



Comité organisateur :  
Moïse NAMER (*Nice*),  
Joseph GLIGOROV (*Paris*),  
Marc SPIELMANN (*Paris*),  
Frédérique PENAULT-LLORCA  
(*Clermont-Ferrand*)

# 19<sup>ème</sup> Cours Francophone Supérieur

## RPC sur les Cancers du sein

Comité d'élaboration :	Comité scientifique :
Eric-Charles ANTOINE ( <i>Neuilly/Seine</i> )	Matti AAPRO ( <i>Genolier</i> ), Fabrice ANDRÉ ( <i>Villejuif</i> ),
Paul COTTU ( <i>Paris</i> )	Fatima CARDOSO ( <i>Lisbonne</i> ), Charles COUTANT ( <i>Dijon</i> ),
Suzette DELALOGUE ( <i>Villejuif</i> )	Paul COTTU ( <i>Paris</i> ), Suzette DELALOGUE ( <i>Villejuif</i> ),
Joseph GLIGOROV ( <i>Paris</i> )	Joseph GLIGOROV ( <i>Paris</i> ), Christophe HENNEQUIN ( <i>Paris</i> ),
Moïse NAMER ( <i>Nice</i> )	Moïse NAMER ( <i>Nice</i> ), Frédérique PENAULT-LLORCA ( <i>Clermont-Ferrand</i> ),
Frédérique PENAULT-LLORCA ( <i>Clermont-Ferrand</i> )	Martine PICCART ( <i>Bruxelles</i> ), Jean-Yves PIERGA ( <i>Paris</i> ),
Jean-Yves PIERGA ( <i>Paris</i> )	Luc ROTENBERG ( <i>Paris</i> ), Rémy SALMON ( <i>Paris</i> ),
Marc SPIELMANN ( <i>Paris</i> )	Jean-Philippe SPANO ( <i>Paris</i> ), Marc SPIELMANN ( <i>Paris</i> )



# Préambule

# Cancers du sein métastatiques

- Les RPC de Nice St Paul de Vence suivent les recommandations de l'ABC ESO-ESMO lorsqu'elles existent

	Experts	Public
Oui	100%	87%
Non	0%	2%
Abstention	0%	11%

# Soins de support

## Soins de support (1)

- Un antécédent de cancer du sein ou son traitement ne contre-indique pas l'administration d'un vaccin non vivant

	Experts	Public
Oui	100%	86%
Non	0%	11%
Abstention	0%	3%

## Soins de support (2)

○ La vaccination doit être réalisée idéalement à distance de la lymphopénie

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>67%</b>	<b>72%</b>
<b>Non</b>	<b>0%</b>	<b>20%</b>
<b>Abstention</b>	<b>33%</b>	<b>8%</b>

## Soins de support (3)

- La pratique d'un jeûne pendant la prise en charge ou le suivi d'un cancer du sein, non accompagnée par un.e nutritionniste et/ou diététicien.ne est potentiellement dangereuse et non recommandée

	Experts	Public
Oui	97%	94%
Non	0%	4%
Abstention	3%	2%

## Soins de support (4)

- La pratique d'une activité physique encadrée et une évaluation nutritionnelle sont utiles et améliorent le pronostic et la prise en charge des patientes traitées pour un cancer du sein

	Experts	Public
Oui	97%	98%
Non	0%	2%
Abstention	3%	0%



## Soins de support (5)

- Il n'y a pas de contre-indication à la prise de tension artérielle et aux prélèvements sanguins du côté où il y a eu une exploration axillaire en l'absence de lymphoedème

	Experts	Public
Oui	81%	81%
Non	11%	11%
Abstention	8%	8%

# Biomarqueurs

## Biomarqueurs (1)

- Le statut HER2 des cancers du sein HER2 négatif doit être précisé (0, 1+, 2+ non amplifié)

	Experts	Public
Oui	97%	97%
Non	0%	1%
Abstention	3%	2%

## Biomarqueurs (2)

- En cas de tumeur hétérogène concernant le statut HER2 en IHC, la tumeur est considérée HER2 positive s'il existe plus de 10% de cellules amplifiées dans une zone contigüe.

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>100%</b>	<b>68%</b>
<b>Non</b>	<b>0%</b>	<b>11%</b>
<b>Abstention</b>	<b>0%</b>	<b>21%</b>

## Biomarqueurs (3)

- Hors screening pour un essai clinique, la recherche du statut *NTRK*, *PIK3CA*, MSI est inutile en l'absence de remboursement des drogues correspondantes

	Experts	Public
Oui	87%	62%
Non	10%	33%
Abstention	3%	5%

## Biomarqueurs (4)

- Hors screening pour un essai clinique, la recherche du statut des récepteurs aux androgènes dans les cancers du sein triple négatifs en phase métastatique est inutile en l'absence d'AMM et/ou remboursement des anti- androgènes dans cette indication

	Experts	Public
Oui	28%	55%
Non	44%	39%
Abstention	28%	6%

## Biomarqueurs (5)

- La technique de recherche du statut PD-L1 en immunohistochimie doit tenir compte du traitement envisagé dans le cadre d'un accès aux médicaments (essai ou

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>90%</b>	<b>87%</b>
<b>Non</b>	<b>5%</b>	<b>7%</b>
<b>Abstention</b>	<b>5%</b>	<b>6%</b>

## Biomarqueurs (6)

- Le profilage moléculaire en phase métastatique est une option à valider idéalement en RCP, en cas d'échec thérapeutique conventionnel

	Experts	Public
Oui	98%	90%
Non	0%	9%
Abstention	2%	11%



## Biomarqueurs (7)

- Un testing moléculaire somatique *BRCA 1/2* en circuit rapide est indiqué pour les CS TN et CS RH+ hormono-résistants en phase avancée

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>93%</b>	<b>85%</b>
<b>Non</b>	<b>3%</b>	<b>10%</b>
<b>Abstention</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>

## Biomarqueurs (8)

- Un testing moléculaire constitutionnel *BRCA 1/2* et *PALB2* en circuit rapide est indiqué pour les CS RH+ hormono-résistants en phase avancée

	Experts	Public
Oui	87%	75%
Non	8%	20%
Abstention	6%	5%



# Imagerie

## Cancers du sein imagerie (1)

○ Une imagerie par TEP-TDM est possible pendant la grossesse

	Experts	Public
Oui	95%	49%
Non	0%	35%
Abstention	5%	16%

## Cancers du sein imagerie (2)

- Une imagerie par IRM sans injection est possible pendant la grossesse

	Experts	Public
Oui	95%	78%
Non	0%	10%
Abstention	5%	12%

## Cancers du sein imagerie (3)

- Une imagerie par IRM avec injection est possible pendant la grossesse

	Experts	Public
Oui	33%	49%
Non	45%	36%
Abstention	22%	15%

## Cancers du sein imagerie (4)

- Pour les femmes à haut risque de cancer du sein, l'imagerie de dépistage doit être annuelle

	Experts	Public
Oui	100%	95%
Non	0%	2%
Abstention	0%	3%

## Cancers du sein imagerie (5)

- Pour les femmes à haut risque de cancer du sein, l'imagerie de dépistage classique par mammographie et échographie est insuffisante

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>84%</b>	<b>73%</b>
<b>Non</b>	<b>16%</b>	<b>16%</b>
<b>Abstention</b>	<b>0%</b>	<b>11%</b>



## Cancers du sein imagerie (6)

- Pour les cancers du sein pT1N0 aucune imagerie de bilan d'extension à distance n'est nécessaire, quelles que soient les caractéristiques histologiques

	Experts	Public
Oui	67%	56%
Non	28%	44%
Abstention	5%	0%

## Cancers du sein imagerie (7)

- Pour les cancers lobulaires du sein  $\geq pT2$  ou  $pN+$ , le bilan d'extension doit comporter une imagerie osseuse dédiée

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>55%</b>	<b>87%</b>
<b>Non</b>	<b>28%</b>	<b>9%</b>
<b>Abstention</b>	<b>17%</b>	<b>4%</b>

## Cancers du sein imagerie (8)

- Pour les cancers non spécifiques du sein  $\geq pT2$  ou  $pN+$ , le bilan d'extension doit comporter une imagerie par TDM couplée à une scintigraphie osseuse ou bien une TEP-TDM au  $^{18}\text{-FDG}$

	Experts	Public
Oui	97%	95%
Non	3%	5%
Abstention	0%	0%

## Cancers du sein imagerie (9)

- Pour les cancers non spécifiques du sein en situation néoadjuvante une imagerie par TEP-TDM au 18-FDG avant traitement médical est préférée à une TDM avec scintigraphie osseuse

	Experts	Public
Oui	86%	88%
Non	12%	8%
Abstention	2%	4%

# Chirurgie

## Chirurgie(1)

- En cas de récurrence locale après un traitement par mastectomie partielle suivie de radiothérapie, opérable de manière conservatrice, le traitement de référence est la mastectomie totale

	Experts	Public
Oui	100%	82%
Non	0%	14%
Abstention	0%	4%

## Chirurgie(2)

- Un deuxième traitement conservateur (tumorectomie) est une option en cas d'intervalle libre supérieur à 5 ans, chez une patiente de plus de 60 ans, avec une tumeur RH+ HER2-.

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>69%</b>	<b>88%</b>
<b>Non</b>	<b>28%</b>	<b>6%</b>
<b>Abstention</b>	<b>3%</b>	<b>5%</b>

## Chirurgie(3)

- En cas d'indication de mastectomie totale, une reconstruction immédiate doit être systématiquement discutée (en dehors d'un cancer inflammatoire) même en cas d'indication de chimiothérapie adjuvante et/ou d'irradiation de paroi

	Experts	Public
Oui	80%	61%
Non	13%	34%
Abstention	7%	5%



# Radiothérapie des cancers du sein au stade précoce

## Radiothérapie des cancers du sein au stade précoce (1)

- Après chirurgie d'un cancer du sein et en cas d'indication de radiothérapie adjuvante, les schémas hypofractionnés sont à privilégier

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>78%</b>	<b>82%</b>
<b>Non</b>	<b>15%</b>	<b>11%</b>
<b>Abstention</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>

## Radiothérapie des cancers du sein au stade précoce (2)

- Après chirurgie d'un cancer du sein et en cas d'indication de radiothérapie adjuvante, parmi les schémas hypofractionnés le schéma anglais 26 Gy en 5 fractions (Fast-forward) peut être considéré comme une option

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>53%</b>	<b>72%</b>
<b>Non</b>	<b>13%</b>	<b>15%</b>
<b>Abstention</b>	<b>34%</b>	<b>13%</b>

## Radiothérapie des cancers du sein au stade précoce (3)

- Après chirurgie d'un cancer du sein et en cas d'indication de radiothérapie adjuvante, la radiothérapie par protons n'est pas un standard

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>92%</b>	<b>90%</b>
<b>Non</b>	<b>0%</b>	<b>3%</b>
<b>Abstention</b>	<b>8%</b>	<b>7%</b>

## Radiothérapie des cancers du sein au stade précoce (4)

- Après chirurgie conservatrice d'un cancer du sein, il est possible de réaliser une irradiation partielle mammaire pour les cancers de très bon pronostic chez certaines femmes ménopausées

	Experts	Public
Oui	67%	49%
Non	11%	35%
Abstention	22%	16%

## Radiothérapie des cancers du sein au stade précoce (5)

- Après chirurgie conservatrice d'un cancer du sein, il est possible de ne réaliser aucune radiothérapie pour les cancers de très bon pronostic chez certaines femmes ménopausées, après avoir informé la patiente du risque de rechute locale légèrement augmenté

	Experts	Public
Oui	65%	49%
Non	30%	35%
Abstention	5%	16%

# Cancers du sein précoces triple négatifs

# Cancers du sein précoces triple négatifs (1)

- En dehors d'une contre-indication à la chimiothérapie, toute patiente ayant un cancer du sein triple négatif  $\geq 2$  cm et/ou un envahissement ganglionnaire, doit se voir proposer un traitement néoadjuvant

	Experts	Public
Oui	95%	96%
Non	0%	3%
Abstention	5%	1%



## Cancers du sein précoces triple négatifs (2)

- Le schéma optimal de chimiothérapie en situation néoadjuvante pour un cancer du sein triple négatif doit comporter des anthracyclines

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>93%</b>	<b>97%</b>
<b>Non</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>
<b>Abstention</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>

## Cancers du sein précoces triple négatifs (3)

- Le schéma optimal de chimiothérapie en situation néoadjuvante pour un cancer du sein triple négatif doit comporter des anthracyclines et des taxanes

	Experts	Public
Oui	98%	97%
Non	2%	0%
Abstention	0%	3%

## Cancers du sein précoces triple négatifs (4)

- Le schéma optimal de chimiothérapie en situation néoadjuvante pour un cancer du sein triple négatif doit comporter des alkylants (sels de platine ou cyclophosphamide)

	Experts	Public
Oui	83%	67%
Non	10%	26%
Abstention	7%	7%

## Cancers du sein précoces triple négatifs (5)

- Le schéma optimal de chimiothérapie en situation néoadjuvante pour un cancer du sein triple négatif doit comporter des sels de platine même s'il a contenu du cyclophosphamide auparavant avec des anthracyclines

	Experts	Public
Oui	12%	11%
Non	76%	77%
Abstention	12%	12%

## Cancers du sein précoces triple négatifs (6)

- Le schéma optimal de chimiothérapie en situation néoadjuvante pour un cancer du sein triple négatif doit comporter une immunothérapie

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>5%</b>	<b>18%</b>
<b>Non</b>	<b>84%</b>	<b>68%</b>
<b>Abstention</b>	<b>11%</b>	<b>14%</b>

## Cancers du sein précoces triple négatifs (7)

- Le schéma optimal de chimiothérapie en situation néoadjuvante pour un cancer du sein triple négatif doit être un schéma dose-dense en l'absence de contre-indication

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>85%</b>	<b>93%</b>
<b>Non</b>	<b>10%</b>	<b>3%</b>
<b>Abstention</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>

## Cancers du sein précoces triple négatifs (8)

- Le schéma optimal de chimiothérapie en situation néoadjuvante pour un cancer du sein triple négatif doit comporter 8 cycles selon un schéma séquentiel en l'absence de progression

	Experts	Public
Oui	32%	82%
Non	63%	13%
Abstention	5%	15%

## Cancers du sein triple négatifs précoces (9)

- En cas de maladie résiduelle invasive après chimiothérapie néoadjuvante optimale pour un cancer du sein triple négatif, un traitement adjuvant par capécitabine doit être proposé :

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>92%</b>	<b>95%</b>
<b>Non</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>
<b>Abstention</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>



# Cancers du sein triple négatifs précoces (10)

- En cas de maladie résiduelle invasive après chimiothérapie néoadjuvante optimale pour un cancer du sein triple négatif, un traitement adjuvant doit être proposé comportant un sel de platine

	Experts	Public
Oui	8%	12%
Non	79%	81%
Abstention	13%	7%

# Cancers du sein métastatiques triple négatifs

# Cancers du sein métastatiques triple négatifs (1)

- En dehors de l'existence de tout facteur prédictif de réponse à un traitement spécifique, le sacituzumab govitécan est une option thérapeutique à partir de la 3<sup>ème</sup> ligne de traitement ?

	Experts	Public
Oui	90%	74%
Non	0%	11%
Abstention	10%	15%

## Cancers du sein métastatiques triple négatifs (2)

- En dehors de l'existence de tout facteur prédictif de réponse à un traitement spécifique, le bévacizumab est une option thérapeutique en première ligne, en association avec le paclitaxel hebdomadaire?

	Experts	Public
Oui	82%	70%
Non	8%	23%
Abstention	10%	7%

## Cancers du sein métastatiques triple négatifs (3)

- En cas d'éligibilité à un traitement par immunothérapie, l'association de celle-ci à une chimiothérapie est une option thérapeutique en première ligne ?

	Experts	Public
Oui	76%	37%
Non	13%	51%
Abstention	11%	12%

# Cancers du sein précoces RH positifs et HER2 négatif

## Cancers du sein précoces RH positifs et HER2 négatif (1)

- L'utilisation des signatures transcriptomiques est indiquée dans un objectif de désescalade thérapeutique (éviter la chimiothérapie adjuvante)

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>97%</b>	<b>92%</b>
<b>Non</b>	<b>3%</b>	<b>5%</b>
<b>Abstention</b>	<b>0%</b>	<b>2%</b>

## Cancers du sein précoces RH positifs et HER2 négatif (2)

- Les patientes ménopausées pour lesquelles une demande de test est possible sont toutes les patientes ayant un cancer pT1-pT3, pN0-pN1?

	Experts	Public
Oui	80%	59%
Non	15%	34%
Abstention	5%	7%



## Cancers du sein précoces RH positifs et HER2 négatif (3)

- Les patientes non ménopausées pour lesquelles une demande de test est possible sont toutes les patientes ayant un cancer pT1-pT3, pN0.

	Experts	Public
Oui	85%	52%
Non	6%	44%
Abstention	9%	4%

## Cancers du sein précoces RH positifs et HER2 négatif (4)

- Seuls deux tests ont été validés de façon prospective et ont donc un niveau de preuve I (Mammaprint<sup>®</sup> et OncotypeDx<sup>®</sup>)

	Experts	Public
Oui	100%	89%
Non	0%	9%
Abstention	0%	2%

## Cancers du sein précoces RH positifs et HER2 négatif (5)

- L'abstention du traitement antihormonal adjuvant est une option pour les cancers pT1a-pN0 de grades 1 & 2, chez les patientes ménopausées

	Experts	Public
Oui	92%	62%
Non	5%	35%
Abstention	3%	3%

## Cancers du sein précoces RH positifs et HER2 négatif (6)

- La durée du traitement antihormonal adjuvant étant de 5 ans pour les cancers du sein pN0, il est important de s'assurer de la bonne compliance pour un résultat optimal

	Experts	Public
Oui	100%	98%
Non	0%	1%
Abstention	0%	1%

## Cancers du sein précoces RH positifs et HER2 négatif (7)

- Pour les femmes non ménopausées au diagnostic, un traitement antihormonal incluant un analogue de la LH-RH est préféré en cas de lésion pN+ et/ou indication de chimiothérapie

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>85%</b>	<b>81%</b>
<b>Non</b>	<b>12%</b>	<b>13%</b>
<b>Abstention</b>	<b>3%</b>	<b>6%</b>

## Cancers du sein précoces RH positifs et HER2 négatif (8)

- Pour les femmes ménopausées, un traitement antihormonal adjuvant incluant l'abémaciclib est souhaitable en cas de lésion pN2 ou pN1 avec une prolifération élevée

	Experts	Public
Oui	42%	34%
Non	44%	44%
Abstention	16%	22%

# Cancers du sein précoces HER2 positif

# Cancers du sein précoces HER2 positif (1)

- En dehors d'une contre-indication à la chimiothérapie, toute patiente ayant un cancer du sein HER2 positif  $\geq 2$  cm et/ou un envahissement ganglionnaire, doit se voir proposer un traitement néoadjuvant

	Experts	Public
Oui	95%	96%
Non	0%	1%
Abstention	5%	3%



## Cancers du sein précoces HER2 positif (2)

- En dehors d'une contre-indication, le traitement anti-HER2 optimal en situation néoadjuvante pour un cancer du sein HER2 positif N+ devrait comporter un double blocage par trastuzumab et pertuzumab

	Experts	Public
Oui	97%	68%
Non	3%	28%
Abstention	0%	14%

## Cancers du sein précoces HER2 positif (3)

- En situation néoadjuvante ou adjuvante, pour tout cancer HER2 positif  $\geq T2$  ou pT2 et/ou  $\geq N1$  ou pN1, l'utilisation des anthracyclines est optionnelle

	Experts	Public
Oui	27%	30%
Non	65%	61%
Abstention	8%	9%

## Cancers du sein précoces HER2 positif (4)

- En cas de maladie résiduelle invasive après traitement néoadjuvant optimal pour un cancer du sein HER2 positif, le traitement adjuvant doit être 14 injections de T-DM1

	Experts	Public
Oui	89%	96%
Non	3%	3%
Abstention	8%	1%

## Cancers du sein précoces HER2 positif (5)

- En cas de pCR après chimiothérapie néoadjuvante optimale pour un cancer du sein HER2 positif, le traitement adjuvant anti-HER2 comporte du trastuzumab pendant 1 an au total ?

	Experts	Public
Oui	97%	97%
Non	3%	2%
Abstention	0%	1%

## Cancers du sein précoces HER2 positif (6)

- En cas de pCR après traitement néoadjuvant pour un cancer du sein HER2 positif, le traitement adjuvant anti-HER2 devrait être un double blocage si le stade initial de la maladie était N+.

	Experts	Public
Oui	86%	42%
Non	14%	48%
Abstention	0%	10%

## Cancers du sein précoces HER2 positif (7)

- En cas de pCR après traitement néoadjuvant pour un cancer du sein HER2 positif, le traitement adjuvant anti-HER2 doit être trastuzumab seul si le stade initial de la maladie était N0.

	Experts	Public
Oui	100%	92%
Non	0%	5%
Abstention	0%	3%

## Cancers du sein précoces HER2 positif (8)

- En cas de traitement adjuvant, sans traitement néoadjuvant pour un cancer du sein HER2 positif, le traitement adjuvant anti-HER2 devrait être l'association trastuzumab – pertuzumab si le stade initial de la maladie est pN+.

	Experts	Public
Oui	95%	64%
Non	3%	30%
Abstention	2%	6%

## Cancers du sein précoces HER2 positif (9)

- En cas de traitement adjuvant, sans traitement néoadjuvant, pour un cancer du sein HER2 positif RH+ pN+, le traitement adjuvant anti-HER2 peut comporter, en prolongation d'un traitement par trastuzumab, en l'absence de pertuzumab du nélatinib.

	Experts	Public
Oui	74%	60%
Non	10%	26%
Abstention	15%	14%



# Cancers du sein métastatiques HER2 positif

# Cancers du sein métastatiques HER2 positif (1)

- Le trastuzumab-déruxtécan ou l'association tucatinib-trastuzumab-capécitabine sont deux options thérapeutiques valides en cas de progression après exposition au trastuzumab-pertuzumab et T-DM1.

	Experts	Public
Oui	89%	97%
Non	0%	2%
Abstention	11%	1%

## Cancers du sein métastatiques HER2 positif (2)

- Le traitement systémique des cancers du sein métastatiques HER2 positif avec évolution cérébrale isolée accessible à un traitement loco-régional carcinologique, reste inchangé.

	Experts	Public
<b>Oui</b>	<b>89%</b>	<b>76%</b>
<b>Non</b>	<b>8%</b>	<b>21%</b>
<b>Abstention</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>

## Cancers du sein métastatiques HER2 positif (3)

- Après T-DM1, le traitement systémique des cancers du sein métastatiques HER2 positif avec évolution cérébrale isolée, non accessible à un traitement loco-régional carcinologique ou complet, peut comporter une nouvelle ligne de traitement anti-HER2 par l'association tucatinib-trastuzumab-capécitabine ou sinon par trastuzumab-déruxtécan.

	Experts	Public
Oui	95%	98%
Non	0%	0%
Abstention	5%	2%

Merci

