



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recordad : chapitre 13

Radiothérapie des cancers du nasopharynx



Radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma

P. Maingon^{a,*}, P. Blanchard^b, F. Bidault^c, L. Calmels^d

^a Département de radiothérapie, centre Georges-François-Leclerc, 1, rue du Professeur-Marion, 21079 Dijon cedex, France

^b Département de radiothérapie, institut Gustave-Roussy, 94800 Villejuif, France

^c Service de radiophysique médicale, centre Georges-François-Leclerc, 1, rue du Professeur-Marion, 21079 Dijon cedex, France

^d Service de radiophysique médicale, institut Gustave-Roussy, 94800 Villejuif, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Nasopharynx
Radiothérapie avec modulation d'intensité
Radiothérapie adaptative
Radio-chimiothérapie

Keywords:

Nasopharynx
Intensity modulated radiotherapy
Chemoradiation
Adaptive radiotherapy

RÉSUMÉ

Les cancers du nasopharynx constituent une entité rare. Le diagnostic clinique de la maladie est très souvent obtenu devant une tumeur évoluée. Celles localisées, classées T1 T2 N0 sont de pronostic favorable et sont contrôlées localement dans plus de 90 % des cas par la radiothérapie seule. Le traitement standard est une chimioradiothérapie avec du cisplatine dans les formes localement évoluées. Une vigilance particulière de la fonte des ganglions nombreux et souvent volumineux en cours de traitement, parfois associés à un amaigrissement du patient, peut conduire à une adaptation dosimétrique. Le traitement des récurrences locales a une importance particulière. La place de la chirurgie est limitée mais peut être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire lorsqu'elle est possible. Un curage ganglionnaire doit être proposé pour une récurrence ganglionnaire, en alternative à une ré-irradiation. Enfin, une ré-irradiation est proposée lorsque techniquement possible.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

A B S T R A C T

Nasopharyngeal carcinoma is a rare disease. Oftenly, the diagnostic is made for advanced disease. Localized tumors, T1 or T2 NO observed a good prognosis and are locally controlled in more than 90 % of the cases by radiotherapy alone. The standard treatment of locally advanced disease is combined chemoradiation. A special vigilance of fast decrease of the volume of the pathological lymph nodes, sometimes associated to loss of weight might indicate an adaptive dosimetric revision. The treatment of recurrent disease is of great importance. Surgical indications are limited but should be discussed in multidisciplinary tumor board when possible. Surgical nodal sampling has to be proposed for nodal recurrence as well as reirradiation, which could be indicated according to the technical issues.

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

1. Introduction

Les cancers du nasopharynx constituent une entité rare, dont l'incidence est estimée autour de 300 cas par an en France. Ils

comprennent, dans la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2005, deux groupes : les carcinomes non kératinisants (démembrés en carcinome différencié non kératinisant et carcinome indifférencié, dit « *undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal type* » [UNCT]) et les carcinomes kératinisants. Une nouvelle entité a été ajoutée à ces deux groupes, les carcinomes épidermoïdes à cellules basaloïdes [1]. Les carcinomes indifférenciés sont caractérisés sur le plan pronostique par un meilleur

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pmaingon@cgfl.fr (P. Maingon).

taux de contrôle local mais avec une probabilité plus importante d'évolution métastatique. Ils sont constamment associés à une infection par le virus Epstein-Barr (EBV). La classification Tumor, Node Metastasis (TNM), dans sa septième édition de l'union internationale contre le cancer (UICC) de 2010, ne s'applique que pour les tumeurs épithéliales. Les autres variétés histopathologiques sont beaucoup plus rares. Elles concernent des adénocarcinomes de type papillaire, des carcinomes de type salivaire, des localisations de maladies hématologiques et des tumeurs des os et des tissus mous. Lors de la septième révision de la classification de l'union internationale contre le cancer, l'ajustement a essentiellement porté sur les stades T1–T2a et T2b. L'envahissement des tissus mous de l'oropharynx et de la fosse nasale a été réintégré dans la catégorie T1. Le T2b (atteinte de l'espace parapharyngé) a été conforté dans sa valeur pronostique. La deuxième révision importante prend en considération les ganglions rétropharyngés dans le système TNM. Il a été montré dans différentes séries que les patients atteints d'envahissements ganglionnaires dans ces territoires, isolément, ont un risque d'extension métastatique à distance qui est similaire à ceux atteints de maladie classée N1, quelle que soit sa latéralité [2,3].

Le diagnostic clinique de la maladie est très souvent obtenu devant un stade avancé, secondaire à une extension vers la base de crâne, voire associé à une paralysie des nerfs crâniens, qui est observée dans 10 à 20 % des cas. Trois voies d'extension locorégionales sont décrites : superficielle, le long des muqueuses et de la sous-muqueuse ; le long des muscles et insertions musculaires, des plans fibrograisseux et périmusculaires ; le long des gaines vasculaires et nerveuses et à travers les foramens osseux (transfixion osseuse basicrânienne) et le long des surfaces périostées [4]. La présentation de la maladie ganglionnaire avec une évolution cervicale est fréquente au moment du diagnostic, bilatérale dans 50 % des cas. Trois voies principales sont identifiées : premièrement vers l'espace rétropharyngé à proximité des nerfs crâniens IX à XII, en direction des chaînes jugulocarotidiennes et jugulaires profondes et enfin, de manière plus caractéristique, vers les chaînes spinales localisées autour du processus mastoïdien.

Cette affection présente trois zones d'endémie classique que sont l'Asie du Sud-Est, le bassin méditerranéen et l'Alaska. Elle est plus fréquemment observée chez les sujets après 50 ans. Son sex-ratio est de deux, trois hommes pour une femme. Le rôle du tabac est controversé mais reste évoqué dans une méta-analyse publiée en 2013, qui retenait une augmentation du risque de 60 % pour les fumeurs, et ce même pour les formes indifférenciées [5].

La prise en charge de ces malades rares, nécessitant une approche spécifique et complexe, doit être organisée sur le plan national autour de centres de références garants d'une optimisation des démarches diagnostiques, thérapeutiques et de suivi adapté aux challenges qu'elles posent.

2. Indications

La radiothérapie est la pierre angulaire du traitement du cancer du nasopharynx. Il s'agit d'un cancer radiosensible, entouré de nombreux organes à risque majeur comme le tronc cérébral et les voies optiques. Elle fait le plus souvent appel à une irradiation effectuée en totalité par voie externe. Les techniques intégrant la curiethérapie de haut débit de dose sont parfois pratiquées pour des tumeurs localisées avec un ballonnet intracavitaire [6]. Si ces techniques sont développées et pratiquées dans des zones asiatiques de forte endémie, elles ne sont que très rarement pratiquées dans les centres européens [7]. Les tumeurs localisées, classées T1–T2–N0, sont de pronostic favorable et sont contrôlées localement dans plus de 90 % des cas par la radiothérapie seule

[8]. Le pronostic locorégional et, surtout, le risque de dissémination métastatique, constituant la principale cause de mortalité pour les tumeurs localement évoluées, nécessitent l'introduction de traitement systémique. Plusieurs études randomisées ont défini la place et les modalités optimales d'association de la chimiothérapie et de la radiothérapie pour les tumeurs évoluées. Une méta-analyse sur données individuelles a démontré en 2006 l'absence de bénéfice de la chimiothérapie d'induction sur la survie globale des patients, ainsi que le net bénéfice de la chimiothérapie concomitante à la radiothérapie [9,10]. Si le traitement standard est l'association concomitante de chimiothérapie de cisplatine et de radiothérapie dans les formes localement évoluées, la question actuelle concerne le bénéfice de faire en plus une chimiothérapie adjuvante ou une chimiothérapie d'induction avec de nouvelles associations. En effet, le premier essai à avoir montré un bénéfice de la chimiothérapie concomitante, l'essai intergroupe 0099, associait en fait à une radiothérapie bidimensionnelle du cisplatine en concomitance à trois cycles de l'association 5-fluoro-uracile cisplatine adjuvants. La difficulté de délivrer cette chimiothérapie après la chimioradiothérapie concomitante explique également sa faible diffusion. Une actualisation récente de la méta-analyse sur données individuelles a inclus 19 essais et 4806 patients [11]. Elle a permis de confirmer le bénéfice de la chimiothérapie concomitante en termes de survie globale, survie sans maladie, contrôle locorégional et contrôle métastatique. Elle n'a pas permis en revanche de montrer de rôle à la chimiothérapie d'induction ou adjuvante.

Dans cette indication, le traitement des récurrences locales a une importance particulière, la place de la chirurgie est limitée mais peut être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) lorsqu'elle est possible. Un curage ganglionnaire doit être proposé pour une récurrence ganglionnaire, en alternative à une réirradiation. Enfin, une réirradiation est proposée lorsque c'est techniquement possible (doses précédemment délivrées aux organes à risque tels que moelle épinière, chiasma, nerfs optiques). Une curiethérapie et une irradiation en condition stéréotaxique exclusive avec ou sans CyberKnife® sont d'autres options possibles.

3. Examens nécessaires à la préparation de la radiothérapie

Les procédures d'explorations cliniques de routine comportent un interrogatoire détaillant les antécédents des patients, l'enregistrement des signes généraux et des signes fonctionnels. L'examen clinique doit comporter une évaluation neurologique complète, notamment à la recherche de déficits des paires crâniennes avec un bilan auditif. Il doit être associé à un bilan biologique sanguin, une exploration des paramètres ioniques et des fonctions rénale et hépatique. Le bilan endoscopique repose sur une exploration ORL complète. Le bilan d'imagerie est désormais basé sur l'exploration par IRM, indispensable pour les extensions périnerveuses. Cet examen permet une étude appropriée des espaces parapharyngés et de la base du crâne, dont l'envahissement a une valeur pronostique établie, particulièrement en cas d'envahissement ganglionnaire [12]. La scanographie garde toute sa place pour l'étude des structures osseuses de la base du crâne et des premières vertèbres cervicales. Elle permet de plus d'obtenir une évaluation ganglionnaire cervicale et thoracique importante dans l'évaluation à distance du risque métastatique. L'indication d'une scintigraphie osseuse et d'une scanographie étendue jusqu'à la partie haute de l'abdomen incluant l'aire hépatique doit être retenue pour des sujets à haut risque atteints d'un envahissement ganglionnaire massif (N3). Tous ceux pour lesquels une anomalie clinique ou biologique est retenue nécessitent un bilan d'exploration adapté. Actuellement, la tomographie par émission de positons (TEP)-scanographie au (¹⁸F)-fluorodésoxyglucose

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117079>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117079>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)