



Comité organisateur :

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

21^{ème}

Cours Francophone Supérieur

RPC sur les Cancers du sein

Comité d'élaboration : Comité scientifique :

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

Préambule

- Update des données de 2022
- Focus sur les actualités
- Les RPC de Nice St Paul de Vence suivent les recommandations de l'ABC ESO lorsqu'elles existent mais certaines questions complémentaires peuvent être posées

Recommandations en cours de
soumission
version définitive avec référencement
atenuant en avril 2023



Nice St Paul

2023

Génétique, anapath et biomarqueurs

Recommandations en cours de
soumission
version définitive avec référencement
attendu d'ici avril 2023

Question 1 : Testing *BRCA1/2* (1)

- Le "testing" des gènes *BRCA1/2* afin d'orienter le traitement adjuvant dans le cancer du sein précoce, est guidé par les facteurs de risque anatomocliniques, indépendamment de l'histoire familiale.

	EXPERTS	SALLE
OUI	88%	80%
NON	6%	17%
ABSTENTION	6%	3%

Question 2 : Testing *BRCA1/2* (2)

- En l'absence d'antécédents familiaux, le testing *BRCA1/2* à visée théranostique dans le cancer du sein précoce ou métastatique peut être fait au niveau de la tumeur sous réserve d'une information préalable délivrée à la patiente.

	EXPERTS	SALLE
OUI	87%	72%
NON	7%	25%
ABSTENTION	7%	3%

Question 3 : Testing *BRCA1/2* (3)

○ Le testing tumoral des gènes *BRCA1/2* à visée théranostique doit idéalement comprendre l'analyse des réarrangements de grande taille. Quand cela n'est pas le cas, il doit être complété par une analyse germinale lorsque le résultat est normal.

	EXPERTS	SALLE
OUI	76%	67%
NON	6%	9%
ABSTENTION	18%	24%

Question 4 : Testing *BRCA1/2* (4)

○ Le testing germinale des gènes *BRCA1/2* à visée thérapeutique peut-être prescrit par les oncologues médicaux en accord avec les généticiens, après avoir délivré une information écrite et signée par la patiente sur la nature de ce prélèvement, son intérêt et l'engagement d'une consultation dédiée en oncogénétique en cas de résultat « positif ».

	EXPERTS	SALLE
OUI	94%	87%
NON	0%	8%
ABSTENTION	6%	5%

Question 5 : Testing *BRCA1/2* (5)

- Les conseillers en génétique constituent une option valide pour délivrer l'information et prescrire l'analyse à visée thérapeutique des gènes *BRCA1/2*.

	EXPERTS	SALLE
OUI	88%	75%
NON	6%	7%
ABSTENTION	6%	18%

Question 6 : Testing *BRCA1/2* (6)

- Un testing *BRCA1/2* est souhaitable pour toute patiente ayant une chimiothérapie néo-adjuvante.

	EXPERTS	SALLE
OUI	58%	93%
NON	33%	7%
ABSTENTION	8%	0%

Question 7 : Testing *BRCA1/2* (7)

- Un testing *BRCA1/2* est indiqué systématiquement chez toutes les patientes ayant un cancer du sein triple négatif en situation précoce.

	EXPERTS	SALLE
OUI	62%	75%
NON	38%	20%
ABSTENTION	0%	5%

Question 8 : Testing PD-L1 (1)

- L'utilisation du pembrolizumab en situation (néo)adjuvante ne nécessite pas la recherche du statut tumoral PD-L1.

	EXPERTS	SALLE
OUI	94%	86%
NON	6%	8%
ABSTENTION	0%	6%

Question 9 : Testing PD-L1 (2)

- L'utilisation du pembrolizumab en situation métastatique nécessite la recherche du statut tumoral PD-L1.

	EXPERTS	SALLE
OUI	100%	89%
NON	0%	8%
ABSTENTION	0%	13%

Question 10 : Testing HER2 (1)

- Le compte rendu de pathologie doit détailler le score HER2 selon les recommandations du GEFPICS 2021 et détailler dans la conclusion HER2 zéro, HER2 faible (1+ ou 2+ non amplifié), HER2 positif (2+ amplifié ou HER2 3+). Il est souhaitable de rapporter le pourcentage de cellules marquées.

	EXPERTS	SALLE
OUI	94%	94%
NON	0%	1%
ABSTENTION	6%	5%

Question 11 : Testing HER2 (2)

- La mention « cancer HER2 ultra-low ou ultra-faible » (marquage membranaire complet ou incomplet d'intensité faible dans 1 à 10% des cellules invasives) est optionnelle en l'absence d'impact dans la prise en charge en 2023

	EXPERTS	SALLE
OUI	94%	81%
NON	6%	8%
ABSTENTION	0%	11%

Question 12 : Testing HER2 (3)

○ Pour l'éligibilité à un traitement par trastuzumab-deruxtecan, la présence d'un statut HER2 faible sur un prélèvement suffit quelque soit le stade de la maladie où il a été évalué (tumeur primitive ou rechute). Il convient donc de ré-évaluer systématiquement ce statut au cours de l'évolution de la maladie en cas de statut initial HER2 zéro

	EXPERTS	SALLE
OUI	94%	85%
NON	0%	12%
ABSTENTION	6%	3%

Question 13 : Testing HER2 (4)

La recherche de mutation HER2 a un intérêt pour la stratégie thérapeutique en situation métastatique

	EXPERTS	SALLE
OUI	65%	44%
NON	24%	30%
ABSTENTION	11%	26%

Question 14 : Testing RH (1)

- On doit s'efforcer de réaliser une biopsie chez tout cancer du sein métastatique RO positif devenu hormonorésistant afin de reclasser potentiellement la maladie en « triple négative » et permettre l'utilisation de traitements indiqués.

	EXPERTS	SALLE
OUI	88%	78%
NON	12%	20%
ABSTENTION	0%	2%

Question 15 : Testing RH (2)

- La recherche de mutation *ESR1* en situation métastatique chez les cancers du sein RH positif peut être envisagée après progression sous inhibiteurs de cyclines.

	EXPERTS	SALLE
OUI	44%	65%
NON	28%	13%
ABSTENTION	28%	22%

Question 16 : Testing RH (3)

- La recherche de mutation *PIK3CA* a un intérêt pour la stratégie thérapeutique en situation métastatique.

	EXPERTS	SALLE
OUI	37%	29%
NON	42%	58%
ABSTENTION	21%	13%



Nice | St Paul

2023

Chirurgie mammaire et axillaire

Recommandations en cours de
soumission
Version définitive avec référencement
attendu d'ici avril 2023

Question 17: Chirurgie de l'aisselle (1)

- En cas de rupture capsulaire microscopique de ganglion sentinelle, avec 1 ou 2 sentinelles envahies, dans le cadre d'un traitement conservateur pour des cancers T1 ou T2, il n'est pas indiqué de curage axillaire complémentaire.

	EXPERTS	SALLE
OUI	90%	80%
NON	5%	8%
ABSTENTION	5%	12%

Question 18: Chirurgie de l'aisselle (2)

- En cas de rupture capsulaire macroscopique de ganglion sentinelle, avec 1 ou 2 sentinelles envahis, dans le cadre d'un traitement conservateur pour des cancers T1 ou T2, il n'est pas indiqué de curage axillaire complémentaire.

	EXPERTS	SALLE
OUI	47%	23%
NON	35%	60%
ABSTENTION	18%	17%

Question 19: Chirurgie de l'aisselle (3)

- En cas de tumeur de plus de 5 cm clinique sans adénopathie axillaire palpable et sans ganglion suspect en échographie, une biopsie des ganglions sentinelles sans curage est possible si le(s) ganglions sentinelles ne présentent pas d'envahissement par une ou des macro-métastases (que le traitement soit conservateur ou mastectomie).

	EXPERTS	SALLE
OUI	90%	73%
NON	5%	9%
ABSTENTION	5%	18%

Question 20: Chirurgie de l'aisselle (4)

- En cas de résidu tumoral sur un ganglion sentinelle après chimiothérapie néoadjuvante un curage axillaire complémentaire est indiqué quelle que soit la taille du résidu

	EXPERTS	SALLE
OUI	40%	42%
NON	55%	44%
ABSTENTION	5%	14%

Question 21: Chirurgie de l'aisselle (5)

- En cas d'atteinte ganglionnaire axillaire initiale prouvée même d'un seul ganglion, un curage axillaire doit être réalisé même en cas de suspicion de réponse complète après chimiothérapie néoadjuvante au niveau mammaire et ganglionnaire.

	EXPERTS	SALLE
OUI	47%	42%
NON	47%	42%
ABSTENTION	6%	16%

Question 22: Chirurgie de l'aisselle (6)

Doit-on encore considérer que le curage axillaire a un objectif curatif ?

	EXPERTS	SALLE
OUI	19%	23%
NON	81%	67%
ABSTENTION	0%	9%

Question 23: Chirurgie du sein

- En cas de chirurgie mammaire ayant des conséquences esthétiques, on doit proposer systématiquement une solution de chirurgie reconstructrice ou oncoplastique d'emblée, à l'exception des cancers inflammatoires.

	EXPERTS	SALLE
OUI	83%	76%
NON	17%	11%
ABSTENTION	0%	13%

Radiothérapie

Recommandations en cours de
soumission
Version définitive avec référencement
attendu d'ici avril 2023

Question 24: Radiothérapie après chirurgie conservatrice (1)

- La radiothérapie hypofractionnée extrême en 5 séances doit être privilégiée, pour toutes indications d'irradiation du sein seul sans indication d'irradiation des aires ganglionnaires.

	EXPERTS	SALLE
OUI	42%	36%
NON	47%	26%
ABSTENTION	11%	38%

Question 25: Radiothérapie après chirurgie conservatrice (2)

○ Il n'y a plus de place à l'irradiation partielle accélérée du sein du fait de la possibilité d'une irradiation hypofractionnée extrême en 5 séances ?

	EXPERTS	SALLE
OUI	20%	38%
NON	30%	15%
ABSTENTION	50%	47%

Question 26: Radiothérapie après chirurgie conservatrice (3)

L'hypofractionnement modéré en 15 séances peut être privilégié pour toutes les radiothérapies des aires ganglionnaires

	EXPERTS	SALLE
OUI	68%	27%
NON	16%	14%
ABSTENTION	16%	59%

Question 27: Radiothérapie après chirurgie conservatrice (4)

- Pour les patientes de plus de 50 ans ayant un cancer in situ de bas risque (grade I-II, < 25mm et marges > 2-3mm), la radiothérapie peut être omise.

	EXPERTS	SALLE
OUI	42%	48%
NON	37%	35%
ABSTENTION	21%	18%

Question 28: Radiothérapie après chirurgie conservatrice (5)

- Pour les patientes de plus de 70 ans ayant un **cancer invasif** de bas risque (pT1, grade I, RH+) traitée en situation adjuvante par un traitement antihormonal, la radiothérapie peut être omise.

	EXPERTS	SALLE
OUI	47%	40%
NON	47%	34%
ABSTENTION	4%	26%

Question 29: Radiothérapie après mastectomie totale

- La radiothérapie hypofractionnée modérée de la paroi et des aires ganglionnaires en 15 séances est le standard.

	EXPERTS	SALLE
OUI	42%	47%
NON	32%	13%
ABSTENTION	26%	40%

Question 30: Radiothérapie après traitement néoadjuvant

- La radiothérapie des aires ganglionnaires doit être systématique en cas d'atteinte ganglionnaire initiale prouvée quelle que soit la réponse aux traitements néoadjuvants.

	EXPERTS	SALLE
OUI	84%	81%
NON	11%	7%
ABSTENTION	5%	13%

Question 31: Radiothérapie maladie métastatique (1)



- Doit-on systématiquement discuter un traitement locorégional du cancer mammaire primitif en situation métastatique contrôlée par un traitement systémique à visée d'amélioration de contrôle local.

	EXPERTS	SALLE
OUI	89%	79%
NON	6%	14%
ABSTENTION	5%	7%

Question 32: Radiothérapie maladie métastatique (2)

- Doit-on systématiquement discuter un traitement locorégional du cancer mammaire primitif en situation métastatique contrôlée par un traitement systémique à visée d'amélioration de la survie globale.

	EXPERTS	SALLE
OUI	24%	19%
NON	71%	79%
ABSTENTION	6%	2%

Question 33: Radiothérapie maladie métastatique (3)

- Doit-on systématiquement réaliser une radiothérapie après chirurgie du cancer mammaire primitif en situation métastatique à visée d'amélioration de la survie globale.

	EXPERTS	SALLE
OUI	11%	9%
NON	78%	79%
ABSTENTION	11%	12%

Question 34: Radiothérapie maladie métastatique (4)

- Dans une maladie oligométastatique, un traitement local des métastases doit être systématiquement réalisé à visée d'amélioration de la survie globale.

	EXPERTS	SALLE
OUI	18%	45%
NON	76%	48%
ABSTENTION	6%	17%

Question 35: Radiothérapie maladie métastatique (4)

- En cas de radiothérapie des métastases dans une maladie oligométastatique, la technique à privilégier est la stéréotaxie.

	EXPERTS	SALLE
OUI	94%	86%
NON	6%	3%
ABSTENTION	0%	11%

Question 36: Radiothérapie et traitements systémiques (1)

- Il est possible d'administrer le pembrolizumab en cours de radiothérapie

	EXPERTS	SALLE
OUI	94%	84%
NON	0%	0%
ABSTENTION	6%	16%

Question 37: Radiothérapie et traitements systémiques (2)

- Il est possible de prendre un traitement par olaparib en cours de radiothérapie

	EXPERTS	SALLE
OUI	56%	50%
NON	38%	33%
ABSTENTION	6%	17%

Question 38: Radiothérapie et traitements systémiques (3)

- Il est possible de prendre un traitement par tucatinib en cours de radiothérapie

	EXPERTS	SALLE
OUI	38%	26%
NON	38%	29%
ABSTENTION	24%	45%

Question 39: Radiothérapie et traitements systémiques (4)

- Il est possible d'administrer le trastuzumab-deruxtecan en cours de radiothérapie

	EXPERTS	SALLE
OUI	24%	28%
NON	29%	30%
ABSTENTION	47%	42%

Question 40: Radiothérapie et traitements systémiques (5)

- Il est possible d'administrer le sacituzumab-govitecan en cours de radiothérapie

	EXPERTS	SALLE
OUI	0%	5%
NON	33%	45%
ABSTENTION	67%	50%

Question 41: Radiothérapie et traitements systémiques (6)

- Il est possible de prendre un traitement par inhibiteurs de cyclines en cours de radiothérapie.

	EXPERTS	SALLE
OUI	63%	31%
NON	31%	36%
ABSTENTION	6%	33%



Nice St Paul

2023

Prise en charge systémique en situation non métastatique

Cancers du sein RH positifs /HER2 négatifs

Recommandations en cours de
version définitive avec préférencement
attendu d'ici avril 2023

Question 42: Cancers RH positifs et HER2 négatifs (1)

- Les modalités de la chimiothérapie adjuvante pour les cancers du sein RH+ lorsque celle-ci est indiquée (mauvais pronostic anatomoclinique et/ou signature) sont les mêmes que pour les cancers triples négatifs (en particulier dose-dense)

	EXPERTS	SALLE
OUI	87%	63%
NON	7%	25%
ABSTENTION	7%	13%

Question 43: Cancers RH positifs et HER2 négatifs (2)

- En cas de lésion pN2 ou pN1a avec un grade 3 ou une tumeur > 5cm, un traitement adjuvant ajoutant l'abémaciclib au traitement antihormonal est souhaitable.

	EXPERTS	SALLE
OUI	100%	89%
NON	0%	5%
ABSTENTION	0%	6%

Question 44: Cancers RH positifs et HER2 négatifs (3)

- En cas de lésion pN2 chez une patiente porteuse de mutation germinale *BRCA* un traitement par olaparib est indispensable après la radiothérapie.

	EXPERTS	SALLE
OUI	94%	94%
NON	6%	0%
ABSTENTION	0%	6%

Question 45: Cancers RH positifs et HER2 négatifs (4)

- La durée totale du traitement anti-hormonal, définie lors des RPC 2022 (5-7 ans si pN0, 7-10 ans si pN+) est indépendante du choix d'un schéma agoniste LHRH + inhibiteurs de l'aromatase chez les femmes non ménopausées

	EXPERTS	SALLE
OUI	80%	56%
NON	10%	31%
ABSTENTION	10%	14%

Question 46: Cancers RH positifs et HER2 négatifs (5)

- L'utilisation des bisphosphonates en situation adjuvante doit suivre les recommandations de l'ESMO ASCO (toutes les patientes ménopausées indépendamment du statut RH)

	EXPERTS	SALLE
OUI	44%	34%
NON	56%	41%
ABSTENTION	0%	24%

Question 47: Cancers RH positifs et HER2 négatifs (6)

- L'utilisation des bisphosphonates en situation adjuvante doit suivre les recommandations de l'ESMO ASCO (uniquement pour les patientes ménopausées avec un cancer RH positif/HER2 négatif)

	EXPERTS	SALLE
OUI	63%	63%
NON	31%	13%
ABSTENTION	6%	24%

Question 48: Cancers RH positifs et HER2 négatifs (7)

- L'utilisation de signatures transcriptomiques pour décider de la durée du traitement antihormonal adjuvant prolongé (>5 ans) est utile.

	EXPERTS	SALLE
OUI	20%	27%
NON	55%	39%
ABSTENTION	25%	33%



Nice St Paul

2023

Prise en charge systémique en situation non métastatique

Cancers du sein RH négatifs /HER2 négatifs

Recommandations en cours de
version définitive attendue d'ici avril 2023
mission

Question 49: Cancers RH négatifs et HER2 négatifs (1)

- L'abstention de traitement systémique en cas de cancer du sein triple négatif avec des TILs très élevés > 75% n'est pas un standard ni une option actuellement en l'absence de niveau de preuve suffisant.

	EXPERTS	SALLE
D'ACCORD	84%	78%
PAS D'ACCORD	11%	13%
ABSTENTION	5%	9%

Question 50: Cancers RH négatifs et HER2 négatifs (2)

- Le schéma optimal de traitement en situation néoadjuvante est le schéma de l'étude keynote-522 en cas de stade II-III uniquement.

	EXPERTS	SALLE
OUI	76%	90%
NON	6%	3%
ABSTENTION	18%	7%

Question 51: Cancers RH négatifs et HER2 négatifs (3)

- Après chimiothérapie néoadjuvante selon le schéma keynote-522, on doit tenir compte du RCB pour le traitement adjuvant par pembrolizumab.

	EXPERTS	SALLE
OUI	31%	32%
NON	56%	55%
ABSTENTION	13%	13%

Question 52: Cancers RH négatifs et HER2 négatifs (4)

- En cas de maladie résiduelle invasive après chimiothérapie néoadjuvante pour un cancer du sein triple négatif chez une patiente porteuse d'une mutation germinale *BRCA*, un traitement par olaparib adjuvant est indispensable.

	EXPERTS	SALLE
OUI	83%	94%
NON	17%	3%
ABSTENTION	0%	3%

Bilan préthérapeutique :

Association immunothérapie anti-PD(L)1/chimiothérapie

- › NFS, plaquettes
- › Ionogramme, créatinine, calcémie, albumine
- › Bilan hépatique (ASAT, ALAT, gGT, bilirubine T et C, LDH, PAL)
- › Troponine, CPK, BNP
- › TSH, T4
- › Cortisol à 8h
- › Glycémie à jeun
- › hépatite B, hépatite C, HIV
- › ECG
- › Echographie cardiaque (FEVG) en situation néo-adjuvant

- › *Option : bilan lipidique, lipase, HbA1c%, bandelette urinaire*
- › *FSH, LH, estradiol, auto-anticorps...*

Question 53: Cancers RH négatifs et HER2 négatifs (5)

Recommandations en cours
soumission
itive avec référencement
ici avril 2023

	EXPERTS	SALLE
OUI	92%	90%
NON	8%	6%
ABSTENTION	0%	4%

Bilan régulier en cours de traitement avant chaque cure de pembrolizumab

- › NFS, plaquettes
- › Ionogramme, créatinine
- › Bilan hépatique (ASAT, ALAT, gGT, bilirubine, LDH, PAL)
- › Troponine, CPK
- › TSH, T4
- › Cortisol avant 10h

Recommandations en cours de
soumission
version définitive avec référencement
attendu d'ici avril 2023

Question 54: Cancers RH négatifs et HER2 négatifs (6)

Recommandations en cours
soumission
itive avec référencement
ici avril 2023

	EXPERTS	SALLE
OUI	94%	70%
NON	0%	13%
ABSTENTION	6%	17%



Nice St Paul

2023

Prise en charge systémique en situation non métastatique

Cancers du sein HER2 positifs

Recommandations en cours de
version définitive 2023
mission
attendu d'ici avril 2023
préférencement

Question 55: 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 sous réserve d'un double blocage anti HER2

	EXPERTS	SALLE
OUI	76%	37%
NON	24%	44%
ABSTENTION	0%	19%



Nice St Paul

2023

Prise en charge systémique en situation métastatique

Cancers du sein RH positifs /HER2 négatifs

Recommandations en cours de
version définitive avec préférencement
attendu d'ici avril 2023

Question 56: Cancers du sein métastatiques RH positifs et HER2 négatifs (1)

- Une chimiothérapie peut être indiquée dès la seconde ligne de traitement en l'absence de crise viscérale, si la durée de traitement en première ligne de traitement antihormonal incluant un inhibiteur de cyclines avant progression a été de moins de 6 mois, avec une bonne compliance.

	EXPERTS	SALLE
OUI	71%	97%
NON	22%	0%
ABSTENTION	7%	3%

Question 57: Cancers du sein métastatiques RH positifs et HER2 négatifs (2)

- Le trastuzumab deruxtecan est indiqué dans les cancers du sein HER2 low après au moins une ligne de chimiothérapie et au moins une ligne de traitement antihormonal pour les tumeurs RH+ au stade métastatique

	EXPERTS	SALLE
OUI	93%	86%
NON	0%	4%
ABSTENTION	7%	10%

Question 58: Cancers du sein métastatiques RH positifs et HER2 négatifs (3)

- Le sacituzumab govitecan est indiqué dans cancer du sein RH+ après au moins deux lignes de chimiothérapie et au moins une ligne de traitement antihormonal incluant un inhibiteur de cycline.

	EXPERTS	SALLE
OUI	78%	71%
NON	11%	19%
ABSTENTION	11%	10%

Question 59: Cancers du sein métastatiques RH positifs et HER2 négatifs (4)

- Un traitement par un inhibiteur de cyclines différent peut être une option thérapeutique en cas d'intolérance à l'un des inhibiteurs de cyclines (switch)

	EXPERTS	SALLE
OUI	83%	97%
NON	6%	0%
ABSTENTION	11%	3%

Question 60: Cancers du sein métastatiques RH positifs et HER2 négatifs (5)

- Un traitement par un inhibiteur de cyclines différent peut être une option thérapeutique en réintroduction si sensibilité initiale importante (rechallenge).

	EXPERTS	SALLE
OUI	83%	82%
NON	6%	14%
ABSTENTION	11%	4%

Question 61: Cancers du sein métastatiques RH positifs et HER2 négatifs (6)

- Une seconde ligne de traitement antihormonal incluant un inhibiteur de cyclines immédiatement après une première ligne de traitement antihormonal incluant un inhibiteur de cyclines CDK en première ligne n'est ni un standard ni une option validée.

	EXPERTS	SALLE
OUI	81%	89%
NON	6%	0%
ABSTENTION	13%	11%



Nice St Paul

2023

Prise en charge systémique en situation métastatique

Cancers du sein RH négatifs /HER2 négatifs

Recommandations en cours de
version définitive avec préférencement
attendu d'ici avril 2023

Question 62 : Cancers du sein métastatiques triple négatifs (1)

- En cas de *gBRCA1/2mut*, un inhibiteur de PARP peut être utilisé en maintenance après une chimiothérapie d'induction.

	EXPERTS	SALLE
OUI	72%	77%
NON	17%	17%
ABSTENTION	11%	6%

Question 63 : Cancers du sein métastatiques triple négatifs (3)

- Le sacituzumab govitecan est une option thérapeutique à partir de la 2^{ème} ligne de traitement (à utiliser après pembrolizumab et/ou olaparib), quelque soit le statut HER2low.

	EXPERTS	SALLE
OUI	88%	82%
NON	6%	14%
ABSTENTION	6%	4%

Question 64 : Cancers du sein métastatiques triple négatifs (3)

- la recherche de polymorphismes de UGT1A1 prédicteurs de toxicité hématologique majeure des inhibiteurs de Topoisomérase 1 (Gilbert) est une option à considérer avant administration de sacituzumab govitecan.

	EXPERTS	SALLE
OUI	53%	52%
NON	20%	22%
ABSTENTION	27%	26%

Question 65: Cancers du sein métastatiques triple négatifs (4)

- Le trastuzumab deruxtecan est une option thérapeutique potentielle en cas de cancer du sein triple négatif HER2 low, (à utiliser immédiatement après ou à distance du sacituzumab govitecan).

	EXPERTS	SALLE
OUI	64%	82%
NON	7%	4%
ABSTENTION	29%	14%



Nice St Paul

2023

Prise en charge systémique en situation métastatique

Cancers du sein HER2 positifs (activés)

Recommandations en cours de
version définitive avec préférencement
attenué d'ici avril 2023

Question 66: Cancers du sein métastatiques HER2 positifs (1)

- Les cancers *HER2mut* sont éligibles à certains traitements anti-HER2 en phase métastatique.

	EXPERTS	SALLE
OUI	69%	69%
NON	23%	12%
ABSTENTION	8%	19%

Question 67: Cancers du sein métastatiques HER2 positifs (2)

- La recherche de métastases cérébrales par une IRM en l'absence de symptômes cliniques doit être systématique à chaque progression

	EXPERTS	SALLE
OUI	31%	46%
NON	63%	46%
ABSTENTION	6%	8%

Question 68: Cancers du sein métastatiques HER2 positifs (3)

- Le trastuzumab deruxtecan est indiqué dès la progression après trastuzumab-pertuzumab.

	EXPERTS	SALLE
OUI	84%	96%
NON	8%	0%
ABSTENTION	8%	4%

Question 69: Cancers du sein métastatiques HER2 positifs (4)

- Sous trastuzumab deruxtecan, et en l'absence de symptômes pulmonaires nouveaux par rapport à l'initiation du traitement, une évaluation pulmonaire par TDM thoracique low-dose sans injection ou TEP-TDM au 18-FDG doit être pratiqué tous les deux cycles afin de détecter tôt une éventuelle pneumopathie interstitielle au moins les 6 premiers mois, puis possiblement tous les 3 cycles à la suite.

	EXPERTS	SALLE
OUI	82%	80%
NON	18%	12%
ABSTENTION	0%	8%

Question 70: Cancers du sein métastatiques HER2 positifs (6)

- Après progression sous trastuzumab-déruxtécan, l'association tucatinib-trastuzumab-capécitabine est l'option thérapeutique préférée si elle n'a pas été utilisée auparavant.

	EXPERTS	SALLE
OUI	100%	88%
NON	0%	0%
ABSTENTION	0%	12%

Question 71: Cancers du sein métastatiques HER2 positifs (7)

- L'association tucatinib-trastuzumab-capecitabine est l'option préférée après progression sous trastuzumab-pertuzumab en cas de progression cérébrale associée mais non accessible à un traitement locorégional carcinologique.

	EXPERTS	SALLE
OUI	67%	67%
NON	13%	29%
ABSTENTION	20%	4%



Nice St Paul

2023

Cancers et grossesse

Recommandations en cours de
soumission
Version définitive avec référencement
attendu d'ici avril 2023

Question 72: Cancers et grossesse

- Un traitement antihormonal interrompu par une grossesse doit être repris après l'accouchement.

	EXPERTS	SALLE
OUI	88%	95%
NON	6%	5%
ABSTENTION	6%	0%



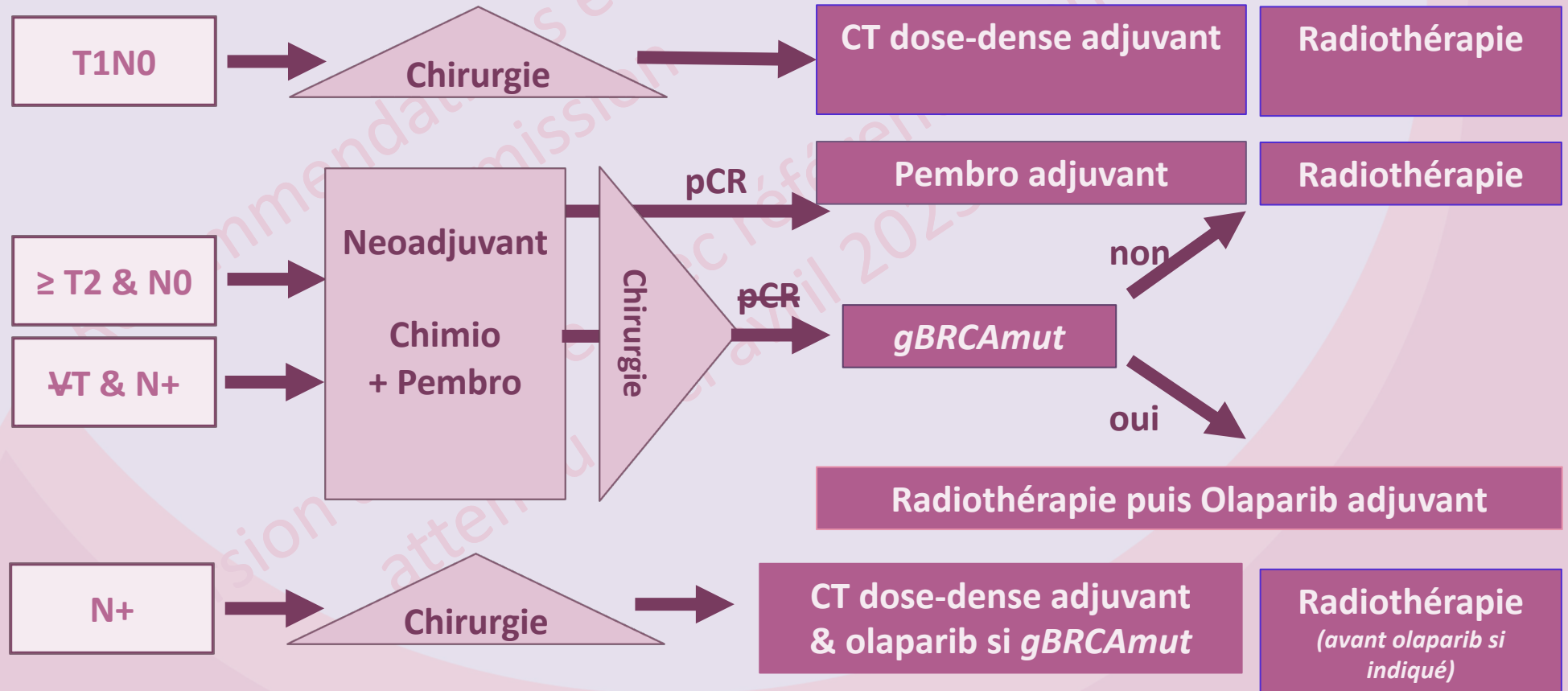
Nice St Paul

2023

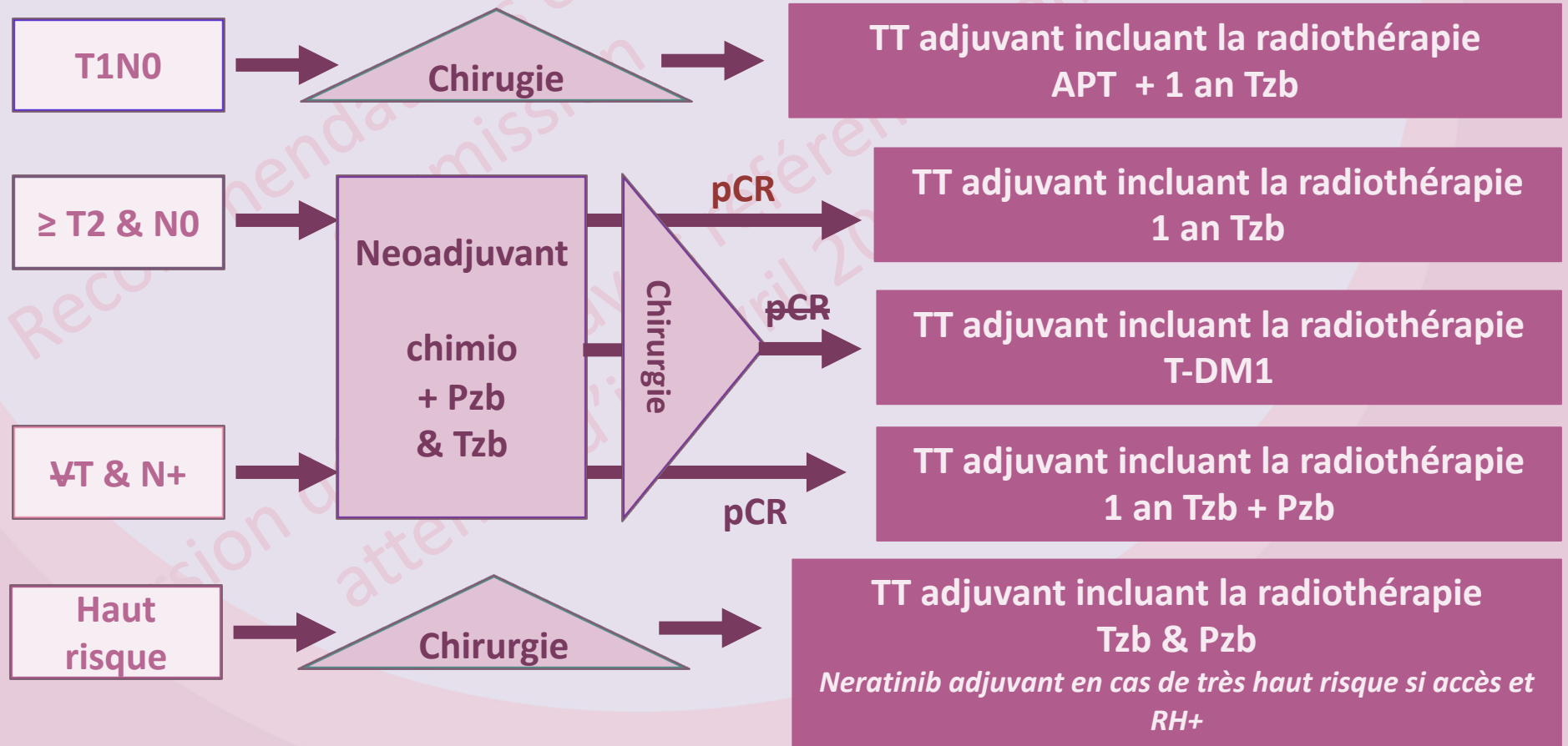
Proposition d'algorithmes

recommandations en cours de
soumission
version définitive avec référencement
attendu d'ici avril 2023

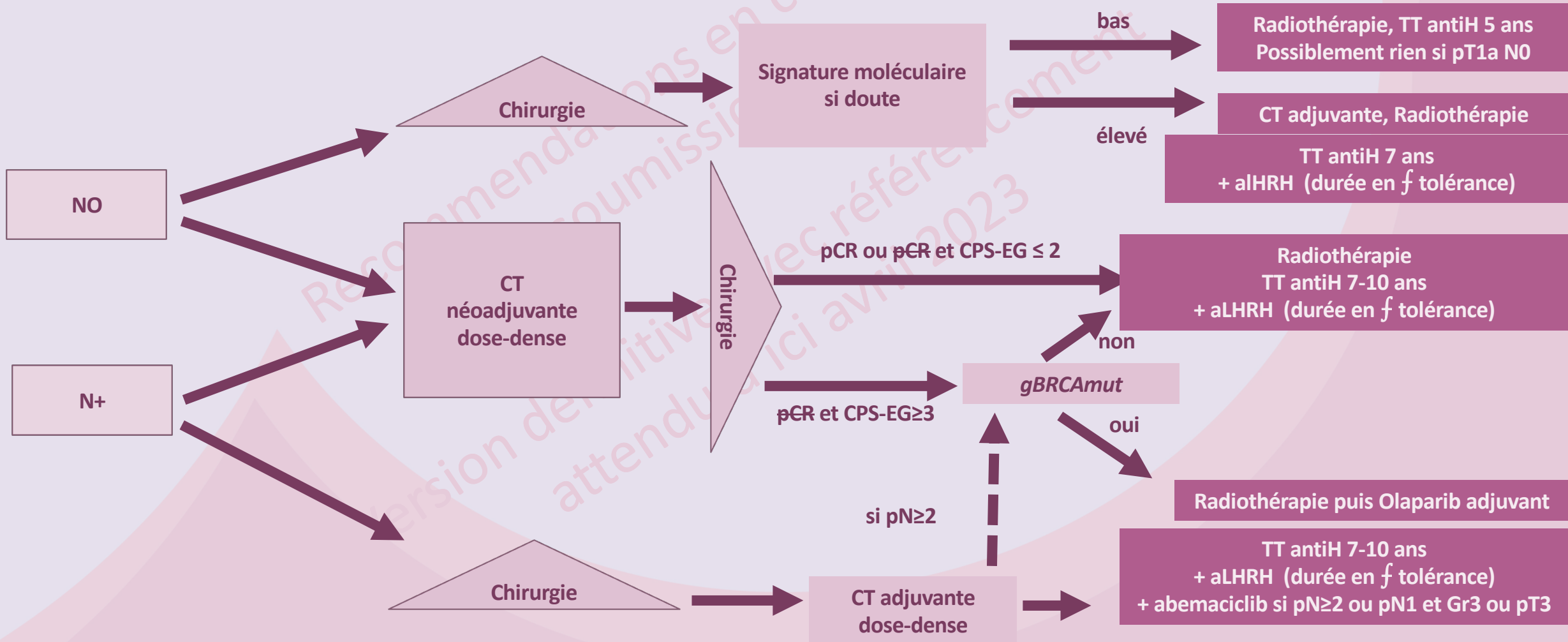
Cancers du sein RH & HER2 négatifs phase précoce



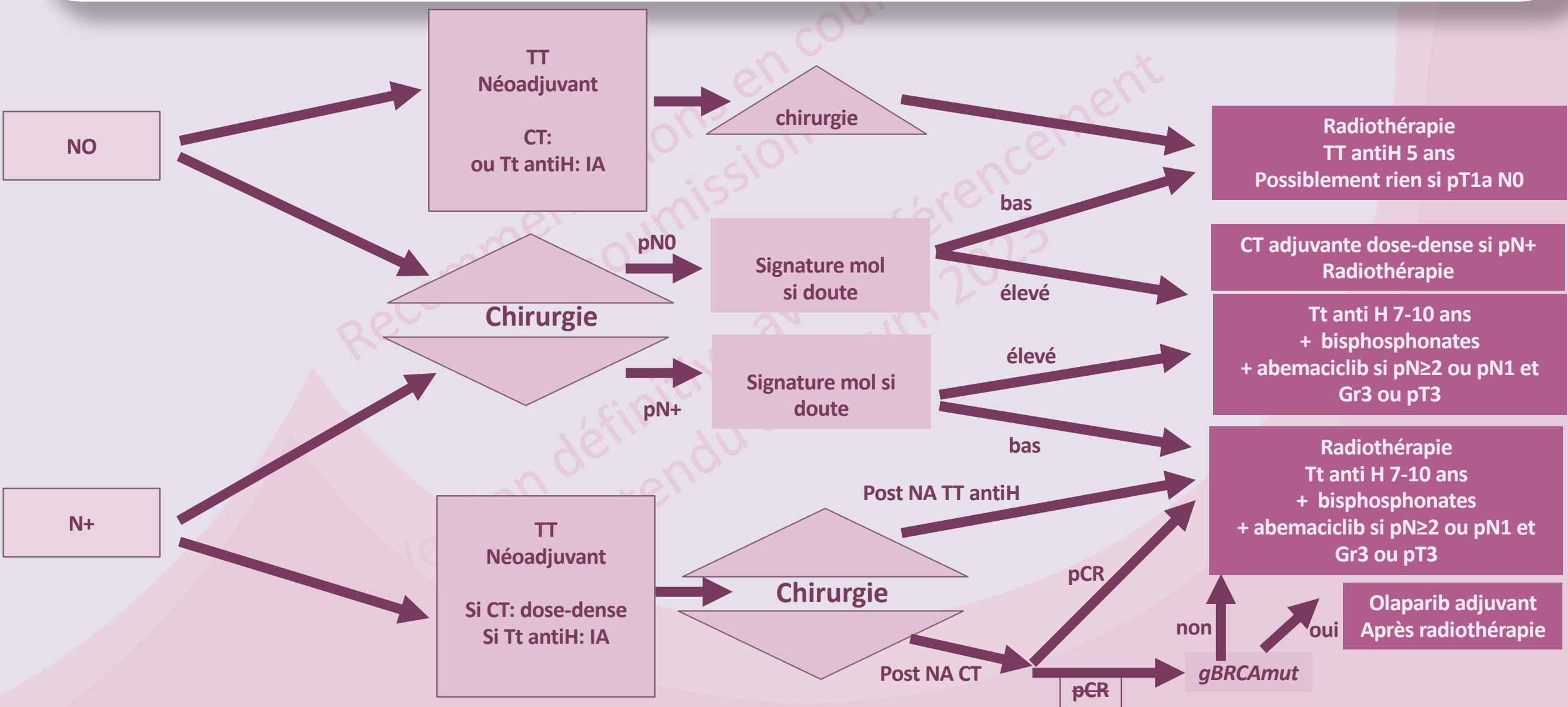
Cancers du sein HER2 positifs phase précoce



Cancers du sein RH positifs & HER2 négatifs phase précoce femmes non ménopausées



Cancers du sein RH positifs & HER2 négatifs phase précoce femmes ménopausées



Cancers du sein RH & HER2 négatifs phase métastatique

Marqueurs theranostiques

Score CPS ≥ 10

CT+Pembro

gBRCA1/2mut

CT à base
de platine

Olaparib
Talazoparib

aucun

CT+/-
bevacizumab

Sacituzumab govitecan

Trastuzumab
deruxtecan

oui

HER2low

non

CT eribuline, capecitabine,
vinorelbine, gemcitabine..

Cancers du sein HER2 positifs phase métastatique initiale

Taxanes + pertuzumab + trastuzumab

**Progression
extra-cérébrale (+/- cérébrale)**

**Progression cérébrale isolée
accessible tt local**

**Progression cérébrale isolée
non accessible tt local**

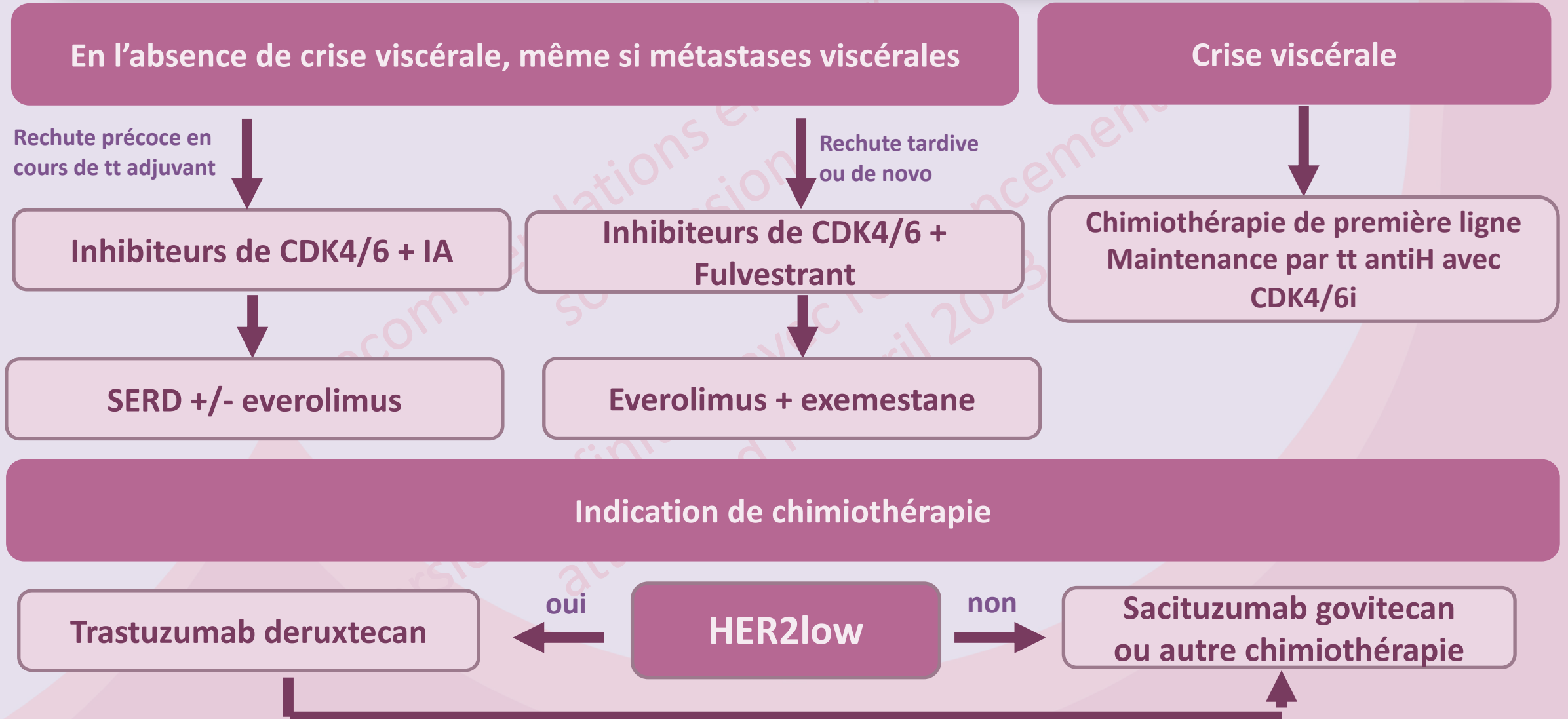
Trastuzumab deruxtecan

**Poursuite même tt systémique
et tt locorégional**

**Trastuzumab deruxtecan
ou
Tucatinib + capecitabine +
trastuzumab**

**Tucatinib + capecitabine +
trastuzumab**

Cancers du sein RH positifs et HER2 négatifs phase métastatique initiale



Merci

Recommandations en cours de
soumission

Version définitive avec référencement
attendu d'ici avril 2023



Nice St Paul

2023



Nice & St Paul

Comité organisateur :

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

22^{ème}

Cours Francophone Supérieur

RPC sur les Cancers du sein

Comité d'élaboration : Comité scientifique :

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