



Novembre 2010

Responsables : Dr CHOussy (CHU)

Présents aux réunions :

3 avril 2008 : Dr ALBIN, Dr BERTHET, Dr BERTRAND, Dr BOLAND, Dr CALLONNEC, Dr CHOussy, Dr COSTENTIN, Dr COUDRAY, Dr CRENN, Dr DECOURSELLE, Dr GOMEZ, Dr GORPHE, Dr GREMAIN, Dr GUERNOU, Dr HAMIDOU, Dr HILI, Dr HITZEL, Dr MARTIN C., Dr MARTIN L., Dr PICQUENOT, Dr PIOT, Dr POUATY, Dr ROUSSEAU, Dr TRUCHOT

22 mai 2008 : Dr BERTHET, Dr BOLAND, Dr BOLOGNINI, Dr CHOussy, Dr COMMESSIE, Dr COUSSENS, Dr CRENN, Dr DECOURSELLE, Dr GOMEZ, Dr GREMAIN, Dr GUERNOU, Dr HITZEL, Dr LEGUILLETTE, Dr PERON, Dr PIOT, Dr TRUCHOT

3 juillet 2008 : Dr BERTHET, Dr BERTRAND, Dr CALLONNEC, Dr CHOussy, Dr COUDRAY, Dr COUSSENS, Dr DECOURSELLE, Dr EDET-SANSON, Dr HAMIDOU, Dr HITZEL, Dr LEOPOLD, Dr MARTIN L., Dr MOLLSHIN, Dr PROY, Dr POUATY

30 septembre 2008 : Dr BERTRAND, Dr CHOussy, Dr COUDRAY, Dr FRANCOIS, Dr GOMEZ, Dr HAMIDOU, Dr MARTIN L., Dr PICQUENOT, Dr TRUCHOT

16 novembre 2010 : Dr ABEHSERRA, Dr ALBIN, Dr BERTHET, Dr BOLOGNINI, Dr BOUCHETEMBLE, Dr BOURS LANGLOIS, Dr CALLONNEC, Dr CHERU, Dr CHOussy, Dr COMMESSIE, Dr COSTENTIN, Dr COUDRAY, Dr CRENN, Dr DAVID DENIS, Dr DECOURSELLE, Dr DENIS, Dr EDET SANSON, Dr GUILLEM COTARD, Dr MARTIN L., Dr MOLDOVAN, Dr PIOT T., Dr POUATY, Dr RANDRIANARIVELO, Dr ROUSSEAU A., Dr VINEL

Exérèse : définition

La lettre « R » signifiant « résiduel » et le chiffre accolé exprimant le degré de résection de la tumeur.

L'exérèse R0 : Consiste à retirer l'intégralité de la tumeur en préservant une marge de sécurité de tissu sain.

L'exérèse R1 : La tumeur ne permet pas au chirurgien de réaliser une résection complète en préservant une marge de tissu sain et le contraint à laisser des résidus tumoraux visibles au microscope.

L'exérèse R2 : La tumeur ne permet pas de résection complète avec marge de tissu sain. Le chirurgien se voit contraint de laisser des résidus tumoraux qui sont visibles à l'oeil nu.

Chimiothérapie

- Indication en fonction état clinique du patient.
- Schémas validés :
 - Néoadjuvant :
 - TPF>PF
 - Pas de déflation thérapeutique
 - Suivi de RT ou RT-CT/Cetuximab
 - Préservation laryngée

Chimiothérapie

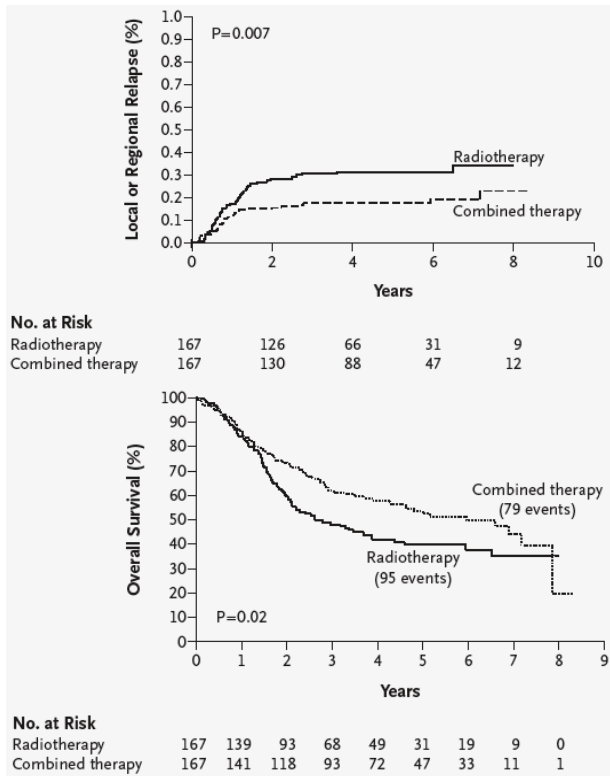
- Radio chimiothérapie en adjuvant : cisplatine 100 mg/m² J1-J21-J43
- Option carboplatine (si CI cisplatine)

Bernier J, Domette C, Ozsahin M and all. European Organization for Research and Treatment of Cancer : EORTC Trial 22931. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. N Engl J Med. 2004 May 6 ; 350 (19) : 1945-52.

Garden AS, Harris J, Vokes EE and all. Preliminary results of Radiation Therapy Oncology. Group 97-03 : a randomized phase ii trial of concurrent radiation and chemotherapy for advanced squamous cell carcinomas of the head and neck. J Clin Oncol. 2004 Jul 15 ; 22 (14) : 2856-64.

Radio-Chimiothérapie post-opératoire

EORTC



Bernier J. et al. *N Engl J Med* 2004;350:1945-52.2004
Cooper JS et al. *N Engl J Med* 2004;350:1937-44
Fietkau R. *ASCO* 2006

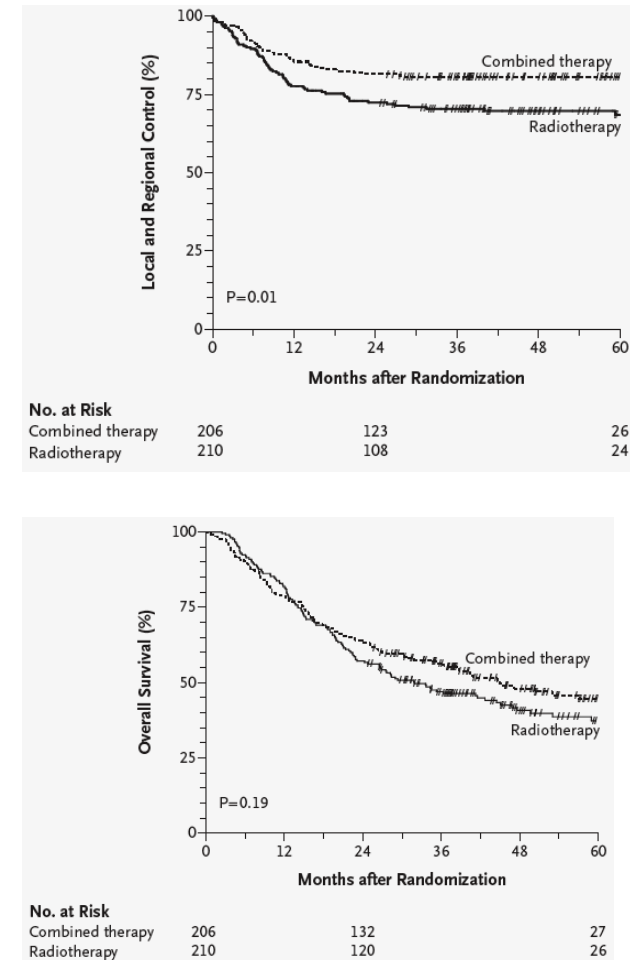
STANDARD

Marges +
RC+

OPTION

Emboles vasc
Engainements
pT3-T4
Marges limites
4N+RC-

RTOG



Chimiothérapie

- RT-CT
 - Plusieurs schémas de chimiothérapie :
 - 1) 3 cycles de ARCORO (5FU 600 mg/m² J1 à J4 + Carboplatine 70mg/m² J1 à J4),
 - 2) monochimiothérapie par Cisplatine (100 mg/m² J1, J22, J43),
 - 3) monochimiothérapie par carboplatine hebdomadaire (AUC 2).

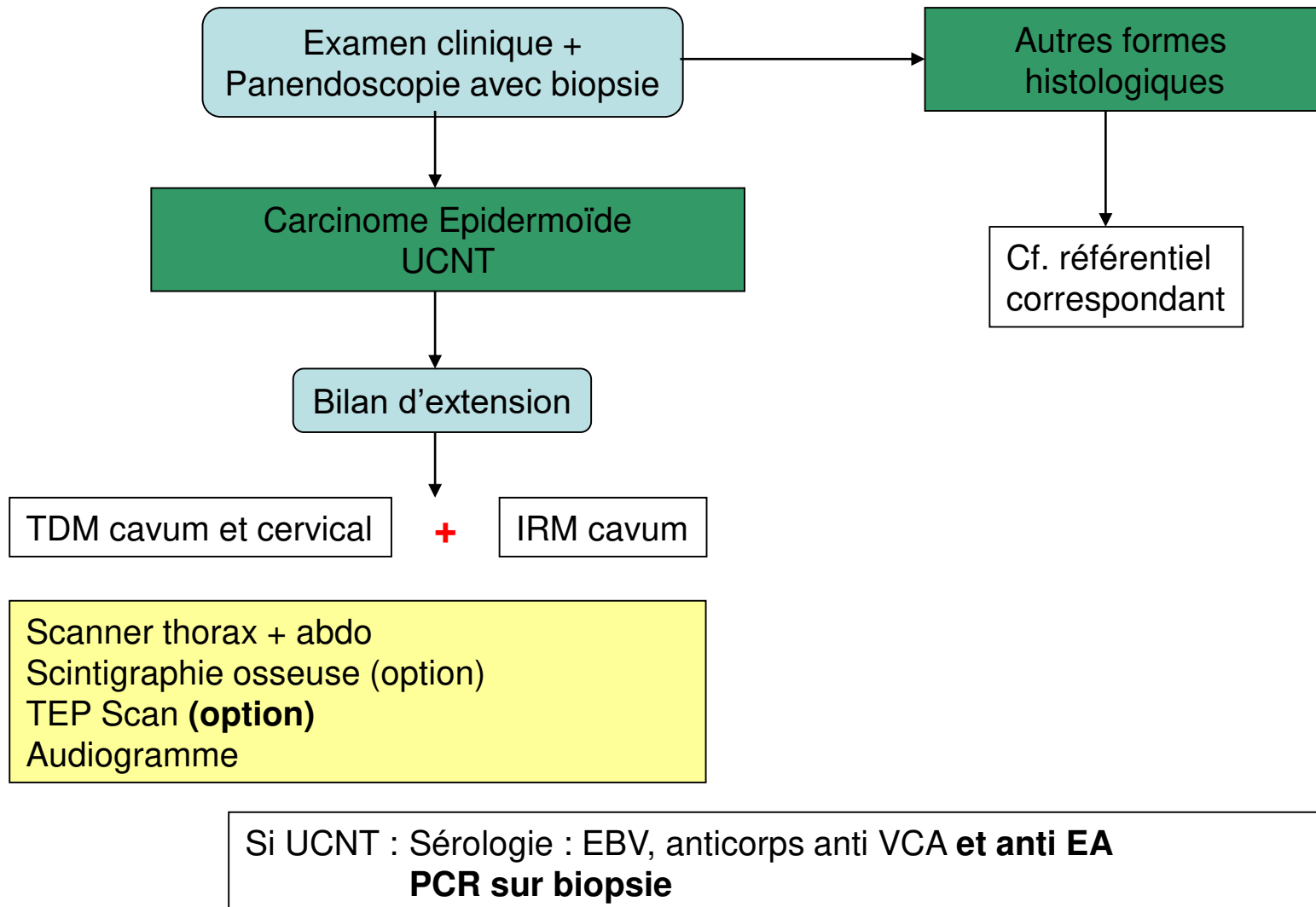
Place du Cetuximab

- En concomitant à la radiothérapie, tumeur en place
- Associé à un sel de platine en récidive ou métastatique (protocole de base = sel de platine, 5FU, cetuximab)

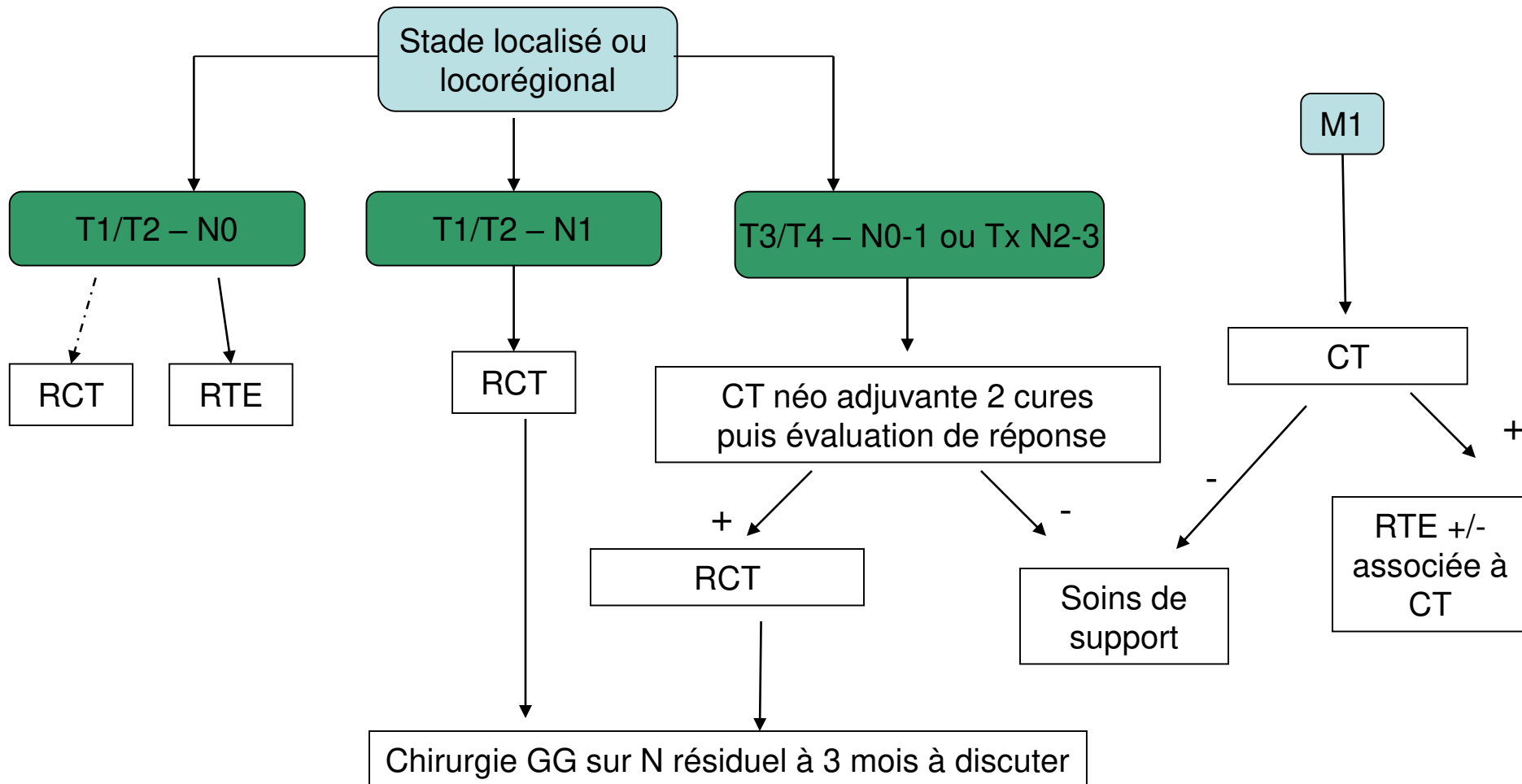
Bilan initial (hors cavum)

- Examen Clinique ORL avec schéma et dimension
- Bilan nutritionnel
- Consultation stomatologique
- Poly endoscopie (avec exploration oesophagienne et tracheo bronchoscopique) des voies aériennes supérieures sous AG avec biopsies tumorale ORL (preuve histologique)
- Scanner cervico facial thoracique +/- hépatique (la radiographie thoracique standard n'a plus sa place sauf en pré anesthésie)
- IRM dans certaines localisations : sinus, cavité buccale, oropharynx, glandes salivaires si cet examen est disponible dans un délai raisonnable
- TEP réservée aux diagnostics difficiles, adénopathie sans **porte d'entrée**, doute sur caractère métastatique

Cavum : bilan initial



Cavum : traitement (UCNT/épidermoïde)



Adénopathie sans tumeur primitive retrouvée : bilan

Examen clinique

Scanner cervico-thoracique abdominal et pelvien

PET scanner

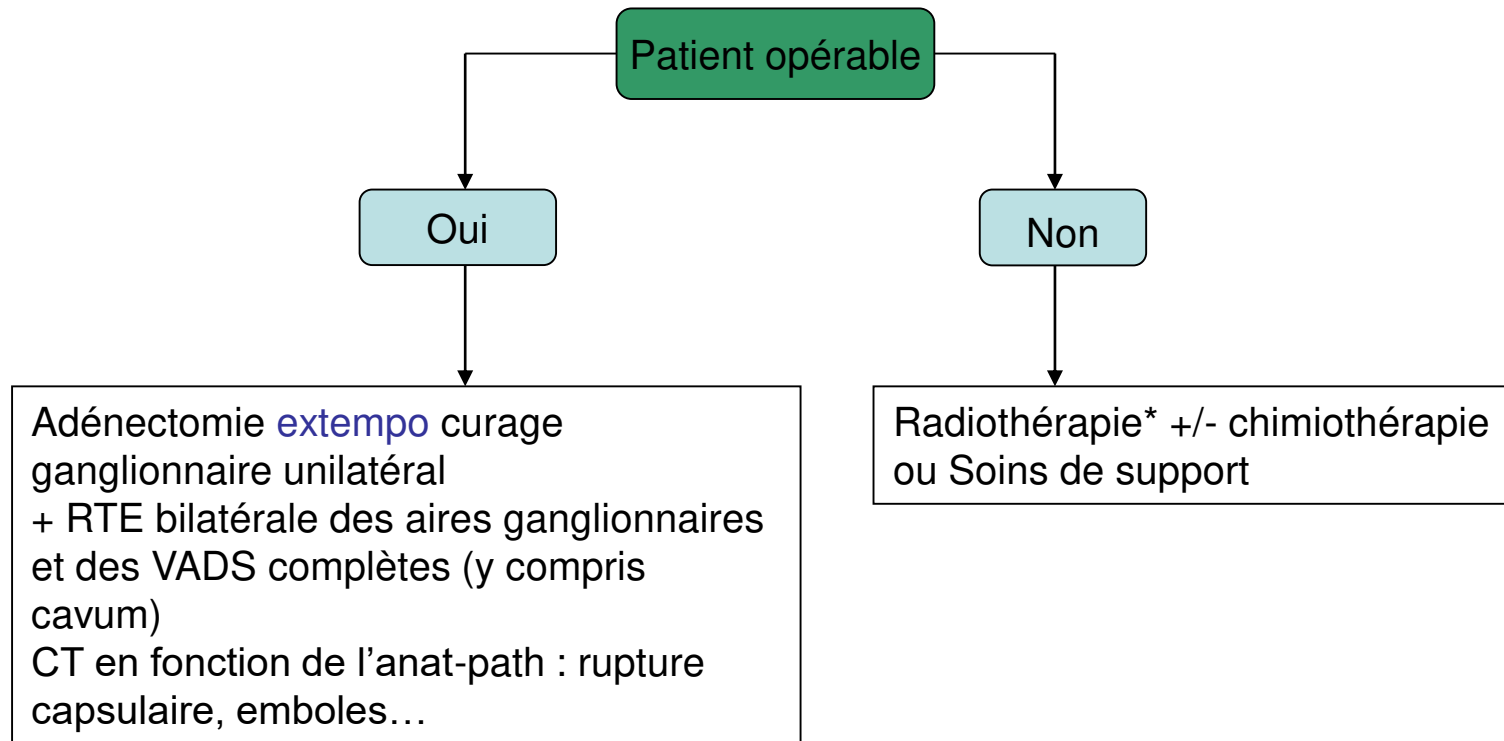
Ponction cytologique

Bilan biologique (LDH...)

Polyendoscopie ORL +/- amygdalectomie uni ou bilatérale

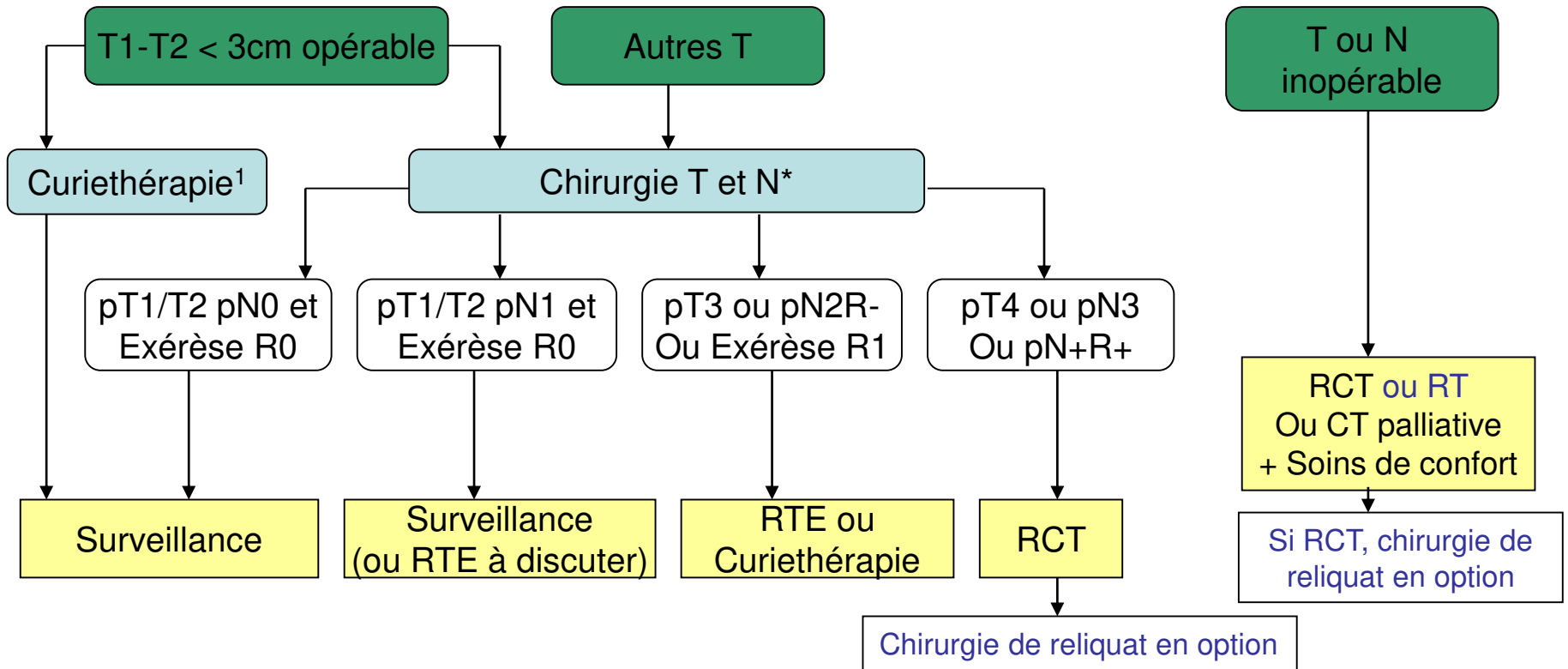
ADP sans porte d'entrée

Adénopathie sans tumeur primitive retrouvée : traitement



* Incluant les sites tumoraux potentiels

Lèvres cutanées

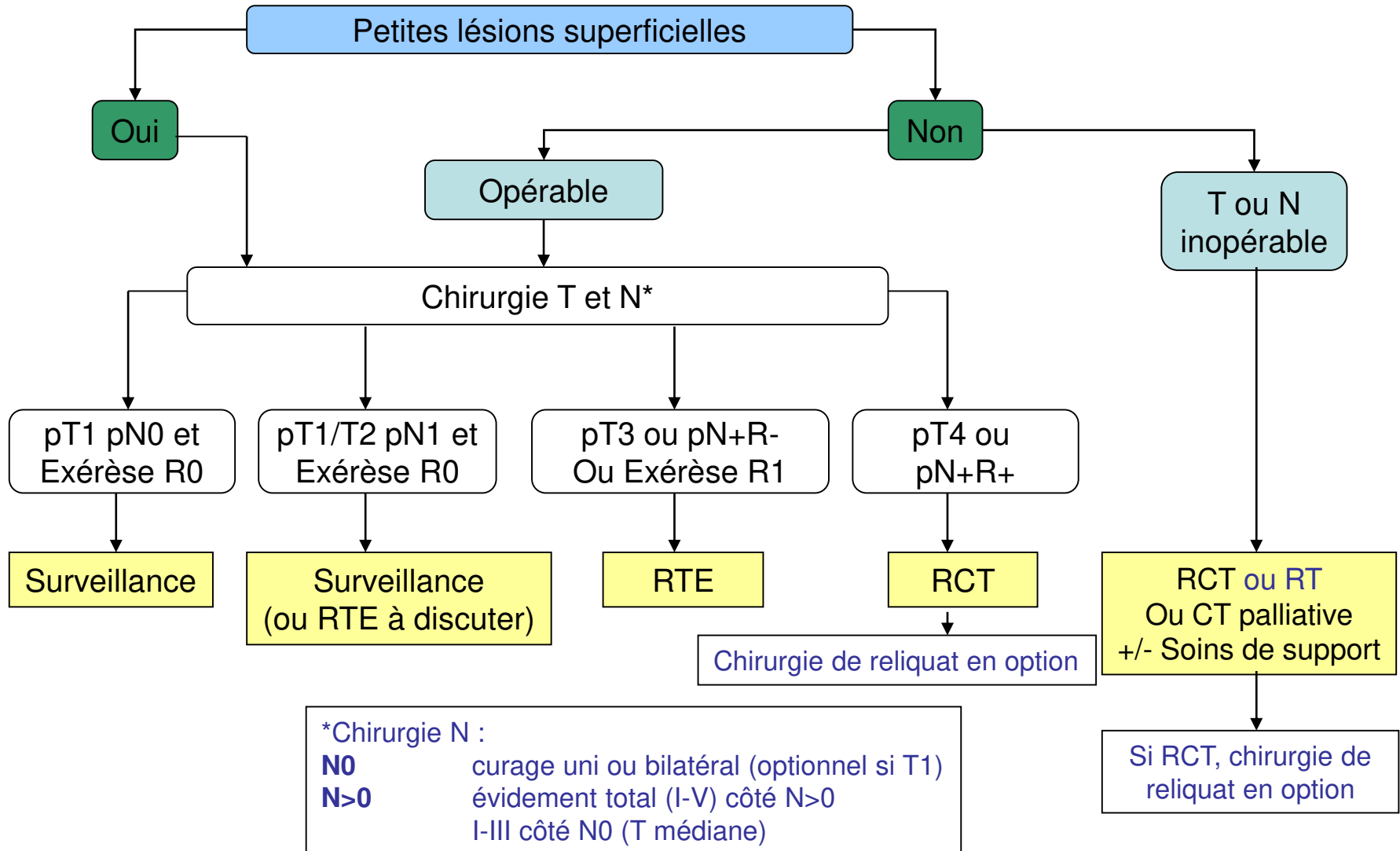


*Chirurgie N :

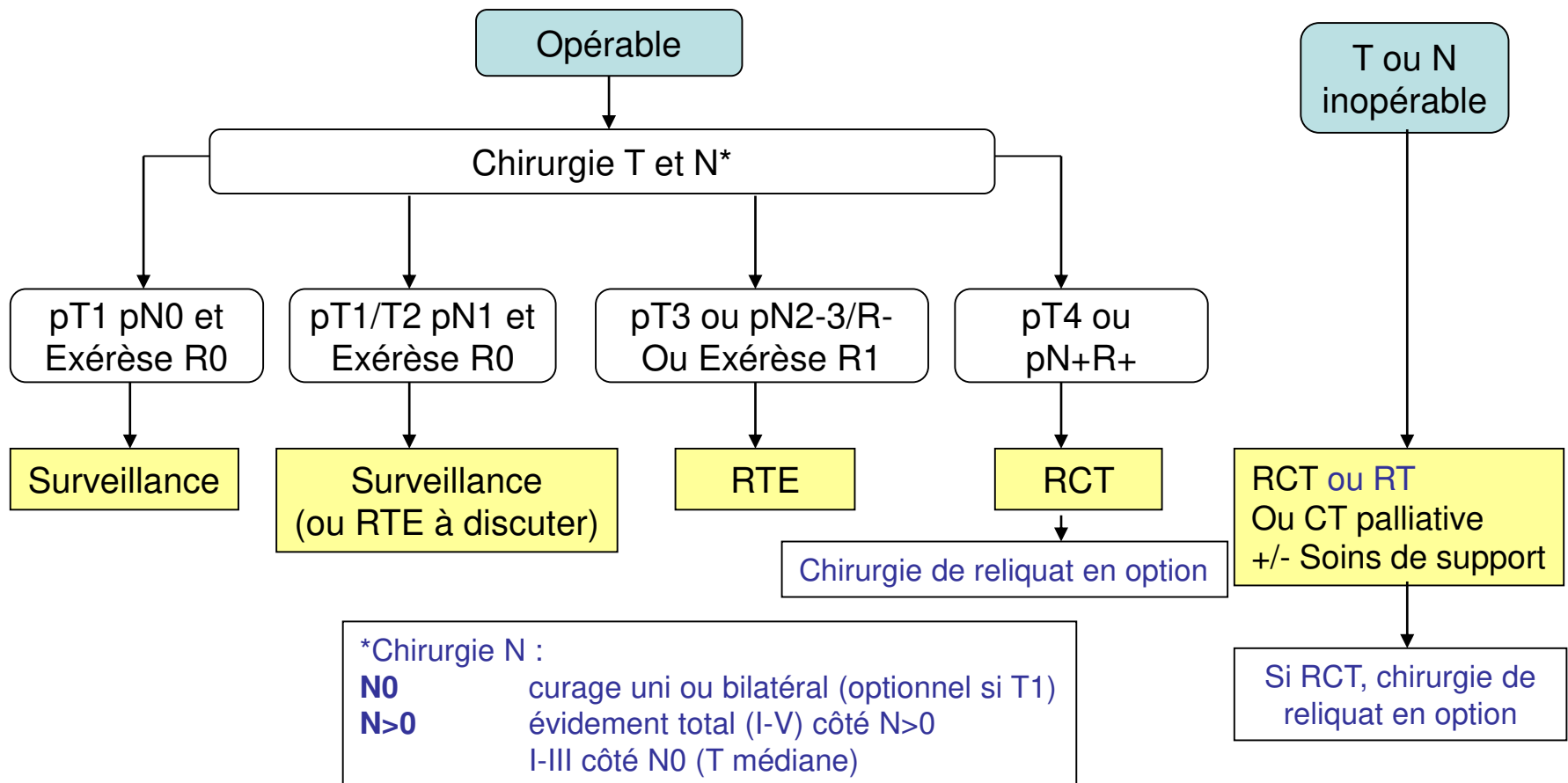
N0 curage uni ou bilatéral (optionnel si T1)
N>0 évidement total (I-V) côté N>0
I-III côté N0 (T médiane)

¹ Non disponible actuellement en Haute-Normandie

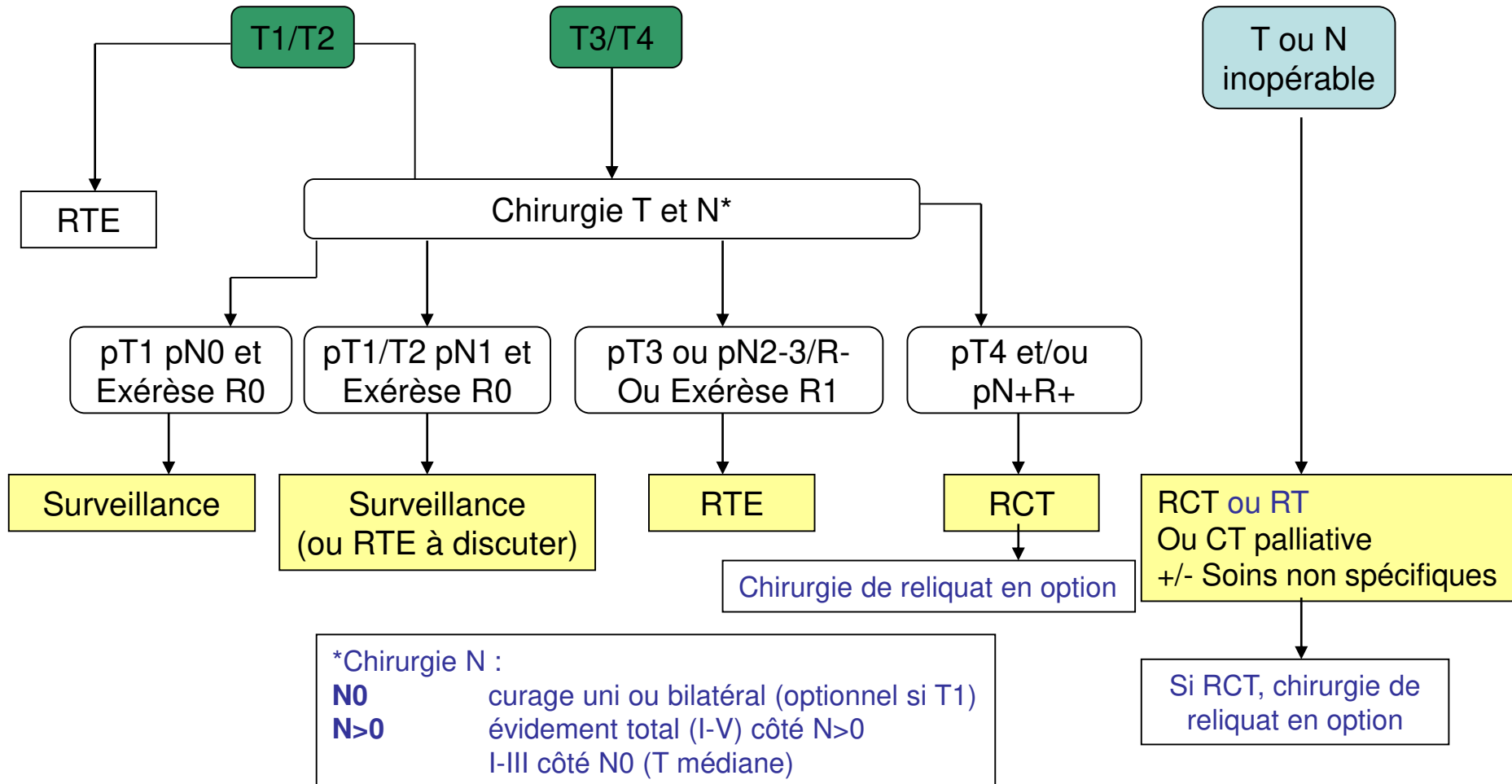
Gencives inférieures



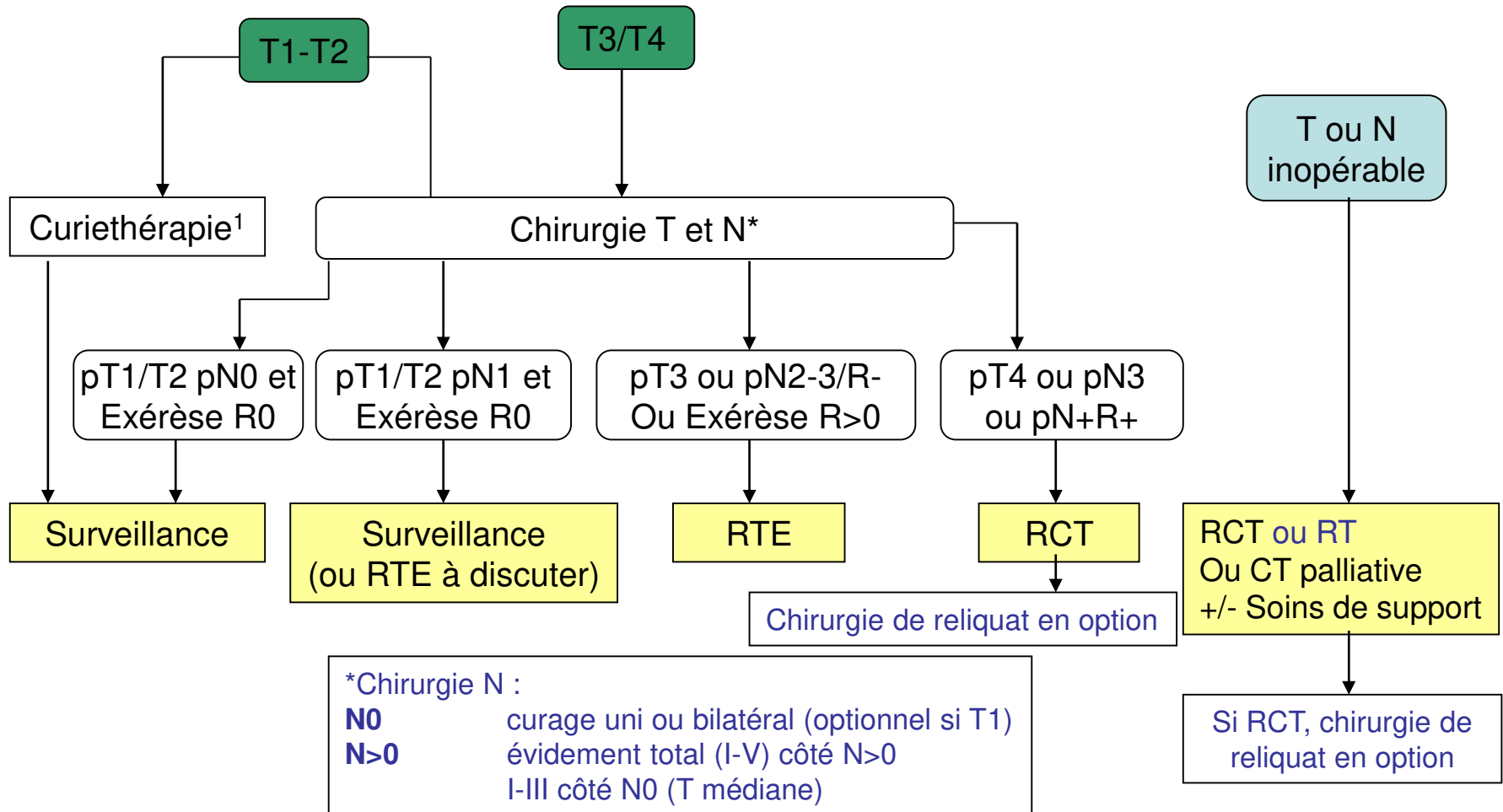
Gencives supérieures



Voûte palatine

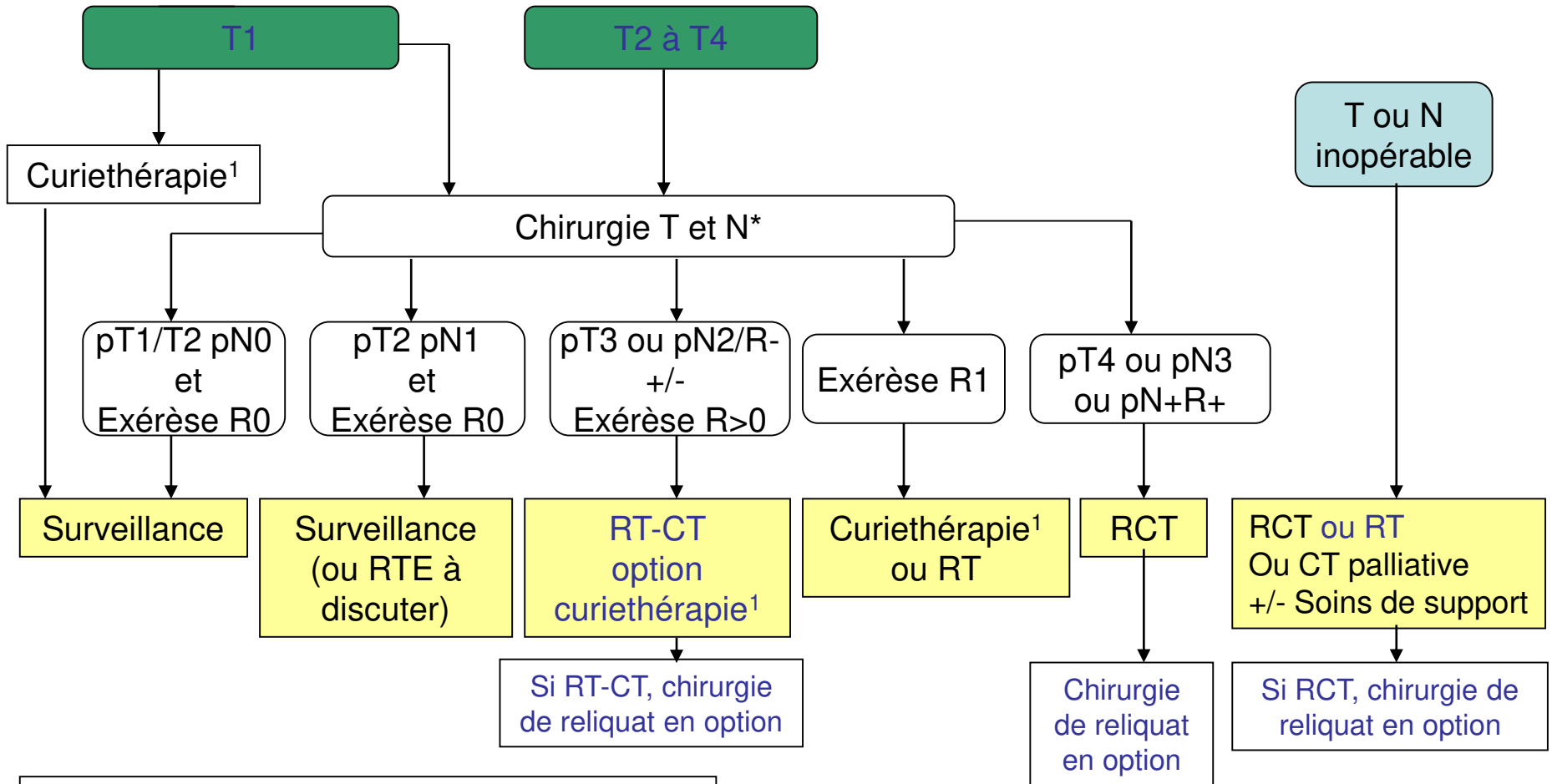


Face interne de joue



¹ Non disponible actuellement en Haute-Normandie

Langue mobile

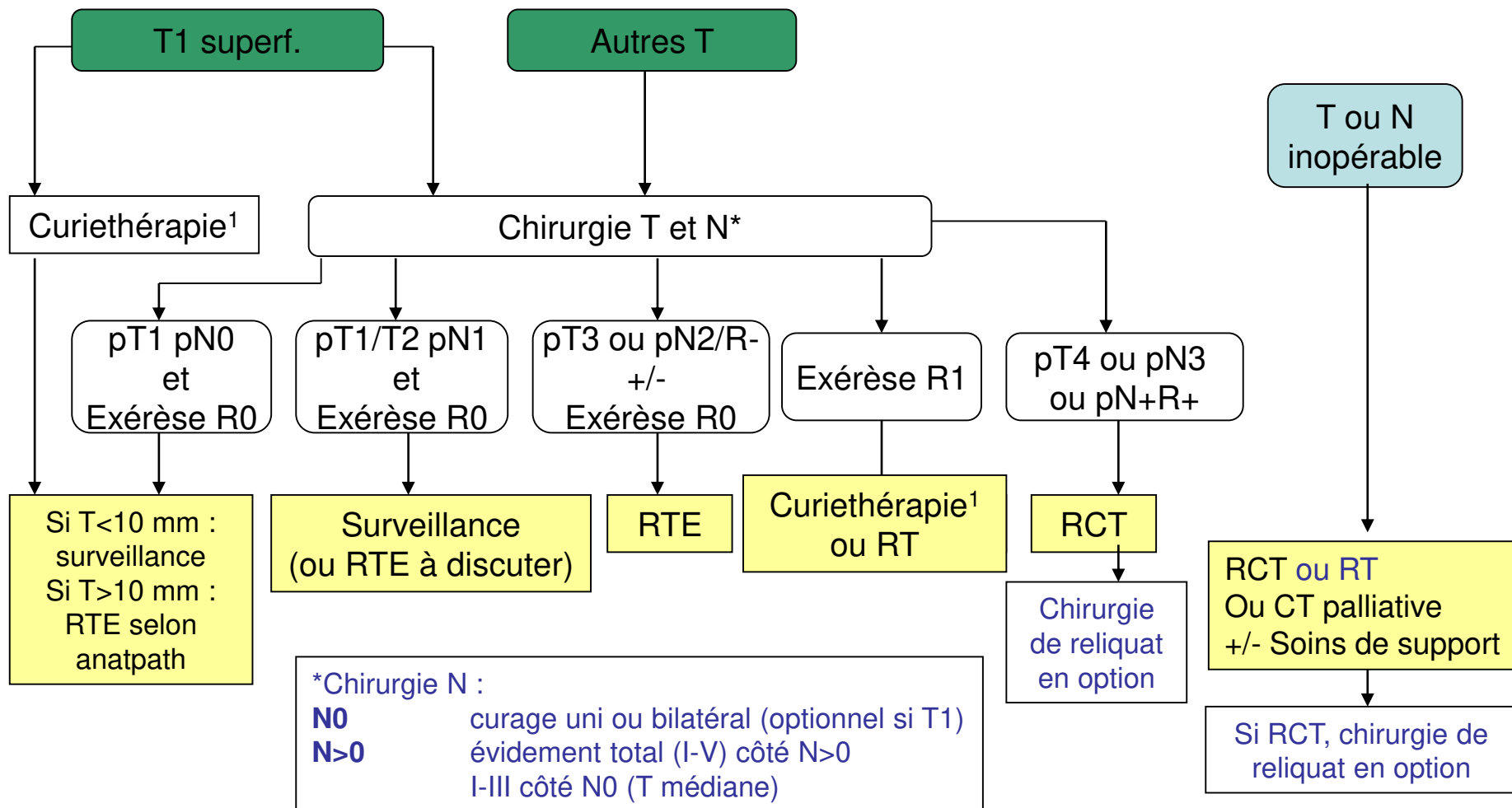


*Chirurgie N :

N0 curage uni ou bilatéral (optionnel si T1)
N>0 évidement total (I-V) côté N>0
 I-III côté N0 (T médiane)

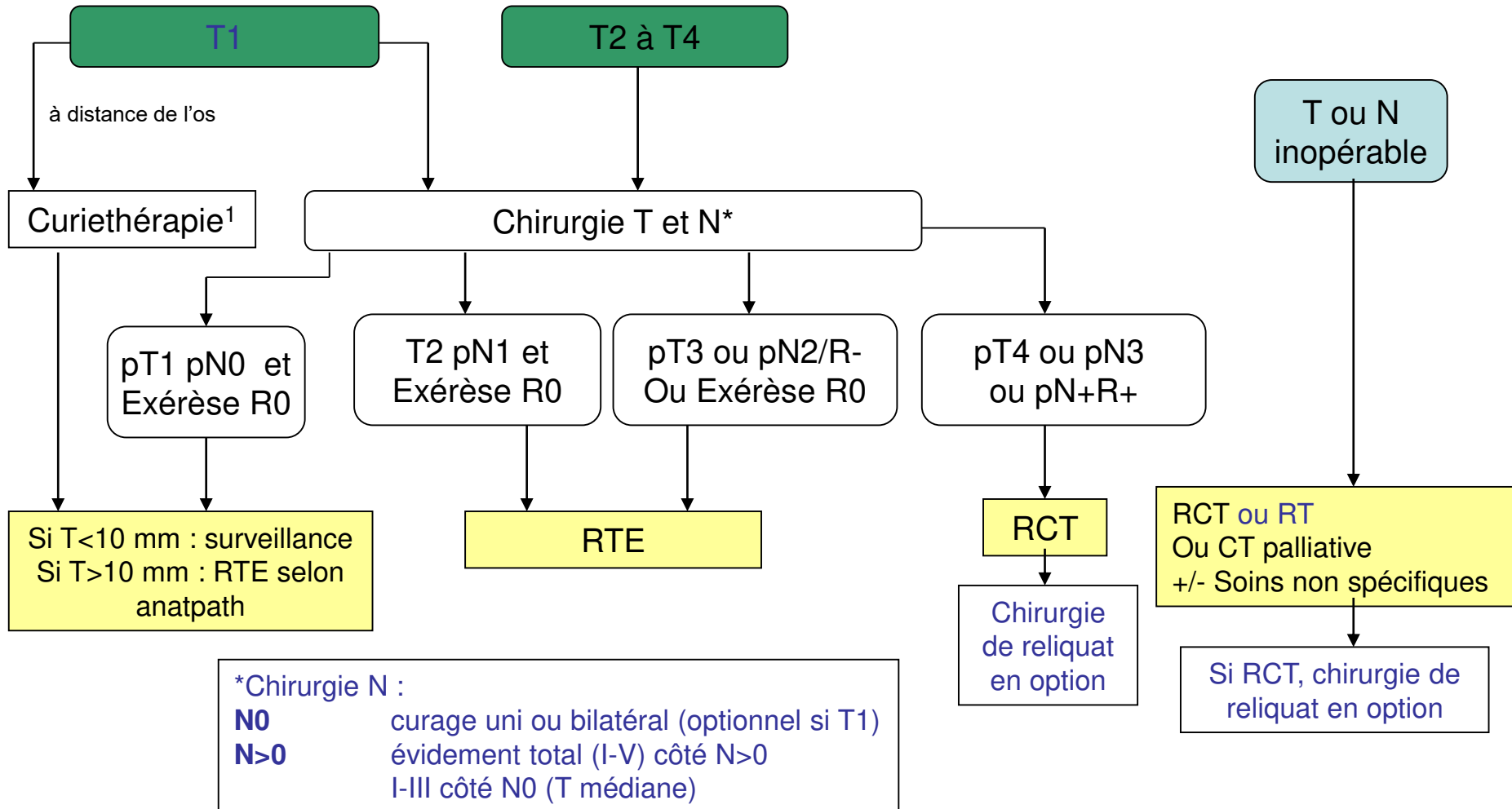
¹ Non disponible actuellement en Haute-Normandie

Zone de jonction pilier langue



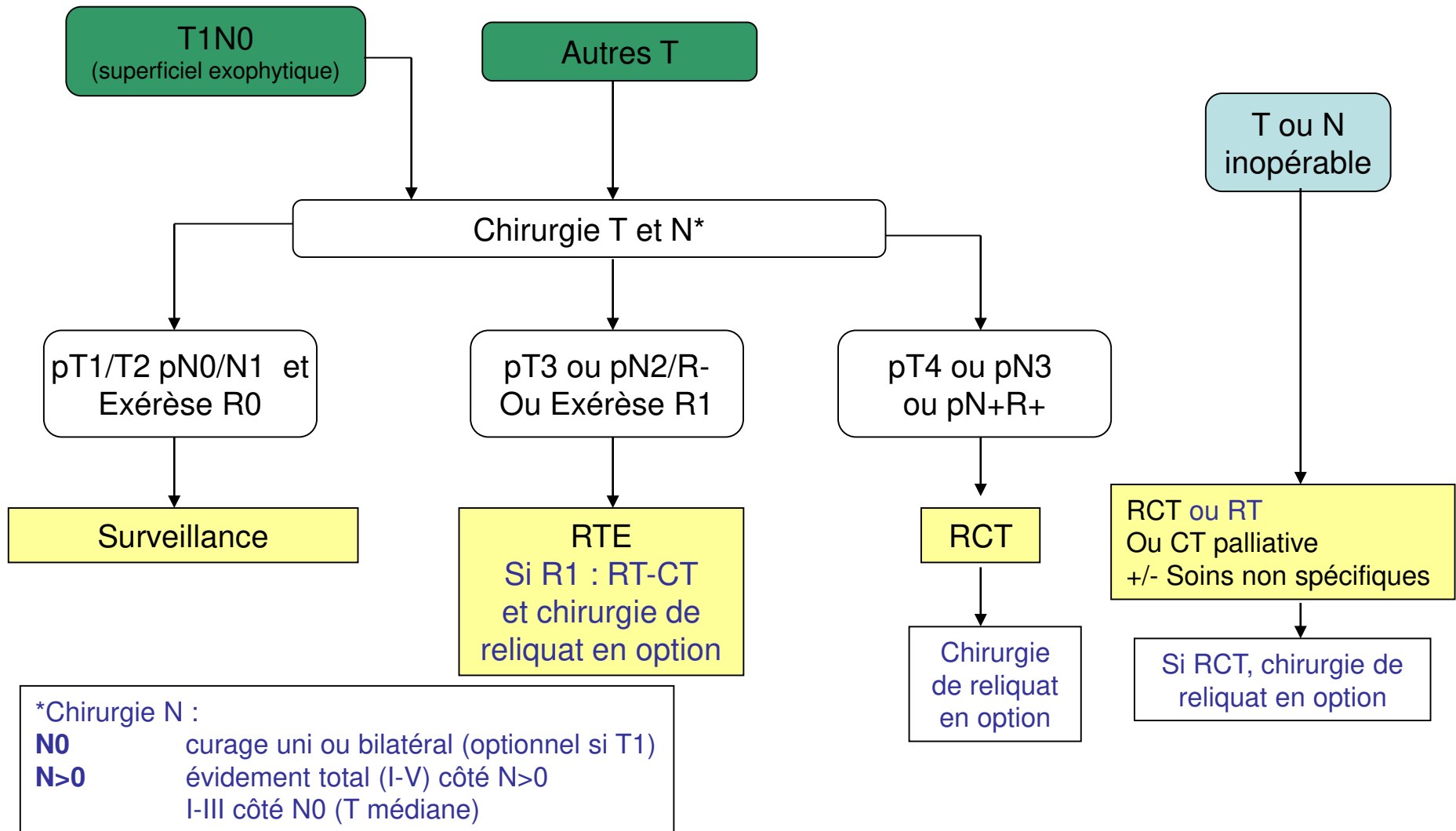
¹ Non disponible actuellement en Haute-Normandie

Plancher buccal

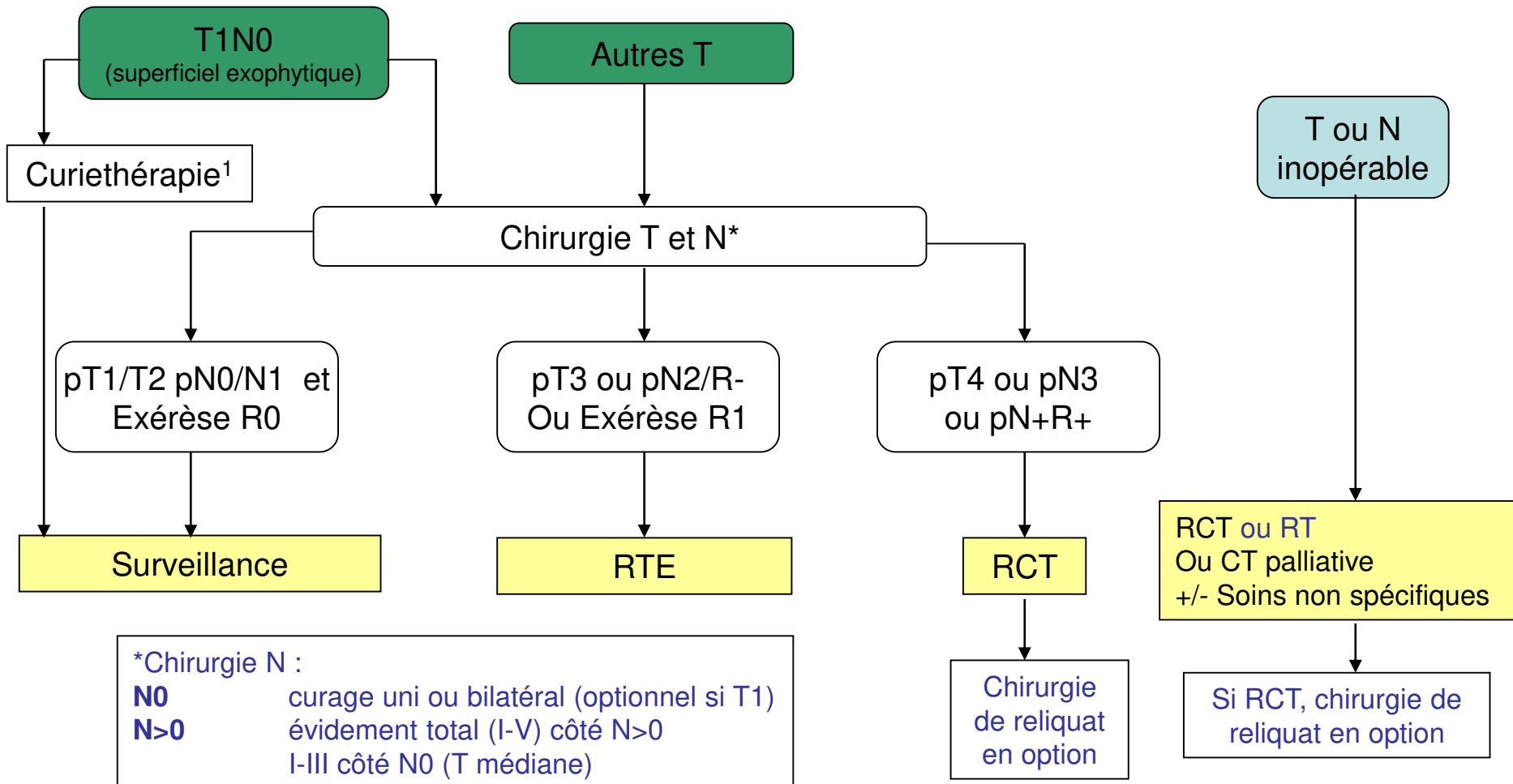


¹ Non disponible actuellement en Haute-Normandie

Trigone rétro-molaire

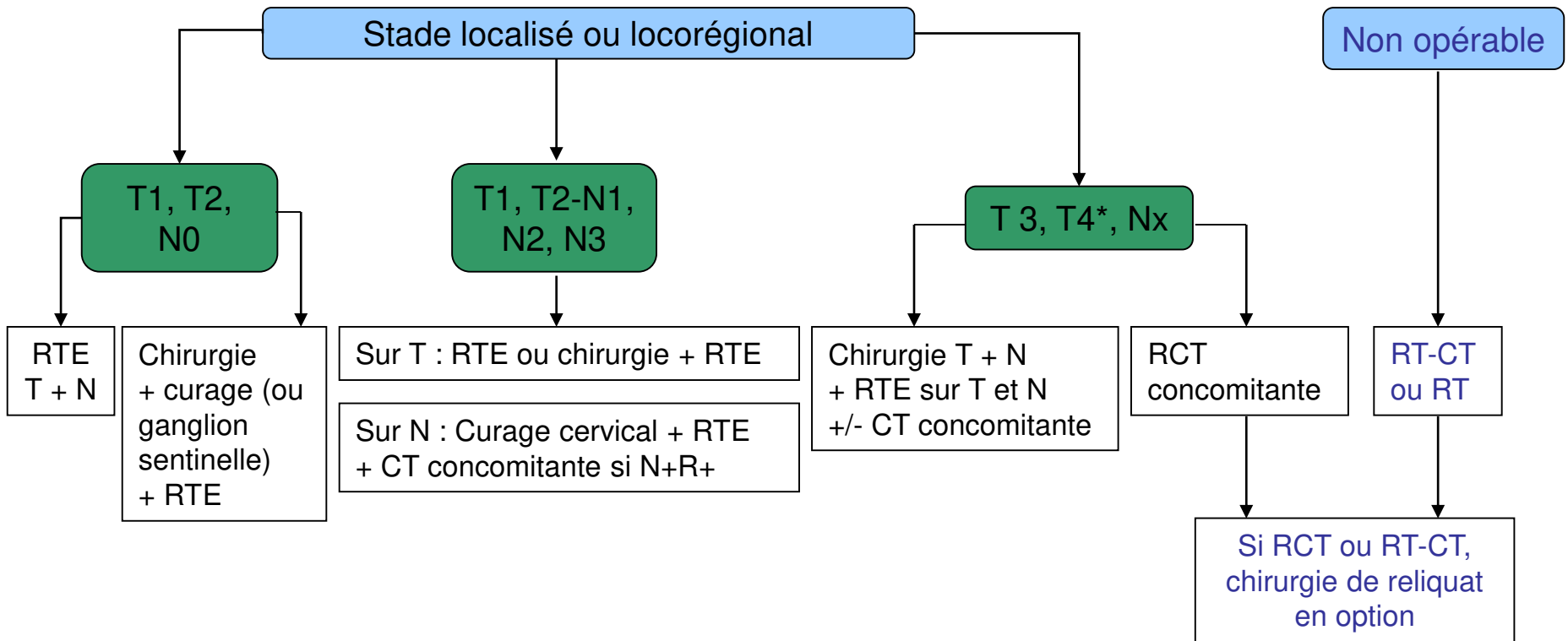


Trigone rétro-molaire

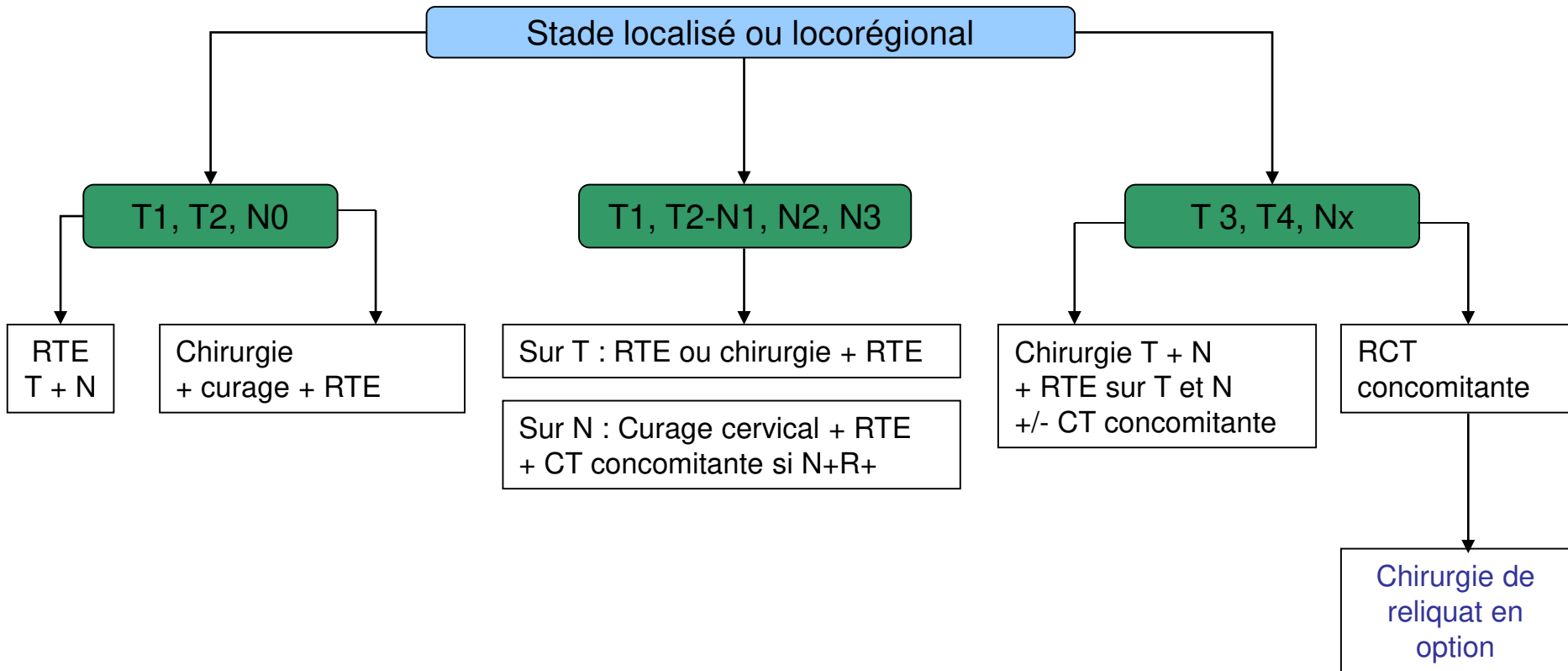


¹ Non disponible actuellement en Haute-Normandie

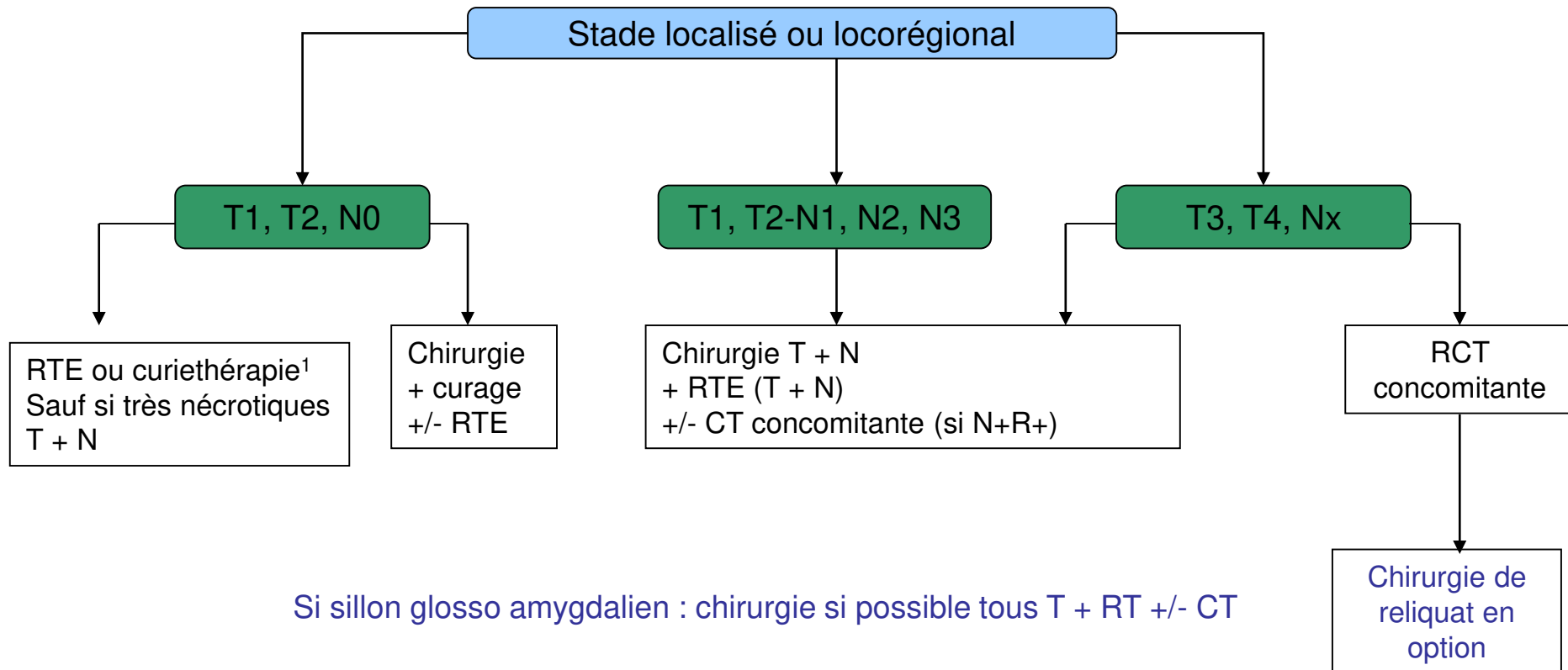
Loge amygdalienne



Loge amygdalienne

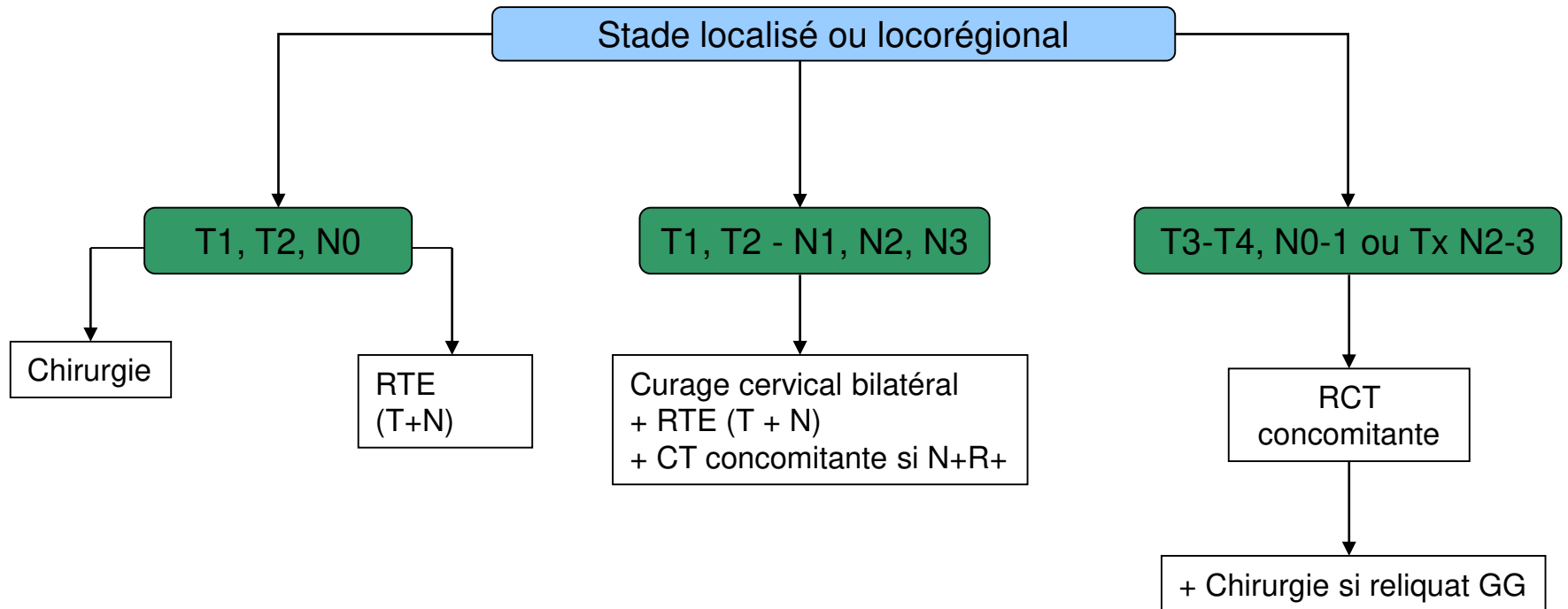


Base de langue

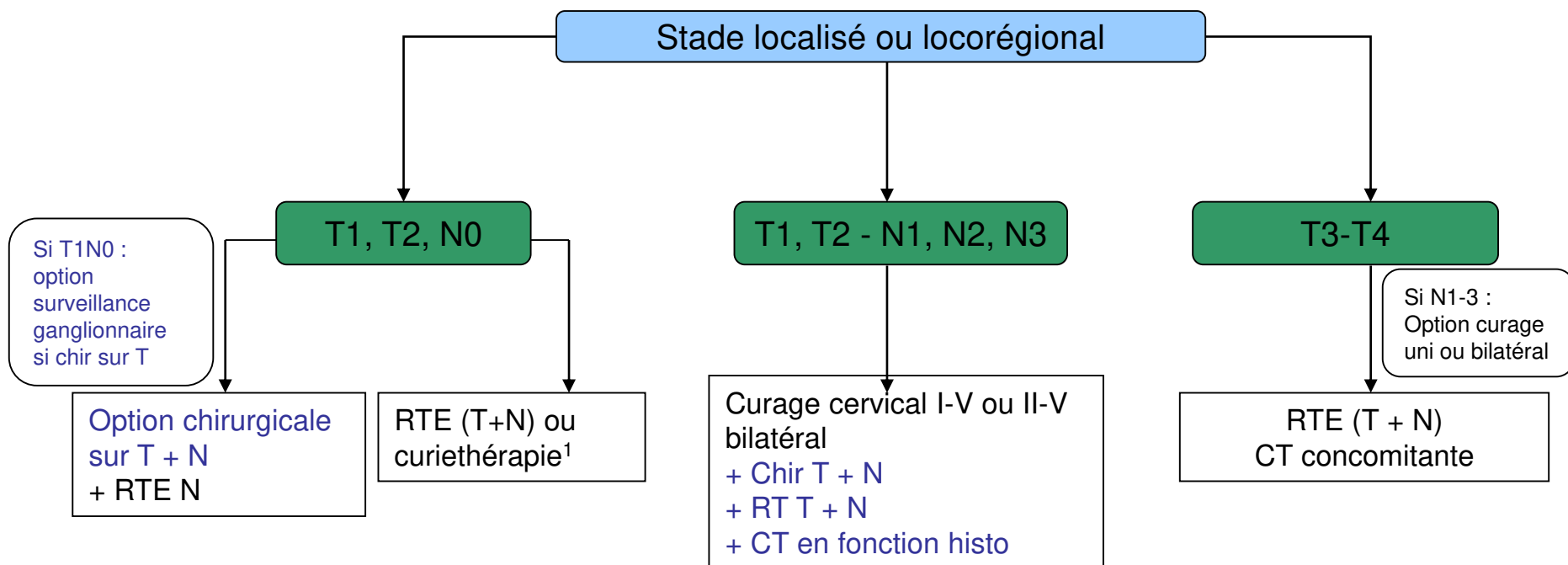


¹ Non disponible actuellement en Haute-Normandie

Oropharynx : paroi postérieure

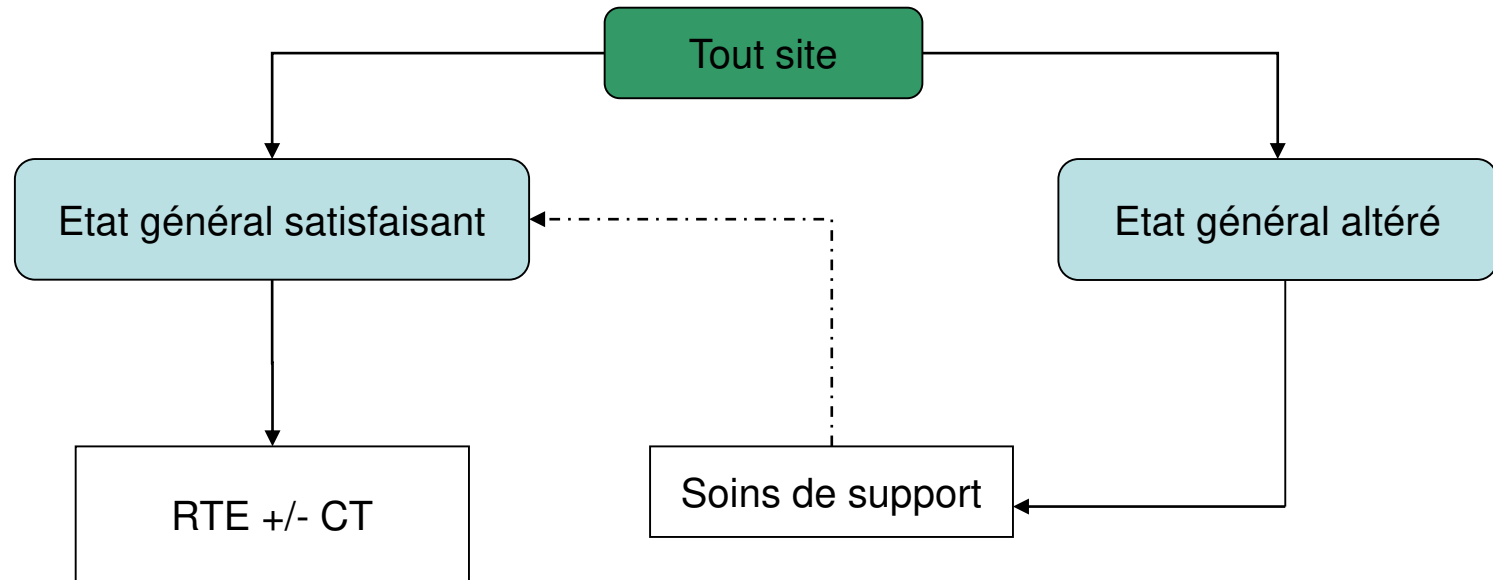


Voile du palais



¹ Non disponible actuellement en Haute-Normandie

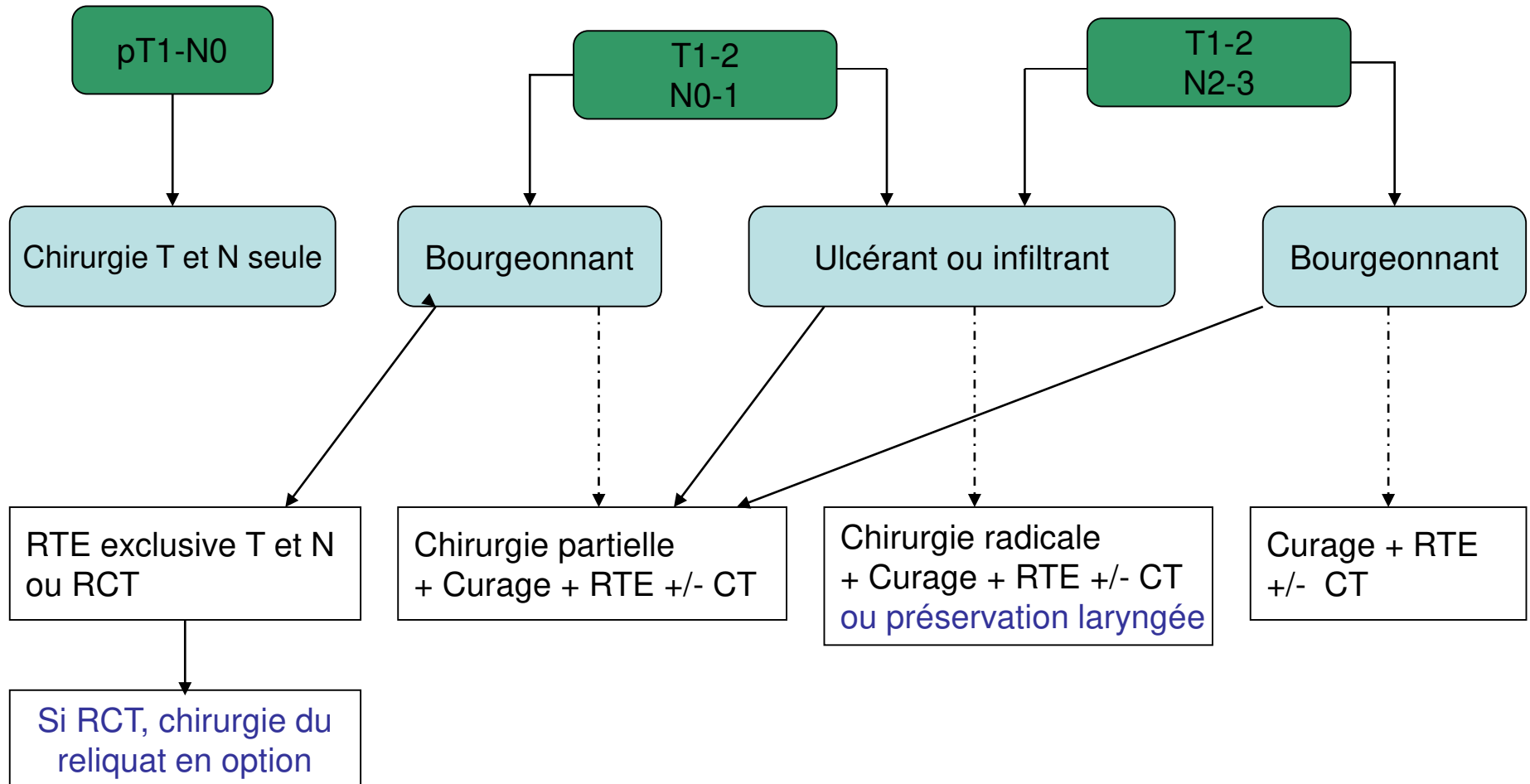
Larynx : patient non opérable*



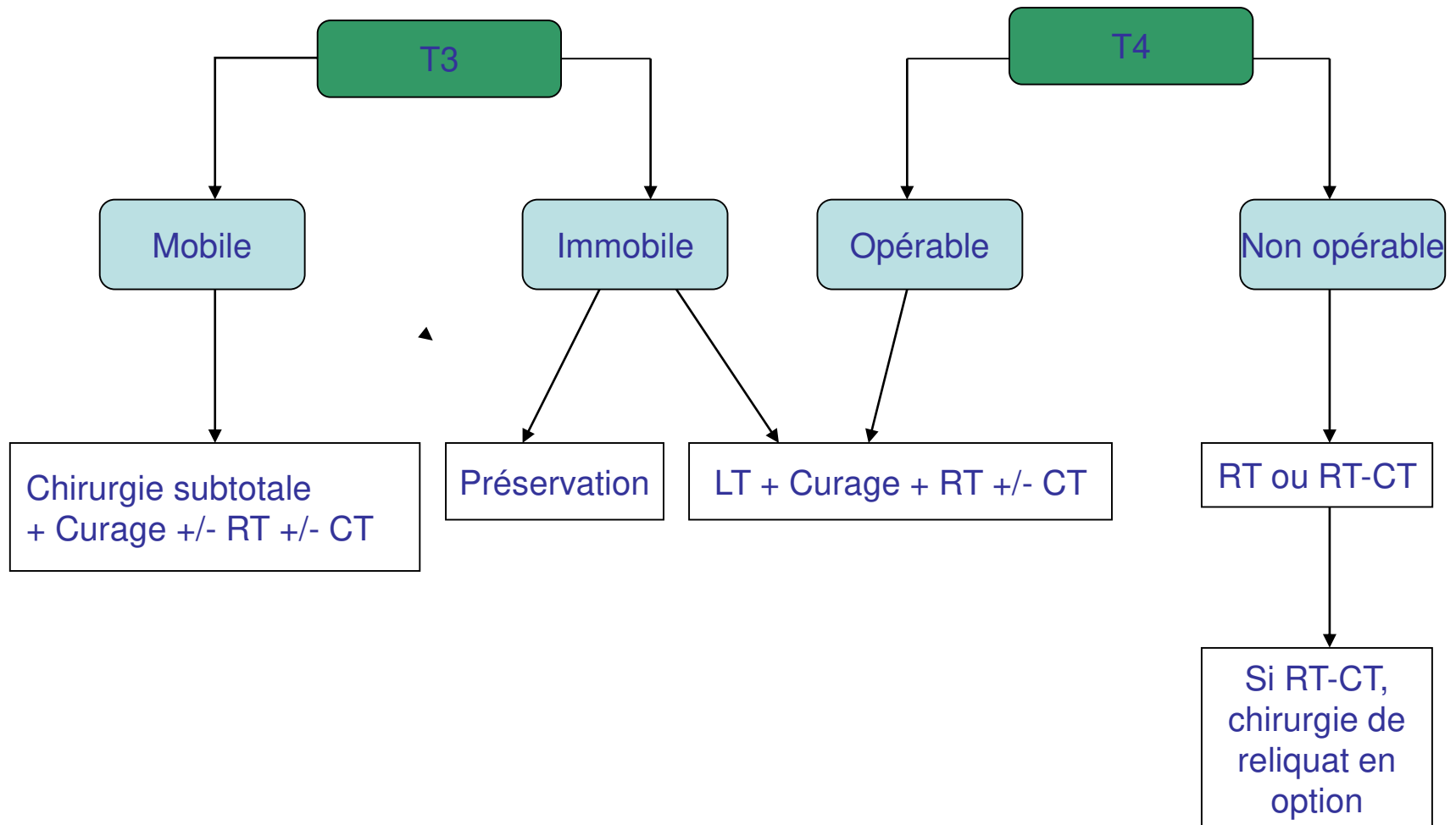
* Patient non opérable :

- contre indication liée à l'extension locale, locorégionale ou générale
- contre indication liée à l'état général du patient
- refus du patient

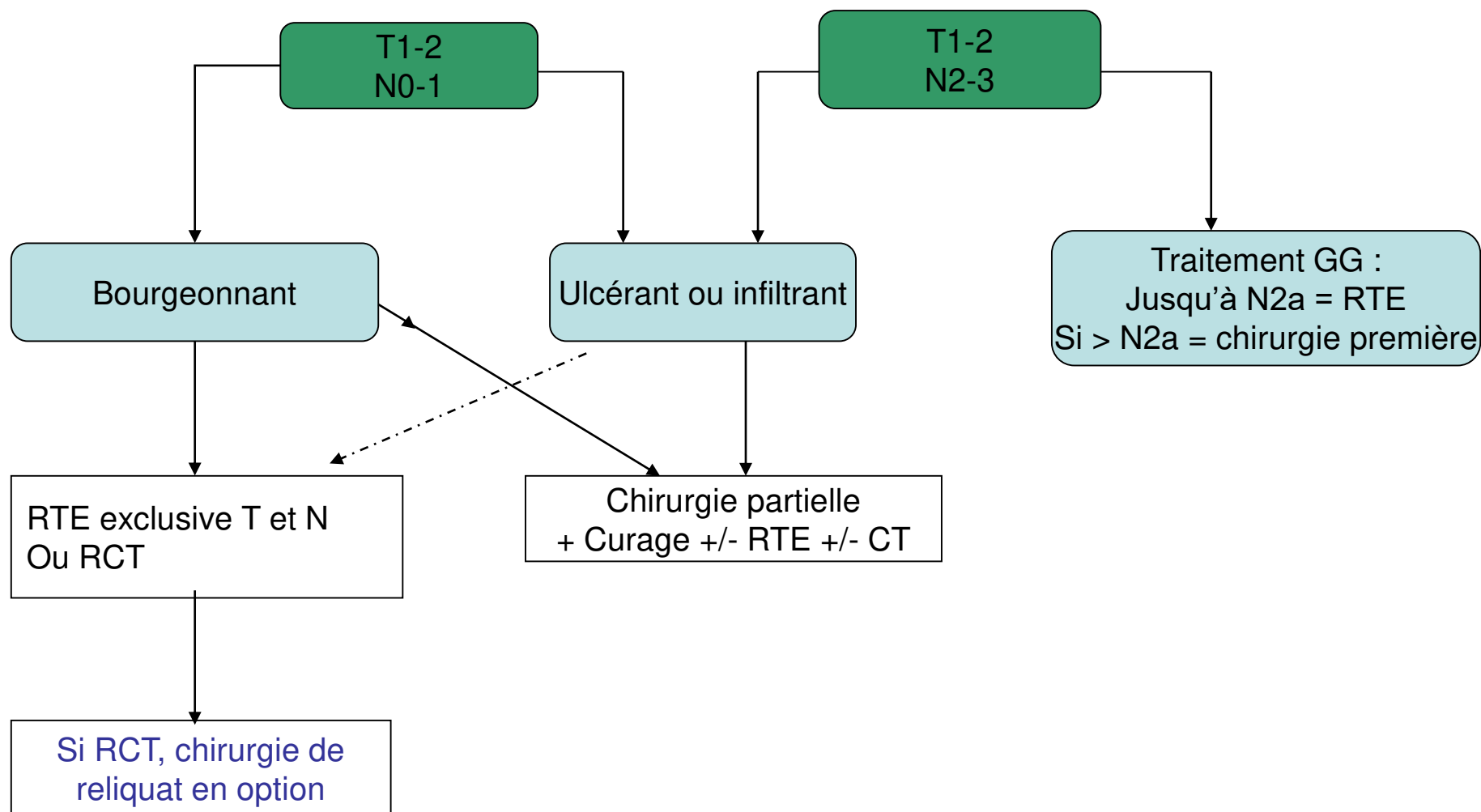
Larynx : marge (T1-2)



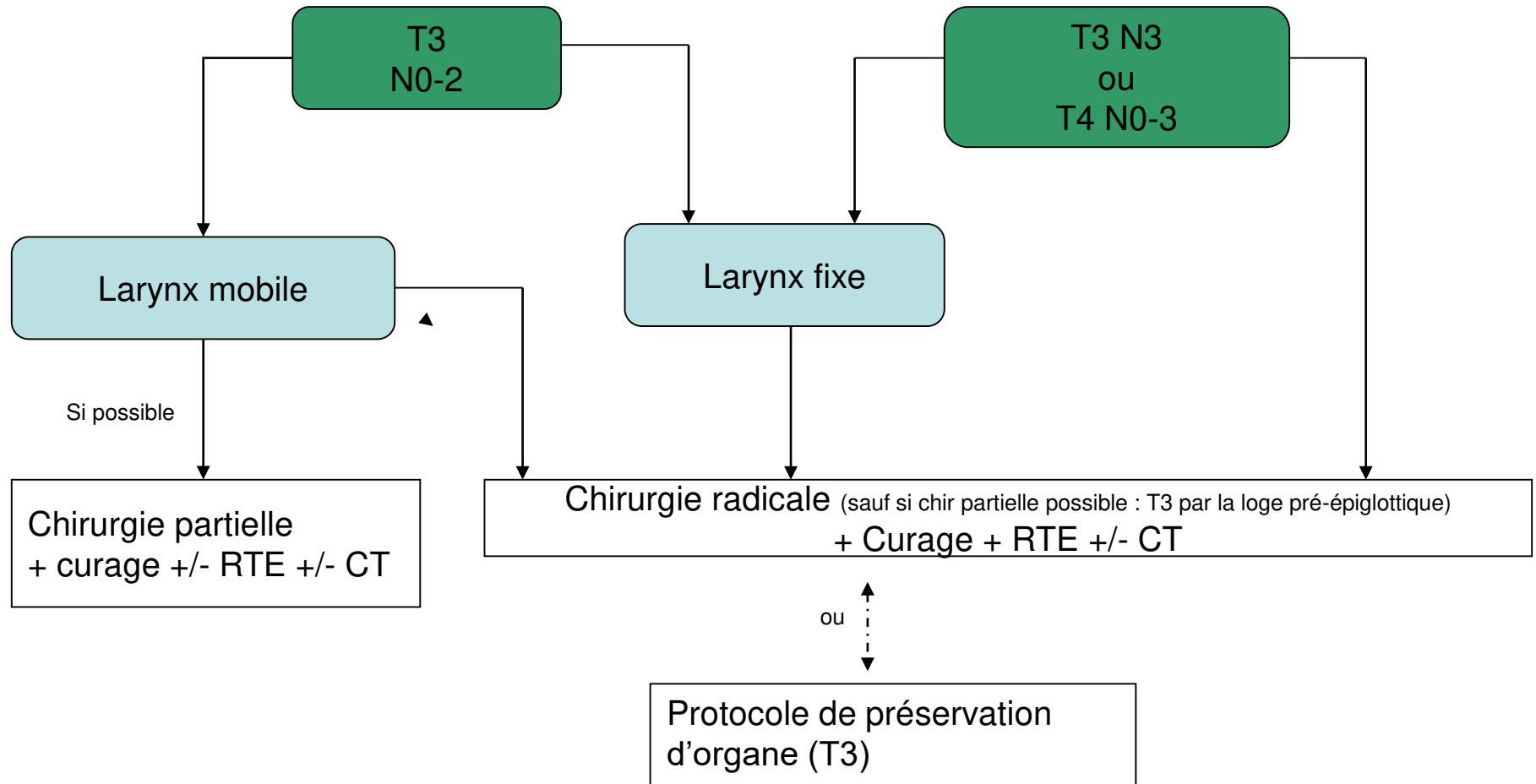
Larynx : marge (T3-4)



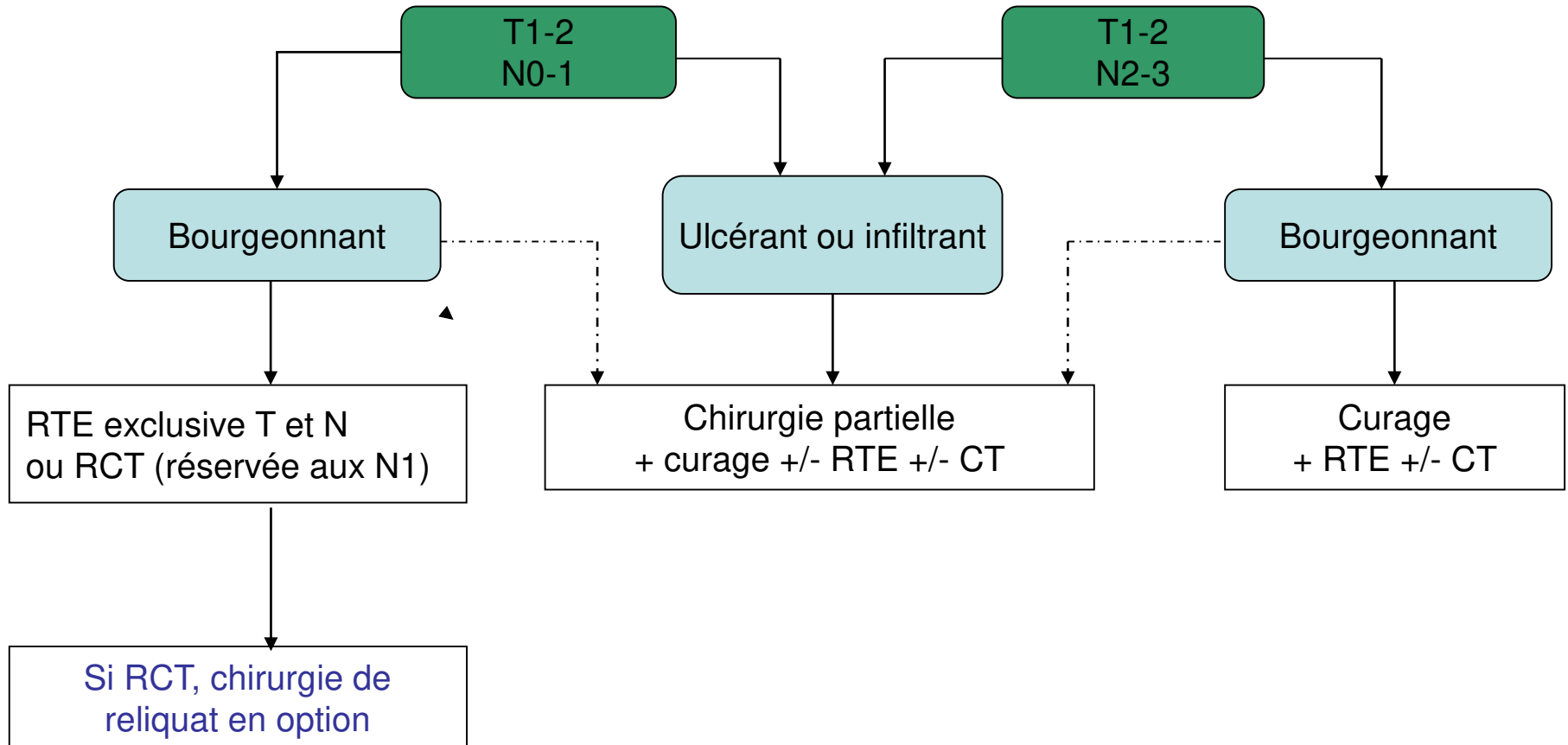
Larynx : face laryngée de l'épiglotte (T1-2)



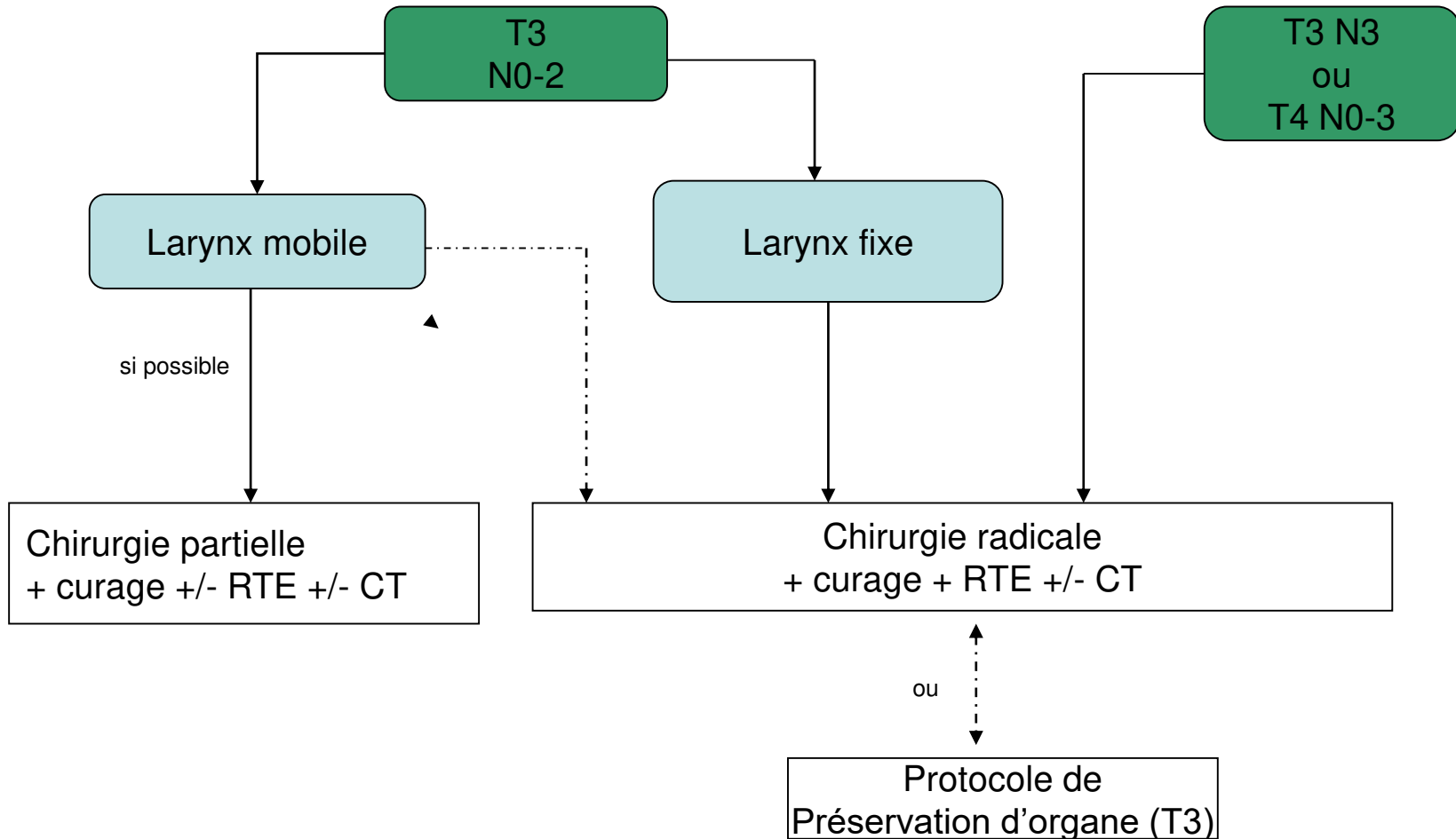
Larynx : face laryngée de l'épiglotte (T3-4)



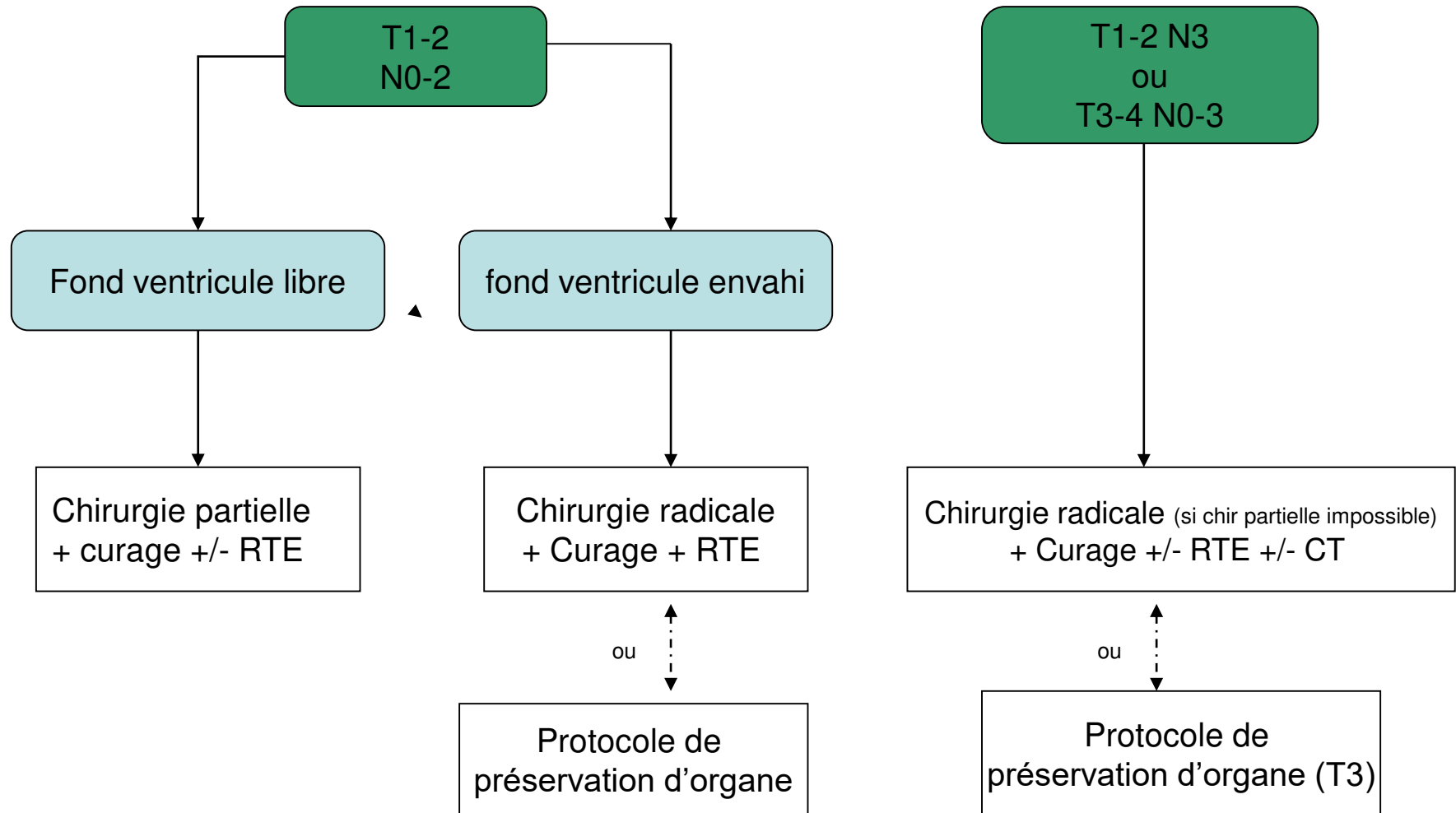
Larynx : bandes ventriculaires (T1-2)



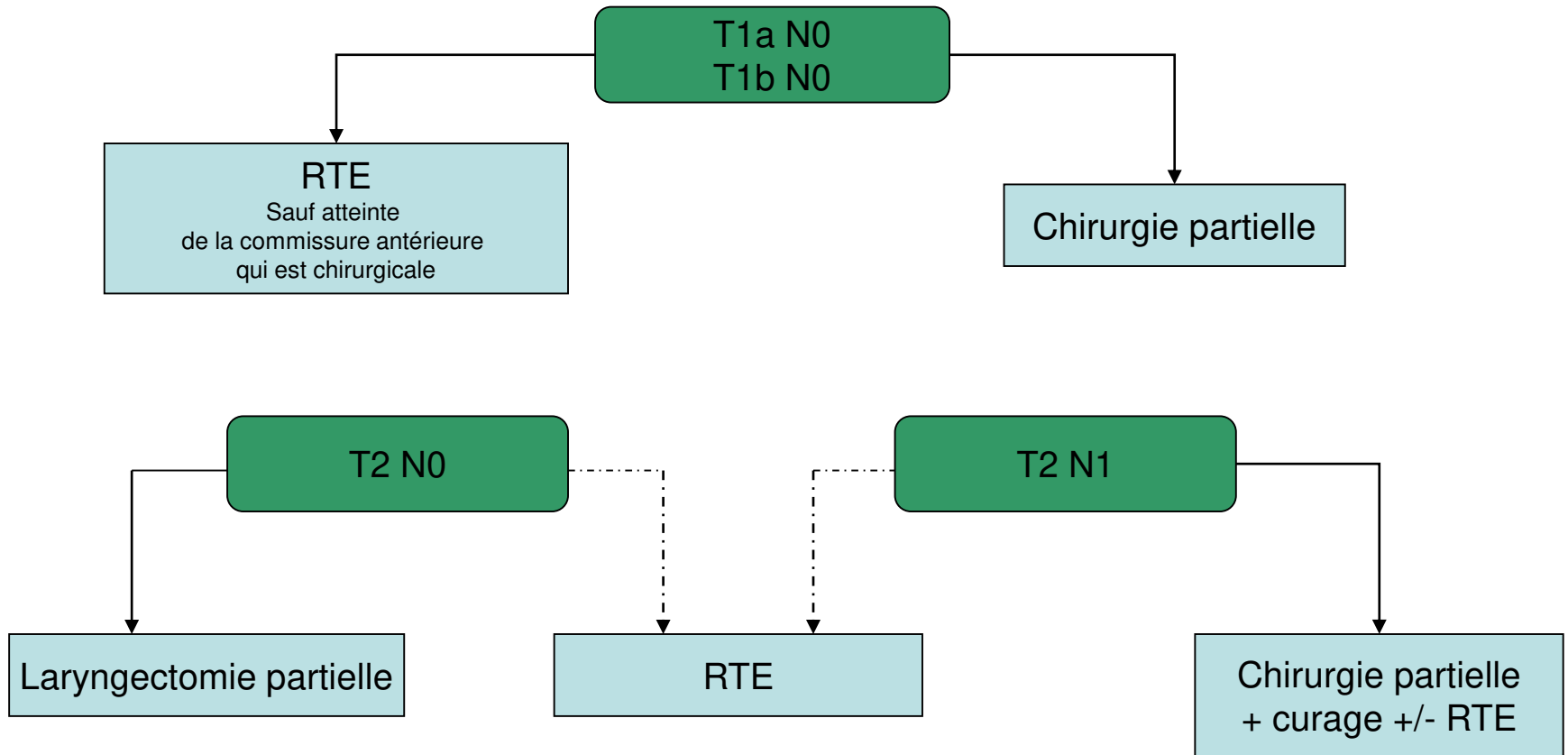
Larynx : bandes ventriculaires (T3-4)



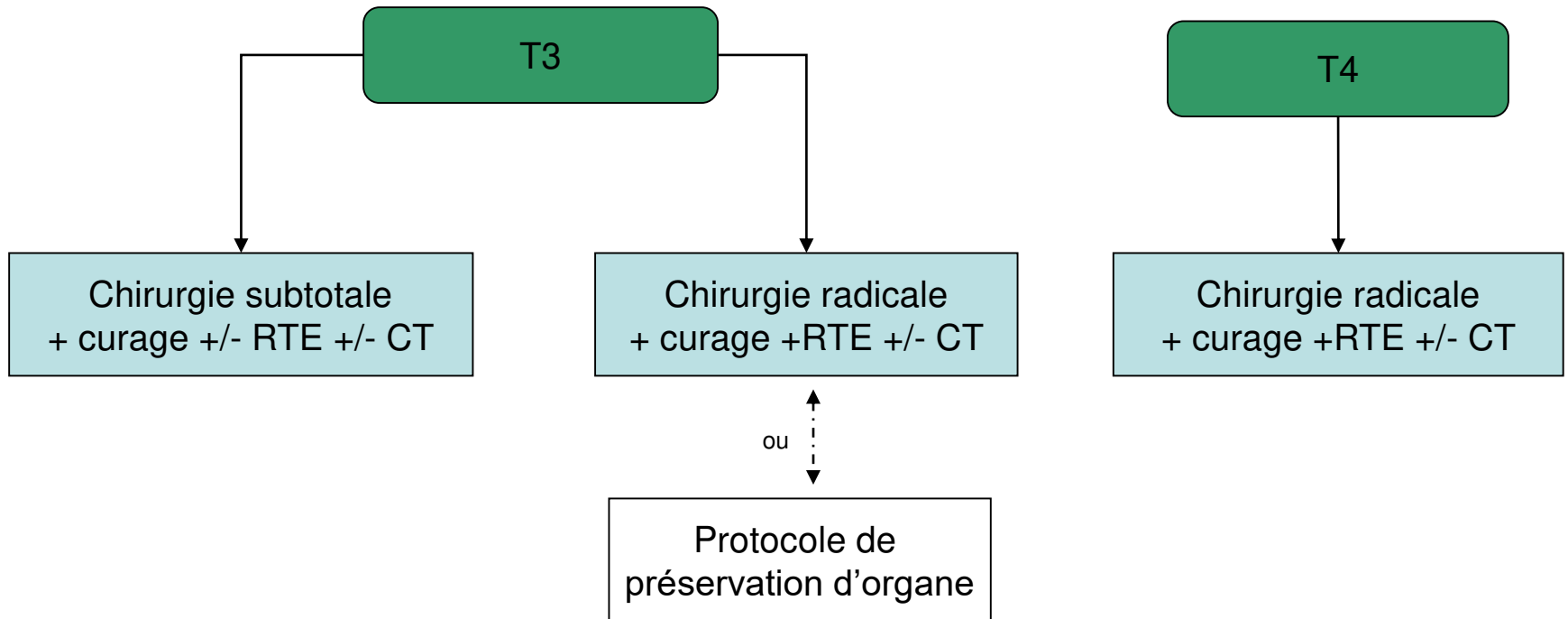
Larynx : ventricules laryngés



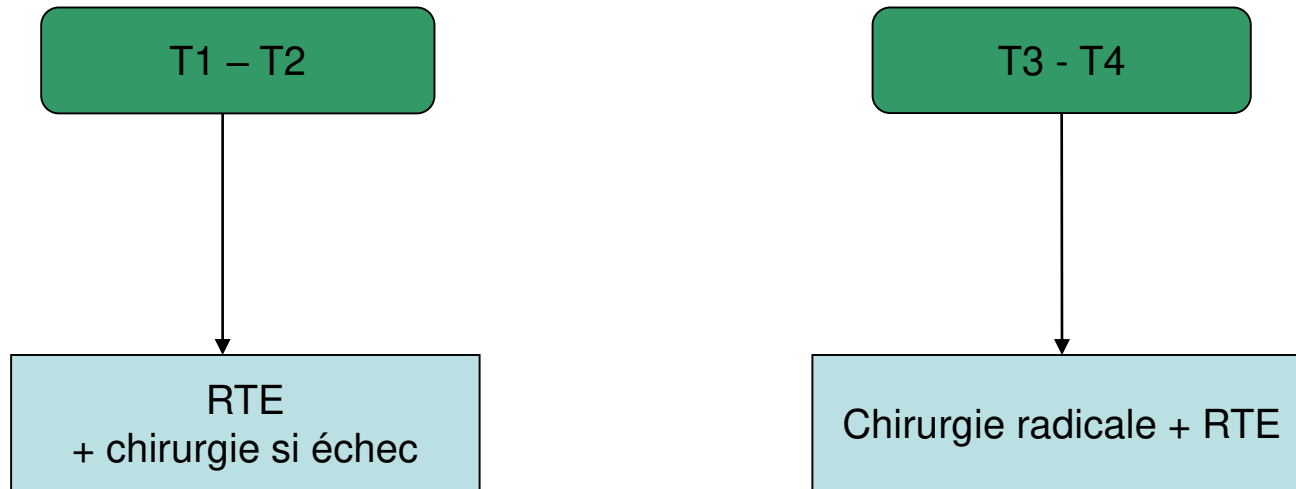
Larynx : étage glottique (T1-2)



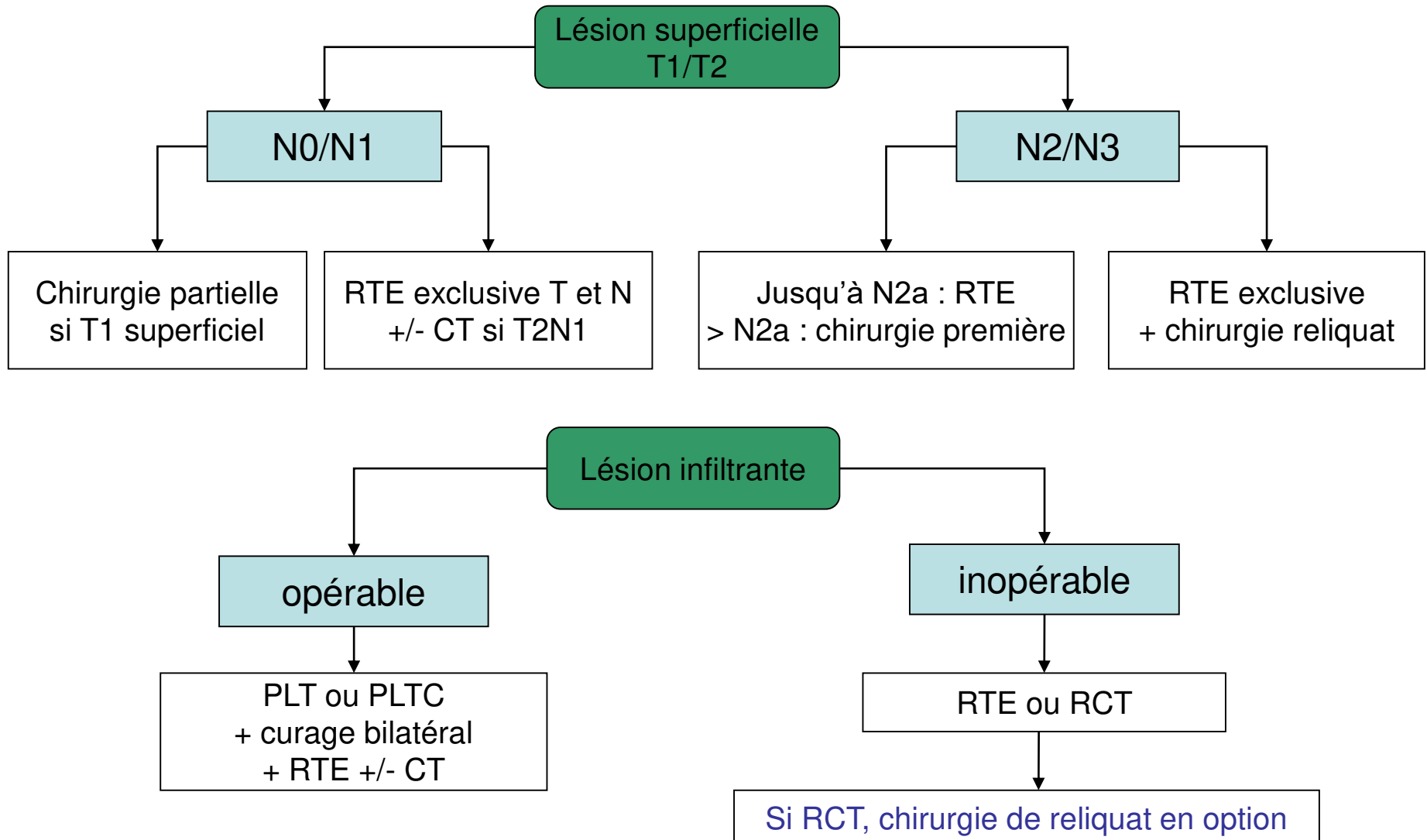
Larynx : étage glottique (T3-4)



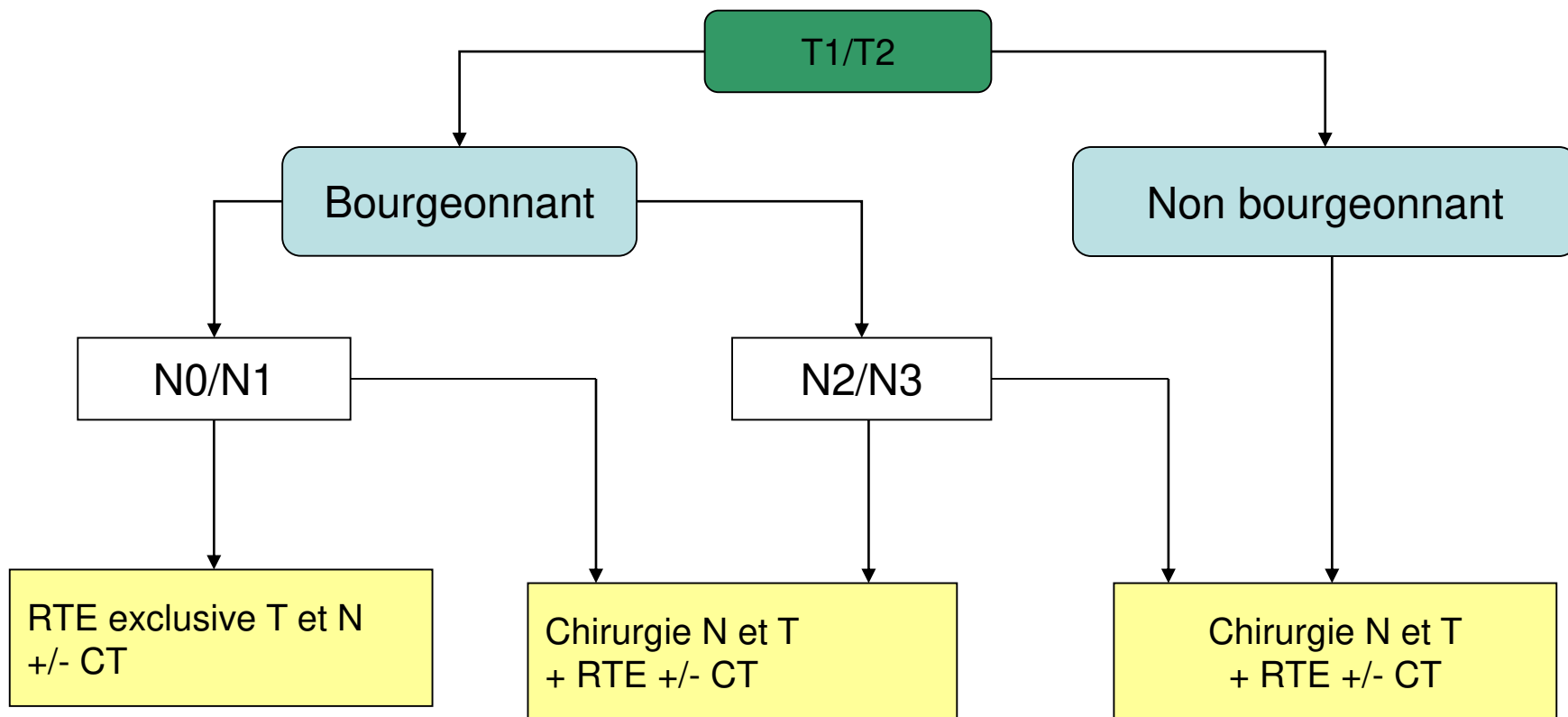
Larynx : étage sous - glottique



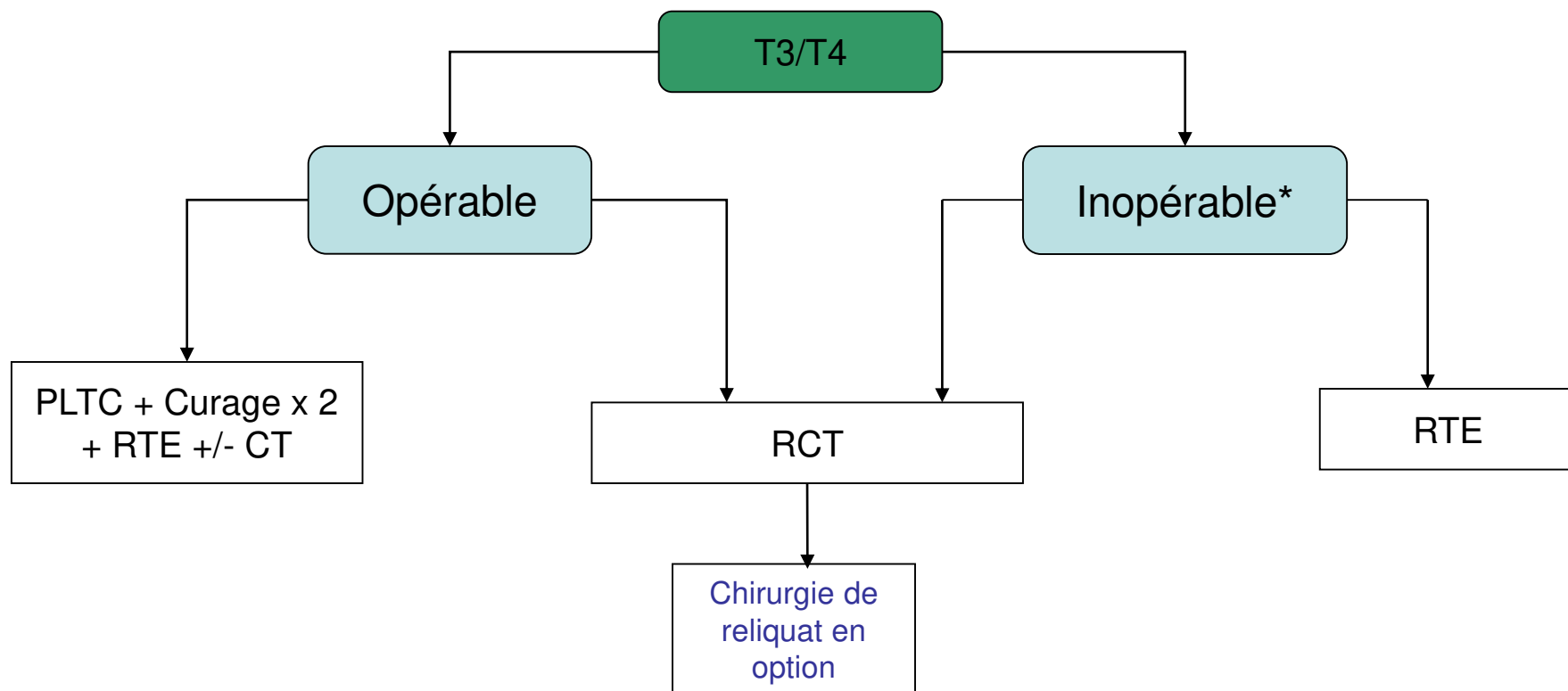
Région rétro-crico-aryténoïdienne



Hypopharynx : paroi postérieure (T1-2)

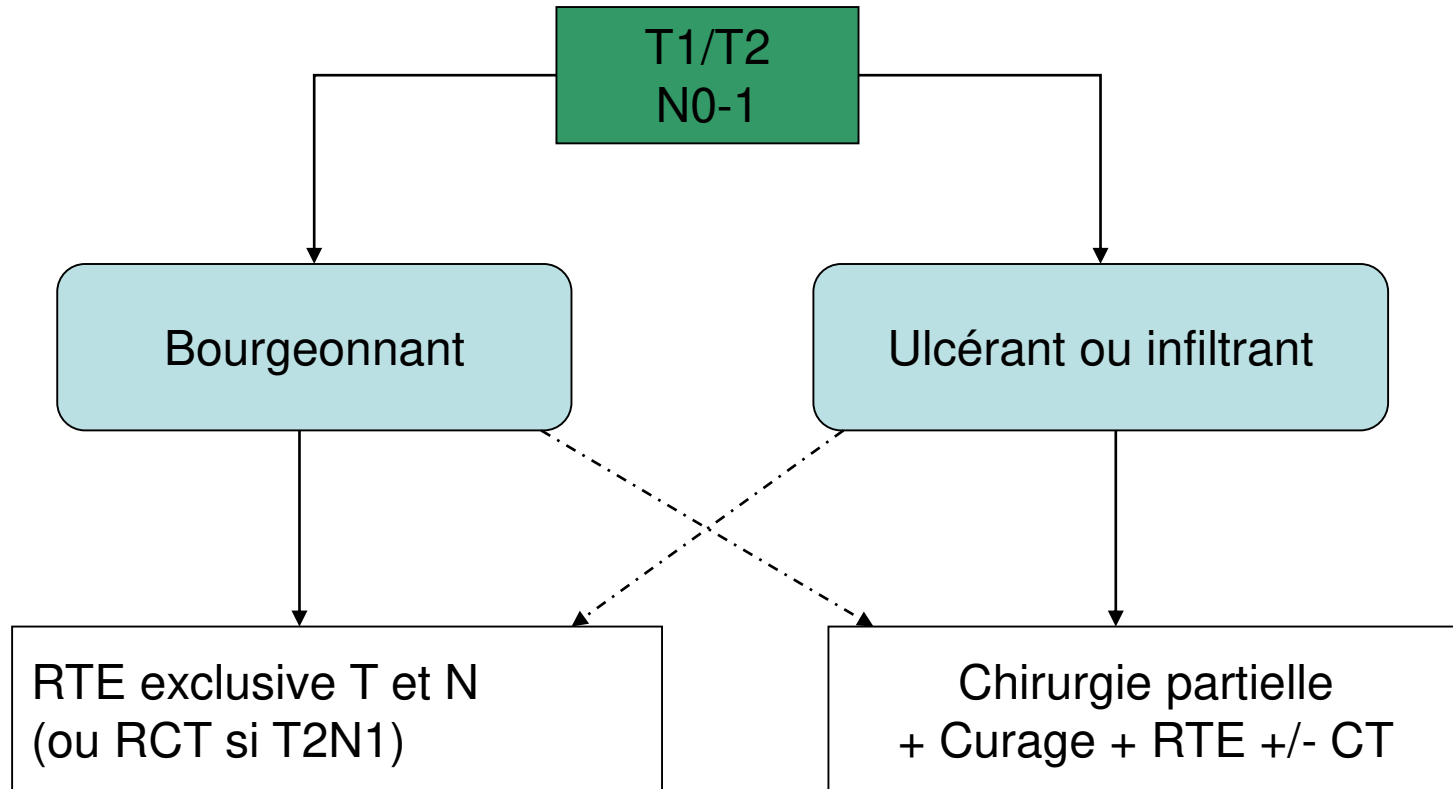


Hypopharynx : paroi postérieure (T3-4)

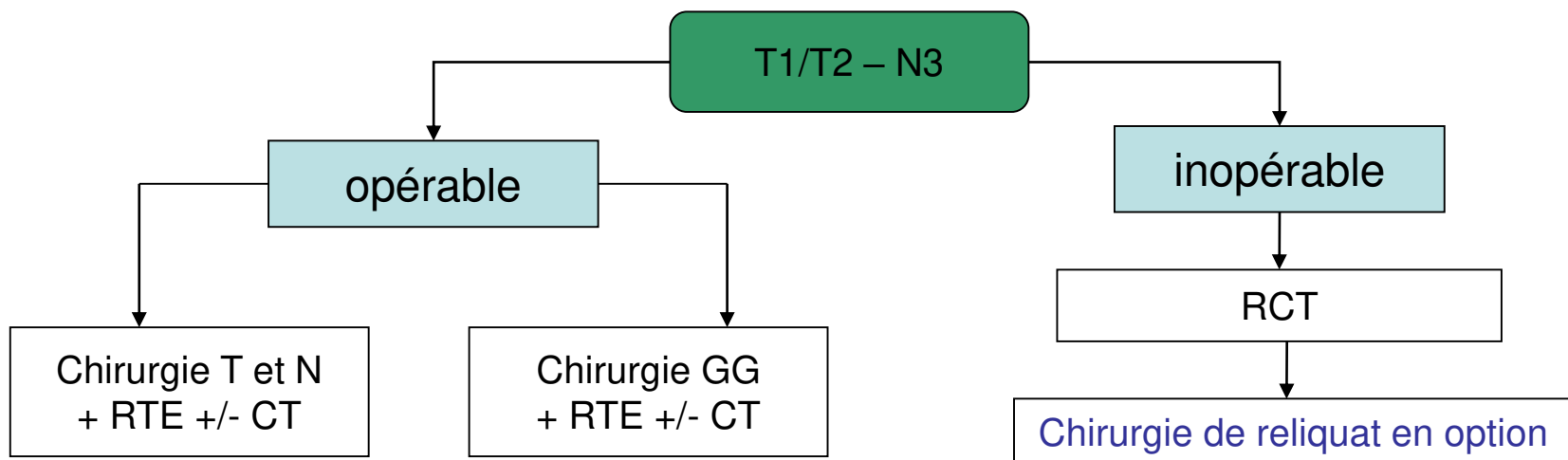
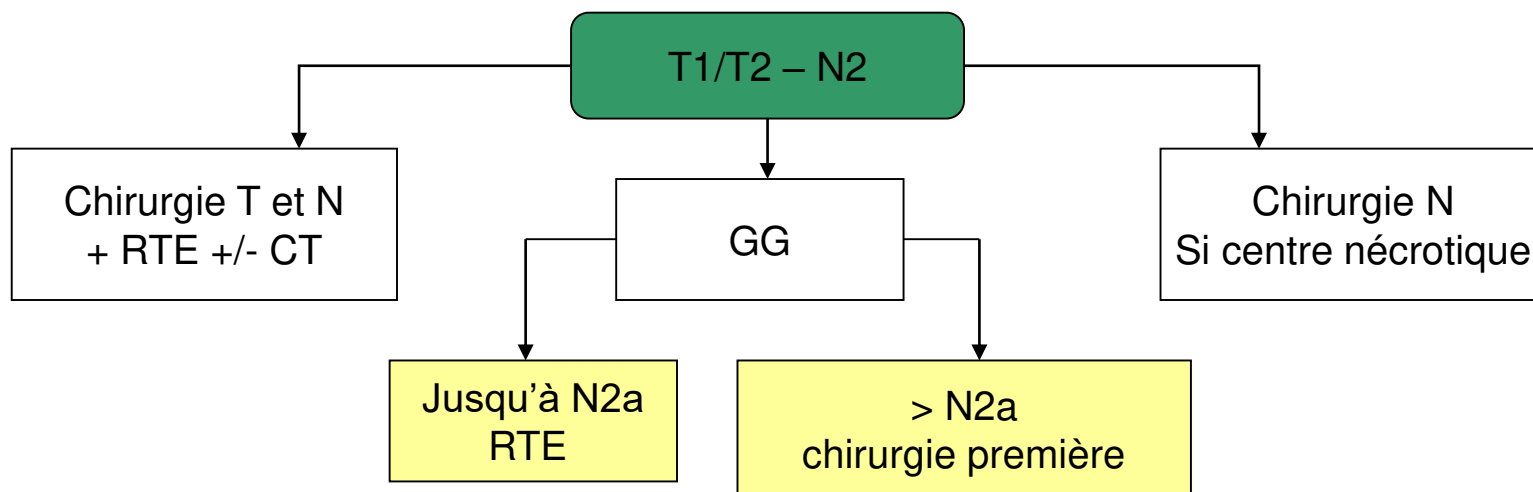


- * contre indication liée à l'extension locale, locorégionale ou générale
- * contre indication liée à l'état général du patient
- * refus du patient

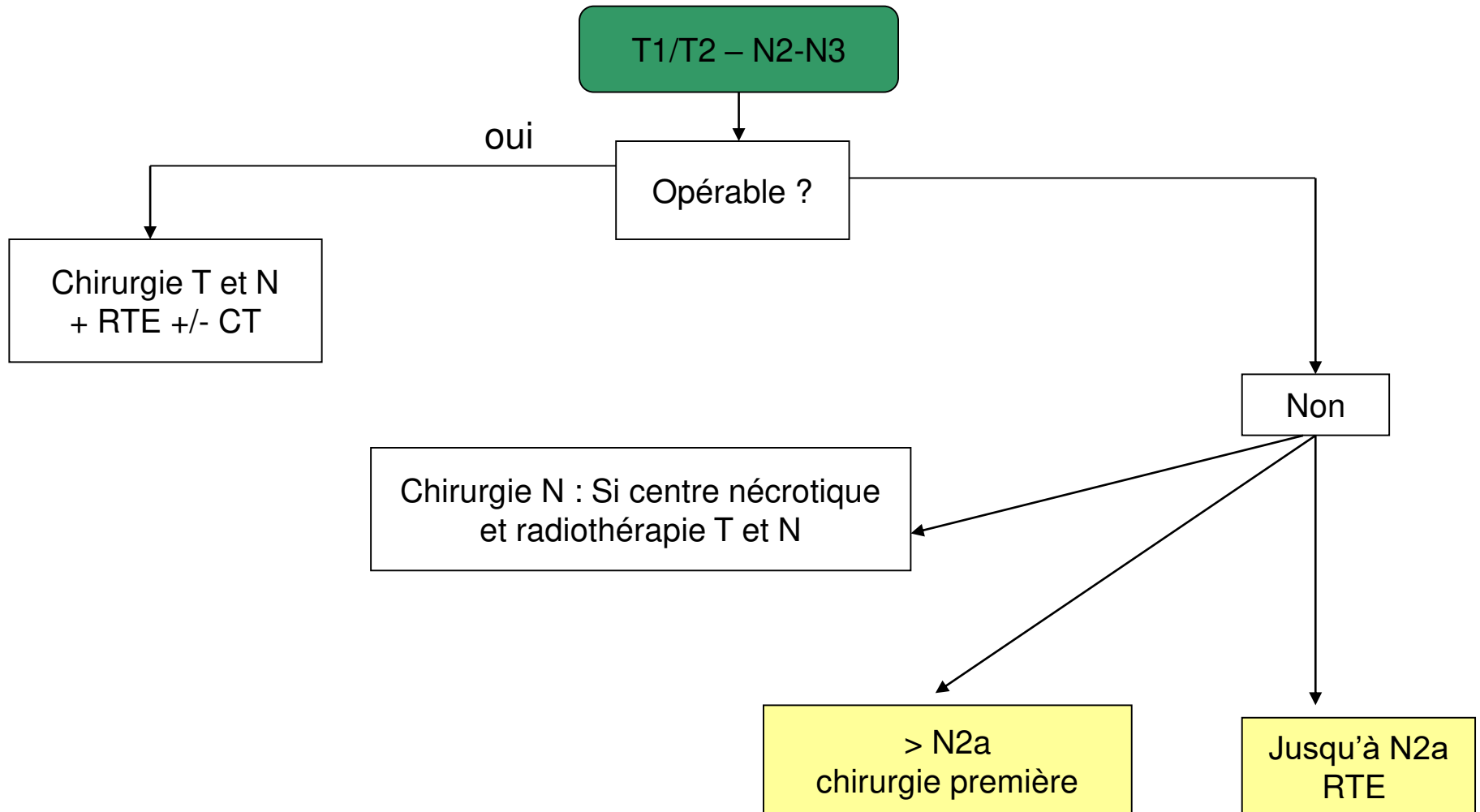
sinus piriforme (T1-2, N0-1)



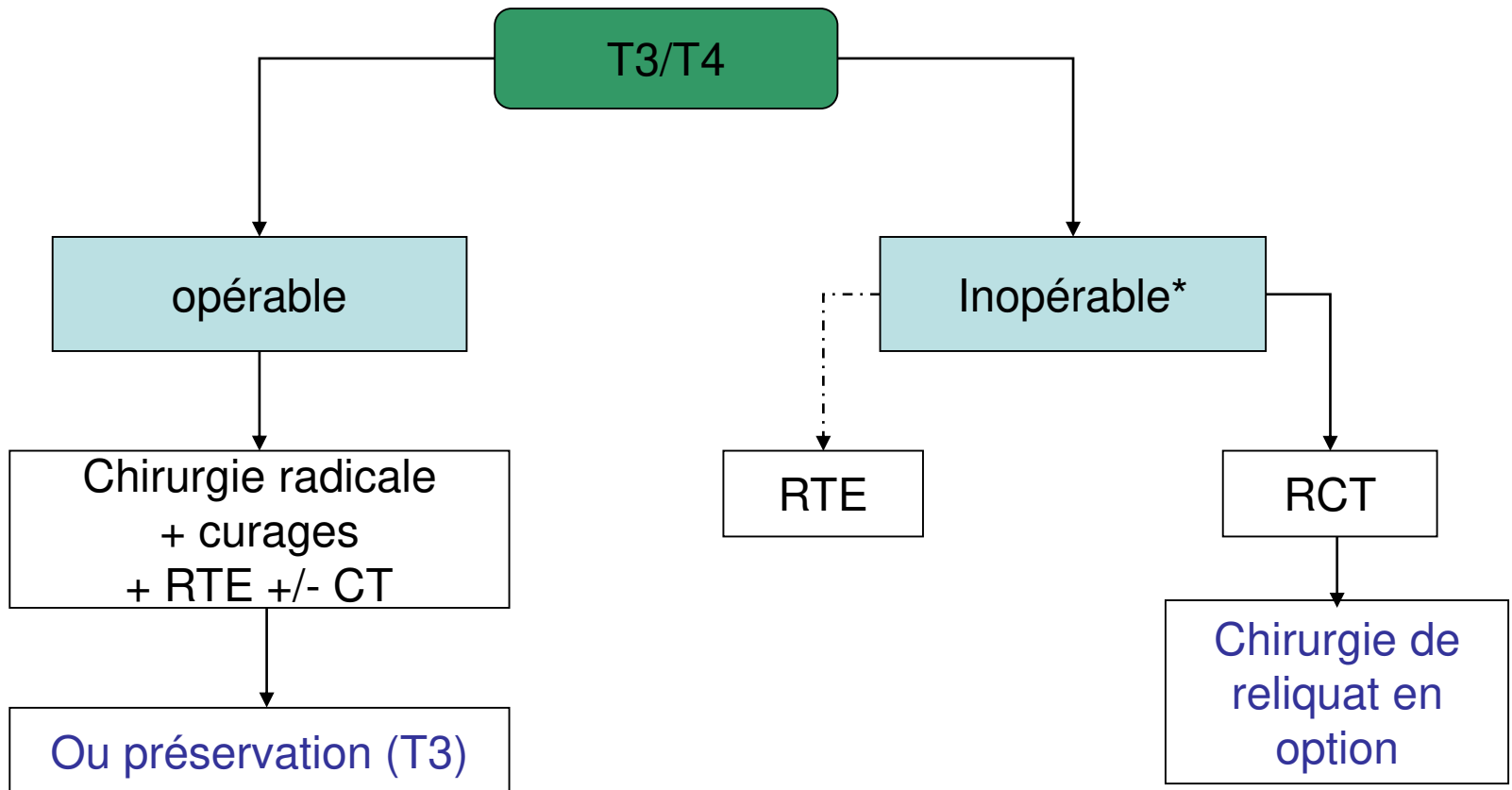
Sinus piriforme (T1-2, N2-3)



Sinus piriforme (T1-2, N2-3)

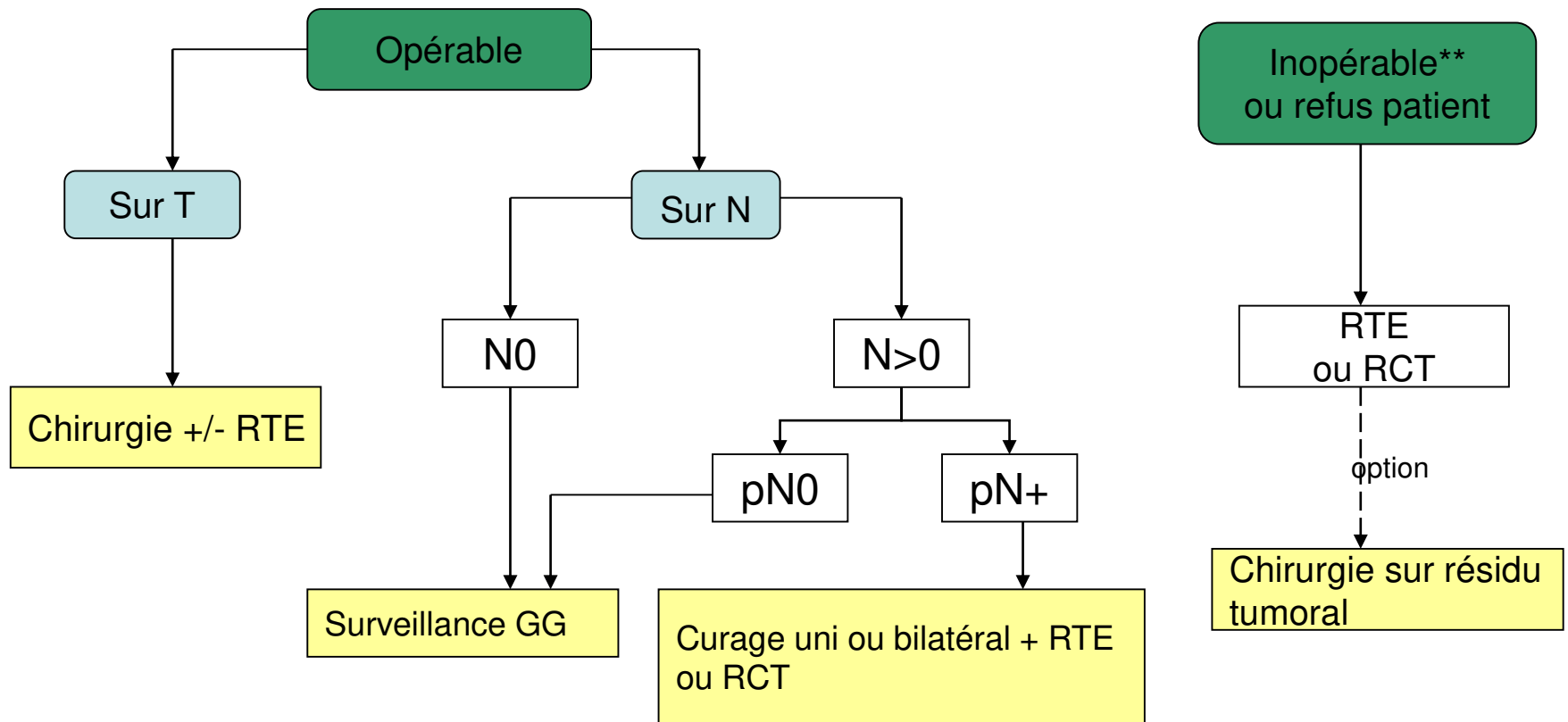


sinus piriforme (T3-4)



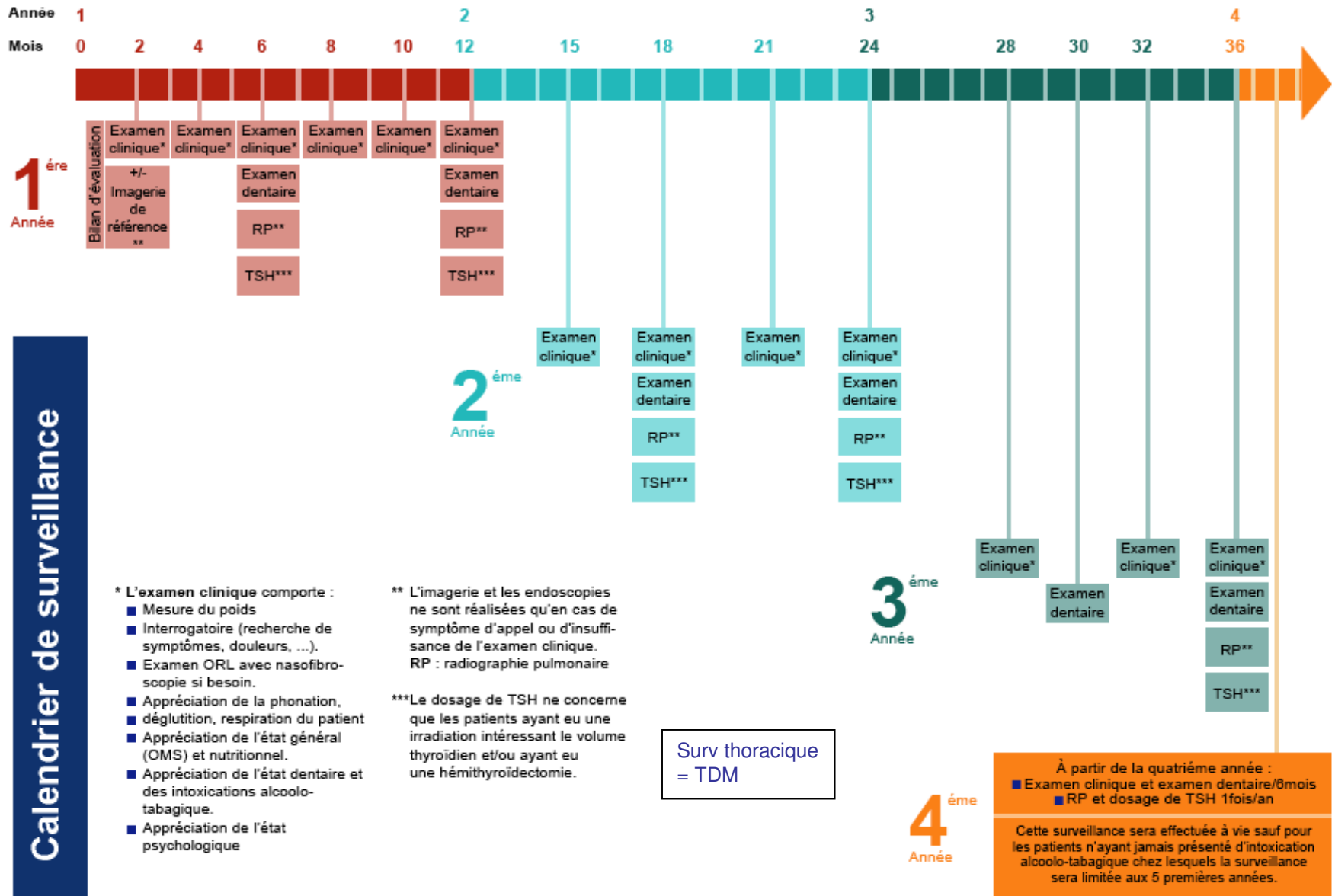
- * contre indication liée à l'extension locale, locorégionale ou générale
- * contre indication liée à l'état général du patient
- * refus du patient

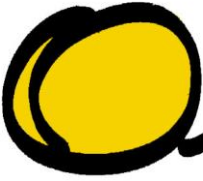
Sinus et fosses nasales



** par l'extension loco-régionale ou l'état général

Surveillance



Réseau  Onco-normand

Glandes salivaires

Introduction : situer le problème

- Incidence 1/100000
- Parotide : Gl salivaire principale la + atteinte
- Gl salivR acc : le palais topo la + atteinte
- Fréquence :
 - Parotide 20 à 25 % des tumeurs sont des cancers
 - S/s max : 35 à 40 %
 - GSA du palais : 50 %
 - Gl sublinguale : 95-100%
- 20 % sont ou deviendront métastatiques

TNM/Stade

T1 : ≤ 2 cm sans extension extra parenchymateuse

T2 : $2 < T \leq 4$ cm sans extension extra parenchymateuse

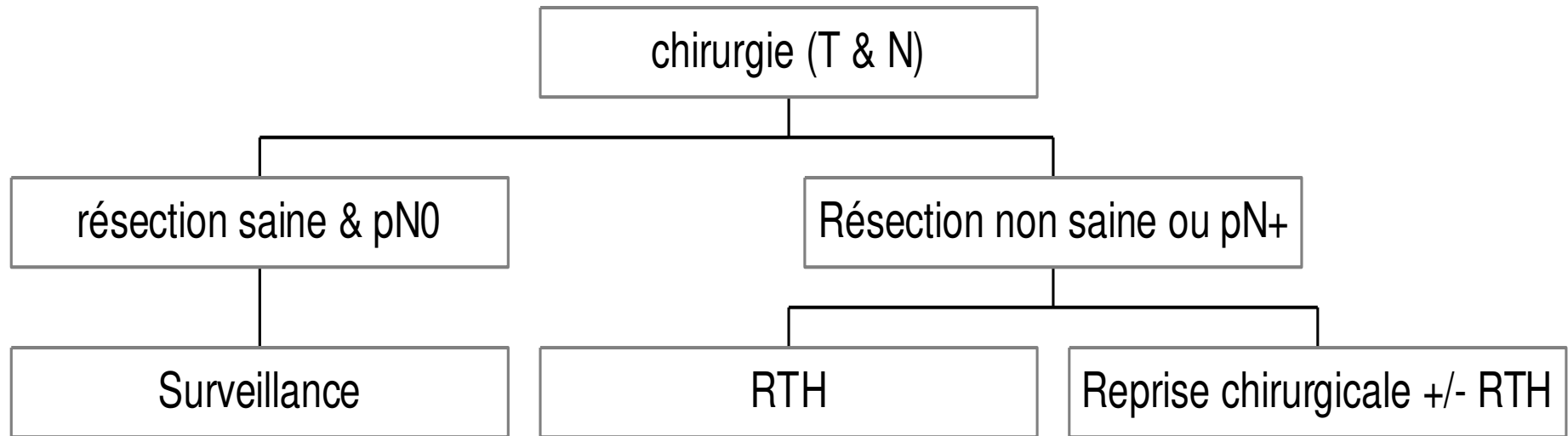
T3 > 4 cm et/ou avec extension extra parenchymateuse

T4a : extension à la peau, mandibule, CAE, nerf facial

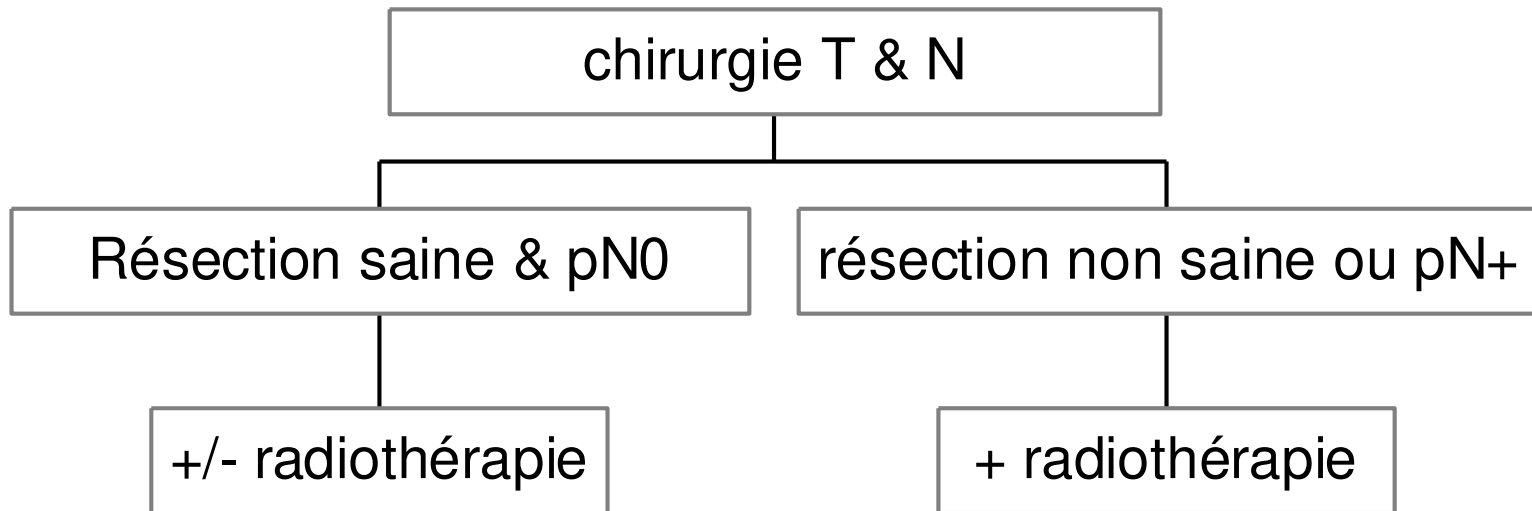
T4b : base du crâne, ptérygoïde, carotide...

Stade	T	N	M
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	1,2,3	1	0
IV a	1,2,3	2	0
	4a	0,1,2	0
IV b	4b	Tous	0
	Tous	3	0
IV c	Tous	Tous	1

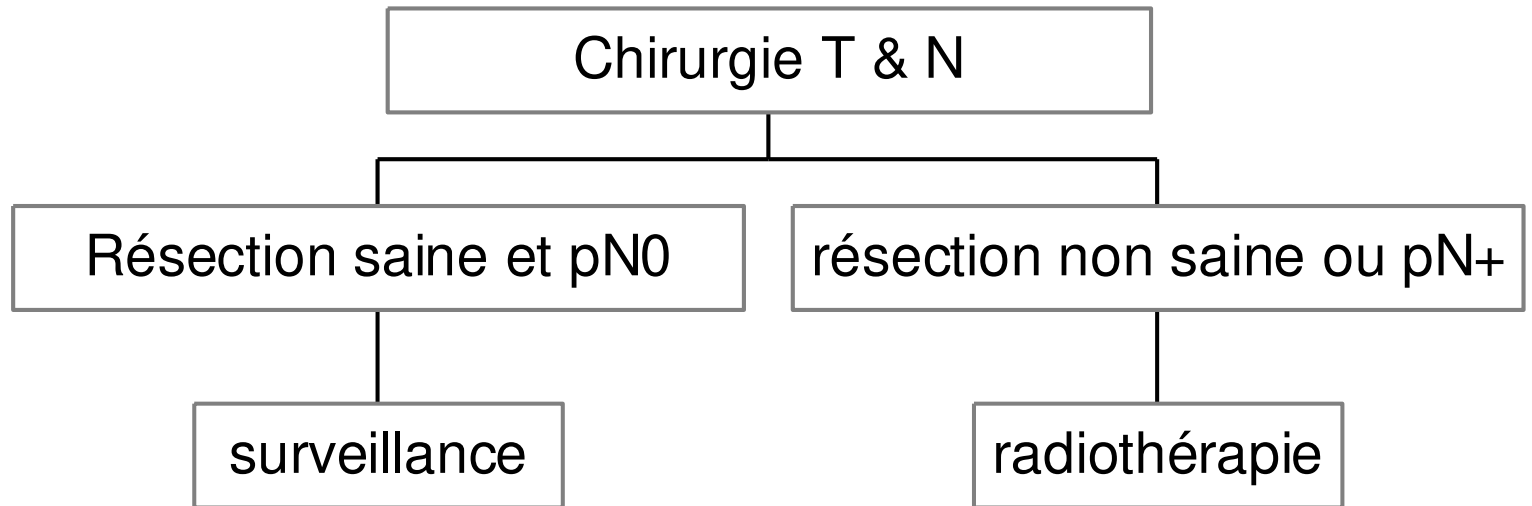
Stade I et bas grade



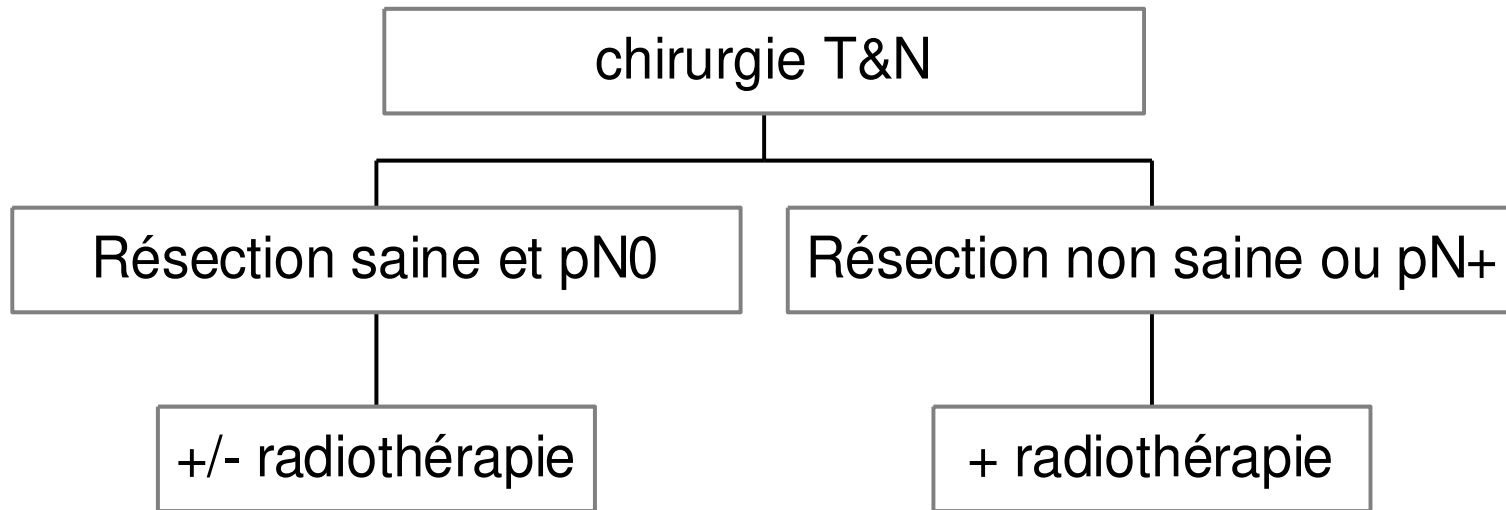
Stade I de haut grade



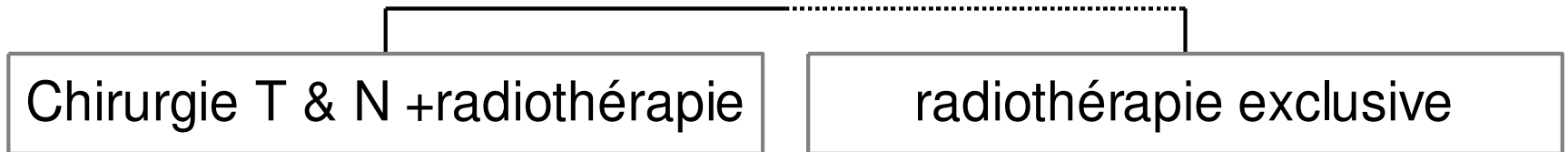
Stade II de bas grade



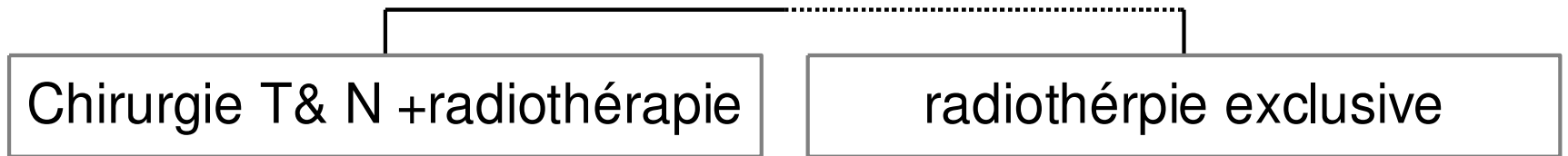
Stade II haut grade & III bas grade



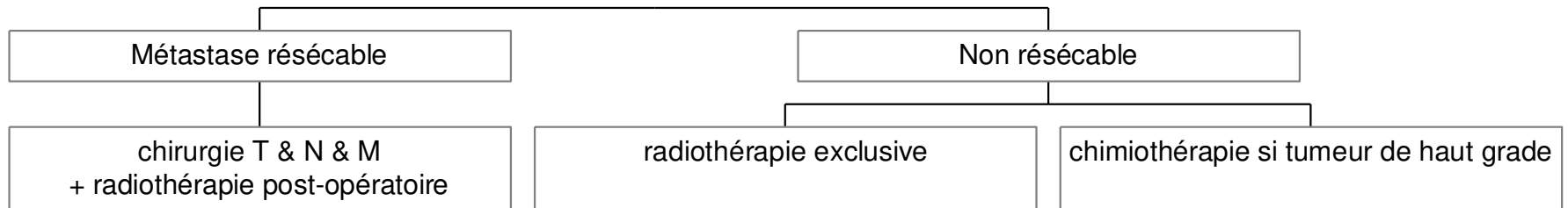
Stade III Haut grade résécable



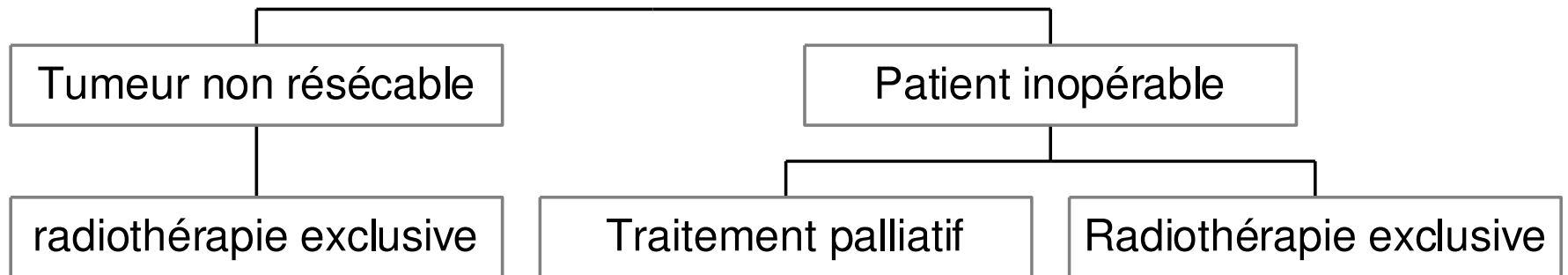
Stade IV non métastatique



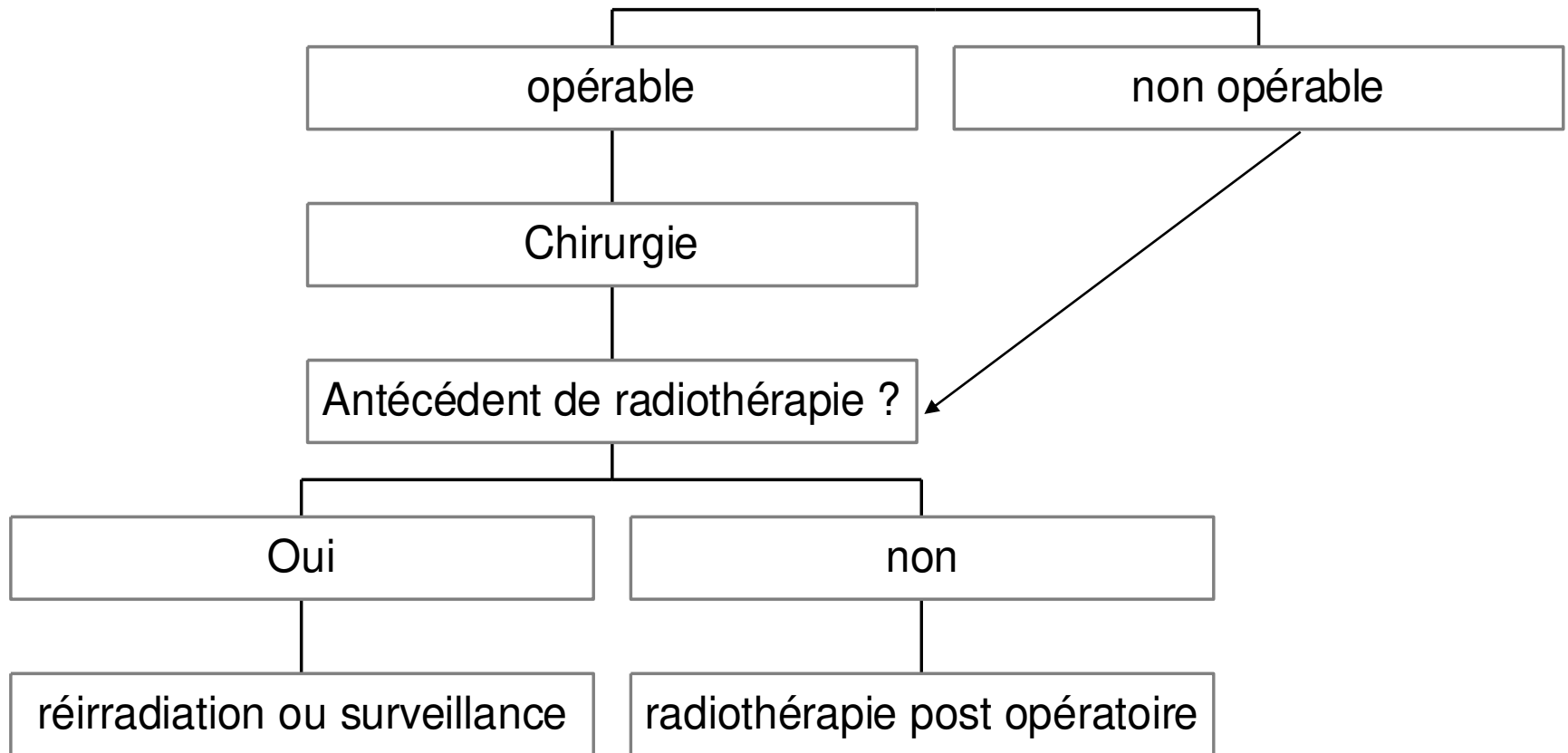
Stade IV + méta pulmonaire

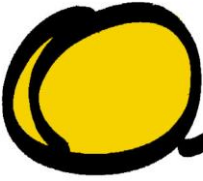


Non opérable



Récidive loco-régionale



Réseau  Onco-normand

Thyroïde

Cancer différencié de la thyroïde

- Généralité et classification
- Prise en charge de nodule thyroïdien
- Prise en charge d'un carcinome différencié
- Prise en charge d'un microcarcinome

Cancer différencié de la thyroïde

Classification

Tumeur primitive T

pTNM 2002

Tx	non évalué
T1	tumeur diamètre $\leq$ à 2 cm , limitée à la thyroïde
T2	tumeur diamètre de 2 à 4 cm, limitée à la thyroïde
T3	tumeur de diamètre $>$ 4 cm ou dépassement minime de la capsule thyroïdienne
T4	tumeur dépassant la capsule thyroïdienne T4a : vers tissu sous-cutané, larynx, trachée, oesophage, récurrent T4b : vers aponévrose prévertébrale ou des vaisseaux

Adénopathies régionales N

Nx	non évalué
N0	absence de métastase ganglionnaire
N1a	ADP métastatiques régionales, cervicales homolatérales
N1b	ADP métastatiques régionales, cervicales bilatérales ou controlatérales ou médiastinales

Métastases M

pTNM 2002 (suite)

Mx non évalué

M0 absence de métastase

M1 présence de métastase(s)

Résidu tumoral R

Rx résidu tumoral inconnu

R0 pas de résidu tumoral

R1 résidu tumoral microscopique

R2 résidu tumoral macroscopique

Classification UJCC

	< 45 ans	> ou égal à 45 ans
Stade I	tout T, tout N, M0	T1, N0, M0
Stade II	tout T, tout N, M1	T2, N0, M0
Stade III	NA	T3, N0, M0
		T1-3, N1a, M0
Stade IV	NA	T1-3, N1b, M0-1
		T4, N0-1, M0-1

Facteurs de mauvais pronostique

- **Caractéristiques en rapport avec le patient**
 - **Age > 45 ans Sexe masculin**
- **Caractéristiques en rapport avec la tumeur**
 - **Aspects histopathologiques**
 - Cancers papillaires : cylindriques, à cellules hautes, insulaires, composante oncocytaire
 - Cancers vésiculaires : formes invasives, faiblement différenciées
 - Aneuploïdie
 - **Extension tumorale**
 - **Taille > 4 cm, dépassement de la capsule de la thyroïde**
 - **Multifocalité, extension ganglionnaire, métastases à distance**

Cancer différencié de la thyroïde

Prise en charge de nodule thyroïdien

Cancer différencié de la thyroïde

Prise en charge d'un carcinome différentié

TTT du T

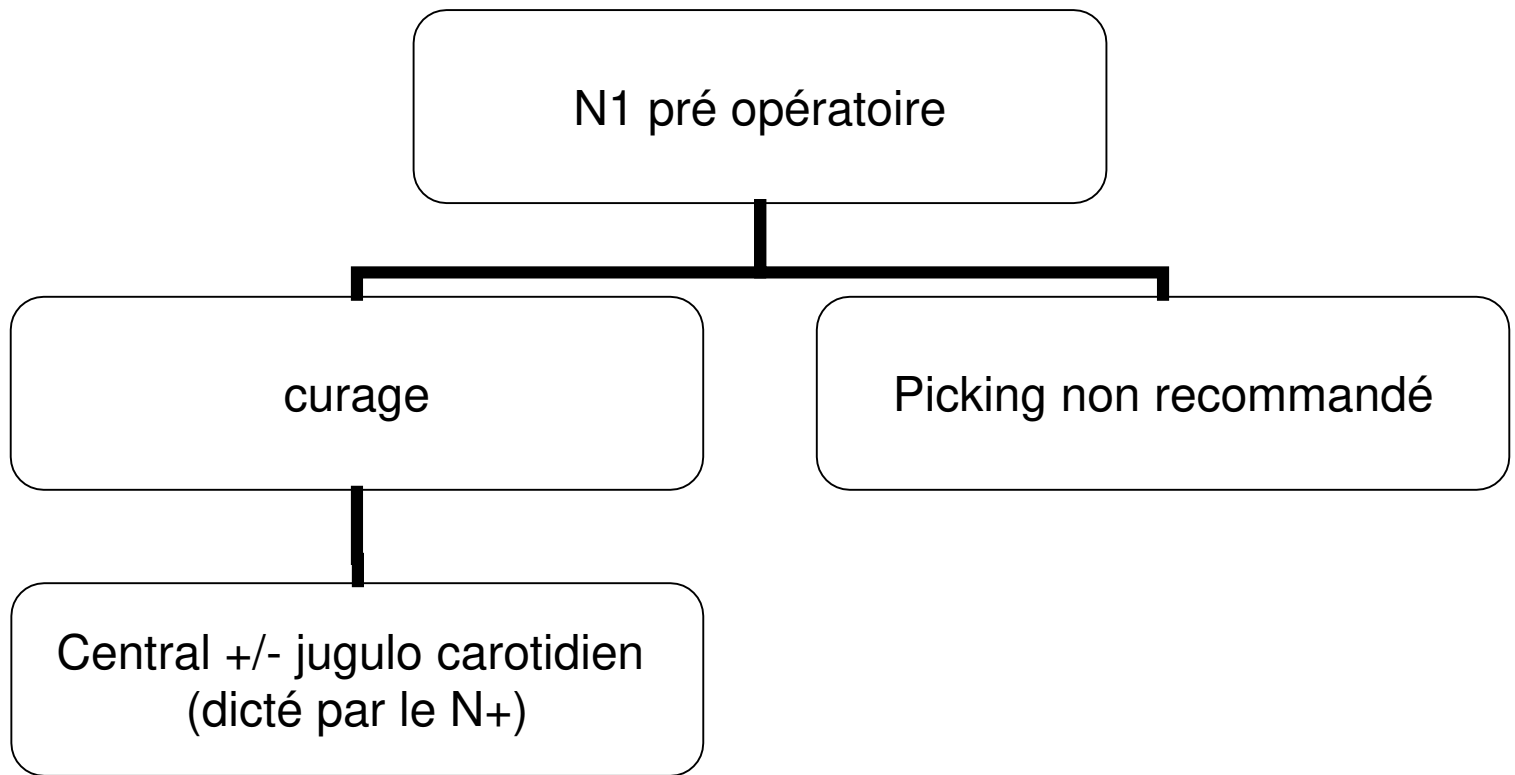
Chirurgie :
thyroïdectomie
totale

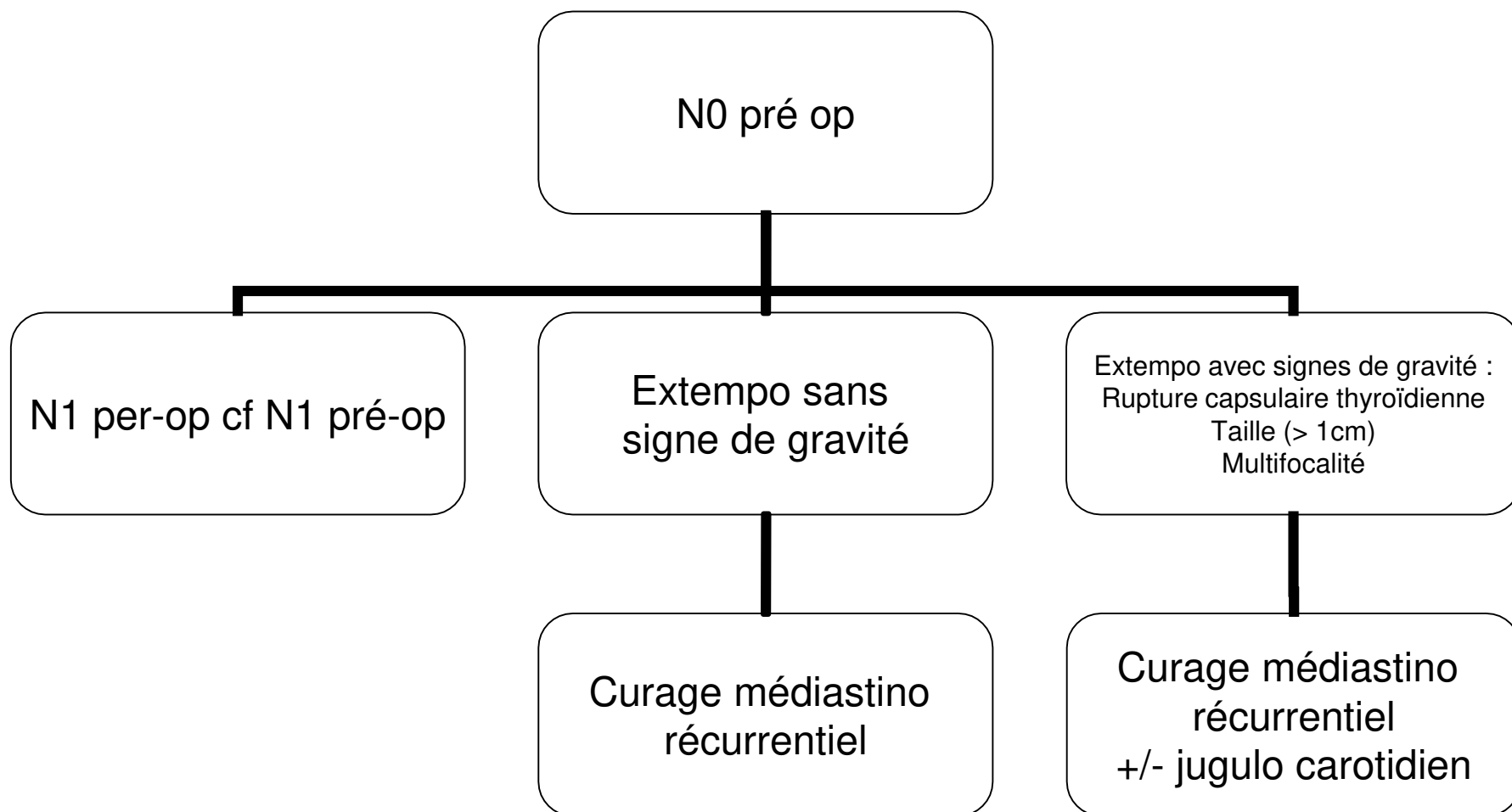
Pas d'iode 131 si :
pT < 10mm, unifocal,
rupture capsulaire=0
N0Nx, M0-Mx

I 131 (100 mCi) si :
T2/T3/T4 N0
Tous T N1
Tous T,N, M1

Les autres :
discussion en RCP

TTT du N





Reprise chirurgicale

```
graph TD; A[Reprise chirurgicale] --> B["Totalisation thyroïdienne si<br/>pT>1<br/>Multifocal<br/>Rupture capsule thyroïdienne"]; A --> C["Curage gg :<br/>Indications idem"];
```

Totalisation thyroïdienne si
pT>1
Multifocal
Rupture capsule thyroïdienne

Curage gg :
Indications idem

Cancer différencié de la thyroïde

Prise en charge d'un microcarcinome

Prise en charge d'un microcarcinome

Diagnostic pré opératoire

Diagnostic post opératoire

- Faible risque
- Unifocalité
- Intrathyroïdien
- ATCD irradiation = 0
- Métastase ggl. détectable = 0

Lobectomie possible / absence d'indication à une reprise chirurgicale

Uni ou bifocal, si tous les foyers sont < 1cm
sans facteur de risque élevé

Absence d'indication à un traitement par I131