



ORL EN ONCOGÉRIATRIE : UN POINT SUR LA RADIOTHÉRAPIE

Dr Noémie VULQUIN

Radiothérapeute

Centre Georges François LECLERC, Dijon

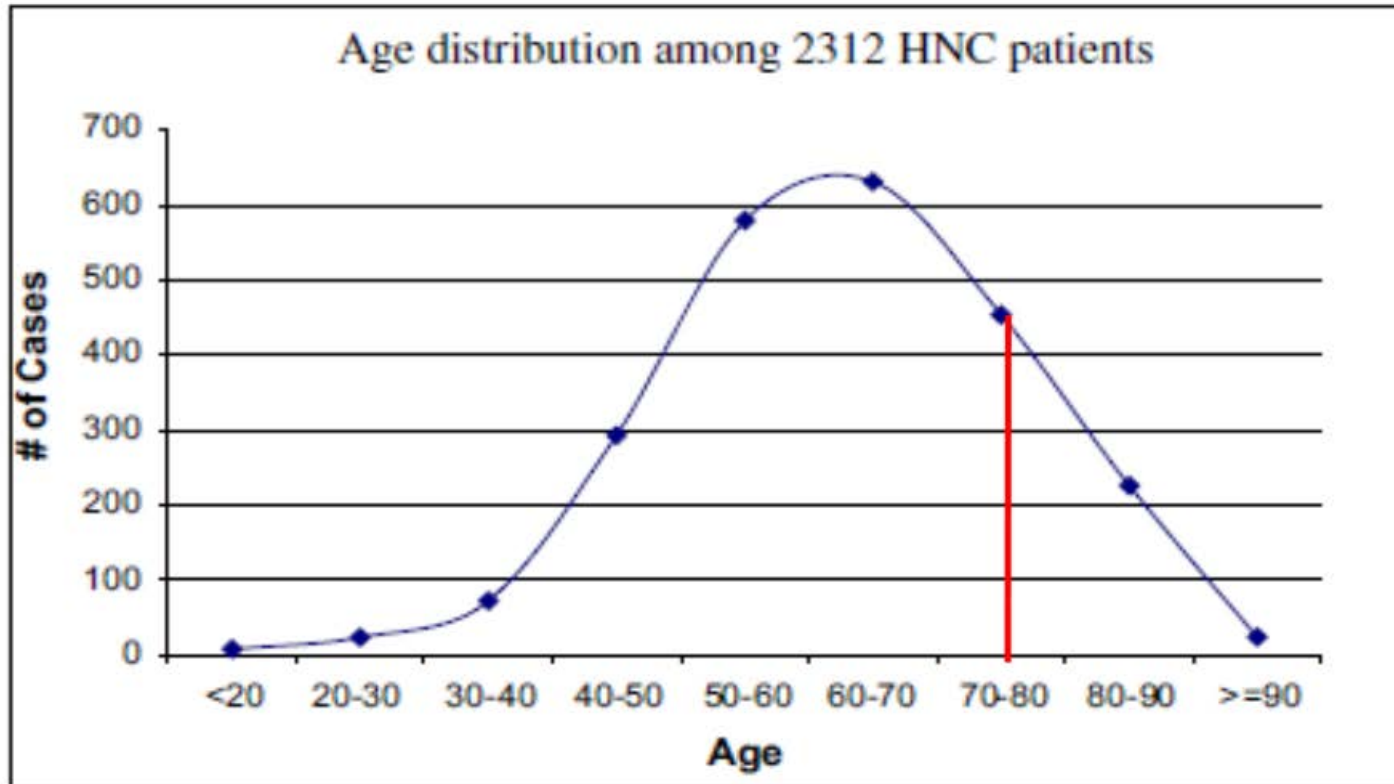


Plan

1. Epidémiologie
2. Pronostic
3. Quelle radiothérapie ?
4. Quelles associations ?
5. Conclusions

Epidémiologie

Répartition des patients âgés

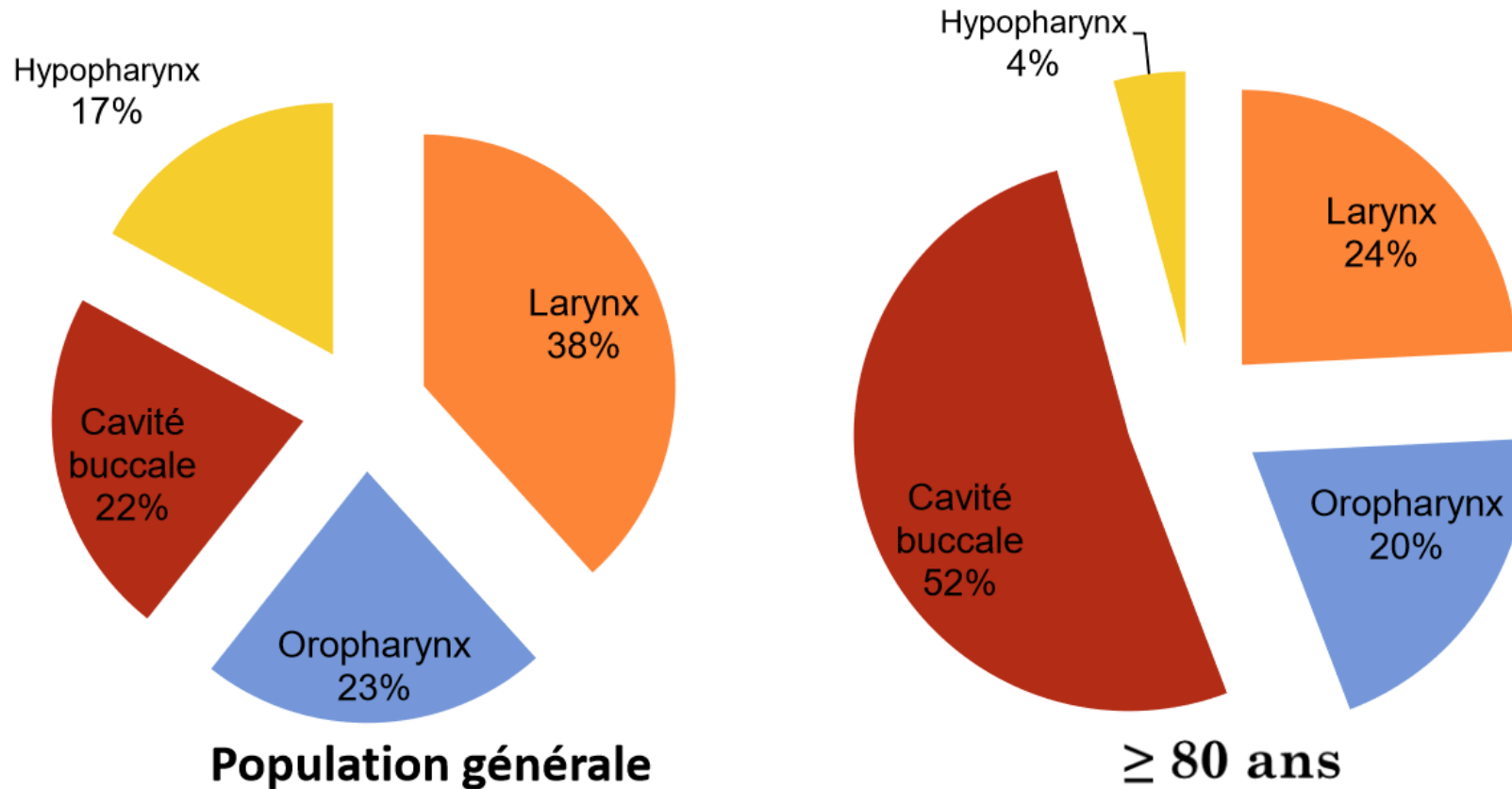


- Cancers ORL :
- 30% des pts âgés >70 ans
- 10% des pts âgés >80 ans

Fig. 1. Age distribution for 2,321 head-and-neck cancer patients.

Huant 2011

Répartition des patients âgés



Série du CAL pts >80 ans

- 1987-2006
- 316 pts

Ortholan 2009

Localisations spécifiques

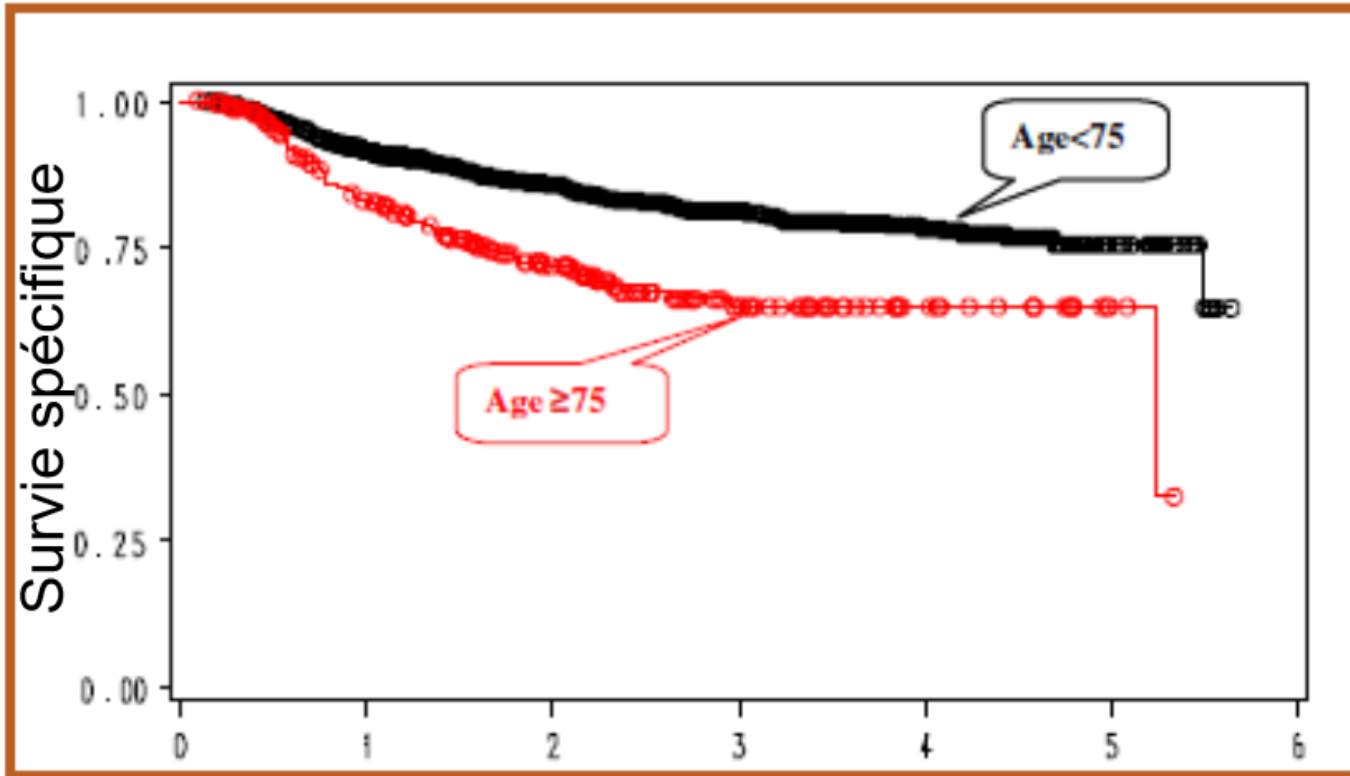
Population très âgée avec un cancer ORL : un sous groupe à part

- Sex ratio
 - <70 ans = 20% de femmes
 - ≥75 ans = 36% de femmes
 - ≥ 80 ans = 50% de femmes
- Facteurs de risque
 - Homme : alcool = 60%
 - Femme : alcool = 16% ; trauma local/lichen = 55%
- Stade I/II : 1/3 – stade III/IV : 2/3
- Peu d'essais cliniques
- HPV probablement impliqué Ortholan 2009

Cancer typique des pts très âgés : cavité buccale, femme, pas d'OH-tabac

Pronostic

Facteur pronostic : l'âge

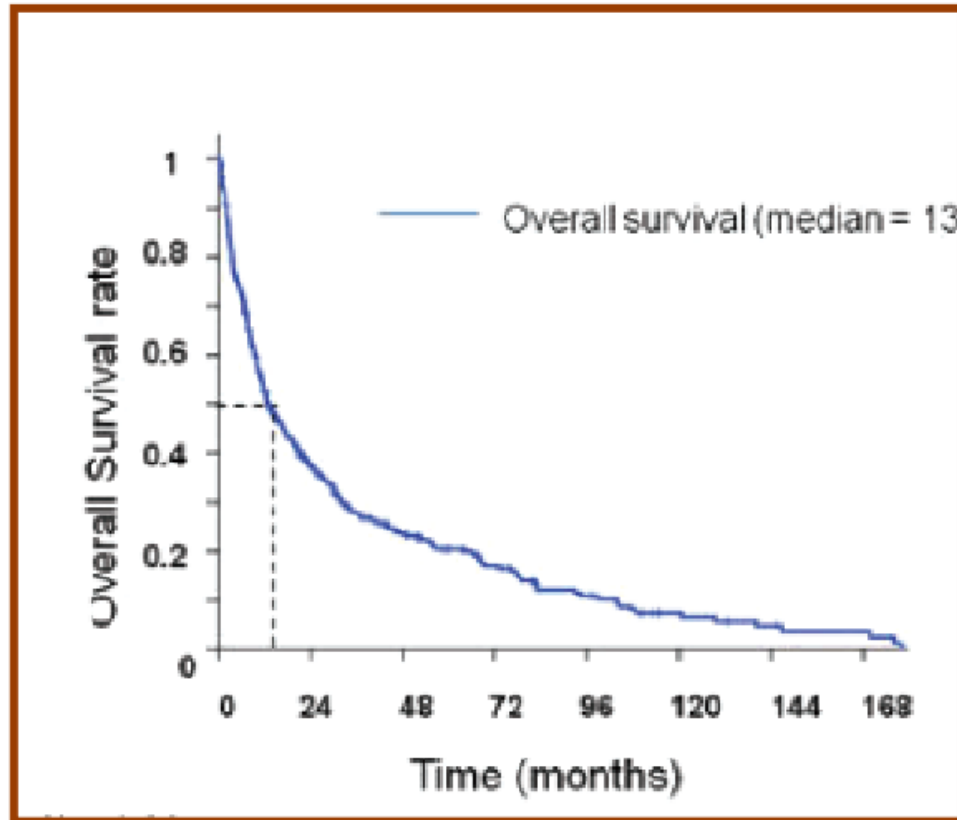


- Série monocentrique canadienne
- 1860 pts < 75 ans
- 452 pts ≥ 75 ans

Huang 2011

Pour chaque année de vie au-delà de 75 ans,
-> augmentation du risque de décès par cancer de 3%

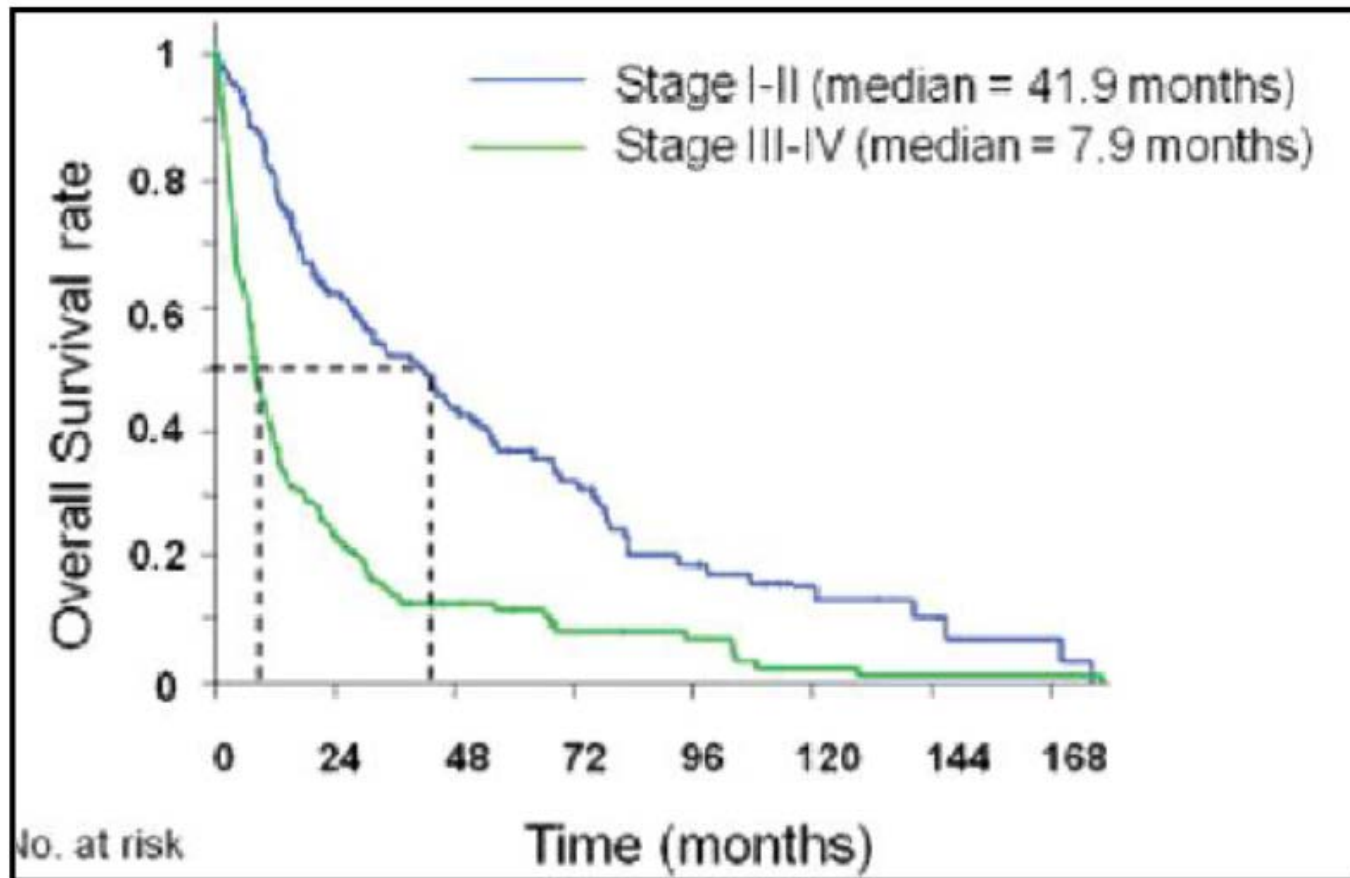
Série du CAL ≥ 80 ans



- Survie médiane = 13 mois

Espérance de vie courte

Facteur pronostic : le stade

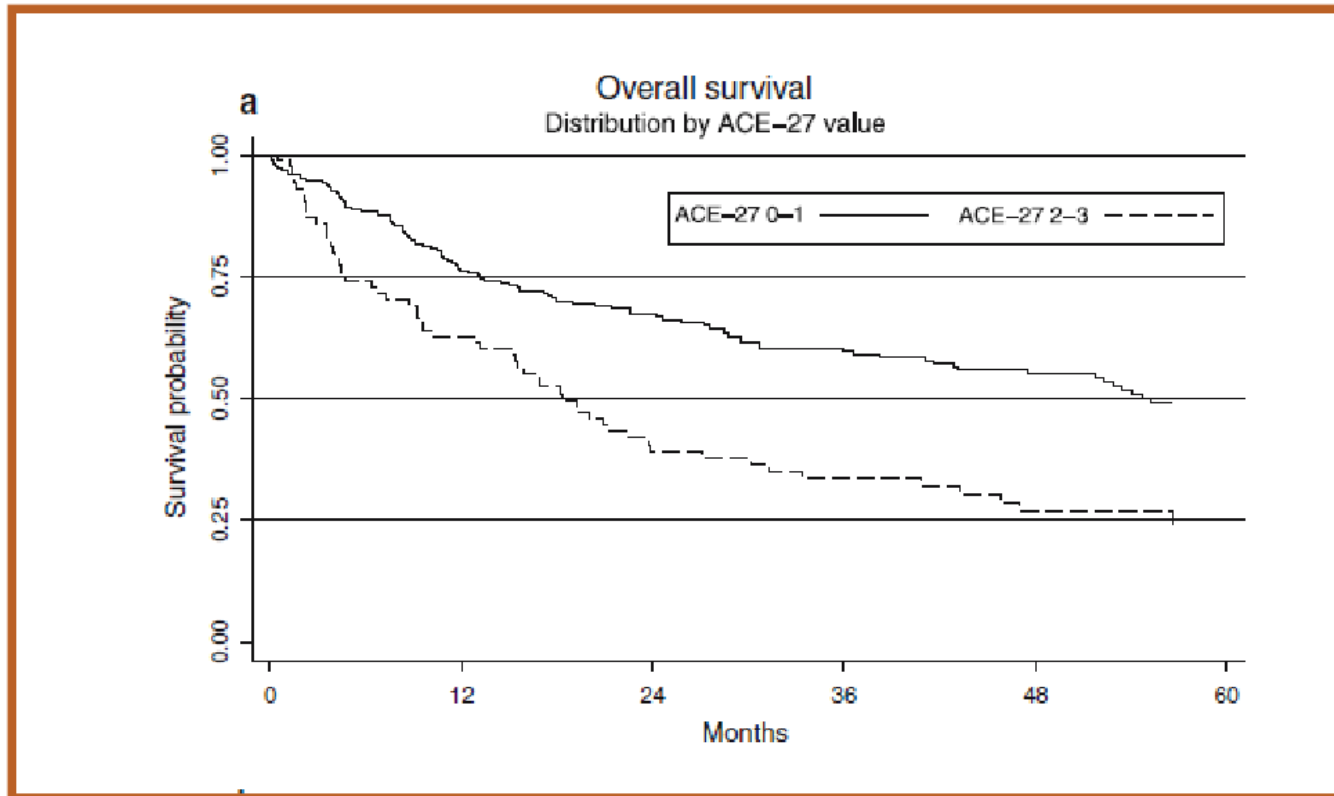


Pronostic des patients ≥ 80 ans traités en curatif

- Stades I-II : SM 41,9 m
- Stade III-IV : SM 7,9 m

Ortholan 2008

Facteur pronostic : les comorbidités



310 patients ≥ 70 ans

Score ACE-27 (Adult Comoridity Evaluation)

Sanabria 2007

Rôle essentiel des oncogériatres dans l'évaluation des comorbidité

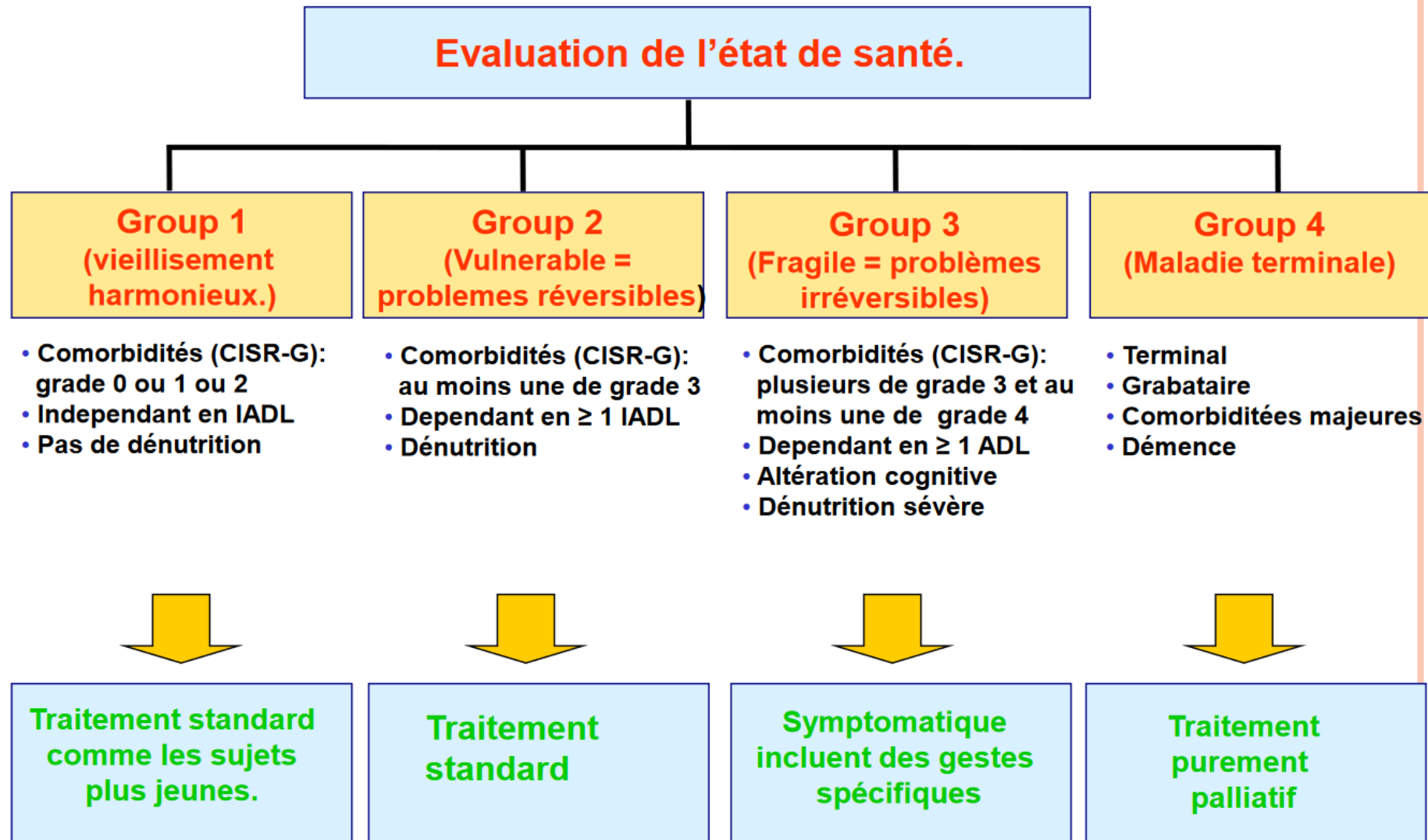
Facteur pronostic : conclusions

- Sous groupe de bon pronostic
 - Stade I-II
 - Peu de comorbidités
 - > Ne pas sous traiter, traitement à visée curative
- Sous groupe de mauvais pronostic
 - Stade III-IV
 - Comorbidités
 - Très âgés
 - > Traitement à adapter

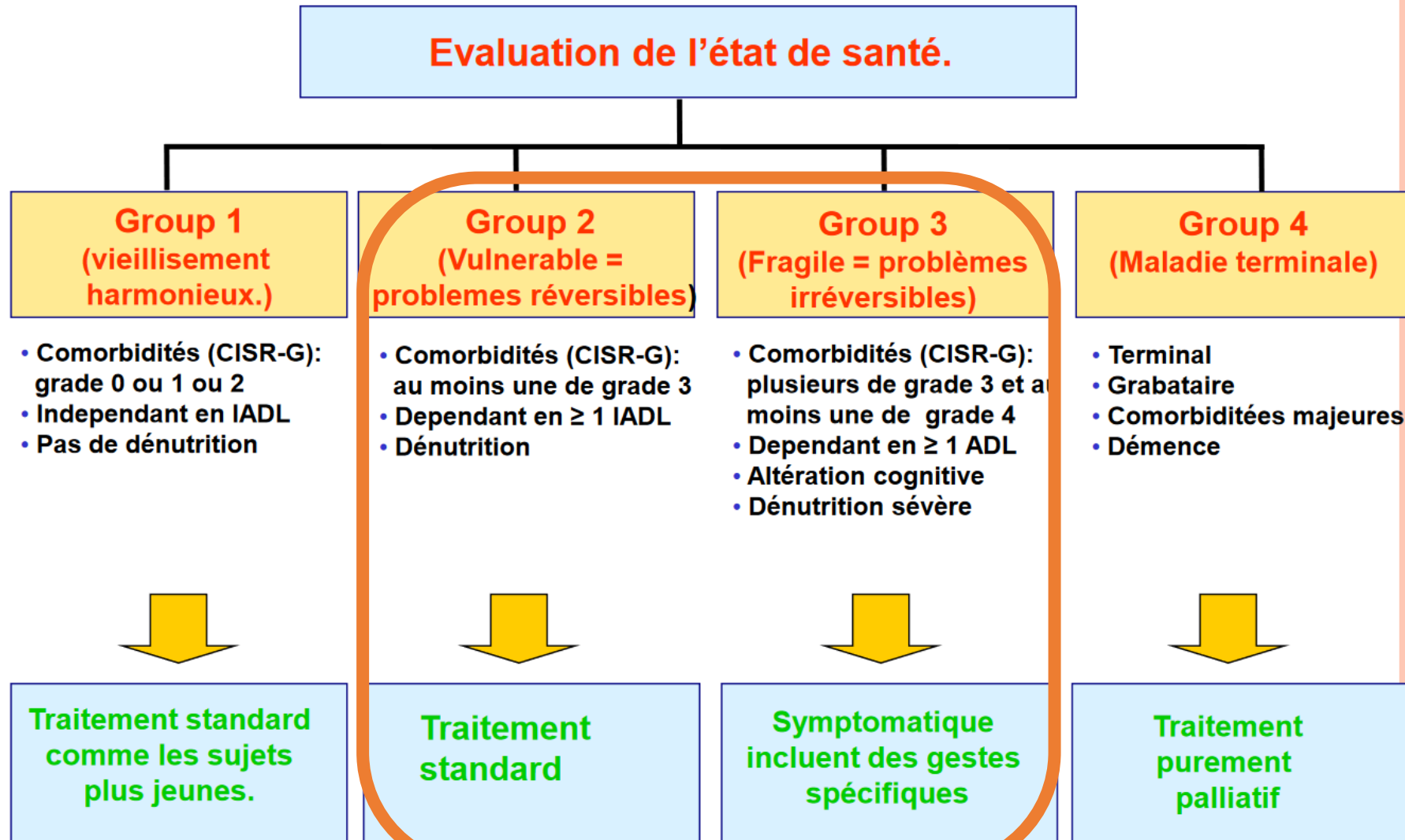
Quelle radiothérapie ?

Attention si opérable -> chirurgie

Selon de groupe gériatrique



Groupe UNFIT



Traitement des patients âgés UNFIT

- **Tumeur très symptomatique**
- **Traitement très toxique**

- Objectifs =

- Assurer le contrôle local
- Limiter la toxicité aigue
- La toxicité tardive et la survie globale ne sont pas un enjeu chez les stades III-IV

-> **radiothérapie adaptée**

Traitement des patients âgés UNFIT

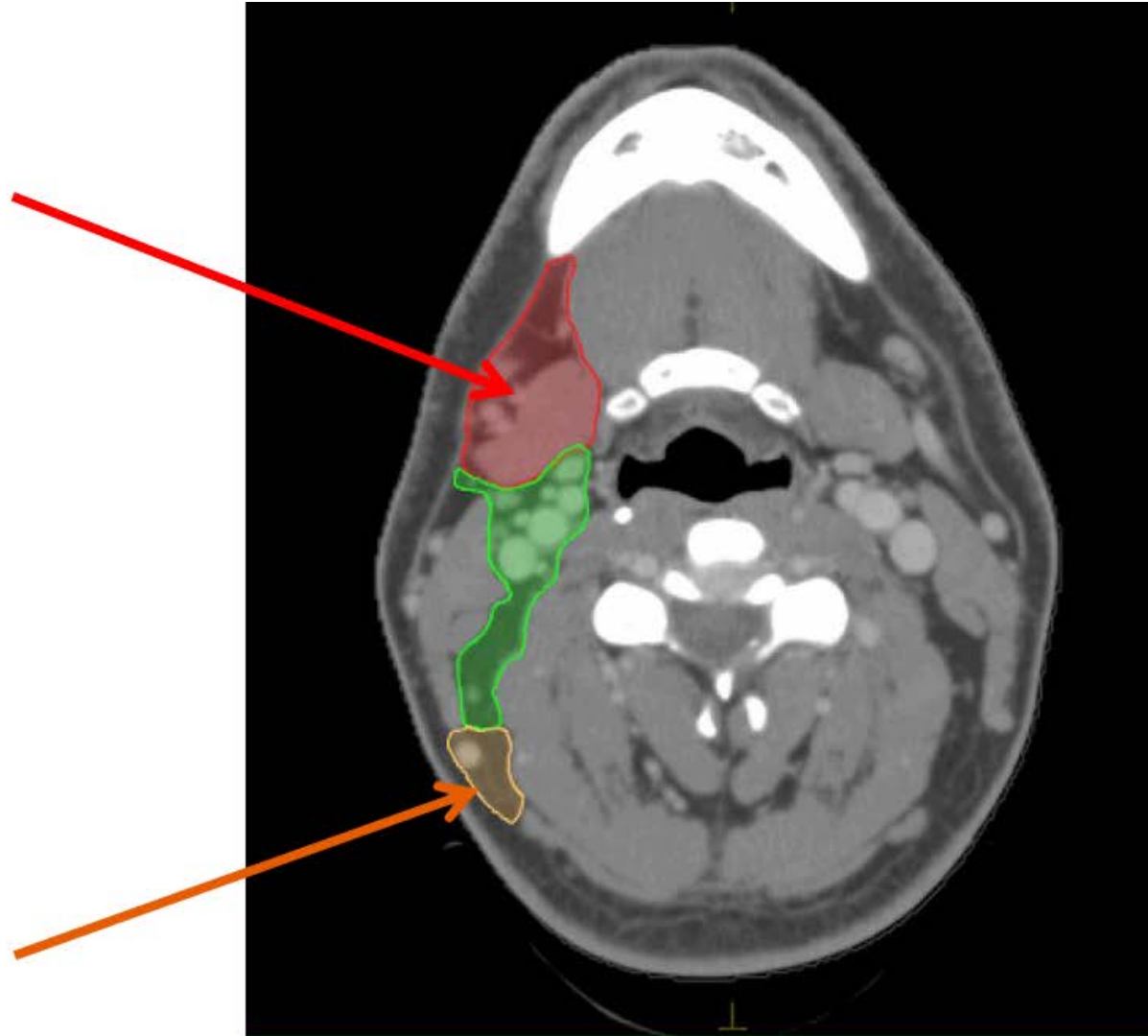
- **Quelle radiothérapie adaptée ?**
 - Quels volumes d'irradiation ?
 - Quelle dose ?
 - Quelle fractionnement ?

Quels volumes d'irradiation ?

- **Limiter le volume de muqueuse saine irradiée**
 - Peu d'irradiation muqueuse à visée prophylactique
- **Quid de l'irradiation ganglionnaire prophylactique ?**
 - Série CAL-IGR, cavité buccale, ≥ 80 ans
 - 111 patients de stade I-II
 - 1/3 avec traitement prophylactique des aires ganglionnaires -> récidence 6 %
 - 2/3 sans traitement prophylactique des aires ganglionnaires -> récidence 38 %

Quels volumes d'irradiation ?

Secteur IB :
irradiation
muqueuse +++



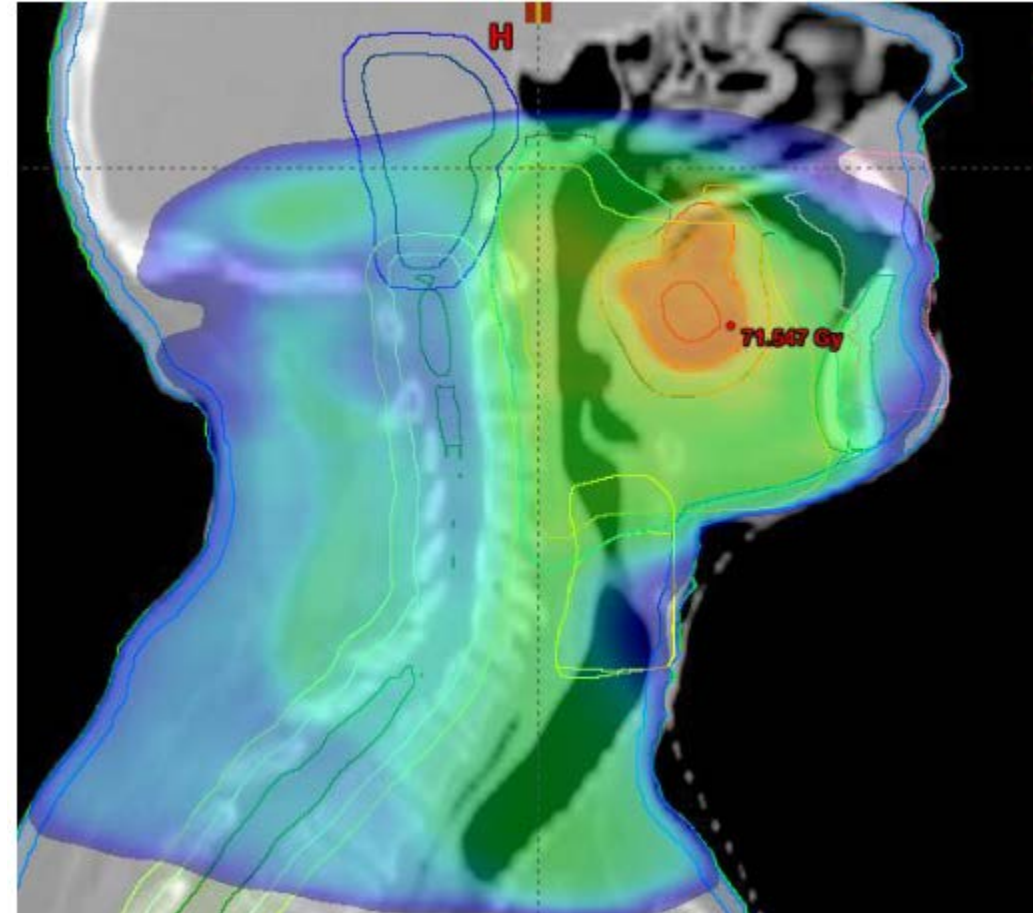
Secteur V
irradiation
muqueuse = 0

Compromis

- volume ganglionnaire
- toxicité muqueuse

Quels volumes d'irradiation ?

- Réduction de dose aux OAR = moins de toxicité tardive
- Moins de toxicités aiguës ?
 - Contrainte de dose à la muqueuse saine
 - Contrainte de dose sur le cervelet (fatigue ++)



Quel fractionnement ?

- Sondage GORTEC – 14 centres
 - Traitement patients âgés en fractionnement standard : 2/3
 - Traitement patients âgés en fractionnement non conventionnels : 1/3
- Type de fractionnement
 - Bi fractionné : 2 séances /j J1, J2 et J3 à S1, S3, S5 et S7
 - 4 séances par semaines
 - Hypofractionné palliatif pur : 30/10 ou 20/5
 - Hypofractionné curatif avec pause (SPLIT course : cicatrisation des muqueuse)
 - 30/10 puis 30/15 (ou 10)
 - 55/20 avec pause 2 semaines

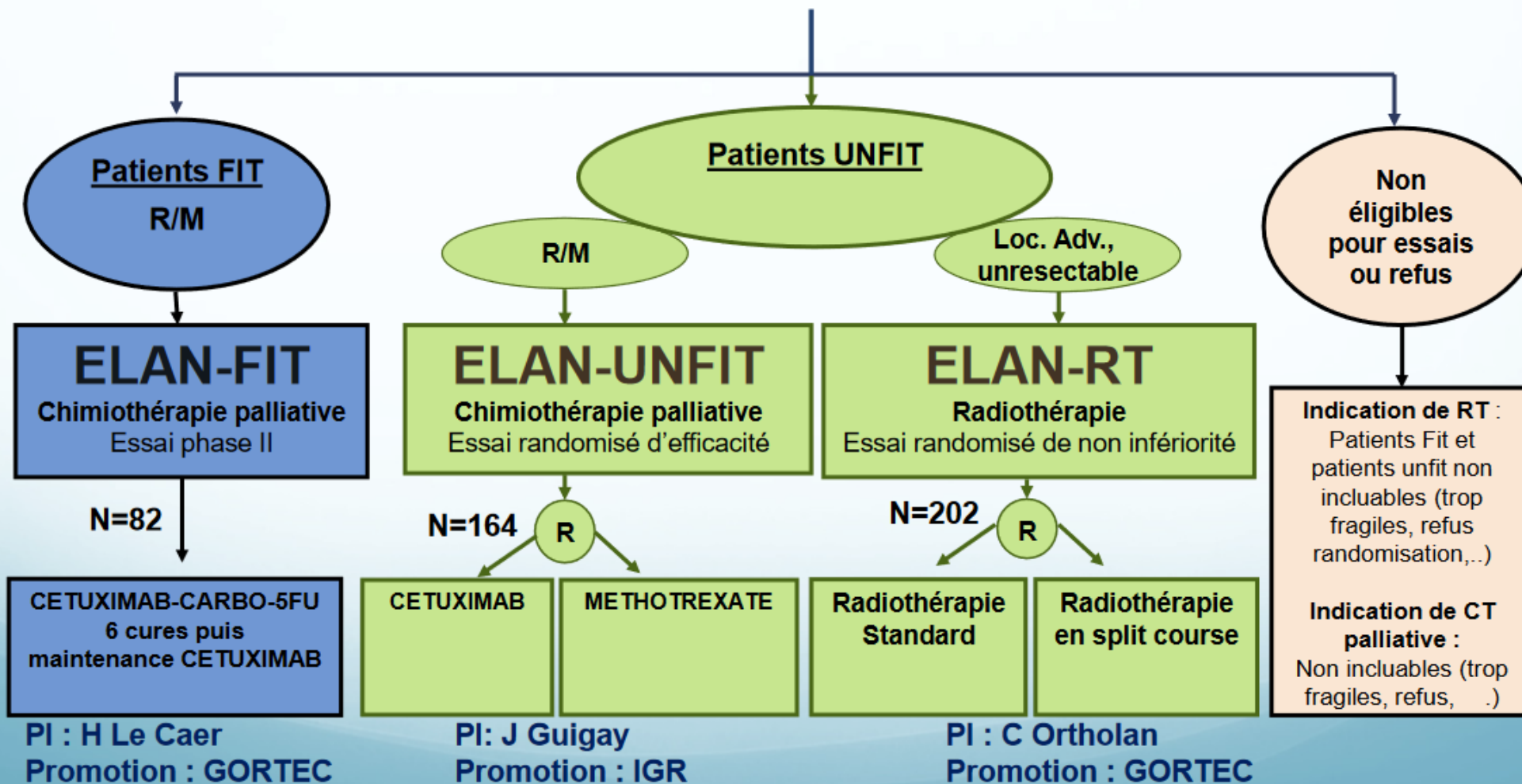
Traitement standard versus hypofractionné -> essai ELAN



PROJET ELAN

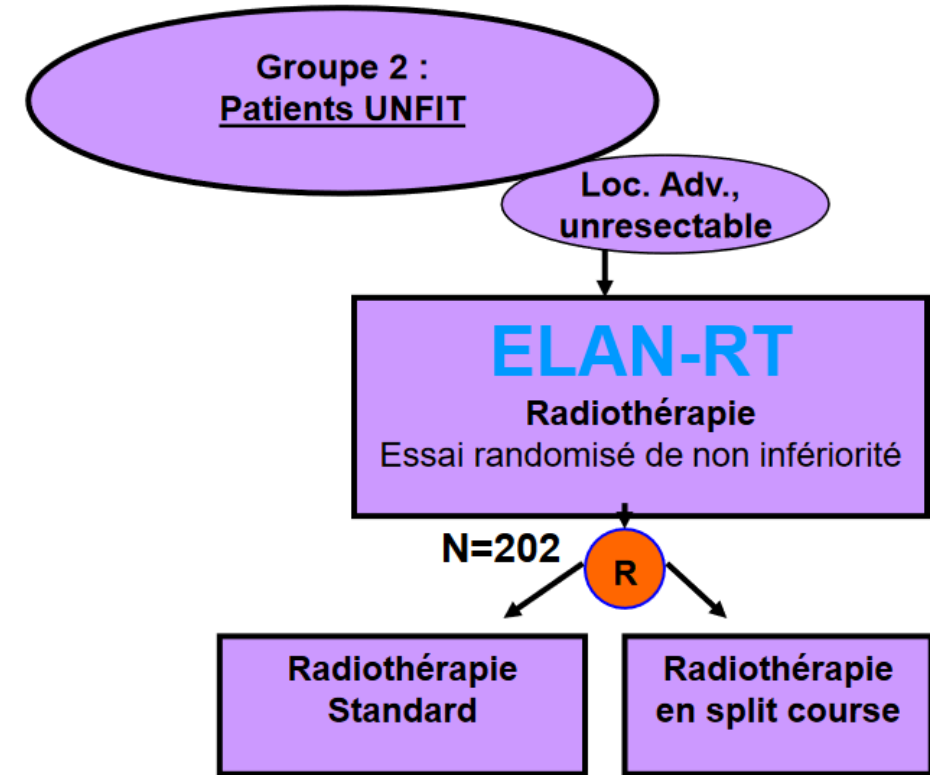
ELAN-ONCOVAL

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



Essai ELAN RT

- Phase III randomisée de non infériorité
- RT standard :
 - 70 Gy tumeur 54 Gy prophylactique / 35 fractions
 - 7 semaines
- RTE split course hypofractionnée
 - 55 Gy tumeur 44 Gy prophylactique / 20 fractions
 - 6 semaines



Week 1					Week 2					Week 3					Week 4					Week 5					Week 6					Week 7				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	GAP										11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Stop				

Essai ELAN RT

- Fin des inclusions : aout 2018 – 201 patients inclus
- CJP : taux de patients vivant en contrôle LR à 6 mois
- Médiane d'âge : 81 ans
- Majoritairement > 2 fragilités et PS1
- ½ oropharynx – majoritairement des stade III et IV

Week 1					Week 2					Week 3					Week 4					Week 5					Week 6					Week 7				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	GAP										11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Stop				

Essai ELAN RT

Résultats en cours de publication

- Meilleure compliance à la RTE hypofractionnée split course
- Suivi médian de 18 mois
- Taux de patients vivant en contrôle LR à 6 mois = 35% dans les 2 bras : non inférieur à la RTE standard
- SG 13 mois versus 19 mois (RTE standard), NS.
- SSP 7,9 mois versus 9,7 mois (RTE standard), NS.
- Beaucoup de décès dans les 30 jours qui suivent la RTE de cause inconnue ...

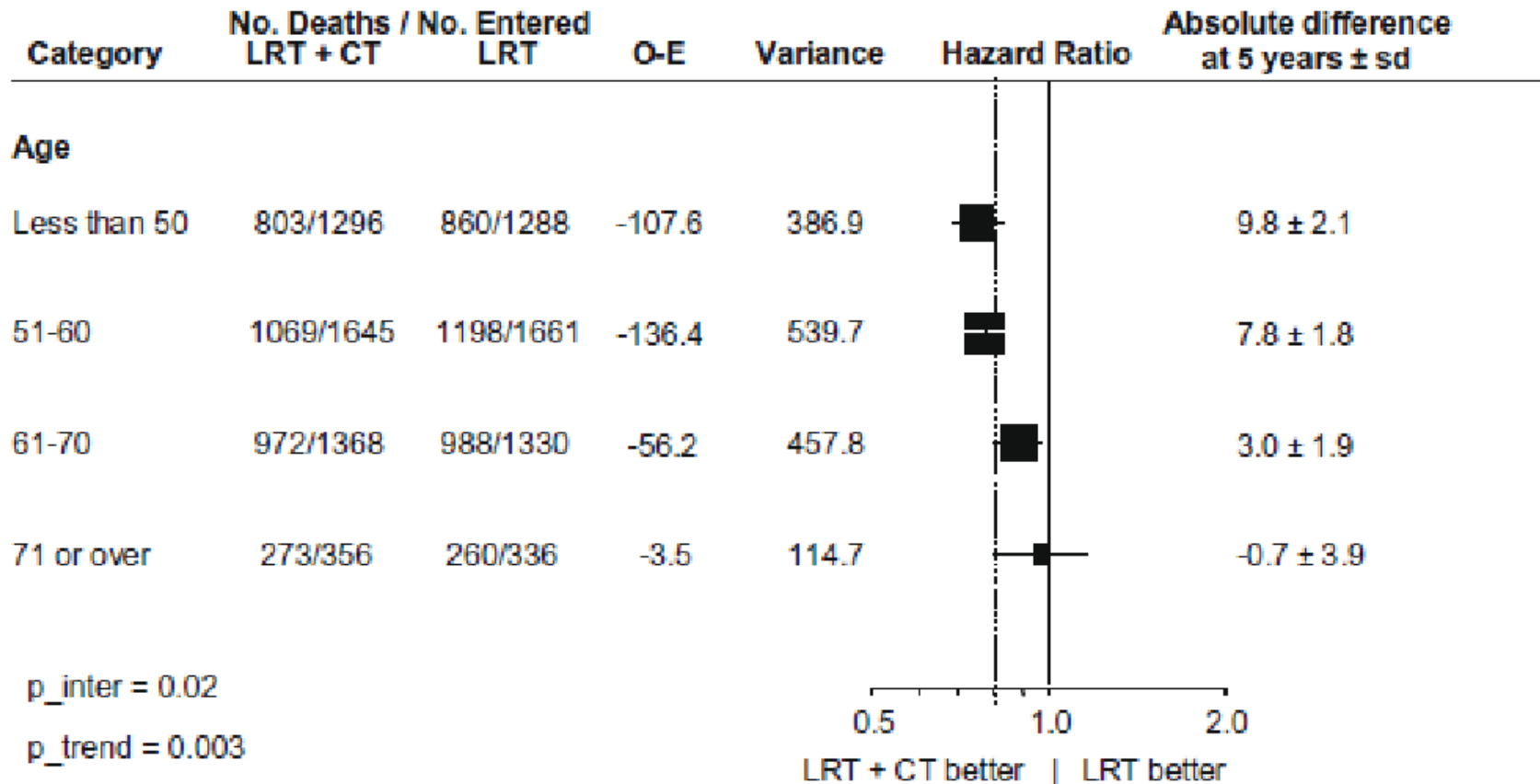
RTE adaptée hypofractionnée en split course = non inférieure.
Le pronostic de ce sous groupe reste médiocre.
Ce schéma peut être proposé chez les patient UNFIT.

Et chez les patients FIT ?

Radiothérapie seule ou avec traitement systémique ?

RT ou RT-CT ?

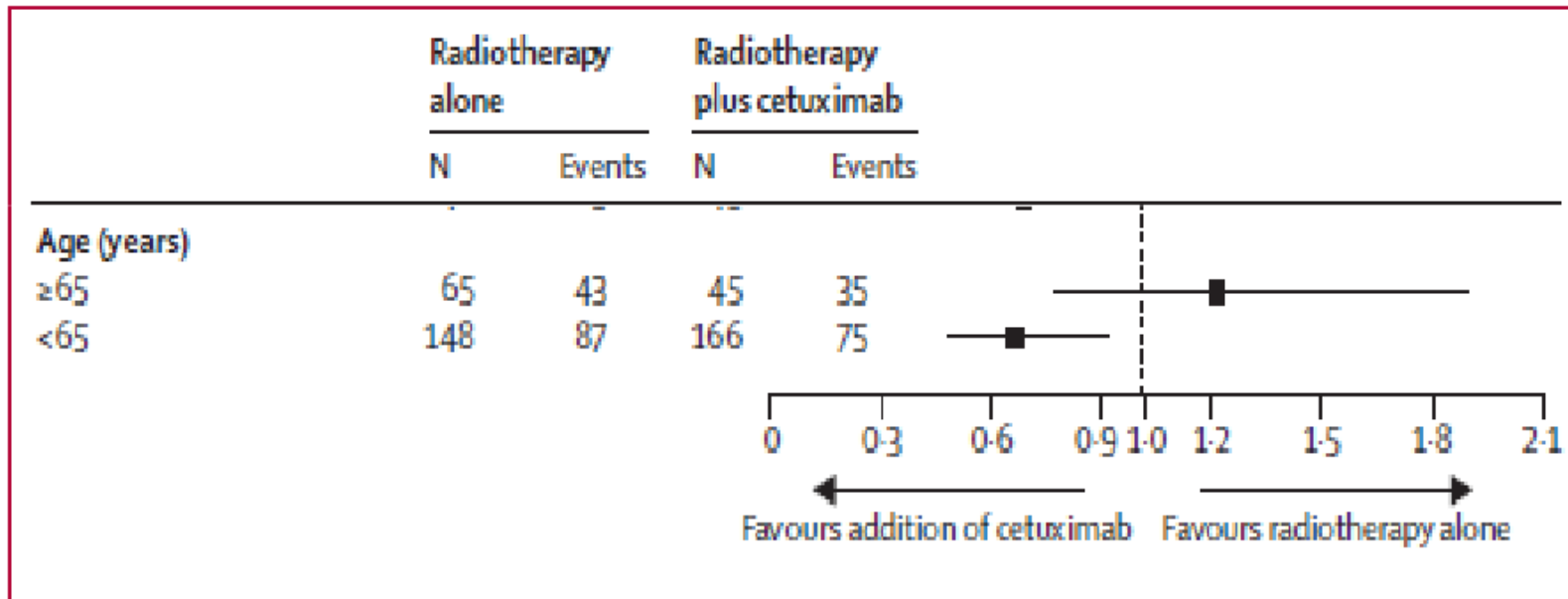
Méta analyse du MACH-NC, 93 essais, 17 346 patients
Bénéfice de la RT-CT en survie globale



Pas de bénéfice en SG
> 70 ans

RT ou RT-cetuximab ?

Phase III : bénéfice de la RT-cetuximab en survie globale



Pas de bénéfice en SG
> 65 ans

Figure 3: Overall survival by pre-treatment characteristics: 5-year update

Pas de traitement concomitante chez les patients âgés ?

- Patients > 70 ans : < 10 % des patients inclus dans les essais
- RT-CT ou RT-Erbitux chez les > 70 ans = selon âge physiologique et comorbidités surtout
- Quelques études prospectives

Rôle des oncogériatres

RT-CT chez les patients âgés ?

- Série comparative : 27 patients > 70 ans vs 85 patients <70 ans
- RT CT IMRT

Tab. 4 Acute treatment toxicity during concurrent chemoradiation

		Whole group	Younger	Older	p value
Grade 3-4 toxicity	Mucositis	72.3%	76.5%	59.2%	0.09
	Hematologic	17.8%	15.3%	25.9%	0.25
	Miscellaneous	38.3%	37.6%	40.7%	0.8
	Total	88.3%	88.2%	88.8%	1
Protocol violations		30.3%	32.9%	22.2%	0.34
Treatment breaks (days)	Mean	7.4	7.3	7.8	0.78
	Median	7	7	7	
Weight loss (kg)	Mean	5.4	5.9	3.2	0.03
	Median	4.5	4.5	2.7	
Able to complete treatment		92.8%	91.8%	96.3%	0.6
Death during treatment		1.8%	1.2%	3.7%	

RT CT faisable chez >70 ans

Nguyen 2012

RT-Erbitux chez les patients âgés ?

- Série niçoise, 35 patients > 70 ans
- Interruption RT : 94 %
- Diminution cetux : 29%
- Survie médiane 49 mois (étude Bonner 49 mois)

RT Cetux possible chez >70 ans

Conclusion

RT ORL chez patients âgés

- Profil épidémiologique particulier
- Estimer la survie des patients, évaluer leurs comorbidités
- Profil FIT
 - Objectif : la survie globale et les toxicités tardives
 - RT ou RT-CT ou RT-cetux
- Profil UNFIT
 - Objectif : le contrôle local et la réduction des toxicités aiguës
 - Fractionnement standard ou hypofractionnement
- Radiothérapie : le principal OAR est la muqueuse saine
- Soins de supports = essentiels !

Rôle des oncogériatres

Merci