



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Mise au point

## Suivi après radiothérapie des cancers de prostate : évaluation et prise en charge de la toxicité et de la récurrence



### *Surveillance after prostate cancer radiotherapy: Evaluation and management of toxicity and relapse*

G. Dupic<sup>a,\*</sup>, C. Hennequin<sup>b</sup><sup>a</sup> Service de cancérologie radiothérapie, centre Jean-Perrin, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France<sup>b</sup> Service de cancérologie radiothérapie, hôpital Saint-Louis, 1, avenue Claude-Vellefaux, 75010 Paris, France

## I N F O A R T I C L E

## Mots clés :

Radiothérapie  
Cancer de la prostate  
Surveillance  
Toxicité  
Qualité de vie  
Rechute  
PSA  
Toucher rectal  
Traitement de rattrapage  
Recommandations

## Keywords:

Radiotherapy  
Prostate cancer  
Surveillance  
Toxicity  
Second cancer  
Quality of life  
Management  
Relapse  
PSA  
Digital rectal examination  
Salvage therapy  
Guidelines

## R É S U M É

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes en Europe avec un taux de survie moyen très élevé à long terme. L'impact médico-économique est majeur, de même que les chances de guérison. L'intérêt de la surveillance est triple : diagnostiquer et traiter les effets secondaires à court et long termes, détecter précocement une récurrence biochimique pour augmenter la probabilité de survie ou la qualité de vie et assurer un retour d'expérience pour améliorer les techniques de traitement. Nous rapportons tout d'abord l'incidence de la principale toxicité (digestive, rectale et sexuelle) et son traitement, puis les principales modalités de suivi clinique et biologique avec les stratégies d'imagerie adaptées en cas de récurrence et les principaux traitements de rattrapage.

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

## A B S T R A C T

Prostate cancer is the most frequent cancer among European males with a high survival rate. The economic impact of treatments and follow-up are significant. The objectives of the follow-up after prostate radiotherapy is multiple: diagnosis and treatment of side-effects, early detection of biochemical recurrence, with the aim of proposing a second local treatment to improve quality of life or overall survival and feedback of the treatment results to better inform patients at the beginning of the disease. This article reports incidence of main side-effects (digestive, urinary and sexual) with their treatments and guidelines for clinical and biological follow-up with strategies of imaging studies and salvage treatments.

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

### 1. Introduction

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes en Europe avec environ 55 000 nouveaux cas en France en 2012 selon l'Institut national du cancer (INCa). Son incidence, qui était en constante augmentation, particulièrement chez les jeunes

(35 à 64 ans), avec une augmentation annuelle moyenne de 9,8% en France entre 1998 et 2007, tend à se stabiliser [1]. Le taux de survie moyen à cinq ans en Europe pour les cancers de prostate est de 83,4% [2]. Les modalités du suivi peuvent varier en fonction du traitement, de l'âge du patient, de ses maladies associées et de ses préférences [3]. L'intérêt de la surveillance est triple : diagnostiquer et traiter les effets secondaires, détecter précocement une récurrence biochimique pour une mise en route précoce et raisonnée d'un traitement de rattrapage et assurer un retour d'expérience pour améliorer les techniques de traitement [4,5].

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : guillaume.dupic@cjp.fr (G. Dupic).

## 2. Évaluation de la toxicité et prise en charge

Le suivi permet de diagnostiquer et traiter les effets secondaires éventuels et de mieux évaluer leur incidence pour en informer les patients. La radiothérapie semble causer plus de complications gastro-intestinales et de seconds cancers qu'une prostatectomie, mais moins de toxicité urinaire [6]. L'augmentation de la dose entraîne celle de la fréquence des effets secondaires. Le risque actuel de voir se développer une toxicité de grade 2 ou plus à dix ans est 9% [7]. L'importance des effets secondaires aigus semble être corrélée avec l'incidence des effets tardifs, que ce soit pour la toxicité gastro-intestinale ou urinaire [8]. L'incidence de la toxicité gastro-intestinale et urinaire aiguë de grade 2 ou plus semble être plus élevée pour la radiothérapie hypofractionnée que la radiothérapie conformationnelle normofractionnée [9]. Elle est significativement réduite avec la radiothérapie avec modulation d'intensité (RCMI), avec guidage par l'image (IGRT). L'évaluation de la toxicité doit être réalisée avec des échelles validées, comme celle du Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) ou du National Cancer Institute-Common Toxicity Criteria (NCI-CTCAE) [10].

### 2.1. Toxicité digestive

Les rectites aiguës surviennent pendant et jusqu'à deux à quatre semaines après le traitement. Elles se manifestent par un syndrome rectal associant des faux besoins et une accélération du transit, plus rarement des douleurs, des rectoragies, des ténésmes ou des crises hémorroïdaires. La régression est le plus souvent spontanée en quatre à six semaines mais jusqu'à trois patients sur quatre souffrent d'une rectite radique aiguë [11].

Les rectites chroniques surviennent six mois à deux ans après la radiothérapie et beaucoup plus rarement après ce délai [12]. Elles se manifestent le plus souvent par un syndrome rectal ou des saignements, mais parfois par des ulcérations, voire des fistules, des ténésmes et une incontinence [11]. La toxicité intestinale est également à prendre en compte mais l'incidence de la toxicités de grade 2 ou plus est faible après RCMI score (Radiotherapy-Induced Lower Intestinal Toxicity Score). Le sigmoïde doit être considéré comme un organe à risque à part entière [13]. L'incontinence anale, de traitement difficile, est rare et peut être appréciée par le score Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice (EPIC-CP).

La prévalence des troubles intestinaux est de 1% après prostatectomie radicale, 11% après radiothérapie externe et 16% après curiethérapie [4]. La modulation d'intensité et le guidage par l'image permettent une diminution significative du taux de toxicité gastro-intestinale de grade 2 ou plus à long terme [14]. L'irradiation hypofractionnée donne des résultats similaires, de même que la radiothérapie stéréotaxique [15].

Les facteurs favorisants sont l'augmentation de dose, les maladies associées (antécédent de chirurgie abdominopelvienne, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, suppression androgénique, diabète, hémorroïdes, traitement anticoagulant) et l'hypersensibilité individuelle [11,16]. La réalisation d'une rectoscopie un an après la radiothérapie permet de prédire le risque de toxicité tardive à trois ans [17]. Le paramètre prédictif de toxicité rectale le plus important est le volume rectal irradié, puis la dose délivrée, la dose par fraction et l'adjonction de traitement concomitant [11]. Des contraintes sur les histogrammes dose/volume ont été proposées pour limiter la toxicité de grade 2 ou plus [18].

Après radiothérapie prostatique, le suivi d'un régime alimentaire réduit en fibres et en lactose ne permet pas d'améliorer la qualité de vie [19]. Les différents traitements de la rectite radique peuvent être classés et utilisés dans cette ordre en fonction du degré de sévérité (Fig. 1) : abstention thérapeutique (en

cas de saignement rare sans traduction hématologique), traitement médicamenteux, avec efficacité discordante et difficile à évaluer (corticostéroïdes de type hydrocortisone en mousse de type Colofoam® ou acide 5-aminosalicylique à visée anti-inflammatoire, sucralfate en mucoprotecteur, ou acides gras à chaînes courtes comme l'acide butyrique avec un effet trophique sur la muqueuse rectale), traitement endoscopique avec 80% d'efficacité (instillation de formalin [agent anticoagulant], laser YAG, cautérisation au plasma argon, radiofréquence ou cryoablation), oxygénothérapie hyperbare (stimulant l'angiogenèse et efficacité dans 72% des cas) et intervention chirurgicale (pour les cas réfractaires) [20,21]. Toutes ces méthodes sont utilisables quelle que soit la technique de radiothérapie [22].

### 2.2. Toxicité urinaire

Les effets aigus sont la pollakiurie diurne/nocturne, la dysurie, les cystalgies, les impériosités mictionnelles et les hématuries. Ils disparaissent en moyenne quatre à six semaines après la radiothérapie [23]. Les effets tardifs se traduisent par hématurie, fistule, pollakiurie, brûlures mictionnelles voire douleurs péri-néales. L'incontinence urinaire est rare. Les complications urinaires surviennent plus tardivement que les complications rectales. Le délai moyen d'apparition est de deux à cinq ans mais leur incidence continue d'augmenter avec le temps et elles peuvent survenir jusqu'à dix ans [12].

L'incidence des troubles urinaires de grade 2 ou plus varie selon les études et échelles utilisées : elle est de 16 à 32% après une curiethérapie et de 10 à 30% après une radiothérapie externe [7]. La RCMI ne diminue pas significativement la toxicité urinaire aiguë et tardive [24]. Après une opération, la radiothérapie entraîne le même taux de complications urinaires à long terme [25]. La curiethérapie expose à un risque majoré de sténose de l'urètre dans près de 5 à 15% des cas, voire à d'exceptionnelle fistule [26]. L'International Prostate Symptom Score (IPSS) est le facteur le plus prédictif de toxicité urinaire aiguë [27]. Les patients les plus à risque de toxicité urinaire tardive sont ceux souffrant d'une symptomatologie urinaire avant l'irradiation, ayant un antécédent de résection transurétrale, un âge supérieur à 70 ans, un diabète, un traitement hormonal et ayant au préalable souffert d'un effet secondaire urinaire aigu.

La relation dose/volume n'est pas démontrée pour la toxicité vésicale [28]. La réplétion vésicale est le facteur le plus important pour réduire la toxicité urinaire aiguë, suivie de l'utilisation de la RCMI [29].

Les moyens de traitement de la cystite radique sont l'irrigation vésicale, des traitements endoscopiques (cautérisation au laser, injection de formalin ou alum, hydrodistension), l'oxygénothérapie hyperbare en cas d'échec, l'embolisation iliaque interne et en dernier recours la cystectomie avec dérivation urinaire [21,30].

### 2.3. Toxicité sexuelle

Il est capital d'informer les patients et de dépister précocement les complications sexuelles. La dysfonction érectile est le principal symptôme mais il peut survenir également une hypospermie, une anorgasmie et des troubles de la libido [31]. L'International Index of Erectile Function (IIEF) permet l'évaluation de la dysfonction érectile, de même que la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) du National Cancer Institute.

La prévalence des troubles sexuels est 43 à 84% après prostatectomie, 32 à 37% après radiothérapie externe, 15 à 30% après curiethérapie et jusqu'à 70% après hormonothérapie, sachant que le taux de dysfonction érectile avant traitement est souvent très élevé (jusqu'à 60% de troubles sévères à modérément sévères) [32,33].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117374>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117374>

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