

MEMO REFCOR Glandes salivaires

Classification TNM

T1 tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension sans extension extraglandulaire
T2 2 cm < T ≤ 4 cm dans sa plus grande dimension sans extension extraglandulaire
T3 4 cm < T ≤ 6 cm dans ses plus grandes dimensions (T3a) ou avec envahissement extraglandulaire sans atteinte du nerf facial (T3b)
T4 T > 6 cm dans ses plus grandes dimensions (T4a) et/ou envahissant la base du crâne, le nerf facial (T4b)

Classification par stade*

Stade Équivalence TNM Taux de survie à 5 ans

Stade I T1a, N0, M0 T2a, N0, M0 90 %

Stade II T1b, N0, M0 T2b, N0, M0 T3a, N0, M0 55 %

Stade III T3b, N0, M0 T4a, N0, M0 quel que soit T (sauf T4b), N1, M0 45 %

Stade IV T4b, quel que soit N, M0 quel que soit T, N2 ou N3, M0 quel que soit T, quel que soit N, M1 10 %

*classification américaine [AJCC1993] [AJCC1997] à laquelle a été ajoutée la notion d'envahissement extraglandulaire selon l'UICC pour la classification T [Wittekind 2005] ;

a : pas d'envahissement extraglandulaire ;

b : existence d'un envahissement extraglandulaire (ou extension locale peau, tissus os, nerfs).

Classification histologique des tumeurs malignes des glandes salivaires par grade

BAS GRADE Métastases <10- 15 % Décès < 1 %

Carcinome muco-épidermoïde de faible grade

Carcinome à cellules acineuses sans contingent dédifférencié

Adénocarcinome polymorphe de bas grade

Cystadénocarcinome / Cystadénocarcinome cribriforme de bas grade

Adénocarcinome à cellules basales

Adénocarcinome sans autre indication (SAI) de bas grade

Adénocarcinome à cellules claires

Carcinome épithelial-myoépithelial

Carcinome sur adénome pléomorphe non invasif (capsule respectée) ou avec invasion minimale (<1,5 mm)

GRADE INTERMEDIAIRE Récidive fréquentes Métastases >10-15 %

Carcinome muco-épidermoïde de grade intermédiaire

Carcinome à cellules acineuses sans contingent dédifférencié avec Ki67>10 %

Carcinome adénoïde kystique cribriforme et/ou trabéculaire

Carcinome sébacé avec atypies discrètes à modérées

HAUT GRADE Métastases fréquentes

Carcinome muco-épidermoïde de haut grade

Carcinome adénoïde kystique avec contingent massif > 30 %

Adénocarcinome SAI de haut grade

Carcinome canalaire salivaire

Carcinome dédifférencié

Carcinome sur adénome pléomorphe massivement invasif

Carcinome à grandes cellules

Carcinome à petites cellules

Carcinome épidermoïde

Carcinome sébacé avec atypies marquées

Adénocarcinome mucineux

Il existe des **lésions de pronostic incertain** pour lesquelles les données de la littérature sont trop peu nombreuses et/ ou contradictoires pour pouvoir les classer formellement dans une des 3 catégories précédentes.

Ces diagnostics doivent impérativement faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire.

- adénocarcinome cribriforme de la langue
- carcinome myoépithélial
- carcinome oncocytaire
- carcinome lympho-épithélial.

Radiothérapie post-opératoire

Haut grade sauf <4 cm intraglandulaire

T3b T4

N+ M+

Exérèse incomplète

Place de la radiothérapie pour les patients ayant eu une chirurgie complète

La radiothérapie postopératoire aux photons est indiquée dans les tumeurs de haut grade de stades II, III et IV et dans les tumeurs de bas grade de stades III et IV (standard, niveau de preuve B2). Dans les tumeurs de grade intermédiaire, la nécessité d'une radiothérapie devra être discutée au cas par cas en RCP en fonction des arguments cliniques, chirurgicaux et anatomopathologiques.

La radiothérapie postopératoire aux photons n'est pas indiquée pour les tumeurs de bas grade de stades I et II complètement réséquées, ni systématiquement dans les tumeurs de haut grade de stade I (résection macroscopiquement et microscopiquement complète et absence de ganglions envahis) (standard, niveau de preuve B2).

Cette irradiation post-opératoire des tumeurs de haut grade de stade I est proposée lorsqu'existent des critères d'agressivité de la tumeur, ou des éléments d'incertitude sur la radicalité de l'exérèse chirurgicale. Par exemple, les tumeurs de haut grade du lobe profond de la parotide bénéficieront en règle générale d'une radiothérapie post-opératoire, du fait de l'étroitesse des marges d'exérèse, et des limites de l'examen histopathologique.

Place de la radiothérapie pour les patients opérés - chirurgie macroscopiquement ou microscopiquement incomplète

La radiothérapie postopératoire est indiquée dans tous les cas où la chirurgie est macroscopiquement ou microscopiquement incomplète (standard). Il n'y a pas de type de radiothérapie standard.

Place de la radiothérapie pour les patients non opérables et/ou non résécables et/ou récidivants

L'hadronthérapie exclusive, quand elle est réalisable, doit être préférée dans les formes non opérables/récidivantes car elle permet une amélioration du contrôle local (niveau de preuve B1) à la radiothérapie exclusive aux photons et à la chirurgie de réduction tumorale suivie d'une radiothérapie aux photons (recommandation, accord d'experts).
Les traitements mixtes