Cancer/Radiothérapie 19 (2015) 718–724

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Article original

Résultats du traitement du médulloblastome à Casablanca de 2000 à 2012

Therapeutic outcomes of medulloblastoma in Casablanca from 2000 to 2012

M. Elbachiri*, A. Dao, H. Jabir, S. Sahraoui, A. Taleb, Z. Bouchbika, N. Benchakroun, H. Jouhadi, N. Tawfiq, A. Benider

Centre Mohammed-VI pour le traitement des cancers, CHU Ibn-Rochd, Casablanca, Maroc

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 24 septembre 2014
Reçu sous la forme révisée le 5 février 2015
Accepté le 20 mai 2015

Mots clés :
Irradiation craniospinale
Médulloblastome
Adulte
Enfant

RÉSUMÉ

Objectif. – Décrire les différents aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques des médulloblastomes chez l'adulte et l'enfant afin de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients.
Matériel et méthodes. – Étude rétrospective de 69 cas de médulloblastomes colligés au centre hospitalier universitaire Ibn-Rochd de Casablanca entre 2000 et 2012.
Résultats. – Cinquante-trois enfants d'âge moyen de 9 ans et 16 adultes d'âge moyen de 32,4 ans ont été inclus dans l'étude. Trente-sept médulloblastomes chez les enfants et huit chez les adultes ont été classés de haut risque. La dose de radiothérapie a été de 35 à 36 Gy dans le névraxe et 54 Gy dans la fosse cérébrale postérieure. Tous les enfants et dix adultes ont reçu une chimiothérapie concomitante, 44 enfants et quatre adultes une chimiothérapie adjuvante. Une récidive tumorale a été observée chez 17 enfants après en moyenne 38 mois et chez cinq adultes après en moyenne 42 mois. La fosse cérébrale postérieure a été le site principal de récidive. La probabilité de survie globale à 3 ans était de 78 % pour les enfants et de 61 % pour les adultes ($p = 0{,}53$). Elle était meilleure (70 % contre 25 %) lorsque le temps écoulé entre la chirurgie et la radiothérapie était inférieur à 40 jours dans le groupe pédiatrique. Le taux de récidive était de 41 % pour les médulloblastomes de haut risque et de 13 % pour ceux de risque standard, et les probabilités de survie globale respectivement de 37,5 % et 100 %.
Conclusion. – Les survies globales et celles sans récidive obtenues sont encourageantes. Les groupes à risque et les temps écoulés entre la chirurgie et la radiothérapie étaient des facteurs pronostiques significatifs de la survie selon le groupe d'âge. Nous recommandons la réduction de ces délais afin d'améliorer ces résultats thérapeutiques.
© 2015 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords:
Medulloblastoma
Children
Adults
Craniospinal irradiation

ABSTRACT

Purpose. – To describe the therapeutic results, with the aim to contribute to improving the care of patients with medulloblastoma.
Patients and methods. – A retrospective study of 69 cases of medulloblastoma collected in the university hospital Ibn Rochd of Casablanca between 2000 and 2012.
Results. – Fifty-three children with an average age of 9 years and 16 adults with an average age of 32.4 years were included in the study. Thirty-seven children and eight adults suffered from a high-risk tumour. The radiotherapy was received by all patients with a mean dose of 36 Gy to the whole brain and 54 Gy in the posterior fossa. All patients in the paediatric group and 10 patients in the adult group received concomitant chemotherapy, 44 children and four adults received adjuvant chemotherapy. Tumour recurrence was observed in 17 children after a mean follow-up period of 38 months. These recurrences were observed in five adults after a mean follow-up period of 42 months. The posterior fossa was the main site of relapses. Overall survival was 77.7% for the children and 61% for the adults. Overall survival was better (70% versus 25%) when the interval between radiotherapy and surgery was less than 40 days in the paediatric group. The recurrence rate was significantly higher for the high-risk group: 41% versus 13% for the

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : meriemelbachiri@yahoo.fr (M. Elbachiri).

http://dx.doi.org/10.1016/j.canrad.2015.05.026
1278-3218/© 2015 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

standard risk. In the adult group, overall survival differences according to the risk group were significant (100% for the standard risk versus 37.5% for the high risk).
Conclusion. – The overall survival and recurrences rate obtained are encouraging. The risk group and time between surgery and radiotherapy were prognostic factors with significant impact on survival depending on the age group. We recommend reducing these times to improve therapeutic results.
© 2015 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le médulloblastome appartient à la famille des tumeurs neuroectodermiques primitives (*primitive neuroectodermal tumours* [PNET]). Il s'agit d'une tumeur primitive cérébelleuse représentant environ 30 % des tumeurs cérébrales de l'enfant et moins de 1 % de celles de l'adulte [1,2]. Cette maladie est plus fréquente chez l'homme (sex-ratio de 1,5/1), tant pour la population pédiatrique que celle adulte ; sa localisation est principalement vermienne chez l'enfant et hémisphérique chez l'adulte [1–3]. La probabilité de survie s'est améliorée ces dernières années avec un taux à 5 ans de 80 % tous stades confondus. Cependant, ces bons résultats sont grevés de lourdes séquelles neurocognitives bien documentées chez l'enfant, beaucoup moins évaluées chez l'adulte [1,2,4]. De par sa grande fréquence chez l'enfant, il existe des référentiels de prise en charge thérapeutique, ce qui n'est pas le cas chez l'adulte ; dans ce dernier groupe, cette affection est moins bien connue sur le plan biologique et thérapeutique [1,5,6].

La prise en charge du médulloblastome est pluridisciplinaire faisant appel à la chirurgie, la radiologie, l'anatomopathologie, la radiothérapie et la chimiothérapie [1,2,6,7]. Au centre Mohammed-VI, le traitement de cette affection chez l'adulte et l'enfant se fait par radiothérapie et/ou chimiothérapie, et à la différence de certains pays, nous ne disposons pas d'assez d'études récentes qui comparent les résultats thérapeutiques entre les deux groupes d'âge, donc qui évaluent l'efficacité du traitement adjuvant.

L'objectif de notre étude était de décrire et comparer les différents aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs du médulloblastome chez l'adulte et l'enfant, les comparer aux données de la littérature dans le but de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de cette pathologie.

2. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et comparative de deux groupes de malades traités pour un médulloblastome au centre Mohamed-VI de Casablanca entre janvier 2000 et décembre 2012. Le premier groupe a concerné le médulloblastome de l'enfant âgé de 3 à 20 ans, et le deuxième le médulloblastome de l'adulte âgé de plus de 20 ans. Les critères d'inclusion ont été les patients adultes et enfants atteints de médulloblastome confirmé histologiquement et ayant bénéficié d'un traitement adjuvant dans notre structure. Les critères d'exclusion ont été les enfants de moins 3 ans n'ayant pu bénéficier d'un traitement par irradiation du fait du danger de celle-ci sur le développement du système nerveux central, les dossiers inexploitables ou sans confirmation histologique, le décès postopératoire des patients ou l'abandon du traitement. Ainsi, nous avons retenu 69 dossiers dont 53 enfants et 16 adultes. L'exploitation des dossiers a été faite selon une fiche d'exploitation préétablie incluant les caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Le temps écoulé entre la chirurgie et la radiothérapie a fait l'objet d'une analyse particulière du fait de son influence prévisible sur la survie. Les médulloblastomes ont été classés en sous-groupes pronostiques selon la qualité d'exérèse, la présence de métastases et la cytologie du liquide céphalorachidien. La limite principale de notre étude est le nombre élevé de patients pour lesquels nous n'avons pu obtenir les données concernant essentiellement l'état à la date de point (récidive ou décès) : ces patients ont été considérés comme perdus de vue. L'analyse des données a été effectuée par le logiciel SPSS dans sa version 20. Les valeurs de $p < 0{,}05$ ont été retenues comme significatives dans toutes les analyses.

3. Résultats

Le temps moyen écoulé entre le début de la symptomatologie et la consultation pour les deux groupes a été de 3 mois (1–20 mois). La symptomatologie a été dominée par l'hypertension intracrânienne et le syndrome cérébelleux, suivi par les troubles neurologiques et otologiques. Tous les malades de notre série ont eu une tomodensitométrie cérébrale qui a permis de mettre en évidence le processus tumoral dans tous les cas. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale a été réalisée chez 48 enfants (90,5 %) et 14 adultes (87,5 %). L'hémisphère cérébelleux a été plus atteint chez les adultes et le vermis chez l'enfant. La taille de la tumeur variait entre 3 et 7,2 cm chez l'enfant avec une moyenne de 4,6 cm et chez l'adulte de 3 à 8,5 cm avec une moyenne de 5,5 cm sans différence statistiquement significative ($p = 0{,}1$). L'hydrocéphalie était significativement plus fréquente chez les enfants (45 %) que chez les adultes (6 %) ($p = 0{,}019$). L'IRM médullaire a été réalisée chez 17 patients, dont 15 étaient des enfants. Elle a permis de mettre en évidence des métastases médullaires synchrones chez sept patients. Les caractéristiques cliniques sont détaillées dans le Tableau 1. Une dérivation ventriculopéritonéale a été réalisée chez tous les enfants (100 %) et huit adultes (50 %). Aucun patient n'a eu de ventriculocisternostomie dans notre série. Pour rechercher un résidu tumoral, une imagerie postopératoire a été réalisée chez tous les patients (100 %). Le délai moyen de réalisation de cette imagerie postopératoire était de 15 jours (2–30 jours). Tous les patients ont eu une confirmation histologique sur pièce d'exérèse et 39 patients ont bénéficié en premier lieu d'un examen extemporané. Une radiothérapie a été délivrée chez tous les malades. Il s'agissait d'une irradiation craniospinale avec un complément dans la fosse cérébrale postérieure ; elle a été délivrée par un appareil de télécobalthérapie jusqu'en septembre 2008, puis par un accélérateur linéaire.

Le temps moyen écoulé entre la chirurgie et le début de la radiothérapie était de 76 jours pour les enfants et 89 jours pour les adultes ($p = 0{,}337$). Le temps moyen écoulé entre la première consultation dans notre centre et le début de la radiothérapie était de 33,8 jours pour les enfants et 52,6 jours pour les adultes ($p = 0{,}036$).

La dose délivrée dans la fosse cérébrale postérieure a varié de 54 Gy à 56 Gy et celle dans le névraxe de 35 à 36 Gy. La dose par fraction variait de 1,8 à 2 Gy et cinq séances ont été délivrées par semaine. Tous les malades ont été irradiés en décubitus ventral, immobilisés par des systèmes de contention personnalisés. L'irradiation craniospinale a été délivrée par deux faisceaux craniocervicaux latéraux, droit et gauche, symétriques, parallèles et opposés, centrés à mi-épaisseur au niveau du crâne, avec cache sur le massif facial, et par un ou deux faisceaux spinaux, supérieur et inférieur selon la taille de l'enfant, vertical, centrés à la peau sur

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2117254

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2117254

Daneshyari.com