



## Prise en charge des cancers des VADS

Dr Jean TON VAN  
Collège des VADS ONCO NPC

20 Novembre 2014

Créer du lien et harmoniser les pratiques en  
Cancérologie



## Données classiques: de 1998 à 2002:

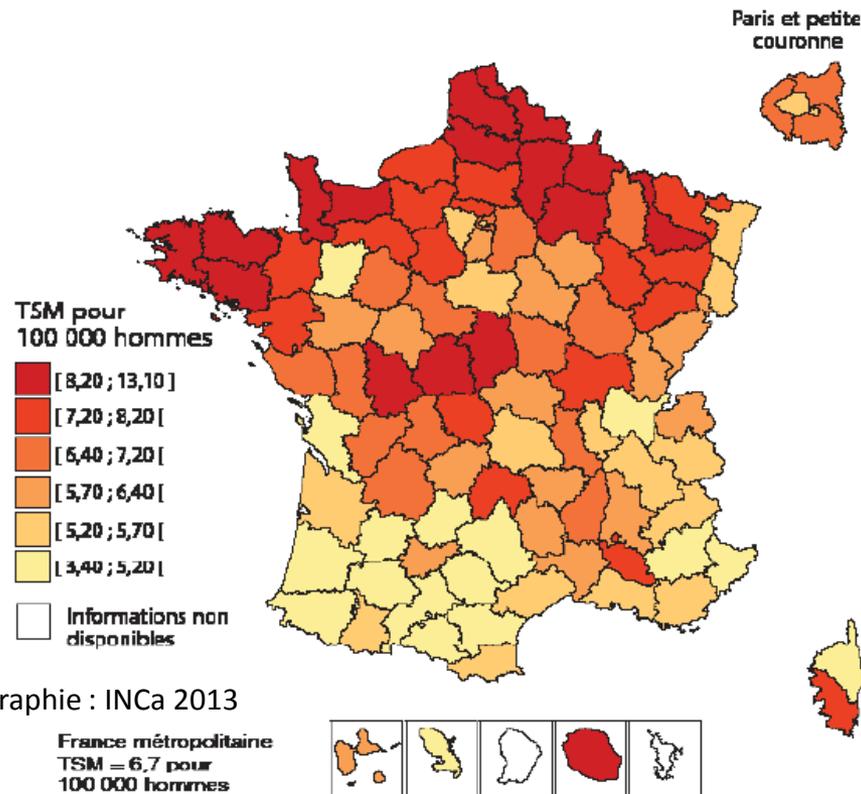
- 500 000 nouveaux cas / an dans le monde (VADS)
- 7ème cancer le plus fréquent
- 5 à 8% des cancers de l'adulte
- Mauvais pronostic: survie de 30% à 5 ans
- Incidence élevée dans le N PdC /100 000 ha/an

CEE	18	(42 000)
France	37	(17 000)
Nord-PdC	39	(65,8 H /3,6 F)



## Mortalité par cancers de la lèvre, de la cavité orale et du pharynx (2005-2009)

Hommes



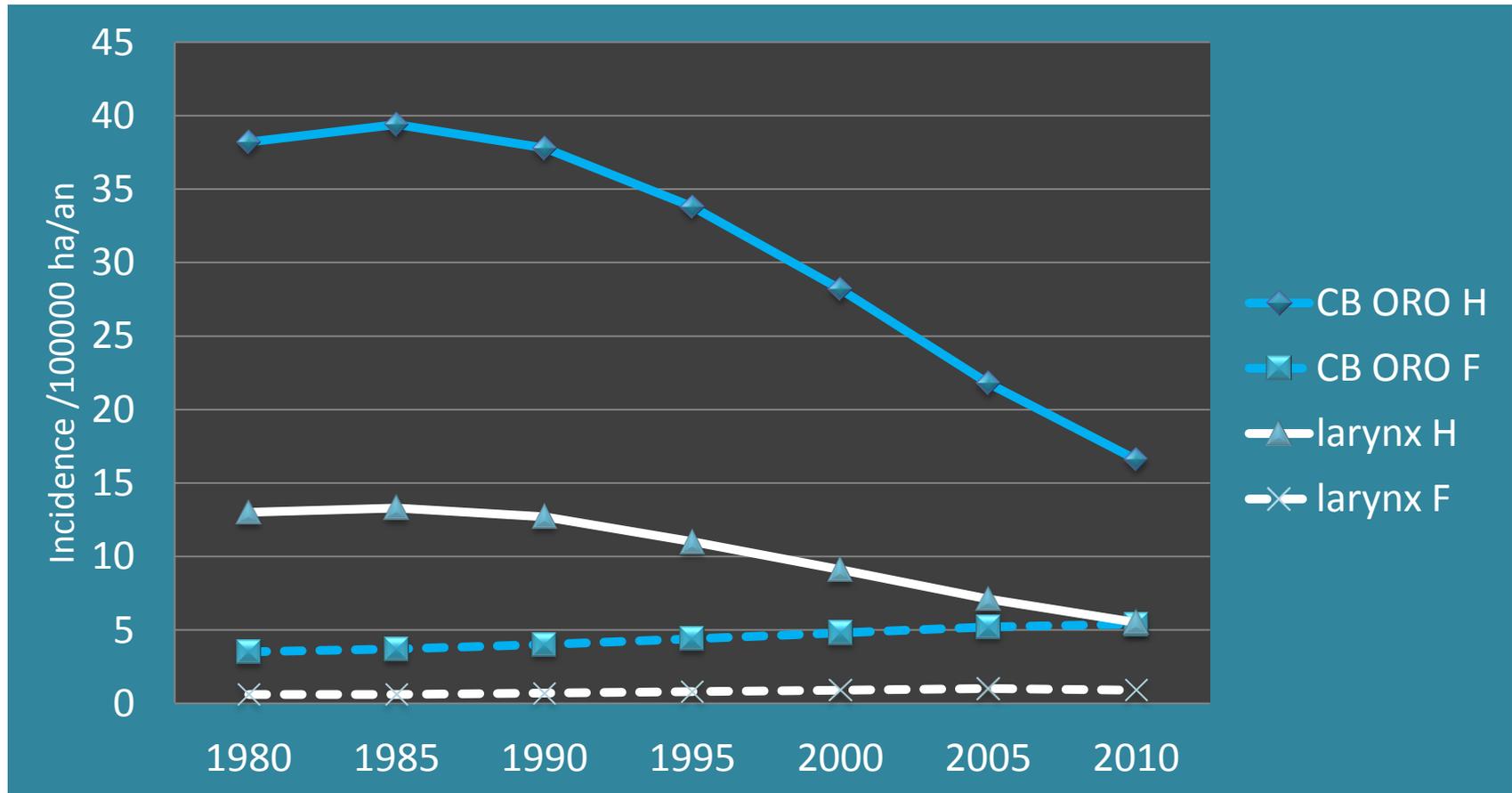
Source : InVS, CépiDc/Inserm. Infographie : INCa 2013

Créer du lien et harmoniser les pratiques en  
Cancérologie

20 Novembre 2014



## Evolution de l'incidence 1980 2010



Créer du lien et harmoniser les pratiques en  
Cancérologie

20 Novembre 2014



## Evolution des facteurs de risque

Alcool x Tabac

Virus: HPV, EBV

Expositions professionnelles aux carcinogènes

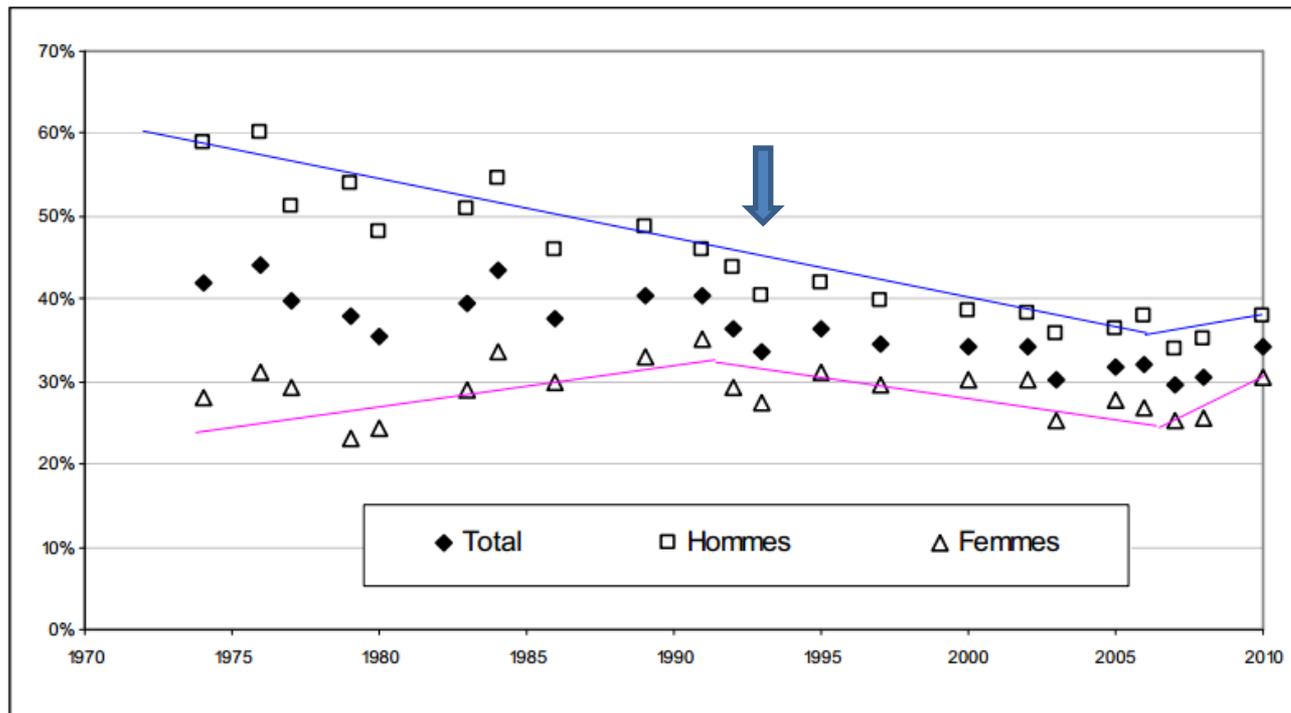
Niveau socio-économique bas

Carences nutritionnelles

Hygiène bucco dentaire



## Evolution globale du tabagisme actuel entre 1975 et 2010



Sources : enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; INPES, 2003, 2005, 2010.

Créer du lien et harmoniser les pratiques en  
Cancérologie

20 Novembre 2014

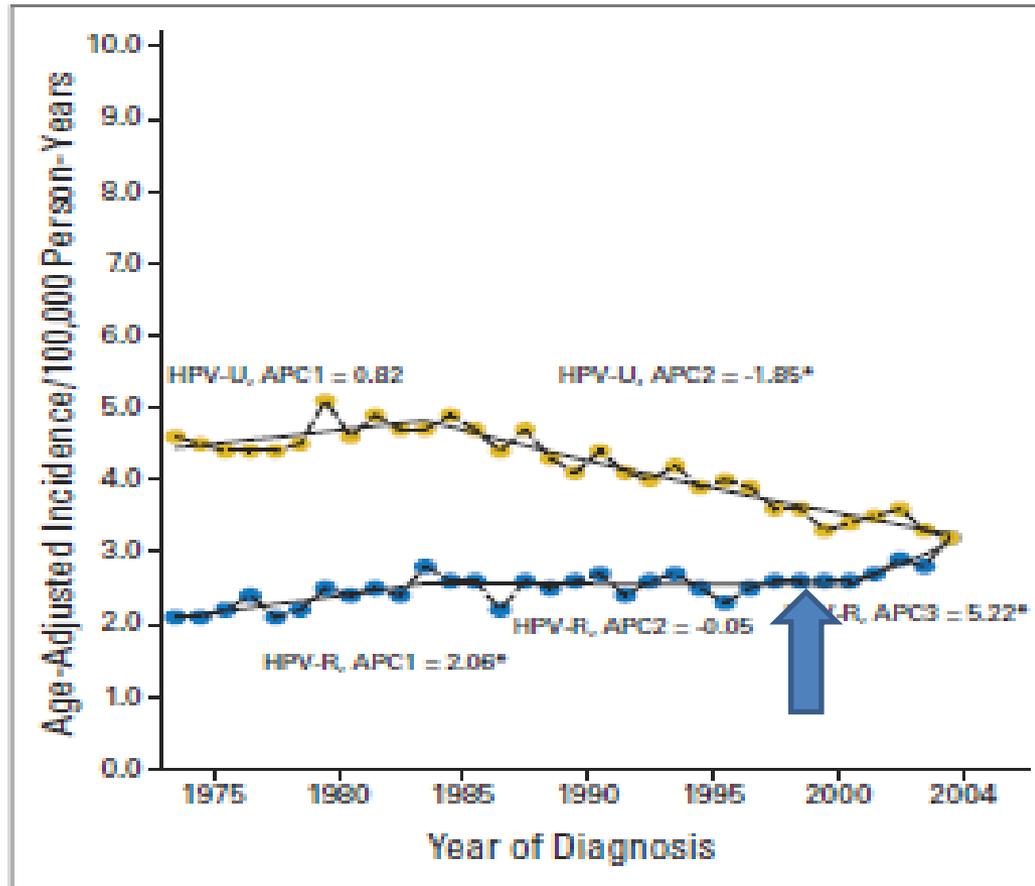


## Implications de HPV

- 75% des T de l'amygdale (90%= HPV 16)
- Meilleur pronostic: Chimio radio sensibilité
- Alléger les traitements ?
- Dépistage et surveillance HPV+
- Vaccination HPV



## Incidence des tumeurs liées à HPV oropharynx et cavité buccale



Créer du lien et harmoniser les pratiques en  
Cancérologie

20 Novembre 2014



## Evolution de la prise en charge

- Organisation
  - Déploiement des CCC et RCP
  - Développement des Soins de support
- Apports technologiques
  - Pet scan (meilleur accès)
  - Cyber Knife, réirradiation, IMRT
  - Chirurgie robotisée



## Evolution de la prise en charge (2)

- Chirurgie par voie endoscopique (classique, laser, robotique)
- Chirurgie reconstructrice (lambeaux libres)
- Préservation d'organe (chimiothérapie néoadjuvante)
- Radio-chimiothérapie concomitante
- Thérapies ciblées



## Mise à jour des référentiels

- Référentiel de 2006
- Objectifs
  - Meilleure lisibilité
  - Harmonisation des pratiques
  - Rappels didactiques
  - Diffusion des nouvelles techniques



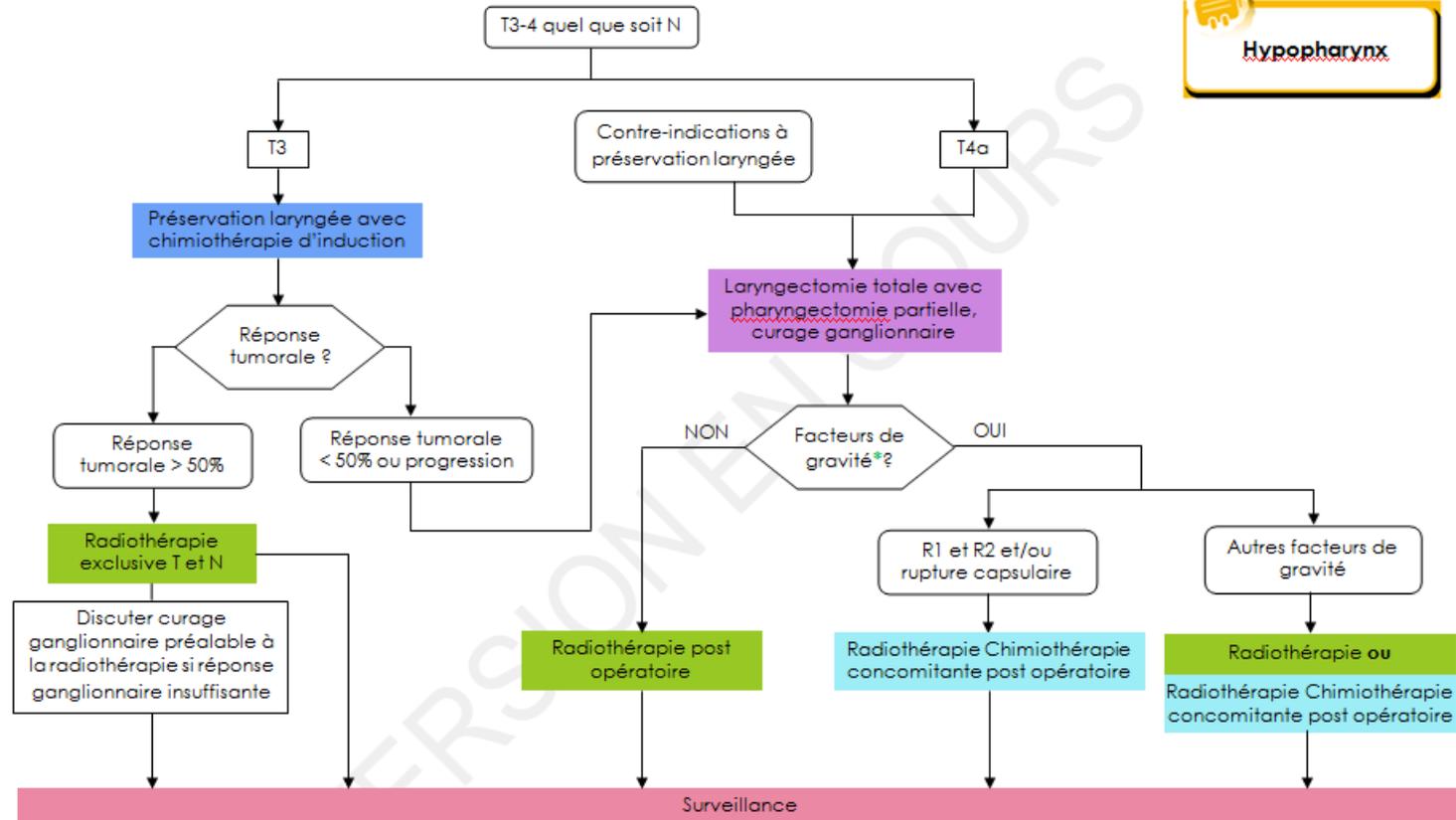
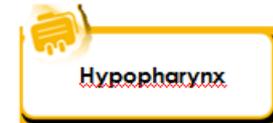
## Méthodologie: groupe de travail

- Disciplines
  - Chirurgie,
  - radiothérapie,
  - chimiothérapie,
  - radiologie,
  - médecine nucléaire,
  - soins de support.
  
- Modes et lieux d'exercice
  - CLCC
  - CHU
  - Cliniques
  - CH



## Méthodologie

- Phase 1: élaboration en groupe restreint
  - Réunions au réseau
  - Relecture et correction par mail
  - Validation en réunion
- Phase 2: test de robustesse
  - Autoévaluation lors de RCP
  - Relecture par le collège (96 membres)
- Phase 3: diffusion
  - Réunion plénière



\* Rupture capsulaire, marges chirurgicales positives, pT3 ou pT4, N2 ou N3, adénopathie envahie en zone IV ou V invasion périneurale, embolies vasculaires  
Radiothérapie chimiothérapie concomitante post opératoire : 2 facteurs décisifs : rupture capsulaire et marge chirurgicale positive



## Buccopharyngectomie transmandibulaire (BPTM)

Terme anglosaxon : commando procedure

**Définition** : abord oropharyngé par hémimandibulectomie permettant l'exérèse en monobloc d'une tumeur oropharyngée latérale et de ses extensions éventuelles à la cavité buccale. La désarticulation n'est pas systématique mais est réalisée en cas d'atteinte osseuse mandibulaire, de lésion étendue à la CIM ou d'extension haute nécessitant une section haute des ptérygoïdiens. Pour des raisons carcinologiques, la section mandibulaire antérieure est réalisée en avant de l'émergence du nerf dentaire au trou mentonnier.

**Techniques de reconstruction** : les résultats fonctionnels sont meilleurs si aucun lambeau n'est nécessaire. Dans le cas contraire les lambeaux les plus utilisés sont : grand pectoral, grand dorsal, antébrachial antérolatéral de cuisse **ou brachial externe**.

**Relèvent de ce traitement :**

- Les tumeurs à point de départ amygdalien mais étendues à :
  - La cavité buccale
  - Les piliers et zone de jonction
  - Le sillon glossoamygdalien
  - La base de langue
- Les tumeurs du sillon glossoamygdalien étendues, notamment à la loge amygdalienne et/ou la cavité buccale (plancher buccal latéral, commissure intermaxillaire, RBMI (muqueuse de recouvrement de la branche montante du maxillaire inférieur))

NB : Les tumeurs à point de départ de la cavité buccale postérieure relèvent également d'une chirurgie de type BPTM.



**Niveau I : sous mental et sous mandibulaire**

A: sous mental

B: sous mandibulaire

**Niveau II : sous digastrique ou jugulo-carotidien supérieur**

A: en avant du nerf accessoire ou spinal

B: en arrière du nerf accessoire ou spinal

**Niveau III : sus omo-hyoïdien ou jugulo-carotidien moyen**

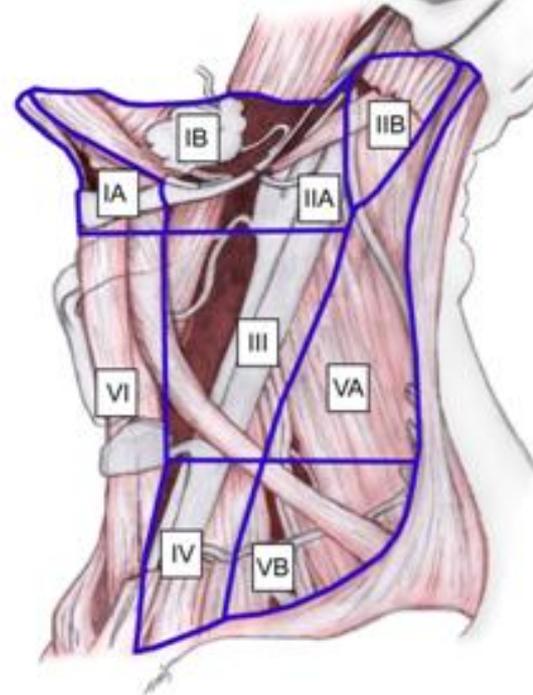
**Niveau IV : sous omo-hyoïdien ou jugulo-carotidien inférieur**

**Niveau V : spinal**

A: au-dessus de l'omohyoïdien

B: en dessous de l'omohyoïdien

**Niveau VI : pré laryngé ou cervical antérieur**





## Projets

- Développer les collaborations inter-établissement
- Prévention secondaire
  - Dépistage précoce et traitement à un stade précoce
  - Information des populations à risque
  - Education des patients traités
  - Programmes de réinsertion socio-professionnels
- Participation à l'élaboration de référentiels inter-régionaux