



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Prise en charge des carcinomes mammaires in situ : surtraitement ? Peut-on faire moins ?



Mammary ductal carcinoma in situ: A possible overtreatment? Can we do less?

Bruno Cutuli

Institut du cancer Courlancy, 38, rue du Courlancy, 51100 Reims, France

Reçu le 30 mars 2018 ; accepté le 3 avril 2018

Disponible sur Internet le 21 avril 2018

MOTS CLÉS

Cancer canalaire in situ ;
CCIS ;
Traitement ;
Chirurgie ;
Radiothérapie ;
Récidive locale ;
Surtraitement ;
Sous traitement

Résumé Les carcinomes canauxaires in situ représentent désormais environ 15 % des cancers du sein. Ils constituent la première étape de la cancérisation mammaire et évoluent dans une grande majorité des cas vers un cancer invasif, mais avec des délais et des potentiels évolutifs variables. Compte tenu de l'extension et/ou de la multicentricité, la mastectomie reste nécessaire dans environ 30 % des cas. La chirurgie conservatrice seule conduit, même pour des cas très sélectionnés (bas grade, petite taille, résection complète), à des taux de récurrence locale de 15 à 20 %, dont la moitié invasive. Ces dernières peuvent être potentiellement létales dans 15 % des cas. L'adjonction de la radiothérapie réduit le risque de récurrence locale d'environ 50 %, comme l'ont confirmé quatre essais randomisés et deux méta-analyses. Les facteurs de risque de récurrence locale sont cliniques, histopathologiques et/ou liés aux traitements. Afin d'éviter un possible surtraitement plusieurs études de « désescalade thérapeutique » sont en cours, essayant de sélectionner des lésions à très bas risque évolutif en intégrant certains paramètres moléculaires. Il faut toutefois rester très prudent et trouver un équilibre afin d'éviter également un sous traitement pour une maladie quasi totalement guérissable à son début par un traitement optimal.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresse e-mail : bcutuli@iccreims.fr

<https://doi.org/10.1016/j.femme.2018.04.001>

1776-9817/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Ductal carcinoma in situ;
DCIS;
Treatment;
Surgery;
Radiotherapy;
Local recurrence;
Overtreatment;
Undertreatment

Summary Ductal carcinoma in situ represents now approximately 15% of all breast cancers. Ductal carcinoma in situ is the first step of breast cancer development and evolves in a majority of the cases to invasive breast cancer, but with various delays and aggressiveness. Due to extension and/or multicentricity, mastectomy is still necessary in 30% of the cases. Even in very selected cases (low grade, small size, free margins), breast-conserving surgery alone gives a 15 to 20% long-term local recurrence rate, half of them invasive. These invasive local recurrences can give a 12 to 15% long-term metastasis rate. Radiotherapy after breast conserving surgery halves the local recurrence risk, as demonstrated by four randomized trials and two meta-analyses. The local recurrence risk factors are clinical, histopathological and/or treatment-related. In order to avoid "overtreatment", several studies now try to select lesions with very low local recurrence risk, integrating some molecular parameters. However, we must be cautious to avoid "undertreatment" for an almost completely curable disease with an optimal treatment at the beginning.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Rappels**Fréquence et signification**

Grâce au développement du dépistage mammographique, les carcinomes canauxaires in situ représentent désormais 12 à 18 % de l'ensemble des cancers du sein. Les carcinomes canauxaires in situ correspondent à la première étape de la cancérisation mammaire, à mi-chemin entre l'hyperplasie canalaire atypique et le cancer invasif [1]. Leur morphologie est variable (architecture, grade, présence de nécrose), de même que leur potentiel évolutif ; mais on considère qu'à très long terme, environ 50 % des carcinomes canauxaires in situ, même de bas grade, progresseront vers un cancer invasif, ce qui change totalement le pronostic [2].

Évolution des traitements

Jusqu'aux années 1980, la mastectomie était le traitement de référence, permettant un contrôle local dans approximativement 98 % des cas. En raison de l'extension lésionnelle, de la multifocalité et/ou multicentricité et parfois du choix de la patiente la mastectomie est encore pratiquée dans environ 30 % des cas [1]. Cela a été confirmé par des données françaises (31 % dans l'observatoire national Praccis de 2003–2004, ayant inclus 1289 patientes) et internationales, avec des pourcentages pouvant aller jusqu'à 40–45 % dans certaines séries américaines et néerlandaises (avec des taux de reconstruction immédiate très variables) [1,3].

Avec la découverte progressive de lésions infracliniques de très petite taille, plusieurs auteurs ont proposé une chirurgie conservatrice exclusive, mais toutes les séries ont montré des taux de récurrence locale à 8–10 ans de l'ordre de 20 à 35 %, dont la moitié environ sous forme invasive [4,5]. Par conséquent, la radiothérapie a été ensuite incluse dans le traitement comme pour les cancers infiltrants [6].

Résultats des essais randomisés et des méta-analyses

Malgré de nombreuses études rétrospectives ayant montré une réduction du taux de récurrences locales avec l'adjonction de la radiothérapie après chirurgie conservatrice, son

intérêt est resté très longtemps débattu. Quatre essais randomisés ayant inclus environ 4500 patientes entre 1985 et 1999 ont permis d'apporter des données plus précises, avec un recul médian de plus de 10 ans en moyenne (Tableaux 1 et 2) [7].

L'essai américain NSABP B-17 a inclus 818 patientes. Avec 17 ans de recul, le taux de récurrence locale a été réduit de 35 à 20 % par la radiothérapie (de 20 à 11 % pour les récurrences locales invasives) [8]. L'essai européen de l'European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) a montré, avec un recul de près de 16 ans, des résultats très similaires, avec une réduction globale des récurrences locales de 30 à 17 % (de 15 à 9,5 % pour les récurrences locales invasives) [9]. L'essai suédois (SWE-DCIS) a également montré avec presque 20 ans de recul une réduction des récurrences locales de 32 à 18 % [10]. Le bénéfice de la radiothérapie a enfin été confirmé de façon encore plus importante dans l'essai anglo-australonéozélandais, avec une réduction des récurrences locales à 12,7 ans de 26 à 9 % par l'adjonction de la radiothérapie [11]. Tous les essais ont donc confirmé que la radiothérapie permet une réduction des récurrences locales d'environ 50 %, tant in situ qu'invasives. L'essai UK-ANZ DCIS était particulier car il incluait surtout des patientes de plus de 50 ans, issues du dépistage, et a utilisé un plan factoriel 2 × 2 de façon à évaluer en même temps l'impact du tamoxifène [11].

En 2010, la méta-analyse de l'Early Breast Cancer Trialist Collaborative Group d'Oxford (EBCTCG) a confirmé une réduction absolue de 15,2 % du taux de récurrence locale à 10 ans par l'adjonction de la radiothérapie après une chirurgie conservatrice (12,9 % contre 28,1 %, log rank $2p < 0,0001$) [12]. Ce bénéfice était présent quelles que soient les caractéristiques lésionnelles (grade/marges/taille), le mode de diagnostic (clinique ou radiologique), le type de chirurgie (quadrantectomie ou tumorectomie) et l'âge (avec un bénéfice plus important pour les femmes de plus de 50 ans). Même dans un sous-groupe de 291 patientes considérées à « bas risque » (lésions d'au plus 20 mm, de bas grade et avec exérèse complète), le bénéfice absolu de la radiothérapie restait de 18 %, avec une réduction du risque de récurrence locale de 30 à 12 % ($2p = 0,002$). Cette étude a également confirmé que le taux de cancer du sein controlatéral à 10 ans était similaire dans les deux groupes : 5,1 % pour le groupe

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8606653>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8606653>

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