

alternative intéressante à la radiothérapie peropératoire, avec une meilleure sélection des patients.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.canrad.2018.07.024>

Communications orales 2

C014

Faut-il adapter la chimioradiothérapie néoadjuvante des cancers de l'œsophage à l'histologie ? Analyse des essais de phase III



N. Epailard^{a,*}, I. Troussier^b, R. Bourdais^c, N. Hammoudi^d, F. Huguet^e, J.-B. Bachet^d, J.-C. Vaillant^f, A. Thierry^g, J. Gligorov^h, M. Ozsahinⁱ, J.-P. Spano^a, J.-M. Simon^c, P. Maingon^c, E. Blais^c

^a Oncologie médicale, hôpital de la Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, Paris, France

^b Radiothérapie, hôpitaux universitaires de Genève, Genève, Suisse

^c Radiothérapie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, Paris, France

^d Gastroentérologie, hôpital Cochin, Paris, France

^e Radiothérapie, hôpital Tenon, Paris, France

^f Chirurgie viscérale, hôpital de la Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, Paris, France

^g Oncologie médicale, hôpital Saint-Antoine, Paris, France

^h Oncologie médicale, hôpital Tenon, Paris, France

ⁱ Radiothérapie, CHUV, Lausanne, Suisse

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : eivind.blais@gmail.com (N. Epailard)

Objectif de l'étude La chimioradiothérapie néoadjuvante des cancers de l'œsophage localement évolués améliore la probabilité de survie sans progression et celle de survie globale des patients opérés. Le taux de réponse histologique complète après chimioradiothérapie néoadjuvante est corrélé avec une meilleure probabilité de survie globale. Les recommandations actuelles proposent plusieurs protocoles de chimioradiothérapie néoadjuvante associant une radiothérapie de 41,4 Gy à 50,4 Gy et différentes chimiothérapies concomitantes, indépendamment du type histologique. L'objectif de cette analyse est de déterminer si le protocole de chimioradiothérapie néoadjuvante était adapté au type histologique.

Matériel et méthode À partir des données de tous les essais de phase III : analyse du taux de réponse histologique complète selon le type histologique, le protocole de chimiothérapie et la dose de radiothérapie. Les taux de réponse histologique complète ont été comparés selon le type histologique en utilisant le test du Chi². La corrélation entre la dose totale en dose équivalente en fractions de 2 Gy (EQD2) et le taux de réponse histologique complète a été analysée selon le test de régression logistique.

Résultats Sept études de phase 3 ont été sélectionnées pour un total de 604 patients pris en charge par chimioradiothérapie néoadjuvante : pour 322 carcinomes épidermoïdes et 282 adénocarcinomes. Le taux moyen de réponse histologique complète était de 33,7 % (extrêmes : 25,9–49 %) pour les carcinomes épidermoïdes et de 24,6 % (extrêmes : 23–40 %) pour les adénocarcinomes ($p=0,0134$). Un effet de la dose de la radiothérapie a été observé pour les adénocarcinomes non significativement (hazard ratio [HR] : 1,06 ; intervalle de confiance à 95 % [IC95 %] : 0,99–1,13 ; $p=0,107$), tandis que cette tendance n'a pas été retrouvée pour les carcinomes épidermoïdes (HR : 1,05 ; IC 95 % : 0,96–1,15 ; $p=0,30$). Le protocole de chimiothérapie concomitante à la radiothérapie ne modifiait pas le taux de réponse histologique complète

pour les adénocarcinomes ($p=0,38$). L'association de carboplatine et de paclitaxel permettait d'obtenir le meilleur taux de réponse histologique complète pour les carcinomes épidermoïdes ($p=0,03$). **Conclusion** Ces résultats arguent pour une adaptation de la chimioradiothérapie néoadjuvante selon le type histologique : une dose de radiothérapie de 50,4 Gy semble optimale pour les adénocarcinomes ; le schéma CROSS3 (carboplatine et paclitaxel) serait le plus approprié pour les carcinomes épidermoïdes. Une méta-analyse sur données individuelles serait nécessaire pour confirmer la pertinence de ces stratégies thérapeutiques.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.canrad.2018.07.025>

C015

Chimioradiothérapie des cancers du pancréas : pourquoi et comment protéger la rate ?



R. Bourdais^{a,*}, I. Troussier^b, N. Epailard^a, L. Chauffert-Yvart^c, M. Gérard^d, P. Sargos^e, F.-G. Riet^a, C.-H. Canova^a, C. Jenny^a, F. Culot^a, E. Le Corre^a, M. Ozsahin^f, F. Huguet^g, J.-B. Bachet^h, J.-M. Simon^a, P. Maingon^a, E. Blais^a

^a Radiothérapie, Pitié-Salpêtrière, Paris, France

^b Radiothérapie, hôpitaux universitaires, Genève, Suisse

^c Hépatogastroentérologie et nutrition, CHU Antoine-Béclère, Clamart, France

^d Radiothérapie, Gustave-Roussy, Villejuif, France

^e Radiothérapie, institut Bergonié, Bordeaux, France

^f Radio-oncologie, CHUV, Lausanne, Suisse

^g Radiothérapie, hôpital Tenon, Paris, France

^h Gastroentérologie, Pitié-Salpêtrière, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bourdais.radiotherapie@gmail.com (R. Bourdais)

Objectif de l'étude La lymphopénie sévère est une complication fréquente de la chimioradiothérapie des cancers du pancréas. Des données récentes ont suggéré un impact défavorable de la lymphopénie sévère (inférieure ou égale à $0,5 \times 10^9/L$) sur la survie, avec une association directe entre la dose d'irradiation délivrée à la rate et le risque de lymphopénie sévère. Cependant, aucune contrainte dosimétrique dans la rate n'a été validée pour la chimioradiothérapie des cancers du pancréas. L'objectif de cette étude était de déterminer les contraintes dosimétriques dans la rate susceptible de diminuer le risque de lymphopénie sévère et d'améliorer la probabilité de survie sans progression.

Matériel et méthode Une analyse rétrospective des dossiers de 27 patients pris en charge par chimioradiothérapie à la Pitié-Salpêtrière entre 2009 et 2017 pour un cancer du pancréas localement évolué a été faite. La dose de prescription dans le volume cible prévisionnel était de 54 Gy en 30 fractions, en association à une chimiothérapie concomitante par capécitabine. La majorité des patients (63 %) a été prise en charge par radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité. Les contraintes dosimétriques analysés étaient la dose moyenne (DM_{rate}), le V5 Gy, le V10 Gy et le V20 Gy ($V \times Gy$: volume recevant \times Gy). Les numérations-formules hebdomadaires ont été recueillies pendant la chimioradiothérapie et jusqu'à 12 semaines après. Le test t de Student a été utilisé pour l'analyse de la corrélation entre les contraintes dosimétriques et la survenue d'une lymphopénie sévère. L'analyse de la survie sans progression était réalisée avec le test du Log-rank et le modèle de Cox.

Résultats La survenue d'une lymphopénie sévère était fréquente : 74 % ($n=20/27$). La DM_{rate} ($p=0,03$), le V10 Gy ($p=0,002$) et le V20 Gy ($p=0,02$) étaient corrélés avec un risque de lymphopénie sévère, contrairement au V5 Gy ($p=0,09$). En analyse unifactorielle, les paramètres influençant la survie sans progression étaient la $DM_{rate} < 3,3$ Gy (hazard ratio [HR] : 0,31 ; intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] : 0,10–0,91 ; $p=0,03$), la chirurgie ($p=0,02$) et l'âge