

Résumé GERM 17.06.2015

TEP-TDM au ¹⁸FDG et réponse à la chimiothérapie néoadjuvante des cancers du Sein

David Groheux

Service de médecine nucléaire, hôpital Saint-Louis, Paris, France.

La chimiothérapie néoadjuvante (CNA) fournit des informations précieuses sur la chimiosensibilité de la tumeur et sur le pronostic des patientes. La réponse histologique complète (absence de cellules tumorales invasives résiduelles dans le sein et dans les ganglions axillaires) est associée à une meilleure survie. Les données histologiques ne sont néanmoins connues qu'à la fin de la chimiothérapie néoadjuvante. Une évaluation précoce, après 1 ou 2 cycles, permettrait de savoir rapidement qu'une chimiothérapie est inefficace, et de proposer un traitement alternatif.

De nombreuses équipes ont observé que la TEP au ¹⁸FDG pourrait être efficace dans cette indication. La plupart des équipes ont cherché à corréler la variation précoce du SUV_{max} tumoral (Δ SUV_{max}) à la réponse histologique en fin de traitement. Néanmoins, la plupart de ces études pilotes n'ont pas tenu compte des phénotypes tumoraux et du type de traitement, ce qui a probablement freiné l'utilisation de la TEP dans cette indication. Le SUV et sa variation sous traitement sont dépendants du phénotype tumoral. Par exemple, initialement les tumeurs triples négatives fixent plus fortement le ¹⁸FDG que les autres phénotypes. Il semblerait que le taux de pCR soit plus fréquent en cas de SUV_{max} initial élevé pour le cancer triple négatif et de SUV_{max} initial bas pour le cancer HER2+. Une importante variation du SUV_{max} tumoral après 2 cycles de chimiothérapie néoadjuvante est associée à un taux de pCR plus élevé et à une meilleure survie, notamment en cas de tumeur triple négative. Pour le cancer HER2+, la valeur brute du SUV_{max} après 2 cycles semble plus efficace pour prédire la pCR que le Δ SUV_{max}. Des critères de réponse spécifiques devraient donc être appliqués pour les trois grands sous-types suivant : cancer triple-négatif, cancer RH+/HER2- et cancer HER2+. Le type de traitement devrait aussi être pris en compte. Par exemple pour les tumeurs HER2+, la diminution du SUV tumoral est plus importante en cas de traitement associant le lapatinib au trastuzumab qu'en cas de traitement ciblé seul.

Un premier essai multicentrique de changement thérapeutique guidé par la réponse précoce au traitement néoadjuvant piloté par l'Equipe de Dijon (AVATAXHER), a récemment été publié, avec des résultats encourageants. Cent quarante deux patientes traitées pour un cancer

HER2+ recevaient initialement un traitement standard associant le docétaxel au trastuzumab. Les bonnes répondeuses (classées par la TEP, après 1 cycle de chimiothérapie) continuaient le même traitement (bras standard). Les mauvaises répondeuses étaient randomisées, le bras A recevant du bevacizumab en complément du traitement initial, et le bras B continuant le traitement initial seul. A la fin du traitement, les taux de pCR étaient respectivement de 37/69 (53.6%) pour le bras standard, 21/48 (43.8%) pour le bras A et 6/25 (24.0%) pour le bras B. Les résultats encourageants de cet essai pourraient donner place à de nouvelles études évaluant une modification précoce du traitement néoadjuvant en fonction de la réponse métabolique. Après l'ère de l'interim-PET dans les lymphomes, les années futures pourraient donc être celles de l'interim-PET dans le cancer du sein.