

**Avertissement:** Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 19 avril 2011

Hôpital cantonal de Genève

## Cancer du sein: traitement adjuvant en 2011

Pre M. Castiglione-Gertsch, Dr A. Bodmer

Dans la vaste majorité des cas (95%), lorsque le cancer du sein est diagnostiqué, il s'agit d'un stade précoce, avec au maximum une métastase axillaire...La plupart guérissent, mais parfois il y a des rechutes que l'on attribuait autrefois à la mélancolie ou à la bile noire...mais que l'on attribue maintenant à la présence au moment du diagnostic déjà de micrométastases.

Depuis 1978, tous les 2 ans, une réunion de consensus à St Galle, se voulant indépendant aussi bien des Caisses Maladie que de l'Industrie Pharmaceutique permet aux experts d'exprimer leurs doutes et leurs certitudes en ce qui concerne la meilleure attitude à adopter..

Au début c'était simple...Il y avait la pré-ménopause et la post-ménopause, la présence ou l'absence de métastases axillaires, et la positivité ou la négativité des récepteurs hormonaux.

Maintenant, ça s'est compliqué (comme d'hab...), il y a la taille de la tumeur, le grade de malignité, les récepteurs hormonaux, le récepteur HER2, les ganglions axillaires, l'invasion vasculaire ou lymphatique, l'âge de la patiente, ses préférences...

Une fois de plus les orateurs veulent trop nous dire et oublient que c'est le plus petit dénominateur commun qui compte lorsque l'on s'adresse à une audience...

Difficile d'être concis, clair et de donner quelques «take home messages».

Ce que j'ai donc retenu au milieu du torrent d'informations, c'est...la dissection axillaire, la radiothérapie, la biologie de la tumeur, l'hormonothérapie, la chimiothérapie et les traitements néo-adjuvants...

Pour ce qui est de la **dissection axillaire...**

Le curage axillaire n'est plus nécessaire lorsque le ganglion sentinelle est négatif ou qu'il présente des cellules tumorales isolées, pour des tumeurs de moins de 2 cm.

...la technique du ganglion sentinelle c'est l'identification en per-opératoire après injection de bleu de méthylène ou d'un radiotracer dans la tumeur, du premier ganglion de drainage de celle-ci, de son exérèse et de son examen en extemporané...
---

Que même pour les tumeurs de plus de 2 cm, lorsque le ganglion sentinelle est positif, on peut renoncer à la dissection axillaire à condition qu'il y ait une radiothérapie qui comprend un traitement de l'aisselle (on appelle ça un champ tangentiel, en plus du champ habituel sur le sein).

Pour ce qui est de la **radiothérapie**...

Qu'il est nécessaire d'effectuer une radiothérapie après exérèse d'un Ca canalaire in situ sauf s'il s'agit d'une femme de plus de 75 ans, présentant une tumeur à bas risque (de petite taille, grade 1 ou Ca in situ réséqué en totalité avec marge négative de plus de 0,2cm).

Qu'une radiothérapie, c'est habituellement 5 jours sur 7 pendant 6 semaines, mais que des schémas accélérés sont acceptables...

Que la radiothérapie partielle intra-opératoire reste controversée

Pour ce qui est de la **biologie**...

On s'intéresse maintenant aux gènes de prolifération cellulaire dont les principaux sont:

- ER/PR (pour Estrogen / Progesteron Receptor) les récepteurs hormonaux
- HER2 (pour Human Epidermal Growth Factor Receptor-2)
- BASAL gene (pas bien compris de quoi il s'agit...)

ceci permet de classer selon la présence ou l'absence des récepteurs et d'établir des pronostics

- Luminal A
- Luminal B/C
- HER-2 enriched
- Basal like ou triple négatif (soit ER neg, PR neg et HER2 neg)

Mais pour décider du traitement on se base encore sur d'autres tests ...par ex, la présence ou l'absence de l'antigène Ki67, de l'OncotypeDX...

Je suis largué...

Pour ce qui est de l'**hormonothérapie en pré-ménopause**....

C'est toujours le Tamoxifen pendant 5 ans (antagoniste sélectif du récepteur aux oestrogènes), ou en cas d'intolérance un inhibiteur de l'aromatase (qui au niveau de l'ovaire assure la transformation de l'androstènedione en œstrogène).

Pour ce qui est de l'hormonothérapie en post-ménopause ....

Ce sont les anti-aromatases pendant 5 ans.

Mais il y a des subtilités...et je crois avoir saisi que lorsqu'il y a surexpression de HER2, même en pré-ménopause c'est mieux de donner des anti-aromatases...(pas sûr, à vérifier..)

Pour ce qui est de la **chimiothérapie**...

Anthracycline, taxane, trastuzumab, agents alkylants, sels de platine...je rends mon tablier...

Les traitements néo-adjuvants, c'est ceux que l'on fait avant la chirurgie...il y a même une endocrinothérapie néo-adjuvante...

La mortalité du cancer du sein diminue avec les années certainement à cause d'une meilleure prévention et d'un diagnostic à des stades plus précoces, mais aussi à cause de meilleurs consensus thérapeutiques.

On aurait pu se centrer sur l'hormonothérapie, c'est en soi déjà tout un programme... mais ce n'était pas le sujet du jour...

P.ex. quel serait l'impact de l'arrêt d'un traitement par anti-aromatase chez une patiente de 60 ans qui présente tous les effets secondaires de cette molécule qui lui gâche la vie...hypercompliqué à calculer...aucune idée du NNT pour éviter une rechute...on me dit qu'il existe un site qui permet de le calculer <https://www.adjuvantonline.com/index.jsp>...j'ai essayé...je n'y arrive pas...

Allez ...je m'arrête là...il faudrait aller peindre les œufs de Pâques...



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan  
[ericbdh@hin.ch](mailto:ericbdh@hin.ch)

transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)