

Recommandations

**pour la prise en charge (bilan d'extension,
traitement et contrôle) de patients avec des
cancers de la région tête et cou**

**Rapport de consensus
publié par**

**le groupe de travail tête et cou
de la Société suisse d'ORL
et de Chirurgie cervico-faciale**

Edition 2010

Rédaction

**A. Arnoux / A. Arnold / P. Dulguerov / C. Fischer / R. Giger/ S. Hasenclever
/
G. Huber / W. Müller / Ph. Pasche / S. Stöckli / P. Zbären.**

**Edition 2002 : M. Wolfensberger / A. Arnoux / P. Zbären / D. Althaus / D. Meier/
P. Dulguerov / Ph. Pasche / W. Müller / M. Mauderli / S. Hasenclever / H. Wespi /
P. Schläpfer / S. Schmid.**

Table des matières

1	Introduction	3
2	Cavité buccale	6
2.1	Cavité buccale (lèvres excl.) cT1-2 cN0-1	7
2.2	Cavité buccale (lèvres excl.) cT>2 ou cN>1	10
2.3	Lèvres cT1-2 cN0-1	13
2.4	Lèvres cT>2 ou cN>1	15
3	Oropharynx	17
3.1	Oropharynx cT1-2 cN0-1	18
3.2	Oropharynx cT>2 ou cN>1	21
4	Larynx	24
4.1	Larynx cT1-2cN0-1	26
4.2	Larynx cT3-4cN>1	29
5	Hypopharynx	32
5.1	Hypopharynx cT1-2 cN0-1	33
5.2	Hypopharynx cT3-4 cN>1	36
6	Nasopharynx	39
7	Métastases cervicales des tumeurs d'origine indéterminée	42
8	Nez / cavités sinusales	46
9	Glandes salivaires	50
9.1	Glande parotide	51
9.2	Glande sous-maxillaire	54
10	Glande thyroïde	57
11	Rôle de la chimiothérapie	61
12	Littérature	63

1 Introduction

Chaque médecin est responsable de la prise en charge de ses patients. Il doit décider avec son patient, après l'en avoir dûment informé, des investigations et des traitements qui doivent être effectués. Les recommandations ci-jointes ne peuvent et ne veulent pas lui retirer sa responsabilité. Nous souhaitons néanmoins qu'elles puissent aider tous ceux se consacrant à cette tâche souvent difficile de la prise en charge (investigation, traitement et contrôle) de patients avec des cancers de la région tête et cou.

Les recommandations se basent sur des données scientifiques éprouvées lorsqu'elles sont disponibles. Dans le cas contraire, elles reflètent le consensus des cliniques représentées au sein du groupe de travail tête et cou.

Les recommandations concernent les tumeurs malignes les plus fréquentes de la région tête et cou mais ne prétendent pas à l'exhaustivité. Elles ne sont ni à considérer comme définitives ni de quelconque façon obligatoires.

Les recommandations doivent servir à

- aider le médecin chargé du traitement des patients avec des tumeurs tête et cou dans le processus décisionnel et dans l'encadrement du patient.
- aider le médecin ORL en formation ou en pratique privée à évaluer l'état de ses connaissances.
- améliorer la qualité de la prise en charge par une standardisation.

Les notions suivantes qualifient en outre ces recommandations

- O "obligatoire" (ne devrait s'appliquer différemment que dans des situations exceptionnelles et dûment motivées)
- R "en règle générale" (est considéré comme standard, peut s'appliquer différemment dans des situations dûment motivées)
- S "souhaitable" (recommandation de principe, mais peut aussi s'appliquer différemment)
- renvoie à des compléments, éclaircissements ou restrictions

Les recommandations sont classées par organe et stade tumoral (par histologie pour la thyroïde). Pour en faciliter la consultation, chaque chapitre se suffit à lui-même. Le renvoi à d'autres paragraphes est ainsi inutile. Pour rappel, la classification TNM selon l'UICC 2009 se trouve au début de chaque chapitre.

Le paragraphe *diagnostic* général se rapporte en règle générale aux investigations en cas de suspicion de cancer. Le paragraphe *investigations complémentaires précédant la sanction thérapeutique* se rapporte en revanche aux investigations qui seraient nécessaires lorsque le diagnostic de cancer est posé. Ces deux phases peuvent bien entendu revêtir une chronologie différente de cas en cas.

Dans le paragraphe *thérapie* sont mentionnées les options thérapeutiques usuellement acceptées à ce jour et ceci sans jugement de valeur. Les recommandations concernant les procédures chirurgicales ne concernent que le cas où un geste chirurgical a été décidé, et ne signifient pas qu'un traitement chirurgical est indiqué voire recommandé dans chaque cas. C'est en toute connaissance de cause que des recommandations détaillées sur la radiothérapie ou la chimiothérapie ne sont pas formulées, car elles ne font pas partie du domaine de compétence du médecin ORL. Cependant, leurs indications générales sont mentionnées dans le dernier chapitre. Les décisions thérapeutiques devraient en principe être prises et protocolées dans le cadre d'un consilium multidisciplinaire.

Les guidelines étrangères suivantes ont été retenus pour la mise au point de ces recommandations

- le "Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Cancer of the Head and Neck", édité par l' "American Society for Head and Neck Surgery" et la "Society of Head and Neck Surgeons"
- le rapport de consensus "Onkologie des Kopf-Hals-Bereiches" de la Société Allemande d'Otorhinolaryngologie
- le "Consensus Document" de l'Association Britannique d'Otorhinolaryngologie et Chirurgie Cervico-faciale

Les abréviations suivantes sont utilisées

AG	Anesthésie générale
AL	Anesthésie locale
Cytoponct.	Cytoponction à l'aiguille fine
CT	Tomographie computerisée
Cur. ggl.	Curage ganglionnaire
En règle gén.	En règle générale
IRM	Imagerie en résonance magnétique
OP	Opération
OPG	Orthopantomogramme
PEG	Gastrostomie endoscopique percutanée
PET	Tomographie par émission de positons
RCT	Radiochimiothérapie
RT	Radiothérapie
SNG	Sonde nasogastrique
UPA	Unité Paquets Année (tabac)
US	Ultrasonographie
TP	Tumeur primaire
cTNM	Staging basé sur les examens cliniques, endoscopiques et radiologiques
pTNM	Staging post chirurgical

Résécabilité

Rx	La présence de tumeur résiduelle ne peut être évaluée
R0	Absence de tumeur résiduelle
R1	Tumeur résiduelle microscopique
R2	Tumeur résiduelle macroscopique

Grade Histologique

Gx	Le grade ne peut être évalué
G1	Bien différencié
G2	Moyennement différencié
G3	Peu différencié
G4	Indifférencié

Métastases à distance

M0	Pas de métastases
M1	Métastases
Mx	status inconnu

Toxicité

Grade de la mucosite

Grade 0 : pas de modification

Grade 1 : érythème et muqueuses sèches + alimentation normale.

Grade 2 : vésicules, ulcérations minimales et érythème + peut absorber des aliments solides

Grade 3 : ulcérations + dysphagie et ne peut absorber que des aliments liquides.

Grade 4 : nécrose et mucite diffuses + ne peut s'alimenter.

Grade de la dermatite

Grade 0 : pas de modification

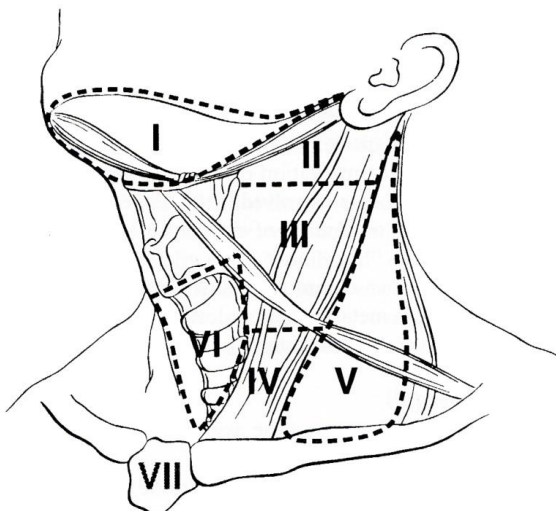
Grade 1 : érythème, dépilation, desquamation sèche ou diminution de la sudation.

Grade 2 : érythème marqué ou desquamation suintante non confluyente au niveau des plis cutanés, ou œdème modéré

Grade 3 : desquamation suintante étendue, œdème prenant le godet, saignement induit par petit traumatisme

Grade 4 : ulcération, hémorragie

Zones de curage ganglionnaire



2 Cavité buccale

Classification TNM

- T1 Tumeur \leq 2cm dans son plus grand diamètre
- T2 Tumeur de >2 cm mais \leq 4cm
- T3 Tumeur de $>$ 4cm
- T4a *Lèvre* : tumeur infiltrant la corticale osseuse, nerf dentaire inférieur, plancher buccal, peau (menton ou nez)
Cavité buccale : tumeur infiltrant : musculature extrinsèque de la langue, sinus maxillaire, peau, corticale osseuse (une érosion superficielle de l'os de l'alvéole par une tumeur de la gencive ne permet pas de classer T4)
- T4b *Lèvre et cavité buccale* : tumeur infiltrant l'espace masticateur, apophyses ptérygoïdes, base du crâne ou engainant la carotide interne
- N0 Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N1 Métastase dans un seul ganglion homolatéral \leq 3cm
- N2a Métastase dans un seul ganglion homolatéral $>$ 3cm mais $<$ 6cm
- N2b Métastases homolatérales multiples toutes \leq 6cm
- N2c Métastases bilatérales ou controlatérales \leq 6cm
- N3 Métastase(s) $>$ 6cm

Stades	N0	N1	N2	N3
T1	I	III	IV _A	IV _B
T2	II			
T3				
T4a				
T4b				
tous M1		IV _C		

2.1 Cavité buccale cT1-2 cN0-1 (lèvres excl.)

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">○ documenter les symptômes et la durée de ceux-ci○ données précises sur la consommation de tabac (UPA) et d'alcool
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">○ palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx incl.○ fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none">○ en règle générale en AL, (év. sous narcose, si d'autres investigations sous narcose s'avèrent nécessaires, v. pl. bas)
Documentation	<ul style="list-style-type: none">○ de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT <i>ou</i> IRM	R de la tumeur primaire et du cou
US	○ pour examen du cou,
Radiographie du thorax et bilan général	➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)
Examen sous narcose (panendoscopie) comprend :	
<ul style="list-style-type: none">• Palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx• Laryngopharyngoscopie directe• Œsophagoscopie• Bronchoscopie	<ul style="list-style-type: none">R➤ vise à une évaluation exacte de la TP et à exclure une seconde localisation➤ év. sous même narcose que thérapie

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	O si RT planifié (OPG)
Logopédie	S si l'on escompte des problèmes vocaux ou de déglutition post-thérapie
Chirurgie reconstructive	S si l'on s'attend à une perte de substance importante (voir plus bas)

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium interdisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques : Chirurgie ou radiothérapie**

En cas de chirurgie

Résection de la tumeur primaire avec marge de sécurité suffisante	R Contrôle des tranches de section par un examen extemporané
	➤ En règle générale, cicatrisation per secundum ou suture primaire, reconstruction dans des situations spécifiques
Ganglions lymphatiques cervicaux	
cN0	R Curage ganglionnaire, niveaux I-III ou biopsie du ganglion sentinelle
cN1	O Curage ganglionnaire, niveaux I-IV
	R Curage ganglionnaire bilatéral en cas de dépassement de la ligne médiane
Remarques	R En général, pas de trachéotomie, pas de PEG, éventuellement SNG

Indications à une radio-chimiothérapie post-opératoire

Résection R1/2	➤ Pour autant qu'une résection complémentaire ne soit pas indiquée / possible
Infiltration tumorale périneurale / périvasculaire	
> pN1	
Rupture capsulaire	
Métastase dans les tissus mous	

Indications à une chirurgie de rattrapage après radio-chimiothérapie à visée curative

Niveau cervical

Toute métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique Curage ganglionnaire adapté au status pré-thérapeutique

Tumeur primaire

Non-stérilisation confirmée par l'histologie R Etendue de la résection selon le status pré-thérapeutique

Suivi

Contrôle initial O 2(-3) mois après la fin du traitement

Contrôles suivants O 1ère et 2ème année tous les (1-)3 mois
R 3ème à 5ème année tous les (4-)6 mois

Examens O Examen ORL complet, y compris palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx
O Fibroscopie, si nécessaire
O Palpation du cou
S US du cou
R TSH annuellement, si RT
R Pas d'examens à la recherche de métastases à distance (y compris radiographie du thorax)

A documenter O dénutrition év., mastication, déglutition
O Articulation, communication
O Toxicité
O Aspects sociaux
O Capacité de travail

2.2 Cavité buccale cT>2 ou cN>1 (lèvres excl.)

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">O documenter les symptômes et la durée de ceux-ciO données précises sur la consommation de tabac (UPA) et d'alcool
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">O palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx incl.O fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none">O en règle gén. en AL, (év. sous narcose, si d'autres investigations sous narcose s'avèrent nécessaires, v. pl. bas)
Documentation	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT ou IRM	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du cou
ou US	<ul style="list-style-type: none">S pour examen du cou
Radiographie du thorax et bilan général	<ul style="list-style-type: none">➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)
CT Thorax, abdomen sup	} R dès N2 pour l'exclusion de métastases à distance
ou PET-CT	
Examen sous narcose (panendoscopie) comprend	R
<ul style="list-style-type: none">• Palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx• Laryngopharyngoscopie directe• Oesophagoscopie• Bronchoscopie	} <ul style="list-style-type: none">➤ vise à une évaluation exacte de la TP et à exclure une seconde localisation➤ év. sous même narcose que thérapie

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	<ul style="list-style-type: none">O si RT planifiée (OPG)
Logopédie	<ul style="list-style-type: none">S si l'on escompte des problèmes vocaux ou de déglutition post-thérapie
Chirurgie reconstructive	<ul style="list-style-type: none">S si l'on s'attend à une perte de substance importante (voir pl. bas)

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium interdisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: Chirurgie et/ou radio-(chimio)thérapie.**

En cas de chirurgie

Résection de la tumeur primaire avec marge de sécurité suffisante

- R Contrôle des tranches de section par examen extemporané
- R Reconstruction adaptée à chaque situation pour un rétablissement optimal de la déglutition, de la mastication et du langage

cNO

- O Curage ganglionnaire niveaux I-III

cN1-3

- O Curage ganglionnaire niveaux I-IV(V)
- R Curage ganglionnaire bilatéral dans les cas de tumeur dépassant la ligne médiane
- R Trachéotomie
- SNG ou PEG selon la situation

Remarques

Indications à une radio(chimio)thérapie post-opératoire

R1/2

- Pour autant qu'une résection complémentaire ne soit pas indiquée/possible

Infiltration tumorale périneurale/périvasc.

pT3-4

> pN1

Rupture capsulaire

Métastase dans les tissus mous

Indication à une chirurgie de rattrapage après radio-(chimio)thérapie à visée curative

Niveau cervical

Toute métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique

- R Curage ganglionnaire adapté au status pré-thérapeutique

Tumeur primaire

Non-stérilisation confirmée par l'histologie

- Indication selon chaque situation, étendue de la résection selon le status pré-thérapeutique

Suivi

Contrôle initial	<ul style="list-style-type: none">O 2(-3) mois après la fin du traitementS CT ou IRM ou PET-CT à 3 mois comme examen de référence
Contrôles suivants	<ul style="list-style-type: none">O 1^{ère} et 2^{ème} année tous les (1-)3 moisR 3^{ème} à 5^{ème} année tous les (4-)6 mois
Examens	<ul style="list-style-type: none">O Examen ORL complet, y compris palpation de la cavité buccale et de l'oropharynxO Fibroscopie, si nécessaireO Palpation du couS CT ou IRM ou PET-CT (9, évent. 15 mois)S US du couR TSH annuellement si RTO Dénutrition, év. mastication, déglutitionO Articulation, communicationO Toxicité
A documenter	<ul style="list-style-type: none">O Aspects sociauxO Capacité de travail

2.3 Lèvres cT1-2 cN0-1

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">○ documenter les symptômes et la durée de ceux-ci○ données précises sur la consommation de tabac (UPA) et d'alcool ainsi que l'exposition solaire
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">○ palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx incl.○ fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none">○ en règle gén. en AL, (év. sous narcose, en même temps que l'opération)
Documentation	<ul style="list-style-type: none">○ de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT <i>ou</i> IRM	➤ pas indiqué
US	R pour examen du cou
Radiographie du thorax et bilan général	➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)
Examen sous narcose (panendoscopie)	➤ pas indiqué

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	➤ si RT planifiée (OPG)
-----------------	-------------------------

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium interdisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: Chirurgie et/ou radiothérapie**

En cas de chirurgie

Résection de la tumeur primaire avec marge de sécurité suffisante	R Contrôle des tranches de section par examen extemporané
	S Fermeture primaire, selon situation, reconstruction par lambeau local
CN0cN1	R Pas de curage ganglionnaire indiqué
	O Cur. ggl. niveaux I-IV
	R Cur. Ggl. Bilat. En cas de tumeur dépassant la ligne médiane

Indications à une radio(chimio)thérapie complémentaire

Résection incomplète (R1/2)	➤ Pour autant qu'une résection complémentaire ne soit pas indiquée/possible
-----------------------------	---

Indications à une chirurgie de rattrapage après (radiothérapie à visée curative

Niveau cervical Toute métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique	R Curage ganglionnaire adapté au status pré-thérapeutique
Tumeur primaire Non-stérilisation confirmée par l'histologie	➤ Etendue de la résection selon le status pré-thérapeutique

Suivi

Contrôle initial	O 2(-3) mois après la fin du traitement
Contrôles suivants	O 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année tous les (1-)3 mois
	R 3 ^{ème} à 5 ^{ème} année tous les (4-)6 mois
Examens	O Examen ORL complet, y compris palpation de la lèvre
	O Palpation du cou
	S US du cou
	R Pas d'examen à la recherche de métastases à distance
A documenter	O Dénutrition, év. mastication, déglutition, articulation
	O Capacité de travail
	O Toxicité
	O Exposition au soleil

2.4 Lèvres cT>2 ou cN>1

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">O documenter les symptômes et la durée de ceux-ciO données précises sur la consommation de tabac (UPA) et d'alcool ainsi que l'exposition solaire
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">O palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx incl.O fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none">O en règle gén. en AL (év. sous narcose, en même temps que l'opération)
Documentation	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT ou IRM	<ul style="list-style-type: none">O pour la TP et le cou
US	<ul style="list-style-type: none">O pour examen du cou
Radiographie du thorax et bilan général	<ul style="list-style-type: none">➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)
CT thorax et abd. sup. ou PET-CT	<ul style="list-style-type: none">➤ Dès N2 pour rech. des méta. à distance
Examen sous narcose (panendoscopie)	<ul style="list-style-type: none">➤ pas indiqué

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	<ul style="list-style-type: none">O si RT planifiée (OPG)
Chirurgie reconstructive	<ul style="list-style-type: none">S si l'on s'attend à une perte de substance importante (voir pl. bas)

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium interdisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- Options thérapeutiques: Chirurgie ou radiothérapie

En cas de chirurgie

Résection de la tumeur primaire avec marge de sécurité suffisante	<ul style="list-style-type: none">R Contrôle des tranches de section par examen extemporanéR Reconstruction adaptée à chaque situation pour assurer des résultats esthétiques et fonctionnels
---	--

NO	R Curage ganglionnaire niveaux I-III
N1-3	O Curage ganglionnaire niveaux I-IV(V)
	R Cur. ggl. bilat . si TP dépasse la ligne médiane

Indications à une radio-(chimio)thérapie post-opératoire

Résection R1/2	➤ Pour autant qu'une résection complémentaire ne soit pas indiquée/possible
> pN1	
pT3-4	
Rupture capsulaire	
Métastase dans les tissus mous	

Indications à une chirurgie de rattrapage après radio-(chimio)thérapie à visée curative

Niveau cervical Toute métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique	R Curage ganglionnaire adapté au status pré- thérapeutique
Tumeur primaire Non-stérilisation confirmée par l'histologie	➤ Indication selon chaque situation, étendue de la résection selon le status pré- thérapeutique

Suivi

Contrôle initial	O 2(-3) mois après la fin du traitement
Contrôles suivants	S CT ou IRM ou PET-CT comme examen de référence
Examens	O 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année tous les (1-)3 mois
	R 3 ^{ème} à 5 ^{ème} année tous les (4-)6 mois
	O Examen ORL complet, y compris palpation des lèvres
	O Palpation du cou
	S US du cou
	S CT ou IRM ou PET-CT à 9 mois(evt 15 m)
	R TSH annuelle en cas de RxTT
A documenter	O Dénutrition, év. mastication, déglutition
	O Articulation, communication
	O Toxicité
	O Capacité de travail

3 Oropharynx

Classification TNM

- T1 Tumeur \leq 2cm dans son plus grand diamètre
- T2 Tumeur de $>$ 2cm mais \leq 4cm
- T3 Tumeur de $>$ 4cm ou envahissant la face limpide de l'épiglotte
- T4a Tumeur envahissant : larynx, musculature linguale, muscle ptérygoïdien interne, palais dur, mandibule
- T4b Tumeur envahissant : muscle ptérygoïdien externe, apophyses ptérygoïdes, rhinopharynx, base du crâne, engainant la carotide.
- N0 Pas de signes d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N1 Métastase dans un seul ganglion homolatéral \leq 3cm
- N2a Métastase dans un seul ganglion homolatéral $>$ 3cm mais \leq 6cm
- N2b Métastases homolatérales multiples toutes $<$ 6cm
- N2c Métastases bilatérales ou controlatérales $<$ 6cm
- N3 Métastase(s) $>$ 6cm

Stades	N0	N1	N2	N3
T1	I	III	IV _A	IV _B
T2	II			
T3				
T4a				
T4b				
tous M1		IV _C		

3.1 Oropharynx cT1-2 cN0-1

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">O documenter les symptômes et la durée de ceux-ciO données précises sur la consommation de tabac (paquets/année) et d'alcool
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">O palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx incl.O fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none">O en règle gén. en AL, (év. sous narcose, si d'autres investigations sous narcose s'avèrent nécessaires, v. pl. bas)
Documentation	<ul style="list-style-type: none">S HPV sur la biopsie ou la pièce de résectionO de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT <i>ou</i> IRM	R de la tumeur primaire et du cou	
US	O pour examen du cou,	
Radiographie du thorax et bilan général	➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)	
Examen sous narcose (panendoscopie) comprend	R	
• Palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx		➤ vise à une évaluation exacte de la TP et à exclure une seconde localisation
• Laryngopharyngoscopie directe		➤ év. sous même narcose que thérapie
• Oesophagoscopie		
• Bronchoscopie		

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	O si RT planifiée (OPG)
Logopédie	S si l'on escompte des problèmes vocaux ou de déglutition après traitement
Chirurgie reconstructive	S si l'on s'attend à une perte de substance importante (voir pl. bas)

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium inter-disciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: Chirurgie ou radio-(chimio)thérapie**

En cas de chirurgie

Résection de la tumeur primaire avec marge de sécurité suffisante	R Contrôle des tranches de section par un examen extemporané S Guérison per secundum ou fermeture primaire, reconstruction dans cas spécifiques
Ganglions lymphatiques cervicaux • cN0 • cN1	R Curage ganglionnaire, niveaux II-IV O Curage ganglionnaire, niveaux I-IV (V) R Curage ganglionnaire bilatéral en cas de tumeur dépassant la ligne médiane
Remarque	➤ Trachéotomie rarement nécessaire ➤ Eventuellement SNG ou PEG selon la situation

Indications à une radio-(chimio)thérapie post-opératoire

R1/2	➤ Pour autant qu'une résection complémentaire ne soit pas indiquée / possible
Infiltration tumorale périneurale/périvasculaire > pN1 Rupture capsulaire Métastase dans les tissus mous	

Indications à une chirurgie de rattrapage après (chimio-)radiothérapie à visée curative

Niveau cervical Métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique	R Curage ganglionnaire adapté au status pré-thérapeutique
Tumeur primaire Non-stérilisation confirmée par l'histologie	➤ Etendue de la résection selon le status pré-thérapeutique

Suivi

Contrôle initial	O 2(-3) mois après la fin du traitement
Contrôles suivants	S CT ou IRM comme examen de référence à 3 mois
Examens	O 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année tous les (1-)3 mois
	R 3 ^{ème} à 5 ^{ème} année tous les (4-)6 mois
A documenter	O Examen ORL complet, y compris palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx
	O Fibroscopie, si nécessaire
	O Palpation du cou
	S CT ou IRM à 9, evt 15 mois
	S US du cou
	R TSH annuellement, si RT
	R Pas d'examens à la recherche de métastases à distance
	O Dénutrition év., mastication, déglutition
	O Articulation, communication
	O Toxicité
O Capacité de travail	

3.2 Oropharynx cT>2 ou cN>1

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">O documenter les symptômes et la durée de ceux-ciO données précises sur la consommation de tabac (paquets/année) et d'alcool
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">O palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx incl.O fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none">O en règle gén. en AL, (ev. sous narcose, si d'autres investigations sous narcose s'avèrent nécessaires, v. pl. bas)
Documentation	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.S HPV sur la biopsie ou la pièce de résection

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT ou IRM	}	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du couS pour examen du cou➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)
US		
Radiographie du thorax et bilan général		
CT Thorax et abdomen sup. ou PET-CT	}	<ul style="list-style-type: none">R dès N2 pour exclure des métastases à distance
Examen sous narcose (panendoscopie) comprend		}
• Palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx	<ul style="list-style-type: none">➤ vise à une évaluation exacte de la TP et à exclure une seconde localisation	
• Laryngopharyngoscopie directe	<ul style="list-style-type: none">➤ ev. sous même narcose que thérapie	
• Oesophagoscopie		
• Bronchoscopie		

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire Logopédie	<ul style="list-style-type: none">O si RT planifiée (OPG)
------------------------------	---

R si l'on escompte des problèmes vocaux ou de déglutition post-thérapie

Chirurgie reconstructive

R si l'on s'attend à une perte de substance importante (voir pl. bas)

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium inter-disciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: Chirurgie et/ou (chimio-)radiothérapie**

En cas de chirurgie

Résection de la tumeur primaire avec marge de sécurité suffisante

R Contrôle des tranches de section par un examen extemporané

R Reconstruction adaptée à chaque situation pour une reprise optimale de la déglutition, du langage et de la mastication

N0

O Curage ganglionnaire, niveaux II-IV

N1-3

O Curage ganglionnaire niveaux I-IV (V)

R Curage ganglionnaire bilatéral en cas de tumeur dépassant la ligne médiane

Remarques

R Trachéotomie

➤ SNG ou PEG selon la situation

Indications à une radio-(chimio)thérapie post opératoire

R1/2

R Pour autant qu'une résection complémentaire ne soit pas indiquée ou possible

pT3-4

> pN1

Infiltration tumorale

périneurale/périvasculaire

Rupture capsulaire

Métastase dans les tissus mous

R Dans tous les cas

Indications à une chirurgie de rattrapage après (chimio-)radiothérapie à visée curative

Niveau cervical

Toute métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique

R Curage ganglionnaire adapté au status pré-thérapeutique

Tumeur primaire

Non-stérilisation confirmée par l'histologie

➤ Indication selon chaque situation, étendue de la résection selon le status pré-thérapeutique

Suivi

Contrôle initial

O 2(-3) mois après la fin du traitement
S CT ou IRM ou PET-CT comme examen de référence (3 mois)

Contrôles suivants

O 1^{ère} et 2^{ème} année tous les (1-)3 mois
R 3^{ème} à 5^{ème} année tous les (4-)6 mois

Examens

O Examen ORL complet, y compris palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx
fibroscopie si nécessaire
S CT ou IRM ou PET-CT 9mois (évent. 15 mois)
O Palpation du cou
S US du cou
O TSH annuellement, si RT
O Pas d'examens à la recherche de métastases à distance (y compris radiographie du thorax)

A documenter

O Dénutrition év., mastication, déglutition
O Articulation
O Toxicité
O Capacité de travail

4 Larynx

Classification TNM

Localisations et sous-localisations

étage sus-glottique

- portion sus-hyoïdienne de l'épiglotte
- portion sous-hyoïdienne de l'épiglotte
- replis ary-épiglottiques
- cartilages aryténoïdes
- bandes ventriculaires

étage glottique

- cordes vocales
- commissure antérieure
- commissure postérieure

étage sous-glottique

Etage sus-glottique

- T1 tumeur limité à une sous-localisation de l'étage sus-glottique avec mobilité normale des cordes vocales
- T2 tumeur envahissant plus d'une sous-localisation de l'étage sus-glottique ou glottique ou extra-glottique (muqueuse de la base de la langue, vallécule, paroi interne du sinus piriforme) avec mobilité normale des cordes vocales.
- T3 tumeur limitée au larynx avec fixation glottique et/ou envahissement de la région rétro-cricoïdienne, de la paroi interne du sinus piriforme, de la loge pré-épiglottique ou de la base de la langue.
- T4a tumeur envahissant le cartilage thyroïde et/ou étendue aux structures extra-laryngées: (trachée, tissus mous du cou, musculature extrinsèque de la langue, thyroïde, œsophage)
- T4b Tumeur envahissant l'espace pré-vertébral, médiastin, engainant la carotide.

Etage glottique

- T1 tumeur limitée à une ou deux cordes vocales (pouvant envahir la commissure antérieure ou postérieure), avec mobilité normale.
T1a tumeur limitée à une corde vocale.
T1b tumeur envahissant les deux cordes vocales.
- T2 tumeur envahissant l'étage sus- ou sous-glottique, et/ou diminution de mobilité cordale.
- T3 tumeur limitée au larynx avec fixation d'une corde vocale ou/et envahissement de l'espace para-glottique, cortex interne du cartilage thyroïde
- T4a tumeur envahissant le cartilage thyroïde et/ou étendue aux structures extra-laryngées: (trachée, tissus mous du cou, musculature extrinsèque de la langue, thyroïde, œsophage)
- T4b Tumeur envahissant l'espace pré-vertébral, médiastin, engainant la carotide, tumeur envahissant le cartilage thyroïde et/ou étendue aux structures extra-laryngées oropharynx, tissus mous du cou, thyroïde, œsophage.

Etage sous-glottique

- T1 tumeur limitée à la sous-glotte.
- T2 tumeur étendue au plan glottique avec mobilité cordale normale ou diminuée.
- T3 tumeur limitée aux larynx avec fixation d'une corde vocale
- T4 tumeur envahissant le cartilage cricoïde ou thyroïde et/ou étendue aux structures extra-laryngées: oropharynx, tissus mous du cou, trachée, thyroïde, oesophage.

- N0 Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N1 Métastase dans un seul ganglion homolatéral < 3cm
- N2a Métastase dans un seul ganglion homolatéral > 3cm mais < 6cm
- N2b Métastases homolatérales multiples toutes < 6cm
- N2c Métastases bilatérales ou controlatérales < 6cm
- N3 Métastase(s) > 6cm

Stades	N0	N1	N2	N3
T1	I	III	IV_A	IV_B
T2	II			
T3				
T4a				
T4b				
tous M1	IV_C			

4.1 Larynx cT1-2 cN0-1

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">O documenter les symptômes et la durée de ceux-ciO données précises sur la consommation de tabac (UPA) et d'alcool
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">O palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx incl.O fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none">O Biopsie ou pelage sous N<ul style="list-style-type: none">➤ en règle générale dans le cadre de la panendoscopie➤ év. dans le même temps que la thérapie (examen)
Documentation	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.O documenter la mobilité cordale !

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT <i>ou</i> IRM	R de la tumeur primaire et du cou
US	O pour examen du cou
Radiographie du thorax et bilan général	➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)
Stroboscopie	S pour les lésions précoces
Examen sous narcose (panendoscopie) comprend	} O <ul style="list-style-type: none">➤ vise à une évaluation exacte de la TP et à exclure une seconde localisation➤ documenter la mobilité des CV, mobilité passive vs fixation vraie.➤ év. sous même narcose que thérapie
• Palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx	
• Laryngo-pharyngoscopie directe	
• MLS et palpation des aryténoïdes	
• Oesophagoscopie	
• Bronchoscopie	

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	O si RT planifié (OPG)
Phoniatry / Logopédie	S si traitement chirurgical planifié

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium inter-disciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **options thérapeutiques: Chirurgie ou radiothérapie (chimio)**

En cas de chirurgie

Tumeur primaire

- Résection endoscopique (au laser) ou résection partielle du larynx (dans tous les cas avec préservation de la fonction)

Niveau cervical

carcinome glottique / cN0

R Pas de curage ganglionnaire indiqué

carcinome glottique / cN+

O Cur. ggl, niveaux II-IV

carcinome sus-glottique / cN0,

O Cur. ggl, niveaux II-IV

carcinome sus-glottique / cN+

O Cur. ggl, niveaux II-IV(V)

Remarques

R Curage ganglionnaire bilatéral en cas de tumeur dépassant la ligne médiane

- SNG, PEG, trachéotomie selon chaque situation

Indications à une radiothérapie complémentaire

R1/ 2

- Si résection complémentaire n'est pas possible ou implique une laryngectomie totale

Infiltration tumorale

périneurale/périvasculaire

>pN1

Rupture capsulaire

Métastase dans les tissus mous

Indications à une chirurgie de rattrapage après (chimio-)radiothérapie à visée curative

Niveau cervical

Toute métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique

R Curage ganglionnaire adapté au status pré- thérapeutique

Tumeur primaire

Non-stérilisation confirmée par l'histologie

R Etendue de la résection selon le status pré-thérapeutique

Suivi

Contrôle initial	<ul style="list-style-type: none">O 2(-3) mois après la fin du traitementO En cas de doute, endoscopie en AGS CT ou IRM comme examen de référence à 3 mois.
Contrôles suivants	<ul style="list-style-type: none">O 1^{ère} et 2^{ème} année tous les (1-)3 moisR 3^{ème} à 5^{ème} année tous les (4-)6 mois
Examens	<ul style="list-style-type: none">O Examen ORL complet, y compris palpation de la cavité buccale et de l'oropharynxO Fibroscopie, si nécessaireO Palpation du couS US du couS CT ou IRM à 9, évt 15 mois pour les T2O TSH annuellement, si RT
A documenter	<ul style="list-style-type: none">O Pas d'examen à la recherche de métastases à distanceO Dénutrition év., mastication, déglutitionO VoixO ToxicitéO Capacité de travailO Aspects sociaux

4.2 Larynx cT3-4 ou cN>1

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">O documenter les symptômes et la durée de ceux-ciO données précises sur la consommation de tabac (UPA) et d'alcool
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">O palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx incl.O fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none">O biopsie sous narcose➤ en règle générale en même temps que la panendoscopie
Documentation	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.O Mobilité cordale

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT <i>ou</i> IRM	O de la tumeur primaire et du cou	
US	S pour examen du cou	
Radiographie du thorax et bilan général	➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)	
CT-scan poumons et abdomen sup	S dès N2 pour exclure des métastases à distance	
Ou PET-CT		
Examen sous narcose (panendoscopie)	O	
comprend		
• Palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx		➤ vise à une évaluation exacte de la TP et à exclure une seconde localisation
• Laryngo-pharyngoscopie directe		➤ documentation de la mobilité des CV, mobilité passive vs fixation.
• MLS avec palpation des CV et aryténoïdes		
• Oesophagoscopie		
• Bronchoscopie		

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	<input type="radio"/> si RT planifiée (OPG)
Phoniatry / Logopédie	<input type="radio"/> si laryngectomie totale prévue

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium interdisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: Chirurgie et/ou radio-(chimio)thérapie**

En cas de chirurgie

Tumeur primaire	➤ Laryngectomie partielle, laryngectomie totale si partielle pas possible
Niveau cervical cN0	R Curage ganglionnaire, niveaux II-IV
cN1-3	<input type="radio"/> Curage ganglionnaire, niveaux I-IV (V) R Curage ganglionnaire bilatéral dans les cas de tumeurs dépassant la ligne médiane
Remarques	➤ Trachéotomie en cas de laryngectomie partielle ➤ prothèse phonatoire S SNG ou PEG

Indications à une radio (chimio)thérapie post-opératoire (év. avec chimiothérapie)

Résection R1/2	R Dans les cas de résection incomplète
PT4 pN > 1 Infiltration tumorale périneurale/périvasculaire Rupture capsulaire Métastase dans les tissus mous	R Dans tous les cas

Indications à une chirurgie de rattrapage après (chimio-)radiothérapie à visée curative

Niveau cervical

Toute métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique

R Curage ganglionnaire adapté au status pré-thérapeutique

Tumeur primaire

Non-stérilisation confirmée par l'histologie

R Etendue de la résection selon le status pré-thérapeutique

Suivi

Contrôle initial

- O 2(-3) mois après la fin du traitement
- O En cas de doute, endoscopie en AG
- S CT ou IRM ou PET-CT comme examen de référence (3 mois)

Contrôles suivants

- O 1^{ère} et 2^{ème} année tous les (1-)3 mois
- O 3^{ème} à 5^{ème} année tous les (4-)6 mois

Examens

- O Examen ORL complet, y compris palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx
- O Palpation du cou
- S US du cou
- S CT ou IRM ou PET-CT à 9 mois (évent. 15 mois).
- O TSH annuellement, si RT

A documenter

- O Dénutrition év., mastication, déglutition
- O Voix
- O Toxicité
- O Capacité de travail
- O Aspects sociaux

5 Hypopharynx

Classification TNM

Sous-localisations région rétro-cricoïdienne
 sinus piriforme
 paroi postérieure de l'hypopharynx

- T1 tumeur limitée à une seule sous-localisation et ≤ 2 cm
- T2 tumeur s'étendant à plus d'une sous-localisation **ou** > 2 cm, mais ≤ 4 cm, **sans** fixation de l'hémi-larynx
- T3 tumeur > 4 cm **ou avec** fixation de l'hémi-larynx, ou extension à l'œsophage
- T4a tumeur avec extension aux cartilage thyroïde ou cricoïde, os hyoïde, glande thyroïde, compartiment central (musculature pré-laryngée, graisse sous-cutanée œsophage)
- T4b tumeur infiltrant le fascia pré-vertébral, engainant la carotide ou infiltrant les structures du médiastin
- N0 Pas de signes d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N1 Métastase dans un seul ganglion homolatéral ≤ 3 cm
- N2a Métastase dans un seul ganglion homolatéral > 3 cm mais ≤ 6 cm
- N2b Métastases homolatérales multiples toutes < 6 cm
- N2c Métastases bilatérales ou controlatérales < 6 cm
- N3 Métastase(s) > 6 cm

Stades	N0	N1	N2	N3
T1	I	III	IV _A	IV _B
T2	II			
T3				
T4a				
T4b				
tous M1	IV _C			

5.1 Hypopharynx cT1-2 cN0/1

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">O documenter les symptômes et la durée de ceux-ciO données précises sur la consommation de tabac (UPA) et d'alcool
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">O palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx incl.O fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none">O biopsie sous N<ul style="list-style-type: none">➤ en règle gén. en même temps que la panendoscopie➤ év. en même temps que la thérapie (examen extemporané)
Documentation	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.O documenter la mobilité cordale

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT <i>ou</i> IRM	O de la tumeur primaire et du cou
US	S pour examen du cou
Radiographie du thorax et bilan général	➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)
Examen sous narcose (panendoscopie) comprend	O ➤ vise à une évaluation exacte de la TP et à exclure une seconde localisation ➤ év. en même temps que la thérapie
• Palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx	
• Laryngo-pharyngoscopie directe	
• Oesophagoscopie	
• Bronchoscopie	

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	O si RT planifiée (OPG)
Phoniatry / Logopédie	O si laryngectomie totale prévue S si chirurgie fonctionnelle prévue

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium interdisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: Chirurgie fonctionnelle ou (chimio-)radiothérapie**

En cas de chirurgie

Tumeur primaire

- Pharyngo ± laryngectomie partielle par voie endoscopique (au laser) ou externe (préservation des fonctions)

Niveau cervical

cN0

- O Curage ganglionnaire, II-IV

cN1

- O Curage ganglionnaire, niveaux II-V
- S Cur.ggl. bilat si TP dépasse la ligne médiane
- Trachéotomie, SNG ou PEG selon situation

Indications à une radiothérapie complémentaire

R1/2

Infiltration tumorale
périneurale/périvasculaire
> pN1
Rupture capsulaire
Métastase dans les tissus mous

- R Choix entre une résection complémentaire/ laryngectomie totale ou radiothérapie lors d'un consilium oncologique

- O Dans tous les cas

Indications à une chirurgie de rattrapage après (chimio-)radiothérapie à visée curative

Niveau cervical

Toute métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique

- R Curage ganglionnaire adapté au status pré-thérapeutique

Tumeur primaire

Non-stérilisation confirmée par l'histologie

- R Etendue de la résection selon le status pré-thérapeutique

Suivi

Contrôle initial	<ul style="list-style-type: none">O 2(-3) mois après la fin du traitement➤ En cas de doute, endoscopie en AG de contrôleS CT ou IRM comme imagerie de référence (3 mois)
Contrôles suivants	<ul style="list-style-type: none">O 1^{ère} et 2^{ème} année tous les (1-)3 moisR 3^{ème} à 5^{ème} année tous les (4-)6 mois
Examens	<ul style="list-style-type: none">O Examen ORL complet, y compris palpation de la cavité buccale et de l'oropharynxO Fibroscopie, si nécessaireO Palpation du couS US du couS Ct ou IRM à 9 mois (éventuellement 15 mois)O TSH annuellement, si RTO Pas d'examens à la recherche de métastases à distance
A documenter	<ul style="list-style-type: none">O Dénutrition év., mastication, déglutitionO Voix, réhabilitation vocaleO Capacité de travailO Aspects sociauxO Toxicité

5.2 Hypopharynx cT3-4 ou cN>1

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">O documenter les symptômes et la duréeO données précises sur la consommation de tabac (paquets/année) et d'alcool
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">O palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx incl.O fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none">O biopsie sous N en règle gén. en même temps que la panendoscopie
Documentation	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.O documenter la mobilité cordale

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT ou IRM	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du cou
US cervical	<ul style="list-style-type: none">S pour examen du cou
Radiographie du thorax et bilan général	<ul style="list-style-type: none">➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)S dès N2 pour exclure des métastases à distance
CT des poumons et de l'abdomen	
ou PET-CT.	
Examen sous narcose (panendoscopie) comprend	<ul style="list-style-type: none">O
<ul style="list-style-type: none">• Palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx• Laryngopharyngoscopie directe• Oesophagoscopie• Bronchoscopie	<ul style="list-style-type: none">➤ vise à une évaluation exacte de la TP et à exclure une seconde localisation➤ év. en même temps que la thérapie➤ important: évaluation bouche oesophagienne / extension oesophagienne

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	O si RT planifiée (OPG)
Phoniatry / Logopédie	O si laryngectomie totale prévue
Chirurgie reconstructive	O si pharyngectomie circulaire prévue

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium inter-disciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: Chirurgie et/ou (chimio-)radiothérapie**

En cas de chirurgie

Tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Laryngectomie totale avec pharyngectomie partielle si la pharyngo-laryngectomie partielle n'est pas possible ➤ reconstruction selon étendue de la pharyngectomie
Niveau cervical	
cN0	<ul style="list-style-type: none"> O Cur. ggl niveaux II-IV O Cur. ggl, niveaux II-V
cN1-3	<ul style="list-style-type: none"> S Cur.ggl. bilat. si TP dépasse la ligne médiane
Remarques	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trachéotomie, si laryngectomie partielle S Prothèse phonatoire, SNG ou PEG selon situation

Indications à une radiothérapie post-opératoire (év. avec chimiothérapie)

Tous les carcinomes de l'hypopharynx de cette taille	O A cause du pronostic défavorable
--	------------------------------------

Indications à une chirurgie de rattrapage après (chimio-)radiothérapie à visée curative

Niveau cervical	
Toute métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique	R Curage ganglionnaire adapté au status pré-thérapeutique
Tumeur primaire	
Non-stérilisation confirmée par l'histologie	➤ Indication selon chaque situation, étendue de la résection selon le status pré-thérapeutique

Suivi

Contrôle initial	<ul style="list-style-type: none">O 2(-3) mois après la fin du traitementO en cas de doute, endoscopie en AGS CT ou IRM ou PET-CT comme examen de référence à 3 mois
Contrôles suivants	<ul style="list-style-type: none">O 1^{ère} et 2^{ème} année tous les (1-)3 moisR 3^{ème} à 5^{ème} année tous les (4-)6 mois
Examens	<ul style="list-style-type: none">O Examen ORL complet, y compris palpation de la cavité buccale et de l'oropharynxO Palpation du couS US du couS CT ou IRM ou PET-CT à 9 mois (évent. 15 mois)O TSH annuellement, si RT
A documenter	<ul style="list-style-type: none">O Dénutrition év., mastication, déglutitionO Voix, réhabilitation vocaleO ToxicitéO Capacité de travailO Aspects sociaux

6 Nasopharynx

Les données ne concernent que le cancer naso-pharyngé et aucune autre tumeur de cette région.

Classification TNM

- T1 tumeur limitée au naso-pharynx ou avec extension à l'oropharynx et/ou fosse nasale sans extension parapharyngée
- T2 extension parapharyngée
- T3 invasion tumorale des structures osseuses de la base du crâne et/ou des sinus
- T4 tumeur avec extension intra-crânienne et/ou atteinte des nerfs crâniens, de la fosse infra-temporale/ espace masticatoire, de l'hypopharynx ou de l'orbite
- N0 Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N1 Métastase cervicale unilatérale ≤ 6 cm, au-dessus du creux sus-claviculaire et/ou métastase/s.unilat ou bilat rétropharyngées ≤ 6 cm
- N2 Métastases bilatérales, ≤ 6 cm, au-dessus du creux sus-claviculaire
- N3a Métastase/s > 6 cm
- N3b Métastase/s dans le creux susclaviculaire

Stades	N0	N1	N2	N3
T1	I	II	III	IV _B
T2				
T3				
T4	IV _A			
Tous M1	IV _C			

Diagnostic général

Anamnèse complète	O documenter les symptômes et la durée de ceux-ci
Examen ORL complet	O nasopharyngoscopie, examen des tympans et nerfs crâniens incl.
Biopsie de la tumeur primaire	O selon la situation, en AL ou AG ➤ idéalement après l'imagerie
Documentation	O de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl. S EBV sur la biopsie

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT <i>et/ou</i> IRM	O de la tumeur primaire et du cou ➤ CT en cas de susp. d'infiltration osseuse
US	S pour examen du cou
CT thorax et abdomen sup. ou PET-CT	S dès N+ pour exclure des métastases à distance
Laboratoire	S VEB (IgA, VCA, EA, EBNA)
Audiométrie	O audiogramme tonal
Panendoscopie	pas indiquée!

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	O avant RT (OPG)
-----------------	------------------

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium oncologique interdisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Thérapie primaire: Radio(chimio)thérapie**

Indications à une chirurgie de rattrapage**Niveau cervical**

Métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique

R Curage ganglionnaire adapté au status pré thérapeutique

➤ Indiquée selon l'extension

Tumeur primaire

Non stérilisation confirmée par l'histologie

Suivi

Contrôle initial

- O 2 mois après la fin du traitement
- O CT ou IRM ou PET-CT comme examen de référence à 3 mois
- O nasopharyngoscopie, év. avec biopsie
- O otoscopie et nerfs crâniens

Contrôles suivants

- O 1^{ère} et 2^{ème} année tous les (1-)3 mois
- R 3^{ème} à 5^{ème} année tous les (4-)6 mois

Examens

- O Examen ORL complet, y compris nasopharyngoscopie et otoscopie
- S US du cou
- S CT ou IRM ou PET-CT à 9 mois (évent. à 15 mois)
- O Pas d'examen à la recherche de métastases à distance
- O TSH annuellement, si RT
- S EBV (IgA VCA, EA, EBNA) si positif avant traitement
- audiogramme tonal selon situation

A documenter

- O Dénutrition
- O Toxicité
- O Capacité de travail
- O Aspects sociaux

7 Métastases cervicales des tumeurs d'origine indéterminée

Classification TNM

- N1 Métastase dans un seul ganglion homolatéral \leq 3cm
- N2a Métastase dans un seul ganglion homolatéral $>$ 3cm mais \leq 6cm
- N2b Métastases homolatérales multiples toutes $<$ 6cm
- N2c Métastases bilatérales ou controlatérales $<$ 6cm
- N3 Métastase(s) $>$ 6cm

Procédure lors de suspicion de métastases ganglionnaires

En particulier chaque tumeur cervicale isolée et indolore chez des patients de plus de 40 ans est suspecte d'être une métastase d'un cancer épidermoïde, surtout en cas d'abus de tabac et/ou d'alcool.

La chronologie des différentes investigations peut varier selon la situation!

- | | |
|--------------------|--|
| Anamnèse complète | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> symptômes d'un cancer dans la région tête et cou.<input type="radio"/> tumeurs antérieures ? (dans la région tête et cou et ailleurs)<input type="radio"/> RT antérieure ?<input type="radio"/> données précises sur la consommation de tabac (UPA) et d'alcool incl. |
| Examen ORL complet | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> examen de la cavité buccale et de l'oropharynx ainsi que des glandes salivaires et gl. thyroïde incl.<input type="radio"/> endoscopie du nez et du nasopharynx incl.<input type="radio"/> fibroscopie, au cas où le larynx / l'hypopharynx ne sont pas examinables de manière adéquate<input type="radio"/> inspection de la peau tête et cou incl.<input type="radio"/> examen des nerfs crâniens |

Procédure suivante si une tumeur primaire n'a pas été décelée

- | | |
|----------------------------|--|
| Cytoponct. tumeur suspecte | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> ponctionner au moins 2 fois<input type="checkbox"/> répétition de la ponction – surtout si le matériel n'est pas utilisable<input type="checkbox"/> pas de biopsie ouverte (exception v. pl. bas)<input type="checkbox"/> S rechercher HPV et EBV |
|----------------------------|--|

Procédure lorsque même la cytologie ne livre pas de résultat

Excision du ganglion suspect	<ul style="list-style-type: none"> O examen extemporané de la tumeur O curage en stand-by (voir ci-dessous) ➤ il faut, si possible, préférer une excision ganglionnaire complète à une biopsie
Si le diagnostic extemporané oriente sur un carcinome épidermoïde	R recherche tumeur primaire dans le cadre de la panendoscopie sous même narcose (v. paragraphe suivant)
Si la TP a été trouvée à la panendoscopie	R procédure selon la taille (résectabilité) de la TP et entente avec le patient <ul style="list-style-type: none"> - ou résection TP et curage - ou interruption, compléter le staging et présentation au consilium oncologique interdisciplinaire (v.pl.bas)
Si la TP n'a pas été trouvée à la panendoscopie	R curage sous même narcose (extension selon localisation métastases), poursuivre recherche TP (v.pl.bas) et présentation au consilium oncologique interdisciplinaire

Procédure si la cytologie ou l'histologie révèle un carcinome épidermoïde mais sans avoir décelé de TP

CT ou IRM ou PET-CT	<ul style="list-style-type: none"> } O base du crâne jusqu'au cou } ➤ recherche TP
CT thoracique ± abdomen supérieur ou PET-CT	R dès N2 à la recherche de méta. à distance
Examen sous narcose (panendoscopie) comprend	
<ul style="list-style-type: none"> • Palpation de la cavité buccale et de l'oropharynx • Laryngopharyngoscopie directe • Oesophagoscopie • Bronchoscopie 	<ul style="list-style-type: none"> } O } ➤ contribue aussi à rechercher TP } ➤ si lésion suspecte d'être TP: biopsie
<ul style="list-style-type: none"> • amygdalectomie (unilat. ou bilat.) • Biopsies nasopharynx et base de langue • Biopsies lésions suspectes au CT/IRM/PET-CT 	<ul style="list-style-type: none"> } O si pas de découverte de TP à l'endoscopie

Procédure si la cytologie ou l'histologie révèle une tumeur, mais pas de carcinome épidermoïde (p.ex. adénocarcinome, lymphome)

Recherche TP, resp. staging selon le diagnostic cytologique/histologique ➤ décision dans le cadre du consilium

Thérapie des métastases d'un carcinome épidermoïde d'origine inconnue (tumeur primaire non localisée)

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium multidisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: chirurgie et/ou radio(chimio)thérapie**

En cas de chirurgie

- O Curage ganglionnaire, niveaux I-IV, (V)
- Si l'excision de la métastase est nécessaire pour le diagnostic, effectuer le curage ganglionnaire dans le même temps

Indications à une radiothérapie complémentaire après curage ganglionnaire

- > pN1
- Rupture capsulaire
- Métastases des tissus mous
- R Radiothérapie de l'aire ganglionnaire atteinte (+ éventuellement sur la région de la tumeur potentielle)

Thérapie si la tumeur primaire est localisable

Selon localisation et taille de la tumeur primaire (voir chapitre correspondant)

Suivi

Contrôle initial	<input type="radio"/> 2(-3) mois après la fin du traitement
Contrôles suivants	<input type="radio"/> W Ct ou IRM ou PET-CT comme examen de référence à 3 mois
	<input type="radio"/> O 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année: tous les (1-)3 mois
	<input type="radio"/> R 3 ^{ème} à 5 ^{ème} année: tous les (4-)6 mois
Examens	<input type="radio"/> O Anamnèse sur symptômes d'une éventuelle tumeur des VADS
	<input type="radio"/> O Examen ORL complet, y compris palpation de la cavité buccale, de l'oropharynx, des glandes salivaires et de la thyroïde
	<input type="radio"/> O Endoscopie nasale incl.
	<input type="radio"/> O Fibroscopie, si larynx ou hypopharynx pas visualisable correctement
	<input type="radio"/> O Palpation du cou
	<input type="radio"/> S US du cou
	<input type="radio"/> S CT ou IRM ou PET-CT à 9 mois (év. 15 mois)
	<input type="radio"/> O TSH annuellement, si RT
A documenter	<input type="radio"/> O Diminution déglutition
	<input type="radio"/> O Capacité de travail
	<input type="radio"/> O Aspects sociaux
	<input type="radio"/> O Toxicité

8 Nez / cavités sinusales

Classification TNM

<u>Région</u>	<u>Sous-unités</u>
Cavité nasale	septum plancher paroi latérale vestibule
Sinus maxillaire Ethmoïde	gauche/droite gauche/droite

Sinus maxillaire

- T1 tumeur limitée à la muqueuse du sinus maxillaire sans atteinte osseuse
- T2 tumeur avec ostéolyse de l'infrastructure, y compris le palais dur et/ou la région du méat moyen (exclusion de la paroi post. et apophyses ptérygoides)
- T3 tumeur envahissant l'une des structures suivantes: paroi postérieure du sinus maxillaire, plancher ou face interne de l'orbite, éthmoïde, tissus sous-cutanés, fosse ptérygoïdienne
- T4a tumeur envahissant : la cavité orbitaire antérieure, peau de la joue ou du nez, sinus sphénoïdal et frontal, fosse infratemporale,, apophyses ptérygoïdes
- T4b Tumeur envahissant : apex orbitaire, dure-mère, cerveau, fosse cérébrale moyenne, nerfs crâniens autre que le V2, nasopharynx, clivus

Cavité nasale et ethmoïde

- T1 tumeur limitée à l'ethmoïde ou à un sous-site des fosses nasales, avec ou sans érosion osseuse
- T2 tumeur s'étendant à deux sous-unités d'une même région ou envahissant une autre région adjacente dans le complexe naso-ethmoïdal, avec ou sans invasion osseuse
- T3 tumeur s'étendant à la paroi interne ou au plancher de l'orbite, au sinus maxillaire, au palais, à la lame cribreuse
- T4a tumeur avec extension au sinus sphénoïdal ou frontal, intracrânienne minimale, orbitale antérieure, à la peau du nez ou de la joue, au processus ptérygoïde
- T4b tumeur avec extension à l'apex de l'orbite y compris, à la dure-mère, au cerveau, à la fosse moyenne, aux nerfs crâniens autres que V2, au naso-pharynx, au clivus
- N0 Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N1 Métastase dans un seul ganglion homolatéral ≤ 3cm
- N2a Métastase dans un seul ganglion homolatéral > 3cm mais ≤ 6cm
- N2b Métastases homolatérales multiples toutes < 6cm
- N2c Métastases bilatérales ou controlatérales < 6cm
- N3 Métastase(s) > 6cm

Stades	N0	N1	N2	N3
T1	I	III		IV _B
T2	II			
T3				
T4a	IV _A			
T4b				
tous M1	IV _C			

Diagnostic général

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none"> ○ documenter les symptômes et la durée de ceux-ci ○ questions sur les facteurs de risque (poussière de bois) ○ questions sur les symptômes oculaires, trouble de l'odorat et déficit de nerfs crâniens
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none"> ○ endoscopie nasale, examen dentaire et nerfs crâniens incl.
Biopsie de la tumeur primaire	<ul style="list-style-type: none"> ○ en AL ou narcose selon la situation ➤ idéalement après imagerie
Documentation	<ul style="list-style-type: none"> ○ de la tumeur primaire et du status cervical, stade TNM incl.

Investigations complémentaires avant décision thérapeutique

CT <i>et/ou</i> IRM	➤ CT et IRM souvent indiqués
US cou	➤ Examen du cou.
Panendoscopie	➤ pas indiquée !

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	○ avant RT ou si les dents sont impliquées (OPG)
Bilan ophtalmologique	○ si envahissement à l'orbite/nerf optique
Bilan neurochirurgical	○ si extension intracrânienne
Chirurgie reconstructive	S si perte de substance importante prévue

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium interdisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: Chirurgie et/ou radio(chimio)thérapie selon le type histologique.**

La chirurgie est le traitement de premier choix. Le rôle de la chimiothérapie première est à considérer pour des carcinomes indifférenciés, à petites cellules et neuroendocrines des sinus ou en cas d'envahissement orbitaire

Chirurgie

Tumeur primaire

- Si possible préservation du globe oculaire
- Résection par voie externe ou endoscopique selon situation
- Abord neurochirurgical selon extension

Niveau cervical

cN0
cN+

- R Pas de curage ganglionnaire
- O Curage ganglionnaire, niveaux I-IV (V)

Indications à une radiothérapie complémentaire

- R Indiquée, sauf en cas de petite tumeur avec résection complète confirmée à l'histologie et absence de métastase ganglionnaire

Indications à une chirurgie de rattrapage

Niveau cervical

Métastase ganglionnaire persistante à l'examen clinique ou radiologique

- R Curage ganglionnaire adapté au status pré-thérapeutique

Tumeur primaire

Non-stérilisation confirmée par l'histologie

- Indiquée selon l'extension

Suivi

Contrôle initial	<ul style="list-style-type: none">O 2(-3) mois après la fin du traitementO CT et /ou IRM comme examen de référence à 3 mois
Contrôles suivants	<ul style="list-style-type: none">O 1^{ère} et 2^{ème} année: tous les (1-)3 moisR 3^{ème} à 5^{ème} année: tous les (4-)6 mois
Examens	<ul style="list-style-type: none">O Examen ORL complet, y compris endoscopie nasaleR CT ou IRM (à 9 et 15 mois)R Palpation du couS US du cou si N+S Bilan ophtalmologique
A documenter	<ul style="list-style-type: none">O Diminution de la visionO OlfactionO ToxicitéO Capacité de travail

9 Glandes salivaires

Classification TNM

La classification ne s'applique qu'aux carcinomes des glandes salivaires principales : parotide, sous-maxillaire et sous-linguale.

- T1 tumeur \leq 2cm sans extension extraparenchymateuse
- T2 tumeur $>$ 2cm et $<$ 4cm sans extension extraparenchymateuse
- T3 tumeur $>$ 4cm et/ou avec extension extraparenchymateuse
- T4a tumeur avec atteinte de la peau, mandibule, conduit auditif externe ou nerf facial
- T4b tumeur avec atteinte de la base du crâne, processus ptérygoïdes ou entourant l'artère carotide

Note : l'extension extra-parenchymateuse est une invasion clinique ou macroscopique de structures avoisinantes, sauf celles mentionnées sous T4a et T4b. L'invasion microscopique seule ne constitue pas une extension extra-parenchymateuse dans la classification.

- N0 Pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
- N1 Métastase dans un seul ganglion homolatéral \leq 3cm
- N2a Métastase dans un seul ganglion homolatéral $>$ 3cm mais \leq 6cm
- N2b Métastases homolatérales multiples toutes $<$ 6cm
- N2c Métastases bilatérales ou controlatérales $<$ 6cm
- N3 Métastase(s) $>$ 6cm

Stades	N0	N1	N2	N3
T1	I			IV _b
T2	II			
T3	III			
T4a	IV _a			
T4b				
tous M1	IV _c			

9.1 Glande parotide

Diagnostic général (pour toutes les tumeurs parotidiennes)

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none">O documenter les symptômes et la durée de ceux-ciO parésie faciale, douleurs
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none">O fonction du nerf facial et examen du conduit auditif incl
Sono Cytoponct.	<ul style="list-style-type: none">R gl. parotide et couR cytoponct. de la tumeur➤ pas de biopsie ouverte

Diagnostic particulier lors de (suspicion) cancer de la parotide

IRM <i>ou</i> CT Radiographie du thorax et bilan général	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et du cou➤ selon l'usage institutionnel et en rapport avec la situation (avant narcose)
Documentation	<ul style="list-style-type: none">O de la tumeur primaire et de l'examen du cou, stade TNM incl.

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire	<ul style="list-style-type: none">O si RT planifiée (OPG)
Logopédie / physiothérapie (réhabilitation faciale)	<ul style="list-style-type: none">R si reconstruction du nerf facial nécessaire
Chirurgie reconstructive	<ul style="list-style-type: none">S si perte de substance importante et/ou reconstruction du nerf facial suspecté (voir pl. bas)

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium oncologique interdisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: Chirurgie et év. radiothérapie post-opératoire**

En cas de chirurgie

Glande parotide

Résection de la tumeur primaire avec mise en évidence du nerf facial et une marge de sécurité suffisante (parotidectomie partielle avec préservation du nerf facial, jusqu'à parotidectomie élargie avec pétrorsectomie et/ou résection de la mandibule et sacrifice du nerf facial selon situation)

- R En cas de doute, examen extemporané
- R Préservation du nerf facial en cas d'absence d'infiltration tumorale et de fonction pré- opératoire normale
- R En cas de résection du nerf facial, reconstruction immédiate
- R Utiliser le stimulateur ou neuro-monitoring du nerf facial

Niveau cervical

cN0

- S Curage ganglionnaire controversé
- O Sans radiothérapie post-opératoire, curage groupes I-III

cN1-3

- O Curage ganglionnaire, niveaux I-IV

Indications à une radiothérapie complémentaire

T1-4

- L'indication dépend de l'histologie (grading) de la taille de la tumeur et de la radicalité de la résection
- Radiothérapie éventuellement unilatérale
- La radiothérapie n'est pas contre-indiquée en cas de greffe nerveuse

pN > 1

Rupture capsulaire

Métastases des tissus mous

Suivi

Contrôle initial	<ul style="list-style-type: none">O 2(-3) mois après la fin du traitementO documenter une éventuelle persistance tumoraleS CT ou IRM comme examen de référence (3 mois)
Contrôles suivants	<ul style="list-style-type: none">O 1ère et 2ème année tous les (1-)3 moisR 3ème à 5ème année tous les (4-)6 mois➤ ensuite, selon histologie
Examens	<ul style="list-style-type: none">O Examen ORL complet, y compris fonction du nerf facialO Palpation du couS IRM ou CT (à 9 et 15 mois)S US du cou et parotide
A documenter	<ul style="list-style-type: none">O Pas d'examens à la recherche de métastases à distanceO Dénutrition év., mastication, déglutitionO Fonction du nerf facialO Capacité de travail

9.2 Glande sous-maxillaire

Diagnostic général (pour toutes les tumeurs sous-maxillaires)

Anamnèse complète	R	documenter les symptômes et la durée de ceux-ci
Examen ORL complet	R	palpation du plancher buccal incl. ➤ tester la fonction des nerfs lingual, hypoglosse et facial
Sono Cytoponction	R	glande sous-maxillaire et cou
	O	cytoponction de la tumeur
	➤	si diagnostic incertain, en règle générale extirpation de la glande (ou ev. biopsie) avec examen extemporané (voir pl. bas)

Diagnostic particulier lors de (suspicion) cancer de la glande sous-maxillaire

IRM <i>ou</i> CT <i>ou</i> US	O	de la tumeur primaire et du cou
Documentation	O	de la tumeur primaire et de l'examen du cou, stade TNM incl.

Diagnostic particulier / Consilium selon l'option thérapeutique

Examen dentaire Logopédie	O	si RT planifiée (OPG)
	S	si trouble de la fonction linguale prévu
Chirurgie reconstructive	S	si perte de substance importante (reconstruction mandibulaire) suspectée

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium multidisciplinaire, où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: chirurgie et év. radiothérapie post-opératoire**

En cas de chirurgie

Glande sous-mandibulaire

Résection de la tumeur primaire avec marge de sécurité suffisante (curage ganglionnaire du niveau I au minimum)

- R En cas de doute, examen extemporané
- R Reconstruction selon situation dans le but d'une récupération fonctionnelle (mastication, déglutition, articulation) et esthétique optimale.
- Seulement en cas d'infiltration, résection du nerf lingual et du nerf XII

Niveau cervical

cN0
cN1-3

- R Curage ganglionnaire, niveaux I-III
- R Curage ganglionnaire, niveaux I-IV, (V)

Indications à une radiothérapie complémentaire

T1-4

- L'indication dépend de l'histologie (gradind), de la taille de la tumeur et de la radicalité de la résection
- Radiothérapie éventuellement unilatérale

pN>1

Rupture capsulaire

Métastases des tissus mous

Suivi

Contrôle initial	<ul style="list-style-type: none">O 2(-3) mois après la fin du traitementO documenter une éventuelle persistance tumorale.S CT, IRM ou US comme examen de référence (3 mois) selon la taille de la tumeur initiale
Contrôles suivants	<ul style="list-style-type: none">O 1^{ère} et 2^{ème} année tous les (1-)3 moisR 3^{ème} à 5^{ème} année tous les (4-)6 mois➤ après selon histologie
Examens	<ul style="list-style-type: none">O Examen ORL complet, y compris fonction facialeO Palpation du couS Eventuellement IRM ou CT (à 9 et 15 mois) selon la taille de la tumeur initialeS US du couO Pas d'examens à la recherche de métastases à distance
A documenter	<ul style="list-style-type: none">O Dénutrition év., mastication, déglutitionO Fonction nerf facial, lingual, hypoglosseO Capacité de travailO Aspects sociaux

10 Glande thyroïde

Classification TNM

Remarque: chaque stade T peut être classé en a (tumeur isolée) et b (tumeur multifocale).

T1a tumeur \leq 1 cm limitée à la thyroïde

T1b tumeur $<$ 2 cm limitée à la thyroïde

T2 tumeur $>$ 2cm et \leq 4cm et limitée à la glande thyroïde

T3 tumeur $>$ 4cm et limitée à la glande thyroïde, ou extension extra-thyroïdienne minimale

T4a tumeur de toute dimension dépassant la capsule glandulaire, envahissant les tissus sous-cutanés, le larynx, la trachée, l'œsophage, ou le nerf récurrent.

T4b Tumeur envahissant le fascia pré-vertébral ou entourant l'artère carotide ou les vaisseaux du médiastin

Tous les carcinomes anaplasiques (indifférenciés) sont classés T4

T4a tumeur intra-thyroïdienne, résécable chirurgicalement

T4b Tumeur avec extension extra-thyroïdienne, non résécable chirurgicalement

Remarque

Le carcinome multifocal, quelle que soit l'histologie, doit être signalé par un **m** avec le T correspondant à la tumeur de plus grande dimension

N0 pas de métastases au niveau des ganglions lymphatiques régionaux

N1a métastases ganglionnaires dans le niveau VI (adénopathies pré-trachéales, para-trachéales et pré-laryngées, ganglion Delphien)

N1b métastases ganglionnaires atteignant les autres niveaux (unilatérales, bilatérales, controlatérales ou médiastinales sup.)

Nx status ganglionnaire inconnu

pN0 l'examen histologique d'un curage cervical sélectif doit inclure au moins 6 ganglions lymphatiques. Toutefois, lorsque les ganglions sont sans tumeur, mais que leur nombre n'atteint pas 6, la tumeur est quand même classée pN0

Classement en stades pour la thyroïde, tient aussi compte de l'histologie et, dans certains cas, de l'âge du patient.

Cancer papillaire et folliculaire

Age < 45 ans	Age ≥ 45 ans
Stade I	Tous T, tous N, M0
Stade II	T1, N0, M0
Stade III	T2, N0, M0
	T3, N0, M0
	T1, N1a, M0
	T2, N1a, M0
	T3, N1a, M0
Stade IVa	T4a, N0, M0
	T4a, N1a, M0
	T1, N1b, M0
	T2, N1b, M0
	T3, N1b, M0
	T4a, N1b, M0
Stade IVb	T4b, tous N, M0
Stade IVc	Tous T, tous N, M1

Cancer médullaire

Stade I	T1,N0,M0
Stade II	T2-3-4 N0, M0
Stade III	T1-2-3-4, N1a, M0
Stade IVA	T1-4, N1b, M1
	T4 tous N, M0
Stade IVB	T4b, tous N, M0
Stade IVC	Tous T, tous N, M1

Cancer anaplasique

Stade IVA	T4a,tousN,M0
Stade IVB	T4b, tousN, M0
StadeIVC	Tous T, tousN,M1

Diagnostic général (pour tous les nodules solitaires de la thyroïde)

Anamnèse complète	<ul style="list-style-type: none"> O documenter les symptômes et la durée de ceux-ci O données sur une radiothérapie percutanée ancienne de la région du cou et l'existence de maladies thyroïdiennes familiales
Examen ORL complet	<ul style="list-style-type: none"> O palpation de la thyroïde: évaluation de la consistance du nodule, mobilité à la déglutition O laryngoscopie (mobilité cordale)
Laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> O TSH S Thyroglobuline : pas de spécificité et de sensibilité pour le diag. d'un carcinome S Calcitonine : pas de dosage de routine
US Cytoponct. du nodule	<ul style="list-style-type: none"> O glande thyroïde et cou R Ggl > 1 cm R Ggl < 1 cm, lorsqu'il est suspect à l'US O cytoponction sous contrôle US
Scintigraphie	<ul style="list-style-type: none"> O si TSH abaissée

Diagnostic particulier lors de (suspicion) cancer de la thyroïde

IRM (év. CT sans contraste)	<ul style="list-style-type: none"> R lors de suspicion de dépassement de la capsule glandulaire
Calcium sérique Calcitonine sérique, év. CEA Bilan endocrinologique (consilium)	<ul style="list-style-type: none"> R comme valeur de départ O lors de suspicion de cancer médullaire ➤ en particulier lors de susp. de MEN II (néoplasies endocrines multiples)
CT ou IRM (cou , thorax, abdomen) év. PET-CT Scintigraphie osseuse	<ul style="list-style-type: none"> O pour exclure des métastases à distance en cas de cancer médullaire et anaplasique
Documentation	<ul style="list-style-type: none"> O TNM O histologie O âge } ⇒stades I-IV (voir ci-dessus)

Thérapie

- Les décisions thérapeutiques et les modifications du traitement sont discutées dans le cadre d'un consilium interdisciplinaire (y compris **endocrinologie et médecine nucléaire**), où le stade TNM clinique est défini.
- **Options thérapeutiques: chirurgie et radiothérapie par iode [év. + (chimio-)radiothérapie]**

En cas de chirurgie

Glande thyroïde

Microcarcinome solitaire papillaire (< 1cm) sans métastases ganglionnaires et sans irradiation antérieure

R Hémi-thyroïdectomie suffisante du point de vue oncologique

Tous les autres carcinomes papillaires, folliculaires, médullaires (ainsi que les carcinomes anaplasiques sans rupture capsulaire de la glande)

R Standard = thyroïdectomie totale

Niveau cervical

Carcinomes papillaires et folliculaires

cT1/2 cN0 <45ans

Pas de Cur. Ggl.

cT3/4 cN0 ou >45 ans

R cur.ggl. niveau IV

cN1a

R Curage ganglionnaire, niveau VI

R Curage ganglionnaire, niveaux II-IV + VI uni ou bilatéral

cN1b

Carcinomes médullaires

cN0

R Cur.ggl. niveau VI si T1

R Cur.ggl. niveau II-VI bilat si >T1,

cN1

O Cur.ggl. II-VI bilat

- Le curage ganglionnaire médiastinal dépend du bilan d'extension (pas prophylactique)

Indications pour traitement complémentaire par radio-iode

Tous les carcinomes thyroïdiens bien différenciés (sauf T1a)

- Endocrinologie et/ou médecine nucléaire (décision évent. au consilium multidisciplinaire)

)

Suivi

Tous les carcinomes thyroïdiens bien différenciés

- En général, en endocrinologie et/ou médecine nucléaire

11 Rôle de la chimiothérapie dans le traitement du carcinome épidermoïde de la cavité buccale, du pharynx et du larynx

En cas de carcinome épidermoïde de la cavité buccale, du pharynx et du larynx, la chimiothérapie peut être utilisée avant la radiothérapie (néo-adjuvante), pendant la radiothérapie (concomitante), après la radiothérapie (adjuvante) ou dans des situations palliatives en cas de récidives loco-régionales dépassées ou de métastases à distance. La chimiothérapie seule n'est en général pas curative. Son but est d'une part de potentialiser l'effet loco-régional de la radiothérapie et d'autre part de diminuer l'apparition de métastases à distance par son action systémique.

Dans un contexte curatif, la chimiothérapie est administrée pratiquement exclusivement de manière concomitante à la radiothérapie, aussi bien dans le traitement primaire qu'en post-opératoire (traitement adjuvant). En principe, une radio-chimiothérapie est uniquement indiquée en cas de carcinomes avancés (T3/4 ou N+ ; stade III/IV).

Lors du traitement primaire, la chimiothérapie comporte généralement du Cisplatine ou du Carboplatine et, en cas de contre-indication au platine, il est remplacé par l'anticorps anti-récepteur EGFR (Cetuximab®). Le Cisplatine est fréquemment combiné avec du 5-FU (Fluorouracil), bien que l'effet additionnel du 5-FU soit très controversé. C'est pour cette raison qu'il n'est plus utilisé en association avec le platine dans la radio-chimiothérapie concomitante. Par contre le 5-FU garde sa valeur dans le cadre d'une éventuelle chimiothérapie d'induction ou d'une chimiothérapie palliative. L'association de la chimiothérapie à la radiothérapie améliore le contrôle loco-régional et la survie d'environ 8% par rapport à une radiothérapie seule. En contrepartie, elle engendre une nette augmentation de la toxicité aiguë.

Les mêmes substances sont utilisées pour une radio-chimiothérapie postopératoire que pour une radio-chimiothérapie primaire. L'association des modalités thérapeutiques amène une amélioration du contrôle loco-régional et, au moins d'après une grande étude européenne, également une augmentation de la survie. Il est à noter que les indications à associer une chimiothérapie à une radiothérapie postopératoire étaient posées différemment selon les différentes études. En résumé, une chimiothérapie concomitante est indiquée en cas de résection R1 et en présence d'une effraction capsulaire dans les ganglions métastatiques.

La chimiothérapie néo-adjuvante ou d'induction n'avait, jusque il y a peu de temps, que très peu de valeur, puisqu'aucun avantage par rapport au contrôle loco-régional ou de la survie n'était mis en évidence dans les différentes études. La situation a récemment changé avec l'introduction des taxanes. Les premiers résultats positifs sont actuellement en train d'être évalués dans des grandes études. Ainsi, le cas échéant, la chimiothérapie d'induction pourra à nouveau jouer un rôle plus important dans le futur, bien que ce schéma thérapeutique entraîne une très importante accentuation de la toxicité aiguë.

La chimiothérapie adjuvante après radiothérapie n'a quasiment plus d'indication en raison d'un manque de résultats positifs, avec une exception peut-être pour le carcinome du nasopharynx, où il existe encore des schémas thérapeutiques avec des cycles de chimiothérapie adjuvante, dont les bénéfices restent toutefois controversés.

Références:

Vermorken JB. Medical Treatment in Head and Neck Cancer. *Ann Oncol* 2005;16 (Suppl2):ii258-64.

Bernier J et al. Defining Risk Levels in Locally Advanced Head and Neck Cancers : A Comparative Analysis of Concurrent Postoperative Radiation plus Chemotherapy Trials of the EORTC and RTOG. *Head Neck* 2005;843-50.

Pignon JP et al. Chemotherapy added to locoregional treatment for head and neck squamous-cell carcinoma: three meta-analyses of updated individual data. *Lancet* 2000;355:949-55.

Vermorken JB et al. Overview of the efficacy of cetuximab in recurrent and/or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck in patients who previously failed platinum-based therapies. *Cancer* 2008;112:2710-9.

Bonner JA et al. Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2006;354:567-78.

Bernier J et al. Adjuvant therapy in patients with resected poor-risk head and neck cancer. *J Clin Oncol* 2006;24:2629-35.

Vermorken JB et al. Cisplatin, Fluorouracil, and Docetaxel in unresectable head and neck cancer. *N Engl J Med* 2007;357:1695-704.

Vermorken JB et al. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. *N Engl J*

12 Littérature

<http://www.hno.org/leitl.htm>

<http://www.krebsgesellschaft.de/ISTO/Standards/index.html>

<http://oralcancerfoundation.org/treatment/pdf/head-and-neck.pdf>

<http://www.ahns.info/clinicalresources/guidelines.php>

<http://www.entuk.org/publications/>

<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/90/index.html>

<http://www.mayoclinic.org/head-and-neck-cancer/>

<http://www.esmo.org/education/esmo-clinical-recommendations.html>

<http://www.cancercare.on.ca/toolbox/qualityguidelines/diseasesite/head-neck-ebs/>

TNM Classification of Malignant Tumours, 7th edition, Eds: L.H.Sobin, Ch.Wittekind. John Wiley & Sons, New York, 2009 (<http://www.wiley.com/go/oncology>)

WHO Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors. Eds: L Barnes, JW Eveson, P Reichart, D Sidransky. IARC Press, Lyon, 2005

