



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Recommandations de l'Anocef pour la prise en charge des métastases cérébrales[☆]



ANOCEF guidelines for the management of brain metastases

É. Le Rhun^{a,*,b,c,d}, F. Dhermain^{d,e,f}, G. Noël^{g,h}, N. Reynsⁱ, A. Carpentier^j, E. Mandonnet^k, S. Taillibert^{l,m,n}, P. Metellus^{d,o,p,q}

^a Neuro-oncologie, département de neurochirurgie, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, rue Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France

^b Oncologie médicale, centre Oscar-Lambret, 3, rue Frédéric-Combemale, BP 307, 59020 Lille cedex, France

^c Laboratoire Prism, université Lille 1, Inserm U1192, bâtiment SN3 1^{er} étage, 59655 Villeneuve d'Ascq cedex, France

^d Groupe de réflexion sur la prise en charge des métastases cérébrales (GRPCMaC), 13273 Marseille cedex 09, France

^e Département de radiothérapie, institut de cancérologie Gustave-Roussy, 114, rue Édouard-Vaillant, 94805 Villejuif cedex, France

^f Réunion de concertation pluridisciplinaire de neuro-oncologie, institut de cancérologie Gustave-Roussy, 114, rue Édouard-Vaillant, 94805 Villejuif cedex, France

^g Département universitaire de radiothérapie, centre de lutte contre le cancer Paul-Strauss, 3, rue de la Porte-de-l'Hôpital, BP 42, 67065 Strasbourg cedex, France

^h Laboratoire EA 3430, fédération de médecine translationnelle de Strasbourg (FMTS), université de Strasbourg, 4, rue Kirschleger, 67085 Strasbourg cedex, France

ⁱ Département de neurochirurgie, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, rue Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France

^j Service de neurologie, hôpital Avicenne, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), 125, rue de Stalingrad, 93009 Bobigny cedex, France

^k Département de neurochirurgie, hôpital Lariboisière, 2, rue Ambroise-Paré, 75010 Paris, France

^l Département de neurologie 2, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47–83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^m Département de radiothérapie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47–83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

ⁿ Université Pierre-et-Marie-Curie Paris VI, 4, place Jussieu, 75005 Paris, France

^o Département de neurochirurgie, centre hospitalo-universitaire La Timone, AP-HM, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France

^p Centre de recherche en oncologie et oncopharmacologie (CRO2), faculté de médecine Timone, université Aix-Marseille, 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille cedex 05, France

^q Inserm U911, faculté de médecine Timone, 27, boulevard Jean-Moulin, 13385 Marseille cedex 05, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 24 novembre 2014

Accepté le 26 novembre 2014

Mots clés :

Métastases cérébrales
Cancer du sein
Cancer du poumon
Mélanome
Chirurgie
Radiothérapie
Chimiothérapie
Thérapie ciblée
Soins de support
Qualité de vie

RÉSUMÉ

L'incidence des métastases cérébrales est en augmentation en raison notamment de nouveaux agents thérapeutiques qui permettent une amélioration de la survie des patients, mais qui possèdent généralement une mauvaise diffusion à travers les barrières du système nerveux central. Les possibilités de prise en charge ont également évolué avec une meilleure connaissance des données immuno-histochimiques et de biologie moléculaire, l'apparition de nouvelles techniques chirurgicales, de radiothérapie, ainsi que les progrès réalisés avec les traitements systémiques. Le pronostic reste encore souvent limité à quelques mois, néanmoins une survie relativement longue peut désormais être observée dans quelques groupes de patients. Les facteurs pronostiques principaux concernent le type et le sous-type du cancer primitif, l'âge et l'état général du patient, le nombre et la localisation des métastases cérébrales, l'évolution de la maladie extracérébrale. La discussion multidisciplinaire doit tenir compte de l'ensemble de ces paramètres. Il faut également souligner que certains traitements, y compris la chirurgie et la radiothérapie, peuvent être proposés à visée symptomatique dans les phases palliatives de la maladie, justifiant de poursuivre la collaboration multidisciplinaire même dans les phases avancées de la maladie. Ce chapitre rapporte les recommandations proposées par le groupe de travail de l'Association de neuro-oncologie d'expression

[☆] Travail soutenu par l'Association des neuro-oncologues d'expression française (Anocef) –groupe métastases SNC. Le référentiel Anocef est disponible à l'adresse : www.anocef.org

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emilie.lerhun@chru-lille.fr (É. Le Rhun).

française (Anocéf), l'ensemble des rédacteurs et relecteurs du référentiel. La prise en charge des métastases de cancers du sein et de cancers du poumon est discutée dans un chapitre dédié à ces deux entités tumorales, la prise en charge des métastases de mélanome est discutée dans un chapitre spécifique en raison principalement de la sensibilité différente à la radiothérapie cérébrale.

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

A B S T R A C T

Keywords:

Brain metastases
Breast cancer
Lung cancer
Melanoma
Surgery
Radiotherapy
Chemotherapy
Targeted therapy
Supportive care
Quality of life

The incidence of brain metastases is increasing because of the use of new therapeutic agents, which allow an improvement of overall survival, but with only a poor penetration into the central nervous system brain barriers. The management of brain metastases has changed due to a better knowledge of immunohistochemical data and molecular biological data, the development of new surgical, radiotherapeutic approaches and improvement of systemic treatments. Most of the time, the prognosis is still limited to several months, nevertheless, prolonged survival may be now observed in some sub-groups of patients. The main prognostic factors include the type and subtype of the primitive, age, general status of the patient, number and location of brain metastases, extracerebral disease. The multidisciplinary discussion should take into account all of these parameters. We should notice also that treatments including surgery or radiotherapy may be proposed in a symptomatic goal in advanced phases of the disease underlying the multidisciplinary approach until late in the evolution of the disease. This article reports on the ANOCEF (French neuro-oncology association) guidelines. The management of brain metastases of breast cancers and lung cancers are discussed in the same chapter, while the management of melanoma brain metastases is reported in a separate chapter due to different responses to the brain radiotherapy.

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

1. Introduction

L'incidence des métastases cérébrales est en augmentation en raison de l'amélioration de la prise en charge globale des cancers qui permet d'améliorer la survie des patients. Elles constituent les tumeurs cérébrales les plus fréquentes. Le pronostic des métastases cérébrales est souvent sévère, tant sur plan vital que fonctionnel. L'objectif de la prise en charge est ainsi double : allonger la survie des patients et préserver leur qualité de vie.

Des progrès sont régulièrement réalisés au cours de la prise en charge de ces patients sur le plan de la maladie extracérébrale, mais également sur le plan de la maladie cérébrale. La prise en charge des métastases cérébrales présente quelques particularités. Ainsi, le type et le sous-type tumoral, la localisation, le nombre et le volume des métastases, voire leur présentation sur l'IRM, mais également l'évolution de la maladie extracérébrale, l'âge et l'état général du patient doivent être pris en compte lors des décisions thérapeutiques.

Les indications de chirurgie à visée curative ou symptomatique, voire facilitatrice d'un autre traitement, les indications de radiothérapie et de la technique à utiliser, de traitement médical et de ses modalités sont à discuter de façon multidisciplinaire.

Indépendamment du type histologique et du nombre de métastases cérébrales, les patients symptomatiques sur le plan neurologique justifient d'un traitement local rapidement efficace (chirurgie, radiothérapie). Une prise en charge spécifique à visée fonctionnelle peut être ainsi discutée de façon multidisciplinaire, même pour les patients dont l'espérance de vie est courte. Les traitements systémiques peuvent avoir une efficacité différente entre les localisations extracérébrales et cérébrales en raison de la présence de la barrière hémato-encéphalique qui, bien qu'altérée en présence de métastases cérébrales, n'est pas pour autant totalement perméable [1–3]. Il est nécessaire de prendre en compte le volume, le caractère symptomatique des métastases cérébrales et le sous-type biologique de la tumeur avant de poser l'indication d'un traitement systémique.

Quel que soit le cancer primitif, il est important de discuter du dossier du patient en réunion de concertation pluridisciplinaire en présence d'un neurochirurgien, d'un oncologue radiothérapeute,

d'un oncologue médical ou d'un neuro-oncologue et d'un neuroradiologue. Il est indispensable, pour les tumeurs dont le primitif est connu sur le plan histologique, de disposer du compte rendu anatomopathologique précis avec les données immuno-histochimiques et des données de biologie moléculaire. De même, il est indispensable de disposer d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale datant de moins d'un mois. La scanographie cérébrale exclusive n'est justifiée que par une contre-indication à la réalisation de l'IRM.

Enfin, les métastases cérébrales survenant le plus souvent dans un contexte de maladie extracérébrale évolutive, il est nécessaire de disposer d'un bilan d'extension récent de la maladie avec une scanographie thoraco-abdomino-pelvienne ou d'une tomographie par émission de positons (TEP) au fluorodésoxyglucose (FDG). La maladie extracérébrale doit être absolument prise en compte au moment de la prise de décision pour la maladie cérébrale.

Il faut enfin rappeler que certaines classifications pronostiques sont parfois utilisées, notamment la classification Diagnostic-Specific Graded Prognostic Assessment (DS-GPA), qui est disponible pour les métastases de cancer du poumon, de cancer du sein, de mélanome, de cancer du rein ou de cancer d'origine digestive. Les différentes classifications sont détaillées dans l'article épidémiologie de ce numéro thématique [4]. Aucune des classifications n'a cependant été validée pour la prise de décision thérapeutique.

Quelques définitions à rappeler : le contrôle local fait référence au contrôle de la (des) métastase(s) cérébrale(s) parenchymateuse(s) traitée(s), le contrôle cérébral fait référence au contrôle du parenchyme cérébral, comprenant le(s) site(s) traité(s).

Enfin, il faut rappeler la nécessité d'une surveillance clinique et par IRM tous les 3 mois après traitement de métastase(s) cérébrale(s).

La prise en charge des trois cancers principaux primitifs à l'origine de métastases a été développée dans le référentiel de l'Anocéf de 2014. En raison d'une efficacité différente, notamment de la radiothérapie, la prise en charge des métastases cérébrales de mélanome a été différenciée de celle des cancers du sein et du poumon [5].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117490>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117490>

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