

Le traitement systémique

Le traitement systémique adjuvant a amélioré la survie sans récurrence et la survie globale après cancer du sein. Des recherches intenses sont en cours pour mieux comprendre les différentes cascades de l'oncogenèse et leurs failles, pour trouver des facteurs prédictifs afin de mieux définir le groupe de patientes pouvant bénéficier de tel ou tel traitement. Le choix est complexe et dépendra du stade et surtout des caractéristiques biologiques de la tumeur. Dans certains cas il est difficile d'évaluer le bénéfice potentiel d'une chimiothérapie.

Il s'agit de trouver pour chaque patiente le traitement le plus adapté, le plus efficace et le moins toxique.

Lors des colloques multidisciplinaires les oncologues médicaux, les chirurgiens sénologues, les radio-oncologues et les pathologistes évaluent la meilleure approche thérapeutique pour chaque patiente individuellement.

L'HORMONOTHÉRAPIE

Elle peut être administrée chez les patientes présentant une tumeur exprimant les récepteurs aux oestrogènes et/ou à la progestérone. Le choix de la classe de médicament dépendra des antécédents médicaux de la femme et de son état ménopausique.

En préménopause on proposera en général le tamoxifène pendant une durée minimale de 5 ans. Dans certains cas à risque de récurrence élevé, il peut être associé à la suppression de la fonction ovarienne.

En postménopause : les études ont montré un bénéfice des inhibiteurs de l'aromatase (IA) par rapport au tamoxifène chez des patientes avec un cancer du sein hormonosensible. Chez les patientes avec un cancer à très bas risque de récurrence, le tamoxifène reste toujours une bonne option thérapeutique.

Des études évaluant le bénéfice d'une prolongation de la durée du traitement hormonal au-delà de 5 ans suggèrent de le poursuivre dans de nombreux cas.

Un changement (switch) de tamoxifène pour un inhibiteur de l'aromatase peut être conseillé après 2 ans de traitement chez une patiente avec une ménopause prouvée.

Avant un traitement d'inhibiteur de l'aromatase, il est conseillé d'effectuer une densitométrie osseuse, de compléter la patiente en calcium et vitamine D, de conseiller l'activité physique, et, le cas échéant, d'évaluer l'indication à un traitement de biphosphonates ou de dénosumab chez les femmes en ménopause, naturelle ou artificielle.

LA CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE

Il existe divers régimes de chimiothérapie qui seront choisis selon le phénotype biologique de la tumeur, le risque de récurrence évalué et les comorbidités de la patiente. Actuellement il n'y a pas d'évidence certaine de la supériorité d'un régime par rapport à un autre et il n'existe pas de marqueurs prédictifs pour déterminer la réponse à telle ou telle chimiothérapie.

Dans le cas d'un carcinome mammaire triple négatif (récepteurs hormonaux et HER-2 négatifs) et dans le carcinome HER-2 positif, le bénéfice de la chimiothérapie ne fait pas de doute. Chez les patientes avec un carcinome hormono-sensible, l'indication est plus délicate. Ces patientes auront une hormonothérapie et le bénéfice apporté par la chimiothérapie sera moindre. Il s'agit alors d'évaluer le risque de récurrence à l'aide de certains facteurs (prolifération tumorale, grade, atteinte ganglionnaire, ...). Si celui-ci est élevé, une chimiothérapie sera proposée à la patiente avant l'hormonothérapie.

Loncotype DX et le Mammaprint sont deux « outils » qui apportent une aide décisive pour le traitement des cancers à risque intermédiaire de récurrence. La technique est basée sur un séquençage de gènes sur le matériel tumoral.

LE TRAITEMENT SYSTÉMIQUE NÉO-ADJUVANT

En cas de chimiothérapie néo-adjuvante ou primaire, le traitement systémique est administré avant la chirurgie. Cette approche est en général réservée aux cas pour lesquels on souhaite effectuer ou améliorer un traitement conservateur en diminuant la taille tumorale initiale. Elle a également l'avantage

de nous renseigner sur l'efficacité du traitement sur la tumeur in vivo. Avant un tel traitement il est impératif d'obtenir un diagnostic précis de la biologie tumorale par biopsie.

Dans le cas d'un cancer inflammatoire il est proposé d'effectuer une chimiothérapie avant toute chirurgie. Cette dernière devra, en général, être radicale. Si la tumeur est HER-2 positive, un traitement par trastuzumab sera administré en concomitance à la chimiothérapie.

Chez certaines patientes présentant des tumeurs exprimant fortement les récepteurs hormonaux, une hormonothérapie primaire peut parfois être proposée. S'il y a une réponse clinique objectivable, elle devrait être administrée pendant 4 à 6 mois avant le traitement chirurgical.

L'IMMUNOTHÉRAPIE ANTI-HER2

Chez les patientes avec un cancer HER-2 positif, le trastuzumab améliore la survie sans récurrence ainsi que la survie globale. En général le trastuzumab est administré en concomitance avec une chimiothérapie, puisque il y a un effet synergique entre les 2 traitements.

La plupart du temps le trastuzumab est donné à raison d'une injection toutes les 3 semaines pendant un an.

Avant et pendant ce traitement il convient d'effectuer une évaluation de la fonction cardiaque. En cas d'une diminution de la fraction d'éjection à moins de 50%, le trastuzumab ne devrait pas être administré.

D'autres produits tels que le pertuzumab et le TDM-1 ont été récemment introduits.

DES TRAITEMENTS PROMETTEURS

De nombreux progrès sont en cours, et les modalités thérapeutiques sont adaptées en fonction.

Grâce à la collaboration du Centre du Sein avec des groupes à la pointe de la recherche, les patientes auront accès à tous les médicaments approuvés dans l'indication « cancer du sein » dès l'autorisation d'emploi, ou parfois dans le cadre d'études surveillées par les autorités fédérales et cantonales.