

Les cancers ORL - la radiothérapie

Journée scientifique en oncologie
L'interdisciplinarité en oncologie

Dre Mélanie Gionet

Le 19 octobre 2012

Historique

- Historiquement, les cancers de la sphère ORL étaient abordés chirurgicalement
 - Souvent efficace
 - Ablation d'un organe ou d'une unité fonctionnelle
 - Laryngectomie
 - Glossectomie
 - Mandibulectomie, etc

Historique

- Études fin années 80 – début années 90
 - Comparaison chirurgie (+/- RT et/ou CT) vs RT +/- CT
 - Buts
 - Préservation de l'organe
 - Préservation de la fonction de l'organe
 - Non-infériorité au niveau de la survie

Larynx

- Étude des « vétérans »
 - Carcinome épidermoïde du larynx de stade III ou IV

	Chirurgie + RT post-op	CT d'induction + RT radicale
Préservation du larynx à 4 ans	12%	62 %
Laryngectomie totale à 4 ans	88%	38%
Survie à 2 ans	68%	68%

Méta-Analyse Études Préservation Larynx (MACH-NC)

	Chx + RT n = 297	RT + CT n = 305
DFS 5 ans	40%	34%
OS 5 ans	45%	39%
Survie avec larynx 5 ans	-	23%

Combinaison Radio-chimio

- Généralement le standard de traitement pour les cancers de stade III-IV
 - Radiothérapie: 35 séances
 - Chimiothérapie: Cisplatine q 3 semaines x 3
- Autres possibilités
 - Chirurgie seule ou suivie de RT, CT ou RT/CT
 - RT seule: boost concomitant ou tx conventionnel
 - CT seule

Combinaison radio-chimio

- RT + CT meilleur que RT seule
 - Avantage de survie globale, de survie sans maladie et de préservation d'organe

Site tumoral	Contrôle loco-régional	Survie sans maladie (DFS)	Survie générale (OS)	Survie avec organe fonctionnel
Oropharynx	66% (3 ans)	42% (3 ans)	51% (3 ans)	Nd
Larynx	78% (2 ans)	34% (5 ans)	70-75% (2 ans) 39-50% (5 ans)	65% des survivants (2 ans) 57% (3 ans) 23-45% (5 ans)

Combinaison Radio-chimio

- Radiothérapie
 - Mucosite
 - Douleur
 - Dysphagie
 - Odynophagie
 - Dysgeusie
 - Sécrétions épaisses
 - Xérostomie
 - Radiodermite
- Chimiothérapie
 - Néphrotoxicité
 - Neurotoxicité
 - Hématotoxicité
 - Ototoxicité
 - Nausées/
vomissements

Combinaison radio-chimio

- Potentialisation des effets locaux de la radiothérapie
- Atteinte de l'état général
- Augmentation des taux de perte de poids (en moyenne, 10%)
- Augmentation du besoin d'une voie d'alimentation entérale (33-50%)
- Augmentation des hospitalisations (14-40%)

Combinaison radio-chimio

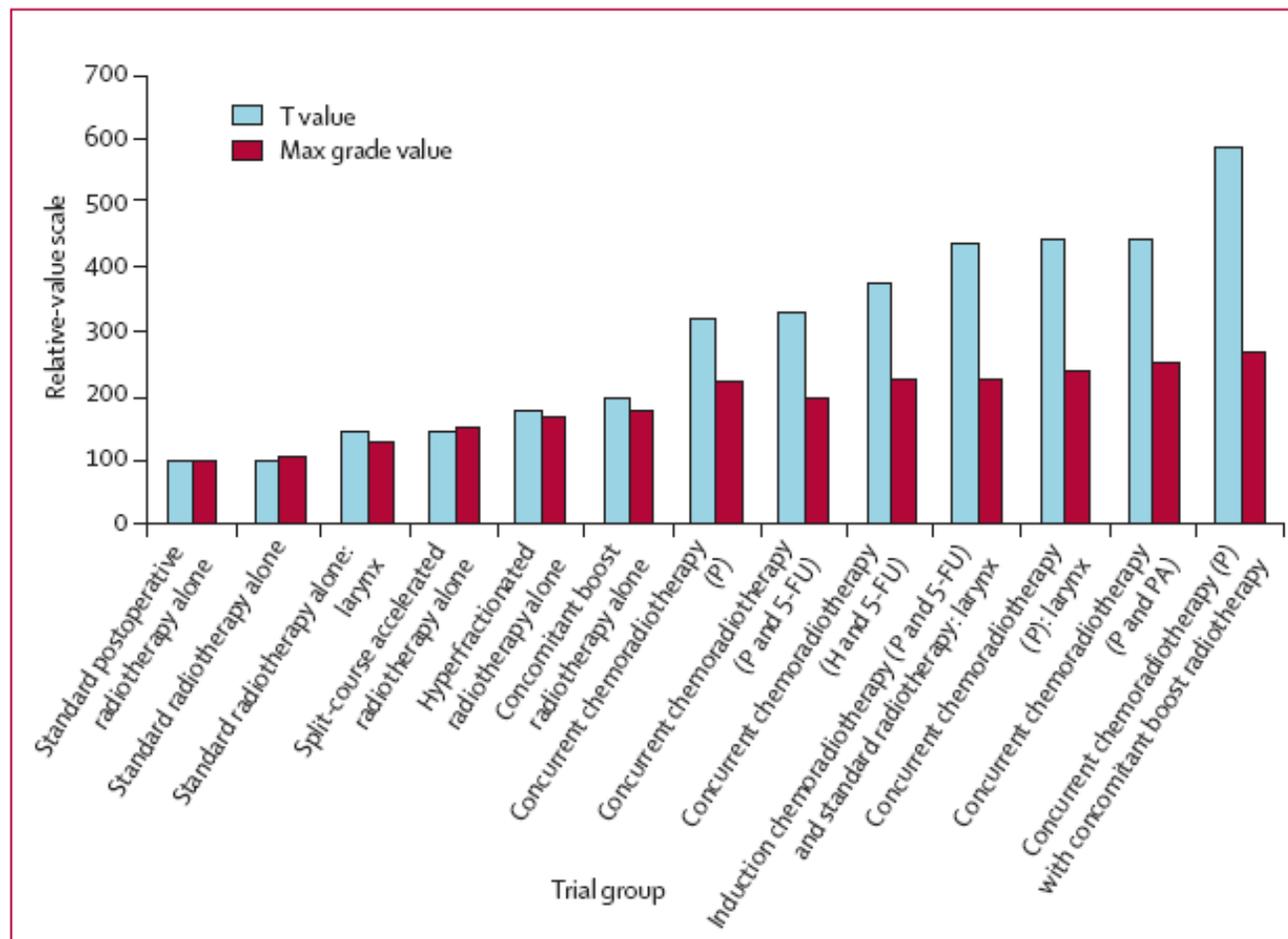
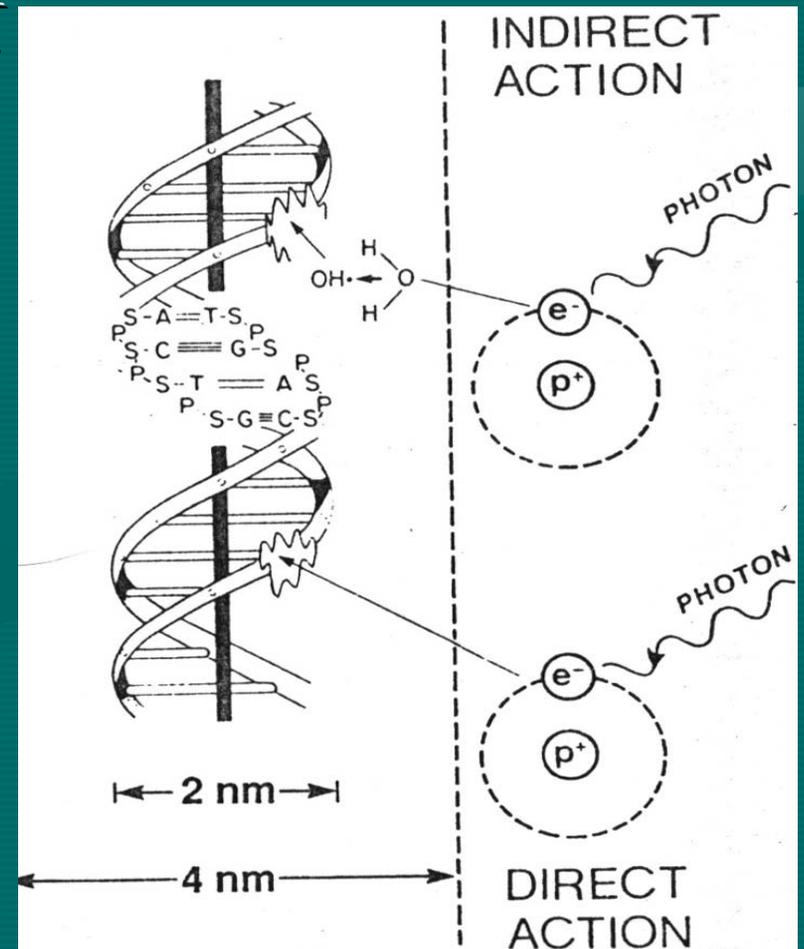


Figure 1: Acute toxicity relative risk values (T_{rr}) and relative max-grade values for 13 head and neck treatment groups ranked by increasing relative risk

P=platinum. H=hydroxyurea. 5-FU=fluorouracil. PA=paclitaxel.

Principes de radiothérapie en ORL

- Qu'est-ce que la radiothérapie?
 - Le traitement de cancers par des rayons ionisants
 - Photons
 - Électrons
 - Protons
 - Autres
 - L'interaction entre la radiation et les cellules vivantes

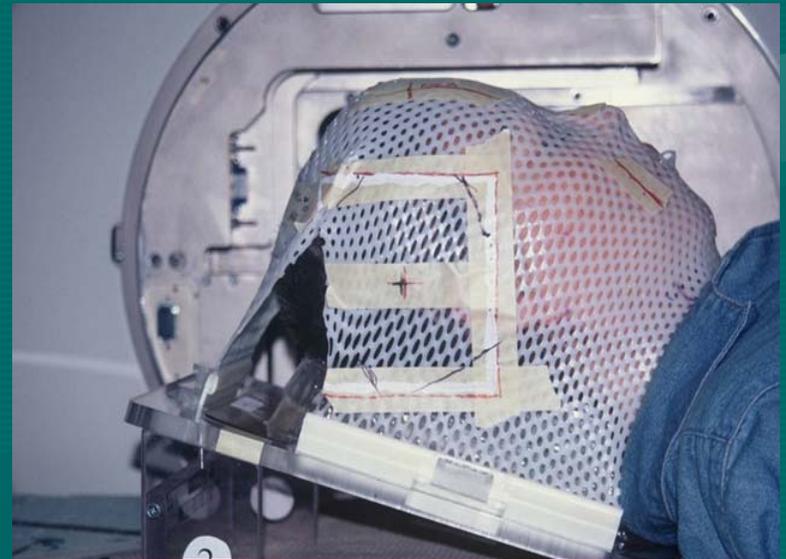


Principes de radiothérapie en ORL

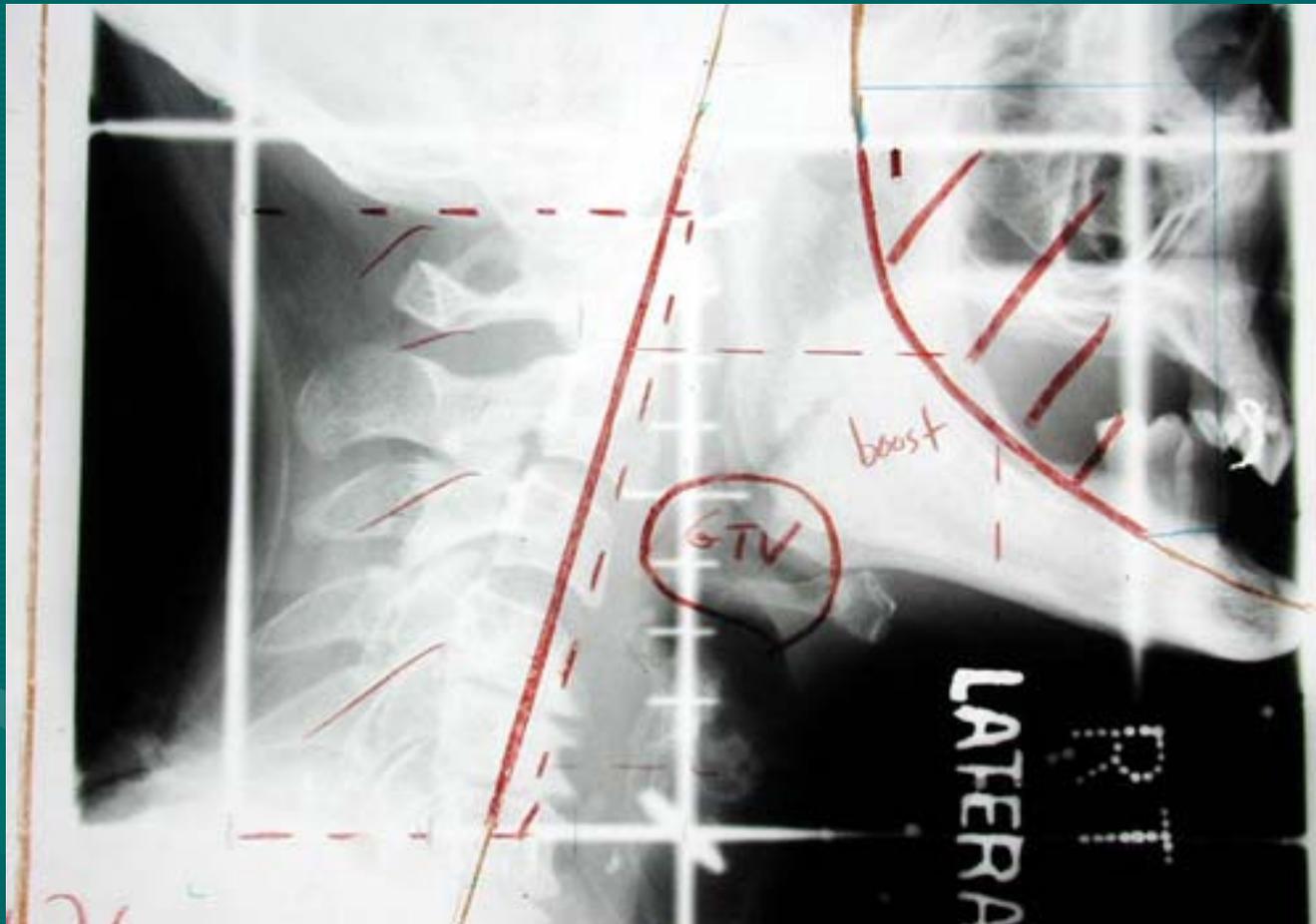
- Durée de traitement
 - Conventionnel = 35 séances
 - Pourquoi si long?
 - Équilibre entre effets thérapeutiques et effets secondaires
 - 2 Gy par jour
 - Importance qu'il n'y ait pas d'arrêt de traitement
 - Repopulation accélérée
 - Plus important en fin de traitement
 - Tentative de raccourcir le traitement
 - 1 semaine de moins pour le patient
 - Vient à l'encontre de la repopulation accélérée (RTOG 9003)
 - Bifractionnée ou boost concomittant – quand il n'y a pas de chimio

Principes de radiothérapie en ORL

- Planification du traitement
 - Fabrication du masque
 - CT-simulation
 - Dessins des volumes cibles et des organes à risque
 - Détermination des champs de traitement et de la distribution de dose



2D



Volumes cibles

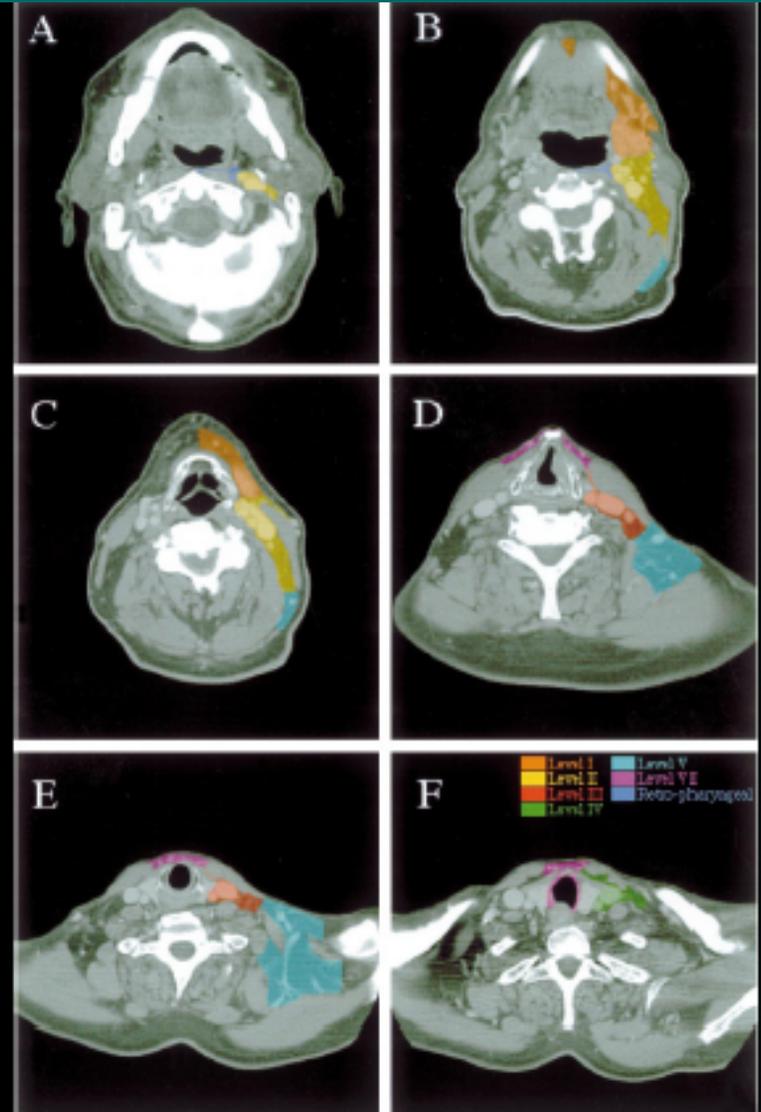
Suggested guidelines for the treatment of the neck of patients with head and neck squamous cell carcinomas (AJCC 1997)

Location of primary tumor	Appropriate node levels to be treated	
	Stage N0–N1	Stage N2b
Oral cavity	I, II, and III (+IV for anterior tongue tumors)	I, II, III, IV and V ^a
Oropharynx	II ^b , III, and IV (+retropharyngeal nodes for posterior pharyngeal wall tumors)	I, II, III, IV, V and retropharyngeal nodes
Hypopharynx	II ^b , III, and IV (+VI for esophageal extension)	I, II, III, IV, V and retropharyngeal nodes (+VI for esophageal extension)
Larynx ^c	II ^b , III, and IV (+VI for transglottic and subglottic tumors)	(I), II, III, IV and V (+VI for transglottic and subglottic tumors)
Nasopharynx	II, III, IV, V, and retropharyngeal nodes	II, III, IV, V, and retropharyngeal nodes

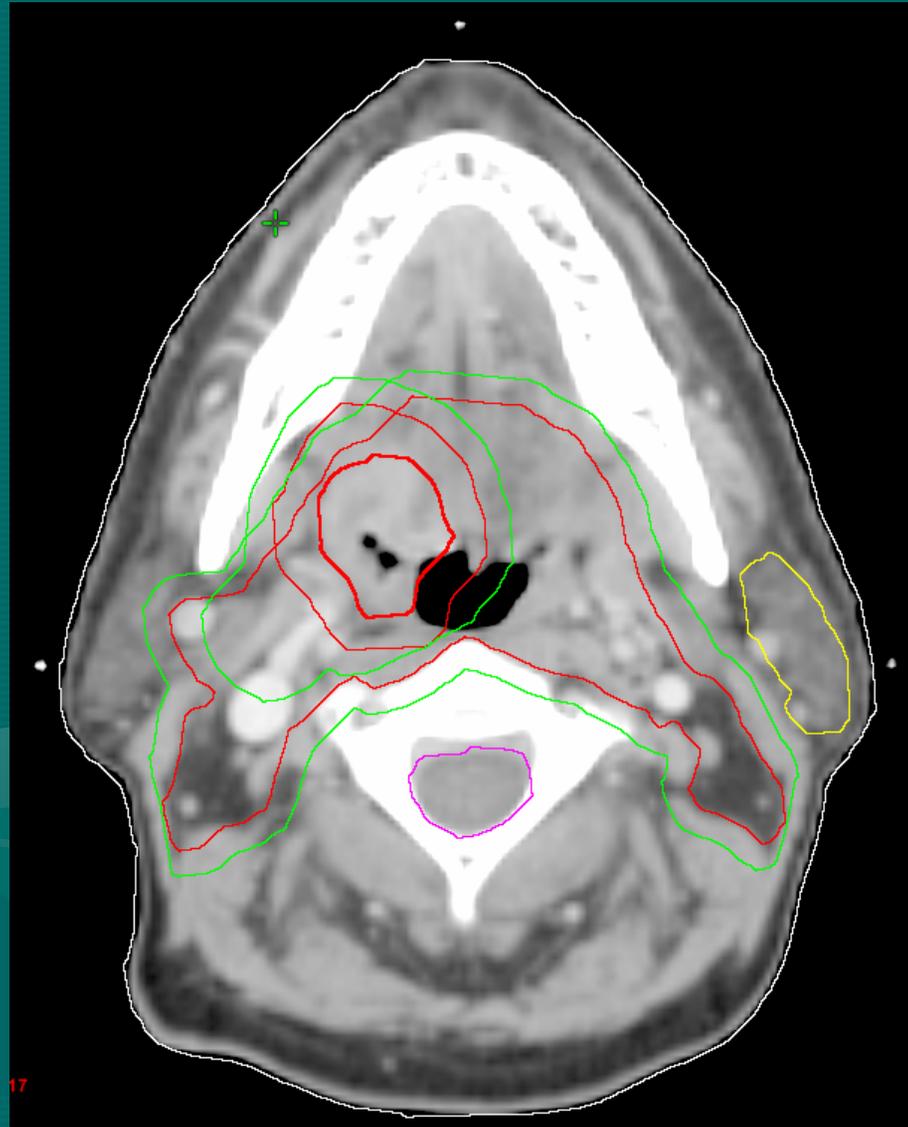
^a May be omitted if only levels I–III are involved.

^b Nodes in level IIb could be omitted for N0 patients.

^c T1 glottic cancer excluded.

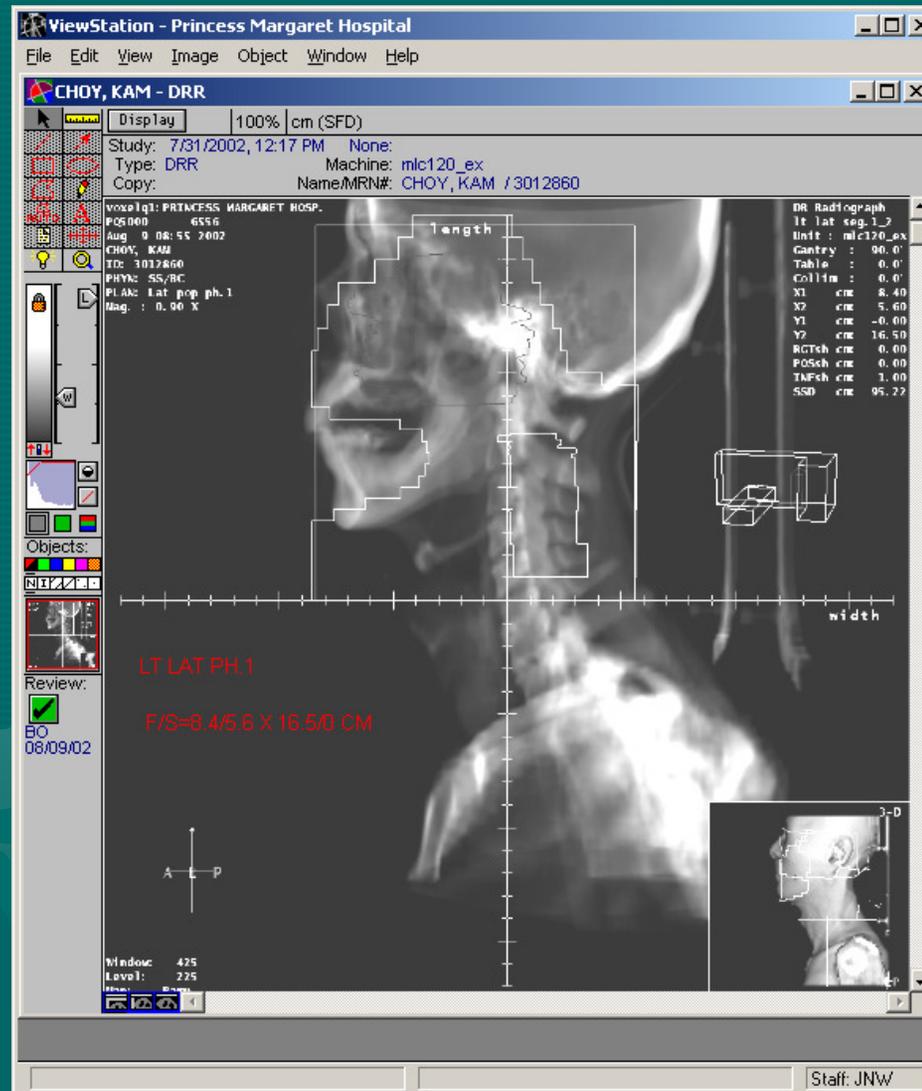


Détermination des volumes cibles



Le 19 octobre 2012

3D

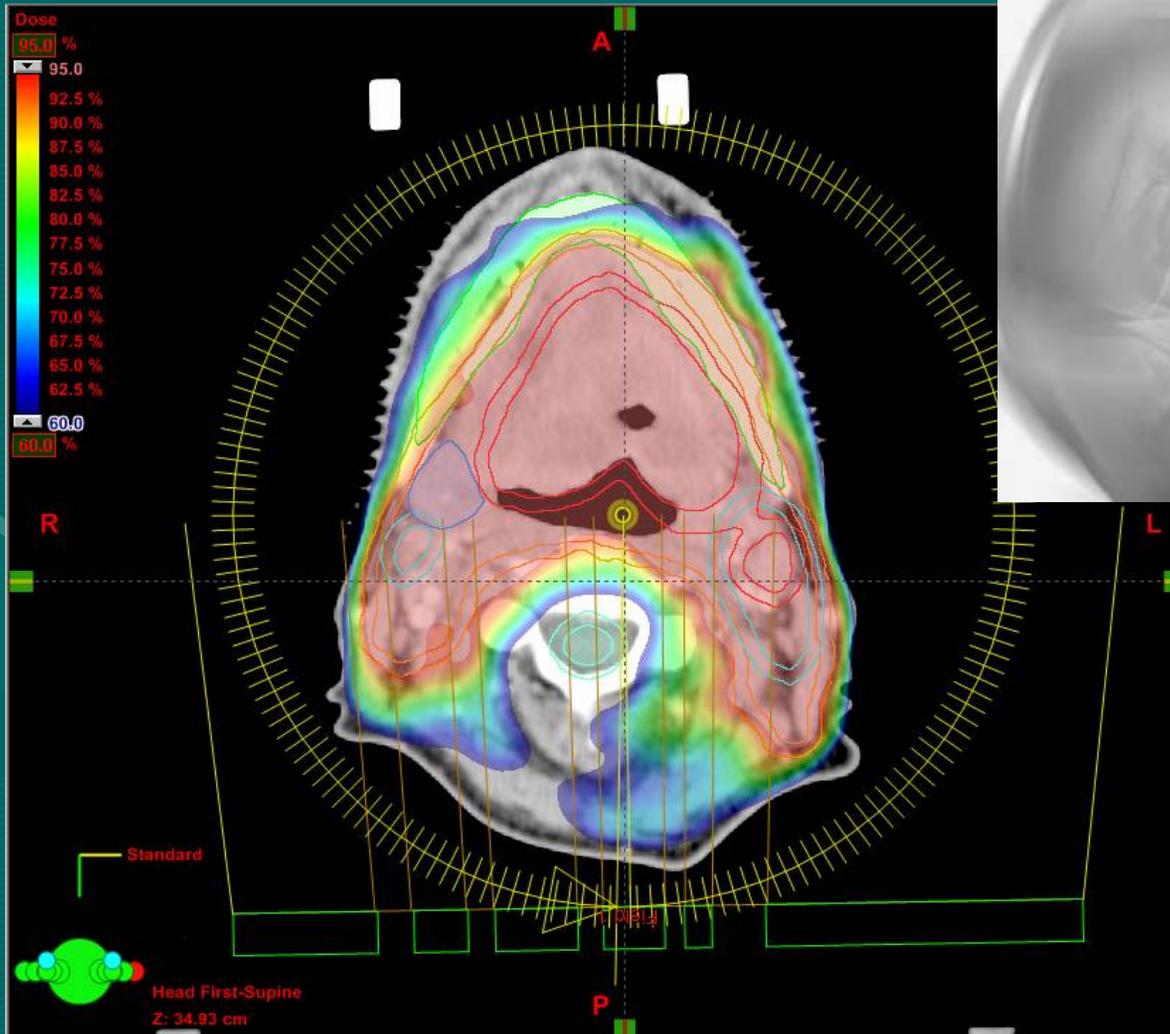


IMRT

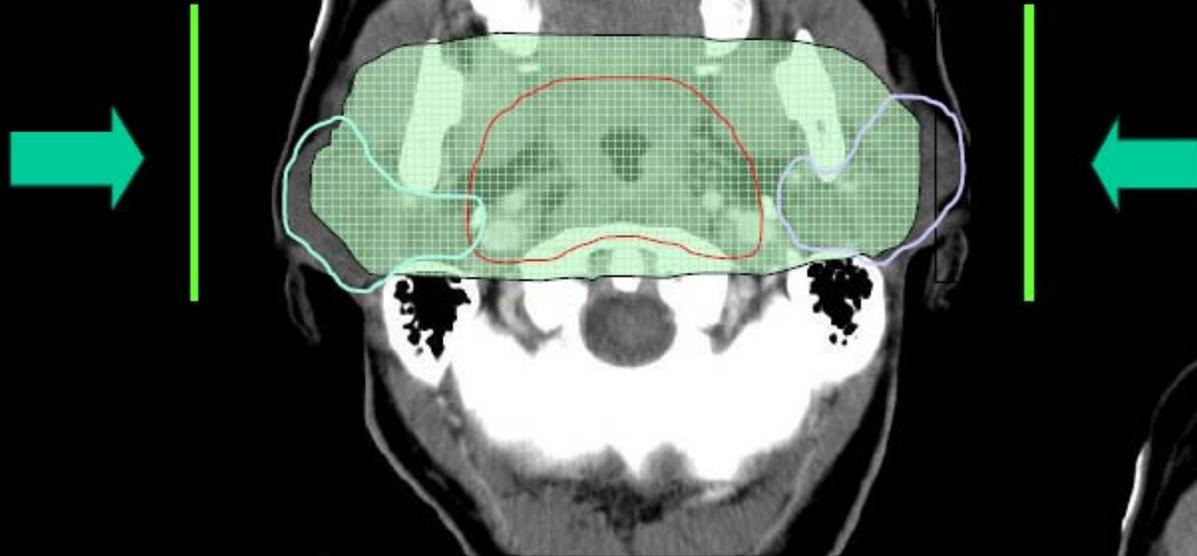


Le 19 octobre 2012

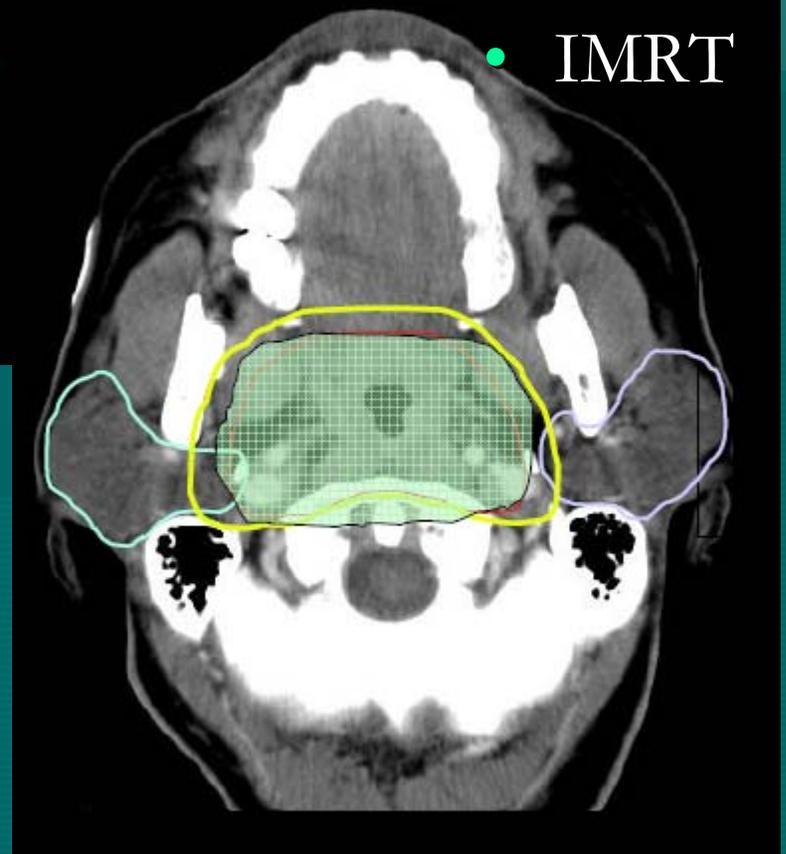
VMAT



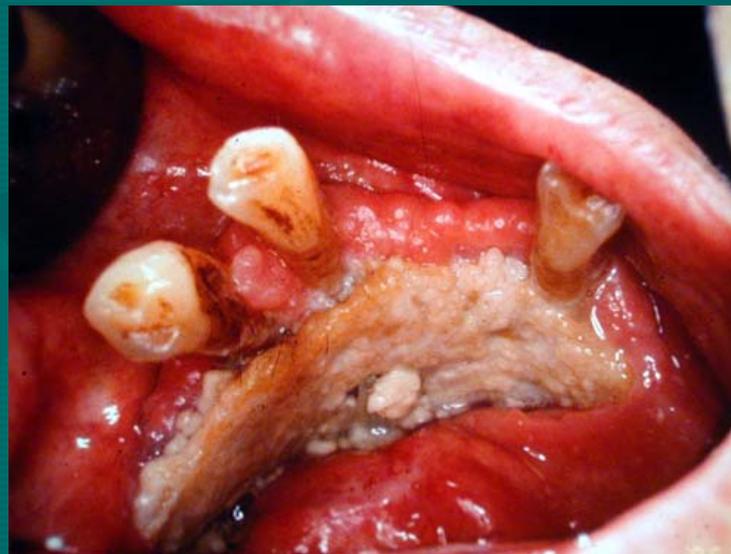
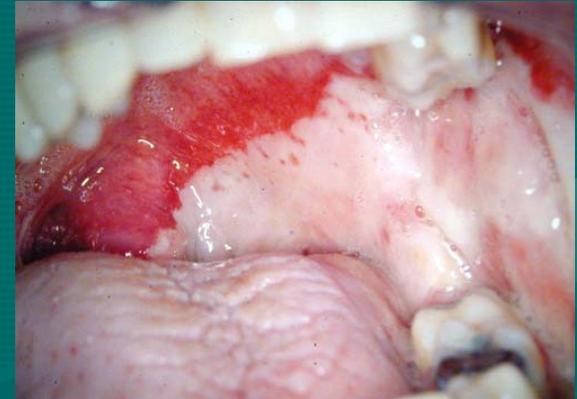
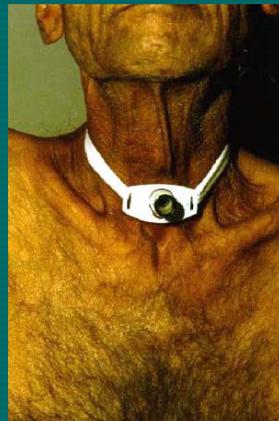
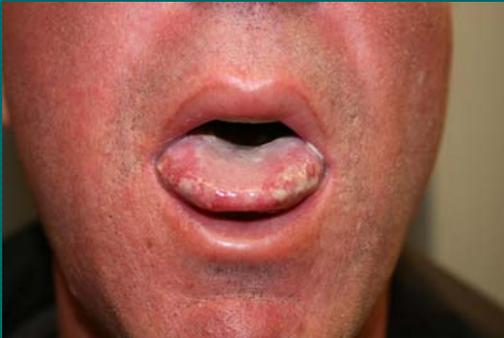
- 2 latéraux opposés



- IMRT



Toxicité des traitements en ORL



Le 19 octobre 2012

Soutien interdisciplinaire

- Équipe
 - Hémato-oncologue
 - Infirmière de radio-oncologie et infirmière-pivot
 - Médecine dentaire
 - Nutritionniste
 - ORL
 - Orthophoniste
 - Radio-oncologue
 - Au besoin: travailleuse sociale et psychologue
- Visites régulières
 - Chaque professionnel fait un suivi spécifique à son domaine mais garde une vision globale du patient

Soutien interdisciplinaire

- Stratégies possibles lorsque le patient tolère moins bien les traitements
 - Ajustement prompt de l'analgésie
 - Conseils nutritionnels (ajustement des quantités, de la texture, de la composition)
 - Introduction précoce des suppléments nutritionnels liquides per os en quantité suffisante
 - Enseignement des soins buccaux
 - Enseignement d'exercices de déglutition
 - Suivi plus fréquent
 - Administrer les antiémétiques appropriés
 - Corriger la déshydratation et/ou les désordres électrolytiques

Soutien nutritionnel

- Poser une sonde naso-gastrique au moment opportun
 - Tenir compte du patient
 - Sa perte de poids, la vélocité de celle-ci et le contexte entourant celle-ci (cause réversible ou non)
 - Son indice de performance
 - Sa capacité d'appliquer les conseils et d'être compliant aux ajustements de la médication et de l'alimentation
 - Le grade de mucosite
 - Le risque d'aspiration

L'aspiration

- Diagnostic
 - Évaluation/dépistage par des professionnels de la santé experts dans la déglutition (orthophonie et nutrition) ainsi que les médecins impliqués
 - Gorgée barytée modifiée
 - En présence du radiologiste, de l'orthophoniste et de la nutritionniste
 - Détecte la présence de l'aspiration, la sévérité et l'efficacité des moyens palliatifs

L'aspiration

- Manœuvres pour contrer l'aspiration
 - Divers positionnements de la tête lors de la déglutition
 - Modification des textures des aliments
- Si manœuvres efficaces
 - On permet de poursuivre l'alimentation per os si le patient comprend bien les consignes
- Si l'aspiration persiste malgré les manœuvres
 - NPO et TNG

La dysphagie à long terme

- Causes
 - Fibrose post-radique des structures nécessaires à la déglutition
 - Xérostomie
 - Déconditionnement des muscles de déglutition par non-utilisation
 - Favorisé par des périodes NPO
 - Dès 2 semaines de NPO
 - Plus fréquent chez les patients avec gastrostomie
 - Dépendance à l'alimentation entérale à 2 ans de 14-30%

La dysphagie à long terme

- Conséquence parfois dévastatrice en post-traitement
- Entraîne dans certains cas une dépendance à l'alimentation entérale au long terme
 - Rôle de la gastrostomie
- Stratégies pour en diminuer la survenue
 - Favoriser l'alimentation per os le plus longtemps possible
 - Privilégier le TNG par rapport à la gastrostomie quand une voie d'alimentation entérale est nécessaire
 - Encourager la déglutition même en présence du TNG si sécuritaire
 - Enseigner des exercices de déglutition
 - Optimiser la distribution de dose en radiothérapie (IMRT)

Mise en pratique de ces stratégies

- Visite auprès des divers professionnels de façon individuelle
- Équipe inter-disciplinaire
 - Réunions hebdomadaires depuis juillet 2010
 - Discussion des nouveaux cas pour décider du traitement (CTC)
 - Discussion des cas en cours de traitement
 - Suivi post-traitement
 - Médical
 - Infirmier
 - Nutrition et orthophonie: importance d'un lien avec les régions quand le patient ne peut venir à Rimouski aussi fréquemment qu'on voudrait
 - Opportunité de télémédecine?

Conclusion

- Prise en charge complexe
 - Patients avec état précaire au départ
 - Traitement dont la tolérance peut être difficile
- Objectifs de traitement
 - Maximiser le contrôle local et la survie
 - Gérer les effets secondaires en cours de traitement
 - Minimiser les séquelles au long terme