

# Cancer inflammatoire du sein: traitement, survie et récurrences

Présenté par Dr NGUELE MEKE H  
Tuteur: Dr TEBEU PM

# Plan

- Introduction
- Objectif
- Méthodologie
- Résultats
- Discussion
- Conclusion

# INTRODUCTION1

- Cancer du sein: une femme sur 11.
- Diagnostic: 25% des cas avant 50 ans et 30% des cas après 70 ans.
- Expression clinique très variable et évolution imprévisible.
- Cancer inflammatoire du sein = forme particulière et rare, présentation clinique particulière et gravité extrême.

# INTRODUCTION 2

- Cancer inflammatoire du sein = 1 à 5% des cancers du sein (fréquence variant selon les pays).
- Définition surtout clinique: induration cutanée diffuse, consistance charnue, bords érysipéloïdes (sein gros, lourd, chaud, tendu).
- Pic de fréquence aux alentours de 50 ans et pronostic péjoratif en général.

# INTRODUCTION 3

- Mort de la plupart des patientes dans les 18 à 24 mois après diagnostic.
- Taux de survie à 5 ans  $<$  à 5% en l'absence de traitement combiné et peut atteindre 30 à 50% avec association chimio, chirurgie, et RT.
- Traitement locorégional seul = échec quasi constant.

# Rationale

- Bien que de fréquence faible, le cancer inflammatoire du sein est grevé d'une grande mortalité qui est cependant variable en fonction de la modalité thérapeutique.
- Question: Quelle est la modalité qui donne le meilleur pronostic en terme de survie et de récurrence ?

# OBJECTIF

- Spécifier la meilleure approche thérapeutique dans la prise en charge du cancer inflammatoire du sein par l'évaluation du taux de survie et de récurrence du cancer inflammatoire du sein en fonction des différentes modalités thérapeutiques.

# METHODE 1

- Sélection des articles et des abstracts (études portant sur les modalités thérapeutiques du cancer inflammatoire du sein).
- Stratégie de recherche: sites Internet
  - HINARI
  - MEDLINE
  - GOOGLE, GFMER



# METHODE 2

- Mots clés de recherche:
  - inflammatory breast cancer
  - treatment
  - survival
  - recurrence

# RESULTATS 1

- Sélection des articles en fonction du sujet.
- Etudes retenues allant de 1975 à 2003.
- Etudes analytiques (rétro et prospectives).
- Patientes âgées de 24 à 75 ans.
- Taille des échantillons variant de 23 à 223.
- Médicaments anticancéreux utilisés:  
cyclophosphamide, épirubicine,  
méthotrexate, cysplatine , doxorubicin,  
5FU.

# RESULTATS 2

- Combinaisons multidisciplinaire:
  - chimio néoadj + chir + RT + chimio adj
  - chimo néoadj + chir + chimio adj.
  - chimio + RT
  - chimio néoadj +chir + RT
  - chimio néoadj + chir + chimio adj + RT

# Tableau 1:chimio + chir+RT+ chimio

<b>Étude</b>	<b>Type</b>	<b>Échan- tillon</b>	<b>Survie à 5 ans</b>	<b>Survie à 10 ans</b>	<b>Récur- rences locales à 5 ans</b>	<b>Récur- rences distales à 10 ans</b>	<b>Remar- ques</b>
<b>Bertucci F. Bone Marrow Trans 2004</b>	<b>Prospec tive</b>	<b>74</b>	<b>41%</b>				<b>Âge non précisé</b>

**Tableau 2: chimio + chir + chimio**

<b>Étude</b>	<b>Type</b>	<b>Échan- tillon</b>	<b>Survie à 5 ans</b>	<b>Survie à 10 ans</b>	<b>Récur- rences locales à 5 ans</b>	<b>Récur- rences distales à 10 ans</b>	<b>Remar- ques</b>
<b>Somlo G. J CLIN ONCOL 2004</b>	<b>Rétro- spective</b>	<b>120</b>	<b>64%</b>				<b>Âge non précisé</b>

### Tableau 3: chimio + RT

Étude	Type	Échan- tillon	Survie à 5 ans	Survie à 10 ans	Récur- rences locales à 5 ans	Récur- rences distales à 10 ans	Remar- ques
Palangie T. Eur J Cancer 1994	Rétro- spective	223	41%	32%	25,5%	19%	Âge>50 ans
Moore M P Arch Surg 1991	Rétro- spective	56	45%		34%		Âge non précisé Médica- ments non précisés

**Tableau 4: chimio + chir + RT**

<b>Étude</b>	<b>Type</b>	<b>Échan- tillon</b>	<b>Survie à 5 ans</b>	<b>Survie à 10 ans</b>	<b>Récur- rences locales à 5 ans</b>	<b>Récur- rences distales à 10 ans</b>	<b>Remar- ques</b>
<b>Eleonor E R Inter j Rad Onc Biol Phys 2003</b>	<b>Rétro- spective</b>	<b>54</b>	<b>56%</b>		<b>8%</b>		<b>Âge moyen 48 ans 2 patien- tes sans mastec- tomie</b>

**Tableau 5: chimio + chir + chimio +RT**

<b>Étude</b>	<b>Type</b>	<b>Échan- tillon</b>	<b>Survie à 5 ans</b>	<b>Survie à 10 ans</b>	<b>Récur- rences locales à 5 ans</b>	<b>Récur- rences distales à 10 ans</b>	<b>Remar- ques</b>
<b>Vahit Ozmen Eur Cancer 2003</b>	<b>Rétrosp ective</b>	<b>23</b>	<b>30%</b>		<b>21,7%</b>		<b>-13 ménop -10 post- ménop Âge moy: 44 ans</b>
<b>Ueno NT Cancer Chemo- ther Pharm 1997</b>	<b>Rétrosp ective</b>	<b>178</b>		<b>44%</b>	<b>20%</b>	<b>39%</b>	<b>Âge non précisé</b>



# DISCUSSION 1

- Avant 1988: cyclophosphamide, methotrexate, 5FU, vincristine et prednisone.
- Après 1988: methotrexate remplacé par doxorubicine (amélioration de la survie).
- Cancer inflammatoire du sein très agressif et caractérisé par rapide progression.

# DISCUSSION 2

- Evolution de la prise en charge ces 30 dernières années avec:
- chimio néoadj en première ligne
- traitement locorégional (RT avec ou sans chir) dont le rôle est primordial

# DISCUSSION 3

- Les séries retenues montrent l'importance des combinaisons multidisciplinaires associant chimio et traitement locorégional.
- La chimio néoadj. permet de réduire la masse tumorale et a un effet systémique.
- Cancer du sein en général de mauvais pronostic chez les femmes jeunes.

# DISCUSSION 4

- Dans notre revue sur le cancer inflammatoire l'âge des patientes variait de 24 à 74 ans (les patientes les plus nombreuses étant pré et post ménopausées).
- La chimio le plus souvent néoadjuvante peut dans la même combinaison être adjuvante.

# DISCUSSION 5

- Après chimiothérapie d'induction, le traitement locorégional diminue le risque de récurrences locorégionales et peut permettre de réduire les doses de radiothérapie.
- Les taux de survie à 5 ans varient en fonction des traitements de 30 à 64%.
- Les récurrences retrouvées sont surtout locorégionales.

# CONCLUSION ET LIMITES DE L'ETUDE 1

- Cancer inflammatoire du sein = maladie grave.
- Traité par associations combinant chimio chirurgie et radiothérapie dans le but de prolonger la survie des patientes.
- Les différentes études ne déterminent pas la combinaison la plus efficace mais soulignent la nécessité d'une approche multidisciplinaire

# CONCLUSION ET LIMITES DE L'ETUDE 2

- Nombreuses difficultés dans la réalisation du travail
  - accès Internet difficile
  - accès aux full text difficile
  - le travail a donc été à l'aide d'abstracts essentiellement.

# REFERENCES

- **Bauer RL, Bush E, Levine E, Edge SB. Thérapy for inflammatory breast cancer: impact of doxorubicin-based therapy. Ann Surg Oncol. 1995 Jul;2(4):283-5**
- **Winshester D P. Breast cancer in young women surg Clin North Am 1996; 76: 279-87**
- **Massimo Cristofanili , Aman U, Buzdar, Gabriel N. Hortobagyi. Update on the cancer management of inflammatory breast cancer. The oncologist ;vol.8 n°2,141-148, april 2003**
- **Colozza,M. M.D. ; Gori,S. M.D.; Mosconi, A. M. M. D Induction chemotherapy with Cisplatin, Doxorubicin , and cyclophosphamide (CAP) in a combined modality Approach for Locally Advanced and inflammatory Breast Cancer: Long –Term Results. Am J Clin Oncol**
- **Liau SL, Benda RK, Morris CG, Mendenhall NP. Inflammatory breast carcinoma: outcomes with trimodality therapy for nonmetastatic disease. Cancer .2004 Mar 1;100(5): 920-28**
- **Moore MP, Ihde JK, Crowe JP, Hakes TP, Kinne DW. Inflammatory breast cancer. Arch surg.1991 Mar ; 126(3):304-6**