

## ONT PARTICIPÉ A L'ELABORATION DE CE REFERENTIEL :

**Dr Christophe Allavena** : Radiothérapie - CCS Nantes  
**Dr Rémy Augu** : ORL Clinique St Martin - Angers  
**Dr Etienne Bardet** : Radiothérapie - CRLCC Nantes  
**Pr Claude Beauvillain** : ORL Pôle tête et cou - CHU Nantes  
**Dr Philippe Bergerot** : Radiothérapie - Dolet - St Nazaire  
**Dr Dominique Bonnard** : Radiothérapie - CCS Nantes  
**Dr Philippe Buisson** : ORL Clinique St Louis - Angers  
**Dr André Delpon** : Radiothérapie - Centre Jean Bernard Le Mans  
**Dr Patrick Desprez** : Radiothérapie - Vannes  
**Dr Christophe Ferron** : ORL Pôle tête et cou - CHU Nantes  
**Dr Marie Gayet-Delacroix** : Radiologie - CHU Nantes  
**Dr Michel Girard** : ORL - Centre Hospitalier Le Mans  
**Dr Franck Jegoux** : ORL Pôle tête et cou - CHU Nantes  
**Dr Laurent Laccourreye** : ORL - CHU Angers  
**Dr Michel Langeard** : ORL - Centre Hospitalier Chateaubriant  
**Dr François Lerailler** : ORL - CHD La Roche sur Yon  
**Dr Alain Lortholary** : Oncologie Médicale - CCS Nantes  
**Pr Olivier Malard** : ORL Pôle tête et cou - CHU Nantes  
**Dr Dominique Martin-Mauger** : ORL - CHD La Roche sur Yon  
**Dr Patrick Peuvrel** : Radiothérapie - CRLCC Nantes  
**Dr Benoît Piot** : Stomatologie Pôle tête et cou - CHU Nantes  
**Dr Frédéric Rolland** : Oncologie Médicale - CRLCC Nantes  
**Dr Serge Segura** : ORL Nouvelles Cliniques Nantaise - Nantes  
**Dr Claude Tuchais** : Radiothérapie - CRLCC Angers  
**Dr Michel Viale** : ORL Clinique Ste Croix - Le Mans

1<sup>ère</sup> version mars 2004

2

## REFERENTIEL REVISE LE 16 MAI 2008 EN PRESENCE DE :

**Animateur régional : Dr Christophe Ferron**

- Dr Rémy Augu** : *ORL - Clinique St Martin Angers*  
**Dr Etienne Bardet** : *Radiothérapie - CRLCC Nantes*  
**Pr Claude Beauvillain** : *ORL & chirurgie cervico-faciale CHU Nantes*  
**Dr Philippe Bergerot** : *Radiothérapie - Dolet St Nazaire*  
**Dr Emmanuelle Bompas** : *Oncologie médicale - CRLCC Nantes*  
**Dr Jean Pierre Bougerie** : *ORL - Polyclinique du Parc Cholet*  
**Dr Bénédicte Bourgeois** : *ORL - La Baule*  
**Dr Christophe Ferron** : *ORL et chirurgie cervico-faciale CHU Nantes*  
**Dr Eric Jadaud** : *Radiothérapie - Centre Paul Papin Angers*  
**Dr François Lerailler** : *ORL - CHD La Roche sur Yon*  
**Dr Philippe Mahot** : *Radiothérapie - CCS Nantes*  
**Pr Olivier Malard** : *ORL et chirurgie cervico-faciale CHU Nantes*  
**Dr Dominique Martin-Mauger** : *ORL - CHD La Roche sur Yon*  
**Dr Noureddine Ouadghiri** : *ORL - CH Cholet*  
**Dr Benoit Piot** : *Chirurgie Maxillo-faciale - CHU Nantes*  
**Dr Marie Saliou** : *Radiothérapie - Centre Etienne Dolet St Nazaire*  
**Dr Patrick Stocker** : *ORL - Saint Nazaire*  
**Dr Judicael Toquet** : *ORL - Nouvelles cliniques Nantaises Nantes*  
**Dr Michel Viale** : *ORL - Clinique Ste Croix Le Mans*  
**Dr Ayman Zawadi** : *Radiothérapie - CHD La Roche sur Yon*



# SOMMAIRE

---

<b>Généralités</b>	<b>5</b>
<b>Cas particuliers</b>	<b>13</b>
<b>Carcinomes épidermoïdes du larynx</b>	<b>38</b>
<b>Carcinomes épidermoïdes de l'hypopharynx</b>	<b>46</b>
<b>Carcinomes du nasopharynx</b>	<b>53</b>
<b>Cancers des cavités naso-sinusiennes</b>	<b>55</b>
<b>Cancers des glandes salivaires</b>	<b>65</b>
<b>Principes du traitement des aires ganglionnaires</b>	<b>70</b>
<b>Adénopathie en apparence primitive</b>	<b>75</b>
<b>Annexes</b>	<b>78</b>



## GENERALITES

---

### Définition :

Les cancers des VADS regroupent les cancers développés aux dépens des régions suivantes :

- les lèvres,
- la cavité buccale,
- les 3 étages du larynx,
- le pharynx,
- la bouche oesophagienne.

On y adjoint les cancers :

- du massif facial (sinus),
- des glandes salivaires principales.

### Epidémiologie :

Sur le plan épidémiologique, les cancers des VADS représentent la 2<sup>ème</sup> cause de décès par cancer chez l'homme dans la région des Pays de la Loire entre 1997 et 1999 (après le cancer du poumon).

En terme d'incidence estimée pour l'année 2000, les cancers des VADS se placent 2<sup>ème</sup> derrière le cancer de la prostate avec une incidence estimée à 1155 nouveaux cas par an dans les Pays de la Loire (pour 3,3 millions d'habitants) pour l'année 2000 soit 35 nouveaux cas pour 100 000 habitants.

(Réf. tableau de bord régional sur la santé, édition 2003 - 2004, source INSERM, FRANCIM)

### Histologie :

Les tumeurs les plus fréquentes sont :

- les carcinomes épidermoïdes : 90% des cas,
- les lymphomes à partir de l'anneau de Waldeyer.

Plus rares :

- les carcinomes du nasopharynx, classés en 3 types par l'OMS, et dont les types 2 et 3 correspondent aux carcinomes indifférenciés du nasopharynx ou UCNT,
- les adénocarcinomes en particulier de l'ethmoïde,
- les sarcomes.

A part :

Les tumeurs malignes des glandes salivaires, soit :

- de Bas grade : muco-épidermoïde de bas grade, tumeurs à cellules acineuses,
- de Haut grade : adénocarcinomes, carcinomes adénoïdes kystiques, carcinomes muco-épidermoïdes, carcinomes indifférenciés...

**Ce référentiel des indications thérapeutiques s'applique essentiellement aux carcinomes épidermoïdes** sauf exceptions qui seront signalées dans le texte (ex : sinus, glandes salivaires).

# BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

## Le bilan local et loco-régional comprendra :

- un examen clinique avec des schémas du T et du N,
- un examen panendoscopique avec oesophagoscopie et trachéoscopie,
- une biopsie de la tumeur,
- un examen tomodensitométrie (TDM) +/- une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) en fonction de l'extension locale (ex : tumeur de la langue).

Le bilan général à la recherche de métastases et/ou de 2<sup>ème</sup> cancers comprendra :

- une radiographie pulmonaire de face complétée éventuellement par un examen tomodensitométrie thoracique et une fibroscopie bronchique en cas d'anomalie,
- une échographie hépatique en cas d'anomalie du bilan biologique hépatique ou d'atteinte ganglionnaire massive.

NB : Le PET scan est en cours d'évaluation.

## L'état général sera apprécié par :

- un examen clinique complet,
- un bilan biologique standard,
- un bilan de l'état dentaire (clinique et radiographie panoramique) si une radiothérapie est envisagée (ANNEXE I),
- un bilan cardiaque si une chimiothérapie est envisagée.

## Classification :

L'extension tumorale sera classée en utilisant la classification TNM de l'UICC 2002 6<sup>ème</sup> édition.

NB : La classification en stade de l'American Academy ne sera pas utilisée dans ce référentiel.

## **SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE**

**Les bases du suivi post-thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS ont été établies sur la base des recommandations éditées par la Société Française d'ORL et de Chirurgie Cervico-Facial (année 2005).**

La première évaluation post-thérapeutique est effectuée après un délai de 8 à 10 semaines suivant la fin du traitement. Son but est de détecter précocement les rechutes et les secondes localisations ainsi que les éventuelles complications du traitement. En effet, 90 % des rechutes surviennent dans les 2 ans qui suivent le traitement.

### **Concernant l'évaluation post-thérapeutique, il est recommandé :**

- un examen clinique complet,
- une naso-fibroscopie,
- un examen endoscopique pour les patients symptomatiques ou présentant un examen incomplet ou suspect,
- un examen d'imagerie (TDM et/ou IRM) peut être réalisé à partir du 3<sup>ème</sup> mois. Il a un rôle d'examen de référence et est réalisé en fonction des localisations et des habitudes. L'échographie peut être utile en fonction des habitudes pour la surveillance des «cous NO» mais nécessite un opérateur particulier,
- aucun marqueur biologique tumoral (sérique) n'est justifié (en dehors du rhinopharynx),
- le TEP-scanner peut être discuté en cas de discordance clinico-radiologique,
- un dosage de la TSH pour les patients ayant eu soit une irradiation sur l'aire thyroïdienne et/ou une hémithyroïdectomie tous les ans pendant 5 ans.

### **Autres objectifs de la surveillance carcinologique :**

- évaluer et calmer les douleurs,
- évaluer l'état dentaire, le port des protections fluorées,
- surveiller le poids et proposer éventuellement un avis nutritionniste,
- évaluer la fonction de l'épaule et proposer une rééducation si nécessaire,
- organiser la rééducation spécifique de la voix,
- évaluer les addictions et proposer une aide au sevrage,
- évaluer la qualité de vie et l'état socioprofessionnel du patient, l'orienter vers les réseaux et associations d'aide dédiées.

### **Concernant la recherche de métastases et de localisations métachrones oesophagiennes et bronchiques, il est recommandé :**

- de ne pratiquer aucun examen biologique systématique,
- d'effectuer un cliché thoracique au rythme de 2/an les 2 premières années puis 1/an toutes les années suivantes,
- d'effectuer un examen TDM :
  - en cas d'anomalie sur le cliché thoracique, avis pneumologique,
  - en cas de nodule > 1 cm : RCP,
  - en cas de nodule < 1 cm : contrôle TDM à 3 mois,
  - en cas de nodules multiples : arrêt des investigations.
- La découverte d'une lésion métastatique tardive (au-delà de 3 ans) doit faire rechercher un autre cancer primitif.

### **Rythme et organisation de la surveillance :**

- tous les 2 mois la première année,
- tous les 3 mois la deuxième année,
- tous les 4 mois la troisième année,
- tous les 6 mois les quatrième et cinquième année,
- tous les ans jusqu'à la dixième année au moins.

**La surveillance est assurée soit par l'équipe ORL en cas de traitement chirurgical exclusif, soit alternée entre ORL et radiothérapeute en cas de traitement mixte.**

## PLACE DE LA CHIMIOThERAPIE

**La chimiothérapie d'induction ou néo-adjuvante** est utilisée dans une stratégie de préservation d'organe dans les carcinomes du larynx et de l'hypopharynx. Son but est d'éviter une laryngectomie ou une pharyngolaryngectomie totale rendue nécessaire par l'extension tumorale (T2 ou T3 ne pouvant faire l'objet d'une laryngectomie partielle). Cette chimiothérapie permet en fonction de la réponse tumorale de poursuivre le traitement par une radiothérapie ou de confirmer l'indication de laryngectomie totale en cas de mauvaise réponse.

La chimiothérapie associée à la radiothérapie de manière concomitante améliore la survie des cancers de l'oropharynx et de la cavité buccale inopérables (niveau B).

La place des associations radio-chimiothérapiques concomitantes est à l'étude dans les cancers inopérables du larynx et de l'hypopharynx.

L'intérêt d'une association radio-chimiothérapique post-opératoire doit être discuté en cas de facteurs histologiques de mauvais pronostic (recoupes positives et/ou N+R+ et/ou embols vasculaires et/ou engainements périnerveux...).

S'il y a une contre-indication à une radiochimiothérapie concomitante pour des cancers épidermoïdes inopérables ou oropharyngés stade III, IV, il s'agit d'une indication de CETUXIMAB en association avec la radiothérapie (étude BONNER, recommandations de l'OMIT annexe II).

En cas de tumeurs localement avancées inopérables : l'option d'une chimiothérapie néo-adjuvante peut être discutée en RCP ORL. Si cette option est retenue, le schéma TPF (Docetaxel, Platine, 5FU) montre un gain en terme de survie par rapport au schéma PF (étude TAX 323, recommandations de l'OMIT annexe II).

## RÉFÉRENCES

Bernier J, Domenge C, Ozsahin M, et al for the EORTC. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N Eng J Med* 2004 ; 350 : 1945-52.

Bonner JA, Harari PM, Giralt J, Azarnia N, Shin DM, Cohen RB, Jones CU, Sur R, Raben D, Jassem J, Ove R, Kies MS, Baselga J, Yousoufian H, Amellal N, Rowinsky EK, Ang KK.

Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck.

*N Engl J Med*. 2006 Feb 9; 354(6) : 567-78.

Bourhis J, Lefebvre JL, Temam S, Lusinchi A, Janot F, Wibault P, Pignon JP. [Larynx preservation : nonsurgical approaches] *Cancer Radiother*. 2004 Nov 8 Suppl 1 : S24-8.

Calais G, Alfonsi M, Bardet E, Sire C, Germain T, Bergerot P, Rhein B, Tortoc J, Oudinot P, Bertrand P. Stage III and IV cancers of the oropharynx : results of a randomized study of Gortec comparing radiotherapy alone with concomitant chemotherapy. *Bull Cancer* 2000; 87 spec No : 48-53

Denis F, Garaud P, Bardet E, Alfonsi M, Sire C, Germain T, Bergerot P, Rhein B, Tortochaux J, Calais G. Final results of the 94-01 French Head and Neck Oncology and Radiotherapy Group randomized trial comparing radiotherapy alone with concomitant radiochemotherapy in advanced-stage oropharynx carcinoma. *J Clin Oncol*. 2004 Jan 1; 22(1) : 69-76.

Pignon JP, le Maître A, Bourhis J; MACH-NC Collaborative Group. Meta-Analyses of Chemotherapy in Head and Neck Cancer (MACH-NC) : an update. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007; 69 (2 Suppl) : S112-4.

The Department of Veterans Affairs Laryngeal Study Group : Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med* 1991; 324 : 1685-90.

Védrine L, Chargari C, Le Moulec S, Fayolle M, Ceccaldi B, Bauduceau O.  
Cancer chemotherapy of the upper aerodigestive tract *Cancer Radiother.*  
2008 Mar; 12 (2) : 110-9. 9

Vermorken JB, Remenar E, van Herpen C, Gorlia T, Mesia R, Degardin M,  
Stewart JS, Jelic S, Betka J, Preiss JH, van den Weyngaert D, Awada A,  
Cupissol D, Kienzer HR, Rey A, Desauois I, Bernier J, Lefebvre JL;  
EORTC 24971/TAX 323 Study Group.  
Cisplatin, fluorouracil, and docetaxel in unresectable head and neck  
cancer. *N Engl J Med.* 2007 Oct 25; 357 (17) : 1695-704.



## CAS PARTICULIERS

---

### **Impasse ganglionnaire :**

Il n'y a **pas d'impasse ganglionnaire** sauf pour les cas exceptionnels suivants :

- cancer de la corde vocale classé T1,
- petite tumeur superficielle T1 inférieur à 1 cm, N0 clinique et radiologique,
- malade âgé ou en mauvais état général, N0 clinique et radiographique (à discuter au cas par cas).

### **En cas de N+ histologique :**

- Si N+ R+ : radiothérapie complémentaire systématique,
- Si N+ R- :
  - unique < 15 mm : discuter une simple surveillance,
  - multiples ou > 15 mm : radiothérapie complémentaire.

### **Adénopathies de plus de 6 cm :**

**En cas de N3**, si l'adénopathie est extirpable, on discutera de l'intérêt du curage ganglionnaire de première intention et ceci quel que soit le traitement proposé pour la tumeur.

### **Exérèses insuffisantes :**

D'une manière générale, en cas d'exérèse «limite» ou insuffisante, la reprise chirurgicale sera privilégiée si elle est possible.

**Tumeur multi-focale :**

En cas de localisations multiples simultanées, la stratégie thérapeutique sera proposée, si possible, pour chaque localisation de façon dissociée.

# CARCINOMES EPIDERMOIDES DE LA CAVITE BUCCALE

## LOCALISATIONS ET CLASSIFICATIONS TNM

### Localisations

Les carcinomes de la cavité orale ou buccale comprennent les carcinomes des lèvres, des gencives, des vestibules, du plancher buccal, de la langue mobile et la face interne des joues.

### Classifications TNM

Elles seront rappelées dans le texte sauf stades ganglionnaires et métastatiques identiques pour toutes les localisations.

#### ■ **Classification T**

**Tis** : carcinome in situ

**T1** : tumeur de grand axe inférieur ou égal à 2 cm

**T2** : tumeur de grand axe supérieur à 2 cm et inférieur et égal à 4 cm

**T3** : tumeur de grand axe supérieur à 4 cm

**T4** :

**T4a** (lèvres) : la tumeur traverse la corticale osseuse, atteint le nerf dentaire inférieur, le plancher de la bouche ou la peau (menton ou nez)

**T4a** (cavité orale) : la tumeur s'étend à travers la corticale osseuse, ou vers les muscles profonds/extrinsèques de la langue (généioglosse, hyoglosse, palatoglosse et styloglosse), le sinus maxillaire ou la peau de la face,

**T4b** (lèvres et cavité orale) : la tumeur envahit l'espace masticateur, l'apophyse ptérygoïde ou la base du crâne ou englobe l'artère carotide interne.

#### ■ **Classification N**

**N0** : pas d'adénopathie clinique ou radiologique

**N1** : adénopathie homolatérale unique,  $\leq$  ou = à 3 cm

**N2a** : adénopathie homolatérale unique,  $>$  à 3 cm et  $\leq$  ou = à 6 cm

**N2b** : adénopathies homolatérales multiples  $\leq$  ou = à 6 cm

**N2c** : adénopathies bilatérales ou controlatérale(s)  $\leq$  ou = à 6 cm

**N3** : adénopathie de grand diamètre  $>$  à 6 cm

■ **Métastase à distance**

**M0** : absence de métastase

**M1** : métastase

# CARCINOMES EPIDERMOIDES DES LEVRES

## CLASSIFICATION TNM

**Tis** : Carcinome In situ

**T1** : Tumeur < ou égale 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < ou égale 4 cm

**T3** : Tumeur > 4 cm

**T4** :

T4a : peau de la face, os, nerf dentaire inférieur plancher buccal

T4b : espace masticateur, ptérygoïde, base du crâne, carotide interne

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

### ■ *Tumeur résécable* :

**T1 < 1 cm :**

- ▶ Résection cunéiforme si celle-ci est compatible avec un bon résultat fonctionnel et esthétique,
- ▶ Surveillance ganglionnaire si N0.

**T1 > 1cm, T2 :**

- ▶ Curiothérapie intersticielle,
- ▶ Surveillance ganglionnaire si N0,

ou

- ▶ Curage bilatéral si Np.

**T3 soit :**

- ▶ Résection avec reconstruction + Curage bilatéral,

ou

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet.

**T4 osseux :**

- ▶ Résection avec reconstruction + Curage bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-op +/- Chimiothérapie concomitante en fonction analyse histologique (T et N).

■ **Tumeurs non résecables :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

# PLANCHER BUCCAL ET SILLON PELVI-LINGUAL

## CLASSIFICATION TNM

**Tis** : Carcinome In situ

**T1** : Tumeur < ou égale 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < ou égale 4 cm

**T3** : Tumeur > 4 cm

**T4** :

T4a : extension vers les muscles profonds/extrinsèques de la langue, os, peau de la face

T4b : espace masticateur, ptérygoides, base du crâne, carotide interne

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ **Tumeur résécable :**

**Tis et T1 superficiel, non infiltrant, bien limité < 1 cm, N0 :**

- ▶ Résection-suture,
- ▶ Surveillance ganglionnaire.

**T1 > 1cm, T2 :**

- ▶ Pelvectomy ou pelvi-glossectomie ou pelvi-mandibulectomie en fonction du siège de la tumeur + Curage ganglionnaire systématique uni ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur :
  - Si N0 : groupes I, II et III,
  - Si N1, N2 : groupes I, II, III, IV du côté atteint.
- ▶ Radiothérapie post-opératoire (+/- chimio) :
  - Si N+R+, ou N+R- multiples,
  - En fonction de l'extension et de l'infiltration (ex : langue).

**T3, T4 résécable :**

- ▶ Pelviglossectomie ou pelvimandibulectomie avec reconstruction + Curage ganglionnaire bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire +/- Chimiothérapie concomitante.

■ **Tumeur non résécable :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

# FACE INTERNE DE LA JOUE

## CLASSIFICATION TNM

**Tis** : Carcinome In situ

**T1** : Tumeur < ou égale 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < ou égale 4 cm

**T3** : Tumeur > 4 cm

**T4** :

T4a : os, peau de la face, sinus maxillaire

T4b : espace masticateur, ptérygoides, base du crâne, carotide interne

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ **Tumeur résecable :**

**Tis et T1 superficiel, non infiltrant, bien limité < 1 cm, N0 :**

- ▶ Résection-suture,
- ▶ Surveillance ganglionnaire.

**T1 > 1cm, T2, T3, T4 résecables :**

- ▶ Résection +/- reconstruction + Curage ganglionnaire homolatéral,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire homolatérale :
  - si T infiltrante (en pratique > T1),
  - si N+ +/- chimiothérapie concomitante.
- ▶ NB : Si exérèse insuffisante :
  - reprise chirurgicale **ou** Curiethérapie si reprise chirurgicale impossible.

### ■ **Tumeur non résecable :**

- ▶ Radiothérapie externe + chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

# CARCINOMES EPIDERMOIDES DE LA LANGUE MOBILE

## CLASSIFICATION TNM

**Tis** : Carcinome In situ

**T1** : Tumeur < ou égale 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < ou égale 4 cm

**T3** : Tumeur > 4 cm

**T4** :

T4a : extension vers les muscles profonds/extrinsèques de la langue, os, peau de la face

T4b : espace masticateur, apophyse ptérygoïde, base du crâne, carotide interne

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ **Tumeur résécable :**

**Tis et T1 superficiel, non infiltrant, bien limité < 1 cm, N0 :**

- ▶ Glossectomie partielle,
- ▶ Surveillance ganglionnaire.

**T1 > 1cm, T2 :**

- ▶ Glossectomie partielle + curage ganglionnaire systématique (groupe I, II, III, IV) uni ou bilatéral en fonction de la localisation tumorale,
- ▶ Curiethérapie de barrage (ou radiothérapie) si :
  - embols périnerveux ou vasculaires,
  - exérèse « limite » et reprise impossible,
  - tumeur très infiltrante ++ cliniquement.
- ▶ Radiothérapie post-opératoire sur N :
  - si tumeur très infiltrante ++ (cliniquement),
  - si N+.
- ▶ NB : Radiothérapie systématique sur terrain particulier non éthylo-tabagiques (jeunes +++).

**T3 et T4 :**

- ▶ Glossectomie partielle avec reconstruction + Curage ganglionnaire systématique bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-op +/- Chimiothérapie concomitante.

NB : Si exérèse insuffisante :

- ▶ Reprise chirurgicale ou Curiethérapie si reprise chirurgicale impossible.

■ **Tumeur non résécable :**

- ▶ Radiothérapie + Chimio. concomitante ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

## RÉFÉRENCES

Bell RB, Kademani D, Homer L, Dierks EJ, Potter BE. Tongue cancer : Is there a difference in survival compared with other subsites in the oral cavity ? J Oral Maxillofac Surg. 2007 Feb; 65(2) : 229-36.

Bozec A, Poissonnet G, Chamorey E, Laout C, Vallicioni J, Demard F, Peyrade F, Follana P, Bensadoun RJ, Benezery K, Thariat J, Marcy PY, Sudaka A, Dassonville O. Radical ablative surgery and radial forearm free flap (RFFF) reconstruction for patients with oral or oropharyngeal cancer: postoperative outcomes and oncologic and functional results. Acta Otolaryngol. 2008 Aug 21 : 1-7.

Day TA, Davis BK, Gillespie MB, Joe JK, Kibbey M, Martin-Harris B, Neville B, Richardson MS, Rosenzweig S, Sharma AK, Smith MM, Stewart S, Stuart RK. Oral cancer treatment. Curr. Treat. Options Oncol 2003; 4(1) : 27-41.

Carvalho AL, Magrin J, Kowalski LP. Sites of recurrence in oral and oropharyngeal cancers according to the treatment approach. Oral Dis 2003; 9(3) : 112-8.

Gurney TA, Eisele DW, Orloff LA, Wang SJ. Predictors of quality of life after treatment for oral cavity and oropharyngeal carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 2008 Aug; 139(2) :262-7.

Klug C, Berzaczy D, Voracek M, Millesi W. Preoperative chemoradiotherapy in the management of oral cancer: a review. J Craniomaxillofac Surg. 2008 Mar; 36(2):75-88. Epub 2008 Jan 28.

LoTempio MM, Wang MB, Sadeghi A. Treatment of advanced oropharyngeal cancers with chemotherapy and radiation Ear Nose Throat J 2003; 82(5) : 367-70.

Licitra L, Grandi C, Guzzo M, Mariani L, Lo Vullo S, Valvo F, Quattrone P, Valagussa P, Bonadonna G, Molinari R, Cantu G. Primary chemotherapy in resectable oral cavity squamous cell cancer: a randomized controlled trial. J. Clin. Oncol 2003; 21(2) : 327-33.

Ord RA, Kolokythas A, Reynolds MA. Surgical salvage for local and regional recurrence in oral cancer.

J Oral Maxillofac Surg. 2006 Sep; 64(9) : 1409-14.

Righini CA, Karkas A, Morel N, Soriano E, Reyt E. Risk factors for cancers of the oral cavity, pharynx (cavity excluded) and larynx] Presse Med. 2008 Sep; 37(9) : 1229-40. Epub 2008 May 27.

Shah JP, Gil Z. Current concepts in management of oral cancer - Surgery. Oral Oncol. 2008 Jul 30.

Stambuk HE, Karimi S, Lee N, Patel SG. Oral cavity and oropharynx tumors. Radiol Clin North Am. 2007 Jan; 45(1) : 1-20. Review.

# CARCINOMES EPIDERMOIDES DE L'OROPHARYNX

## LOCALISATIONS

Les carcinomes de l'oropharynx comprennent les carcinomes de loge amygdalienne, des piliers du voile du palais, des sillons glosso-amygdaliens, du voile du palais, la base de langue, du sillon glosso-epiglottique et la paroi pharyngée postérieure de l'oropharynx.

## CLASSIFICATIONS TNM

Elles seront rappelées dans le texte sauf stades ganglionnaires et métastatiques identiques pour toutes les localisations.

### ■ **Classification T**

Tis : carcinome in situ

T1 : tumeur de grand axe inférieur ou égal à 2 cm

T2 : tumeur de grand axe supérieur à 2 cm et < et égal à 4 cm

T3 : tumeur de grand axe supérieur à 4 cm

T4 :

T4a : la tumeur atteint le larynx, ou la musculature profonde ou extrinsèque de la langue, ou le muscle ptérygoidien médian, ou palais osseux ou la mandibule,

T4b : la tumeur envahit le muscle ptérygoidien latéral, ou l'apophyse ptérygoïde, ou la paroi latérale du nasopharynx, ou la base du crâne ou englobe l'artère carotide interne.

### ■ **Classification N**

**N0** : pas d'adénopathie clinique ou radiologique

**N1** : adénopathie homolatérale unique, ≤ ou égale à 3 cm

**N2a** : adénopathie homolatérale unique, > à 3 cm et ≤ ou égale à 6 cm

**N2b** : adénopathies homolatérales multiples ≤ ou égale à 6 cm

**N2c** : adénopathies bilatérales ou controlatérale(s) ≤ ou égale à 6 cm

**N3** : adénopathie de grand diamètre > à 6 cm

### ■ **Métastase à distance**

**M0** : absence de métastase

**M1** : métastase

# CARCINOME DE LA COMMISSURE INTER-MAXILLAIRE

## CLASSIFICATION TNM

T1 : Tumeur < 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 :

T4a : atteinte de la musculature profonde ou extrinsèque de la langue, ou du muscle ptérygoidien médian, du palais osseux ou de la mandibule,

T4b : la tumeur envahit le muscle ptérygoidien latéral, ou l'apophyse ptérygoïde, ou la paroi latérale du nasopharynx, ou la base du crâne ou englobe l'artère carotide interne.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ *Tumeur résécable :*

**Tis et T1 superficiel, non infiltrant, bien limité < 1 cm, N0 :**

- ▶ Exérèse endo-buccale,
- ▶ Surveillance ganglionnaire.

**T1 > 1cm, T2, T3, T4 résécables :**

- ▶ **Bucco-Pharyngectomie** avec ou sans mandibulectomie + Curage ganglionnaire homolatéral,
- ▶ Radiothérapie post-op homolatérale +/- Chimiothérapie concomitante.

### ■ *Tumeur non résécable :*

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

# CARCINOME DU VOILE DU PALAIS

## CLASSIFICATION TNM

T1 : Tumeur < 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 :

T4a : la tumeur atteint, ou la musculature profonde ou extrinsèque de la langue, ou le muscle ptérygoidien médian, ou palais osseux, ou la mandibule,

T4b : la tumeur envahit le muscle ptérygoidien latéral, ou l'apophyse ptérygoïde, ou la paroi latérale du nasopharynx, ou la base du crâne ou englobe l'artère carotide interne.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ *Tumeur résécable :*

**Tis et T1 superficiel, non infiltrant, bien limité < 1 cm, N0 :**

- ▶ Exérèse endo-buccale,
- ▶ Surveillance ganglionnaire.

**T > 1 cm, T2 :**

- ▶ Radiothérapie externe sur T et N avec éventuellement :
  - ▶ Curiethérapie en complément de dose sur T,
  - ▶ Adénectomie sur reliquat GG (+/- curage si N+),
- ou
- ▶ Résection endo-buccale si celle-ci est compatible avec un bon résultat fonctionnel + Curage ganglionnaire bilatéral,
  - ▶ Radiothérapie post-opératoire.

**NB :** On rappelle le drainage lymphatique haut situé qui peut être difficilement accessible à la chirurgie.

- ▶ En cas de N3, si l'adénopathie est extirpable, on discutera de l'intérêt du curage ganglionnaire de première intention et ceci quel que soit le traitement proposé pour la tumeur.

■ **Tumeur non résécable :**

**T3 et T4 :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie

# CARCINOME DE LA REGION AMYGDALIENNE

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur < 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

**T3** : Tumeur > 4 cm

**T4** :

T4a : la tumeur atteint le larynx, ou la musculature profonde ou extrinsèque de la langue, ou le muscle ptérygoidien médian, ou palais osseux ou la mandibule,

T4b : la tumeur envahit le muscle ptérygoidien latéral, ou l'apophyse ptérygoïde, ou la paroi latérale du nasopharynx, ou la base du crâne ou englobe l'artère carotide interne.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ *Tumeur résécable* :

#### **T1, T2 amygdalien « pur » :**

- ▶ Radiothérapie externe exclusive T et N, ou
- ▶ Amygdalectomie élargie + Curage homolatéral T1,T2 avec atteinte d'un pilier ou de l'ogive vélique ou du sillon glosso-amygdalien ou de la commissure intermaxillaire :
- ▶ Résection chirurgicale (endobuccale ou avec mandibulotomie en fonction de l'extension) + Curage ganglionnaire homolatéral,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire :
  - si T infiltrante,
  - si N+.

#### **T3, T4 résécable :**

- ▶ Bucco-pharyngectomie trans-maxillaire avec mandibulectomie si atteinte osseuse + Curage ganglionnaire homolatéral,
- ▶ Radiothérapie post-op +/- Chimiothérapie concomitante.

***Tumeur non résécable :***

**T3 ou T4 avec atteinte du voile au delà de la ligne médiane et/ou atteinte du cavum et/ou extension massive dans la base de langue :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

# CARCINOME DU SILLON GLOSSO-AMYGDALIEN

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur < 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

**T3** : Tumeur > 4 cm

**T4** :

T4a : la tumeur atteint le larynx, ou la musculature profonde ou extrinsèque de la langue, ou le muscle ptérygoidien médian, ou palais osseux ou la mandibule,

T4b : la tumeur envahit le muscle ptérygoidien latéral, ou l'apophyse ptérygoïde, ou la paroi latérale du nasopharynx, ou la base du crâne ou englobe l'artère carotide interne.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ *Tumeur résécable* :

Quel que soit le T :

- ▶ Bucco-pharyngectomie trans-Maxillaire avec mandibulectomie si atteinte osseuse + Curage ganglionnaire homo ou bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-op +/- Chimiothérapie concomitante.

### ■ *Tumeur non résécable* :

**T dont l'extension dans la base de langue imposerait une glossectomie trop large avec des conséquences fonctionnelles majeures :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

# CARCINOME DE LA BASE DE LANGUE

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur < 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

**T3** : Tumeur > 4 cm

**T4** :

T4a : la tumeur atteint le larynx, ou la musculature profonde ou extrinsèque de la langue, ou le muscle ptérygoidien médian, ou palais osseux ou la mandibule,

T4b : la tumeur envahit le muscle ptérygoidien latéral, ou l'apophyse ptérygoïde, ou la paroi latérale du nasopharynx, ou la base du crâne ou englobe l'artère carotide interne.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ **Tumeur résécable :**

**T1 ou T2 bourgeonnante, peu infiltrante, bien limitée et latérale :**

- ▶ Radiothérapie externe exclusive T et N,
- ou
- ▶ Résection par voie de mandibulotomie + Curage uni ou bilatéral en fonction localisation,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire +/- Chimiothérapie concomitante (en fonction N et analyse histologique du T).

**NB : Si exérèse insuffisante :**

- ▶ Reprise chirurgicale,
- ou
- ▶ Curiethérapie si reprise chirurgicale impossible.

### ■ **Tumeur non résécable :**

**T dont l'extension dans la base de langue imposerait une glossectomie trop large avec des conséquences fonctionnelles majeures :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

# CARCINOME DE LA PAROI POSTERIEURE DE L'OROPHARYNX

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur < 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

**T3** : Tumeur > 4 cm

**T4** :

T4a : la tumeur atteint le larynx, ou la musculature profonde ou extrinsèque de la langue, ou le muscle ptérygoidien médian, ou palais osseux ou la mandibule,

T4b : la tumeur envahit le muscle ptérygoidien latéral, ou l'apophyse ptérygoïde, ou la paroi latérale du nasopharynx, ou la base du crâne ou englobe l'artère carotide interne.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ *Tumeur résécable* :

**T1, T2 accessibles** :

- ▶ Pharyngectomie partielle par voie endobuccale ou pharyngotomie latérale,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire sur N.

### ■ *Tumeur non résécable* :

**T1, T2 inaccessibles, T3 et T4** :

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

# CARCINOME DU SILLON GLOSSO-EPIGLOTTIQUE

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur < 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

**T3** : Tumeur > 4 cm

**T4** :

T4a : la tumeur atteint le larynx, ou la musculature profonde ou extrinsèque de la langue, ou le muscle ptérygoidien médian, ou palais osseux ou la mandibule,

T4b : la tumeur envahit le muscle ptérygoidien latéral, ou l'apophyse ptérygoïde, ou la paroi latérale du nasopharynx, ou la base du crâne ou englobe l'artère carotide interne.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ **Tumeur résécable :**

**Tumeur limitée aux vallécules avec une infiltration limitée de la base de langue (< 1 cm) :**

- ▶ Laryngectomie sub-glosso supra-glottique + Curage ganglionnaire bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post opératoire +/- Chimiothérapie concomitante en fonction analyse histologique T et N.

### ■ **Tumeur non résécable :**

**T dont l'extension dans la base de langue imposerait une glossectomie trop large avec des conséquences fonctionnelles majeures :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

## REFERENCES

Adelstein DJ. Concurrent chemoradiotherapy in the management of squamous cell cancer of the oropharynx: current standards and future directions. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2007; 69 (2 Suppl) : S37-9. No.

Bozec A, Poissonnet G, Chamorey E, Laout C, Vallicioni J, Demard F, Peyrade F, Follana P, Bensadoun RJ, Benezery K, Thariat J, Marcy PY, Sudaka A, Dassonville O.

Radical ablative surgery and radial forearm free flap (RFFF) reconstruction for patients with oral or oropharyngeal cancer: postoperative outcomes and oncologic and functional results.

*Acta Otolaryngol.* 2008 Aug 21 : 1-7.

Calais G, Alfonsi M, Bardet E, Sire C, Germain T, Bergerot P, Rhein B, Tortoc J, Oudinot P, Bertrand P. Stage III and IV cancers of the oropharynx : results of a randomize study of Gortec comparing radiotherapy alone with concomitant chemotherapy. *Bull Cancer* 2000; 87 spec No : 48-53.

Clayman GL, Johnson CJ 2nd, Morrison W, Ginsberg L, Lippman SM. The role of neck dissection after chemoradiotherapy for oropharyngeal cancer with advanced nodal disease.

*Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 127 : 135-9.

Cosmidis A, Rame JP, Dassonville O, Temam S, Massip F, Poissonnet G, Poupart M, Marandas P, De Raucourt D; Groupement d'Etudes des Tumeurs de la Tête et du Cou (GETTEC).

T1-T2 NO oropharyngeal cancers treated with surgery alone. A GETTEC study.

*Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2004 May; 261(5) : 276-81. Epub 2003 Oct 9.

Denittis AS, Machtay M, Rosenthal DI, Sanfilippo NJ, Lee JH, Goldfeder S, Chalian AA, Weinstein

GS, Weber RS. Advanced oropharyngeal carcinoma treated with surgery and radiotherapy : oncologic outcome and functional assessment. *Am J otolaryngol* 2001; 22 : 329-35.

Depondt J, Guedon C, Cohen B, Nallet E, Gehanno P. Pharyngectomie latérale trans-mandibulaire conservatrice. Résultats fonctionnels dans une série de 38 patients. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1993; 110 : 456-61.

Domenge C, Hill C, Lefebvre JL, De Raucourt D, Rhein B, Wibault P, Marandas P, Coche-Dequeant B, Tromboni-Luboiniski M, Sancho-Garnier H, Luboiniski B. French Groupe d'Etude des Tumeurs de la Tête et du Cou (GETTEC). Randomized trial of neoadjuvant chemotherapy in oropharyngeal carcinoma. French Groupe d'etude des Tumeurs de la Tête et du Cou (GETTEC) *Br J cancer* 2000; 83 : 1594-8.

Ghi MG, Paccagnella A, D'Amanzo P et al. Neoadjuvant docetaxel, cisplatine, 5-fluorouracil before concurrent chemoradiotherapy in locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck versus chemoradiotherapy : a phase II feasibility study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 59(2) : 481-7.

Gurney TA, Eisele DW, Orloff LA, Wang SJ Predictors of quality of life after treatment for oral cavity and oropharyngeal carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008 Aug; 139(2) : 262-7.

Jones AS, Beasley NJ, Houghton DJ, Williams S, Husband DG. Treatment of oropharyngeal carcinoma by irradiation or by surgery. *Clin Otolaryngol* 1998; 23 : 172-6.

Watkinson JC, Owen C, Thompson S, Das Gupta R, Glaholm J. Conservation surgery in the management of T1 and T2 oropharyngeal squamous cell carcinoma : the Birmingham UK experience. *Clin Otolaryngol* 2002; 27: 541-8.



## **CARCINOMES EPIDERMOÏDES DU LARYNX**

---

# CARCINOME DU LARYNX SUPRA- GLOTTIQUE

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur limitée à un site anatomique, mobilité normale

**T2** : Tumeur étendue à plus d'un site supraglottique ou à la glotte, sans fixation du larynx

**T3** : Tumeur limitée au larynx avec fixation d'une corde vocale et/ou envahissement rétro-cricoïdienne et/ou de l'espace pré-épiglottique ou érosion du cartilage thyroïde

**T4** :

T4a : tumeur traversant le cartilage thyroïde et/ou s'étendant hors du larynx dans les parties molles du cou, à la thyroïde et/ou à l'œsophage,

T4b : envahissement prévertébral, médiastinal, artère carotide.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

**T1, peu infiltrant :**

- ▶ Résection endoscopique,  
ou
- ▶ Radiothérapie exclusive.

**T1, T2, T3 infiltrant accessible à une chirurgie partielle :**

- ▶ Laryngectomie partielle (ou résection endoscopique) + Curage ganglionnaire uni ou bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire si N+R+ ou N+ multiples.

**T3, T2 inaccessible à une chirurgie partielle (localisation et/ou extension et/ou terrain). Indication théorique de Laryngectomie Totale ou stratégie de PRESERVATION D'ORGANE si pas de contre-indication à une chimiothérapie,**

soit :

- ▶ Chimiothérapie d'induction,
- ▶ Evaluation clinique et tomодensitométrie,
- ▶ Radiothérapie externe en cas de réponse > à 50 % avec récupération d'une mobilité laryngée.

Sinon :

- ▶ Laryngectomie totale en cas de non réponse,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire.

Alternative

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante,
- ▶ Laryngectomie de rattrapage si échec.

**T4 :**

- ▶ Laryngectomie totale d'emblée + Curage ganglionnaire bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire +/- Chimiothérapie.

# CARCINOME DU PLAN GLOTTIQUE

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur limitée aux cordes vocales pouvant envahir les commissures antérieure et postérieure avec mobilité normale

T1a : limitée à une corde vocale

T1b : envahissant les 2 cordes vocales.

**T2** : Tumeur étendue en supra-glottique et/ou en sous glottique et/ou avec une mobilité diminuée de la corde vocale.

**T3** : Tumeur limitée au larynx avec fixation de(s) corde vocale, érosion cartilage thyroïde (corticale interne)

**T4** :

T4a : tumeur étendue à travers le cartilage thyroïde et/ou envahissant d'autres structures extra-laryngées (trachée, parties molles du cou, thyroïde oesophage),

T4b : envahissement prévertébral, médiastinal, artère carotide.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

**T1a** : à distance des commissures ou jouxtant la commissure antérieure :

Le traitement sera à discuter en fonction du résultat fonctionnel escompté, de l'âge, de la profession et du souhait du patient, soit :

- ▶ Radiothérapie exclusive (T seule),
- ou
- ▶ Cordectomie.

**T1b** : envahissant la commissure antérieure superficiellement sans atteinte cartilagineuse au scanner, sous glotte indemne :

- ▶ Chirurgie partielle,
- ▶ Surveillance ganglionnaire.

**T2 accessible à une chirurgie partielle :**

- ▶ Laryngectomie partielle\_+ Curage ganglionnaire bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire si N+.

NB : Lors de réalisation de chirurgie partielle en cas d'exérèse «limite» on discutera soit :

- ▶ Reprise chirurgicale par une partielle plus large,
- ▶ Résection au laser dans la zone douteuse,
- ▶ Laryngectomie totale,
- ▶ Radiothérapie externe,
- ▶ Dans certains cas surveillance.

**T3, T2 inaccessible à une chirurgie partielle (localisation et/ou extension et/ou terrain)**

**Indication théorique de Laryngectomie Totale ou stratégie de PRESERVATION D'ORGANE si pas de contre-indication à une chimiothérapie :**

soit :

- ▶ Chimiothérapie d'induction puis évaluation clinique et tomodesitométrie,
- ▶ Radiothérapie externe en cas de réponse > à 50 % avec récupération d'une mobilité laryngée.

Sinon :

- ▶ Laryngectomie totale en cas de non réponse,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire.

#### Alternative

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante,
- ▶ Laryngectomie de rattrapage si échec local.

**T4 :**

- ▶ Laryngectomie totale d'emblée + Curage ganglionnaire bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire +/- Chimiothérapie concomitante.

# CARCINOME DU LARYNX SOUS-GLOTTIQUE

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur limitée à la sous glotte, mobilité normale

**T2** : Tumeur étendue à une ou aux cordes vocales, mobilité normale ou altérée

**T3** : Tumeur limitée au larynx avec fixation de(s) corde(s) vocale(s)

**T4** :

T4a : tumeur étendue au cartilage thyroïde ou cricoïde et/ou envahissant d'autres structures extra-laryngées (trachée, thyroïde, œsophage),

T4b : envahissement prévertébral, médiastinal, artère carotide.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUE

### ■ **Tumeur résécable :**

**T 1 limité (extension vers le bas < 5 mm) :**

▶ Résection laser si possible,

ou

▶ Laryngectomie partielle.

**Sinon quelque soit le T :**

▶ Laryngectomie totale d'emblée + Curage ganglionnaire cervical bilatéral + Curage récurrentiel,

▶ Radiothérapie post-op +/- Chimiothérapie concomitante.

### ■ **Tumeur non résécable :**

**Quelque soit le T :**

▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

## REFERENCES

Chevalier D, Laccourreye O, Brasnu D, Laccourreye H, Piquet JJ. Cricohyoïdoépiglottopexy for glottic carcinoma with fixation or impaired motion of the true vocal cord. 5-year oncologic results with 112 patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997; 106 : 364-9.

Damm M, Sittel C, Steppel M, Eckel HE. Transoral CO2 laser for surgical management of glottic carcinoma in situ. *Laryngoscope* 2000; 110 : 1215-21.

Dufour X, Hans S, De Mones E, Brasnu D, Menard M, Laccourreye O. Local control after supracricoid partial laryngectomy for "advanced" endolaryngeal squamous cell carcinoma classified as T3. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 130(9) : 1092-9.

Eckel HE. Endoscopic laser resection of supraglottic carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 117 : 681-7.

Forastiere AA, Goepfert H, Maor M et al. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. *N Eng J Med* 2003; 349 : 2091-8.

Forastiere : Réponses et commentaires à l'article ci-dessus dans : *NEJM* 2004; 350 : 1049-53.

Haddad R, Tishler RB, Norris CM et al. Docetaxel, Cisplatin, 5-Fluorouracil (TPF)- based induction chemotherapy for head and neck cancer and the case for sequential, combined-modality treatment. *The Oncologist* 2003; 8 : 35-44.

Janot F, Rhein B, Koka VN, Wibault P, Domenge C, Bessede JP, Marandas P, Schwaab G, Luboinski B. Laryngeal Preservation with Induction Chemotherapy. Experience of two GETTEC Centers, Between 1985 and 1995 *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*. 2002 Feb;119(1) :12-20.

Laccourreye H, Brasnu D, Ménard M, Chabardes E, Laccourreye O. La chirurgie partielle des épithéliomas du pharyngo-larynx. Paris: Monographie du CCA Wagram, 1991 : 119.

Lefebvre JL. What is the role of primary surgery in the treatment of laryngeal and hypopharyngeal cancer ? Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2000;126 : 285-8.

Remacle M, Eckel HE, Antonelli A, Brasnu D, Chevalier D, Friedrich G, Olofsson J, Rudert HH, Thumfart W, De Vincentiis M, Wustrow TPU. Endoscopic cordectomy. A proposal for a classification by the Working Committee, European Laryngological Society. Eur Arch Otolaryngol 2000; 257 : 227-31.

Rudert HH, Werner JA, Hoft S. Transoral carbon dioxide laser resection of supraglottic carcinoma. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998; 108 : 819-27.

The Department of Veterans Affairs Laryngeal Study Group : Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. N Engl J Med 1991; 324 : 1685-90.



## **CARCINOMES EPIDERMOÏDES DE L'HYPOPHARYNX**

---

# CARCINOME DU SINUS PIRIFORME

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur limitée au sinus piriforme et < ou égale à 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < 4 cm, et/ou envahissant un autre site de l'hypopharynx (exemple : margelle laryngée, paroi postérieure, rétro cricoïde) avec une mobilité laryngée normale

**T3** : Tumeur > 4cm dans sa plus grande dimension ou avec fixation de l'hémilarynx.

**T4** :

T4a : tumeur envahissant les structures adjacentes (cartilages laryngés, parties molles du cou, thyroïde, oesophage),

T4b : envahissement prévertébral, médiastinal, artère carotide.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ *Tumeur résécable* :

**T1 bourgeonnant, peu infiltrant, < 2 cm** :

- ▶ Radiothérapie exclusive.

**T1, T2** :

- ▶ Chirurgie partielle + Curage ganglionnaire homolatéral,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire systématique.

**T3, T2 inaccessible à une chirurgie partielle (localisation et/ou extension et/ou terrain)** :

- ▶ Indication théorique de Pharyngo-Laryngectomie Totale ou stratégie de PRESERVATION D'ORGANE si pas de contre-indication à une chimiothérapie :
- ▶ Chimiothérapie d'induction,
- ▶ Evaluation clinique et tomодensitométrie,
- ▶ Radiothérapie externe en cas de réponse > à 80 % avec récupération d'une mobilité laryngée normale,

Sinon :

47

- ▶ Pharyngo-Laryngectomie totale en cas de non réponse,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire.

**T4 :**

- ▶ Pharyngo-Laryngectomie totale d'emblée + Curage ganglionnaire bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire +/- Chimiothérapie concomitante.

■ **Tumeur non résécable :**

**Quelque soit le T :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

# CARCINOME DE LA REGION-CRICOÏDIENNE

## INDICATION THERAPEUTIQUE

### ■ *Tumeur résécable :*

**T1 limité, bourgeonnant, peu infiltrant :**

- ▶ Radiothérapie exclusive.

**Quel que soit le T :**

- Pharyngo-Laryngectomie totale d'emblée, circulaire ou non en fonction de l'extension + Curage ganglionnaire bilatéral et récurrentiel,
- Radiothérapie post-opératoire +/- Chimiothérapie concomitante.

### ■ *Tumeur non résécable :*

**Quel que soit le T :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

# CARCINOME DE LA PAROI POSTERIEURE DE L'HYPOPHARYNX

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur < ou égale à 2 cm

**T2** : Tumeur > 2 cm et < 4 cm, et/ou envahissant un autre site de l'hypopharynx (exemple : margelle laryngée, paroi postérieure, rétro cricoïde) avec une mobilité laryngée normale

**T3** : Tumeur > 4cm dans sa plus grande dimension ou avec fixation de l'hémilarynx

**T4** :

T4 a : tumeur envahissant les structures adjacentes (cartilages laryngés, parties molles du cou, thyroïde, oesophage),

T4b : envahissement prévertébral, médiastinal, artère carotide.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ **Tumeur résécable :**

**T1 bourgeonnant :**

- ▶ Radiothérapie exclusive.

**T1, T2 < 3cm :**

- ▶ Exérèse chirurgicale par pharyngotomie latérale ou par voie endoscopique + Curage ganglionnaire bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire.

**T2 > 3cm, T3,T4 :**

- ▶ Pharyngo-Laryngectomie totale circulaire + Curage ganglionnaire bilatéral,
- ▶ Radiothérapie post-op +/- Chimiothérapie concomitante.

### ■ **Tumeur non résécable :**

**T avec infiltration profonde ou extension vers l'oropharynx et/ou l'oesophage :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet ou CETUXIMAB si CI chimiothérapie.

## REFERENCES

Beauvillain C, Mahé M, Bourdin S, et al. Final results of a randomized trial comparing chemotherapy plus radiotherapy with chemotherapy plus surgery plus radiotherapy in locally advanced respectable hypopharyngeal carcinomas. *Laryngoscope* 1997; 107 : 648-53.

Chu PY, Li WY, Chang SY. Clinical and pathologic predictors of survival in patients with squamous cell carcinoma of the hypopharynx after surgical treatment. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008 Mar; 117(3) : 201-6.

Foote RL. Radiotherapy alone for early-stage squamous cell carcinoma of the larynx and hypopharynx. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007; 69(2 Suppl) : S31-6.

Haddad R, Tishler RB, Norris CM et al. Docetaxel, Cisplatin, 5-Fluorouracil (TPF)- based induction chemotherapy for head and neck cancer and the case for sequential, combined-modality treatment. *The Oncologist* 2003; 8 : 35-44.

Laccourreye H, Brasnu D, Ménard M, Chabardes E, Laccourreye O. La chirurgie partielle des épithéliomas du pharyngo-larynx. Paris: Monographie du CCA Wagram, 1991.

Lefebvre JL. What is the role of primary surgery in the treatment of laryngeal and hypopharyngeal cancer? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2000; 126 : 285.

Lefebvre JL, Chevalier D, Luboinski B, Traissac L, Andry G, de Raucourt D, Collette L, Bernier J . Is laryngeal preservation with induction chemotherapy safe in the treatment of hypopharyngeal SCC ? Final results of the phase III EORTC 24891 trial. ASCO 2004. Poster 5531.

Mochiki M, Sugawara M, Nibu K, Asai M, Nakao K, Asakage T. Prognostic factors for hypopharyngeal cancer: a univariate and multivariate study of 142 cases. *Acta Otolaryngol Suppl*. 2007 Dec; (559) : 136-44.

Steiner W, Ambrosch P, Hess CF, Kron M. Organ preservation by transoral laser microsurgery in piriform sinus carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 124 : 58-67.



# CARCINOMES DU NASOPHARYNX

## CLASSIFICATION TNM

**T1** : Tumeur limitée au nasopharynx

**T2** : extension aux tissus mous de l'oropharynx et/ou aux fosses nasales

T2a : sans extension para-pharyngée

T2b : avec extension para-pharyngée

**T3** : envahissement des structures osseuses et/ou des sinus de la face

**T4** : Tumeur avec extension intra-crânienne ou envahissant les nerfs crâniens et/ou la fosse sous-temporale et/ou l'hypopharynx et/ou l'orbite et/ou l'espace masticateur

**N1** : adénopathie(s) unilatérale(s) inférieures ou égales à 6 cm

**N2** : adénopathie(s) bilatérale(s) inférieures ou égales à 6 cm

**N3** : adénopathie(s) supérieures à 6 cm ou sus-claviculaires

## CLASSIFICATION ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'OMS

type 1 :

Carcinome épidermoïde kératinisant (cancer des régions à bas risque).

type 2 :

Carcinome épidermoïde non kératinisant.

type 3 :

Carcinome indifférencié (Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type) (cancer des régions à risque élevé, infiltration lymphoïde massive fréquente).

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles seront fonction de l'histologie et de la masse tumorale.

**T1, T2, N0 clinique et tomodynamométrique :**

- ▶ Radiothérapie exclusive quelle que soit l'histologie,
- ▶ Tumeurs > T2 et/ou Np, selon l'histologie :

■ **Carcinomes épidermoïdes bien et moyennement différencié :**

T1 ou T2, N1 ou N2 :

T3 ou T4, N0 ou N1 ou N2 :

- ▶ Radiothérapie + Chimiothérapie concomitante.

N3, quel que soit le T :

- ▶ Chimiothérapie d'induction (CDDP + 5FU),
- ▶ Radiothérapie +/- chimiothérapie.

■ **Carcinomes peu différenciés et UCNT :**

T3 ou T4, N1 ou N2 ou N3 :

- ▶ Chimiothérapie d'induction (BLM, EPI, CDDP),
- ▶ Radiothérapie +/- chimiothérapie concomitante,

ou

- ▶ Radiothérapie + chimiothérapie concomitante,
- ▶ Chimiothérapie adjuvante.

NB : En cas de récurrence locale, on discutera, après chimiothérapie, au cas par cas, d'une réirradiation en technique particulière (radiothérapie conformationnelle +/- modulation d'intensité, radiothérapie en condition stéréotaxique, curiethérapie endonasale).



# CANCERS DES CAVITES NASO-SINUSIENNES

---

## GENERALITÉS

Les cancers des sinus de la face sont relativement rares. Ils représentent entre 0,2 et 0,8% de l'ensemble des cancers et moins de 5% de l'ensemble des tumeurs malignes de la tête et du cou.

La symptomatologie n'est pas spécifique et le diagnostic est souvent tardif. Les localisations tumorales les plus fréquentes se situent au niveau du sinus maxillaire et de l'ethmoïde.

Sur le plan histo-pathologique, les cancers du sinus maxillaire sont principalement des carcinomes épidermoïdes alors que l'adénocarcinome du travailleur du bois est la tumeur maligne la plus fréquente du sinus ethmoïdal devant le carcinome épidermoïde.

D'autres histologies sont retrouvées plus rarement comme le mélanome muqueux, l'esthésioneuroblastome, les sarcomes, les carcinomes indifférenciés et les lymphomes.

Le diagnostic est porté sur une biopsie réalisée, le plus souvent, à la consultation après réalisation d'une imagerie comportant un examen TDM du massif facial en première intention complété par une IRM avant la prise en charge thérapeutique.

Le traitement de ces tumeurs est chirurgical suivi d'une irradiation. La chimiothérapie en particulier néo-adjuvante doit encore être évaluée.

**Les contre-indications chirurgicales** sont généralement :

- l'extension au parenchyme cérébral,
- l'extension au jugum sphénoïdal,
- l'extension au cavum,
- l'extension à la partie postérieure du cône orbitaire.

La chirurgie est généralement conservatrice sur l'œil et, sauf exception, on tentera d'éviter l'exentération orbitaire.

Pour les patients N0, **aucun traitement ganglionnaire systématique n'est réalisé** quelle que soit l'histologie. L'évidement ganglionnaire est systématique pour les patients > N0. Les premiers sites de drainages lymphatiques sont les groupes I (sous-mandibulaires), II (sous digastriques) mais aussi parotidiens et rétropharyngés.

# CANCER DU SINUS MAXILLAIRE

## CLASSIFICATION TNM

**TX** : Caractère tumeur non précisé

**T0** : Pas de tumeur primitive décelable

**Tis** : Carcinome in situ

**T1** :

Tumeur limitée à la muqueuse sans ulcération ou destruction osseuse.

**T2** :

Tumeur avec érosion ou destruction osseuse, excepté pour la paroi postérieure de la cavité, mais incluant la voûte palatine ou le méat nasal moyen.

**T3** :

Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : tissus sous-cutanés, paroi postérieure du sinus maxillaire, fosse ptérygoïde, plancher ou paroi médiane de l'orbite, sinus ethmoïdal.

**T4** :

T4a : tumeur envahissant le contenu orbitaire au delà de la paroi médiane et/ou l'une des structures suivantes : lame criblée, sinus sphénoïdal ou frontal, voile du palais, fosse infra temporale,

T4 b : tumeur envahissant le toit de l'orbite, dure mère, cerveau, étage moyen de la base du crane, nerfs crâniens sauf V2, nasopharynx, clivus.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Elles seront fonction de l'histologie et de la localisation.

Pour les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes :

### ■ *Tumeur résécable* :

**T1** : Exérèse Chirurgicale

**T2** : Exérèse Chirurgicale

▶ Radiothérapie post-opératoire du lit tumoral.

**T3, T4** :

▶ Exérèse Chirurgicale,

▶ Radiothérapie post-opératoire du lit tumoral.

■ **Tumeur non résecable :**

**T1, T2 :**

- ▶ Radiothérapie externe T.

**T3 :**

- ▶ Radiothérapie externe T et N + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet.

**T4 :**

- ▶ Chimiothérapie néoadjuvante éventuelle (adénocarcinome),
- ▶ Radiothérapie externe T et N + Chimiothérapie concomitante.

# CANCER DUSINUS ETHMOIDAL

## CLASSIFICATION TNM

### T1 :

Tumeur limitée à un seul site de l'ethmoïde ou de la fosse nasale +/- érosion osseuse.

### T2 :

Tumeur étendue à 2 sites nasoethmoïdal voisin +/- atteinte osseuse.

### T3 :

Tumeur étendue à la paroi interne ou plancher de l'orbite et/ou au sinus maxillaire, ou palais, ou lame criblée.

### T4 :

T4a : tumeur étendue à l'orbite antérieure, peau du nez ou de la joue, extension minimale à l'étage antérieur de la base du crâne, apophyses ptérygoïdes, sinus sphénoïdal/frontal,

T4b : tumeur envahissant le toit de l'orbite, dure mère, cerveau, étage moyen de la base du crâne, nerfs crâniens sauf V2, nasopharynx, clivus.

Classification standard pour le N.

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ *Tumeur résecable :*

#### Quelque soit le T :

- ▶ Exérèse Chirurgicale +/- reconstruction,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire du lit tumoral.

### ■ *Tumeur non résecable :*

#### T1, T2, T3 :

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet.

#### T4 :

- ▶ Chimiothérapie néoadjuvante éventuelle (adénocarcinome),

59

- ▶ Radiothérapie externe T et N + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet.

## **CANCER DU SINUS SPHENOIDAL**

**Quel que soit le T :**

- ▶ Radiothérapie externe + Chimiothérapie concomitante si la tolérance le permet.

## **CANCER DU SINUS FRONTAL**

- ▶ Cancer rare,
- ▶ Traitement chirurgical + radiothérapie si pas de contre indication.

## REFERENCES

Alvarez I, Suarez C, Rodrigo JP, Nunez F, Caminero MJ : Prognostic factors in paranasal sinus cancer. Am J Otolaryngol 1995; 16 : 109-114.

Brasnu D, Laccourreye O, Bassot V, Laccourreye L, Naudo P, Roux FX. Cisplatin-based neoadjuvant chemotherapy and combined resection for ethmoid sinus adenocarcinoma reaching and/or invading the skull base. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996; 122 : 765-8.

Choussy O, Ferron C, Védrine PO, Toussaint B, Liétin B, Marandas P, Babin E, De Raucourt D, Reyt E, Cosmidis A, Makeiff M, Dehesdin D; GETTEC Study Group. Adenocarcinoma of Ethmoid: a GETTEC retrospective multicenter study of 418 cases. Laryngoscope. 2008 Mar; 118(3) : 437-43.

Faure A, Ferron C, Khalfallah M, Toquet J, Hamel O, Raoul S, Beauvillain de Montreuil C, Robert R. Removal of ethmoidal malignant tumors by the isolated paralateronasal approach with resection of the cribriform plate and the dura mater. Surg Neurol. 2003 Nov; 60(5) : 407-21; discussion 421-2.

Housset M, Huart J. Place de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomas de l'étage antérieur de la base du crâne. Neurochirurgie 1997; 46 : 85-87.

Imola MJ, Schramm VL. Orbital preservation in surgical management of sinusal malignancy. Laryngoscope 2002; 112 : 1357-65.

Jegoux F, Ferron Ch, Malard O, Cariou G, Faure A, Beauvillain De Montreuil C. Ethmoid adenocarcinoma: trans-facial approach for anterior skull base resection. a series of 80 cases Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 2004 Sep; 121(4) : 213-21.

Ketcham AS, Van Buren JM: Tumors of the paranasal sinuses: A therapeutic challenge. Am J Surg 1985; 150 : 406-413.

Lund V, Howard DJ, Cheesman AD. Craniofacial resection for tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses-a 17-year experience. *Head Neck* 1998; 20 : 97-105.

Roux FX, Behm E, Page P, Laccourreye O, Pages JC, Brasnu D. Les adénocarcinomes de l'ethmoïde, données épidémiologiques. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2002; 119 : 271-80.



# **CANCERS DES GLANDES SALIVAIRES**

---

# CANCER DES GLANDES PAROTIDES ET SOUS-MAXILLAIRES

NB : les indications thérapeutiques suivantes ne concernent pas les glandes salivaires mineures.

## CLASSIFICATION TNM

**TX** : Tumeur primitive ne peut être évaluée

**T0** : Pas de tumeur primitive décelable

**T1** : Tumeur inférieure ou égale à 2 cm sans extension extra-glandulaire

**T2** : Tumeur entre 2 et 4 cm sans extension extra-glandulaire

**T3** :

Tumeur entre > 4 cm avec extension extra-glandulaire sans atteinte du nerf facial ou de l'os.

**T4** :

T4a : tumeur envahissant le nerf facial, ou la peau, la mandibule, le conduit auditif externe,

T4b : tumeur envahissant la base du crâne, apophyses ptérygoïdes ou englobant la carotide interne.

## CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE

NB : cette classification ne prends pas en compte les pathologies hématologiques.

### ■ **Les tumeurs de bas grade :**

Tumeur à cellules acineuses.

Carcinome muco-épidermoïde de grade 1 ou 2.

### ■ **Les tumeurs de haut grade :**

Carcinome muco-épidermoïde de grade 3,

Adénocarcinome,

Carcinome épidermoïde,

Carcinome adénoïde kystique,

Tumeur maligne mixte (malignant mixed tumors).

## INDICATIONS THERAPEUTIQUES

### ■ *Tumeurs de bas grade*

#### T1 ou T2, N0 :

- ▶ Exérèse Chirurgicale totale de la glande et respect des structures nobles si celles-ci sont indemnes,
- ▶ Adénectomie et analyse histologique extemporanée du premier relais ganglionnaire suivi d'un curage ganglionnaire cervical si N+ à l'extemporané.

#### T3 et T4 et/ou N1, N2, N3 :

- ▶ Exérèse Chirurgicale totale de la glande et respect des structures nobles si celles-ci sont indemnes,
- ▶ Curage cervical systématique,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire si :
  - résection insuffisante et reprise chirurgicale impossible,
  - N +

### ■ *Tumeurs de haut grade :*

#### T1, T2, N0 :

- ▶ Exérèse Chirurgicale totale de la glande et respect des structures nobles si celles-ci sont indemnes,
- ▶ Adénectomie et analyse histologique extemporanée du premier relais ganglionnaire suivi d'un curage ganglionnaire cervical si N+ à l'extemporané,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire si :
  - résection insuffisante et reprise chirurgicale impossible,
  - N +

#### T2, T3, T4 :

- ▶ Exérèse Chirurgicale totale de la glande et respect des structures nobles si celles-ci sont indemnes + Curage ganglionnaire cervical,
- ▶ Radiothérapie post-opératoire systématique.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bensadoun RJ, Allavena C, Chauvel P et al. Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations 2003 pour la prise en charge des patients atteints de tumeurs malignes des glandes salivaires (lymphomes, sarcomes et mélanomes exclus), mise à jour (rapport intégral). 2004; 91 (numéro spécial) : S1-S56.

Harrison LB, Armstrong JG, Spiro RH, Fass DE, Strong EW. Postoperative radiation therapy for major salivary gland malignancies. *J Surg Oncol* 1990; 42 : 52-5.

Hocwald E, Korkmaz H, Yoo GH, Adsay V, Shibuya TY, Abrams J, Jacobs JR. Prognostic factors in major salivary gland cancer. *Laryngoscope* 2001; 111 : 1434-9.

Regis De Brito Santos I, Kowalski LP, Cavalcante De Araujo V, Flavia Logullo A, Magrin J. Multivariate analysis of risk factors for neck metastases in surgically treated parotid carcinomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001 Jan; 127(1) : 56-60.

Rice DH. Malignant salivary gland neoplasms. In : *Salivary Gland diseases* Rice DH and Eisele DW. Eds. *Otolaryngol Clin N Am*. 1999; 32 : 875-886.

SSadeghi A, Tran LM, Mark R, Didrys J, Parker RG. Minor salivary gland tumors of the head and neck: treatment strategies and prognosis. *Am J Clin Oncol* 1993; 16 : 3-8.

Seifert G, Sobin IH. The World Health Organization histological classification of salivary gland tumors. *Cancer* 1992; 70 : 379-85.

Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2807 patients. *Head Neck Surg* 1986; 8 : 177-84.

Spiro RH., Armstrong J, Harrison L, Geller NL, Lin SY, Strong EW. Carcinoma of major salivary glands. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 115 : 316-21.

Van der Wal JE, Leverstein H, Snow GB, Kraaijenhagen HA, Van der Waal I. Parotid gland tumors: histologic reevaluation and reclassification of 478 cases. *Head Neck* 1998; 20 : 204-7.



# PRINCIPES DU TRAITEMENT DES AIRES GANGLIONNAIRES

---

## CLASSIFICATION TNM

Cette classification s'applique à toutes les localisations de la tête et du cou sauf la thyroïde et le nasopharynx qui ont leur classification spécifique.

L'évaluation est à la fois clinique et radiologique.

### Classification :

**N0** : Pas d'adénopathie régionale métastatique.

**N1** : Adénopathie métastatique unique, unilatérale,  $\leq 3$  cm dans sa plus grande dimension.

**N2a** : Adénopathie métastatique unique, unilatérale,  $> 3$  cm mais  $\leq 6$  cm dans sa plus grande dimension.

**N2b** : Adénopathies métastatiques multiples, homolatérales,  $\leq 6$  cm dans leur plus grande dimension.

**N2c** : Adénopathies métastatiques bilatérales ou controlatérales,  $\leq 6$  cm dans leur plus grande dimension.

**N3** : Adénopathie métastatique  $> 6$  cm dans sa plus grande dimension.

## CLASSIFICATION TOPOGRAPHIQUE

Le cou est divisé en 6 zones correspondant chacune à une zone de curage.

L'intérêt d'une telle classification est de permettre une meilleure corrélation clinique, radiologique et thérapeutique. Cette classification est d'un grand intérêt lors de la réalisation des curages et il est recommandé de séparer les différents groupes pour l'analyse histo-pathologique.

Groupe I : la : sous mental,  
b : sous mandibulaire.

Groupe II : jugulo-carotidien supérieur,  
IIa : sous digastrique,  
IIb : rétrospinal.  
Groupe III : jugulo-carotidien moyen ou sus omo-hyoïdien.  
Groupe IV : jugulo-carotidien Inférieur ou sous omo-hyoïdien.  
Groupe V : spinal moyen et inférieur.  
Groupe VI : antérieur du cou de l'os hyoïde au sternum + récurrentiels.

## **CLASSIFICATION HISTOPATHOLOGIQUE**

Les catégories histo-pathologiques pT, pN et pM correspondent aux catégories T, N M.

pN0 correspond à un curage indemne de métastases ganglionnaires :

- pour un curage partiel (sélectif) le nombre minimal de ganglions analysés doit être de 6,
- pour un curage complet (radical) il doit être au minimum de 10.

Lorsque la taille est utilisée pour la classification pN c'est la mesure de la métastase ganglionnaire qui doit être retenue et non la mesure du ganglion en entier.

La multiplicité de l'atteinte ganglionnaire et la rupture capsulaire doivent être systématiquement recherchées et pouvoir être corrélées à l'atteinte topographique. Ceci est essentiel pour la réalisation des traitements adjuvant au curage.

## **LES TYPES D'EVIDEMENTS GANGLIONNAIRES**

Les dénominations concernant les curages sont multiples et peuvent parfois introduire des confusions sur le geste réalisé.

L'important est que figure dans le compte-rendu opératoire les zones de curage réalisés et les éléments éventuellement réséqués (veine jugulaire, muscle sterno-cléido-mastoïdien, nerfs crâniens...).

En France les termes usuels les plus souvent utilisés sont :

- Curage Radical ou non conservateur qui réalise un évidement des groupes II à V (parfois I) avec résection de la veine jugulaire interne (VJI), du muscle sterno-cléido-mastoïdien (SCM) et du nerf

71

- accessoire ou spinal (XI),
- Curage fonctionnel ou conservateur qui réalise un curage des espaces II à V avec conservation de la VJI, du SM et du XI,
- Curage triangulaire: curage des espaces I, II et III avec conservation de VJI,SCM et XI.

Dans la littérature anglo-saxonne on retient les termes de :

- Radical neck dissection; curage de I à V et résection VJI, SCM et XI,
- Modified radical neck dissection : curage I à V et conservation de VJI, SCM ou XI,
- Selective neck dissection : curage sélectif de 1 ou plusieurs groupes avec conservation VJI,SCM et XI.

## **TRAITEMENT**

### **N0 :**

Tous les carcinomes épidermoïdes des voies aérodigestives supérieures doivent comporter un traitement de principe des aires ganglionnaires à l'exception des carcinomes du plan glottique classés T1, et des carcinomes des sinus de la face.

Si un traitement chirurgical est choisi la réalisation d'un curage s'impose. Le choix des groupes et l'uni ou la bilatéralité du traitement des aires ganglionnaires dépendent de la localisation anatomique de la tumeur primitive.

L'évidement radical de principe n'est pas pratiqué et les curages sont donc sélectifs.

### **N>0**

Le traitement chirurgical doit être privilégié mais la place de ce traitement est influencé par la tumeur et son traitement ainsi que par la taille des adénopathies.

Le traitement ganglionnaire peut parfois être dissocié de celui de la tumeur en particulier pour les adénopathies > à 4 cm qui peuvent faire l'objet d'un curage alors que la tumeur sera traitée par radio- chimiothérapie .

Pour des adénopathies < à 3 cm un curage conservateur est souvent possible mais dépend de la localisation de l'adénopathie et de ses rapports avec les éléments adjacents (VJI, SCM, Nerfs crâniens...).

Pour les adénopathies > 3 cm un curage radical de principe doit être privilégié mais la branche externe du spinal peut être éventuellement conservée si elle reste à distance de l'adénopathie.

Les différents groupes ganglionnaires doivent être repérés par le chirurgien avant d'adresser la pièce en anatomopathologie.

Le curage est uni ou bilatéral en fonction de la localisation de la tumeur.

En post opératoire, en cas de rupture capsulaire sur l'analyse histopathologique, une chimiothérapie (platine) associée à la radiothérapie est recommandée.

## RÉFÉRENCES

Ambrosch P, Kron M, Pradier O, Steiner W. Efficacy of selective neck dissection: a review of 503 cases of elective and therapeutic treatment of the neck in squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 124 : 180-7.

Bocca E, Pignataro O, Oldini C, et al. Functional neck dissection: an evaluation and review of 843cases. *Laryngoscope* 1984; 94 : 942-5.

Clayman GL, Frank DK. Selective neck dissection of anatomically appropriate levels is as efficacious as modified radical neck dissection for elective treatment of the clinically negative neck in patients with squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124 : 348-52.

Cummings CW. *Otolaryngology Head & Neck Surgery*. 3rd ed. Vol 3. St Louis, MI : 1998.

Medina J. A rational classification of neck dissections. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 100 : 169-76.

Robbins K. *Pocket Guide to neck dissection and TNM staging of head and neck cancer*. Alexandria, Va: American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery Foundation Inc; 1991.

Robbins KT, Medina JE, Wolf GT, et al. Standardizing neck dissection terminology. Official report of the Academy's Committee for Head and Neck Surgery and Oncology. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 117: 601-5.

Sefik Hosal A, Carrau RL, Johnson JT, Myers EN. Selective neck dissection in the management of the clinically node-negative neck. *Laryngoscope* 2000; 110 : 2037-40.



## ADENOPATHIE EN APPARENCE PRIMITIVE

---

On désigne par le terme d'adénopathies en apparence primitives les adénopathies cervicales métastatiques épidermoïdes, dont la tumeur primitive n'est pas retrouvée au terme du bilan clinique et paraclinique.

### DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

La situation clinique est celle d'un patient se présentant avec une adénopathie dont on ne sait pas d'emblée qu'elle est métastatique.

#### Le bilan doit comprendre :

- ▶ Le recueil des facteurs de risques et les antécédents (précédent cancer, lésions cutanées...),
- ▶ Un examen ORL complet avec nasofibroscopie, examen de la thyroïde et de la peau,
- ▶ Une imagerie systématique (TDM cervicale prolongée au thorax) permettant de localiser l'adénopathie et ses caractères suspects de malignité, rechercher un primitif et son opérabilité,
- ▶ Le PET scan est en cours d'évaluation dans cette indication mais peut être utile à la recherche du primitif. Il doit être réalisé avant toute biopsie,
- ▶ Une ponction cytologique peut parfois faire le diagnostic et permet une meilleure information du patient avant une éventuelle cervicotomie,
- ▶ Si aucune tumeur n'est retrouvée aux examens clinique et radiologique un EXAMEN PANENDOSCOPIQUE sous anesthésie générale est réalisé avec biopsie sur toute zone suspecte et éventuellement amygdalectomie systématique,
- ▶ Si l'endoscopie est négative une CERVICOTOMIE avec EXAMEN EXTEMPORANE du ganglion est réalisé lors de la même anesthésie. Si l'adénopathie n'est pas résécable sans sacrifice musculaire, nerveux ou vasculaire une large biopsie est

envoyée en extemporané,

- ▶ Le geste est complété en fonction du résultat histo-pathologique extemporané :
  - si épidermoïde : curage adapté,
  - si thyroïde : curage +/- thyroïdectomie dans le même temps en fonction de l'information du patient,
  - si lymphome : fermeture, avis hémato.

## **TRAITEMENT**

Le traitement de référence d'une adénopathie métastatique d'un carcinome épidermoïde non retrouvé est un curage adapté à l'adénopathie suivi d'une irradiation associé à une chimiothérapie en cas de rupture capsulaire.

Sont discutés :

- l'amygdalectomie systématique,
- le caractère uni ou bilatéral de l'irradiation,
- la surveillance pour des N+R- de petite taille (<15 mm).

## REFERENCES

Colletier PJ, Garden AS, Morrisson WH, Goepfert H, Geara F, Ang KK. Post-operative radiation for squamous cell carcinoma metastatic to cervical lymph nodes from an unknown primary site: outcomes and patterns of failure. *Head Neck* 1998; 20 : 674-81.

Fernandez JA, Suarez C, Martinez JZ, Llorente JL, Rodrigo JP, Alvarez JC. Metastatic squamous cell carcinoma in cervical lymph nodes from an unknown primary tumour: prognostic factors. *Otolaryngol Clin North Am* 1998; 23 : 158-63.

Fizazi K, Culine S. Metastatic carcinoma of unknown origin. *Bull Cancer* 1998; 85 : 609-17.

Lapeyre M, Malissard L, Peiffert D, Hoffstetter S, Toussaint B, Renier S, Dolivet G, Geoffrois L, Fichet V, Simon C, Bey P. Cervical lymph node metastasis from an unknown primary: is a tonsillectomy necessary? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997; 39 : 291-6.

Medini E, Medini AM, Lee CK, Gapany M, Levitt SH. The management of metastatic squamous cell carcinoma in cervical lymph nodes from an unknown primary. *Am J Clin Oncol* 1998; 21 : 121-5.

Périeré S, Talbot J-N, Monceaux G, Grahek D, Kerrou K, Montravers F, Lacau St Guily J. Use of coincidence gamma-camera to detect primary tumor with [18F]-fluorodeoxyglucose in cervical lymph node metastases from an unknown origin. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2000, 109, (8 Pt 1) : 755-60.



## ANNEXES

---

### ANNEXE I : Recommandations pour la prise en charge dentaire avant traitement par radiothérapie.

Mise en état de la cavité buccale avant radiothérapie.

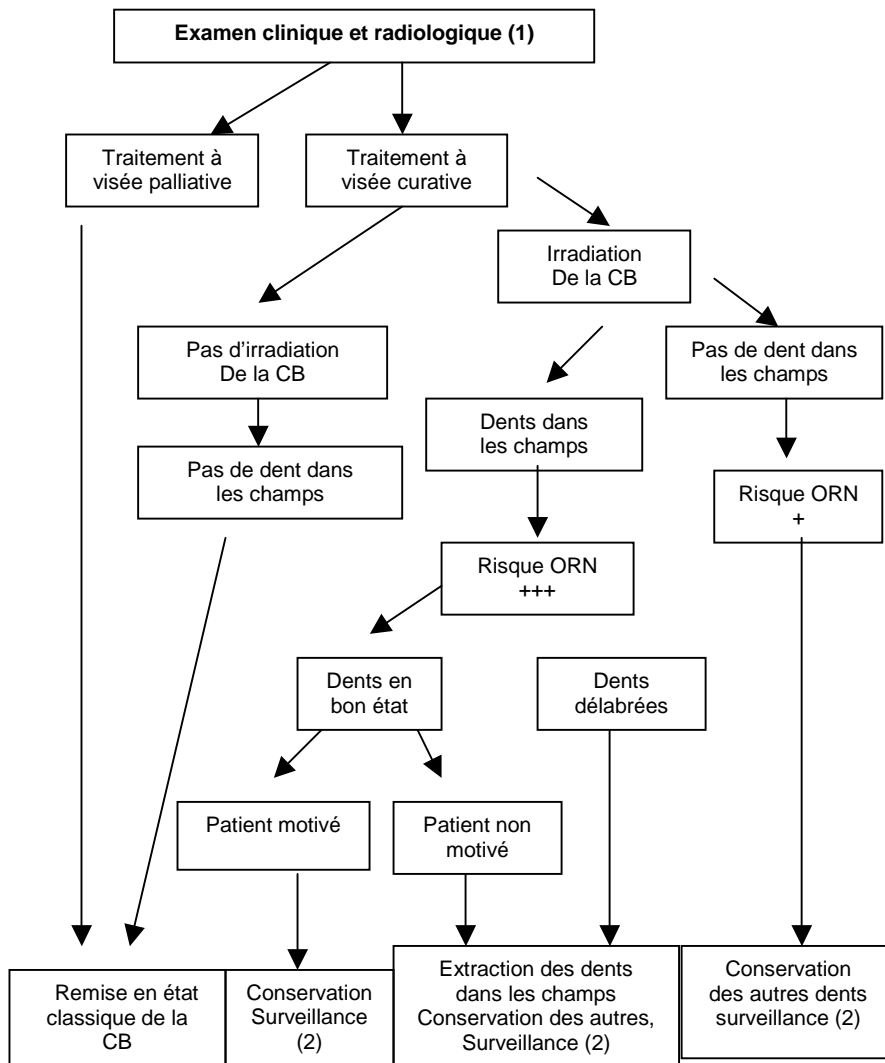
Un bilan radiologique (orthopantomogramme) et clinique est indispensable.

Tous les foyers infectieux dentaires doivent être éliminés, les soins dentaires doivent être terminés avant le début de l'irradiation et ne doivent pas la retarder. Donc les dents trop délabrées pour être réparées rapidement doivent être extraites.

Les dents situées dans le champs d'irradiation :

Elles sont susceptibles de s'abîmer rapidement, et d'entraîner une ostéoradionécrose. Les dents en mauvais état seront extraites systématiquement. Les dents en parfait état clinique et radiologique peuvent être conservées chez les patients motivés, aptes à se prendre en charge, avec toutefois un risque de radionécrose dont le patient sera prévenu. Dans toutes les autres situations, les dents situées dans le champ d'irradiation seront extraites. L'extraction dentaire sera associée à une régularisation de crête alvéolaire de façon à obtenir une suture muqueuse étanche. La cicatrisation sera systématiquement vérifiée avant le début de la radiothérapie. Celle-ci ne doit pas commencer sur une muqueuse non cicatrisée.

Une fluoroprophyxie et des contrôles dentaires semestriels sont indispensables.



(1) L'examen clinique et radiologique est indispensable. Il doit être effectué par un stomatologiste, ou à défaut par un chirurgien dentiste formé aux risques de la radiothérapie. L'examen radiologique comporte à minima un orthopantomogramme. L'absence de cet examen clinique et radiologique peut engager la responsabilité du radiothérapeute en cas de problème.

(2) Surveillance : Elle consiste en :

- Une hygiène dentaire rigoureuse avec fluoroprophylaxie (Fluogel® appliqué à l'aide de gouttière, 15 minutes/jour, après brossage des dents).
- Un contrôle par un chirurgien-dentiste tous les 3 à 6 mois.

ANNEXE II : Recommandations de l'OMIT pour les cancers ORL

Uniquement pour les molécules onéreuses suivies par l'OMIT

**Tumeur localement avancée inopérable**

Traitements recommandés (AMM, PTT, SMA)	Traitements non recommandés à justifier (SMJ)
<b>cetuximab</b> *associé à RTE optimale pour stades III-IV non métastatiques (Bonner 06)	
<b>docetaxel</b> * / <b>cisplatine</b> / <b>5 FU</b> (TAX 323 04)	<b>docetaxel</b> / autres associations <b>docetaxel</b> monothérapie

\***cetuximab** : si CI radiochimiothérapie dans cancers épidermoïdes inopérables ou oropharyngés III, IV. Dose de charge de 400 mg/m<sup>2</sup> sur 2H, 1 semaine avant la radiothérapie puis 250 mg/m<sup>2</sup>/semaine sur 1H pendant toute la radiothérapie.

\***docetaxel** : Option du néoadjuvant à discuter en RCP ORL. Les stades concernés relèvent de la stratégie médicale (thésaurus régionaux). Si cette option est retenue, le schéma TPF montre un gain en terme de survie par rapport au schéma PF.

bevacizumab - **erlotinib** - gemcitabine - irinotécan - oxaliplatine - paclitaxel - pemetrexed- **sorafenib** – trastuzumab ne sont pas recommandés.

***Cancer métastatique***

Traitements recommandés (AMM, PTT, SMA)	Traitements non recommandés à justifier (SMJ)
<b>cetuximab/cisplatine +5 FU en 1<sup>e</sup> ligne (Vermorken 07)</b>	

**docetaxel / cisplatine / 5 FU (TAX 322 en cours)**

bevacizumab - **erlotinib** - gemcitabine - irinotécan - oxaliplatine - paclitaxel - pemetrexed- **sorafenib** – trastuzumab ne sont pas recommandés.

PTT : Protocole Temporaire de Traitement

SMA : Situation Médicale Acceptée

SMJ : Situation Médicale à Justifier

**SNA : Situation Non Acceptable**