

Radiothérapie des cancers du sein inflammatoires

Pauline Jardel^{1,8}, Zenab Alami^{2,8}, Stéphane Vignot³, Anne Creisson⁴, Serge Danhier⁵, Julien Geffrelot⁵, Christelle Levy⁵, Emmanuel Kammerer⁵, Jean François Lebrun⁶, Juliette Thariat^{5,7}

Reçu le 14 septembre 2017
Accepté le 14 décembre 2017
Disponible sur internet le :

1. Centre intégré universitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean, service de radio-oncologie, 305, rue Saint-Vallier, G7H5H6 Chicoutimi, Québec, Canada
2. Centre hospitalier Hrazem, service de radiothérapie-curiethérapie, médecine interne, BP:1835 Atlas, avenue Hassan II, Fès, Maroc
3. Médicale institut Jean-Godinot, service d'oncologie, avenue Koenig, 51100 Reims, France
4. Centre Antoine-Lacassagne, service d'oncologie, 33, avenue Valombrose, 06189 Nice, France
5. Centre de lutte contre le cancer François-Baclesse, service de radiothérapie, 3, avenue du Général-Harris, 14000 Caen, France
6. Centre de lutte contre le cancer François-Baclesse, service de gynécologie et d'obstétrique, 3, avenue du Général-Harris, 14000 Caen, France
7. Normandie université, laboratoire de physique corpusculaire, IN2P3/ENSICAEN, UMR6534, Unicaen, boulevard du Marechal-Juin, 14050 Caen, France

Correspondance :

Juliette Thariat, Centre de lutte contre le cancer François-Baclesse, service de radiothérapie, 3, avenue du Général-Harris, 14000 Caen, France.
jthariat@gmail.com

Mots clés

Cancer du sein
inflammatoire
Radiothérapie
Mastectomie
Fractionnement

■ Résumé

Introduction > Le cancer du sein inflammatoire représente 1 à 5 % des cancers du sein. Il est de mauvais pronostic : le risque est accru de développer des métastases par rapport aux cancers du sein non inflammatoires. Le traitement est multimodal. Nous avons évalué la radiothérapie, ses indications, la technique et son impact en termes de contrôle local et de survie globale selon les protocoles.

Méthode > Les séries de la littérature comportant plus de 40 patientes ayant été irradiées pour cancer du sein inflammatoire à partir de 1995 ont été analysées.

Résultats > La chimiothérapie était toujours délivrée en premier. La radiothérapie adjuvante à la chirurgie permettait d'obtenir des taux à 5 ans de contrôle local de 63 à 92 % et de survie globale de 51 à 64 %. Sans chirurgie, le contrôle local avec radiothérapie était d'environ 65 % et la survie globale de 38 % à 10 ans. En radio-chimiothérapie, les études étaient très hétérogènes. Les modalités de la radiothérapie ont été détaillées avec les doses et fractionnement, volumes-cibles et les protocoles techniques (dont les bolus).

Conclusion > Le traitement actuel est une prise en charge multimodale intégrant systématiquement la radiothérapie avec une évaluation de la réponse tumorale pour maximiser les possibilités chirurgicales.

⁸ Co premières auteures.

Keywords

Inflammatory breast cancer
Radiation therapy
Mastectomy
Fractionation

Summary

Radiation therapy in inflammatory breast cancer

Background > Inflammatory breast cancer accounts for 1–5% of all breast cancers. It is associated with a poor prognosis, because of an increased risk to develop metastases in comparison with all breast malignancies. The treatment is multimodal. We have evaluated the role of radiotherapy: indications, techniques and impact for local control and overall survival.

Method > The series of the literature with more than 40 patients irradiated for inflammatory breast cancer published since 1995 were analyzed.

Results > Chemotherapy was always delivered first. Adjuvant radiotherapy was associated with local control and overall survival at 10 years of 63–92% and 51–64 respectively. Without surgery, local control was 65% and overall survival 38% at 10 years. Results of concomitant radiochemotherapy were reported: the studies were heterogenous. Modalities of radiotherapy were detailed with respect to dose and fractionation, target-volumes and technical considerations (including bolus).

Conclusion > The multimodal strategy comprises systematically radiotherapy with an evaluation of tumor response to maximise resectability.

Introduction

Le cancer du sein inflammatoire (CSI) est rare, représentant moins de 5 % de l'ensemble des cancers du sein [1,2]. Le taux de survie est corrélé au taux de contrôle locorégional. Fleming et al. rapportaient un taux de mortalité de 98 % en cas de récurrence locale [3]. Le taux de survie a été amélioré au cours des années avec le développement de traitements associant chimiothérapie néoadjuvante, chirurgie et radiothérapie et parfois biothérapies (thérapeutiques ciblées), hormonothérapie. À l'heure actuelle, la survie médiane est de 107 mois pour les stades non métastatiques recevant un traitement multimodal [4]. Les futurs progrès thérapeutiques devraient venir des développements des traitements systémiques, comprenant les thérapies ciblées [5]. La radiothérapie a sa place dans l'amélioration du taux de contrôle locorégional mais la technique reste peu standardisée dans le cadre particulier du cancer du sein inflammatoire. Nous regrouperons les résultats des études de radiothérapie dans les cancers du sein inflammatoires en détaillant les prescriptions et en discutant l'impact sur le contrôle local et la survie.

Agressivité tumorale

Le comportement clinique des cancers du sein inflammatoires, ainsi que leurs caractéristiques biologiques justifient que l'on considère un traitement renforcé dans cette catégorie des cancers du sein. Le diagnostic d'un cancer du sein inflammatoire est avant tout clinique : association d'un érythème mammaire diffus plus ou moins chaud et d'un œdème (aspect de peau d'orange) présent sur au moins un tiers de la surface de peau mammaire, d'apparition rapide. Une masse mammaire proprement dite n'est pas toujours palpable. Son pronostic est péjoratif, en raison

d'un risque important de diffusion métastatique rapide [2,6,7]. L'envahissement métastatique dès le diagnostic est élevé : de l'ordre de 80 % pour l'atteinte ganglionnaire et 30 % pour les métastases à distance [3,4,7]. Dans l'étude de cohorte de Matro et al. [4], les taux de survie globale à 5 et 10 ans étaient estimés respectivement à 62 et 47 % pour les stades sans métastases à distance, 28 et 18 % pour les stades IV. Les sites préférentiels de métastases pourraient différer selon que la présentation métastatique est initiale ou lors d'une récurrence. Le taux de lésions secondaires du système nerveux central atteignait 21 % pour les stades III en rechute contre 2 % pour les stades IV au diagnostic initial dans cette même étude [4].

Le cancer du sein inflammatoire est classé T4d selon la classification TNM depuis 1988 (tableau 1) [8].

L'inflammation visible est corrélée microscopiquement à la présence d'embolus tumoraux intra-dermiques. Leur absence sur le compte rendu histologique n'exclut cependant pas le diagnostic de cancer du sein inflammatoire, car il reste clinique. Le plus fréquent est le carcinome canalaire infiltrant, comme pour les cancers non inflammatoires [4]. Cependant, les cancers du sein inflammatoires sont souvent de grade histologique élevé avec une forte activité mitotique, une aneuploidie et une surexpression de la P53 et du REGF (récepteur au facteur de croissance épidermique, *Epidermal Growth Factor Receptor* [EGFR]). Les récepteurs hormonaux sont fréquemment négatifs (50–60 % des cas) [4], ce qui est un facteur de mauvais pronostic [9]. La surexpression de *Human Epidermal Growth Factor Receptor 2* (HER2) est plus fréquente que dans les cancers du sein non inflammatoires : de 31 à 52 % contre 20 à 30 %. Le phénotype triple négatif est davantage observé dans les cancers du sein inflammatoires : 26 % pour Matro et al. dans une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8785557>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8785557>

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