

P080

Cancer de la prostate localisé, à risque intermédiaire ou élevé, dont le traitement a été une radiothérapie externe et incluant une curiethérapie de haut débit de dose : expérience du pôle régional de cancérologie de Poitou-Charentes



I. Troussier^{1,*}, V. Fleury², S. Bernadeau³, G. Bolan¹, A. Garcia⁴, R. Bensadoun¹, S. Guérif⁵

¹ Radiothérapie, CHRU de Poitiers, Poitiers, France

² Médecine nucléaire, CHRU de Poitiers, Poitiers, France

³ Urologie, CHRU de Poitiers, Poitiers, France

⁴ Physique, CHRU de Poitiers, Poitiers, France

⁵ UF, CHRU de Poitiers, Poitiers, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : idrisstroussier400@hotmail.com (I. Troussier)

Objectif Évaluation du contrôle tumoral et de la toxicité d'une escalade de dose par curiethérapie de haut débit de dose.

Méthodes Analyse rétrospective des dossiers de patients traités entre avril 2010 et juillet 2013 par irradiation conformationnelle tridimensionnelle complétant une curiethérapie de haut débit de dose, pour un cancer de la prostate localisé, associée à une hormonothérapie courte ou longue. La dose prescrite dans le volume cible anatomoclinique était de 46 Gy, après deux fractions de 7,5 ou 10 Gy, espacées de 6 heures. La curiethérapie sous ultrasons en temps réel, délivrait un gradient de dose optimisé dans le volume cible anatomoclinique histologique et remnographique pour chaque fraction. Tous les patients ont eu une surveillance clinique et biochimique.

Résultats Au total, 127 patients ont été pris en charge. L'âge moyen des patients était de 69 ans et la concentration sérique initiale d'antigène spécifique de la prostate (PSA) de 11,9 ng/mL (4,3–34,4). Trente-sept pour cent des cancers de la prostate étaient de risque intermédiaire et 63% de haut risque, 40% de stade \leq T2a, 5% T2b et 55% \geq T2c. Le score de Gleason était 6 ou moins pour 33%, 7 pour 50% et 8 ou plus pour 17%. Cent trois patients ont eu un curage ganglionnaire avant l'irradiation. De 18 à 24 aiguilles ont été utilisées. Le taux de toxicité urinaire de grade 0 était de 54%, celui de grade 1–2 de 46% un an après la curiethérapie, celui de toxicité rectale de grade 0 de 89,8%, celui de grade 1–2 de 10,2% et celui de dysfonction érectile de 100%. Avec un recul médian de 27,6 mois (8–48), 98,4% (125) des patients étaient indemnes de rechute biochimique, avec une concentration sérique de PSA moyenne, à deux ans, de 0,074 ng/mL (< 0,05–0,5), 1,6% (2) étaient en vie, mais en situation de dissémination métastatique ganglionnaire.

Conclusion L'escalade de dose par curiethérapie radiothérapie conformationnelle tridimensionnelle permet un taux de contrôle biologique prometteur avec une toxicité acceptable.

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclarations de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.canrad.2014.07.102>

P081

Curithérapie de rattrapage focale de haut débit de dose après une irradiation première d'un cancer localisé de la prostate



O. Didas^{*}, O. Boissonnade¹, G. Roy¹, R. Bensadoun¹, J. Irani¹, S. Guérif¹

CHU La Milétrie, Poitiers, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ossama.didas@gmail.com (O. Didas)

Objectif L'hormonothérapie est le traitement standard de la récurrence biochimique après une irradiation première. L'imagerie moderne permet de détecter une récurrence intra-prostatique accessible à un traitement local de rattrapage. Nous avons étudié la tolérance et la faisabilité d'une curiethérapie de rattrapage focale de haut débit de dose.

Patients et méthodes De septembre 2012 à octobre 2012, 15 patients d'âge moyen 71,8 ans (déviations standard [SD]: 5,5) ont eu une curiethérapie de haut débit de dose par iridium 192 pour une récurrence locale survenue en moyenne à 6 ans (SD: 2) après échec d'une irradiation. La récurrence locale a été confirmée par cartographie tridimensionnelle biopsique transpérinéale. Tous les patients ont reçu deux fractions de 10 Gy dans le volume cible anatomoclinique défini par une fusion des paramètres biopsie/IRM multiparamétrique/TEP à la choline sur ultrasons en temps réel. Aucun patient n'a reçu d'hormonothérapie adjuvante. Tous les patients ont eu une surveillance répétée clinique, biochimique et psychométrique.

Résultats Les moyennes (du volume de la prostate, du volume cible anatomoclinique, du premier volume cible anatomoclinique (IRM) étaient respectivement de 29,2 cm³ (SD: 14,2), 13,2 cm³ (SD: 6,7), 1,9 cm³ (SD: 2,6). Les D90 (dose délivrée dans 90% du volume) moyennes par fraction de la prostate, du volume cible anatomoclinique et du premier volume cible anatomoclinique étaient respectivement de 5,8 Gy (SD: 2,5), 10,2 Gy (SD: 1,3) et 12,4 Gy (SD: 1,6). Le suivi moyen était de 7,7 mois (SD: 2,8). Nous avons observé sept cas de toxicité urinaire de grade 1 sur deux semaines et six de grade 2 pendant moins de 6 mois. Aucune toxicité urinaire et digestive de grade 3–4 n'a été observée. Tous les effets de la toxicité se sont spontanément résolus. La concentration sérique de PSA moyenne était de 4,2 ng/ml (SD: 3,9) avant la curiethérapie de haut débit de dose. Vingt pour cent (3 sur 15) des patients étaient en situation de poursuite de la progression biochimique.

Conclusions La curiethérapie de haut débit de dose de rattrapage semble bien tolérée à court terme avec un taux de contrôle biochimique prometteur après une irradiation première. Un suivi prolongé est nécessaire pour évaluer la toxicité tardive et le contrôle tumoral.

Déclaration d'intérêts Les auteurs n'ont pas transmis de déclarations de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.canrad.2014.07.103>

P082

Quantification de la différence entre dose délivrée cumulée et dose planifiée dans la vessie et le rectum en cas radiothérapie guidée par l'image prostatique



M. Nassef^{1,*}, A. Simon¹, G. Cazoulat¹, C. Lafond², O. Acosta¹, J. Balosso³, P. Haigron¹, R. de Crevoisier²

¹ LTSI Inserm UMR 1099, Rennes, France

² CRLCC centre Eugène-Marquis, Rennes, France

³ CHU de Grenoble, Grenoble, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mohamed.hatem.nassef@gmail.com (M. Nassef)

Objectif En cas de radiothérapie guidée par l'image prostatique, les objectifs étaient de quantifier la différence entre dose planifiée et dose cumulée estimée par recalage élastique dans la vessie et le rectum et de quantifier l'incertitude de la méthode de calcul de la dose cumulée estimée par recalage élastique.

Matériels et méthodes Vingt patients ont eu une scanographie de planification et une scanographie hebdomadaire. La dose planifiée était de 80 Gy dans la prostate par RCMI. Les doses cumulées estimées par recalage élastique dans la vessie et le rectum ont été reportées sur la scanographie de planification, par recalage élastique. Les différences entre doses cumulées estimées par recalage