

La radiothérapie en territoire irradié des tumeurs de la tête et du cou

Reirradiation for recurrent or second primary head and neck cancers

Article reçu le 17 octobre

2011,

accepté le 14 novembre 2011

Tirés à part : L. Gras

Raphaëlle Mouttet-Audouard, Louis Gras, Bénédicte Comet, Éric Lartigau

Université Lille-II, centre Oscar-Lambret, service de radiothérapie, 3, rue Frédéric-Combemale, 59000 Lille, France

<L-Gras@o-lambret.fr>

Pour citer cet article : Mouttet-Audouard R, Gras L, Comet B, Lartigau É. La radiothérapie en territoire irradié des tumeurs de la tête et du cou. *Bull Cancer* 2011 ; 98 : 1477-1488.

doi : 10.1684/bdc.2011.1505.

Résumé. La survenue d'une récidive ou d'un nouveau cancer de la tête et du cou a été pendant longtemps synonyme d'impasse thérapeutique. La chirurgie était considérée comme le traitement standard, mais seuls 25 % des patients y sont éligibles. Un essai randomisé GETTEC-GORTEC (99-01) a démontré le bénéfice en survie sans récidive de l'adjonction d'une radiochimiothérapie à la chirurgie chez une population très sélectionnée. Pour les patients inopérables, trois options peuvent être discutées : les soins de supports seuls, la chimiothérapie ou la radiothérapie associée ou non à la chimiothérapie. Le protocole EXTREME a montré que l'association sels de platine, 5-fluoro-uracile (5FU) et cétuximab améliorait la survie globale pour des récidives ou des formes métastatiques. Cela constitue certainement la meilleure option pour les formes évoluées non accessibles à la radiothérapie. Pour la radiothérapie, seule une étude randomisée a comparé la radiochimiothérapie à la chimiothérapie par méthotrexate seul. L'objectif principal en survie globale *split-course* n'a pas montré d'amélioration, toutefois, le recrutement était incomplet et les tumeurs de stades évolués. Les autres éléments de la littérature se sont basés sur les travaux initiaux de Vokes proposant une radiochimiothérapie en *split* sur une durée de 11 semaines. Toutes les séries, en radiothérapie conventionnelle puis conformationnelle avaient montré des taux de contrôle local et de survie sans récidive satisfaisants, mais aux dépens de niveaux de toxicités aiguës et tardives conséquentes imposant une sélection drastique des patients. Les nouvelles techniques de radiothérapie, soit par modulation d'intensité (RCMI), soit par stéréotaxie (SBRT) ont permis de diminuer les toxicités avec une probable amélioration des résultats carcinologiques, en proposant des traitements étalés sur six à sept semaines pour la RCMI et deux semaines pour la stéréotaxie. La meilleure tolérance de ces traitements permet ainsi d'élargir le nombre de patients pouvant

Abstract. Recurrences or second primary head and neck cancers meant, for a long time, therapeutic dead ends. Surgery was the standard treatment, but could only be achieved in 25% of the patients. The GETTEC-GORTEC (99-01) randomized trial showed that radiochemotherapy improved disease-free survival for a highly selected population. For inoperable patients, three options can be discussed: supportive care only, chemotherapy or radiotherapy with or without chemotherapy. The EXTREME protocol showed that combining platinum, 5FU and cetuximab improved overall survival for recurrent or metastatic forms. This is certainly the best option for advanced forms, which are not accessible to radiotherapy. Concerning radiotherapy, only one randomized trial compared chemoradiotherapy to chemotherapy alone using methotrexate. The overall survival, the main objective in this study, was not improved, however, the enrollment was incomplete and included many advanced stage tumors. Other articles are based on Vokes' initial work of radiochemotherapy delivered in *split-course* over a period of 11 weeks. All conventional and conformational radiotherapy series showed improved local control and disease-free survival rates, but at the expense of acute and late toxicities demanding a drastic patients selection. New radiotherapy techniques such as intensity modulated radiotherapy (IMRT) and stereotactic body radiotherapy (SBRT) have reduced toxicities with a likely oncological results improvement, offering treatments which are spread over six to seven weeks for IMRT and two weeks for SBRT. The better treatment tolerance allows an increasing number of eligible patients. The main future objective will be to define the specific IMRT and SBRT indications. ▲

en bénéficier. Le principal travail à venir sera de déterminer les indications spécifiques de la RCMI et de la stéréotaxie. ▲

Mots clés : récurrence ou second cancer primitif de la tête et du cou, radiothérapie, chirurgie, chimiothérapie, RCMI, stéréotaxie, définition de la cible, radiothérapie guidée par l'image, réirradiation, retraitement, revue de la littérature

Key words: recurrence or second primary head and neck cancer, radiation therapy, surgery, chemotherapy, IMRT, stereotactic radiosurgery, target definition, image guidance, salvage, retreatment, reirradiation, review

Introduction

La prise en charge des tumeurs de la tête et du cou doit être multidisciplinaire associant une chirurgie, une radiothérapie et une chimiothérapie. Cependant, malgré cette prise en charge, on observe, chez 30 à 60 % des patients, une récurrence locale ou un second cancer en territoire précédemment irradié. Il existe plusieurs hypothèses pour expliquer la survenue de ces cancers après traitement. La survie de cellules tumorales souches après la prise en charge initiale (radiorésistance ou traitement sub-optimal) peuvent être la source d'une récurrence locale, qui est généralement précoce (85 % dans les deux premières années après traitement). Le mécanisme d'apparition d'un second cancer peut être celui d'un second cancer d'apparition spontanée lié aux mêmes facteurs de risque que la tumeur initiale dans des délais variables ou, très rarement, celui d'une tumeur radio-induite [1]. Quel que soit le cas, la stratégie thérapeutique est particulièrement complexe. Les données de la littérature ont montré le faible taux d'inclusions dans les études de patients en récurrences (25 % pour les séries chirurgicales [2-4]) avec le plus souvent des traitements purement symptomatiques proposés. Toutefois, les nouvelles techniques de réirradiations et les récents protocoles de chimiothérapie permettent probablement d'élargir le panel de patients bénéficiants de traitement avec des taux de réponses non négligeables et des niveaux de toxicités acceptables [5].

Évaluation des patients et sélection

Il est important de rappeler qu'un nombre restreint de patients en situation de récurrence ou de second cancer en territoire irradié, sera éligible à un traitement de rattrapage par chirurgie ou par radiothérapie. Il est à retenir qu'une preuve histologique est recommandée. Le bilan d'imagerie par scanner et/ou IRM

selon les localisations devra impérativement préciser les extensions de la récurrence. Le TEP scanner a également sa place, notamment pour exclure une maladie métastatique ganglionnaire et/ou métastatique.

L'évaluation clinique du patient aura précisément documenté l'histoire de la maladie comportant toutes les précédentes étapes. Les comorbidités du patient, son état général et nutritionnel auront fait l'objet d'une évaluation récente. Les comptes rendus opératoires, anatomopathologiques précédents auront été collectés, les capacités fonctionnelles concernant la parole, la déglutition, la salivation, l'alimentation et les capacités respiratoires auront fait l'objet d'une évaluation, ainsi que les potentielles séquelles des traitements par chirurgie et radiothérapie, notamment sur le plan trophique post-radique. Un avis algologique et éventuellement gériatrique (après 70 ans) sera également souvent utile. Enfin, les données dosimétriques des précédents traitements, idéalement sous format numérique, seront indispensables à connaître.

L'ensemble de ces données seront indispensables pour l'aide à la décision et pour anticiper les risques intrinsèques aux traitements : marges d'exérèse, difficultés de cicatrisation et risque fonctionnel pour la chirurgie, protection médullaire, risque de rupture vasculaire et risques trophiques pour la radiothérapie et risques pour la chimiothérapie, qu'ils soient vasculaires, cardiaques, neurologiques, rénaux ou hématologiques. Ces paramètres de sélection seront nécessaires pour la décision de traitement qui sera prise en comité multidisciplinaire.

La prise en charge des patients opérables

Pour les patients opérables, la chirurgie de rattrapage à visée curative reste le traitement de référence, mais celui-ci ne peut être réalisé que chez environ 25 % d'entre eux.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3978796>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3978796>

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