

MARQUEURS TUMORAUX SERIQUES

Prescrire à bon escient

Dr Laurence Vitu Loas

INTRODUCTION 1

- Marqueurs tumoraux = substances (protéïnes) présentes dans les fluides biologiques à des taux significativement + élevés que chez les patients exempts d'affection maligne
- Cc° sérique fonction de:
 - Quantité sécrétée par la tumeur
 - Franchissement des différentes barrières (basales, vaisseaux)
 - Résistance aux enzymes cataboliques

INTRODUCTION 2

- Il n'existe pas de marqueur unique pour tous les cancers
- Un même marqueur
 - peut être secrété par des cancers d'origine différente car non spécifiques d'un organe (en dehors PSA et Tb)
 - Peut être lié au type histologique (pour un même organe)
- CA 15-3 = marqueur sérique de référence pour le cancer du sein
- (ACE)
- Dans la mesure du possible, suivi avec la même méthode de dosage, dans le même labo

CARACTERISTIQUES DU CA 15-3

- VALEUR SEUIL et SPECIFICITE
 - < 30 U/ml
 - élévation possible (en général < 50 U/ml) dans pathologies bénignes
 - gynéco
 - pulmonaires
 - digestives inflammatoires
 - Non spécifique du cancer du sein (élévation possible dans les adénocarcinomes ovariens, pulmonaires, digestifs)
- SENSIBILITE POUR LE DIAGNOSTIC: 22% (13 à46%)
 - Mauvaise performance
 - Non utilisable pour dépistage ou diagnostic

Intérêt dans le bilan initial d'extension?

- Taux de CA 15-3 corrélé à la masse tumorale et à l'envahissement
- Sensibilité du CA 15-3 augmente avec la **taille** de la tumeur et le **stade** d'extension (cependant n'est d'aucune aide diagnostique)
- Valeur pronostique indépendante avant traitement **non** prouvée
- Peut être toutefois utilisé comme dosage de référence en présence de facteurs pronostiques péjoratifs

Selon la situation clinique

(question élargie aux autres examens paracliniques)

- Tumeur non palpable

- Avant chirurgie, **pas** de bilan recherchant dissémination métastatique avant obtention du diagnostic de malignité
- Si carcinome infiltrant, **réévaluer** la nécessité du bilan en fonction des paramètres pronostiques histologiques

- Tumeur palpable

- Recherche de métastases fonction de la taille tumorale, de l'atteinte ganglionnaire
- Si chirurgie conservatrice et absence de signe d'appel: décision d'un bilan paraclinique prise après la chirurgie et réévaluation pronostique
- Si mastectomie: bilan en pré-op afin d'éviter une mutilation à une femme déjà métastatique

Intérêt en cours de traitement?

- En situation adjuvante (post-opératoire)
 - aucune** utilité (une fois le taux de référence initial éventuellement connu)
- En situation néo-adjuvante (chimio pré-op)
 - Eventuellement bon indicateur de chimio-sensibilité (en complément de la clinique et l'imagerie) si taux initialement élevé

Intérêt en cours de traitement?

- En situation métastatique
 - Bonne corrélation entre évolution du CA 15-3 et l'évolution clinique
 - Information objective de la réponse au traitement chez les patientes métastatiques
 - Sensibilité variable selon la localisation des métastases:
foie>os>poumon>peau et ganglions>cerveau

Intérêt dans le suivi post-thérapeutique?

- Le suivi pour quoi faire?

Il n'est actuellement pas démontré que les patientes suivies ont une survie plus longue que celles qui ne le sont pas....

- Evaluer les **résultats** du traitement
- Dépister les **rechutes** locales ou du sein controlatéral à des stades précoces (traitements moins traumatisants proposés)
- Dépister les localisations **métastatiques** (dépistage précoce permet parfois d'éviter des complications pénibles)
- Détecter et traiter les **effets secondaires** des thérapeutiques
- Répondre à l'**anxiété** des patientes (mieux vaut suivi organisé qu' « anarchique »)
- Aider à la **réinsertion** psychoaffective et socioprofessionnelle

Implique une approche **pluridisciplinaire**

- Dosage du marqueur CA 15-3 ?

- L'élévation du marqueur peut précéder la détection clinique des rechutes de 1 à 45 mois (Basuyau, SOR: marqueurs tumoraux sériques du cancer du sein, Bull Cancer, 2000)

MAIS...

- Bénéfice en survie d'un traitement précoce de ces métastases non démontré

(Rosselli Del Turco. Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer. A randomized trial. JAMA 1994;271:1593-1597)

(The Givio investigators. Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients. A multicenter randomized controlled trial. JAMA 1994; 271: 1587-1592)

Que dire à nos patientes?...

- Dosage systématique du CA 15-3 sans réelle utilité
- La majorité des rechutes sont diagnostiquées par la clinique
- Les autres examens paracliniques n'ont d'utilité que dans le cadre d'une symptomatologie

...Sur quelles bases?...

- Eastern Cooperative Oncology Group (Cancer 1985; 55:202-205)

symptomatologie inaugurale	36%
auto-examen	18.3%
examen clinique du médecin	19.4%
anomalies biologiques	12%
scintigraphie osseuse	8%
radiographie pulmonaire	5.1%
mammographie	1.1%

au total: 74% des rechutes détectées d'abord par la clinique

- Pivot (Oncology 2000; 58:185-190)

symptomes = premiers indicateurs	57.6% des patientes
ex clinique = premier indicateur	32.1% des patientes
imagerie et biologie	10.3%

...Et comment? selon leurs profils particuliers...

- Les rationnelles
- Les anxieuses
- Les confiantes
- Les « dociles »

...Et celui du médecin qui les suit!