

# **Cancer inflammatoire du sein**

## **Traitement, survie et récurrences**

**Huguette Nguele Meke**

### **Introduction**

Le cancer du sein est une maladie grave et fréquente qui touche une femme sur 11 au cours de sa vie et qui est diagnostiqué dans 25% des cas avant 50 ans et dans 30% des cas après 70 ans. En pratique, il est indiqué pour chaque patiente d'identifier les paramètres prédictifs d'évolution et d'adapter la thérapeutique à la gravité de la maladie. L'expression clinique du cancer du sein est très variable et son évolution imprévisible.

Ainsi, le cancer inflammatoire du sein est une forme particulière et rare décrit pour la première fois en 1924 par LEE et TANNENBAUM. Il est caractérisé essentiellement par sa présentation clinique et son extrême gravité. Il représente environ 1 à 5% des cancers du sein avec une fréquence variant selon les pays (élevée dans les pays du Maghreb notamment en Tunisie).

Sa définition est donc surtout clinique et la classification TNM des tumeurs malignes souligne la difficulté diagnostique. Le carcinome inflammatoire du sein est caractérisé par une induration cutanée diffuse, de consistance charnue à bords érysipéloïdes habituellement sans tumeurs palpable sous jacente classé au stade III B. Donc dans sa forme typique, le sein est augmenté de volume, lourd, chaud, tendu et il n'est pas toujours facile d'individualiser une masse palpable.

On a un pic de fréquence aux alentours de 50 ans et le pronostic péjoratif en général repose sur l'envahissement ganglionnaire, le volume de la tumeur et l'importance de l'œdème péri-tumoral. Ceci entraîne la mort de la plus part des patientes dans les 18 à 24 mois après le diagnostic.

Le taux de survie à 5 ans en général inférieur à 5% en l'absence de traitement combiné peut atteindre 30 à 50% avec les traitements associant chimiothérapie, chirurgie, et radiothérapie. Il ressort donc de ceci qu'il n'existe pas à l'heure actuelle pour le cancer inflammatoire du sein de traitement standard, le traitement locorégional seul, chirurgical ou radiothérapique étant un échec quasi constant. Par contre, la chimiothérapie première améliore significativement la survie avec cependant des résultats inférieurs aux autres cancers du sein non métastatiques. Il s'avère donc utile d'associer chimiothérapie néoadjuvante à un traitement local (radiothérapie) puis chirurgical.

Le but de ce travail est donc de déterminer, et de retrouver dans quelle approche thérapeutique on a le meilleur taux de survie et peu de récurrences, approche thérapeutique qui sera donc la plus indiquée en cas de cancer inflammatoire du sein.

### **Objectifs**

Notre objectif était de ressortir par une revue de la littérature la meilleure approche thérapeutique dans la prise en charge du cancer inflammatoire du sein c'est-à-dire celle qui donne le meilleur taux de survie et le moins de récurrences.

### **Méthodologie**

La revue de la littérature faite a permis d'identifier et de sélectionner des articles et les abstracts.

#### **Critères d'inclusions**

Les études portant sur les modalités thérapeutiques du cancer inflammatoires du sein ont été retenues.

### Critères d'exclusion

Les études autres, ne traitant pas des modalités thérapeutiques du cancer inflammatoire du sein

### Stratégie de recherche

Les études exploitées dans cette revue de la littérature ont été obtenues par recherche sur les sites Internet suivants :

- HINARY
- MEDLINE
- GOOGLE
- GFMER

Les mots clés de recherche étaient les suivants:

- Inflammatory breast cancer
- Treatment
- Survival
- Recurrence

### Résultats

La revue de la littérature nous a permis d'obtenir de nombreux articles dans un premier temps et après sélection en fonction du sujet qui nous intéresse nous en avons exclu beaucoup. Les études retenues couvrent la période allant de 1975 à 2003. Il s'agit d'études analytiques (rétrospectives, prospectives) portant sur les modalités thérapeutiques du cancer inflammatoire du sein. Dans les séries où s'est précisé, les femmes sont âgées de 24 à 75 ans, la plupart des séries retenant les femmes pré ménopausées et post-ménopausées. La taille des différents échantillons varie de 23 à 223 patientes. Les médicaments anti-cancéreux utilisés dans les différents séries comprennent : Cyclophosphamide, Epirubicine, Methotrexate, 5F uracile, Cysplatine, Doxorubicin. Les différents articles lus préconisent une approche thérapeutique multidisciplinaire combinant chimiothérapie, chirurgie (mastectomie), radiothérapie, combinaisons faites de diverses façons :

- Chimio néoadjuvante + chirurgie + radiothérapie + chimio adjuvante avec un taux de survie globale de 41% pour l'étude retenue
- Chimio néoadjuvante + chirurgie + chimio adjuvante avec un taux de survie à 5 ans de 64 %.
- Chimiothérapie + radiothérapie
- Chimio néoadjuvante + chirurgie + radiothérapie
- Chimio néoadjuvante + chirurgie + chimio adjuvante + radiothérapie

Tableau 1 : chimio néoadjuvante + chirurgie + RT + chimio adjuvante

Etude	Type	Echan-tillon	Survie à 5 ans	Survie à 10 ans	Récur-rences locales à 5 ans	Récur-rences distales à 10 ans	Remarques
Bertucci F Bone Marrow Trans 2004	Prospect-ive	74	41%				Age non précisé

Tableau 2 : chimio néoadjuvante + chirurgie + chimio adjuvante

Etude	Type	Echan- tillon	Survie à 5 ans	Survie à 10 ans	Récur- rences locales à 5 ans	Récur- rences distales à 10 ans	Remarques
Somlo G J Clin Oncol 2004	Rétro- spective	120	64%				Age non précisé

Tableau 3 : Chimiothérapie + radiothérapie

Etude	Type	Echan- tillon	Survie à 5 ans	Survie à 10 ans	Récur- rences locales à 5 ans	Récur- rences distales à 10 ans	Remarques
Palangie T Eur J Cancer 1994	Rétro- spective	223	41%	32%	25,5%	19%	Age >50 ans
Moore MP Arch Surg 1991	Rétro- spective	56	45%		34%		Age non précisé Médicaments utilisés non précisés

Tableau 4 : Chimio néoadjuvante + chirurgie + radiothérapie

Etude	Type	Echan- tillon	Survie à 5 ans	Survie à 10 ans	Récur- rences locales à 5 ans	Récur- rences distales à 10 ans	Remarques
Elenor ER Inter J Rad Onc Biol Phys 2003	Rétro- spective	54	56%		8%		Age moyen 48 ans 2 patientes n'ont pas bénéficié de mastectomie

Tableau 5 : Chimio néoadjuvante + chirurgie + chimio adjuvante + RT

Etude	Type	Echantillon	Survie à 5 ans	Survie à 10 ans	Récurrences locales à 5 ans	Récurrences distales à 10 ans	Remarques
Vahit Ozmen Eur J Cancer 2003	Rétrospective	23	30%		21,7%		13 patientes ménopausées 10 patientes post-ménopausées Age moyen : 44 ans (29-75) période d'étude : 1991-1997
Ueno NT Cancer Chemother Pharm 1997	Rétrospective	178		44%	20%	39%	L'âge des patients n'est pas donné

## Discussion

Avant 1988, les femmes atteintes de cancer inflammatoire du sein étaient traitées, généralement avec Cyclophosphamide, Methotrexate et 5Fu avec ou sans vincristine et prednisone. Après 1988, le Methotrexate a été remplacé par la doxorubicine améliorant ainsi la survie des patientes (1).

Le cancer inflammatoire du sein très agressif est caractérisé par sa progression rapide (2). La prise en charge multidisciplinaire de ce cancer a évolué c'est 30 dernière années et elle est actuellement bien séquencée avec une chimiothérapie néoadjuvante en première ligne de traitement (2). Le traitement locorégional incluant radiothérapie avec ou sans chirurgie joue un rôle primordial à la suite d'un traitement médical approprié (2). Dans les séries que nous avons retenues les modalités thérapeutiques consistaient en des combinaisons multidisciplinaires, associant chimiothérapie et traitement locorégional (chirurgie et/ou radiothérapie). La chimiothérapie peut être néoadjuvante et adjuvante, la première permettant de réduire la masse tumorale avant tout acte chirurgical.

De façon générale, le cancer du sein de la femme de moins de 35 ans donc de la femme jeune est rare et de moins bon pronostic (3). Avant 30 ans 1% de femmes sont atteintes et 6,5% entre 30 et 40 ans. Dans notre revue, l'âge des patientes varie de 24 à 75 ans étant bien entendu noté que les patientes les plus nombreuses sont pré ou post ménopausées. Le traitement consiste en général en une combinaison de chimiothérapie et radiothérapie associé à la chirurgie. La chimiothérapie le plus souvent néoadjuvante peut également dans la même combinaison être adjuvante. Après chimiothérapie d'induction, le traitement locorégional permet de diminuer le risque de récurrences locorégionales et peut aussi amener à réduire les doses administrées pour la radiothérapie. Bien que certains auteurs pensent que la chimiothérapie adjuvante améliore la survie des patientes son rôle reste tout de même controversé après un traitement locorégional.

Les taux de survie à 5 ans dans les séries exploitées varient en fonction des modalités de traitement entre 30 et 64%. Les récurrences retrouvées dans certaines études sont surtout locorégionales avec des taux variant de 8 à 34% en fonction des séries.

## Conclusion et limites de l'étude

Le cancer inflammatoire du sein est une maladie grave caractérisé par sa présentation clinique et son caractère agressif .Ce cancer est traité par une association de modalités combinant chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie. Ces variantes thérapeutiques ont été mises au point et améliorées sans cesse dans le but de prolonger la survie des patientes et de réduire les risques de récurrences. Les différentes études exploitées, sans déterminer de façon précise la combinaison la plus efficace mettent en évidence la nécessité d'une approche multidisciplinaire dans la prise en charge efficace du cancer inflammatoire du sein.

Nous avons rencontré un certain nombre de difficultés dans la réalisation de notre travail. La méthodologie en vue d'une revue de la littérature n'a pas été respectée. Il nous a été difficile d'acquérir des articles nécessaires pour l'étude. L'accès à Internet est sujet à problème et de même il est difficile d'accéder aux articles sans password dans la plupart des cas. Ceci nous a contraint à nous contenter des abstracts pour notre travail, les full texts n'étant pas accessibles.