

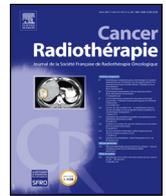


Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Recordad : chapitre 33

## Radiothérapie des sarcomes des tissus mous de l'adulte



### Radiotherapy of adult soft tissue sarcoma

C. Le Péchoux<sup>a,\*</sup>, L. Moureau-Zabotto<sup>b</sup>, C. Llacer<sup>c</sup>, A. Ducassou<sup>d</sup>, P. Sargos<sup>e</sup>,  
M.P. Sunyach<sup>f</sup>, J. Thariat<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Département de radiothérapie, Gustave-Roussy, 114, rue Édouard-Vaillant, 94805 Villejuif, France

<sup>b</sup> Département de radiothérapie, Institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard Sainte-Marguerite, BP 156, 13273 Marseille cedex 9, France

<sup>c</sup> Département de cancérologie radiothérapie, institut du cancer de Montpellier (ICM), Val-d'Aurelle, 208, avenue des Apothicaires, 34298 Montpellier, France

<sup>d</sup> Oncologie-radiothérapie, centre Claudius-Regaud, 20–24, rue du Pont-Saint-Pierre, 31300 Toulouse, France

<sup>e</sup> Institut Bergonié, 229, cours de l'Argonne, 33000 Bordeaux, France

<sup>f</sup> Département de radiothérapie, centre Léon-Bérard, 28, rue Laennec, 69008 Lyon, France

<sup>g</sup> Département d'oncologie-radiothérapie, centre Antoine-Lacassagne, 227, avenue de la Lanterne, 06200 Nice, France

#### INFO ARTICLE

##### Mots clés :

Sarcomes des tissus mous  
Radiothérapie préopératoire  
Radiothérapie postopératoire  
Curiothérapie

##### Keywords:

Soft tissue sarcomas  
Preoperative radiotherapy  
Postoperative radiotherapy  
Brachytherapy

#### RÉSUMÉ

Les sarcomes des tissus mous de l'adulte font partie des tumeurs rares et relèvent d'une prise en charge pluridisciplinaire en milieu spécialisé. L'objectif de cet article est de rapporter les indications et les modalités de la radiothérapie dans les principales localisations de cette pathologie.

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

#### ABSTRACT

Incidence of soft tissue sarcoma is low and requires multidisciplinary treatment in specialized centers. The objective of this paper is to report the state of the art regarding indications and treatment techniques of main soft tissue sarcoma localisations.

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

## 1. Introduction

### 1.1. Critères de décision et indications de radiothérapie

Conformément aux recommandations de l'Institut national du cancer (INCa) pour les cancers rares, il peut être utile de faire appel à une réunion de concertation pluridisciplinaire spécialisée dans les sarcomes au sein du réseau NETSARC, correspondant à des centres experts cliniques, au niveau régional ou national, et les sarcomes des tissus mous et des viscères ([www.e-cancer.fr/soins/prises-en-charge-specifiques/cancers-rares/les-cancers-rares-pris-en-charge/cat.view/2232-e-cancer-soins/2279-e-cancer-soins-prise-en-charge-specifique/2505-e-cancer-soins-prise-en-charge-specifique-prise-en-charge-des-cancers-rares/](http://www.e-cancer.fr/soins/prises-en-charge-specifiques/cancers-rares/les-cancers-rares-pris-en-charge/cat.view/2232-e-cancer-soins/2279-e-cancer-soins-prise-en-charge-specifique/2505-e-cancer-soins-prise-en-charge-specifique-prise-en-charge-des-cancers-rares/))

[3377-sarcomes-des-tissus-mous-et-des-visceres](#)). Ainsi, les sarcomes d'Ewing, qui sont le plus souvent osseux et rarement extrasquelettiques, ainsi que les ostéosarcomes, ne sont pas traités dans ce chapitre mais dans celui des tumeurs pédiatriques.

Les éléments indispensables à la décision thérapeutique sont :

- l'observation médicale. En plus des éléments précisés dans le chapitre « Étapes du traitement », il est important d'insister sur les spécificités des sarcomes quant à la préparation du traitement : état de la cicatrisation, description de la cicatrice (qui doit être dans l'axe du membre et de longueur supérieure à celle du sarcome réséqué), existence de lymphœdème, de lymphocèle, de douleurs (évaluation sur l'échelle visuelle analogique [EVA]), position des orifices de drainage en cas de radiothérapie postopératoire ;
- le bilan d'imagerie initial : permet de définir au mieux le volume tumoral macroscopique et préciser l'extension tumorale locorégionale (IRM, scanographie préthérapeutique, etc.) et

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [cecile.lepechoux@gustaveroussy.fr](mailto:cecile.lepechoux@gustaveroussy.fr) (C. Le Péchoux).

- métastatique (scanographie thoracique et éventuellement abdominopelvienne) ;
- le compte rendu anatomopathologique de la biopsie et/ou de la pièce opératoire : il est important que le diagnostic ait été confirmé par une double lecture, si la première lecture a été faite dans un centre non expert. Tout compte rendu anatomopathologique doit avoir été relu par un pathologiste du Réseau de référence en pathologie des sarcomes des tissus mous et des viscères (RRePS), qui confirmera ou infirmera le diagnostic histologique. Ce réseau concerne les sarcomes, les tumeurs stromales gastro-intestinales et les tumeurs desmoïdes. Il est également essentiel de connaître la qualité de l'exérèse (exérèse complète, R0, exérèse avec résidu microscopique, R1, ou enfin exérèse macroscopiquement incomplète, R2), l'état des marges ainsi que le type de tissu constituant cette marge (muscle, aponévrose, etc.), le grade selon la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), la topographie tumorale superficielle ou profonde, la localisation anatomique, la description des structures envahies, en particulier des groupes musculaires, si cela est possible, des plans superficiels, vasculonerveux et osseux ;
  - le compte rendu opératoire, décrivant la procédure opératoire en notant bien la date de chirurgie (étendue de l'exérèse, exérèse monobloc ? déperistage ? neurolyse éventuelle ? fragmentation peropératoire ?) ;
  - la reprise chirurgicale éventuelle et son compte rendu : il est important de rappeler que la radiothérapie ne rattrape pas une chirurgie inappropriée ;
  - le compte rendu de concertation pluridisciplinaire.

Il est nécessaire de discuter une éventuelle reprise chirurgicale en réunion de concertation pluridisciplinaire, lorsque l'exérèse est R1 et a fortiori R2. En cas de chirurgie R2, il est indispensable de prévoir une imagerie postopératoire (IRM dans les sarcomes de membre et de paroi, IRM dans les sarcomes tête et cou ou pelviens, scanographie dans les autres situations anatomiques) afin d'évaluer un éventuel reliquat postopératoire.

Cet article traite en détail de l'irradiation pré- ou postopératoire des sarcomes des membres. Les autres localisations, comme les sarcomes tronculaires, les sarcomes tête et cou, les sarcomes utérins et les sarcomes rétropéritonéaux, sont présentées en détaillant les spécificités par rapport à la prise en charge des sarcomes de membres, qui représentent plus de la moitié des indications de radiothérapie dans les sarcomes.

## 2. Sarcomes des membres et du tronc

### 2.1. Radiothérapies postopératoire et préopératoire des membres

#### 2.1.1. Indications

L'irradiation postopératoire doit systématiquement être discutée après une chirurgie conservatrice. On peut considérer, d'après les recommandations, qu'elle est indiquée dans les sarcomes profonds de plus de 5 cm, de grades 2 et 3, ou après exérèse marginale ou incomplète (R1 ou R2). Une reprise chirurgicale doit systématiquement être discutée après chirurgie R1 et a fortiori R2 [1]. Elle permet d'améliorer le taux de contrôle local sans toutefois influencer la survie globale. Il est recommandé de réaliser cette irradiation dans un délai de 3 à 8 semaines après la chirurgie.

Le volume d'irradiation postopératoire doit systématiquement inclure le lit tumoral (volume tumoral réséqué ou rGTV), la cicatrice et les orifices de drain. Le volume sera donc plus important qu'en cas de radiothérapie préopératoire. Un complément d'irradiation (boost) postopératoire de 10 à 16 Gy par fractions de 1,8 à 2 Gy peut être délivré dans le lit tumoral initial, lorsque la chirurgie

n'a pas respecté les critères de qualité d'exérèse de cette variété de tumeur (marges chirurgicales insuffisantes [R1], tumeur fragmentée ne permettant pas l'analyse des marges). La radiothérapie postopératoire reste possible chez les patients pour lesquels une exérèse élargie a nécessité la mise en place d'un lambeau musculaire, musculocutané, ou en cas de greffe cutanée sans contrainte supplémentaire. Il peut être utile de discuter le volume d'irradiation avec le plasticien. En revanche, les complications semblent plus fréquentes chez les patients ayant eu un pontage vasculaire.

L'irradiation préopératoire a fait la preuve de son efficacité dans un essai randomisé [2]. Elle peut être proposée :

- dans les sarcomes des tissus mous localement évolués, non ou difficilement résécables d'emblée du fait de la taille ou de la localisation, par exemple dans les sarcomes des racines de membres ;
- en cas de chirurgie avec risque prévisible de marges étroites (rapports étroits avec les axes vasculonerveux par exemple) ;
- en cas de chirurgie conservatrice nécessitant la mise en place d'un lambeau ;
- en cas de croissance tumorale rapide malgré une chimiothérapie première.

L'abstention de radiothérapie postopératoire ne peut se concevoir que si la chirurgie a été planifiée et réalisée de façon optimale au plan carcinologique. Une telle décision peut être prise en cas de sarcome superficiel ayant bénéficié d'une chirurgie optimale planifiée et élargie emportant l'aponévrose sous-jacente, ou bien, plus rarement, en cas de sarcome profond, intracompartimental, de moins de 5 cm, après chirurgie élargie emportant le fascia profond avec des marges chirurgicales saines R0 « larges » [1].

#### 2.1.2. Doses habituelles

**2.1.2.1. En situation préopératoire.** Une dose de 45–50,4 Gy dans le volume cible prévisionnel (PTV). La dose standard (validée par une étude randomisée) pour les membres est de 50 Gy en 25 séances de 2 Gy, la dose pour les sarcomes pelviens ou rétropéritonéaux (non validée par une étude randomisée) est plutôt de 45–50,4 Gy par fractions de 1,8 Gy.

En cas de radiothérapie préopératoire, un complément d'irradiation postopératoire ne semble pas nécessaire, même en cas de chirurgie R1.

#### 2.1.2.2. En situation postopératoire.

**2.1.2.2.1. Exérèse R0.** Une dose minimum de 50 à 50,4 Gy dans le volume cible prévisionnel. Un complément de 10 Gy dans un volume réduit peut être proposé dans les sarcomes ayant un risque plus élevé de rechute locale. La plupart des études rétrospectives et prospectives ayant évalué la radiothérapie postopératoire ont utilisé des doses totales de 60 à 66 Gy. Certains sarcomes comme les angiosarcomes ou les sarcomes épithélioïdes ne sont pas classés en grades par la FNCLCC et sont considérés comme des sarcomes de haut grade.

**2.1.2.2.2. Exérèse R1.** Une dose de 50 Gy + complément de 10 à 16 Gy dans un volume réduit.

**2.1.2.2.3. Exérèse R2.** En l'absence de reprise chirurgicale possible, 50 Gy + complément de 15 à 20 Gy dans un volume réduit.

#### 2.1.3. Fractionnement et étalement habituels

Ils sont comme suit :

- 1,8 à 2 Gy par séance ;
- cinq séances par semaine.

#### 2.1.4. Examens nécessaires à la préparation de la radiothérapie

L'IRM est maintenant l'examen de référence dans la prise en charge des sarcomes des tissus mous. Elle doit être réalisée

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117099>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117099>

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