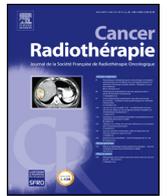




Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Mise au point

Suivi clinique et paraclinique après radiothérapie pour un cancer des voies aérodigestives supérieures



Clinical and paraclinical follow-up after radiotherapy for head and neck cancer

K. Clément-Colmou^{a,*}, I. Troussier^b, É. Bardet^a, M. Lapeyre^c

^a Département de radiothérapie, institut de cancérologie de l'Ouest, centre René-Gauducheau, boulevard Jacques-Monod, 44805 Saint-Herblain cedex, France

^b Département d'oncologie-radiothérapie, CHRU de Poitiers, 2, rue de la Milétrie, 86021 Poitiers cedex, France

^c Département de radiothérapie, centre Jean-Perrin, 58, rue Montalembert, BP 392, 63011 Clermont-Ferrand cedex 1, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Cancer des voies aérodigestives supérieures
 Radiothérapie
 Suivi
 Toxicité tardive
 Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité

Keywords:

Head and neck cancer
 Radiotherapy
 Follow-up
 Late toxicity
 Intensity-modulated radiation therapy

RÉSUMÉ

La prise en charge des cancers des voies aérodigestives supérieures nécessite souvent un traitement multimodal lourd au sein duquel s'intègre la radiothérapie. La toxicité reste importante malgré les améliorations apportées par la radiothérapie avec modulation d'intensité. Après traitement, les patients sont confrontés à des problématiques différentes selon le délai post-thérapeutique. Ainsi, le suivi à court terme permet d'évaluer la cicatrisation des effets de la toxicité aiguë et la réponse au traitement. Le suivi à plus long terme permet de dépister les seconds cancers et récurrences à distance ainsi que d'évaluer et de prendre en charge les séquelles tardives. Les soins de support médicaux et psychosociaux restent indispensables, même plusieurs années après rémission complète. L'objectif de ce travail était de préciser les modalités du suivi à court et long termes des patients ayant bénéficié d'une radiothérapie pour un cancer des voies aérodigestives supérieures.

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

ABSTRACT

Head and neck cancer management often involves heavy multimodal treatments including radiotherapy. Despite the improvement of intensity-modulated radiation therapy, acute and late toxicities remain important. After such treatment, patients have to face different potential problems, depending on the post-therapeutic delay. In this way, short-term follow-up permits to appreciate the healing of acute toxicities and response to treatment. Long-term follow-up aims to recognize second primitive tumours and distant failure, and to detect and manage late toxicities. Medical and psychosocial supportive cares are essential, even after several years of complete remission. The objective of this article is to review the modalities of short-term and long-term follow-up of patients who receive a radiotherapy for head and neck cancer.

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

1. Introduction

La prise en charge des cancers des voies aérodigestives supérieures comporte trois grandes thérapeutiques possibles seules ou

associées : la radiothérapie, la chirurgie et la chimiothérapie [1]. Leur efficacité dépend du stade de la maladie. Le taux d'échec local ou à distance varie de 10 à 60% à cinq ans et la majorité des récurrences survient dans les deux ans qui suivent le traitement [2]. La technique d'irradiation de référence est la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) [1,3–5]. Elle permet de réduire la toxicité par rapport à la radiothérapie conformationnelle classique [6] et d'améliorer les résultats pour les

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kclémentcolmou@gmail.com (K. Clément-Colmou).

cancers nécessitant des irradiations complexes comme ceux du cavum et des fosses nasales et paranasales. Cependant, la toxicité aiguë et tardive post-radique restent fréquentes (mucite, xérostomie, dysphagie, fibrose) et peut avoir un impact important sur la qualité de vie. Leur prévention et leur prise en charge précoce restent indispensables. Enfin, les patients en situation de rémission complète après traitement d'un carcinome épidermoïde des voies aérodigestives supérieures sont exposés à un risque de second cancer non négligeable (2 à 5 % par an) [7]. Les objectifs du suivi post-thérapeutique sont l'évaluation du contrôle de la maladie, la mesure et la prise en charge de la toxicité, la détection précoce de seconds cancers. Le suivi des six premiers mois ou « suivi à court terme » vise à apprécier la cicatrisation des effets de la toxicité aiguë et à évaluer la réponse au traitement ; le suivi à plus long terme évalue les séquelles tardives et permet le dépistage des secondes localisations ou des récurrences à distance.

2. Suivi à court terme

2.1. Prise en charge de la toxicité aiguë

La radiothérapie des voies aérodigestives supérieures est marquée par une toxicité aiguë principalement liée aux tissus à cinétique de renouvellement rapide, de rapport α/β élevé [8]. Il s'agit principalement de l'épiderme et des muqueuses digestive et respiratoire.

L'épidermite aiguë, dose-dépendante, apparaît vers la troisième semaine de traitement et n'est habituellement pas limitative. Elle peut toutefois nécessiter des soins locaux quotidiens si elle atteint le grade 3 de l'échelle Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Sa cicatrisation doit survenir deux à trois semaines après l'arrêt du traitement en respectant les précautions d'usage (rasage électrique, limitation de l'exposition solaire). En cas d'association concomitante hebdomadaire de radiothérapie et de cétuximab, des épidermites de grade 3 nécessitant une interruption du traitement ont été décrites. Ces réactions cutanées nécessitent une surveillance étroite et un traitement préventif associant hydratation cutanée et tétracyclines, jusqu'à l'arrêt du cétuximab si l'épidermite de grade 3 apparaît précocement (avant 50 Gy) [9].

Malgré l'avancée technique de la RCMI, la mucite reste inévitable et plus importante lors de l'association concomitante de chimiothérapie et de radiothérapie. Une mucite de grade 2 ou 3 survient progressivement à partir de la troisième semaine de traitement et nuit à la qualité de l'alimentation. Elle nécessite des soins de support associant antalgiques et support nutritionnel adapté (compléments alimentaires, sonde nasogastrique voire gastrostomie). Cette mucite doit cicatriser en quatre à six semaines après la fin du traitement, nécessitant la poursuite des soins de support pendant cette période post-thérapeutique.

Une consultation un mois environ après la fin du traitement (en cas d'association thérapeutique) permet d'évaluer la cicatrisation de l'épidermite et de la mucite. En cas de facteurs de gravité comme une perte de poids supérieure à 10 %, la pose tardive d'une sonde alimentaire, une déshydratation, la nécessité d'une interruption de traitement ou des douleurs mal contrôlées, une, voire deux, consultations plus rapprochées peuvent être nécessaires.

2.2. Évaluation de la réponse

L'évaluation de la réponse aux traitements est clinique et paraclinique. En plus de l'examen clinique général, l'examen spécifique de la sphère ORL avec nasofibroscopie est indispensable. Le premier bilan carcinologique clinique est recommandé environ 2 mois après la fin de la radiothérapie. À cette date, l'épidermite et la

mucite doivent être cicatrisées et l'alimentation orale en cours de reprise. Le bilan paraclinique est réalisé environ 3 mois après la fin du traitement [10]. Il comprend au moins une scanographie cervicothoracique après injection, en coupes millimétriques. Une imagerie par résonance magnétique (IRM), plus spécifique pour évaluer le massif facial et la base du crâne, est un complément utile pour les localisations sus-hyoïdiennes en particulier pour le cavum et les fosses nasales et paranasales [11]. La tomographie par émission de positons au (^{18}F)-fluorodésoxyglucose (TEP-FDG) doit être réalisée au minimum quatre à six mois après la fin de la radiothérapie. Elle présente notamment un intérêt pour les cancers du cavum [12] ou en cas de persistance ou d'apparition d'une ou plusieurs adénopathies cervicales de 10 à 15 mm de petit axe, mais ne fait pas partie du bilan systématique en raison de sa faible valeur prédictive positive [13]. Une fixation pathologique au-delà de quatre mois indique une adénectomie de clôture si le cancer primitif est contrôlé [14]. L'échographie cervicale par un opérateur entraîné peut être une aide chez les patients non opérés [10]. L'imagerie doit être revue si possible par un praticien ayant réalisé le bilan d'extension initial ou la prise en charge thérapeutique, afin de bien différencier les évolutions tumorales des modifications anatomiques post-thérapeutiques.

Le suivi précoce permettra de proposer un traitement à visée curative de sauvetage en cas de poursuite évolutive locale ou locorégionale rattrapable. Les principaux facteurs de risque de récurrence locale sont une taille tumorale initiale supérieure à 4 cm, un statut ganglionnaire supérieur à N1 (probabilité de survie sans progression à cinq ans de 41 % au stade T3-4 contre 72 % au T1-2 et de 43 % au stade N2-3 contre 72 % au stade N1) [15], l'absence d'infection par les papillomavirus humains (probabilité de survie globale à trois ans de 57 % contre 82 %) [16], l'absence de sevrage alcoolique (probabilité de survie sans progression à deux ans de 40 % contre 65 %) et tabagique (probabilité de survie sans progression à deux ans de 43 % contre 73 %) [17], le grade histologique élevé, la rupture capsulaire, la marge de résection R1 et l'existence d'embolies lymphatiques [18].

Des signes évocateurs d'une poursuite évolutive justifient une consultation plus précoce. Les principaux signes d'alerte sont : une douleur persistante, croissante ou d'apparition récente, une perte de poids ou tout signe fonctionnel anormal persistant [19]. La récurrence se présentant de façon indolore dans 40 % des cas, il est important d'informer le patient des signes d'alerte tels que dysphagie, dysphonie ou dyspnée, qui doivent amener à une consultation rapide [1,20].

En cas de progression, le bilan doit être complété d'une panendoscopie sous anesthésie générale et d'une histologie afin d'envisager un traitement de rattrapage. Les progrès de la chirurgie reconstructrice avec lambeau pédiculé ou libre permettent des interventions de rattrapage en territoire irradié de type pharyngolaryngectomie totale circulaire, buccopharyngectomie transmandibulaire, adénectomie. En l'absence de résécabilité chirurgicale d'une récurrence locale en territoire irradié, le pronostic est défavorable avec une durée médiane de survie de 10 mois chez les patients recevant une chimiothérapie [21]. En cas de réirradiation, la durée médiane passe à 12 mois avec une toxicité sévère significative [22].

3. Suivi à long terme

3.1. Évaluation du contrôle carcinologique

Pour les patients en rémission complète après le traitement initial, le suivi à long terme a pour objectif d'évaluer le maintien dans le temps du contrôle local, ganglionnaire et métastatique pour ajuster la poursuite de la prise en charge et envisager un traitement à

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117376>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117376>

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