

Résumé : PC en radio-oncologie 2022 – tumeurs de la sphère ORL

- Carcinomes épidermoïdes en général
- Stratégie de prise en charge dépendant en partie de la localisation (cavité buccale, pharynx, larynx)
- Incidence et pronostic dans la moyenne des cancers en Suisse
- Facteurs de risque classiques = tabac et alcool
- Facteur de risque plus récent et de plus en plus important = HPV dans les cancers de l'oropharynx
- Rappel : vaccination contre l'HPV maintenant standard pour les filles et les garçons de 11 à 15 ans, avec rattrapage recommandé pour les non vaccinés des deux sexes jusqu'à l'âge de 26 ans
- Les cancers 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)
- Bilan d'extension : panendoscopie, CT, IRM, PET-CT (pas de scintigraphie osseuse)
- Prise en charge : association de chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie selon la localisation et le stade
- 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 classiquement pour de la radiothérapie pré-opératoire
- Les volumes cibles pour la radiothérapie incluent classiquement des zones ganglionnaires cervicales étendues et bilatérales (rarement unilatérales), et la radiothérapie peut être donnée avec ou sans chimiothérapie
- NB la chimiothérapie « concomitante » (en même temps) est standard avec la RT dans beaucoup de situation, en raison des multiples études ayant démontré des meilleurs résultats avec cette stratégie par rapport à la RT seule (avec également plus de toxicité)
- Importance du bilan et soins dentaires avant tout traitement (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) et une dose réduite par fraction et le fractionnement accéléré, délivrant une même dose et nombre de fractions en un temps total de traitement moins long
- L'hypofractionnement (moins de fractions avec une dose par fraction augmentée sur moins de temps), qui est maintenant standard dans les irradiations mammaires (40-42,5 Gy en 15-16 fractions) et 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
- Les techniques d'IMRT/VMAT ont été développées 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)