



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Curiethérapie prostatique de rattrapage : solution pour les rechutes localisées après irradiation ?

Salvage prostate brachytherapy: A solution for local failures after a primary radiation therapy?

J.-M. Cosset^{a,*,b}, G. Créhange^c

^a Radiothérapie, institut Curie, 26, rue d'Ulm, 75005 Paris, France

^b GIE Charlebourg, groupe Amethyst, 92250 La Garenne-Colombes, France

^c Centre Georges-François-Leclerc, rue du Professeur-Marion, 21000 Dijon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 28 février 2017

Reçu sous la forme révisée

le 3 avril 2017

Accepté le 18 avril 2017

Mots clés :

Cancer de prostate

Rechute locale

Traitement de rattrapage

Curiethérapie

R É S U M É

La curiethérapie de rattrapage après une première irradiation prostatique est une technique émergente qui vient enrichir l'arsenal thérapeutique dans ces situations difficiles de patients atteints de rechute locale isolée d'un cancer de prostate potentiellement curable. Ces rechutes occultes sont détectées actuellement de plus en plus précocement à la progression de l'antigène spécifique de la prostate grâce aux avancées des techniques de biopsies, guidées par l'information des nouvelles imageries par résonance magnétique (IRM) et tomographie par émission de positons (TEP). Bénéficiant de la précision balistique propre à la curiethérapie en général (dosimétrie tridimensionnelle), elle permet d'observer des taux de contrôle tumoral supérieur à 50 % à long terme. Ses taux d'incontinence sont constamment inférieurs à ceux observés avec les techniques concurrentes telles que la prostatectomie radicale de rattrapage, les ultrasons focalisés ou la cryothérapie. Un consensus est aujourd'hui établi sur les critères de sélection des patients susceptibles de bénéficier de la curiethérapie de rattrapage. Le consensus est en revanche encore partiel pour ce qui concerne certains détails techniques : bas ou haut débit de dose ? Quelle dose exacte ? Dans quel volume (partiel ou total) ? En attendant les résultats imminents de deux essais de phases II et compte tenu des résultats hétérogènes de la littérature existante, cette technique, d'ores et déjà considérée comme validée dans certaines recommandations américaines (NCCN version 3.2016), doit continuer à être évaluée, préférentiellement dans le cadre d'essais cliniques contrôlés.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

A B S T R A C T

Salvage brachytherapy after a first prostate radiation therapy is an emerging technique, which has to be considered in the therapeutic armamentarium in the clinically challenging context of patients with isolated local failure from prostate cancer who may still be considered for cure. These occult failures are more and more frequently diagnosed at an early stage, thanks to targeted biopsies and advances in imaging modalities, such as multiparametric MRI and PET-CT. Salvage brachytherapy benefits from the implantation accuracy of brachytherapy procedures using 3D dosimetry and has resulted in more than 50% tumour control rates with long-term. Incontinence rates are always below those of other salvage treatments such as radical prostatectomy, HIFU or cryotherapy. Today, a consensus has been reached to better define good candidates for salvage brachytherapy with respect to disease characteristics at baseline and at failure. No consensus has been clearly defined yet regarding the choice of the technique (low or high dose rate), the total dose to be delivered, or the volume to be implanted

Keywords:

Prostate cancer

Local failure

Salvage therapy

Brachytherapy

DOIs des articles originaux : <http://dx.doi.org/10.1016/j.canrad.2017.05.001>,

<http://dx.doi.org/10.1016/j.canrad.2017.05.002>

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean-marc.cosset@curie.fr (J.-M. Cosset).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.canrad.2017.04.009>

1278–3218/© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS au nom de Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

(whole gland or focal). While we await robust data from recently completed phase II studies and given the heterogeneous results in the literature, this technique (although already included in the last 2016 NCCN guidelines) remains to be precisely evaluated, optimally within the frame of controlled trials.

© 2017 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

1. Introduction

Il est unanimement reconnu qu'en 2017, l'escalade des doses en radiothérapie externe, associée à des techniques de plus en plus sophistiquées (modulation d'intensité, arthrothérapie modulée, radiothérapie guidée par l'image, etc.), a permis d'améliorer de façon très significative les résultats obtenus pour le cancer prostatique, que ce soit en termes de toxicité ou de contrôle tumoral.

On en veut pour preuve, pour ne citer que ces seules données, les résultats très positifs obtenus par le programme d'escalade de dose du Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New York, ou bien, pour la France, les résultats de l'essai du Groupe d'études des tumeurs urogénitales (Gétug) 06, avec un taux de rechute biochimique passé de 39 % après 70 Gy à 29 % après 80 Gy [1,2].

Il n'en demeure pas moins qu'un pourcentage non négligeable de patients en situation de rechute existe après radiothérapie externe, quel que soit son groupe pronostique [3]. Par ailleurs, les oncologues radiothérapeutes surveillant leurs patients sur le long terme voient aujourd'hui survenir des rechutes, parfois fort tardives, chez les patients qu'ils avaient traités avec des doses considérées aujourd'hui comme suboptimales.

Même après curiethérapie prostatique, le taux de rechute n'est pas nul, et des reprises évolutives peuvent également survenir très tardivement [4].

Jusqu'à une période récente, ces rechutes, le plus souvent biochimiques, par élévation isolée de la concentration sérique d'antigène spécifique de la prostate, ne déclenchaient pas de bilan sophistiqué. La plupart des patients se voyaient prescrire directement un blocage androgénique, continu ou intermittent, sans autre forme de procès.

Ce genre de décision pouvait se comprendre il y a quelques années. En effet :

- on ne disposait pas, à l'époque, d'explorations sophistiquées permettant d'identifier la cause précise de la rechute biochimique quand la concentration sérique d'antigène spécifique de la prostate restait à des valeurs relativement basses ;
- l'identification éventuelle d'une rechute prostatique isolée n'aurait pas eu de conséquence pratique ; les quelques tentatives de prostatectomie radicale après irradiation externe, même dans les meilleures mains, étaient peu efficaces, et surtout elles étaient souvent grevées d'une très lourde toxicité.

Les prostatectomies après curiethérapie prostatique semblaient un peu plus faciles à réaliser, mais restaient elles aussi potentiellement toxiques.

La situation a changé. Tout d'abord, il a été amplement démontré que la survie sans métastase était étroitement liée au contrôle local du cancer prostatique, probablement du fait d'un possible « ré-ensemencement » à partir d'une tumeur primitive non contrôlée [5,6]. Ensuite, les explorations actuellement à notre disposition nous permettent d'identifier le site précis de la rechute à des concentrations d'antigène spécifique de la prostate beaucoup plus basses qu'auparavant (tomoscintigraphie osseuse, TEP-scanographie marquée à la [18F]-fluorocholine, avec tout récemment l'arrivée de la TEP-scanographie marquée au

galium-prostate specific membrane antigene ([⁶⁸Ga]-PSMA), possiblement encore plus performante).

Enfin et surtout, de nouvelles techniques de traitement capables de retraiter les rechutes purement localisées à la prostate ont été développées, avec des toxicités certes non nulles, mais sans commune mesure avec les interventions chirurgicales mentionnées ci-dessus.

Parmi ces nouvelles techniques aujourd'hui proposées dans le cadre du « rattrapage » (« salvage » des Anglo-Saxons) des rechutes prostatiques isolées, on compte essentiellement les ultrasons (avec les machines Ablatherm et plus récemment Focal One), la cryothérapie, la radiothérapie stéréotaxique et la curiethérapie.

L'objectif de cet article est de faire le point de la place de la curiethérapie de rattrapage du cancer de la prostate en 2017, sans esquiver le problème de la compétition avec les autres techniques possibles.

2. Pourquoi la curiethérapie de rattrapage ?

Une fois posé le principe d'un traitement local de rattrapage, susceptible d'améliorer significativement la probabilité de survie sans rechute et celle de survie globale des patients en situation de rechute locale, il reste à déterminer quelle peut être la meilleure proposition thérapeutique.

Si l'on étudie la probabilité de survie sans récurrence biochimique à 5 ans, les diverses techniques paraissent obtenir à peu près les mêmes résultats ; la revue de Kaljouw et al. fait état de 56 % de survies sans récurrence à 5 ans pour la curiethérapie, 56 % pour la cryothérapie, 52 % pour les ultrasons et 52 % pour la prostatectomie [7].

En revanche, en termes de toxicité, en particulier urinaire, les différences sont importantes : les taux d'incontinence les plus élevés sont observés après chirurgie, de l'ordre de 50 % [6,7]. Le taux d'incontinence serait de 37 % après ultrasons [7]. Après cryothérapie, les taux s'échelonnent de 16 % [7] à 36 % [6]. Après curiethérapie de rattrapage, le taux d'incontinence n'est en revanche que de 4 % à 6 % [7,8].

La chirurgie de rattrapage, sans être totalement exclue, ne paraît donc pas pouvoir représenter une solution pour la plupart de ces patients. D'abord, beaucoup d'entre eux se voient signifier une contre-indication pour une prostatectomie de rattrapage du simple fait de leur âge et/ou de leurs maladies associées. Ensuite, comme on a pu le constater ci-dessus, la morbidité de ces prostatectomies reste majeure, même dans les meilleures mains.

Que doit-on penser de la cryothérapie et des ultrasons ? Ces techniques sont aujourd'hui assez largement proposées pour des rechutes prostatiques isolées après irradiations. Mais elles ne sont pas non plus, on l'a vu, dénuées de toxicité. Mais surtout, par rapport à la curiethérapie, ces techniques souffrent de deux inconvénients :

- alors que la curiethérapie est capable de délivrer une dose précise dans un volume précis parfaitement identifié (avec une dosimétrie tridimensionnelle précise et la disponibilité de paramètres classiques comme la dose reçue par 90 % du volume [D90] et le volume recevant 100 % de la dose prescrite [V100]), aucune « dosimétrie » – distribution de puissance thermique ? – quelle

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8436098>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8436098>

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