

# Les cancers infiltrants de bon pronostic : trop ou pas assez ?

Moins d'irradiation, pas d'irradiation  
après traitement conservateur d'un cancer du sein  
*Less or no irradiation after breast cancer  
conservative treatment*

J.-M. Hannoun-Lévi

*Mots clés* : cancer du sein, récurrence, radiothérapie hypofractionnée, irradiation partielle

*Keywords*: breast cancer, recurrence, hypofractionnated radiation therapy, partial irradiation

## État des lieux

L'intérêt de l'irradiation postopératoire dans le traitement conservateur du cancer du sein bénéficie d'un niveau de preuve A. Néanmoins, si le taux de rechute locale est d'environ 10 % après radiothérapie postopératoire (RTPO), il est d'environ 30 % en absence d'irradiation. Il est donc possible qu'un sous-groupe de patiente présentant un cancer du sein localisé de stade précoce, ne tire pas de bénéfice significatif d'une RTPO. Il reste pour l'instant difficile de décrire avec précision les caractéristiques d'un tel sous-groupe.

*Notes*



## Pourquoi chercher à faire moins de radiothérapie ?

L'intérêt de diminuer les indications d'irradiation postopératoires peut se décliner sur trois points.

- 1) Amélioration de la qualité de vie pour des femmes en activité professionnelle, des femmes avec enfants ou personnes à charge ou des femmes retraitées ou âgées présentant des facteurs de comorbidité difficilement compatibles avec une irradiation conventionnelle de 66 Gy en 33 fractions.
- 2) Diminution du risque de la mortalité radio-induite essentiellement liée au risque cardio-vasculaire et au risque de second cancer (poumon) [1].
- 3) Réduction de la facture médico-économique.

## Pour quels cancers et quelles femmes pourrait-on ne pas faire de radiothérapie ?

Différents essais randomisés ont testé l'absence de RTPO pour des patientes considérées comme à faible risque de rechute locale (traitement antihormonal *vs* traitement antihormonal + RTPO). Tous ces essais confirment l'importance de cette irradiation en termes de contrôle local [2, 3]. Néanmoins, l'âge reste un point clef et c'est dans le sous-groupe des patientes ménopausées voire âgées de plus de 70 ans que la réflexion est le plus communément menée.

## Pour quels cancers pourrait-on faire moins de radiothérapie mammaire ?

Le niveau de preuve concernant l'intérêt d'un complément d'irradiation (*boost*) sur le lit tumoral de 10 à 16 Gy est de niveau A [4, 5]. Néanmoins, dans les protocoles d'irradiation hypofractionnée, l'absence de *boost* ne semble pas modifier

Notes

de façon significative le taux de contrôle local [6-8]. Les données concernant l'irradiation partielle et accélérée (IPAS) du sein arrivent petit à petit à maturation avec un niveau de preuve qui est actuellement B1 quelle que soit la technique considérée [9, 10].

## Conclusion

C'est probablement dans le groupe des patientes considérées comme « à faible risque » pour une IPAS que se trouvent les patientes qui pourraient ne pas avoir besoin de RTPO. L'IPAS peut être considérée aujourd'hui comme une réponse adaptée à cette incertitude de surtraitement entre une RTPO de 66 Gy et l'absence de RTPO.

## Références

1. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) (2005) Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 366: 2087-106.
2. Fyles AW, McCready DR, Manchul LA *et al.* (2004) Tamoxifen with or without breast irradiation in women 50 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med*. 351: 963-70
3. Hughes KS, Schnaper LA, Berry D *et al.* (2004) Cancer and Leukemia Group B ; Radiation Therapy Oncology Group ; Eastern Cooperative Oncology Group. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med* 351: 971-7
4. Bartelink H, Horiot JC, Poortmans PM *et al.* (2007) Impact of a higher radiation dose on local control and survival in breast-conserving therapy of early breast cancer: 10-year results of the randomized boost versus no boost EORTC 22881-10882 trial. *J Clin Oncol* 25: 3259-65
5. Romestaing P, Lehingue Y, Carrie C *et al.* (1997) Role of a 10-Gy boost in the conservative treatment of early breast cancer: results of a randomized clinical trial in Lyon, France. *J Clin Oncol* 15: 963-8
6. Whelan T, MacKenzie R, Julian J *et al.* (2002) Randomized trial of breast irradiation schedules after lumpectomy for women with lymph node-negative breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 94: 1143-50

Notes



7. START Trialists' Group, Bentzen SM, Agrawal RK, Aird EG *et al.* (2008) The UK Standardisation of Breast Radiotherapy (START) Trial A of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: a randomised trial. *Lancet Oncol* 9: 331-41
8. START Trialists' Group, Bentzen SM, Agrawal RK *et al.* (2008) The UK Standardisation of Breast Radiotherapy (START) Trial B of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: a randomised trial. *Lancet* 371: 1098-107
9. Vaidya JS, Joseph DJ, Tobias JS *et al.* (2010) Targeted intraoperative radiotherapy versus whole breast radiotherapy for breast cancer (TARGIT-A trial): an international, prospective, randomised, non-inferiority phase 3 trial. *Lancet* 376: 91
10. Smith BD, Arthur DW, Buchholz TA *et al.* (2009) Accelerated partial breast irradiation consensus statement from the American Society for Radiation Oncology (ASTRO). *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 74: 987-1001

L'auteur a déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt.

Notes

