

10  
décembre  
2015

# Présentation du référentiel régional en cancérologie des VADS

Dr Ton Van, Dr. Mouawad  
10/12/2015



Soirée régionale dédiée à la prise en charge des cancers des VADS

Dr TON VAN

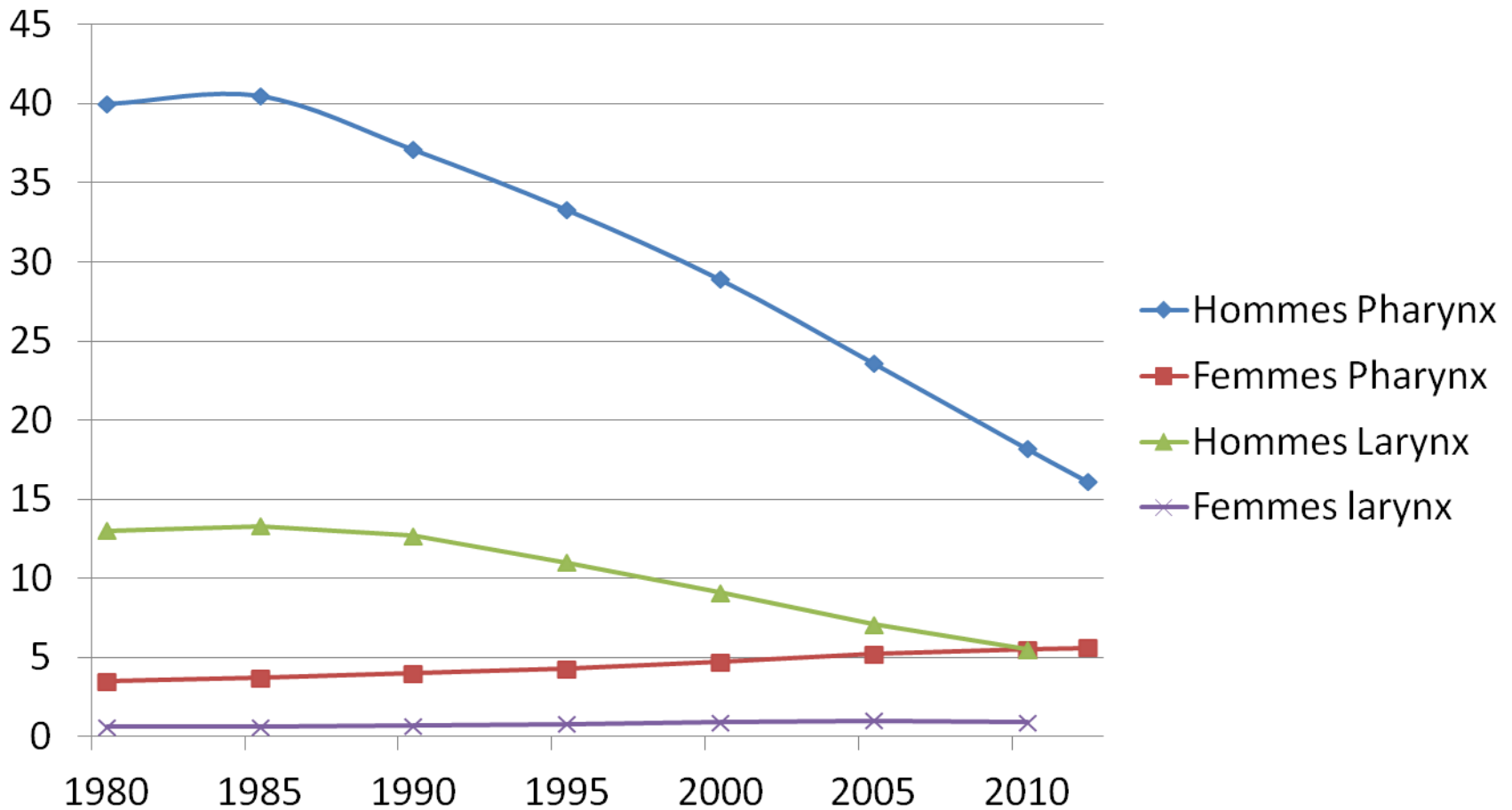
# **DONNÉES GÉNÉRALES ET MÉTHODOLOGIE**

# Les enjeux

- Modification de l'incidence
  - Répartition des sites tumoraux
  - Répartition du sexe ratio
  - Modification de la pyramide des âges
- Modification des facteurs de risque
  - Modification de l'intoxication mixte
  - Virus HPV
- Modification des stratégies thérapeutiques

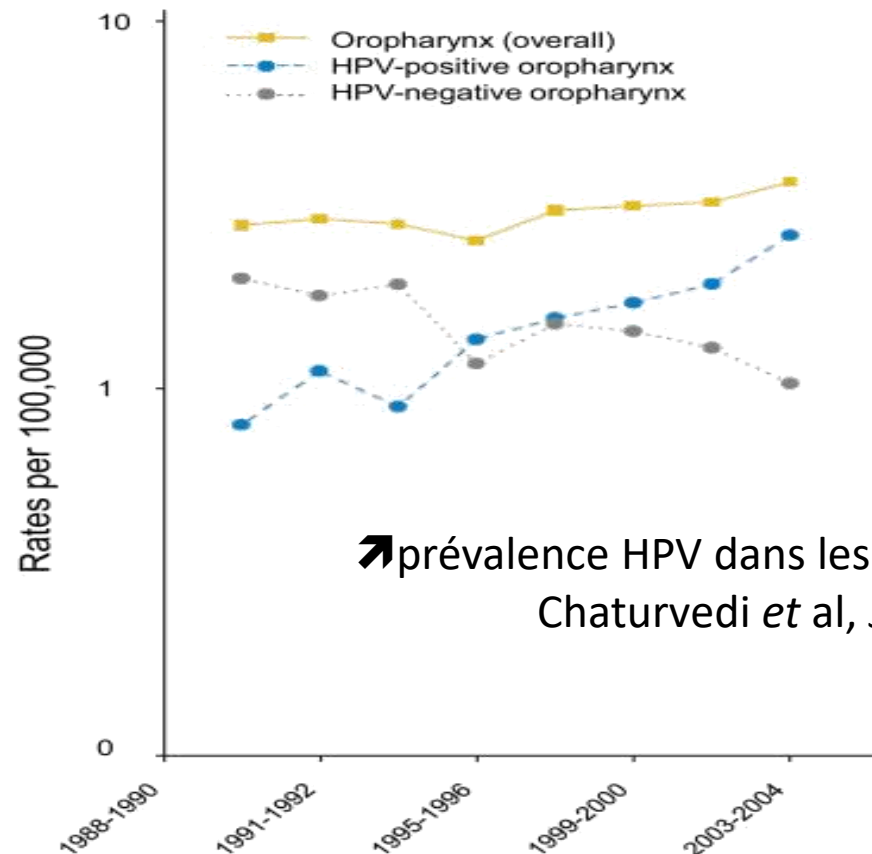
10  
décembre  
2015

# Incidence des cancers des VADS en France



Soirée régionale dédiée à la prise en charge des cancers des VADS

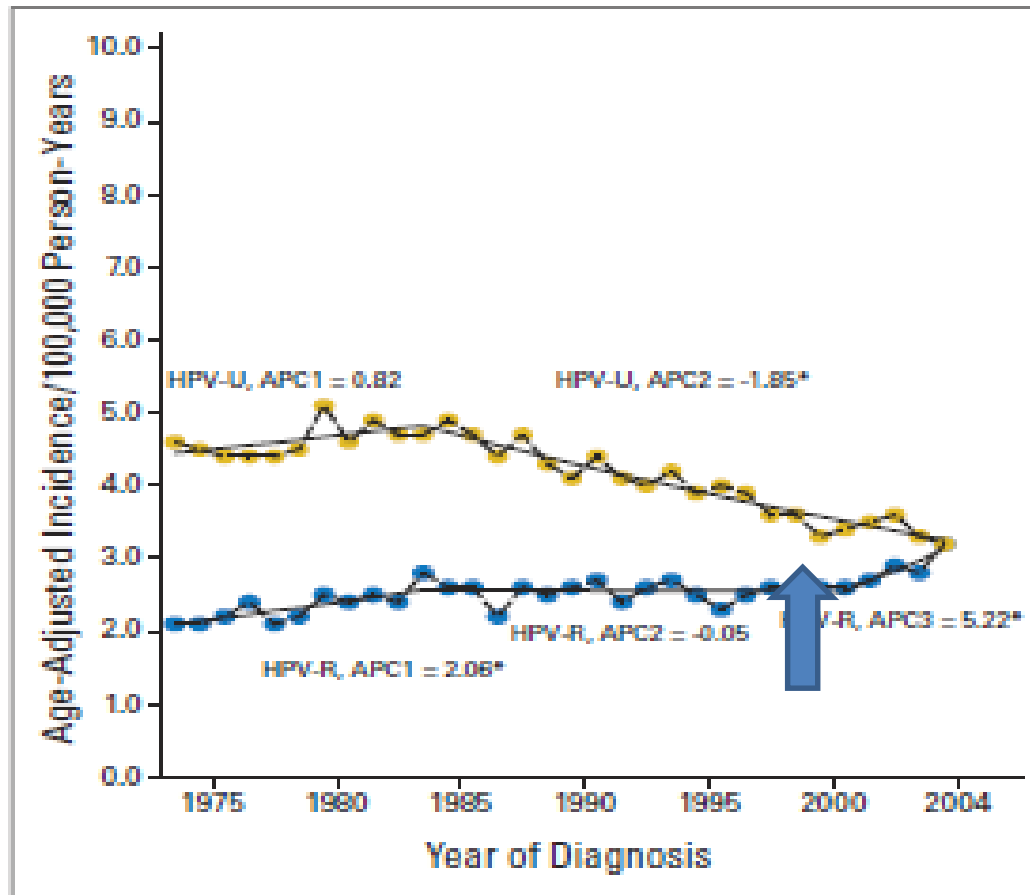
# Modification de l'épidémiologie



↗ prévalence HPV dans les carcinomes oropharyngés  
Chaturvedi *et al*, J Clin Oncol, 2011

10  
décembre  
2015

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



Soirée régionale dédiée à la prise en charge des cancers des VADS

10  
décembre  
2015

# Implications de HPV

	HPV positif	HPV négatif
Age	Patients plus jeunes (45 – 55 ans)	Patients plus âgés (55 -65 ans)
Performance status	Bon	Mauvais
Facteurs de risque	HPV ± alcool/tabac	Alcool / tabac
Tumeur	Stade précoce	Stade avancé
Adénopathies	Kystiques	Tissulaires
Anatomopathologie	Carcinome épidermoïde peu différencié ou basaloïde	Carcinome épidermoïde moyennement ou bien différencié
Radiosensibilité	Bonne	
Pronostic	Bon	Mauvais

# Evolution de la prise en charge

- Apports technologiques
  - Cyber Knife, réirradiation, IMRT
  - Chirurgie endoscopique robotisée
  - Chirurgie reconstructrice (lambeaux libres)
- Stratégies thérapeutiques
  - Préservation d'organe
  - Chimiothérapie d'induction
  - Radio chimiothérapie



10  
décembre  
2015

# Mise à jour des référentiels

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

10  
décembre  
2015

# 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

- 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

Dr MOUAWAD

# EXAMPLES

# INTRODUCTION

- Intérêt d'une réactualisation du référentiel (2006)
- Version optimisée avec algorithmes de décision
- Développements théoriques
  - Chapitres rédigés sur la :
    - Chirurgie
    - Radiothérapie
    - Chimiothérapie

## d) Traitement chirurgical des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale



Le traitement chirurgical des carcinomes de la cavité buccale est prédominant dans les indications. Les interventions décrites ci-après comportent la résection tumorale en monobloc, le plus souvent avec chirurgie ganglionnaire dans le même temps (voir le chapitre aires ganglionnaires). Si une reconstruction est nécessaire, elle est réalisée dans le même temps que l'exérèse (reconstruction primaire).

### Glossectomie partielle, pelvesectomie, pelvesglossectomie par voie endobuccale :

#### Relèvent de ce traitement :

- Les tumeurs de la langue mobile
  - de taille limitée : T1 et « petits » T2 (taille < 3 cm et peu infiltrants)
  - localisées aux 2 tiers antérieurs
  - sans infiltration des muscles profonds de la langue
  - sans extension à la zone de jonction, à la base de langue, à la table interne de la mandibule
- Les tumeurs du sillon pelveslingual, du plancher buccal antérieur ou antéro-latéral,
  - de taille limitée (T1) et superficiels
  - non étendus au tiers postérieur du plancher.
  - sans atteinte de la table interne de la mandibule
  - sans infiltration des muscles profonds de la langue

Techniques de reconstruction : La fermeture est réalisée par suture directe ou par lambeau local (musculomucosaux tel que le FAMM ou le buccinateur le plus souvent)

#### Les extensions suivantes contre - indiquent un abord strictement endobuccal :

- Tumeur infiltrant les muscles profonds de la langue ou la profondeur du plancher (protrusion linguale, données de l'IRM)
- Tumeur du tiers postérieur du plancher de la langue du fait de la difficulté d'un bon contrôle tumoral surtout si la tumeur est > à 2 cm.

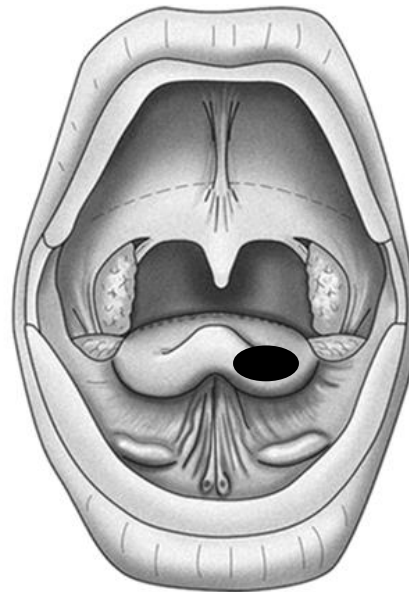
# Matériels & Méthodes

- Praticiens impliqués en cancérologie des VADS :
  - Hospitaliers, CLCC, Libéraux
- Support :
  - Précédent référentiel
- Remise à jour à partir de la littérature scientifique
- Réunions régulières de confrontation des pratiques et d'échanges
  - Validation et revalidation en pratique

# RESULTATS (1)

## Lésion de la cavité Buccale

- 60 ans
- Tabac et alcool  
sevrés
- Lésion 1,5cm bord  
latéral langue mobile  
gauche ulcérée, cN0
- OMS 0
- Pas de lésions à  
Distance
- Biopsie : CE

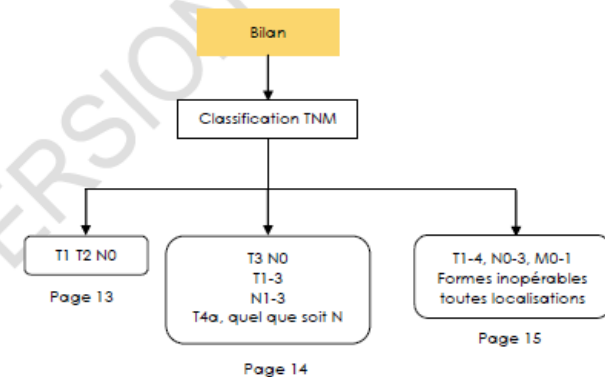


### a) Bilan initial



- Examen ORL complet
- Bilan dentaire avec panoramique dentaire
- Examen clinique complet (PS Score OMS)
- Evaluation des comorbidités
  - ↳ Indice de Charlson<sup>1</sup> : <http://rdplf.org/calculateurs/pages/charlson/charlson.html> (exemple)
- Bilan nutritionnel (Amaigrissement > 10% sur 6 mois – Albumine Préalbumine PINI)
  
- IRM et/ou Scanner cervical
- Scanner thoracique
- TEP si T3, T4, ou N > N2b ou adénopathie cervicale basse
  
- Panendoscopie sous AG avec biopsie et schémas
- Fibroscopie digestive en cas d'exploration incomplète de l'œsophage à la panendoscopie
- Fibroscopie bronchique si anomalie au scanner thoracique

<sup>1</sup> Charlson M et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies : Development and validation. Journal of Chronic Diseases 1987,40(5)373-83





# RESULTATS (2)

## b) Classification TNM



(Source : UICC 2010)

### Localisations et sous localisations anatomiques

#### Lèvre (C00)

1. Lèvre supérieure, bord libre (C00.0)
2. Lèvre inférieure, bord libre (C00.1)
3. Commissures (C00.6)

#### Cavité buccale (C02-06)

1. Muqueuse buccale
  - (i) Muqueuse des lèvres supérieure et inférieure (C00.3.4)
  - (ii) Face muqueuse des joues (C06.0)
  - (iii) Régions rétromolaires (C06.2)
  - (iv) Sillon gingivo-jugal supérieur et inférieur (vestibule de la bouche) (C06.1)
2. Rebord alvéolaire supérieur et gencive (C03.0)
3. Rebord alvéolaire inférieur et gencive (C03.1)
4. Palais osseux (C05.0)
5. Langue
  - (i) Face dorsale et bords latéraux jusqu'au V lingual (deux tiers antérieurs) (C02.0.1)
  - (ii) Face inférieure (ventrale) (C02.2)
6. Plancher de la bouche (C04)

#### T : Tumeur

TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ
T1	Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension
T2	Tumeur dont la plus grande dimension est > 2 cm et ≤ 4 cm
T3	Tumeur dont la plus grande dimension est > 4 cm
T4	<b>T4a (lèvre) :</b> Tumeur envahissant la corticale osseuse, le nerf dentaire inférieur, le plancher buccal, ou la peau (joue ou nez).
	<b>T4a (cavité buccale) :</b> Tumeur envahissant la corticale osseuse, les muscles profonds et extrinsèques de la langue (génioglosse, hyoglosse, palatoglosse et styloglosse), le sinus maxillaire, ou la peau du visage.
	<b>T4b (lèvre ou cavité buccale) :</b> Tumeur envahissant l'espace masticateur, les apophyses ptérygoïdes, la base du crâne, ou englobant l'artère carotide interne.



#### N : Ganglions régionaux

Nx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension
N2	Métastases telles que :
N2a	Métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral > 3 cm mais ≤ 6 cm dans sa plus grande dimension
N2b	Métastases homolatérales multiples toutes ≤ 6 cm
N2c	Métastases bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm
N3	Métastase dans un ganglion lymphatique > 6 cm dans sa plus grande dimension

#### M : Métastases à distance

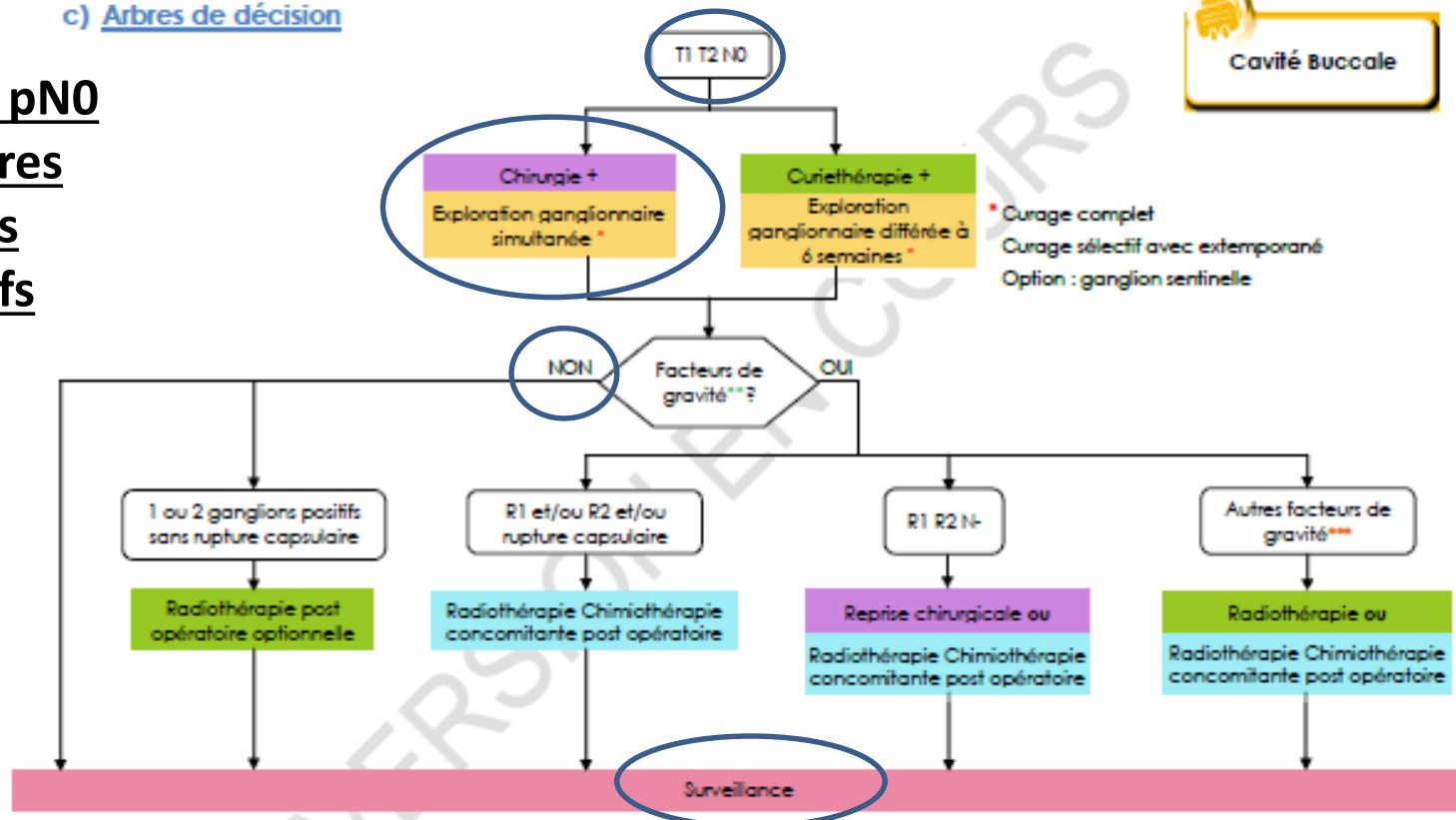
M0	Pas de métastases à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

**Lésion rT1 rN0**  
**rM0**

# RESULTATS (3)

## c) Arbres de décision

**Lésion pT1 pN0**  
**Pas d'autres**  
**facteurs**  
**péjoratifs**



\*\* Rupture capsulaire, marges chirurgicales positives, invasion péri-neurale, embolies vasculaires

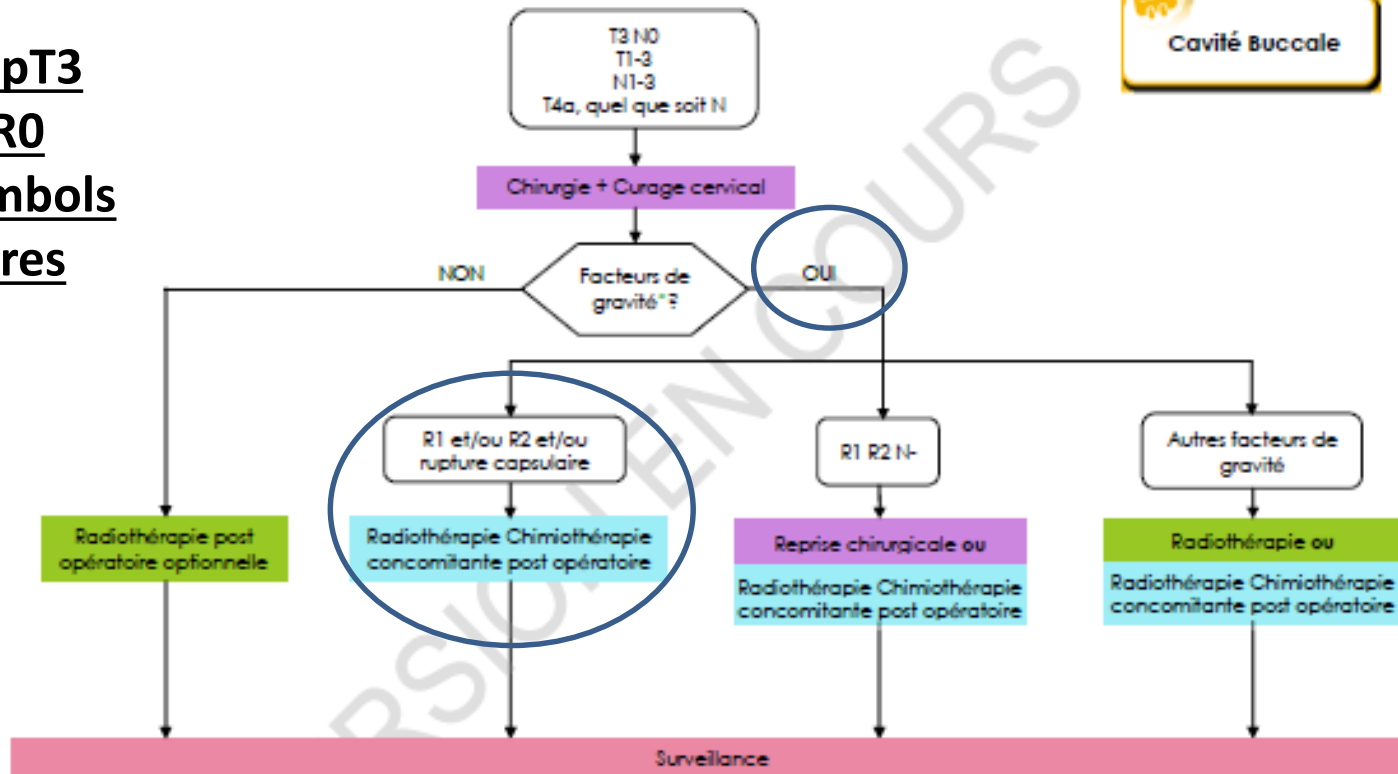
Radiothérapie chimiothérapie concomitante post opératoire : 2 facteurs décisifs : rupture capsulaire et marges chirurgicales positives

\*\*\* Selon localisation tumorale, exemple : commissure inter maxillaire avec extension vers la tubérosité

# RESULTATS (4)

**Si lésion pT3**  
**pN2a, R0**  
**1RC+ et embols**  
**vasculaires**

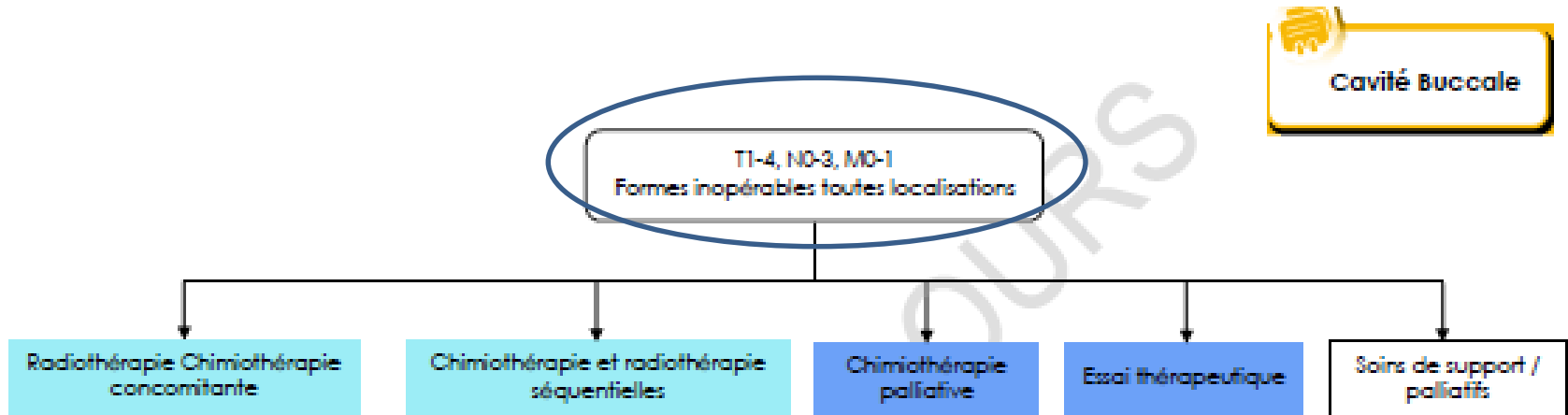
**Cavité Buccale**



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

10  
décembre  
2015

# RESULTATS (5)



# RESULTATS (6)

**Tableau 1**  
Propositions schématiques pour la sélection des niveaux ganglionnaires pour les cancers de la cavité buccale.

Localisation	N0 <sup>b</sup>		N1-N2-N3	
	Homolatéral	Controlatéral	Homolatéral	Controlatéral <sup>b</sup>
Langue mobile	I-II-III-IVa	I-II-III-IVa	I-II-III-IVa-Vab	I-II-III-IVa-Vab
Plancher buccal <sup>a</sup>	I-II-III	I-II-III	I-II-III-IVa-Vab	I-II-III-IVa-Vab
Gencive inférieure <sup>a,c</sup> Lèvre inférieure <sup>c</sup> Face interne de joue <sup>c</sup>	I-II-III-IX	I-II-III	I-II-III-IVa-Vab-IX	I-II-III-IVa-Vab
Gencive supérieure <sup>a</sup>	Ib-II-III-IX	Ib-II-III	I-II-III-IVa-Vab-IX	I-II-III-IVa-Vab
Palais dur <sup>a,d</sup>	Ib-II-III	Ib-II-III	I-II-III-IVa-Vab	I-II-III-IVa-Vab
Toutes localisations	Si adénopathie au niveau II : niveaux Ib, III, IVa et Vab Si volumineuse adénopathie au niveau II : niveau VIIb Si adénopathie au niveau III : niveaux IIab, IVa et Vab Si adénopathie au niveau IVa : niveaux III, Vabc et IVb Si adénopathie au niveau Vab : niveaux IVb et Vc			



C

<sup>a</sup> Traitement unilatéral à discuter si la tumeur est latéralisée.

<sup>b</sup> Les niveaux IIb et Vab peuvent être surveillés en absence d'adénopathie du même côté.

<sup>c</sup> Le niveau VIa est à discuter pour les tumeurs volumineuses et le niveau IX peut être traité uniquement dans sa partie inférieure.

<sup>d</sup> Le niveau VIIa est à discuter.

## d) Traitement chirurgical des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale

Le traitement chirurgical des carcinomes de la cavité buccale est prédominant dans les indications. Les interventions décrites ci-après comportent la résection tumorale en monobloc, le plus souvent avec chirurgie ganglionnaire dans le même temps (voir le chapitre aires ganglionnaires). Si une reconstruction est nécessaire, elle est réalisée dans le même temps que l'extérèse (reconstruction primaire).

### Glossectomie partielle, pelvesctomie, pelviglossectomie par voie endobuccale :

Relèvent de ce traitement :

- Les tumeurs de la langue mobile
  - de taille limitée : T1 et « petits » T2 (taille < 3 cm et peu infiltrants)
  - localisées aux 2 tiers antérieurs
  - sans infiltration des muscles profonds de la langue
  - sans extension à la zone de jonction, à la base de langue, à la table interne de la mandibule
- Les tumeurs du sillon pelvilingual, du plancher buccal antérieur ou antéro-latéral,
  - de taille limitée (T1) et superficiels
  - non étendus au tiers postérieur du plancher.
  - sans atteinte de la table interne de la mandibule
  - sans infiltration des muscles profonds de la langue

Techniques de reconstruction : La fermeture est réalisée par suture directe ou par lambeau local (musculomuqueux tel que le FAMM ou le buccinateur le plus souvent)

Les extensions suivantes contre - indiquent un abord strictement endobuccal :

- Tumeur infiltrant les muscles profonds de la langue ou la profondeur du plancher (protraction linguale, données de l'IRM)
- Tumeur du tiers postérieur du plancher de la langue du fait de la difficulté d'un bon contrôle tumoral surtout si la tumeur est > à 2 cm.

## Protocole standard (1ère ligne)

**Cisplatine ou carboplatine + fluorouracile + cetuximab (EXTREME) (16)**

**Protocole standard (2ème ligne)**

**Methotrexate (17,18)**

**Autres protocoles efficaces**

- Cisplatine ou carboplatine (19)

- Cisplatine ou carboplatine + paclitaxel \* (20,21)

- Docetaxel ou paclitaxel \* (22,23,24)

- Vinorelbine \* (25)

**Cetuximab en situations particulières \***

- Docetaxel + cisplatine + cetuximab \* (26) en cas de contre-indication au fluorouracile

- Paclitaxel + cetuximab \* (27,28) en cas de contre-indication au fluorouracile et au platine, ou si la dose cumulative reçue de platine est élevée (chimiothérapie antérieure)

- Cetuximab \* (29) en cas de contre-indication à la chimiothérapie à base de platine

# CONCLUSION

- Base de réflexion en RCP
  - Décision reste pluridisciplinaire !
- Importance de la présence du patient
  - Implication dans la prise en charge
  - Modification de la proposition thérapeutique
  - Mais contraintes pour le personnel et la logistique
- Le patient est impressionné avant la réunion mais en sort satisfait !