

LES CANCERS VISIBLES DU SUJET AGE

LA RADIOTHERAPIE DES TUMEURS CUTANEEES ET ORL

Christian SIRE

Mars 2015

CANCERS DES VADS

- 5% DES CANCERS
- > 15000 NOUVEAUX CAS PAR AN
 - SEX RATIO 6 : 1
 - CHEZ L'HOMME : 4IEME APRES PROSTATE, BRONCHES, COLON/RECTUM
 - 2/3 AVANCES - SURVIE 30 – 50 % A 5 ANS
 - RECHUTE LOCALE 50 %
 - RATRAPAGE PEU EFFICACE SURVIE 1 AN : 20 %

CANCERS DES VADS

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- CANCERS EVOLUES ET NON OPERES : RADIOTHERAPIE
- CLASSIQUE 70 Gy EN 7 SEMAINES
- **EN ASSOCIATION A LA RT, PAS DE BENEFICE DE LA CHIMIO SI PLUS DE 70 ANS (Pignon, 2009)**
- **EN ASSOCIATION A LA RT, PAS DE BENEFICE DE L'ERBITUX SI PLUS DE 70 ANS (Bonner, actualisation 2010)**
- **PAS DE BENEFICE DU FRACTIONNEMENT DE LA RT (Bourhis, 2006)**

CANCERS DES VADS

SPECIFICITE DES SUJETS AGES

- 30% DES PATIENTS : PLUS DE 70 ANS
- 10% DE PLUS DE 80 ANS
- PLUS DE FEMMES, MOINS D'ALCOOL
- PLUS DE CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE
- **ABSTENTION THERAPEUTIQUE PEU ENVISAGEABLE (QUALITE DE VIE ?)**
- TUMEURS EN GENERAL SYMPTOMATIQUES

CANCERS DES VADS

SPECIFITES DE LA RT DES SUJETS AGES

- RISQUES DE MUCITES SEVERES
- EORTC 1589 PATIENTES ENTRE 1980 ET 1995
 - MUCITES GRADE 4 : 8% SI <50 ANS
 - MUCITES GRADE 4 : 31% SI >70 ANS
 - INTERRUPTION NON PROGRAMMEES PLUS FREQUENTES (Wasil, 2000)

NOTION DE TRAITEMENT ADAPTE

CANCERS DES VADS

ADAPTATION DU FRACTIONNEMENT CHEZ LES SUJETS AGES

- 50% DES PATIENTS (Ortholan, 2009)
- SI TEMPS TOTAL PLUS COURT, TOXICITE MAJOREE (Fu, 2000)
- INTERRUPTION PROGRAMMEE >>>>SPLIT COURSE
- PHASE III (Hansen, 1997) : CONTRÔLE LOCAL IDENTIQUE
- HYPOFRACTIONNEMENT RAREMENT PROPOSE AUX PATIENS JEUNES CAR FIBROSES (Glanstein, 2008)
- SUJETS AGES : TOXICITE TARDIVE MOINS A PRENDRE EN COMPTE.

CANCERS DES VADS

FAUT IL TRAITER LES SUJETS AGES ?

- **SI** TRAITEMENT ADAPTE A L'AGE, PAS DE DIFFERENCE AVEC PATIENTS PLUS JEUNES
- TRAITEMENT GANGLIONNAIRE PROPHYLACTIQUE
 - RECIDIVE LOCALE 6% VERSUS 38 % (Ortholan, 2009)
- CANCERS DU LARYNX
 - REPONSE COMPLETE MOINS FREQUENTE MAIS AU TOTAL PAS PLUS DE RECHUTES (Reizenstein, 2010)

**LE SOUS TRAITEMENT IMPACTE LE PRONOSTIC AUTANT
QUE L'AGE**

CANCERS DES VADS

RECOMMANDATIONS

- SUJETS AGE : MEME PROCEDURE (Bilan – RCP)
- EVALUATION GERIATRIQUE
- NECESSITE DE TRAITEMENTS PLUS AGRESSIFS
- SI LES COMORBIDITES LE PERMETTENT
- AUGMENTER LA SURVIE, MINIMISER LES EFFETS SECONDAIRES >>>PENSER AUX BENEFICES

CANCERS DES VADS

RECOMMANDATIONS (Suite)

- CONTEXTE SOCIAL ET PSYCHOLOGIQUE
- PRENDRE EN COMPTE LA DENUTRITION
- RATDIOTHERAPIE (ET TRAITEMENTS MEDICAUX)
PLUTOT QUE SOINS DE SUPPORT
- INCLUSION DANS ESSAIS THERAPEUTIQUES
- ESSAIS THERAPEUTIQUES SPECIFIQUES

PROGRAMME NATIONAL

- LES ESSAIS THERAPEUTIQUES « ELAN »
- PREMIER PROGRAMME DEDIE AUX PATIENTS AGES



Coordonnateur : J Guigay

Support financier : INCa, Ligue, ARC
(PAIR VADS), Merck (pour UNFIT)

Evaluation gériatrique : ONCOVAL

3 essais thérapeutiques : Efficacité
et bénéfice d'un tt adapté

PROJET ELAN

ELAN-ONCOVAL



ELAN-FIT



ELAN-UNFIT



ELAN-RT





Rationnel de l'étude

Les problématiques:

Prise en charge des patients âgés en ORL:

- Un problème de plus en plus fréquent
- Évaluation oncogériatrique : laquelle ?
- Comment traiter ? Balance bénéfice - risque
- Difficultés +++ en situation palliative de rechute

Objectifs :

Traitement personnalisé après évaluation gériatrique

Plan du projet

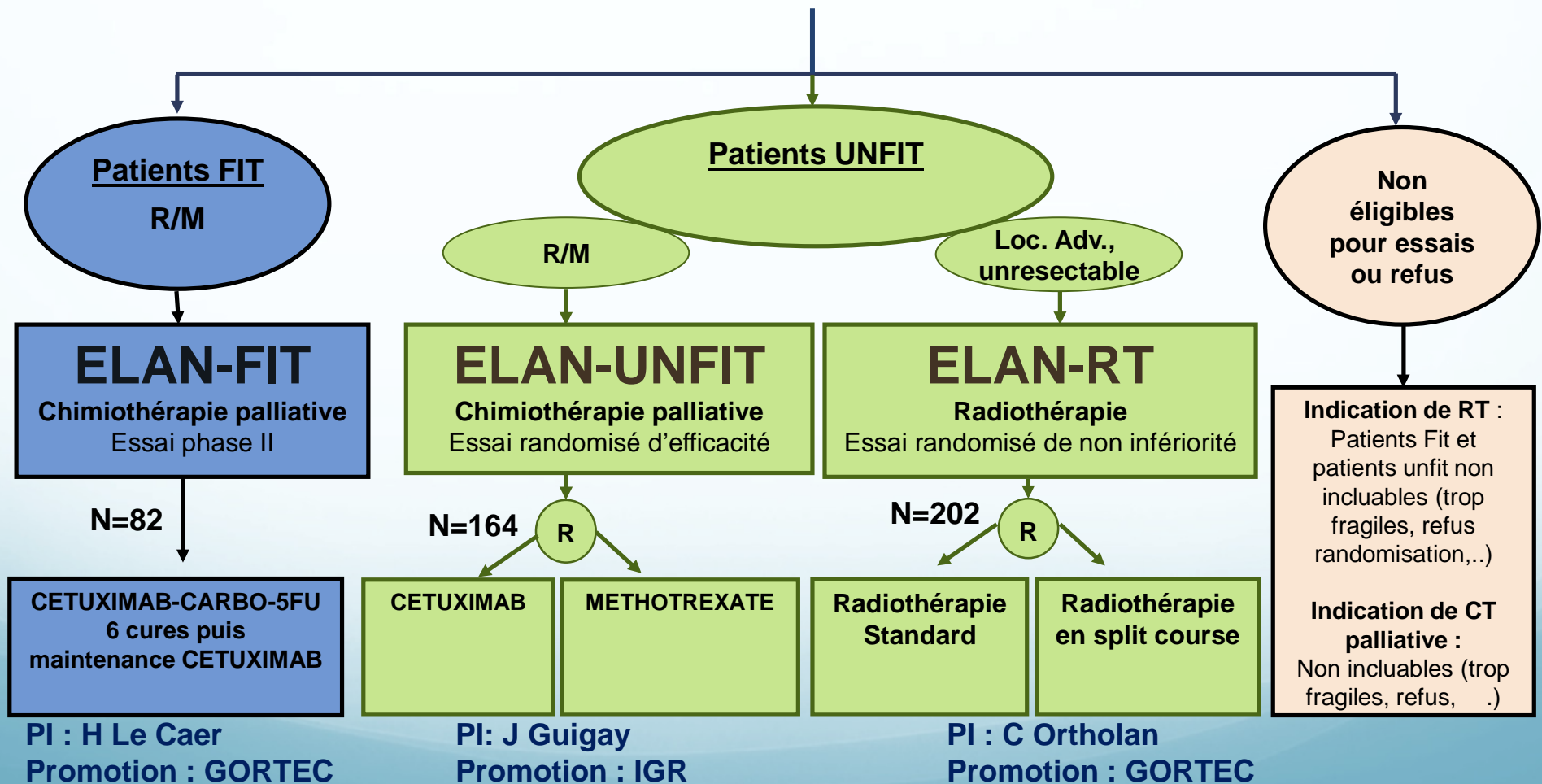
Evaluation Gériatrique par l'oncologue (test GERICO + G8) → classer les pts en Fit ou Unfit
→ proposition thérapeutique (3 essais)



PROJET ELAN

ELAN-ONCOVAL

PI : J Guigay / C Mertens pour le Gerico – Promotion : IGR



CANCERS CUTANES HORS MELANOMES

FACTEURS PRONOSTIQUES

- Localisation
 - Haut risque : lèvre, oreille, plaie chronique, péri-orificielle
- Taille
 - - de 1 cm : bas risque
 - + de 2 cms : haut risque
- Stade T 4:
 - Fixation au plan profond
 - Atteinte neurologique(PF++++)
- Rechute locale d'une T précédente
- Immunosuppression
- Histologie
 - Différentiation
 - Epaisseur:- de 2 -3mm : méta gg rare, si + de 5 mms : méta gg ds 15 à 45 % des cas

CLASSIFICATION PRONOSTIQUE

Groupe de travail d' onco Bretagne:

- Groupe 1 : Faible risque, le traitement peut être décidé hors RCP
- Groupe 2: Il est bien sur très hétérogène : tous les autres
Cec ; Discussion systématique en RCP

CLASSIFICATION PRONOSTIQUE

Critères	Groupe1	Groupe2
Récidive	Non	Oui
Infiltrant	Non	Oui
Env Neuro	Non	Oui
Immun Dépres	Non	Oui
Taille	-20mm	Autres
T Récidive	-10mm	Autres
Diff	Oui	Non
Prof	-3mm	+ 3mm

Zones R+ : péri-orificielles, cicatrices, brulures, plaies chroniques

GENERALITES RTE

- Arme thérapeutique majeur en onco-dermato
- Nombreuses indications validées
- Objectifs
 - curateur (le + souvent en post opératoire)
 - palliatif (décompressive, antalgique, hémostatique)
- Mécanisme d'action des radiations ionisantes
 - Dépôt d'E° sur les tissus → lésion sur l'ADN
 - Mort cellulaire (cellules en cours de mitose +++)

RTE adaptée à la gériatrie +++

- Adaptation des modalités

- Modification des protocoles

- schéma accéléré :

- 10 Gy en 1 fraction
 - 45 Gy en 15 fractions de 3 Gy

- augmentation des doses par séance

Limiter les déplacements, la fatigue et maintenir des résultats carcinologiques satisfaisants

- Gestion rigoureuse des effets secondaires

- Nouvelle technique : RCMI (arc thérapie)

- Suivi des patients

Limites de la RTE en gériatrie

- Immobilité pendant le TTT +++
 - Sd confusionnel, démentiel...
- Tenir en décubitus dorsal strict sur une table rigide
 - Douleurs diverses (arthrose...)
 - Orthopnée...
- Balance bénéfices – risques
 - Pronostic vital de la maladie dermato vs OS

Cas clinique

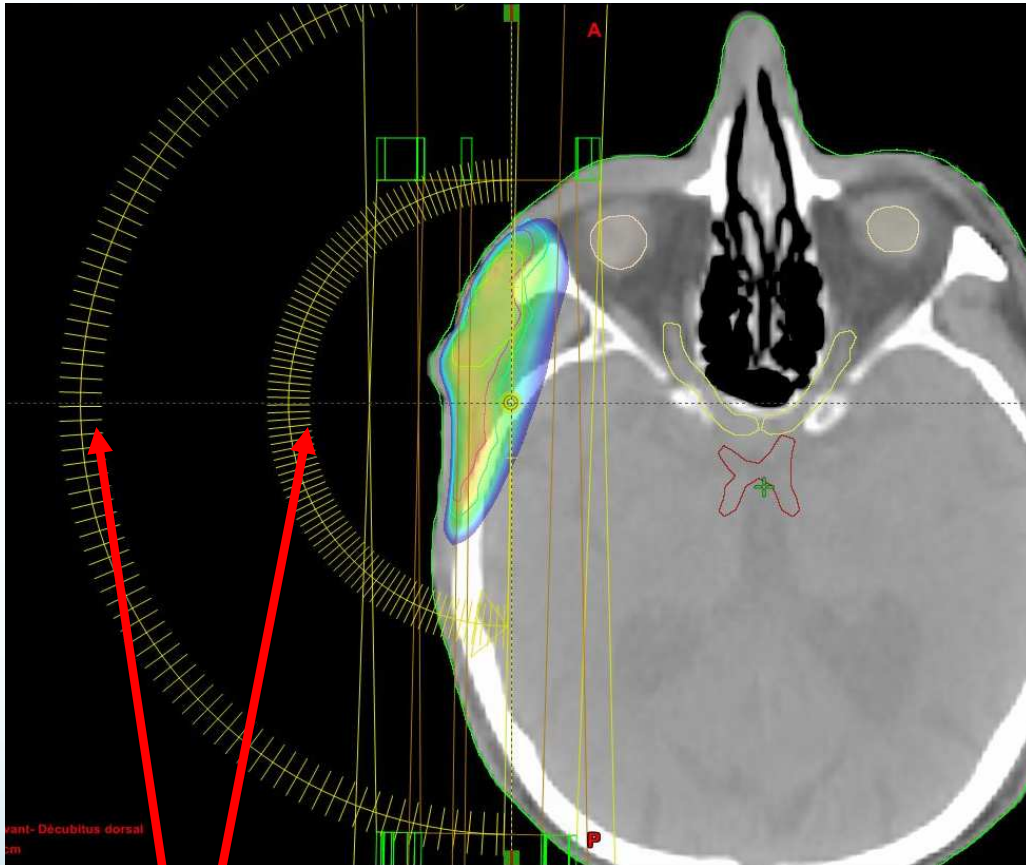
Patient de 90 ans, excellent état général

C. Epidermoïde tempe D inopérable

CAT :

- 45 Gy en 3 semaines (schéma accéléré)
- 60 Gy en 6 semaines (schéma classique)

Objectif : limiter l'impact du TTT sur la QdV



2 arcs faisceaux de TTT

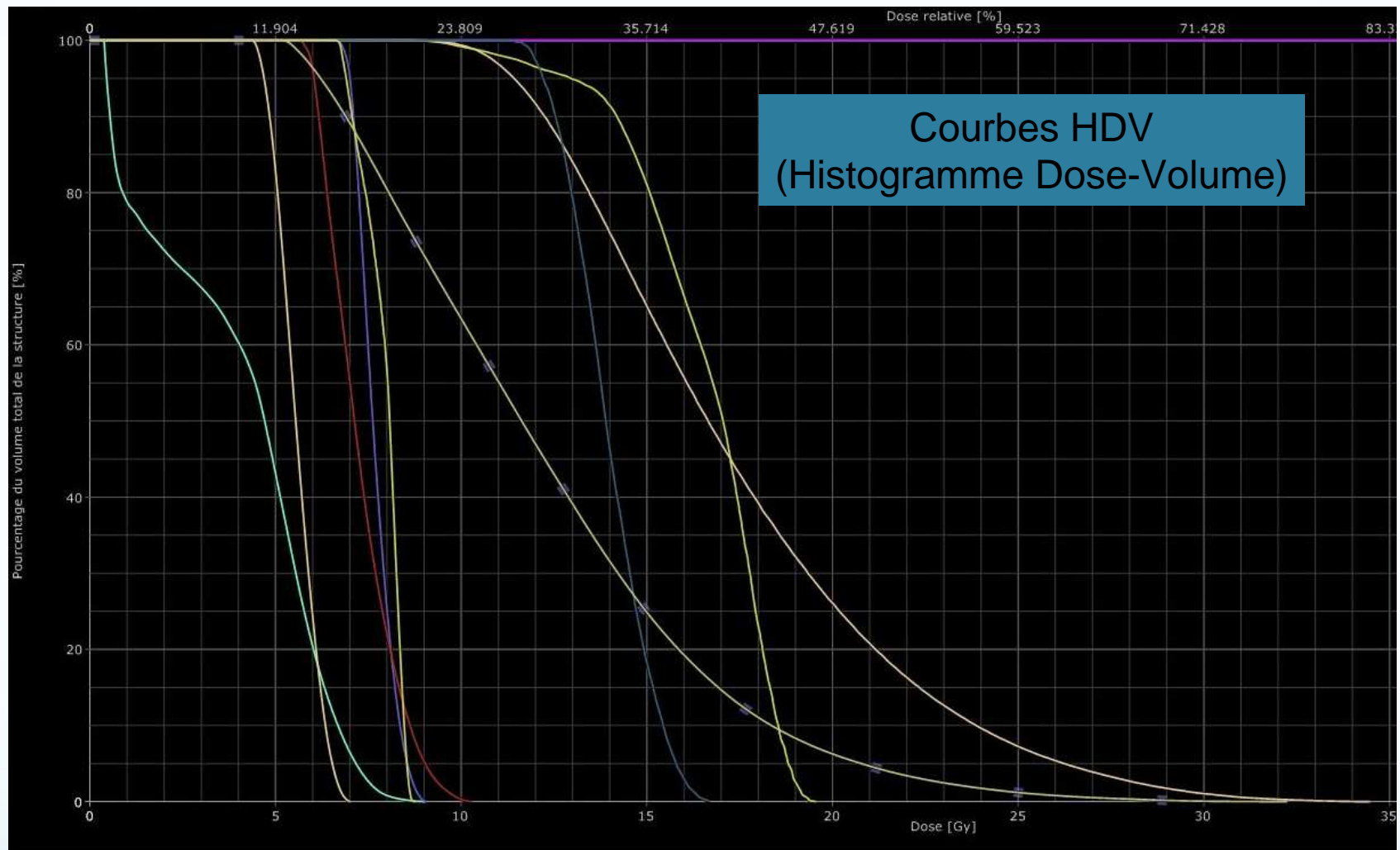
Technique choisie :

- ARC Thérapie pour modulation d'intensité

Objectif : « sculpter » la dose pour couvrir au près le volume cible à irradier.

Ainsi limiter la dose aux organes à risque de voisinage :

- Œil,
- N. Optique
- Chiasma
- Lobes temporaux



Courbes HDV
(Histogramme Dose-Volume)

Champs	Prescription de dose	<input type="checkbox"/> Alignement des champs	<input type="checkbox"/> Objectifs du plan	<input type="checkbox"/> Objectifs d'optimisation	Statistiques de doses	Modèles de calcul	Somme de plans		
Vue	Ligne de HDV	Structure	État d'approbation	Plan	Dossier de traitement	Volume [cm ³]	Recouv. Dose[%]	Recouv. Échantillonna...	Dose min. [Gy]
<input checked="" type="checkbox"/>		Tronc Cerebral	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	29.8	100.0	100.0	100.0
<input checked="" type="checkbox"/>		ATM D	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	1.5	100.0	100.0	100.0
<input type="checkbox"/>		Body	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D				
<input checked="" type="checkbox"/>		GTV T	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	26.2	100.0	99.9	
<input checked="" type="checkbox"/>		Oeil D	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	8.5	100.0	100.2	
<input checked="" type="checkbox"/>		Hypophyse	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	0.6	100.0	101.1	
<input checked="" type="checkbox"/>		Nerf Optique D	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	0.4	100.0	100.5	
<input checked="" type="checkbox"/>		Chiasma	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	1.5	100.0	99.5	
<input checked="" type="checkbox"/>		Oeil G	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	8.2	100.0	99.9	
<input checked="" type="checkbox"/>		Cristallin D	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	0.0	100.0	101.2	
<input checked="" type="checkbox"/>		Nerf Optique G	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	0.5	100.0	100.0	
<input checked="" type="checkbox"/>		PTV T	Approuvée	tempe d RA3	TEMPE D	39.0	100.0	100.0	

CONCLUSION

- RTE = OUTIL THERAPEUTIQUE MAJEUR
- AGE N 'EST PAS UNE CI A LA RTE
- ADAPTATION DES SCHEMAS THERAPEUTIQUES ET DES TECHNIQUES D'IRRADIATION AU PROFIL DU PATIENT
- LE CAS PARTICULIER DES TUMEURS DE MERKEL.

TUMEURS DE MERKEL

- FREQUENCE EN AUGMENTATION (BIAIS ?)
- MERKEL CELL VIRUS
- ZONES DECOUVERTES
- FORTE AGRESSIVITE LOCALE ET GENERALE
- GUERISON : 38 A 64 %
- PAS DE TRAITEMENT SYSTEMIQUE EFFICACE

TUMEURS DE MERKEL

- EXERERESE A 2 cm
- DISCUTER EN RCP UN GANGLION SENTINELLE
- SI TUMEUR > 2 cm >>RT ADJUVANTE T + N A 50 Gy
- SI CHIRURGIE DIFFICILE OU NON INDIQUEE, LA RADIOTHERAPIE DONNE UN CONTRÔLE LOCAL IDENTIQUE A LA CHIRURGIE

TECHNIQUES DE RADIOTHERAPIE

- CURIETHERAPIE EN DIMINUTION
- RADIOTHERAPIE EXTERNE AVEC PHOTONS (RT CLASSIQUE OU RCMI) OU
- DISCUTER LA MISE EN PLACE DE BOLUS
- INTERET DE LA CONSULTATION D'ANNONCE
- POUR LE PATIENT ... ET LES PROCHES
- SOINS DE SUPPORT, PANSEMENTS HYDRATANTS
- SOINS A DOMICILE SI INDIQUES