

Poster présenté aux 32^{es} Journées de la SFSPM
à Strasbourg en novembre 2010
Prix poster Charles-Marie Gros



A. Bendib

Cancer du sein de la femme de moins de 35 ans : étude rétrospective à propos de 612 cas

Breast cancer in woman younger than 35 years: retrospective study about 612 cases

H. Guendouz*, W. Chetibi*, A. Abdelouahab*, A. Bendib*

Dans la littérature, le cancer du sein de la femme jeune concerne tantôt les moins de 35 ans, tantôt les moins de 40 ans, tantôt les moins de 50 ans (1). Aux États-Unis et en Europe, l'incidence du cancer du sein de la femme de moins de 35 ans se situe autour de 3%. Les formes sont plus agressives et le diagnostic plus difficile en raison de la densité mammaire, la mammographie est donc moins performante. La survenue d'un cancer du sein à cet âge risque de poser des problèmes psychologiques, mais aussi des problèmes de fertilité et de sexualité en lien avec les traitements agressifs délivrés (2, 3). Ce cancer survient fréquemment dans un contexte familial avec, dans certains cas, la présence d'une mutation génétique. Selon Kroman, le taux de récidives locales est de 15,4% (110 sur 719 cas). Selon Fischer, ce taux élevé concerne aussi le carcinome in situ. Pour Veronesi, le taux de récidives locales est 5 fois plus élevé après mastectomie partielle qu'après intervention de Patey, mais il est 2 fois plus important en cas de marges positives pour Lelong. Bartelink et Vrieling montrent une réduction de moitié de la récurrence locale après surimpression du lit tumoral (4).

Objectif

L'objectif de notre étude est de préciser le profil clinique et thérapeutique du cancer du sein de la femme de moins de 35 ans ainsi que les résultats.

Matériel et méthode

De 1995 à 2004, 612 femmes de moins de 35 ans atteintes d'un cancer du sein ont été traitées dans notre service (12%). Tous les cas ont été confirmés histologiquement, 9 formes étaient bilatérales (*tableaux I et II*).

Sur le plan méthodologique, toutes les informations ont été centralisées sur le logiciel Access, ce qui a permis l'analyse des résultats.

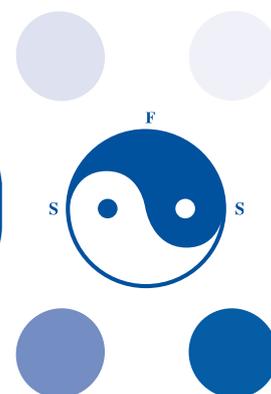
Résultats

Notre série se composait de 397 formes opérables d'emblée (64,9%) ; 199 avaient bénéficié d'une tumorectomie en extemporané (33%) et 124 patientes ont bénéficié d'une biopsie ou d'une biopsie exérèse (20,3%). Les cancers inflammatoires représentaient 19 cas (3,1%). L'âge moyen de nos patientes était de 30,4 ans (15-34).

Cent cinquante patientes étaient en surpoids (24,5%) et 39 étaient obèses (6,4%) ; 249 patientes étaient nulligestes ou nullipares (40,68%).

Un antécédent familial de cancer du sein au 1^{er} ou au 2^e degré a été retrouvé chez 70 cas (11,4%). La recherche de mutation génétique a été réalisée chez 37 patientes et apparentées, 5 mutations (4 BRCA1 et 1 BRCA2) ont été retrouvées (13,5%). La contraception orale a été utilisée dans 49,7% des cas, pour une durée moyenne de 4 années.

* Centre Pierre-et-Marie Curie, Alger (Algérie).



Cinquante-deux patientes (8,5 %) avaient un cancer associé à une grossesse. Cela représentait 33,3 % de l'ensemble des cancers du sein associés à la grossesse.

La tumeur du sein a été classée cliniquement (9 formes bilatérales exclues) 218 fois T1-T2 (36,2 %), 261 fois T3-T4 (43,3 %) et 124 fois Tx (20,6 %).

Le statut axillaire clinique correspondait à 161 N0 (26,7 %), 412 N1 (68,3 %), 26 N2 (4,3 %) et 4 N3 (0,7 %).

La stadification a retrouvé 235 stades 0, I et II (39 %) et 232 stades IIIa et IIIb (38,5 %). La cytoponction était positive dans 420/473 cas sur la tumeur (88,8 %), et dans 168/185 cas sur les ganglions (90,8 %).

Le traitement chirurgical a consisté à pratiquer une intervention de Patey dans 513/603 cas (85,1 %) et une mastectomie partielle dans 85/603 cas (14,1 %).

L'étude histologique de la pièce opératoire (dont le poids était en moyenne de 600 g) a retrouvé 23 carcinomes intracanaux (3,8 %), 12 carcinomes micro-infiltrants (2 %), 500 carcinomes canaux infiltrants (82,9 %), 11 carcinomes lobulaires (1,8 %) et 71 formes rares (11,5 %). Cent quatre-vingt-quatre tumeurs étaient de grade III (35,4 %) sur les 520 cas où le grade a été précisé. Les récepteurs hormonaux étaient négatifs dans 27,8 % des cas (111 sur 399).

La tumeur du sein surexprimait l'HER2 dans 24,3 % des cas (18 sur 74). Elle était triple-négative dans 18,5 % des cas.

Quatre cent vingt-huit tumeurs (71,8 %) s'accompagnaient d'un envahissement ganglionnaire (N+).

Le nombre de ganglions infiltrés était ≤ 3 dans 188/596 cas (31,5 %) et > 3 dans 240 cas (40,5 %). L'infiltration ganglionnaire s'accompagnait d'une rupture capsulaire dans 72,8 % des cas (273 sur 375).

Les berges d'exérèse étaient infiltrées dans 49,1 % des cas (260 sur 530). Les embolus vasculaires étaient présents dans 68,7 % des cas (364 sur 530). Cinq cent quatre-vingt-sept/612 patientes

(95,9 %) ont bénéficié d'une chimiothérapie – de type FAC dans 451/587 cas (76,8 %) et de type TAC dans 37/587 cas (6,3 %). La chimiothérapie a été réalisée dans 369 cas (62,8 %) en périopératoire entre j0 et j4 (5).

L'ovariolyse a été réalisée dans 221/612 cas (36,1 %) – par les analogues de la LH-RH dans 190 cas (86 %) et par la radiothérapie dans 31 cas (14 %). L'hormonothérapie de type tamoxifène a été systématiquement associée à l'ovariolyse.

Sur le plan de l'évolution, 214 événements ont été notés : 45 sous forme de récurrences locales avec ou sans métastases (7,4 %) ; 7 controlatéralisations (1,2 %) et 132 métastases (21,5 %). Sur les 45 récurrences locales (7,4 %), 6,6 % sont survenues après intervention de Patey et 12,9 % après traitement conservateur. Ce taux de récurrences était de 8,9 % (4 sur 45) dans les formes de cancer du sein associé à la grossesse.

La survie actuarielle globale selon Kaplan-Meier était de 59,1 % à 5 ans et de 56,7 % à 10 ans. En l'absence d'envahissement ganglionnaire (N-), elle est respectivement de 82,5 % à 5 ans et de 79 % à 10 ans. En présence d'envahissement ganglionnaire (N+), la survie chutait à 49,9 % à 5 ans et à 47,9 % à 10 ans.

Tableau I. Caractéristiques épidémiologiques des patientes.

Caractéristiques	Nombre de patientes (%)
Célibataires (n = 612)	195 (31,9)
Nulligestes (n = 612)	232 (38)
Surpoids et obésité (n = 612)	195 (30,9)
Antécédents familiaux (1 ^{er} et 2 ^e degrés) [n = 612]	70 (11,4)
Mutations BRCA1 et BRCA2	5/37
Cancer du sein + grossesse (n = 612)	52 (8,5)
Taille tumorale (n = 603)	
T0	3 (0,5)
T1	40 (6,6)
T2	175 (29)
T3	61 (10,1)
T4	200 (33,2)
Tx	124 (20,6)
Atteinte ganglionnaire clinique (n = 603)	
N0	161 (26,7)
N1	412 (68,3)
N2	26 (4,3)
N3/Nx	4 (0,7)
Traitement chirurgical (n = 603)	
Conservateur	85 (14,1)
Radical (Patey)	513 (85,1)
Autres	5 (0,8)

Tableau II. Caractéristiques anatomopathologiques des patientes.

Caractéristiques	Nombre de patientes (%)
Type histologique (n = 603)	
Carcinome canalaire infiltrant	500 (83)
Carcinome lobulaire infiltrant	11 (2)
Carcinome mixte	21 (3,5)
Autres	71 (11,5)
Grade nucléaire (n = 520)	
Grade I	20 (4)
Grade II	316 (61)
Grade III	184 (35,4)
Non précisé	83
Atteinte ganglionnaire histologique (n = 596)	168 (28)
N-	188 (31,5)
N+ ≤ 3	240 (40,5)
N+ > 3	7
Non précisé	
Récepteurs hormonaux (n = 399)	
RE+ RP-	70 (17,5)
RE- RP+	17 (4,3)
RE- RP-	111 (27,8)
RE+ RP+	201 (50,4)
Non précisé	204
Surexpression HER2 (2006-2007)	
HER2+	18 (24,3)
HER2-	56 (75,7)

Références bibliographiques

1. Espié M, Cottu PH. Cancer du sein de la femme jeune : problèmes et questions. *Path Biol* 2003;51:391-2.
2. Foxcroft LM, Evans EB, Porter AJ. The diagnosis of breast cancer in women younger than 40. *Breast* 2004;13:297-306.
3. Boisserie-Lacroix M, Dos Santos E, Lebiez-Michel N, Galtier JB, Bouzgarrou M, Trillaud H. Mammography in younger women: interpretation of abnormal findings. *J Radiol* 2004;85:2135-42.
4. Vrieling C, Collette L, Fourquet A et al. Can patient-, treatment- and pathology-related characteristics explain the high local recurrence rate following breast-conserving therapy in young patients? *Eur J Cancer* 2003;39:932-44.
5. Chetibi W, Bendib A. Cancer du sein de la femme de moins de 35 ans et chimiothérapie postopératoire immédiate à propos de 608 cas. *Bull Cancer* 2006;93:581-2.
6. McAree B, O'Donnell ME, Spence A, Lioe TF, McManus DT, Spence RA. Breast cancer in women under 40 years of age: a series of 57 cases Northern Ireland. *Breast* 2010;19:97-104.
7. Chan A, Pintilie M, Vallis K, Girourd C, Goss P. Breast cancer in women \leq 35 years: review of 1002 cases from a single institution. *An Oncol* 2000;11:1255-62.
8. Sidoni A, Cavaliere A, Bellezza G, Scheibel M, Bucciarelli E. Breast cancer in young women: clinicopathological features and biological specificity. *Breast* 2003;12:247-50.
9. Karihtala P, Winqvist R, Bloigu R, Jukkola-Vuorinen A. Long-term observational follow-up study of breast cancer diagnosed in women \leq 40 years old. *Breast* 2010;19:456-61.
10. Kim SH, Simkovich-Heerd A, Tran KN, Maclean B, Borgen PI. Women 35 years of age or younger have higher locoregional relapse rates after undergoing breast conservation therapy. *J Am Coll Surg* 1998;187:1-8.
11. Gentilini O, Botteri E, Rotmensz N et al. Breast-conserving surgery in 201 very young patients (< 35 years). *Breast* 2010;19: 55-8.
12. Gajdos C, Tartter PI, Bleiweiss IJ, Bodian C, Brower ST. Stage 0 to stage III breast cancer in young women. *J Am Coll Surg* 2000;190:523-9.

Discussion

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme avec une incidence en constante augmentation depuis 20 ans.

Il survient à un âge moyen de 47 ans. Parmi nos patientes, seul un tiers est ménopausé ; 55 % ont moins de 50 ans ; 22 % ont moins de 40 ans et 12 % ont moins de 35 ans, ce dernier chiffre restant stable depuis 1995.

Le cancer du sein de la femme de moins de 35 ans est donc caractérisé par :

- sa fréquence relative 2 à 3 fois plus élevée qu'en Europe et aux États-Unis ;
- l'existence de mutations génétiques dans 13,5 % des cas ;
- un surpoids et une obésité chez près d'un tiers de nos patientes ;
- l'utilisation d'une contraception orale chez 49,7 % des patientes avec une durée moyenne d'utilisation de 4 ans.

La fréquence de ce cancer avant 35 ans était de 0,2 % selon McAree et al. (6), de 3,2 % selon Chan et al. (7), de 6,2 % selon Sidoni et al. (8), et de 7,5 % pour Karihtala et al. (9).

La répartition par tranches d'âge de notre série est similaire à celles des autres séries de la littérature (10, 11). Seul l'âge moyen reste inférieur (12, 13).

La notion d'antécédent familial de cancer du sein et/ou de l'ovaire a été retrouvée dans notre série dans 11,4 % des cas, inférieure à celle de Chan et al. (7) dans 29 % des cas et à celle de Bakkali et al. (14) dans 20 % des cas.

Sur un total de 8 cancers du sein radio-induits survenus après maladie de Hodgkin, 5 patientes étaient âgées de moins de 35 ans.

L'association cancer du sein-grossesse est retrouvée dans 52 cas (8,5 %) dans notre série et dans 17 % des cas par Bakkali (14). Elle n'est pas rapportée par les autres auteurs.

Notre série est caractérisée par près de 40 % de formes localement avancées avec une taille clinique moyenne de l'ordre de 5 cm, s'accompagnant fréquemment d'un envahissement ganglionnaire et d'une rupture capsulaire avec très peu de cancers inflammatoires.

Les autres séries, contrairement à la nôtre, rapportent très peu de T3-T4. Lammers et al. (15) rapportent 9 % de T3 et 2 % de T4. McAree et al. retrouvent 11 % de T3 et 2 % de T4 (6). Chan et al. rapportent 13 % de T3 et aucun T4 (7).

La tumeur a été classée cliniquement N0 chez 26,7 % des cas, contre 97 % dans la série de Bollet et al. (16).

Le diagnostic de cancer du sein était établi habituellement dans notre service dans 85 % des cas sur le triplet diagnostique (clinique, imagerie, cytoponction). Chez la femme de moins de 35 ans, ce diagnostic repose sur la biopsie (en extemporané ou après exérèse) dans 50 % des cas.

Sur le plan du traitement chirurgical, notre tendance a été le plus souvent radicale, vu le stade évolué de la maladie. 85 % de nos patientes ont bénéficié d'une mastectomie avec curage axillaire et seules 14 % d'entre elles d'un traitement conservateur. Les études américaines et européennes ont tendance à réaliser un traitement conservateur dans la grande majorité des cas (10, 11, 16).

Sur le plan histologique, le carcinome in situ représente 3,8 % des cas de notre étude. Ce chiffre est similaire à celui des femmes plus âgées. La seule particularité histologique retrouvée porte sur le taux modeste de 1,8 % (plus de 5 % pour les femmes plus âgées) de carcinome lobulaire infiltrant.

L'envahissement ganglionnaire dans notre série a été retrouvé dans 70 % des cas et dans 40 % dans la série de Bollet et al.

Les embolies vasculaires ont été retrouvées dans 69 % des cas dans notre série et dans 28 à 34 % dans la série de Kim et al. et de Gentilini et al. (10, 11).

Les récepteurs hormonaux étaient négatifs dans 27,8 % des cas. La surexpression de l'HER2 a été retrouvée dans 24,3 % des cas. Elle varie de 19 % selon Gentilini (11) à 34 % selon Gonzalez (13). Dans notre série, le taux de récurrences locales était de 7,4 % (45) et de 12,9 % après traitement conservateur, alors qu'il était de 7,5 à 35 % selon Borg (17). Après Patey, le taux de récurrences locales était de 6,6 % dans notre série, et de 7,5 à 20 % selon Bakkali et al. (14).

L'analyse du taux de récurrences locales, en fonction du nombre, du grade, des berges et des récepteurs hormonaux (tableau III), montre un taux similaire dans les T1-T2 et T3-T4. Cela montre bien que l'âge inférieur à 35 ans est un élément de mauvais pronostic.

La survie globale (figure) chez nos patientes était respectivement de 59,1 à 5 ans et de 56,7 % à 10 ans, elle était de 70 % pour Colleoni (18) et de 91 % pour Rapiti (19).

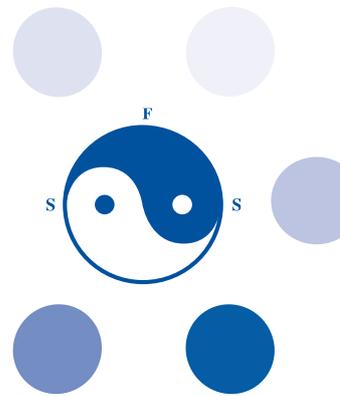


Tableau III. Analyse des récédives (n = 38).

T	N+	Grade III	BDR I	RE-
T1-T2 (21/215) 7,4 %	13 (61,9 %)	8 (42,1 %)	9 (42,8 %)	8 (47,1 %)
T3-T4 (17/261) 6,5 %	14 (82,4 %)	8 (47,1 %)	11 (64,7 %)	6 (42,9 %)

Pour les N- la survie passe respectivement à 82,9 % à 5 ans et 79 % à 10 ans.

Pour les N+ la survie chute respectivement à 49,9 % à 5 ans et à 47,9 % à 10 ans.

Quatre-vingt-sept patientes ont bénéficié d'une reconstruction mammaire (11 implants, avec 76 lambeaux se répartissant en 4 TRAM flap [transverse rectus abdominis myocutaneous flap] et 72 lambeaux du grand dorsal).

70 patientes ont donné naissance à 1 ou à plusieurs enfants, dans un délai moyen de 4 ans après leur cancer.

Conclusion

L'augmentation de l'incidence du cancer du sein en Algérie coïncide avec "l'occidentalisation" du mode de vie de la femme algé-

rienne (recul de l'âge au mariage, diminution du nombre d'enfants, âge tardif à la première grossesse, diminution de la période d'allaitement maternel, contraception orale fréquente et longue, augmentation de l'indice de masse corporelle). Le nombre relativement fréquent de cancer du sein chez la femme de moins de 40 ans s'expliquerait en partie par l'existence de formes génétiques, retrouvées dans 9,8 % des cancers sporadiques (5 sur 51) et dans 36,4 % des cas familiaux (4 sur 11) [20]. Ce taux de mutations génétiques dans notre série est nettement au-dessus de celui de l'Europe de l'Ouest (5 à 10 %).

Ce cancer requiert une attention particulière sur les plans diagnostique, thérapeutique et psychologique, afin d'aider ces femmes à rester "jeunes" le plus longtemps possible. Cela reste une tâche difficile mais possible. ■

Références bibliographiques

13. Gonzalez-Angulo AM, Broglio K, Kau SW et al. Women age ≤ 35 years with primary breast carcinoma: disease features at presentation. *Cancer* 2005;103:466-72.
14. Bakkali H, Marchal C, Lesur-Schwander A, Verhaeghe JL. Le cancer du sein chez la femme de 30 ans et moins. *Cancer/Radiothérapie* 2003;7:153-9.
15. Lammers EJ, Huijbers P, van der Sangen MJ et al. Factors contributing to improved local control after mastectomy in patients with breast cancer aged 40 years or younger. *Breast* 2010;19:44-9.
16. Bollet MA, Sigal-Zafrani B, Mazeau V et al. Age remains the first prognostic factor for loco-regional breast cancer recurrence in young (<40 years) women treated with breast conserving surgery first. *Radiother Oncol* 2007;82:272-80.
17. Borg MF. Breast-conserving therapy in young women with invasive carcinoma of the breast. *Australas Radiol* 2004;48:376-82.
18. Colleoni M, Rotmensz N, Peruzzotti G et al. Role of endocrine responsiveness and adjuvant therapy in very young women (below 35 years) with operable breast cancer and node negative disease. *Ann Oncol* 2006;17:1497-503.
19. Rapiti E, Fioretta G, Verkooijen HM et al. Survival of young and older breast cancer patients in Geneva from 1990 to 2001. *Eur J Cancer* 2005;41:1446-52.
20. Uhrhammer N, Abdelouahab A, Lafarge L, Feillel V, Ben Dib A, Bignon YJ. BRCA1 mutations in Algerian breast cancer patients: high frequency in young, sporadic cases. *Int J Med Sci* 2008;5:197-202.
21. Di Nubila B, Cassano E, Urban LA et al. Radiological features and pathological-biological correlations in 348 women with breast cancer under 35 years old. *Breast* 2006;15:744-53.
22. Colleoni M, Rotmensz N, Robertson C et al. Very young women (< 35 years) with operable breast cancer: features of disease at presentation. *Ann Oncol* 2002;13:273-9.
23. Van Nes JG, van de Velde CJ. The preferred treatment for young women with breast cancer: mastectomy versus breast conservation. *Breast* 2006;15, Suppl. 2: S3-10.

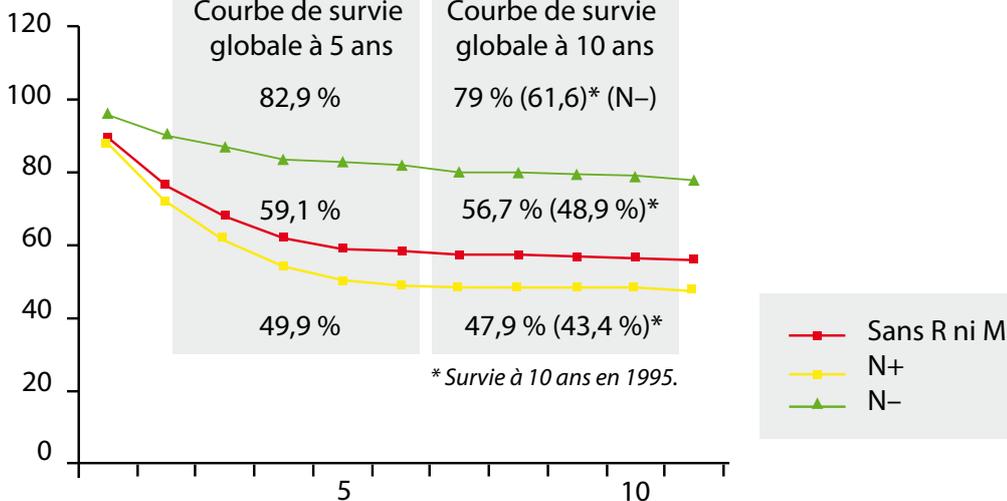
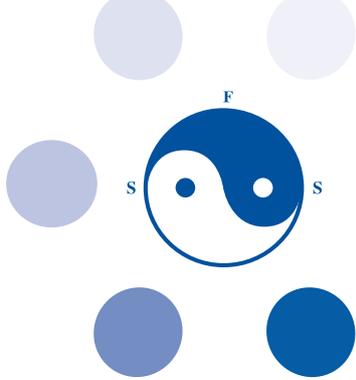


Figure. Courbe de survie sans récédives (R) ni métastases (M) à 5 ans et 10 ans (en cas d'atteinte ganglionnaire N+ et en absence d'atteinte ganglionnaire N-).



Cancer du sein : Surdiagnostic – Surtraitement À la recherche de nouveaux équilibres

33^{es} Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire

9-11 novembre 2011 – Marseille

Mercredi 9 novembre 2011

9 h 00-12 h 30 Hémicycle MPM	<p>Enseignement de chirurgie (les ateliers de la SFSPM) – Coordination : P. Bonnier (Marseille), K. Clough (Paris), P. Rouanet (Montpellier)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les fondamentaux – Les incisions cutanées pour traitements conservateurs, film – P. Rouanet (Montpellier) et H. Charitansky (Paris) – Technique standardisée de détection des ganglions sentinelles, film – G. Houvenaeghel (Marseille) • Les perfectionnements – Premiers résultats de l'étude prospective multicentrique française de chirurgie oncoplastique – P. Rouanet (Montpellier) – Indications et techniques des mastectomies prophylactiques, film – P. Bonnier (Marseille) – Reconstruction immédiate par expandeur et prothèse, film – J.L. Jauffret (Marseille) – Reconstruction immédiate par lambeau de grand dorsal, film – M. Gutowski (Montpellier) – Reconstruction par DIEP, film – L. Lantieri (Créteil) • Focus en chirurgie sénologique – Lipomodélage en chirurgie mammaire – E. Delay (Lyon) – Prise en charge des complications de la chirurgie du sein – K. Clough (Paris) – Observatoire des reconstructions mammaires en France – R. Villet (Paris) et J. Cuisenier (Dijon)
8 h 45-12 h 30 Auditorium	<p>Forum du dépistage des cancers du sein. Y a-t-il un risque de surdiagnostic en France ? – Coordination : B. Séradour (Marseille) et C. Allieux (Nantes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction : les objectifs du forum 2011 – B. Séradour (Marseille) – État des lieux des pratiques de dépistage en France – S. Barré (HAS, Saint-Denis-La Plaine) – Évolution des faux positifs, des cancers in situ, et des invasifs de petite taille, dans le programme (2004-2008) – A. Rogel (InVS, Saint-Maurice) – Les données des registres : évolution des types et des stades de cancers – Focus 50-74 ans – F. Molinié (FRANCIM, Nantes) – Y a-t-il une augmentation des mastectomies totales ? S. Gathion (INCa, Boulogne-Billancourt) • L'impact de la technologie numérique – Les données du programme 2008-2010 – C. Allieux (ACORDE, Nantes) – Quels résultats pouvons-nous déjà analyser ? B. Séradour (Marseille) • Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein en France : sommes-nous différents des autres pays ? N. Bossard (Hospices Civils de Lyon, Lyon) • Difficultés méthodologiques pour mesurer l'impact du dépistage en France – Z. Uhry (InVS, Saint-Maurice)
9 h 30-12 h 30 Salle 120 ouest	<p>Atelier de radiothérapie – Coordination : B. Cutuli (Reims), P. Romestaing (Lyon), A. Fourquet (Paris), B. de Lafontan (Toulouse)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Synthèse des quatre meilleurs articles de 2011 • Actualisation des indications de la radiothérapie axillaire • Indications de l'irradiation post-mastectomie pour les patientes pN0 • Optimisation de la protection des organes à risque
8 h 45-12 h 30 Salle 92	<p>Atelier d'anatomopathologie – Coordination : J. Jacquemier (Marseille)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture de lames virtuelles de lésions à risques sur macrobiopsies • Confrontations à propos de 15 cas cliniques – Métaplasie cylindro-cubique simple à atypique – A. Vincent-Salomon (Paris) – Hyperplasies simples à atypiques – I. Treilleux (Lyon) – Cicatrices radiaires simples à atypiques – L. Arnould (Dijon) – Néoplasies lobulaires – M.C. Mathieu (Villejuif) – Cystadénomes papillaires simples, atypiques et multiples – G. Mac Grogan (Bordeaux)
8 h 45-12 h 30 Salle 120 est	<p>Atelier de recherche fondamentale – Coordination : T. Maudelonde (Montpellier), H. Roché (Toulouse)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auto-anticorps circulants et marqueurs d'agressivité des cancers du sein – J. Solassol (Montpellier) • Oncogramme, une nouvelle méthode pour individualiser la réponse des cancers du sein au traitement – S. Giraud (Limoges) • Xénogreffes et cellules souches cancéreuses du cancer du sein, un modèle pour l'étude et le <i>targeting</i> – E. Charafe-Jauffret (Marseille) • Nanoplateforme IRM pour théranostiques des cancers – L. Motte Torcheux (Bobigny) • Sélection moléculaire par les analyses à haut débit : comment, pourquoi ? M. Arnedos (Villejuif) • POLQ : un marqueur d'instabilité génétique et de mauvais pronostic – C. Cazaux (Toulouse)
12 h 45-13 h 45 Hémicycle MPM	<p>Déjeuner-débat avec le soutien éducationnel et organisationnel de Génomic Health – OncotypeDX® : applications pratiques et perspectives – Présidents : S. Delaloge (Villejuif) et F. Penault-Llorca (Clermont-Ferrand)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction – S. Delaloge (Villejuif) – OncotypeDX®, quelle valeur ajoutée en pratique quotidienne ? X. Pivot (Besançon) – Les guidelines et recommandations – J.Y. Pierga (Paris) – OncotypeDX® : quelle valeur médico-économique en France ? R. Rouzier (Paris) – Conclusion – F. Penault-Llorca (Clermont-Ferrand) <p>Ou buffet et visite de l'exposition scientifique et des posters</p>
12 h 45 Salle 120 est	<ul style="list-style-type: none"> • Séance de communications libres, posters – Coordination : R. Salmon (Paris), D. Cowen (Marseille) et M. Namer (Mougins)
14 h 00	<p align="center">Ouverture et présentation du congrès</p>
14 h 20-16 h 20 Auditorium	<p>Dépistage et surdiagnostic – Modérateurs : P. Roy (Lyon) et B. Barreau (Anglet)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Synthèse du forum du dépistage et introduction – B. Séradour (Marseille) 14 h 30 • Pourquoi certains cancers n'évoluent-ils pas ? P.M. Martin (Marseille) – 14 h 50 • Le dépistage est-il responsable du surdiagnostic ? J. Fracheboud (Rotterdam) – 15 h 10 • Discussion – 15 h 25 • Sommes-nous victimes des progrès technologiques ? L. Ceugnart (Lille) 15 h 45 • Discussion – 16 h 00 • Quelles informations donner aux femmes à propos du dépistage ? La situation en Europe – B. Borisch (présidente d'Europa Donna Europe, Genève) – 16 h 20 • Discussion
16 h 30	<p align="center">Pause et visite de l'exposition scientifique et des posters</p>
17 h 00 Auditorium	<p>Leçon Charles-Marie Gros : "Le principe de précaution en question : entretiens"</p> <p>Un film avec P. Bey (cancérologue), C. Le Pen (économiste de la santé), P. Le Coz (philosophe), P.M. Martin (chercheur), J.F. Mattei (ancien ministre de la Santé), J. Ménard (ancien directeur général de la Santé), M. Tubiana (membre de l'Académie Nationale de Médecine). Un film de P. Bonnier, B. Séradour, F. Launette, avec la participation de J. Jacquemier. Discussion avec la salle</p> <p>Modérateur : P. Haehnel (Strasbourg)</p>
18 h 15 Hémicycle MPM	<p>Vespérale avec le soutien éducationnel et organisationnel de GlaxoSmithKline – Cancer du sein métastatique HER2+ : peut-on mieux faire ? Président : J. Gligorov (Paris)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment identifier et contourner les résistances aux traitements anti-HER2 en pratique clinique ? F. André (Villejuif) • Métastases cérébrales : quelles prises en charge possible en 2011 ? T. Bachelot (Lyon) • Anti-HER2+IA : chez quelles patientes ? M. Espié (Paris)

Appel à communication

Date limite de réception des résumés prolongée au 15 juillet 2011.

Informations sur <http://www.senologie.com/>



Jeudi 10 novembre 2011

8 h 30 Auditorium	Prise en charge des lésions frontières et in situ : trop ou pas assez ? Modérateurs : J.P. Bellocq (Strasbourg) et G. Houvenaeghel (Marseille) 8 h 30 • Vous avez dit surdiagnostic et surtraitement ? J. Jacquemier (Marseille) – 8 h 40 • Fait-on trop de micro- et de macrobiopsies ? V. Juhan-Duguet (Marseille) – 8 h 55 • Pour une meilleure évaluation des risques en cas de lésions frontières – G. Mac Grogan (Bordeaux) – 9 h 10 • Il faut améliorer le diagnostic histologique des biopsies percutanées – I. Treilleux (Lyon) – 9 h 25 • Discussion – 9 h 40 • B3 : trop ou pas assez de chirurgie ? M. Cohen (Marseille) – 9 h 55 • Et que fait-on en Europe ? – Le point de vue du groupe européen des pathologistes (EWGBSP) – J. Jacquemier (Marseille) – 10 h 10 • Discussion
10 h 30	Pause et visite de l'exposition scientifique et des posters
12 h 30 Hémicycle MPM	Modérateurs : C. Taranger-Charpin (Marseille) et R. Villet (Paris) 11 h 00 • Quels cancers intracanalaires ne pas traiter ? C. Tunon de Lara (Bordeaux), A. Fourquet (Paris) – 11 h 20 • Discussion – 11 h 30 • Mais qui sont les néoplasies intralobulaires ? E. Charafe-Jauffret (Marseille) – 11 h 45 • Le traitement des néoplasies intralobulaires : trop ou pas assez ? B. Cutuli (Reims), H. Crouet (Caen) – 12 h 00 • Discussion
12 h 45 Salle 120 est	Déjeuner-débat avec le soutien éducationnel et organisationnel de Roche • Quelle prise en charge des métastases cérébrales en fonction de l'expression phénotypique ? D. Azria (Montpellier) • Tumeurs infracentrimétriques : sur- ou sous-traitement ? F. Dalenc (Toulouse) • Antiangiogéniques et cancer du sein – A. Gonçalves (Marseille) Ou buffet et visite de l'exposition scientifique et des posters
12 h 45 Salle 120 est	• Séance de communications libres, posters – Coordination : R. Salmon (Paris), D. Cowen (Marseille) et M. Namer (Mougins)
14 h 00-15 h 45 Hémicycle MPM	Atelier de gynécologie médicale – Coordination : L. Boubli (Marseille) et D. Sperandeo (Marseille) – Discutante : A. Gompel (Paris) • Surveillance pelvienne après cancer du sein : sens ou non sens ? L. Boubli (Marseille) • Hormonothérapie et cancer du sein : faut-il être malade pour ne plus l'être ? A. Lesur (Nancy) • Surveillance après biopsies mammaires "sans suites"... en pratique... – B. Barreau (Anglet) • Incidence des cancers du sein après arrêt de prescription du THS... où en est-on ? A. Gompel (Paris)
14 h 00 Auditorium	Les cancers infiltrants de bon pronostic : trop ou pas assez ? – Modérateurs : B. Sigal-Zafrani (Paris) et H. Roché (Toulouse) 14 h 00 • Vous avez dit bon pronostic ? Surdiagnostic et surtraitement ? P. Bonnier (Marseille) – 14 h 05 • Surdiagnostic radiologique : place de l'IRM A. Tardivon (Paris) – 14 h 20 • Discussion – 14 h 30 • Mieux faire que TN et G : biochimie et immunohistochimie ? F. Penault-Llorca (Clermont-Ferrand) 14 h 45 • Mieux faire que TN et G : génomique et protéomique ? F. Bertucci (Marseille) – 15 h 00 • Discussion – 15 h 15 • Moins d'irradiation, pas d'irradiation ? J.M. Hannoun Levy (Nice) – 15 h 35 • Discussion
15 h 45	Pause et visite de l'exposition scientifique et des posters
16 h 15	Modérateurs : V. Brunel (Marseille) et P. Romestaing (Lyon) 16 h 15 • Pas de chimiothérapie pour quels cancers infiltrants ? H. Bonnefoi (Bordeaux) – 16 h 35 • Pas d'hormonothérapie pour quels cancers RE+ ? P. Kerbrat (Rennes) – 16 h 55 • Discussion Modérateur : D. Serin (Avignon) 17 h 15 • Classifications, référentiels, recommandations, sites en ligne, thésaurus et RCP : entraînent-ils des dysfonctionnements de prise en charge ? E. Luporsi (Nancy), P. Bonnier (Marseille), J.P. Bellocq (Strasbourg) – 17 h 35 • Discussion 17 h 45 • Surtraitement des cancers : réflexions de l'Académie Nationale de Médecine – J. Rouëssé (Paris) – 18 h 00 • Discussion
18 h 15 Hémicycle MPM	Vespérale avec le soutien éducationnel et organisationnel de Astra Zeneca • Pratiques et controverses : – Place de l'hormonothérapie dans le cancer du sein métastatique – Stratégie et apport des nouvelles thérapeutiques

Vendredi 11 novembre 2011

8 h 45-10 h 30	• Séance de communications libres, posters – Coordination : R. Salmon (Paris), D. Cowen (Marseille) et M. Namer (Mougins)
8 h 45 Auditorium	Les cancers infiltrants de pronostic intermédiaire : trop ou pas assez ? Modérateurs : M. Spielmann (Paris) et P. Rouanet (Montpellier) 8 h 45 • Vous avez dit pronostic intermédiaire ? Surdiagnostic et surtraitement ? J. Jacquemier (Marseille) – 8 h 50 • Comment définir un cancer de pronostic intermédiaire ? A. Vincent-Salomon (Paris) – 9 h 05 • Quel équilibre chirurgical ? Trop de mastectomies, trop d'oncoplasties ? K. Clough (Paris) – 9 h 20 • Quel équilibre thérapeutique pour les cancers lobulaires infiltrants ? I. Thomassin-Naggara (Paris), J.M. Classe (Saint-Herblain) et A. Gonçalvès (Marseille) – 9 h 40 • Discussion
10 h 00	Pause et visite de l'exposition scientifique et des posters
10 h 30-12 h 00 Hémicycle MPM	Atelier de radiologie : les faux positifs de l'IRM et de l'échographie : étude de cas cliniques – Coordination : B. Barreau (Anglet) et V. Juhan-Duguet (Marseille)
10 h 30 Auditorium	Modérateurs : J.M. Classe (Saint-Herblain) et P. Kerbrat (Rennes) 10 h 30 • Quel équilibre thérapeutique en cas de micrométastases ganglionnaires ? G. Houvenaeghel (Marseille) – 10 h 45 • Discussion – 10 h 50 • La chimiothérapie et l'hormonothérapie peuvent-elles être plus graves que la maladie ? S. Giard (Lille) – 11 h 10 • Surexpression de Her2 : un dictat ? P. Cottu (Paris) – 11 h 25 • Discussion Modérateur : A. Lesur (Nancy) – 11 h 45 • Surveillance : à la recherche des métastases : trop ou pas assez ? J. Bonnetterre (Lille) – 12 h 05 • Discussion
12 h 30 Hémicycle MPM	Débat de midi avec le soutien éducationnel de Sanofi Oncologie Ou buffet et visite de l'exposition scientifique et des posters
12 h 45-14 h 00 Auditorium	Synthèse des ateliers : chirurgie, radiothérapie, recherche et gynécologie médicale – Coordination : H. Roché (Toulouse) et B. Cutuli, Reims
14 h 00 Auditorium	14 h 00 • Vers quel système de santé va la société : le cas particulier du cancer – Intervention : C. Le Pen (Paris) – Modérateur : B. Sérador (Marseille) 14 h 20 • Discussion – 14 h 30 • Et si les aspects médico-légaux venaient annihiler nos efforts de bien faire ? Modérateurs : P. Bonnier (Marseille) et R. Salmon (Paris) 14 h 30 • Introduction – P. Bonnier (Marseille) – 14 h 35 • Vous êtes tous coupables, tous ! Qu'en-pensent l'avocat et le juge ? M ^e V. Estève (Nice) – 14 h 55 • L'avis du Pôle Santé du médiateur de la République – L. Ricourt (Paris) – 15 h 15 • Discussion – 15 h 30 • Mais qu'en pensent les femmes ? P. Romestaing (Lyon) – 15 h 45 • Discussion 15 h 55 • De nouveaux équilibres ? Synthèse du congrès – L. Piana (Marseille) 16 h 05 • Assemblée générale de la SFSPM – Remise de prix Posters

33^{èmes} journées
de la Société Française de
Sénologie
et de Pathologie Mammaire

Cancer du sein : surdiagnostic surtraitement

À la recherche
de nouveaux équilibres

2011

du 9 au 11 novembre

Palais du Pharo, Marseille

2^{ÈME} ANNONCE

Organisateurs

Pascal Bonnier
Jocelyne Jacquemier
Brigitte Seradour

Avec le soutien
institutionnel de



www.senologie.com

Formation médicale continue : n° 42 67 04367 67

