



Place de la Radiothérapie dans la prise en charge du Cancer du Testicule

Dr N SALEM

Radiothérapie, Institut Paoli Calmettes

Réunion Information patients, Mars 2022

- La radiothérapie avait une place prépondérante avant les années 2000, aujourd'hui son indication est nettement réduite et est réservée à des situations particulières
- C'est un traitement ambulatoire efficace mais qui peut avoir des effets secondaires à long terme
- Les techniques de radiothérapie ont beaucoup évolué depuis les années 2000 avec des irradiations beaucoup plus ciblées et des volumes de tissus sains irradiés beaucoup plus réduits qu'auparavant.

Traitement des TG testiculaires de stade I

La Néoplasie Germinale In Situ

- Le traitement de la NGIS isolée chez un patient possédant un testicule controlatéral fonctionnel et sain est l'orchidectomie
- Si l'orchidectomie n'est pas souhaitée (patient monorchide), la radiothérapie scrotale 16 à 20 Gy permet de l'éradiquer. Elle induit une infertilité et dans 30% un hypogonadisme
- En l'absence de traitement de la NGIS (orchidectomie ou radiothérapie), le risque de nouvelle TG à 5 ans est de l'ordre de 50 %
- Une présentation claire du risque encouru à moyen terme permettra au patient de peser la balance entre le bénéfice d'un traitement complémentaire différé pour désir de paternité et le risque de s'exposer à une nouvelle TG.

Séminomes de stade I

- Ils sont caractérisés par une normalisation des marqueurs tumoraux sériques (hCG, AFP, LDH) après l'orchidectomie et par un scanner TAP ne mettant pas en évidence de lésion secondaire.

Séminomes de stade I

- Les études de surveillance objectivent un taux de récurrence à 5 ans de 17,7 %. Les récurrences sont très majoritairement de bon pronostic, en situation sous-diaphragmatique.
- Le taux de récurrence des séminomes de faible risque est de l'ordre de 6 %. Cependant, ce risque peut augmenter jusqu'à 26 % selon la taille de la tumeur initiale.
- Une **stratégie adaptée au risque** est préconisée
- La **surveillance** est la première proposition dans les formes de faible risque, sous réserve d'une compliance parfaite du patient.
- La survie spécifique et globale des TGS de stade I de faible risque surveillés est > 99 %.

Séminomes de stade I

- La Radiothérapie adjuvante
 - Le protocole recommandé est une irradiation lombo-aortique à la dose de 20 Gy. Il réduit le taux de récurrence à 4 %.
 - La radiothérapie adjuvante ne doit pas être proposée chez les jeunes patients
 - Le taux d'effets secondaires à long terme (4-8 %) surtout en rapport de sur-risque de second cancer.

Séminomes de stade I

- Chimiothérapie adjuvante par Carboplatine
 - La chimiothérapie adjuvante repose sur un cycle unique de carboplatine AUC7.
 - Un cycle de carboplatine AUC7 est comparable à une radiothérapie adjuvante, en termes de taux de récurrence et de survie spécifique

Séminomes de stade I

- La stratégie thérapeutique sera discutée en RCP et le patient devra recevoir l'information concernant l'ensemble des options thérapeutiques en présentant leur balance bénéfice-risque
- Il s'agit d'une décision partagée avec le patient.

TGS métastatiques de faible volume (IIA—IIB < 3 cm)

- La chimiothérapie (3 BEP ou 4 EP en cas de contre-indication à la Bléomycine) est réalisée en 1ere intention dans ces stades
- La radiothérapie est recommandée en alternative à la CT pour :
 - pour les stades IIA : 30 Gy sur les gg lombo aortiques
 - pour les stades IIB : 30 Gy sur les gg lombo aortiques et un boost de 6 Gy sur les adénopathies pathologiques
- Une méta-analyse montre une efficacité comparable avec plus de toxicités aiguës après chimiothérapie et tardives après radiothérapie (digestive, seconds cancers).

Qualité de vie et toxicités à long terme après traitement des cancers du testicule

Seconds cancers

- Le risque de second cancer solide chez les patients traités pour une TG survient 10, 20, 30 ans après le traitement.
- Il est d'autant plus marqué que les patients sont jeunes.
- Le risque varie en fonction du type de traitement reçu entre chimiothérapie et radiothérapie et est majoré quand ces deux traitements sont associés.
- Ces cancers apparaissent dans la zone traitée avec une augmentation du risque de 2 à 4 fois par rapport à la population générale (colon, estomac, pancréas, tractus urinaire)

Conclusion

- La stratégie thérapeutique doit être discutée en RCP et le patient devra recevoir l'information concernant l'ensemble des options thérapeutiques en présentant leur balance bénéfice-risque.
- Les objectifs étant la guérison et la meilleure QDV possible et le moins de séquelles à long terme.

Attitude selon le résultat histologique du curage des masses résiduelles

- L'analyse histologique des masses résiduelles identifie :
 - pour les TGS, jusqu'à 30 % de tissu tumoral
 - pour les TGNS : du tératome dans 40 % des cas, un autre contingent tumoral actif dans 10 % des cas, et de la nécrose dans 50 % des cas.
- La présence exclusive de tératome ou de nécrose au sein des masses résiduelles n'indique pas de traitement complémentaire.
- En cas de présence de tumeur active il n'existe pas de recommandation standard; cela peut faire discuter la surveillance, la radiothérapie (pour les TGS) ou la chimiothérapie adjuvante.
- Les facteurs de risque de progression dans ce contexte sont : une résection incomplète, > 10 % de cellules tumorales viables, un pronostic IGCCCG intermédiaire ou mauvais