

Avertissement: Notes prises au vol. Erreurs possibles. Prudence...

Mardi 8 novembre 2011

Hôpital cantonal de Genève

Chimiothérapie des tumeurs solides: panacée ou leurre

Dr A. Roth

Le traitement adjuvant, c'est ce qui suit le traitement principal de la maladie tumorale, que ce traitement consiste en chirurgie, en radiothérapie ou même en chimiothérapie. Une fois que l'on considère le patient macroscopiquement guéri mais que l'on suspecte encore l'existence de cellules dormantes, et que l'on cherche à détruire la maladie microscopique résiduelle en prescrivant un médicament pendant un certain temps, là on parle de traitement adjuvant.

Ce sont donc des personnes qui ne sont pas malades, chez lesquelles il n'y a pas de masse tumorale mesurable, et l'oncologue n'aura aucun indice d'efficacité à disposition, lui permettant par exemple d'adapter la dose ou de raccourcir la durée.

Il ne peut se référer qu'à des études statistiques antérieures qui ont montré qu'avec tel régime on avait un pourcentage de «non récidives» supérieur au placebo ou à tel autre régime thérapeutique.

Pour le cancer du colon, le bénéfice absolu en survie, de la thérapie adjuvante se situe aux alentours de 15%, pour le cancer du sein entre 10 et 12% et pour le cancer des poumons entre 5-6%.

Le bénéfice absolu c'est la différence entre le risque avec traitement et le risque sans traitement.

Par exemple une différence de 12% correspond à 12 événements évités pour 100 patients traités (bénéfice absolu = 12%)

Le NNT c'est à dire le nombre de patients à traiter pour éviter un événement est égal à l'inverse de la différence des risques, soit dans notre exemple $1/0,12$ soit 8,3 (NNT =8,3)

Facile...

Jusque là ça va à peu près mais ensuite ça se complique...

Apparemment, l'évaluation du risque de décès par récurrence de la maladie tumorale est plus complexe qu'il n'y paraît, et par là même le bénéfice de la thérapie adjuvante.

Il y a le stade de la tumeur, sa biologie (p.ex. récepteur ER ou HER2 pour le cancer du sein), mais aussi l'âge du patient et la présence d'autres comorbidités qui vont modifier la morbidité du sujet et par conséquent la capacité du traitement adjuvant d'avoir un effet sur sa survie.

Par exemple à 50 ans le traitement adjuvant pour le cancer du colon (Folfox4) amène un bénéfice absolu de 14% mais à 75 ans le bénéfice n'est plus que de 9%.

Pourquoi?...C'est simple et compliqué à la fois...ça allait trop vite pour moi...j'ai pas tout enregistré...en gros parce que la biologie du patient et celle de la tumeur ne sont plus les mêmes à 50 qu'à 75 ans...

Pour le cancer du sein on considère que le traitement adjuvant est utile entre 50 et 60 ans, après 70 ans il faut vraiment se poser des questions sur la pertinence de sa prescription.

Quand faut il débiter le traitement adjuvant?

Là aussi ça varie...Pour le cancer du testicule c'est dès que possible, pour le cancer du sein il y a peu de données solides dans la littérature, alors que pour le cancer du colon le délai de 4-6 semaines semble solidement établi.

On admet un intervalle de 4 semaines après le traitement curatif. Il ne faudrait pas dépasser 6 semaines.

Comment améliorer les traitements adjuvants?

D'abord ce n'est pas parce qu'un médicament est efficace dans une situation de cancer métastatique qu'il doit être choisi pour un traitement adjuvant...c'est plus compliqué que cela.

Ensuite il faut non seulement sélectionner mieux les médicaments mais aussi le pronostic des patients ...on nous parle de la «stabilité des microsatellites»...je n'ai aucune idée à quoi on fait référence...

Bref il faut des études randomisées...

On se rappellera qu'avant de prescrire un traitement adjuvant il faut que le patient (cas par cas) ait été évalué par un «board» multidisciplinaire.

Que ce n'est pas parce qu'un médicament est efficace en «traitement» qu'il sera efficace en «adjuvant»

Que la biologie moléculaire devrait bientôt permettre de mieux sélectionner les patients qui devrait recevoir et surtout ne pas recevoir de traitement adjuvant.

Et qu'à partir d'un certain âge (après 70 ans) on devrait bien réfléchir avant de prescrire un traitement adjuvant...



(ça c'est pour illustrer le ton...)

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
transmis par le laboratoire MGD

ericbdh@bluewin.ch
colloque@labomgd.ch