



# 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