

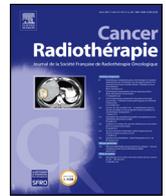


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Recordad : chapitre 27

Radiothérapie des cancers du col et de l'endomètre



Radiotherapy of cervix and endometrial carcinoma

I. Barillot^{a,b,*}, C. Haie-Méder^d, C. Charra Brunaud^e, K. Peignaux^f, C. Kerr^g, L. Thomas^h

^a Société française de radiothérapie oncologique, centre Antoine-Béclère, 45, rue des Saints-Pères, 75005 Paris, France

^b Centre universitaire de cancérologie Henry-S.-Kaplan, CHU de Tours, 37000 Tours, France

^c Université François-Rabelais, 37000 Tours, France

^d Institut Gustave-Roussy, rue Camille-Desmoulins, 94800 Villejuif, France

^e Service de curiethérapie, centre Alexis-Vautrin, avenue de Bourgogne, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy, France

^f Département de radiothérapie, centre Georges-François-Leclerc, 1, avenue du Pr-Marion, 21000 Dijon, France

^g Centre Val-d'Aurelle, parc Euromédecine, 34298 Montpellier, France

^h Services de radiothérapie, centre régional de lutte contre le cancer, institut Bergonié, 180, rue de Saint-Genès, 33076 Bordeaux cedex, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Techniques de radiothérapie externe
Techniques de curiethérapie
Cancer du col
Cancer de l'endomètre

Keywords:

External irradiation
Brachytherapy
Cervix carcinoma
Endometrial carcinoma

RÉSUMÉ

La radiothérapie externe et la curiethérapie gardent une place prépondérante dans la prise en charge des cancers du col utérin et de l'endomètre. Cette revue présente les recommandations françaises en termes de préparation et de choix des techniques d'irradiation de ces cancers gynécologiques.

© 2016 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

External irradiation and brachytherapy still have a major place in the treatment of cervix and endometrial carcinoma. This review presents the French guidelines in terms of preparation and choice of irradiation techniques of these gynecological malignancies.

© 2016 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

En France, avec approximativement 3000 nouveaux cas par an, le cancer du col utérin arrive à la dixième place des cancers féminins et un tiers des patientes vont mourir de leur cancer. Le pic d'incidence apparaît à l'âge de 40 ans et l'âge médian des patientes au moment du diagnostic est de 51 ans [1]. Dans les pays développés, ces cancers sont souvent découverts précocement, avec un pronostic plus favorable. En fonction du stade de la maladie, le traitement repose essentiellement sur une chimioradiothérapie concomitante suivie d'une curiethérapie utérovaginale, puis par une éventuelle chirurgie de reliquat tumoral ou de principe

pour certaines équipes. Le rôle de l'irradiation est primordial afin d'assurer un meilleur taux de contrôle local.

Le cancer du corps de l'utérus est maintenant devenu le cancer gynécologique le plus fréquent en France, se situant au quatrième rang des cancers chez la femme en termes d'incidence avec 7275 nouveaux cas estimés en 2012 [1]. L'incidence du cancer de l'endomètre est stable depuis 30 ans, avec une légère diminution de la mortalité, en moyenne de 1 % par an au cours des 30 dernières années. Il s'agit principalement de lésions à type d'adénocarcinome (80 % des cas) dont les principaux facteurs de risque sont l'hyperestrogénie, endogène ou thérapeutique, et des facteurs génétiques (syndrome de Lynch). Les adénocarcinomes endométrioïdes définissent le type histologique 1. Le type histologique 2 regroupe les carcinomes à cellules claires, les carcinomes papillaires/séreux et les carcinosarcomes. Le traitement de première intention repose sur la chirurgie, quel que soit le type histologique, et le traitement adjuvant peut consister en une

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : i.barillot@chu-tours.fr (I. Barillot).

curiethérapie seule ou une association de radiothérapie externe et de curiethérapie.

2. Radiothérapie des cancers du col utérin

2.1. Indications de la radiothérapie

Pour les cancers du col utérin sur utérus en place, la radiothérapie associée à une chimiothérapie concomitante (schéma le plus utilisé : 40 mg/m² de cisplatine chaque semaine) suivie d'une curiethérapie utérovaginale est le traitement standard des cancers de stade Ib1 avec envahissement ganglionnaire et de ceux de stades Ib2, II, III et certains IVa, quel que soit le statut ganglionnaire. La place de la chimiothérapie adjuvante est en cours d'investigation.

Après la chirurgie, la radiothérapie est délivrée en cas d'envahissement des paramètres, d'atteinte des tranches de section ou d'envahissement ganglionnaire découvert sur la pièce opératoire. Elle est également associée à la chimiothérapie en concomitance [2].

2.2. Dose totale et fractionnement

Quarante-cinq à 50,4 Gy à raison de 1,8 Gy par fraction (46 à 50 Gy à raison de 2 Gy par fraction en l'absence de chimiothérapie). Si un complément de dose dans les paramètres ou dans des ganglions macroscopiquement envahis est envisagé pour les tumeurs localement étendues, il faut tenir compte de la contribution de dose de la curiethérapie. En cas d'irradiation de la barre lomboaortique avec des ganglions atteints en place, la dose totale peut être portée à ce niveau à 59,4 Gy avec la technique appropriée (irradiation conformationnelle par faisceaux multiples ou radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI]).

2.3. Examens nécessaires à la préparation de la radiothérapie

Une IRM lombopelvienne est indispensable pour apprécier l'extension locorégionale au niveau des paramètres et du corps utérin, et cette information est capitale lors de la délimitation du volume tumoral macroscopique. L'IRM diagnostique ne doit pas être recalée avec la scanographie de repérage, car l'acquisition des images axiales ne se fait en général pas selon le même axe (axe de l'utérus pour l'IRM diagnostique, axe du corps pour la scanographie). En revanche, si une IRM de repérage peut être réalisée, elle l'est en condition de traitement avec des coupes axiales strictes en séquence T2. La réalisation d'une tomographie par émission de positons (TEP)-scanographie est recommandée dans le bilan d'extension des cancers du col utérin de stade Ib2 et au-delà. L'information apportée par cet examen, lorsqu'il objective un hypermétabolisme ganglionnaire, est également utilisée pour la définition du volume tumoral macroscopique.

Le curage lomboaortique à visée de bilan n'est pas une pratique standard, mais il est pratiqué dans un certain nombre de centres experts de la chirurgie coelioscopique, chez les patientes atteintes de cancer du col de stade Ib2 et au-delà sans envahissement lomboaortique sur la TEP. Les résultats du curage sont pris en compte pour la définition du volume cible anatomoclinique [3].

2.4. Description de la position de traitement et du protocole d'acquisition des scanographies

La patiente est positionnée en décubitus dorsal, bras repliés sur la poitrine ou au-dessus de la tête en fonction des systèmes de contention. Bien que les données de la littérature n'aient pas montré d'impact significatif des protocoles de contrôle de la réplétion de la vessie et du rectum sur les mouvements internes du volume cible [4], beaucoup d'équipes recommandent à la patiente d'évacuer le

contenu de sa vessie une demi-heure à 1 heure avant la scanographie et les séances d'installation et de traitement, puis de boire 30 à 50 cL d'eau. Si sur le scanographe de repérage le diamètre antéro-postérieur du rectum mesuré à hauteur de la symphyse pubienne est supérieur à 4 à 5 cm en raison de la présence de selles ou de gaz, il peut être conseillé à la patiente de réaliser une évacuation rectale avant de refaire la scanographie.

Le faisceau d'acquisition se situe classiquement entre l'interligne L2–L3 et 2 cm sous les petits trochanters en cas d'irradiation pelvienne seule, et entre T10–T11 et 2 cm sous les petits trochanters en cas d'irradiation lomboaortique associée. Les coupes scanographiques doivent être acquises selon les bonnes pratiques décrites au chapitre 2, « Les processus du traitement par irradiation ».

2.5. Délimitation des volumes d'intérêt

2.5.1. Définition des volumes cibles des cancers sur utérus en place

La délimitation des volumes cibles doit se faire selon les recommandations du Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) et du GYN IMRT Consortium [5,6].

2.5.1.1. Définition du volume tumoral macroscopique. Le volume tumoral macroscopique comprend toujours au minimum le col utérin, les extensions vaginales, paramétriales, utérines en fonction du stade, et les ganglions macroscopiquement envahis.

2.5.1.2. Définition du volume cible anatomoclinique. Le volume cible anatomoclinique comprend l'utérus en totalité, les paramètres en totalité (avec les annexes), et une partie du vagin en fonction de l'extension macroscopique de la maladie (tiers supérieur seulement en l'absence d'envahissement du vagin). Toutes les aires ganglionnaires pelviennes sont considérées dans le volume cible anatomoclinique, l'aire lomboaortique est incluse si elle contient des ganglions macroscopiquement envahis détectés sur l'imagerie ou des ganglions atteints après curage de la partie distale de ce territoire ganglionnaire (la partie distale correspond à la région s'étendant entre l'artère mésentérique inférieure et la bifurcation aortique). L'aire ganglionnaire présacrée fait partie du volume cible anatomoclinique si la tumeur envahit les paramètres et/ou les ganglions, et les aires inguinales sont couvertes en cas d'atteinte du tiers inférieur du vagin.

2.5.2. Définition des volumes cibles en postopératoire

Le volume cible anatomoclinique comprendra le tiers supérieur du vagin restant, les tissus graisseux résiduels jusqu'à la paroi pelvienne, les aires ganglionnaires pelviennes, et l'aire lomboaortique si le curage lomboaortique est positif. Les recommandations du RTOG stipulent que le volume cible anatomoclinique doit être construit en utilisant le concept de volume cible interne, qui correspond à l'union du volume vaginal délimité sur une scanographie réalisée vessie vide et du volume vaginal délimité sur une scanographie réalisée vessie pleine [7].

2.5.3. Définition du volume cible prévisionnel

L'utérus (col et corps) est un organe extrêmement mobile en fonction du degré de remplissage du rectum et surtout de la vessie. Chez les femmes jeunes, l'angulation du corps utérin par rapport au col peut être également extrêmement importante avec un passage au maximum de l'antéversion à la rétroversion d'un jour à l'autre. La littérature montre que le risque de mauvaise couverture du col et du fond utérin est en moyenne respectivement de 65 et 84 % si le volume cible prévisionnel était généré avec une marge de 5 mm, de 36 et 54 % avec une marge de 10 mm, de 19 et 22 % avec une marge de 15 mm, et de 10 % environ avec une marge

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117093>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117093>

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