

La plupart des notions qui suivent sont le résultat d'un consensus national et international entre experts de la prise en charge des tumeurs malignes de la tête et du cou.

Opérabilité - résécabilité - compétence

La chirurgie d'exérèse des cancers des voies aéro-digestives supérieures ne peut être envisagée que dans des structures médico-chirurgicales adaptées (équipe anesthésique, équipe chirurgicale, équipes paramédicales, plateau technique, RCP, dispositif d'annonce...).

D'une façon générale, la chirurgie sera adaptée à la classification TNM de l'AJCC 2002 et à l'état général du patient (comorbidités, classification ASA...).

La possibilité de chirurgie d'exérèse (tumorale et/ou ganglionnaire) repose sur le concept de « résécabilité », dont aucune définition n'a pu être précisément formulée et unanimement admise.

Une masse tumorale est résécable si elle peut être enlevée :

- dans sa totalité (= tumeur avec limites anatomiques identifiables),
- sans infliger au patient une morbidité et des séquelles inacceptables,
- avec un espoir raisonnable de contrôle loco-régional.

Par ailleurs, un nombre conséquent de patients présentant une tumeur résécable peuvent être traités de façon non chirurgicale (radiothérapie, radio-chimiothérapie...) avec un même pourcentage de contrôle loco-régional.

Place et contexte de la chirurgie

La chirurgie comme traitement initial

Son but est une ablation tumorale intégrale et « en marges saines », c'est-à-dire cherchant à maintenir par rapport aux lésions macroscopiques une distance de sécurité. Cette marge est assujettie à des adaptations possibles ou nécessaires en fonction notamment de l'organe concerné (ex : endolarynx) ou de la proximité de structures anatomiques « vitales » (carotide...).

Lorsque la lésion est limitée (T1, T2), la chirurgie peut constituer le seul traitement si l'analyse confirme que l'exérèse dispose de marges histologiques saines.

Pour les lésions étendues (T3, T4) et/ou en présence de facteurs de risque loco-régional (marges insuffisantes, embolus néoplasiques, envahissement ganglionnaire multiple

ou en rupture capsulaire), un traitement complémentaire à la chirurgie est indiqué (radiothérapie, radio-chimiothérapie).

Le traitement des aires ganglionnaires (évidement ganglionnaire ou non) est pris en considération de façon systématique lors du traitement chirurgical d'une tumeur (voir § évidement ganglionnaire).

Les procédés réparateurs adaptés à une récupération optimale de l'anatomie et/ou de la fonction seront si nécessaire mis en œuvre.

La chirurgie de rattrapage

Elle est conditionnée par la possibilité de résécabilité de la maladie loco-régionale.

En raison de ses complexités techniques, des risques majorés de complications, du caractère aléatoire de ses résultats, son indication est particulièrement difficile, et relève d'une décision collégiale prise en RCP, et avec une implication nette du patient.

La chirurgie diagnostique

Elle concerne l'exérèse de structures possiblement néoplasiques (adénectomie, amygdalectomie...) lorsque l'on ne dispose pas encore de preuve histologique, ou lors de la recherche d'une localisation primitive méconnue.

L'ablation d'un ganglion suspect peut s'accompagner d'un examen histologique extemporané et, en cas de positivité, d'un élargissement de l'évidement ganglionnaire.

La chirurgie des complications

Nous ne mentionnerons que la trachéotomie, l'intervention d'hémostase, la résection d'ostéo-radionécrose, la réparation des pertes de substance.

Il existe des risques d'infections et de delirium tremens du fait de l'intoxication alcool-tabagique de ces patients.

La chirurgie « palliative »

Dans certains cas, une intervention chirurgicale « palliative » pourra être réalisée. Elle vise principalement à limiter le volume tumoral pour aider à contrôler les symptômes. Les indications restent rares et doivent être appréciées en fonction du contexte et de la symptomatologie.

Modalités de la chirurgie d'exérèse

Prélèvements tissulaires, données anatomopathologiques et présentation des résultats

Non nécessaire de façon systématique, un examen histologique extemporané des marges d'exérèse ou des ganglions peut être pratiqué lorsqu'il semble utile de disposer d'informations histologiques pour assurer la qualité de l'intervention.

Il est recommandé d'effectuer des prélèvements destinés à évaluer la qualité de l'exérèse sur des structures muqueuses ou musculaires bordant la zone d'exérèse ; à défaut, en fonction des constatations per-opératoires des marges d'exérèse, des biopsies pourront être réalisées sur la pièce opératoire.

La pièce d'exérèse tumorale doit être orientée, les marges d'exérèse éventuelles repérées et envoyées au laboratoire séparément de la pièce ; l'ensemble pourra être représenté sur un schéma.

Les marges d'exérèse histologiques sur pièces fixées sont classées en saines, limites (pas de définition exacte) ou envahies, et constituent un des critères essentiels de la qualité de l'exérèse (R0, R1, R2...). Du fait des rétractions tissulaires après fixation, les marges histologiques apparaissent souvent faibles. Il faudra tenir compte de la localisation de la tumeur et de l'appréciation per-opératoire par le chirurgien de la qualité de l'exérèse.

Dans certains cas, il n'est pas possible de pratiquer l'exérèse de la tumeur avec des marges identifiables. C'est le cas de la chirurgie des tumeurs naso-sinusiennes. La tumeur est souvent morcelée lors de son exérèse. Le chirurgien devra préciser si l'exérèse paraît macroscopiquement complète, et pourra pratiquer des recoups sur les tissus restants, qui seront analysés soit en extemporané, soit en définitif.

Chirurgie des aires ganglionnaires cervicales

Le traitement des aires ganglionnaires cervicales est le plus souvent associé au traitement du site tumoral primitif. Lorsque le site tumoral est traité par chirurgie en première intention, les aires ganglionnaires cervicales de drainage sont le plus souvent traitées dans le même temps opératoire. Lorsque le site tumoral primitif est traité en première intention par radiothérapie (avec ou sans potentialisation), les aires ganglionnaires cervicales de drainage sont le plus souvent traitées dans le même temps par radiothérapie (avec ou sans potentialisation) ; une chirurgie ganglionnaire peut néanmoins être discutée au décours, soit de façon systématique soit sur reliquat ganglionnaire.

Un évidement ganglionnaire cervical sera réalisé chaque fois qu'il existe des signes cliniques et/ou radiologiques d'envahissement ganglionnaire (TDM cervicale injectée et/ou IRM cervicale injectée).

En l'absence de signe clinique et radiologique d'envahissement ganglionnaire (cou N0) et si la tumeur est traitée par chirurgie, un évidement sélectif uni ou bilatéral emportant les aires de drainage principales sera systématique réalisé, sauf pour les T1 glottiques et les T1 de certains sites endobuccaux (gencives, palais...) où le faible taux d'envahissement ganglionnaire autorise l'absence d'évidement de principe mais une surveillance étroite.

Pour les tumeurs classées T1-T2 N0 M0 de la cavité buccale et de l'oropharynx, la technique du ganglion sentinelle peut être discutée en RCP. Il est fortement recommandé une période d'apprentissage et de validation pour chaque centre avant application.

Selon la terminologie proposée initialement par le Sloan-Kettering Memorial et modifiée en 1998 par l'American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS), la région cervicale est divisée en six groupes ganglionnaires. Chaque groupe est défini par ses limites anatomiques. A cette nomenclature clinique correspond une nomenclature radiologique dont les groupes sont superposables mais dont les repères anatomiques diffèrent un peu pour s'adapter aux contraintes d'une imagerie de coupes. Ne font partie d'aucun groupe les ganglions rétropharyngés qui ne sont accessibles qu'à une évaluation radiologique.

La nomenclature des évidements ganglionnaires cervicaux de l'American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery (AAO-HNS) de 1991 a été revue en 2002. Elle a l'avantage d'être couramment utilisée. Elle reprend la nomenclature des groupes ganglionnaires cervicaux en six groupes. Cette nomenclature utilise l'évidement radical comme référence de base.

- L'**évidement radical** comprend l'exérèse des groupes I à V, du muscle sterno-cléido-mastoïdien, de la veine jugulaire interne, du nerf spinal.
- Si la modification consiste à réséquer en plus des groupes ganglionnaires ou des structures non lymphatiques (vasculaires, nerveuses, ou musculaires), la technique est appelée **évidement radical étendu**.
- Si la modification de l'évidement radical consiste à conserver une ou plusieurs structures non lymphatiques, la technique est appelée **évidement radical modifié**. Seront respectées une ou plusieurs des structures suivantes : le muscle sterno-cléido-mastoïdien, la veine jugulaire interne, le nerf spinal. Par contre, les groupes I à V seront évidés.

- Si la modification de l'évidement radical consiste à conserver un ou plusieurs groupes ganglionnaires sur les 5 que comprend l'évidement radical, la technique est appelée **évidement sélectif**. Une terminologie a été proposée pour chaque composition possible d'association entre les groupes traités :

- évidement sélectif supra-omo-hyoïdien (groupes I + II + III),
- évidement sélectif antéro-latéral (groupes I + II + III + IV),
- évidement sélectif latéral (groupes II + III + IV),
- évidement sélectif postéro-latéral (groupes II + III + IV + V),
- évidement sélectif du compartiment antérieur (groupe VI).

En pratique, l'évidement radical est rarement pratiqué, et il est plus facile d'énumérer les groupes ganglionnaires traités dans un évidement sélectif (par exemple : évidement sélectif des groupes II, III et IV) et de préciser les structures non lymphatiques (vasculaires, nerveuses ou musculaires) éventuellement emportées (par exemple : évidement sélectif des groupes II, III et IV emportant la veine jugulaire interne).

La notion d'évidement fonctionnel est superposable à la notion d'évidement sélectif, à la condition que soient précisés les groupes ganglionnaires traités et les structures non lymphatiques éventuellement emportées. Le terme « évidement fonctionnel » seul n'est pas suffisant pour décrire correctement l'évidement réalisé.

Le choix du type d'évidement ganglionnaire est conditionné par la localisation du site tumoral, son extension dans les trois plans de l'espace, son caractère latéralisé ou non, ainsi que la présence ou non d'adénopathies cervicales à l'examen clinique et aux examens d'imagerie.

Ce référentiel a été réalisé par un groupe de travail régional pluridisciplinaire.

Le référentiel complet avec les participants à sa réalisation est disponible sur le site internet du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine : www.canceraquitaine.org

Contacts :

Isabelle CIRILO-CASSAIGNE : *Chargée d'études*

✉ icirilo@canceraquitaine.org

Suzy VEIGA : *Assistante du RCA*

✉ sveiga@canceraquitaine.org



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Recommandations régionales

Généralités sur la chirurgie des cancers de la tête et du cou

- février 2010 -

