



Disponible en ligne sur

 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Cancer de l'oropharynx Oropharyngeal Cancer

C. Lafond^{a,*}, Y. Pointreau^{b,c,d,e}, C. Debelleix^{f,g}, F. Denis^a, G. Calais^b, J. Bourhis^h, J. Thariatⁱ

^a Centre Jean-Bernard, Clinique Victor-Hugo, 9, rue Beauverger, 72000 Le Mans, France

^b Service de radiothérapie, Centre régional universitaire de cancérologie Henry-S.-Kaplan CHU de Tours, Hôpital Bretonneau, 2, Boulevard Tonnellé, 37000 Tours, France

^c Université François-Rabelais-de-Tours, génétique immunothérapie chimie & cancer, 37000 Tours, France

^d CNRS, UMR 6239 « Génétique, Immunothérapie, Chimie et Cancer », 37000 Tours, France

^e CHRU de Tours, Laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie, 37000 Tours, France

^f Service de radiothérapie-Centre Hospitalier Dax-Cote d'Argent boulevard Yves-du-Manoir, 40100 Dax, France

^g Service de radiothérapie-Hôpital Saint André, CHU Bordeaux, 1, rue Jean-Burquet, 33800 Bordeaux

^h Département de radiothérapie-oncologie, Institut Gustave-Roussy, 39, rue Camille Desmoulins, 94805 Villejuif cedex, France

ⁱ Département de radiothérapie oncologie / IBDC CNRS UMR 6543, Centre de cancer Antoine-Lacassagne, Université Nice Sophia-Antipolis, 33, avenue Valombrose, 06189, Nice cedex 2, France

INFO ARTICLE

Les figures 8b et 8c sont visibles
 uniquement sur : [http : //www.
 sciencedirect.com/](http://www.sciencedirect.com/)

Mots clés :

Cancer de l'oropharynx
 Radiothérapie conformationnelle
 Volumes cibles
 Atlas

Keywords:

Oropharyngeal cancer
 Conformal radiotherapy
 Target volumes
 Atlas

RÉSUMÉ

Les cancers de l'oropharynx sont des lésions fréquentes. Leur traitement comporte généralement une radiothérapie soit exclusive, associée ou non à la chimiothérapie, soit en postopératoire. La définition des volumes cibles est rendue difficile par la complexité anatomique de cette zone. L'objectif de ce travail était de préciser les principes de l'irradiation conformationnelle tridimensionnelle illustrés par un cas clinique.

© 2010 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Cancers of the oropharynx are common lesions. Their treatment often includes radiation therapy either exclusively or in combination with chemotherapy or after surgery. The definition of target volumes is made difficult by the complex anatomy of this area. The aim of this work is to clarify the principles of 3D conformal radiation illustrated by a case report.

© 2010 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Épidémiologie

Le cancer des voies aérodigestives est le 4^e en France avec 19 600 nouveaux cas en 2000 et 5600 décès chez les hommes et 900 chez les femmes [1].

Les facteurs de risque sont l'alcool, le tabac et les virus dont les *Human Papilloma Virus*. Le carcinome épidermoïde est de loin le plus fréquent avec 85 à 90 % des cas puis suivent les lymphomes malins et enfin les adénocarcinomes. D'autres tumeurs plus rares ont été décrites mais ne seront pas abordées ici. De la même façon, les variants du carcinome épidermoïde commun ne seront pas détaillés.

2. Classification

2.1. Classification TNM de l'UICC de 2002

C'est cette classification qui est de loin la plus utilisée [2].

2.1.1. Tumeur : T

- Tis : Carcinome in situ.
- T1 : Tumeur ≤ à 2 cm dans sa plus grande dimension.
- T2 : Tumeur ≥ à 2 cm et ≤ 4 cm.

* Correspondance.

Adresse e-mail : c.lafond@cjb72.org (C. Lafond)

© 2010 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

- T3 : Tumeur > 4 cm.
- T4 : T4a : tumeur envahissant une des structures suivantes : larynx, musculature profonde ou extrinsèque de la langue, muscle ptérygoïdien médian, palais osseux, mandibule.
- T4b : tumeur envahissant une des structures suivantes : muscle ptérygoïdien latéral, apophyses ptérygoïdes, paroi latérale du nasopharynx, base du crâne ou englobant l'artère carotide.

2.1.2. Ganglions : N

- N0 : pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.
- N1 : métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral inférieur ou égal à 3 cm dans sa plus grande dimension.
- N2 : métastase unique dans un seul ganglion lymphatique homolatéral supérieur strictement à 3 cm et inférieur ou égal à 6 cm dans sa plus grande dimension, ou métastases ganglionnaires multiples, toutes inférieures ou égales à 6 cm.
- N2a : métastase dans un seul ganglion lymphatique supérieur strictement à 3 cm mais inférieur ou égal à 6 cm.
- N2b : métastases homolatérales multiples toutes inférieures ou égales à 6 cm.
- N2c : métastases bilatérales ou controlatérales toutes inférieures ou égales à 6 cm.
- N3 : métastases supérieures à 6 cm.

2.1.3. Métastase : M

- M0 : pas de métastase à distance.
- M1 : présence de métastase(s) à distance.

2.1.4. Stadification

- Stade 1 : T1N0M0.
- Stade 2 : T2N0M0.
- Stade 3 : T1T2N1M0 ; T3N0M0.
- Stade 4 : correspond aux autres cas.

2.2. Indications de la radiothérapie

Ce travail n'a pas pour but d'être exhaustif dans les indications de la radiothérapie. Il présente les grandes indications.

Pour les tumeurs « superficielles » classées T1-3 NO-1, deux stratégies thérapeutiques sont équivalentes : une radiothérapie de la tumeur et des ganglions et une chirurgie de la tumeur et des ganglions. En fonction de l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire, une radiothérapie et(ou) une chimiothérapie peuvent être décidées. Pour les tumeurs classées T1 T2 N2 ou N3 et T3 T4 N0-N3, une radiothérapie externe peut être indiquée en première intention, le plus souvent en association à une chimiothérapie concomitante à base de sel de platine ou de cetuximab ou après la chirurgie, en cas de risque élevé de récurrence [3].

2.3. Histoire naturelle des cancers de l'oropharynx

L'extension locale des tumeurs de l'oropharynx se fait de proche en proche vers les structures avoisinantes, les tissus conjonctifs et épithéliaux ainsi que vers les structures lymphoïdes puis en

profondeur. Ces différents volumes sont décrits dans les articles de Lapeyre et al. et Eisbruch et al. [4,5].

2.4. Volumes cibles et organes à risque

Les volumes cibles et les contours des organes à risque sont déterminés à partir des coupes tomодensitométriques réalisées avec un patient en position de traitement avec une contention thermoformée personnalisée à 3 ou 5 points (5 points en cas de traitement avec modulation d'intensité) [6]. Typiquement, la scanographie est réalisée avec des coupes de 3 mm d'épaisseur tous les 3 mm, avec injection de produit de contraste iodé si possible et idéalement en double injection temps veineux et artériel (en l'absence d'allergie ou d'altération de la fonction rénale), en particulier dans le cas d'un traitement avec modulation d'intensité. Des fusions d'images avec l'IRM ou la TEP peuvent être utiles. Le malade est en décubitus bras le long du corps, tête en hyper-extension dans une cale mousse adaptée à la courbure du cou. Les épaules sont en position basse. Un espaceur de langue, dans l'idéal personnalisé à l'arcade dentaire, permet l'épargne des glandes salivaires accessoires du palais pour les tumeurs de la langue mobile et de la base de langue.

2.5. Les volumes cibles

Le volume cible macroscopique (*Gross Tumor Volume*, GTV) est défini d'après les données cliniques et para cliniques du bilan pré thérapeutique (examen clinique, TDM, IRM et éventuellement TEP FDG) et se décompose en un volume tumoral et un volume ganglionnaire. Le schéma initial de la lésion et la description de la panendoscopie sont primordiaux à sa définition en particulier dans le cas d'une chimiothérapie néo-adjuvante.

Le volume cible anatomoclinique (*Clinical Target Volume*, CTV) peut être décomposé en un volume à haut risque et un volume à bas risque eux-mêmes décomposés en volumes ganglionnaires et tumoral :

- les CTV N, CTV N+R+ à haut risque et CTV N0 à bas risque pour les aires ganglionnaires ;
- et CTV T ou lit opératoire (CTV lit op) à haut risque et CTV T et lit op à bas risque ;
- le CTV T à haut risque consiste en une extension aux tissus mous adjacents du GTV T, avec une marge de 3 à 10 mm en fonction de l'extension de la lésion et des barrières anatomiques et modes de diffusion selon le site primitif [4] ;
- la dose prescrite est de 66 à 70 Gy [5,7].

2.6. En postopératoire

Le CTV lit op à haut risque correspond au lit opératoire avec une marge de 10 mm en cas de berges atteintes ou limites (< 5 mm) [5,7].

2.7. Volumes ganglionnaires

Le GTV N est défini d'après les données cliniques et paracliniques du bilan préthérapeutique (examen clinique, TDM, IRM et éventuellement TEP FDG).

Le CTV N à haut risque (patient non opéré) consiste en une extension géométrique de 5 mm dans toutes les directions pour les

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117972>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117972>

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