

Tumeurs Neuroendocrines du Sein (TNES) : une série rétrospective internationale du *Rare Cancer Network*

Neuroendocrine Tumors of the Breast: an international retrospective series of the Rare Cancer Network

N. Grellier¹, A. Paix¹, P. Franco², Y. M. Kirova³, B. De Bari⁴, D. Pasquier⁵, H. Meijer⁶, D. C. Oktüz⁷, K. Peignaux-Casasnovas⁸, F. Huguet⁹, A. De Caluwé¹⁰, K. Khanfir¹¹, A. Vargas¹², J. Thariat¹³, J. A. Vargo¹⁴, E. M. Ozsahin¹⁵, Y. Belkacemi¹.

Oncology Radiotherapy, ¹Hopital Henri Mondor, Creteil, France. ²Università degli Studi di Torino, Torino, Italy. ³Institut Curie, Paris, France. ⁴CHRU Jean Minjoz, Besançon, France. ⁵Centre Oscar Lambret, Lille, France. ⁶Radboudumc, Nijmegen, The Netherlands. ⁷University-Cerrahpaşa, Istanbul, Turkey. ⁸Centre Georges François Leclerc, Dijon, France. ⁹Hopital Tenon, Paris, France. ¹⁰Institut Jules Bordet, Bruxelles, Belgium. ¹¹Hôpital du Valais, Sion, Switzerland. ¹²Instituto de radiomedicina, Santiago, Chile. ¹³Centre François Baclesse, Caen, France. ¹⁴West Virginia University, Morgantown, USA. ¹⁵Centre Hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland.

Introduction et but

Les TNES représentent moins de 1% des cancers du sein, leur pronostic est plus sombre que celui des cancers du sein invasifs classiques^{1,2}. L'objectif de cette étude était d'analyser les spécificités histologiques, pronostiques et thérapeutiques de ces tumeurs.

Matériel et Méthode

Toutes les TNES issues de 14 centres différents et 8 pays entre 1995 et 2015 ont été incluses. Les données cliniques, pathologiques et thérapeutiques ont été collectées rétrospectivement.

Résultats et analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel R v3.4.3. L'analyse de survie a été déterminée par la méthode de Kaplan-Meier. Les facteurs influençant la survie globale (SG) ont été évalués par analyse de Cox univariée avec un seuil de significativité de $p < 0,02$. L'absence de multicollinéarité a été vérifiée.

Parmi les 97 patientes incluses, l'âge médian était de 66 ans (33-93) ; 36% étaient de stade I, 41% II, 14% III et 8% IV. Cliniquement ou à l'imagerie, les lésions étaient unifocales dans 75% des cas, bifocales dans 10% des cas et au moins trifocales dans 15% des cas. Des embolies vasculaires étaient retrouvés dans 39% des cas. Les TNES étaient bien différenciées dans 40% des cas, peu différenciées dans 12% et 47% étaient des carcinomes avec différenciation neuroendocrine ; 84% exprimaient la synaptophysine, 66% la chromogranine et 88% les récepteurs hormonaux.

La majorité des patientes (95%) ont eu une chirurgie mammaire (57% de mastectomie partielle, 43% de mastectomie totale) et un curage axillaire (56%). Une chimiothérapie, une hormonothérapie et une radiothérapie ont été réalisées en néoadjuvant dans 14%, 10% et 2% des cas respectivement, et en adjuvant dans 28%, 73% et 64% des cas.

Les schémas de chimiothérapie étaient très hétérogènes : la plupart ont eu des taxanes et/ou des anthracyclines (86% en néoadjuvant, 69% en adjuvant), mais plusieurs ont eu des platines, de l'étoposide, du bevacizumab ou de la somatostatine.

Avec un suivi médian de 89 mois (IC95% 68-110), les survies globale et à 5 ans étaient respectivement de 66,5% (IC95% 57,0-77,6) et de 75,0% (66,2-85,1). L'âge, le stade et Ki67 étaient significativement corrélés à la SG en multivarié.

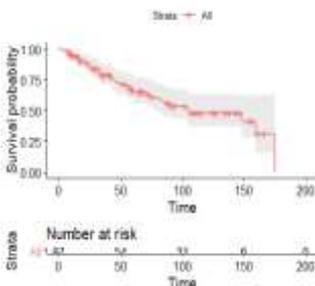


Figure 1 : survie globale

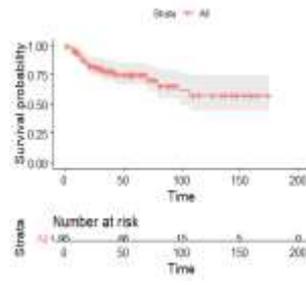


Figure 2 : survie sans maladie

Conclusion

Le stade TNM et le Ki67 sont des facteurs pronostiques importants. Des études prospectives sont nécessaires afin d'améliorer la prise en charge des TNES.