

Mise au point

Approche conservatrice et fonctionnelle dans les sarcomes des tissus mous des membres : place de la radiothérapie

Conservative and functional management for soft tissue sarcomas of the extremities: role of radiotherapy

Y. Milbéo^a, G. Kantor^{a,*}, P. Lagarde^a, E. Stoeckle^b, A. Duparc^a, L. Thomas^a, B.-N. Bui^c

^a Département de radiothérapie, institut Bergonié, centre régional de lutte contre le cancer, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux cedex, France

^b Département de chirurgie, institut Bergonié, centre régional de lutte contre le cancer, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux cedex, France

^c Département d'oncologie médicale, institut Bergonié, centre régional de lutte contre le cancer, 229, cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux cedex, France

Disponible sur internet le 20 septembre 2006

Résumé

Depuis les récentes revues nationales dont le numéro spécial de *Cancer Radiothérapie* [24] et la réactualisation des standards options recommandations (SOR) [41], la place de la radiothérapie dans le traitement local conservateur se précise. L'association radiochirurgicale améliore le contrôle local et permet un traitement conservateur ; la qualité de l'exérèse chirurgicale est déterminante pour le contrôle local et le résultat fonctionnel. L'objectif de cette présentation est de faire une mise au point sur les aspects de la radiothérapie (volume, séquence thérapeutique, dose par fraction et dose totale) qui influencent à la fois le contrôle local mais aussi le résultat fonctionnel de ces traitements conjugués. L'évaluation des complications tardives est décrite en utilisant la classification Lent–Soma (Analytic-Late Effects of Normal Tissues Subjective-Objective-Management). Parmi les complications tardives, les séquelles neurologiques dépendent de la dose totale de radiothérapie et ont une fréquence probablement sous-estimée.

© 2006 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

Recent publications have permitted to quantify the benefit of radiotherapy in the conservative treatment of soft tissue sarcoma of the limbs. The aim of this review is to focus on aspects of radiotherapy which influence local control and functional outcome for early and late normal tissue damage. The evaluation of late effects is performed according to Soma–Lent (Subjective-Objective-Management-Analytic-Late Effects of Normal Tissues) classification. About complications, neurological complications are probably under estimated and are related to total dose of radiation therapy.

© 2006 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Sarcome ; Radiothérapie ; Chirurgie ; Membres

Keywords: Soft tissue sarcoma; Radiotherapy; Surgery; Extremities

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : kantor@bergonie.org (G. Kantor).

1. Rappel des principes du traitement conservateur par chirurgie et radiothérapie

1.1. Rappels des principes de la chirurgie conservatrice

Dès 1985, le National Cancer Institute (NCI) a pu recommander une approche conservatrice dans le traitement des sarcomes des tissus mous [34]. L'association d'une chirurgie conservatrice à une radiothérapie externe adjuvante permettait des résultats équivalents en termes de taux de contrôle local par rapport à une chirurgie radicale à type d'amputation [12,14,27,39,47]. Compte tenu de la rareté de cette pathologie et des difficultés chirurgicales, il faut insister sur l'importance de la prise en charge chirurgicale dans un centre d'expertise. En effet, la qualité de la prise en charge initiale, tant pour le diagnostic et les modalités de biopsie que pour la qualité de l'exérèse, est déterminante pour le résultat définitif du traitement [9].

La chirurgie conservatrice correspond à une exérèse de la tumeur avec une marge de sécurité, une marge saine de 10 mm autour de la tumeur permettant de réduire dans les associations radiochirurgicales le taux de rechute locale [19,24]. La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) a décrit un système de classification utilisable en pratique clinique et fondé sur la confrontation des comptes-rendus chirurgical et anatomopathologique [44]. Trois types d'exérèses sont décrits : l'exérèse R0 (exérèse in sano), l'exérèse R1 (reliquat microscopique) et l'exérèse R2 (reliquat macroscopique). Cette classification a l'avantage d'être fondée sur des critères objectifs, reproductibles et d'être corrélée au pronostic local. En effet, la qualité des marges chirurgicales est retrouvée comme le facteur pronostique majeur du contrôle local dans la majorité des séries de la littérature [6,11,15,25,26,42,49,51,54]. Le taux de récurrence locale est ainsi significativement plus élevé en cas de résection non saine de type R1 et R2 et une reprise chirurgicale élargie doit alors systématiquement être discutée avant toute décision de traitement complémentaire.

1.2. Principes de la radiothérapie externe

1.2.1. Séquence thérapeutique : radiothérapie externe postopératoire ou préopératoire

La radiothérapie diminue le risque de rechute locale [45]. Différentes stratégies ont été utilisées pour associer la radiothérapie à la chirurgie conservatrice : radiothérapie préopératoire, radiothérapie postopératoire ou radiothérapie peropératoire par curiethérapie ou radiothérapie externe [47]. Aucune étude randomisée n'a été jusqu'à présent réalisée pour comparer ces différentes modalités. Le taux de complications locales postchirurgicales semble plus important en cas de radiothérapie préopératoire [5,8]. Récemment, l'Institut national du cancer du Canada (NCIC) a conduit une étude randomisée comparant les deux séquences thérapeutiques [36]. L'étude a été fermée prématurément quand une analyse intermédiaire a montré un taux significativement plus élevé de complications précoces dans le bras radiothérapie préopératoire (35 contre 17 % ;

$p = 0,01$). Le taux de contrôle local à cinq ans était similaire (93 %) [37]. Dans cette même étude, ont été retrouvés des taux de complications tardives plus importants en cas de radiothérapie postopératoire [37], de même que dans une étude rétrospective de Zagars et al. [54].

En France, la radiothérapie externe est le plus souvent réalisée en situation postopératoire. Les principales justifications de cette attitude résultent d'un diagnostic initial encore trop souvent fortuit, de la possibilité d'un diagnostic anatomopathologique précis (type et grade) avec une analyse précise des marges d'exérèses, de la topographie de la tumeur et de ses rapports vasculonerveux et de la possibilité de reprise chirurgicale dans un centre spécialisé avant tout autre traitement [41].

1.2.2. Délai

Le début de l'irradiation doit être le plus proche possible de l'exérèse chirurgicale dès la cicatrisation acquise. Actuellement, la plupart des auteurs recommandent un délai ne devant pas excéder cinq semaines entre la chirurgie et la radiothérapie [21,27,36]. Toutefois, on ne sait pas exactement quelles sont les conséquences d'un retard au début du traitement. Dans l'étude de Ballo et al. sur 759 patients, le taux de contrôle local à dix ans n'était pas statistiquement différent pour les patients ayant débuté leur irradiation plus de 30 jours après l'intervention chirurgicale [3]. Schwartz et al. se sont intéressés aux conséquences d'une radiothérapie externe débutée tardivement. Le taux de survie sans récurrence locale était de 88 % en cas d'irradiation débutée dans les quatre mois suivant la date de la chirurgie contre 62 % si celle-ci était commencée après ce délai ($p = 0,048$). En revanche, la survie globale et la survie sans métastases n'étaient pas statistiquement différentes, quel que soit le groupe [40].

1.2.3. Définition des volumes d'irradiation

La définition des volumes cibles en radiothérapie externe dépend de la confrontation des données cliniques, radiologiques (notamment IRM préopératoire), des comptes-rendus opératoire et anatomopathologique [41]. Une radiothérapie conformationnelle permet une approche fonctionnelle et anatomique en permettant de traiter les muscles ou groupes musculaires agonistes.

En situation postopératoire, une définition anatomique du volume cible anatomoclinique (CTV) est généralement possible [21]. Il s'agit d'une irradiation compartimentale correspondant à un volume d'irradiation anatomique incluant une loge ou un groupe musculaire. Cette définition est à la fois anatomique car tenant compte du risque d'extension par contiguïté le long des aponévroses mais aussi fonctionnelle car le compartiment regroupe le plus souvent des muscles destinés à la même fonction. Le volume cible anatomoclinique postopératoire comprend ainsi le lit tumoral, les muscles agonistes du compartiment ou groupe, les orifices et trajets de drainage, la cicatrice dans sa totalité, les aponévroses et les insertions musculaires. L'inclusion des insertions tendineuses n'est pas systématique, car elle constituerait une barrière naturelle à l'extension tumorale [13]. Il n'est généralement pas nécessaire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2119072>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2119072>

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