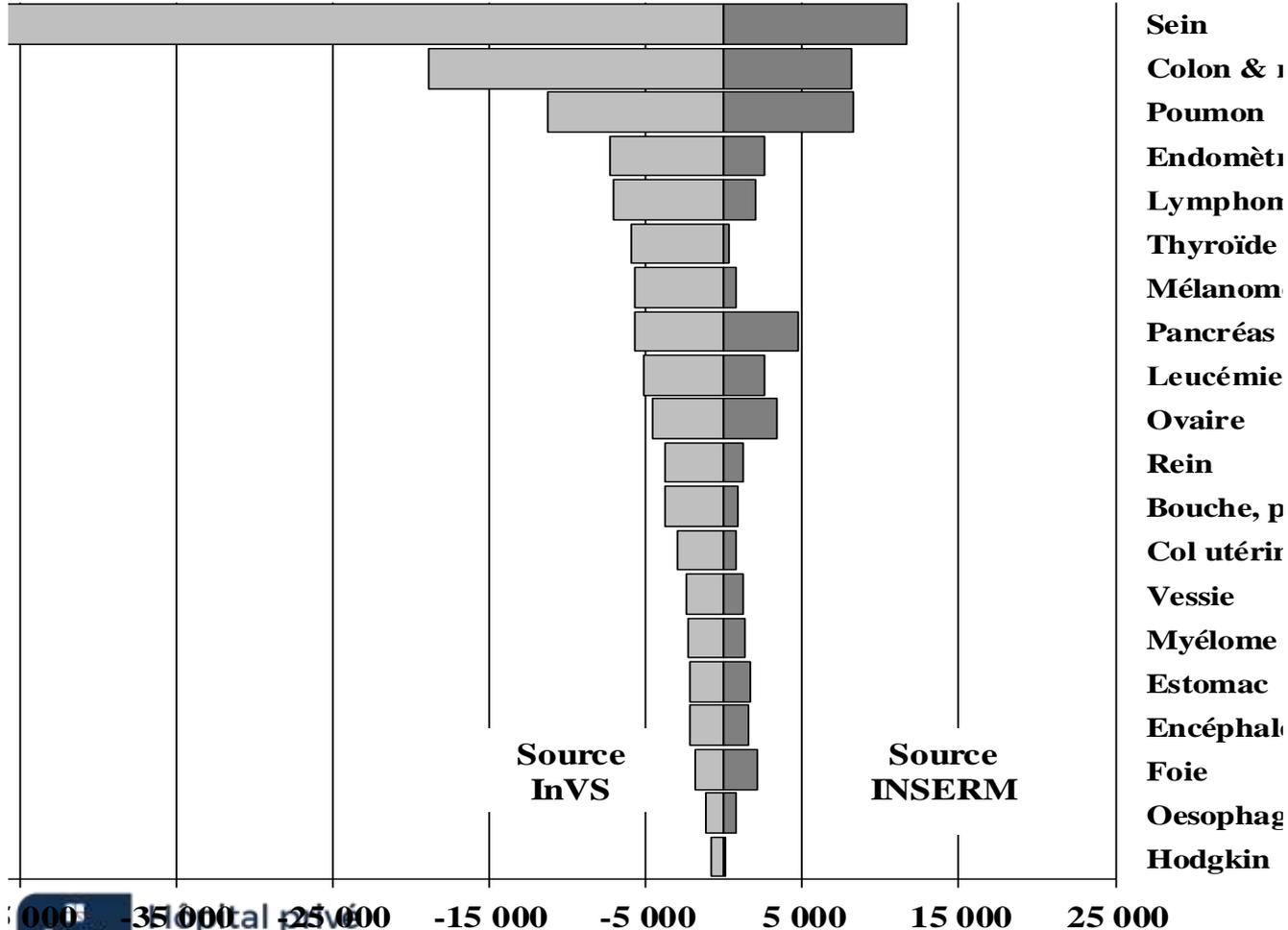




EPIDEMIOLOGIE des nouveautés ?

FREQUENCE ET MORTALITE

Fréquence des cancers, Femmes 2012
 Nombre de nouveaux cas Nombre de décès



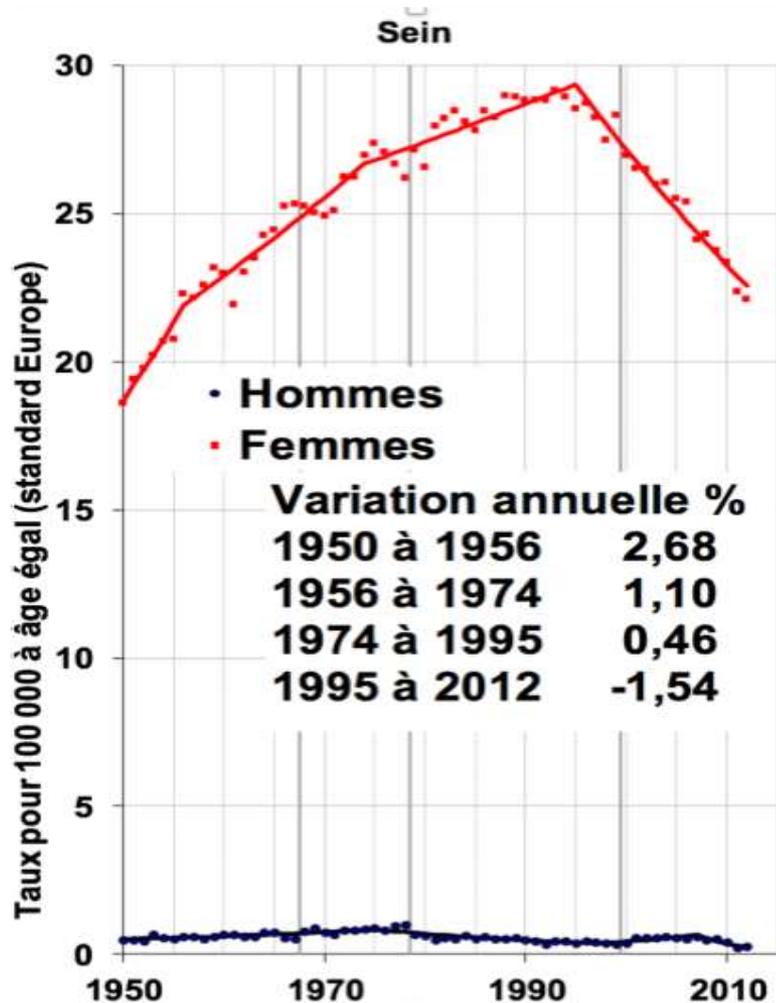
FREQUENCE EN AUGMENTATION

CONCERNE LE MONDE ENTIER

Y COMPRIS ASIE

FRANCE UNE DES AUGMENTATIONS LES PLUS
SIGNIFICATIVES





Texte La mortalité par cancer du sein diminue de 1,5% par an depuis 1995

FACTEURS DE RISQUE

NOMBREUX

DE POIDS VARIABLES ET MODESTES HORMIS LES
MUTATIONS GENETIQUES

RR X4 maximum

TABAC = RRX15 pour k poumon

CLAIREMENT IDENTIFIÉS

| | | |
|-------------------------------------------------|----|---|
| Atcd premier degré | ++ | |
| Affection bénigne sein (atypies) | ++ | |
| Densité mammographie | ++ | |
| Parité | - | |
| Age première grossesse | ++ | |
| Allaitement prolongé | - | |
| Ménopause tardive | ++ | |
| Tt hormonal ménopause >5 ans | + | |
| Exposition radiations ionisantes dans l'enfance | ++ | |
| Premières règles précoce | + | |
| Indice corporel élevé après ménopause | + | |
| Indice corporel élevé après ménopause | - | |
| Alcool | | |
| Contraception en cours | + | |
| Activité Physique | - | + |

RISQUE X4 OU PLUS

Age

Pays(100/100 000 Europe US 10/100 000 provinces chinoises)

Antécédent personnel de cancer du sein

Cancer du sein bilatéral avant la ménopause dans la famille

Mastopathie hyperplasique avec atypie

Densité mammaire $\geq 75\%$ versus $< 5\%$

Pas d'intervention possible

RISQUE X2

Catégorie socioprofessionnelle élevée

Première grossesse après 35 ans

Cancer du sein chez mère ou sœur

Antécédent K ovaire ou endomètre

Irradiation thoracique

Texte courant

RISQUE <2

Alcool

Inactivité physique

Traitement hormonal substitutif

Contraceptifs oraux

Obésité et surpoids (âge \geq 50 ans)

Taille

Premières règles avant 15 ans

Ménopause après 55 ans

0 ou 1 enfant versus 6 enfants et plus

Pas d'allaitement versus durée longue

RISQUE NON PROUVÉ

Le stress

Le tabac

Le soleil (mais c'est une cause de cancer de la peau)

Certains aliments, graisses notamment

Soutien-gorge

Déodorants

.....

IMPACT ÂGE PREMIER ENFANT

Proportion des femmes ayant un premier enfant à 30 ans ou plus

Passée de 25% à 41% (1980 – 2000)

Entraîne près de 700 cancers du sein

RISQUE / DÉCÈS ATTRIBUABLE

| | Alcool | Traitement ménopause | Inactivité physique | Pilule | Obésité, surpoids | Total |
|---------------------------------|-------------|-------------------------|------------------------|-------------|----------------------|------------|
| Fraction attribuable | 9,4% | 9,1% | 9,0% | 0,5% | 4,0% | 29% |

D'après Boffetta et coll. The causes of cancer in France. IARC 2007



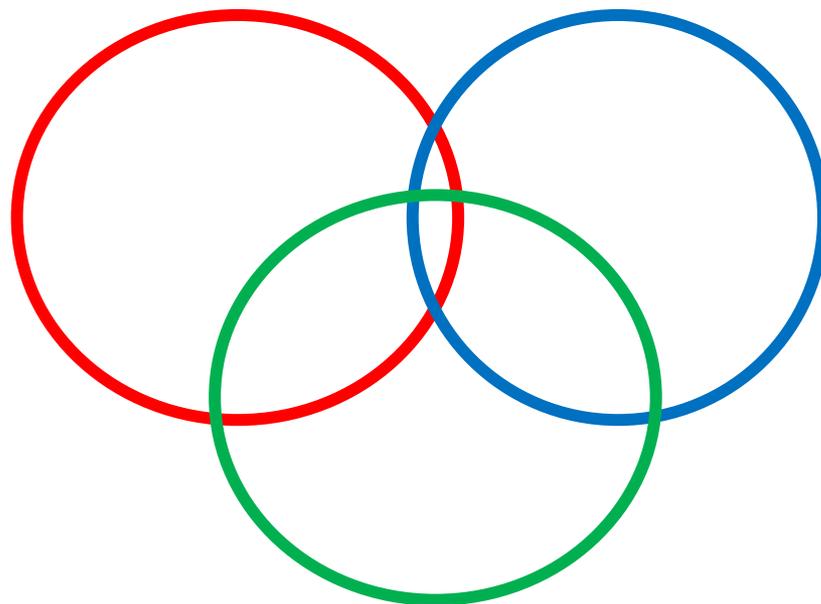
Merci !

**Oncogénétique pour qui?
Comment ? Quelles
conséquences?**

Risque de cancer

Environnement = mutagènes

Terrain = patrimoine génétique



Hasard = événements aléatoires

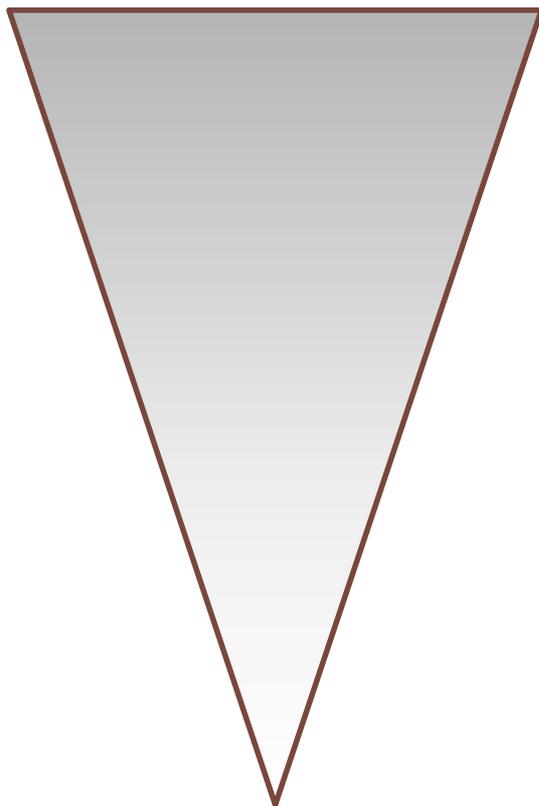
Oncogénétique

Identifier les patients porteurs d'une prédisposition héréditaire au cancer :

- Liée a une anomalie génétique
- Augmente le risque de cancer au cours de la vie
- Chaque gène de prédisposition est associé à un spectre tumoral
- On peut quantifier le risque de tumeur selon le gène
- Permet de proposer un dépistage adapté au risque
- Permet de proposer une chirurgie prophylactique
- Anticiper l'efficacité/toxicité de certaines chimiothérapies selon le gène

Consultations d'oncogénétique

données INCa 2016



50 000 nx cas/an de cancer du sein

30% ont un contexte familiale

15% triples négatifs

48 597 Consultations d'oncogénétique
sein/ovaire

17 821 Tests génétiques chez les cas index

6 417 tests génétiques chez les apparentés

1 762 patients dépistés

2 504 apparentés mutés

11% d'anomalies génétiques identifiées chez les
patients ayant bénéficié d'un test

Consultations d'oncogénétique

Première enquête

- Identifier un syndrome de prédisposition
- Rechercher gène responsable: Patient atteint
- Définir les risques et la surveillance

Apparenté dans une famille avec mutation connue

- Patient à risque
- Analyse génétique ciblée
- Adapter le suivi au risque

Indication théranostique

- anti-PARP
- Essai thérapeutique

Avis sur dossier

- Doute sur l'indication de consultation
- Patient indemne avec antécédents familiaux

Oncogénétique : pour qui ?

Ma patiente a un cancer du sein, je demande une consultation d'oncogénétique si :

- **AGE**
 - TOUTES les femmes <36 ans
 - TOUTES les femmes <31 ans consultation d'URGENCE
- **HISTOLOGIE**
 - Tous les TRIPLES NEGATIFS avant 51 ans voir plus si antécédents familiaux
 - Hormonodépendants si âge précoce ou ATCD familiaux
 - Médullaire à tout âge
- **ANTECEDENTS PERSONNELS/FAMILIAUX**
 - Autres cancers primitifs chez la patiente
 - Cancers du sein préménopausiques
 - Cancers de l'ovaire
 - Cancer du sein chez l'homme

Oncogénétique : pour qui ?

Ma patiente a un cancer du sein, je demande une consultation d'oncogénétique si :

- **AGE**

- TOUTES les femmes <36 ans
- TOUTES les femmes <31 ans consultation d'URGENCE

- **HISTOLOGIE**

- Tous les TRIPLES NEGATIFS avant 51 ans voir plus si antécédents familiaux
- Hormonodépendants si âge précoce ou ATCD
- Médullaire à tout âge

- **ANTECEDENTS PERSONNELS/FAMILIAUX**

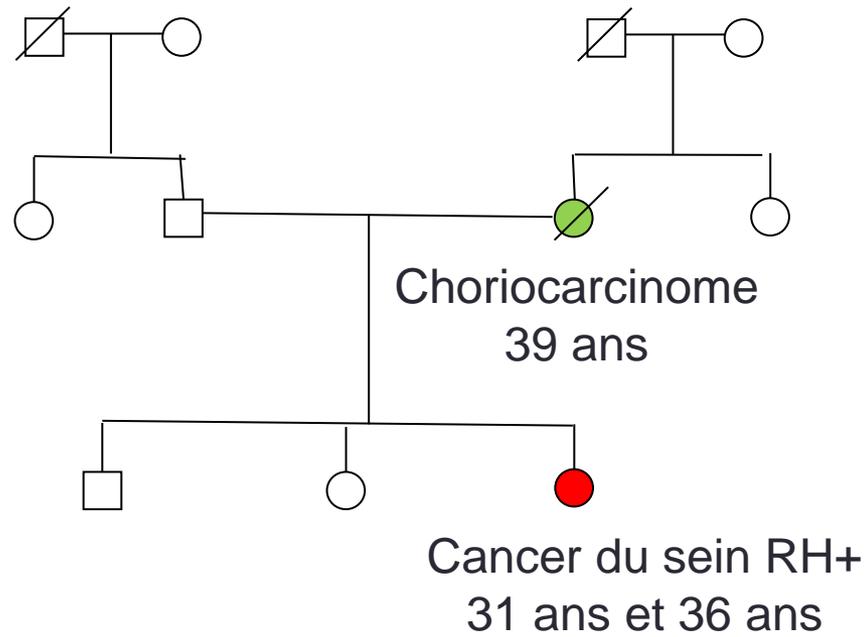
- Autres cancers primitifs chez la patiente
- Cancers du sein srt préménopause
- Cancers de l'ovaire
- Cancer du sein chez l'homme

La probabilité de prédisposition génétique est fonction de l'âge, du grade histologique et du statut hormonal

| | | HR + | | | HR- | | |
|-------|-----|------|------|------|------|------|------|
| | TG | I | II | III | I | II | III |
| <30 | 0.8 | 1.1 | 1.6 | 2.7 | 14.4 | 21.0 | 35 |
| 30-40 | 5 | 0.8 | 1.2 | 2.0 | 10.9 | 15.9 | 26.5 |
| 35-39 | 2 | 0.2 | 0.3 | 0.5 | 2.7 | 4.0 | 6.6 |
| 40-44 | 1.5 | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 1.5 | 2.2 | 3.7 |
| 45-49 | 1 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 1.0 | 1.5 | 2.5 |
| 50-59 | 0.3 | 0.03 | 0.04 | 0.07 | 0.4 | 0.6 | 0.9 |

La probabilité de prédisposition génétique est fonction de l'âge, du grade histologique et du statut hormonal

- Patiente de <31 ans
 - Probabilité de mutation BRCA1 est 17%
 - Probabilité de mutation BRCA2 est 9.5%
 - Probabilité de mutation TP53 est 6%
- Cancer triple négatif
 - 70% des cancers lié à BRCA1 sont TN
 - 30% des cancers lié à PALB2 sont TN



Oncogénétique : pour qui ?

Ma patiente a un cancer du sein, je demande une consultation d'oncogénétique si :

- **AGE**

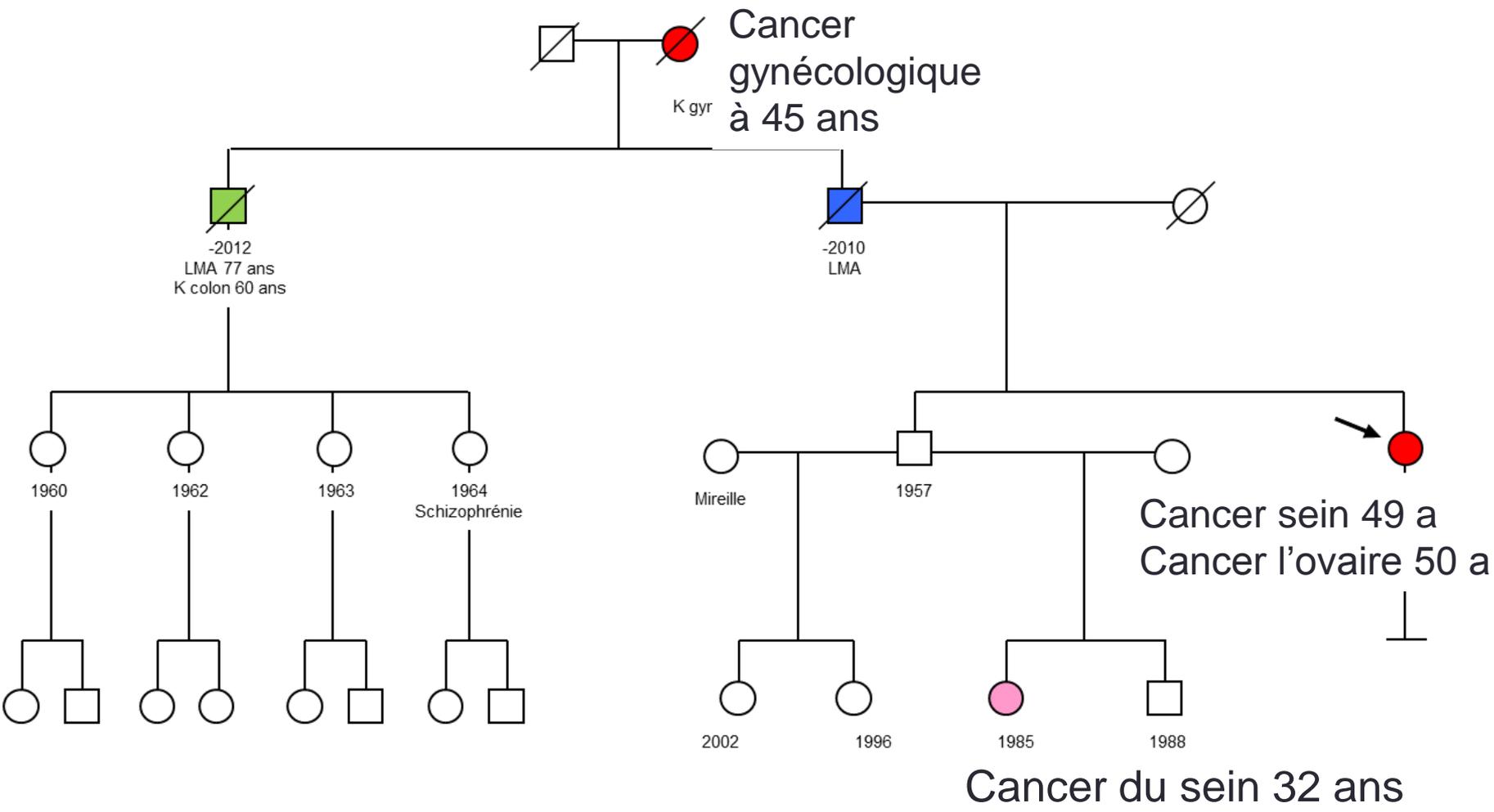
- TOUTES les femmes <36 ans
- TOUTES les femmes <31 ans consultation d'URGENCE

- **HISTOLOGIE**

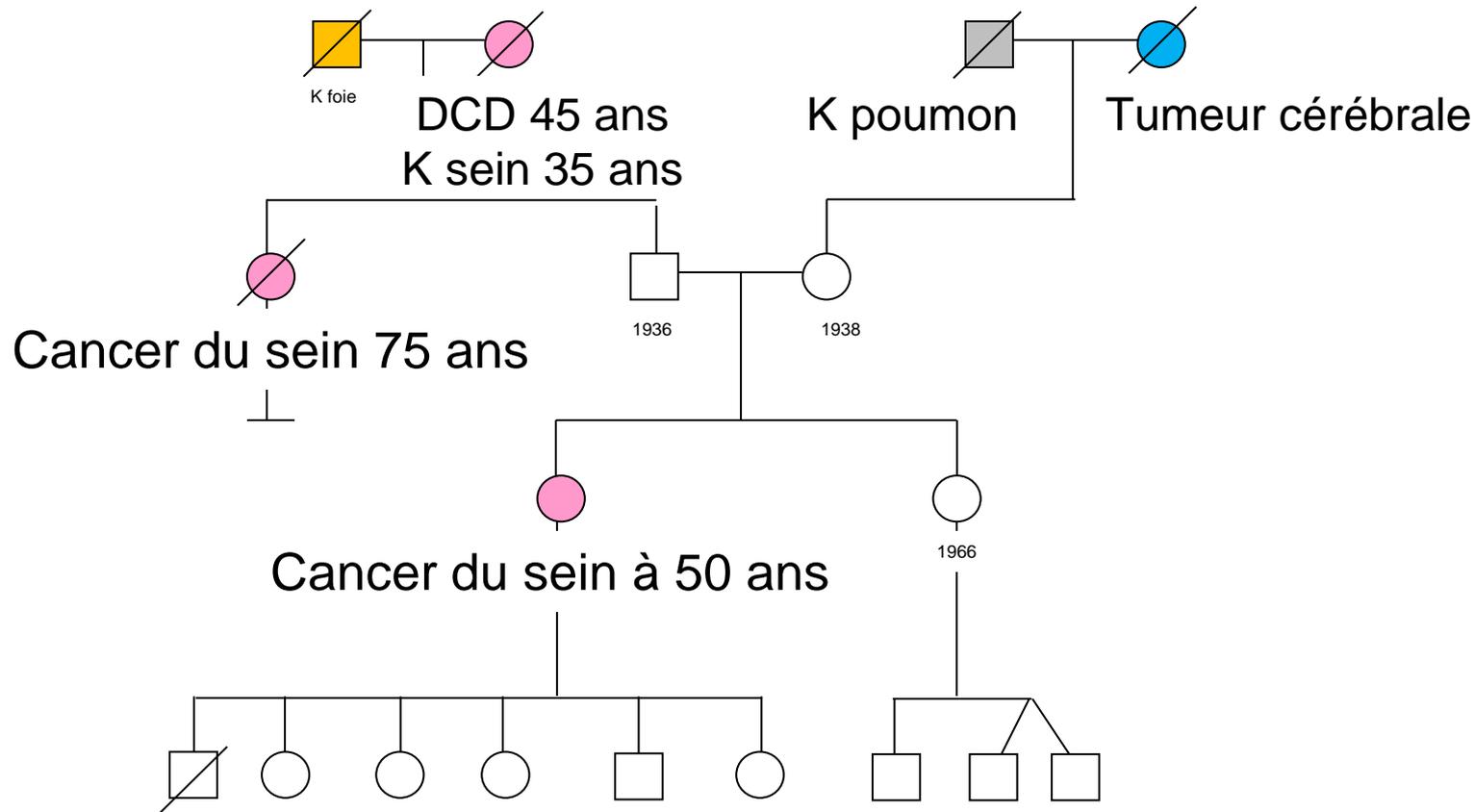
- Tous les TRIPLES NEGATIFS avant 51 ans voir plus si antécédents familiaux
- Hormonodépendants si âge précoce ou ATCD
- Médullaire à tout âge

- **ANTECEDENTS PERSONNELS/FAMILIAUX**

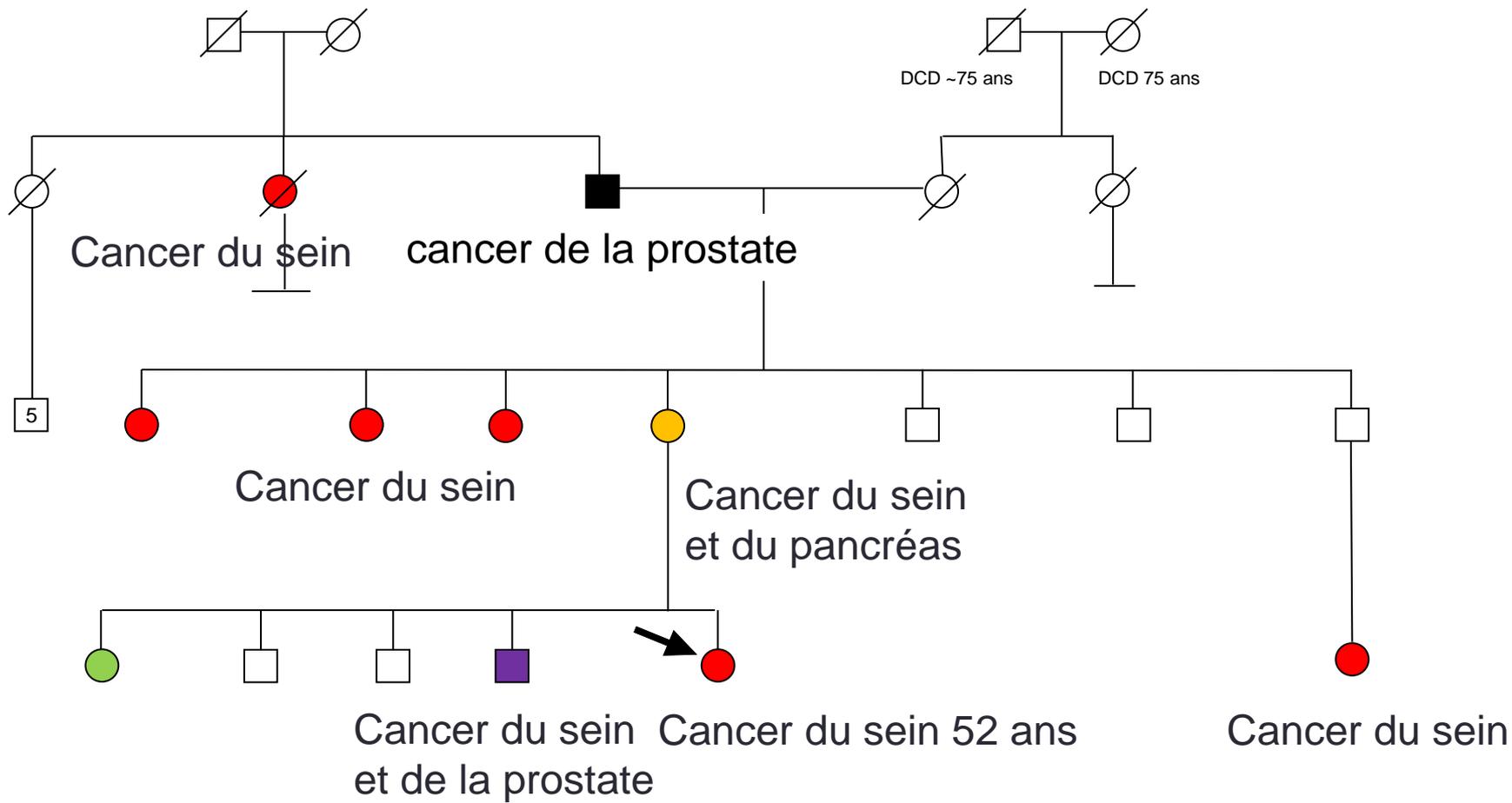
- Autres cancers primitifs chez la patiente
- Cancers du sein préménopausiques
- Cancers de l'ovaire
- Cancer du sein chez l'homme



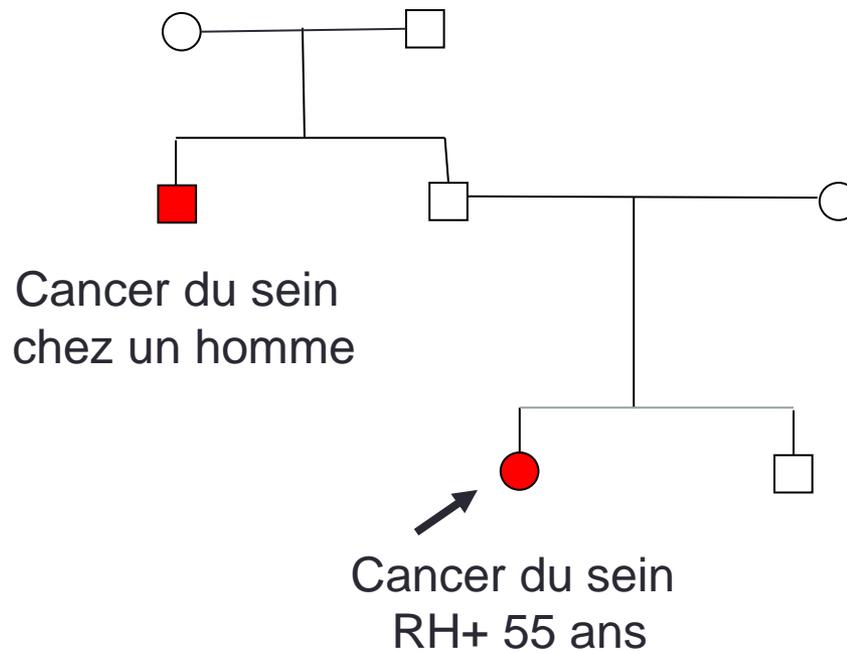
Mutation BRCA1



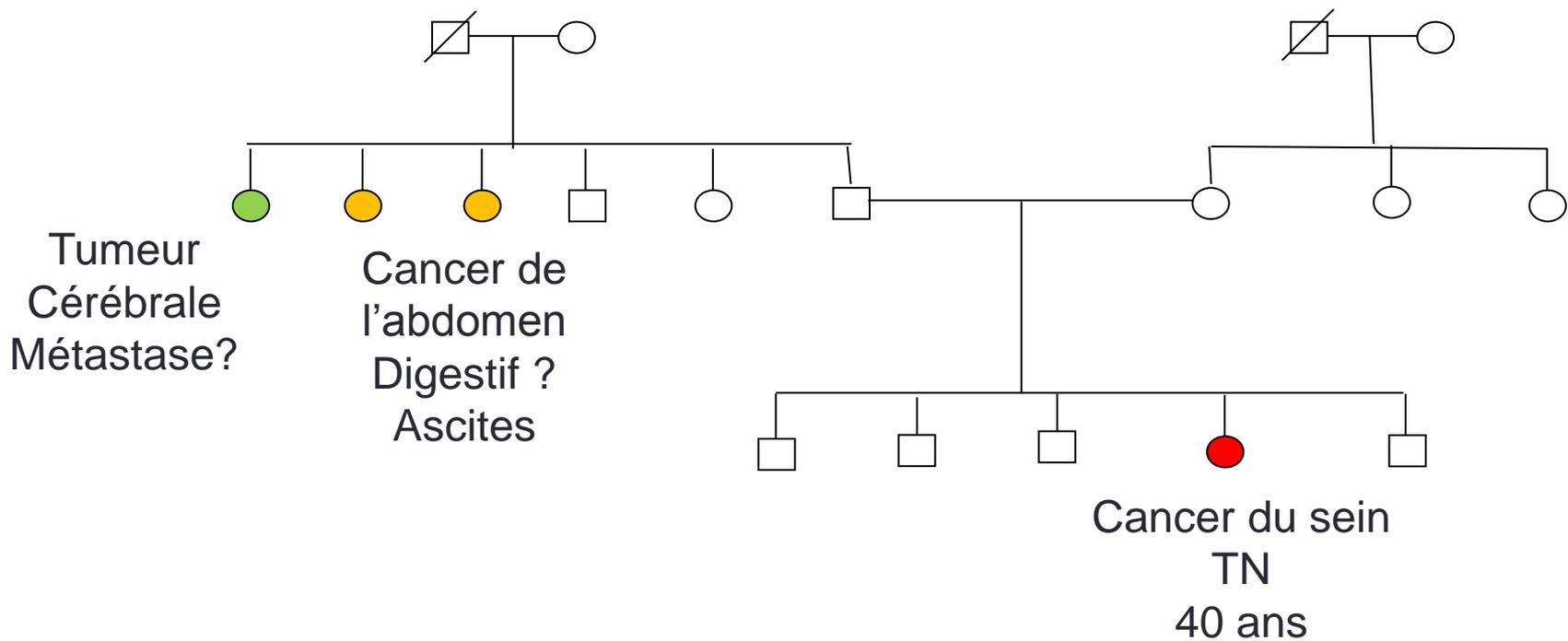
Mutation BRCA1 et PALB2



Mutation BRCA2



Mutation BRCA2

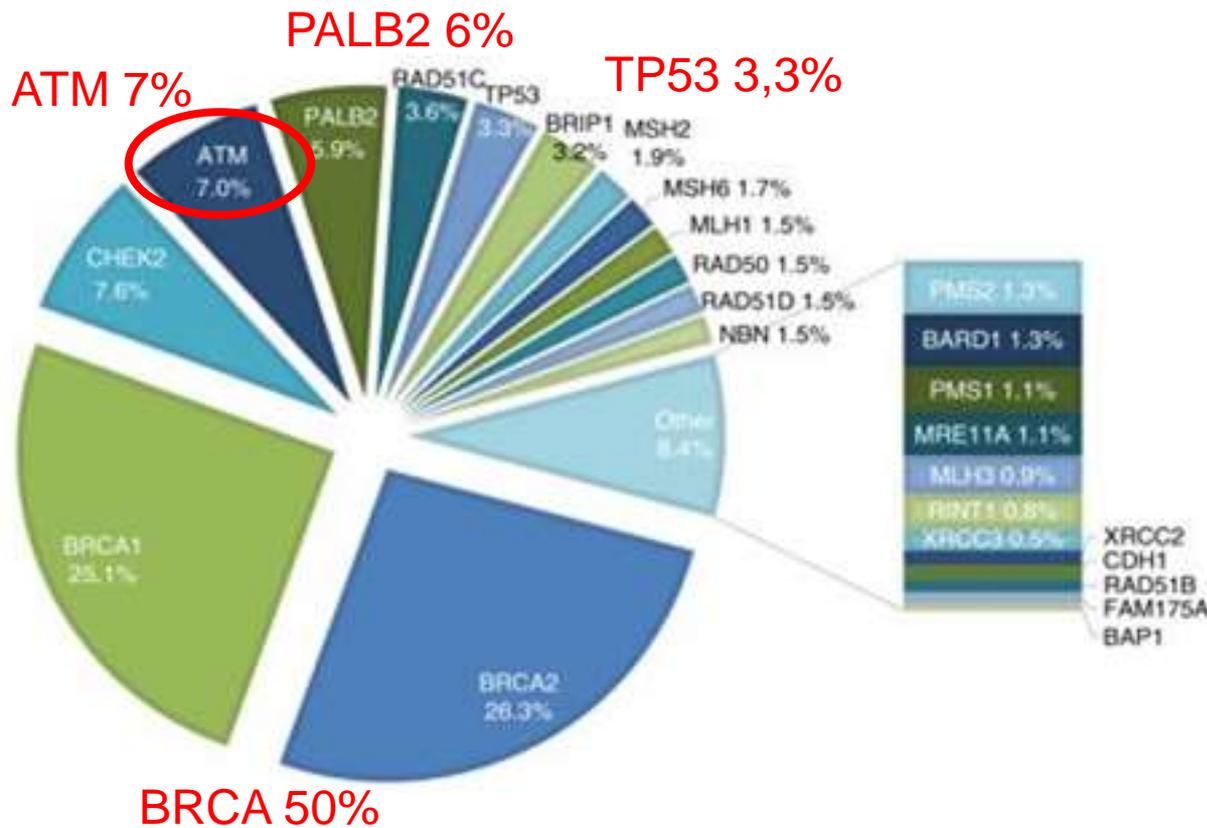


Mutation BRCA1

Oncogénétique : comment ?

- Avant 2016 : BRCA1 et BRCA2
- Actuellement : panel de gènes de prédisposition
 - BRCA1 BRCA2 cancers du sein et de l'ovaire (pancréas mélanome poumon prostate avant 50 ans)
 - PALB2 cancers du sein et ...
 - TP53 cancers du sein très précoces contre-indication à la radiothérapie
 - CDH1 cancers lobulaires et estomac précoces
 - PTEN cancer du sein, lésions cutanées, macrocéphalie
 - Autres ...

Gènes de prédisposition au cancer du sein et/ou ovaire



50% BRCA1/2
6% PALB2
3,3% TP53
Autres gènes ...

Oncogénétique : comment ?

- En consultation d'oncogénétique
 - Orienter le diagnostic avec à un recueil phénotypique précis : histoire personnelle, histoire familiale, type de cancer, arbre généalogique
 - Expliquer au patient
 - Prise en charge spécifique
- Test dans un laboratoire institutionnel (dispositif national INCA)
 - Pour les patients avec prise en charge en France
 - Selon les critères français (GGC)
 - Gratuit mais délai long

Oncogénétique : quelles conséquences?

- Définition de risque de l'HAS en 3 niveaux :
 - Population : mammographie/2ans dès 50 ans
 - Modéré : à adapter en fonction des antécédents
 - Élevé : IRM + mammographie
- Les prédispositions génétiques
 - risque élevé de cancer >30%
 - risque élevé de 2eme cancer 30% à 10 ans ;
50% si le premier <50 ans
2 à 6% par an
 - risque d'autre cancer (ovaire etc) selon gène

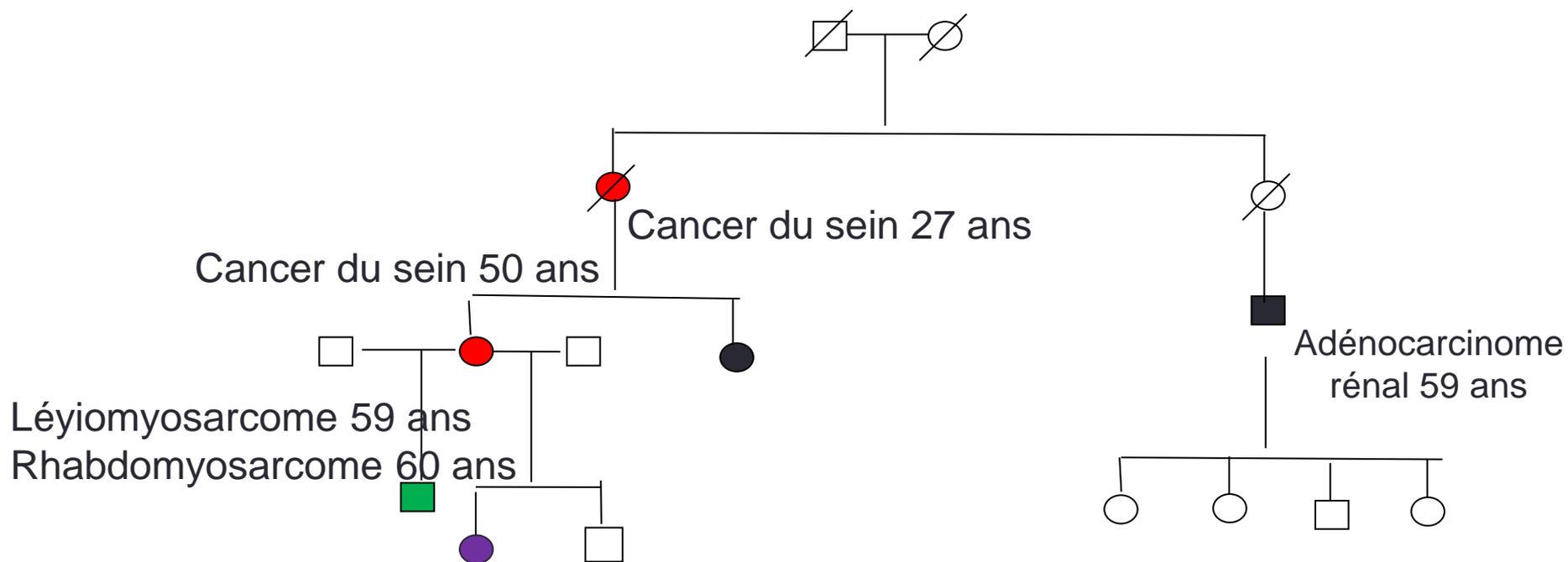
BRCA1 et BRCA2 : quelles conséquences?

- Risque de cancer avant 70 ans
 - sein : 40 à 85% contre 10% dans la population générale
 - Ovaire : 10 à 63% contre 1% dans la population générale
- Risque de cancer avant 45 ans
 - BRCA1 : sein 25% et ovaire 10%
 - BRCA2 : sein 7% et ovaire 1%

TP53 : quelles conséquences?

- **Syndrome de Li-Fraumeni** associé à sarcomes (ostéosarcomes, rhabdomyosarcomes), corticosurrenalomes dans l'enfance, leucémie lymphoblastique, tumeur des plexus choroïdes,
- Si patiente très jeune **<31 ans**
- Risque de cancer sur la vie est 80%
- Risque de **cancer du sein** est **54%** (femme)
- Risque de **2^{ème} cancer** du sein dans le territoire d'irradiation élevée (radiotoxicité)
- Risque de **cancers « en rafale »** (génotoxicité)

TP53



Cancer du sein 37 ans
Cancer du rectum 46 ans
Cancer du sein 49 ans

TP53 : quelles conséquences?

en cas de cancer du sein chez une femme de **<31 ans** ou **<36 ans Her2+**

- Demander une consultation d'oncogénétique en urgence
- Tenir compte de :
 - Radiotoxicité
 - Préférer une chirurgie non conservative si elle permet d'éviter la radiothérapie
 - Génotoxicité
 - éviter la doxorubicine et les sels de platine
 - Préférer les taxanes

PALB2 : quelles conséquences?

Risque de cancer du sein proche de BRCA2

Effet cohorte de naissance

Table 1. Risk of Breast Cancer among Female *PALB2* Mutation Carriers, According to Birth Cohort.*

| Age | Cumulative Risk (95% CI)† | | |
|-------|---------------------------|-------------------|-----------------------|
| | Born before 1940 | Born in 1940–1959 | Born in 1960 or Later |
| | <i>percent</i> | | |
| 30 yr | 0.1 (0.08–0.3) | 0.5 (0.3–0.8) | 1.5 (0.6–3.4) |
| 40 yr | 1.8 (1.0–3.2) | 5.3 (3.2–8.7) | 13.2 (6.3–25.0) |
| 50 yr | 7.4 (4.3–12.2) | 19.2 (12.6–28.3) | 37.6 (21.6–57.0) |
| 60 yr | 13.6 (8.3–21.2) | 36.9 (26.4–49.3) | NA |
| 70 yr | 21.4 (13.8–31.8) | NA | NA |
| 80 yr | 29.9 (20.1–42.1) | NA | NA |

Les recommandations de l'HAS pour la surveillance des femme avec mutation

- **Patiente indemne**

- Examen clinique tous les 6 mois
- IRM + 1 incidence oblique annuelles (on évite les mammographie avant 40 ans !!!)
- Mastectomie prophylactique envisageable à partir de 30 ans
- Annexectomie prophylactique proposée dès 40-45 ans si BRCA+

- **Patiente ayant déjà développé un cancer du sein**

- Examen clinique tous les 6 mois
- IRM + mammographie 2 incidences annuelles
- Mastectomie prophylactique
- Annexectomie dès 40-45 ans si BRCA+

Oncogénétique : quelles conséquences?

Contraception et fertilité

- Pas de contre-indication à la pilule: choisir minidosée
- Pas de contre-indication au stérilet mais préférer en cuivre
- Stimulation ovarienne possible mais nombre de cycles limités
- DPN et DPI exceptionnels le plus souvent refusés par le CPDPN
- Don d'ovocytes

MERCI





Populations à risque : un dépistage spécifique ??

Comment identifier les femmes à risque ?

- ▶ Les femmes qui sont en dehors du dépistage organisé
- ▶ Le dépistage est organisé pour toutes les femmes entre 50 et 74 ans, y compris lorsque les seins sont à forte densité ou pour les femmes qui ont un traitement hormonal substitutif

Les femmes à risque élevé

- ▶ ATCD de cancer du sein : carcinome canalaire in situ ou infiltrant
 - Examen clinique tous les 6 mois pendant les deux ans suivant la fin du traitement puis tous les ans
 - Mammographie uni ou bilatérale +/- écho tous les ans
- ➔ Suivi tous les ans tant que l'état de la patiente le permet

Les femmes à risque élevé

- ▶ ATCD d'hyperplasie canalaire atypique ou lobulaire
 - Surveillance clinique tous les 6 mois
 - Mammographie annuelle pendant les 10 ans +/- écho
- ➔ Au bout des 10 ans
 - Si + de 50 ans = rejoint le dépistage organisé
 - Si - de 50 ans = mammographie +/- écho tous les 2 ans jusqu'à 50 ans puis le dépistage organisé

Les femmes à risque élevé

- ▶ Irradiation thoracique a haute dose (irradiation en mantelet dans maladie de Hodgkin)
 - Pour les femmes de 20 à 30 ans : un examen clinique chaque année, à partir de 8 ans après l'irradiation
 - Pour les femmes de + de 30 ans : un examen clinique, une IRM et une mammographie avec un oblique sur chaque sein chaque année, à partir de 8 ans après l'irradiation
- Suivi jusqu'à 60 ans puis dépistage organisé

Les femmes à risque élevé ou très élevé

- ▶ Antécédents familiaux de cancer du sein
 - Etablir un score familial après analyse de l'arbre généalogique pour envisager une consultation oncogénétique et une recherche de mutation
 - Ce score familial est nommé : Le score d'*Eisinger*

Score d'Eisinger

| Antécédents familiaux | Cotation |
|--------------------------------------------------|----------|
| Mutation BRCA 1 ou 2 identifiée dans la famille | 5 |
| Cancer du sein chez une femme < 30 ans | 4 |
| Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans | 3 |
| Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans | 2 |
| Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans | 1 |
| Cancer du sein chez un homme | 4 |
| Cancer de l'ovaire | 3 |

Les antécédents familiaux s'additionnent et concernent :

la mère, la sœur, la fille ou la nièce par le frère

Les femmes dont le score est 1 ou 2

- ▶ Entre 25 et 50 ans, surveillance clinique tous les ans
- ▶ A partir de 50 ans, elles rejoignent le dépistage organisé

Les femmes dont le score est supérieur ou égal à 3

- ▶ Pour toutes les femmes concernées
 - ➔ Consultation auprès d'un onco-généticien qui décide de la recherche de mutation et qui classe en risque élevé ou très élevé

Les femmes dont le score est supérieur à 3 sans mutation

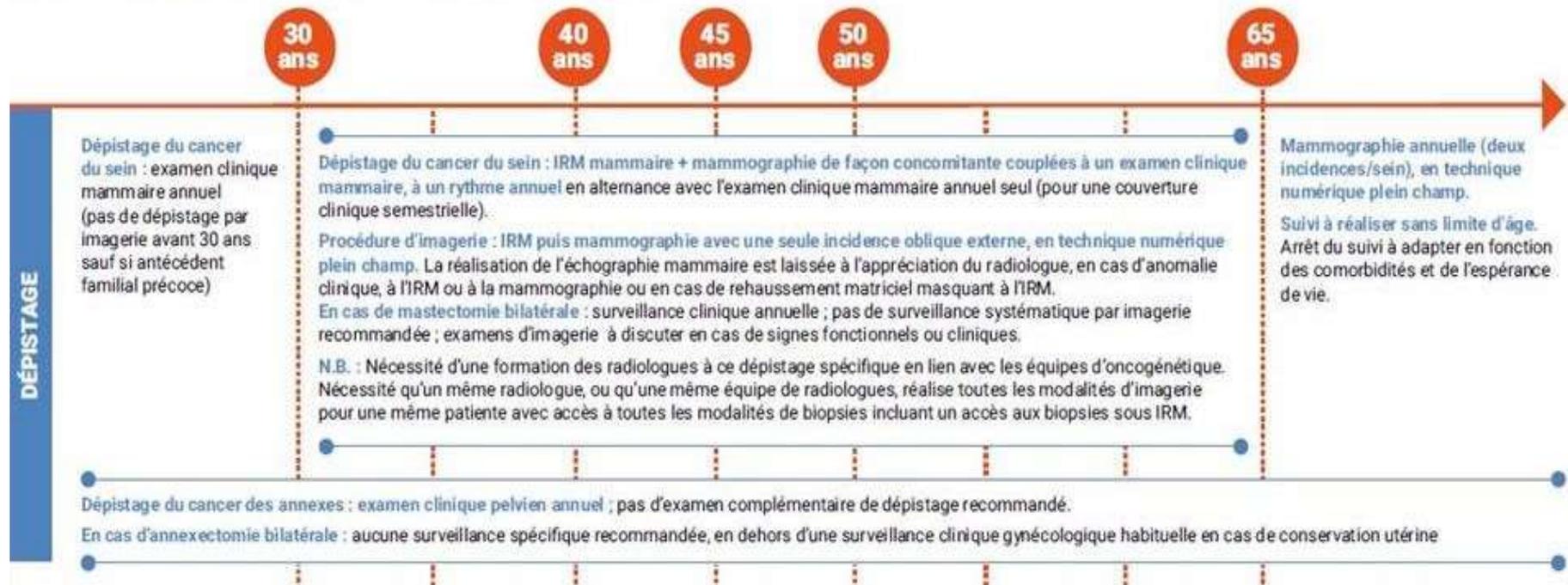
- ▶ Commencer la surveillance 5 ans avant l'âge de l'apparentée atteinte la plus jeune
 - A partir de 20 ans → examen clinique annuel
 - A partir de 40 ans → mammographie +/- echo annuelle
 - A partir de 50 ans → dépistage organisé

Les femmes dont le score est supérieur à 3 avec mutation

- ▶ Cela concerne :
 - Femmes porteuses d'une mutation BRCA1 ou BRCA2
 - Femmes estimées par l'oncogénéticien très à risque aux vues de l'arbre généalogique
 - Syndrome génétique rare comme syndrome de *Cowden*

Les femmes dont le score est supérieur à 3 avec mutation

1 FEMMES PORTIEUSES D'UNE MUTATION BRCA1/2 ET INDEMNES DE CANCER

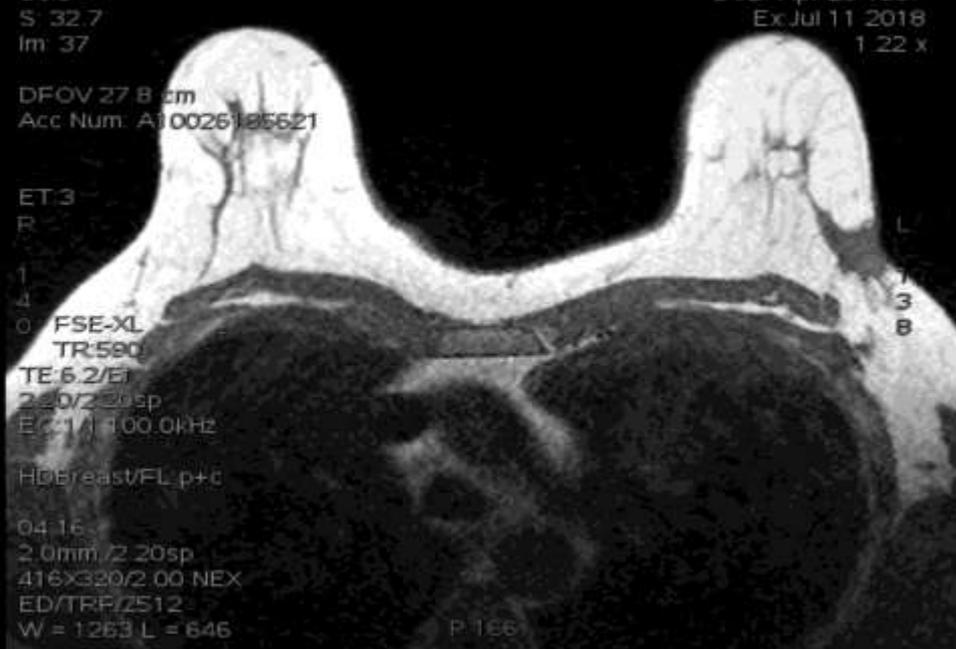


Focus sur l'IRM du sein

- ▶ Examen réalisé avec des antennes dédiées
- ▶ Procubitus
- ▶ Durée environ 25 mn
- ▶ En dehors des contre-indications habituelles elle doit être réalisée en 1^{ère} partie de cycle, comme la mammographie, chez les femmes non ménopausées

Focus sur l'IRM du sein

- ▶ Séquence T1 T2 et injection de produit de contraste avec des séquences dynamiques
- ▶ Etablissement d'une courbe qui objective la cinétique de rehaussement



R
Coronal M3DMIBRANT 1 Water
Ex: 37511
Se: 8 +c
P: 48/2
S: 186
BETTIOL BRIGITTE
HOPITAL PRIVE OUEST PARISIEN 1
F 61 A10026185600
DoB: Apr 28 1957
Ex: Jul 11 2018
1.00 x

Axial M3DMIBRANT 2 Ax VIBRANT MPh GADO
Ex: 37511
Se: 700 +c
S: 33.9
Im: 53
A: 111
BETTIOL BRIGITTE
HOPITAL PRIVE OUEST PARISIEN 1
F 61 A10026185600
DoB: Apr 28 1957
Ex: Jul 11 2018
1.22 x

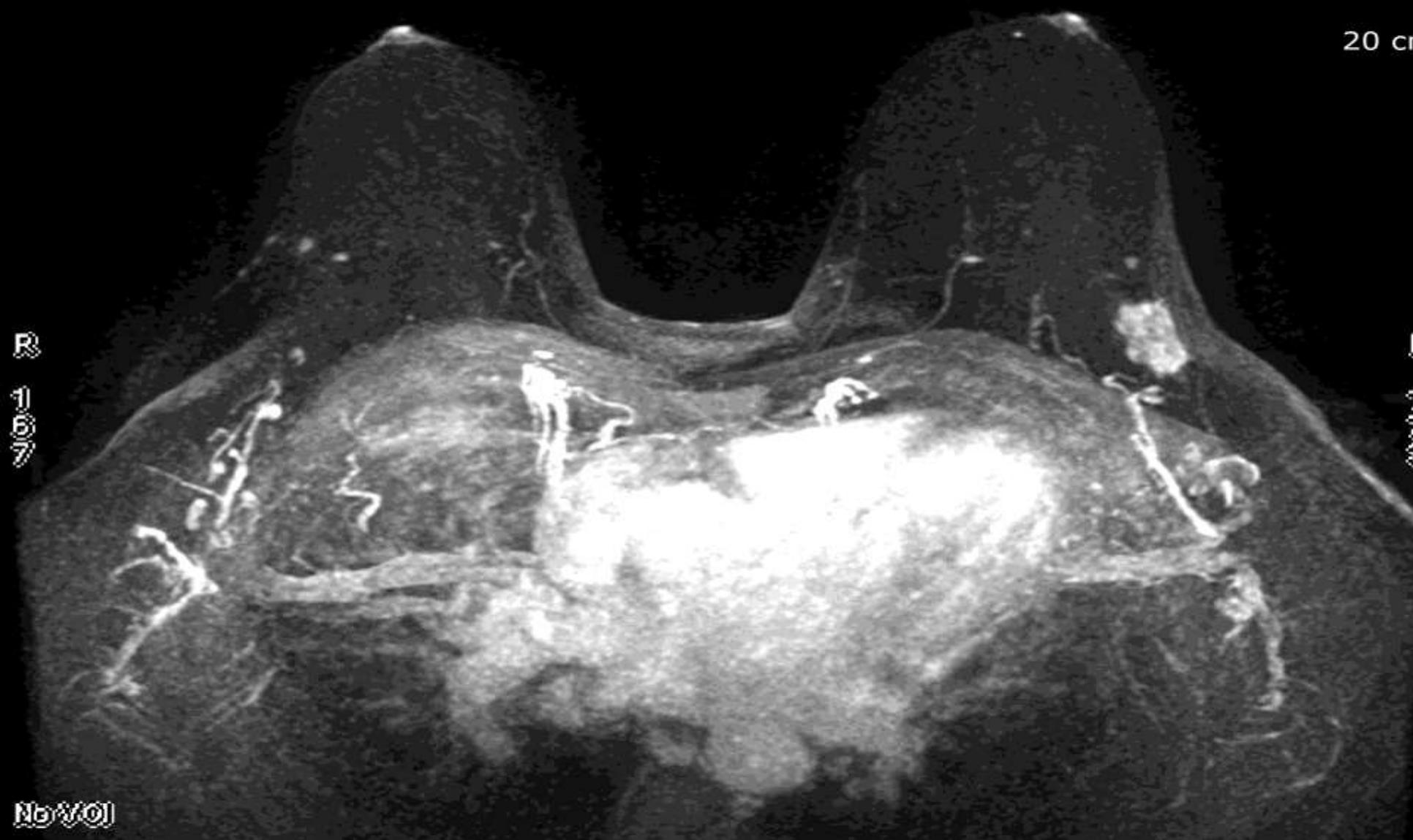


DFOV 34.0cm

20 cm

R
1
101

101
101



10 cm

P
1
4
E

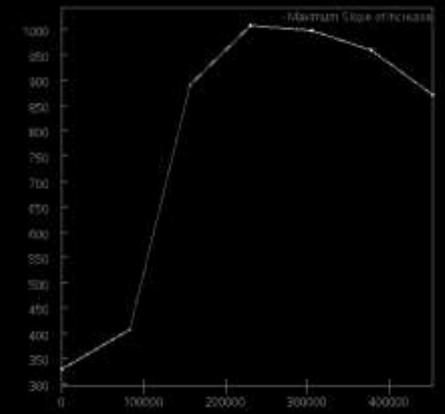
14.0 mm (2D)
26.8 mm (2D)

MEDWIBRANT
TR:6.9
TE:3.3
1.00sp
0166
EC:1.61.00.01.H-

BETTIOL BRIGITTE PID: A10026185600 DDN: 28/04/1957 Sexe: F cm, 60 kg Im: 1/4
BETTIOL BRIGITTE PID: A10026185600 DDN: 28/04/1957 Sexe: F cm, 60 kg Im: 2/4
BETTIOL BRIGITTE PID: A10026185600 DDN: 28/04/1957 Sexe: F cm, 60 kg Im: 3/4
BETTIOL BRIGITTE PID: A10026185600 DDN: 28/04/1957 Sexe: F cm, 60 kg Im: 4/4



20 cm



2.0mm /2.00mm
 pw=50.0 In=840.0
 W=99.0 L=394.5

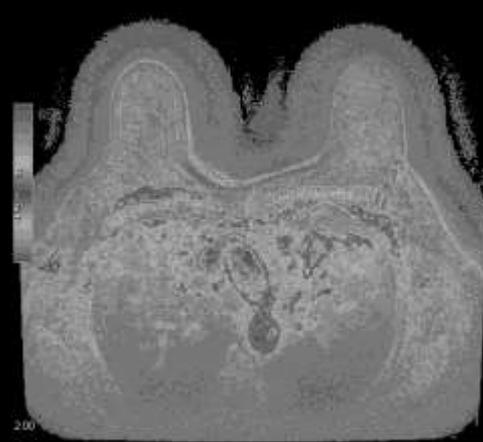
AW electronic film

200.1
 0.0
 Absolute
 Scale

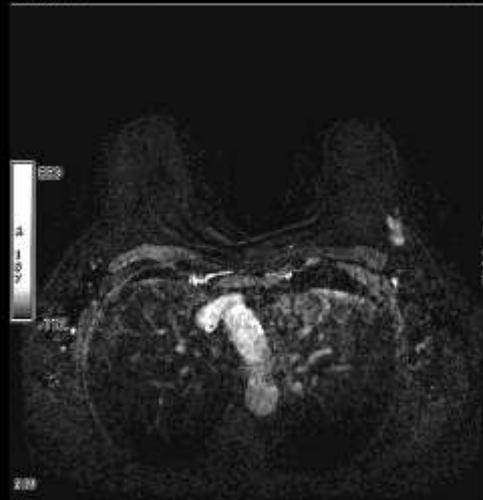
453000.0
 0.0
 Absolute
 Scale

AW electronic film

BETTIOL BRIGITTE PID: A10026185600 DDN: 28/04/1957 Sexe: F cm, 60 kg Im: 3/4
BETTIOL BRIGITTE PID: A10026185600 DDN: 28/04/1957 Sexe: F cm, 60 kg Im: 4/4



20 cm



20 cm

2.0mm /2.00mm
 pw=40.0 In=896
 W=99.1 L=308.1

AW electronic film

2.0mm /2.00mm
 pw=117.0 In=888.0
 W=1008.0 L=388.0

AW electronic film



Merci !

**TRAITEMENT CHIRURGICAL
gg sentinelle et ambulatoire
pour toutes ?**

TT CONSERVATEUR

Exérèse monobloc

Limites saines

Résultat esthétique satisfaisant

La limite des 3 cm ne s'impose plus

Lésion multifocales si exérèse monobloc possible

MASTECTOMIE TOTALE

Dans tous les autres cas

Conservation étui cutané et aréole possibles si

IRM pré op

Distance Tumeur – PAM >2 cm

Grade 1 ou 2 N- sans embole Her2 –

Exérèse large rétroaréolaire pour analyse minutieuse

Mastectomie controlatérale non recommandée si absence de facteur de risque génétique

GG SENTINELLE

BUT

Diminuer le nombre de curages axillaires inutiles car N –
Éviter lymphoedemes et troubles sensitifs

PRINCIPE

Saut ganglionnaire < 10 %

Initialement réservé aux tumeurs de petite taille avec risque de N+ < 10%

GG SENTINELLE

TECHNIQUE

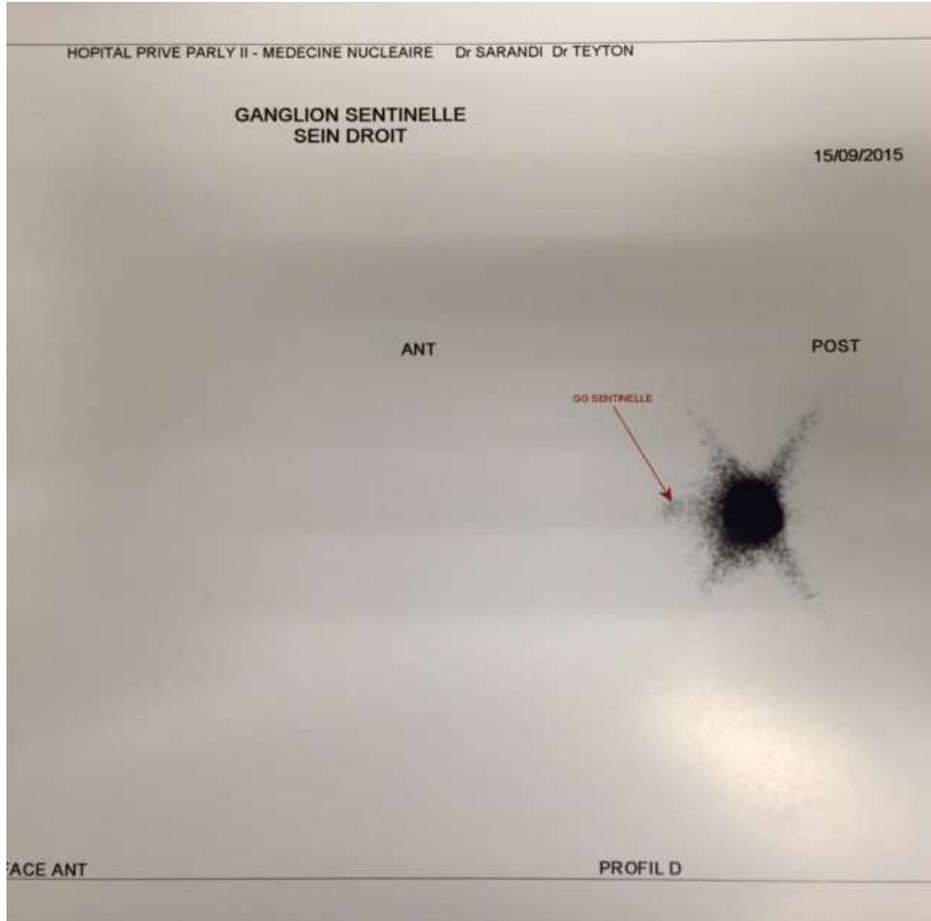
Injection rétroaréolaire de tech 99 la veille

Lympho-scintigraphie

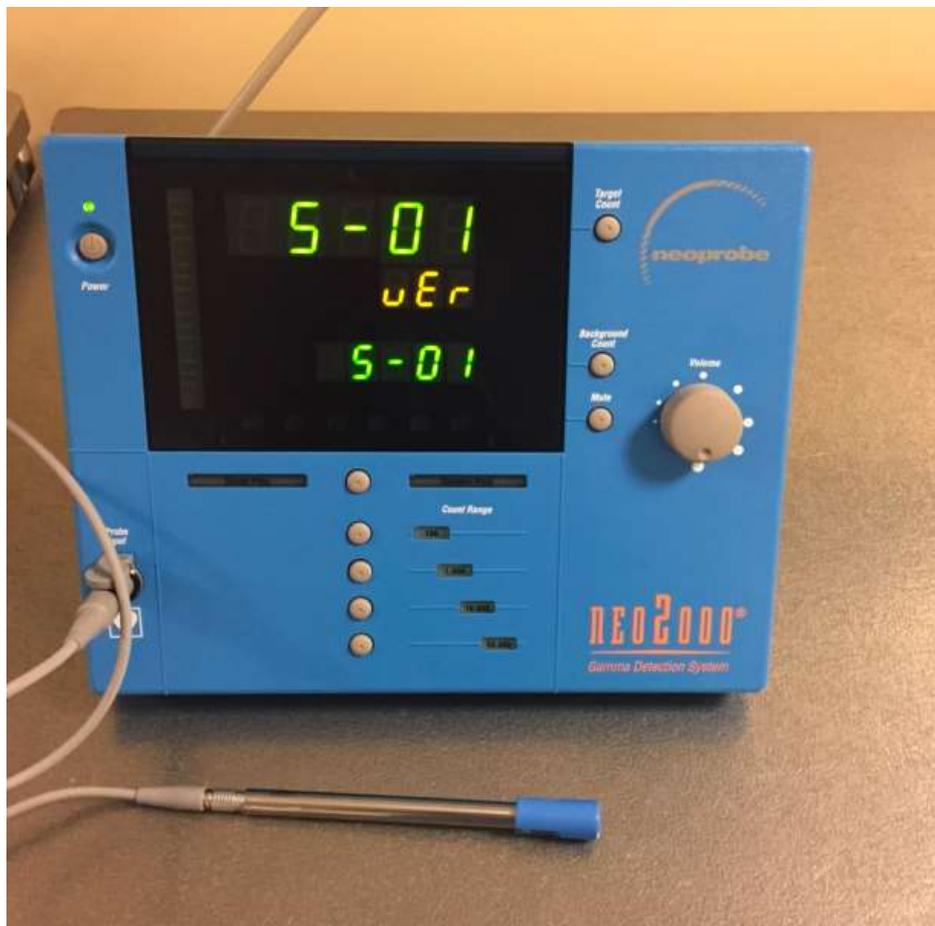
Repérage per opératoire par détecteur d'isotope

Anapath conventionnelle complétée par immuno histochimie

LYMPHO SCINTIGRAPHIE



DETECTEUR GG SENTINELLE



GG SENTINELLE

Possible pour tumeurs allant jusqu'à 5 cm

Pas de suspicion d'envahissement ganglionnaire

Tumeurs uniques ou multifocales

Envisageable après tumorectomie

Absence d'exploration antérieure du creux axillaire

Curage complémentaire si macro-métastase

Curage non obligatoire si micro-métastase (0,2 – 2 mm) sauf si résultat influe sur tt adjuvants

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE

Ambulatoire presque toujours possible

Absence de drainage

Bloc inter-pectoral



Merci !

BILAN D'EXTENSION
Quel bilan en 2018 ?

BILAN LOCAL

MAMMOGRAPHIE

ECHOGRAPHIE MAMMAIRE + AXILLAIRE

IRM

Risque multifocalité bilatéralité (lobulaires)

Suspicion k multiples

Age <40 ans

Mutation Brca

Avant oncoplastie

Avant chimio néo-adjuvante

Discordance >10 mm mammo/echo ou clinique / imagerie

BILAN EXTENSION A DISTANCE

INDICATIONS

T3 T4 ou N+ macro-métastatique
Avant chimio néo- adjuvante

MODALITES

Rx Thorax Echo abdo Scinti os
ou Scanner thoraco abdo-pelv Scinti os
ou Tep-Tdm au 18 F – FDG avant chirurgie

BILAN BIO

NFS BH Fonction rénale Lipides Calcémie + CA 15 3 ACE



Merci !

L'Activité Physique Adaptée

Un traitement adjuvant inattendu dans le cancer du sein

Dr Anne BAREILLE SAINT-GAUDENS

DEFINITION de l' APA

- Définie comme une « **Thérapie non médicamenteuse** »

C' est l' ensemble des activités physiques et sportives adaptées aux personnes atteintes de maladie chronique

- Elles sont dispensées par des techniciens de la pratique sportive, kinésithérapeutes et ergothérapeutes
- Elles peuvent s' exercer dans les établissements de soins, clubs sportifs et associations

CONTEXTE

- Le manque de pratique de l'activité physique est responsable de 20% des cancers du sein
- La pratique de l'activité physique fait maintenant partie de plusieurs plans
 - PLAN NATIONAL SPORT SANTE BIEN ETRE 2012
 - PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE 2011-2015
 - PLAN CANCER 2014-2019
 - 26/1/2016: NOTION DE PRESCRIPTION AP ADAPTEE A LA PATHOLOGIE CHRONIQUE

MODALITES

- APA ne doit pas être sous estimée
- les études comparent une activité supérieure ou égale à 8 ou 10 MET/heure/ semaine
- Tableau des MET

| Activité physique | MET |
|---------------------------------------------------------|---------------|
| Activités physiques d'intensité légère | < 3 |
| Dormir | 0,9 |
| Regarder la télévision | 1,0 |
| Écrire à la main ou à l'ordinateur | 1,8 |
| Marche à 2,7 km/h, sans pente | 2,3 |
| Marche à 4 km/h | 2,9 |
| Activités physiques d'intensité modérée | 3 à 6 |
| Vélo stationnaire, 50 W, effort très léger | 3,0 |
| Marche à 4,8 km/h | 3,3 |
| Exercices à la maison (général), effort léger ou modéré | 3,5 |
| Marche à 5,4 km/h | 3,6 |
| Vélo de plaisance, <16 km/h | 4,0 |
| Vélo stationnaire, 100 W, effort léger | 5,5 |
| Activités physiques intenses | > 6 |
| Course à pied, général | 7 |
| Pompes, redressements assis, effort élevé | 8 |
| Course à pied, sur place | 8 |
| Saut à la corde | 10 |
| Course à pied, >17,5 km/h | 18 |

EFFETS ATTENDUS

● QUALITE DE VIE:

- Probable mais très subjectif
- Recueils faits par questionnaire donnés aux patientes **volontaires**, qui acceptent de participer à ces études

Très peu de patientes dépressives ou fatiguées le remplissent

- C' est sûrement chez elles que ce recueil serait le plus intéressant !!

EFFETS ATTENDUS

- Effets sur la mobilité du bras
 - Patiente en APA pendant 4 à 12 semaines après la chirurgie
 - Amélioration significative
- Effets sur le lymphodème:
 - Pas d'effets nets *mais généralisation du ganglion sentinelle*
 - En revanche, amélioration du confort et du lymphoedème dans les activités nautiques

EFFETS ATTENDUS

● Hormonothérapie

- Patientes ménopausées sous **antiaromatases**:
Etudes faites après 6 mois de traitement:
 - Diminution de 30% des douleurs
 - Amélioration de l'ostéodensitométrie avec moins d'ostéoporose
- Patientes non ménauposeés sous **TAMOXIFENE**:
 - Le Tamoxifène augmente la masse grasse sur le torse
 - Diminution de la masse grasse et augmentation de la masse musculaire
- Mais 150 mn d'exercice par semaine

EFFETS ATTENDUS

- AVANT LE DIAGNOSTIC pas d' AP versus AP:
- Métaanalyse de IBRAHIM(2006) *si femme avec IMC<25/3METS/semaines>3mets/semaine*
 - 2669 patientes
 - Diminution de 18% de survie globale
 - Pas de traduction sur la Survie spécifique
 - Métaanalyse de SCHMID(1993-2013)
 - 25000patients
 - Diminution de 23% de survie globale
 - Diminution de 23% de Survie spécifique
 - Si >5MET/semaine, risque diminué de 7%
 - Si >10 Met/semaine, risque diminué de 13%
 - Si > 15MET/semaine, risque diminué de 19%
 - Métaanalyse de LAHARD(2015)
 - 123514 patientes
 - Diminution de 18% de mortalité globale
 - Diminution de 27% de mortalité spécifique
 - Diminution de 28 % d' évènement du cancer (second cancer, récidence cancer)

EFFETS ATTENDUS

● Après le diagnostic AP versus pas d' AP:

- METANALYSE d' IBRAHIM 10183 Patientes (2011) *IMC<25*

>3MET vs <3MET

Diminution de la mortalité globale de 41%

Diminution de la mortalité spécifique de 34%

Diminution de récurrence de 24%

Pas d'influence de l'IMC

- METAANALYSE de SCHMIT 28383 Patientes(2012)

Diminution de la mortalité globale de 48%

Diminution de la mortalité spécifique de 28%

>5METS/semaine, diminution de mortalité globale de 13%

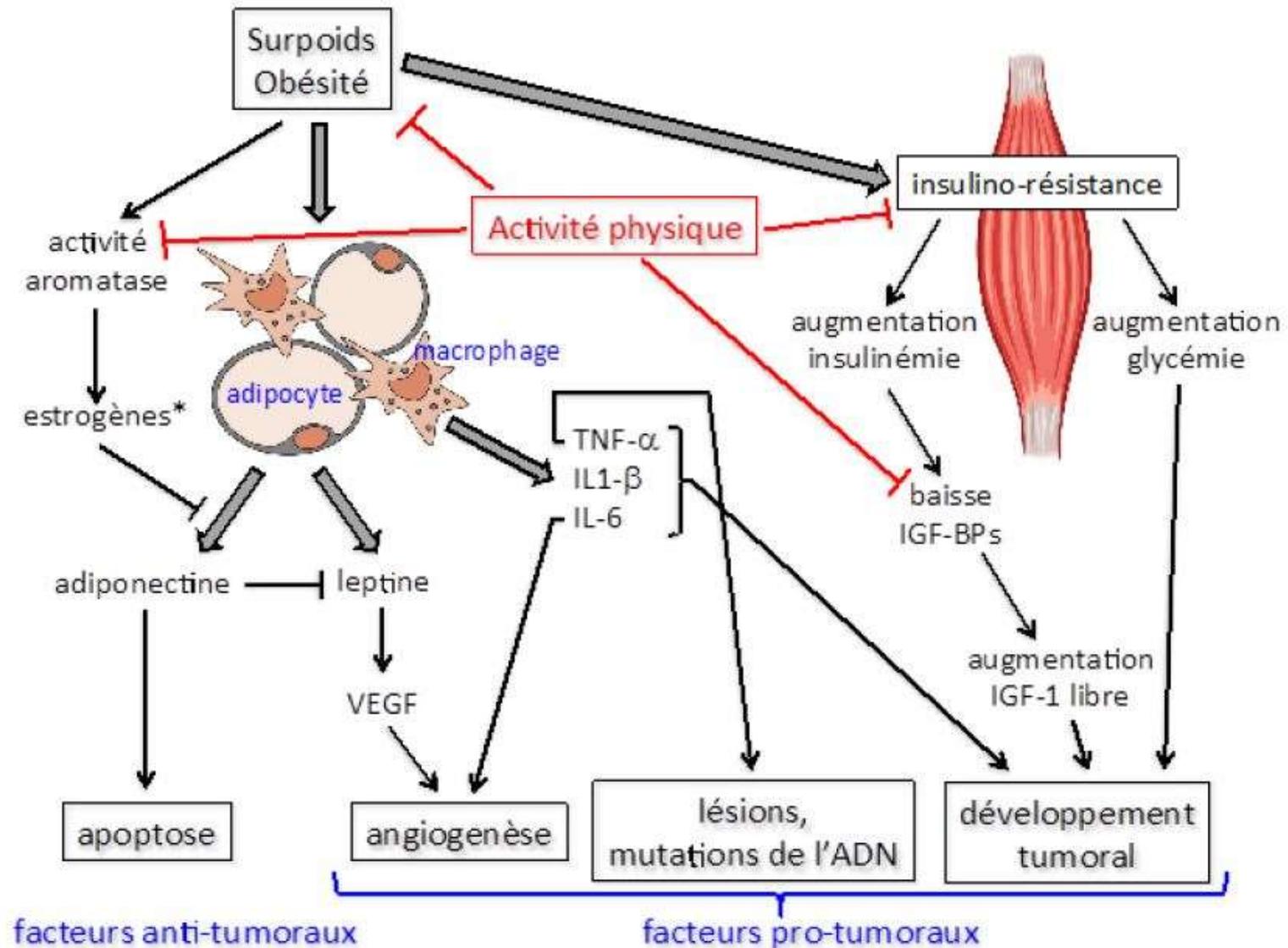
>10 METS/semaine, diminution de mortalité globale de 24%

>15 METS/semaine, diminution de mortalité globale de 34%

Pas d'influence de l'IMC, statut ménopausique, statut hormonal de la tumeur

COMMENT CA MARCHE

?????



En PRATIQUE

- Convaincre les patients de l'intérêt de l'AP
- Transmettre l'information sur les bénéfices obtenus
- Difficile de définir la nature physique optimale
 - Mode, intensité, fréquence, durée
- Survie augmentée à partir de 5MET/h/semaine, et plus si >5MET
- ½ H marche rapide 5 fois/ semaine

SCOOP !!!

- Effets de l' hormonothérapie

- Diminution de la mortalité spécifique de 30%

- Effets de l' AP:

- Diminution de la mortalité spécifique de 28 % à 34% selon les études

● TRAITEMENT ADJUVANT DANS LE CANCER DU SEIN

● QUOI DE NEUF ?

Traitement adjuvant: quoi de NEUF?

- Test génétiques:
 - ONCOTYPE DX+++
 - ENDOPREDICT

POURQUOI

- Il s'agit d'un **test diagnostique** de 21 gènes analysée sur la tumeur mammaire permettant d'estimer:
- le **bénéfice** de la chimiothérapie
- Le risque de **récidive** à 10 ans
- Le résultat de ce test modifie les décisions thérapeutique dans **30% des cas**

POUR QUI?

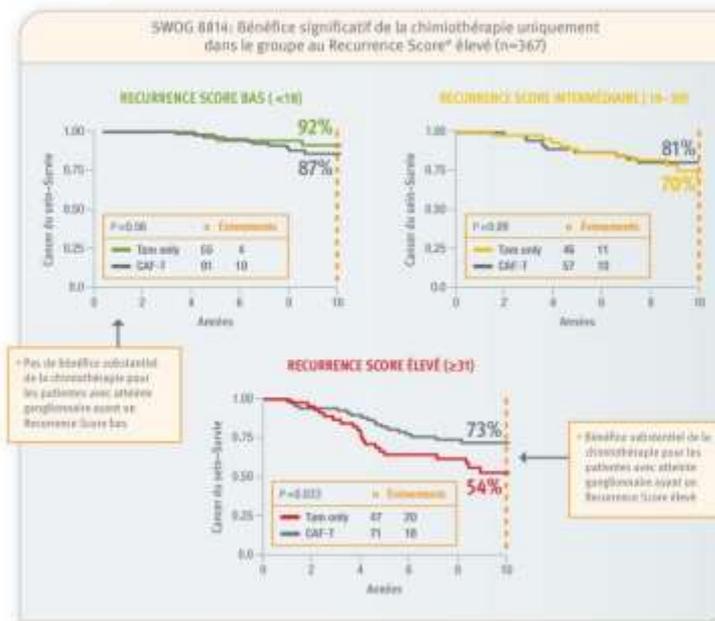
● Ce test est destinée aux patientes atteintes d' un **cancer du sein précoce**

- Femmes **ménauposées**
 - RH+
 - N+(jusqu' 3N+)
 - HER2-
- Femmes non **ménauposées et ménauposées**
 - RH+
 - N-
 - HER2-

● RESULTATS:

- Optention d'un score
 - <18, pas d'utilité de la chimiothérapie
 - > ou =31 ,nécessité de la chimiothérapie
 - entre 18 et 31 ???
 - Tableau:

Le test Oncotype DX prédit les bénéfices de la chimiothérapie chez les patientes avec envahissement ganglionnaire.²⁰



- **En Pratique:**
- Le bloc anatomopathologique part
 - aux Etats UNIS, pour le test ONCOTYPE DX
 - En Allemagne pour ENDOPREDICT
- Délai : **3 semaines**
- Pris en charge par l' **INCA**

MODALITES DE SUIVI

● *Etonnamment simple !*

- Consultation
 - tous les 4 mois pendant 2 ans
 - tous les 6 mois de 2 à 5 ans
 - Tous les ans le reste de la vie
- Une mammographie bilatérale et échographie mammaire bilatérale annuelle

MODALITES DE SUIVI

- Pas d'examen , autre que la mammographie et l'échographie, à réaliser
- **SAUF:**
- En présence de **signe clinique** quelconque
 - Douleur osseuse
 - AEG
 - Masse palpée, mammaire, ganglionnaire
 - Oedème du bras
 - Symptôme neurologique
 - Nausées, inappétence...
 - Symptôme respiratoire

- Ce suivi peut paraître inutile aux patientes

- **Mais:**

Outre la découverte d'une récurrence

- C' est aussi un accompagnement
- Une aide à une réinsertion professionnelle
- Recherche de séquelles induites par le traitement

ON TIENT À VOUS, DÉPISTEZ-VOUS !



OCTOBRE
ROSE

Détecté à un stade précoce, un cancer
du sein peut-être guéri dans 9 cas sur 10.

À partir de 50 ans, parlez-en à votre médecin.

PROGRAMME 2018

Mercredi 3 octobre - 9h30-16h

- Stand prévention avec L'ADMY

Jeudi 4 octobre - 9h30-16h

- Stand prévention avec La Ligue contre le cancer

Mardi 16 octobre - 9h30-16h30

- Stand Bar à ongles

Mercredi 24 octobre – Dès 14h30

- Stand Barbe à papa
- Stand prévention avec les représentants des usagers

Jeudi 25 octobre

- Pink Attitude
- Remise prix du concours (Hall d'entrée 14h)

Merci !

**Prochaine EPU
le 13 décembre 2018**