

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="font-size: 0.8em;"> Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest- de-l'Île-de-Montréal </div> <div style="text-align: center;"> OP+ILAB <small>Montréal-CUSM</small> </div> <div style="text-align: center;"> CHU de Québec <small>Université Laval</small> </div> <div style="text-align: center;"> OP+ILAB <small>Capitale-Nationale</small> </div> </div>	<p style="text-align: center; font-size: 0.9em;">ESTAMPILLER CARTE DU PATIENT OU PLACER AUTOCOLLANT ICI</p>
<h2 style="margin: 0;">Prosigna</h2> <h3 style="margin: 0;">Signature d'expression génique pour le cancer du sein</h3>	<p>PATIENT :</p> <p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Date de naissance (AAAA/mm/jj) : _____</p> <p>RAMQ : _____</p> <p>Dossier patient # : _____</p> <p>Centre hospitalier / site : _____</p>
MÉDECIN PRESCRIPTEUR :	
<p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Permis # : _____ Établissement : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville, Province : _____</p> <p>Code postal : _____</p> <p>Courriel : _____</p> <p>Tel : _____ Fax* : _____</p> <p><small>* Le numéro de fax est obligatoire et sera utilisé pour envoyer les résultats.</small></p>	<p>Copie à :</p> <p>Nom : _____</p> <p>Fax : _____</p> <p><i>J'autorise le laboratoire à télécopier les résultats au numéro indiqué ci-haut.</i></p> <p>Signature : _____</p> <p>Date : _____</p> <p>Le médecin prescripteur doit faire suivre cette demande au service de pathologie concerné pour la préparation de l'échantillon à envoyer</p>
CRITÈRES CLINIQUES :	ÉCHANTILLON (RÉSERVÉ AU LABORATOIRE) :
Se référer à la page 2 pour la description de l'analyse Prosigna et les critères de sélection de l'échantillon	
<p><i>(Tous les critères doivent être rencontrés)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic de cancer du sein invasif</p> <p><input type="checkbox"/> Récepteurs hormonaux positifs (≥10%)</p> <p><input type="checkbox"/> HER2 négatif</p> <p><input type="checkbox"/> Ganglions négatifs</p> <p><input type="checkbox"/> Personne ménopausée</p> <p style="margin-left: 20px;"><i>(Doit présenter au moins un des critères suivants : Absence de règles ≥ 1an et/ou ovariectomie bilatérale et/ou hystérectomie < 60 ans confirmé par dosage FSH)</i></p>	<p>Site : <input type="checkbox"/> Sein droit <input type="checkbox"/> Sein gauche</p> <p>Mastectomie : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle</p> <p>Date prélèvement : (AAAA/mm/jj) : _____</p> <p>Taille tumorale : <input type="checkbox"/> ≤ 2 cm <input type="checkbox"/> > 2 cm</p> <p>No. bloc (<u>un seul</u> bloc doit être envoyé) : _____</p> <p>* À joindre avec le bloc : lame H&E ou autre coloration de routine</p> <p><input type="checkbox"/> Tissu fixé au formol 10% tamponné et inclus en paraffine (FFPE) *</p> <p>* Les autres types de fixateurs ne sont pas acceptés.</p>
Comité du diagnostic et du traitement du cancer (CDTC) :	<p>Délai avant la fixation :</p> <p><input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> < 1 heure <input type="checkbox"/> > 1 heure <input type="checkbox"/> Indéterminé</p> <p>Temps de fixation : <input type="checkbox"/> 6-72 heures <input type="checkbox"/> > 72 heures <input type="checkbox"/> Indéterminé</p>
<p><input type="checkbox"/> Demande discutée et approuvée dans un CDTC sein</p> <p>Établissement : _____</p> <p>Date : _____</p>	
Joindre les rapports de pathologie originaux (incluant les résultats des récepteurs hormonaux et du HER2)	

Usage réservé au laboratoire serveur : informations de réception de la demande et de l'échantillon					
Date de réception : _____	<input type="checkbox"/> Hôpital du Saint-Sacrement <input type="checkbox"/> Hôpital Général Juif	No.bloc et lame : _____	Nb de bloc : _____ Nb de lame : _____	<input type="checkbox"/> Rapport de pathologie de la tumeur incluant récepteurs hormonaux et HER2	Initiales : _____

Prosigna

Signature d'expression génique pour le cancer du sein

DESCRIPTION DE L'ANALYSE et UTILISATION EN CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Description de l'analyse: Le test de signature génique Prosigna, développé selon l'algorithme PAM50, mesure l'expression de 50 gènes dans la tumeur afin d'identifier le sous-type moléculaire (Luminal A, Luminal B, HER2 enrichi ou Basal-like). Le profil d'expression génique est ensuite combiné avec des variables clinico-pathologique (taille de la tumeur et statut ganglionnaire) pour générer le score Prosigna, d'une valeur de 1 à 100. Le score Prosigna est associé à une catégorie de risque de récurrence à distance sur une période de 10 ans.

Les catégories de risque sont définies de la façon suivante:

Statut ganglionnaire	Score Prosigna	Catégorie de risque
Sans envahissement ganglionnaire	0-40	Faible
	41-60	Modéré
	61-100	Élevé

Utilisation en contexte québécois: D'ici à ce que des algorithmes d'utilisation des analyses moléculaires en contexte québécois ne viennent préciser les lignes de conduites, l'analyse Prosigna ne devrait en aucun cas être prescrite en dehors des indications reconnues par l'ASCO, soit : l'analyse Prosigna peut être demandée pour une femme ménopausée avec cancer du sein invasif, récepteurs oestrogéniques positifs, HER2-négatif et sans atteinte ganglionnaire.

Guide de pratique clinique de l'ASCO – Biomarkers for Adjuvant Endocrine and Chemotherapy in Early-Stage Breast Cancer: ASCO Guideline Update
<https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.22.00069>

SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON

Le test Prosigna est effectué à partir d'un échantillon de tissu fixé au formol et inclus en paraffine (seul type d'échantillon accepté)

- Sélectionner un bloc tumoral représentatif, qui contient > 10 % de cellularité tumorale (tumeur viable)
- Envoyer le bloc et la lame H&E (ou autre coloration de routine) correspondante

ENVOI DE LA DEMANDE

Pour les grappes de laboratoires :

- Bas-Saint-Laurent – Gaspésie
- Saguenay – Lac-Saint-Jean – Côte-Nord – Nord-du-Québec
- Capitale-Nationale
- Chaudière-Appalaches
- Mauricie – Centre-du-Québec
- Estrie
- Montérégie

Pour les grappes de laboratoires :

- Montréal – CHUM
- Montréal – CUSM
- Montréal – CHU Sainte-Justine
- Outaouais
- Laval – Laurentides – Lanaudière

Acheminer la demande et le matériel au laboratoire serveur :

OPTILAB – CHU de Québec - Université Laval

Service de pathologie, local KS1-01

Hôpital du Saint-Sacrement

1050 Chemin Sainte-Foy

Québec (QC)

G1S 4L8

Téléphone: (418) 682-7805 / Télécopieur : (418) 682-7383

Acheminer la demande et le matériel au laboratoire serveur :

OPTILAB – CUSM

Centre de pathologie moléculaire, local G-102

Hôpital Général Juif

3755 ch. de la Côte-Sainte-Catherine

Montréal (QC)

H3T 1E2

Téléphone: (514) 340-8222 x28274 / Télécopieur: (514) 340-8102

PROCÉDURE D'ENVOI

Envoyer la demande au laboratoire serveur désigné pour votre secteur. Chaque demande doit inclure :

- ☐ La requête de laboratoire (page 1) dûment complétée
- ☐ Les rapports de pathologie de la tumeur, incluant les résultats des récepteurs hormonaux et du HER2
- ☐ Bloc de tissu FFPE
- ☐ Lame H&E (ou autre coloration de routine)

Effectuer l'envoi dans une enveloppe protectrice, à température de la pièce

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Délai de résultat : 7 à 10 jours ouvrables

Pour toute demande d'information, veuillez communiquer avec :

- OPTILAB – CHU de Québec - Université Laval, Service de pathologie, Hôpital du Saint-Sacrement : (418) 682-7805
- OPTILAB – CUSM, Hôpital Général Juif, Centre de pathologie moléculaire : (514) 340-8222 x28274