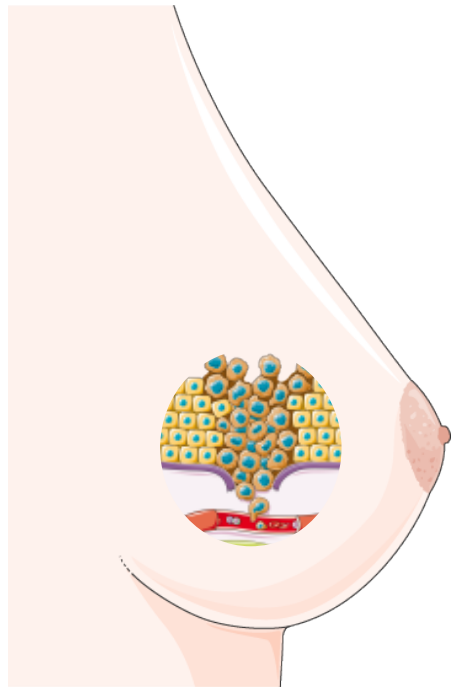


# Est-il possible de se passer de la radiothérapie après chirurgie conservatrice et hormonothérapie ?

Dr Gauthier Glemarec  
*Département de radiothérapie*  
*Oncopole - Claudius Regaud*  
*Toulouse*



# Introduction



Caractéristiques  
histologiques

Traitements « modernes »

Chirurgie

Radiothérapie

Chimiothérapie

Chirurgie

Radiothérapie

Chimiothérapie

Immunothérapie

Anti HER2

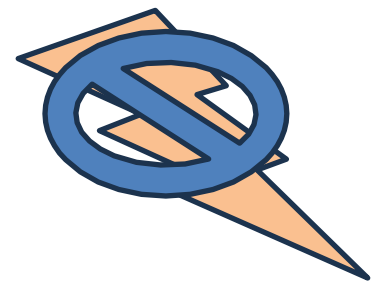
Hormonothérapie

# Introduction

Désescalade thérapeutique

Chez qui ?

Comment ?

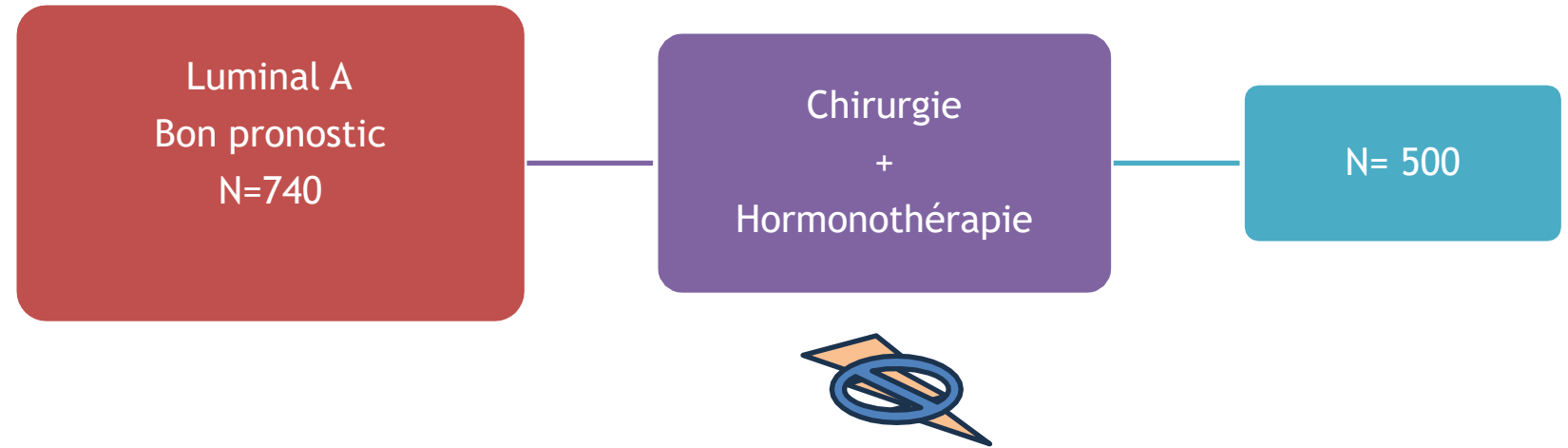


Lim *et al.* IJROBP 2002  
Mannino *et al.* Radiother Oncol 2009

Intrinsic subtype	Clinicopathological surrogate definition
Luminal A	'Luminal A-like' RE + RP > 20% HER2 négatif Ki67 < 15-20%
Luminal B	'Luminal B-like (HER2-negative)' ER-positive HER2-negative and either Ki67 high or PgR low High-risk molecular signature (if available) 'Luminal B-like (HER2-positive)' ER-positive HER2-positive Any Ki67 Any PgR
HER2	'HER2-positive (non-luminal)' HER2-positive ER and PgR absent
'Basal-like'	'Triple-negative' <sup>c</sup> ER and PgR absent <sup>c</sup> HER2-negative <sup>c</sup>

# Méthodologie

## Omitting Radiotherapy after Breast-Conserving Surgery in Luminal A Breast Cancer



### Objectif principal :

Identification patientes faible risque de RL traitées par chirurgie + hormonothérapie

### Critère de jugement principal :

Récidive locale < 5% à 5 ans

### Critères secondaires :

Toute récurrence (N+,M+, sein controlat)

OS & DFS

### Cohorte prospective

### Multicentrique 26 centres

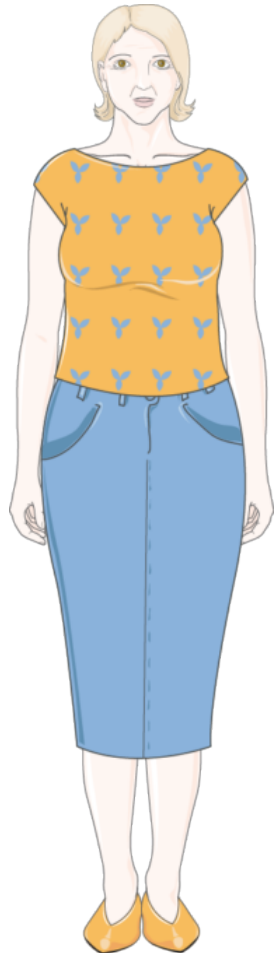
### Inclusion

> 55ans  
Infiltrant (NST ou mucineux)  
T < 2cm  
N0 (GS ou curage)  
Marge  $\geq$  1mm  
Luminal A

### Exclusion

Lobulaire ou mixte  
Atteinte cutanée  
Multifocal ou multicentrique  
Grade 3  
Cis extensif  
EV +

# Résultats : patientes



**Table 1. Characteristics of the Patients at Baseline.\***

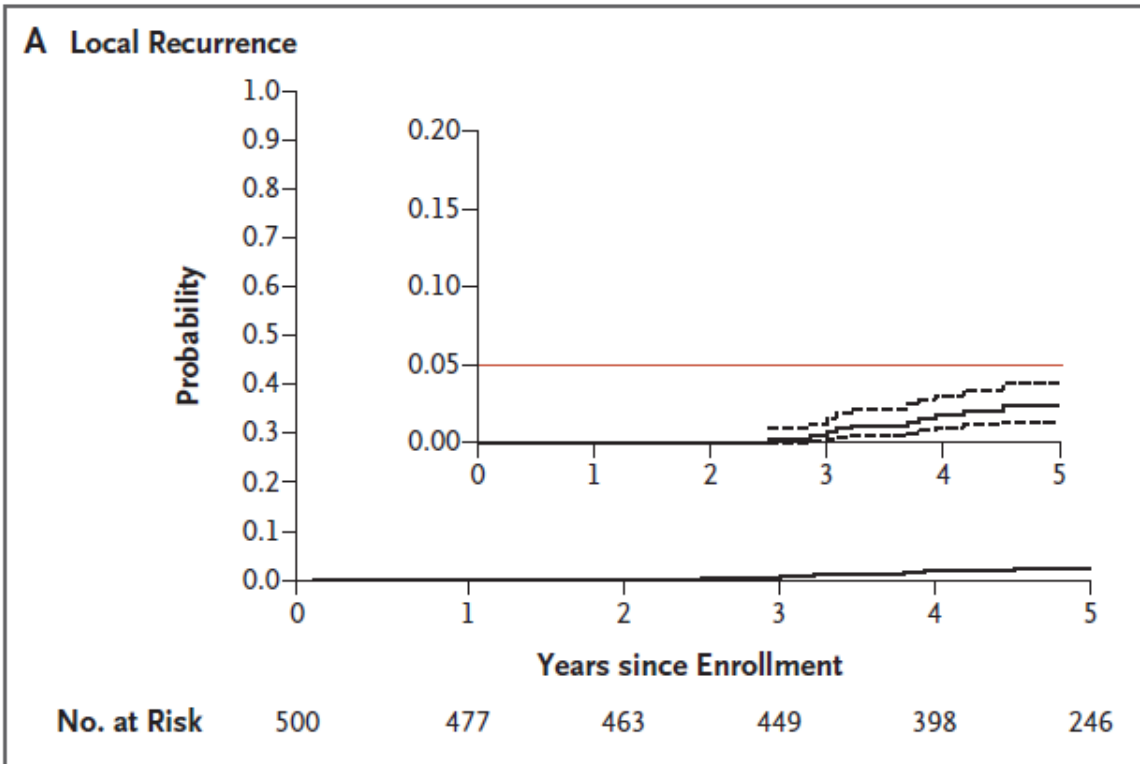
Characteristic	All Patients (N = 500)
<b>Age</b>	
Median (IQR) — yr	67.1 (62.9–71.6)
<b>Tumor size</b>	
Median (IQR) — cm	1.0 (0.7–1.4)
Distribution — no. (%)	
≤0.5 cm	39 (8)
0.5–1.0 cm	217 (43)
1.1–2.0 cm	244 (49)
Tumor grade — no. (%)	
1	330 (66)
2	170 (34)
Histologic cancer type — no. (%)	
Ductal	437 (87)
Tubular	25 (5)
Mucinous	26 (5)
Other	12 (2)

Suivi médian : 5 ans

4 patientes irradiées  
8 sans HT

59% IA et 41% TAM  
82.7% terminé 5 ans HT.  
=> 17.3% d'interruption d'HT

# Résultats : survie



Objectif I<sup>r</sup> : RL 5 ans => 2.3% [IC 90% 1.3-3.8]

Cancer controlatéral 5 ans : 1.9% [IC 90% 1.1-3.2]

DFS 5 ans : 2.7 % [IC 90% 1.6-4.1]



Bon résultats mais...  
suivi de 5 ans

# Discussion : Etudes randomisées HT vs RT+HT

	Pts	Age	Stade	TTT	R.L. (%)	p	S.G. (%)	p
<b>Fyles <i>et al.</i> 1992-2000</b>	386 383	> 50 ans	T1-2N0	TAM TAM + RTE	<b>5 ans</b> <b>7,7</b> <b>0,6</b>	0,001	<b>5 ans</b> <b>93.2</b> <b>92.8</b>	NS
<b>CALBG 9343 1994-1999</b>								
<b>PRIME-II 2003-2009</b>								

# Discussion : Etudes randomisées HT vs RT+HT

	Pts	Age	Stade	TTT	R.L. (%)	p	S.G. (%)	p
<b>Fyles et al.</b> 1992-2000	386 383	> 50 ans	T1-2N0	TAM TAM + RTE	<b>5 ans</b> 7,7 0,6	0,001	<b>5 ans</b> 93.2 92.8	NS
<b>CALBG 9343</b> 1994-1999	319 317	> 70 ans	T1N0	TAM TAM + RTE	<b>10 ans</b> 10 2	0,001	<b>10 ans</b> 66 67	NS
<b>PRIME-II</b> 2003-2009								



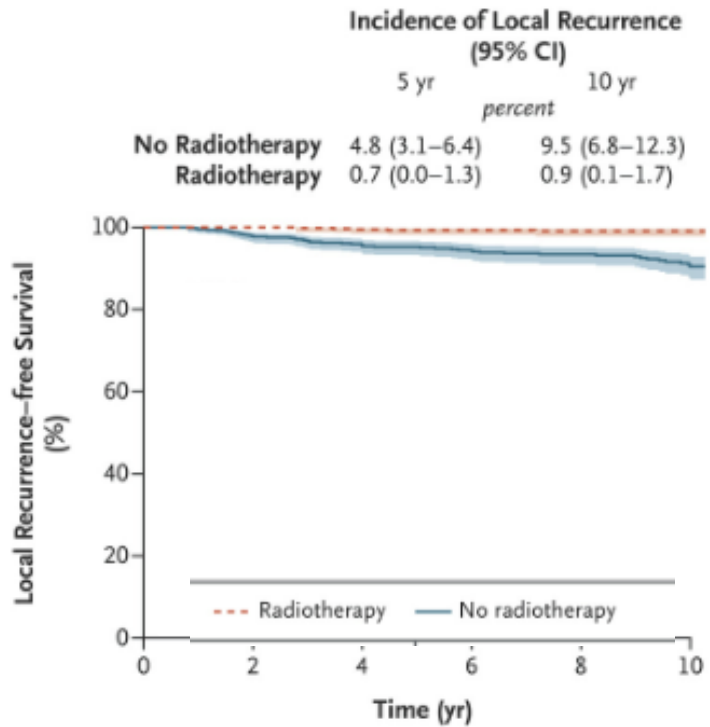
# Discussion : Etudes randomisées HT vs RT+HT

	Pts	Age	Stade	TTT	R.L. (%)	p	S.G. (%)	p
<b>Fyles et al.</b> 1992-2000	386	> 50 ans	T1-2N0	TAM	<b>5 ans</b> 7,7	0,001	<b>5 ans</b> 93.2	NS
	383			TAM + RTE	0,6		92.8	
<b>CALBG 9343</b> 1994-1999	319	> 70 ans	T1N0	TAM	<b>10 ans</b> 10	0,001	<b>10 ans</b> 66	NS
	317			TAM + RTE	2		67	
<b>PRIME-II</b> 2003-2009	668	≥ 65 ans	T < 3 cm N0	TAM	<b>10 ans</b> 9.5	0.001	<b>10 ans</b> 80.8	NS
	658			TAM + RTE	0.9		80.7	

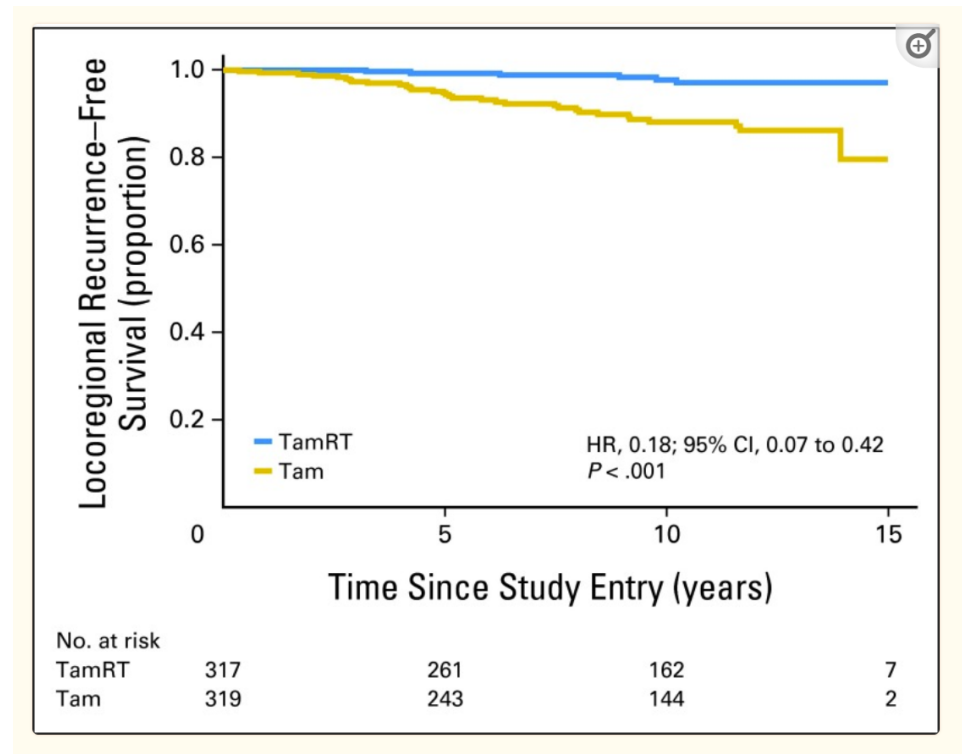
# PRIME II

# CALBG 9343

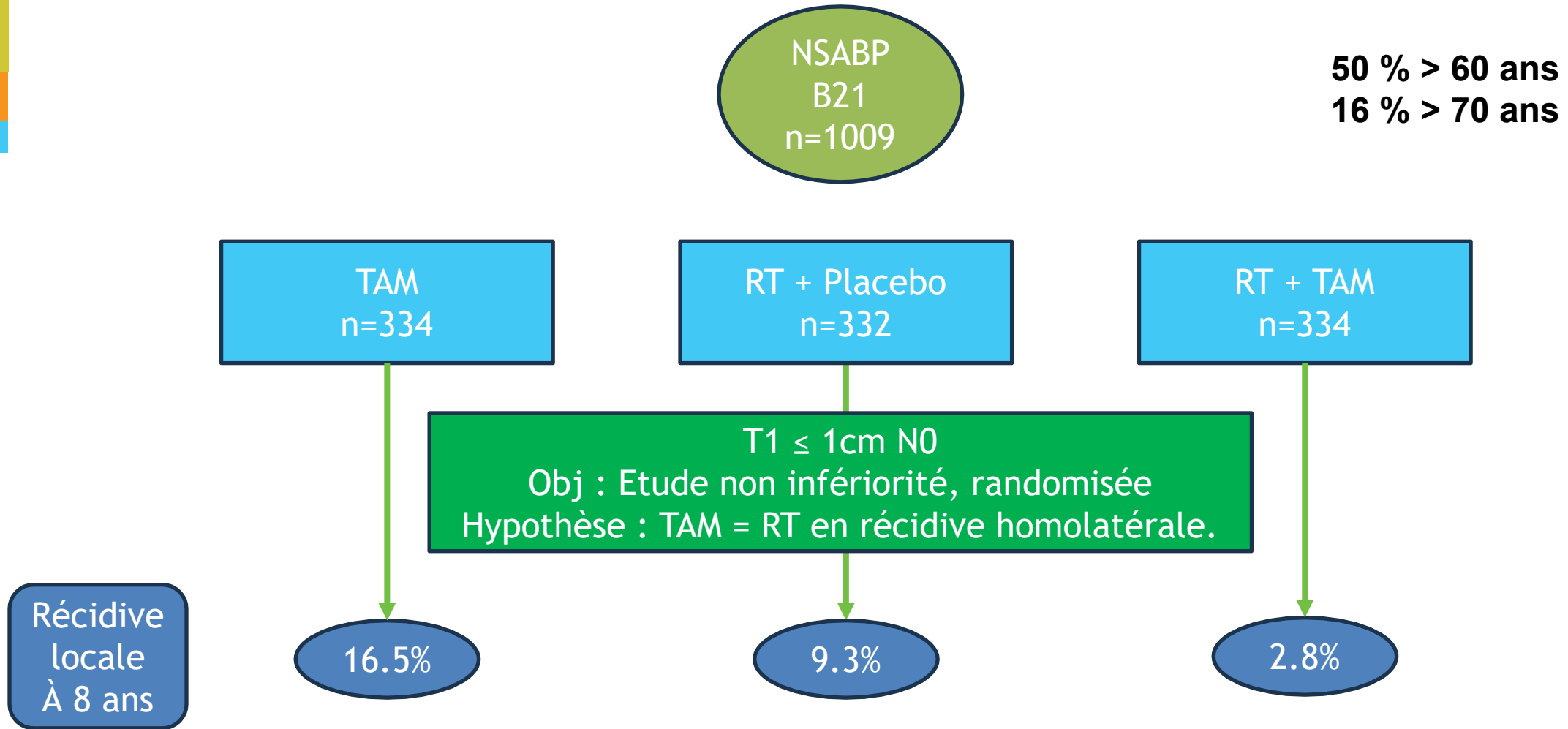
## A Local Recurrence-free Survival



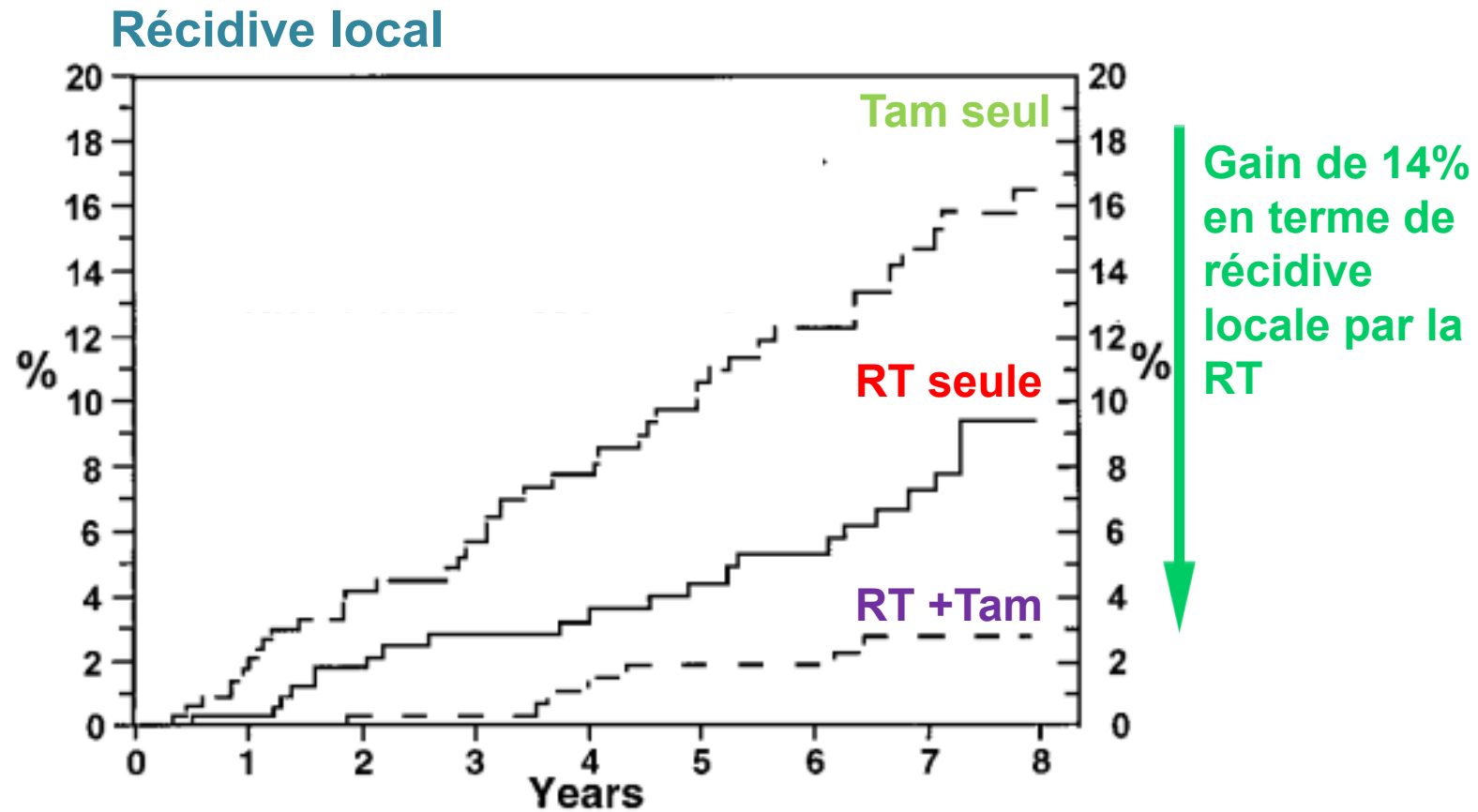
No. at Risk						
No radiotherapy	668	628	569	463	369	209
Radiotherapy	658	625	585	478	383	207



# Discussion : RT vs HT vs RT+HT

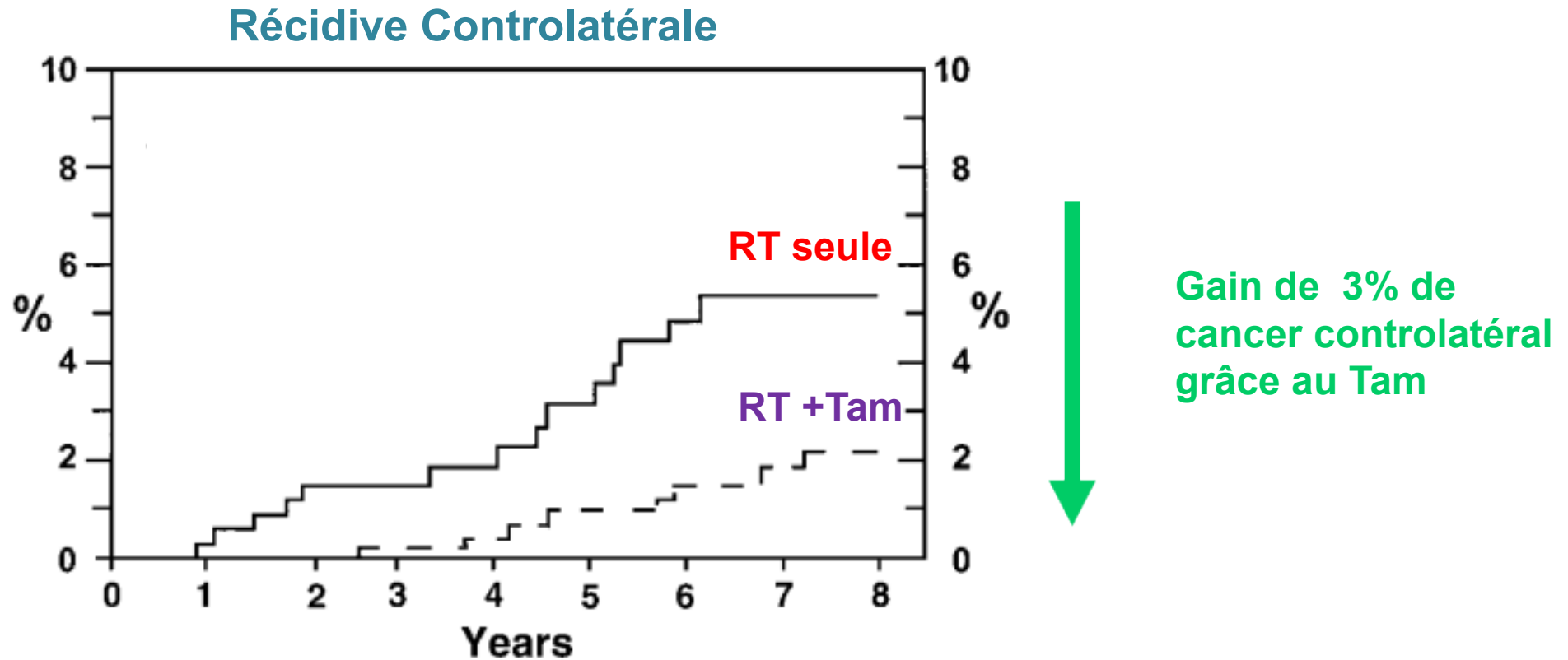


# Discussion : RT vs HT vs RT+HT NSABP B21



Le bénéfice de la radiothérapie est supérieur à celui de l'hormonothérapie sur le contrôle local

# Discussion : RT vs HT vs RT+HT NSABP B21



L'hormonothérapie diminue le risque de cancer controlatéral

# Comment désescalader ? HT ou RT ?

---

## **Qualité de vie**

- 5 ans d'hormonothérapie
- RT hypofractionnée ou RT partielle

## **Coût**

- Hormonothérapie < RT

## **Durée d'hormonothérapie**

- Etude LESS Unicancer : 2ans d'HT vs 5ans. En cours d'inclusion

# Recommandations

---

## ☉ Référence :

- Radiothérapie mammaire post chirurgie conservatrice pour tous.

## ☉ ESMO 2019

- RT partielle pour tumeurs de faible risque.

## ☉ NCCN 2023 :

- Option : Pas de RT si > 70 ans, RE +, pT1N0 si hormonothérapie.

## ☉ INCA 2021

- Option : L'omission de la RT = cas / cas en fonction des comorbidité et espérance de vie. Pas de notion d'âge et de critères histologiques.

## ☉ Référentiel local OncoOccitanie 2022

- Option : Pas d'hormonothérapie si > 60ans CI NST G1<1cm ou CLI G1-2< 1cm, N0

# Conclusion

---

- Luminale A = Bon pronostic
- Rechutes tardives = Suivi long
- L'abstention de la RT = pas une recommandation
- Désescalade de la RT = en cours
  - RT partielle
  - Hypofractionnée modéré ou extrême
- Désescalade de l'HT = qualité de vie, observance incertaine, traitement long



Merci pour votre attention

