

PRISE EN CHARGE ET SUIVI D'UNE SÉRIE CONSÉCUTIVE DE 411 PATIENTES OPÉRÉES POUR CANCER DU SEIN

E. LIFRANGE (1), CH. ANDRE (2), V. BLERET (1), J. BRADFER (3), S. CRISTINELLI (1), PH. COUCKE (3), P. CUSUMANO (1), V. FRIDMAN (4), G. JERUSALEM (2), F. MARION (1), C. COLIN (1)

RESUME : Ce travail porte sur une série consécutive de 427 cancers du sein observés chez 411 patientes prises en charge dans notre service, de 1994 à 2004. Chaque patiente est inscrite prospectivement dans une base de données initiale reprenant ses données personnelles, les paramètres essentiels de la mise au point diagnostique et de la prise en charge thérapeutique. Cette base de données a été complétée par la collecte rétrospective des informations de suivi de la patiente. Les données de suivi sont incomplètes pour 12 patientes (3%). Disposant d'un suivi moyen de 8 ans, nous confirmons des taux de récidives loco-régionales (4,5%), de récidives systémiques (11%) ou de décès par cancer du sein (9%) comparables aux taux faibles publiés par les plus grands centres. Parmi les 16% (67/411) de décès, un peu plus de la moitié (54%) sont imputables au cancer du sein. Les résultats de ce travail sont discutés en vue d'identifier des améliorations possibles dans la mise au point diagnostique et la prise en charge thérapeutique du cancer du sein.

MOTS-CLÉS : *Cancer du sein - Diagnostique - Traitement - Chirurgie - Follow-up*

MANAGEMENT AND FOLLOW-UP OF A CONSECUTIVE SERIE OF 411 SURGICALLY TREATED BREAST CANCER PATIENTS

SUMMARY : This study reports a consecutive serie of 427 breast neoplasms (411 patients) diagnosed and treated in our department between 1994 and 2004. Patients' records were prospectively collected including personal medical history and the major elements of the diagnostic and the therapeutic protocol applied. 12 patients (3%) had to be excluded due to incomplete follow-up data. With a median follow-up of 8 years, a 4.5% loco-regional relapse rate is noted while 11% of patients recurred at distant sites and 9% died of their disease progression. These statistics are comparable to those published by prominent breast cancer centers. Amongst the 16% of deaths (67/411 Pts), 54% are due to breast cancer progression.

The results are discussed with the aim to upgrade the diagnostic and the therapeutic protocols offered to our patients.

KEYWORDS : *Breast cancer - Breast neoplasm - Diagnosis - Treatment - Surgery - Follow-up*

INTRODUCTION

Le sein est un symbole de vie. Il est associé dans l'inconscient collectif à l'enfance, à la féminité, à la maternité, à la beauté, à la sensualité, à la sexualité.

Lorsque le sein est malade, ce sont tous ces symboles de vie qui sont mis à mal. Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme.

En dépit du très bon pronostic de la majorité des cancers du sein, le diagnostic de cancer du sein est régulièrement ressenti comme un message de mort. La mort, perçue dans ces circonstances non pas nécessairement comme la fin de l'existence, mais plus souvent comme la fin de toutes ces étapes de vie auxquelles le sein est associé et que la patiente pense ne plus jamais revivre.

Si les recommandations de consensus internationaux en matière de diagnostic et de traitement sont supposées connues de tous les acteurs des soins de santé en sénologie, il n'en est pas moins nécessaire pour chaque équipe de confronter les

résultats de son activité à ceux publiés dans la littérature. En effet, une évaluation régulière de notre pratique clinique, disposant d'un recul suffisant lorsqu'il s'agit d'une pathologie oncologique le plus souvent lentement évolutive, est indispensable si on veut assurer à nos patientes des soins de qualité conforme à ceux rapportés par les plus grands centres de référence.

Dans une première étude portant sur le traitement chirurgical conservateur d'une série consécutive de 242 cancers du sein (1), nous avons montré un taux global de récidives loco-régionales (RLR) de 2,5%, disposant d'un suivi moyen de 5 ans, avec de bons résultats sur le plan esthétique. Ce taux de RLR est comparable aux taux faibles publiés dans la littérature par les centres de référence (2). Cette étude nous a également permis de modifier notre approche diagnostique et thérapeutique dans 2 sous-types de cancers du sein pour lesquels nous avons observé un taux de RLR excessif : les carcinomes canauxaires *in situ* non irradiés (33% de RLR) et les carcinomes lobulaires infiltrants (9% de RLR).

L'importance clinique des informations recueillies à la suite de ce travail nous a encouragés à mettre à jour notre base de données disposant d'un suivi moyen de 8 ans, en y associant les patientes mastectomisées dans la même période. En particulier, nous nous sommes concentrés sur la détermination des taux de RLR, des taux

(1) Service de Sénologie, CHU de Liège.
(2) Service d'Oncologie Médicale, CHU de Liège.
(3) Service de Radiothérapie, CHU de Liège.
(4) Service d'Anatomie pathologique, CHU de Liège.

de récidives systémiques (RS) et de décès, disposant d'une série consécutive homogène sur le plan de la mise au point diagnostique et de la prise en charge thérapeutique. Nous présentons dans cet article la synthèse de notre travail et en discutons les principaux enseignements.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre travail, analysé en 2009, porte sur une série consécutive de 427 cancers du sein observés chez 411 patientes, de 1994 à 2004. Cette série consécutive est représentative d'un échantillon non sélectionné de patientes qui se présentent en consultation de sénologie pour un examen de dépistage ou pour mise au point d'un symptôme.

Le bilan diagnostique préopératoire et la prise en charge chirurgicale sont assurés par un même gynécologue (E.L.). Chaque patiente est inscrite prospectivement dans une base de données initiale reprenant ses données personnelles, les paramètres essentiels de la mise au point diagnostique et de la prise en charge thérapeutique.

Un bilan sénologique complet (examen clinique, mammographie, échographie, cytoponction et/ou microbiopsie) et un bilan d'extension (radiographie de thorax, échographie abdominale, scintigraphie du squelette, CA 15,3) sont réalisés préalablement à la prise en charge thérapeutique, à l'exclusion d'un examen par RMN qui ne fait pas partie des examens habituellement prescrits dans ces circonstances.

En cas de lésion invasive, un traitement conservateur ou TC (tumorectomie + évaluation ganglionnaire axillaire + radiothérapie) est proposé si tel est le souhait de la patiente et qu'une résection tumorale en marges microscopiquement saines (absence de lésion tumorale au contact des marges d'exérèse, sans limite inférieure en mm) est possible, tout en assurant un résultat esthétique final satisfaisant (technique chirurgicale oncoplastique). Dans les autres cas, une mastectomie avec évaluation ganglionnaire axillaire est réalisée (MRM). Une radiothérapie complémentaire à la MRM est proposée en cas de lésion ≥ 5 cm, en cas de résection *non in sano*, en présence d'un envahissement ≥ 3 ganglions ou d'effraction capsulaire pour au moins un ganglion, conformément aux recommandations de l'époque.

En cas de lésion *in situ*, le traitement locorégional est réalisé en suivant les recommandations de l'indice pronostique de Van Nuys (3) :

soit une tumorectomie simple, soit une tumorectomie + radiothérapie, soit une mastectomie.

Les traitements systémiques (hormonothérapie et/ou chimiothérapie) sont prescrits suivant les recommandations des consensus successifs de St Gallen pour la période concernée, de 1994 à 2004 (4, 5, 6).

La base de données initiale a été complétée sur le plan des paramètres diagnostiques et des facteurs histopronostiques ainsi que par la collecte rétrospective des informations de suivi de la patiente. L'ensemble du recueil des données s'est effectué de juin 2008 à avril 2009 et a été assuré par F.M. dans le cadre de son mémoire de DES en Gynécologie-Obstétrique (7).

Ces données ont été obtenues par une revue systématique de tous les dossiers médicaux et, pour les données manquantes, par un contact par courrier ou téléphone, avec les médecins référents, les patientes ou, à défaut, leurs parents. Ainsi, lorsque les dernières données de suivi disponibles dans les dossiers médicaux sont antérieures à juin 2008, les médecins référents ou les patientes sont contactés pour s'assurer qu'aucun événement intercurrent notable ne soit survenu depuis la dernière consultation.

RÉSULTATS

Notre analyse porte sur une série consécutive de 427 cancers du sein (411 patientes), mis au point et opérés par un même gynécologue. Parmi ces 411 patientes, 10 (2,5%) présentent un cancer bilatéral d'emblée et 13 (3%) développent un cancer controlatéral dans le décours du suivi (dont 6 sont opérés par E.L. dans cette série).

L'âge moyen des patientes opérées est de 57 ans (28-90 ans).

Les données de suivi sont incomplètes pour 12 patientes (3%), une majorité s'étant expatriée.

Le suivi moyen défini entre la date d'opération et le dernier contact est de 7,8 ans (1 à 15 ans). Pour les 84% (n = 344) de patientes en vie au moment de la collecte des données, le suivi moyen est de 8,3 ans (4,5 à 15 ans).

En définitive, 61% (n = 258) des interventions chirurgicales préservent le sein (Tableau I). Les interventions chirurgicales en 2 temps représentent 11% (n = 47) des cas. Les réinterventions sont motivées principalement en raison d'une tumorectomie non en marges saines (8%) ou pour évaluation ganglionnaire en présence d'une lésion *in situ* avec composante invasive initialement méconnue (2,5%).

TABLEAU I. RÉPARTITION DES ACTES OPÉRATOIRES (N = 427)

T	M	TC	MRM
10% (n=41)	2% (n=9)	51% (n=217)	37 % (n=160)
Abréviations : T = Tumorectomie simple; M = Mastectomie simple sans curage; TC = Tumorectomie avec évaluation ganglionnaire; MRM = Mastectomie avec évaluation ganglionnaire			

TABLEAU II. RÉPARTITION DES TYPES HISTOLOGIQUES (CARCINOMES INFILTRANTS, N = 344)

CCI	CLI	CTI	CCI-CLI	CCI-autres	Autres
67% (n=229)	13% (n=46)	5% (n=18)	11% (n=39)	2% (n=6)	2% (n=6)
Abréviations : CCI = carcinome canalaire infiltrant ; CLI = carcinome lobulaire infiltrant ; CTI = carcinome tubulaire infiltrant ; CCI-CLI = mixte carcinome canalaire et lobulaire infiltrant ; CCI-autres = mixte carcinome canalaire infiltrant et autre.					

Les carcinomes *in situ* représentent 19% (n = 83) des cancers opérés. Parmi les 81% (n = 344) de cancers infiltrants, la majorité sont de type canalaire (Tableau II).

Après exclusion des 28 patientes (7%) ayant bénéficié d'une chimiothérapie première, la taille moyenne calculée des tumeurs opérées est de 17 mm. En moyenne, la taille des cancers opérés par mastectomie (diamètre moyen = 29 mm) est le double de ceux opérés par chirurgie conservatrice (diamètre moyen = 13 mm).

Au total, nous avons réalisé 371 évaluations ganglionnaires dont 12 par biopsie élective du ganglion sentinelle (en 2004). Lors de la période d'évaluation initiale de la méthode du ganglion sentinelle (1998 à 2004), 133 patientes ont bénéficié d'une identification du ganglion sentinelle par méthode radioisotopique concomitamment au curage axillaire (8). Sauf exception (mauvais état général, carcinome millimétrique de bas grade diagnostiqué dans le décours d'une tumorectomie simple) une évaluation ganglionnaire axillaire est réalisée systématiquement en cas de lésion invasive. Les lésions de carcinome *in situ* de haut grade les plus étendues ont bénéficié d'une évaluation ganglionnaire axillaire dans l'hypothèse d'une lésion infiltrante méconnue sous-jacente.

Pour les 318 curages axillaires associés à des lésions invasives, nous avons prélevé en moyenne

11 ganglions (3 à 39). Le taux de positivité (N+) est de 26% (n = 82), dont 15% (n = 50) de 1 à 2 N+, 9% (n = 28) de 3 à 9 N+ et 1% (n = 4) de ≥ à 10N+.

Disposant d'un suivi moyen de 8 ans, nous avons calculé les taux de récurrences loco-régionales (RLR), de récurrences systémiques (RS) et de décès pour les tumeurs invasives (Tableau III).

Le taux de RLR est de 3,3% (7/215) après traitement chirurgical conservateur et, dans ces indications chirurgicales conservatrices, significativement (p = 0,02) plus élevé pour les carcinomes lobulaires infiltrants (3/27, soit 11%) que pour les carcinomes canaux infiltrants (3/139, soit 2,2%).

Au total, 11 (3,2%) des 344 lésions invasives opérées récidivent localement, 46 (14%) des 331 patientes avec cancer invasif présentent une récurrence systémique et 36 (11%) décèdent des suites de l'évolution du cancer du sein dans le décours du suivi.

Dans le cadre des cancers *in situ* (n = 83), les taux de RLR sont excessifs en cas de tumorectomie simple, ce qui traduit le manque de reproductibilité des recommandations de Van Nuys (2) pour la sélection des cas en vue d'une tumorectomie sans radiothérapie (Tableau IV).

TABLEAU III. RLR (RÉCIDIVES LOCO-RÉGIONALES), RS (RÉCIDIVES SYSTÉMIQUES), DÉCÈS POUR LES TUMEURS INVASIVES EN FONCTION DU TYPE D'OPÉRATION (SUIVI MOYEN = 8 ANS)

	RLR (n=11)	RS (n=46)	Décès/néo (n=36)
TC (n=215)	7	22	15
MRM (n=74)	4	10	9
MRM + RxT (n=55)	0	14	12
Abréviations : Décès/néo = patiente décédée en raison du cancer; RxT = radiothérapie; TC = Tumorectomie avec évaluation ganglionnaire; MRM = Mastectomie avec évaluation ganglionnaire			

TABLEAU IV. TAUX DE RÉCIDIVES LOCO-RÉGIONALES (RLR) POUR LES TUMEURS NON INVASIVES (SUIVI MOYEN = 8 ANS)

	RLR
T (n=20)	25 % (n=5)
T & RxT (n=23)	9 % (n=2)
M (n=40)	2,5 % (n = 1)
Abréviations : T = Tumorectomie simple; M = Mastectomie simple sans curage; RxT = radiothérapie	

Dans la population des 411 patientes étudiées, 19 (4,5%) ont présenté une RLR et 5 d'entre elles (26%) ont développé une RS dans les 3 ans.

Le taux de rechutes systémiques est de 11% (46/411) et 78% (36/46) de ces patientes sont décédées au moment de la collecte des données.

Les RLR et RS tendent à montrer un infléchissement de leur incidence au cours du temps après les 3 à 5 premières années de suivi (Fig. 1, 2).

Disposant d'un suivi moyen de 8 ans, 84% (344/411) des patientes sont en vie au moment de la collecte des données. Parmi celles-ci, 12 (3,5%) ont présenté une récurrence loco-régionale et 10 (3%) une récurrence systémique.

Toutes causes confondues, le taux de décès est de 16% (67/411) dans cette série consécutive, dont 54% (36/67) imputables à une généralisation du cancer et 46% (31/67) secondaires à d'autres causes dont principalement : des accidents cardio- ou cérébro-vasculaires, des cancers d'autres organes, quelques accidents, infections, cirrhoses et suicides. La survie moyenne est de 4,7 années pour les patientes décédées de leur cancer du sein et de 7,2 années pour les autres (Tableau V).

TABLEAU V. RLR (RÉCIDIVES LOCO-RÉGIONALES), RS (RÉCIDIVES SYSTÉMIQUES), DÉCÈS POUR L'ENSEMBLE DES PATIENTES (N = 411)

	Nombre	Délai moyen
RLR	4,5 % (n=19)	4 ans
RS	11 % (n=46)	4 ans
Décès liés au cancer	8,8 % (n=36)	4,7 ans
Décès non liés au cancer	7,5 % (n=31)	7,2 ans

DISCUSSION

COLLECTE DES DONNÉES

L'encodage systématique des informations disponibles sur nos patientes, du type d'intervention réalisée, du protocole anatomopathologique et du traitement proposé en période postopératoire rapprochée nous a permis de disposer d'une base de données prospective fiable qui, à l'occasion de ce travail, a été complétée de façon rétrospective, particulièrement pour ce qui concerne l'évolution dans le temps de la maladie.

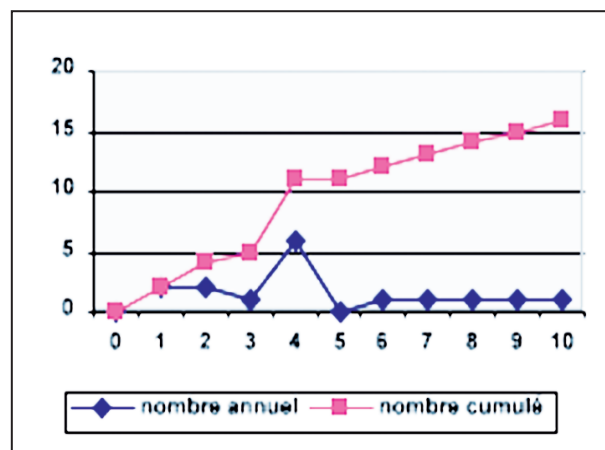


Figure 1. Survenue des récurrences loco-régionales en fonction du temps.

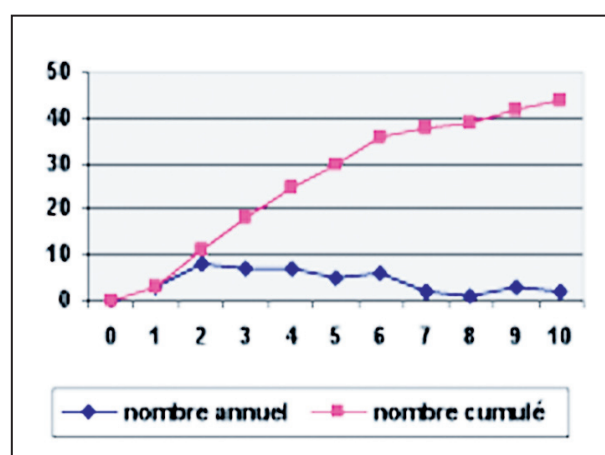


Figure 2. Survenue des récurrences systémiques en fonction du temps.

Nous avons pu mesurer la difficulté du recueil rétrospectif de données, notamment avec des dossiers non informatisés dont la conservation complète n'est pas assurée dans le temps. Les patientes ne restent pas nécessairement attachées à l'institution où les soins initiaux lui ont été délivrés. Dans ces circonstances, il est nécessaire de se mettre en contact avec le médecin traitant, le gynécologue ou l'oncologue pour obtenir des informations de suivi. Un contact direct avec la patiente ou ses proches peut être le seul recours possible.

Dans notre série, seuls 3 % des dossiers montrent des données de suivi manquantes. Ce faible pourcentage témoigne de la qualité des moyens mis en œuvre dans la récolte des informations et du souci d'un travail avec le minimum de biais possible.

Ces dernières années, la plupart des centres hospitaliers se sont dotés d'une informatisation des dossiers médicaux. Si la mise en œuvre de

tels supports d'information est contraignante, elle n'en est pas moins indispensable en vue de l'obtention de dossiers médicaux structurés. Pour autant que ces documents numérisés soient correctement et régulièrement mis à jour, ils permettent de disposer d'un ensemble d'informations facilement accessibles et non périssables.

La relecture systématique des protocoles anatomopathologiques a mis en évidence une amélioration progressive, sur une période de 10 ans (1994-2004), de la qualité et de la quantité des informations disponibles. Il est de la responsabilité du clinicien en charge de la patiente de vérifier que les rapports anatomopathologiques sont cohérents et qu'ils répondent aux standards nécessaires pour poser les indications thérapeutiques complémentaires au temps chirurgical. De ce point de vue, l'organisation de réunions de Concertation Oncologique Multidisciplinaire (COM) est un facteur susceptible d'améliorer les interactions entre spécialistes, au bénéfice du patient (voir article de Jerusalem et Coucke à propos des COM dans ce numéro).

Il est admis que l'incidence des rechutes loco-régionales et systémiques est maximale au cours des 3 à 5 premières années qui suivent le traitement initial d'un cancer du sein. Bien entendu, des rechutes tardives, parfois après plus de 20 ans, sont observées, mais les données de suivi au minimum des 5 premières années sont un bon reflet de la qualité de la prise en charge de la maladie.

Disposant d'un suivi moyen de huit ans, nous avons pu étudier les données de 411 patientes ayant développé 427 cancers du sein. Dans cet article, nous nous sommes concentrés sur la détermination des taux de RLR, des taux de récurrences systémiques et de décès. L'analyse de ces données, nous a permis de tirer les enseignements suivants.

SURVIE

Dans cette étude, 84 % (344/411) des patientes sont en vie au moment de la récolte des données, soit près de 8 ans en moyenne après le diagnostic. En moyenne, en Europe de l'ouest, le taux de survie à cinq ans est de 80 % (9). Un faible taux de décès par cancer du sein est le reflet de la précocité du diagnostic (19 % de tumeurs *in situ* et 74 % de curage négatif pour les cancers invasifs dans notre série) et de la qualité des traitements loco-régionaux et systémiques mis en œuvre. Rapporté au nombre de patientes présentant un cancer invasif (331), le taux de décès par cancer du sein à 8 ans de suivi moyen est de 11% (36/331) dans notre série.

Parmi les 16% (67/411) de décès, un peu plus de la moitié (54%) sont imputables au cancer du sein. Autrement dit, le risque de décès des suites d'affections ou d'accidents intercurrents indépendants du cancer est considérable. Ce risque indépendant n'est pas nécessairement pris en compte par les patientes, voire leurs médecins, au moment de l'annonce du diagnostic et du plan thérapeutique. Il sera pondéré sur base individuelle, en tenant compte de l'âge de la patiente, de son état général et des facteurs histo-pronostiques de sa maladie.

Une bonne connaissance du dossier médical du patient et de ses attentes en matière de qualité de vie et de chance de survie, est impérative lors de la COM si une prescription sur mesure, c'est-à-dire en parfaite adéquation avec, non pas la maladie cancéreuse, mais plutôt avec le patient et sa tumeur, en est l'objectif prioritaire. Ce point souligne l'importance de l'implication du médecin traitant et du gynécologue dans les choix thérapeutiques discutés en COM.

RECHUTES SYSTÉMIQUES

Disposant d'un suivi moyen de 8 ans, nous constatons que 11% (46/411) de l'ensemble de nos patientes développent une rechute systémique ou 14 % (46/331) des patientes présentant un cancer invasif. Les trois quarts de ces patientes sont décédées au moment de la collecte des données. Les récurrences métastatiques précoces, telles que celles observées dans notre étude, ont un pronostic réservé, étant généralement le fait des tumeurs les plus agressives. Néanmoins, une amélioration de la caractérisation biologique des tumeurs du sein et le développement de différentes thérapies ciblées s'attaquant à divers mécanismes de contrôle du développement tumoral ont permis, ces dernières années, d'envisager de plus en plus souvent la maladie métastatique comme une maladie chronique dont le décours sera prolongé par des lignes de traitements successifs.

RECHUTES LOCO-RÉGIONALES, BILATÉRALISATIONS SYNCHRONES ET ASYNCHRONES

Dans un précédent travail, nous avons observé 2,5 % de récurrences locorégionales après traitement conservateur (marges de résection microscopiquement saines, sans limite inférieure minimale) dans une population de 242 tumeurs, disposant de 5 ans de suivi moyen (1).

Le taux de récurrences était de 9 % pour les Carcinomes Lobulaires Invasifs (CLI : 23 cas) et

de 0% pour les Carcinomes Canalaires Invasifs (CCI : 183 cas).

Nous confirmons dans cette étude, disposant d'un suivi moyen de près de 8 ans, un taux plus important de RLR en cas de CLI (11%) et un faible pourcentage de RLR en présence d'un carcinome infiltrant non lobulaire (2,2%).

Dans cette série de 411 patientes avec 427 cancers, seulement 10 patientes (2,3%) présentent un cancer bilatéral d'emblée. Par ailleurs, seules 13 patientes (3,2%) ont développé dans le décours du suivi un cancer controlatéral asynchrone.

Ces résultats, de même que le faible taux de récurrences homolatérales après traitement conservateur (3,3 %), nous confortent dans l'idée d'interpréter avec la plus grande prudence la signification d'un pourcentage élevé de multicentricité et de bilatéralité mis en évidence par l'IRM systématique préopératoire et qui aurait échappé au bilan sénologique initial (10). Nous pensons que bon nombre de ces petites lésions cancéreuses découvertes à l'IRM préopératoire sont soit très sensibles aux traitements complémentaires à la chirurgie (faible taux de RLR dans notre série), soit peu évolutives (faible taux de bilatéralisation dans notre expérience).

Il paraît difficile de réduire le faible taux de RLR observé dans notre travail, en proposant des IRM préopératoires systématiques, sans risquer de surtraiter en réalisant des mastectomies inutiles (10).

Par contre, vu le haut taux de RLR en présence de CLI (11% dans cette série), nous suggérons qu'un examen par IRM préopératoire pourrait être utile dans ces circonstances afin de mieux apprécier l'étendue des lésions.

Pour les lésions de Carcinome Canalaire *In Situ* (CCIS), le travail initial avait démontré la non-reproductibilité de l'indice pronostique de Van Nuys dans notre expérience. Ce constat est confirmé disposant d'un suivi plus important et nous encourage à la prescription systématique d'une radiothérapie complémentaire à la tumorectomie en cas de lésion de CCIS. Cela nous semble d'autant plus important que, dans plus de 50% des cas de récurrence après CCIS, il s'agit d'une récurrence invasive.

La sélection du type d'intervention chirurgicale (conservateur *versus* mastectomie) repose généralement sur le rapport taille de la lésion/volume du sein (taille moyenne de 13 mm pour les conservateurs et de 29 mm pour les mastectomies dans notre étude).

Dans cette série, en cas de lésion invasive, nous avons obtenu des taux de RLR, de RS et de décès comparables pour nos patientes mastectomisées sans radiothérapie associée et nos patientes traitées de façon conservatrice. Ainsi, quand on propose un traitement conservateur, on peut assurer un taux de rechute comparable à celui que l'on observe chez les patientes sélectionnées pour une mastectomie.

Si les mastectomies sans radiothérapie et les traitements conservateurs sont comparables en termes de rechute et de décès, les patientes ayant subi une mastectomie avec irradiation ont un pronostic plus péjoratif. Cela s'explique par le caractère plus agressif des cancers associés à ce type de traitement locorégional (voir critères de sélection).

Dans cette série, disposant d'un suivi moyen de 8 ans, nous observons un taux de récurrence homolatérale (3,3%) après chirurgie conservatrice comparable au taux de cancer du sein controlatéral observé dans le décours du suivi (3,2%). Cette observation pourra être présentée comme un élément rassurant pour les patientes qui pensent qu'une mastectomie est indiquée alors même qu'on leur propose une approche chirurgicale conservatrice.

CONCLUSION

De par sa fréquence et ses répercussions sur le plan personnel, familial, social et professionnel, le cancer du sein est un important problème de santé publique. Cependant, l'amélioration des moyens de diagnostic précoce et les importants progrès réalisés en matière de prise en charge thérapeutique loco-régionale et systémique ont permis ces dernières années d'améliorer considérablement le pronostic de l'affection. Disposant d'un suivi moyen de 8 ans, nous confirmons, dans cette série consécutive, des taux relativement faibles de récurrences loco-régionales (4,5%), de récurrences systémiques (11%) ou de décès par cancer du sein (9%), comparativement à ceux observés dans d'autres affections cancéreuses. Ces résultats constituent un message plutôt encourageant et nous pensons que ce type d'information doit être davantage diffusé dans les médias. Les prochaines années connaîtront l'émergence de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques qui permettront d'encore améliorer le pronostic de la maladie, en permettant une approche de plus en plus «sur mesure». De cette façon, en matière de prise en charge thérapeutique du cancer du sein, nous serons passés en quelques décennies du maximum tolérable au minimum efficient, au bénéfice de la qualité de vie pour nos patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cristinelli S, Lifrange E.— Cancer du sein et traitement conservateur : étude prospective à partir de 242 cas opérés. Mémoire du DES en Gynécologie-Obstétrique, ULg, 2006.
2. Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al.— Twenty year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*, 2002, **347**, 1227-1232.
3. Silverstein MJ, Lagios MD, Craig PH, et al.— A prognostic index for ductal carcinoma in situ of the breast. *Cancer*, 1996, **77**, 2267-2274.
4. Glick JH, Gelber RD, Goldhirsch A, et al.— 4th international conference on adjuvant therapy of primary breast cancer, St Gallen. *Ann Oncol*, 1992, **3**, 801-807.
5. Goldhirsch A, Wood WC, Senn HJ, et al.— Fifth international conference on adjuvant therapy of primary breast cancer, St Gallen. *Eur J Cancer*, 1995, **31**, 1754-1759.
6. Goldhirsch A, Wood WC, Gelber RD, et al.— Meeting highlights : updated international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer. *J Clin Oncol*, 2003, **21**, 3357-3365.
7. Marion F, Lifrange E.— Prise en charge chirurgicale et suivi d'une série consécutive de 427 cancers du sein. Mémoire du DES en Gynécologie-Obstétrique, ULg, 2009.
8. Bleret V, Ghuysen V, Milet J, et al.— Validation de la technique d'identification du ganglion sentinelle dans le cancer du sein. *Rev Med Liège*, 2008, **63**, 37-42.
9. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, et al.— Cancer survival in five continents : a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol*, 2008, **9**, 730-756.
10. Solin LJ, Orel SG, Hwang WT, et al.— Relationship of breast magnetic resonance imaging to outcome after breast-conservation treatment with radiation for women with early stage invasive breast carcinoma or ductal carcinoma in situ. *J Clin Oncol*, 2008, **26**, 386-391.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr E. Lifrange, Service de Sénologie, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique
E-mail : elifrange@chu.ulg.ac.be