

Fiche 2

Désescalade thérapeutique, mode d'emploi

« La désescalade thérapeutique est déjà une réalité pour un certain nombre de femmes atteintes de cancer du sein. Nous la mettons en œuvre chaque fois que cela est possible à l'Institut Curie en évitant des chimiothérapies, en réduisant les doses de radiothérapie et en proposant des chirurgies moins invalidantes. Et les espoirs d'aller encore plus loin à l'avenir sur la personnalisation des traitements sont importants, de nombreux essais cliniques sont en cours à l'Institut Curie. » **Pr Jean-Yves Pierga, chef du département d'Oncologie médicale de l'Institut Curie, spécialiste des cancers du sein.**

Chimiothérapie

La désescalade des traitements médicaux concerne aujourd'hui principalement les chimiothérapies adjuvantes, c'est-à-dire les traitements proposés après l'ablation de la tumeur. Cette tendance repose sur l'identification des patientes à faible risque de récurrence sur des critères biologiques. **Dr Paul Cottu, oncologue, chef adjoint du département d'oncologie médicale de l'Institut Curie** : « Les 2/3 des patientes qui bénéficient d'une signature génomique échappent à la chimiothérapie adjuvante. Cela correspond environ à 10 à 15 % des patientes présentant une tumeur localisée. »

Pr Jean-Yves Pierga : « Les signatures génomiques nous aident à prendre des décisions dans une zone grise, à sélectionner les personnes qui pourront éviter la chimiothérapie sans modifier leur survie globale. »

D'autres approches évaluent aussi la substitution de la chimiothérapie par d'autres associations thérapeutiques. C'est le cas de la nouvelle étude RIBOLARIS, menée par Unicancer qui cherche à évaluer le remplacement d'une chimiothérapie par une association d'hormonothérapie et de traitements ciblés.

Hormonothérapie

La désescalade n'est ici qu'au stade de recherche. [Des travaux](#) visent à évaluer s'il est possible de réduire les durées de traitements par hormonothérapie chez des patientes de très bon pronostic, sans impacter l'efficacité à long terme.

Dr Paul Cottu : « Ces études démarrent tout juste. Elles impliquent de recruter plusieurs milliers de patientes pour un suivi à long terme. Nous n'aurons pas de résultats avant 10 ou 15 ans. »

Chirurgie

Grâce aux progrès des techniques chirurgicales, associées à ceux de l'imagerie, du diagnostic et des autres approches thérapeutiques, il est de moins en moins nécessaire d'effectuer une ablation totale du sein, la mastectomie.

Signature génomique : mesurer le risque de récurrence

La signature génomique est une analyse biologique proposée aux patientes lorsque l'étude anatomopathologique de la tumeur, réalisée après l'opération chirurgicale, ne suffit pas à établir si la patiente est à risque ou non de développer des tumeurs récurrentes.

Il s'agit de la recherche d'un panel de marqueurs dans le génome de la tumeur. Selon les types de test, entre 20 et 50 marqueurs génétiques tumoraux peuvent être recherchés. Le résultat est ensuite délivré à l'oncologue sous forme de risque de récurrence à 10 ans : faible, intermédiaire ou élevé.

Cette information, associée aux autres données cliniques, permet aux médecins de décider s'ils doivent ou non proposer à la patiente de s'engager dans une chimiothérapie additionnelle à l'hormonothérapie et à la chirurgie. On parle alors de chimiothérapie adjuvante. Grâce à ces tests, des patientes qui recevaient une chimiothérapie adjuvante auparavant peuvent désormais s'en passer, sans perte de chance. 10 à 15 % des patientes présentant une tumeur localisée bénéficie ainsi de cette désescalade.

Dr Delphine Hequet : « Les patientes sont rassurées que l'on fasse des tests complémentaires, avec un autre niveau d'analyse, afin de leur éviter un sur-traitement. »

Bien que réalisés en routine, ces tests ne sont pas inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale. Ils sont pris en charge par le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN). **Dr Paul Cottu** : « C'est un problème car comme le remboursement dépend de l'enveloppe RIHN, il pèse sur le budget des établissements hospitaliers, ce qui peut entraîner des disparités sur le territoire. »

Dr Delphine Hequet, gynécologue et chirurgienne à l'Institut Curie : « Nous réalisons désormais 85 % de chirurgies conservatrices. Et grâce aux approches d'oncoplastie, les déformations du sein dues à l'ablation de la tumeur peuvent être limitées. »

Autre exemple, la technique du ganglion sentinelle qui consiste à enlever, en même temps que la tumeur, le ganglion lymphatique le plus proche de la zone cancéreuse pour évaluer le risque d'essaimage des cellules cancéreuses. Lorsque le ganglion sentinelle est dépourvu de cellules anormales, une chirurgie ultérieure des ganglions des aisselles, dite curage axillaire, voire des chimiothérapies et radiothérapies adjuvantes, peuvent-être épargnées aux patientes.

Si la technique est utilisée en routine depuis longtemps, les indications s'étendent de plus en plus, même après une chimiothérapie précédant la chirurgie ou en cas de récurrence.

Radiothérapie

La radiothérapie, proposée aux patientes après une chirurgie conservatrice, réduit le risque de récurrence mammaire de plus de 70%, et le risque de toute rechute de plus de 50 %.

Les progrès conjoints des techniques de radiothérapie et d'imagerie ont progressivement permis de réduire le nombre de séances en préservant l'efficacité globale du traitement. Cette approche est appelée radiothérapie hypofractionnée. **Dr Alain Fourquet, radiothérapeute à l'Institut Curie** : « Nous sommes progressivement passés d'un traitement standard en 25 séances à 15 séances. Pour certaines patientes, chez qui le risque est particulièrement faible, nous pouvons même ne prescrire que 5 séances pour le même résultat à long terme. »

D'autres pistes de désescalade sont aussi à l'étude. Pour des patientes de très bon pronostic, présentant un cancer très précoce, dit carcinome canalaire in situ, l'essai [ROMANCE](#) cherche à mesurer s'il est possible d'épargner complètement la radiothérapie sans risquer de hausse du taux de récurrence à 10 ans.

Dr Alain Fourquet : « Si on identifie des patientes chez qui la radiothérapie est inutile, on pourra leur épargner les risques associés de déformation du sein, de fibrose, de douleur ou de dilatation de vaisseaux. »

Par ailleurs, des irradiations partielles peuvent être réalisées durant la chirurgie d'ablation de la tumeur, en dose unique. Comme la radiothérapie est administrée exactement sur la zone opérée, on évite d'irradier le cœur ou les poumons. Ces approches sont encore en cours d'évaluation.

Renforcer les soins de support pour augmenter les bénéfices de la désescalade thérapeutique

Les soins de support rassemblent toutes les prises en charge centrée sur la personne et non sur sa tumeur. Il peut s'agir de consultations en psychologie, en gestion de la douleur, en médecine sexuelle, de la fertilité mais aussi de soins sociaux esthétiques, d'éducation thérapeutique, d'activité physique adaptée, de conseils en nutrition ou de médecines complémentaires.

L'Institut Curie est particulièrement en pointe dans les soins de support*.

Ils visent à traiter les séquelles, soulager les symptômes et réduire le stress. Globalement, ils allègent le poids et l'impact des traitements sur la vie personnelle familiale, sociale et professionnelle de la patiente.

Dr Carole Bouleuc, cheffe du département de soins de support de l'Institut Curie :

« L'énergie épargnée en réduisant l'agressivité des traitements peut être redistribuée en faveur des soins de support. Chaque personne vit la maladie à sa manière. En offrant une prise en charge globale, nous aidons les patientes à reprendre le contrôle de leur vie et de leur parcours de soins. C'est important d'un point de vue éthique, mais pas seulement... Des études montrent qu'une personne qui se sent actrice de sa prise en charge présente une amélioration de son bien être psychologique et mental, et de l'estime de soi. »

* [Dossier complet sur les soins de support](#) à retrouver sur [curie.fr](#)

Contacts presse

Laure Calixte - laure.calixte@havas.com - 06 33 81 81 17

Elsa Champion - elsa.champion@curie.fr - 01 72 38 93 52

Catherine Goupillon-Senghor - catherine.goupillon-senghor@curie.fr - 06 13 91 63 63