50e Congrès de la Société Française de Carcinologie Cervico-Faciale

17 & 18 NOVEMBRE 2017

Palais des Congrès,
Futuroscope - Poitiers

Sous la présidence du Pr Xavier DUFOUR

COMITÉ D'ORGANISATION

Pr Xavier DUFOUR, ORL, CHU de Poitiers
Dr Hélène LEBRUN-LOSLIER, ORL, CHU de Poitiers
Dr Jean-Pascal LEBRETON, ORL, CHU de Poitiers
Dr Justine LECLERC, ORL, CHU de Poitiers

RECUEIL DES COMMUNICATIONS

CHU de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie
Université de Poitiers

SFCCF
Société Française de Carcinologie Cervico-Faciale

www.sfccf2017.org

ÉDITO

C'est un immense plaisir d'organiser le 50e Congrès de la Société Française de Carcinologie Cervico-faciale. Cette Société a été fondée en 1964 par Yves Redon et Jean Leroux Robert. Plusieurs présidents se sont succédé dont un grand nombre de nos maîtres.

Chaque année, ce congrès très convivial réunit ses membres autour d'une thématique choisie par l'organisateur. Cette année, les deux thématiques retenues sont la chirurgie par voie transorale (laser, robotique) et les adénopathies prévalentes.

La chirurgie transorale s'intègre dans l'esprit d'une chirurgie minimale invasive. La chirurgie au laser a connu un essor important et ses indications sont toujours d'actualité. Le développement de la chirurgie robotique par voie transorale est un progrès technologique majeur et un atout pour les patients avec une diminution de la morbidité et de la durée d'hospitalisation. Les communications permettront de partager les expériences des différentes équipes qui pratiquent la chirurgie transorale, d'en préciser les indications, les complications ainsi que la place de la reconstruction dans la chirurgie robotique. De plus, l'évaluation de la qualité de vie sera un paramètre important à prendre en compte.

La présence d'adénopathies prévalentes est une situation non exceptionnelle et il n'existe pas de consensus concernant la prise en charge : curage cervical premier ? Radio-chimiothérapie puis éventuel curage de rattrapage ? Devant une adénopathie sans primitif retrouvé, le débat existe quant aux modalités d'irradiation. Les discussions autour de ces présentations permettront-elles d'obtenir un consensus ?

En vous souhaitant à tous un excellent congrès.

Pour le comité d'organisation, **Pr Xavier DUFOUR**

COMITÉ D'ORGANISATION

Pr Xavier DUFOUR,
ORL, CHU de Poitiers
Dr Hélène LEBRUN-LOSLIER,
ORL, CHU de Poitiers
Dr Jean-Pascal LEBRETON,
ORL, CHU de Poitiers
Dr Justine LECLERC,
ORL, CHU de Poitiers

CONFÉRENCIERS D'HONNEUR

Pr Marc REMACLE,
ORL, CHL-EICH, Luxembourg
Pr René-Jean BENSADOUN,
oncologue radiothérapeuthe,
Centre de Haute Energie, Nice

RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS

VENDREDI 17 NOVEMBRE 2017 ..... P. 04

SAMEDI 18 NOVEMBRE 2017 ..... P. 46

BILAN – CHIRURGIE TRANS-ORALE AU LASER
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 09H00

Panendoscopie de dépistage en oncologie : comment l'améliorer par une vision panoramique et rendre la procédure plus sûre ?

Laurence Pincet, Victor Colin, Florian Lang
ORL, HFR, Fribourg, SUISSE

Objectif

Les patients présentant un carcinome épidermoïde (CE) des voies aérodigestives supérieures (VADS) nouvellement diagnostiqué bénéficient habituellement d'une panendoscopie à la recherche de secondes localisations tumorales. Celle-ci comprend une oesophagoscopie rigide qui permet un meilleur examen de l'hypopharynx que l'oesophagosopie souple. Néanmoins, elle reste une intervention risquée d'apprentissage difficile. Nous présentons une optimisation de la technique de pharyngolaryngoscopie (PLS), qui permet de substituer aux avantages de l'œsophagoscopie rigide.

Matériel

Cette étude observationnelle rétrospective menée de janvier 2014 à décembre 2016 inclus 122 patients consécutifs présentant un nouveau CE des VADS, qui ont bénéficié de la technique habituelle de panendoscopie et de la nouvelle PLS. Cette procédure en 2 temps nécessite le laryngoscope de Macintosh et une optique 30° pour exposer le larynx, la trachée proximale et l'oropharynx ; puis dans un second temps l'hypopharynx jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage. La broncho-esophagoscopie était ensuite réalisée à l'endoscope rigide et éventuellement souple.

Résultats

Six patients (5 %) ont présenté une seconde localisation tumorale (œsophage : 3 ; cavité orale : 2 ; larynx : 1). A deux reprises l'oesophagoscopie rigide a été compliquée de lésions dentaires, et dans 38 cas (33 %) a été convertie en oesophagoscopie souple pour des raisons de difficultés d'exposition. Cette PLS en deux temps offre une vue panoramique du larynx incluant les sinus de Morgani, la trachée supérieure, l'oro et l'hypopharynx jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage. L'examen des structures est bien meilleur qu'avec l'oesophagoscope rigide et les photographies facilement exploitables aux consiliums pluridisciplinaires. L'utilisation de la lumière NBI *(narrow band imaging)* ou la coloration vitale restent faisables.

Conclusion

Cette PLS combinée à la broncho-oesophagoscopie souple donne un meilleur contrôle visuel et est plus sûre que l'endoscope rigide. Elle pourrait rendre obsolète la panendoscopie rigide dans le contexte de dépistage oncologique.

Mots-clés : panendoscopie, pharyngolaryngoscopie, esophagoscopie rigide

Notes

BILAN – CHIRURGIE TRANS-ORALE AU LASER
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 09H15

Évaluation radiologique de l'envahissement osseux mandibulaire

Samia Bouhir
CHRU de Lille, Hôpital Huriez, Service d'ORL et CCF, Lille, FRANCE

Contexte

L'évaluation pré opératoire de l'envahissement osseux mandibulaire dans les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale et de l'oropharynx est déterminante pour l'optimisation de la résection osseuse. En effet, la résection osseuse mandibulaire, lorsqu'elle est interruptrice, a des conséquences fonctionnelles et esthétiques majeures et sa reconstruction nécessite une chirurgie lourde avec le plus souvent le transfert de lambeau libre micro anastomosé avec composante osseuse.

Objectifs

Cette étude a pour objectif l'évaluation de la valeur diagnostique de l'imagerie par TDM et par IRM pour le diagnostic de l'envahissement osseux mandibulaire par rapport à l'examen de référence histologique. De plus nous avons évalué l'impact de l'envahissement osseux dans l'analyse de la survie de notre cohorte.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective mono centrique ayant inclus rétrospectivement tous les patients consécutifs pris en charge chirurgicalement pour un carcinome épidermoïde de la cavité buccale ou de l'oropharynx avec décision de résection osseuse mandibulaire interruptrice.

Conclusion

La TDM et l'IRM restent complémentaires pour l'évaluation pré opératoire de l'envahissement osseux mandibulaire, qu'il soit cortical et/ou médullaire et devraient permettre dans certains cas une épargne osseuse mandibulaire.

Mots-clés : Imagerie diagnostique, cancérologie ORL, mandibule, oropharynx, cavité buccale, tomodensitométrie, Imagerie par résonnance magnétique, sensibilité et spécificité

Notes

BILAN – CHIRURGIE TRANS-ORALE AU LASER
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 09H30

Microchirurgie laser par voie trans-orale et courbe d'apprentissage dans le cadre du traitement des cancers des VADS – Étude à partir d'une série de 60 patients de 2013 à 2017

Julien Prevot[1], Yves Gobel[1], Gaël Potard[1], Yves Gauvin[1], Gérald Valette[1], Ulrike Schick[2], Ronan Abgral[3], Rémi Marianowski[1]

1. ORL et chirurgie cervico-faciale, CHRU Brest, FRANCE
2. Radiothérapie, CHRU Brest, FRANCE
3. Médecine nucléaire, CHRU Brest, FRANCE

Introduction et objectifs

Entre janvier 2013 et juin 2017, 60 patients ont bénéficié dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHRU de Brest, d'une microchirurgie par voie trans orale au laser CO2 dans le cadre du traitement chirurgical d'un cancer du larynx, de l'hypopharynx ou de la base de langue. Le but de l'étude est d'analyser les indications, et les résultats des prises en charge microchirurgicales en fonction de l'expérience du chirurgien et de déterminer une courbe d'apprentissage.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique. Les patients ont été pris en charge par 3 chirurgiens séniors d'expérience différente. Leurs résultats sont comparés.

Résultats

60 patients ont été inclus dans l'étude. Ils présentaient des lésions de carcinome épidermoïde classées de T1 à T3. L'expérience et le profil du chirurgien modifie les indications chirurgicales.

Conclusion

La microchirurgie laser par voie trans orale permet de diminuer la morbidité et la durée d'hospitalisation, mais requiert un apprentissage et une technicité spécifique.

Mots-clés : laser, microchirurgie, courbe d'apprentissage

Notes

BILAN – CHIRURGIE TRANS-ORALE AU LASER
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 09H45

Identification des facteurs prédictifs des cordectomies laser pour les cancers de stade précoce

Stéphane Hans[1], Caroline Hoffmann[2]
1. ORL, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, FRANCE
2. ORL, Institut Curie, Paris, FRANCE

Contexte

Le but de cette étude était de déterminer les facteurs prédictifs des résultats carcinologiques chez les patients atteints d'un cancer précoce des cordes vocales et traités par une cordectomie laser.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective (2001-2011) de 201 patients atteints d'un cancer glottique de stade précoce traités par une cordectomie laser. Une analyse statistique a étudié à 5 ans : le taux de contrôle local, le taux de contrôle local ultime avec laser seul, le taux de préservation laryngé, le taux de survie spécifique sans maladie et la survie globale.

Résultats

Les patients avec un tumeur avec une atteinte de la commissure antérieure (CA) (n = 75) avaient un taux de survie sans maladie plus faible (54,6 % vs 79,8 %, p = 0,0004), un contrôle local ultime avec taux laser seul (71,0 % vs 95,7 % ; p < 0,0001), un taux de préservation du larynx (91,6 % vs 100 %, p = 0,0003) et un taux de survie spécifique de la maladie (90,8 % contre 99,0 %, p = 0,03) par rapport aux patients avec une tumeur sans atteinte de la CA. Il n'y avait pas de différence significative dans les taux de survie globale (OS) (76,9 % vs 88,5 %, p = 0,29).
Le statut des marges chirurgicales n'est pas, dans cette étude, un facteur prédictif significatif.

Conclusion

Bien que l'atteinte de la commissure antérieure ait un impact significatif sur les résultats, la cordectomie au laser est le première option minimale invasive du traitement des cancers de stade précoce des cordes vocales. En cas de récidive locale, toutes les options de traitement standard restent disponibles.

Notes

BILAN – CHIRURGIE TRANS-ORALE AU LASER
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 10H00

La chirurgie endoscopique laser des cancers de stades précoces du plan glottique : résultats oncologiques et implications sur la qualité de voix – Une étude rétrospective multicentrique du GETTEC

Pierre Demez[1], Pauline Potet[2], Rais Obongo[3], Nicolas Saroul[4], Isabelle Wagner[5], Olivier Malard[6], Nicolas Fakhry[7], Séverine Camby[8], Pierre Moreau[8]

1. ORLet chirurgie cervico-faciale, CHU de Liège, BELGIQUE
2. Institut Universitaire du Cancer de Toulouse-Oncopole, FRANCE
3. Institut Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE
4. CHU de Clermont-Ferrand, FRANCE
5. Hôpital Foch, Paris, FRANCE
6. CHU de Nantes, FRANCE
7. Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Conception, Marseille, FRANCE
8. Chu de Liège, BELGIQUE

Les modalités de traitement des cancers de stades précoces du plan glottique peuvent être soit radiothérapeutiques soit chirurgicales sous forme d'une cordectomie laser. Pour des tumeurs bien sélectionnées, la littérature révèle des résultats oncologiques comparables, mais avec un taux de préservation d'organe en faveur du bras chirurgical. Par contre, les résultats fonctionnels (qualité de voix) sont plus débattus

Ce travail rétrospectif multicentrique (Patients opérés de janvier 2011 à décembre 2016) sous l'égide du Gettec a pour objectif primaire d'étudier la qualité de voix de ces patients « cordectomisés » sur base des résultats d'un autoquestionnaire : le *Voice Handicap Index*. L'implication du type de cordectomie réalisée sera tout particulièrement étudiée ce qui fera l'une des originalités de ce travail. Les objectifs secondaires de cette étude sont plus classiques puisque se centrant sur les résultats « oncologiques » de cette prise en charge. Nous débâterons des différents facteurs influençant tant les résultats fonctionnels qu'oncologiques.

À l'heure de l'écriture de ce résumé, nous ne sommes pas encore en possession des données des différents centres et espérons que les résultats présentés seront suffisants que pour pouvoir déjà, lors de ce congrès de la SFCCF, proposer quelques conclusions intéressantes.

Mots-clés : cordectomies, laser, résultats, survie, qualité de voix

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 10H45

Prise en charge des carcinomes épidermoïdes du sinus piriforme par voie trans-orale sous assistance robotisée : étude rétrospective multicentrique au sein du groupe français de chirurgie robot-assistée du GETTEC

Paul Mazerolle[1], Pierre Philouze[2], Renaud Garrel[3], Karine Aubry[4], Sylvain Morinière[5], Sophie El Bedoui[6], Jean Ton Van[6], Christophe Ferron[7], Franck Jegoux[8], Sébastien Vergez[1]

1. Chirurgie ORL et cervico-faciale, CHU Toulouse- IUCT Oncopole, FRANCE
2. Chirurgie ORL et cervico-faciale, CHU Croix Rousse, Lyon, FRANCE
3. Chirurgie ORL et cervico-faciale, CHU Montpellier, Montpellier, FRANCE
4. Chirurgie ORL et cervico-faciale, CHU Limoges, Limoges, FRANCE
5. Chirurgie ORL et cervico-faciale, CHU Bretonneau, Tours, FRANCE
6. Chirurgie ORL et cervico-faciale, Centre Oscar Lambret, Lille, FRANCE
7. Chirurgie ORL et cervico-faciale, CHU Nantes, Nantes, FRANCE
8. Chirurgie ORL et cervico-faciale, CHU Rennes, Rennes, FRANCE

Introduction

La prise en charge chirurgicale des carcinomes épidermoïdes du sinus piriforme par voie trans-cervicale impose souvent une chirurgie radicale de pharyngectomie, avec des difficultés de reconstruction et de restauration de fonction, voire de pharyngo-laryngectomie. En effet, les relations étroites de l'hypopharynx avec les fonctions de déglutition, de respiration et de phonation ont mené au développement de « protocoles de préservation d'organe » par radio-chimiothérapie ces dernières décennies, qui sont désormais le traitement de référence de ces lésions. Cependant, l'avènement récent de la chirurgie par voie trans-orale sous assistance robotisée ouvre de nouvelles perspectives. Bien codifiée et validée pour les lésions de l'oropharynx, il nous parait que cette chirurgie conservatrice pourrait aujourd'hui avoir une place dans l'arsenal thérapeutique des carcinomes épidermoïdes de l'hypopharynx, mais les données bibliographiques restent peu nombreuses sur le sujet.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective multicentrique au sein du Groupe Français de Chirurgie Robotisée du GETTEC, recensant les cas d'hypopharyngectomie latérale par voie transorale sous assistance robotisée entre 2013 et 2017. Les critères d'inclusion étaient les cas d'exérèse robot-assistée de tout ou partie du sinus piriforme, chez les patients majeurs présentant un carcinome épidermoïde centré sur celui-ci. Ont été exclues de cette étude les lésions centrées sur la margelle laryngée ou la paroi pharyngée postérieure.

Résultats

Au total, 56 cas d'hypopharyngectomie latérale ont été inclus. Il s'agissait majoritairement de lésions de petite taille (54 % classées T1 et 45% classées T2) dont 46 % présentaient un envahissement ganglionnaire, chez une majorité d'homme (93 %) et dont l'âge moyen était de 64 ans. Un évidement ganglionnaire au moins unilatéral a été réalisé dans 75 % des cas. Aucun cas de conversion externe n'a été nécessaire. Seulement 7 cas ont nécessité une trachéotomie peropératoire, et tous ont pu être sevrés. La durée d'hospitalisation moyenne était de 11 jours, avec 3 cas d'hémorragie postopératoire, 1 pharyngostome, et 2 décès postopératoires (un cas de défaillance multi-viscérale chez un patient présentant une cirrhose Child-C et un cas de choc hémorragique sur saignement du lit opératoire). Concernant les suites fonctionnelles, 14 patients ont présenté des troubles significatifs de la déglutition, 2 patients ont développé une pneumopathie d'inhalation, et 5 n'ont pu reprendre une alimentation orale satisfaisante avec nécessité de mise en place d'une gastrostomie (dont 2 ont pu être sevrés à distance). Pour les autres patients (88 %), l'alimentation orale a pu être reprise à une moyenne de 5,6 jours. D'un point de vu carcinologique, 36 patients (64 %) ont bénéficié d'une exérèse en marges saines, et 32 patients (57 %) ont nécessité un traitement adjuvant (30 cas de radiothérapie+/-potentialisée et 2 chirurgies de rattrapage). Le suivi moyen a été de 30,6 mois, avec un taux de survie globale de 79 % et survie spécifique de 73 %.

Conclusion

L'hypopharyngectomie latérale par voie trans-orale sous assistance robotisée présente des résultats fonctionnels et carcinologiques encourageants d'après cette étude rétrospective préliminaire, et est à considérer dans des cas sélectionnés de carcinome épidermoïde du sinus piriforme de petite taille (T1-T2).

Mots-clés : carcinome épidermoïde, TORS, hypopharynx, sinus piriforme

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 11H00

Résultats oncologiques après chirurgie trans-orale robot-assistée pour carcinome épidermoïde supra-glottique : expérience du groupe français de chirurgie robotisée du GETTEC

Marianne Doazan[1], Stéphane Hans[2], Sylvain Morinière[3], Benjamin Lallemant[4], Sébastien Vergez[5], Karine Aubry[6], Erwan De Monès[7], Florent Espitalier[8], Franck Jegoux[9], Pierre Pradat[1], Philippe Céruse[1]

1. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôpital de la Croix Rousse, Lyon, FRANCE
2. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, FRANCE
3. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Bretonneau, Tours, FRANCE
4. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Carémeau, Nîmes, FRANCE
4. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Institut Universitaire du Cancer de Toulouse Oncopole & CHU Rangueil-Larrey, Toulouse, FRANCE
6. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Dupuytren, Limoges, FRANCE
7. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Pellegrin, Bordeaux, FRANCE
8. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôtel-Dieu, Nantes, FRANCE
9. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Pontchaillou, Rennes, FRANCE
10. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hopital de la Croix Rousse, Lyon, FRANCE

Introduction

L'utilisation du robot chirurgical dans la prise en charge des carcinomes épidermoïdes (CE) supra-glottiques prend une place croissante depuis plusieurs années. La faisabilité et les résultats fonctionnels de la laryngectomie supra-glottique trans orale robot assistée (LSG TORA) ont déjà été rapportés dans plusieurs publications. Nous avons souhaité étudier les résultats carcinologiques après LSG TORA. Notre objectif principal était le taux de contrôle local après avec un suivi minimum de 2 ans. Les objectifs secondaires étaient le contrôle locorégional, la survie globale, la survie spécifique, et la recherche d'éventuels facteurs pouvant influencer la survenue d'une récidive.

Méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle multicentrique portant sur les patients ayant bénéficié d'une LSG TORA entre 2008 et 2015 pour un CE supra-glottique. Ces patients étaient issus de 9 centres français de chirurgie cervico-faciale, au sein desquels chaque opérateur appartenait au Groupement d'Etude des Tumeurs Tête Et Cou (GETTEC). Etaient inclus tous les patients présentant un CE de topographie supra-glottique (supra-glotte médiane ou épiglotte, margelle latérale, sinus piriforme) de stade T1, T2 ou certains T3 sélectionnés, et ayant bénéficié d'une LSG TORA quel que soit le stade ganglionnaire.

Résultats

Cent vingt-deux patients ont été inclus. Le suivi moyen était de 42.8 mois. Les patients T2N0 (27.9 %) étaient les plus fréquents avec une majorité des patients N0 (61 %). Un évidement ganglionnaire cervical uni ou bilatéral selon la topographie de la tumeur était réalisé chez 112 patients (91.8 %). Le type de LSG le plus réalisé était le type IV (51.6 %) selon la classification de l'European Laryngological Society. Le taux de contrôle local était de 94.3 % à 2 ans et de 90.2 % à 5 ans. La survie globale et la survie spécifique étaient respectivement de 86.9 % et 95.1 % à 2 ans, et de 78.7 % et 94.3 % à 5 ans.

Soixante-trois patients (51.6 %) ont ensuite bénéficié d'une radiothérapie adjuvante, dont seulement 16 d'entre eux du fait de marges limites ou positives. En analyse univariée le stade ganglionnaire N était le seul facteur pronostic significatif (p=0.036) sur le contrôle local. En analyse multivariée, aucun des critères examinés n'est apparu comme un facteur protecteur ou prédictif de récurrence locale. Le stade ganglionnaire N (p=0.022) et la présence d'une rupture capsulaire ganglionnaire (p=0.043) apparaissaient comme des facteurs de risque influençant la survie spécifique en analyse univariée. En analyse multivariée, aucun des critères examinés n'est apparu comme un facteur pronostique.

Conclusion

Le taux de contrôle local obtenu après LSG TORA semble au moins équivalent à ceux décrits dans la littérature après chirurgie par voie externe ou transorale au laser, ou par radio-chimiothérapie. Dans notre série nous avons constaté que lorsque la tumeur a pu être réséquée avec des marges de sécurité satisfaisantes, il n'est pas nécessaire de recourir à une radiothérapie adjuvante dans près de 50 % des cas. La TORA nous semble une alternative thérapeutique fiable et efficace dans le traitement des CE supra-glottiques de stade précoce ou intermédiaire sélectionnés.

Mots-clés : chirurgie trans-orale robot-assistée (TORA), laryngectomie supra-glottique, cancer des voies aéro-digestives supérieures, résultats carcinologiques

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 11H15

Laryngectomie frontale antérieure sans épiglottoplastie par chirurgie TORS

Sophie El Bedoui[1], Jean Ton Van[1], Dominique Chevalier[2], Philippe Gorphe[3], Morbize Julieron[1]

1. Cancérologie cervico-faciale, Centre Oscar Lambret, Lille, FRANCE
2. ORL, CHRU, Lille, FRANCE
3. Cancérologie cervico-faciale, Institut Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE

Introduction

La chirurgie du plan glottique est actuellement considérée comme une des limites d'utilisation pour la chirurgie robotique en raison des difficultés d'exposition, de l'instrumentation non adaptée, expliquant ainsi l'utilisation préférentielle de la chirurgie par voie endoscopique au laser En outre, la chirurgie partielle par voie externe reste le traitement de référence en cas d'envahissement de la commissure antérieure.

Nous rapportons ici un cas de chirurgie TORS réalisant une exérèse de lésion laryngée avec suspicion d'envahissement de commissure antérieure reproduisant une chirurgie partielle de type LFAR avec résection cartilagineuse, sans plastie de l'épiglotte (LFAR modifiée).

Méthode

Le rationnel de cette intervention est de réaliser par voie endoscopique une résection de type laryngectomie frontale antérieure en respectant les principes carcinologiques d'une chirurgie partielle par voie externe. Par principe nous avons retenu de ne pas réaliser de plastie épiglottique pour des raisons de simplification technique et parce qu'il est admis que l'absence de plastie épiglottique, compensée par le respect des muscles infra-hyoïdiens, n'entraine que peu de sténose laryngée à long terme.

Nous avons réalisé deux cas de dissection sur cadavre au robot qui ont permis de confirmer la faisabilité et de préciser les problèmes d'instrumentation. Une cervicotomie a été réalisée après le geste endoscopique pour contrôler la qualité de résection.

Résultats

L'intervention en elle-même, a été réalisée le 23/06/2016 sous couvert de trachéotomie. Nous nous sommes heurtés aux difficultés d'exposition et d'ossification du cartilage thyroïde, rendant l'intervention plus longue que prévu. Les suites ont été difficiles au plan fonctionnel, avec un retard de décanulation et de la reprise de déglutition per os. Cependant, avec plus d'un an de recul, le patient est contrôlé au plan carcinologique. Il n'est plus porteur de canule, l'alimentation s'effectue per os sans fausses route, avec une phonation satisfaisante.

Discussion

Nous pensons que cette intervention est susceptible de combiner les avantages d'une intervention par voie endoscopique et la sécurité carcinologique d'une voie externe. Ce premier cas est encourageant malgré les difficultés rencontrées. Des développements futurs sont souhaitables, notamment une meilleure adaptation de l'instrumentation.

Mots-clés : cancer, glotte, laryngectomie, TORS, robot

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 11H30

Trans-oral robotic resection of benign tumors of the upper aerodigestive tract: the experience of the French group of GETTEC

Émilien Chabrillac
ORL, CHU Toulouse, FRANCE

Background

The Trans-Oral Robotic Surgery has now extended from the malignant lesions to some benign lesions, in selected cases. The purpose of this study was to assess the current use of the TORS in benign tumors of the upper aerodigestive tract, through a case series and a review of the literature.

Methods

A multicentric retrospective study was conducted from November 2009 to June 2017, including all the patients treated by TORS for a benign tumor in five French tertiary referral centers.

Results

20 patients had TORS resection of tumors, of various locations and histopathologies. The mean postoperative stay was 6.1 days. 7 patients had a nasogastric tube, during an average time of 5.8 days. 2 patients had a covering tracheostomy, removed after a mean time of 5.5 days. No recurrence was observed during the follow-up.

Conclusion

Although the literature about this subject is rather poor, this surgical technique seems to bring few complications and a shorter hospitalisation, with satisfactory functional and recurrence outcomes. However, the risk of bleeding and oedema must stay in the surgeon's mind, and the need for a tracheostomy must be appreciated wisely.

Keywords: transoral robotic surgery, benign tumor, upper aerodigestive tract, head and neck

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 11H45

Chirurgie robotique trans-orale de la base du crâne, résection de tumeurs de l'hypophyse : première expérience chez des patients

Stéphane Hans[1], Guillaume Lot[2], Dorian Chauvet[2]
1. ORL, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, FRANCE
2. Neurosurgery, Fondation Rothchild, Paris, FRANCE

Objectif

Après nos études préliminaires cadavériques et anatomiques, nous avons émis l'hypothèse que la selle turcique pouvait être abordée par voie trans-orale assistée par robot en utilisant le système da Vinci (Intuitive Surgical, Sunnyvale, Ca, USA).

Matériel et méthodes

Étude prospective sur des patients atteints de tumeurs hypophysaires. Les différents chirurgicaux sont décrits. L'objectif principal était la faisabilité et la sécurité, les objectifs secondaires étaient la durée opératoire, le relevé et l'analyse des complications, des suites opératoires et de l'amélioration des symptômes visuels.

Résultats

Quatre femmes (âge moyen 49 ans) avec des tumeurs kystiques compressives de l'hypophyse, révélées par une hémianopsie bitemporale, ont été incluses. Dans tous les cas, la chirurgie robotique a permis une large exposition du cavum et de la selle turcique. Toutes les tumeurs ont été abordées en toute sécurité et retirées. Toutes les patientes ont récupéré sur le plan visuel. Une patiente avait une fuite de LCR et une autre un diabète insipide, transitoires. Sur les IRM post-opératoire, la décompression chiasmatique était satisfaisante. Chez une patiente, la résection de la tumeur n'a été que partielle.

Conclusion

Nous présentons la première de patientes opérées par chirurgie assistée par robot de tumeur de l'hypophyse. Cette approche innovante nécessite des outils dédiés et une série plus importante.

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE

VENDREDI 17 NOVEMBRE - 12H05 - **SYMPOSIUM** Bristol-Myers Squibb

Traitements des carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou : où en sommes-nous ?

Mécanisme d'action des différents traitements

Caroline Hoffmann
ORL, Institut Curie, Paris, FRANCE

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE

VENDREDI 17 NOVEMBRE - 12H20 - **SYMPOSIUM** Bristol-Myers Squibb

Traitements des carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou : où en sommes-nous ?

Update des essais cliniques dans les carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou

Jérôme Fayette
Centre Léon Bérard, Lyon, FRANCE

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE

VENDREDI 17 NOVEMBRE - 14H00 - **LECTURE**

Du laser au robot, état actuel

Marc Remacle

Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHL-EICH, LUXEMBOURG

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE ET RECONSTRUCTION
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 14H45

Étude multicentrique rétrospective des indications de reconstruction par lambeau libre après oropharyngectomie par voie transorale assistée par robot

Philippe Gorphe[1], Sébastien Vergez[2], Stéphane Hans[3]

1. Département de Cancérologie cervico-faciale, Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE
2. Service d'ORL et Chirurgie cervico-faciale, CHU Larrey, Toulouse, FRANCE
3. Service d'ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Européen Georges Pompidou, APHP, Paris, FRANCE

Objectif

La chirurgie transorale assistée par robot des cancers de l'oropharynx s'est d'abord développée pour des lésions de taille limitée T1-T2, avec une perte de substance laissée en cicatrisation dirigée pour la très grande majorité des équipes. Néanmoins l'amélioration des pratiques, des techniques chirurgicales, et l'expérience croissante des équipes ont permis l'extension progressive à des indications (1) plus larges impliquant plusieurs sous-régions anatomiques de l'oropharynx, (2) plus complexes en rattrapage ou en terrain irradié, (3) plus profondes exposant au risque de communication avec les espaces cervicaux et d'exposition de structures anatomiques à risque. De Almeida et al. ont proposé de redéfinir les stratégies de décision en reconstruction depuis la cicatrisation dirigée jusqu'au lambeau libre, de façon spécifique en chirurgie transorale assistée par robot. Nous proposons de revoir les critères de décision et de choix de la reconstruction par lambeau libre, et de les argumenter à travers l'analyse d'une étude rétrospective multicentrique française des oropharyngectomies TORS reconstruites par lambeau libre.

Résultats

Une revue rétrospective de trois centres français (CHU-Oncopole Toulouse, HEGP, IGR) a retrouvé 34 reconstructions par lambeau libre après oropharyngectomie par voie transorale assistée par robot. 10 patients avaient été opérés en première intention (29 %), et 24 en terrain irradié (71 %). Parmi ces derniers, 71 % ont été opérés d'une nouvelle localisation en terrain irradié, et 29 % ont été opérés d'une oropharyngectomie de rattrapage après échec de radiothérapie. Dans tous les cas, le geste cervical ganglionnaire a été réalisé lors de la même intervention. Les données disponibles ont permis de retrouver le point de départ tumoral sur la loge amygdalienne dans 59 %, la base de langue dans 29 %, et la paroi pharyngée postérieure dans 12 %. La résection chirurgicale comprenait une sous-région anatomique dans 5 %, deux sous-régions dans 76 %, et trois sous-régions dans 19 %. L'axe vasculaire était exposé dans l'espace parapharyngé dans 52 % des cas. La résection s'étendait au palais mou dans 29 % des cas sans jamais dépasser plus de la moitié du voile. Les patients étaient considérés en classe I dans 5 %, classe II dans 47,5 %, et classe IV dans 47,5 %.

Conclusion

L'algorithme sur classification proposé par De Almeida et al. ne semble pas en adéquation avec l'expérience retrouvée dans une revue rétrospective multicentrique française d'oropharyngectomies transorales assistées par robot et reconstruction par lambeau libre. Les raisons sont l'absence de prise en compte de la paroi pharyngée postérieure parmi les sous-régions anatomiques dans la classification, l'absence de résection emportant plus de 50 % du palais mou parmi les patients opérés dans notre revue rétrospective, et la non prise en compte des antécédents de radiothérapie dans l'algorithme proposé. Une nouvelle proposition de stratégie décisionnelle consensuelle et adaptée est sans doute à définir ou à améliorer.

Mots-clés : TORS, oropharynx, lambeaux libres

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE ET RECONSTRUCTION
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 15H00

Résultats préliminaires des oropharyngectomies par voie transorale assistée par robot avec reconstruction par lambeau libre dans l'essai prospectif de phase II NCT02517125

Philippe Gorphe[1], Anne Aupérin[2], Jean-François Honart[3], Stéphane Temam[1], Frédéric Kolb[3], Quentin Qassemyar[3]

1. Département de Cancérologie cervico-faciale, Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE
2. Service de Biostatistiques, Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE
3. Département de Chirurgie plastique, Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE

Introduction

Les voies d'abord chirurgicales d'oropharyngectomie sont souvent associées à des taux élevés de morbidité, surtout quand l'exérèse nécessite une reconstruction par lambeau libre pour améliorer les résultats fonctionnels post-opératoires et pour réduire les risque de complications à cause des extensions locales ou d'une radiothérapie préalable. Néanmoins, les avancées technologiques et innovations chirurgicales récentes ont permis de réduire la morbidité chirurgicale tout en améliorant les résultats fonctionnels en associant la voie d'abord transorale assistée par robot à la reconstruction par lambeau livre dans les cancers de l'oropharynx.

Matériel et méthodes

Les patients ont été inclus dans l'essai prospectif de phase II non-randomisée NCT02517125. Ils ont été opérés d'une oropharyngectomie par voie cervico-transorale assistée par robot avec reconstruction par lambeau libre. L'objectif principal est la faisabilité sans complication majeure, les objectifs secondaires sont le score de dysphagie, la qualité de vie, et les résultats carcinologiques. Les données évaluées sont les résultats péri-opératoires, l'évolution du score du MD Anderson Dysphagia Index, les questionnaires standardisés de qualité de vie EORTC QLQ-C30 et HN35, et les résultats carcinologiques à travers l'analyse anatomopathologique et les événements carcinologiques pendant le suivi.

Résultats

Entre septembre 2015 et octobre 2017, 18 patients ont été opérés d'une oropharyngectomie par voie transorale assistée par robot avec reconstruction par lambeau libre. 6 ont été opérés en première intention, 6 d'une seconde localisation en terrain irradié, et 6 d'une chirurgie de rattrapage après échec de radiochimiothérapie. Le point de départ était la loge amygdalienne dans 8 cas, la base de langue dans 6 cas, la paroi postérieure dans 4 cas. La faisabilité était excellente, sans difficulté peropératoire. 2 complications mineures se sont présentées, et 1 saignement à j6 nécessitant une hémostase. Aucun patient n'a eu de fistule, et la reprise d'alimentation per os a eu lieu en moyenne à j17. À 6 mois, le score MDADI montre une diminution moyenne de 11 %, et 92 % des patients ont une alimentation per os exclusive. À 1 an, le score QLQ-C30 de qualité de vie a retrouvé son score initial, et les scores HN35 les plus importants sont ceux concernant les séquelles de radiothérapie. Le taux de contrôle loco-régional est de 100 %.

Conclusion

Nos résultats préliminaires montrent une faisabilité excellente des oropharyngectomies par voie transorale assistée par robot avec reconstruction par lambeau libre, des résultats fonctionnels de déglutition excellents, une qualité de vie préservée, et des résultats carcinologiques encourageants sans récidive loco-régionale à ce jour.

Mots-clés : oropharyngectomie, robot, lambeau libre, essai prospectif

Notes

CHIRURGIE TRANS-ORALE ROBOTIQUE ET RECONSTRUCTION
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 15H15

Infrahyoid myocutaneous flap for reconstruction after robotic transoral surgery for oropharyngeal tumors

Romina Mastronicola, Gilles Dolivet
Chirurgie oncologique, Icl, Nancy, FRANCE

Introduction

Surgical treatment of oropharyngeal tumor has become less invasive, especially with transoral robotic surgery. As larger resections were performed, the need for minimally invasive reconstruction appeared,1 and the infrahyoid myocutaneous flap has proved to be a reliable alternative to the free flap for reconstructing surgical defects after head and neck surgery.2 We report here our experience with eight cases of infrahyoid myocutaneous flap robotic reconstruction after transoral robotic surgery for oropharyngeal malignancies.

Methods

Since 2009, eight patients have undergone trans oral robotic surgery for oropharyngeal epidermoid carcinoma associated with immediate reconstruction using an infrahyoid myocutaneous flap. All cases were performed using classical installation for transoral robotic surgery 3 with the da Vinci Surgical System (Intuitive Surgical, Inc., Sunnyvale, Calif.).

After removal of the tumor, a classic complete bilateral neck dissection was performed. The infrahyoid myocutaneous flap was performed conventionally 4 and passed into the oral cavity in a minimally invasive way. It was sutured either completely or partially with the robotic instrumentation The criteria analyzed for functional results were oral or enteral diet, swallowing, and speech. Anatomical results were assessed by surgeons.

One patient needed a conversion to open cervical surgery because of difficulties of exposure. There was no surgical complication except for one patient who needed reoperation for hemostasis at day 2. Mean hospital stay was 18.5 ± 3.9 days (range, 13 to 27 days). Tracheotomy was removed after a mean time of 11 ± 3 days (range, 6 to 15 days).

Results

All patients had postoperative speech therapy, and oral feeding was introduced after 5 days. Postoperatively, one patient had complete enteral feeding with gastrostomy. Three patients had oral feeding and enteral feeding with gastrostomy. Four patients had complete oral feeding

This small study highlights good results with infrahyoid myocutaneous flap reconstruction after robotic oropharyngectomy. These results demonstrate the possibility of robotically suturing the infrahyoid myocutaneous flap. The infrahyoid myocutaneous flap has many advantages in transoral robotic surgery: it is highly reliable and easy to perform, 4 and it can be placed in the oral cavity by a minimally invasive approach. The long pedicle allows surgeons to use it for many oropharyngeal reconstructions. Its thickness is useful in the small field of view of transoral robotic surgery.

Conclusion

The use of transoral robotic surgery is growing rapidly. Most authors recommended transoral robotic surgery only for T1 and T2 tumors. Use of the infrahyoid myocutaneous flap could help to develop indications for transoral robotic surgery, in particular, for larger malignancies (T3) with the benefit of relatively high preservation of function after transoral robotic surgery.

Keywords: infrahyoid myocutaneous flap , robotic surgery

Notes

COMPLICATIONS - QUALITÉ DE VIE
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 15H30

Spondylodiscite cervicale post chirurgie trans-orale robotisée : étude rétrospective multicentrique d'une série de 7 cas du groupe GETTEC

Chloe Carpentier[1], Clément Bobillier[1], David Blanchard[2], Benjamin Lallemand[3], Philippe Gorphe[4], Renaud Garrel[5], Romina Mastronicola[6], Sylvain Morinière[1]
1. ORL, CHU Bretonneau, Tours, FRANCE
2. ORL, Centre F. Baclesse, Caen, FRANCE
3. ORL, CHU, Nimes, FRANCE
4. ORL, IGR, Villejuif, FRANCE
5. ORL, CHU, Montpellier, FRANCE
6. ORL, Centre Alexis Vautrin, Nancy, FRANCE

Contexte
La spondylodiscite cervicale est une complication rare mais sévère de la chirurgie pharyngée.

Matériel et méthodes
Cette étude rétrospective, multicentrique rapportait, au sein du groupe d'étude des tumeurs de la tête et du cou, les patients atteints d'une spondylodiscite cervicale après TORS d'une tumeur maligne pharyngée entre Janvier 2010 et Janvier 2017.

Objectifs
Décrire les cas de spondylodiscite cervicale après TORS, définir les signes d'alerte de cette complication, ainsi que la prise en charge optimale.

Résultats
1084 TORS étaient pratiquées, 7 patients de 6 centres différents étaient inclus dans notre étude. Les carcinomes étaient des stades T1 ou T2, localisés à la paroi pharyngée postérieure. 6 patients présentaient des facteurs de risque de spondylodiscite. Le délai diagnostic moyen était de 12,6 jours. Le délai moyen entre la chirurgie et le diagnostic de spondylodiscite étaient de 2.1 mois. Le symptôme principal était la cervicalgie (87 %). Les germes ont été identifies dans 5 cas. Un geste chirurgical de decompression médulaire était réalisé dans 3 cas. Le suivi a montré 4 évolutions favorables et 3 décès. Le taux de mortalité était de 43 %.

Conclusion
Cette étude multicentrique confirme que la spondylodiscite cervicale est une complication sévère. Qui peut survenir dans les suites d'une TORS même en cas de résection limitée. Les chirurgiens doivent évoquer ce diagnostic devant une cervicalgie persistante, un défaut de cicatrisation de la paroi pharyngée postérieure, une asthénie, une fièvre, un syndrome inflammatoire. L'IRM est l'examen le plus performant pour confirmer ce diagnostic.

Mots-clés : cervical spondylodiscitis, TORS, trans-oral robotic surgery, pharyngeal tumor

Notes

COMPLICATIONS - QUALITÉ DE VIE
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 15H45

Ostéoradionécrose mandibulaire : d'une chirurgie de revascularisation à une chirurgie régénératrice

Jérémie Bettoni, Matthieu Olivetto, Ghassan Bitar, Sylvie Testelin, Bernard Devauchelle
Chirurgie maxillo-faciale, CHU, Amiens, FRANCE

L'ostéoradionécrose mandibulaire est une affection iatrogène post radique, touchant entre 5 % et 10 % des patients irradiés de la tête et du cou. Son imprévisibilité et son agressivité pluritissulaire contraste avec sa bénignité anatomopathologique. Ce paradoxe clinico- histologique interroge sur l'attitude thérapeutique à adopter, dilemme entre une prise en charge radicale ou conservatrice.
Depuis plus de 20 ans, le service de chirurgie maxillo-faciale d'Amiens préconise une chirurgie dite de revascularisation précoce issue d'un constat où une prise en charge inadaptée présente un accroissement du risque iatrogène secondaire et d'une conviction où la reconstruction par lambeau libre microanastomosé offre une dimension biologique dans le traitement de l'ostéoradionécrose.

Grâce à une étude rétrospective, entre 2003 et 2013 venant compléter un précédent travail initié en 1992, l'analyse de 119 prises en charge chirurgicales d'ostéoradionécrose mandibulaire avec reconstruction immédiate par lambeau microanastomosé, a permis d'objectiver un taux d'efficacité de 94 % avec des taux de complications majeures et mineures de 10 % et 39 %. Apportant la preuve de la supériorité de la chirurgie de revascularisation, l'auteur identifie ses principales indications (lésion muqueuse supérieure à 1cm, atteinte cutanée, fragilisation de l'infrastructure mandibulaire ou échec de la stratégie conservatrice) et ses modalités limitant la iatrogénicité de la chirurgie en terrain irradié.

Outre la restitution de la fonction, l'apport de tissu natif au sein d'un environnement radique séquellaire semble permettre de corriger le déséquilibre vasculaire et cellulaire pathognomonique des phénomènes ostéoradionécrotiques. La chirurgie reconstructrice dite de revascularisation devient, par conséquent, chirurgie régénératrice.

Mots-clés : ostéoradionécrose, lambeau libre, radiothérapie, revascularisation, reconstruction, régénération.

Notes

COMPLICATIONS - QUALITÉ DE VIE
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 16H30

Intelligibilité de la parole après traitement des cancers de l'oropharynx

Virginie Woisard[1], Alain Ghio[2]
1. Unité d'oncoréhabilation, Institut universitaire du Cancer de Toulouse, FRANCE
2. CNRS, Laboratoire Parole et Langage, Aix-en-Provence, FRANCE

Dans le cadre de la recherche d'un indice de sévérité de la parole en cancérologie, a été étudié le degré de perte d'intelligibilité de patients présentant une tumeur de la cavité buccale ou de l'oropharynx.

90 patients ont été inclus lors de leur venue en consultation de suivi sur les critères suivants : localisation tumorale, non évolutif, à plus de 6 mois de la fin du traitement. Chaque patient a rempli un questionnaire de qualité de vie générique et un questionnaire de qualité de vie relatif à la parole. Lors de la même venue, il a été enregistré réalisant plusieurs taches de production de parole permettant d'étudier la qualité de la parole d'un point de vue décodage acoustico-phonétique, intelligibilité et compréhensibilité.

Pour cette présentation, les résultats de 49 patients présentant des tumeurs de l'oropharynx sont analysés. L'étendue de la perte d'intelligibilité est très large mais 1/4 des patients est très peu intelligible (Score inférieur à 4/10). Les scores des questionnaires de qualité de vie (speech handicap Index) sont peu corrélés à l'intelligibilité de la parole ($r=0.4$, $p<0,01$). Les scores d'intelligibilité sont fortement corrélés aux scores du décodage acoustico-phonétique ($r=0.9$, $p<0,01$), qui sont eux mêmes moyennement corrélés à la compréhensibilité ($r=0.6$, $p<0,05$).
La taille de la tumeur, traduisant son extension à différentes structures est associée à une perte importante d'intelligibilité. Pour les petites tumeurs, les scores décroissent dans l'ordre suivant : Tumeur de la base de la langue, tumeurs l'amygdale puis tumeurs du voile. L'influence des modalités de traitement pour cet échantillon de patients n'a pas pu être mis en évidence.

En conclusion, les conséquences sur la parole des patients traités pour un cancer de l'oropharynx peuvent être majeures. Intégrer une mesure systématique du résultat fonctionnel dans ce domaine est un des facteurs qui permettra d'améliorer la recherche des traitements en vue d'une meilleure qualité de vie.

Mots-clés : oropharynx, intelligibilité, parole, qualité de vie

Notes

COMPLICATIONS - QUALITÉ DE VIE
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 16H45

Impact de la sarcopénie dans les cancers des voies aérodigestives supérieures traités par radiothérapie

Simon Dandoy
Radiothérapie, Centre Henri Becquerel, Rouen, FRANCE

Objectif

Notre équipe a démontré l'impact de la sarcopénie sur la survie dans les cancers de l'œsophage traité par radio chimiothérapie concomitante.
L'objectif de cette étude est d'analyser l'impact de la sarcopénie comme facteur prédictif de réalisation d'une radiothérapie ou d'une radio-chimiothérapie complète, de la survenue de toxicités ainsi que sur la survie chez des patients traités pour un cancer VADS.

Matériel et méthodes

Les patients traités par radiothérapie ou radio chimiothérapie des cancers des VADS de manière exclusive ou post opératoire pouvaient être inclus dans ce protocole prospectif unicentrique. Le traitement complet est considéré comme la dose totale de RT prévue délivrée + 3 cures de chimiothérapie par Cisplatine à 100 % de la dose théorique soit 100 mg/m2 ou ensemble des cures d'Erbitux®. La mesure de la masse musculaire squelettique s'effectue sur une coupe tomodensitométrique en L3 à l'aide d'un logiciel de contourage automatique des organes en fonction de la densité en Unité Hounsfield. Cette technique permet de délimiter le tissu musculaire (psoas, muscles para vertébraux, grands dorsaux, carrés des lombes, grands droits, obliques et transverses), la graisse sous cutanée et la graisse péri-viscérale. Le muscle correspond à une densité en unités Hounsfield allant -29 à +150 UI. Le contourage est réalisé sur deux coupes en L3 distantes d'un centimètre et la moyenne des surfaces obtenue en cm² sera retenue comme valeur finale. Cette surface musculaire est rapportée à la surface corporelle pour établir un indice de masse musculaire SMI (en cm²/m²).

Résultats

180 patients ont été inclus entre avril 2014 et aout 2016 dont 169 patients analysables. La durée moyenne de suivi est de 21 mois. 41 patients ont récidivé dont 37 avec une récidive loco régionale et 4 de manière métastatique. 75 % des patients ont reçu un traitement complet. 35 % des patients étaient sarcopéniques à la TDM de planification avec un SMI moyen de 155,2 cm2 contre 61 % des patients à 3 mois avec un SMI moyen de 135.7 cm2 (p=0,001). La sarcopénie n'était pas associée à la non réalisation du traitement complet (p=0.93) ou à la survenue d'une toxicité aigue de grade 3 ou plus (p = 0.92) que le traitement soit associé ou pas à une chimiothérapie. Il existe un impact de la sarcopénie sur la survie sans évènement spécifique de 31.1 mois vs 26.9 mois (IDC95 % 1.13-1.9) p=0.01. Il n'y a cependant pas d'impact sur la survie globale.
1084 TORS étaient pratiquées, 7 patients de 6 centres différents étaient inclus dans notre étude. Les carcinomes étaient des stades T1 ou T2, localisés à la paroi pharyngée postérieure. 6 patients présentaient des facteurs de risque de spondylodiscite. Le délai diagnostic moyen était de 12,6 jours. Le délai moyen entre la chirurgie et le diagnostic de spondylodiscite étaient de 2.1 mois. Le symptôme principal était la cervicalgie (87 %). Les germes ont été identifies dans 5 cas. Un geste chirurgical de decompression médulaire était réalisé dans 3 cas. Le suivi a montré 4 évolutions favorables et 3 décès. Le taux de mortalité était de 43 %.

Conclusion

La sarcopénie au diagnostic chez les patients traités pour un cancer ORL est corrélée à une moins bonne survie sans évènement spécifique.
La sarcopénie n'avait pas d'impact sur la réalisation du traitement complet ou sur la survenue de toxicité aigues en cours de traitement.

Mots-clés : sarcopénie, radiothérapie, cancer des VADS, indice de masse musculaire

Notes

COMPLICATIONS - QUALITÉ DE VIE
VENDREDI 17 NOVEMBRE - 17H00

Réunion de concertation pluridisciplinaire dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures : vécu et satisfaction du patient

Diane Chaillou
CHRU de Lille, Hôpital Huriez, Service d'ORL et CCF, Lille, FRANCE

Contexte

Dans la littérature, il est montré que la RCP permet une amélioration de la survie globale et une réduction du délai de prise en charge des patients atteints de cancers des VADS. Aucune étude ne s'est intéressée au ressenti des patients qui assistent à une telle réunion. Nous voulions donc répondre à deux questions. Cette réunion a-t-elle un impact anxio-dépressif sur les patients présents et quel est leur satisfaction au terme de celle-ci.

Patients et méthodes

Seuls étaient inclus dans ce travail, les patients présents en RCP ayant accepté de participer à l'étude et ayant complètement rempli l'ensemble des questionnaires. Le questionnaire HAD (évaluation de l'anxiété et de la dépression) et un questionnaire de satisfaction étaient remplis par le patient à différents temps : T0 avant la RCP, T1 au décours de la RCP et T2 à 1 mois de la RCP pour le questionnaire HAD et à T1 et T2 pour le questionnaire de satisfaction.

Résultats

Il n'existait pas de différence significative du nombre de patients anxieux en fonction des temps T0 et T1 (p=0,6085), T0 et T2 (p=1) et T1 et T2 (p=1). Il n'existait pas de différence significative du nombre de patients dépressifs en fonction des temps T0 et T1 (p=0,9397), T0 et T2 (p=1) et T1 et T2 (p=1). La satisfaction moyenne des patients, au sujet de la RCP, était élevée (Q15 : 8,7/10 à T1 et 7,7/10 à T2) mais était significativement modifiée avec un score qui diminuait entre T1 et T2 (p=0,0009<0,05). En effet, à T1, la satisfaction globale était de 8,7/10 en moyenne (écart-type de 1,8 et une médiane de 9,3) et de 7,7/10 à T2 (écart-type de 2,3 et médiane de 8,2). Le pourcentage d'informations retenues (Q13) par les patients était significativement diminué entre T1 (86 % des informations retenues en moyenne, écart-type de 0,2 et médiane de 94 %) et T2 (78 % des informations retenues en moyenne, écart-type de 0,2 et médiane de 81 %) (p=0,03).

Conclusion

La RCP ne semble pas créer ou majorer une anxiété ou un syndrome dépressif préexistant. L'organisation de la RCP est certes chronophage, mérite des améliorations sur son déroulement mais semble apporter une satisfaction importante au patient.

Mots-clés : réunion de concertation pluridisciplinaire, cancer des voies aéro-digestives supérieures, patients présents, vécu du patient, anxiété, dépression, coût.

Notes

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 08H45

Place du curage cervical premier avant radiothérapie dans les cancers de l'oropharynx – Étude rétrospective multicentrique du GETTEC

Alexandre Bozec[1], Dorian Culié[1], Sébastien Vergez[2], Agnès Dupret-Bories[2], Renaud Garrel[3], Benjamin Lallemant[4], Nicolas Fakhry[5] Bruno Guelfucci[6], Gilles Poissonnet[1], Olivier Dassonville[1]

1. Institut Universitaire de la Face et du Cou, Nice, FRANCE
2. Chirurgie ORL et cervico-faciale, CHU Toulouse - IUCT Oncopole, Toulouse, FRANCE
3. Chirurgie ORL et cervico-faciale, CHU Montpellier, Montpellier, FRANCE
4. ORL et Chirurgie cervico-faciale, Hôpital Carémeau, Nîmes, FRANCE
5. ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Conception, Marseille, FRANCE
6. ORL, Hôpital Sainte-Musse, Toulon, FRANCE

Objectif

Analyser les résultats oncologiques et discuter de la place du curage cervical premier avant radiothérapie (+/- chimiothérapie, traitement dissocié) dans les cancers de l'oropharynx.

Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique portant sur les patients traités par curage cervical premier avant radiothérapie (+/- chimiothérapie) pour un carcinome épidermoïde de l'oropharynx de stade T1-4, N1-3 entre 2009 et 2014 dans 6 centres hospitaliers universitaires/anticancéreux. Nous avons analysé les caractéristiques des patients ayant reçu ce type de traitement, le mode de récidive et le taux d'échec ganglionnaire ainsi que les survies globale, spécifique et sans récidive (méthode de Kaplan Meïer). Nous avons comparé le mode de récidive de ces patients à celui des patients traités durant la même période, dans les mêmes centres, d'une tumeur de l'oropharynx de stade comparable, par radiothérapie +/- chimiothérapie sans curage premier.

Résultats

95 patients ont été inclus dans cette étude (70 hommes et 25 femmes, âge moyen de 60 ans). Un tabagisme actif ou ancien a été retrouvé chez 55 patients (58 %). La répartition en stade T et N de la tumeur oropharyngée était la suivante : T1-2 = 80, T3-4 = 15, N1 = 19, N2a-c = 63, N3 = 13. Le statut P16 déterminé chez 75 patients était positif dans 54 cas (72 %). Une radiothérapie exclusive, potentialisée par du cisplatine ou par du cetuximab a été réalisée dans respectivement 20, 63 et 12 cas. Le curage a été réalisé sur le mode traditionnel dans 17 cas et modifié de type I ou II dans 12 cas. Une rupture capsulaire a été retrouvée dans 55 cas (58 %). Le délai médian entre le curage et le début de la radiothérapie était de 34 jours. Nous avons retrouvé 9 cas de récidive locale et/ou régionale (9 %) dont 6 récidives locales, 1 récidive régionale (patient décédé de l'évolution ganglionnaire) et 2 récidives à la fois locales et régionales. Le taux d'échec ganglionnaire isolé final a donc été de 1 %. Parmi les 398 patients n'ayant pas reçu de curage premier, le taux de récidive locale et/ou régionale était de 25 % dont 8 % de récidive ganglionnaire isolée. Après éventuel curage de rattrapage, le taux d'échec ganglionnaire isolé final était de 4 %.

Conclusion

Le curage cervical premier avant radiothérapie +/- chimiothérapie permet d'obtenir des résultats carcinologiques satisfaisants dans les cancers de l'oropharynx, avec un taux très faible d'échec ganglionnaire.

Notes

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 09H00

Stratégies de prise en charge des adénopathies N3 associées à des primitifs T1 T2 ou T0 : résultats préliminaires d'une étude observationnelle multicentrique

Florent Carsuzaa[1], JulietteThariat[2], Ihab Atallah[3], Philippe Gorphe[4], Alain Cosmidis[5], Sébastien Vergez[6], Xavier Dufour[1], Christian Adrien Righini[3]

1. Service ORL, CHU de Poitiers
2. Radiothérapie, ARCHADE Centre François Baclesse, Caen, FRANCE
3. ORL, CHU de Grenoble, FRANCE
4. Département de Cancérologie Cervico-Faciale, Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE
5. ORL, CHU Croix Rousse, Lyon, FRANCE
6. Chirurgie ORL et cervico-faciale, CHU Toulouse - IUCT Oncopole, Toulouse, FRANCE

Introduction

Les patients atteints d'adénopathies N3 en cas de primitif de petite taille (T1 ou T2) ou non retrouvé (T0), n'ont pas un traitement consensuel. Il s'agissait de réaliser une étude observationnelle analysant les différentes stratégies thérapeutiques

Matériel et méthodes

Les données des patients, issues de 5 centres français, traités pour une adénopathie N3 avec un carcinome épidermoïde primitif des VADS classé T1, T2 ou T0, entre 2002 et 2017 ont été collectées de manière rétrospective.

Résultats

Une situation de N3 a été identifiée chez 151 patients (136 hommes, 90.0 %), d'âge médian 59.9 ans (min 37.5-max 88.2). Deux patients avaient un antécédent de cancer ORL sans radiothérapie (1 larynx, 1 adénopathie sans porte d'entrée). Dans le cadre du bilan initial, 141 patients ont eu un scanner (93.4 %), 37 une IRM (24.5 %) et 99 une TEP TDM (65.6 %). Les adénopathies étaient nécrotiques dans 92 cas (60.9 %), tissulaires dans 48 cas (31.8 %) et kystiques dans 5 cas (3.3%), et sans précision dans 6 cas (4.0 %). Le primitif était oropharyngé dans 61 cas (40.4 %), hypopharyngé dans 34 cas (22.5 %), laryngé dans 23 cas (15.2 %), buccal dans 9 cas (6.0 %) et non retrouvé dans 23 cas (15.2 %). Le statut HPV était recherché dans 24 cas (39.3 %) parmi les primitifs oropharyngés, et s'est révélé positif dans 9 cas (soit 37.5 %).
Le primitif était classé T1 dans 59 cas (39.1 %), T2 dans 66 cas (43.7 %), et T0 dans 26 cas (17.2 %). Il s'agissait de vrais N3 (par opposition à conglomérat) dans 85 cas (56.3 %) avec un seul cas de N3 vrai associé controlatéral. 61 patients ont eu un curage cervical premier (soit 40.4 %), suivi d'une radiothérapie adjuvante, potentialisée ou non. Dans les cas de patients inopérables, 38 ont eu une radiochimiothérapie (25.2 %), parmi lesquels 5 ont eu un curage de rattrapage (13.2 %) ; et 40 ont eu une chimiothérapie néoadjuvante (26.5 %), parmi lesquels 13 ont eu un curage (32.5 %).
Concernant les patients ayant eu un curage premier, 44 étaient en rémission sur le T (83.0 %), et 47 sur le N (88.7 %). Concernant les patients ayant eu une radiochimiothérapie, 22 étaient en rémission sur le T (78.6%), et 14 sur le N (50.0 %). Concernant les patients ayant eu une chimiothérapie néo-adjuvante, 27 étaient en rémission sur le T (75.0 %), et 22 sur le N (61,1 %).
Le curage premier, lorsqu'il est réalisable, suivi d'une radiothérapie, est corrélé à une meilleure rémission sur le N par rapport à la radiochimiothérapie ou la chimiothérapie néoadjuvante ($p < 0.0001$).
Aux dernières nouvelles, 44 patients (32.1 %) étaient décédés et 19 étaient évolutifs au niveau ganglionnaire (57.6 %), 8 au niveau local (24. 2%) et 17 au niveau métastatique (51.5 %). Le temps médian jusqu' au décès était de 18.6 mois.

Conclusion

Un curage cervical premier est réalisé dans la majorité des cas. Pour les autres, une chimiothérapie d'induction ou une radiochimiothérapie sont proposées.
Le curage cervical premier, lorsqu'il est réalisable, suivi d'une radiothérapie adjuvante, permettrait un meilleur contrôle régional par rapport à la radiochimiothérapie et la chimiothérapie néoadjuvante.

Notes

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 09H15

Adénopathie métastatique de carcinome épidermoïde sans primitif retrouvé : place de l'amygdalectomie

Nicolas Fakhry[1], Pauline Podeur[1], Laure Santini[1], Carole Boulze[1], Antoine Giovanni[1], Patrick Dessi[2]

1. Service ORL et chirurgie cervico-faciale, CHU Conception, Marseille, FRANCE
2. Chirurgie cervico-faciale, CHU Conception, Marseille, FRANCE

Objectif

Le but de cette étude était d'évaluer l'intérêt d'une amygdalectomie uni ou bilatérale pour la recherche de la tumeur primitive chez des patients présentant une adénopathie cervicale métastatique de carcinome épidermoïde de primitif inconnu.

Matériel et méthodes

48 patients pris en charge au CHU de Marseille entre 2008 et 2017 ont été analysés de façon rétrospective. Tous les patients présentaient une ou des adénopathie(s) prévalente(s) de carcinome épidermoïde sans primitif retrouvé après examen clinique, TDM cervico thoracique, PET scan et endoscopie sous anesthésie générale. Une amygdalectomie bilatérale a été effectuée chez 35 patients et unilatérale chez 13 patients.

Résultats

L'âge moyen était de 57 ans et le sex ratio H/F de 4,3. Un primitif intra-amygdalien a été retrouvé dans 11 cas (23 %). Le primitif était homolatéral aux adénopathies dans 9 cas, controlatéral dans 1 cas et indéterminé dans 1 cas (adénopathies bilatérales). La taille moyenne de la tumeur primitive était de 9,5 mm (min : 2 mm, max : 18mm). Le taux de complications hémorragiques (chute d'escarre) était de 8 % (4 patients dont 2 présentaient un primitif intra-amygdalien). Un seul patient (2 %) a nécessité une hémostase sous anesthésie générale.

Conclusion

Une amygdalectomie homolatérale à l'atteinte ganglionnaire paraît nécessaire pour la recherche de la tumeur primitive. Une amygdalectomie bilatérale est à discuter. Le développement de nouvelles stratégies diagnostiques (exérèse amygdales linguales par chirurgie robotique, statut P16) pourrait permettre d'augmenter le taux de découverte de tumeurs primitives.

Notes

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 09H30

Intérêt de l'amygdalectomie dans le bilan initial des adénopathies cervicales malignes en apparence primitives

Christian Adrien Righini, Ludovic Giraud, Étienne Berta, Émile Reyt, Ihab Atallah
ORL, CHU de Grenoble, FRANCE

Objectif

L'objectif de notre étude était de déterminer l'intérêt de l'amygdalectomie dans le bilan initial des adénopathies cervicales malignes d'apparence primitive.

Résultats

L'examen clinique et le scanner n'ont pas identifié de tumeur primitive. Dans 18 cas (29 %), un carcinome malpighien invasif a été diagnostiqué sur les prélèvements histologiques. Aucun carcinome n'a été diagnostiqué sur un prélevement amygdalien controlatéral. Pour ces 18 cas, la ou les adénopathies étaient situées dans les territoires sous-digastriques et/ou sus-omo-hyoïdiens et dans 5 cas, l'adénopathie était kystique au scanner. Une fixation amygdalienne homolatérale à l'atteinte ganglionnaire a été retrouvée au TEP-scanner 18-FDG dans 9 cas (23 %). Pour ces 9 patients, une amygdalectomie a été pratiquée avec la présence d'un carcinome épidermoïde dans 7 cas, soit une sensibilité et une spécificité du TEP-scanner 18-FDG respectivement de 50 % et 87.5 %.

Conclusion

L'amygdalectomie a sa place dans le bilan initial d'une AMAP. Son intérêt est d'autant plus grand que l'adénopathie est située dans les territoires sous-digastrique et/ou sus-omo-hyoïdien avec un aspect kystique au scanner.

Mots-clés : adénopathies cervicales sans primitif retrouvé, bilan initial, amygdalectomie, TEP

Notes

RÔLE HPV - MODALITÉS D'IRRADIATION
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 09H45

Diagnostic et prise en charge des adénopathies carcinomateuses sans porte d'entrée

Marguerite Durand [1], Delphine Dansette[2], Elisabeth Cassagnau[2], Christophe Ferron[1], Florent Espitalier[1], Olivier Malard[1]
1. ORL, CHU Nantes, FRANCE
2. Anatomopathologie, CHU Nantes, FRANCE

Objectifs

Le diagnostic d'une adénopathies cervicale carcinomateuse sans porte d'entrée implique un bilan étiologique standardisé à la recherche de la tumeur primitive. Ce bilan et le traitement ne sont pas parfaitement consensuels malgré les évolutions observées au cours des dernières années. Cette étude a pour but d'évaluer les pratiques.

Matériel et méthodes

Entre 2000 et 2016, les dossiers de 100 patients présentant une métastase cervicale ganglionnaire sans primitif retrouvé initialement ont été analysés.

Résultats

L'âge médian des patients était de 60,6 ans. 90 % des patients étaient alcoolotabagiques chroniques. Les patients étaient classés N1, N2 et N3 dans respectivement 15 %, 57 % et 37 % des cas. La maladie ganglionnaire était unilatérale chez 99 % des patients. Les investigations comprenaient un examen clinique +/- une cytoponction, une pan endoscopie sous anesthésie générale +/- associée à des biopsies muqueuse et amygdalectomie. Un TEP TDM a été réalisé dans 85 % des cas, dont 29 % des cas montrait une fixation au niveau de la muqueuse de la tète et du cou permettant de retrouver un primitif non vu en consultation initiale pour 18 % des patients. L'amygdalectomie a été réalisée dans 41 % des cas permettant de retrouver le primitif pour 38 % de ces patients. L'association du TEP et de l'amygdalectomie a permis de retrouver le primitif pour 29 % des patients. Le staut p16 a été évalué dans les métastases ganglionnaires. 97 % des patients ont été opérés d'un curage suivi dans 90 % des cas d'une radiothérapie adjuvante, 16 % de ces patients n'ont pas reçu de chimiothérapie concomitante. La survie globale à 5 ans est de 61%. Les analyses multivariées ont été menées pour définir les critères pronostiques de la maladie en fonction du statut p16 ganglionnaire, du type de traitement chirurgical et adjuvant, ainsi que sur la reconnaissance du site tumoral primitif.

Conclusion

Les adénopathies carcinomateuses sans porte d'entrée sont associées à des résultats carcinologiques acceptables si elles sont prises en charge de façon rigoureuse. Des études prospectives multicentriques sont nécessaires pour évaluer le bénéfice des différentes étapes du bilan et du traitement.

Mots-clés : adénopathies prévalentes, p16

Notes

RÔLE HPV - MODALITÉS D'IRRADIATION
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 10H00

Adénopathies prévalentes du cancer des VADS : résultats oncologiques

Francisco Gallegos[1], José Abrego[1], Aldo Olvera[1], Gerardo Minauro[2], David Garcia[3], Martín Hernandez[3], Alma Ortiz[1], Héctor Arias[1]

1. Tête et Cou, Hospital de Oncología, Mexico, MEXIQUE
2. Service de Tête et Cou, Hospital de Oncología, Mexico, MEXIQUE
3. Hospital de Oncología, Mexico, MEXIQUE

Introduction

Les patients atteints de métastases volumineuses du cancer de la tête et du cou représentent un défi pour la prise de décision thérapeutique. Un équilibre devrait être recherché entre un contrôle local adéquat du cancer et le taux de complications le plus bas. Généralement, la séquence thérapeutique n'a aucun impact sur la survie mais plutôt sur la complexité du traitement.

Objectif

Connaître les résultats oncologiques chez les patients atteints de métastases volumineuses du cou, traités de façon séquentielle.

Matériel et méthodes

Analyse rétrospective des patients soumis à un traitement multidisciplinaire des métastases des ganglions cervicaux du carcinome épidermoïde ; la séquence thérapeutique a été décidée en fonction du volume des métastases, des critères de résécabilité clinique, du site et de la taille de la tumeur primaire et du statut global du patient.

L'état du VPH, la taille de la tumeur, le stade des ganglions lymphatiques et le type de séquence thérapeutique ont été évalués et la survie globale a été calculée.

Résultats

Il y avait 30 patients, 22 hommes et 8 femmes, âgés de 57 ans en moyenne. 10 patients ont été classés N3 et 20 N2; 13 patients étaient VPH positifs et 5 négatifs. Chez 12 patients le test n'a pas été effectué. Le site le plus fréquent de la tumeur primaire était l'oropharynx (14), suivi du cancer primitif inconnu (6). Chez 7 patients, le traitement initial était la chimiothérapie et la dissection cervicale chez 23 patients. Aucun patient ayant subi une intervention chirurgicale initiale n'a présenté de complications majeures ni de mortalité périopératoire. La survie globale sur 5 ans était de 25%. Du point de vue statistique, la survie des patients VPH (+) était significativement meilleure sur 5 ans (45%) par rapport au VPH (-).

Conclusion

L'approche thérapeutique de la lymphadénopathie prévalente du cancer de la tête et du cou dépend du volume de la tumeur ganglionnaire et du statut du VPH. La dissection cervicale initiale devrait être encouragée afin de réduire le taux de complications ; le pronostic dépend du stade et du statut du VPH.

Mots-clés : adénopathies, VADS

Notes

RÔLE HPV - MODALITÉS D'IRRADIATION
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 10H45

Stratégies diagnostiques des carcinomes épidermoïdes de l'oropharynx induits par HPV

Mareva Simonnet, Jean Lacau Saint Guily, Bertrand Baujat
ORL, Tenon, Paris, FRANCE

Introduction

Les carcinomes épidermoïdes de l'oropharynx associés au HPV présentent un meilleur pronostic sur la survie globale et sans récidive, une réponse particulière aux traitements et une prévalence en augmentation. Le test de référence pour diagnostiquer une infection à HPV est la détection d'HPV ARN, par RT-PCR ou technique NASBA, moins utilisée en routine car présentant des exigences techniques importantes et un coût plus élevé. La méthode la plus adaptée en clinique pour diagnostiquer les cancers associés aux HPV n'est pas encore consensuelle. L'objectif principal de ce travail est d'évaluer les performances diagnostiques de différentes stratégies diagnostiques du statut HPV, l'immunohistochimie (IHC) p16INK4A et la combinaison p16 INK4A IHC/HPV ADN PCR, en les comparant au statut HPV défini dans l'étude PAPILLOPHAR (HPV ADN et HPV ARN positifs) au sein de sa population.

Matériel et méthodes

PAPILLOPHAR est une étude de cohorte prospective française multicentrique de 354 patients présentant un carcinome épidermoïde de l'oropharynx, première localisation de cancer ORL. Les données concernant p16INK4A, le génotypage et la détection d'HPV ARN sont toutes disponibles pour 302 patients. Le test de référence de l'étude était la recherche d'HPV ADN par PCR confirmée par la détection d'HPV ARN E6/E7 par technique NASBA. Les caractéristiques initiales des patients ont été décrites selon le statut HPV pour chaque stratégie diagnostique. La sensibilité, la spécificité, les valeurs prédictives positive et négative, la concordance, l'odds ratio diagnostique ont été évalués pour chaque stratégie.

Résultats

La combinaison p16 INK4A IHC/HPV ADN PCR et p16 INK4A IHC seule présentent la même sensibilité de 98.7% IC 95% [96.2 ; 100], des valeurs prédictives négatives comparables (VPN 99.6 % IC 95 % [98.5 ; 1 00] versus 99.5 % IC 95 % [89.5 ; 99.6]).
La spécificité (98.2 % IC 95 % [96.5 ; 99.9] versus 88.8 % IC 95 % [84.7 ; 93.0]), l'ORD (5530 versus 553), la VPP (95.1 % IC 95 % [90.3 ; 99.8] versus 75.5 % IC 95 % [67.1 ; 83.8]), la concordance (0.96 IC 95% [0.92 ; 0.99] versus 0.79 IC 95% [0.72 ; 0.87]) sont inférieures pour la p16 INK4A IHC.

Conclusion

La combinaison p16 INK4A IHC/HPV ADN PCR semble être un meilleur outil diagnostique pour détecter la présence d'HPV dans les cancers oropharyngés, par rapport à la p16INK4A IHC seule, de spécificité faible.

Mots-clés : HPV, diagnostic accuracy, oropharyngeal carcinoma, p16, RNA E6/E7

Notes

RÔLE HPV – MODALITÉS D'IRRADIATION
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 11H00

Adénopathies sans porte d'entrée et p16 : résultats provisoires d'une série de 236 patients dans 15 centres français

Bichat (Paris), Montpellier-Nimes, Tenon (Paris), Curie (UniK Paris), Brest, Nantes, Baclesse (UniK Caen) & Caen CHU, Strasbourg, Reims, CH Sud-Francilien & CH Valence, Grenoble, Poitiers, Amiens)

Sabine Samaha
ORL et CCF, Tenon, Paris, FRANCE

Nous avons réalisé un recueil des données concernant les adénopathies sans porte d'entrée pris en charge dans 15 centres hospitaliers français. Il s'agit d'une étude rétrospective allant de 2014 à 2016. 236 patients ont été inclus. L'ensemble des données n'ayant pas été encore explorées, cet abstractb prend en compte les 155 premiers patients. La présentation finale intégrera l'ensemble des résultats. ur les 155 premiers patients, 112 (72,2 %) patients ont eu un curage cervical, 86 (55,4 %) une adénectomie. Dans le bilan de l'adénopathie sans porte d'entrée, environ une moitié 73 patients (47 %) ont eu une biopsie (orientée par les données du TEP TDM ou par les données endoscopiques) et 73 patients (47 %) ont eu une amygdalectomie (de principe ou orientée par le TEP TDM)

Les résultats anatomopathologiques ont mis en évidence un carcinome épidermoide chez 86 patients ayant eu un curage (76,7 %) et 84 patients ayant eu une adénectomie (97,6 %). Une porte d'entrée (carcinome épidermoide) a été retrouvée chez 62 patients (40 %) (Biopsie et/ou amygdalectomie). L'analyse de la p16 n'a pas été réalisée dans 59 (52,6 %) des cas des curages et non renseignée dans 9 cas (8 %). Lorsque celle ci a été réalisée dans 44 cas (39,2 %), elle était positive dans 19 cas (43,1 %). Concernant les adénectomies, la p16 a été analysée dans 37 cas (44 %) et elle était positive dans 24 cas (64,8 %).

Le recueil des données s'est également intéressé au statut tabagique des patients. Celui-ci a été noté dans 145 cas (93,5 %). Le statut a été divisé en « Jamais fumeur (moins de 100 cigarettes dans la vie) », « Ancien fumeur », ou « Fumeur actif actuellement ». 61 patients (42 %) étaient de fumeurs actifs, 51 patients (35 %) étaient des anciens fumeurs et 33 patients (23 %) n'ont jamais fumé.
Chez les patients qui ont eu un curage et qui ont une p16+, 9 (47 %) n'ont jamais fumé. Chez ceux qui ont eu une adénectomie et qui ont une p16+, 9 (37,5 %) n'ont jamais fumé. Dans les cas où l'amygdale était le primitif et que la p16 était positive, 8 patients (53,3 %) n'ont jamais fumé, et si le primitif a été découvert sur une biopsie, que celle ci était p16+, 5 patients (50 %) n'ont jamais fumé.

Sur la durée de cette étude, la p16 a été recherchée dans moins de la moitié des cas sur les adénopathies (curage ou adénectomie). Quand celle ci a été réalisée, elle était positive dans 43 % dans les curages et 64,8 % des adénectomies. Le pourcentage des patients qui n'a jamais fumé est plus élevé dans les cas où la p16 est positive, par rapport à celui de l'ensemble de la population étudiée.

Mots-clés : adenopathie, p16, HPV, tabagisme

Notes

RÔLE HPV - MODALITÉS D'IRRADIATION
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 11H15

Adénopathies N3 chez les carcinomes épidermoïdes de l'oropharynx p16+

Philippe Gorphe[1], Younès Chekkoury[1], Pierre Blanchard[2], Ingrid Breuskin[1], Haïtham Mirghani[1], François Janot[1], Stéphane Temam[1]

1. Département de Cancérologie Cervico-Faciale, Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE
2. Département de Radiothérapie, Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE

Objectif

Étonnamment Il existe très peu de données publiées sur les carcinomes épidermoïdes de l'oropharynx p16+ de stade N3. Nous avons revu les patients pris en charge dans notre centre pour déterminer les résultats, et les facteurs pronostiques associés à la survie.

Matériel et méthodes

Les patients ont été traités entre 2003 et 2016. Les données épidemiologiques (age, sexe, tabagisme), cliniques (localisation, stade TNM), biologiques (présence d'ADN viral en hybridation in situ), et les traitements (chimiothérapie néoadjuvante, curage radical) ont été revues et analysées. Les objectifs étaient la survie globale et la survie sans récidive.

Résultats

29 patients non métastatiques ont été analysés. L'ADN était négative dans 24,1 %. 11 patients ont reçu une chimiothérapie néoadjuvante, 4 ont eu un curage radical. La survie globale à 2 ans comme à 5 ans était de 67,5 %. La survie sans progression était de 67,5% à 2 ans et 59,1 % à 5 ans. Un tabagisme > 10 paquets-années et l'absence d'ADN viral étaient associés à une moins bonne survie globale (p=0,02 et p=0,034) et une moins bonne survie sans progression (p=0,022 et 0,029). La chimiothérapie néoadjuvante ou le curage radical n'étaient pas associés à une différence de survie.

Discussion

Les patients avec un carcinome épidermoïde de l'oropharynx p16+ de stade N3 présentaient dans notre série une survie nettement supérieure à celle traditionnellement associée à ce stade ganglionnaire avancé. Le tabagisme et la présence d'ADN viral étaient des facteurs pronostiques de la survie.

Mots-clés : carcinome épidermoïde oropharyngé, p16, papillomavirus, tabagisme

Notes

RÔLE HPV - MODALITÉS D'IRRADIATION
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 11H30 - **LECTURE**

Évolutions dans la prise en charge des métastases ganglionnaires cervicales sans cancer primitif retrouvé : doses et volumes cibles de la radiothérapie avec modulation d'intensité

René-Jean Bensadoun[1], Idriss Troussier[2], Carole Pflumio[3], Juliette Thariat[4]
1. Centre de Haute Energie, Nice, FRANCE
2. Radiothérapie, CHRU La Pitié-Salpêtrière, Paris, FRANCE
3. Oncologie médicale, Institut de Cancérologie de Lorraine, Nancy, FRANCE
4. Radiothérapie, ARCHADE Centre François Baclesse, Caen, FRANCE

Introduction

La définition des volumes cibles ganglionnaires et/ou muqueux est actuellement non consensuelle dans le contexte d'adénopathies sans cancer primitif retrouvé. A l'extrême, les volumes sont soit extensifs bilatéraux pan-muqueux soit unilatéraux sélectifs et incluant ou pas la muqueuse oropharyngée seule.
Cette revue expose les recommandations actuelles à la lumière des modifications de la classification TNM, du statut HPV et des avancées thérapeutiques.

Résultats

Il n'existe pas d'étude comparative directe entre irradiation ganglionnaire uni ou bilatérale ni pan-muqueuse, muqueuse sélective ou non muqueuse. Les taux d'échec ganglionnaire controlatéral varient entre 0 et 6 % après irradiation unilatérale et 0 et 31 % après irradiation bilatérale. L'émergence d'un primitif muqueux est très variable entre 0 et 19.2 % selon les études. La présentation histoclinique initiale et le statut HPV sont très importants dans la sélection des volumes cibles muqueux. Une irradiation en IMRT est recommandée pour limiter les toxicités. Les traitements systémiques ont les mêmes indications que les cancers de la tête et du cou de primitif identifié.

Conclusion

Les échecs ne semblent pas supérieurs en cas d'irradiation unilatérale ganglionnaire mais des études comparatives sont nécessaires.
Le statut HPV est à rechercher et intégrer dans la stratégie thérapeutique et les changements de pratiques induits par la nouvelle classification TNM devront être évalués.

Notes

RÔLE HPV - MODALITÉS D'IRRADIATION
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 12H15

Adénopathies métastatiques cervicales sans primitif : efficacité et tolérance d'une irradiation adjuvante unilatérale

Fabien Podeur, Pascal Pommier, Pierre-Éric Roux, Didier Girodet, Philippe Zrounba, Marc Poupart, Sophie Deneuve
Centre Leon Bérard, Lyon, FRANCE

Objectif

Évaluation de l'efficacité d'une irradiation ganglionnaire cervicale unilatérale adjuvante dans la prise en charge des adénopathies métastatiques cervicales de primitif inconnu envahies par du carcinome épidermoïde.

Matériel et méthodes

Étude rétrospective sur les patients pris en charge au Centre Léon Bérard pour une adénopathies métastatiques cervicales de primitif inconnu entre 2004 et 2014. Les patients aux antécédents de cancer ORL ou cutanés et les adénopathies métastatiques cervicales de primitif inconnu bilatérales ont été exclus. Tous ont bénéficié d'un évidement ganglionnaire suivi d'une irradiation cervicale homolatérale parfois associée à de la chimiothérapie. Les complications à long terme ont été évaluées par le questionnaire EORTC QLQ H&N 35.

Résultats

Après un suivi en vie moyen de 6.3 années (3,2-9,7), 82% des patients n'ont pas présenté de récidive tumorale. Sur les 22 patients inclus, 3 (13.6%) ont développé une émergence tumorale ou une atteinte ganglionnaire controlatérale apparues avec un délai moyen de 3.4 années (7 mois-5,1ans). Parmi eux, 2 sont décédés de leur évolution néoplasique et 1 est actuellement en rémission après exérèse chirurgicale et curiethérapie. La radiothérapie réalisée en 3D conformationnelle ou en modulation d'intensité, a délivré une dose moyenne de 51,6 Gy sur les aires ganglionnaires I à V et de 65,3 Gy sur les aires précédemment envahies. La survie globale à 5 ans était de 54% et la survie moyenne sans récidive de 4.7 années. La qualité de vie des patients était bonne avec un score moyen au EORTC QLQ H&N 35 de 40.5 (35-50).

Conclusion

L'irradiation cervicale post-évidement ganglionnaire pour la prise en charge des AMCPI semble pouvoir être réalisée de façon unilatérale sans compromettre le contrôle locorégional, tout en assurant une bonne qualité de vie à long terme.

Notes

RÔLE HPV - MODALITÉS D'IRRADIATION
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 12H30

Irradiation des voies aéro-digestives supérieures dans les adénopathies cervicales métastatiques sans primitif retrouvé : étude bi-centrique comparative

Esteban Brenet[1], Pierre Gagnieur[2], Alain Cosmidis[2], Jean-Claude Merol[1], Philippe Ceruse[2], Marc Makeieff[1]
1. ORL, CHU Reims, FRANCE
2. ORL, CHU Croix Rousse, Lyon, FRANCE

Introduction et objectif

Les adénopathies cervicales métastatiques sans primitif retrouvé (ACMSP) sont une entité rare : 5 % des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Leur prise en charge est basée sur un curage cervical et une irradiation cervicale. L'irradiation prophylactique concomitante des VADS est discutée. Celle-ci permettrait d'éviter l'émergence d'un primitif métachrone mais est responsable d'une toxicité non négligeable. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact de l'irradiation concomitante des VADS sur la survie sans primitif métachrone chez des patients ayant une ACSMP.

Matériel et méthodes

Tous les patients traités pour une ACMSP au CHU de Reims et au CHU de la Croix Rousse de Lyon entre 2005 et 2015 ont été rétrospectivement inclus et répartis en deux groupes : le groupe A n'ayant pas reçu d'irradiation des VADS et le groupe B dont les VADS étaient irradiées. L'analyse portait sur la survie sans émergence d'un primitif métachrone des VADS, la survie globale, la survie sans récidive, et la survie sans métastase. Les courbes de survie étaient réalisées selon la méthode de Kaplan-Meier puis comparées entre elles grâce au test du log-rank.

Résultats

72 patients ont été inclus : 38 dans le groupe A et 34 dans le groupe B. Les deux groupes étaient comparables sur le sexe, l'âge, le statut OMS, et l'indice de masse corporelle. L'ACMSP était unique dans 89 % et 71 % des cas du groupe A et du groupe B respectivement. Seuls 2 patients (3 %) n'ont pas eu de curage cervical : un dans chaque groupe. L'ACMSP était un carcinome épidermoïde dans 100 % des cas. Une chimio-sensibilisation était réalisée en cas de rupture capsulaire ou de reliquat tumoral à l'examen anatomopathologique, soit par Erbitux soit par Cisplatine. Au cours du suivi, 8 patients ont eu une émergence métachrone d'un primitif des VADS : 5 dans le groupe A et 3 dans le groupe B. La différence de survie sans émergence métachrone d'un primitif des VADS entre les deux groupes était non significative (p=0,45). Les différences de survie globale, de survie sans récidive et de survie sans métastase entre les deux groupes étaient non significatives (p=0,77 ; p=0,24 ; et p=0,46 respectivement).

Discussion / conclusion

Notre étude suggère que les patients n'ayant pas eu d'irradiation concomitante des VADS dans les ACMSP ont une survie sans émergence de primitif métachrone comparable à ceux dont les VADS ont été irradiées. Notre étude ne va donc pas dans le sens d'une irradiation prophylactique des VADS lors de la prise en charge thérapeutique de ces patients. Des études prospectives sont un plus grand nombre de cas sont nécessaires pour confirmer ces données.

Mots-clés : adénopathies prévalentes, voies aérodigestives supérieures, radiothérapie, survie, primitif métachrone

Notes

RÔLE HPV - MODALITÉS D'IRRADIATION
SAMEDI 18 NOVEMBRE - 12H45

Étude AmbiCUP : sélection des doses et volumes tumoraux cibles en radiothérapie et impact sur les métastases ganglionnaires cervicales de primitif inconnu

Carole Pflumio[1], Idriss Troussier[2], Xu Shan Sun[3], Julia Salleron[4], Claire Petit[5], Matthieu Caubet[6], Arnaud Beddok[7], Valentin Calugaru[7], Stéphanie Servagi-Vernat[8], Joël Castelli[9], Jessica Miroir[10], Marco Krengli[11], Paul Giraud[12], Edouard Romano[12], Jonathan Khalifa[13], Mélanie Doré[14], Nicolas Blanchard[15], Alexandre Coutte[16], Charles Dupin[17], Shakeel Sumodhee[17], Yoann Pointreau[18], Samir Patel[19], Amel Rehailia-Blanchard[20], Ludivine Catteau[21], René-Jean Bensadoun[22], Lionnel Geoffrois[1], Jean-Christophe Faivre[23], Juliette Thariat[24], Yungan Tao[5], Vincent Roth[24]

1. Oncologie médicale, Institut de Cancérologie de Lorraine, Nancy, FRANCE
2. Radiothérapie, CHRU La Pitié-Salpêtrière, Paris, FRANCE
3. Radiothérapie, Centre Hospitalier Belfort - Montbéliard, FRANCE
4. Cellule de Biostatistiques, Institut de Cancérologie de Lorraine, Nancy, FRANCE
5. Radiothérapie, Institut Gustave Roussy, Villejuif, FRANCE
6. Radiothérapie, CHU, Besançon, FRANCE
7. Radiothérapie, Institut Curie, Paris, FRANCE
8. Radiothérapie, Institut Jean Godinot, Reims, FRANCE
9. Radiothérapie, Institut Eugène Marquis, Rennes, FRANCE
10. Radiothérapie, Institut Jean Perrin, Clermont-Ferrand, FRANCE
11. Radiotherapy, University of Piemonte Orientale, Pavie, ITALY
12. Radiothérapie, Hôpital Tenon Assistance publique - Hôpitaux de Paris, FRANCE
13. Radithérapie, Institut Universitaire du Cancer, Toulouse, FRANCE
14. Radiothérapie, Institut de Cancérologie de l'Ouest, Nantes, FRANCE
15. Radiothérapie, Clinique Les Dentellières, Valenciennes, FRANCE
16. Radiothérapie, CHU, Amiens, FRANCE
17. Radiothérapie, CHU, Bordeaux, FRANCE
18. Radiothérapie, Clinique Victor Hugo, Le Mans, FRANCE
19. Radiotherapy, Mayo Clinic, Arizona, UNITED STATES
20. Radiothérapie, CHU, Saint-Étienne, FRANCE
21. Radiothérapie, Centre Hospitalier de Poitiers, Poitiers, FRANCE
22. Radiothérapie, Centre de Haute Energie, Nice, FRANCE
23. Radiothérapie, Institut de Cancérologie de Lorraine, Nancy, FRANCE
24. Radiothérapie, ARCHADE Centre François Baclesse, Caen, FRANCE

Introduction et objectifs

La morbidité d'une irradiation cervicale bilatérale dans le cadre de métastases ganglionnaires cervicales sans cancer primitif retrouvé soulève la question de la sélection des volumes cibles tumoraux ganglionnaires et muqueux. Nous avons analysé 1) le taux de récidive locorégionale en fonction de l'irradiation ganglionnaire et muqueuse 2) les effets secondaires aigus et tardifs 3) la survie des patients atteints de métastases ganglionnaires cervicales de cancer primitif inconnu.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, multicentrique et internationale. Les patients étaient inclus s'ils présentaient des métastases ganglionnaires cervicales de cancer primitif inconnu sans atteinte métastatique, traités par irradiation externe dans un but curatif et diagnostiqués entre 2000 et 2015. Les patients pouvaient avoir un curage ganglionnaire uni ou bilatéral ou une chimiothérapie néoadjuvante ou concomitante. Ils étaient suivis régulièrement par un radiothérapeute, un oncologue médical et/ou un chirurgien en carcinologie cervico-faciale tous les 3 à 6 mois.

Résultats

Trois cent soixante-dix-sept patients, dont 352 ont été analysés. Parmi les 352 patients irradiés, 39 patients (11.4 %) présentaient un statut ganglionnaire N1, 70 (20.5 %) N2a, 118 (34.6 %) N2b, 24 (7.0 %) N2c et 90 (26.4 %) N3. Deux cent vingt-quatre (71.1 %) patients avaient une extension extracapsulaire. Deux cent soixante (74.3 %) patients ont été traités par un curage cervical ganglionnaire. Trois cent cinquante-deux (100 %) patients ont eu une radiothérapie nodale et 295 (85.0 %) une irradiation muqueuse. Trente-quatre (9.7 %) patients ont été traités par chimiothérapie néoadjuvante et 219 (62.4%) par chimiothérapie concomitante.

Le suivi médian était de 37 mois (IQR : 24 ; 65). Les taux de récidive locale, régionale et locorégionale à 3 ans étaient de 4,9 % [2,5-7,3], 11,7 % [8,1-15,2] et 14,5 % [10,6-18,3] respectivement. La survie sans progression était de 70,1 % [64,7-74,9] à 3 ans. La survie globale était de 80,8 % [75,7-85,9] à 3 ans. La survie spécifique était de 89,0 % [80,7-84,8] à 3 ans. Des analyses complémentaires selon les niveaux de dose de radiothérapie, les aires ganglionnaires et les zones muqueuses irradiées de manière uni ou bilatérale seront réalisées. L'impact de la chimiothérapie concomitante sera également évalué.

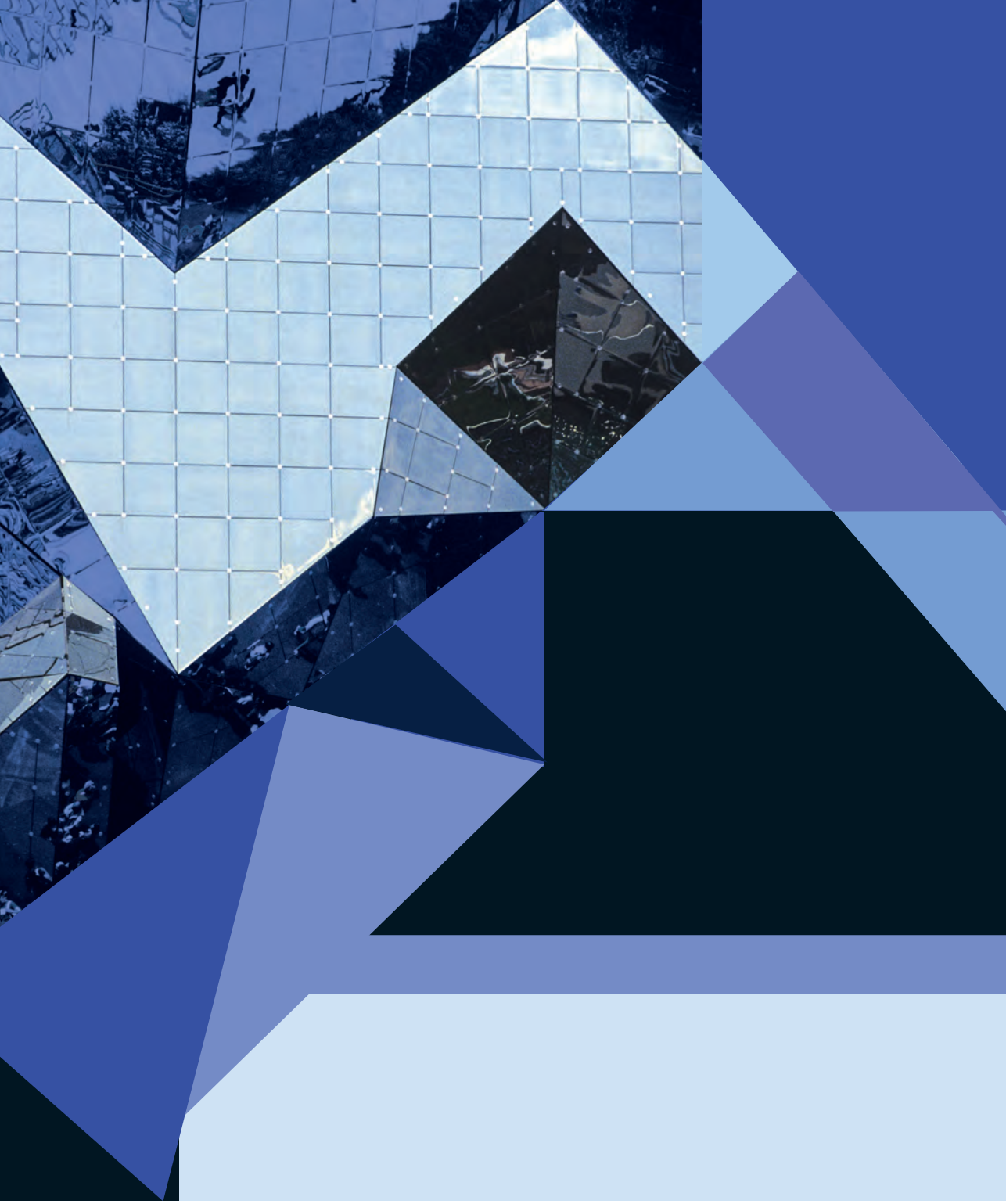
Conclusion

Nous testerons l'impact d'une irradiation uni versus bilatérale.

Mots-clés : adénopathies cervicales sans cancer primitif retrouvé, radiothérapie, curage cervical, chimiothérapie

Notes

Notes



www.sfccf2017.org