Éditorial / Editorial

J. GLIGOROV¹, M. NAMER²

Juste dix ans

5^{es} Recommandations francophones de Saint-Paul-de-Vence

¹Service d'oncologie médicale, AP-HP, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, F-75970 Paris, France

²Centre azuréen de cancérologie, 1, place du Docteur-J.-L.-Broquerie, F-06250 Mougins, France

■ Nous y sommes. La première dizaine atteinte, pour une aventure possible uniquement grâce à l'investissement bénévole de nos collègues experts et des membres du comité scientifique des *Recommandations francophones de Saint-Paul-de-Vence*.

« On vit de ce que l'on obtient. On construit sa vie sur ce que l'on donne » [7], écrivait Sir Winston Churchill dont l'histoire aura plus retenu les actes que les mots, malgré le fait que ces derniers furent honorés par un prix Nobel. Peut-être que la démarche de ce travail répond également à cette logique de « passeurs », faisant partie de notre devoir. Il est inscrit sur un panneau signalétique dans une bibliothèque de manuscrits au milieu d'une oasis perdue du Sahara : « La connaissance est une richesse qu'on peut donner sans s'appauvrir » [11], lorsqu'il s'agit de soins, je substituerai volontiers le verbe « devoir » au verbe « pouvoir ». N'est-ce pas finalement ce que nous faisons dans notre pratique quotidienne avec les patients ?

Quelles sont les nouveautés pour ces RPC 2013 ? Les thèmes choisis d'abord. Ils sont au nombre de six et portent sur des situations qui aujourd'hui conduisent à modifier ou tout du moins à repenser nos pratiques.

L'épidémiologie des cancers du sein en France a changé ces dernières années. Les données les plus récentes de l'INCa en ce qui concerne les cancers diagnostiqués après une mammographie de dépistage révèlent que 85 % de ces cancers sont des cancers invasifs, que 36 % des cancers invasifs ont une taille inférieure ou égale à 10 mm et un tiers d'entre eux n'ont pas d'envahissement ganglionnaire. Au final, ce sont 76 % de ces cancers invasifs diagnostiqués — quelle que soit la taille — qui n'ont pas d'envahissement ganglionnaire axillaire [6]. D'où les thématiques de RPC sur les stratégies de traitement des tumeurs pT1pN0 [4,9], des modalités actuelles de l'exploration axillaire [3,8], des paramètres de décision des traitements adjuvant de chimiothérapie et plus particulièrement des outils évaluant la prolifération [1,13].

Par ailleurs, dans les situations de tumeurs plus agressives, les stratégies néoadjuvantes semblent de plus en plus utilisées pour l'évaluation de l'intérêt de nouveaux traitements, voire leur enregistrement [14] ; c'est la raison pour laquelle nous avons de nouveau posé la question modalités optimales de cette stratégie [10,16].

Malheureusement, beaucoup trop de patientes ont encore une évolution métastatique qui impose des réflexions stratégiques sur le plan de la prise en charge de sites spécifiques de maladie métastatique comme est l'os, ou qui pose la question du choix des traitements systémiques en fonction de l'efficacité ou non des traitements antérieurement administrés ; en d'autres termes, la difficile définition de la résistance à ces traitements. D'un côté, l'approche multidisciplinaire par l'ensemble des spécialistes de la maladie métastatique osseuse vise à établir la meilleure prise en charge symptomatique et préventive possible [12,17] ; de l'autre, les réflexions difficiles sur des choix stratégiques ou les passerelles entre la biologie et la pratique clinique se construisent de jour en jour sans toutefois pouvoir définitivement affirmer leur solidité [2,15]. Voilà donc pour le choix des thèmes par le comité scientifique.

La méthode maintenant. Même si un jury international d'experts francophones s'est exprimé sur les propositions des groupes de travail, nous avons souhaité conserver une méthodologie faisant appel à une argumentation par les niveaux de preuve publiés plutôt qu'une démarche « consensuelle ». En effet, qui dit consensus dit conciliation et, à ce jeu, je citerai de nouveau Sir Winston Churchill : « Un conciliateur, c'est quelqu'un qui nourrit un crocodile en espérant qu'il sera le dernier à être mangé... » [7]. Voilà pourquoi vous trouverez à la fin de chaque recommandation un tableau récapitulatif des conclusions des experts avec le niveau de preuve et le grade de recommandation défini dans la méthodologie [18].

Nous avons donc dix ans ; mais cela ne nous met pas à l'abri des dogmes et de la nécessité de se remettre toujours en question. « Toutes les doctrines, toutes les écoles, toutes les révoltes n'ont qu'un temps » [5], écrivait le Général de Gaulle, et donc rendez-vous dans deux ans pour les 6^{es} Recommandations francophones pour le cancer du sein de Saint-Paul-de-Vence.

Avant de vous laisser lire - et je l'espère vous approprier ces RPC qui je l'espère aussi répondront (au moins en partie) à vos interrogations -, qu'il me soit permis de remercier encore une fois l'ensemble des experts ayant participé à ce travail, l'équipe éditoriale et l'équipe de rédaction d'*Oncologie* qui nous accueillent maintenant depuis 10 ans.

Bonne lecture...critique.

Références

1. André F, Delaloge S, Guinebretière JM, et al. (2013) Prolifération des cancers du sein et biomarqueurs décisionnels en pratique RPC (RPC 2013). *Oncologie* 15(12): 594-604
2. Bachelot T, Campone M, Arnedos M, et al. (2013) Résistance aux traitements du cancer du sein (RPC 2013). *Oncologie* 15(12): 688-92
3. Barranger E, Houvenaeghel G, Classe JM, et al. (2013) L'exploration et le traitement de la région axillaire des tumeurs infiltrantes du sein (RPC 2013) : parties I à IV. *Oncologie* 15(12): 571-92
4. Cancers du sein T1a,b N0 M0 — tableau synthétique (RPC 2013) *Oncologie* 15(12): 671-72
5. Charles de Gaulle (édition 2000) *Mémoires La Pléiade*. Gallimard
6. <http://www.e-cancer.fr>
7. Kersaudy F (2011) *Le Monde selon Churchill : sentences, confidences, prophéties et reparties*. Tallandier
8. L'exploration et le traitement de la région axillaire des tumeurs infiltrantes du sein : parties I à IV — Tableau synthétique (RPC 2013) *Oncologie* 15(12): 593
9. Lacroix-Triki M, Jacot W, Belkacemi Y, et al. (2013) Cancers du sein T1a,b N0 M0 (RPC 2013) *Oncologie* 15(12): 637-70
10. Les traitements néoadjuvants TNA — tableau synthétique (RPC 2013). *Oncologie* 15(12): 635-36
11. Manifeste de Nuccio Ordine et Abraham Flexner (2013) L'utilité de l'inutile. Les belles lettres
12. Os, cible thérapeutique — tableau synthétique (RPC 2103). *Oncologie* 15(12): 687
13. Prolifération des cancers du sein et biomarqueurs décisionnels en pratique RPC — Tableau synthétique (RPC 2013). *Oncologie* 15(12): 605-06
14. Prowell TM, Pazdur R (2012) Pathological complete response and accelerated drug approval in early breast cancer. *New England J Med* 366: 2438-41
15. Résistance aux traitements du cancer du sein — tableau synthétique (RPC 2013). *Oncologie* 15(12): 693
16. Salmon R, Ceugnart L, Selz J, et al. (2013) Les traitements néoadjuvants TNA (RPC 2013) *Oncologie* 15(12): 607-34
17. Vieillard MH, Beuzeboc P, Chiras J, et al (2013) Os : cible thérapeutique (RPC 2013). *Oncologie* 15(12): 673-86
18. 5^{es} Recommandations francophones pour la pratique clinique « cancers du sein ». Édition 2013 – Méthodologie (2013). *Oncologie* 15(12): 567-70