



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Place de la radiothérapie dans le traitement conservateur des sarcomes en territoire irradié



Radiotherapy as conservative therapy for sarcomas within irradiated field

A. Modesto^{a,*}, T. Filleron^b, C. Chevreau^c, C. Le Péchoux^d, P. Rochaix^e, S. Le Guellec^e,
A. Ducassou^a, D. Gangloff^f, G. Ferron^f, M. Delannes^a

^a Département de radiothérapie, institut Claudius-Regaud, 20–24, rue du Pont-Saint-Pierre, 31000 Toulouse, France

^b Département de statistiques biomédicales, institut Claudius-Regaud, 20–24, rue du Pont-Saint-Pierre, 31000 Toulouse, France

^c Département d'oncologie médicale, institut Claudius-Regaud, 20–24, rue du Pont-Saint-Pierre, 31000 Toulouse, France

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

^e Département d'anatomie–pathologie, institut Claudius-Regaud, 20–24, rue du Pont-Saint-Pierre, 31000 Toulouse, France

^f Département de chirurgie, institut Claudius-Regaud, 20–24, rue du Pont-Saint-Pierre, 31000 Toulouse, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 21 octobre 2013

Reçu sous la forme révisée
le 18 janvier 2014

Accepté le 27 février 2014

Mots clés :

Radiothérapie

Sarcome radio-induit

Traitement conservateur

Séquelles

Ré-irradiation

RÉSUMÉ

Objectif de l'étude. – Les sarcomes en territoire irradié sont des maladies rares de pronostic défavorable. Si la résection tumorale complète représente le traitement de première intention, la place de la radiothérapie dans le cadre d'une approche curative n'est pas clairement définie. Nous rapportons les résultats carcinologiques et fonctionnels d'une cohorte de patients atteints d'un sarcome en territoire irradié localisé pris en charge par l'association de plusieurs modalités thérapeutiques, dont la radiothérapie, à l'institut Claudius-Regaud, Toulouse.

Patients et méthodes. – Les données démographiques, thérapeutiques et le suivi issus du dossier informatisé de chaque patient traité pour un sarcome en territoire irradié entre janvier 2000 et octobre 2011 ont été rétrospectivement analysés. Les résultats obtenus chez les patients ayant bénéficié d'une radiothérapie exclusive ou adjuvante ont été comparés à ceux obtenus chez les patients qui n'ont pas été ré-irradiés.

Résultats. – Parmi les 27 patients éligibles à cette étude, dix patients ont été ré-irradiés. La proportion de maladie non opérable ou en situation de résection incomplète était significativement plus importante dans le groupe des patients ré-irradiés que dans celui des patients non ré-irradiés : 90 % contre 12 % ; $p < 0,001$. Après un suivi médian de 3,8 ans, le taux de survie sans rechute à quatre ans était plus élevé dans le groupe des patients ré-irradiés que dans celui des patients seulement opérés (53 % contre 27 % ; $p = 0,09$), avec un profil de toxicité qui reste acceptable.

Conclusion. – Une exérèse tumorale complète est souvent difficile à obtenir en territoire irradié, ce qui augmente le risque de rechute des sarcomes en territoire irradié. La radiothérapie devrait être discutée systématiquement en cas de tumeur localisée non résecable, ou après une chirurgie suboptimale. Si l'indication est retenue, la radiothérapie devrait idéalement être délivrée avec les techniques les plus modernes de façon à minimiser le risque de séquelles tardives.

© 2014 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Purpose. – To describe long-term outcome after combined-modality treatment including radiation therapy in patients with localized sarcoma within irradiated field.

Patients and methods. – Individual clinical data from all consecutive patients diagnosed and treated for a localized sarcoma within irradiated field between January 2000 and October 2011 at the Institut Claudius-Regaud, Toulouse, France, were retrospectively reviewed.

Results. – Twenty-seven patients were eligible for this study. Ten patients were re-irradiated with a rate of unresectable, gross or microscopically positive margins disease significantly higher than the rest of

Keywords:

Radiation therapy

Radio-induced sarcoma

Conservative therapy

Sequelae

Reirradiation

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : modesto.anouchka@claudiusregaud.fr (A. Modesto).

the cohort (90% vs. 12%; $P < 0.001$). After a median follow-up of 3.8 years, there is a non-significant trend toward longer 4-year relapse free survival in the subgroup of patients who received adjuvant or definitive radiation therapy compared to the rest of the cohort (53% vs. 27%; $P = 0.09$) with an acceptable toxicity profile allowing conservative management.

Conclusion. – The complete surgical resection sarcoma within irradiated field is often difficult to achieve enhancing the risk of relapse. Radiation therapy should be discussed when faced with an unresectable tumour or after suboptimal surgery as part of intensified local management with a curative intent.

© 2014 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les indications de radiothérapie à visée curative, exclusive ou adjuvante, sont de plus en plus larges et 60 % des patients atteints d'un cancer seront irradiés au cours de leur prise en charge [1,2]. Les propriétés carcinogènes des rayonnements ionisants sont connues depuis longtemps. Beck a rapporté le premier cas de sarcome en territoire irradié en 1922 [3]. Les sarcomes qui surviennent en territoire irradié sont une complication rare mais sévère de la radiothérapie. Leur incidence cumulée varie entre 0,3 et 0,48 % à 15 ans de la radiothérapie selon les séries [4,5].

Les sarcomes en territoire irradié ont un pronostic plus défavorable que celui des sarcomes des tissus mous sporadiques et les taux de survie à cinq ans varient de 17 % à 41 % selon les études. Les facteurs de pronostic défavorable classiquement retenus pour les sarcomes sporadiques des tissus mous leur sont plus fréquemment associés : haut grade, grande taille, marges chirurgicales incomplètes [6]. À ce jour, leur prise en charge n'est pas standardisée du fait de leur faible incidence et de leur survenue en territoire irradié. Il n'existe en particulier, pas de consensus sur l'indication de la radiothérapie dans cette pathologie.

Nous rapportons les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et le suivi des patients atteints d'un sarcome en territoire irradié localisé traités dans un centre de lutte contre le cancer par l'association de plusieurs modalités thérapeutiques, dont la radiothérapie.

2. Patients et méthodes

2.1. Patients

Tous les patients atteints d'un sarcome en territoire irradié localisé diagnostiqué et pris en charge entre janvier 2000 et octobre 2011 à l'institut Claudius-Regaud, à Toulouse, ont été inclus dans cette étude. Les données concernant l'âge, le genre, l'histologie du premier cancer, la dose initialement reçue, le délai entre les deux tumeurs, la topographie du sarcome en territoire irradié localisé, sa profondeur, son grade histologique, les diverses modalités relatives à sa prise en charge (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), le statut des marges et la survenue d'une rechute éventuelle ont été rétrospectivement analysées.

2.2. Diagnostic et prise en charge

Le diagnostic de sarcome en territoire irradié localisé a été suspecté à l'examen clinique et à l'imagerie (IRM et/ou scannographie), puis prouvé systématiquement par une biopsie dont l'interprétation a été effectuée par un anatomopathologiste expert en pathologie sarcomateuse (PR/SLG). Le diagnostic a reposé sur la confirmation d'une histologie de sarcome distincte du premier cancer survenant en territoire irradié [7]. L'exérèse chirurgicale complète était définie par l'existence de marge saine d'au moins 1 mm. Le dossier de chaque patient a fait l'objet d'une

discussion au sein d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée aux sarcomes. Une chirurgie complète était planifiée pour chaque sarcome en territoire irradié localisé résécable. L'indication de radiothérapie a été retenue après une exérèse chirurgicale incomplète ou en cas de maladie localisée inextirpable en tenant compte de l'état général du patient, du site de la lésion, de sa taille, de son sous-type histologique, de son grade histologique, des volumes précédemment irradiés et des doses délivrées aux organes à risque.

La radiothérapie adjuvante a été délivrée 6 à 8 semaines après la chirurgie. Une radiothérapie exclusive a été délivrée en cas de lésion non résécable. Les doses délivrées ont varié de 45 à 60 Gy en 24 à 30 fractions de 1,8 à 2 Gy dans le cadre d'un traitement adjuvant ou exclusif. Le volume cible anatomoclinique était obtenu par expansion du volume tumoral macroscopique ou préopératoire en tenant compte des barrières anatomiques [8]. Cependant, les marges de sécurité étaient réduites de 1 à 2 cm afin de diminuer la toxicité du traitement, liée à la ré-irradiation. Une curiethérapie peropératoire constituait une alternative thérapeutique lorsqu'une chirurgie marginale était programmée. Une dose de 60 Gy était délivrée en curiethérapie à bas débit de dose à l'aide de fils d'iridium dont les vecteurs étaient disposés pendant l'opération au contact de la zone à risque [9]. Une indication de chimiothérapie a été portée pour les tumeurs de haut grade, en tenant compte de l'âge et de l'état général du patient. Elle consistait le plus souvent en trois à six cycles de chimiothérapie à base d'anthracycline.

Les toxicités aiguës et tardives survenues lors de la ré-irradiation ont été enregistrées durant le suivi médical et rétrospectivement gradées selon la classification du National Cancer Institute (NCI) Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 4 quand celle-ci était applicable.

2.3. Analyses statistiques

Les données ont été exprimées par fréquence et pourcentage pour les variables qualitatives et par médiane pour les données quantitatives. Les durées de survie ont été calculées à partir de la date du diagnostic du sarcome en territoire irradié. Les données de survie ont été estimées par la méthode de Kaplan-Meier. La survie globale a été définie par le décès du patient, toutes causes confondues. Elle correspond au temps écoulé entre la date du diagnostic du sarcome en territoire irradié et le décès, ou la date de dernières nouvelles (données censurées). Les événements pris en compte dans la survie sans récurrence sont les récurrences locorégionales et l'apparition de métastases à distance. Elle correspond au délai entre la date du diagnostic et la date du premier événement selon la définition ou la date des dernières nouvelles (données censurées). Les résultats obtenus chez les patients ayant bénéficié d'une radiothérapie exclusive ou adjuvante a été comparé à ceux obtenus chez les patients qui n'ont pas été ré-irradiés. Tous les tests étaient bilatéraux et le seuil de signification a été fixé à 0,05. L'analyse statistique

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2118220>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2118220>

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