



Le cancer du sein avancé

Ces journées ont été organisées mi-novembre dans la très belle cité des Papes, sous la direction de Daniel Serin et Gaëtan de Rauglaudre. Nous avons choisi quelques présentations, représentatives de ce congrès très pratique.

► Le traitement de la métastase osseuse

Nous avons eu droit à un show impressionnant (Afsih Gangi, Strasbourg) sur le traitement des métastases vertébrales avec de superbes cas cliniques très démonstratifs. Nous connaissons la vertébroplastie transcutanée, consolidation de la lacune osseuse par un ciment acrylique sous scopie, obtenant ainsi un effet antalgique rapide et durable. L'auteur nous a montré d'assez beaux exemples de destruction de la métastase par radiofréquence ou cryothérapie. La première utilise la chaleur (entre 60 et 90 °C) pour détruire les cellules tumorales, la deuxième les détruit par congélation (entre -20 et -40 °C). Cette deuxième technique a trois avantages par rapport à la précédente : d'une part, l'utilisation de plusieurs sondes parallèles permet de traiter de plus gros volumes, d'autre part la zone traitée apparaît parfaitement en scopie, ce qui permet de surveiller de façon fiable la progression de la destruction et, enfin, elle est moins algique, ce qui rend possible la réalisation sous simple sédation au lieu d'une anesthésie générale pour la radiofréquence. Quelle qu'elle soit, la destruction de la lésion secondaire doit être suivie d'une consolidation qui évitera les tassements secondaires. A. Gangi a utilisé, avec beaucoup d'humour, des comparaisons culinaires pour illustrer son propos : "Après la cuisson, il existe un ramollissement des tissus, imaginez l'osso-buco !" Lorsque la tumeur avoisine des tissus à risque tels que des

nerfs ou des vaisseaux (exemple impressionnant de la destruction d'une tumeur à proximité de l'aorte), l'auteur utilise des ballons ou du gaz carbonique pour écarter les tissus à risque, il peut même mettre en place des thermocouples qui mesurent la température en continue au cours de l'intervention.

La technique de décompression tumorale la plus récente (4 ans) utilise l'ionisation produite par des électrodes bipolaires en présence de sodium. La température locale atteint 70 °C alors que les tissus avoisinants sont à peine chauffés. Cette technique semble prometteuse dans les cas de compression tumorale, avancée et douloureuse, trop dépassée pour les autres solutions.

Cet éventail de techniques permet de répondre à toutes les situations, éventuellement en les combinant.

► Évolution du pronostic des patientes métastatiques sur plusieurs décennies

Thierry Delozier nous a présenté 4 110 patientes métastatiques, prises en charge au Centre François-Baclesse sur quatre décennies, entre 1973 et 2003. L'âge au moment de la découverte des métastases est stable, alors que les rechutes dans les premières années de surveillance diminuent. L'évolution de la prise en charge montre moins d'hormonothérapie isolée et plus de chimiothérapie. Il existe peu d'amélioration de la survie dans les périodes les plus récentes (12, 18 et 23 mois respectivement selon les décennies), cette amélioration étant plus nette chez les patientes n'ayant pas reçu de chimiothérapie, donc chez celles qui ont de meilleurs facteurs de pronostic (13, 21, 20 et > 43 mois).

En parallèle, Rémy Largillier nous a montré une série de 1 096 patientes métastatiques traitées au Centre Antoine-Lacassagne entre 1980 et 2005. L'amélioration de la survie globale en fonction de la décennie de prise en charge n'est retrouvée que chez les patientes RH+ (18, 23, 30, 28 et 32 mois), alors qu'elle est restée stable à 10 mois pour les patientes RH-.

► Le traitement chirurgical des métastases hépatiques

La métastase unique représente 10% des évolutions métastatiques et seules 10% de ces métastases uniques pourront bénéficier d'une chirurgie d'exérèse. Rémi Salmon nous a présenté la série de l'Institut Curie (90 patientes) qui ont bénéficié au cours de leur histoire de l'exérèse d'une métastase hépatique (parfois à plusieurs reprises). L'indication est posée à partir de quatre règles :

- la tumeur primitive doit être retirée ;
- la ou les métastases hépatiques doivent avoir régressé ou s'être stabilisées sous l'effet d'un traitement adjuvant (chimiothérapie ou hormonothérapie) ;

- le nombre de métastases doit être limité (maximum 3 à 5) ;

- il ne doit pas y avoir d'autre métastase viscérale en dehors de métastases osseuses.

La chirurgie des métastases hépatiques est une stratégie appliquée dans une option "adjuvante". Elle permet d'interrompre une chimiothérapie et de la relayer par une hormonothérapie. La survie est de 85% à 2 ans, 66% à 3 ans et 46% à 5 ans. Au cours de l'évolution, une récurrence hépatique ne survient que chez la moitié des patientes.

» B. de Lafontan, Toulouse

Après les grandes envolées lyriques thérapeutiques de ces dernières années, était-ce la froidure de novembre ou ce mistral "attilesque" s'infiltrant jusque dans la salle du Conclave (on a une pensée émue pour les pauvres Clément, Urbain, Iréné et al. ignorant les douceurs perpétrées par EDF-GDF hormis, certes, les coupures sauvages en pleine allocution pierre-marie-martinesque !) mais l'ambiance générale ressemblait étrangement au pouvoir d'achat des Français : morose. Il faut dire que le thème et les sujets traités – tumeurs avancées, métastases, soins palliatifs et fin de vie – n'invitent pas vraiment à une franche euphorie et nous saluons tout particulièrement notre grand Daniel Serin, ex-président de la SFSPM, de s'être attelé encore une fois à un sujet pas très gai-gai-gai et d'en avoir retiré la substantifique moelle... (métastatique ?).

► **Imagerie.** Dans ce domaine, point de grandes évolutions ni d'époustouflantes révolutions. Le bilan d'extension local bute toujours sur l'évaluation précise de la taille tumorale en fonction de la densité mammaire et du type tumoral, et l'IRM, si elle présente toujours une excellente sensibilité, reste un examen à double tranchant si la réalisation de prélèvements macrobiopsiques sur les prises de contraste isolées n'est pas accessible. L'échographie et la cytologie axillaire sont toujours de mises dans les suspicions d'invasissement ganglionnaire évitant les procédures "sentinelles" inutiles. L'évaluation de la réponse en néoadj (comme disent les djeunes !), après un bilan initial rigoureux, pêche aussi soit par un manque de sensibilité (densité mammaire, type tumoral), soit par une insuffisance liée à la technique (modification de la vascularisation tumorale chimio-induite en IRM) et une lueur semble poindre des nouveaux produits de contraste échographiques et IRM, mais études en cours... Pour paraphraser le grand roi Arthur dans *Kammelmott* : "Eh ben, là, on n'est pas encore sorti du sable !"

► **Pour le bilan d'extension, les métastases osseuses** restent toujours la localisation secondaire princeps, et même si la scintigraphie en est l'imagerie de prédilection, sa spécificité reste moyenne. La TDM présente une bonne sensibilité en fenêtre osseuse et l'IRM est performante dans la visualisation de l'infiltration médullaire. De gros espoirs s'orientent vers l'IRM de diffusion "corps entier" qui pourrait concurrencer le PET scan, l'irradiation en moins ! Études en cours...

► **Les métastases hépatiques** se définissent assidûment par échographie et TDM avec leurs éternelles limites (taille, lésions bénignes associées), mais l'échographie avec injection de contraste semble promettre une meilleure congruence diagnostique. Études en cours...

► **Dans les métastases pulmonaires**, la TDM exile lentement aux archives historiques la radiologie thoracique conventionnelle et dans les **métastases cérébrales et méningées** (en augmentation chez les patientes sous Herceptin®, en raison de l'imperméabilité thérapeutique de la barrière méningée à cette molécule), l'IRM est plus sensible que la TDM.

► **En ce qui concerne la stratégie diagnostique**, *nihil nove sub Bari sole* chez les patientes asymptomatiques (surveillance intensive stérile) et, en cas de signes d'appel, on utilisera l'examen le plus approprié à la localisation symptomatique. Et pourtant, au milieu de ces heures sombres, de véritables trompettes de Jéricho se sont époumonées en session plénière sous le titre obscur de **"Nanotechnologies"** ! Et Dieu me préserve des foudres de Marie-Christine Favrot (prêtresse initiatique de cette session) si, tel le journaliste moyen, je me vautre dans l'événementiel, le sensationnel, le *scoopissime*, car les applications de ces nouvelles technologies représentent un véritable séisme dans l'approche autant diagnostique que biologique et thérapeutique : imaginez le laboratoire de recherche de l'étage supérieur dont vous poussez les portes régulièrement, réduit à la taille d'un... sucre (*Lab-on-chip*) capable, à partir d'une simple goutte de sang, de vous donner toutes les indications biologiques et génétiques de votre patient ! Imaginez des traceurs appelés "capsules décorées" se fixant sur la cellule tumorale et capables de l'illuminer, la traquant dans les moindres recoins et guidant ainsi le geste chirurgical ! Imaginez

un ciblage parfait de molécules cytotoxiques sous la forme de nanomédicaments d'une taille 50 à 100 fois plus petite qu'un... globule rouge ! Imaginez une nanoparticule au "cœur d'or" s'accrochant électivement aux cellules tumorales et sensible aux infrarouges : on chauffe le tout et la tumeur seule est détruite ! Époustouffant n'est-il pas ? Et je ne peux résister à vous encourager à vous rendre sur le site de la Cité des Sciences et d'écouter la conférence de J.L. Pautrat sur :

"Les nanotechnologies : le monde de demain". Et pour les irréductibles sceptiques, sachez que le marché mondial des nanotechnologies représente actuellement 650 millions de dollars et sera de... 1 000 milliards de dollars en 2020 ! (Non, ce n'est pas une injure du capitaine Haddock, mais certainement la preuve de futurs profonds bouleversements !).

» M. Escoute, Avignon

Grand Prix Éditorial 2007 de la presse médicale et des professions de santé



Grand Prix Éditorial 2007
"La TZA au service de l'éthique médicale ?"



Claude Damour-Terrasson, le Pr Éric Caumes, rédacteur en chef de La Lettre de l'Infectiologie et le Pr André Grimaldi, lauréat du "Grand Prix Éditorial 2007"



1^{er} Prix 2007
dans la catégorie "Meilleur éditorial"
"Bienvenue au club ! Lettre ouverte à mes confrères ORL..."





Claude Damour-Terrasson et le Dr Thierry Vallot, lauréat du 1^{er} Prix 2007 "Meilleur éditorial"

Ce Grand Prix 2007

- nous encourage dans notre indépendance ;
- souligne la force de l'échange et la nécessité de la pluridisciplinarité de notre groupe de presse médicale spécialisée ;
- affirme haut et fort le droit d'expression de la presse.

Ensemble, nous sommes fiers et heureux !

Au nom de l'équipe Edimark Santé
Claudie DAMOUR-TERRASSON
Présidente

2^e Prix 2007
dans la catégorie
"Meilleur article de formation"
"Antalgiques : une palette encore méconnue"





Claude Damour-Terrasson et le Dr David Guigou, lauréat du 2^e Prix 2007 "Meilleur article de formation"

Reuves présélectionnées par le jury du Grand Prix de la presse médicale 2007 :

- La Lettre du Cancérologue
- La Lettre de l'Hépto-gastroentérologue
- La Lettre de l'Infectiologue
- La Lettre du Psychiatre

Nous faisons de votre spécialité notre spécialité

Edimark SAS - Datebe SAS - 2, rue Sainte-Marie - 92418 Courbevoie Cedex
Tél. : 01 46 67 63 00 - Fax : 01 46 67 63 10 - E-mail : contacts@edimark.fr - Site Internet : www.edimark.fr