

Mise au point

Radiothérapie pelvienne pour récurrence biochimique isolée après prostatectomie pour cancer de prostate : quels volumes ?

Radiotherapy for PSA failure after prostatectomy: which volumes?

M. Bosset^{a,*}, P. Maingon^a, J.F. Bosset^b

^a Service de radiothérapie, centre Georges-François-Leclerc, 1, rue du Professeur-Marion, BP 77980, 21079 Dijon cedex, France

^b Service de radiothérapie, CHU J.-Minjoz, Besançon, France

Reçu le 30 mai 2005 ; reçu en forme révisée le 21 septembre 2005 ; accepté le 12 octobre 2005

Disponible sur internet le 21 novembre 2005

Résumé

La radiothérapie externe pelvienne est le traitement potentiellement curatif d'une récurrence biochimique isolée après prostatectomie. L'analyse des résultats des séries chirurgicales concernant l'impact de la qualité des marges d'exérèse sur les risques de récurrence biochimique permet de mieux évaluer les zones à risque en cas d'ascension du PSA après prostatectomie. Le volume d'irradiation doit aussi tenir compte des résultats de l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire. Le volume cible anatomoclinique peut se limiter aux lames fibreuses latéralement, à la paroi rectale en arrière. Il inclut l'anastomose vésicoprostatique en bas. Sa limite supérieure est obtenue à partir de la mesure de la hauteur de la prostate. L'irradiation des aires ganglionnaires pelviennes et du lit des vésicules séminales ne doit pas être systématique. La mise en place de clips par le chirurgien au niveau de l'anastomose et l'utilisation de logiciels de fusion d'image, prenant en compte les données de l'imagerie préopératoire, pourraient faciliter la définition des volumes.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

After prostatectomy, radiotherapy is a potential curable treatment. From the surgery series, it is possible to identify all the localization at risk in case of biochemical relapse after prostatectomy. The target volume of irradiation has to be defined according to the pathological findings. The CTV is limited to the pelvic fascia laterally, to the anterior wall of the rectum behind. The inferior limit includes the anastomosis, and the superior is easier to define with the length of the prostatic gland. The inclusion of area of seminal vesicles and pelvic node areas should be discussed. The use of surgical clips on the anastomosis and image fusionning techniques including the preoperative imaging would help physicians to define the CTV's limits.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Cancer de prostate ; Chirurgie ; Récurrence biochimique ; Radiothérapie

Keywords: Prostatic carcinoma; Surgery; Biochemical failure; Radiotherapy

1. Introduction

Le dépistage de masse du cancer de la prostate dans certains pays, et la fréquence croissante du dépistage individuel en France par dosage du PSA, ont considérablement bouleversé les modalités de prise en charge des cancers de prostate.

Actuellement, il n'existe pas de consensus concernant la prise en charge thérapeutique des patients atteints de récurrence biochimique isolée après prostatectomie pour adénocarcinome de prostate.

Cette situation doit bien être différenciée de celle du traitement adjuvant. L'étude 22 911 de l'European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) a comparé, chez des patients atteints de cancer classé pT3 après résection R0 ou R1, une radiothérapie adjuvante de 60 Gy à une surveil-

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mathieu.bosset@wanadoo.fr (M. Bosset).

lance avec radiothérapie en cas de récurrence biochimique isolée [5]. Elle a montré une augmentation significative des probabilités de survie sans récurrence biochimique à cinq ans et de survie sans récurrence clinique à cinq ans, et une diminution de la probabilité de récurrence locale chez les patients traités par irradiation adjuvante. En attendant les résultats de survie globale, l'irradiation postopératoire est recommandée en cas de tumeur classée pT3 après résection R0 ou R1, chez des patients de moins de 75 ans.

Dans cet article nous aborderons uniquement les problèmes posés par la réalisation de la radiothérapie externe chez des patients atteints d'une récurrence biochimique isolée, en excluant ceux posés par la radiothérapie adjuvante ou la radiothérapie réalisée pour une authentique récurrence locale après prostatectomie. En effet, dans ces deux dernières indications, la définition du volume d'irradiation peut s'aider des descriptions anatomopathologiques faites sur la pièce opératoire en situation adjuvante, et de l'image de récurrence locale le cas échéant ; en cas de récurrence biochimique, la situation est plus complexe. Depuis plus d'une dizaine d'années, de nombreuses équipes ont utilisé la radiothérapie pelvienne en cas de récurrence biochimique : il s'agit de la seule attitude thérapeutique potentiellement curative à proposer au patient. Il n'existe actuellement aucune recommandation sur ses modalités de réalisation.

2. Le volume d'irradiation

L'irradiation de la seule loge de prostatectomie permet d'obtenir un taux de survie sans récurrence biochimique de 72 % à deux ans, 60 % à trois ans et 46 à 70 % à cinq ans ; le taux de survie globale est de l'ordre de 95 % à cinq ans [6, 11, 19, 28]. Le volume irradié varie selon les équipes, il n'est jamais clairement décrit dans les publications.

Nous avons effectué une recherche sur « Medline » orientée vers l'impact de la qualité des marges chirurgicales sur la récurrence biochimique après prostatectomie. À partir des plus grandes séries chirurgicales, nous proposons, ici, une base de raisonnement afin d'aider à la définition du volume à irradier en cas de récurrence biochimique pure après prostatectomie.

2.1. Définition du volume de la loge de prostatectomie

Après chirurgie d'exérèse, le volume d'irradiation est défini par la loge de prostatectomie. La prostate est contenue dans une loge définie par :

- en haut : un tissu fibreux reliant la base de la prostate à l'apex vésical ;
- en bas : le plan moyen du périnée recouvert par le feuillet superficiel de l'aponévrose périnéale moyenne ;
- en avant : la lame préprostatique, séparée de la symphyse pubienne par un espace graisseux virtuel ;
- latéralement : les aponévroses latérales confondues avec les lames sacrorectogénitopubiennes.

Après prostatectomie, l'organisation anatomique pelvienne est totalement modifiée. Actuellement, aucun examen d'imagerie ne permet d'identifier les repères décrits ci-dessus. Par ailleurs, l'apex vésical, tracté vers le bas au cours de l'intervention afin de rétablir la continuité urétrale, vient occuper en partie le site initial de la prostate. Par définition, aucun volume tumoral macroscopique ne peut être défini.

La définition du volume cible anatomoclinique est complexe. Elle doit tenir compte des sites à risque de récurrence après chirurgie. L'analyse des séries chirurgicales permet partiellement de répondre à cette question, par l'étude des marges chirurgicales. Plusieurs publications ont montré que le statut des marges chirurgicales avait un impact pronostique sur le taux de survie sans récurrence clinique et sur celui de survie sans récurrence biochimique à cinq ans, autant pour les tumeurs classées pT3a ou pT3b [14, 18, 20] que pT2 [4].

- En avant : les cancers prostatiques se développent préférentiellement dans la partie postérieure de la glande, exceptionnellement en avant de l'urètre prostatique. Blute et al. [4] ont rapporté 26 % (697 patients) d'atteintes des tranches de section dans une série chirurgicale de 2712 patients. Seuls 2,5 % de ces 697 patients avaient des tranches de section antérieures envahies. Il n'est donc pas nécessaire de tracer le volume cible anatomoclinique jusqu'au contact de la symphyse pubienne, cinq à dix millimètres en avant de l'apex vésical suffisent.
- En bas : la localisation de l'apex, lorsque la prostate est encore en place, est difficile. L'utilisation des tubérosités ischiatiques n'est pas fiable [30]. Pour les chirurgiens, la section de l'urètre au niveau de l'apex prostatique expose au risque de résection incomplète : la prostate est à ce niveau moulée sur l'urètre et dépourvue de capsule ; la section urétrale est rendue difficile par la présence du sphincter externe de l'urètre. Pettus et al. ont étudié précisément l'impact pronostique du statut des tranches de section au niveau de l'apex [20] dans une série de 498 prostatectomies : 98 résections incomplètes, dont 28 exclusivement au niveau de l'apex, 57 au niveau de l'apex et d'un autre site, 13 au niveau de l'apex et de plusieurs autres sites. En analyse de sous-groupe, avec un recul médian de quatre ans, ils ont montré que devant une résection incomplète au niveau apical, les patients avaient un risque de récurrence biochimique plus précoce qu'en cas de résection complète. Pour d'autres, la résection chirurgicale incomplète au niveau de l'apex est fréquente, jusqu'à 50 % des pièces opératoires ; mais elle n'est pas identifiée comme facteur pronostique indépendant, ni de survie sans récurrence biochimique, ni de survie sans récurrence clinique [24, 25, 26].

En cas de prostate en place, l'utilisation de l'urétrographie rétrograde permet de localiser le sphincter propre de l'urètre : 13 mm au-dessus de l'arrêt du produit de contraste se situe l'apex prostatique [1, 17]. La fiabilité de cet examen semble discutable après exérèse de la prostate. En effet, le sphincter propre de l'urètre s'insère en bas sur le muscle transverse profond, lui-même fixé au canal anal par le muscle rectové-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2119012>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2119012>

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