

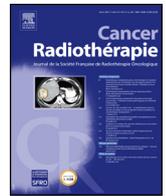


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue générale

Évolutions dans la prise en charge des métastases ganglionnaires cervicales sans cancer primitif retrouvé : doses et volumes cibles de la radiothérapie avec modulation d'intensité

Advances in the management of cervical lymphadenopathies of unknown primary with intensity modulated radiotherapy: Doses and target volumes

I. Troussier^a, G. Klausner^b, E. Blais^b, P. Giraud^b, L. Lahmi^b, C. Pflumio^c, J.-C. Faivre^d,
L. Geoffrois^c, E. Babin^e, S. Morinière^f, P. Maingon^b, J. Thariat^{g,*,h}

^a Radio-oncologie, hôpitaux universitaires de Genève, Avenue de la Roseraie 53 CH-1205 Genève

^b Radiothérapie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^c Oncologie médicale, centre Alexis-Vautrin, 6, avenue de Bourgogne, 54511 Vandoeuvre-lès-Nancy cedex, France

^d Radiothérapie, centre Alexis-Vautrin, 6, avenue de Bourgogne, 54511 Vandoeuvre-lès-Nancy cedex, France

^e Carcinologie cervicofaciale, CHRU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen, France

^f Carcinologie cervicofaciale, CHRU de Tours, 2, boulevard Tonnelé, 37000 Tours, France

^g Département de radiothérapie/Archade, centre François-Baclesse, 3, avenue General-Harris, 14000 Caen, France

^h Université Unicaen, 14000 Caen, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 18 septembre 2017

Accepté le 24 octobre 2017

Mots clés :

Métastases ganglionnaires cervicales

Primitif inconnu

Carcinome épidermoïde

Évidement ganglionnaire du cou

Chimiothérapie

Radiothérapie

RCMI

RÉSUMÉ

La définition des volumes cibles ganglionnaires et/ou muqueux est actuellement non consensuelle dans le contexte d'adénopathies sans cancer primitif retrouvé. À l'extrême, les volumes sont, soit extensifs bilatéraux pan-muqueux, soit unilatéraux sélectifs et incluant ou pas la muqueuse oropharyngée seule. Cette revue expose les recommandations actuelles à la lumière des modifications de la classification TNM, du statut tumoral lié au papillomavirus humain et des avancées thérapeutiques. Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature avec les mots clés : *lymphadenopathy, head and neck, unknown primary, et radiation therapy*. Il n'existe pas d'étude comparative directe entre irradiation ganglionnaire uni- ou bilatérale ni pan-muqueuse, muqueuse sélective ou non muqueuse. Les taux d'échec ganglionnaire controlatéral varient entre 0 et 6 % après irradiation unilatérale et 0 et 31 % après irradiation bilatérale. L'émergence d'un cancer primitif muqueux est très variable, entre 0 et 19,2 % selon les études. La présentation histoclinique initiale et le statut tumoral lié au papillomavirus humain sont très importants dans la sélection des volumes cibles muqueux. Une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité est recommandée pour limiter la toxicité. Les traitements systémiques ont les mêmes indications que les cancers de la tête et du cou de site primitif identifié. Les échecs ne semblent pas plus fréquents en cas d'irradiation unilatérale ganglionnaire, mais des études comparatives sont nécessaires. Le statut tumoral lié au papillomavirus humain est à rechercher et intégrer dans la stratégie thérapeutique et les changements de pratiques induits par la nouvelle classification TNM devront être évalués.

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

ABSTRACT

The definition of nodal and/or mucosal target volumes for radiation therapy for lymphadenopathies of unknown primary is controversial. Target volumes may include all nodal areas bilaterally and be pan-mucosal or unilateral, selective, including the sole oropharyngeal mucosa. This review presents current recommendations in light of changes in the TNM classification, Human papillomavirus status and therapeutic advances. We conducted a systematic review of the literature with the following keywords:

Keywords:

Cervical lymph node metastases

Neoplasms

Unknown primary

Carcinoma squamous cell

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jthariat@gmail.com (J. Thariat).

<https://doi.org/10.1016/j.canrad.2017.10.008>

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

Pour citer cet article : Troussier I, et al. Évolutions dans la prise en charge des métastases ganglionnaires cervicales sans cancer primitif retrouvé : doses et volumes cibles de la radiothérapie avec modulation d'intensité. *Cancer Radiother* (2017), <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2017.10.008>

Neck dissection
Antineoplastic agent
Radiotherapy

lymphadenopathy; head and neck; unknown primary and radiation therapy. There are no direct comparative studies between unilateral or bilateral nodal irradiation or pan-mucosal and selective mucosal irradiation. Contralateral lymph node failure rates range from 0 to 6% after unilateral nodal irradiation and 0 and 31% after bilateral irradiation. Occurrence of a mucosal primary varies between 0 and 19.2%. Initial clinical presentation and Human papillomavirus status are critical to define mucosal target volumes. Intensity-modulated radiotherapy is recommended (rather than three-dimensional irradiation) to avoid toxicities. Systemic treatments have similar indications as for identified primary head and neck cancers. Failures do not appear superior in case of unilateral nodal irradiation but comparative studies are warranted due to major biases hampering direct comparisons. Human papillomavirus status should be incorporated into the therapeutic strategy and practice-changing TNM staging changes will need to be evaluated.

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

1. Introduction

Les métastases ganglionnaires cervicales sans cancer primitif retrouvé correspondent majoritairement à des carcinomes épidermoïdes ou à des carcinomes indifférenciés [1,2], et représentent 3 % des cancers de la tête et du cou. Les stades de la huitième classification de l'Union internationale contre le cancer (UICC) TNM, éditée en 2016, prennent en compte des changements épidémiologiques tels que le statut tumoral lié au papillomavirus humain oncogénique et des changements histopronostiques avec, désormais, une distinction la prise en compte d'une rupture ganglionnaire extracapsulaire. Ces modifications ont des implications thérapeutiques en termes de d'intensité de dose et de volumes cibles de la (chimio)radiothérapie. Dans ce contexte, les métastases ganglionnaires cervicales sans cancer primitif retrouvé posent le problème de la prise en charge thérapeutique. En particulier, les modalités et volumes d'irradiation ganglionnaire et muqueuse ne sont pas actuellement consensuelles et les évolutions réalisées ces dernières années pour les cancers liés papillomavirus humain (HPV) concernent également les adénopathies cervicales sans cancer primitif retrouvé. En revanche, une fois les volumes cibles définis, la description anatomoscanographique en coupes axiales de Grégoire et al. est un outil adapté pour la radiothérapie des adénopathies sans porte d'entrée retrouvée [3–5].

La présente revue de la littérature discute des modalités d'irradiation adjuvante ou exclusive locorégionale. Les traitements systémiques associés, la séquence thérapeutique, les doses et les volumes cibles de la radiothérapie.

2. Modalités d'irradiation

Une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) est désormais la technique de référence d'irradiation des néoplasies de la région cervicofaciale. Si l'efficacité d'une radiothérapie conformationnelle en trois dimensions et celle d'une RCMI sont similaires [6,7], cette dernière apporte un bénéfice clinique net en diminuant significativement la toxicité tardive [8]. En effet, la RCMI permet une meilleure épargne fonctionnelle des organes à risque tels que les grandes parotides, notamment la glande parotide controlatérale, les glandes sous-maxillaires, les muscles constricteurs du pharynx ou le larynx, la cavité buccale, l'oreille interne, moyenne et les articulations temporomandibulaires [7]. Ce bénéfice se traduit par l'amélioration de la qualité de vie des patients avec une diminution des effets secondaires attendus à moyen et long termes telles que xérostomie, dysphagie et dysphonie [9].

La scanographie de simulation comporte une injection de produit de contraste iodé en l'absence de contre-indication afin de mieux visualiser les vaisseaux jugulaires, les volumes cibles et les organes à risque nécessaires à la délimitation. Un recalage et une

fusion avec la scanographie dosimétrique des imageries préopératoires (TEP-scanographie au 18-FDG et IRM) sont aussi utiles à la délimitation [7].

3. Radiothérapie et/ou radiothérapie associée à une chimiothérapie postopératoire

Une radiothérapie adjuvante est proposée selon les résultats d'anatomopathologie définitifs du curage ganglionnaire. Celle-ci doit être réalisée de six à huit semaines après l'opération. Le stade N avec le nombre de ganglions envahis, la taille des ganglions pathologiques, la présence de rupture capsulaire, la présence d'embolies vasculaires, les engainements périnerveux, l'infection par le papillomavirus humain et le virus d'Epstein Barr (EBV) sont des éléments décisionnels pour la suite de la prise en charge. Une radiothérapie sera associée à une chimiothérapie de potentialisation en cas d'embolies vasculaires, de rupture capsulaire et d'un stade ganglionnaire avancé T0N2b, N2c ou T0N3. Une technique de RCMI est alors à privilégier [7,10,11].

4. Doses et volumes cibles en radiothérapie postopératoire

La dose totale est de 60 à 66 Gy (2 Gy par fraction), une fraction par jour, 5 jours par semaine sur 6 à 6,5 semaines dans les volumes cibles prévisionnels à haut risque (berges atteintes ou marges insuffisantes ou territoires initiaux des adénopathies en rupture capsulaire). Le volume ganglionnaire prévisionnel à bas risque et l'oropharynx homolatéral sont traités à une dose totale de 50 à 54 Gy en fractionnement classique selon un protocole séquentiel ou plus classiquement avec un *boost* intégré avec une dose par fraction d'au moins 1,6 Gy. Les niveaux ganglionnaires controlatéraux non atteints II, III et IV sont, soit non traités, soit considérés à bas risque et traités à la dose totale de 50 à 54 Gy (Fig. 1). Les niveaux adjacents à ceux atteints et intermédiaires entre les niveaux à bas risque et ceux à haut risque peuvent être traités à un niveau de dose intermédiaire, de l'ordre de 59 à 63 Gy. Cette irradiation comportant plusieurs niveaux de risque traités simultanément peut être réalisée en mode séquentiel, auquel cas seuls les niveaux de risque élevés sont encore irradiés dans les deux dernières semaines d'irradiation. Plus classiquement actuellement, la dose est délivrée selon une technique de RCMI en complément de dose simultanée intégré dit *boost* intégré (simultaneous integrated boost, SIB) avec 33 fractions de 2 Gy dans les volumes cibles à haut risque et 33 fractions de 1,6 Gy dans les volumes à bas risque selon les recommandations du National Comprehensive Cancer Network (NCCN *Guidelines: Occult primary*). Un complément de dose peut être délivré jusqu' à une dose de l'ordre de 70 Gy en cas de reliquat ganglionnaire R2 ou d'adénopathie en place selon le même raisonnement.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8962138>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8962138>

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