

TRAITEMENT HORMONAL DU CANCER DU SEIN NON METASTASE: L'ÉTUDE ATAC

Les données de l'étude ATAC (tamoxifène versus anastrozole) sur une période de suivi de 9 ans confirment l'efficacité des inhibiteurs de l'aromatase dans le traitement du cancer du sein non métastaté. Ces résultats indiquent, par rapport au tamoxifène, une amélioration d'un certain nombre de paramètres, entre autres la survie sans récurrence, mais sans effet toutefois sur la survie globale.

La place du tamoxifène et des inhibiteurs de l'aromatase dans le traitement hormonal du cancer du sein non métastaté a déjà été discutée dans les Folia de janvier 2006 et de novembre 2007. Pour le *tamoxifène*, il a été démontré qu'un traitement de 5 ans diminue la mortalité de 27%, et cet effet bénéfique sur la survie globale se maintient jusqu'à 15 ans après le diagnostic [voir aussi Folia d'octobre 2006]. En ce qui concerne les *inhibiteurs de l'aromatase*, plusieurs études avaient montré un effet bénéfique plus marqué par rapport au tamoxifène sur la survie sans récurrence, mais les données concernant la survie globale étaient limitées et il n'était pas clair dans quelle mesure les effets des inhibiteurs de l'aromatase se maintiennent au-delà des 5 années de traitement.

Une de ces études, l'étude ATAC, a comparé un traitement de 5 ans par le tamoxifène et par l'inhibiteur de l'aromatase anastrozole chez des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein non métastaté. Les résultats après une période de suivi d'environ 6 ans (c.-à-d. environ 1 an après l'arrêt du traitement) avaient montré une plus grande efficacité de l'anastrozole par rapport au tamoxifène en termes de survie sans récurrence, de délai jusqu'à la récurrence, de délai jusqu'à des métastases à distance et de risque de cancer dans l'autre sein, mais il n'y avait pas de différence en ce qui concerne la survie globale.

Les résultats de l'étude ATAC après une période de suivi d'environ 9 ans (c.-à-d. environ 4 ans après l'arrêt du traitement) ont été publiés récemment [*Lancet Oncol* 2008; 9:45-53]. Ils confirment que l'anastrozole reste plus efficace que le tamoxifène en termes de survie sans récurrence, de délai jusqu'à la récurrence, de délai jusqu'à des métastases à distance et de risque de cancer dans l'autre sein. Le taux de récurrence chez les patientes traitées par le tamoxifène était de 16,4% après 5 ans et de 29,9% après 9 ans, et chez les patientes traitées par l'anastrozole de 13,9% après 5 ans et 25,8% après 9 ans. Ces résultats sont encourageants, mais il faut souligner qu'il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre l'anastrozole et le tamoxifène en ce qui concerne la survie globale et le taux de mortalité après récurrence (taux de mortalité après 9 ans de 20% dans les deux groupes).

Par ailleurs, il faut également attirer l'attention sur le fait que le succès d'un traitement dépend aussi de l'observance de celui-ci [voir Folia d'octobre 2007]. Bien que les inhibiteurs de l'aromatase semblent mieux supportés que le tamoxifène, les données suggèrent que la prévalence des effets indésirables musculo-squelettiques (entre autres douleurs et raideurs articulaires, risque accru de fractures) lors d'un traitement par des inhibiteurs de l'aromatase est plus

élevée par rapport à ce qui a été observé antérieurement dans des études cliniques. Ces effets indésirables pourraient dès lors

être responsables d'une mauvaise observance et donc d'une diminution de l'efficacité du traitement [J Clin Oncol 2007;25:3877-83].

VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA : HIVER 2008-2009

Les vaccins répondant aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'hiver 2008-2009 ont la composition suivante :

- A/Brisbane/59/2007 (H1N1) ou une souche apparentée;
- A/Brisbane/10/2007 (H3N2) ou une souche apparentée;
- B/Florida/4/2006 ou une souche apparentée.

Les spécialités qui y répondent sont les suivantes : Alfa-Rix®, Influvac S®, Vaxigrip® et InflexalV® (situation au 1^{er} juillet 2008). Ces vaccins peuvent être considérés comme équivalents: il n'est pas prouvé que la protection conférée par ces vaccins diffère entre eux.

Vous trouverez de plus amples informations concernant les groupes à risque ainsi que d'autres informations pratiques concernant la vaccination contre l'influenza dans les Folia d'août 2004 et d'août 2005. Des informations, provenant des autorités, au sujet de la grippe, de la grippe aviaire et de la possibilité d'une pandémie sont disponibles sur le site www.influenza.be

Pendant la saison de la grippe 2007-2008, ce sont surtout des infections par le virus H1N1 qui ont été observées en Belgique comme ailleurs en Europe. La propagation épidémique était limitée.

Début 2008, une résistance importante du virus H1N1 contre l'oseltamivir a été constatée; la résistance variait fortement d'un pays à l'autre. Les virus résistants sont aussi contagieux et pathogènes que les virus non résistants. Ils se propagent tout aussi facilement. En Norvège, 67% des souches étaient résistantes, en France 47% et aux Pays-Bas et au Luxembourg environ 30%; dans certains pays européens, aucune résistance n'a encore été constatée (pour la Belgique, aucun chiffre n'est connu). L'apparition d'une résistance n'est probablement pas liée à l'utilisation d'oseltamivir, qui reste très limitée en Europe. Cette résistance « spontanée » n'était pas prévue, et il est difficile de prédire son évolution. La résistance est maintenant suivie tous les mois par l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), l'European Influenza Surveillance Scheme (EISS) et l'OMS.