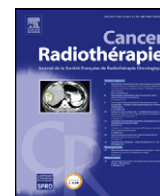




Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
 www.em-consulte.com



Revue générale

## Radiothérapie des cancers du sein en 2012 : quelles stratégies ?

### *Radiotherapy for breast cancer: Which strategy in 2012?*

B. Cutuli

Institut du cancer Courlancy radiothérapie-oncologie, 38, rue de Courlancy, 51100 Reims, France

#### INFO ARTICLE

*Historique de l'article :*  
 Disponible sur Internet le 25 août 2012

*Mots clés :*  
 Cancer du sein  
 Radiothérapie  
 Récidive locale  
 Hypofractionnement  
 Irradiation partielle

*Keywords:*  
 Breast cancer  
 Radiotherapy  
 Local recurrence  
 Hypofractionation  
 Partial breast irradiation

#### RÉSUMÉ

La radiothérapie postopératoire conserve un rôle fondamental dans le cancer du sein en 2012. Après chirurgie conservatrice, elle réduit de 50 à 70% le risque de récurrence locale pour les cancers canaux in situ comme pour les cancers infiltrants. Cela a été confirmé par plusieurs essais randomisés et trois méta-analyses. Le complément d'irradiation du lit tumoral améliore encore le taux de contrôle local pour les cancers infiltrants, mais son rôle doit être mieux précisé pour les cancers canaux in situ. Pour ces derniers, il n'y a pas de sous-groupe lésionnel clairement identifié qui pourrait ne pas être irradié. Les facteurs de risque de récurrence locale sont désormais bien connus tant pour les cancers canaux in situ que pour les cancers infiltrants, avec inclusion pour ces derniers des nouveaux sous-groupes moléculaires. Après mastectomie, la radiothérapie réduit les taux de récurrence locale de 60 à 70%, en particulier en cas d'envahissement ganglionnaire. Parallèlement, elle augmente la probabilité de survie de 7 à 9%, comme l'a confirmé la méta-analyse de 2005. Afin d'éviter le sous-traitement chez les femmes âgées et de trop long délais d'attente après la chirurgie, plusieurs modalités d'irradiation hypofractionnée se sont développées depuis une quinzaine d'années. Trois essais randomisés ont confirmé avec un long suivi leur équivalence par rapport au traitement classique, permettant désormais leur utilisation en pratique quotidienne selon des critères bien définis. Depuis une dizaine d'années, plusieurs techniques d'irradiation partielle du sein ont également été développées, avec des volumes traités et des doses délivrées très variables. Les indications restent hétérogènes et des recommandations internationales tentent de les préciser. Des études complémentaires sont donc nécessaires pour les évaluer et leur utilisation ne devrait se faire que dans le cadre d'essais prospectifs.

© 2012 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

Postoperative radiotherapy remains essential in breast cancer in 2012. After conserving surgery, it reduces local recurrence risks from 50 to 70%, both for ductal carcinoma in situ and invasive cancers. This was confirmed in several randomized trials and three meta-analyses. The boost increases local control in invasive cancers, but its role should be better defined in ductal carcinoma in situ. Among the latter, there is no clearly identified subgroup for which radiotherapy could be avoided. Local recurrence risk factors are now well-identified both for ductal carcinoma in situ and invasive cancers, with an inclusion, for the latter, of new molecular subgroups. After mastectomy, radiotherapy reduces local recurrence rates from 60 to 70%, especially among patients with axillary nodal involvement, with, in parallel, a 7 to 9% increased survival rate. In order to reduce the waiting list and to avoid under treatment, especially in the elderly, several hypofractionated radiotherapy schemes have been developed for several years. Three randomized trials confirmed similar results to classical radiotherapy. For ten years, several techniques of partial breast irradiation have been developed, with various doses and treated volumes. The optimal indications should be defined according to the new international guidelines.

© 2012 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### 1. Introduction

La radiothérapie postopératoire joue un rôle majeur dans le contrôle local pour les cancers in situ comme l'ont confirmé plusieurs essais randomisés et une récente méta-analyse, avec une

Adresse e-mail : [bcutuli@iccreims.fr](mailto:bcutuli@iccreims.fr)

réduction d'environ 50 % du nombre des récurrences locales in situ et infiltrantes [1–4]. Pour les cancers infiltrants, on observe le même bénéfice de taux de contrôle local et de plus, à long terme, une augmentation des probabilités de survie spécifique et de survie globale, tant après chirurgie conservatrice qu'après mastectomie [5–11].

Cet article propose une synthèse des indications de la radiothérapie dans le cancer du sein en 2012, en tenant compte de l'évolution du mode de présentation des tumeurs mammaires, (influence du dépistage et du vieillissement de la population), des évolutions techniques ainsi que des nouvelles modalités d'irradiation récemment proposées (hypofractionnement/irradiation partielle du sein). Il ne traitera en revanche pas des interactions avec les traitements systémiques, qui feront l'objet d'une analyse spécifique ultérieure.

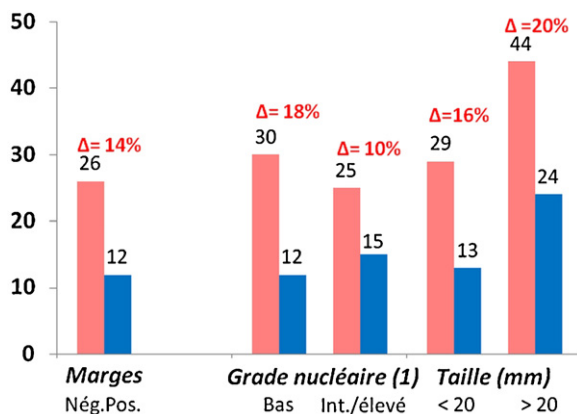
## 2. Cancers in situ

Depuis la généralisation du dépistage mammographique, les cancers canaux in situ représentent environ 15 % à 20 % des cancers du sein [12,13].

### 2.1. Essais randomisés

Quatre essais randomisés et une méta-analyse récente ont confirmé qu'après chirurgie conservatrice pour un cancer canalaire in situ, la radiothérapie réduit le risque de récurrence locale d'environ 50 %, quels que soient la taille lésionnelle, le grade, l'âge, l'état des berges de résections et la taille de la marge [4,14–18]. Cette réduction du risque de récurrence locale concerne les cancers in situ et invasifs (Fig. 1). Globalement, on ne peut pas encore mettre en évidence un bénéfice en termes de survie spécifique, mais quelques études montrent clairement une augmentation importante du risque relatif de survenue de métastases (ou de décès) après récurrence locale invasive [19,20].

Ces quatre essais randomisés ont utilisé une irradiation mammaire classique de 50 Gy en 25 fractions, sans complément d'irradiation dans le lit tumoral (*boost*). Cependant, dans toutes les études rétrospectives, on observe que dans la pratique ce complément est délivré dans 50 à 75 % des cas, à doses comprises entre 10 et 20 Gy et avec des modalités techniques très variables [12,15]. Actuellement, deux études sont conduites pour évaluer plus précisément l'impact d'un complément de 16 Gy en huit fractions, comme pour les cancers infiltrants à la suite des données de l'essai



**Fig. 1.** Impact de la radiothérapie sur le taux de récurrence locale à dix ans après chirurgie conservatrice dans les cancers canaux in situ. Données de la méta-analyse en fonction de l'état des marges, du grade nucléaire et de la taille tumorale [4]. NB : le taux global de récurrence locale passe de 28,1 % sans radiothérapie à 12,9 % avec radiothérapie. (1) patientes avec marges saines; ■ : sans radiothérapie; ■ : avec radiothérapie.

de l'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) [21].

### 2.2. Éventuelle omission de l'irradiation

Parallèlement, d'autres études ont essayé d'individualiser des patientes « à bas risque de récurrence locale » pour lesquelles la radiothérapie pouvait être éventuellement omise [16,17,22]. On sait depuis plusieurs années que les deux principaux facteurs de récurrence locale après traitement conservateur pour un cancer canalaire in situ sont un âge ne dépassant pas 40 ans et une marge d'exérèse de moins de 2 mm (voir moins de 1 mm pour certaines études). Le haut grade nucléaire, le sous-type comédocarcinome (avec nécrose) et une taille lésionnelle de plus de 2 cm semblent aussi augmenter le risque de récurrence locale, même si celle-ci n'est pas rapportée dans bon nombre de cas dans diverses études [3,4,23].

Silverstein et son équipe avaient déjà essayé d'établir un score (*Van Nuys prognostic score*) à partir de données rétrospectives pour essayer de définir une population à « bas risque » pouvant éventuellement ne pas recevoir de radiothérapie complémentaire après chirurgie conservatrice. Une marge d'exérèse d'au moins 10 mm était le « facteur protecteur » principal, mais cela est souvent irréalisable en pratique [13]. En effet, dans l'étude multicentrique française PRACCIS (Observatoire national sur les cancers canaux in situ conduit en 2003–2004 et ayant inclus 1289 patientes), seules 15 % des patientes traitées par chirurgie conservatrice avaient pu avoir une telle marge d'exérèse. La majorité des marges étaient comprises entre 3 et 10 mm et 32 % étaient de moins de 3 mm [12].

Dans la majorité des études rétrospectives ayant inclus des patientes traitées par chirurgie conservatrice exclusive, les taux de récurrence locale (dont environ 50 % invasives) avoisinaient les 25 % à sept ans [3,4].

Une étude plus « sélective » a été conduite par l'Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) [22]. Il s'agissait d'un enregistrement multicentrique et prospectif de deux groupes de patientes entre 1997 et 2002, considérées respectivement à « bas risque » (cancer canalaire in situ de grade 1 ou 2, de moins de 2,5 cm) ou à « risque intermédiaire » (cancers canaux in situ de grade 3, ne dépassant pas 1 cm). Au total, 670 patientes ont été incluses.

Dans tous les cas, la marge d'exérèse minimale exigée était de 3 mm. De plus, une mammographie postopératoire systématique était réalisée, de même qu'une relecture centralisée des lames. Dans la pratique, il y a eu une sélection des patientes bien plus restrictive, car la taille médiane des lésions incluses dans les deux groupes a été seulement respectivement de 5 et 6 mm, chez des patientes d'âge médian de 60 ans et avec dans 83 % des cas une exérèse à plus de 5 mm (dont 50 % à 1 cm ou plus). Pour ces patientes extrêmement sélectionnées, avec un recul de sept ans, on retrouvait un taux de récurrence locale de 10,5 % parmi les 565 à « bas risque » et 18 % parmi les 105 à « risque intermédiaire », avec respectivement 53 % et 35 % de récurrences locales invasives. Toujours dans les deux mêmes sous-groupes, 14 % (7/49) et 29 % (5/17) des patientes ont dû recevoir une chimiothérapie pour leur récurrence locale invasive.

Il faut enfin rappeler que la récurrence invasive peut transformer le pronostic d'un cancer canalaire in situ avec un risque d'évolution métastatique ultérieure de 12 à 15 % [19,20].

L'actualisation cumulée des deux essais américains du National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP) B17 et B24 a montré que la survenue d'une récurrence invasive multipliait par 1,75 le risque relatif de décès [2].

### 2.3. Recommandations actuelles

La radiothérapie reste donc le standard après chirurgie conservatrice au vu des données de la littérature [3,4,15]. Deux publications semblent par ailleurs montrer qu'une irradiation

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2118143>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2118143>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)