



**REFERENTIEL
DES PAYS DE LA LOIRE
POUR LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS DES
VOIES
AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES**

Janvier 2006

Ce référentiel a été révisé en présence des médecins ci-dessous :

- Dr Etienne Bardet : radiothérapeute - CLCC Nantes-Atlantique
- Dr Dominique Bonnard : radiothérapeute - Centre Catherine de Sienne Nantes
- Pr Claude Beauvillain de Montreuil : ORL - CHU Nantes
- Dr Philippe Buisson : ORL - Clinique de l'Anjou - Angers
- Dr Pierre Charpentier : ORL - Clinique Brétéché - Nantes
- Dr André Delpon : Radiothérapie - Centre Jean Bernard Le Mans
- Dr Henri-Pierre Derris: ORL - Centre Hospitalier Le Mans
- Dr Christophe Ferron : ORL - CHU Nantes
- Dr Marie Gayet-Delacroix : Radiologie - CHU Nantes
- Dr Thierry Hadet : ORL libéral - La Roche/Yon
- Dr Elisabeth Irolla : ORL libéral - Chateaubriand
- Dr Laurent Laccourreye : ORL - CHU Angers
- Dr Michel Langeard : ORL libéral - Chateaubriant
- Dr Antoine Lemièrre : ORL libéral - polyclinique du Parc Cholet
- Dr Patrick Lerailler : ORL - Centre Hospitalier La Roche sur Yon
- Dr Jacques Mainfray : radiothérapeute - Saint-Nazaire
- Dr Olivier Malard : ORL - CHU Nantes
- Dr Dominique Martin-Mauger : ORL - Centre Hospitalier La Roche sur Yon
- Dr Norredin Ouadghiri : ORL - Centre Hospitalier Cholet
- Dr Benoît Piot : Stomatologie - CHU Nantes
- Dr Jean Reneaume : ORL libéral - Vannes
- Dr Frédéric Rolland : Oncologie Médicale - CLCC Nantes-Atlantique
- Dr Judicaël Toquet : ORL - Nouvelles Cliniques Nantaise Nantes
- Dr Michel Viale : ORL - Clinique Ste Croix Le Mans
- Dr Anthony Viot : ORL libéral - Clinique du Parc Le Mans

Mise à jour janvier 2006

GENERALITES

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 termes 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.

(Ref. 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

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

4. Le bilan pré-thérapeutique :

. 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 2^{ème} 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.

NB : Le détail des indications du TEP-scanner est en cours d'évaluation.

. L'état général doit être 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 nutritionnel (calcul de l'indice de masse corporelle P/T²)
- un bilan cardiaque si une chimiothérapie est envisagée

5. Classification :

L'extension tumorale sera classée en utilisant la classification TNM de l' UICC.

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

6. Evaluation post-thérapeutique :

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-Faciale.

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.

1/ Concernant l'évaluation post-thérapeutique, il est recommandé :

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

2/ 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

3/ Concernant la recherche de métastases et de localisations métachrones œsophagiennes 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

4/ 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
- puis tous les 6 mois à vie

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

7. La place de la chimiothérapie :

- La chimiothérapie d'induction ou néo-adjuvante sera utilisée dans une stratégie de préservation d'organe dans les T3 du larynx et de l'hypopharynx permettant la préservation laryngée dans environ 50% des cas (niveau B).

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

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

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

8. Stratégie thérapeutique :

Dans ce référentiel, les indications thérapeutiques sont proposées en fonction de la topographie tumorale.

Toutefois, la stratégie thérapeutique devra prendre en compte le rapport bénéfice/risque de chaque traitement pour chaque patient et devra donc tenir compte de :

- l'âge du patient
- l'état général du patient
- l'opérabilité du patient
- des souhaits du patient ou de celui des personnes de confiance

CAS PARTICULIERS

1. Impasse ganglionnaire :

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

- cancer de la corde vocale classé T1
- petite tumeur superficielle T1 inférieur à 1 cm, NO clinique et radiologique
- malade âgé ou en mauvais état général, NO clinique et radiographique
(à discuter au cas par cas)
- adénocarcinome de l'ethmoïde

2. En cas de N+ histologique :

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

3. Adénopathies de plus de 6 cm :

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

4. Exérèses insuffisantes :

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

5. Tumeur multi-focale :

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

CAVITE BUCCALE

I) LEVRES INFÉRIEURES ET SUPÉRIEURES

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur < 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 : Envahissement des structures adjacentes (peau de la face, os, plancher buccal)

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

- . T1 < 1 cm :
 - . **Réséction cunéiforme**
si celle-ci est compatible avec un bon résultat fonctionnel et esthétique
 - . **Surveillance ganglionnaire** si No

- . T1 > 1cm, T2 :
 - . **Curiethérapie intesticielle**
 - . **Surveillance ganglionnaire** si No

ou

 - . **Curage bilatéral** si Np

- . T3, soit :
 - . **Réséction avec reconstruction**
+ **Curage bilatéral**

ou

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

- . T4 osseux :
 - . **Réséction avec reconstruction**
+ **Curage bilatéral**
 - . **Radiothérapie post-opératoire**
+/- **Chimiothérapie concomitante**

b) tumeurs non résécables :

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

II) PLANCHER BUCCAL ET SILLON PELVI-LINGUAL

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur < 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 : Envahissement des structures adjacentes (peau, os, muscles profonds)

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résecable :

- . Tis et T1 superficiel, non infiltrant, bien limité < 1 cm, N0 :
 - . **Résection-suture**
 - . **Surveillance ganglionnaire**

- . T1 > 1cm, T2 :
 - . **Pelvectomie** ou **pelvi-glossectomie** ou **pelvi-mandibulectomie** en fonction du siège de la tumeur
 - + **Curage ganglionnaire systématique** uni ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur
 - Si N0 : groupes I, II et III
 - Si N1 , N2 : groupes I, II, III, IV du coté atteint
 - . **Radiothérapie post-opératoire** :
 - Si N+
 - en fonction de l'extension et de l'infiltration (ex : langue)

- . T3, T4 résecable :
 - . **Pelviglossectomie** ou **pelvimandibulectomie avec reconstruction**
 - + **Curage ganglionnaire bilatéral**
 - . **Radiothérapie post-opératoire**
 - +/- **Chimiothérapie concomitante**

b) tumeur non résecable :

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

III) FACE INTERNE DE JOUE

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur < 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 : Envahissement des structures adjacentes (peau, os, muscles profonds)

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résecable :

- . Tis et T1 superficiel, non infiltrant, bien limité < 1 cm, NO :
 - . **Résection-suture**
 - . **Surveillance ganglionnaire**

- . T1 > 1cm, T2, T3, T4 résecables :
 - . **Résection + /- reconstruction**
 - + **Curage ganglionnaire homolatéral**
 - . **Radiothérapie post-opératoire homolatérale**
 - si T infiltrante (en pratique > T1)
 - si N+
 - +/- **Chimiothérapie concomitante**

- NB : Si exérèse insuffisante :
 - . **Reprise chirurgicale**
 - ou . **Curiethérapie** si reprise chirurgicale impossible

b) tumeur non résecable :

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

IV) LANGUE MOBILE

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur < 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 : Envahissement des muscles extrinsèques de la langue et/ou de la corticale osseuse

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

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

. **Glossectomie partielle**

. **Surveillance ganglionnaire**

. T1 > 1cm, T2 :

. **Glossectomie partielle**

+ **Curage ganglionnaire systématique**

(groupe I, II, III, IV) uni ou bilatéral en fonction de la localisation tumorale

. **Curiethérapie de barrage** (ou radiothérapie)

si :

- Embols périnerveux ou vasculaires

- exérèse « limite » et reprise impossible

- tumeur très infiltrante ++ cliniquement

. **Radiothérapie post-opératoire sur N :**

- si tumeur très infiltrante ++ (cliniquement)

- si N+

NB : . **Radiothérapie systématique** sur terrain

particulier non éthylo-tabagiques (jeunes +++)

. T3 et T4 :

. **Glossectomie partielle avec reconstruction**

+ **Curage ganglionnaire systématique bilatéral**

. **Radiothérapie post-opératoire**

+/- **Chimiothérapie concomitante**

NB : Si exérèse insuffisante :

. **Reprise chirurgicale**

ou . **Curiethérapie** si reprise chirurgicale impossible

b) tumeur non résécable :

. **Radiothérapie**

+ **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet.

OROPHARYNX

I) COMMISSURE INTER-MAXILLAIRE

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur < 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 : Envahissement des structures adjacentes (os)

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résecable :

- . Tis et T1 superficiel, non infiltrant, bien limité < 1 cm, NO :
 - . **Exérèse endo-buccale**
 - . **Surveillance ganglionnaire**

- . T1 > 1cm, T2, T3, T4 résecables :
 - . **Bucco-Pharyngectomie** avec ou sans mandibulectomie
 - + **Curage ganglionnaire homolatéral**

 - . **Radiothérapie post-opératoire homolatérale**
 - +/- **Chimiothérapie concomitante**

b) tumeur non résecable :

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

II) VOILE DU PALAIS

1. Classification TNM :

- T1 : Tumeur < 2 cm
- T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm
- T3 : Tumeur > 4 cm
- T4 : Envahissement des structures adjacentes

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

- . Tis et T1 superficiel, non infiltrant, bien limité < 1 cm, N0 :
 - . **Exérèse endo-buccale**
 - . **Surveillance ganglionnaire**

- . T > 1 cm, T2 :
 - . **Radiothérapie externe sur T et N**
avec éventuellement :
 - . **Curiothérapie** en complément de dose sur T
 - . **Adénectomie** sur reliquat GG (+/- curage si N+)
 - ou
 - . **Résection endo-buccale** si celle-ci est compatible avec un bon résultat fonctionnel
+ **Curage ganglionnaire bilatéral**
 - . **Radiothérapie post-opératoire**

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

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

b) tumeur non résécable :

- . T3 et T4 :
 - . **Radiothérapie externe**
+ **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet

III) REGION AMYGDALIENNE

1. Classification TNM :

- T1 : Tumeur < 2 cm
- T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm
- T3 : Tumeur > 4 cm
- T4 : Envahissement des structures adjacentes

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

- . T1, T2 amygdalien « pur » :
 - . **Radiothérapie externe exclusive T et N**
 - ou
 - . **Amygdalectomie élargie**
 - + **Curage homolatéral**

- . T1, T2 avec atteinte d'un pilier ou de l'ogive vélique ou du sillon glosso-amygdalien ou de la commissure intermaxillaire :
 - . **Réséction chirurgicale** (endobuccale ou avec mandibulectomie en fonction de l'extension)
 - + **Curage ganglionnaire homolatéral**
 - . **Radiothérapie post-opératoire :**
 - si T infiltrante
 - si N+

- . T3, T4 résécable :
 - . **Bucco-Pharyngectomie Trans-Maxillaire** avec mandibulectomie si atteinte osseuse.
 - + **Curage ganglionnaire bilatéral**
 - . **Radiothérapie post-opératoire**
 - +/- **Chimiothérapie concomitante**

b) tumeur non résécable :

- . T3 ou T4 avec atteinte du voile au delà de la ligne médiane et/ou atteinte du cavum et/ou extension massive dans la base de langue :
 - . **Radiothérapie externe**
 - + **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet

IV) SILLON GLOSSO-AMYGDALIEN

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur < 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 : Envahissement des structures adjacentes (muscles extrinsèques de la langue)

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

. Quelque soit le T :

- . **Bucco-Pharyngectomie Trans-Maxillaire** avec mandibulectomie si atteinte osseuse.
- + **Curage ganglionnaire bilatéral**
- . **Radiothérapie post-opératoire**
- +/- **Chimiothérapie concomitante**

b) tumeur non résécable :

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

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

V) BASE DE LANGUE

1. Classification TNM :

- T1 : Tumeur < 2 cm
- T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm
- T3 : Tumeur > 4 cm
- T4 : Envahissement des structures adjacentes

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

- . T1 ou T2 bourgeonnante, peu infiltrante, bien limitée :
 - . **Radiothérapie externe exclusive T et N**
- ou
- . **Résection endo-buccale**
 - + **Curage bilatéral**
 - . **Radiothérapie post-opératoire si N+**
 - +/- **Chimiothérapie concomitante**

NB : Si exérèse insuffisante :

- . **Reprise chirurgicale**
- ou . **Curiothérapie si reprise chirurgicale impossible**

b) tumeur non résécable :

- . T dont l'extension dans la base de langue imposerait une glossectomie trop large avec des conséquences fonctionnelles majeures :
 - . **Radiothérapie externe**
 - + **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet

VI) PAROI POSTERIEURE DE L'OROPHARYNX

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur < 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 : Envahissement des structures et/ou des régions adjacentes

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

. T1, T2 accessibles :

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

b) tumeur non résécable :

. T1, T2 inaccessibles, T3 et T4 :

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

VII) SILLON GLOSSO-EPIGLOTTIQUE

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur < 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et < 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 : Envahissement des structures et/ou des régions adjacentes

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

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

- . **Laryngectomie sub-glosso supra-glottique**
- + Curage ganglionnaire bilatéral**
- . **Radiothérapie post opératoire**
- +/- Chimiothérapie concomitante**

b) tumeur non résécable :

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

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

LARYNX

I) LARYNX SUPRA-GLOTTIQUE

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur limitée à un site anatomique, mobilité normale

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

T3 : Tumeur limitée au larynx avec fixation d'une corde vocale et/ou envahissement post-cricoïdienne et/ou du tissu pré-épiglottique

T4 : Tumeur envahissant le cartilage thyroïde et/ou s'étendant hors du larynx dans les parties molles du cou, à la thyroïde et/ou à l'œsophage.

2. Indications thérapeutiques :

- . T1 ou T2 bourgeonnant, peu infiltrant :
 - . **Radiothérapie exclusive**

- . T1, T2 infiltrant accessible à une chirurgie partielle :
 - . **Laryngectomie partielle (ou résection LASER endoscopique dans les formes limitées accessibles)**
 - + **Curage ganglionnaire bilatéral**
 - . **Radiothérapie post-opératoire si N+**

- . T3, T2 inaccessible à une chirurgie partielle (localisation et/ou extension et/ou terrain ...)
 - Indication théorique de Laryngectomie Totale ou stratégie de PRESERVATION D'ORGANE si pas de contre-indication à une chimiothérapie,
 - . soit :
 - . **Chimiothérapie d'induction**
 - . **Evaluation clinique et tomодensitométrie**
 - . **Radiothérapie externe** en cas de réponse > à 50 % avec récupération d'une mobilité laryngée
 - SINON** . **Laryngectomie totale** en cas de non réponse
 - . **Radiothérapie post-opératoire**

- Ou
 - . **Radiothérapie externe**
 - + **Chimiothérapie concomitante**
 - . **Laryngectomie de rattrapage**

- . T4 avec extension :
 - . **Laryngectomie totale d'emblée**
 - + **Curage ganglionnaire bilatéral**
 - . **Radiothérapie post-opératoire**

+/- Chimiothérapie concomitante
II) PLAN GLOTTIQUE

1. Classification TNM :

- T1 : Tumeur limitée aux cordes vocales pouvant envahir les commissures antérieure et postérieure avec mobilité normale
 T1a : limitée à une corde vocale
 T1b : envahissant les 2 cordes vocales.
- T2 : Tumeur étendue en supra-glottique et/ou en sous glottique et/ou avec une mobilité diminuée de la corde vocale.
- T3 : Tumeur limitée au larynx avec fixation de la corde vocale.
- T4 : Tumeur étendue à travers le cartilage thyroïde et/ou envahissant d'autres structures extra-laryngées (trachée, parties molles du cou, thyroïde...)

2. Indications thérapeutiques :

- . T1a : à distance des commissures ou jouxtant la commissure antérieure :
 Le traitement sera à discuter en fonction du résultat fonctionnel escompté, de l'âge, de la profession et du souhait du patient, soit :
 - . **Radiothérapie exclusive (T seule)**
 - ou
 - . **Cordectomie**

 - . T1b : envahissant la commissure antérieure superficiellement sans atteinte cartilagineuse au scanner, sous glotte indemne :
 - . **Chirurgie partielle**
 - . **Surveillance ganglionnaire**

 - . T2 accessible à une chirurgie partielle :
 - . **Laryngectomie partielle**
 - + **Curage ganglionnaire bilatéral**
 - . **Radiothérapie post-opératoire si N+**
- NB : Lors de réalisation de chirurgie partielle en cas d'excès « limite » on discutera soit :
- Reprise chirurgicale par une partielle plus large
 - Resection au laser dans la zone douteuse
 - Laryngectomie totale
 - Radiothérapie externe

- Dans certains cas surveillance

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

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

. soit :

. **Chimiothérapie d'induction**

puis évaluation clinique et tomodensitométrie

. **Radiothérapie externe** en cas de réponse > à 50 % avec récupération d'une mobilité laryngée

SINON . **Laryngectomie totale** en cas de non réponse

. **Radiothérapie post-opératoire**

Ou

. **Radiothérapie externe**

+ **Chimiothérapie concomitante**

. **Laryngectomie de rattrapage**

. T4 avec extension :

. **Laryngectomie totale d'emblée**

+ **Curage ganglionnaire bilatéral**

. **Radiothérapie post-opératoire**

+/- **Chimiothérapie concomitante**

III) LARYNX SOUS-GLOTTIQUE

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur limitée à la sous glotte, mobilité normale

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

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

T4 : Tumeur étendue à travers le cartilage thyroïde ou cricoïde et/ou envahissant d'autres structures extra-laryngées

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

. T1 limité (extension vers le bas < 5 mm) :

. **Résection laser** si possible

ou

. **Laryngectomie partielle**

. Quelque soit le T :

. **Laryngectomie totale d'emblée**

+ **Curage ganglionnaire cervical bilatéral**

+ **Curage récurrentiel**

. **Radiothérapie post-opératoire**

+/- **Chimiothérapie concomitante**

b) tumeur non résécable :

- Quelque soit le T :

. **Radiothérapie externe**

+ **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet

HYPOPHARYNX

I) SINUS PIRIFORME

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur limitée au sinus piriforme et < 2 cm dans sa plus grande dimension

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

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

T4 : Tumeur envahissant les structures adjacentes (cartilage laryngés, parties molles du cou...)

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

. T1 bourgeonnant, peu infiltrant, < 2 cm :

. **Radiothérapie exclusive**

. T1, T2 :

. **Chirurgie partielle**

+ **Curage ganglionnaire homolatéral**

. **Radiothérapie post-opératoire systématique**

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

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

. **Chimiothérapie d'induction**

. **Evaluation clinique et tomодensitométrie**

. **Radiothérapie externe** en cas de réponse > à 80 % avec récupération d'une mobilité laryngée normale

SINON . **Pharyngo-Laryngectomie totale** en cas de non réponse

. **Radiothérapie post-opératoire**

. T4 avec extension :

. **Pharyngo-Laryngectomie totale d'emblée**

+ **Curage ganglionnaire bilatéral**

. **Radiothérapie post-opératoire**

+/- **Chimiothérapie concomitante**

b) tumeur non résécable :

- Quelque soit le T :
 - . **Radiothérapie externe**
 - + **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet

II) RÉGION RÉTRO-CRICOÏDIENNE

1. Indication thérapeutique :

a) tumeur résécable :

- . T1 limité, bourgeonnant, peu infiltrant :
 - . **Radiothérapie exclusive**

- . Quelque soit le T :
 - . **Pharyngo-Laryngectomie totale** d'emblée ,
circulaire ou non en fonction de l'extension
 - + **Curage ganglionnaire bilatéral et récurrentiel**

 - . **Radiothérapie post-opératoire**
 - +/- **Chimiothérapie concomitante**

b) tumeur non résécable :

- . Quelque soit le T :
 - . **Radiothérapie externe**
 - + **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet

III) PAROI POSTERIEURE DE L'HYPOPHARYNX

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur < 2cm

T2 : Tumeur entre 2 et 4 cm, mobilité laryngée normale

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 : Tumeur étendue aux structures adjacentes (muscles pré-vertébraux, œsophage)

2. Indications thérapeutiques :

a) tumeur résécable :

- . T1 bourgeonnant :
 - . **Radiothérapie exclusive**

- . T1, T2 < 3cm :
 - . **Exérèse chirurgicale** par pharyngotomie latérale ou par voie endoscopique
 - + **Curage ganglionnaire bilatéral**

 - . **Radiothérapie post-opératoire**

- . T2 > 3cm, T3, T4 :
 - . **Pharyngo-Laryngectomie totale circulaire**
 - + **Curage ganglionnaire bilatéral**

 - . **Radiothérapie post-opératoire**
 - +/- **Chimiothérapie concomitante**

b) tumeur non résécable :

- . T avec infiltration profonde ou extension vers l'oropharynx et/ou l'oesophage :
 - . **Radiothérapie externe**
 - + **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet

NASOPHARYNX

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur limitée au nasopharynx

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

T2a : sans extension para-pharyngée

T2b : avec extension para-pharyngée

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

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

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

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

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

2. Classification antomo-pathologique de l'OMS :

type 1 : carcinome épidermoïde kératinisant (cancer des régions à bas risque)

type 2 : carcinome épidermoïde non kératinisant

type 3 : carcinome indifférencié (Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type) (cancer des régions à risque élevé, infiltration lymphoïde massive fréquente)

3. Indications thérapeutiques :

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

. T1, T2, No clinique et tomodensitométrie :

. **Radiothérapie exclusive** quelle que soit l'histologie

. Tumeurs > T2 et/ou Np, selon l'histologie :

a) *Carcinomes épidermoïdes bien et moyennement différencié :*

- T1 ou T2, N1 ou N2 :

- T3 ou T4, N0 ou N1 ou N2 :

. **Radiothérapie**

+ **Chimiothérapie concomitante**

- N3, quelque soit le T :

. **Chimiothérapie d'induction (CDDP + 5FU)**

. **Radiothérapie**

+/- **chimiothérapie concomitante**

b) Carcinomes peu différenciés et UCNT :

- T3 ou T4, N1 ou N2 ou N3 :

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

ou

- . **Radiothérapie**
- + chimiothérapie concomitante**
- . **Chimiothérapie adjuvante**

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

CAVITES NASO-SINUSIENNES

I) SINUS MAXILLAIRE

1. Classification TNM :

TX : caractère tumeur non précisé

TO : pas de tumeur primitive décelable

Tis : Carcinome in situ

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

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

T3 : Tumeur envahissant l'une des structures suivantes : peau des joues, tissus sous-cutanés, paroi postérieure du sinus maxillaire, fosse sous-temporale, plancher ou paroi médiane de l'orbite, sinus ethmoïdal.

T4 : Tumeur envahissant le contenu orbitaire au delà de la paroi médiane et/ou l'une des structures suivantes : lame criblée, sinus sphénoïdal ou frontal, nasopharynx, voile du palais, base du crâne.

2. Indications thérapeutiques :

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

Pour les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes :

a) tumeur résecable :

- . T1 : . **Exérèse Chirurgicale**

- . T2 : . **Exérèse Chirurgicale**
 . **Radiothérapie post-opératoire** du lit tumoral

- . T3, T4 : . **Exérèse Chirurgicale**
 . **Radiothérapie post-opératoire** du lit tumoral
 et des aires ganglionnaires homolatérales II et
 III

c) tumeur non résecable :

- . T1, T2 : . **Radiothérapie externe T**

- . T3 : . **Radiothérapie externe T et N**
 + **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le
 permet

- . T4 : . **Chimiothérapie néoadjuvante** éventuelle
 (adénocarcinome)
 . **Radiothérapie externe T et N**
 + **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le
 permet

II) SINUS ETHMOÏDAL

1. Classification TNM :

T1 : Tumeur limitée à l'ethmoïde avec ou sans érosion osseuse.

T2 : Tumeur étendue à la cavité nasale.

T3 : Tumeur étendue à la partie antérieure de l'orbite et/ou au sinus maxillaire.

T4 Tumeur avec extension intracrânienne, orbitaire incluant le sommet, envahissant les sinus sphénoïde ou frontal ou la peau du nez.

Classification standard pour le N

2. Indications thérapeutiques :

a) *tumeur résecable :*

. Quelque soit le T :

. **Exérèse Chirurgicale +/- reconstruction**

. **Radiothérapie post-opératoire** du lit tumoral

d) *tumeur non résecable :*

. T1, T2, T3 : . **Radiothérapie externe**

+ **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet

. T4 : . **Chimiothérapie néoadjuvante** éventuelle (adénocarcinome)

. **Radiothérapie externe** T et N

+ **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet

III) SINUS SPHENOÏDAL

1. Indications thérapeutiques :

. Quelque soit le T :

. **Radiothérapie externe**

+ **Chimiothérapie concomitante** si la tolérance le permet

GLANDES SALIVAIRES

I) GLANDES PAROTIDES ET SOUS-MAXILLAIRES

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

1. Classification TNM :

TX : Tumeur primitive ne peut être évaluée

TO : Pas de tumeur primitive décelable

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

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

T3 : Tumeur entre 4 et 6 cm avec extension extra-glandulaire sans atteinte du nerf facial ou de l'os

T4 : Tumeur supérieure à 6 cm dans ses plus grandes dimensions et /ou envahissant la base du crâne, le nerf facial.

2. Classification Histologique:

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

a) les tumeurs de bas grade :

- . Tumeur à cellules acineuses
- . Carcinome muco-épidermoïde de grade 1 ou 2

b) les tumeurs de haut grade :

- . Carcinome muco-épidermoïde de grade 3
- . Adénocarcinome
- . Carcinome épidermoïde
- . Carcinome adénoïde kystique
- . Tumeur maligne mixte (malignant mixed tumors)

3. Indications thérapeutiques :

a) tumeurs de bas grade :

. T1 ou T2, N0 :

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

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

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

b) Tumeurs de haut grade :

. T1, T2, N0 :

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

. T2, T3, T4 :

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

ADENOPATHIE SANS PORTE D'ENTRÉE

En cas d'adénopathie sans porte d'entrée, il faut différencier le sujet jeune non éthylo-tabagique du sujet ayant une forte suspicion d'adénopathie métastatique carcinomateuse.

- Chez le sujet jeune, un bilan étiologique comportant les dosages sérologiques classiques doit être effectué. En cas de négativité, une adénectomie simple est effectuée (risque d'hémopathie supérieur au risque de carcinome)
- Chez le sujet à risque, une panendoscopie sous anesthésie générale confirme l'absence de localisation primitive au niveau des VADS. L'endoscopie est suivie d'une adénectomie cervicale + analyse extemporanée. Après confirmation anatomopathologique de la nature carcinomateuse de l'adénopathie, un curage ganglionnaire est effectué dans le même temps opératoire (en cas d'hémopathie, pas de geste supplémentaire)

Le Pet-Scanner peut être utile à la recherche d'une tumeur primitive au niveau des VADS, dans le cas des adénopathies carcinomateuses métastatiques sans porte d'entrée.

- Discussion d'une amygdalectomie systématique pour recherche un carcinome infraclinique (certaines équipes)
- Radio+/-chimiothérapie concomitante post-opératoire uni ou bilatérale en fonction du contexte et de l'âge.