Dépistage
Haut risque de cancer du sein

Recommandations : quoi de neuf ?

Tout ce qui n'est pas mutation BRCA1/2
=> HAS 2014

Mutation BRCA1/2
=> INCa 2016/2017

Catherine Colin, Imagerie Médicale Centre Hospitalier Lyon Sud

Recommandations nationales

Groupes de travail multidisciplinaires

Analyse de la littérature

=> Niveaux de preuve

Avis d'experts

Haut risque : quoi de neuf ?

Recommandations françaises :

- Le haut risque
- Le très haut risque

Haut risque : quoi de neuf ?

3 grandes catégories de risque

Risque histologique

HAS

ATCD de Hodgkin
Irradiation thoracique
Mutation ATM hétérozygote

Très haut

HAS

Risque génétique

Très haut

HAS
INCa si mutation

- Age de début ?
- Mammographie ? IRM ? Echographie ?
- Quelle fréquence ?

Le dépistage du cancer du sein

Etat des lieux en France sur les recommandations avant 2014

Le haut risque non muté ??

Dépistage mutations BRCA1/2

Dépistage individuel

Dépistage organisé

30 ans

40 ans

50 – 74 ans

Recommandations BRCA1/2 (INCa 2009)

Recommandations HAS et cahier des charges au J.O.

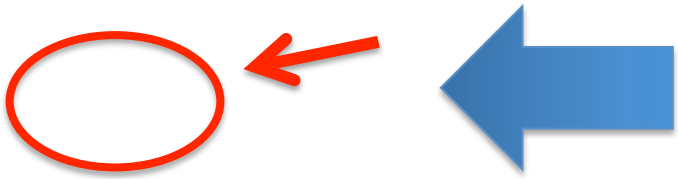
C. Colin SFR-RA 2016

Ce qui n'a pas été retenu facteur de haut risque

- Obésité après la ménopause
- Contraception orale
- Alcool
- DTT (pesticide organo-chloré)
- Prothèse mammaires
- Déodorants
- Traitements stimulation
- THS
- Densité mammographique élevée

Un sein dense : 2 problématiques très differentes

L'effet masquant

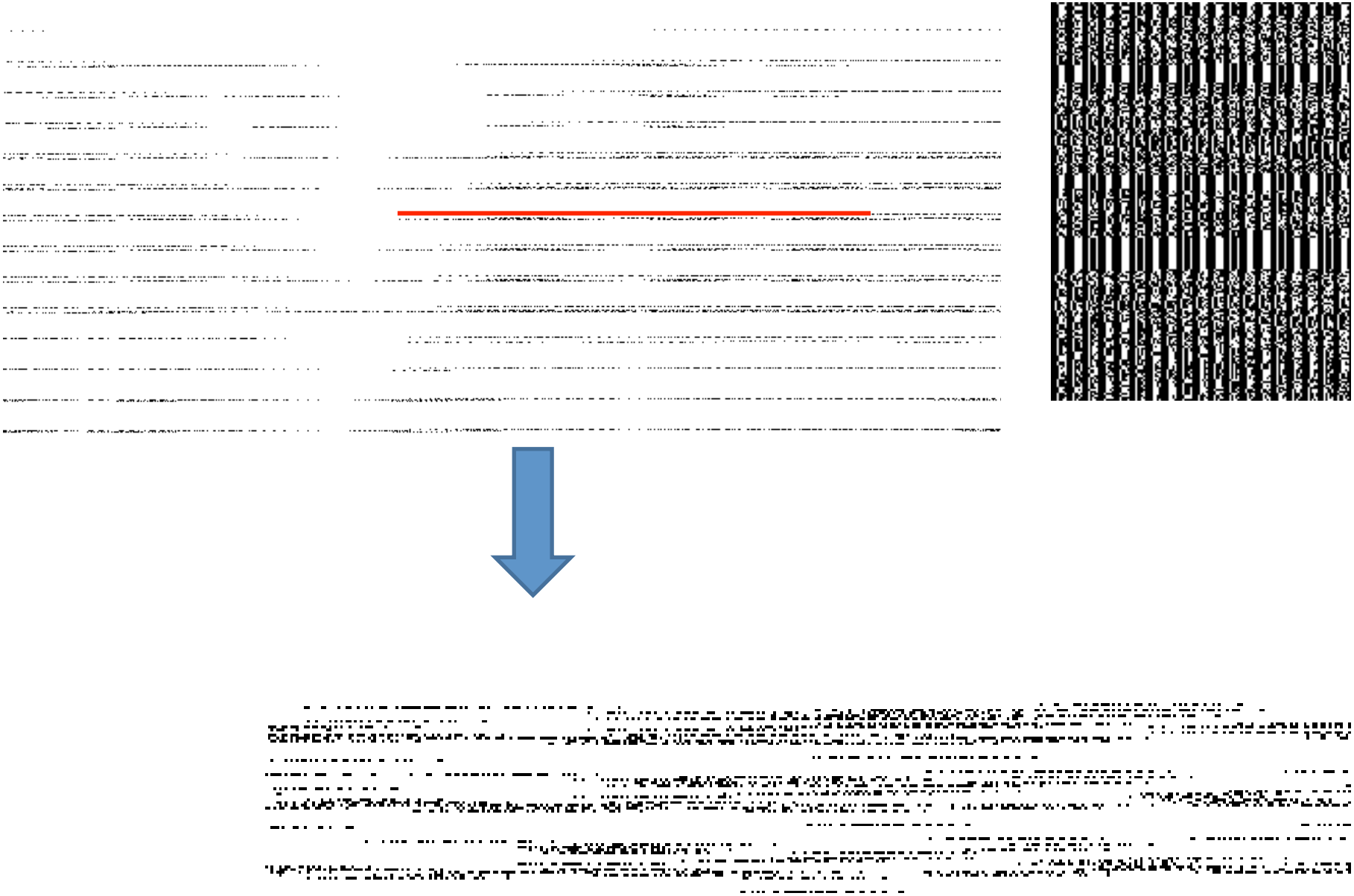


Carcinome canalaire infiltrant

Le facteur de risque potentiel cancer du sein

NON

Colin et . Al European Radiology 2014 24(10):2412-6
Mammographic density is not a worthwhile examination to distinguish high cancer risk women in screening



Seins denses :
Le piège dans l'utilisation des risques relatifs

	< 10% of the population Reference category to compare	Relative Risk			< 10% of the population
		10-25% percent density	25-50% percent density	50-74% percent density	≥ 75% percent density
Boyd, 1995	0%	**2.2**	**2.4**	**3.4**	**5.3**
Ursin, 2003	0%	**1.7**	**2.3**	**3.2**	**5.2**
Boyd, 2006	0%	**2**	**2.9**	**3.7**	**5.8**
Boyd, 2007	<10%	**1.8**	**2.1**	**2.4**	**4.7**

80 % of the population were ignored in the comparison

Colin et . Al European Radiology 2014 24(10):2412-6
Mammographic density is not a worthwhile examination to distinguish high cancer risk women in screening

Le « très haut » risque

Très hauts risques

ATCD irradiation thoracique (Hodgkin)

Cancer radio-induit +/- mutation ATM hétérozygote

Très haut risque familial :

Mutation BRCA1/2 ou non mutée

Très hauts risques
Ce qui a changé depuis 2009

- Les progrès de l'IRM détection (2011 +++)
- Connaissance effets des radiations

Dommages ADN
Signalement
Réparation

Fonction
suppresseurs de tumeur

Mutation	Cancer
BRCA1/2	Ovarian Breast
ATM	Lymphoma Breast

100 years of individual radiosensitivity: how we have forgotten the evidence
Foray N, Colin C, Bourguignon M. Radiology. 2012 Sep;264(3):627-31

Très hauts risques et effets rayons X

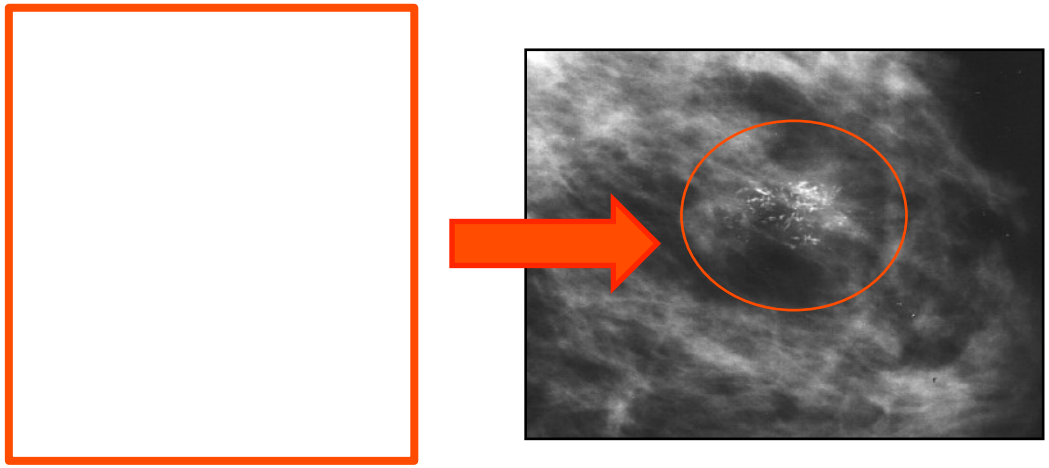
Ce qui a changé depuis 2009

http://www.epiradbio.eu/

Dépistage très haut risque

IRM

Une seule incidence oblique systématique
Mammographie

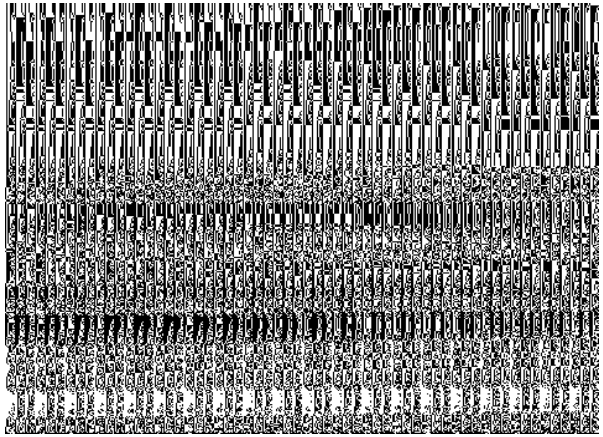


Calcifications et CIS
non révélés par l'IRM

Mammographie numérique plein champ
Pas de tomosynthèse

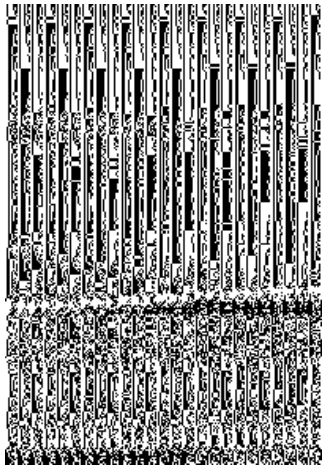
La même équipe

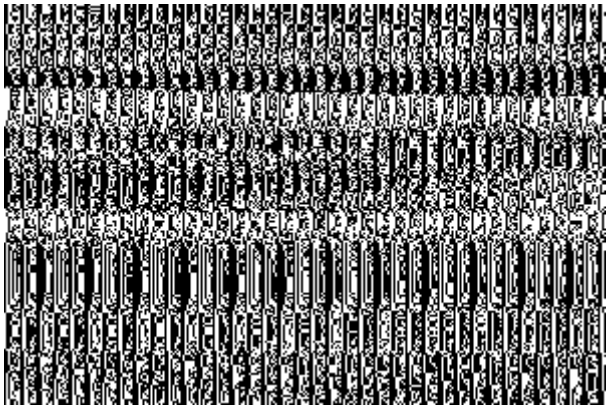
IRM



Mammographie

Echographie de « 2nd look »





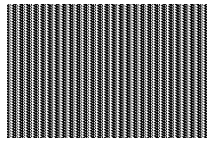
ACCES
Biopsies
sous IRM

IRM Mutation BRCA1/2
Prévisions Reco INCa 2016/2017

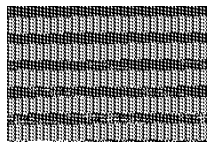
- France : Stop 65 ans (puis mammo annuelle)

  Age de début et fin IRM : Niveau de preuve C

- Les autres pays ?
  - NL : Stop 60 ans (puis mammo tous les 2 ans)



  - UK : Stop 50 ans (puis mammo tous les 3 ans…)
  - USA : Non stop annuel couplé mammo



Dépistage des très haut risques
ATCD Radiothérapie thoracique haute dose (Hodgkin)

A l'initiative de l'onco-hématologue :

⇒ **Dose reçue ? Champs d'irradiation ?**

Dépistage radiologique démarre 8 ans après la fin du TT,

Pas avant l'âge de 30 ans

Modalité « très haut risque » IRM + Mammo annuelle

HAS 2014
Le risque familial : haut risque

« ATCD de cancer du sein dans la famille
recherche de mutation BRCA1/2 non informative/non effectuée »

Le risque familial

Score Eisinger ≥ 3
Score de risque familial

↓

Consultation oncogénétique
=> Risque individuel

↓

3 situations

- Le risque très élevé
- Le risque élevé
- Pas de haut risque => retour au D.O. à 50 ans

Le risque familial

Le généticien

= Le SEUL professionnel

- Evaluer un niveau de risque individuel
- Modifier l'âge de démarrage et modifier les modalités

Le risque familial est « élevé »

- Examen clinique annuel à partir de 20 ans
- Mammographie (± écho) annuelle au plus tôt à 40 ans
- A 50 ans : retour au dépistage organisé tous les 2 ans

ATCD de biopsies
avec lésions histologiques à risque

OMS 2012 :

Hyperplasie canalaire atypique (DIN1b, OMS 2003)
Hyperplasie lobulaire atypique (LIN1 et certains LIN2)
Carcinome lobulaire in situ (LIN3 et certains LIN2)

Mammographie annuelle pendant 10 ans
Puis => tous les 2 ans
(± échographie si nécessaire)

Exemple :
Donc si après 10 ans elle a 46 ans, tous les 2 ans jusqu'à 50 ans puis retour au D.O.

La surveillance après cancers du sein

~~Dépistage~~

Suivi annuel

Sans limite dans le temps

Deux situations :

- Le risque « très élevé » => Mammographie + IRM
- Le risque « élevé » => Mammographie

Conclusions
Haut risque de cancer du sein

- La balance bénéfice/risque examens radiologiques
- Risque familial et dépistage : Avis généticien