

## Résumé : PC en radio-oncologie 2021 – tumeurs de la sphère ORL

- Carcinomes épidermoïdes en général
- Incidence et pronostic dans la moyenne des cancers en Suisse (hommes > femmes et Suisse romande/Tessin > Suisse alémanique, cf. facteurs de risque classiques)
- Facteurs de risque classiques = tabac et alcool
- Facteur de risque plus récent et de plus en plus important = HPV (human papilloma virus) dans les cancers de l'oropharynx
- Rappels @ le HPV:
  - Vaccination maintenant standard pour les filles et garçons de 11 à 15 ans, rattrapage recommandé pour les non vacciné(e)s des deux sexes jusqu'à l'âge de 26 ans
  - Virus impliqué dans de nombreux types de tumeur dont le cancer du col, les cancers du canal anal, et des cancers rares comme du vagin, pénis, etc.
- Les cancers ORL liés à l'HPV ont un meilleur pronostic, d'où de grands efforts de recherche actuels dans la désescalade des traitements (moins de chimiothérapie, doses/volumes réduits pour la radiothérapie)
- Le bilan d'extension des tumeurs ORL inclut en général :
  - Une panendoscopie (bilan local + recherche tumeur synchrone poumons/œsophage)
  - CT, IRM, PET-CT (surtout recherche de l'extension ganglionnaire régionale, beaucoup plus fréquente que les métastases à distance dans ces tumeurs)
- Prise en charge = association de chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie selon la localisation et le stade
- Stratégies de prise en charge dépendant en partie de la localisation :
  - Cavité buccale → surtout chirurgie (toxicité ++ RT externe dans la cavité buccale), avec une place pour la curiethérapie quand il y les compétences (France >>> CH)
  - Pharynx, larynx --> RT externe et/ou chirurgie
- Buts de la prise en charge : guérison, mais aussi préservation de la fonction et réduction de la toxicité séquellaire
- La radiothérapie peut être post-opératoire ou « exclusive » (avec ou sans chimiothérapie, mais sans chirurgie)
- Pas de place en général pour de la radiothérapie pré-opératoire
- Les volumes cibles pour la radiothérapie incluent en général des zones ganglionnaires cervicales étendues et bilatérales (rarement unilatérales), en raison du haut risque de dissémination ganglionnaire régionale microscopique dans ces tumeurs
- La radiothérapie peut être donnée avec ou sans chimiothérapie
- NB la chimiothérapie « concomitante » (en même temps) est standard avec la RT dans beaucoup de situations, en raison des multiples études ayant démontré des meilleurs résultats avec cette stratégie par rapport à la RT seule (mais avec également plus de toxicité avec l'association de la chimiothérapie)
- NB importance des soins dentaires avant et après la RT (risque d'ostéoradionécrose), et du soutien nutritionnel (conseils, sondes, etc.)
- Doses classiques en RT : environ 70 Gy au niveau tumoral et 50 Gy au niveau électif (maladie microscopique), à raison d'environ 2 Gy/fraction sur environ 7 semaines de traitement
- Le « fractionnement altéré » a été beaucoup étudié dans les cancers ORL pour accélérer les traitements ou donner plus de dose en un même temps, afin de compenser pour des phénomènes de résistance biologique tumorale (la repopulation cellulaire accélérée)
- Deux exemples de fractionnement altéré :
  - « L'hyperfractionnement », délivrant une plus grande dose totale en un nombre augmenté de fractions (2 ou 3 par jour) avec une dose réduite par fraction, en un même temps total de traitement

- « Le fractionnement accéléré », délivrant une même dose totale en un même nombre de fractions avec une même dose par fraction, en un temps total de traitement moins long (p. ex. le fractionnement DAHANCA = 70 Gy en 35 fractions mais avec une séance supplémentaire les vendredis après-midi pour réduire le temps total de traitement de 7 à 6 semaines)
- Ces deux fractionnements améliorent les
- NB l'**hypofractionnement** (moins de fractions avec une dose par fraction augmentée, données sur un temps total moins long), qui est maintenant standard dans les irradiations mammaires (40-42,5 Gy en 15-16 fractions) et de la prostate (60-70 Gy en 20-28 fractions) n'est pas généralement utilisée en ORL (exception = tumeurs du larynx)
- La SBRT n'a de même pas de vraie place dans la RT ORL
- L'IMRT a été initialement développée largement en réponse aux défis posés par la RT ORL, où on cherche maintenant à protéger de nombreuses structures dont notamment les glandes parotides (pour réduire la sécheresse buccale ou « xérostomie » séquellaire) et la musculature pharyngée (pour réduire le risque de troubles de la déglutition ou « dysphagie » séquellaires)

#### QCM exemples

Les facteurs de risque pour les cancers ORL incluent tous les facteurs suivants sauf :

- L'alcool
- Le HPV
- Le coronavirus
- Le tabac

La chimiothérapie en association avec la radiothérapie dans les cancers ORL :

- N'est jamais utilisée car inefficace
- Est souvent administrée de façon concomitante à la radiothérapie en raison des multiples études ayant démontré de meilleurs résultats avec cette stratégie
- Est souvent administrée après la radiothérapie mais jamais en même temps
- Est un exemple de fractionnement altéré

Est vrai de la radiothérapie dans les tumeurs ORL

- Les tumeurs liées à l'HPV ayant un moins bon pronostic, une escalade de dose cherchant à intensifier le traitement est un domaine de recherche actif dans ces tumeurs
- Comme dans les cancers de la prostate, la SBRT est une option alternative au fractionnement standard dans un grand nombre de cas
- Elle délivre en général des doses curatives de l'ordre de 45 Gy en 10 fractions au niveau tumoral
- Elle cible souvent des régions ganglionnaires étendues au niveau cervical en raison du risque de dissémination microscopique ganglionnaire