

RADIOTHÉRAPIE PALLIATIVE

À visée symptomatique
Tour d'horizon

Rimouski

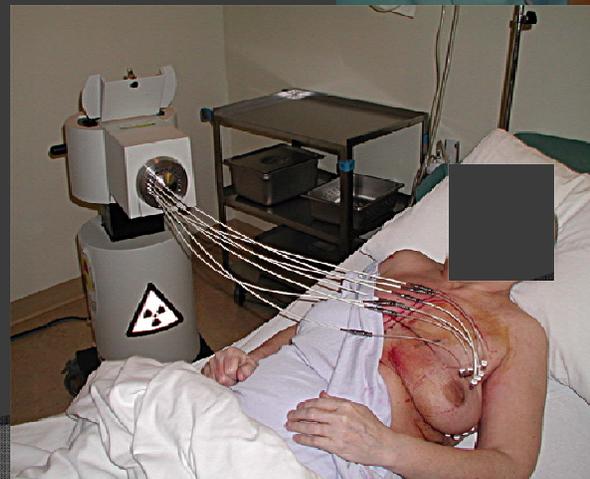
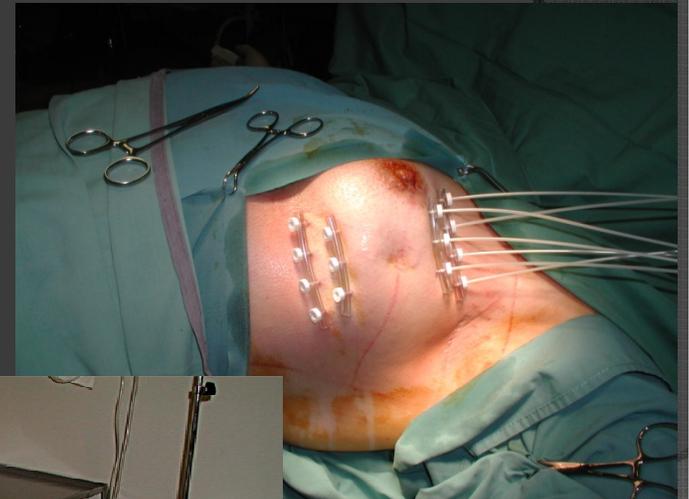
24 octobre 2008

Radio-oncologie, Radiothérapie: Définitions

- Prise en charge globale des personnes atteintes de cancers: diagnostic, investigation, traitements (= radiothérapie = usage des radiations ionisantes à visée thérapeutiques), suivi des patients
- Enseignement
- Recherche

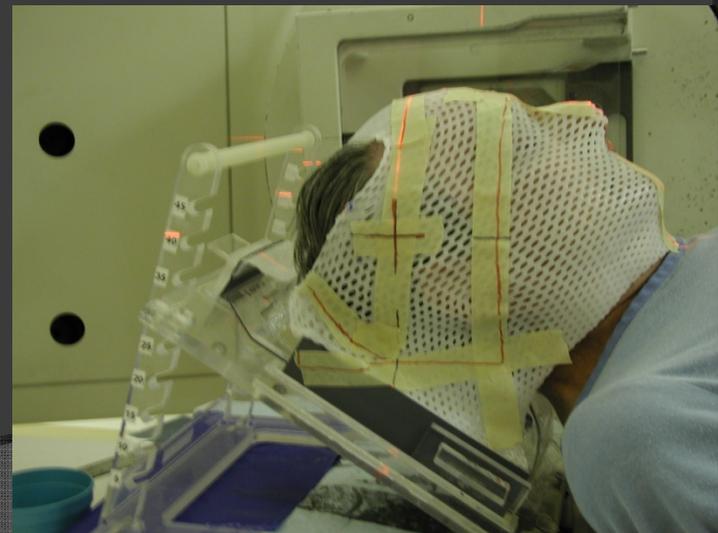
Radiothérapie

- Externe: accélérateurs
- Interne: curiethérapie
- Curative ~ 80 %
 - Seule (\pm chimiothérapie) :
Prostate, ORL, Poumon (NPC),
Lymphomes..
 - Post-opératoire: sein, rectum,
gynéco., tumeurs cérébrales...etc.
 - Pré-opératoire: rectum,
œsophage...etc.
- Palliative : ~ 20 %
 - Le plus souvent:
 - métastases cérébrales (poumon)
 - osseuses (sein, prostate, poumon)

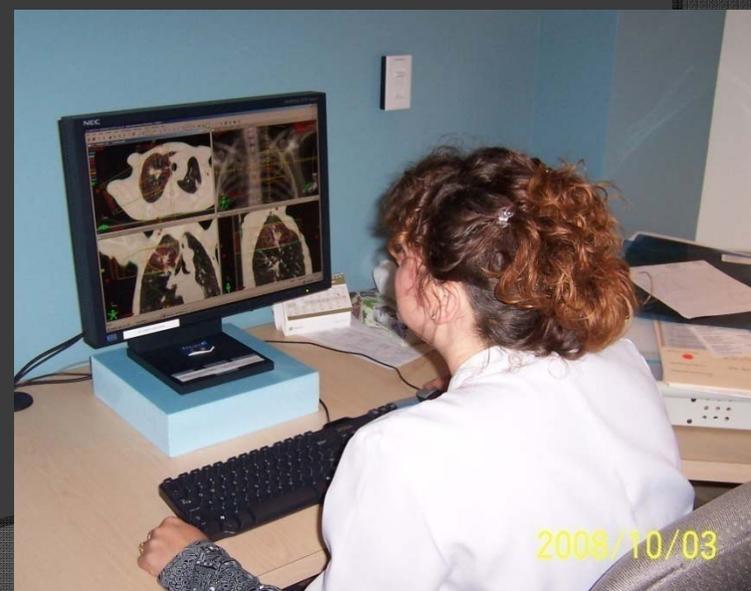
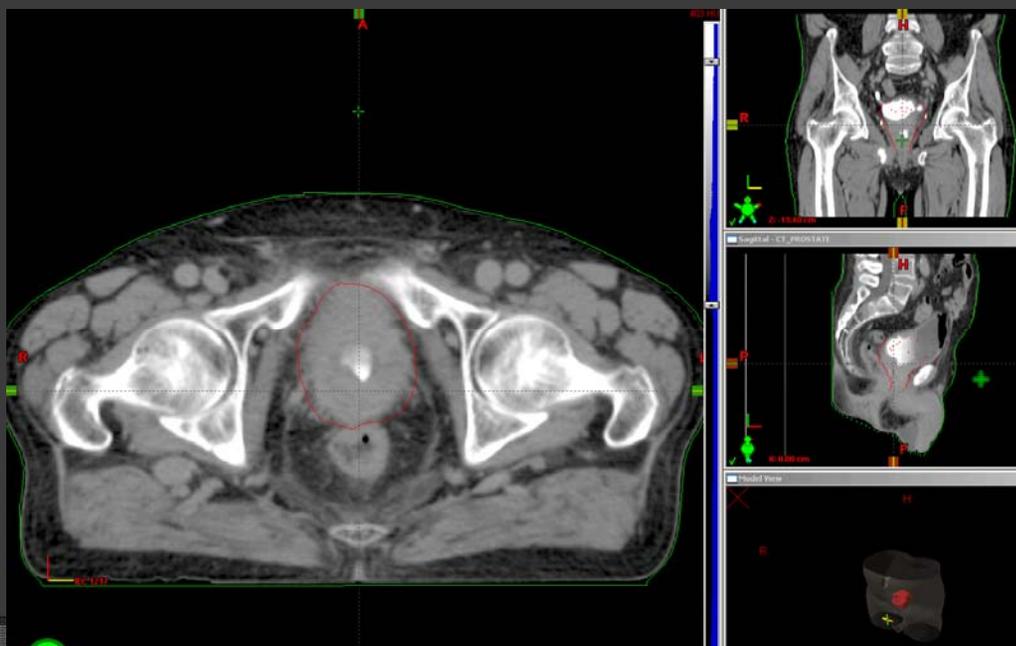


Radiothérapie externe

Simulateur



Radiothérapie externe Planification : CT Sim.



Radiothérapie externe

Poste de traitement: Accélérateur Pupitre de contrôle



Radiothérapie à *visée curative*

- ⦿ Doses de l'ordre de 50 à 70 Gy
- ⦿ Schéma de 5 x 2 Gy par semaine (5 jours par semaine)
- ⦿ 5 à 7 semaines consécutives



La radiothérapie palliative *à visée symptomatique*



- Ne se conçoit que dans le cadre d'une prise en charge globale, en association avec les autres moyens
- Contrôler les symptômes
- ↑ Mobilité, et Fonction
- Préservé la qualité de vie et l'autonomie
- Bénéfices >>> effets secondaires (à court terme)
- Donner une information objective et choix éclairé du patients et/ou des ses proches
- Chez des patients dont espérance de vie > 1 mois (À éviter chez ceux en phase terminale)
- Mise en route rapide et de courte durée
- Généralement peu ou pas d'impact sur la survie

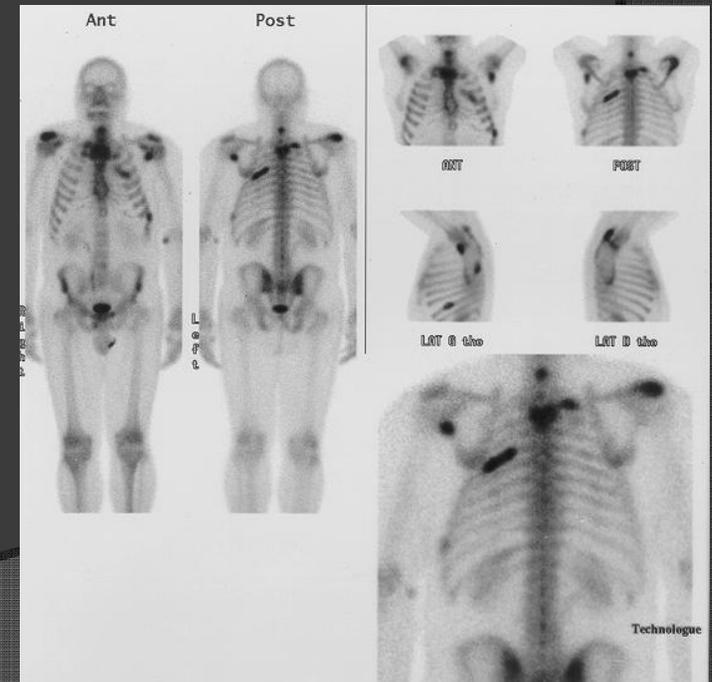
Radiothérapie palliative

Irradiation locale à visée symptomatique

- Antalgique
- Décompressive (compression médullaire, compression d'organe: dysphagie, détresse respiratoire, syndrome de la veine cave, métastases cérébrales...etc.
- Hémostatique: hémoptysies, hématurie...etc.



- **Métastases**
 - Cérébrales
 - Osseuses
 - Ganglionnaires
 - Tout autres métastases
- Tumeurs compressives
- Tumeurs hémorragiques
- Toute autre lésion tumorale symptomatique



Radiothérapie palliative

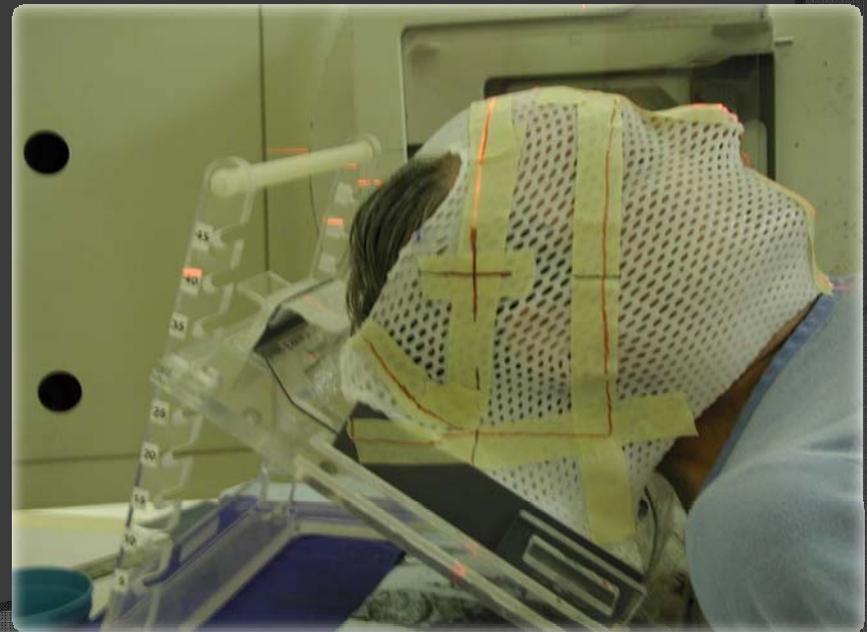
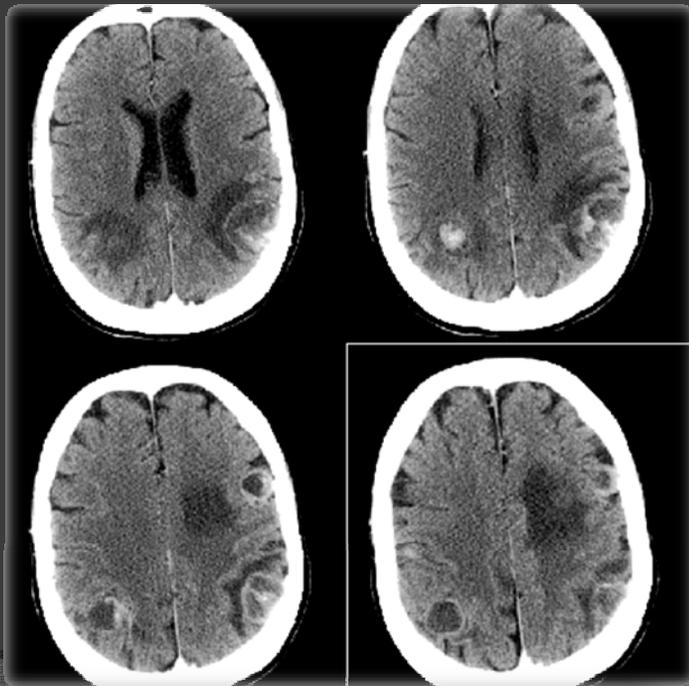


- Effet obtenu grâce aux propriétés anti-inflammatoires et anti-tumorales de l'irradiation
- RT= Traitement local = Effets secondaires locaux
- Le plus souvent: les effets secondaires sont aigües légers à modérés, et s'estompent rapidement en quelques semaines (À gérer par des traitements symptomatiques)

Radiothérapie palliative: règles de base

La meilleure technique est celle qui présente le meilleur rapport bénéfices / contraintes

- Simplicité technique.
- Nombre réduit de séances, donc le moins de déplacements et de manipulations.
- Volume limité à la région symptomatique
- Une IP ne doit pas être une irradiation «bâclée». Le volume irradié doit être rigoureusement défini et les organes critiques soigneusement protégés



Radiothérapie palliative: Aspects techniques

Selon les volumes cibles et la condition du patient. Fractionnement et Étalement les + employés:

- 30 Gy en 10 fractions (3 Gy/fr.): 2 semaines
- 20 Gy en 5 fractions (4 Gy/fr.): 1 semaine
- 8 Gy en 1 fraction : Métastases osseuses (possibilité de retraitement)
- Dose par fraction plus faible = toxicité aigüe plus faible
- Exemples: métastases cérébrales multiples avec œdème +++: 30 Gy/10fr;
- Hanche: 8 Gy en 1 fraction ou 20 Gy en 5; hémibassin: 30 Gy en 10 fr.
- **Tenir compte des traitements systémiques à venir (moelle osseuse), toxicité croisée (délai 8-10 jours)**



Radiothérapie palliative à visée antalgique

Métastases osseuses

- **Métastases osseuses avec risque de fracture: avis orthopédie au préalable. Enclouage fémoral suivi de RT qui englobe tout le matériel (risque d'essaimage)**
- **Fracture de vertèbre: discuter ostéosynthèse**



NOT FOR DIAGNOSTIC PURPOSE

Ant



Radiothérapie palliative *Métastases osseuses*

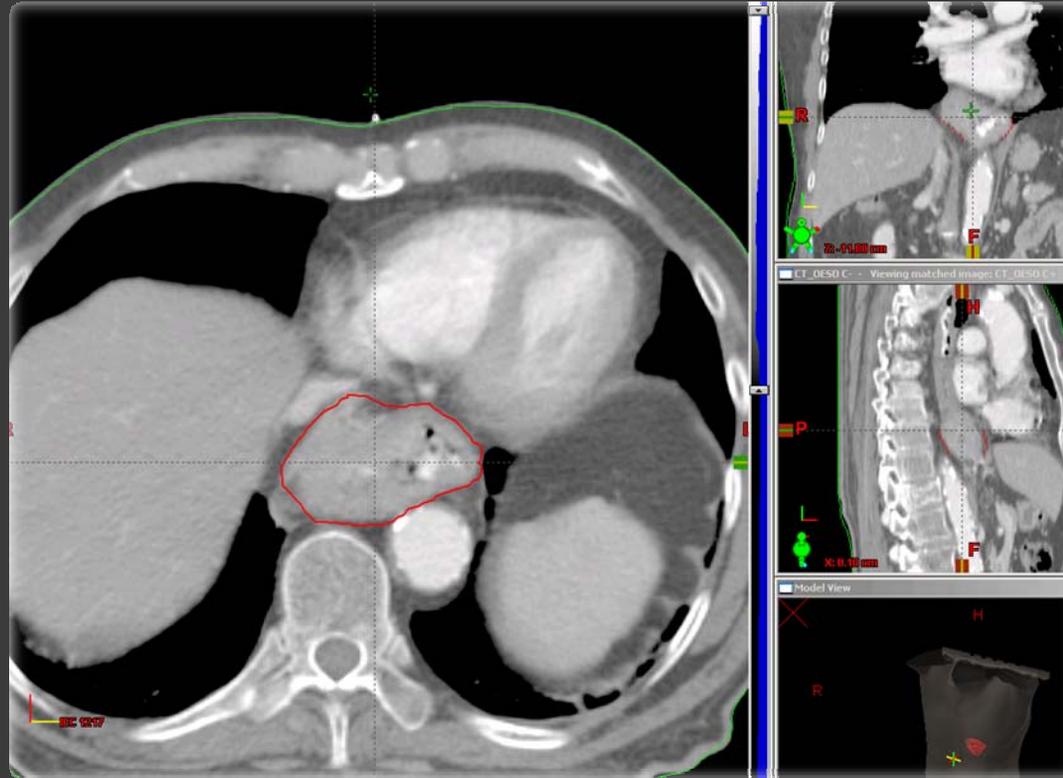
Taux réponse à la RT à visée antalgique 80 à 90%
dont 50% soulagés complètement

- Réponse ↑ selon type histologique
(sein, prostate, myelome > poumon, digestif, rein)
- Début de réponse à 10-14 jours :
 - ✓ 50 % rép. à 1 mois
 - ✓ 70 % rép. à 2 mois
 - ✓ 90 % rép. à 3 mois
- 50 à 70 % ont une réponse durable > 1 an

- **Métastases osseuses ostéolytiques**

- **Arédia 90 mg IV en perfusion mensuelle:**
réduction des risques de complications osseuses:
écrasement vertébraux, fractures, réduction de la douleur

Radiothérapie palliative: à visée décompressive, ou désobstructive



- Tumeurs œsophage obstructives: discuter gastrostomie, sonde naso-gastrique, prothèse endo-œsophagienne
- Cancers pulmonaires: Réponses de l'ordre:
 - Obstruction 25-50 %
 - Compression : dysphagie 25-50 %,
 - Douleurs thoraciques : 40-75 %

Radiothérapie palliative

Urgences en Radiothérapie ≤ 24 heures

- **Syndrome de la veine cave supérieure :**
Cancer poumon++: circul. Coll. œdème cervical, difficultés respiratoires, cyanose...
80% de réponse
Dans certains cas : installation d'un tuteur (ballonnet) veine cave sup au préalable
- **Tumeurs hémorragiques:** Hémoptysies, hématurie, saignement d'origine gynéco...etc.
70-85% de réponse



Stéroïdes +++ : Décadron 4 mg QID (IV)

Anticoagulants à doses prophylactiques

O₂

Toute autre mesure spécifique

La compression médullaire

Stéroïdes +++ (IV): Solumédrol ou Décadron

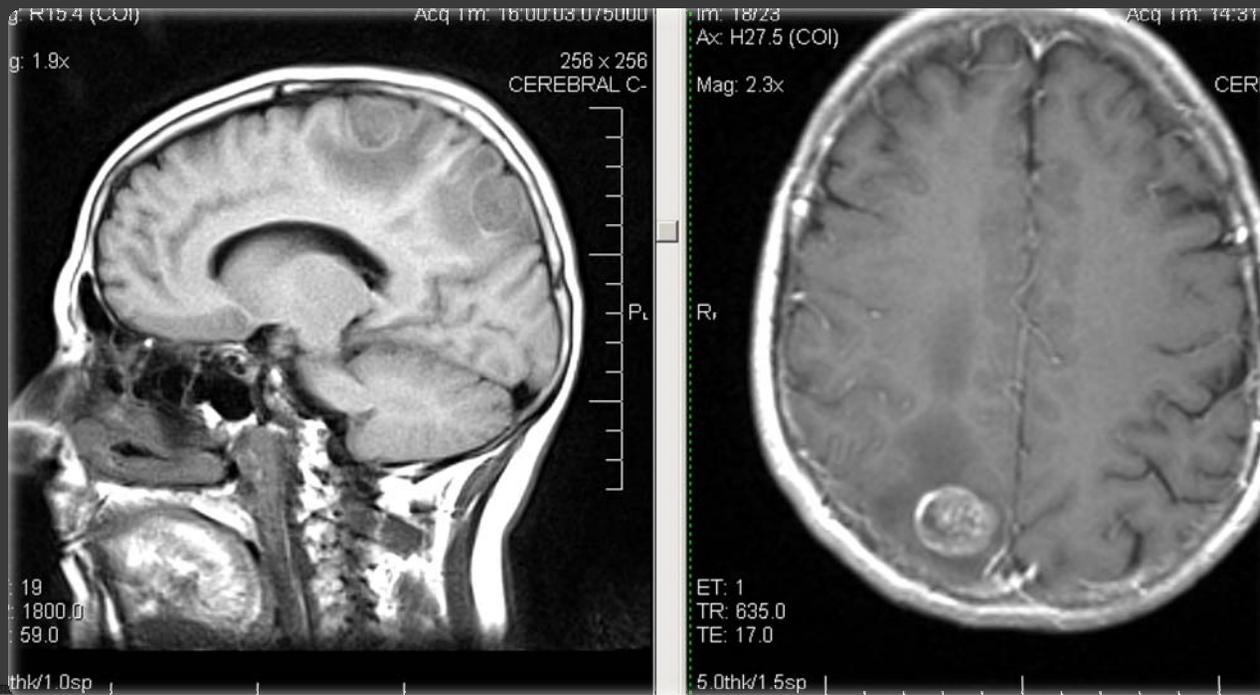
➤ RT en urgence

➤ Laminectomie à discuter avec la neurochirurgie: surtout si métastase isolée, pas de primaire connu (pas de diagnostic pathol.), zone déjà irradiée, instabilité mécanique, signes neuro < 48 heures, espérance de vie > 6 mois



Radiothérapie palliative: métastases cérébrales

- Métastases cérébrales: avec ou sans oedeme important: Décadron 4 mg QID, avant, pendant et après, puis réduction progressive sur 4 à 6 semaines
- Métastases cérébrales: survie médiane < 1-2 mois sans RT, 3-6 mois avec RT
Sevrage stéroïdes (Effets secondaires +++)
- Métastase cérébrale isolée: Parfois Chirurgie + RT:, ou RT à doses plus élevées localisées: 10-12 mois



**Soulagement rapide
des céphalées 70-
90 %**

**Diminution de HTIC
70-90 %**

**Diminution des
stéroïdes**

**Augmentation de la
durée de vie**

Radiothérapie palliative dite ``de propreté``

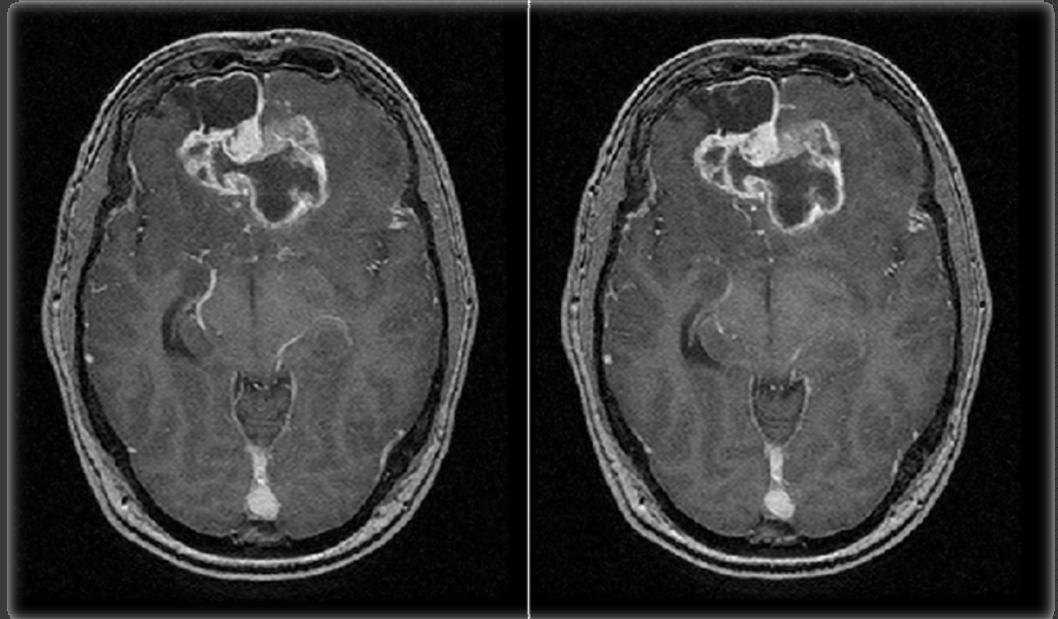


Radiothérapie palliative dite ``de propreté``



Radiothérapie palliative *Situation particulières*

Homme de 47 ans, opéré en 1994
d'un oligodendrogliome bien
différencié. Récidive sous forme d'un
Glioblastome inopérable



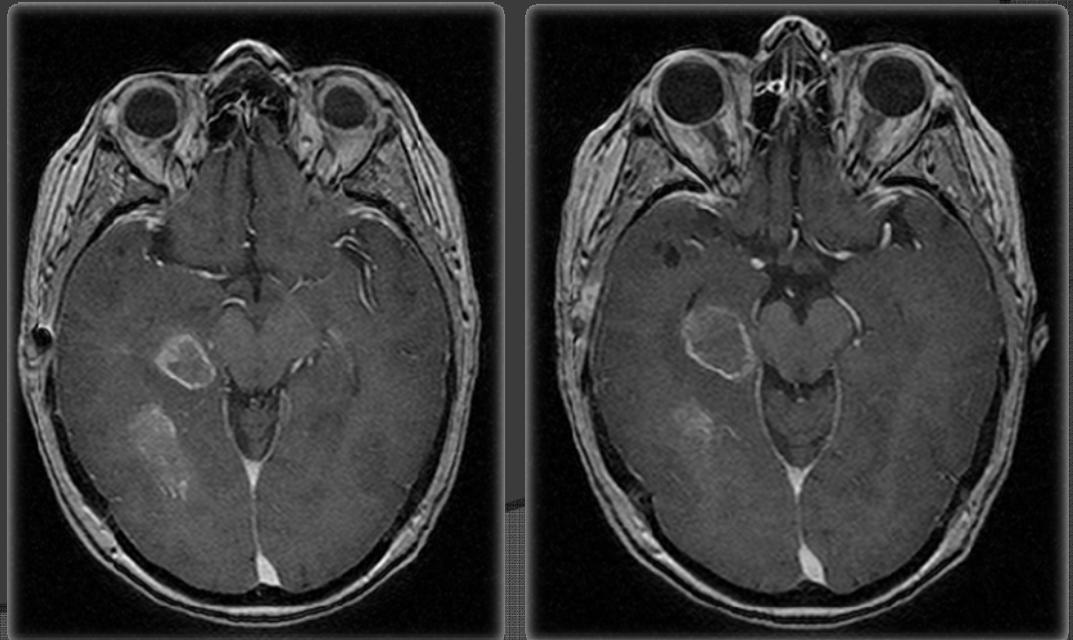
Femme de 70 ans, Glioblastome
bifocale, inopérable

Txt conventionnel: RT 60 Gy

**6 semaines) + Témodal
concomitant**

Suivie de Témodal adjuvant

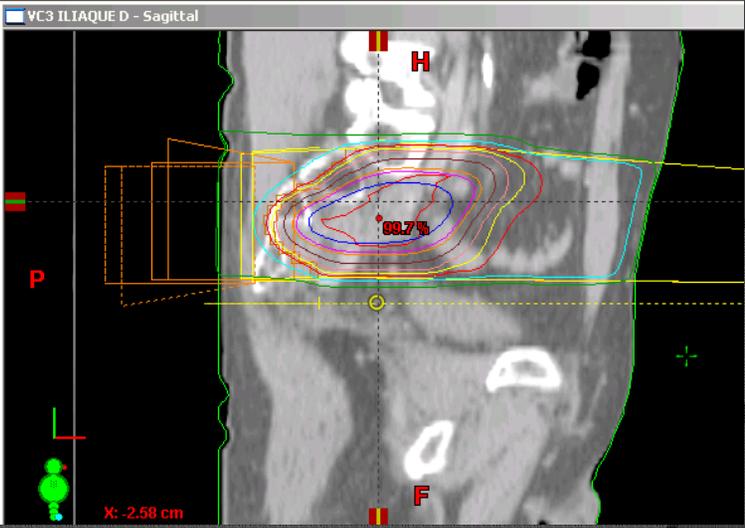
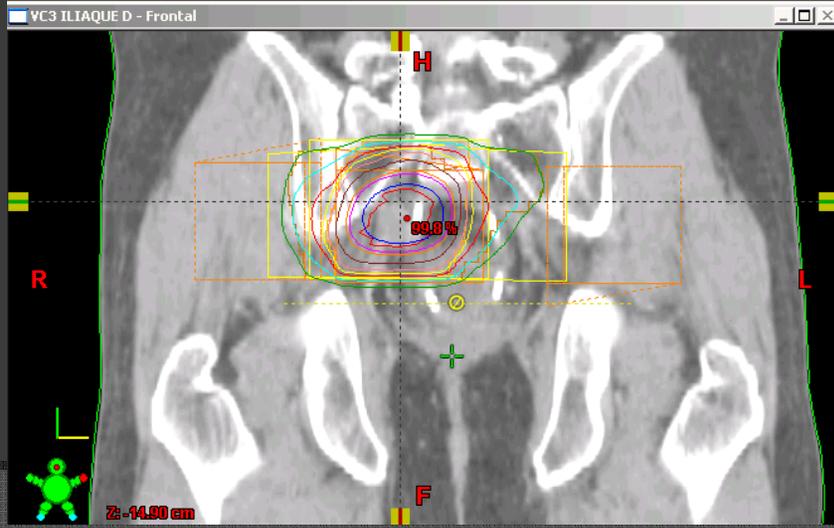
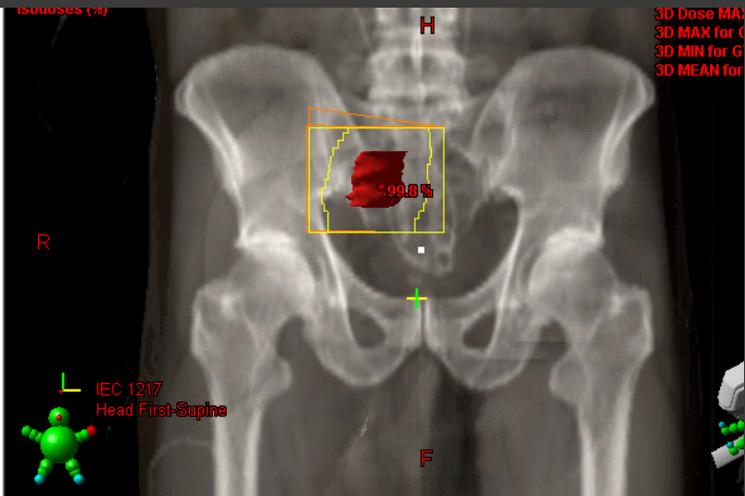
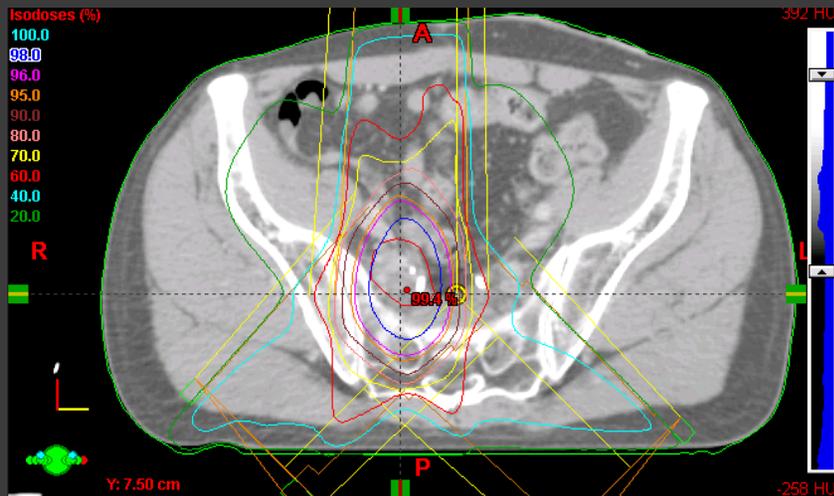
Survie médiane : 6-8 mois



Radiothérapie palliative

Situation particulières

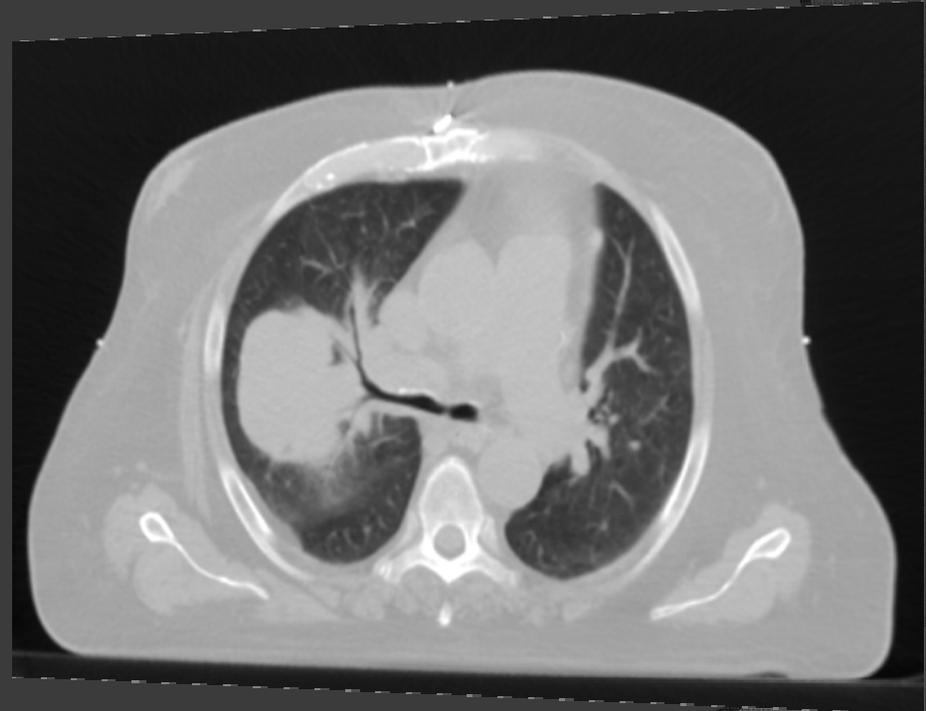
Récidive en terrain irradiée: RT+ CT de rattrapage
Maladie localisée, isolée, chez un jeune patient



Radiothérapie palliative

Situation particulières

- **Prophylactique:** chez des patients asymptomatiques
 - Plutôt rare: cicatrices cutanées des drains (mésothéliome)
 - Menace de compression médullaire
 - Menace sérieuse de fracture osseuse
- **Autre métastase isolée**
- **Réirradiation palliative** sur territoire déjà irradiée ± chimiothérapie concomitante à visée radiosensibilisante: récurrence locale rectum, ORL, ...etc



Radiothérapie palliative

Situation particulières Curiethérapie palliative

Souvent utile sur terrain déjà irradié

Paroi thoracique : nodules de perméation progressifs (métastases cutanées)



Radiothérapie palliative
*Situation particulières Curiethérapie
palliative*

Rechute bronchique localisée
Récidive oesophagienne obstructive



Radiothérapie palliative
*Efficace , Rapide,
Bien tolérée, Peu coûteuse*



Pour en savoir plus
www.radio-oncologie.qc.ca