**Actualité : les prothèses PIP en question (s)**

**Académie nationale de médecine & Société Française de Sénologie et de Pathologie mammaire**

A l'issue de la séance organisée à l'**Académie de médecine « la prise en charge personnalisée du cancer du sein** » Les experts présents répondront à vos questions Vendredi 20 janvier à 11h30, Académie Nationale de Médecine 16, rue Bonaparte, Paris 6e, Salon Lhermitte.

**Académie nationale de médecine & Société Française de Sénologie et de Pathologie mammaire**

**Vers une prise en charge personnalisée du cancer du sein** Vendredi 20 Janvier 2012 - 9h00 / 12h00 Académie nationale de médecine - 16, rue Bonaparte Paris 6e

**Président : Jacques ROUËSSÉ** **Modérateur : Pierre KERBRAT**

La prise en charge des cancers du sein est de plus en plus personnalisée et adaptée à la singularité de chaque patiente, visant à toujours améliorer le pronostic et réduire les effets secondaires. L'imagerie aide à affiner le diagnostic ; la chirurgie se modifie au profit de techniques moins invalidantes, que ce soit au niveau de la glande ou de l'aisselle ; les traitements médicaux sont de plus en plus spécifiques du profil tumoral ; la radiothérapie, à côté des impératifs biologiques, prend en compte les contraintes matérielles de réalisation ; enfin, un véritable parcours de soin se dessine pour chaque patiente atteinte. La Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire est invitée par l'Académie nationale de médecine à réunir les meilleurs spécialistes du domaine afin de communiquer une information à jour sur un sujet en constante évolution, qui intéresse à la fois les professionnels de santé et le grand public, en particulier les femmes et leur entourage.

**• Introduction**

**Richard VILLET, Président de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire**

**• 9h00 : Histoire et personnalisation de la prise en charge de l'aisselle**

Rémy SALMON, Chirurgien, Paris
La génétique, les modèles mathématiques, l'imagerie, les consultations multi-disciplinaires sont en train de créer un nouveau paysage où la place du chirurgien reste capitale, même si elle n'est plus exclusive, comme elle l'était au temps de Halsted, qui fixa le premier, en 1889, les règles de la chirurgie du sein . L'évolution de la technique chirurgicale s'est faite en parallèle avec l'élévation du niveau de vie qui a permis les progrès du dépistage radiologique, notamment dans le cadre de la surveillance des femmes recevant un THS. Parallèlement au dépistage radiologique, l'amélioration des techniques de radiothérapies associées à la diminution de la taille des tumeurs au moment du diagnostic a permis la mise au point des traitements conservateurs, de plus en plus limités. La mise au point de la technique d'identification du ganglion sentinelle a permis d'éviter dans la plupart des cas le curage ganglionnaire classique, source de complications inutiles. Mais, même si, avec la reconstruction mammaire, une autre chirurgie s'est imposée en pratique courante, la chirurgie sénologique, avec 42 000 nouveaux cas annuels sans étiologie identifiée, reste d'actualité.

**• 9h20 : Un traitement médical à la carte**

Thomas BACHELOT, Oncologue, Lyon
Actuellement, le cancer est défini par des anomalies quantitatives et qualitatives d'expression protéique, celles-ci étant la conséquence d'anomalies génétiques acquises par la cellule cancéreuse : mutations, délétions, amplifications. Il a été mis en évidence que de multiples anomalies génétiques différentes peuvent conduire à la cancérisation,, et que des cancers spécifiques, autrefois simplement définis par leur organe d'origine, sont en fait composés de sous types moléculaires distincts présentant un pronostic spécifique et pouvant nécessiter un traitement spécifique. Le développement des thérapeutiques ciblées représente un espoir majeur pour contrôler à terme de manière optimum et avec peu de toxicité la majorité des pathologies cancéreuses. Néanmoins, outre les problèmes de développements cliniques, pour lesquels notre approche traditionnelle montre ses limites, cette évolution pourrait avoir des conséquences économiques et éthiques importantes dans l'évolution de la prise en charge du cancer dans notre système de santé.

Discussion

**• 10h15 : Personnalisation de l'imagerie**

Luc CEUGNART, Radiologue, Lille
L'imagerie en pathologie mammaire est indispensable à toutes les étapes de la prise en charge (dépistage-diagnostique-bilan d'extension-suivi). En dépistage du cancer du sein, en dépit de la polémique récurrente sur les inconvénients de la mammographie qui sont réels (irradiation, faux positifs, surdiagnostic), cette technique reste la seule utilisable, sachant que ces éléments négatifs sont induits par l'examen radiologique (les examens d'imagerie, comme les médicaments, ayant « des effets secondaires ») et non par le système de dépistage organisé. L'alternative ne pourrait être que le retour à la surveillance clinique (palpation) et non à la mammographie de dépistage individuelle (sans contrôle qualité, seconde lecture et évaluation). Dans un certain nombre de situations, la prise en charge est déjà individualisée ; ainsi, le développement de l'imagerie interventionnelle per-cutanée (micro et macrobiopsie) permet, en fonction du type d'image découvert, de proposer la technique la plus adaptée. L'obtention d'un diagnostic pré-opératoire a permis aux cliniciens d'apporter toute l'information nécessaire à la décision thérapeutique qui peut donc être partagée avec la patiente. De même, le bilan d'extension général n'est plus systématique mais réservé aux patientes devant subir une mastectomie totale ou une chimiothérapie néo-adjuvante. Dès aujourd'hui, des équipes essayent de mieux définir des typologies de patientes chez qui le dépistage ou la surveillance pourrait être modulée en fonction de critères personnels (antécédents – densité mammaire) ou sur des éléments pronostiques de la tumeur traitée. Dans les années à venir, à partir des travaux de la génomique ou de la biologie moléculaires, d'autres critères pourraient remettre complètement  en cause la place de l'imagerie et permettre la mise en place d'un véritable « plan personnalisé » de dépistage ou de surveillance….

**• 10h30 :  Adéquation chirurgie locale et lésion tumorale**

Krishna CLOUGH, Chirurgien, Paris

**• 10h45 : Vers une radiothérapie personnalisée**

Bruno CUTULI, Radiothérapeute, Reims
Plusieurs essais randomisés et deux méta-analyses ont confirmé que la radiothérapie (RT) réduit de 65% à 70% le risque de rechute locale après chirurgie conservatrice. Ce bénéfice est également retrouvé après mastectomie, en particulier chez les patientes jeunes, avec des tumeurs étendues, de haut grade, et surtout en présence d'envahissement ganglionnaire

axillaire. De plus, cette amélioration du contrôle local se traduit à long terme par une augmentation de la survie de l'ordre de 5%. la radiothérapie moderne reste donc une arme fondamentale dans le traitement du cancer du sein. Sa tolérance est globalement bonne et des progrès techniques sont encore en cours afin d'en optimiser et adapter au mieux les irradiations et les résultats en fonction des caractéristiques cliniques et de la biologie des tumeurs de chaque patiente.

**• 11h00 : Parcours personnalisé, avant, pendant, et après …**

Anne LESUR, Onco-sénologue, Nancy

La prise en charge du cancer du sein a beaucoup évolué depuis quelques décennies, d'une part en raison du nombre de cas, faisant de cette localisation la plus fréquente des cancers chez la femme justifiant la généralisation du dépistage mammographique à partir de 50 ans ; d'autre part, en raison d'une personnalisation des traitements, en fonction des critères tumoraux et de la patiente. La difficulté n'est alors pas tant d'apprivoiser le diagnostic que d'assurer le passage de l'avant à l'après, en coordonnant les étapes successives et en se projetant dans un avenir sans maladie. Car si les temps thérapeutiques sont nombreux et longs, ils sont aussi le garant d'un espoir solide de guérison, même si les patientes reprochent aux médecins de ne pas prononcer assez souvent ce mot salvateur. Le parcours patiente, c'est également cela : une présence à chaque étape et notamment, lors de la dernière qui est souvent la consultation de fin de radiothérapie mais aussi celle d'une prescription d'un traitement au long cours, appelé hormonothérapie à base d'antihormones, qu'il faut pouvoir comprendre et accepter au décours de ce cheminement. C'est aussi prendre soin de l'environnement de la patiente, qui avant d'être porteuse d'une tumeur, est une femme, une mère, une professionnelle active, un être humain pour qui l'arrêt sur image, brutal, est non seulement incongru mais très complexe à faire vivre à sa famille et à son entourage. Avoir eu un cancer du sein n'est pas anodin et la prise en charge ne s'arrête pas avec les derniers traitements, mais doit au contraire accompagner chacune dans son chemin vers l'après, le retour plus ou moins facile à la vie quotidienne. Ce parcours fait de technicité et d'humanité est la résultante non d'une seule personne, mais d'une équipe coordonnée, travaillant en symbiose et solidarité pour aider les patientes à affronter cette épreuve avec l'accompagnement nécessaire et adapté, sur mesure….

Discussion