



Demandez à l'expert : Pseudo-progression (GBM)

Par Dr Arjun Sahgal et Dr Normand J. Laperrière

Qu'est-ce que la pseudo-progression après traitement du glioblastome multiforme?

Le glioblastome multiforme (GBM) est une tumeur cérébrale à division rapide. Le traitement standard actuel pour les GBM nouvellement diagnostiqués est de 6 semaines de radiothérapie avec témozolomide (RT/TMZ) suivi d'un traitement mensuel d'entretien avec temozolomide pendant 6 mois à 1 an. L'ajout de témozolomide constitue une avancée majeure dans le traitement du GBM avec une survie globale du patient améliorée par rapport à la radiothérapie seule.

Le traitement par RT/TMZ étant désormais largement pratiqué et constituant la norme de soins pour des patients correctement sélectionnés, nous en apprenons davantage sur ses conséquences. Un phénomène, appelé pseudo-progression, est devenu plus évident avec l'utilisation de cette approche de traitement plus efficace par rapport au rayonnement seul. Essentiellement, la pseudo-progression fait référence aux changements sur l'imagerie après le traitement, où la tumeur semble plus grosse et / ou plus brillante suite à une absorption de contraste plus grande que celle obtenue par TDM ou IRM avant le traitement. Ces changements peuvent induire le patient et le médecin en erreur en leur faisant croire que la tumeur s'aggrave en raison d'une progression réelle alors qu'en réalité ces changements sont transitoires. Dans le cas d'une véritable pseudo-progression, la tumeur finit par se stabiliser ou même se contracter par opposition à une croissance ultérieure dans le cas d'une vraie progression. Il est également important de réaliser que l'augmentation de la taille de la tumeur peut accompagner une aggravation des symptômes du patient, tandis que ceux-ci se stabilisent ou se résolvent dans le cas des pseudo-progressions.

Des données récentes rapportées par Sanghera, Perry, Sahgal et al. de Sunnybrook Health Sciences Odette Cancer Center indiquent que, chez 26% des patients suspectés de véritable progression précoce (définie comme une progression au cours de la radiothérapie ou dans les 8 semaines suivant le traitement par RT/TMZ), un taux de pseudo-progression de 32% a été déterminé (selon la Revue canadienne de neuroscience). Des critères d'imagerie stricts (RECIST) ont été utilisés pour assurer une analyse uniforme et une approche solide. En ce qui concerne les symptômes accompagnant les changements sur l'imagerie, 60% des patients présentaient également des symptômes cliniques évocateurs d'une progression réelle, mais dans chaque cas de symptômes de pseudo-progressions, ils ont disparu avec le temps. Les patients atteints de pseudo-progressions ont également montré une meilleure survie globale, ce qui a également été rapporté par d'autres chercheurs. La raison en est que ces patients peuvent avoir une génétique favorable à la réponse au témozolomide avec le promoteur de méthylation de l'O6-méthylguanine-ADN méthyltransférase (MGMT). Par conséquent, l'amélioration de la réponse indique que la biologie de la tumeur est plus susceptible aux effets du traitement et que ces patients vivent plus longtemps.

Les effets cliniques sont significatifs pour les patients atteints de pseudo-progression avec le schéma thérapeutique RT/TMZ. Si un patient avec pseudo-progression subi un traitement comme pour une progression réelle, plusieurs actions peuvent ne pas être bénéfiques pour celui-ci, telles que: le programme adjuvant de TMZ peut être interrompu; les patients peuvent être relégués dans des centres de soins palliatifs avec l'idée que la maladie résiste au traitement; ou peuvent être enrôlés dans des essais



LA FONDATION

canadienne des
tumeurs cérébrales

cliniques avec un meilleur pronostic réel comparé aux patients avec une progression réelle et la résolution de l'aggravation clinique ou radiologique faussement considérée secondaire à un traitement ultérieur par rapport à l'histoire naturelle de la pseudo-progression. Par conséquent, les cliniciens doivent être conscients de ce phénomène et évaluer l'état clinique du patient, en effectuant un suivi par IRM à une fréquence plus élevée afin de déterminer si les modifications cliniques et d'imagerie se résolvent ou se stabilisent, ou initier des approches thérapeutiques alternatives en supposant que le patient progresse réellement. Il s'agit certainement d'une situation difficile sur laquelle nous devons en apprendre davantage afin de traiter les patients de manière efficace et appropriée.

Nous remercions tout particulièrement le Dr Arjun Sahgal du Département de radio-oncologie au Sunnybrook Odette Cancer Center et l'Hôpital Princess Margaret, et le Dr Normand J. Laperrière du Département de radio-oncologie à l'Hôpital Princess Margaret, d'avoir pris le temps de répondre à cette question importante. Les Dr Sahgal et Laperrière sont tous deux bénévoles chez la Fondation canadienne des tumeurs cérébrales en tant que membres du Groupe consultatif professionnel.