

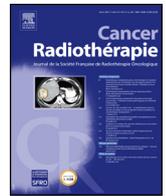


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue générale

Réirradiation des tumeurs de la tête et du cou : volumes cibles, évolutions techniques et perspectives

Re-irradiation of head and neck cancers: Target volumes, technical evolutions and prospects

R. Kinj^{a,*}, K. Bénézery^a, C. Florescu^b, B. Gery^b, J.L. Habrand^b, J. Thariat^b

^a Service de radiothérapie, centre Antoine-Lacassagne, 33, avenue de Valombrose, 06189 Nice, France

^b Service de radiothérapie, centre de lutte contre le cancer François-Baclesse, 3, avenue du Général-Harris, 14000 Caen, France

INFORMATION

Historique de l'article :

Reçu le 23 avril 2017

Reçu sous la forme révisée

le 2 août 2017

Accepté le 15 septembre 2017

Mots clés :

Récidive cancer de la tête et cou

Radiothérapie

Cancer ORL

Réirradiation

Revue

Keywords:

Recurrence

Head and neck cancer

Radiation therapy

Re-irradiation

RÉSUMÉ

Les tumeurs malignes de la tête et du cou ont un profil de récurrence avant tout locorégional, la plupart des décès résultent de cette progression. L'optimisation de la réirradiation en situation de récurrence, est un objectif majeur pour ces patients. Une recherche extensive a été réalisée à l'aide du moteur de recherche PubMed pour retrouver les publications traitant de cette thématique. Les premiers essais de réirradiation de la sphère ORL remontent aux années 1980 et les premiers par radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) à la fin des années 1990. Comparée à la radiothérapie conformationnelle tridimensionnelle, la modulation d'intensité améliore les résultats cliniques et réduit la toxicité. Dans les séries de RCMI, associées ou non à une chimiothérapie concomitante, le taux de contrôle locorégional obtenu à 2 ans était de l'ordre de 45 à 65 % et celui de survie globale de 15 à 60 % selon les facteurs pronostiques. La survenue de toxicité aiguë de grade 3 était de l'ordre de 10 à 30 % des cas et celle de toxicité tardive de grade 3 de l'ordre de 15 à 50 %. Dans une population sélectionnée à faible volume tumoral, une réirradiation stéréotaxique de dose minimale de 35 Gy donnait des résultats du même ordre qu'après RCMI. La réirradiation de tumeurs ORL par protons est encore peu évaluée du fait d'une accessibilité réduite à la technique. Le taux de toxicité semble inférieur à celui habituellement constaté après traitement par photons. Cependant, nous ne disposons pas d'un suivi assez long. Cette technique reste réservée aux protocoles de recherche et représente une perspective d'avenir dans ces situations.

© 2018 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Malignant tumors of the head and neck have a predominantly regional recurrence pattern, with most deaths resulting from this progression. Optimization of re-radiation in recurrence setting is a major objective for these patients. Extensive research has been carried out with the PubMed search engine to find publications dealing with this topic. The first attempts to reirradiate the ORL sphere date back to the 1980s and the first to be performed by intensity modulation conformational radiotherapy (IMRT) date back to the late 1990s. Compared to 3 dimensional conformal radiotherapy, IMRT improves clinical outcomes and reduces toxicity. In IMRT series, associated or not with concomitant chemotherapy, the locoregional control obtained at 2 years was of the order of 45 to 65% and the overall survival of 15 to 60%, depending on predictive factors. Grade 3 acute toxicity occurred on the order of 10 to 30% and late-grade 3 toxicity on the order of 15 to 50%. In a selected population with low volumes tumors, stereotactic re-irradiation at a minimum dose of 35 Gy obtained outcome comparable to IMRT. Re-irradiation of head and neck tumors by proton therapy is rare. The toxicity rate appears to be lower than that usually seen after photon therapy. However, we do not have a long follow-up. This technique therefore remains reserved for search protocols and represents a future perspective in these situations.

© 2018 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : remykinj@gmail.com (R. Kinj).

<https://doi.org/10.1016/j.canrad.2017.09.002>

1278-3218/© 2018 Société française de radiothérapie oncologique (SFRO). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les tumeurs malignes de la tête et du cou (massif facial/sinus, base du crâne, glandes salivaires, voies aérodigestives supérieures et cou) ont un profil de récurrence avant tout locorégional, l'évolution métastatique est plus tardive dans l'histoire de la maladie et la plupart des décès résultent d'une progression locorégionale. L'optimisation du traitement locorégional, y compris en situation de récurrence, est un objectif majeur pour ces patients [1–3]. Pour ces sites anatomiques, les types histologiques concernés sont les carcinomes au niveau de la base du crâne et la tête et cou mais aussi plusieurs formes de sarcomes (voies aérodigestives supérieures, glandes salivaires, massif facial/sinus, oreille) [4–10]. Certains lymphomes et mélanomes sont également retrouvés mais les réirradiations pour ces types histologiques sont exceptionnelles.

Parmi les carcinomes, les tumeurs les plus fréquentes sont les carcinomes épidermoïdes, mais les adénocarcinomes (adénoïdes kystiques, etc.) et autres sous-types plus rares de carcinomes sont nombreux dans leurs variantes (Réseau d'expertise français de la tête et du cou [Refcor] ; Orophanet.org). En situation de récurrence ou en cas de second cancer en territoire irradié, les options thérapeutiques varient entre chirurgie de sauvetage, mono- ou polychimiothérapie, seule ou associée à une thérapie ciblée, radiothérapie seule ou associée à la chimiothérapie, et les soins de support. Lorsque la lésion récidivante est opérable, la chirurgie de rattrapage est le traitement de référence mais ne concerne que 40 % des cas environ [1,3]. Une réirradiation est alors discutée en cas de facteurs défavorables. En cas de réirradiation exclusive, c'est-à-dire en l'absence de possibilité de résection carcinologique, les critères histocliniques influençant la décision de réirradiation ne font pas encore l'objet de recommandations établies. Il s'agit donc le plus souvent de discussions au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire. Si le délai depuis la première irradiation apparaît comme un facteur pronostique et s'il est relativement consensuel de ne pas réirradier quand la première irradiation date de moins de 6 mois (suggérant une radiorésistance et le recours nécessaire à d'autres stratégies thérapeutiques), de nombreux autres critères sont pris en compte de façon non standardisée dans la décision de réirradiation. Nous pouvons citer pour exemples le volume de la récurrence, le caractère bien limité de la récurrence cliniquement et en imagerie, l'atteinte de certains sites anatomiques tumoraux (par exemple, le larynx et les risques fonctionnels inhérents à une réirradiation), le volume ayant déjà reçu 50 Gy, la dose déjà reçue à des organes sains (cordon médullaire, tronc cérébral, etc.) qui représentent des critères qui doivent être pris en compte pour poser l'indication d'une réirradiation [11]. Cependant, la limitation des décisions de réirradiation dépend potentiellement de la technique d'irradiation utilisée [11]. Dans les années 2010, la possibilité d'utiliser des modalités d'irradiation optimisée de type RCMI (radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité) était encore controversée du fait des plus larges volumes irradiés à faible dose avec cette technique qu'avec l'irradiation conformationnelle (tridimensionnelle classique). Un autre argument plus économique et éthique concerne l'utilisation de techniques optimisées, plus difficiles d'accès que l'irradiation conformationnelle, dans des situations de pronostic moins favorable telles que celles de réirradiation. Dans certaines situations et selon l'habitude ou l'accès aux techniques des institutions de soins, ces irradiations optimisées peuvent également être réalisées en conditions stéréotaxiques sur accélérateur linéaire adapté à la stéréotaxie ou sur accélérateur dédié [12]. De la même façon, la protonthérapie est de plus en plus utilisée au niveau international en situation de réirradiation pour diverses tumeurs de la tête et du cou [8,10,13]. Les avantages en termes de dépôt de dose de la protonthérapie peuvent être importants dans la prévention des complications en territoire déjà irradié. Un gain en morbidité et en

mortalité après la réirradiation pourrait être espéré par l'évolution technique que constitue la possibilité de réirradiation par protons.

Nous évaluons dans cet article la place des différentes modalités de réirradiation, et abordons brièvement les autres perspectives de traitement.

2. Matériel et méthodes

Une recherche extensive a été réalisée à l'aide du moteur de recherche PubMed, en anglais et français, avec les termes Mesh : « re-irradiation in head and neck cancer, radiation in recurrent head and neck cancer, re-irradiation, and recurrent head and neck », pour retrouver toutes les possibles publications apparues dans la période 2000–2016. En dehors de cette période nous citons uniquement les études ayant contribué à un changement significatif (changement de thérapeutique, association thérapeutique, etc) des pratiques. Avec les termes MESH, 119 articles ont été identifiés. Après restriction à la période choisie et exclusion des cas cliniques et des séries comportant moins de 20 patients, 50 articles comportant une analyse des résultats de la réirradiation en termes de contrôle tumoral et/ou de toxicité ont été retenus et analysés.

3. Volumes cibles de réirradiation et doses cumulées

Chez le patient opérable, le volume cible anatomo-clinique, des rechutes isolées de la tête et du cou est déterminé en fonction des données histopathologiques de la chirurgie de rattrapage. Le volume de réirradiation est généralement limité aux zones à haut risque telles que définies par une résection incomplète, ou aux aires ganglionnaires à haut risque de maladie microscopique (plusieurs ganglions envahis, dissémination extracapsulaires et marges positives) et/ou la présence d'engainements périnerveux ou d'embolies vasculaires et/ou lymphatiques. Cette démarche repose essentiellement sur un essai prospectif randomisé de réirradiation de la sphère ORL après chirurgie de rattrapage mené entre 1999 et 2005 par le Groupe d'étude des tumeurs de la tête et du cou (Gétec) et le Groupe d'oncologie radiothérapie tête et cou (Gortec) [1]. Soixante-cinq patients ont été réirradiés en concomitance avec un traitement par hydroxyurée et 5-fluoro-uracile selon le schéma dit de Vokes, alors que le groupe de référence était opéré sans traitement adjuvant [14]. Les consignes de délimitation étaient de restreindre les volumes cibles au lit tumoral, tel que déterminé par le chirurgien et l'oncologue radiothérapeute, sans irradiation ganglionnaire au-delà de la première aire ganglionnaire adjacente. Ainsi, la totalité du cou n'était pas systématiquement réirradiée. La marge autour du lit tumoral était d'un minimum de 1 cm et pouvait être augmentée jusqu'à 2 cm en cas de tumeur profondément infiltrante et/ou de rechute ganglionnaire. Une marge plus restreinte n'était conseillée qu'en cas de réirradiation proche de la moelle épinière [1].

Chez le patient inopérable, le volume cible anatomo-clinique correspondant à la récurrence doit incorporer le volume tumoral macroscopique avec une marge appropriée (1 à 2 cm). Cette marge autour du volume tumoral macroscopique est parfois réduite, notamment lors d'une réirradiation stéréotaxique. L'essai français multicentrique de réirradiation stéréotaxique exclusive associée à une thérapie ciblée par cétuximab dans le cadre de rechute de néoplasie ORL en territoire irradié non opérable publié par Lartigau et al. en 2013 proposait une extension de 5 mm autour du volume tumoral macroscopique pour constituer le volume cible anatomo-clinique [12]. Les aires non envahies n'étaient pas réirradiées prophylactiquement en raison des risques de toxicité tardive accrue [15,16].

Popovtzer et al. ont évalué le site de récurrence locorégionale après réirradiation exclusive conformationnelle avec ou sans modula-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8436006>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8436006>

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