



**30 MU/0,5 ml - 48 MU/0,5 ml**  
Solution injectable ou pour perfusion en seringue pré-remplie

PPR 052 02 13 - Septembre 2013 - Visa n°13/03/60670037/PM/003

# XVII<sup>es</sup> JOURNÉES DE Sénologie Interactive 2014

JOURNÉES DU CENTRE DES MALADIES DU SEIN  
DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

PROGRAMME



## FORUM SEIN 2014

### Les Evénements et Avancées de l'Année en Sénologie

Jeudi 18 & Vendredi 19 septembre 2014

Pavillon Dauphine

Place du Maréchal de Lattre de Tassigny - 75116 Paris

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE MADAME MARISOL TOURAINE  
Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

PRÉSIDENT D'HONNEUR : MARC SPIELMANN

PRÉSIDENTS ORGANISATEURS DU CONGRÈS : MARC ESPIÉ ET ANDRÉ GORINS

SECRETARIAT SCIENTIFIQUE : DR MARC ESPIÉ (CENTRE DES MALADIES DU SEIN) - HÔPITAL SAINT-LOUIS  
1, AVENUE CLAUDE VELLEFAUX 75010 PARIS - TÉL. : 01 42 49 92 93



Des journées organisées par le Centre de Formation des Editions ESKA - CFEE : N° 11753436775  
Inscriptions à adresser au CFEE - Editions ESKA CONGRÈS - Serge KEBABTCHIEFF - Flora DENIAU, Emilie BERTRAND  
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35  
E-mail : inscriptions et renseignements : [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr) - Site : <http://www.eska.fr>

**ZARZIO® 30 MU/0,5 ml et 48 MU/0,5 ml, solution injectable ou pour perfusion en seringue préremplie** COMPOSITION\* : filgrastim G-CSF produit dans E. coli par la technique de l'ADN recombinant. INDICATIONS : Réduction de la durée des neutropénies et de l'incidence des neutropénies fébriles chez les patients traités par une chimiothérapie cytotoxique pour un cancer (à l'exception des leucémies myéloïdes chroniques et des syndromes myéloдисplasiques) et réduction de la durée des neutropénies chez les patients recevant une thérapie myélosuppressive suivie d'une greffe de moelle osseuse et présentant un risque accru de neutropénie sévère prolongée. L'innocuité et l'efficacité du filgrastim sont similaires chez l'adulte et chez l'enfant recevant une chimiothérapie cytotoxique. Mobilisation de cellules souches progénitrices (CSP) dans le sang circulant. L'administration à long terme de filgrastim est indiquée chez les enfants et les adultes atteints de neutropénie sévère congénitale, cyclique ou idiopathique avec un taux de polynucléaires neutrophiles (PNN)  $\leq 0,5 \times 10^9/l$  et des antécédents d'infections sévères ou récurrentes, afin d'augmenter le taux de neutrophiles et de réduire l'incidence et la durée des épisodes infectieux. Traitement des neutropénies persistantes (PNN  $\leq 1,0 \times 10^9/l$ ) chez les patients infectés par le VIH à un stade avancé, afin de réduire le risque d'infection bactérienne quand les autres options thérapeutiques sont inadéquates. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION\* : Le traitement ne doit être administré qu'après avis d'un centre d'oncologie ayant l'expérience de l'utilisation des G-CSF. Les procédures de mobilisation et de cytophèrese doivent être effectuées en collaboration avec un centre d'onco-hématologie adéquat. Après chimiothérapie cytotoxique : Injection S.C. ou perfusion IV de 30 min. Dose recommandée de 0,5 MU (5 µg) /kg/jour. 1<sup>ère</sup> injection effectuée au plus tôt 24 h après la fin de la chimiothérapie. L'administration doit être poursuivie jusqu'à ce que le nadir attendu soit dépassé et que le nombre de PNN soit revenu à la normale. Après chimiothérapie myéloblastive suivie d'une greffe de moelle osseuse : Perfusion IV de 30 min ou S.C. ou IV continue sur 24 h. Dose initiale recommandée de 1,0 MU (10 µg) /kg/jour. 1<sup>ère</sup> dose au minimum 24 h après la chimiothérapie et dans les 24 h précédant la greffe. Une fois le nadir des neutrophiles dépassé, la dose quotidienne devra être adaptée en fonction de la réponse des neutrophiles. Mobilisation des CSP : Injection S.C. Chimiothérapie myélosuppressive ou myéloblastive suivie d'une autogreffe de ces CSP : Injection S.C. ou perfusion S.C. continue sur 24 h. Dose recommandée de filgrastim utilisé seul : 1,0 MU (10 µg) /kg/jour pendant 5 à 7 jours consécutifs. 1 ou 2 cytophèreses aux jours 5 et 6 sont souvent suffisantes. La dose doit être maintenue jusqu'à la dernière cytophèrese. Mobilisation après chimiothérapie : Dose recommandée : 0,5 MU (5 µg) /kg/jour à partir du 1<sup>er</sup> jour suivant la fin de la chimiothérapie et jusqu'à ce que la date attendue du nadir soit dépassée et que le taux de PNN se soit normalisé. La cytophèrese doit être réalisée quand les PNN sont entre 0,5 et 5  $\times 10^9/l$ . Donneurs sains pour greffe allogénique de CSP : 1,0 MU (10 µg) /kg/jour pendant 4 à 5 jours consécutifs. Les cytophèreses doivent être commencées au jour 5 et jusqu'au jour 6 si nécessaire. Neutropénie chronique sévère (NCS) : Injection S.C. Neutropénie congénitale : 1,2 MU (12 µg) /kg/jour en dose unique ou doses fractionnées. Neutropénie idiopathique ou cyclique : 0,5 MU (5 µg) /kg/jour en dose unique ou doses fractionnées. Ajustement des doses : Après 1 ou 2 semaines, la dose initiale peut être doublée ou diminuée de moitié selon la réponse du patient. Par la suite, la dose doit être ajustée au cas par cas toutes les 1 à 2 sem. pour maintenir le taux moyen de PNN entre 1,5 et 10  $\times 10^9/l$ . Infection par le VIH : Injection S.C. Dose initiale recommandée : 0,1 MU (1 µg) /kg/jour ; elle peut être augmentée par paliers jusqu'à un maximum de 0,4 MU/kg/jour (4 µg/kg/jour) pour obtenir et maintenir des PNN  $> 2,0 \times 10^9/l$ . Maintien d'un taux normal de PNN : Ajuster la dose initiale en administrant, 1 jour sur 2, 30 MU (300 µg) /jour. Selon la réponse, un ajustement supplémentaire pourra être nécessaire. Une administration au long cours peut être nécessaire. Utilisation pédiatrique en cancérologie et dans la NCS : NCS : bénéfice du traitement clairement apparu dans les essais cliniques. Profil de tolérance comparable aux adultes. Les doses recommandées chez l'enfant sont identiques à celles préconisées chez l'adulte après chimiothérapie. CONTRE-INDICATIONS : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI\* : Le filgrastim ne doit pas être administré en cas de neutropénie congénitale sévère (syndrome de Kostmann) avec anomalies cytogénétiques. Après chimiothérapie cytotoxique : Le filgrastim n'est pas indiqué dans le syndrome myéloдисplasique et la leucémie myéloïde chronique. Il doit être administré avec précaution en cas de LAM secondaire. Il est souhaitable qu'une numération leucocytaire soit effectuée régulièrement pendant le traitement. Si les leucocytes sont  $> 50 \times 10^9/l$  après la date attendue du nadir, le filgrastim doit être arrêté immédiatement. En cas de mobilisation des CSP, arrêt ou diminution de la posologie si les leucocytes sont  $> 70 \times 10^9/l$ . Au cours de chimiothérapies à doses élevées, il est recommandé de surveiller régulièrement les plaquettes et l'hématocrite. La réponse au traitement peut être diminuée en cas de baisse des précurseurs des neutrophiles (par exemple, après radiothérapie étendue ou chimiothérapie prolongée ou en cas d'infiltration médullaire de la tumeur). Des cas de réaction du greffon contre l'hôte, avec dans certains cas une issue fatale, ont été observés chez des patients recevant le G-CSF après une greffe allogénique de moelle osseuse. Mobilisation des CSP : Une attention particulière doit être portée au nombre de cellules souches recueillies avant l'administration d'une chimiothérapie à haute dose. Si des rendements insuffisants sont constatés ( $\leq 2,0 \times 10^6$  cellules CD34+/kg), il faut envisager d'autres schémas de traitement. Donneurs sains : La cytophèrese ne doit pas être effectuée si les plaquettes sont  $< 75 \times 10^9/l$ , en cas de traitement anticoagulant ou d'anomalies de l'hémostase. Le filgrastim doit être arrêté si les leucocytes sont  $> 70 \times 10^9/l$ . Un suivi hématologique des donneurs est nécessaire jusqu'à normalisation. Une surveillance clinique du volume de la rate doit aussi être instituée). Le risque de développement d'un clone de cellules myéloïdes malignes ne peut être exclu. Chaque don devrait faire l'objet d'un enregistrement et d'une surveillance par les centres de cytophèreses pendant au moins 10 ans. Receveurs de CSP allogéniques obtenues après mobilisation par le filgrastim : Risque accru et chronique de réaction du greffon de CSP contre l'hôte, en comparaison avec la greffe de moelle osseuse. NCS : Surveillance étroite de la numération sanguine, plaquettes en particulier, à effectuer au cours des 1<sup>ères</sup> semaines de traitement. Arrêt provisoire du filgrastim ou baisse de la posologie si une thrombopénie (plaquettes  $< 100\ 000/mm^3$ ) survient. Autres précautions : Le filgrastim devra être arrêté en cas de survenue d'un syndrome myéloдисplasique ou d'une leucémie. La splénomégalie étant un effet direct du filgrastim (observée chez 31% des patients), une surveillance du volume de la rate doit être effectuée régulièrement. Une baisse de la dose permet un ralentissement ou un arrêt de l'évolution de la splénomégalie. En raison de risques d'hématuries/proteinuries, des analyses d'urines doivent être faites régulièrement. L'efficacité et tolérance chez le nouveau-né et dans la neutropénie auto-immune n'ont pas été établies. Infection par le VIH : Le taux de PNN doit être étroitement surveillé en début de traitement : tous les jours au cours des 2 et 3 premiers jours, puis, au moins 2x/sem. pendant les 2 premières semaines, puis 1x/sem. ou 1 semaine sur 2, durant la poursuite du traitement. Les effets du filgrastim sur la neutropénie due à une infection opportuniste ou à une affection maligne envahissant la moelle osseuse n'ont pas été déterminés avec précision. Autres précautions : L'apparition de signes pulmonaires, tels que toux, fièvre et dyspnée, associés à des signes radiologiques d'infiltration pulmonaire avec détérioration de la fonction pulmonaire, peuvent être des signes préliminaires d'un syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (ARDS). Le filgrastim doit être arrêté et un traitement approprié doit être instauré. Il est souhaitable de surveiller la densité osseuse en cas de terrain ostéoporotique et un traitement par le filgrastim prévu  $> 6$  mois. En raison de crises drépanocytaires rapportées, parfois fatales, le filgrastim devra être utilisé avec prudence en cas d'anémie falciforme, et uniquement après une évaluation rigoureuse du rapport bénéfices/risques. Excipients : contient du sorbitol. Ne pas utiliser en cas de maladie intestinale rare d'intolérance au fructose. INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS\* : GROSSESSE ET ALLAITEMENT\* : En cas de grossesse, le bénéfice thérapeutique attendu devra donc être estimé au regard du risque potentiel pour le fœtus. Ne pas utiliser chez la femme qui allaite. EFFETS SUR L'APTITUDE A CONDUIRE DES VEHICULES ET A UTILISER DES MACHINES\* : EFFETS INDESIRABLES\* : En oncologie : Fréquents : douleurs musculo-squelettiques, augmentation des PAL, LDH, gamma-GT, de l'uricémie. Chez le sujet sain dans la mobilisation des CSP : Très fréquents : douleurs osseuses, céphalées, hyperleucocytose, thrombopénie transitoire. Fréquents : splénomégalie généralement asymptomatique, augmentation des PAL, LDH. Chez les patients atteints de NCS : Très fréquents : anémie, splénomégalie, épistaxis, douleurs musculosquelettiques générales, douleurs osseuses, augmentation des PAL, LDH, de l'uricémie (transitoire, modérée) Fréquents : diarrhées, thrombopénie, céphalées, hépatomégalie, vascularite cutanée, alopecie, éruption cutanée ostéoporose, arthralgie, douleur au site d'injection. Chez les patients infectés par le VIH : Très fréquents : troubles spléniques, splénomégalie. Fréquents : douleurs osseuses. SURDOSAGE\* : PROPRIETES PHARMACOCINETIQUES. PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES\* SECURITE PRECLINIQUE\* : INCOMPATIBILITES\* : Ne pas diluer dans des solutions salines. CONSERVATION\* : Durée : 36 mois. Après dilution : le produit doit être utilisé immédiatement. A conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Conserver la seringue préremplie dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière. Pendant sa durée de vie et pour l'usage ambulatoire, le patient peut sortir le produit du réfrigérateur et le conserver à température ambiante (ne dépassant pas 25°C) durant une période unique pouvant aller jusqu'à 72 h. A l'issue de cette période, le produit ne doit plus être remis au réfrigérateur et doit être jeté. PRECAUTIONS PARTICULIERES D'ELIMINATION ET MANIPULATION\* : La solution doit être inspectée visuellement avant utilisation. Si nécessaire, Zarzio peut être dilué dans une solution de glucose à 5 %. TITULAIRE DE L'AMM : Sandoz GmbH Biochemiestrasse 10 A-6250 Kundl Autriche. REPRESENTANT LOCAL : Sandoz, 49 avenue Georges Pompidou 92593 Levallois-Perret cedex. Tél. : 01 49 64 48 00. NUMERO D'AMM/PRIX : Seringues préremplies 0,5 ml (verre de type I) avec une aiguille d'injection (acier inoxydable), munie d'un dispositif de sécurité. Zarzio 30 MU/0,5 ml, solution injectable ou pour perfusion en seringue préremplie : EU/1/08/495/001. CIP : 34009 393 544 1 5 (B/1). Prix : 95,44 €. CIP : 34009 393 546 4 4 (B/5). Prix : 450,47 €. Zarzio 48 MU/0,5 ml, solution injectable ou pour perfusion en seringue préremplie : EU/1/08/495/005 (06.02.2009) CIP : 340009 393 548 7 3 (B/1). Prix : 150,18 €. CIP : 34009 393 550 1 6 (B/5). Prix : 703,74 €. PRESCRIPTION/PRISE EN CHARGE/DELIVRANCE : Liste I. Médicaments soumis à prescription initiale hospitalière trimestrielle. Agréés Coll. Remb. Sec. Soc. à 100% dans toutes les indications thérapeutiques. (ML 12/12/10)

\*Pour une information complète, consultez le texte intégral du RCP, soit sur le site Internet de l'ANSM, soit sur demande auprès du laboratoire.

# XVII<sup>es</sup> JOURNÉES DE SÉNOLOGIE INTERACTIVE

Journées du Centre des Maladies du Sein de l'Hôpital Saint-Louis  
Pavillon Dauphine - Place du Maréchal de Lattre de Tassigny - 75116 Paris

JOURNÉES PRÉSIDÉES PAR MARC ESPIÉ ET ANDRÉ GORINS

**JEUDI 18 SEPTEMBRE 2014**

**VENDREDI 19 SEPTEMBRE 2014**

08h15 - 08h45	<b>ACCUEIL DES PARTICIPANTS</b>	
08h45 - 09h00	Allocution du Président d'Honneur	M. SPIELMANN
09h00 - 10h15	Cas Cliniques - Système Interactif : 3 cas Avis du Public et des Experts	M. ESPIÉ, M. LALLOUM, S. FRANK E. BOURSTYN, C. DE BAZELAIRE, A. DE ROQUANCOURT, L. CAHEN-DOIDY, L. TEIXEIRA, A. GORINS, C. CUVIER, S. BONFILS, C. MAYLIN
10h15 - 10h45	PAUSE - VISITE DES STANDS	
10h45 - 11h15	Conférence du Président d'Honneur	M. SPIELMANN
11h15 - 11h45	Cancer du sein révélé par une adénopathie axillaire	C. CUVIER
11h45 - 12h15	Pathologie dite bénigne du canal galactophore	S. BONFILS, A. DE ROQUANCOURT
12h15 - 12h45	Les référentiels en sénologie et la vraie vie en clinique	E. BOURSTYN
12h45 - 13h30	<b>SYMPOSIUM GSK - STRATÉGIES ACTUELLES DANS LE CANCER DU SEIN MÉTASTATIQUE HER2 +</b> Président : M. ESPIÉ	
	• Données fondamentales et moléculaires du double blocage des récepteurs HER2	G. MILANO
	• Quelles stratégies thérapeutiques dans le cancer du sein métastatique HER2 + ? Comment optimiser la prise en charge ?	S. GIACCHETTI
13h30 - 14h30	DÉJEUNER	
14h30 - 15h30	Table Ronde sur « l'Os » Modérateur : B. TOURNANT	
	• Les mécanismes de formation des métastases osseuses	P. CLÉZARDIN
	• Différencier métastases ou pas en imagerie	V. BOUSSON
	• Conduite à tenir devant une ostéopénie et/ou une ostéoporose sous inhibiteurs de l'AROMATASE	P. ORCEL
	• Situation de fracture métastatique	F. ZADÉGAN
<i>Avec le soutien des laboratoires AMGEN</i>		
15h30 - 16h00	A chacun son Everest	C. JANIN
16h00 - 17h30	<b>ATELIERS DE TRAVAIL</b>	
<b>ATELIER 1</b>	Imagerie du sein	M. ALBITER, C. DE BAZELAIRE, F. COHEN-SCALI, S. GIACCHETTI, M. SUISSA
<b>ATELIER 2</b>	Face aux mastopathies bénignes	M. ESPIÉ, S. FRANK, A. GORINS, M. LALLOUM, B. TOURNANT
<b>ATELIER 3</b>	Cas rares en sénologie	S. BONFILS, C. CUVIER, A. DE ROQUANCOURT
<b>ATELIER 4</b>	Sein et Psychisme	D. CANO, M. FAFOUTI, N. ESPIÉ, K. MEBRAK F. PERRET, D. WINAVER

08h30 - 09h00	<b>ACCUEIL DES PARTICIPANTS</b>	
09h00 - 09h30	Les tumeurs du sein type BRCA	M. MARTY
09h30 - 10h00	Imagerie du sein après chirurgie plastique Détection des accidents et complications	C. DE BAZELAIRE, C. OZIL, S. MAZOUZ-DORVAL
10h00 - 10h30	Résultats des traitements conservateurs du cancer du sein avec la curiethérapie à haut débit (Expérience de l'Hôpital Saint-Louis)	S. GUILLERM
10h30 - 11h00	PAUSE - VISITE DES STANDS	
11h00 - 11h30	Estetrol et Sein	J. DESREUX
11h30 - 12h30	Table Ronde - La mastectomie prophylactique • Pour quoi, pour qui, quand, comment ?	E. BOURSTYN, A. DE ROQUANCOURT, O. COHEN-HAGUENAUER, J. RAUSKY
12h30 - 13h15	<b>SYMPOSIUM ROCHE - ENJEUX ET OPPORTUNITÉS DANS LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE DU CANCER DU SEIN</b> Président : M. ESPIÉ	
	• Cancer du sein en situation précoce HER2+	C. CUVIER
	• Cancer du sein métastatique HER2+ et HER2-, quelle stratégie thérapeutique optimale en 1ère et 2ème ligne ?	JP. SPANO
13h15 - 14h15	DÉJEUNER	
14h15 - 14h45	Les tests génomiques : utilité ou esbroufe ?	S. GIACCHETTI
14h45 - 15h15	Du nouveau sur la maladie de Cowden	N. SÉVENET
15h15 - 15h45	Les syndromes paranéoplasiques dans le cancer du sein	F. COUSSY
15h45 - 16h15	PAUSE - VISITE DES STANDS	
16h15 - 16h45	Actualités, récents congrès, nouveautés en sénologie	C. CUVIER, S. GIACCHETTI
16h45 - 17h15	Le point actuel sur les cellules tumorales et l'ADN circulant dans le cancer du sein	L. TEIXEIRA
17h15 - 17h30	Discussion des Posters et remise des prix	F. COUSSY, AS. HAMY, S. FRANK
17h30	Conclusions des journées Remise des prix du jeu « Suivez le sein »	A. GORINS, M. ESPIÉ
	Tout au long des journées :	
	Exposition des Posters	S. FRANK
	Animation autour du Mur du Sein	F. PERRET