



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



# Épithéliomas bronchiques à petites cellules et métastases cérébrales de leur traitement à leur prévention

Small cell lung cancer and brain metastases from treatment to prevention

**P. Van Houtte\*, D. Devriendt, M. Roelandts**

*Département de radiothérapie-oncologie, institut Jules Bordet, université libre de Bruxelles, 121, boulevard de Waterloo, 1000 Bruxelles, Belgique*

## MOTS CLÉS

Métastases  
cérébrales ;  
Radiothérapie ;  
Radiochirurgie ;  
Irradiation cérébrale  
prophylactique

## KEYWORDS

Brain metastases;  
Radiotherapy;  
Radiosurgery;  
Prophylactic brain  
irradiation

## Résumé

Les métastases cérébrales sont une complication fréquente des épithéliomas bronchiques à petites cellules et représentent un défi thérapeutique au vu des conséquences neurologiques. Les différents traitements seront envisagés ainsi que la prévention de ces métastases par une irradiation cérébrale prophylactique.

©2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Abstract

Brain metastasis is a common feature of small cell anaplastic lung carcinoma and their treatment represent a challenge due to the neurological complication. The different forms of treatment will be reviewed as well as the prevention of brain metastases by a prophylactic brain irradiation.

©2014 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : paul.vanhoutte@bordet.be (Paul Van Houtte).

Les patients atteints d'un cancer bronchique à petites cellules présentent un taux particulièrement élevé de métastases cérébrales : 2 ans après le diagnostic, le risque de présenter des métastases cérébrales est estimé à plus de 50 % [1,2]. En outre, la médiane de survie après le diagnostic de ces métastases cérébrales est de l'ordre de 4 à 5 mois. Nous envisagerons d'abord le traitement de ces métastases cérébrales et ensuite leur prévention.

## Métastases cérébrales

Le traitement des métastases cérébrales varie de l'abstention thérapeutique, les corticoïdes, la chimiothérapie, la radiothérapie panencéphalique, à la radiochirurgie ou la chirurgie. Le choix dépendra d'une série de facteurs : de l'histoire de la maladie (une présentation initiale ou une évolution pendant ou après traitement), de l'état général du patient (l'indice de performance), de l'extension de la maladie (une évolution extra-crânienne ou non, une maladie contrôlée localement ou non...), des symptômes neurologiques, de la localisation et du nombre de métastases cérébrales [3]. La plupart des données et essais ont souvent inclus des patients atteints de métastases cérébrales de différentes origines et des études spécifiques pour les épithéliomas bronchiques à petites cellules sont généralement de petites séries. Néanmoins, les principes généraux peuvent aussi s'appliquer à ces patients.

## Chirurgie

La chirurgie (l'exérèse de la métastase cérébrale) est indiquée en cas de troubles neurologiques graves liés à un effet de masse important, en présence d'une lésion cérébrale unique située dans un territoire sans risque de séquelle neurologique majeure, avec, si possible, une maladie sous contrôle, et, finalement, en cas de doute quant au diagnostic. Une irradiation panencéphalique ou localisée au site chirurgical (plus rarement) est souvent recommandée suite aux très nombreuses rechutes au niveau du site d'exérèse ou dans une autre partie de l'encéphale [4,5]. Elle permet de diminuer les rechutes et les décès par une évolution neurologique mais sans améliorer la survie : le taux de décès lié à une évolution cérébrale diminue de 44 à 28 % après une irradiation post-opératoire [5].

## Corticoïdes

Les corticoïdes permettent de diminuer rapidement l'œdème éventuel lié aux métastases ou engendré par la radiothérapie. Ceci permet très souvent de diminuer les symptômes et d'améliorer la qualité de vie des patients. Les complications premières des corticoïdes, principalement liées à une administration prolongée, sont : prise de poids, risque de diabète, de perforation digestive, voire de faiblesse musculaire proximale. Il est indispensable d'instaurer le plus rapidement possible un sevrage pour éviter ces complications. Une étude est actuellement en cours, comparant des corticoïdes à une irradiation cérébrale, dont les objectifs sont la qualité de vie et la survie (essai Quartz).

## Irradiation

L'irradiation de l'ensemble de l'encéphale est le traitement le plus souvent pratiqué, particulièrement en cas de métastases multiples, le tableau classique des rechutes des épithéliomas bronchiques à petites cellules. Elle comprend l'administration d'une dose de 20 Gy en 5 séances ou de 30 Gy en 10 séances. Elle occasionne plusieurs effets secondaires : une alopécie, une asthénie, une somnolence, voire des troubles cognitifs ultérieurs. Le taux de réponse dans différentes séries est de plus de 60 %. La survie dépend d'autres facteurs pronostiques : de 2 mois pour un indice de Karnofsky inférieur à 70, à 9 mois pour le groupe le plus favorable (bon indice de performance, âge < 65 ans, absence d'autre localisation et maladie thoracique contrôlée). Le nombre de sites métastatiques en dehors du cerveau est aussi un facteur pronostique : dans la série de Gerdan, le taux de survie à 6 mois passe de 9 % ou 0 % en cas d'atteinte respective de 2 ou 3 sites à 52 % en absence d'atteinte extra-cérébrale [6]. Une série récente a revu 251 patients atteints d'un épithélioma bronchique à petites cellules : 34 patients ont présenté des métastases cérébrales au moment du diagnostic et ont été traités par chimiothérapie et radiothérapie. La survie médiane était de 9 mois et était similaire à celle des autres patients présentant une maladie disséminée [3]. Nous avons revu notre propre expérience : 49 patients ont été traités à une dose de 30 Gy. La survie médiane était de 10 mois en cas de récurrence cérébrale isolée et de 3 mois en cas de métastases multiples. Aucune différence n'a été observée en termes de réponse entre 20 Gy et 30 Gy [6,7]. La toxicité particulièrement tardive liée à l'irradiation panencéphalique est attribuée à l'irradiation de la région de l'hippocampe.

## Radiochirurgie

La radiochirurgie ou la radiothérapie en condition stéréotaxique est une technique de radiothérapie délivrant à la lésion une dose élevée en une ou quelques séances en utilisant des faisceaux multiples pour limiter la dose et en modérant l'irradiation des tissus sains [8]. Elle réclame une imagerie tridimensionnelle, un contrôle du positionnement et une immobilisation correcte grâce à un casque mobile ou fixe. Elle peut être réalisée à l'aide d'un accélérateur linéaire en utilisant des techniques d'arcthérapie, d'un *gammaknife* ou d'un *cyberknife*. Elle peut être utilisée pour traiter une ou quelques métastases cérébrales de petite taille (moins de 3 cm) ou en complément à une irradiation externe. Le taux de contrôle des métastases cérébrales, toutes histologies confondues, est supérieur à 90 % [8]. La survie dépendra surtout du contrôle de la maladie extra-crânienne. Un essai de phase III a démontré la supériorité en termes de contrôle local de l'adjonction d'une radiochirurgie à une irradiation panencéphalique : ceci s'est traduit par une amélioration de la survie dans le cas d'une métastase cérébrale unique [9]. Une revue Cochrane a aussi montré une amélioration de la survie, uniquement pour les patients de la classe I (un indice de performance > 70) ou pour ceux présentant une métastase unique [10].

Cette approche autorise aussi une nouvelle irradiation focalisée en cas de rechute intracérébrale après une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215564>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215564>

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