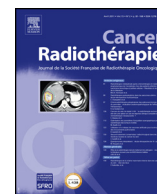




Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Mise au point

Quelle radiothérapie hypofractionnée des tumeurs primitives en situation palliative ?



What type of hypofractionated radiotherapy of primary tumours in palliative care?

C. Bourgier^{a,*,b,c}, M. Charissoux^a, P. Boisselier^a, A. Ducteil^a, D. Azria^{a,b,c}^a Pôle de radiothérapie oncologique, institut du cancer de Montpellier (ICM-Val d'Aurelle), 208, rue des Apothicaires, parc Euromédecine, 34298 Montpellier cedex 05, France^b Inserm U1194, institut de recherche en cancérologie de Montpellier (IRCM), 208, rue des Apothicaires, parc Euromédecine, 34298 Montpellier cedex 05, France^c Université de Montpellier, parc Euromédecine, 163, rue Auguste-Broussonnet, 34090 Montpellier cedex 05, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Radiothérapie palliative
Tumeur primitive

R É S U M É

La prise en charge palliative en radiothérapie est largement connue comme traitement métastatique à visée symptomatique (hémostatique, antalgique, anti-inflammatoire, etc.). Elle est moins étudiée dans le cadre de la prise en charge de tumeur primitive localement évoluée qui requiert un traitement palliatif. Nous proposons de détailler dans cette revue les différentes indications, les volumes d'irradiation et les fractionnements adaptés concernant les types de tumeur primitive les plus décrits dans la littérature.

© 2015 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Palliative radiation therapy is well-known in the setting of metastatic lesions (haemostatic, analgesic, anti-inflammatory aims, etc.). Palliative primary tumour radiotherapy is less studied. Here we propose a review of palliative indications of primary tumours, the most studied in the literature, and their radiotherapy modalities (target volumes and fractionation).

© 2015 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:

Palliative radiotherapy
Primary tumour

1. Introduction

Les indications de radiothérapie des tumeurs primitives en situation palliative sont le plus souvent méconnues lors de la prise en charge initiale des patients au moment du diagnostic. Nous détaillerons dans cette revue les différentes indications, les volumes d'irradiation et les fractionnements adaptés concernant les types de tumeur primitive les plus décrits dans la littérature ([Tableau 1](#)).

2. Prise en charge des tumeurs cérébrales chez les personnes âgées

Le schéma thérapeutique optimal, tant sur le fractionnement de radiothérapie que sur l'administration du témozolomide, est régulièrement discuté chez les personnes âgées de plus de 60 ans étant donné leur espérance de vie limitée.

2.1. Radiothérapie hypofractionnée ou normofractionnée ?

Un essai randomisé a évalué l'efficacité d'une radiothérapie adjuvante hypofractionnée étalée sur trois semaines (de 40 Gy en 15 fractions) par comparaison à une radiothérapie normofractionnée étalée sur six semaines (de 60 Gy en 30 fractions) au sein d'une population de patients de plus de 60 ans traités par exérèse chirurgicale d'un glioblastome mais avec un état général conservé (indice

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : celine.bourgier@icm.unicancer.fr (C. Bourgier).

Tableau 1

Résumé des principales indications de radiothérapie hypofractionnée des tumeurs primitives en situation palliative.

Tumeur primitive	Schéma d'irradiation
<i>Tumeur cérébrale (personnes âgées)</i>	
En l'absence de Témodal	DT = 40 Gy en 15 fractions, étalement 3 semaines
Avec Témodal	DT = 34 Gy en 10 fractions, étalement 2 semaines
<i>Cancers ORL</i>	
Radiothérapie exclusive	
Étude AIIIMS	DT = 20 Gy en cinq fractions, étalement 1 semaine ± complément d'irradiation (pour patients répondeurs) DT = 42 Gy en 21 fractions, étalement 4 à 5 semaines
Essai de phase II « QUAD SHOT »	DT = 14 Gy en quatre fractions sur 2 jours consécutifs (= 1 cycle), avec un maximum de trois cycles de radiothérapie espacés de 4 semaines
Essai de phase II « Hypo Trial »	DT = 30 Gy en cinq fractions, à raison de deux fractions par semaine, espacées d'au minimum 3 jours
Chimioradiothérapie	
Étude IHF2SQ	DT = 48 Gy en 16 fractions, étalement 7 semaines Schéma bifractionné à raison de 3 Gy par fraction
<i>Cancers bronchiques</i>	
État général altéré	DT = 20 Gy en cinq fractions
Maladie incurable et état général conservé	DT = 10 Gy en une séance
<i>Cancers du pelvis</i>	
Essai de phase I	DT = 14 Gy en quatre fractions DT = 16 Gy en quatre fractions DT = 18 Gy en quatre fractions
Cancer du rectum	DT = 25 Gy en cinq fractions
Cancer du col de l'utérus	DT = 25 Gy en cinq fractions

DT: dose totale.

de Karnofsky d'au moins 50%) [1]. L'étude a inclus 95 patients d'âges médians respectivement de 71 et 72 ans avec un indice de Karnofsky médian de 70 %. Dans 35 à 42 % des cas, seule une biopsie a pu être effectuée. L'irradiation a été débutée 33 à 34 jours après l'acte chirurgical (biopsie, exérèse partielle ou complète). Dans cet essai, le volume cible prévisionnel (*planning target volume*, PTV) prenait en compte le volume tumoral préopératoire se rehaussant après injection de produit de contraste objectif sur la scanographie et l'IRM cérébrale, et l'œdème périlésionnel auxquels était ajoutée une marge de 20 mm. En l'absence d'œdème périlésionnel, une marge de 25 mm était ajoutée au volume tumoral préopératoire. Aucune différence de survie globale n'a été observée entre les deux schémas d'irradiation. La probabilité de survie à 6 mois était de 44,7 % après irradiation normofractionnée et 41,7 % après radiothérapie hypofractionnée (différence non significative). La durée médiane de survie médiane était de 5,1 mois après irradiation normofractionnée contre 5,6 mois après radiothérapie hypofractionnée (différence non significative). Outre l'absence de différence en termes de survie, la conservation de l'état général des patients était identique entre les deux schémas d'irradiation. En revanche, l'utilisation de corticoïdes était moins fréquente avec le schéma hypofractionné.

2.2. Radiothérapie hypofractionnée ou témozolomide ?

Compte tenu de l'absence de gain thérapeutique d'un schéma normofractionné de radiothérapie chez les personnes âgées atteintes de glioblastome, un large essai de phase IIIa a étudié l'efficacité du témozolomide seul (200 mg/m², j1–5, tous les 28 jours, six cycles) par rapport à la radiothérapie

normofractionnée (de 60 Gy en 30 fractions et 6 semaines) ou hypofractionnée (de 34 Gy en dix fractions et 2 semaines) [2]. Au total, 342 patients âgés de plus de 60 ans, avec un indice de performance de 0 ou 1 selon l'OMS pour 80 % d'entre eux, ont été inclus dans cette étude, sachant que 60 % d'entre eux ont été traités par exérèse chirurgicale (partielle ou complète). Les patients traités par irradiation normofractionnée ont eu une durée médiane de survie de 6 mois contre 8,3 mois avec le témozolomide et 7,5 mois après l'irradiation hypofractionnée. La différence était plus prononcée pour les patients de plus de 70 ans respectivement 5,2 mois, 9 et 7 mois. Aucune différence de survie globale n'a été observée entre les patients traités par témozolomide (8,4 mois) ceux par irradiation hypofractionnée (7,4 mois). En conclusion et dans cette population de patients, la radiothérapie hypofractionnée doit être privilégiée à un schéma normofractionné. Le fractionnement proposé dans le cadre de l'essai de phase III de Malmstrom a été bien toléré (34 Gy en dix fractions) et a donné un résultat équivalent à l'administration de témozolomide. Quant à l'association témozolomide–radiothérapie, celle-ci est en cours d'évaluation dans des essais prospectifs du NCIC (National Cancer Institute of Canada) CTG CE.6, l'EORTC (European Organisation for Research and Treatment) 26062–22061 et du TROG (Trans-Tasmanian Oncology Group) 08.02.

3. Cancer ORL et radiothérapie palliative

Dans certaines circonstances, les traitements à visée curative ne peuvent pas être retenus lors de la prise en charge de novo de patients atteints de cancer de la sphère ORL : en cas de maladies associées invalidantes ou morbides, lors de maladie métastatique d'emblée ou d'extension locorégionale très évoluée. La durée médiane de survie des patients atteints de cancer ORL de stade IV est inférieure ou égale à 12 mois. Le rôle et la place d'une radiothérapie palliative est jusqu'alors peu étudiée.

3.1. Radiothérapie hypofractionnée exclusive

L'étude AIIIMS a évalué chez ces patients dont l'espérance de vie était limitée l'intérêt d'une radiothérapie palliative de la sphère ORL sur une courte durée (dose totale de 20 Gy en cinq fractions sur une semaine) ainsi que son rôle à visée symptomatique ($n=505$) [3]. Les volumes d'irradiation intéressaient la tumeur primitive et son extension locorégionale. Une trachéotomie était systématiquement réalisée avant le début de la radiothérapie en cas de détresse respiratoire. Les patients étaient évalués 1 mois après la radiothérapie. Un complément d'irradiation « à visée curative » était proposé à ceux pour lesquels il était objectif une réponse symptomatique de plus de 50 % associée à une réponse tumorale primitive et/ou ganglionnaire, avec un état général conservé. Les volumes d'irradiation de ce complément de radiothérapie étaient semblables au schéma initial. La dose totale devait être équivalente à 70 Gy à raison de 2 Gy par fraction, avec une réduction médullaire à 44 Gy. Au total, 30 % des patients ont reçu une radiothérapie de complément à visée curative (dose totale de 42 Gy en 21 fractions). Le schéma hypofractionné étalé sur une semaine permettait de contrôler la douleur dans 57 % des cas et d'améliorer d'autres symptomatologies (détresse respiratoire dans 76 % des cas, dysphonie dans 57 %, dysphagie dans 53 %). La durée médiane de survie globale du groupe de patients traités selon le Schéma 20 Gy en cinq fractions était de 200 jours et de 400 jours pour ceux ayant reçu un complément d'irradiation.

L'essai de phase II « QUAD SHOT » a proposé de traiter les patients par irradiation hypofractionnée palliative ($n=30$) selon le schéma suivant : un cycle délivrant une dose totale de 14 Gy en quatre fractions sur deux jours consécutifs (un cycle), avec un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117351>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117351>

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