

Cas clinique

Chimioradiothérapie de rattrapage pour métastases médiastinales et pleuropulmonaires d'un cancer du canal anal

Curative salvage treatment of mediastinal and pleuropulmonar metastatis from anal canal cancer

M.-V. Moreau^{a,*}, L. Tournier-Rangeard^a, M.-C. Kaminsky^b, D. Peiffert^a

^a Département de radiothérapie, centre Alexis-Vautrin, avenue de Bourgogne, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy cedex, France

^b Département d'oncologie médicale, centre Alexis-Vautrin, avenue de Bourgogne, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy cedex, France

Reçu le 25 septembre 2008 ; reçu sous la forme révisée le 19 février 2009 ; accepté le 23 février 2009

Disponible sur Internet le 20 mai 2009

Résumé

Une femme de 57 ans, qui a été atteinte trois ans après une chimioradiothérapie complétée d'une curiethérapie pour un carcinome épidermoïde du canal anal de métastases médiastinales et pleuropulmonaires, est actuellement en situation de rémission complète 50 mois après une chimioradiothérapie de rattrapage. Cette observation montre l'intérêt d'un traitement de rattrapage à visée curative en situation métastatique du cancer du canal anal lorsque l'extension de la maladie et l'état général le permettent. Elle illustre par ailleurs la radiosensibilité des cancers du canal anal, y compris en situation métastatique, et soulève l'intérêt diagnostique d'une morpho-TEP en complément des examens cliniques et paracliniques jusque-là utilisés pour l'évaluation de la réponse au traitement et la recherche d'une rechute tumorale.

© 2009 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Canal anal ; Métastatique ; Traitement de rattrapage ; Chimioradiothérapie ; Morpho-TEP

Abstract

This case report presents a 57 years-old woman treated for a squamous cell carcinoma of the anal canal by radiochemotherapy and brachytherapy. The particularity of this case lays on the fact that she presented a mediastinal and pleural metastatic evolution three years later, which was also treated by radiochemotherapy, leading to a complete remission of 50 months. This observation is interesting for its curative treatment in metastatic cancer of the anal canal. It also illustrates the radiosensitivity of anal canal cancers, including metastatic situations, and raises the contribution of PET-scanner to evaluate the response to treatment and detect a recurrence.

© 2009 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Anal canal; Metastatic; Salvage treatment; Radiochemotherapy; FDG-PET

1. Introduction

Le cancer du canal anal est une tumeur maligne rare, dans 90 % des cas un carcinome épidermoïde. Des métastases, ganglionnaires, hépatiques ou pulmonaires, sont mises en évidence au moment du diagnostic initial dans 5 % des cas, au cours de l'évolution dans 20 % des cas. Une chirurgie d'exérèse devrait être proposée chaque fois que ces métastases sont en petit nombre et sont accessibles. En revanche, étant donné la radio-

et la chimiosensibilité de ces tumeurs, une chimioradiothérapie devrait être tentée en cas de métastases en petit nombre, mais inaccessibles à un traitement chirurgical.

Nous rapportons le cas d'une patiente ayant été atteinte d'un cancer épidermoïde du canal anal et qui est actuellement en situation de rémission complète quatre ans après le traitement à visée curative de métastases pleuropulmonaires et médiastinales métachrones.

2. Cas clinique

Il s'agit d'une femme de 57 ans, non-fumeuse, aux antécédents de dyslipidémie et d'hyperthyroïdie de Basedow, qui

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mv.moreau@nancy.fnclcc.fr (M.-V. Moreau).

a fait l'objet dix ans plus tôt d'une IRaThérapie. Elle n'avait pas d'antécédent familial de cancer. La tumeur primitive a été diagnostiquée en 2001 à l'occasion de rectorragies et de douleurs anales persistantes pendant deux mois, réfractaires au traitement médical. L'examen clinique a montré une lésion ulcérobourgeonnante hémicircconférentielle antérieure du canal anal de 4 cm de hauteur, étendue à la marge, saignant au contact. L'écho-endoscopie a retrouvé une tumeur de 5 cm, épaisse de 2 cm, qui infiltrait toute la paroi du canal anal, les sphincters interne et externe, de stade UST3N-. La biopsie a fait la preuve d'un carcinome épidermoïde moyennement différencié, de type basaloïde. Le bilan d'extension, en particulier la scanographie thoraco-abdominopelvienne, était normal. Une chimioradiothérapie concomitante a été décidée.

L'irradiation a délivré sur la tumeur, et les aires ganglionnaires iliaques internes et externes, 45 Gy en 25 fractions de 1,8 Gy par quatre faisceaux de 10 et 25 MV dont la limite supérieure était l'interligne L5-S1 ; des électrons de 7,5 MeV ont été utilisés pour compléter la dose dans les aires inguinales. La chimiothérapie a consisté en deux cycles de cisplatine (80 mg/m² à j1), et de 5-fluoro-uracile en perfusion continue (800 mg/m²/j de j1 à j4), pendant les première et cinquième semaines de l'irradiation. Trois semaines et demi plus tard, a été réalisée une curiethérapie interstitielle du canal anal de débit pulsé par iridium 192, selon le système de Paris, qui a délivré par quatre lignes radioactives de 6 cm espacées de 1 cm, 20 Gy sur l'isodose de référence en 40 pulses et 40 heures.

La patiente a été surveillée tous les quatre mois et il n'a pas été retrouvé de signe fonctionnel ni de récurrence locale, seulement quelques télangiectasies de la jonction anorectale. En mars 2004, soit trois ans après le traitement initial, au décours d'une consultation motivée par la présence d'une dyspnée de repos invalidante d'apparition progressive, une pleurésie et une atelectasie complète du poumon gauche ont été mises en évidence. La fibroscopie bronchique a montré l'obstruction totale du tronc souche gauche par une masse, dure, blanchâtre et saignant au contact. Les biopsies ont révélé une métastase bronchique du carcinome épidermoïde du canal anal. La scanographie thoraco-abdominopelvienne a confirmé l'atelectasie du poumon gauche, qui était associée à un épanchement péricardique et pleural, sans extension ganglionnaire ni métastatique (Fig. 1). La ponction pleurale a ramené un liquide modérément cellulaire hématique

avec quelques aspects dystrophiques réactionnels, sans cellule carcinomateuse. Une morpho-TEP a trouvé un hypermétabolisme dans les lobes pulmonaires supérieur et inférieur gauches, ainsi qu'une hyperfixation ganglionnaire médiastinale interaortico-pulmonaire jusqu'au péricarde latéral et l'absence de foyer sous-diaphragmatique (Fig. 2). Le diagnostic de rechute médiastinale et pleuropulmonaire du cancer épidermoïde du canal anal traité trois ans auparavant a donc été retenu.

L'état général était altéré (indice de performance de 3 selon l'OMS) et l'accentuation de la dyspnée a nécessité une oxygénothérapie. Une désobstruction par laser et la pose d'une prothèse endobronchique n'étaient techniquement pas possibles. Une corticothérapie massive a été délivrée, ainsi qu'une radiothérapie décompressive non-fractionnée en urgence de 6 Gy de la bronche souche gauche par deux faisceaux antéropostérieurs de 25 MV. L'état clinique s'est amélioré et une réponse radiologique partielle a été observée, ainsi qu'une réduction majeure de l'épanchement péricardique, laissant penser qu'il était réactionnel.

Un mois plus tard, l'irradiation médiastino-hilaire a été reprise pour délivrer 15 Gy en cinq fractions par deux faisceaux de 10 MV. Elle a été associée à un premier cycle de chimiothérapie concomitante par cisplatine et 5-fluoro-uracile selon les modalités sus-décrites. Enfin, il a été délivré 30 Gy supplémentaires en 15 fractions par des faisceaux antérieur, postérieur et latéral gauche de 10 MV, dans le médiastin et les métastases hilaires pulmonaires, avec dans le même temps trois cycles de cisplatine-5-fluoro-uracile selon le même protocole. Au total, l'irradiation a donc délivré à la tumeur métastatique 51 Gy en *split course*.

La surveillance post-thérapeutique a reposé sur l'examen clinique, la scanographie thoraco-abdominopelvienne (Fig. 3) et la morpho-TEP. La dyspnée a disparu rapidement et les douleurs basithoraciques gauches séquellaires de la ponction pleurale avec probables brides ont diminué progressivement (indice de performance de grade 0 selon l'OMS). Lors du dernier contrôle, quatre ans après le traitement de rattrapage, il y avait aucun signe de rechute clinique. La radiographie thoracique était stable avec un aspect séquellaire de l'hémithorax gauche et la persistance d'une ventilation partielle. Les morpho-TEP, répétées tous les six mois, montraient une hyperactivité résiduelle modérée dans le champ pulmonaire gauche, sans

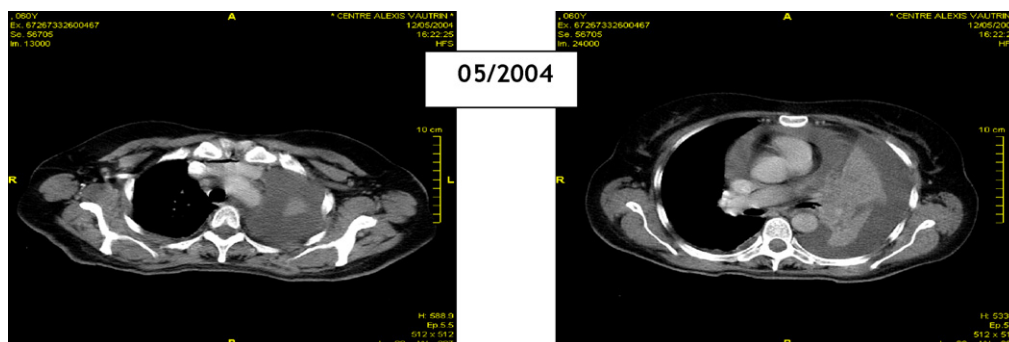


Fig. 1. Scanographie thoracique : atelectasie pulmonaire gauche et épanchement péricardique.
Chest scan: left pulmonary atelectasis and pericardic effusion.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2118078>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2118078>

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