

Carcinomes mammaires infiltrants HER2 équivoque : une entité rare. Expérience de l'IUCT-O

Rolland M¹, Franchet C², Fabre V¹, Lacaze JL¹, Charitansky H¹, Roche H¹, Dalenc F¹

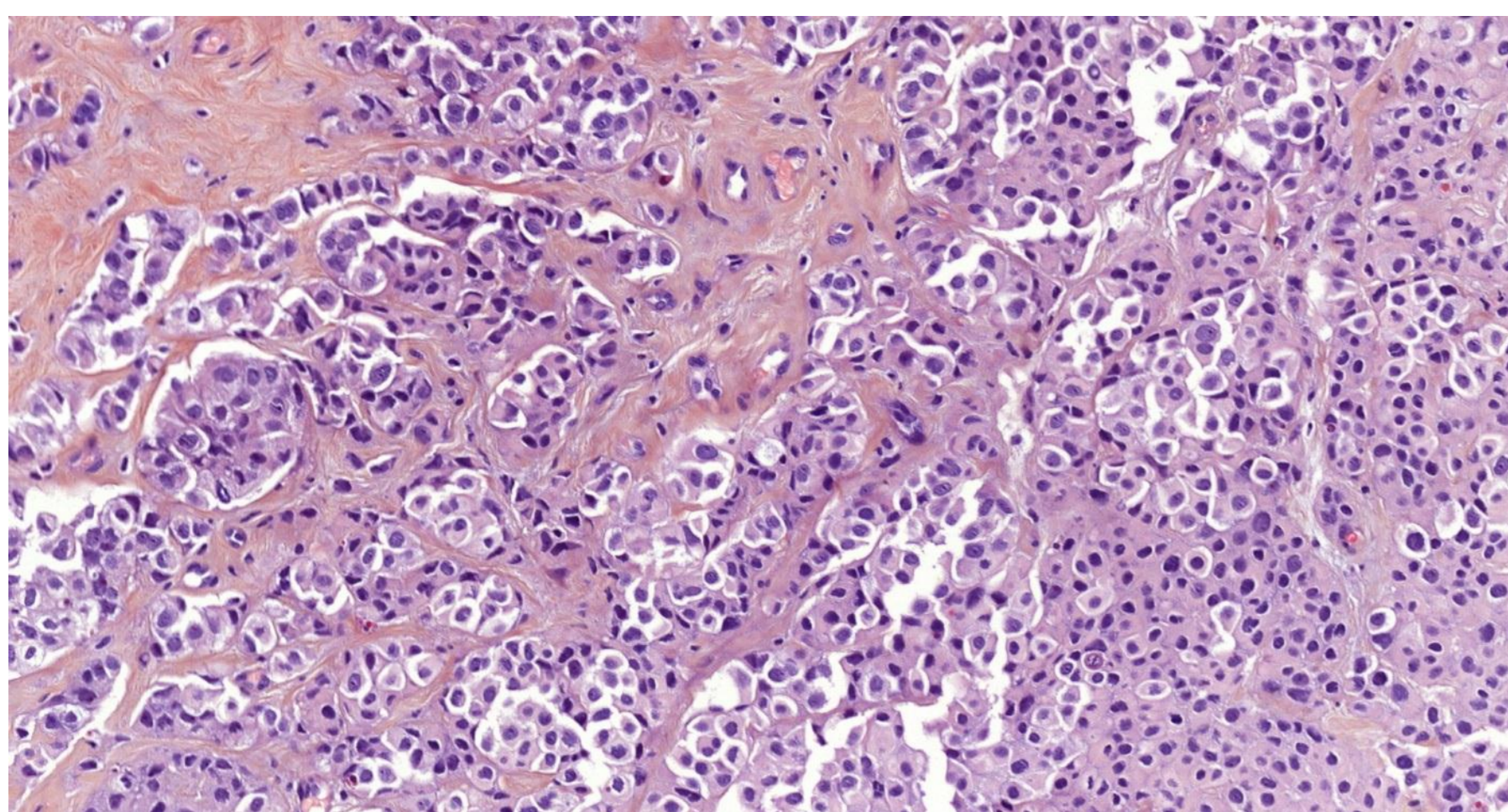
¹Oncologie médicale, Institut Claudius Regaud- IUCT-Oncopole, Toulouse

²Anatomopathologie, Institut Claudius Regaud- IUCT-Oncopole, Toulouse

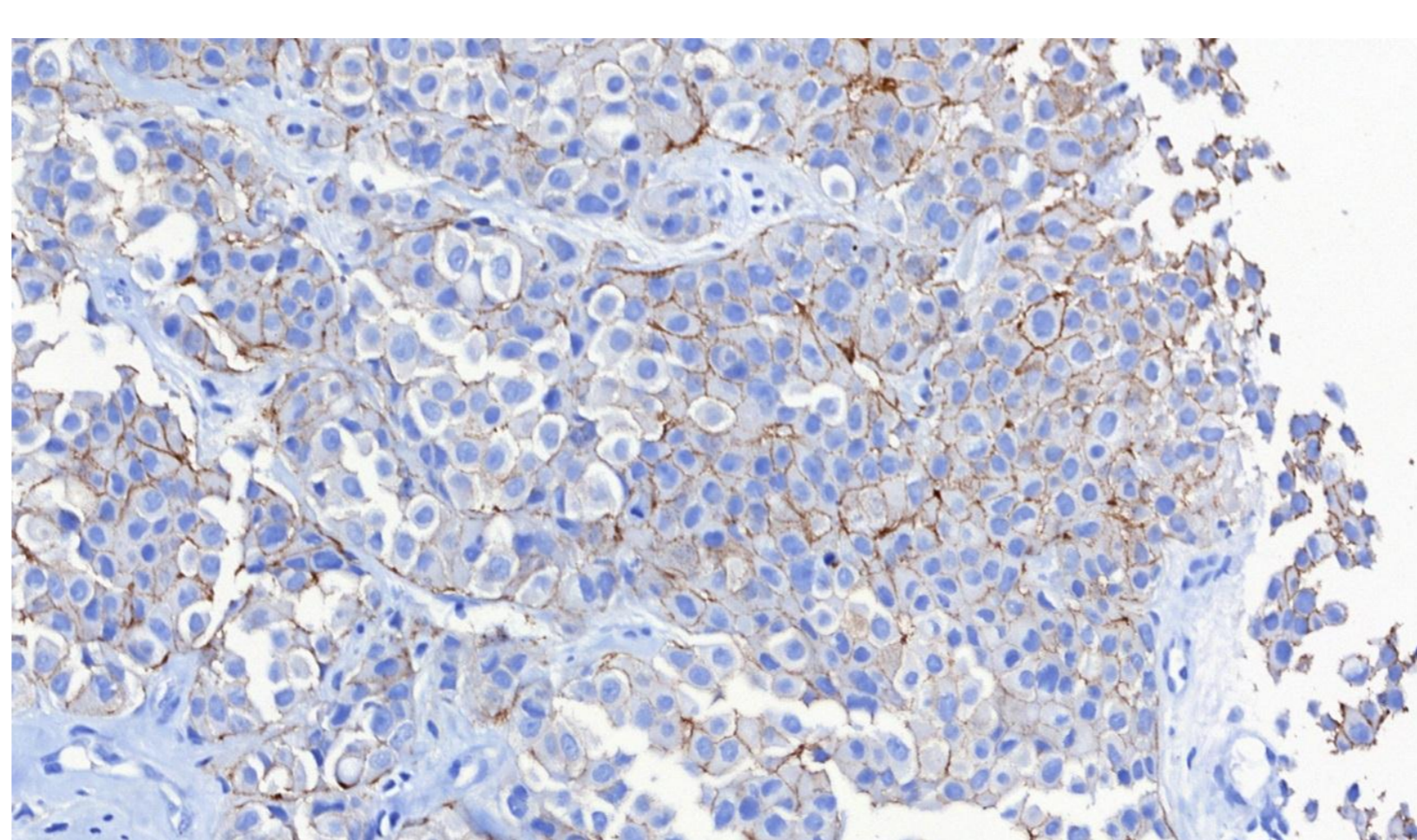
Introduction: Les carcinomes mammaires infiltrants de statut HER2 équivoque (HER2-E) représentent une entité rare (environ 1%). Peu de données sont disponibles les concernant. Leur pronostic et le bénéfice d'un traitement anti-HER2 tel que le trastuzumab (TTZ) sont à ce jour inconnus. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer l'incidence de ces tumeurs dans notre institut puis de décrire leurs caractéristiques bio-pathologiques ainsi que les modalités du traitement systémique adjuvant délivré.

Patients et méthode: Nous avons conduit une étude monocentrique et rétrospective entre 2014 et 2015, à partir des comptes rendus des dossiers informatisés des patientes opérées pour un carcinome mammaire infiltrant M0 (y compris en rechute locale isolée). Un cas HER2-E a été défini suivant les recommandations ASCO/CAP 2013 selon les critères suivants : entre 4 et 6 copies du gène *HER2* détectées par noyau et ratio *HER2*/centromère 17 inférieur à 2 (ISH).

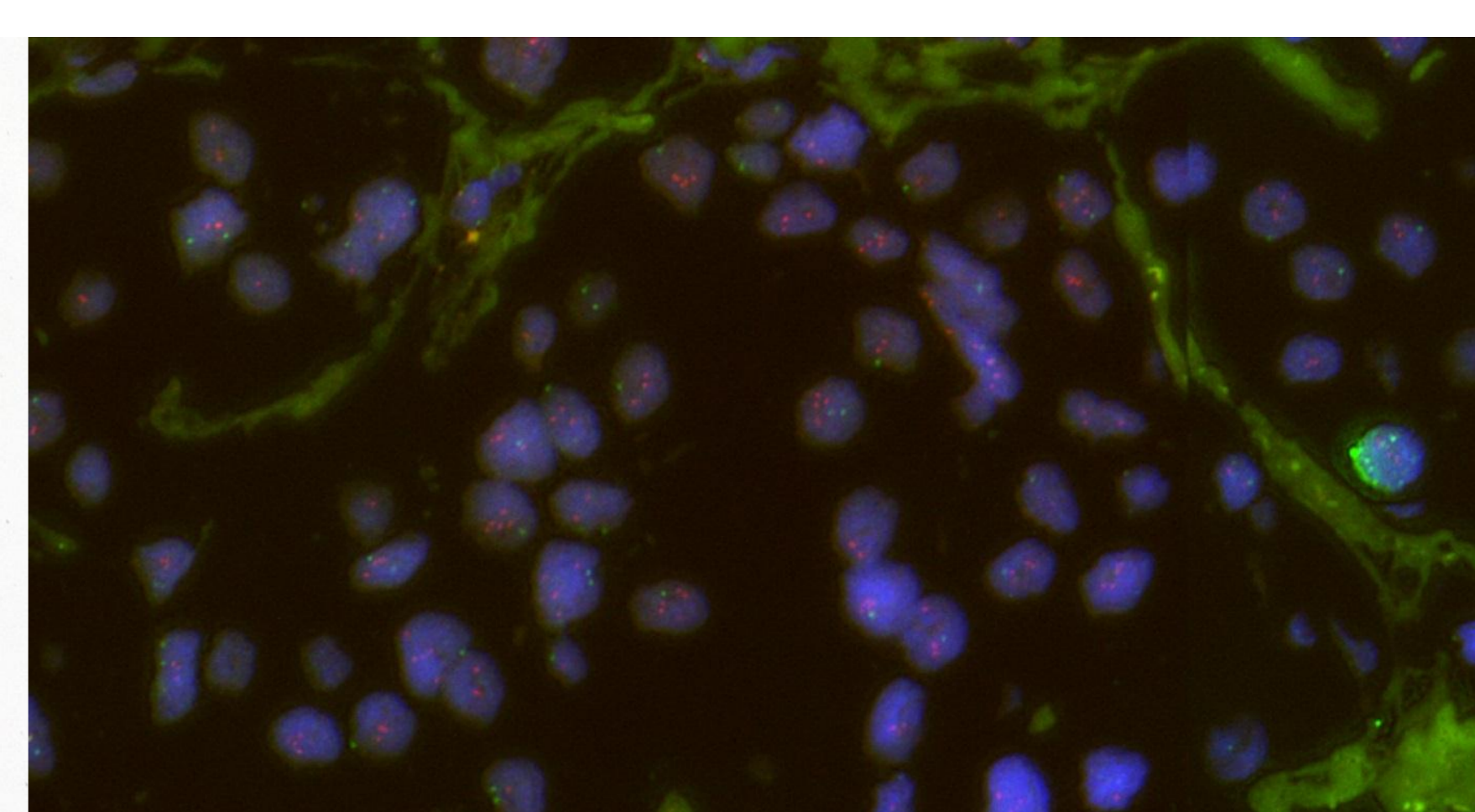
Résultats: Durant cette période et après analyse en immunohistochimie, nous avons diagnostiqué 3178 tumeurs infiltrantes : 2622 HER2 négatif (0 ou +), 168 HER2 +++ et 388 HER2 ++. Quatre-cent-vingt analyses en hybridation in situ ont été réalisées : 52 avaient une amplification du gène *HER2* et **16 seulement ont été considérées comme des cas équivoques soit 0.5% des tumeurs.** 7% (seulement) des tumeurs surexprime ou amplifie HER2.



HE x25



IHC Her2 x35 : marquage modéré et souvent incomplet



FISH Her2 x100 : en bleu les noyaux, en vert le centromère 17, en rouge HER2

Caractéristiques	Nbre de patientes n=16
Âge moyen	55 ans [25 à 77]
<u>Stade de la maladie</u>	
- Primo-diagnostic	n=13
- Rechute locale	n=3
<u>Grade SBR</u>	
- I	n=0
- II	n=9
- III	n=7
<u>Récepteurs hormonaux</u>	
- RE + (≥ 10%)	n=15
- RP + (≥ 10%)	n=11
<u>Embols vasculaires</u>	
- Présents	n=5
<u>Type histologique</u>	
- No special type (NST)	n=12
- Lobulaire	n=2
- Autres (micropapillaire)	n=2
Ki67	De 15 à 60%

Caractéristiques	Nbre de patientes n=16
<u>Statut ganglionnaire</u>	
- pN0	n=8
- pN1	n=5
- pN2	n=2
- pN3	n=1
<u>Traitements reçus*</u>	
- Chirurgie première	n=12
- Traitement néoadjuvant :	n=3
. Chimiothérapie	n=2 dont TTZ** n=1
. Hormonothérapie	n=1
- Chimiothérapie adjuvante	n=12 dont TTZ n=8
- Hormonothérapie adjuvante	n=15
<u>Statut actuel</u>	
- Rémission clinique complète	n=10
- Progression loco-régionale	n=1
- Métastatique	n=3
- Perdus de vue	n=2

* Une patiente a refusé toute prise en charge

** TTZ = Trastuzumab

Conclusion: Nous confirmons la rareté des tumeurs HER2-E qui apparaissent plus souvent RH+ (en accord avec la littérature) que les tumeurs HER2+. Dans notre pratique, l'administration d'un traitement systémique adjuvant par chimiothérapie dépend des autres paramètres clinico-biologiques. Lorsqu'elle est retenue, un traitement par trastuzumab est le plus souvent proposé. Une étude prospective multicentrique est indispensable pour mieux connaître ces tumeurs, leur pronostic et l'intérêt éventuel d'un traitement anti-HER2.