




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Article original

Traitement locorégional du cancer du sein inflammatoire après chimiothérapie néoadjuvante[☆]

Management of inflammatory breast cancer after neo-adjuvant chemotherapy

S. Abrous-Anane^a, A. Savignoni^b, C. Daveau^a, J.-Y. Pierga^c, C. Gautier^b, F. Reyald^d,
 R. Dendale^a, F. Campana^a, Y. Kirova^a, A. Fourquet^a, M.-A. Bollet^{a,*}

^a Service d'onco-radiothérapie, institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75005 Paris cedex 05, France

^b Service de biostatistique, institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75248 Paris cedex 05, France

^c Service d'oncologie médicale, institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75248 Paris cedex 05, France

^d Service de chirurgie, institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75248 Paris cedex 05, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 16 juin 2010

Reçu sous la forme révisée

13 janvier 2011

Accepté le 26 janvier 2011

Disponible sur Internet le 5 août 2011

Mots clés :

Cancer du sein inflammatoire

Traitement locorégional

Chimiothérapie néoadjuvante

Radiothérapie

Chirurgie

Keywords:

Inflammatory breast cancer

Locoregional treatment

Neo-adjuvant chemotherapy

Radiotherapy

Surgery

R É S U M É

Objectif de l'étude. – Évaluer le bénéfice de la chirurgie mammaire chez les patientes traitées pour un cancer du sein inflammatoire.

Patientes et méthodes. – Cette étude rétrospective a été basée sur 232 patientes traitées pour des cancers du sein inflammatoire. Toutes les patientes ont reçu une chimiothérapie première suivie soit de radiothérapie exclusive (118 patientes, 51 %) soit de chirurgie avec ou sans radiothérapie (114 patientes, 49 %). La durée médiane de surveillance était de 11 ans.

Résultats. – Les deux groupes étaient comparables en dehors de l'existence d'un plus petit nombre de tumeurs de moins de 70 mm (43 % contre 33 %, $p=0,003$), un plus grand taux de tumeurs classées N2 cliniquement (15 % contre 5 %, $p=0,04$) et un plus petit nombre de tumeurs de grade 3 (46 % contre 61 %, $p<0,05$) dans celui qui n'a pas été opéré. L'ajout de la chirurgie a été associé à une augmentation significative du taux de contrôle local ($p=0,04$), mais sans différence significative en termes de survie globale, ni de survie sans maladie. La toxicité tardive n'était pas significativement différente entre les deux groupes de traitement, hormis le fait qu'il y avait plus de fibroses lorsque les patientes ont été irradiées ($p<0,0001$) et plus de lymphœdèmes lorsqu'elles ont été opérées ($p=0,002$).

Conclusion. – L'analyse des résultats indique que la chirurgie associée à la chimiothérapie et à la radiothérapie augmente le taux de contrôle local chez les patientes traitées pour un cancer du sein inflammatoire.

© 2011 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Purpose. – To assess the benefit of breast surgery for inflammatory breast cancer.

Patients and methods. – This retrospective series was based on 232 patients treated for inflammatory breast cancer. All patients received primary chemotherapy followed by either exclusive radiotherapy (118 patients, 51%) or surgery with or without radiotherapy (114 patients, 49%). The median follow-up was 11 years.

Results. – The two groups were comparable apart from fewer tumors smaller than 70 mm (43% vs 33%, $P=0.003$), a higher rate of clinical stage N2 (15% vs 5%, $P=0.04$) and fewer histopathological grade 3 tumors (46% vs 61%, $P<0.05$) in the no-surgery group. The addition of surgery was associated with a significant improvement in locoregional disease control ($P=0.04$) but with no significant difference in overall survival rates or disease-free intervals. Late toxicities were not significantly different between the two treatment groups except for a higher rate of fibrosis in the no-surgery group ($P<0.0001$), and more lymphedema in the surgery group ($P=0.002$).

[☆] La version originale de cet article a été publiée en anglais dans la revue *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011;15;79(4):1055–63 et adaptée avec l'aimable autorisation de la rédaction.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marc.bollet@curie.net (M.-A. Bollet).

Conclusion. – Our data suggest an improvement in locoregional control in patients treated by surgery, in conjunction with chemotherapy and radiotherapy, for inflammatory breast cancer.

© 2011 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le cancer du sein inflammatoire est défini par l'Union internationale contre le cancer (UICC) comme une entité clinico-pathologique caractérisée par un érythème diffus et un œdème ou peau d'orange, souvent sans masse palpable. C'est une forme relativement rare (seulement 2% de tous les cancers du sein aux États-Unis), mais dont l'incidence augmente considérablement [1–3]. Le traitement de cette forme considérée comme la plus agressive des cancers du sein (durée médiane de survie moins de trois ans [2]) a beaucoup évolué les trois dernières décennies [4–6]. Des tentatives anciennes pour contrôler la maladie avec seulement la radiothérapie, avec ou sans chirurgie, n'ont eu qu'un impact minime sur la survie [6] et ont conduit à la conclusion que la majorité de ces patientes avaient des micrométastases au moment du diagnostic. La chimiothérapie néoadjuvante est devenue ainsi le pilier du traitement et a réussi, non seulement à améliorer la réduction de la taille tumorale et le taux de contrôle local, mais aussi à augmenter les taux de survie [2,7–12,12] (question débattue par certains auteurs [13]). Cette nouvelle situation où la dissémination à distance est mieux contrôlée conduit à se reposer la question du contrôle local et le bénéfice de la chirurgie reste toujours débattu [14–19]. Des essais randomisés spécifiquement dédiés à répondre à cette question sont difficiles à réaliser en raison de la rareté de cette maladie, et les démarches guidant le traitement sont basées sur des déductions à partir de séries rétrospectives publiées qui ont tenté de dicter la meilleure démarche thérapeutique. C'est en raison de ce manque de données que nous avons décidé d'entreprendre ce travail, en analysant une large série rétrospective de patientes consécutives qui ont été traitées à l'institut Curie pour un cancer du sein inflammatoire non métastatique. L'objectif était de clarifier la place de la chirurgie en comparant les taux de contrôle local et de survie chez les patientes qui ont eu une chirurgie mammaire après chimiothérapie néoadjuvante et chez celles qui n'en ont pas eu (traitées exclusivement par irradiation). Une attention particulière a été portée au sous-groupe de patientes dont les tumeurs ont bien répondu à la chimiothérapie.

2. Patientes et méthodes

2.1. Caractéristiques des patientes et traitement

Entre le premier janvier 1985 et le 31 décembre 1999, plus de 13 180 patientes ont été prises en charge pour un cancer du sein non métastatique à l'institut Curie, 280 (2%) ont été traitées avec intention curative pour un cancer du sein inflammatoire, la maladie a été diagnostiquée cliniquement par la présence d'érythème diffus, chaleur et rougeur, la confirmation anatomopathologique a été obtenue chez toutes les patientes soit par aspiration à l'aiguille fine soit par biopsie avant traitement. La maladie a été classée selon la sixième édition de la classification de l'UICC [20]. Cette étude rétrospective a été basée sur les 232 patientes indemnes d'atteinte ganglionnaire sus-claviculaire homolatérale, car ces patientes étaient considérées comme atteintes de métastases dans la précédente édition de la classification de l'UICC.

2.2. Chimiothérapie néoadjuvante et évaluation de la réponse

Toutes les patientes ont reçu une chimiothérapie néoadjuvante de trois à six cycles, administrés toutes les trois semaines. Toutes

les patientes ont reçu une chimiothérapie à base d'anthracyclines, de cyclophosphamide et de 5-fluoro-uracile. Soixante-six patientes (28%) ont reçu une chimiothérapie intensifiée avec Granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) et autogreffe [21,22]; sept patientes (6%) dans le groupe sans chirurgie, 58 (51%) dans le groupe opéré. Cinquante-quatre patientes (20%) ont reçu quatre cycles d'AVCF (doxorubicine, vindesine, cyclophosphamide et 5-fluoro-uracile) avant la chimioradiothérapie concomitante [23].

En 1997, le docetaxel a été introduit chez un petit nombre de patientes : 34 patientes (16%) ont reçu cet agent, trois (3%) dans le groupe non opéré, 31 (29%) dans le groupe opéré [24].

La réponse clinique à la chimiothérapie néoadjuvante a été évaluée selon les critères définis par l'UICC. La réponse tumorale a été évaluée cliniquement ou par imagerie (échographie ou mammographie). La réponse tumorale a été considérée complète lorsqu'il ne persistait ni tumeur palpable ni signe inflammatoire au niveau du sein, partielle lorsque la réduction de taille tumorale (mesure des deux plus grands diamètres perpendiculaires) était de plus de 50%, mineure lorsque la réduction de taille était de moins de 50%. La stabilité de la maladie a été définie par un non-changement des dimensions, et la progression de la maladie comme une augmentation de taille d'au moins 25%.

La dose de radiothérapie a été prescrite à mi-épaisseur du sein, selon les recommandations du rapport 50 de l'International Commission on Radiation Units and Measurements (ICRU) [25]; une radiothérapie standard consistait délivrer dans la glande dans sa totalité 54 Gy en 27 fractions, à raison de cinq fractions par semaine, ou dans la paroi 50 Gy en 25 fractions, puis un *boost* du lit tumoral dans le cas d'une chirurgie conservatrice pour une dose totale de 70–75 Gy. La chaîne mammaire interne (dans les trois premiers espaces intercostaux) et les aires sus- et sous-claviculaires ont reçu 46–50 Gy à raison de 2 Gy par fraction dans les deux groupes. L'aisselle a reçu 46–50 Gy à raison de 2 Gy par fraction lorsqu'il n'y avait pas eu de curage axillaire ou lorsque ce curage avait montré un envahissement tumoral massif.

En cas de chirurgie, le principal objectif était de réaliser l'exérèse de tous les sites tumoraux avec des marges chirurgicales de plus de 3 mm. L'étendue de la chirurgie était déterminée par le chirurgien, elle pouvait aller d'une chirurgie conservatrice à une mastectomie radicale. Le muscle pectoral a été conservé. Le curage axillaire était toujours recommandé et se limitait aux deux relais axillaires inférieurs. Toutes les patientes devant avoir une radiothérapie au décours de la mastectomie, la reconstruction mammaire immédiate n'était pas recommandée.

Les modalités du traitement locorégional ont évolué durant la période de notre étude. Deux approches différentes peuvent être distinguées : la radiothérapie exclusive du sein et des aires ganglionnaires (radiothérapie exclusive) et la chirurgie mammaire avec ou sans radiothérapie locorégionale. Le choix entre les deux stratégies dépendait à la fois des préférences du médecin et de la réponse à la chimiothérapie néoadjuvante. Cependant, le décideur majeur était la période du traitement, avec un tournant marqué limitant l'utilisation de radiothérapie exclusive. Dans les premières années (approximativement avant 1991), les patientes étaient exclusivement irradiées lorsque la maladie demeurait inopérable après la chimiothérapie ; ou dans certains cas lorsqu'il y avait une réponse complète au traitement néoadjuvant. Plus récemment (depuis 1991), le traitement multimodal est devenu le standard

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2118683>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2118683>

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