

COLLECTION
RecommandationsOUTIL D'AIDE
À LA DÉCISIONCONSSENSUS D'EXPERTS
À PARTIR DE
RECOMMANDATIONS
INTERNATIONALESFOCUS SUR
LES INDICATIONS
DE LA RADIOTHÉRAPIEDESTINÉ À L'USAGE DES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Lymphomes de l'adulte

Indications de la radiothérapie

Novembre 2008

ÉLABORÉ dans le cadre de la demande ministérielle de mise en œuvre des mesures nationales pour la radiothérapie¹, ce document propose un état des lieux des situations cliniques pour lesquelles il existe une indication de la radiothérapie dans la prise en charge des lymphomes.

Selon les situations cliniques, ce document précise lorsque la radiothérapie est :

- ✓ **indiquée** ;
- ✓ **à discuter** dans le cadre d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

La radiothérapie, modalité de prise en charge des cancers, s'inscrit au sein d'un arsenal thérapeutique incluant d'autres stratégies (chirurgie, traitements systémiques).

Ces autres modalités pourront parfois être proposées soit en association à la radiothérapie soit comme alternatives.

Ce document est destiné aux oncologues radiothérapeutes et à tous les professionnels de santé concernés par le traitement des lymphomes.

Accessible sur le site de l'Institut National du Cancer, il peut être consulté par tous.

¹ Les mesures nationales pour la radiothérapie sont disponibles sur le site de l'Institut National du Cancer : www.e-cancer.fr.

Lymphomes indolents

LYMPHOME FOLLICULAIRE

- Stade I - sans facteur de mauvais pronostic

✓ **La radiothérapie externe selon la technique *involved field*² est indiquée en l'absence de facteur de mauvais pronostic (masse < 7 cm, taux de LDH normal, absence de signes généraux, absence de signe compressif).**

Pour les patients ayant une faible masse tumorale, l'abstention après exérèse totale peut être préférée. Elle s'accompagnera d'une surveillance étroite du fait du risque de récurrence.

Compte tenu des risques à long terme liés à la radiothérapie, une irradiation de l'aire ganglionnaire atteinte est préférable à une irradiation étendue.

Il est proposé de pratiquer une radiothérapie à la dose de 30 Gy en fractions de 1,8 à 2 Gy sur 5 semaines, une dose supérieure étant communément reconnue comme excessive.

Un envahissement médullaire avec une NFS normale ne présente pas une contre-indication à la radiothérapie.

- Autres stades

La radiothérapie n'est pas indiquée comme traitement de première intention et les données actuellement disponibles ne permettent pas de préciser sa place en consolidation des tumeurs résiduelles après traitement de première ligne.

- Rechute et progression

✓ La radiothérapie peut être indiquée dans des situations cliniques particulières.

Ses indications sont à discuter en RCP.

Elle est notamment indiquée en cas de syndrome compressif associé à une chimiorésistance ou pour certaines rechutes localisées.

L'irradiation itérative peut compromettre les possibilités de recueil de cellules souches et donc d'autogreffe (immédiate ou ultérieure). L'indication de la radiothérapie doit

² Technique *involved field* : radiothérapie exclusive du territoire atteint.

être posée en tenant compte de ce risque, notamment chez les patients les plus jeunes potentiellement éligibles à une autogreffe au cours de leur maladie.

✓ Une irradiation des lésions tumorales, à la dose de 30 Gy en fractions de 1,8 à 2 Gy ou à faible dose (2 fois 2 Gy) peut être indiquée pour permettre un contrôle local pendant des périodes prolongées.

LYMPHOME DE LA ZONE MARGINALE (LZM)

- LZM du MALT

✓ Une irradiation de 30 Gy (en fractions de 1,8 à 2 Gy) peut être indiquée pour

les formes gastriques localisées, après échec d'une deuxième cure d'antibiotiques contre *Helicobacter pylori*, évalué à 6-12 mois.

✓ Pour les formes non gastriques et localisées, une irradiation locale de 25 à 35 Gy est indiquée et permet un contrôle local durable.

- LZM splénique et ganglionnaire

L'absence de données sur la radiothérapie dans la prise en charge de ces LZM ne permet pas de préciser sa place chez ces patients.

Lymphomes agressifs

LYMPHOME DIFFUS À GRANDES CELLULES B

- Formes localisées (stade I ou II), IPI_{aa}=0³

Forme ganglionnaire

L'immunochimiothérapie par rituximab et protocole CHOP⁴ est le traitement de première intention. Les données actuellement disponibles ne permettent pas à ce jour de préciser si celle-ci doit être associée ou non à une radiothérapie, en particulier avec des schémas d'immunochimiothérapie plus courts.

Forme testiculaire

Compte tenu du risque connu de récurrence, l'irradiation du testis atteint (en l'absence d'orchidectomie initiale) et controlatéral est parfois discutée. Les données actuellement disponibles ne permettent pas de préciser la place de la radiothérapie dans la prise en charge de ces tumeurs.

- Formes disséminées (stade III ou IV)
L'immunochimiothérapie est le traitement de référence pour ces patients.

✓ **La radiothérapie peut être indiquée à titre palliatif.**

LYMPHOME DU MANTEAU

✓ Les données actuellement disponibles ne permettent pas de préciser la place de la radiothérapie dans le traitement de ces tumeurs⁵. Dans certaines situations, celle-ci peut être discutée en RCP.

LYMPHOME LYMPHOBLASTIQUE ET LYMPHOME DE BURKITT

Compte tenu de la rareté de ces tumeurs, ces patients doivent être confiés à des équipes d'onco-hématologie spécialisées dans leur prise en charge.

- Lymphome lymphoblastique

✓ **Une irradiation crânienne peut être indiquée à titre prophylactique, en complément du traitement chimiothérapeutique.**

Il n'y a pas d'indication pour la radiothérapie par ailleurs.

- Lymphome de Burkitt

Il n'y a pas d'indication pour la radiothérapie, y compris à titre prophylactique.

³ Y compris le lymphome B primitif du médiastin.

⁴ Cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone.

⁵ Les indications de l'irradiation corporelle totale utilisée lors des conditionnements d'autogreffe ne sont pas traitées ici.

LYMPHOME T/NK

✓ Pour le lymphome NK/T de type nasal, le traitement associe une radiothérapie à

une polychimiothérapie pour les stades localisés. La dose proposée peut être de 40 ou 50 Gy (en fractions de 1,8 à 2 Gy).

Lymphomes extraganglionnaires

LYMPHOME CUTANÉ PRIMITIF

- Lymphomes B centrofolliculaires cutanés non *leg type*
✓ La radiothérapie de 30 Gy (en fractions de 1,8 à 2 Gy) est indiquée dans les formes localisées.
- Mycosis fungoïde
✓ La radiothérapie localisée peut être indiquée à titre symptomatique (prurit, ulcération) dans la prise en charge des formes tumorales résistantes au traitement topique.
- Lymphomes T anaplasiques CD30+
✓ La radiothérapie de 30 Gy (en fractions de 1,8 à 2 Gy) est indiquée dans les formes localisées.

LYMPHOME CÉRÉBRAL PRIMITIF

Compte tenu de la rareté de ces tumeurs, ces patients doivent être confiés à des équipes d'onco-hématologie spécialisées dans leur prise en charge.

Les données actuellement disponibles ne permettent pas de valider l'indication de la radiothérapie chez ces patients, et notamment d'apprécier le rapport entre les bénéfices et la neurotoxicité liés à l'irradiation cérébrale.

Lymphomes de Hodgkin

- **Stade localisé**

✓ **Le traitement de première intention associe une chimiothérapie première suivie de l'irradiation des territoires atteints.**

Après réponse complète à la chimiothérapie, évaluée par tomодensitométrie, une irradiation des sites initialement atteints à la dose de 30 Gy (en fractions de 1,8 à 2 Gy) est recommandée. En cas de réponse partielle, la dose recommandée est de 36 Gy (en fractions de 1,8 à 2 Gy).

- **Stade disséminé**

Le traitement standard est la chimiothérapie exclusive.

✓ **Les indications de la radiothérapie sont limitées. Elles sont à discuter en RCP.**

- **Rechute**

✓ **En cas de rechute, si celle-ci est localisée, une radiothérapie peut être indiquée en complément d'une chimiothérapie standard ou intensive avec autogreffe.**

- **Lymphome de Hodgkin**

à prédominance lymphocytaire
(paragranulome de Poppema)

✓ **Une radiothérapie de 30 Gy (en fractions de 1,8 à 2 Gy) des territoires atteints peut être proposée pour les stades I et IIA, notamment en cas d'exérèse incomplète.**

PARTICIPANTS

• Pour le groupe de travail

Pauline BRICE, Société française d'hématologie, GELA, Saint-Louis, Paris

Théodore GIRINSKY, Société française de radiothérapie oncologique, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Christophe HENNEQUIN, Société française de radiothérapie oncologique, Saint-Louis, Paris

Noel MILPIED, Société française d'hématologie, GOELAMS, CHU, Bordeaux

Gilles SALLES, Société française d'hématologie, GELA, Hospices Civils de Lyon

• Pour l'INCa

Laetitia VERDONI, Département des recommandations

Valérie MAZEAU-WOYNAR, Responsable département des recommandations

Éric LARTIGAU, Conseiller technique Radiothérapie pour l'Institut National du Cancer

MÉTHODE ET RÉFÉRENCES

Ce document repose sur les recommandations pour la pratique clinique ou conférences de consensus nationales et internationales disponibles et datant de moins de 5 ans. Les indications ainsi identifiées ont été discutées et validées en collaboration avec la Société Française de Radiothérapie Oncologique et la Société Française d'Hématologie.

Ce document ne peut cependant envisager tous les cas spécifiques. Il ne revendique donc pas

l'exhaustivité des situations amenant à la réalisation d'une radiothérapie, ni se substitue à la responsabilité individuelle du médecin vis-à-vis de son patient.

Références - recommandations nationales et internationales

Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) : Guide 2007 des procédures de radiothérapie externe. Disponible en ligne : www.sfro.org.

Société française d'hématologie (SFH), ed. Référentiels. Édition de novembre 2006.

Italian Society of Hematology (ISH) Barosi G, Carella A, Lazzarino M, Marchetti M, Martelli M, Rambaldi A *et al.* Management of nodal indolent (non marginal-zone) non-Hodgkin's lymphomas: practice guidelines. Italian Society of Experimental Hematology and Italian Group for Bone Marrow Transplantation. *Haematologica* 2005;90(9):1236-57.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Improving Outcomes in Haematological Cancers (2003). Disponible en ligne : www.nice.org.uk.

National Health and Medical Research Council (NHMRC). Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Lymphoma (2005). Disponible en ligne : www.nhmrc.gov.au.

Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Radiotherapy for cancer - non-Hodgkin's lymphoma (2003). Disponible en ligne : www.sbu.se.



Pour en savoir plus :

www.e-cancer.fr

À conseiller à vos patients :

CANCERINFOSERVICE 0810 810 821

PRIX APPEL LOCAL



52, avenue André Morizet

92100 Boulogne-Billancourt

publications@institutcancer.fr

Tél. : 01 41 10 50 00 – Fax. : 01 41 10 50 20

