

PLAN

- I. INTRODUCTION
- II. REFERENTIELS EN CANCEROLOGIE ORL
- III. GENERALITES SUR LES TUMEURS DES VOIES AERODIGESTIVES SUPERIEURES
- IV. BILAN PRE-THERAPEUTIQUE
- V. SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE
- VI. LA PRISE EN CHARGE EN FONCTION DE LA LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE

1 – Cavité buccale

2 – Oropharynx

3 – Larynx

4 – Hypopharynx

5 – Carcinomes ganglionnaires cervicaux sans tumeur primitive retrouvée

6 – Tumeurs malignes des cavités naso-sinusiennes

7 – Carcinomes du cavum

8 – Tumeurs des glandes salivaires

VII. ARBRES DE PRISE EN CHARGE-

1- Bilan initial

2- Cavité Buccale

3- Oropharynx

4- Hypopharynx

5- Larynx

Mise au point sur les protocoles thérapeutiques en cancérologie ORL

6- Cavités nasales et sinusienne

7- Cavum

8- Adénopathie sans tumeur primitive

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Classification N – UICC (TNM) 2002

Annexe 2 : Protocoles de chimiothérapie

Annexe 3 : Atlas UICC 2002

Annexe 4 : Calendrier de surveillance (SFORL)

Annexe A: Fiche de suivi des cancers des VADS (SFORL)

Annexe B : Fiche de parcours des malades au sein du service de radiothérapie
CHU Hassan II de FES

I. INTRODUCTION

Le chapitre de cancérologie ORL est très vaste et complexe et vu l'absence de protocoles thérapeutiques nationaux pour les différents cancers de la sphère ORL, et vu les difficultés de prise en charge de ces pathologies dans notre centre universitaire, nous avons à travers ce mémoire fait un essai de mise au point sur les protocoles les plus utilisés et ;

- permettre par la suite une meilleure prise en charge et surtout assurer un suivi codifié des patients.
- Coordination avec le centre d'oncologie au sein du CHU Hassan II de Fès.
- Aider les externes en médecine de passage dans notre formation ou les étudiants en médecine en général à mieux assimiler ces pathologies cancéreuses par des arbres décisionnels simples, des tableaux récapitulatifs et des résumés de protocole sous forme de fiches.
- Nous avons réalisés cette synthèse en adoptant des arbres décisionnels simples et faciles à comprendre pour les étudiants en médecine.

II. REFERENTIELS EN CANCEROLOGIE ORL

- Les protocoles établis de ces affections cancéreuses ORL sont basées sur des recommandations et consensus internationaux élaborés par des experts.
- Les référentiels en cancérologie utilisés dans ce mémoire sont dans la majorité des cas, des référentiels français des différents centre de renommé

en cancérologie ORL et maxillo-faciale depuis 2006 jusqu'au 2012.

- Référentiels cancérologie de la région du centre 2012 (Ref-1)
- Référentiels Ile de France 2012 (Ref-2)
- Référentiel ORL région Amiens, 2010 (Ref-3)
- Institut national français de cancer (INCA) 2009 (Ref-4)
- Référentiel régional ORL, Pays de la Loire 2008 (Ref-5)
- Référentiels région Picardie 2008 (Ref-6)
- Référentiels Poitou Charente 2008 (Ref-7)
- Référentiels Midi Pyrenees 2006 (Ref-8)
- Référentiels Nord Pas de Calais 2006 (Ref-9)

Quelques points importants à savoir sur ces référentiels :

-IL n'existe pas de différence entre les référentiels utilisées en matière de prise en charge chirurgicale, radio et ou chimiothérapique de ces cancers

- La plupart de ces référentiels se basent sur les recommandations de la société française d'Otorhinolaryngologie (SFORL).

- Ces référentiels sont applicables dans notre service d'ORL en coordination avec les radiologues, et radio-chimiothérapeutes de notre CHU lors de nos staffs de réunion de concertation multidisciplinaire (RCP).

- Tous les produits de chimiothérapie décrits dans ces référentiels sont disponibles dans notre CHU, et sous couverture de la RAMED.

- Le plateau technique du service de radiothérapie du CHU HASSAN II de Fès permet la réalisation de la radiothérapie conformationnelle et IMRT_ (Annexe B) , chose qui n'existe pas dans tous les centres de cancérologie en France.

III. GENERALITES SUR LES TUMEURS DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES (Ref 1, 2, 3)

1. 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.

2. Epidémiologie :

Sur le plan épidémiologique, les cancers des VADS représentent la 2^{ème} 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^{ème} 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)

3. 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...

IV. BILAN PRE-THERAPEUTIQUE (Ref 1, 4, 5)

1. 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 tomodensitométrique (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 2ème cancers comprendra :

- une radiographie pulmonaire de face complétée éventuellement par un examen tomodensitométrique 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.
- Le PET scan.

2. 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.
- un bilan cardiaque si une chimiothérapie est envisagée.

3. Classification :

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

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

V. SURVEILLANCE POST-THERAPEUTIQUE (Ref 1,5,8)

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) [annexe A et 4].

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 3ème 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 N0» 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 hémi-thyroïdectomie 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 le 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.

VI. RECOMMANDATION POUR LA PRISE EN CHARGE EN FONCTION DE LA LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (Ref 1, 2)

1 – Cavité buccale:

1.1 – classification des carcinomes de la tête et du cou: lèvres et cavité buccale TNM UICC de 2009

Règles de classification La classification ne s'applique qu'aux carcinomes épidermoïdes du bord libre des lèvres et aux carcinomes de la cavité buccale.

Les catégories T, N et M doivent être précisées par les méthodes suivantes:

Catégorie T : l'examen clinique et l'imagerie

Catégorie N : l'examen clinique et l'imagerie

Catégorie M : l'examen clinique et l'imagerie

Sites anatomiques

Bord libre de la lèvre supérieure

Bord libre de la lèvre inférieure

Commissures

Muqueuse buccale

Gencive supérieure

Gencive inférieure Voûte

palatine Langue Plancher

buccal

Adénopathies régionales (voir UICC 2002)

Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions cervicaux

Classification T

- Tx : La tumeur primitive ne peut être évaluée
- T0 : Pas de tumeur primitive décelable
- Tis : Carcinome in situ
- T1 : T < ou = à 2 cm dans sa plus grande dimension
- T2 : T > à 2 cm et < ou = à 4 cm dans sa plus grande dimension
- T3 : T > 4 cm dans sa plus grande dimension
- T4 :

T4a : Lèvre : tumeur envahissant la corticale osseuse, le nerf dentaire inférieur, le plancher buccal ou la peau (menton ou nez).

Cavité buccale : tumeur envahissant la corticale osseuse, les muscles profonds/extrinsèques de la langue (génioglosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), le sinus maxillaire ou la peau du visage.

Note : une simple érosion superficielle de l'os ou de l'alvéole dentaire par une tumeur gingivale est insuffisante pour classer la tumeur T4a ou T4b

T4b : Lèvre et cavité buccale : tumeur envahissant l'espace masticateur, l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, la base du crâne ou englobant l'artère carotide interne.

Classification N/pN (ganglions régionaux) : voir Annexe 1

1.2 – Spécificité du bilan initial :

Prévoir des empreintes palatines en cas de chirurgie entraînant une perte de substance

1.3 – Traitements

Les curages ganglionnaires incluront l'aire I

1.3.1 – Tumeurs de la langue mobile :

Tis : exérèse chirurgicale (glossectomie partielle)

T1, T2 < 3cm : – exérèse chirurgicale (glossectomie partielle) (standard)
– ou curiethérapie (option)

T2 > 3cm, T3, T4 : – chirurgie avec reconstruction (standard)
– ou si tumeur très avancée : radiothérapie externe avec éventuellement chimiothérapie concomitante

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option).

N0 : – curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur primitive
– ou abstention et surveillance si T1 < 1 cm superficiel

N1 ou N2b < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur primitive

N2 a et b > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical
Homolatéral +/- fonctionnel controlatéral en fonction du siège de la tumeur primitive

N2c : curage ganglionnaire bilatéral (fonctionnel ou radical homolatéral et
Fonctionnel du coté opposé)

Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire (même pN1) et
pour T2 > 3 cm, T3 et T4 et résections limites. Radiothérapie postopératoire
avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la
chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la
radiothérapie.

1.3.2 – Tumeurs du plancher buccal et gencive inférieure :

T1s : exérèse chirurgicale (pelvectomie partielle)

T1, T2 < 3cm : – exérèse chirurgicale (pelvectomie partielle avec résection
osseuse non interromptrice si contiguïté à la mandibule) (standard)
– ou curiethérapie si la distance par rapport à la mandibule le permet
(option)

T2 > 3cm, T3, T4 : – chirurgie avec reconstruction (standard) avec
résection osseuse interromptrice ou non si contiguïté à la mandibule
– ou si tumeur très avancée : radiothérapie externe avec éventuellement
chimiothérapie concomitante

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour
les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

N0 : – curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur primitive
– ou abstention et surveillance T1 < 1 cm superficiel

N1 ou N2b < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur primitive
N2 a et b > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical homolatéral +/- fonctionnel controlatéral en fonction du siège de la tumeur primitive

N2c : curage ganglionnaire bilatéral (fonctionnel ou radical homolatéral et fonctionnel du côté opposé) Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire et pour **T2 > 3 cm, T3 et T4** et résections limites. Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

1.3.3 – Tumeurs de la face interne de joue :

Tis : exérèse chirurgicale

T1, T2 < 3cm : – exérèse chirurgicale (standard)

– ou curiethérapie (option)

T2 > 3cm, T3, T4 : – chirurgie avec reconstruction (standard)

– ou si tumeur très avancée : radiothérapie externe avec éventuellement chimiothérapie concomitante

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

N0 : – curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral

– ou abstention et surveillance si T1 < 1 cm superficiel

N1 ou N2b < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur primitive

N2 a et b > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical homolatéral +/- fonctionnel controlatéral en fonction du siège de la tumeur primitive

N2c : curage ganglionnaire bilatéral (fonctionnel ou radical homolatéral et fonctionnel du coté opposé) Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire et pour T2 > 3 cm, T3 et T4 et résections limites.

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

1.3.4 – Tumeurs de la commissure inter maxillaire, trigone rétromolaire et RBMI

Tis : exérèse chirurgicale

T1 : exérèse chirurgicale (standard)

T2 < 3cm : exérèse chirurgicale (bucco-pharyngectomie non interromptrice) (standard)

T2 > 3cm, T3, T4 : – chirurgie avec reconstruction (standard)

– ou si tumeur très avancée : radiothérapie externe avec éventuellement chimiothérapie concomitante.

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

N0 : – curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral

N1 ou N2b < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur primitive

N2 a et b > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical homolatéral +/- fonctionnel controlatéral en fonction du siège de la tumeur primitive

N2c : curage ganglionnaire bilatéral (fonctionnel ou radical homolatéral et fonctionnel du coté opposé). Radiothérapie post opératoire si envahissement ganglionnaire et pour T2 > 3 cm, T3 et T4 et résections limites. Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

1.3.5 – Tumeurs de la lèvre inférieure :

Tis : exérèse chirurgicale

T1 : – exérèse chirurgicale (standard)

– ou curiethérapie (option)

T2, T3 et T4 : – exérèse chirurgicale avec reconstruction (standard)

– ou si tumeur très avancée : radiothérapie externe

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

N0 et T1 : pas de traitement ganglionnaire prophylactique (surveillance)

N0 et T2, T3, T4 ou N1 ou N2 < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel bilatéral

N1 ou N2b < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur primitive

N2 a et b > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical homolatéral +/- fonctionnel controlatéral en fonction du siège de la tumeur primitive

N2c : curage ganglionnaire bilatéral (fonctionnel ou radical homolatéral et fonctionnel du coté opposé) Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire et pour **T2 > 3 cm, T3 et T4** et résections limites.

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

1.3.6 – Tumeurs de la lèvre supérieure et de la commissure labiale

Tis : exérèse chirurgicale

T1 : – exérèse chirurgicale (standard)

– ou curiethérapie (option)

T2, T3 et T4 : – exérèse chirurgicale avec reconstruction (standard)

– ou si tumeur très avancée : radiothérapie externe

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

N0 et T1 : pas de traitement ganglionnaire prophylactique (surveillance)

N0 et T2, T3, T4 ou N1 ou N2 < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel bilatéral **N2 > 3cm et N3 modérément avancé** : curage ganglionnaire radical homolatéral et fonctionnel controlatéral

N2c : curage ganglionnaire bilatéral (fonctionnel ou radical homolatéral et fonctionnel du coté opposé)

Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire et pour T3 et T4.

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

1.3.7 – Tumeurs de la gencive supérieure et de la voûte palatine :

T1 et T2 superficiels (limités à la muqueuse) : – exérèse chirurgicale étendue à la superstructure osseuse avec plastie locale si elle est possible (standard)

T2 avec envahissement osseux, T3 et T4: – exérèse chirurgicale étendue à la superstructure osseuse sans reconstruction avec confection d'une prothèse (standard)

– ou, si tumeur très avancée : radiothérapie externe

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

N0 et T1 et T2 : pas de traitement ganglionnaire prophylactique (surveillance)

N0 et, T3, T4 ou N1 ou N2 < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel bilatéral

N2 > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical homolatéral et fonctionnel controlatéral

Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire et pour T2 T3 et T4 et résections limites.

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

2 – Oropharynx:

2.1 – classification des carcinomes de la tête et du cou:oropharynx TNM

UICC de 2009

Règles de classification :

La classification ne s'applique qu'aux carcinomes.

Les catégories T, N et M doivent être précisées par les méthodes suivantes:

Catégorie T : l'examen clinique, l'endoscopie et l'imagerie

Catégorie N : l'examen clinique et l'imagerie

Catégorie M : l'examen clinique et l'imagerie

Sites anatomiques :

-Paroi antérieure (région glosso épiglottique) : base de la langue et vallécule

-Paroi latérale : amygdale, fosse amygdalienne et piliers, sillon glosso amygdalien

-Paroi postérieure

-Paroi supérieure : surface inférieure du voile du palais et luette

Adénopathies régionales (voir UICC 2002)

Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions cervicaux

Classification T

- **Tx** : La tumeur primitive ne peut être évaluée
- **T0** : Pas de tumeur primitive décelable
- **Tis** : Carcinome in situ
- **T1** : T < ou = à 2 cm dans sa plus grande dimension
- **T2** : T > à 2 cm et < ou = à 4 cm dans sa plus grande dimension
- **T3** : T > à 4 cm dans sa plus grande dimension
- **T4** :

T4a : T envahissant l'une des structures suivantes : larynx, muscles profonds/extrinsèques de la langue (génioglosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), ptérygoïdien interne, palais dur et maxillaire.

T4b : T envahissant l'une des structures suivantes : muscle ptérygoïdien externe, aile interne de l'apophyse ptérygoïde, portion externe du nasopharynx, base du crâne, fascia prévertébral ou englobant l'artère carotide.

Classification N/pN (ganglions régionaux) : voir Annexe 1

2.2 – Traitement

2.2.1 – Tumeurs du voile du palais :

Tis : exérèse chirurgicale par voie endo–buccale

T1 : – exérèse chirurgicale par voie endo–buccale (standard)

N0, N1 ou N2 < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel bilatéral

N2 > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical homolatéral et fonctionnel controlatéral

Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire.

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre–indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

Curage ganglionnaire et curiethérapie sur la tumeur si la résection n'est pas faisable et si pN0

La curiethérapie peut être utilisée en cas de résection microscopiquement insuffisante (curie dite " de barrage ").

T2, T3, T4 quel que soit le N : radiothérapie exclusive avec Chimiothérapie concomitante (sauf T2N0) (Cisplatine), la curiethérapie peut être utilisée comme technique de complément de dose (standard)

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option).

2.2.2 – Tumeurs de la région amygdalienne :

Tis : exérèse chirurgicale

T1 N0 :

1) tumeur purement amygdalienne ou avec atteinte superficielle de(s) pilier(s): radiothérapie exclusive (standard). Au mieux RT avec une RT ganglionnaire sélective –ou amygdalectomie élargie avec curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral (option)

2) tumeur des piliers, de la zone de jonction pilier–langue ou de l'ogive vélique: – exérèse chirurgicale avec curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral (standard) – ou curiethérapie sur la tumeur et radiothérapie externe sur les aires ganglionnaires (option)

T2 N0 :

1) tumeur étendue dans le voile jusqu'à la ligne médiane ou vers le rhinopharynx: radiothérapie externe (standard)

2) tumeur étendue vers la commissure intermaxillaire et/ou le sillon amygdaloglosse et/ou la zone de jonction pilier–langue et/ou la base de la langue: chirurgie par voie cervicale (type bucco–pharyngectomie avec

mandibulotomie) avec reconstruction, et curage ganglionnaire homolatérale (standard)

T3, T4 modérément avancé et T1 T2 N1 à N3 modérément avancé :

1) tumeur étendue dans le voile jusqu'à la ligne médiane ou vers le rhinopharynx: radiothérapie externe avec chimiothérapie concomitante (standard)

2) tumeur étendue vers la commissure intermaxillaire et/ou le sillon amygdaloglosse et/ou la zone de jonction pilier-langue et/ou la base de la langue: chirurgie par voie cervicale (type bucco-pharyngectomie avec mandibulotomie) avec reconstruction, et curage ganglionnaire homolatéral (standard)

T3, T4 très avancé : radiothérapie externe avec chimiothérapie concomitante (standard)

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie

Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire et pour les pT3 et pT4. Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs

2.2.3 – Tumeurs de la base de langue :

Tis : exérèse chirurgicale (glossectomie partielle)

T1 N0 : – curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur primitive

si **pN0** : curiethérapie

si **pN > 0** : radiothérapie externe, plus ou moins chimiothérapie concomitante (curiethérapie pour le complément de dose)

– ou Glossectomie partielle de la base de la langue + curage

N > 0 : – Glossectomie partielle de base de langue + curage

– ou chirurgie ganglionnaire seule et radiothérapie externe en fonction des conséquences fonctionnelles prévisibles (troubles de déglutition et terrain)

T2, T3 : – chirurgie tumorale et ganglionnaire adaptée

– ou radiothérapie externe avec chimiothérapie concomitante (sauf T2N0) en fonction du terrain

T4 : radiothérapie externe avec chimiothérapie concomitante

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

Radiothérapie postopératoire systématique sauf pT1pN0.

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

2.2.4 – Tumeurs de la vallécule :

Tis : exérèse chirurgicale

T1, T2 avec possibilité de chirurgie partielle supra-glottique (IRM base de langue):
chirurgie (standard)

N0, N1 ou N2 < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel bilatéral

N2 > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical homolatéral et fonctionnel controlatéral

T2 sans possibilité de chirurgie partielle supra-glottique (IRM base de langue),

T3 T4: radiothérapie externe avec éventuelle chimiothérapie concomitante (sauf T2 N0) (standard)

T3, T4 résecable : chirurgie (option)

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

Radiothérapie postopératoire systématique sauf pT1pN0.

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-

Indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

2.2.5 – Tumeurs de la paroi postérieure de l'oropharynx:

Tis : exérèse chirurgicale

T1, T2 modérément avancés: pharyngectomie partielle avec curage ganglionnaire bilatéral (standard)

Radiothérapie postopératoire systématique (prophylaxie sur les adénopathies rétropharyngées)

T2 très avancés, T3 et T4: radiothérapie externe avec chimiothérapie concomitante (sauf T2N0) (standard) Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre- indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

3 – LARYNX:

3.1 – classification des carcinomes de la tête et du cou: larynx TNM UCCC de 2009

Règles de classification :

La classification ne s'applique qu'aux carcinomes.

Les catégories T, N et M doivent être précisées par les méthodes suivantes:

Catégorie T : l'examen clinique, l'endoscopie et l'imagerie

Catégorie N : l'examen clinique et l'imagerie

Catégorie M : l'examen clinique et l'imagerie

Sites anatomiques :

La cavité supraglottique

La glotte

La cavité infraglottique

Adénopathies régionales (voir UICC 2002)

Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions cervicaux

Classification T

- Tx : La tumeur primitive ne peut être évaluée
- T0 : Pas de tumeur primitive décelable
- Tis : Carcinome in situ

Cavité supra-glottique

- T1 : Tumeur limitée à l'un des sites anatomiques de la cavité supraglottique avec une mobilité normale des cordes vocales
- T2 : Tumeur étendue à la muqueuse de la cavité supraglottique ou de la glotte (ex.: muqueuse de la base de la langue, vallécule, ou paroi médiane d'un sinus piriforme) sans fixation du larynx
- T3 : Tumeur limitée au larynx avec fixation d'une corde vocale et/ou envahissement des structures suivantes : zone post-cricoïdienne , tissus pré-épiglottiques, espace paraglottique, et/ou érosion minime du cartilage thyroïde (p. ex. cortex interne)

T4 **T4a** : Tumeur traversant le cartilage thyroïde, et/ou envahissant les tissus situés au-delà du larynx, p. ex., la trachée, les parties molles du cou y compris les muscles profonds/extrinsèques de la langue (génioglosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), les muscles du cou, la thyroïde, l'œsophage

T4b : Tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales ou englobant l'artère carotide

Glotte

- **T1** : Tumeur limitée à une (aux) corde(s) vocale(s) (pouvant envahir les commissures antérieure ou postérieure) avec une mobilité normale

T1a: Tumeur limitée à une corde vocale

T1b: Tumeur envahissant les deux cordes vocales

- **T2** : Tumeur étendue à la cavité supraglottique et/ou la cavité infraglottique, et/ou avec diminution de la mobilité de la corde vocale

- **T3** : Tumeur limitée au larynx avec fixation de la corde vocale et/ou envahissement de l'espace paraglottique et/ou érosion minime du cartilage thyroïde (p. ex. cortex interne)

- **T4** :

T4a : Tumeur traversant le cartilage thyroïde ou envahissant d'autres tissus situés au-delà du larynx, p. ex., la trachée, les parties molles du cou y compris les muscles profonds/extrinsèques de la langue (génioglosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), les muscles du cou, la thyroïde, l'œsophage

T4b: Tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales ou englobant l'artère carotide

Cavité sous glottique

- **T1** : Tumeur limitée à la cavité sous glottique
- **T2** : Tumeur étendue à une (aux) corde (s) vocale (s) avec une mobilité normale ou altérée
- **T3** : Tumeur limitée au larynx avec fixation de la corde vocale.
- **T4** :

T4a : Tumeur traversant les cartilages cricoïde ou thyroïde et/ou envahissant d'autres tissus situés au-delà du larynx, p. ex., la trachée, les parties molles du cou y compris les muscles profonds/extrinsèques de la langue (génioglosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), les muscles du cou, la thyroïde, l'œsophage

T4b : Tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales ou englobant l'artère carotide

Classification N/pN (ganglions régionaux) : voir Annexe 1

3.2 – Spécificités du bilan initial :

Evaluation de la fonction respiratoire et de déglutition pour les laryngectomies partielles

3.3 – Spécificités de l’anatomocytopathologie :

- Bien orienter la pièce pour les laryngectomies partielles
- Bien décrire la lésion pour les laryngectomie totale en précisant la situation par rapport à la ligne médiane
- Décrire la lésion pour les pharyngo-laryngectomie totale par rapport à la margelle
- Prélever la limite de résection trachéale à part
- Préciser le traitement antérieur éventuel

3.4 – Traitement de la tumeur primitive

La pratique d’une chimiothérapie d’induction ne doit pas modifier l’indication du type de chirurgie si celle-ci est retenue.

3.4.1 – Tumeurs du larynx supraglottique (sauf la margelle) – 3 sites : Face laryngée de l’épiglotte sous-hyoïdienne

T1,T2: – laryngectomie partielle supra-glottique ou laryngectomie partielle supra-cricoïdienne avec crico-hyoïdopexie (standard)

– ou épiglottectomie LASER (option)

– ou radiothérapie (option)

T3 : – laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

– ou chimiothérapie d’induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

– ou radiothérapie externe (option) plus chimiothérapie

T4 : – laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

Bande ventriculaire

T1, T2 : – laryngectomie partielle supra-glottique ou laryngectomie partielle supra-cricoïdienne avec crico-hyoïdopexie (standard)

– ou radiothérapie (option)

T3 : – laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

– ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

– ou radiothérapie externe (option) plus chimiothérapie

T4 : – laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

Ventricule

T1, T2 : – laryngectomie partielle supra-cricoïdienne avec crico-hyoïdopexie (standard)

– ou radiothérapie (option)

T3 : – laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

– ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

– ou radiothérapie externe (option) plus chimiothérapie

T4 : – laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard) Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU)

peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

3.4.2 – Tumeurs du larynx glottique – 3 sites : Corde vocale

Tis : exérèse chirurgicale (microlaryngoscopie en suspension +/- LASER)

T1 a : - cordectomie (chirurgicale ou LASER) ou radiothérapie laryngée

T1b : - laryngectomie fronto-latérale (standard), ou cordectomie totale au LASER (option)

- ou radiothérapie laryngée (option)

T2: -laryngectomie frontale antérieure de TUCKER ou laryngectomie partielle supra-cricoidienne avec crico-hyoïdo-épiglottopexie (standard)

- ou radiothérapie (option)

T3 : - laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

- ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

- ou radiothérapie externe (option) plus chimiothérapie

T4 : - laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

Commissure antérieure

À considérer comme un T4

- si extension sous-glottique < à 0,5 cm : laryngectomie partielle supra-cricoïdienne avec crico-hyoïdo-épiglottopexie, ou laryngectomie frontale antérieure.

- si extension sous-glottique > à 0,5 cm :
 - laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)
 - ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

Commissure postérieure

- laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)
- ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)
- ou radiothérapie externe (option)

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

3.4.3 – Tumeurs sous-glottiques :

T1,T2,T3,T4 : – laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire

(standard)

– ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard pour T1 et T2)

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

3.4.4 – Tumeurs de la margelle laryngée : Face laryngée de l'épiglotte sus-hyoïdienne

T1 : – hyo-thyro-épiglottectomie ou radiothérapie ou épiglottectomie LASER

T2 : – sub-glosso-hyo-thyro-épiglottectomie (standard)

– ou radiothérapie (option)

T3 : – laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire

(standard)

– ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

– ou radiothérapie externe (option)

T4 : – laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire

(standard)

Repli ary-épiglottique

T1 : - pharyngo-laryngectomie partielle supra-glottique ou hémilaryngopharyngectomie ou radiothérapie

T2 : - pharyngo-laryngectomie partielle supra-glottique ou hémilaryngopharyngectomie (standard)

- ou radiothérapie (option)

T3, T4 : - laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

- ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

Aryténoïde

T1, T2 non infiltrant : - radiothérapie ou pharyngo-laryngectomie partielle supra-cricoïdienne avec crico-hyoïdopexie ou aryténoïdectomie LASER

T2 infiltrant, T3 : - laryngectomie totale puis radiothérapie Complémentaire (standard)

- ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

- ou radiothérapie externe (option)

T4 : - laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

3.4.5 – Radiothérapie post-opératoire en fonction de pT :

Indications de radiothérapie post-opératoire après laryngectomie totale : en particulier si pT4. Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

3.5 – Traitement des aires ganglionnaires

3.5.1 – Si la tumeur primitive est traitée par chirurgie :

N0, N1 ou N2 < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel bilatéral

N2 > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical homolatéral et fonctionnel controlatéral

Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire.

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

Cas particuliers:

- Larynx glottique T1 : pas de traitement des aires ganglionnaires
- Larynx glottique T2 : curage ganglionnaire unilatéral
- Larynx infraglottique, ou si extension sous-glottique :+ curage récurrentiel bilatéral + lobo- isthmectomie ou thyroïdectomie totale

3.5.2 – Si la tumeur primitive est traitée par radiothérapie :

N0 : radiothérapie prophylactique

N > 0 : radiothérapie + chirurgie sur éventuel reliquat

4 – Hypopharynx:

4.1 – classification des carcinomes de la tête et du cou : Hypopharynx

TNM UICC de 2009

Règles de classification :

La classification ne s'applique qu'aux carcinomes.

Les catégories T, N et M doivent être précisées par les méthodes suivantes:

Catégorie T : l'examen clinique, l'endoscopie et l'imagerie

Catégorie N : l'examen clinique et l'imagerie

Catégorie M : l'examen clinique et l'imagerie

Sites anatomiques :

Région rétrocricoïdienne

Sinus Piriforme

Paroi postérieure du pharynx

Adénopathies régionales (voir UICC 2002)

Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions cervicaux

Classification T

- **Tx** : La tumeur primitive ne peut être évaluée
- **T0** : Pas de tumeur primitive décelable
- **Tis** : Carcinome in situ
- **T1** : Tumeur limitée à un des sites de l'hypopharynx < ou = à 2 cm dans sa plus grande dimension
- **T2** : Tumeur envahissant plus d'un site de l'hypopharynx, ou des sites adjacents, ou > à 2 cm et < ou = à 4 cm dans sa plus grande dimension « sans » fixation de l'hémilarynx
- **T3** : Tumeur > à 4 cm dans sa plus grande dimension ou avec fixation de l'hémilarynx

- **T4** :

T4a : Tumeur envahissant l'une des structures suivantes :
cartilages thyroïde/cricoïde, os hyoïde, glande thyroïde, oesophage,
parties molles du cou

T4b : Tumeur envahissant le fascia prévertébral, englobant
l'artère carotide ou envahissant des structures médiastinales

Classification N/pN (ganglions régionaux) : voir Annexe 1

4.2 – Spécificités du bilan initial :

T1 : pas d'imagerie spécifique

Tomodensitométrie pour T2 T3 T4 et N3

4.3 – Spécificités de l'anatomocytopathologie :

-Bien orienter la pièce pour les pharyngectomies partielles

-Bien décrire la lésion pour les pharyngo-laryngectomie totale en précisant la situation par rapport à la ligne médiane

-Décrire la lésion pour les pharyngo-laryngectomie totale par rapport à la margelle

-Prélever la limite de résection trachéale à part

4.4 – Traitements

Dans les tumeurs **T4** pour lesquelles l'exérèse de l'œsophage est nécessaire, le bilan comprendra également un scanner thoraco-abdominal.

4.4.1 – Sinus piriforme

T1 : – pharyngectomie partielle ou pharyngo-laryngectomie partielle supra-glottique ou hémi-laryngopharyngectomie (standard)
– ou radiothérapie (option)

T2 permettant une chirurgie partielle : – pharyngo-laryngectomie partielle supra-glottique ou hémi-laryngopharyngectomie (standard)
– ou radiothérapie (option)

T3 : – pharyngo-laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)
– ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon pharyngolaryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

T4 : – pharyngo-laryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie totale circulaire ou oeso-pharyngo-laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

Si tumeur primitive traitée par chirurgie:

N0, N1 ou N2 < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel homolatéral + lobo-isthmectomie homolatérale

N2 > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical homolatéral + lobo-isthmectomie homolatérale +/- curage fonctionnel et récurrentiel controlatéral en fonction du siège de la tumeur primitive Radiothérapie postopératoire systématique.

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

Cas particuliers :

En cas d'extension à la paroi pharyngée postérieure ou à la bouche de l'œsophage : pharyngo-laryngectomie totale circulaire + reconstruction + curage bilatéral + radiothérapie

4.4.2 – Paroi hypopharyngée postérieure

T1, T2 permettant une chirurgie partielle : – pharyngectomie partielle (standard)

– ou radiothérapie (option)

T2 ne permettant pas une chirurgie partielle,

T3 : – pharyngo-laryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie totale circulaire ou oeso-pharyngo-laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

- ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon pharyngolaryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie totale circulaire ou oeso-pharyngo-laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

T4 : - pharyngo-laryngectomie totale circulaire ou oeso-pharyngo-laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

Si tumeur primitive traitée par chirurgie:

N0, N1 ou N2 < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel bilatéral

N2 > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical homolatéral et fonctionnel controlatéral

Radiothérapie postopératoire systématique (prophylaxie sur les adénopathies rétropharyngées).

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs

4.4.3 – Région rétro-cricoïdienne

- T1, T2, T3 : - pharyngo-laryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie totale circulaire ou oeso-pharyngo-laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)
- ou chimiothérapie d'induction avec radiothérapie externe si réponse objective et remobilisation, sinon pharyngolaryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie totale circulaire ou oeso-pharyngo-laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)
- ou radiothérapie externe (option)
- T4 : - pharyngo-laryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie totale circulaire ou oeso-pharyngo-laryngectomie totale puis radiothérapie complémentaire (standard)

Une chimio d'induction par TPF (Taxotère, CDDP, 5FU) peut être proposée pour les patients non éligibles à une radiothérapie d'emblée (option)

Si tumeur primitive traitée par chirurgie :

N0, N1 ou N2 < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel bilatéral + curage récurrentiel bilatéral + lobo-isthmectomie ou thyroïdectomie totale

N2 > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical

Homolatéral et fonctionnel controlatéral + curage récurrentiel bilatéral + lobo-isthmectomie ou thyroïdectomie totale

Mise au point sur les protocoles thérapeutiques en cancérologie ORL

Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire ou pour T3 et T4. Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

5 – Carcinomes ganglionnaires cervicaux sans tumeur primitive retrouvée

5.1 – Diagnostic :

Il est suspecté dans un contexte évocateur de malignité : terrain, caractéristiques de l'adénopathie.

5.2 – Bilan initial

- Scanner thoracique
- Echographie abdominale
- TEP-TDM

5.3 – Chirurgie

- Panendoscopie ORL avec rhinoscopie postérieure
- Si négative : cervicotomie avec examen anapath extemporané
- suivi du curage dans le même temps si l'extemporané affirme le diagnostic de carcinome épidermoïde et éventuellement amygdalectomie homolatérale
- ou dans un délai bref (inférieur à 10 jours)

Modalités chirurgicales :

N1 ou N2 < 3cm : curage ganglionnaire fonctionnel

N2 > 3cm et N3 modérément avancé : curage ganglionnaire radical

Radiothérapie postopératoire systématique de l'hémicou.

Radiothérapie postopératoire avec chimiothérapie concomitante si facteurs histologiques péjoratifs.

En situation de radiothérapie exclusive et en cas de contre-indication à la chimiothérapie ou patient âgé, le cétuximab (ERBITUX®) peut être associé à la radiothérapie.

N3 très avancé : radiothérapie externe avec chimiothérapie concomitante
+/- chirurgie du reliquat

6 – Tumeurs malignes des cavités naso-sinusiennes :

À l'exception des cancers des tissus mous de la face propagés aux cavités naso-sinusiennes, des cancers d'origine dentaire (tumeurs odontogéniques malignes) et des cancers du palais.

6.1 – Classification des carcinomes de la tête et du cou : cavités naso-sinusiennes TNM UICC de 2009

Il n'existe pas de classification internationale TNM ou AJCC applicable à l'ensemble des cavités naso-sinusiennes. Seules les localisations au sinus maxillaire, aux fosses nasales et au sinus ethmoïdal ont une classification établie.

Pour le sinus maxillaire, il est fait référence à la ligne d'Ohgren qui relie sur un cliché radiologique de profil, le canthus interne à l'angle mandibulaire. Cette ligne sépare l'antre maxillaire en une région antéro-inférieure ou INFRASTRUCTURE et une région postéro-supérieure ou SUPRASTRUCTURE.

Règles de classification

Les catégories T, N et M doivent être précisées par les méthodes suivantes:

Catégorie T : l'examen clinique et l'imagerie

Catégorie N : l'examen clinique et l'imagerie

Catégorie M : l'examen clinique et l'imagerie

Sites anatomiques :

Sinus Maxillaire Sinus

ethmoïdal

Adénopathies régionales (voir UICC 2002)

Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions cervicaux

Classification T

- **Tx** : La tumeur primitive ne peut être évaluée
- **T0** : Pas de tumeur primitive décelable
- **Tis** : Carcinome in situ

6.1.1 – Sinus maxillaire

- **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 et/ou le méat nasal moyen
- **T3** : Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : paroi postérieure du sinus maxillaire, tissus sous cutanés, plancher ou paroi interne de l'orbite, fosse ptérygoïde, sinus ethmoïdal
- **T4** :
 - T4a** : Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : contenu de la région antérieure de l'orbite, peau de la joue, aile interne de l'apophyse ptérygoïde, fosse sous-temporale, fascia cribriformis, sinus sphénoïdal ou frontal
 - T4b** : Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : sommet de l'orbite, dure-mère, cerveau, fosse cérébrale moyenne, nerfs crâniens autres que la branche maxillaire supérieure du nerf trijumeau (V2), nasopharynx, clivus

6.1.2 – Fosses nasales et sinus ethmoïdal

– **T1** : Tumeur limitée à l'un des sites des fosses nasales ou du sinus ethmoïdal, avec ou sans envahissement osseux

– **T2** : Tumeur envahissant deux portions d'un même site ou s'étendant à un site adjacent situé dans le complexe naso-ethmoïdal, avec ou sans envahissement osseux

– **T3** : Tumeur envahissant la paroi interne ou le plancher de l'orbite, le sinus maxillaire, la palais ou le fascia cribriformis

– **T4** :

T4a : Tumeur envahissant une des structures suivantes : contenu de la région antérieure de l'orbite, peau du nez ou de la joue, extension minime à la fosse cérébrale antérieure, à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, au sinus sphénoïdal ou frontal

T4b : Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : sommet de l'orbite, dure-mère, cerveau, fosse cérébrale moyenne, nerfs crâniens autres que V2, nasopharynx, clivus

Classification N/pN (ganglions régionaux) : voir Annexe 1

6.2 – moyens thérapeutiques

Sauf exception, le traitement des tumeurs malignes des cavités naso-Sinusiennes repose toujours sur la chirurgie généralement suivie d'une radiothérapie

•Chirurgie :

Pas de place pour la chirurgie sous-guidage endoscopique, à l'exception :

- du papillome inversé dégénéré réséqué en totalité où le diagnostic est porté à posteriori
- d'une récurrence d'adénocarcinome ethmoïdal très localisée
- des biopsies

Voie transfaciale: elle réalise une rhinotomie paralatéronasale à volet perdu qui permet une maxillectomie médiane avec des extensions potentielles possibles vers l'orbite, l'étage antérieur de la base du crâne, la cavité nasale

Voie sous labiale (vestibulaire): elle est rarement utilisée pour les tumeurs malignes

Exentération orbitaire: elle peut être nécessaire, avec ou sans sacrifice palpébral

Voies mixtes: elle combine deux voies d'abord distinctes: sous-frontale et paralatéronasale

•Radiothérapie :

- Radiothérapie postopératoire sur le site tumoral le plus souvent
- Irradiation prophylactique des aires ganglionnaires cervicales en fonction de l'histologie de la tumeur initiale
- Irradiation systématique des aires ganglionnaires cervicales en présence d'une adénopathie
- Curiethérapie: réservée aux tumeurs du vestibule nasal

•Chimiothérapie :

Place incertaine à l'exception des lymphomes et des sarcomes, ou bien de situations particulières (récidives, métastases).

6. 3 - Stratégie thérapeutique des Tumeurs du sinus maxillaire

T1 : résection chirurgicale large avec obtention de marges passant en zone saine

- pas de radiothérapie postopératoire si exérèse complète
- radiothérapie postopératoire sur le site tumoral si les marges d'exérèse sont proches (en particulier en cas d'atteinte de la suprastructure)

T2, T3 : résection chirurgicale large avec obtention de marges passant en zone saine

T4: résection chirurgicale large avec obtention de marges passant en zone saine.

L'extension tumorale au sphénoïde postérieur, au cône orbitaire, au nasopharynx et à la fosse infratemporale sont des contre-indications relatives à la chirurgie N0 : pas de traitement prophylactique sur les aires ganglionnaires sauf carcinome épidermoïde

N1 à N3 modérément avancé : curage ganglionnaire cervical adapté

Radiothérapie postopératoire si envahissement ganglionnaire et pour T2, T3 et T4

6.4 - Stratégie thérapeutique des Tumeurs de l'ethmoïde

T1 , T2 , T3 et T4 : résection chirurgicale large par une ethmoïdectomie élargie, avec obtention de marges passant en zone saine. L'exérèse peut imposer un sacrifice cutané, une résection de l'appareil lacrymo- nasal, une exentération, une lobectomie frontale. L'extension tumorale suprasellaire, au sphénoïde postérieur, au cône orbitaire, au nasopharynx et à la fosse infratemporale sont des contre-indication relatives à la chirurgie

N0 : pas de traitement prophylactique sur les aires ganglionnaires sauf carcinome épidermoïde

N1 à N3 modérément avancé : curage ganglionnaire cervical adapté

Radiothérapie postopératoire systématique

6.5 -Stratégie thérapeutique des Tumeurs de la cloison, de la lame des cornets

T1, T2, T3 ou T4 : résection chirurgicale large, avec obtention de marges passant en zone saine

N0 : pas de traitement prophylactique sur les aires ganglionnaires sauf carcinome épidermoïde

N1 à N3 modérément avancé : curage ganglionnaire cervical adapté

Radiothérapie postopératoire systématique

6.6 - SURVEILLANCE

La surveillance clinique

- La première année, la surveillance est recommandée tous les 2 mois.
- La deuxième année, la surveillance est trimestrielle.
- Au delà, le patient est revu systématiquement tous les quatre à six mois.

La surveillance paraclinique

- Un examen TDM de référence est à réaliser à la fin du traitement. La radiographie pulmonaire annuelle peut être proposée

7 - CARCINOMES DU CAVUM :

7.1 - Introduction

Le traitement des lymphomes et des rhabdomyosarcomes ne sera pas abordé dans ce protocole, de même que la prise en charge des tumeurs du cavum chez l'enfant. Le rôle de l'imagerie est essentiel dans cette topographie et conditionne une irradiation optimale

7.2- Anatomocytologie

Carcinomes épidermoïdes classés selon l'OMS :

Type I : Carcinome malpighien kératinisant

Type II : Carcinome malpighien non kératinisant

Type III : Carcinomes indifférenciés de type nasopharyngé (UCNT)

7.3-Bilan d'extension

-Examen clinique comprenant la palpation des aire ganglionnaires cervicales, l'examen neurologique des paires crâniennes et la rhinoscopie postérieure.

-Endoscopie

Imagerie :

- IRM de la tête et du cou et scanner
- Radiographie pulmonaire
- Echographie hépatique
- Radiographie panoramique dentaire
- Echographie cardiaque en cas de chimiothérapie avec anthracyclines
- Scintigraphie osseuse
- TEP-TDM avec le 18F-FDG

Biologie :

- NFS plaquettes
- Ionogramme, créatininémie, bilan hépatique, bilan thyroïdien
- Sérologie EBV

7.4 – Classification – TNM : UICC de 2002

- Tx : La tumeur primitive ne peut être évaluée
- T0 : Pas de tumeur primitive décelable
- Tis : Carcinome in situ
- T1 : Tumeur localisée à un seul site du nasopharynx
- T2 : Tumeur étendue aux parties molles de l'oropharynx et/ou aux fosses nasales
T2a: sans extension parapharyngée
T2b: avec extension parapharyngée
- T3 : Tumeur envahissant les structures osseuses ou les sinus maxillaires
- T4 : Tumeur avec extension intracrânienne et/ou atteinte des nerfs crâniens, de la fosse sous temporale, de l'hypopharynx ou de l'orbite ou de l'espace masticateur.
- Nx : Les adénopathies régionales ne peuvent être évaluées.
- N0 : Pas d'adénopathie régionale métastatique.
- N1 : Adénopathie(s) métastatique(s) unilatérale(s), < ou = à 6 cm dans la plus grande dimension, au-dessus du creux sus-claviculaire.
- N2 : Adénopathie(s) métastatique(s) bilatérale(s), < ou = à 6 cm dans la plus grande dimension, au-dessus du creux sus-claviculaire.
- N3 : Adénopathie(s) métastatique(s) – a) > à 6 cm – b) au niveau du creux sus-claviculaire.
- Mx : L'existence de métastase à distance ne peut pas être évaluée
- M0 : Pas de métastase à distance
- M1 : Il existe des métastases à distance

7.5-Traitement

L'essentiel du traitement repose sur la radiothérapie du pharynx et des aires ganglionnaires à fortes doses.

La dosimétrie informatisée conditionne une irradiation optimale. La perte de contrôle local est significativement corrélée à l'allongement de la durée de traitement. Le complément de dose peut être délivré par endocuriethérapie. Des essais thérapeutiques et une méta-analyse de 2004 ont montré l'amélioration de la survie globale et du contrôle loco-régional par l'apport d'une chimiothérapie néoadjuvante et concomitante dans les stades avancés quel que soit le type histologique. (4% de gain absolu de survie par la chimiothérapie en général et 20% de gain par la chimiothérapie concomitante).

En revanche la chimiothérapie adjuvante n'a pas d'intérêt sur le contrôle locorégional, ni sur l'incidence des métastases. La place de la chirurgie est en général limitée à celle d'adénectomie de rattrapage.

7.5.1 - Stade I et stade IIA :

Radiothérapie externe à la dose de 70 Gy dans un volume centré sur le nasopharynx, incluant la partie postérieure des fosses nasales, de l'ethmoïde, du sinus maxillaire, le sommet des orbites, le plancher du sinus sphénoïdal et le clivus, le voile membraneux et la partie supérieure des loges amygdaliennes. Radiothérapie réalisée sur le mode conformationnel ou en modulation d'intensité associée à une radio-thérapie prophylactique ganglionnaire à la dose de 44 Gy.

7.5.2 - Stades IIB, III, IVA, IVB :

Chimiothérapie néoadjuvante : 3 cycles espacés de 21 jours

Carcinome malpighien kératinisant et carcinome indifférencié :

- Cisplatine : 25 mg / m² de J1 à J4

5 Fluorouracile : 1g / m² de J1 à J4

Ou TPF

- suivie d'une radio-chimiothérapie concomitante par CDDP : 25 mg / m² à J1 et J4 / J1 = J21

Radiothérapie externe et chimio concomitante par CDDP délivrant 70

Gy dans la tumeur et les ganglions envahis, de 54Gy dans les aires ganglionnaires adjacentes aux ganglions envahis, et de 44 Gy à 50Gy dans les aires ganglionnaires à distance. Radiothérapie réalisée sur le mode conformationnel ou en modulation d'intensité.

Adénéctomie, à discuter en cas de reliquat ganglionnaire 1 à 3 mois après la fin de la radiothérapie.

7.5.3 - Stade IVC :

Chimiothérapie palliative selon les mêmes protocoles que précédemment et radiothérapie cervicale à adapter selon la réponse et la symptomatologie.

7.5.4 - Récidives :

Les traitements sont à discuter au cas par cas. Ils peuvent inclure: une reprise de chimiothérapie, une réirradiation externe, une endo- curiethérapie.

8 - TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES:

8.1 - Classification TNM des tumeurs des glandes salivaires

TNM UICC de 2009

Règles de classification

La classification ne s'applique qu'aux carcinomes.

Les catégories T, N et M doivent être précisées par les méthodes suivantes:

Catégorie T : l'examen clinique et l'imagerie

Catégorie N : l'examen clinique et l'imagerie

Catégorie M : l'examen clinique et l'imagerie

Sites anatomiques /

Glandes parotides

Glandes sous-mandibulaires

Glandes sous linguales

Adénopathies régionales (voir UICC 2002)

Les ganglions lymphatiques régionaux sont les ganglions cervicaux.

Classification T

- Tx : La tumeur primitive ne peut être évaluée
- T0 : Pas de tumeur primitive décelable
- T1 : Tumeur < ou = à 2 cm dans sa plus grande dimension sans extension extra-glandulaire
- T2 : Tumeur > à 2 cm et < ou = à 4 cm dans sa plus grande dimension sans extension extra-glandulaire
- T3 : Tumeur > à 4 cm et/ou avec extension extraparenchymateuse
- T4 :
 - T4a : Tumeur envahissant la peau, le maxillaire, le conduit auditif ou le nerf facial
 - T4b : Tumeur envahissant la base du crâne, l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde ou englobant l'artère carotide

Classification N/pN (ganglions régionaux) : voir Annexe 1

8.2 - BILAN – TRAITEMENT

BILAN :

- L'existence d'un syndrome tumoral au sein d'une glande salivaire impose l'exploration chirurgicale et un examen histologique per opératoire.
- L'examen clinique insiste sur l'évaluation de la motricité faciale.
- Un scanner cervical et une IRM sont réalisés en cas de tumeur volumineuse.
- La cytoponction peut apporter une orientation diagnostique

TRAITEMENT :

Dans le cas des glandes accessoires et de la sous-maxillaire, on fait l'exérèse totale de la glande complétée par un évidement ganglionnaire en fonction du type histologique.

Dans le cas de la glande parotide, on fait une parotidectomie permettant l'exérèse tumorale, après dissection du VII et de ses branches. La stratégie chirurgicale est adaptée au résultat de l'examen histologique extemporané :

- Adénome monomorphe : fin de la procédure
- Adénome pléiomorphe et Myoépithéliome :parotidectomie totale.
- Carcinome : parotidectomie totale

- Indication de l'évidement cervical :

Adénopathie clinique et/ou TDM ;

Type histologique agressif: carcinome muco épidermoïde de haut grade, adénocarcinome, carcinome épithélial-myoépithélial, carcinome épidermoïde, carcinome indifférencié, carcinome oncocytaire ***Envahissement et/ou sacrifice du VII ;***

Envahissement cutané et/ou osseux ;

- Attitude vis à vis du VII, pour toutes les tumeurs malignes : Sacrifice de branches ou du tronc seulement en cas d'envahissement macroscopique per-opératoire

Indications de la Radiothérapie postopératoire

- Tumeurs de haut grade quelle que soit l'exérèse
- Après exérèse incomplète macroscopique ou microscopique (tous types histologiques)
- Envahissement osseux, cutané, et du VII
- En cas de curage ganglionnaire positif et/ou extension périnerveuse

Modalités : 50 à 60 Gy en prophylaxie, 70 à 75 Gy sur le lit tumoral, en traitement curatif, selon la qualité de l'exérèse et le statut ganglionnaire. La neutronthérapie est particulièrement adaptée au traitement du carcinome adénoïde kystique.

Généralités anatomocytologiques

La cytologie peut être effectuée, nécessite une confrontation anatomo-clinique et radiologique (IRM ++). L'intérêt est relatif car les tumeurs sont souvent hétérogènes. Peut être utile si elle change le traitement chirurgical

L'étude cytogénétique montre des anomalies génétiques identifiées dans les tumeurs salivaires mais ne permet pas d'histopronostic

L'immunohistochimie est parfois utile pour déterminer le type histologique exact.

VII. ARBRES DE PRISE EN CHARGE

Légende

RCT : radiochimiothérapie RTE : radiothérapie externe

CT : chimiothérapie GG : ganglionnaire

1 BILAN INITIAL

Bilan initial (hors cavum)

Standards

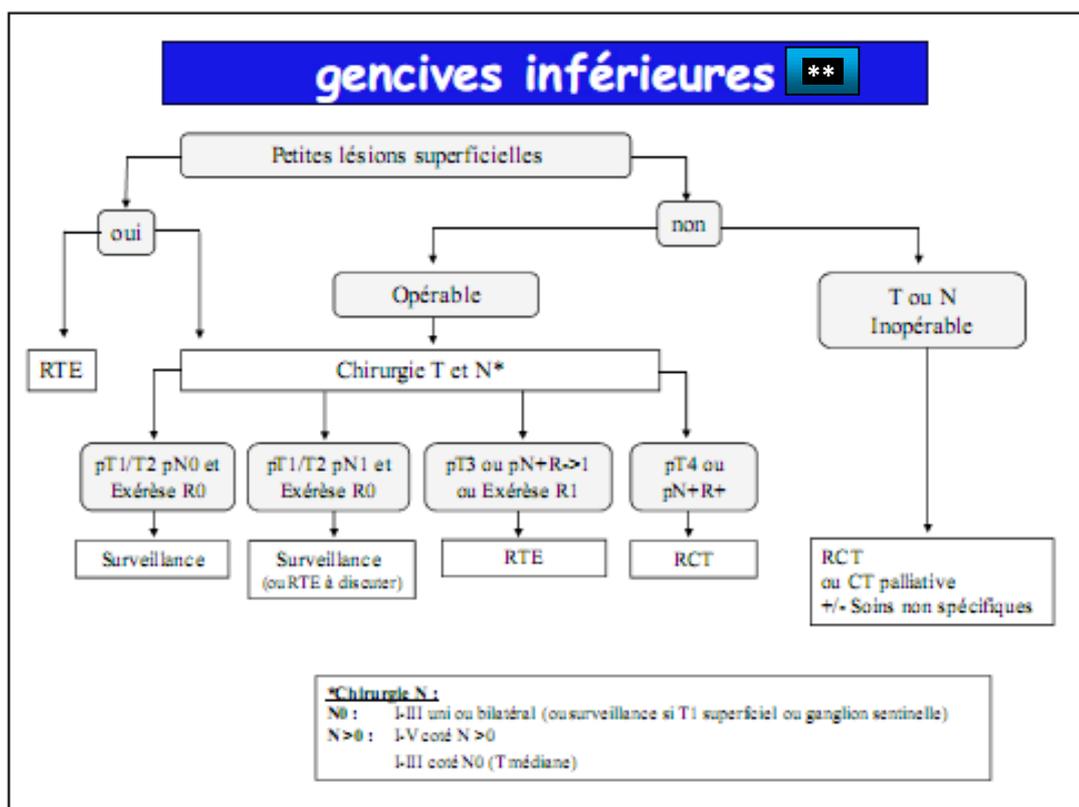
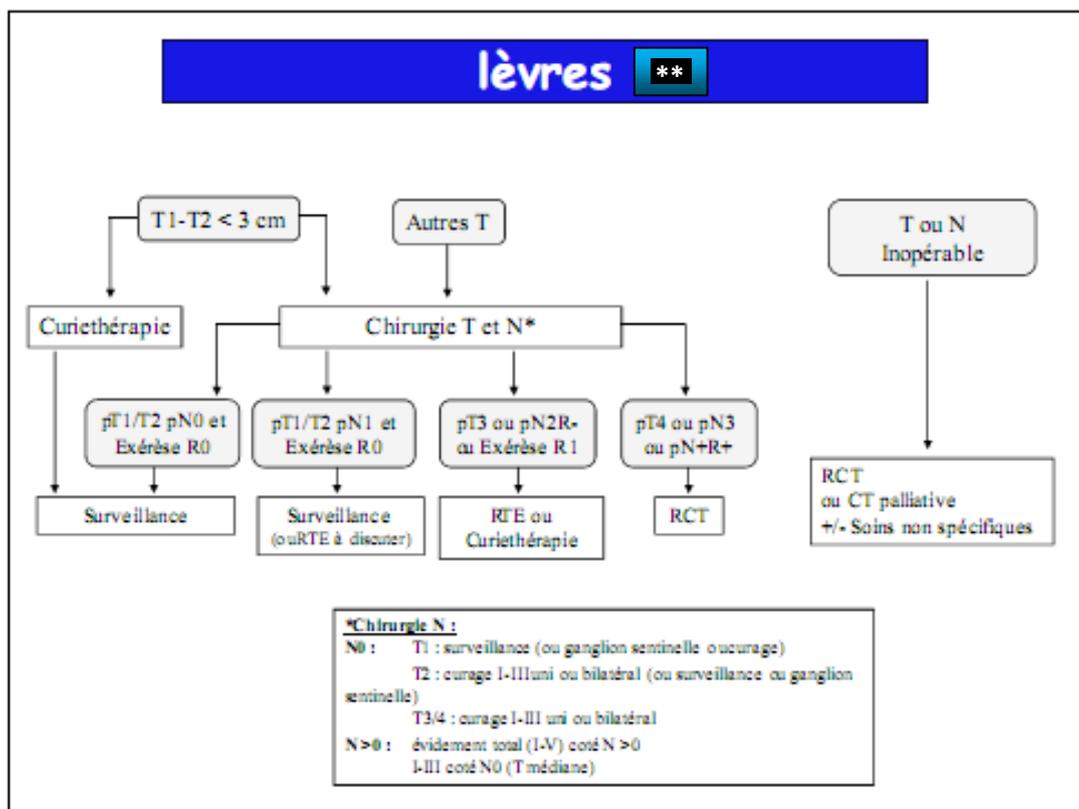
- Examen clinique ORL si possible avec enregistrement vidéo, +/- biopsies (en consultation)
- Pan endoscopie des VADS sous AG si possible avec enregistrement vidéo + biopsies +/- cytologie ganglionnaire
- Scanner cervico-facial avec injection de produit de contraste
- RT face
- Panoramique dentaire + consultation dentaire

En fonction des localisations et du bilan

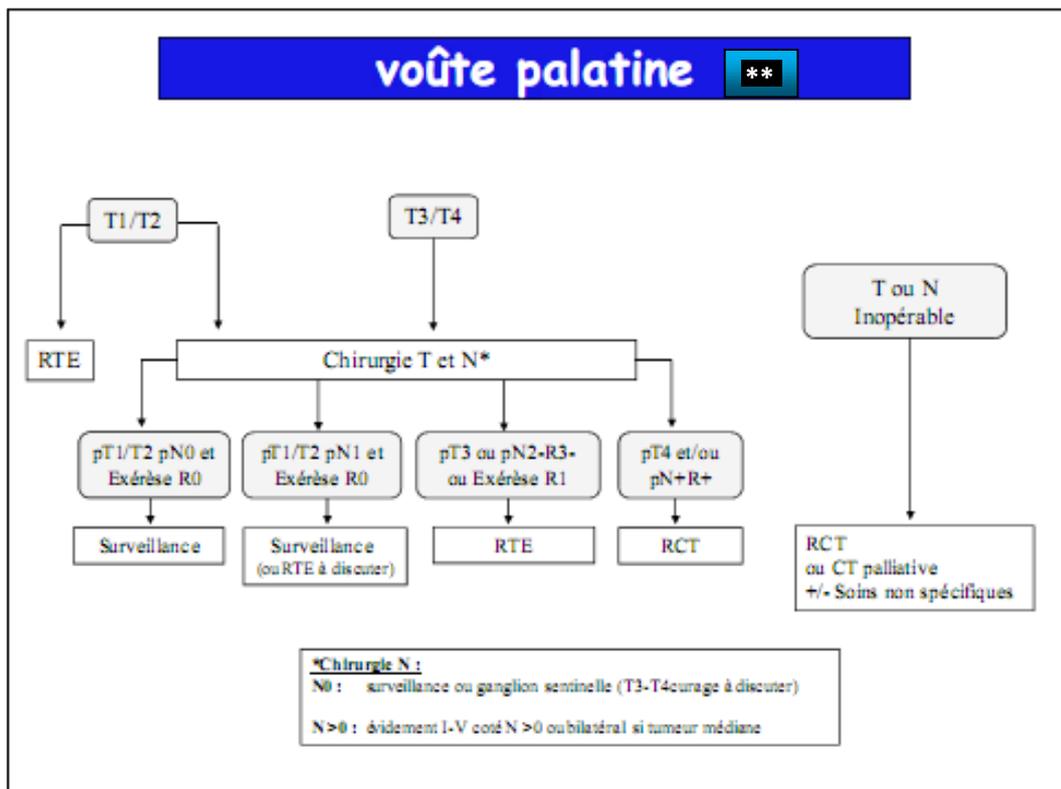
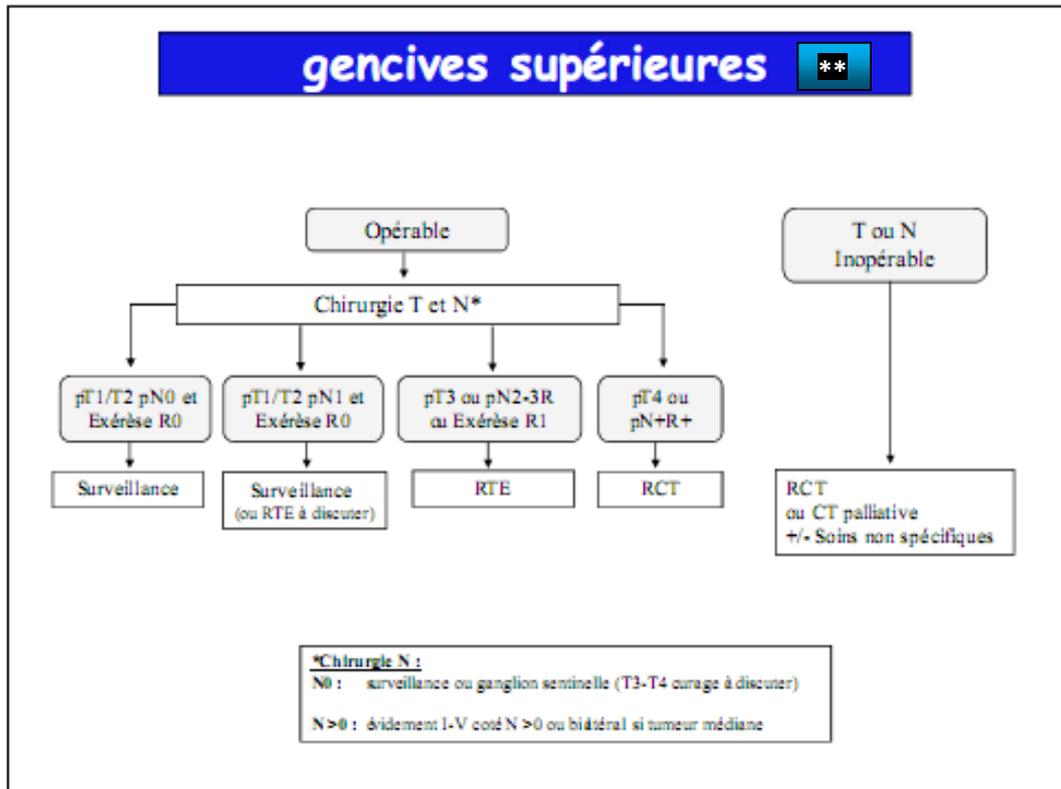
- IRM pour sinus, cavité buccale, oropharynx, glandes salivaires, médullaire mandibulaire
- TDM thoraco-abdominal ou TEP scan si justifié par extension tumorale
- Scintigraphie osseuse si doute sur extension osseuse locale (à vérifier)
-

NB : tout les arbres décisionnels si dessous sont élaborés par l'équipe du Référentiels de Midi Pyrénées –2006–

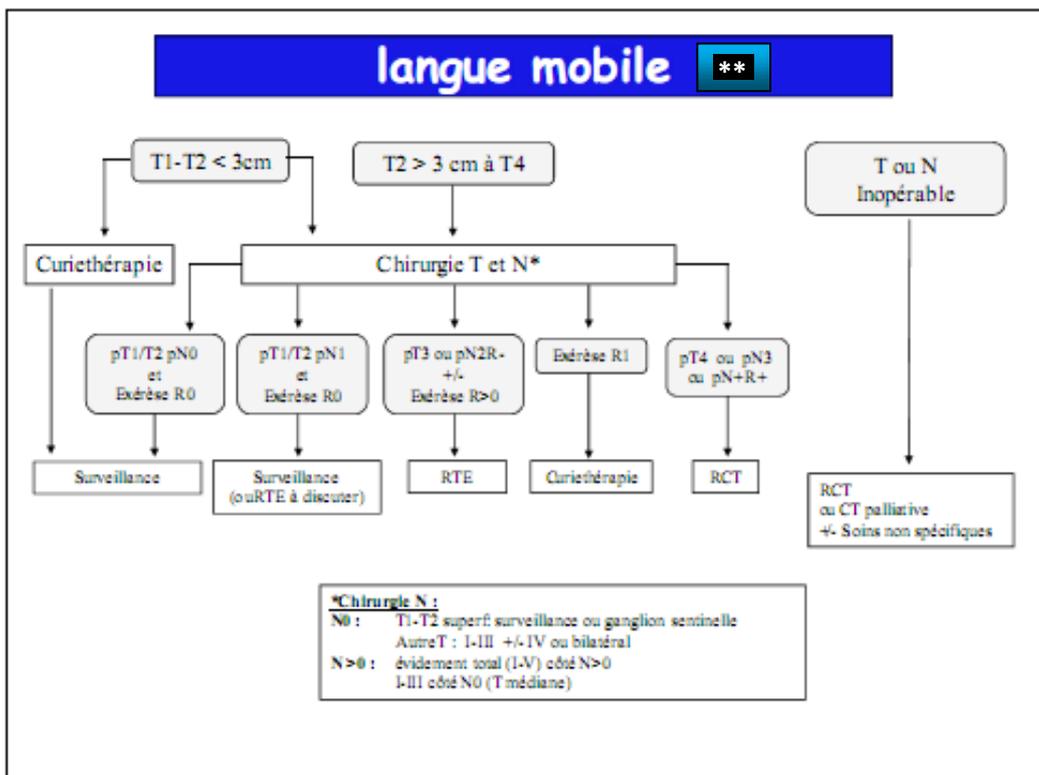
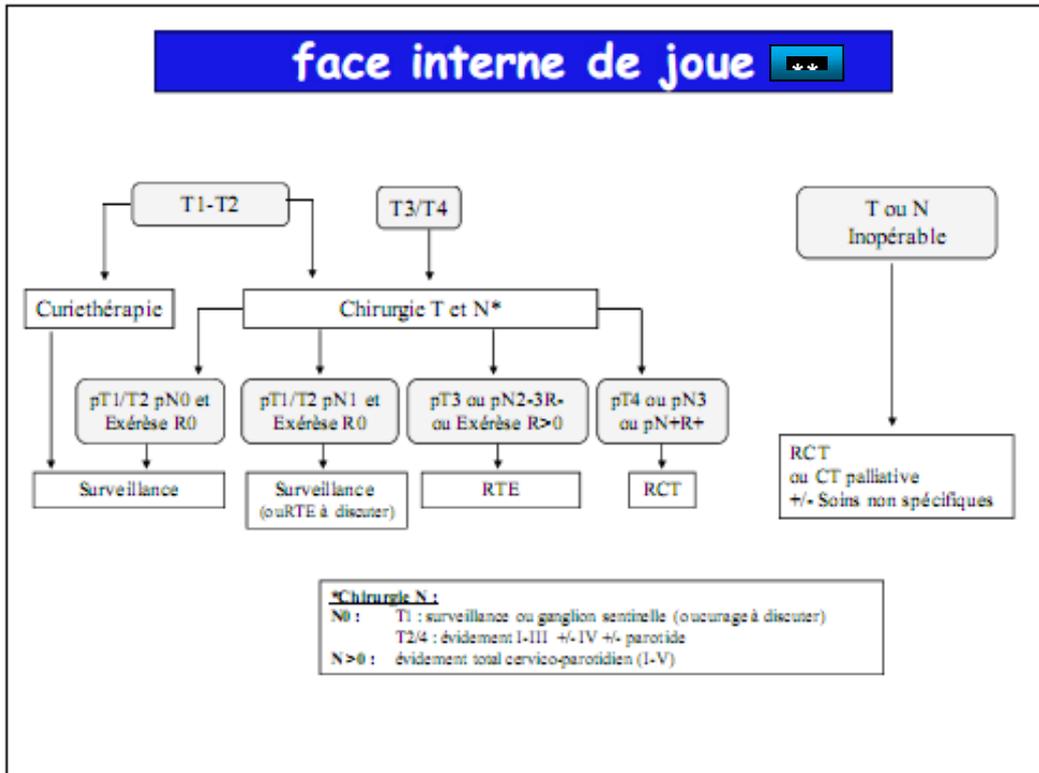
2 -CAVITE BUCCALE



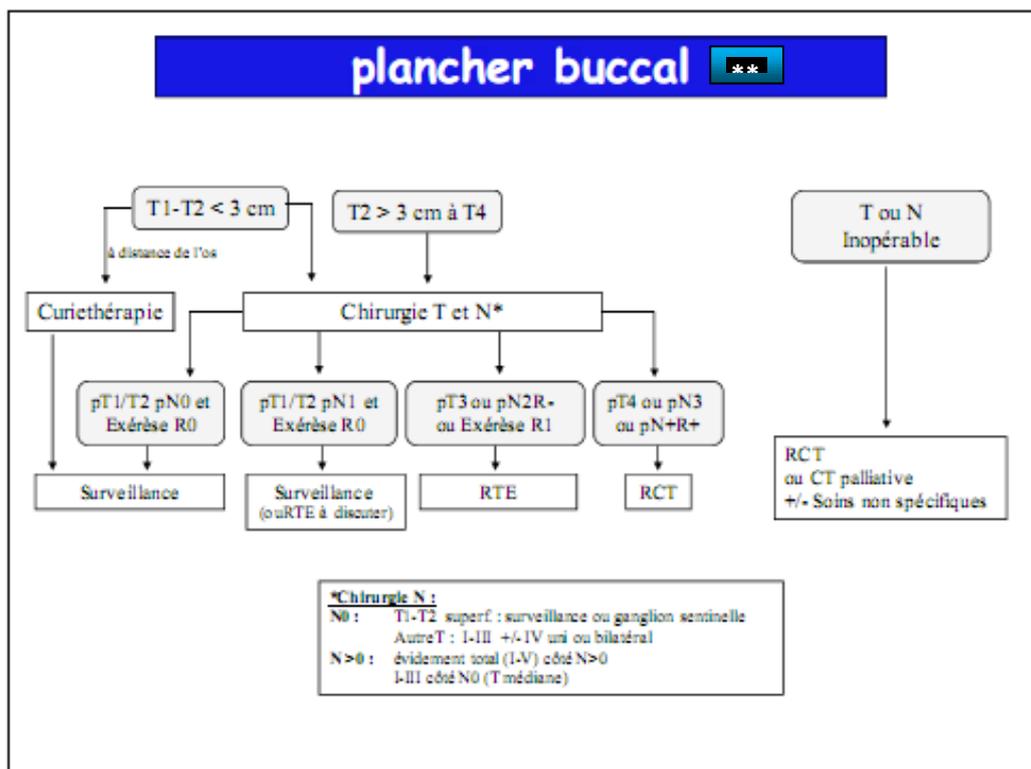
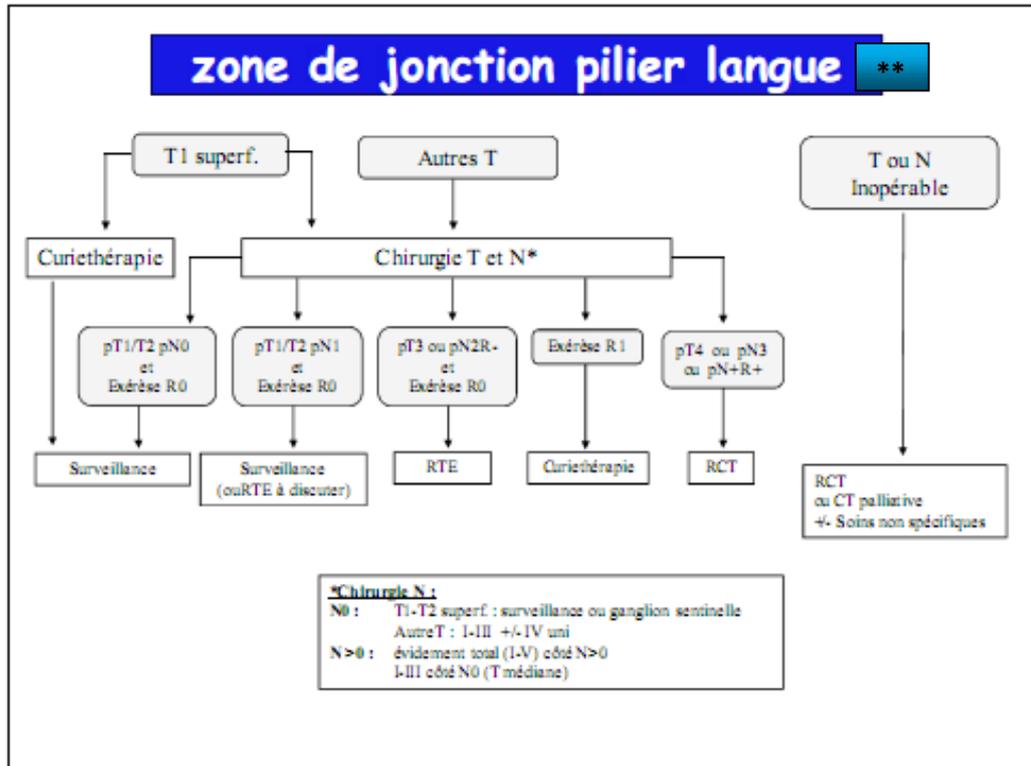
** : référentiel Midi Pvrénées 2006



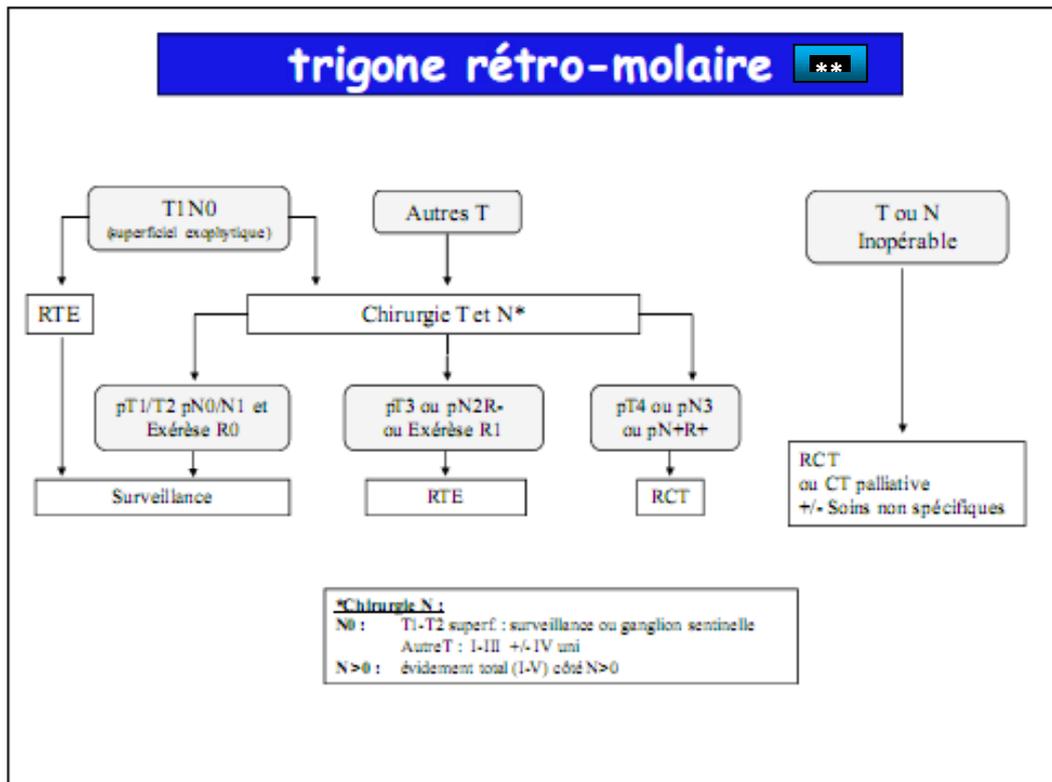
**** : référentiel Midi Pyrénées 2006**



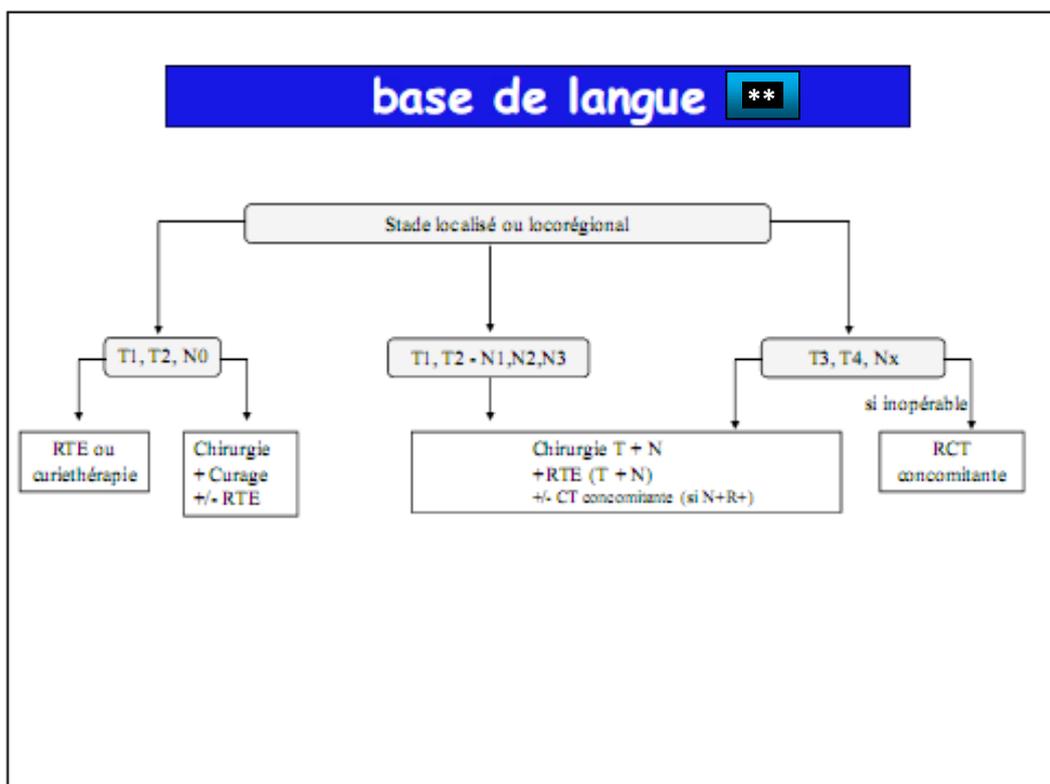
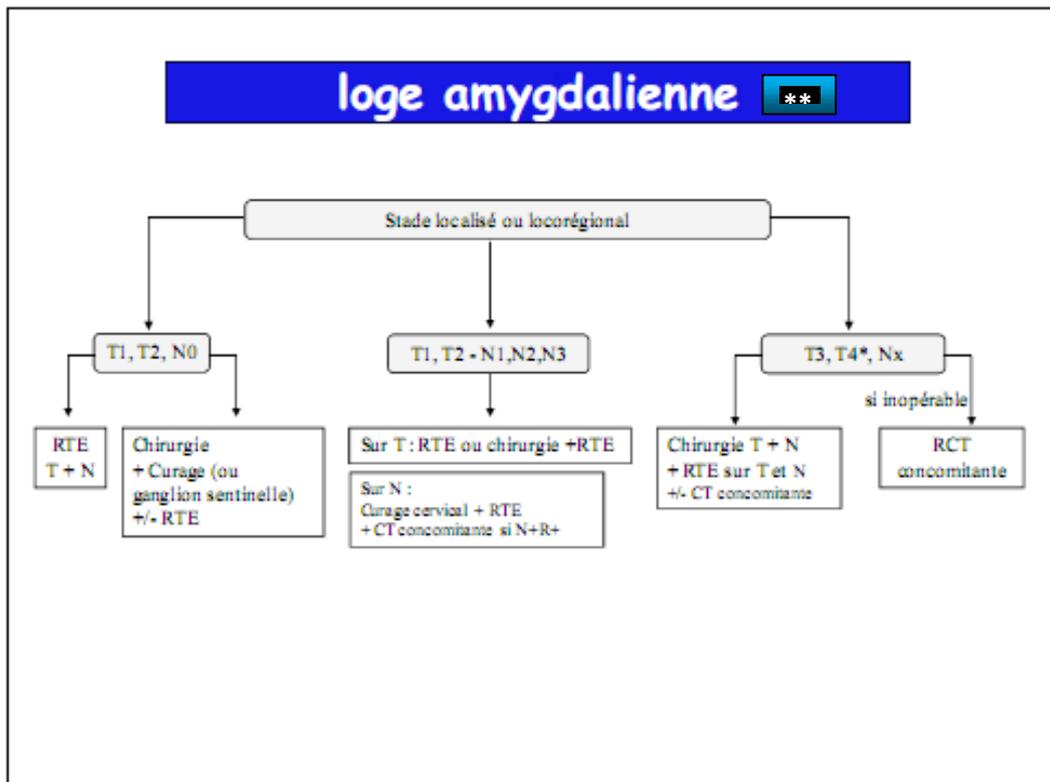
**** : référentiel Midi Pyrénées 2006.**



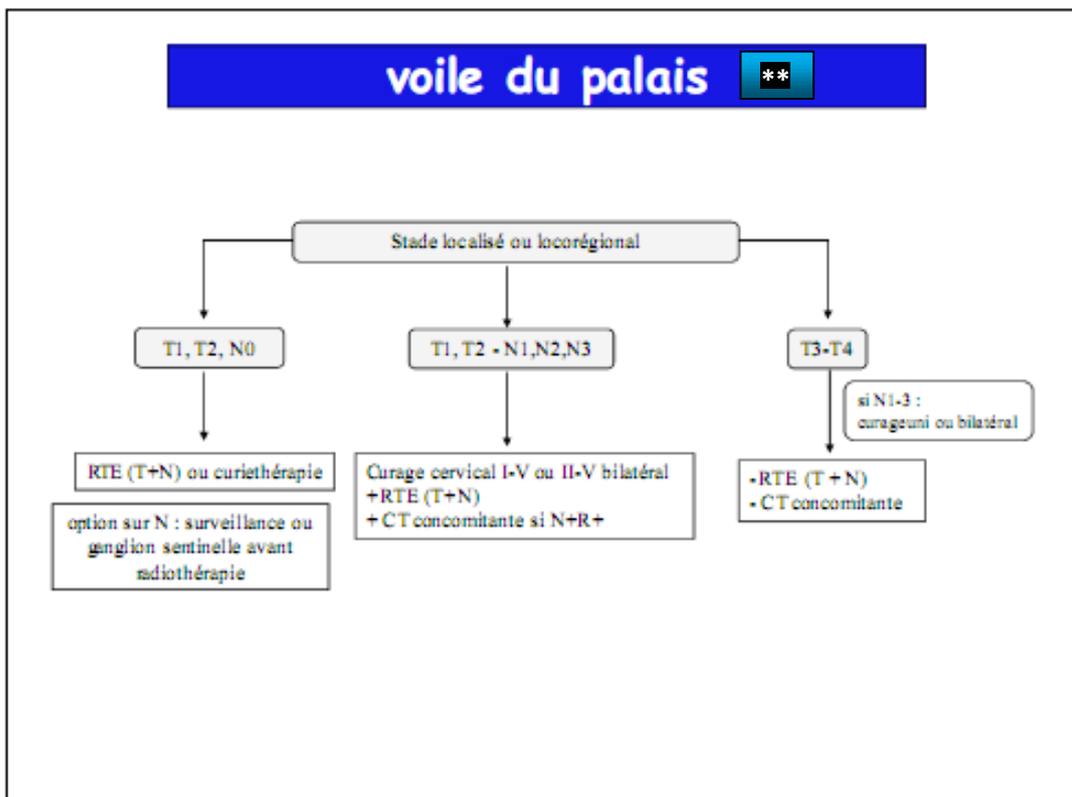
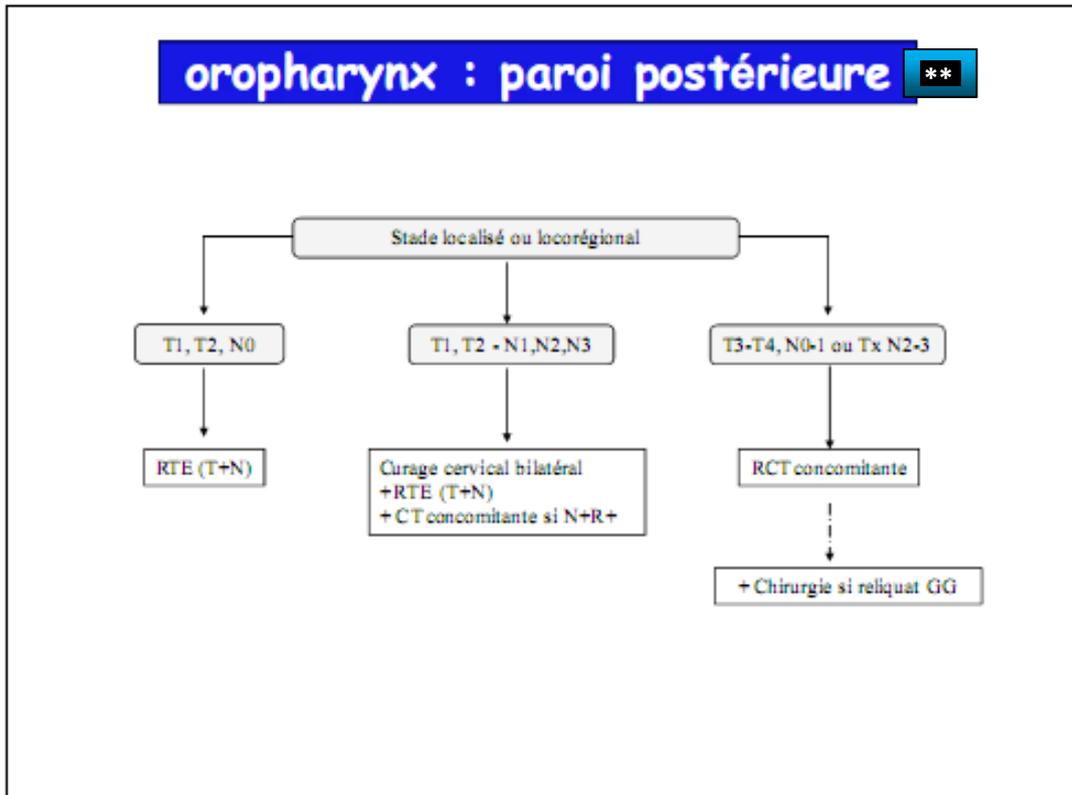
**** : référentiel Midi Pyrénées 2006**



3- OROPHARYNX

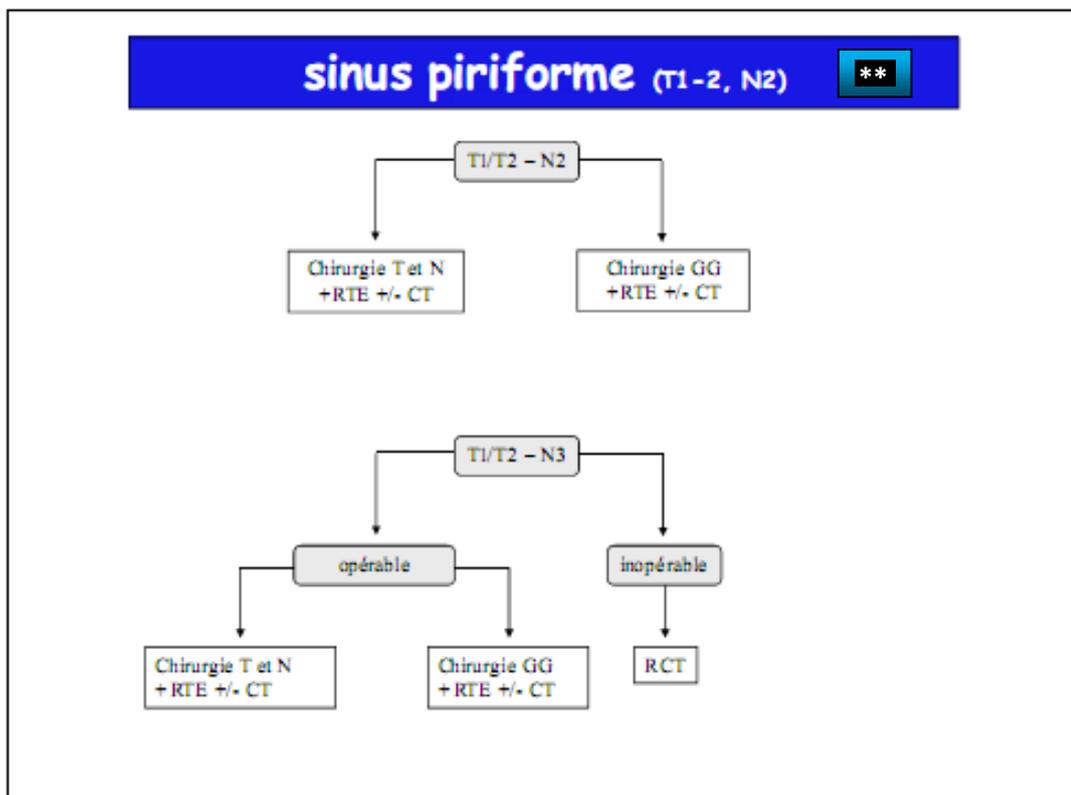
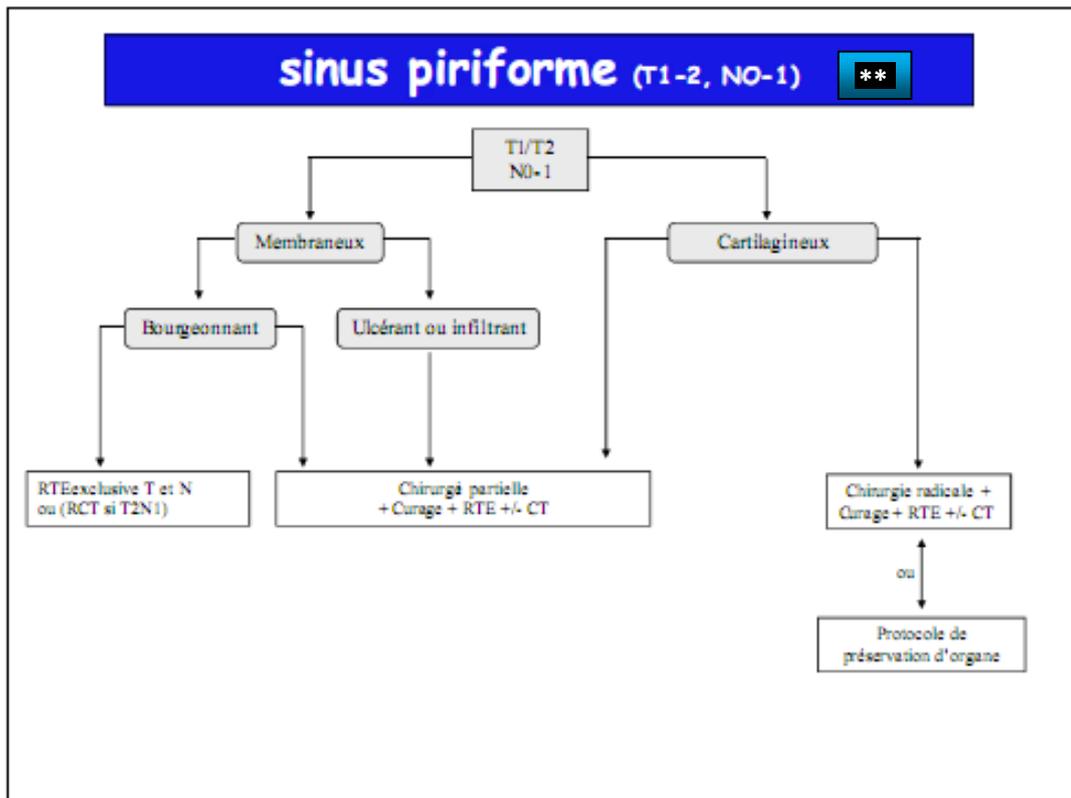


** : référentiel Midi Pyrénées 2006

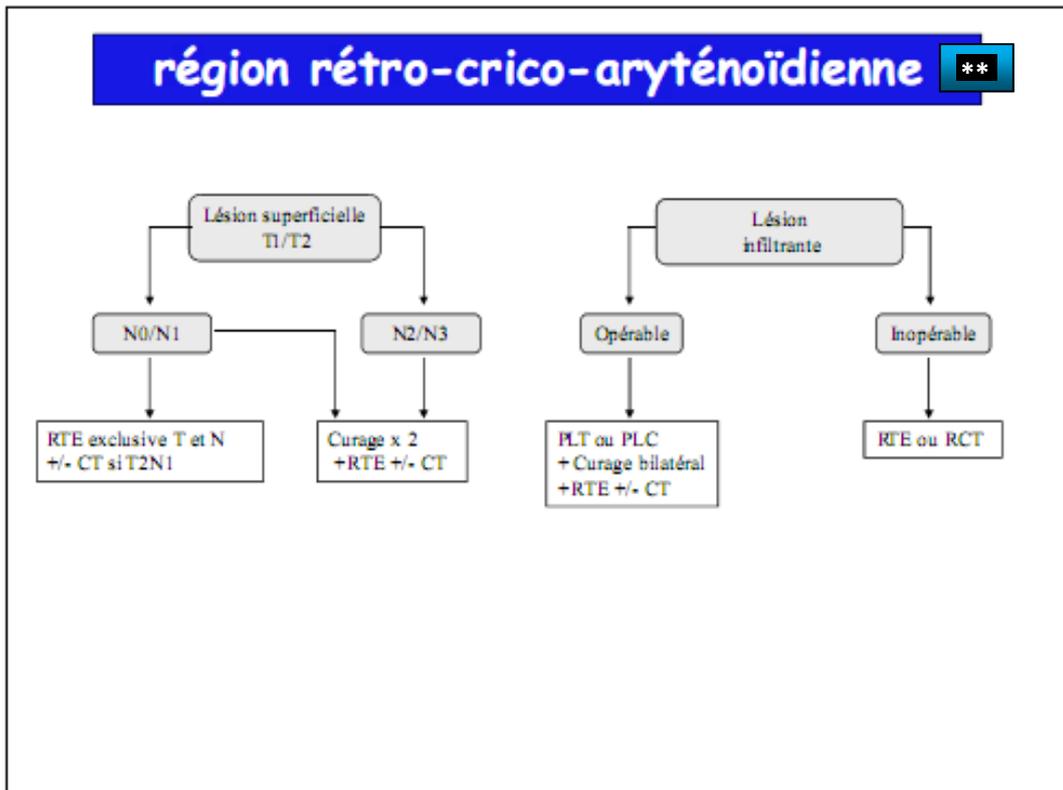
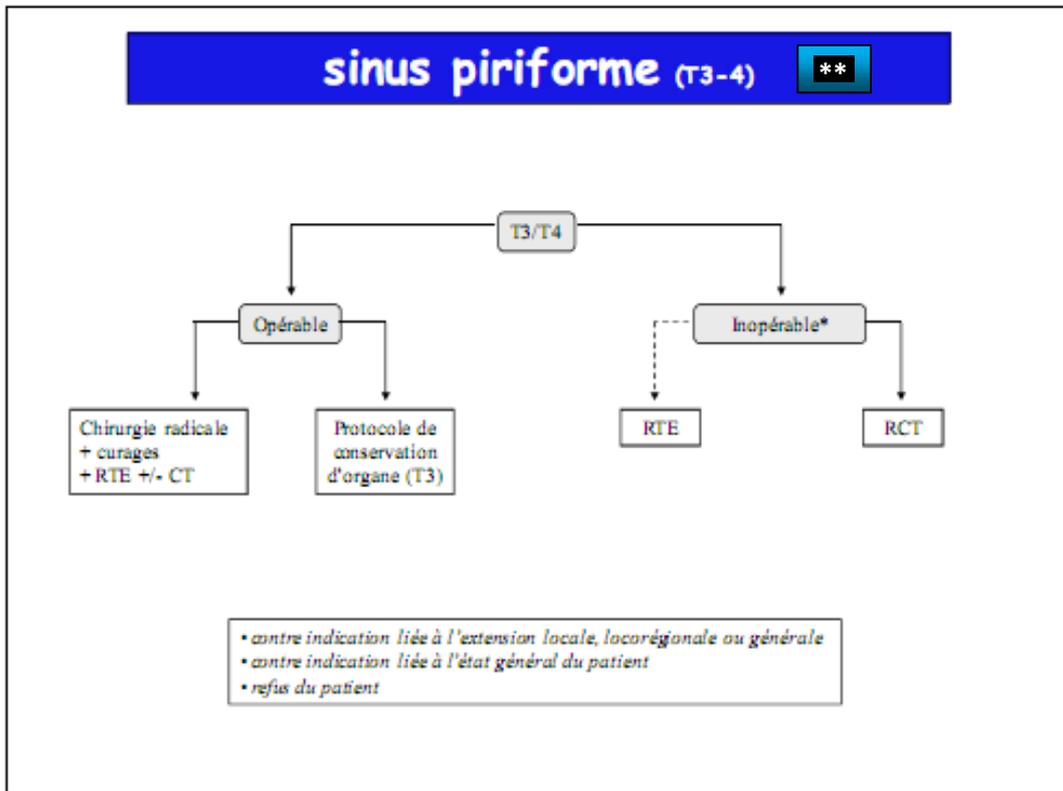


**** : référentiel Midi Pyrénées 2006**

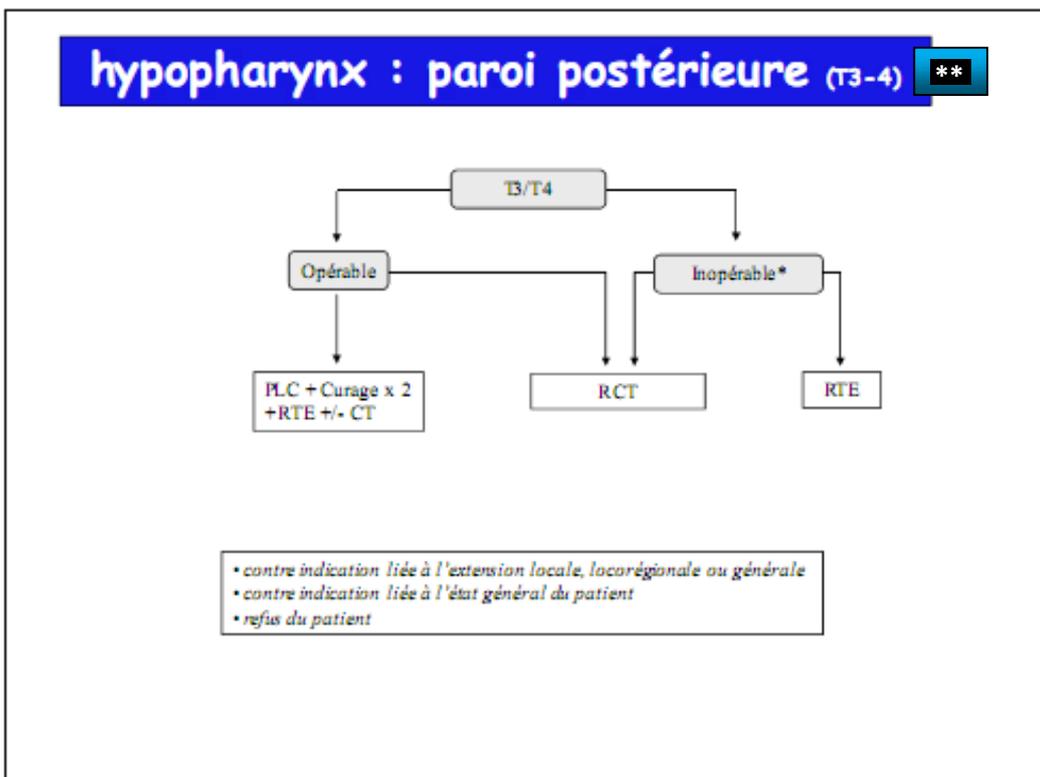
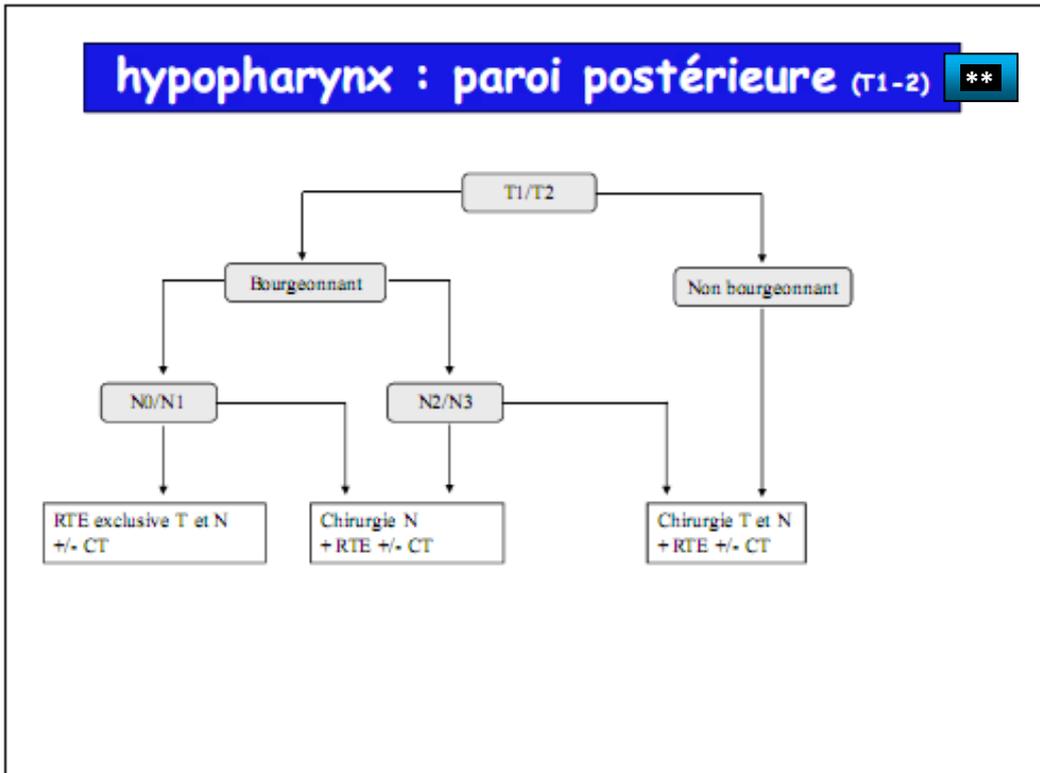
4- HYPOPHARYNX



**** : référentiel Midi Pyrénées 2006**

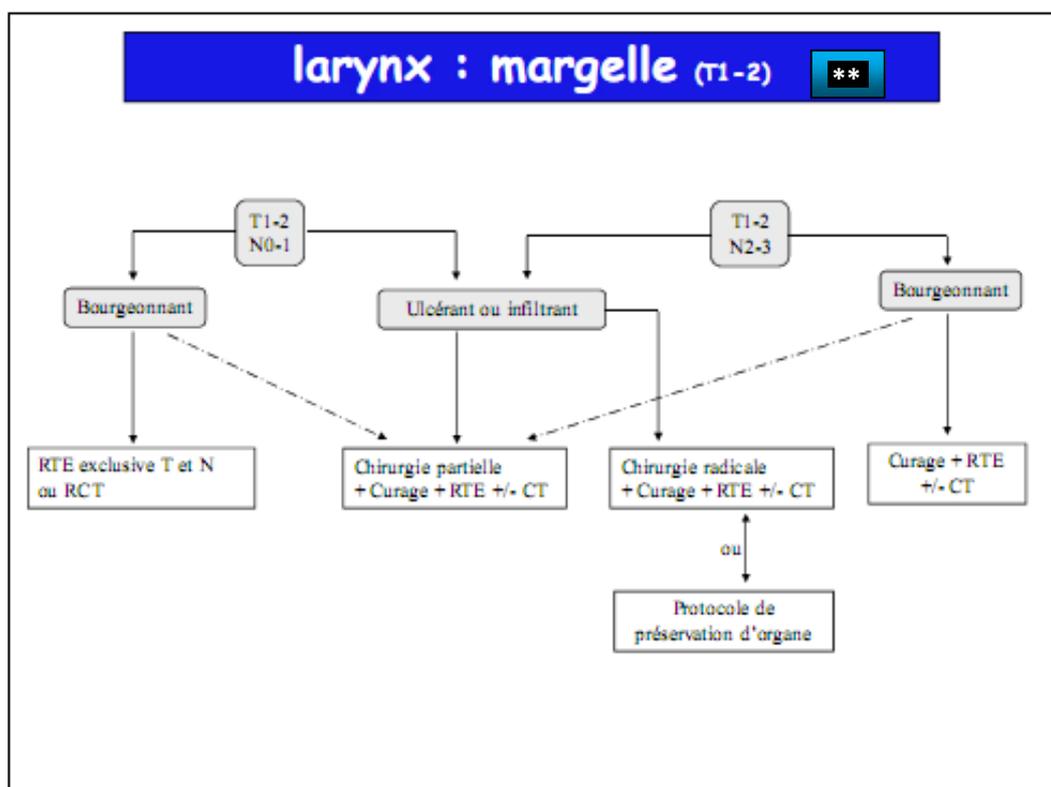
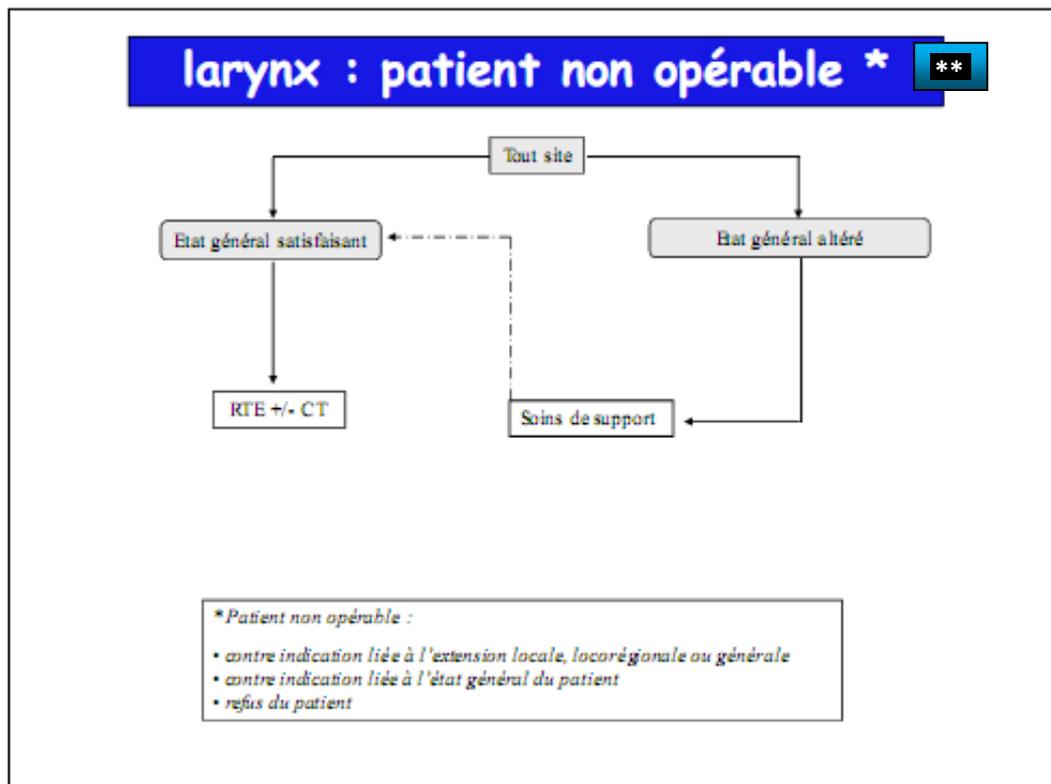


******: référentiel Midi Pyrénées 2006

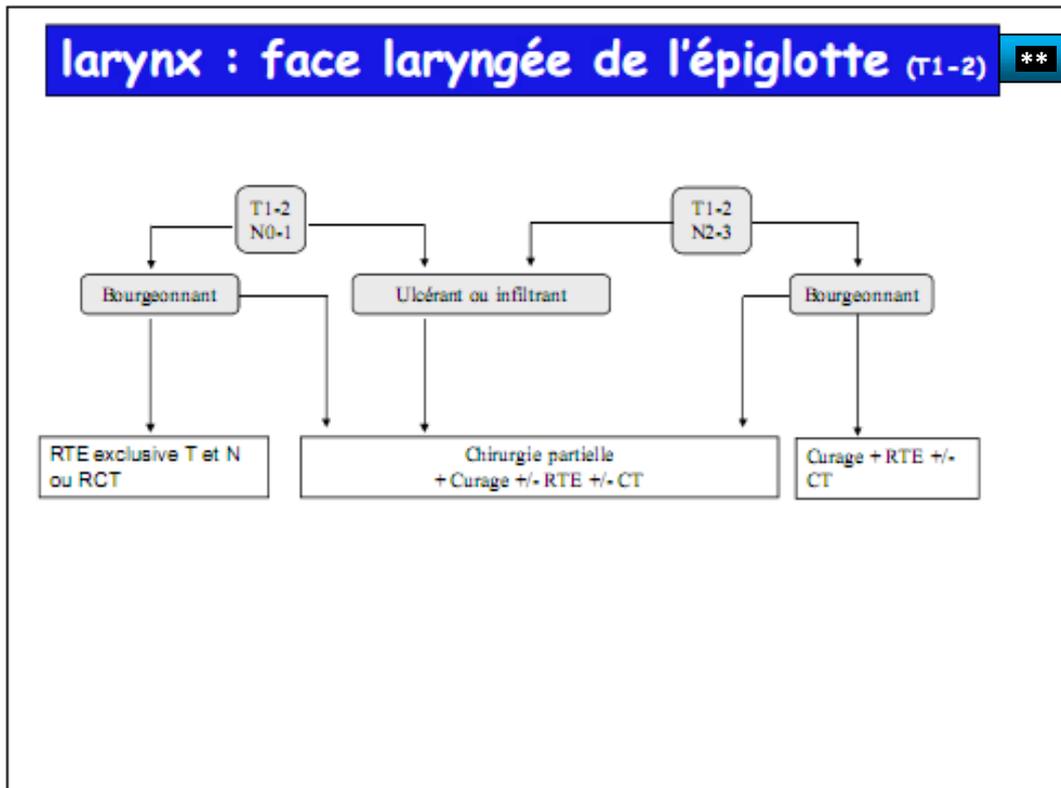
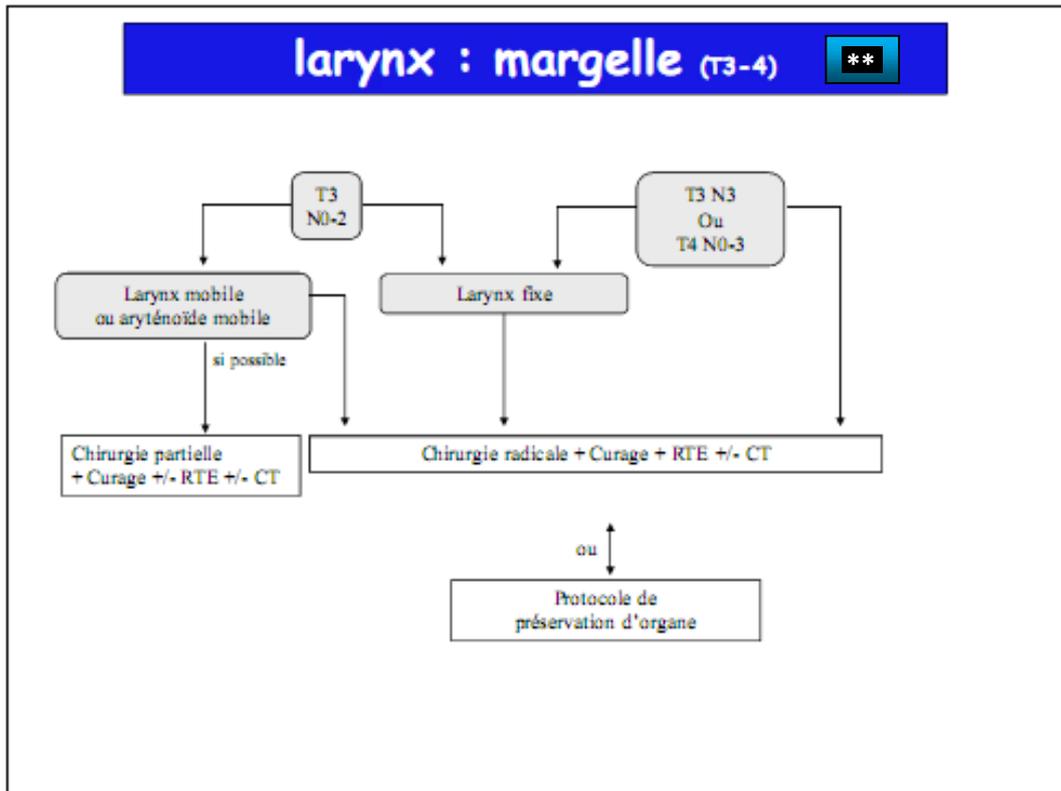


** : référentiel Midi Pyrénées 2006

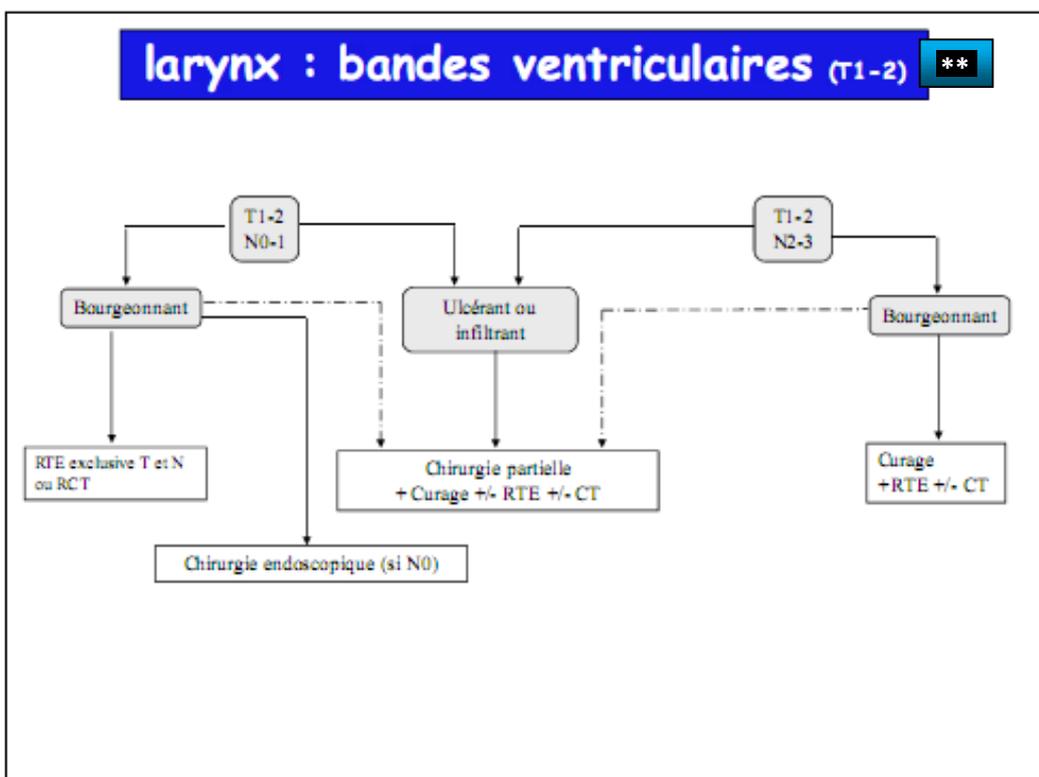
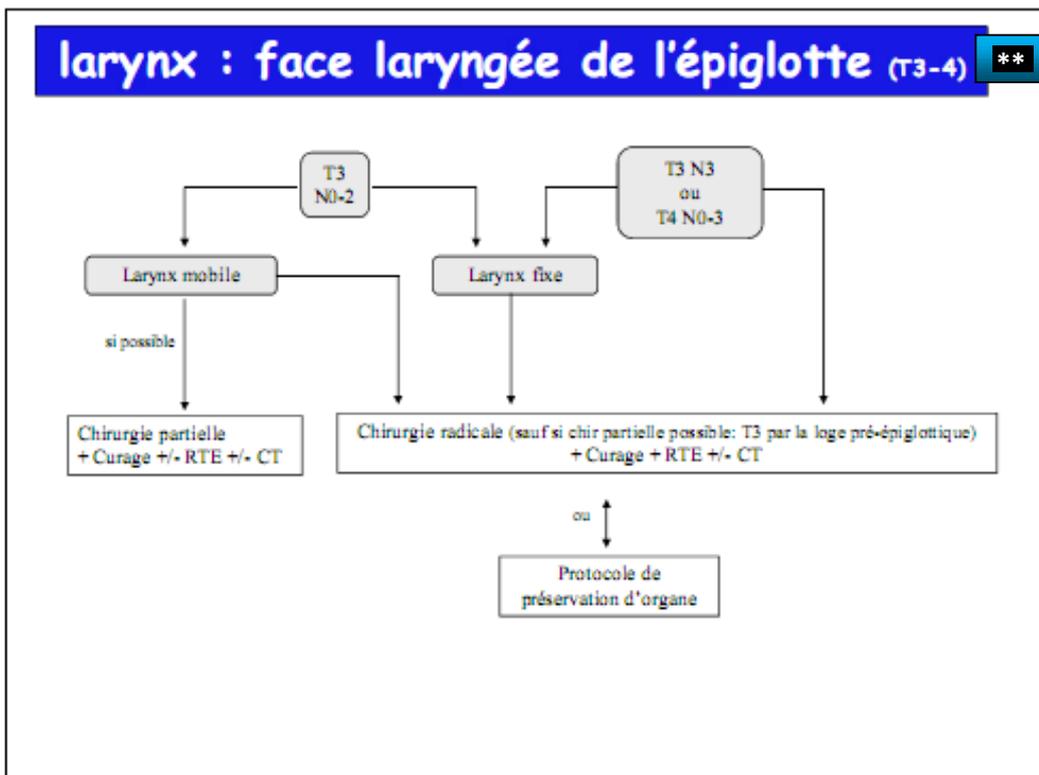
5- LARYNX



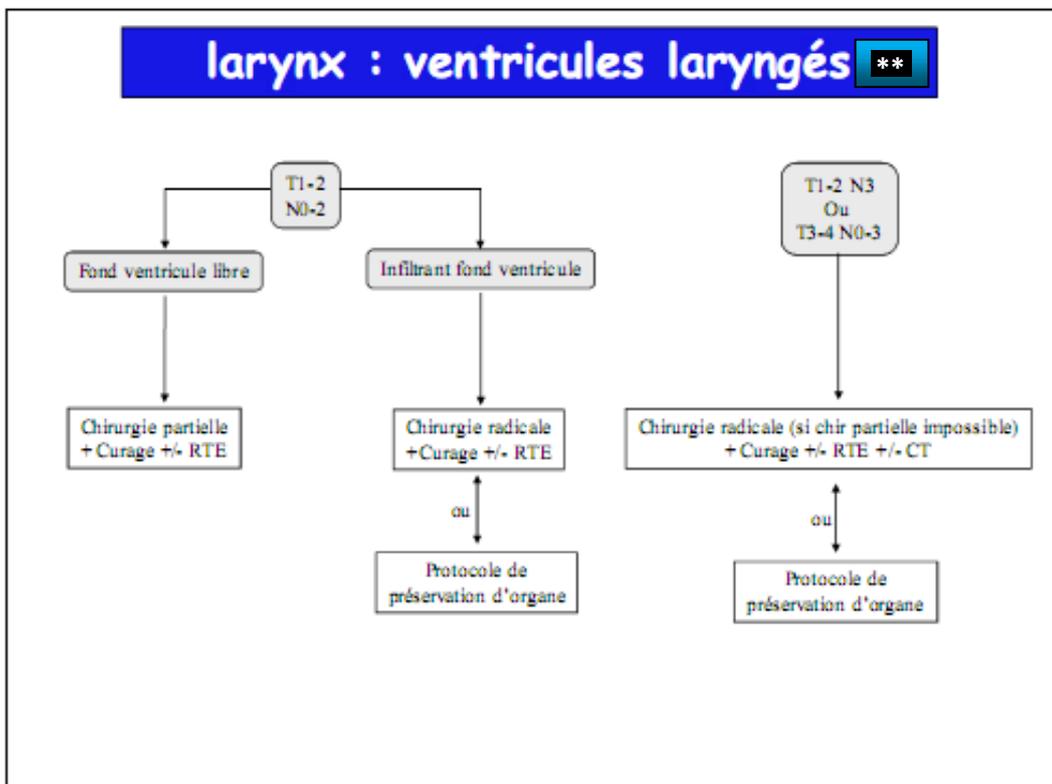
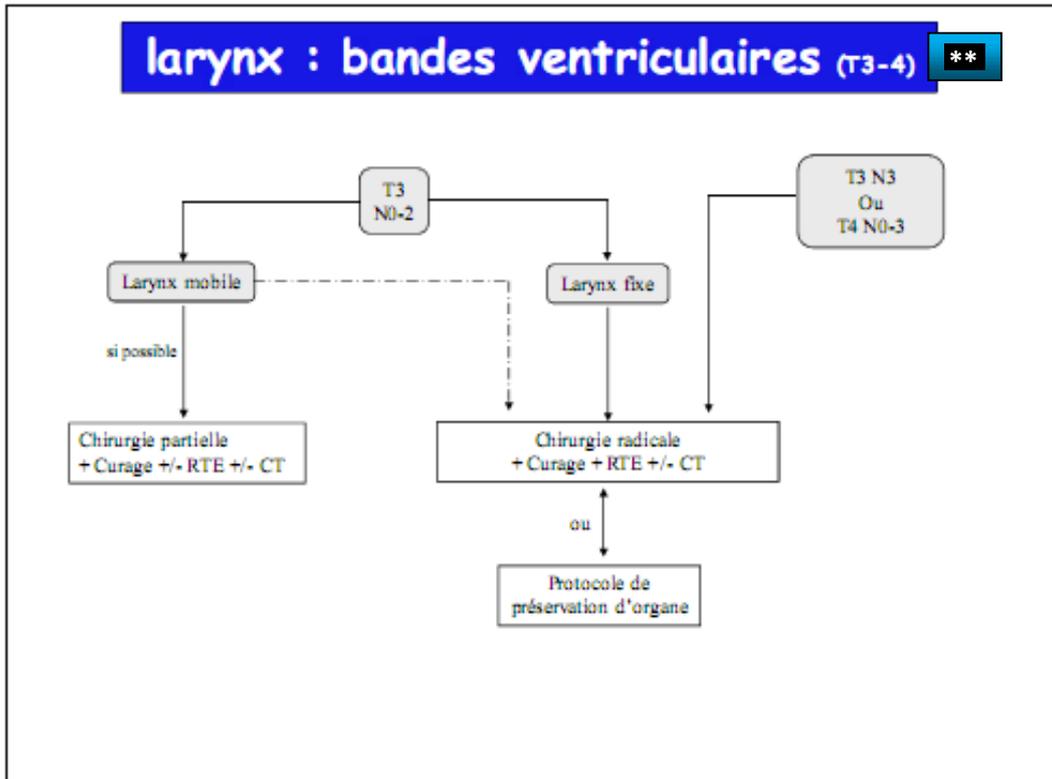
** : référentiel Midi Pyrénées 2006



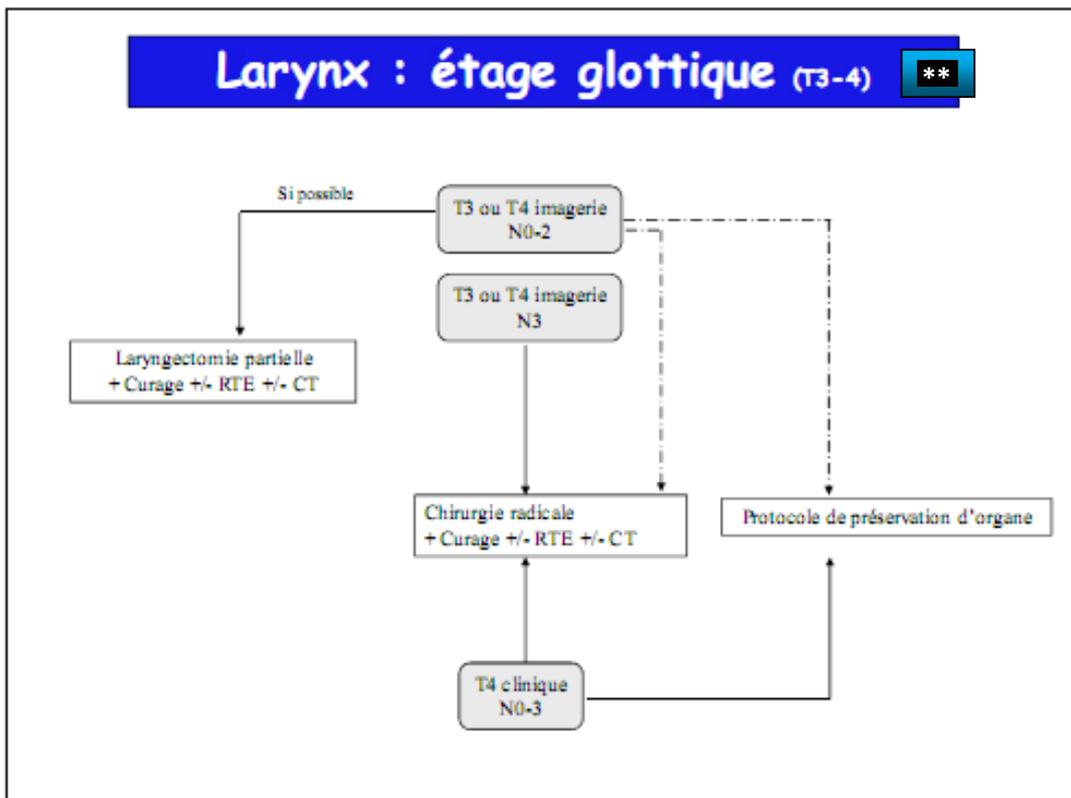
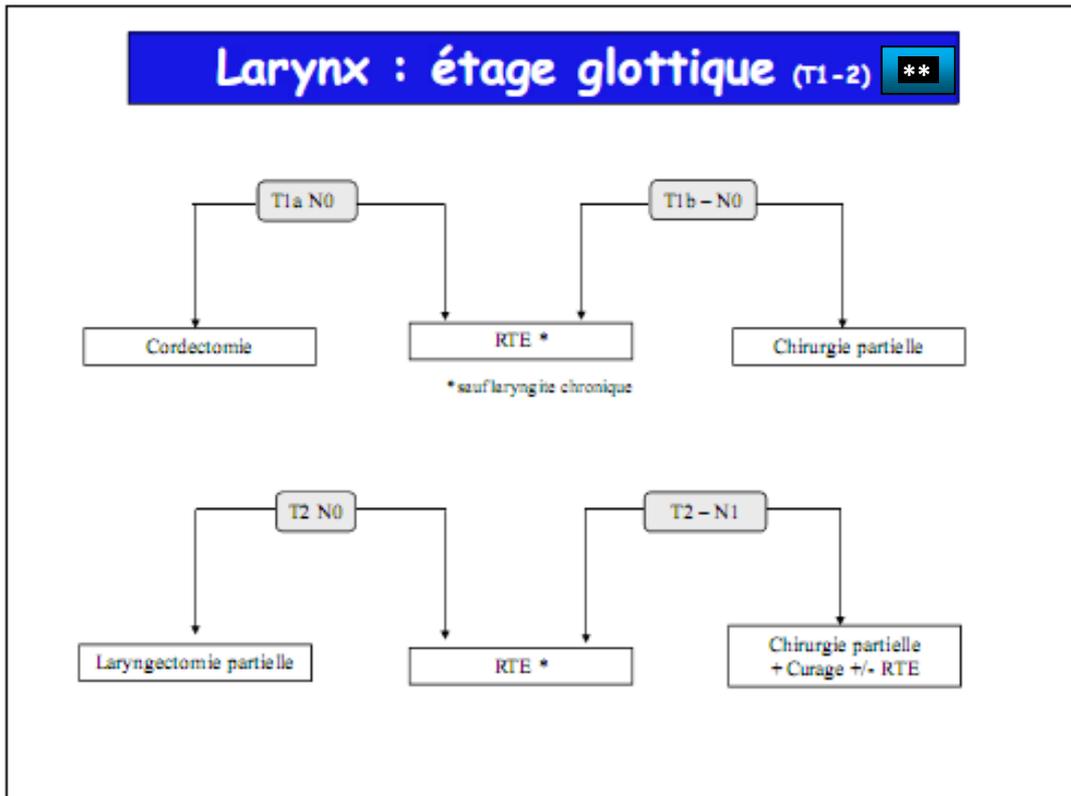
******: référentiel Midi Pyrénées 2006



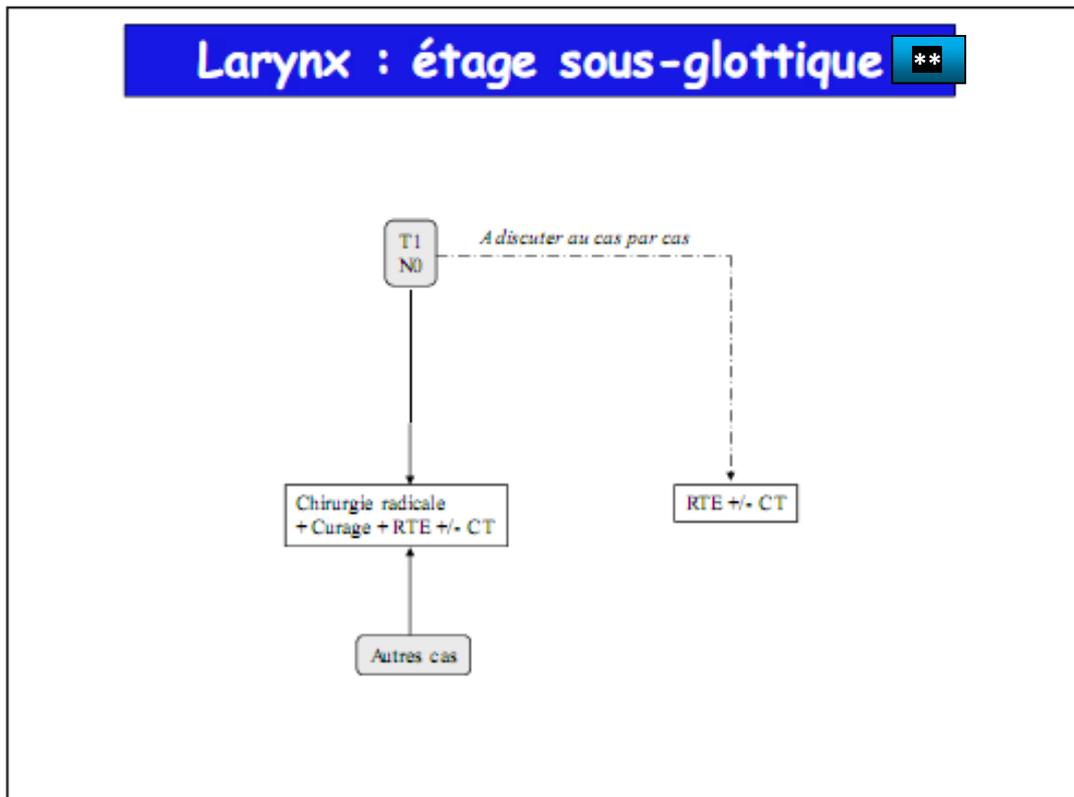
**** : référentiel Midi Pyrénées 2006**



**** : référentiel Midi Pyrénées 2006**

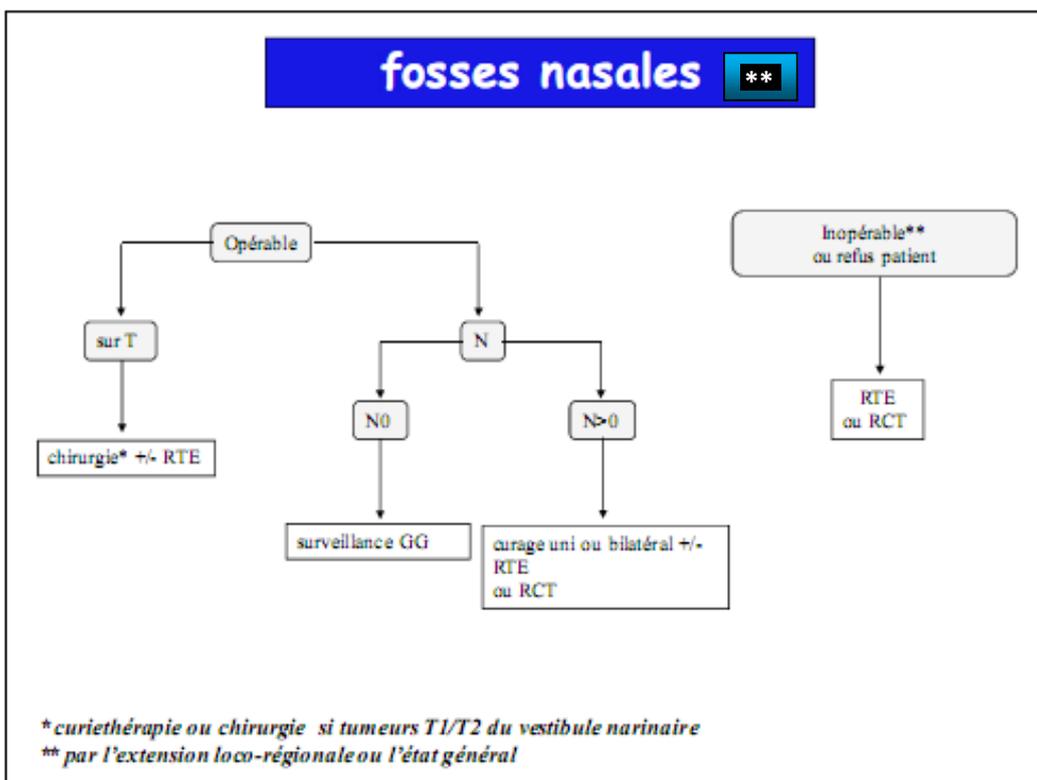
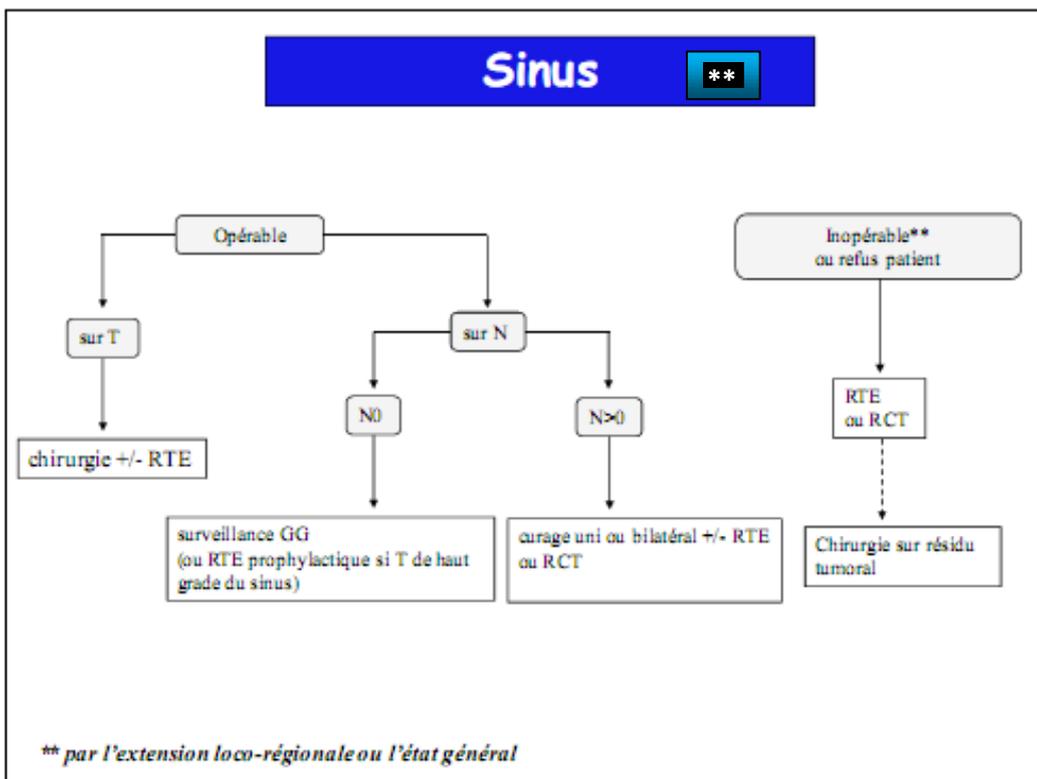


**** : référentiel Midi Pyrénées 2006**



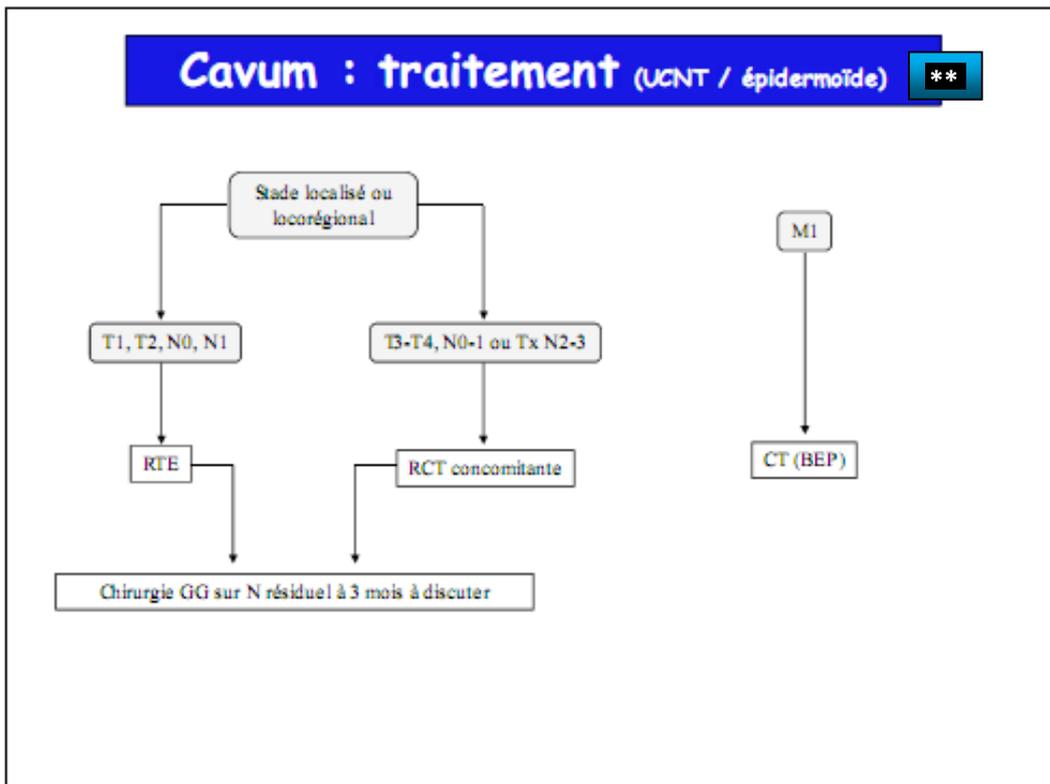
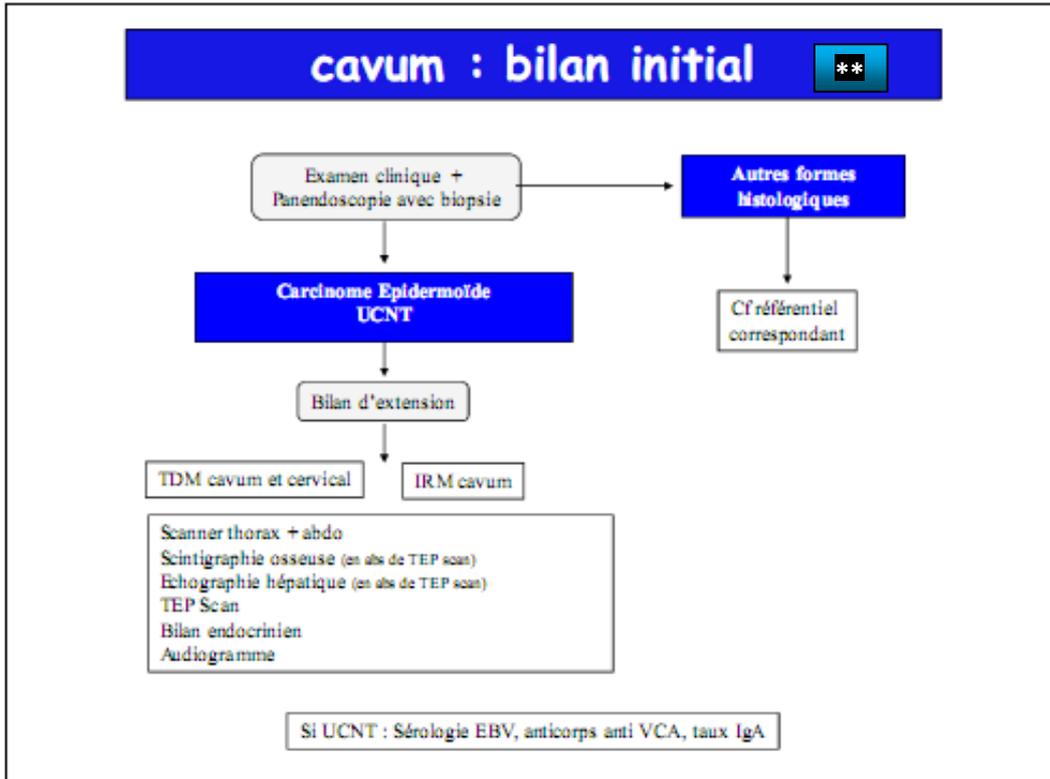
** : référentiel Midi Pyrénées 2006

6- CAVITES NASALES ET SINUSIENNE



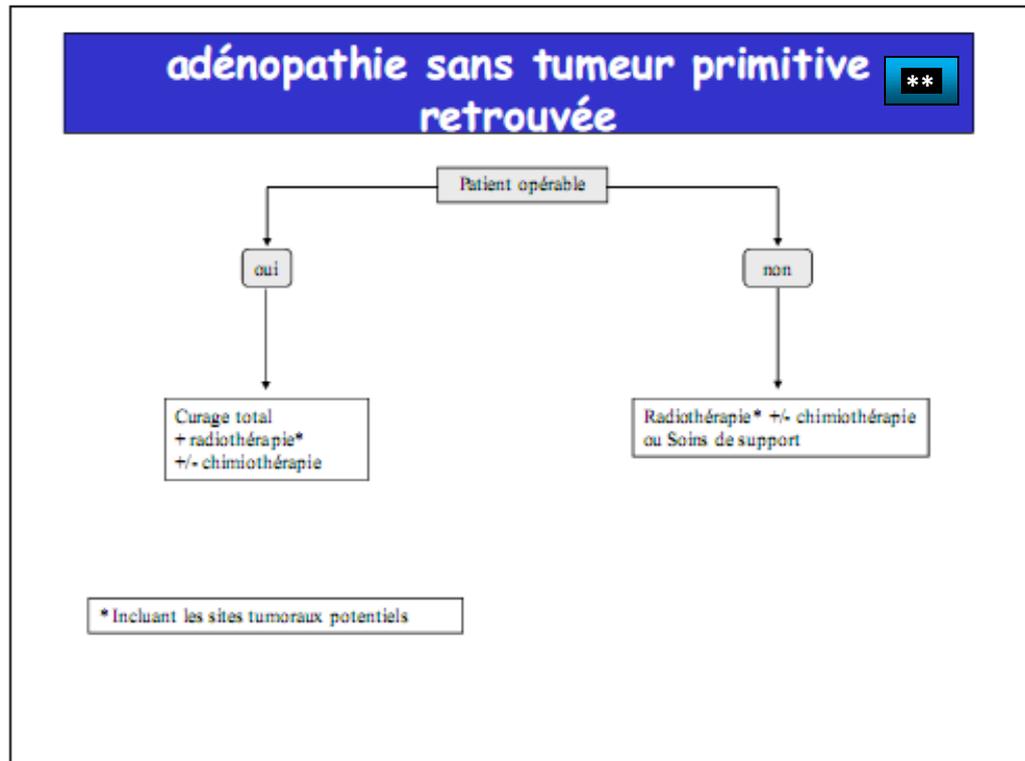
**** : référentiel Midi Pyrénées 2006**

7- CAVUM



**** : référentiel Midi Pyrénées 2006**

8- ADENOPATHIE SANS TUMEUR PRIMITIVE RETROUVEE



** : référentiel Midi Pyrénées 2006

ANNEXE 1

Classifications N/pN - Adénopathies régionales - UICC (TNM) 2002

(sauf glande thyroïde et naso-pharynx)

- **NX/pNX** : Les adénopathies régionales ne peuvent être évaluées.
- **N0/pN0** : Pas d'adénopathie régionale métastatique.
- **N1/pN1** : Adénopathie métastatique unique unilatérale, < ou = à 3 cm dans sa plus grande dimension
- **N2/pN2** : Adénopathie métastatique unique unilatérale, > à 3 cm mais < ou = à 6 cm dans sa plus grande dimension; ou adénopathies métastatiques homolatérales multiples, < ou = à 6 cm dans leur plus grande dimension; ou adénopathies métastatiques bilatérales ou contro latérales, < ou = à 6 cm dans leur plus grande dimension.
 - **N2a/pN2a**: Adénopathie métastatique unique unilatérale, > à 3 cm mais < ou = à 6 cm dans sa plus grande dimension.
 - **N2b/pN2b**: Adénopathies métastatiques multiples homolatérales, < ou = à 6 cm dans leur plus grande dimension.
 - **N2c/pN2c**: Adénopathies métastatiques bilatérales ou contro latérales, < ou = à 6 cm dans leur plus grande dimension.
- **N3/pN3** : Adénopathie métastatique > à 6 cm dans sa plus grande dimension

Note: Les ganglions situés sur la ligne médiane sont considérés comme homolatéraux.

pN0 : L'examen histologique d'un curage cervical sélectif porte habituellement sur six ganglions ou plus. L'examen histologique d'un curage cervical radical ou radical modifié porte habituellement sur 10 ganglions ou plus. Si les ganglions sont négatifs mais que leur nombre habituel n'est pas atteint, classer en pN0. Quand la taille fait partie des critères de classification pN, il ne faut mesurer que la métastase et non le ganglion entier.

ANNEXE 2

Protocoles de chimiothérapie

PROTOCOLE SEL DE PLATINE + 5 FU

1 - SITUATION Induction

| PRODUITS | DOSE mg/m² | MODALITES | SOLUTE | CHRONOLOGIE |
|-----------------|------------------------------|--|---------------|--------------------|
| CISPLATINE | 100 | Perfusion 2 h Hydratation pré + post | 1l NaCl 9 ‰ | J1 |
| 5 FU | 1 000 | Perfusion 24 h | 1 l G 5 % | J1 J2 J3 J4 J5 |

Surveillance biologique : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin + créatinine.

Protocole antiémétique.

J'1 = **J22**

NB CYCLES : **3**

Variantes :

Carboplatine (à la place du Cisplatine): 400 mg/ m² ou AUC 6

Doses fractionnées (patients fragiles) :

Cisplatine 20 mg/m²/j de J1 à J4

Ou

Carboplatine 70 mg/m²/j de J1 à J4

| PRODUITS | DOSE mg/m² | MODALITES | SOLUTE | CHRONOLOGIE |
|-----------------|------------------------------|--|---------------|--------------------|
| CISPLATINE | 75 | Perfusion 2 h Hydratation pré + post | 1l NaCl 9 ‰ | J1 |
| TAXOTERE | 75 | Perfusion 1 h | 1l G 5 % | J1 |
| 5 FU | 750 | Perfusion 24 h | 1 l G 5 % | J1 J2 J3 J4 J5 |

Surveillance biologique : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin + créatinine.

Protocole antiémétique.

J'1 = **J22**

NB CYCLES : **3**

2 - SITUATION **Radiothérapie + chimiothérapie** concomitantes

| PRODUITS | DOSE mg/m² | MODALITES | SOLUTE | CHRONOLOGIE |
|-----------------|------------------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| Carboplatine | 70 | Perfusion 1 h | 500ml NaCl 9 ‰ | J1 J2 J3 J4 |
| 5 FU | 600 | Perfusion 24 h | 1 l G5 % | J1 J2 J3 J4 |

Surveillance biologique : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin + créatinine.

Protocole antiémétique.

J'1 = **J22**

NB CYCLES : **3**

| PRODUITS | DOSE mg/m² | MODALITES | SOLUTE | CHRONOLOGIE |
|---------------------------|------------------------------|------------------|-----------------|--------------------|
| Carboplatine (= CBDCA) | 70 | Perfusion 1 h | 500 ml NaCl 9 ‰ | J1 J2 J3 J4 |

Surveillance biologique : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin + créatinine.

Protocole antiémétique.

J'1 = **J 21**

NB CYCLES : **2**

| PRODUITS | DOSE mg/m² | MODALITES | SOLUTE | CHRONOLOGIE |
|---------------------------|------------------------------|------------------|-----------------|--------------------|
| Carboplatine (= CBDCA) | 70 | Perfusion 1 h | 500 ml NaCl 9 ‰ | J1 |

NB CYCLES : hebdomadaire pendant toute la RTE

3 - SITUATION **palliative**

| PRODUITS | DOSE mg/m² | MODALITES | SOLUTE | CHRONOLOGIE |
|-----------------|------------------------------|---|---------------|--------------------|
| CISPLATINE | 75 | Perfusion 2 h Hydratation pré + post | 1l NaCl 9 ‰ | J1 |
| TAXOTERE | 75 | Perfusion 1 h | 1l G 5 % | J1 |

Mise au point sur les protocoles thérapeutiques en cancérologie ORL

Surveillance biologique : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin + créatinine.

Protocole antiémétique.

J'1 = **J22**

NB CYCLES : **3**

| PRODUITS | DOSE mg/m² | MODALITES | SOLUTE | CHRONOLOGIE |
|-----------------|------------------------------|------------------|---------------|--------------------|
| TAXOL | 80 | Perfusion 1 h | 250 ml G 5 % | J1 |

Surveillance biologique : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin

NB CYCLES : **J1, J8, J15 J'1 = J28**

| PRODUITS | DOSE mg | MODALITES | SOLUTE | CHRONOLOGIE |
|-----------------|----------------|------------------|---------------|--------------------|
| METHOTREXATE | 80 | Perfusion 1 h | 250 ml G 5 % | J1 |

Surveillance biologique : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin

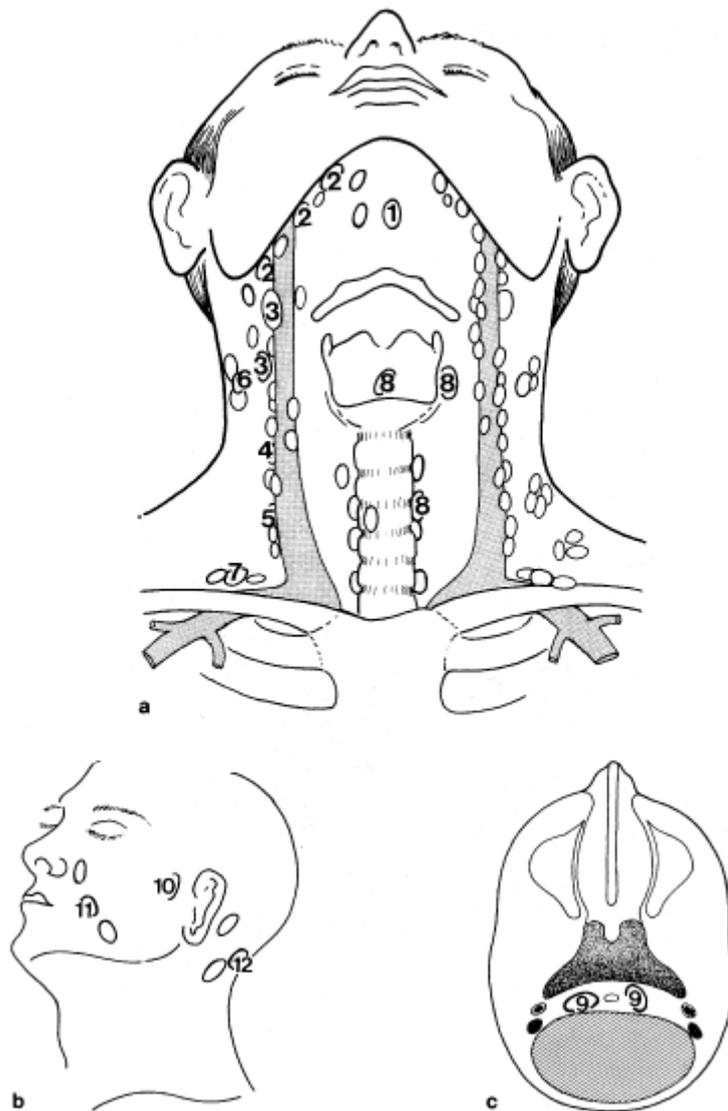
NB CYCLES : **hebdomadaire**

ANNEXE 3 Classification TNM - Atlas UICC 2002

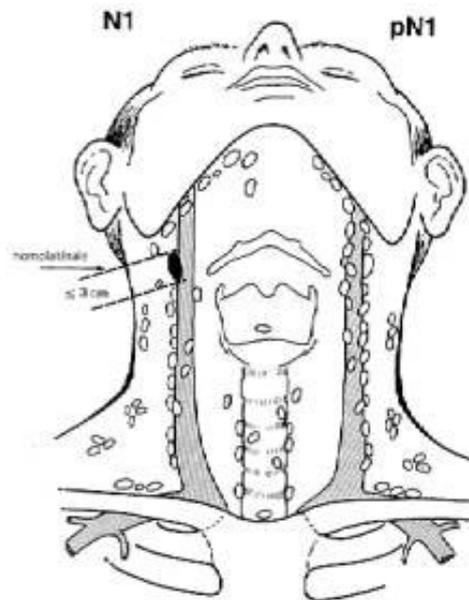
Springer Paris, 2005

Adénopathies

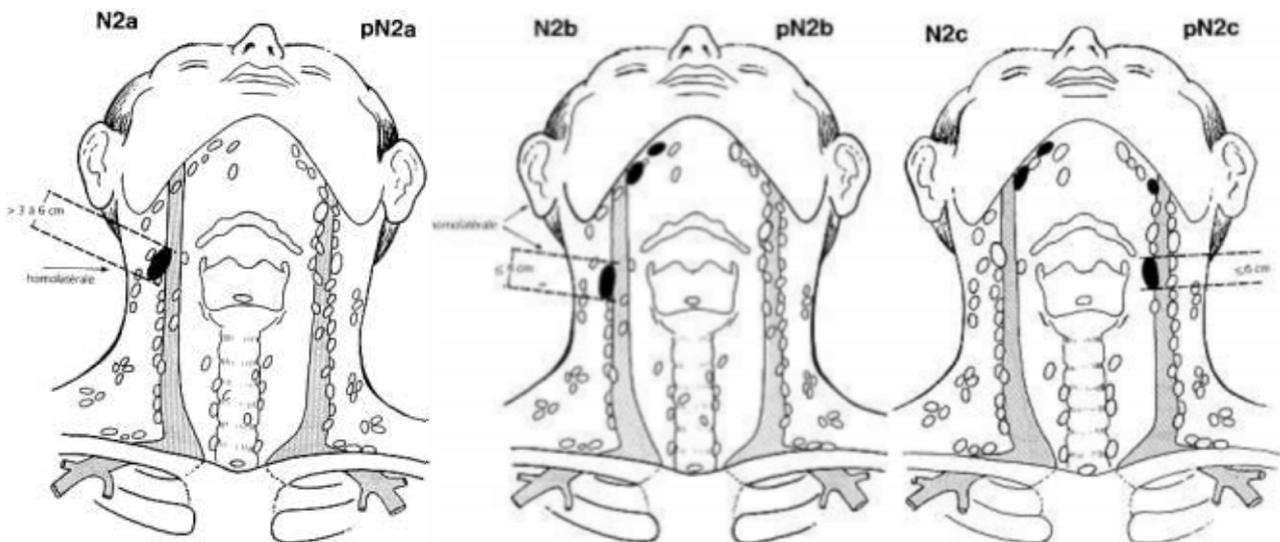
1. Les ganglions sous-mentonniers
2. Les ganglions sous-mandibulaires
3. Les ganglions jugulaires crâniens (cervicaux profonds)
4. Les ganglions jugulaires moyens (cervicaux profonds)
5. Les ganglions jugulaires caudaux (cervicaux profonds)
6. Les ganglions cervicaux dorsaux (cervicaux superficiels) le long du nerf accessoire
7. Les ganglions sus-claviculaires
8. Les ganglions préaryngés, prétrachéaux et paratrachéaux
9. Les ganglions rétropharyngiens
10. Les ganglions parotidiens
11. Les ganglions buccaux
12. Les ganglions rétro-auriculaires et occipitaux



N0/pN0: Pas d'adénopathie régionale métastatique

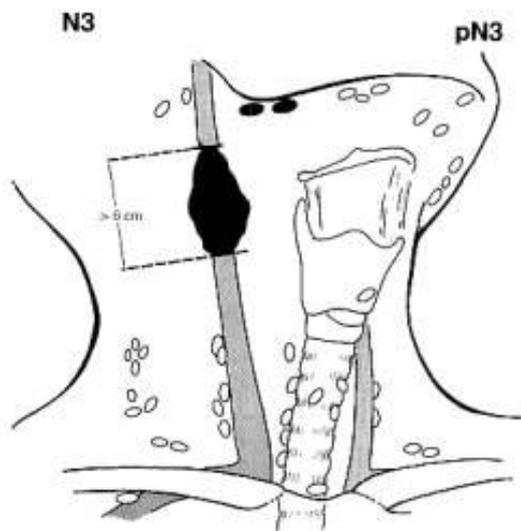


N1/pN1: Adénopathie métastatique unique unilatérale, \leq ou = à 3 cm dans sa plus grande dimension



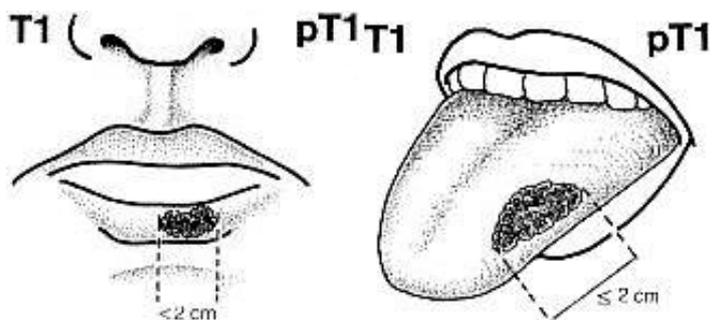
N2/pN2: Adénopathie métastatique unique unilatérale, $>$ à 3 cm mais \leq ou = à 6 cm dans sa plus grande dimension; ou adénopathies métastatiques homolatérales multiples, \leq ou = à 6 cm dans leur plus grande dimension; ou adénopathies métastatiques bilatérales ou contro latérales, \leq ou = à 6 cm dans leur plus grande dimension.

- N2a/pN2a: Adénopathie métastatique unique unilatérale, $>$ à 3 cm mais \leq ou = à 6 cm dans sa plus grande dimension.
- N2b/pN2b: Adénopathies métastatiques multiples homolatérales, \leq ou = à 6 cm dans leur plus grande dimension.
- N2c/pN2c: Adénopathies métastatiques bilatérales ou contro latérales, \leq ou = à 6 cm dans leur plus grande dimension.

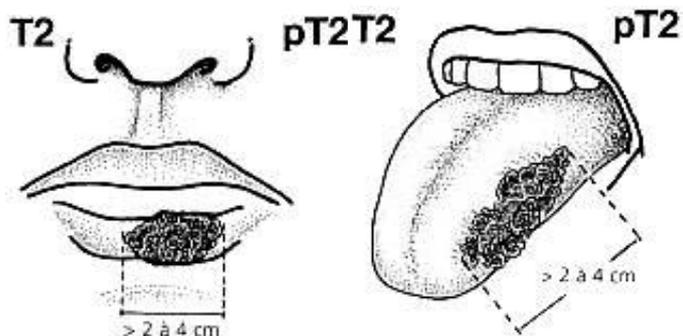


N3/pN3: Adénopathie métastatique > à 6 cm dans sa plus grande dimension

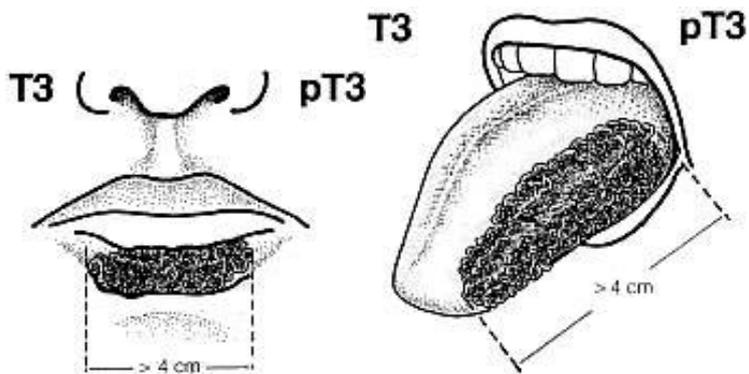
Lèvres et cavité buccale



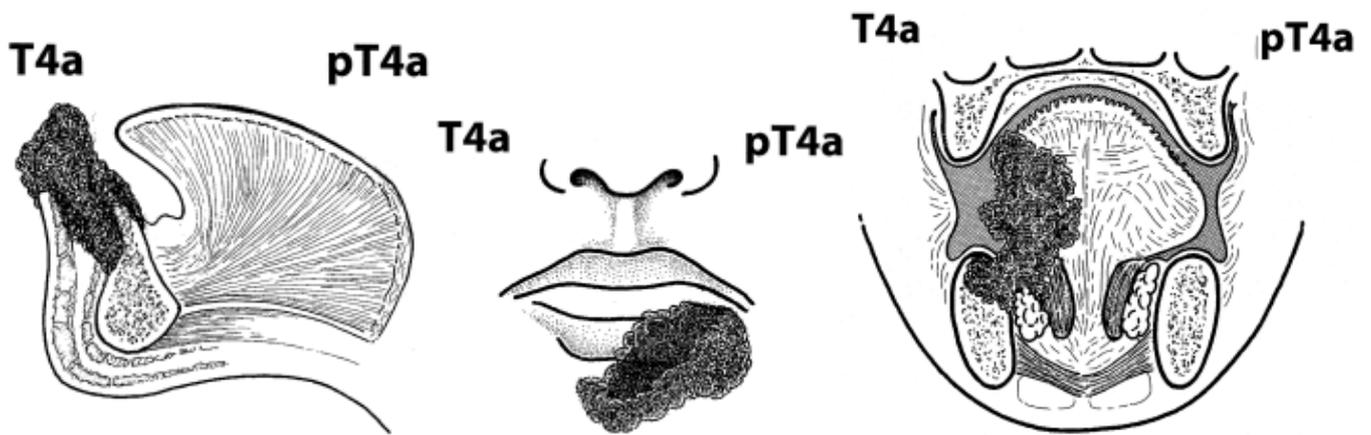
T1: T < ou = à 2 cm dans sa plus grande dimension



T2: T > à 2 cm et < ou = à 4 cm dans sa plus grande dimension



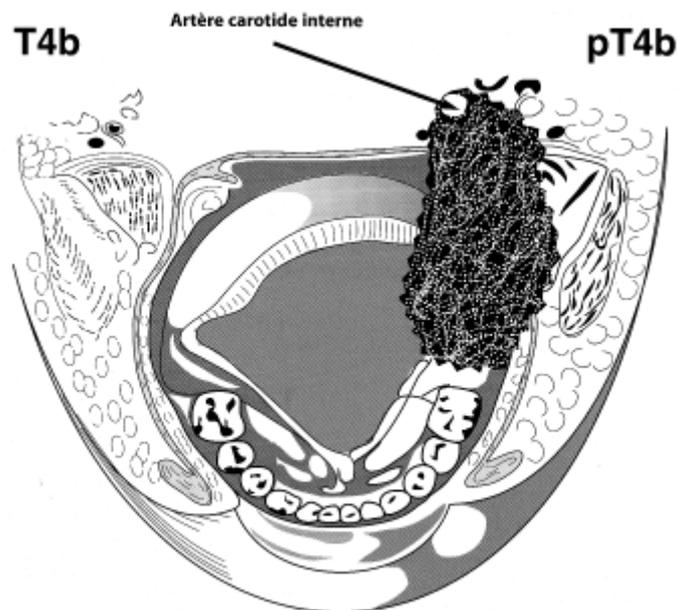
T3: T > 4 cm dans sa plus grande dimension



T4a : Lèvre : tumeur envahissant la corticale osseuse, le nerf dentaire inférieur, le plancher buccal ou la peau (menton ou nez).

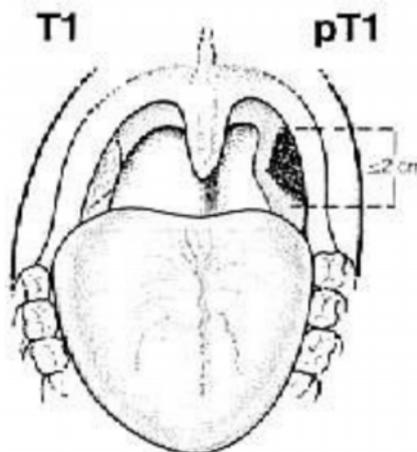
Cavité buccale : tumeur envahissant la corticale osseuse, les muscles profonds/extrinsèques de la langue (génioglosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), le sinus maxillaire ou la peau du visage.

Note : une simple érosion superficielle de l'os ou de l'alvéole dentaire par une tumeur gingivale est insuffisante pour classer la tumeur T4a ou T4b.

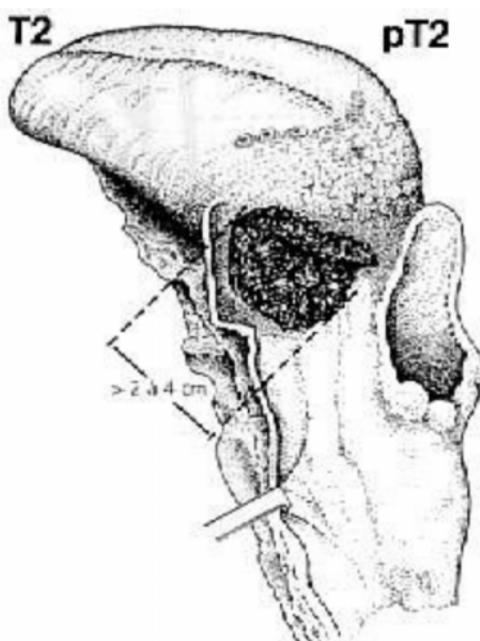


T4b : Lèvre et cavité buccale : tumeur envahissant l'espace masticateur, l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, la base du crâne ou englobant l'artère carotide interne.

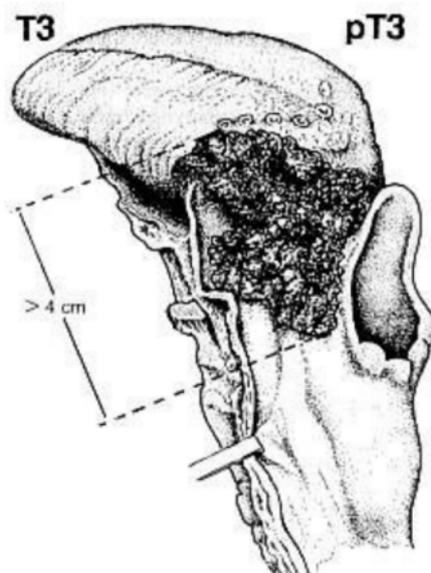
Oropharynx



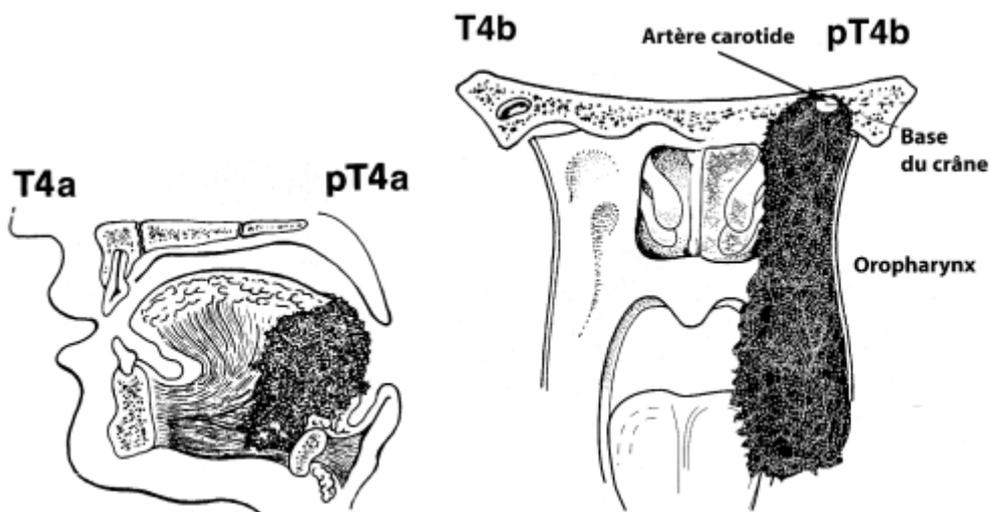
T1: T \leq 2 cm dans sa plus grande dimension



T2: T $>$ 2 cm et \leq 4 cm dans sa plus grande dimension

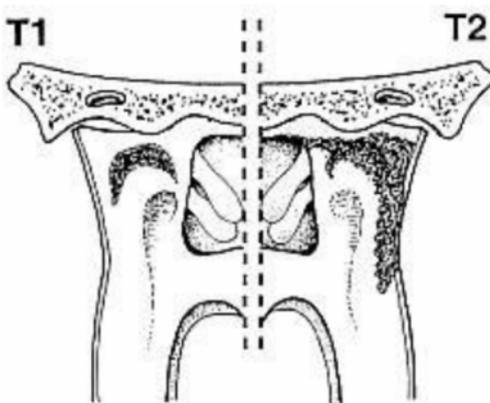


T3: T $>$ 4 cm dans sa plus grande dimension

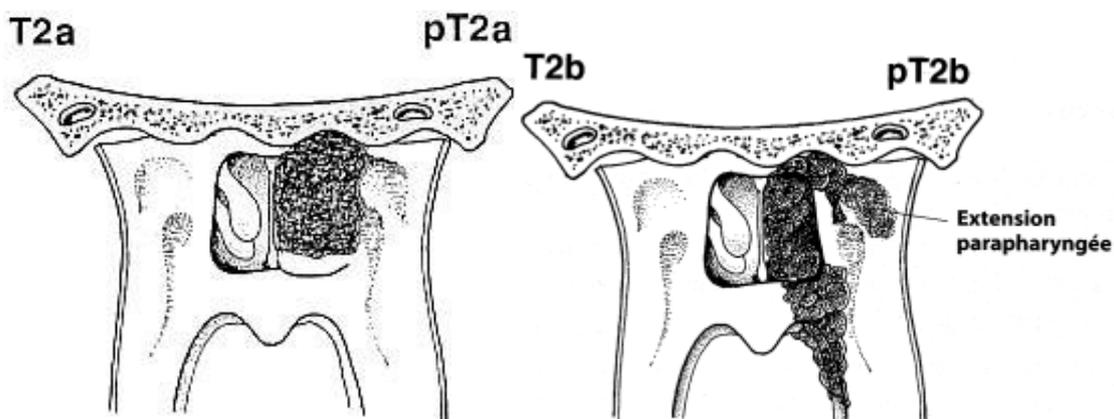


T4a : T envahissant l'une des structures suivantes : larynx, muscles profonds/extrinsèques de la langue (génioglosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), ptérygoïdien interne, palais dur et maxillaire. T4b : T envahissant l'une des structures suivantes : muscle ptérygoïdien externe, aile interne de l'apophyse ptérygoïde, portion externe du nasopharynx, base du crâne, fascia prévertébral ou englobant l'artère carotide.

Nasopharynx

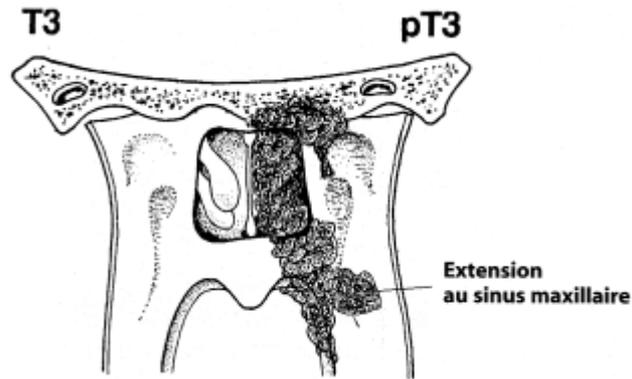


T1: Tumeur localisée à un seul site du nasopharynx

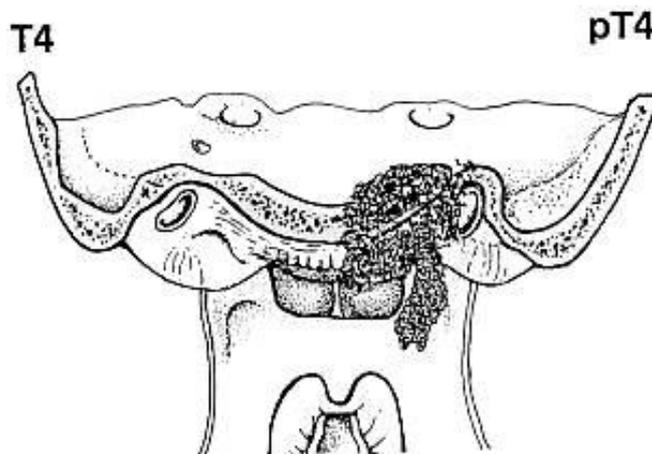


T2: Tumeur étendue aux parties molles de l'oropharynx et/ou aux fosses nasales

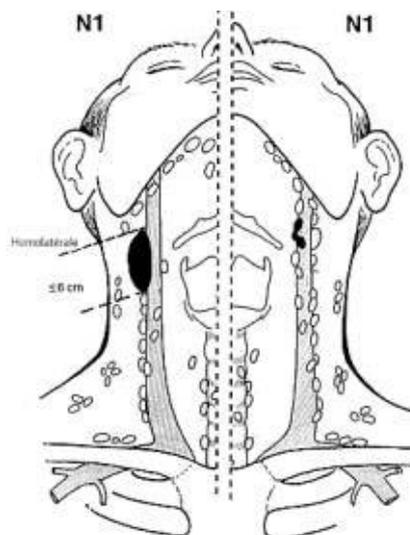
T2a: sans extension parapharyngée
 T2b: avec extension parapharyngée



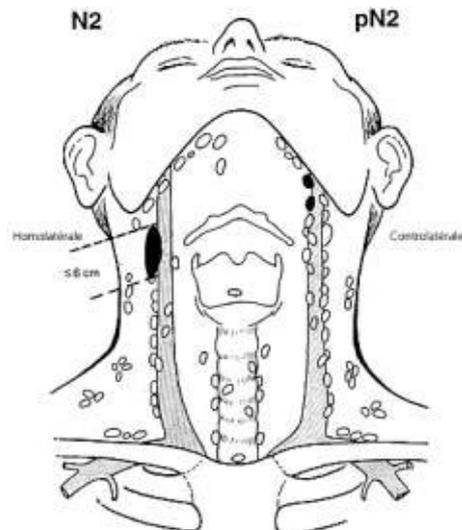
T3: Tumeur envahissant les structures osseuses ou les sinus maxillaires



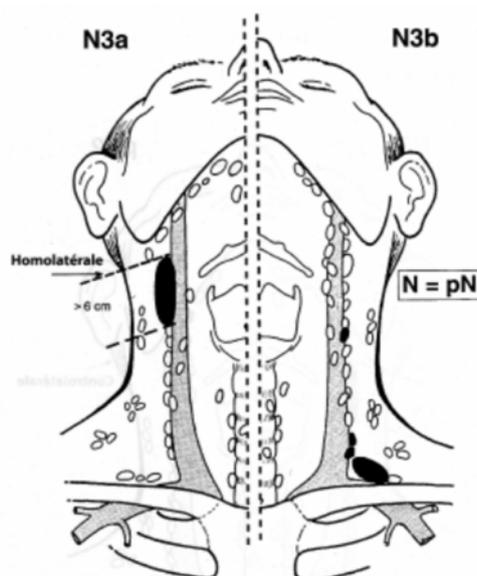
T4: Tumeur avec extension intracrânienne et/ou atteinte des nerfs crâniens, de la fosse sous temporale, de l'hypopharynx, de l'orbite ou de l'espace masticateur



N1: Adénopathie(s) métastatique(s) unilatérale(s), < ou = à 6 cm dans la plus grande dimension, au-dessus du creux sus-claviculaire.

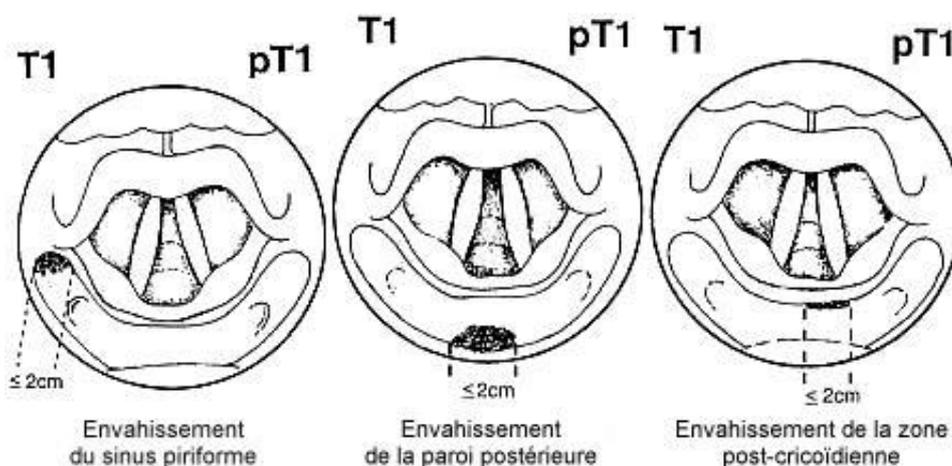


N2: Adénopathie(s) métastatique(s) bilatérale(s), < ou = à 6 cm dans la plus grande dimension, au-dessus du creux sus-claviculaire.

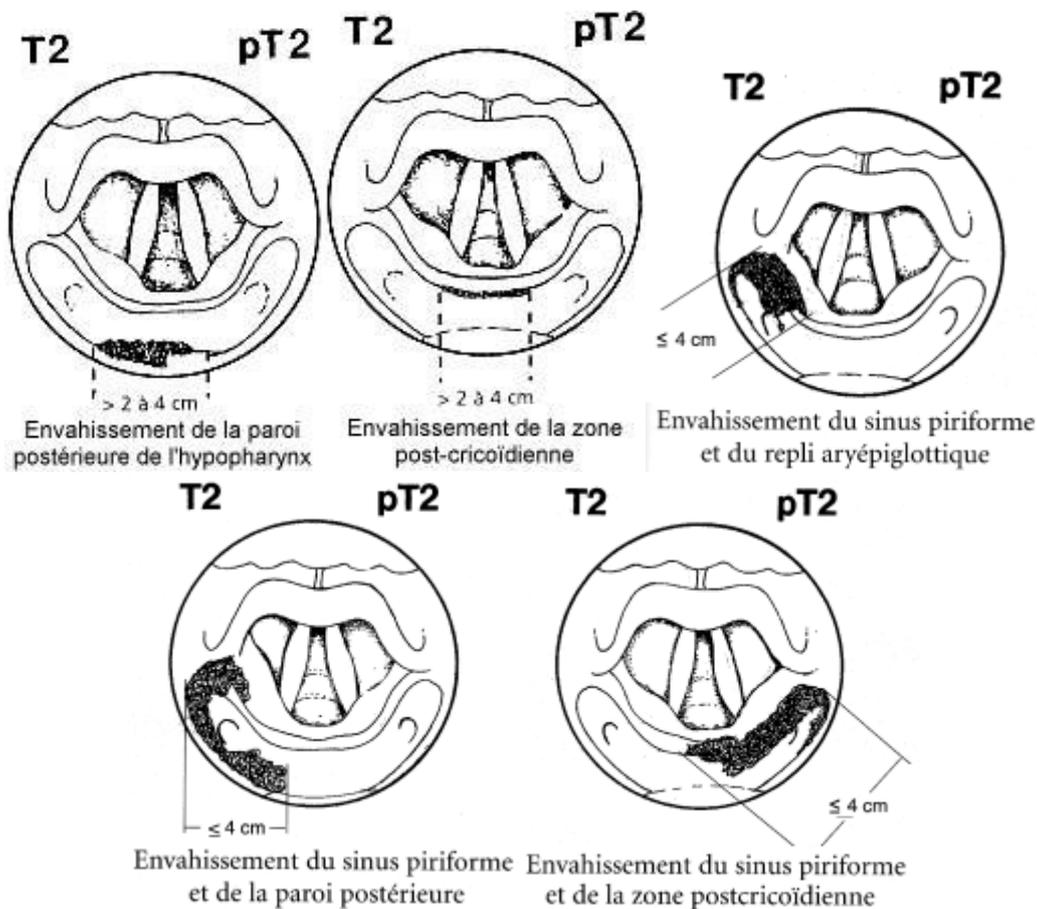


N3: Adénopathie(s) métastatique(s) - a) > à 6 cm - b) au niveau du creux sus-claviculaire.

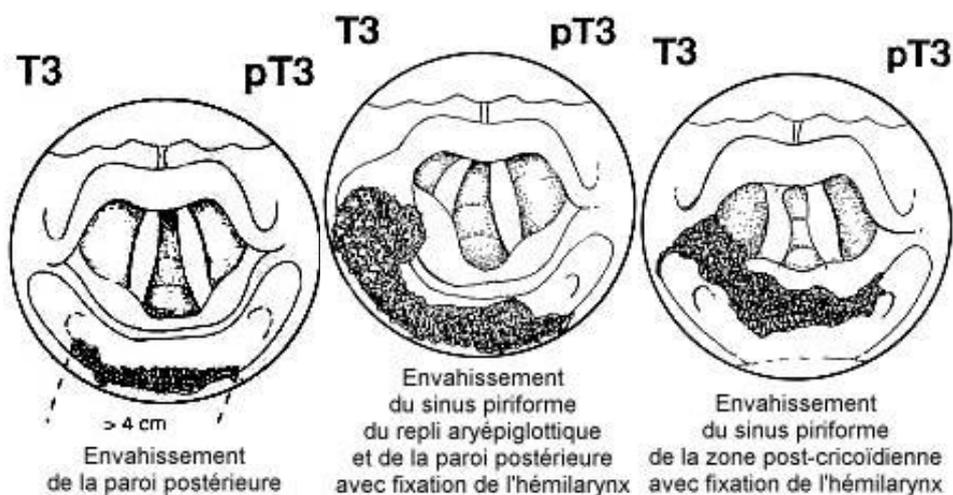
Hypopharynx



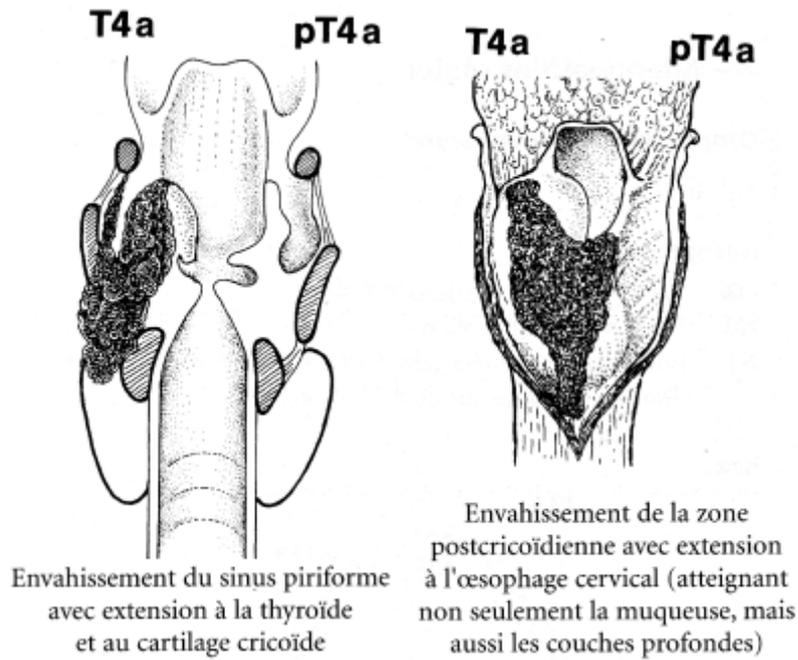
T1: Tumeur limitée à un des sites de l'hypopharynx < ou = à 2 cm dans sa plus grande dimension



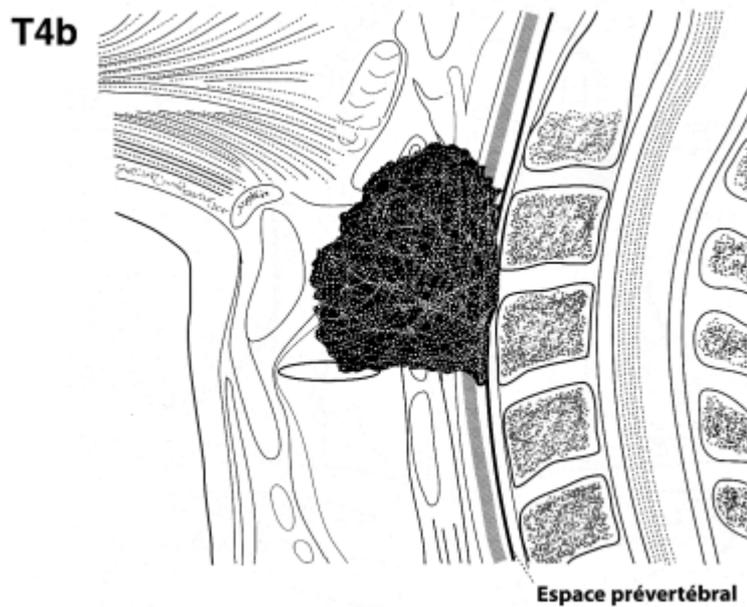
T2: Tumeur envahissant plus d'un site de l'hypopharynx, ou des sites adjacents, ou > à 2 cm et < ou = à 4 cm dans sa plus grande dimension « sans » fixation de l'hémilarynx



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



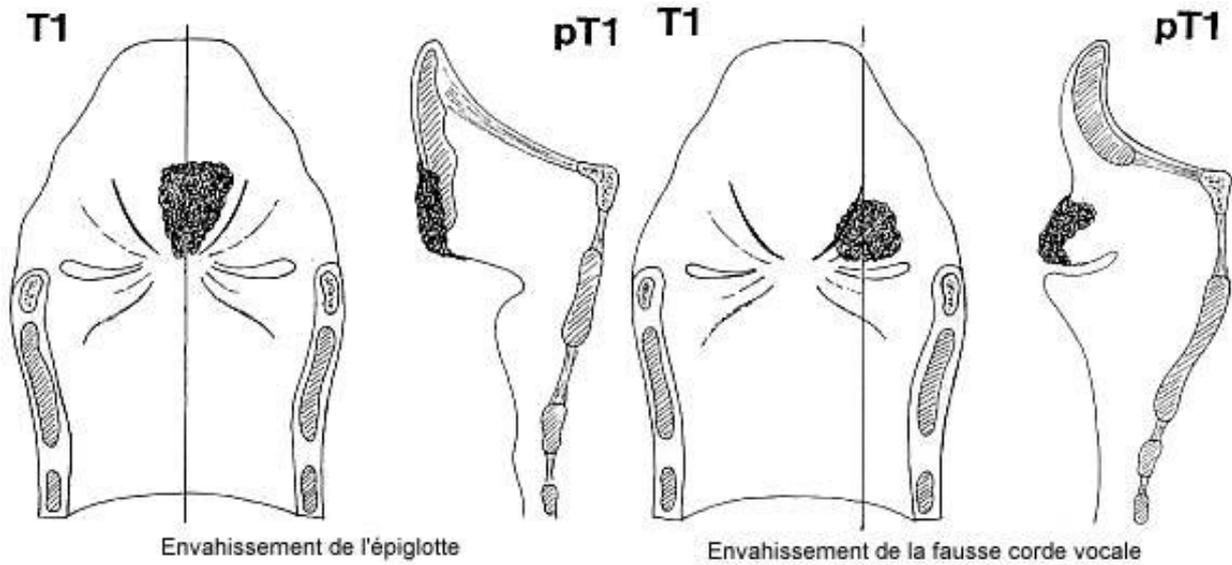
T4a : Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : cartilages thyroïde/cricoides, os hyoïde, glande thyroïde, œsophage, parties molles du cou



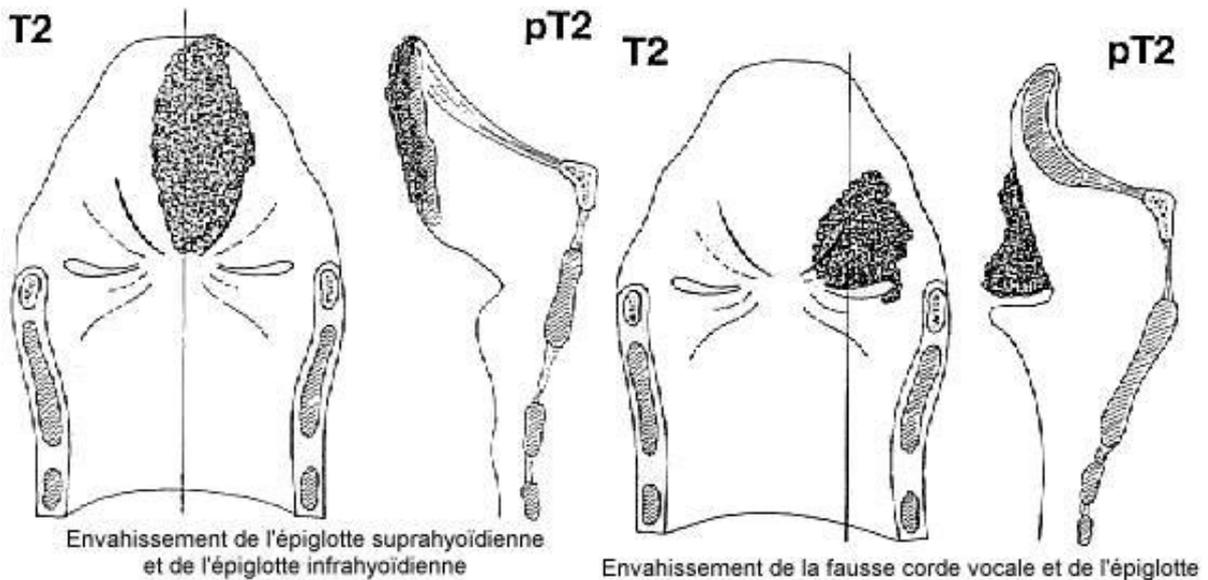
T4b : Tumeur envahissant le fascia prévertébral, englobant l'artère carotide ou envahissant des structures médiastinales

Larynx

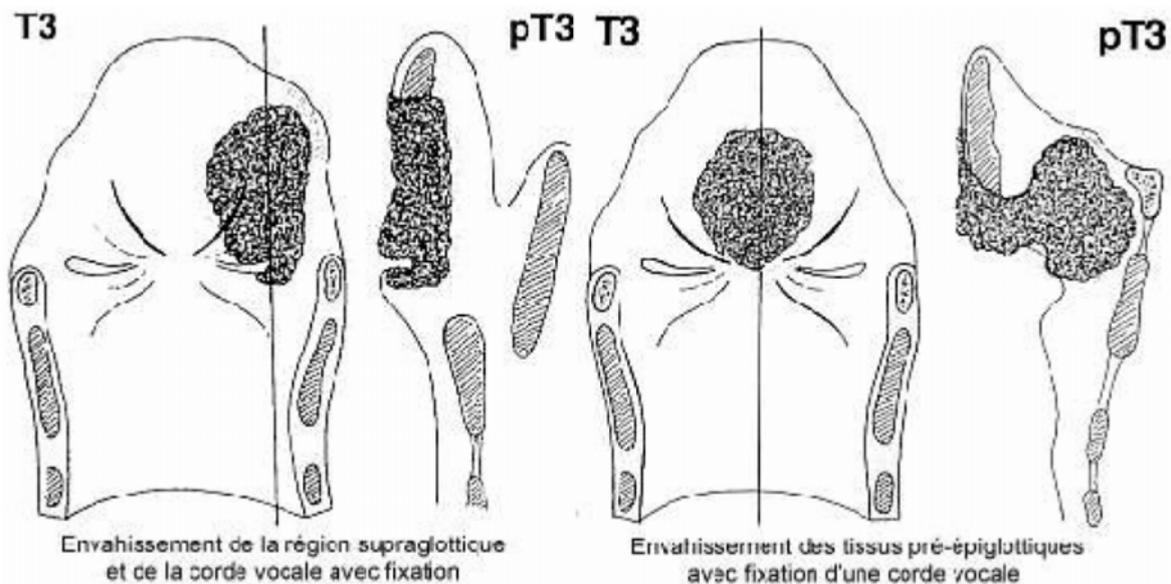
Cavité supraglottique



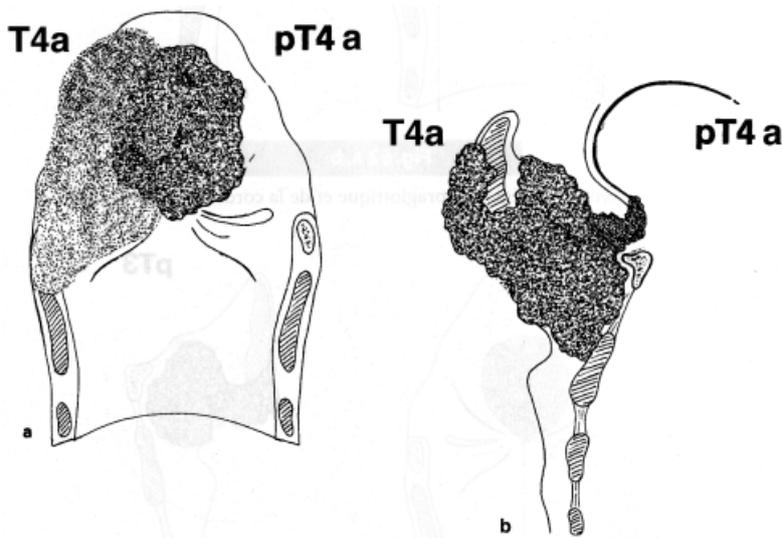
T1: Tumeur limitée à l'un des sites anatomiques de la cavité supraglottique avec une mobilité normale des cordes vocales



T2: Tumeur étendue à la muqueuse de la cavité supraglottique ou de la glotte (ex.: muqueuse de la base de la langue, vallécule, ou paroi médiane d'un sinus piriforme) sans fixation du larynx



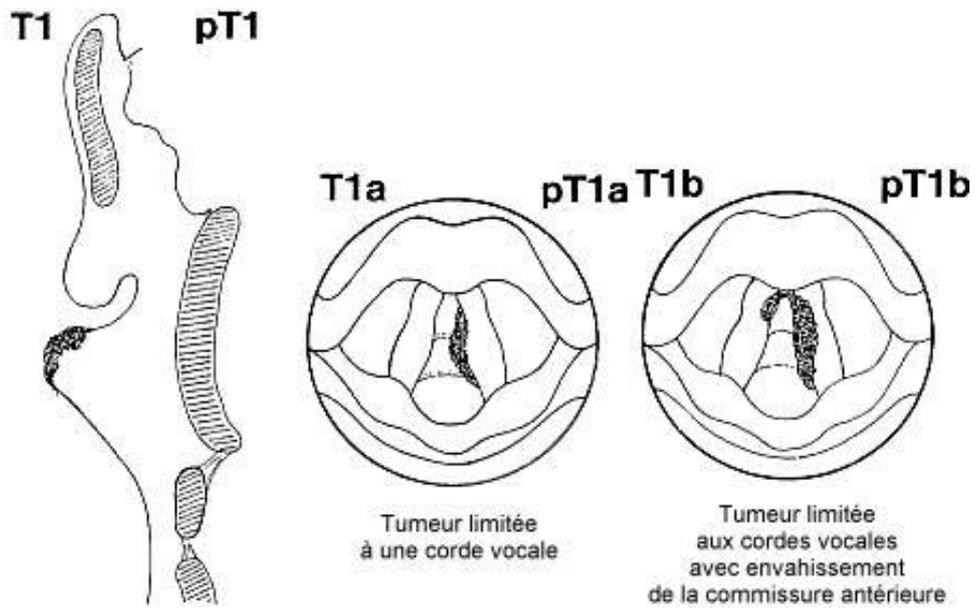
T3: Tumeur limitée au larynx avec fixation d'une corde vocale et/ou envahissement des structures suivantes : zone post-cricoïdienne , tissus pré-épiglottiques, espace paraglottique, et/ou érosion minimale du cartilage thyroïde (p. ex. cortex interne)



Envahissement extralaryngé :
oropharynx (vallécule et base de la langue) et parties molles du cou (préalaryngées)

T4a : Tumeur traversant le cartilage thyroïde, et/ou envahissant les tissus situés au-delà du larynx, p. ex., la trachée, les parties molles du cou y compris les muscles profonds/extrinsèques de la langue (génioglosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), les muscles du cou, la thyroïde, l'œsophage
T4b : Tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales ou englobant l'artère carotide

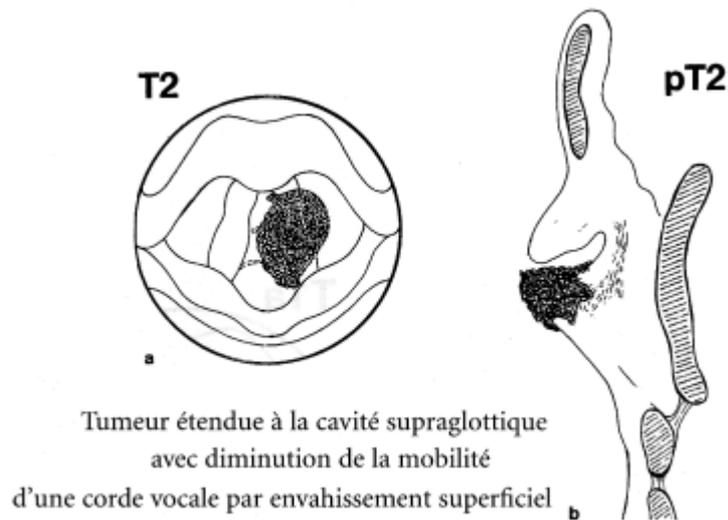
Glotte



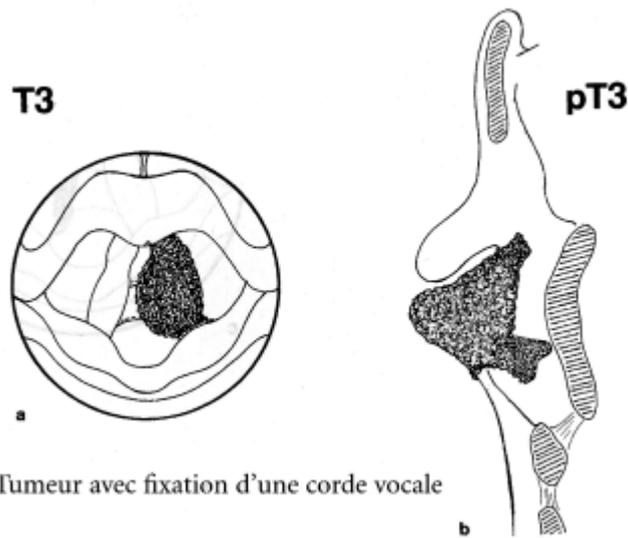
T1: Tumeur limitée à une (aux) corde(s) vocale(s) (pouvant envahir les commissures antérieure ou postérieure) avec une mobilité normale

T1a: Tumeur limitée à une corde vocale

T1b: Tumeur envahissant les deux cordes vocales

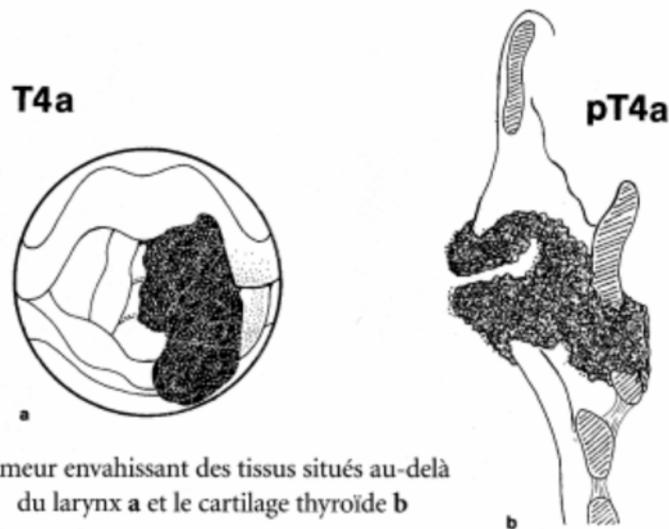


T2: Tumeur étendue à la cavité supraglottique et/ou la cavité sous-glottique, et/ou avec diminution de la mobilité de la corde vocale



Tumeur avec fixation d'une corde vocale

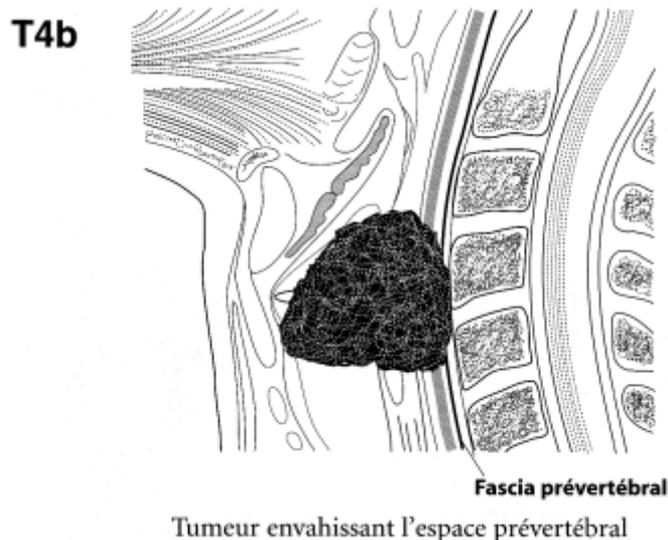
T3: Tumeur limitée au larynx avec fixation de la corde vocale et/ou envahissement de l'espace paraglottique et/ou érosion minimale du cartilage thyroïde (p. ex. cortex interne)



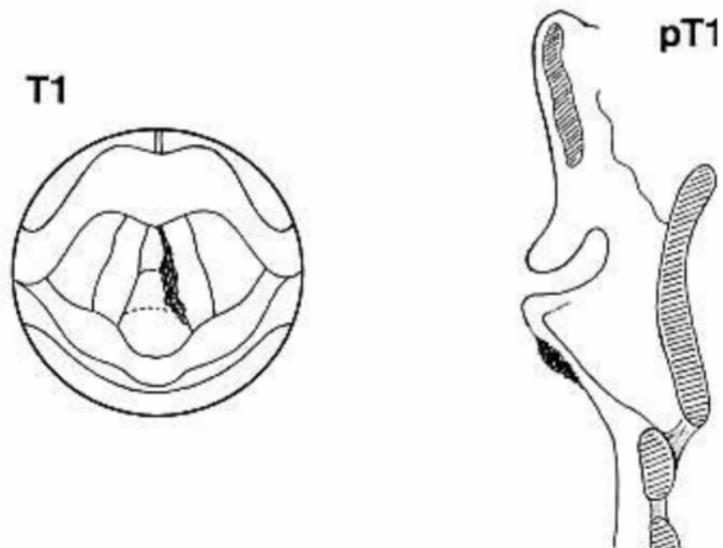
Tumeur envahissant des tissus situés au-delà du larynx a et le cartilage thyroïde b

T4a : Tumeur traversant le cartilage thyroïde ou envahissant d'autres tissus situés au-delà du larynx, p. ex., la trachée, les parties molles du cou y compris les muscles profonds/extrinsèques de la langue (généioglosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), les muscles du cou, la thyroïde, l'œsophage

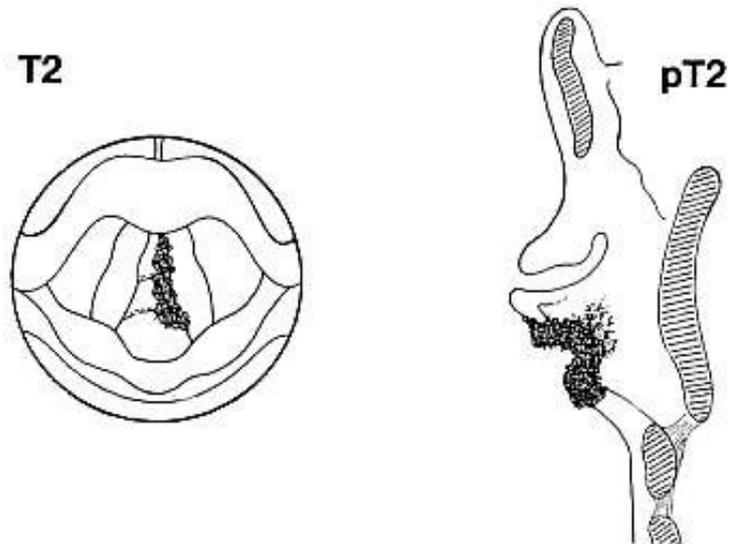
T4b : Tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales ou englobant l'artère carotide



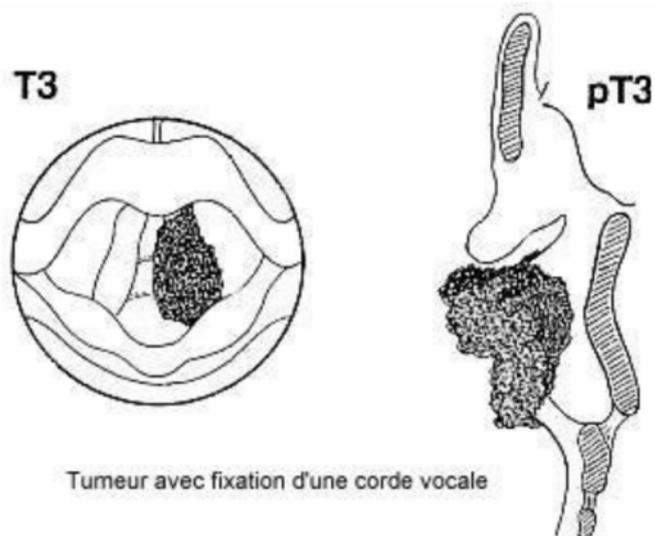
Cavité sous-glottique



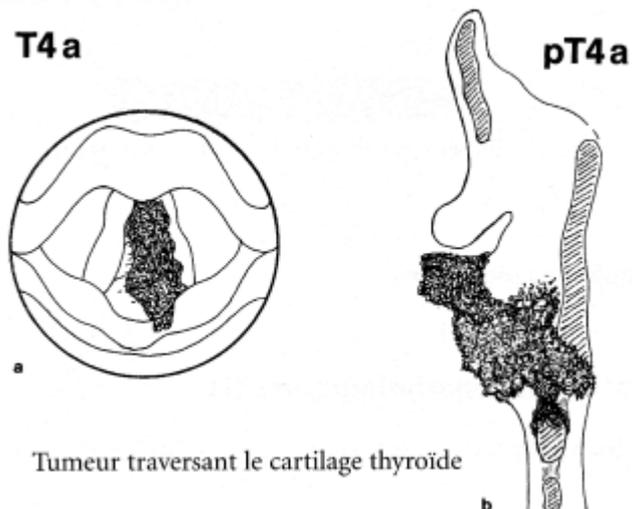
T1: Tumeur limitée à la cavité sousglottique



T2: Tumeur étendue à une (aux) corde (s) vocale (s) avec une mobilité normale ou altérée

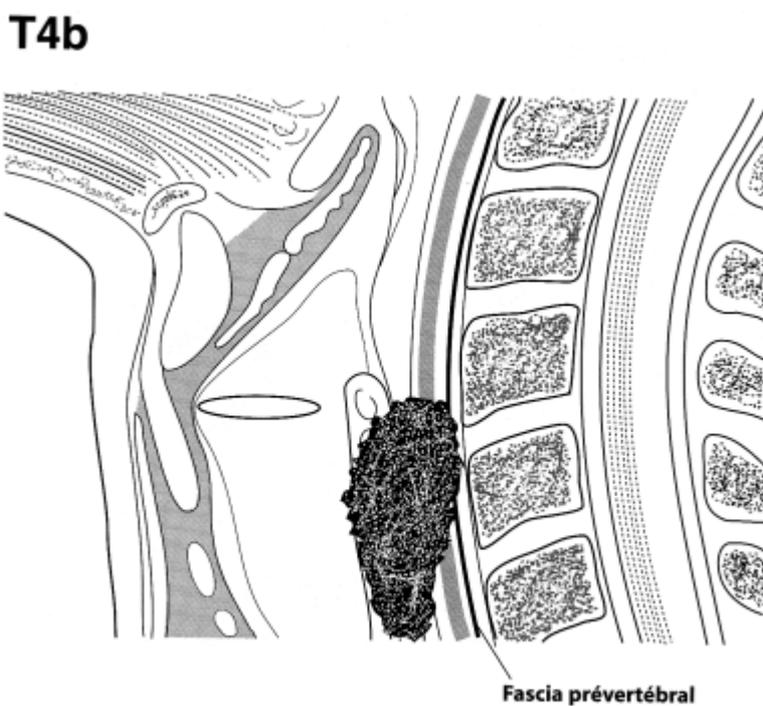


T3: Tumeur limitée au larynx avec fixation d'une corde vocale



Tumeur traversant le cartilage thyroïde

T4a : Tumeur traversant les cartilages cricoïde ou thyroïde et/ou envahissant d'autres tissus situés au-delà du larynx, p. ex., la trachée, les parties molles du cou y compris les muscles profonds/extrinsèques de la langue (génio-glosse, hyoglosse, palato-glosse et stylo-glosse), les muscles du cou, la thyroïde, l'œsophage

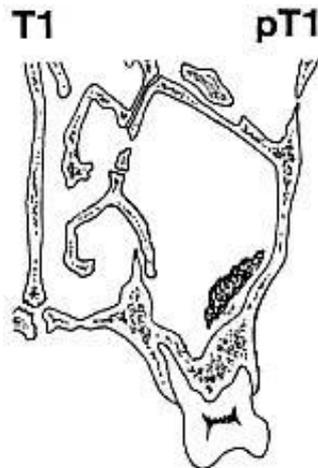


Tumeur envahissant l'espace prévertébral

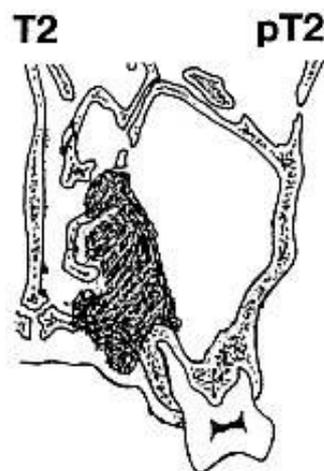
T4b : Tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales ou englobant l'artère carotide

Sinus

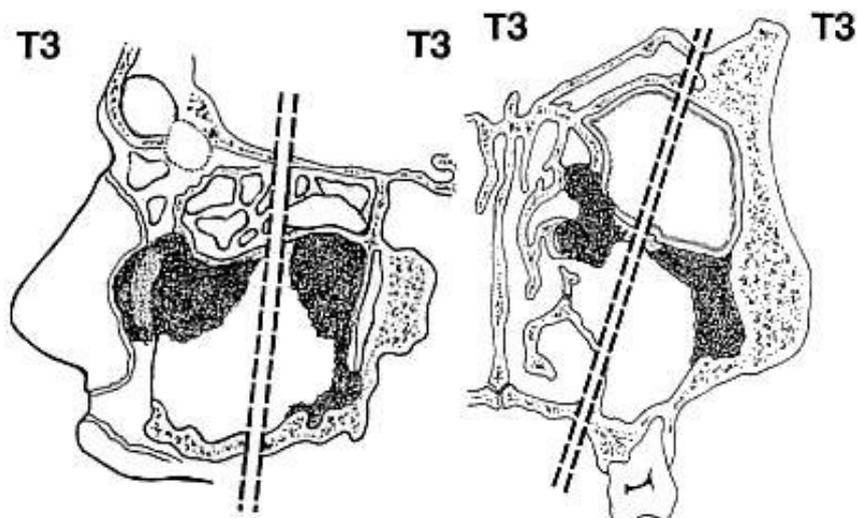
Sinus maxillaire



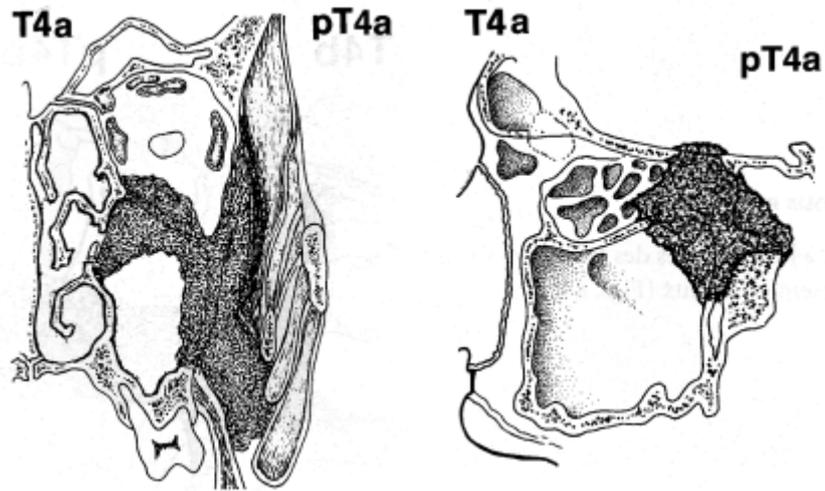
T1: Tumeur limitée à la muqueuse sans ulcération ou destruction osseuse



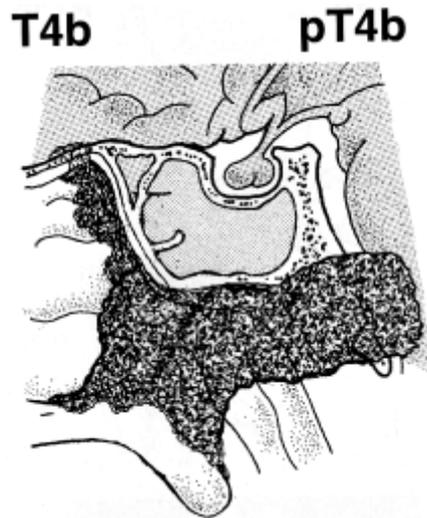
T2: Tumeur avec érosion ou destruction osseuse, excepté pour la paroi postérieure de la cavité, mais incluant la voûte palatine et/ou le méat nasal moyen



T3: Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : paroi postérieure du sinus maxillaire, tissus sous cutanés, plancher ou paroi interne de l'orbite, fosse ptérygoïde, sinus ethmoïdal



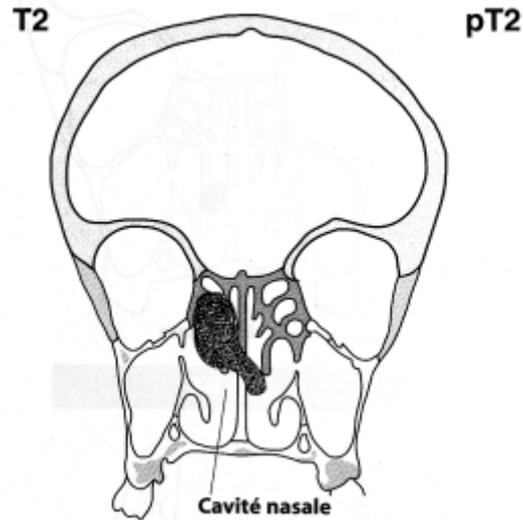
T4a : Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : contenu de la région antérieure de l'orbite, peau de la joue, aile interne de l'apophyse ptérygoïde, fosse sous-temporale, fascia cribriformis, sinus sphénoïdal ou frontal



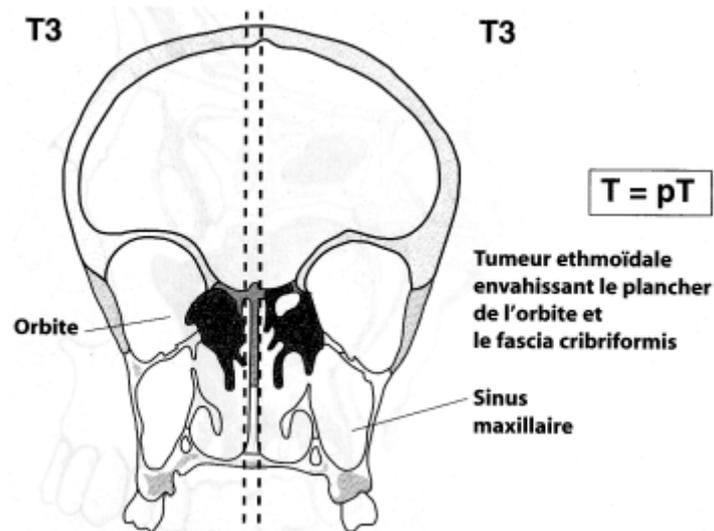
T4b : Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : sommet de l'orbite, dure-mère, cerveau, fosse cérébrale moyenne, nerfs crâniens autres que la branche maxillaire supérieure du nerf trijumeau (V2), nasopharynx, clivus

Fosses nasales et sinus ethmoïdal

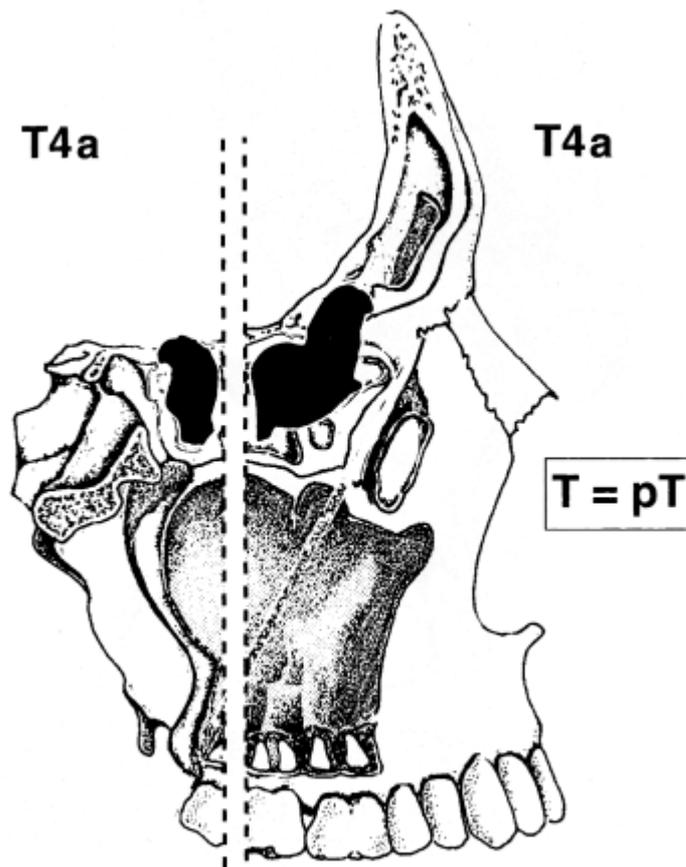
T1: Tumeur limitée à l'un des sites des fosses nasales ou du sinus ethmoïdal, avec ou sans envahissement osseux



T2: Tumeur envahissant deux portions d'un même site ou s'étendant à un site adjacent situé dans le complexe naso-ethmoïdal, avec ou sans envahissement osseux

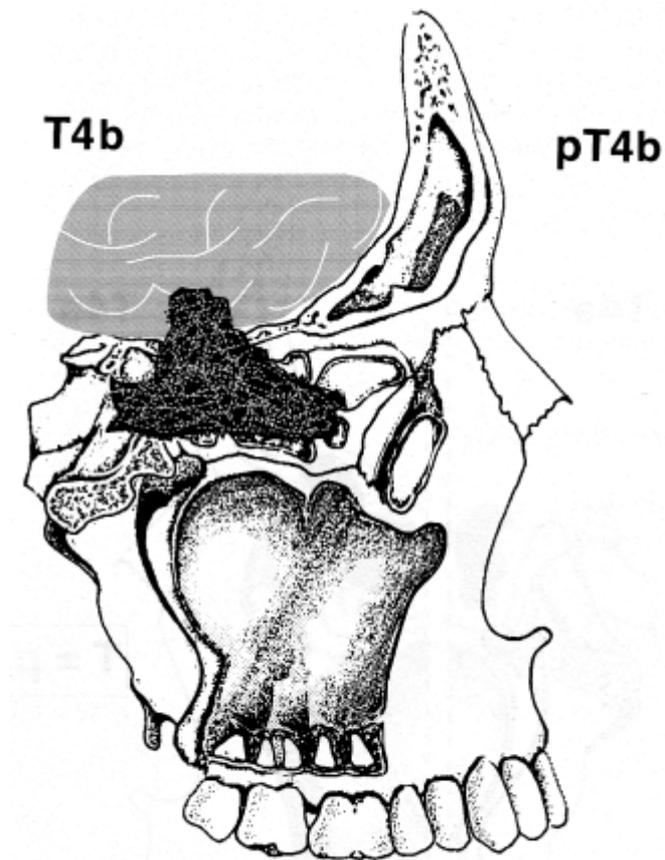


T3: Tumeur envahissant la paroi interne ou le plancher de l'orbite, le sinus maxillaire, le palais ou le fascia cribriformis



Tumeur du sinus ethmoïdal avec envahissement des sinus frontaux
et de la fosse cérébrale antérieure

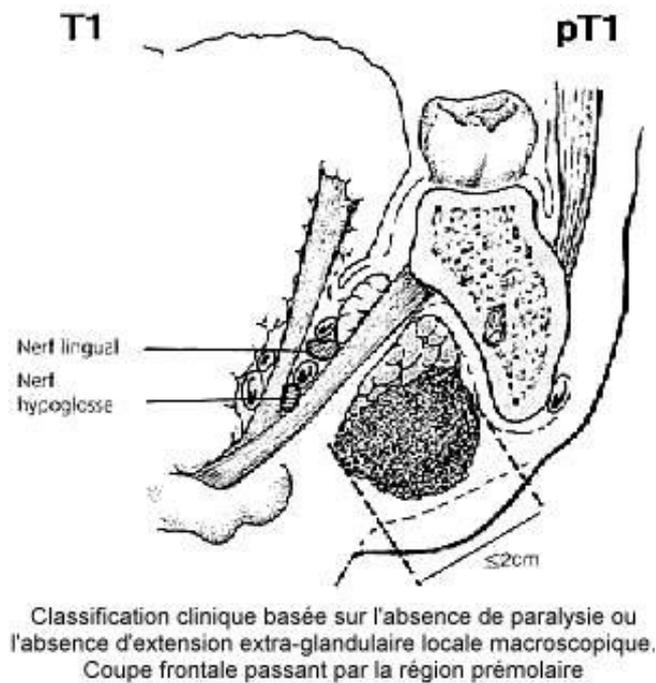
T4a : Tumeur envahissant une des structures suivantes : contenu de la région antérieure de l'orbite, peau du nez ou de la joue, extension minimale à la fosse cérébrale antérieure, à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, au sinus sphénoïdal ou frontal



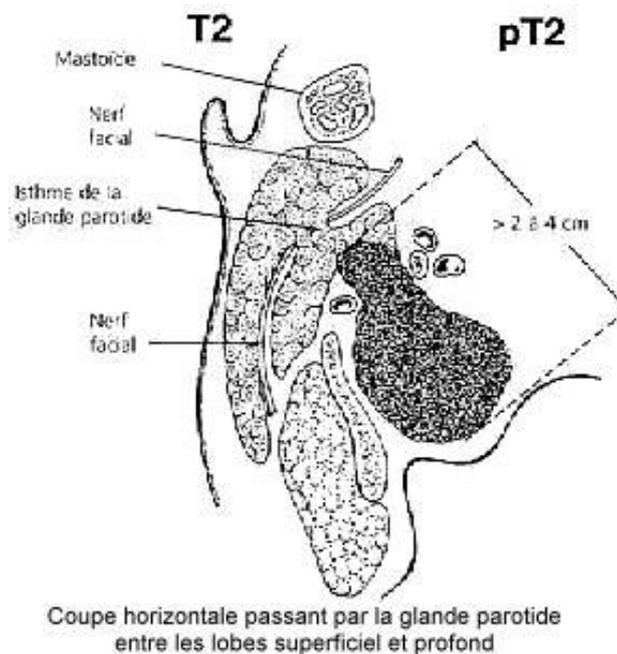
Tumeur du sinus ethmoïdal avec envahissement de la fosse cérébrale moyenne et du cerveau

T4b : Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : sommet de l'orbite, dure-mère, cerveau, fosse cérébrale moyenne, nerfs crâniens autres que V2, nasopharynx, clivus

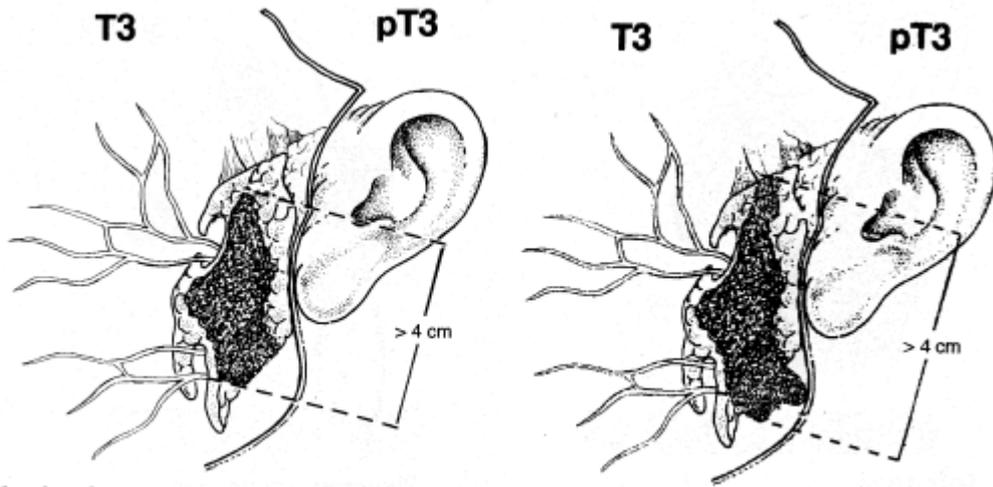
Glandes salivaires



T1: Tumeur < ou = à 2 cm dans sa plus grande dimension sans extension extra-glandulaire



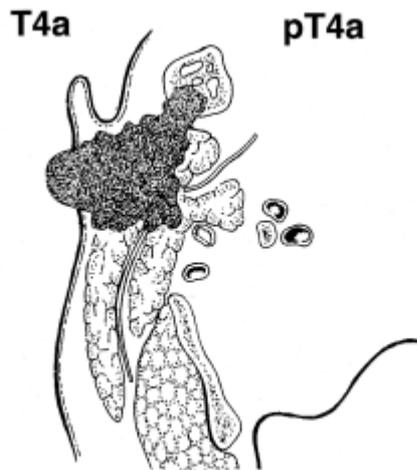
T2: Tumeur > à 2 cm et < ou = à 4 cm dans sa plus grande dimension sans extension extra-glandulaire



Tumeur de plus de 4 cm
sans extension extraparenchymateuse

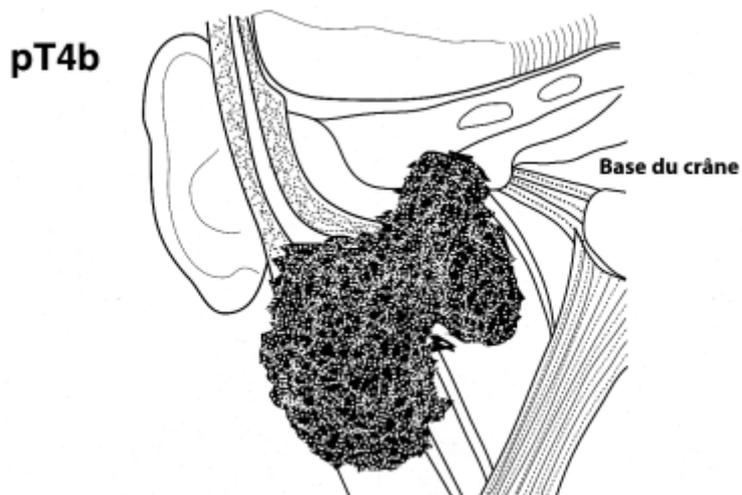
avec extension extraparenchymateuse

T3: Tumeur > à 4 cm et/ou avec extension extraparenchymateuse



Tumeur de plus de 4 cm sans extension extraparenchymateuse

T4a : Tumeur envahissant la peau, le maxillaire, le conduit auditif ou le nerf facial



T4b : Tumeur envahissant la base du crâne, l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde ou englobant l'artère carotide

ANNEXE –A- (document Société Française d'ORL)

SURVEILLANCE DES CANCERS DES VADS

BUT DE LA DEMARCHE : s'assurer que la surveillance est bien conduite

1. OBJECTIF : INTERROGATOIRE SUR L'ASYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

- Le poids du patient est noté dans le dossier
- L'existence d'une douleur et son délai d'apparition est consignée le cas échéant
- Le mode d'alimentation est précisé, une éventuelle dysphagie est précisée
- Le mode de respiration du patient est précisé
- La phonation est notée surtout s'il y a une dégradation récente
- Une éventuelle symptomatologie dépressive, une asthénie est notée
- Le statut vis-à-vis des intoxications alcoolo-tabagiques est précisé dans le dossier

2. OBJECTIF : UN EXAMEN CLINIQUE EST PRATIQUE

- Le site de la tumeur initiale a été examiné
- Une mycose de la sphère ORL, une mucite et/ou œdème muqueux, une ulcération sont recherchées
- Une deuxième localisation tumorale ORL a été recherchée
- Les aires ganglionnaires sont palpées
- Une éventuelle anomalie cutanée cervico-faciale est précisée
- L'état général du patient est apprécié

3. OBJECTIF : LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES NECESSAIRES SONT PRATIQUES

- Le patient a eu un éventuel scanner de référence si cela a été jugé utile
- Un éventuel nodule pulmonaire découvert sur le bilan initial a été surveillé
- Un scanner de contrôle et/ou IRM
- Un point d'appel qui nécessite une imagerie complémentaire a été noté
- Le patient a eu une radiographie pulmonaire dans l'année
- Une fibroscopie digestive est éventuellement faite tous les deux ans

4. OBJECTIF : S'ASSURER QUE LE PATIENT A UN SUIVI REGULIER

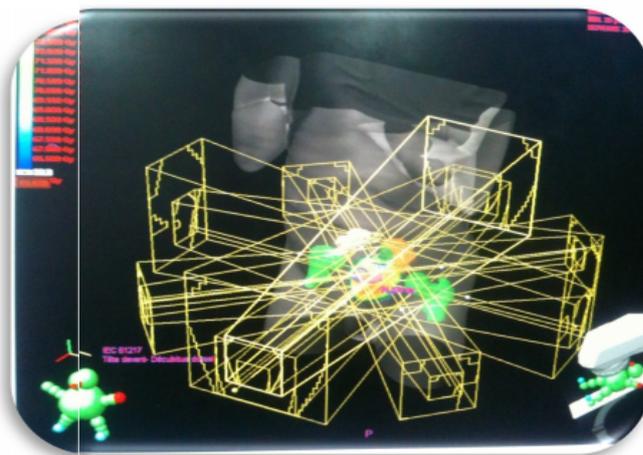
- Le patient a
 - une Cs tous les deux mois la première année
 - une cs tous les 3 mois la deuxième année
 - une Cs tous les 4 mois la troisième année
 - une Cs tous les 6 mois au-delà
- Un dosage de la TSH est fait une fois par an si le patient a eu une radiothérapie intéressant le volume thyroïdien
- Un examen dentaire est fait deux fois par an. La prophylaxie fluorée est contrôlée.
- Sérologie EBV (si UCNT à sérologie initiale + avec négativation post thérapeutique)
- L'intoxication alcool/tabac est interrompue ou prise en charge
- Rééducation orthophonique et kinésithérapie
- Le patient est informé de la nécessité de provoquer une consultation anticipée lors de la survenue d'anomalies ou de nouveaux symptômes

ANNEXE –B

Le plateau technique du service de radiothérapie du CHU HASSAN II de Fès permet la réalisation de la radiothérapie conformationnelle et IMRT



Scanner simulateur



Vue dosimétrique en 3D: cancer de prostate



Accélérateur linéaire