

NEWSLETTER CLINIQUE



Recommandations

o Recommandations CSCO/ASCO concernant les modalités de la chimiothérapie associée à la radiothérapie dans le traitement des Carcinome du nasopharynx de stade II-IVa

<https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.20.03237>

o " Recommandations pour le contourage, dose et fractionnement de la radiothérapie à visée curative du carcinome urothélial localisé.

[https://www.thegreenjournal.com/article/S0167-8140\(21\)06583-X/fulltext](https://www.thegreenjournal.com/article/S0167-8140(21)06583-X/fulltext)

Liens Utiles

<http://www.sfro.fr/> <https://www.sjro.fr/>
<https://www.sfpf.fr/> <https://www.afcor.fr/>
<http://radiotransnet.fr/>

Dans ce numéro

Parus ce mois

- | « Pas de bénéfice à l'escalade de dose des radiothérapies concomitantes pour les cancers de l'œsophage non opérés »
- | « Possibilité d'un second traitement conservateur pour les cancers du sein en rechute locale »
- | « Non infériorité du boost limité au lit tumoral pour les médulloblastomes de risque standard »
- | « Radiothérapie stéréotaxique antalgique sur les métastases osseuses rachidiennes »

Parus précédemment

- | « Quelle séquence de radio-chimiothérapie adjuvante pour les cancers du col ? »
- | « Quel volume irradier pour les cancers de prostate à haut risque ? »
- | « Un boost sur la lésion prostatique permet d'allonger la durée de la réponse biochimique sans autres effets notables. »
- | « 24Gy font mieux que 4Gy dans l'irradiation des lymphomes de bas grade. »
- | « Non infériorité de l'hypo fractionnement dans les cancers de vessie »
- | « L'ipilimumab associé à la radiothérapie osseuse palliative améliore la survie globale des cancers de prostate métastatiques post-docetaxel. »



SFJRO



@SFJROFR



SECRETARIAT@SFRO.FR
CONTACT@SFJRO.FR

Parus ce mois

« Pas de bénéfice à l'escalade de dose des radiothérapies concomitantes pour les cancers de l'œsophage non opérés »

Randomized Study on Dose Escalation in Definitive Chemoradiation for Patients With Locally Advanced Esophageal Cancer (ARTDECO Study)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34101496/>

Essai de phase III qui a étudié 260 patients avec cancer de l'œsophage non opéré, randomisés en deux groupes: Radiothérapie à 50,4 Gy versus 61 Gy, avec carboplatine et taxol concomitants

RESULTATS PRINCIPAUX :

Pas d'amélioration de survie sans progression à 3 ans avec l'escalade de dose à 61 Gy, que ce soit des carcinomes épidermoïdes ou adénocarcinomes.

Ces données viennent s'ajouter aux précédents résultats allant dans le même sens.

« Possibilité d'un second traitement conservateur pour les cancers du sein en rechute locale »

Salvage Mastectomy Versus Second Conservative Treatment for Second Ipsilateral Breast Tumor Event: A Propensity Score-Matched Cohort Analysis of the GEC-ESTRO Breast Cancer Working Group Database

[https://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(20\)34722-2/fulltext](https://www.redjournal.org/article/S0360-3016(20)34722-2/fulltext)

Analyse de cohortes appariées concernant la prise en charge des rechutes locales ipsilatérales de cancers du sein traités initialement par traitement conservateur. Comparaison des résultats obtenus par mastectomie versus traitement conservateur: tumorectomie + curiethérapie locale.

RESULTATS PRINCIPAUX :

Absence de différence significative, respectivement :

- Suivi médian de 75,4 et 73,8 mois.
- Survie à 5 ans: 88% Vs 87%
- Incidence des nouvelles récurrences locales: 2,3% Vs 2,8%

Un deuxième traitement conservateur peut être envisagé, notamment chez les patientes refusant le traitement radical. Les modalités optimales d'une seconde irradiation restent à définir, mais la

curiethérapie interstitielle est actuellement la technique pour laquelle on dispose du plus de données.

LIMITES :

Un essai de phase III serait difficile à mettre en œuvre pour des raisons éthiques et méthodologiques liées à l'intervention

« Non infériorité du boost limité au lit tumoral pour les médulloblastomes de risque standard »

Children's Oncology Group Phase III Trial of Reduced-Dose and Reduced-Volume Radiotherapy With Chemotherapy for Newly Diagnosed Average-Risk Medulloblastoma

<https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.20.02730>

Double randomisation de 549 patients atteints de médulloblastome de risque standard, âgés de 3 à 21 ans, entre :

- Randomisation pour le volume du boost: limité au lit opératoire versus fosse postérieure.
- Randomisation pour la dose de l'irradiation cérébro-spinale initiale, uniquement chez les enfants de 3 à 7 ans: 18 Gy versus 23,4 Gy.

RESULTATS PRINCIPAUX :

- Non infériorité du boost sur le lit opératoire par rapport au boost sur la fosse postérieure avec absence de différence en termes de survie sans évolution (81% à 5 ans) et de survie globale (85% à 5 ans).
- Chez les enfants de 3 à 7 ans : Infériorité de la dose réduite de l'irradiation cérébro-spinale par rapport à la dose standard en EFS (71% vs 83% à 5 ans) et en OS (78% vs 86% à 5 ans).
- Hétérogénéité des résultats en fonction des sous-groupes moléculaires.

« Radiothérapie stéréotaxique antalgique sur les métastases osseuses rachidiennes »

Stereotactic body radiotherapy versus conventional external beam radiotherapy in patients with painful spinal metastases: an open-label, multicentre, randomised, controlled, phase 2/3 trial

[https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(21\)00196-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(21)00196-0/fulltext)

Randomisation de 229 patients, présentant des métastases osseuses rachidiennes douloureuses confirmées par IRM.

Radiothérapie stéréotaxique à la dose de 24 Gy en 2 fractions versus radiothérapie conformationnelle standard de 20 Gy en 5 fractions.

Le critère de jugement principal est la réponse antalgique complète à 3 mois.

RESULTAT PRINCIPAL :

Meilleur contrôle antalgique complet à 3 mois dans le groupe SBRT: 35% Vs 14%, RR 1,33, p:0,0002)

Parus précédemment

« Quelle séquence de radio-chimiothérapie adjuvante pour les cancers du col ? »

Effectiveness of Sequential Chemoradiation vs Concurrent Chemoradiation or Radiation Alone in Adjuvant Treatment After Hysterectomy for Cervical Cancer: The STARS Phase 3 Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. Huang H

<https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/article-abstract/2774871>

Dans les cancers du col de l'utérus, amélioration de la survie sans maladie avec une radio-chimiothérapie séquentielle après une hystérectomie radicale Vs radiothérapie seule ou radio-chimiothérapie concomitante

Résultats principaux

Radio-chimiothérapie séquentielle versus Radio-chimiothérapie concomitante et radiothérapie seule:

- Meilleure survie sans maladie à 3 ans
- Diminution du taux de métastases à distance
- Diminution du risque de décès par cancer

Radio-chimiothérapie concomitante versus Radiothérapie seule

- Pas de différence en survie sans maladie
- Pas de différence en survie globale

LIMITES: Pas de stratification du traitement chirurgical à la randomisation.

« Quel volume irradier pour les cancers de prostate à haut risque ? »

Prostate-Only Versus Whole-Pelvic Radiation Therapy in High-Risk and Very High-Risk Prostate Cancer (POP-RT): Outcomes From Phase III Randomized Controlled Trial, Journal Of Clinical Oncology, Murthy V

<https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.20.03282>

224 patients avec cancer prostatique sans envahissement ganglionnaire, de haut risque avec risque ganglionnaire $\geq 20\%$ selon la formule de Roach

Randomisation en 2 groupes

- RT de prostate seule: 68Gy/25
- Whole-Pelvic Radiation Therapy (WPRT): Prostate (68Gy) + 50Gy sur les ganglions pelviens.

RESULTATS PRINCIPAUX :

WPRT améliore la survie sans progression biochimique (81% vs 95% à 5 ans), sans rechute clinique (77% vs 96% à 5ans) et sans métastases (77% vs 90%).

Cependant, il n'y a pas de modification significative de la survie à 5 ans et il existe une majoration des toxicités digestives tardives.

LIMITES :

Risque ganglionnaire plus élevé dans la population étudiée que dans d'autres cohortes (RTOG9413, GETUG) ce qui peut expliquer le bénéfice de l'irradiation ganglionnaire.

« Un boost sur la lésion prostatique permet d'allonger la durée de la réponse biochimique sans autres effets notables. »

Focal Boost to the Intraprostatic Tumor in External Beam Radiotherapy for Patients With Localized Prostate Cancer: Results From the FLAME Randomized Phase III Trial | Journal of Clinical Oncology.
Kerkmeijer L

<https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.20.02873>

571 patients avec cancer de prostate de risque intermédiaire ou élevé, randomisés en 2 groupes:

- 77 Gy/ 35 fractions sur la prostate
- 77 Gy/ 35 fractions sur la prostate + boost intégré

Le critère de jugement principal est la survie sans rechute biochimique à 5 ans.

Les critères de jugement secondaires sont la survie globale, survie sans progression, survie sans métastases, toxicité du traitement et qualité de vie.

RESULTATS PRINCIPAUX :

Amélioration de la survie sans progression biochimique dans le groupe Boost (85% vs 92% à 5 ans, hazard ratio 0,45)

Absence de différence significative de survie globale, survie sans progression, survie sans métastases.
Pas de différence significative en termes de tolérance digestive et génito-urinaire, notamment concernant les effets tardifs.

« 24Gy font mieux que 4Gy dans l'irradiation des lymphomes de bas grade. »

4 Gy versus 24 Gy radiotherapy for follicular and marginal zone lymphoma (FoRT): long-term follow-up of a multicentre, randomised, phase 3, non-inferiority trial, the Lancet Oncology, Hoskin P.

[https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30686-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30686-0/fulltext)

299 patients avec lymphome de bas grade; folliculaire ou de la zone marginale. Essai de non infériorité avec randomisation en 2 groupes:

- 24 Gy / 12 fractions
- 4 Gy / 2 fractions

Le critère de jugement principal a été la survie sans rechute en zone irradiée.

RESULTATS PRINCIPAUX :

Meilleur contrôle local avec 24 Gy: PFS de 94% Vs 80% à 2 ans et de 90% vs 70% à 5 ans.

« Non infériorité de l'hypo fractionnement dans les cancers de vessie »

Hypofractionated radiotherapy in locally advanced bladder cancer: an individual patient data meta-analysis of the BC2001 and BCON trials, The Lancet oncology, Choudhury A.

[https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30607-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30607-0/fulltext)

Meta-analyse comparant 55 Gy / 20 fx vs 64 Gy / 32 fx chez 782 patients, avec un cancer de vessie localement avancé (T1 de grade3, T2-T4 N0M0), recrutés pour les essais BC2001 (RT+/- chimio) et BCON (RT +/- Carbogen et Niacinamide).

RESULTATS PRINCIPAUX :

Non infériorité de 55 Gy/20 fx en rechutes locales, survie globale et toxicité. Les données suggérant même une supériorité en rechutes locales.

LIMITES :

Aucune des deux études princeps n'avait pour objectif de comparer les schémas de radiothérapie, ceux-ci ont varié en fonction des habitudes locales.

Le niveau de preuve de la méta-analyse en est impacté, mais en l'absence de données plus robustes 55 Gy en 20 fractions peut être considéré comme standard.

« L'ipilimumab associé à la radiothérapie osseuse palliative améliore la survie globale des cancers de prostate métastatiques post-docetaxel. »

Final Analysis of the Ipilimumab Versus Placebo Following Radiotherapy Phase III Trial in Postdocetaxel Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer Identifies an Excess of Long-term Survivors, European Urology, Fizazi K.

799 patients ayant un cancer de prostate métastatique osseux, après traitement par docetaxel, ont été randomisés pour recevoir de la radiothérapie (dose unique de 8 Gy) suivie par de l'ipilimumab (n = 399) ou un placebo (n = 400)

Résultats principaux :

L'ajout de l'ipilimumab à la radiothérapie de métastase osseuse augmente la survie globale des patients ayant un cancer de prostate métastatique résistant à la castration et ayant reçu du docetaxel au préalable.

Les taux de survie globale à 2, 4 et 5 ans sont 2 à 3 fois supérieurs dans bras ipilimumab.

*Bonne lecture et à bientôt pour une nouvelle newsletter
Equipes SFRO - SFjRO*