

Cancers ORL

La session ORL des 11^{es} Biennales de Cancérologie de Monaco a été l'occasion, pour la première fois, de donner un cours sur les cancers de l'oropharynx. Elle s'est faite sous l'égide du GORTEC en présence de son président, le Pr Bourhis. La cancérologie des tumeurs de la tête et du cou, à l'instar des autres localisations, est en plein essor depuis plusieurs années. Ainsi, la chimiothérapie classique a vu son développement en induction dans les stratégies de préservation d'organe (larynx, hypopharynx) mais aussi son rôle en concomitant à la radiothérapie dans les cancers localement avancés. L'arrivée du cétuximab (Erbix[®]) a aussi changé les pratiques avec sa validation à la

La chirurgie des carcinomes de l'oropharynx Trans Orale Robot Assistée par le Pr Philippe CERUSE (CHU Lyon)

Classiquement, la chirurgie des cancers de l'oropharynx se fait par voie transmandibulaire avec des séquelles notamment esthétiques qui faisaient reculer les équipes au bénéfice de traitements médicaux. L'abord transoral et notamment robot-assisté (**figure 1**) permet une nouvelle approche ; il s'est constitué un groupe français sur cette thématique.

Cette chirurgie permet des durées de mise en place de sonde nasogastrique relativement courtes (sauf pour les chirurgies de paroi pharyngée postérieure et les laryngectomies supraglottiques) et de gastrostomie pendant plus d'un an inférieures à 10 %.

Les chiffres de morbi-mortalité sont très acceptables et cette technique permet de réduire la durée moyenne d'hospitalisation. Le groupe français a enregistré prospectivement les patients opérés et cela dès les premiers malades.

Ceci explique peut-être les taux de marge considérés R1 (microscopiquement incomplets) relativement élevés de l'ordre de 9 %. Cette chirurgie permet aussi au praticien un confort de travail conséquent et une vision inégalée mais impose l'absence de retour de force ; d'où la nécessité d'un apprentissage.

Cette approche a un impact sur les connaissances avec un apport technique innovant et l'ère de la robotisation de la médecine avec une maîtrise de plus en plus forte. Il y a également un impact sur les pratiques avec un accès à une nouvelle technique en prenant gare à l'apprentissage nécessaire (bien poser les indications). Enfin, un impact pour le patient avec moins de morbidité, moins de délabrement et une durée courte d'hospitalisation.

phase de récurrence et métastatique en combinaison au doublet cisplatine et 5-Fluorouracile (protocole EXTREME) avec un gain en survie globale pour la première fois depuis 30 ans dans les cancers ORL mais aussi en combinaison à la radiothérapie pour les tumeurs localement avancées avec, là aussi, un bénéfice en contrôle locorégional et en survie globale, se plaçant comme une alternative à la chimiothérapie. Enfin, la chirurgie s'est perfectionnée et l'arrivée de la biologie à travers le virus HPV ouvre de nouvelles perspectives. Les thèmes présentés en session portaient sur la chirurgie robotisée, la place de la chimiothérapie d'induction et de la chimioradiothérapie et enfin sur le virus HPV (*Human Papilloma Virus*).

Induction ou chimioradiothérapie concomitante pour les cancers localement évolués de l'oropharynx par le Pr Jean BOURHIS (CH Lausanne)

Au cours des 30 dernières années, plusieurs avancées ont eu lieu pour ces cancers. On peut retenir la chimioradiothérapie concomitante (fort niveau de preuve et très utilisée en pratique), les modifications du fractionnement (fort niveau de preuve mais peu utilisées en pratique), l'arrivée du cétuximab (niveau de preuve conséquent et classiquement utilisé en pratique). Dans cette situation, la place de la chimiothérapie d'induction reste au cœur des débats (faible niveau de preuve mais très utilisée en pratique).



Auteur

Yoann POINTREAU

Expertise :

Radiothérapie, cancers ORL, stéréotaxie.

Déclaration publique d'intérêts :

Yoann Pointreau a perçu des honoraires ou des financements de société pour la réalisation de différents travaux ou communications.

Correspondance :Centre Jean Bernard
Clinique Victor Hugo
Rue Beauverger
72000 Le Mans
CHRU de Tours
Service de radiothérapie
Centre Régional
Universitaire de
Cancérologie
Henry S. Kaplan
Hôpital Bretonneau
2 Boulevard Tonnellé
37044 Tours
pointre_y@yahoo.fr

Figure 1 : Mise en place du robot via la cavité buccale.

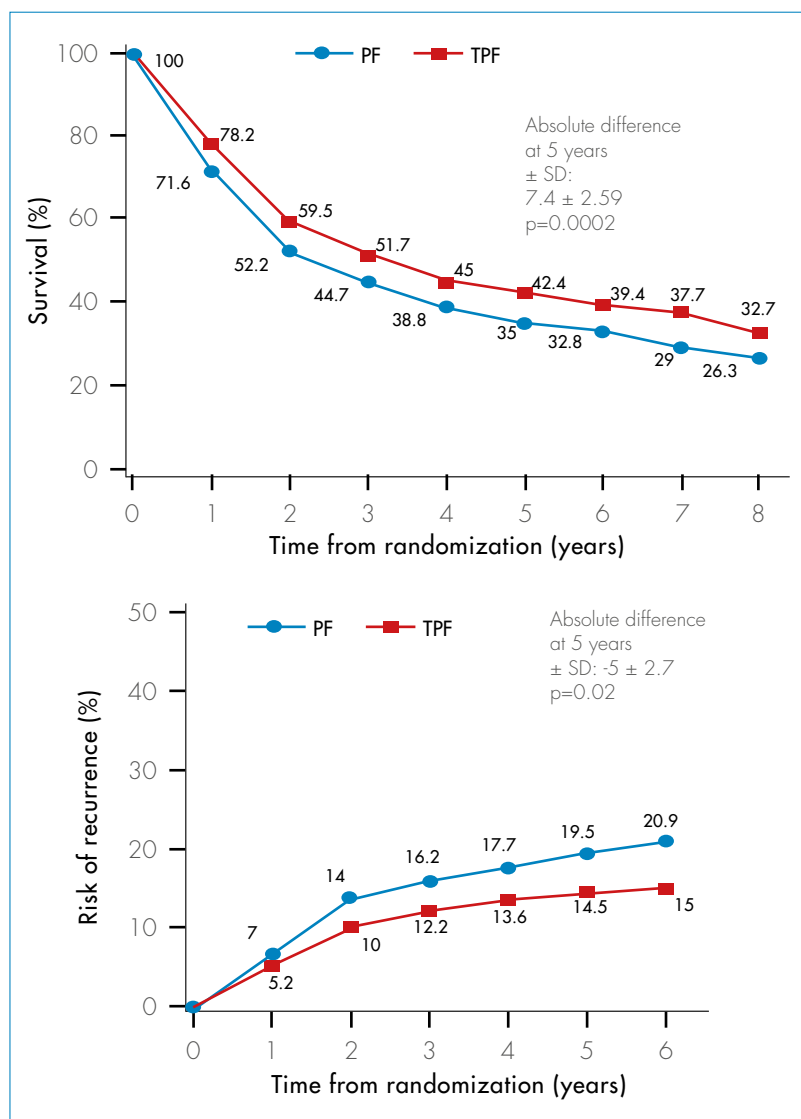


Figure 2 : Impact en survie globale et en réduction des métastases du TPF comparé au PF.

La chimioradiothérapie concomitante est un standard avec un bénéfice sur le contrôle tumoral et la survie mais au prix d'effets secondaires importants. Aux États-Unis, la cisplatine toutes les 3 semaines est la référence. En France également auquel s'ajoute le schéma du GORTEC associant carboplatine et 5-Fluorouracile. Dans une analyse de l'essai GORTEC 99-02, le fait de bien faire les 3 cycles de chimiothérapie plutôt que d'arrêter à 2 cycles semble impacter les différents endpoints (survies sans progression et globale, contrôles locorégional et à distance). Quant à l'induction, si elle est retenue pour prendre en charge nos malades, il faut privilégier le schéma TPF (Taxotère, cisPlatine, 5Fu) par rapport au PF car il existe une différence en termes de survie globale de l'ordre de 7 %, de réduction de survenue des métastases de l'ordre de 5 % (et même 8 % pour les N2-N3) (figure 2). Les questions qui restent en suspens sont de savoir s'il faut faire précéder la chimioradiothérapie par une chimiothérapie d'induction (risque de compromettre la deuxième phase), d'intégrer de nouveaux

facteurs (HPV ?), d'ajouter des thérapies ciblées complémentaires...

Cette communication a permis de mettre en évidence un impact sur nos connaissances avec le fait que le TPF réduit la survenue de métastases mais aussi que, dans le contexte du localement avancé hors préservation, l'induction n'est pas un standard.

Il y a également un impact sur les pratiques avec le sentiment que la réalisation de 3 cycles de chimiothérapie pendant l'irradiation (plutôt que 2) permet d'améliorer les endpoints. Enfin, un impact pour les patients avec le fait qu'ils doivent se voir proposer au maximum les standards validés et avoir connaissance de la nécessité de recevoir l'ensemble du traitement.

HPV, nouveau facteur pronostic par le Dr Cécile ORTHOLAN (CH Monaco)

L'HPV est un virus à ADN avec 130 sérotypes. Il s'agit d'une infection fréquente et constitue même la Maladie Sexuellement Transmissible la plus fréquente avec 80 % de la population adulte aux USA infectée par ce virus.

Le sérotype oncogénique le plus fréquent est l'HPV 16 avec une forte implication dans les cancers ORL. Les facteurs de risque d'infection orale par l'HPV sont le sexe masculin, la consommation de tabac et le nombre de partenaires sexuelles. Cependant, l'infection n'est pas permanente avec une durée moyenne de portage de l'ordre de 6 à 7 mois.

L'incidence des cancers ORL liés à l'HPV est en augmentation croissante (passée de 20 % dans les années 70 à près de 70 % au début du siècle dans les registres suédois). Les cancers ORL liés à HPV sont, en moyenne, davantage chimiosensibles et davantage radiosensibles se traduisant par de meilleures survies (globale et sans maladie) mais avec un risque identique de survenue de métastases que les cancers non liés à HPV.

Toutefois, les patients fumeurs et avec atteinte ganglionnaire N2b à N3 restent de mauvais pronostic.

En l'état actuel des connaissances et en dehors d'essais thérapeutiques, la prise en charge doit être la même, que le cancer soit lié à HPV ou non ; donc pas de désescalade.

Cette communication a permis de mettre en évidence un impact sur nos connaissances avec le fait que les cancers ORL liés à l'HPV sont en augmentation constante sans faire oublier que le tabac reste un facteur de mauvais pronostic.

Il y a également un impact sur les pratiques puisqu'il faut se garder de les changer même en cas d'infection HPV et ne surtout pas changer nos traitements hors essais cliniques. Enfin, un impact pour les patients avec qui le discours peut être plus rassurant sur le pronostic si la tumeur est liée à HPV et sous réserve de l'absence de tabagisme.

En rappel de l'introduction, il y a eu des confirmations des stratégies de prise en charge et le développement de nouvelles, nous permettant d'espérer un gain thérapeutiques pour nos patients intégrant chirurgie, chimiothérapie, thérapies ciblées (actuellement, uniquement le cétuximab), techniques de radiothérapie et l'arrivée de la biologie.