



Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

Recommandations régionales

**Prise en charge des carcinomes de
l'hypopharynx et du larynx**

- juillet 2010 -

Carcinomes de l'hypopharynx

L'hypopharynx est le conduit musculo-muqueux qui s'étend de l'oropharynx à l'œsophage cervical. Il comporte les sous-localisations suivantes :

- Le sinus piriforme s'étend du repli pharyngo-épiglottique à l'extrémité supérieure de l'œsophage et est limité latéralement : en dehors par le cartilage thyroïde, en dedans par la face hypopharyngée du repli ary-épiglottique et les cartilages aryénoïdes et cricoïde. Pour une description précise des lésions, on distingue la paroi externe, la paroi interne, l'angle antérieur et le fond du sinus piriforme. Il y a un sinus piriforme droit et un sinus piriforme gauche.
- La jonction pharyngo-oesophagienne ou région rétrocricoïdienne s'étend du niveau des cartilages aryénoïdes au bord inférieur du cartilage cricoïde, formant la paroi antérieure de l'hypopharynx. La région rétro-aryénoïdienne appartient à la margelle postérieure.
- La paroi postérieure de l'hypopharynx s'étend de la hauteur de l'os hyoïde jusqu'au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde.

Bilan pré-thérapeutique

L'évaluation de l'extension loco-régionale et de l'état général permet de préciser les facteurs pronostiques et les critères de décision thérapeutique.

Un bilan et si besoin des soins dentaires sont pratiqués avant tout traitement par radiothérapie pour éviter certaines complications thérapeutiques immédiates ou à terme.

Extension locale

La pharyngo-laryngoscopie directe permet de faire une description écrite et un schéma de la lésion.

La biopsie confirmant la nature cancéreuse de la lésion est indispensable.

Les extractions dentaires nécessaires seront idéalement pratiquées au cours de l'endoscopie diagnostique.

L'évaluation radiologique de l'extension locale utilisera la tomodensitométrie (TDM) cervicale, en général couplée à la TDM thoracique, avec des images en valsalva pour bien ouvrir les sinus piriformes. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'a pas d'indication, sauf en cas de contre-indication formelle à une TDM.

Extension ganglionnaire régionale

Elle repose sur la palpation cervicale et la TDM cervicale. Seront examinées les chaînes ganglionnaires cervicales latérales, antérieures, et rétropharyngées.

Extension à distance

La prévalence des métastases à distance au premier bilan est très faible, et ne justifie pas d'exploration systématique osseuse, sauf en cas de signe clinique ou biologique d'appel.

Une imagerie pulmonaire est nécessaire à la recherche de métastases. En général, une TDM thoracique aura été réalisée en même temps que la TDM cervicale. Elle est indispensable si le risque métastatique à distance est élevé (stade évolué). Dans ce cas l'utilisation d'une ¹⁸FDG TEP-TDM sera discutée en RCP.

La recherche de métastases hépatiques est justifiée pour les lésions de stade avancé, par un bilan biologique hépatique et une échographie hépatique ou une TDM abdominale.

Recherche d'autres localisations tumorales synchrones

En raison de la forte incidence des lésions multiples synchrones et de la co-intoxication alcool + tabac, la recherche d'un cancer de l'œsophage est indispensable par une œsophagoscopie.

Une TDM thoracique sera le plus souvent réalisée en même temps que la TDM cervicale du bilan d'extension loco-régionale. La fibroscopie bronchique est moins performante que la radiographie des poumons ou que la tomodensitométrie pulmonaire pour diagnostiquer des masses pulmonaires et est donc conditionnée par les signes radiologiques et/ou cliniques.

Classification

Le système de classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) est le mode de classification le plus communément utilisé. La classification remise à jour en 2010 sera utilisée.

Le système de staging de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) regroupe les tumeurs en stades. Il est peu utilisé en pratique pour poser les indications thérapeutiques.

T1	Tumeur limitée à un des sites de l'hypopharynx, ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension, sans fixation de l'hémilarynx.
T2	Tumeur envahissant plus d'un site de l'hypopharynx, ou des sites adjacents (oropharynx, larynx), ou comprise entre 2 et 4 cm dans sa plus grande dimension, sans fixation de l'hémilarynx.
T3	Tumeur mesurant plus de 4 cm dans sa plus grande dimension ou avec fixation de l'hémilarynx.
T4a	Tumeur envahissant une des structures adjacentes suivantes : cartilage thyroïde, cartilage cricoïde, os hyoïde, glande thyroïde, œsophage (y compris la bouche), et tissus mou du compartiment central (muscles pré-laryngés et graisse sous-cutanée).
T4b	Tumeur envahissant les muscles pré-vertébraux, englobant l'artère carotide, ou envahissant les structures médiastinales.

Remarque : contrairement à la classification des tumeurs du larynx, la tumeur est classée T3 dès l'envahissement du cartilage thyroïde et non pas son franchissement.

Traitement

Les recommandations de prise en charge des carcinomes épidermoïdes de l'hypopharynx sont présentées par sous-localisation anatomique et par stade T. Y associer le stade N aurait considérablement alourdi la présentation.

Seront donc considérés comme « tumeurs opérables » les patients ayant une tumeur primitive opérable ET des ganglions cervicaux opérables. Si les ganglions sont inopérables, on parle alors de « tumeur inopérable ». C'est le cas par exemple des ganglions infiltrant massivement les plans profonds, englobant l'axe carotidien commun ou interne, en rupture capsulaire avec extension massive et mal limitée à la peau.

De la même façon, sont dits « patients opérables » les patients ne présentant pas de contre-indication médicale à l'intervention chirurgicale envisagée (état général, comorbidités...).

Les modalités de la radiothérapie (dose, champs) ainsi que l'intérêt d'une radiothérapie potentialisée ne sont pas abordés dans ce chapitre mais font l'objet d'un autre chapitre de recommandations de prise en charge.

Aucune étude randomisée n'a jamais comparé la chirurgie partielle pharyngo-laryngée et la radiothérapie. La recommandation d'un traitement chirurgical en première intention repose sur la comparaison de séries publiées dans la littérature et un avis d'experts.

Cancers du sinus piriforme

T1-T2

Traitement de référence :

- chirurgie partielle pharyngo-laryngée,
- traitement chirurgical de principe des aires ganglionnaires cervicales,
- ± radiothérapie (avec ou sans potentialisation) postopératoire, à discuter en RCP.

Alternative si contre-indication à la chirurgie ou refus de la chirurgie :

- radiothérapie (avec ou sans potentialisation) sur le site tumoral et les aires ganglionnaires cervicales.

T3

Traitements de référence pour les tumeurs et patients opérables :

- **Le traitement de référence est la pharyngo-laryngectomie totale (PLT) complétée par une radiothérapie externe.** Aucun protocole de préservation laryngée n'a permis d'obtenir un meilleur taux de survie.

Cependant, la laryngectomie totale altère considérablement la qualité de vie des patients par la seule présence du trachéostome.

- Chez les patients accessibles à un traitement chirurgical, pour éviter une PLT, on pourra proposer en RCP une **chimiothérapie néoadjuvante** avec réévaluation à l'issue de 2 ou 3 cycles.

Le principe de ce traitement est de sélectionner les tumeurs répondant particulièrement bien à la chimiothérapie, et considérées alors comme plus sensibles à la radiothérapie.

L'association Docetaxel + Cisplatine + 5FU (TPF) est devenue la chimiothérapie de référence dans les protocoles de préservation laryngée avec 3 cycles. Elle a remplacé l'association Cisplatine + 5FU (PF).

Ce traitement sera réservé aux patients en bon état général (OMS ≥ 2), sans contre-indication à une chimiothérapie, et acceptant le principe de la laryngectomie totale en cas de réponse insuffisante.

A l'issue de 2 ou 3 cycles, une nouvelle évaluation clinique, endoscopique et radiologique sera réalisée. On vérifiera entre chaque cycle de chimiothérapie l'absence de progression tumorale par un examen nasofibroscopique :

- en cas de réponse complète : radiothérapie ± potentialisation,
- en absence de réponse : proposition de PLT suivie de radiothérapie ± potentialisation,
- en cas de réponse partielle, il n'y a pas de consensus. Il n'y a pas d'indication à une chirurgie partielle. Le choix entre PLT ou radiothérapie potentialisée sera discuté en RCP.

En cas de PLT, dans la mesure du possible, une réhabilitation vocale par puncture trachéo-oesophagienne avec implant phonatoire sera proposée, au cours ou au décours de l'intervention. La voix trachéo-oesophagienne a toujours montré sa supériorité aux autres modes de réhabilitation vocale.

Autre option de préservation laryngée pour les tumeurs ou patients non opérables, ou en cas de refus de la chirurgie, ou en cas de contre-indication à une chimiothérapie néoadjuvante :

- radiothérapie avec potentialisation (chimiothérapie ou thérapie ciblée) sur le site tumoral et les aires ganglionnaires cervicales.

Alternatives chirurgicales à discuter en RCP :

- dans certains cas de tumeurs classées T3, une chirurgie partielle pourra être réalisée (en respectant les contre-indications médicales habituelles : âge, état respiratoire...),
- dans certains cas, une pharyngo-laryngectomie presque totale de Pearson pourra être réalisée (shunt phonatoire musculo-muqueux avec trachéostome définitif).

T4a

Traitement de référence pour les tumeurs et patients opérables :

- chirurgie :
 - soit une pharyngo-laryngectomie totale,
 - soit une pharyngo-laryngectomie totale circulaire (PLTC) en cas d'atteinte limitée de la bouche de l'œsophage avec une reconstruction par un lambeau libre microanastomosé digestif (jéjunum, gastro-épiploïque) ou fascio-cutané (antébrachial) ou par un lambeau pédiculé musculocutané (grand dorsal, grand pectoral),
 - soit une œso-pharyngo-laryngectomie totale en cas d'atteinte de l'œsophage cervical avec une reconstruction par l'estomac tubulisé ou le côlon transverse. Cependant, compte tenu de sa morbidité, cette intervention est rarement proposée en première intention.
- traitement chirurgical de principe des aires ganglionnaires cervicales,
- radiothérapie de principe ± potentialisée.

Alternative pour les tumeurs et/ou patients inopérables ou en cas de refus de la chirurgie :

- on discutera une radiothérapie potentialisée par une chimiothérapie concomitante ou une thérapeutique ciblée.

T4b

Ces tumeurs sont considérées comme inopérables.

Traitement de référence :

- radiothérapie potentialisée par une chimiothérapie concomitante ou une thérapeutique ciblée, sur le site tumoral et les aires ganglionnaires de drainage.

Alternatives en cas de contre-indication au traitement de référence :

- radiothérapie exclusive,
- chimiothérapie exclusive et réévaluation en fonction de la réponse loco-régionale,
- traitement palliatif symptomatique.

Cancers de la région rétrocricoïdienne

T1-T2

Traitement de référence :

- radiothérapie ± potentialisée dans un but de préservation laryngée.

Alternative :

- pharyngo-laryngectomie totale avec traitement chirurgical des aires ganglionnaires cervicales bilatérales et radiothérapie ± potentialisée.

T3-T4

Si la tumeur est accessible à une pharyngo-laryngectomie totale (PLT) ou une pharyngo-laryngectomie totale circulaire (PLTC) :

- le traitement de référence est la chirurgie (PLT ou PLTC) suivie de radiothérapie,
- l'alternative est la radiothérapie potentialisée par une chimiothérapie concomitante ou une thérapeutique ciblée.

Si la tumeur n'est accessible qu'à une œso-pharyngo-laryngectomie totale (œsoPLT) :

- le traitement de référence est la radiothérapie potentialisée par une chimiothérapie concomitante ou une thérapeutique ciblée.
En effet, en raison de la morbidité élevée de l'œsoPLT, cette intervention est rarement proposée en première intention.

Cancers de la paroi postérieure de l'hypopharynx tous stades

Traitement de référence :

- radiothérapie ± potentialisée par une chimiothérapie concomitante ou une thérapeutique ciblée.

Alternative :

- si tumeur et patient opérables : pharyngo-laryngectomie totale circulaire (PLTC) avec une reconstruction adaptée et un traitement chirurgical des aires de drainage ganglionnaires, suivie de radiothérapie ± potentialisée.

L'œso-pharyngo-laryngectomie totale circulaire est indiquée en cas d'atteinte importante de la bouche œsophagienne. Compte tenu de la morbidité élevée de l'œso-pharyngo-laryngectomie totale, cette intervention est rarement proposée en première intention.

Surveillance

Un suivi post-thérapeutique assuré par les intervenants respectifs est indispensable, pour :

- la prise en charge des problèmes fonctionnels inhérents au traitement (rééducation vocale, rééducation de la déglutition, soins de trachéostomie, ainsi qu'un soutien psychologique),
- la détection des récurrences locales et régionales,
- le diagnostic précoce de nouvelles localisations tumorales parfois à long terme.

Son bénéfice en termes de durée de survie sur la localisation traitée est plus hypothétique.

En cas de traitement initial non chirurgical, une surveillance par imagerie TDM est recommandée. La TEP-TDM est une option.

Le schéma de surveillance suivant est proposé (intervalles en mois) :	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} à 5 ^{ème} années	après 5 ans
– examen clinique,	1 à 3	2 à 4	3 à 6	12
– radiographie pulmonaire,	12	12	12	12
– dosages des hormones thyroïdiennes si radiothérapie cervicale.	12	12	12	

Localisation

Le larynx est divisé en trois régions :

- étage supra-glottique,
- étage glottique,
- étage sous-glottique.

Etage supra-glottique

Il comporte trois sites principaux :

- la margelle laryngée ou épilarynx : margelle antérieure (épiglotte sus-hyoïdienne), 2 margelles latérales (replis ary-épiglottiques droit et gauche), margelle postérieure (cartilages aryénoïdes),
- le vestibule laryngé : épiglotte sous-hyoïdienne + bandes ventriculaires,
- le ventricule de Morgagni, situé entre la corde vocale et le plancher de la bande ventriculaire, est un espace concave et masqué, exposant à des diagnostics retardés et à une extension à l'espace para-glottique et au cartilage thyroïde.

Etage glottique

Les sous-localisations suivantes permettront de décrire avec précision l'extension tumorale : tiers antérieur, tiers moyen ou tiers postérieur de la corde vocale, commissure antérieure et commissure postérieure. Le plancher et le fond du ventricule font partie de l'étage supra-glottique. On distinguera une atteinte de la face inférieure de la corde vocale d'une atteinte de la région sous-glottique en sachant que la limite est difficile à préciser.

Etage sous-glottique

La sous-glotte, située du bord inférieur de la corde vocale au premier anneau trachéal, a un mauvais pronostic lié notamment à l'absence de barrière anatomique et à la fréquence des atteintes ganglionnaires en particulier récurrentielles et médiastinales supérieures.

Epidémiologie – Facteurs de risque

Les plus fréquents et les plus classiques : tabac + alcool, ce dernier intervenant moins au niveau glottique.

Les états dysplasiques, générés par les laryngites chroniques, peuvent aboutir à une dégénérescence en carcinome in situ puis invasif.

De véritables papillomatoses laryngées à papillomavirus de sérotypes dits de haut risque de cancer (HPV 16, HPV 18...) ont été décrites.

Bilan pré-thérapeutique

Extension locale

L'examen du larynx en nasofibroscopie a remplacé avantageusement l'examen indirect au miroir pour apprécier l'extension locale et les mobilités. Les mobilités de la corde vocale et de l'aryénoïde seront appréciées séparément. Pour les lésions superficielles, un examen stroboscopique pourra permettre d'apprécier le retentissement sur la vibration muqueuse.

La laryngoscopie en suspension (LES), idéalement couplée à un examen au microscope (micro-laryngoscopie directe), permettra d'apprécier l'extension locale muqueuse et l'infiltration en profondeur par la palpation. L'utilisation d'optiques à 30° voire 70° permettra parfois de mieux apprécier l'extension sous-glottique et antérieure.

La TDM cervicale avec injection de produit de contraste iodé est l'examen de référence pour apprécier l'extension locale et régionale des tumeurs du larynx. L'IRM n'a pas de place dans le bilan des tumeurs du larynx, sauf peut-être en cas de contre-indication à la TDM. Dans le cas d'une lésion débutante du plan glottique classée T1 (corde vocale parfaitement mobile) respectant la commissure antérieure et l'aryténoïde, sans extension au ventricule ni à la sous-glote, la TDM cervicale n'est pas indispensable car le risque d'extension ganglionnaire métastatique est nul.

Extension ganglionnaire régionale

Elle repose sur la palpation cervicale et la TDM cervicale. Seront examinées les chaînes ganglionnaires cervicales latérales, antérieures, et rétropharyngées.

Extension à distance

La prévalence des métastases à distance au premier bilan est très faible, et ne justifie pas d'exploration systématique osseuse, sauf en cas de signe clinique ou biologique d'appel.

Une imagerie pulmonaire est nécessaire à la recherche de métastases. En général, une TDM thoracique aura été réalisée en même temps que la TDM cervicale. Elle est indispensable si le risque métastatique à distance est élevé (stade évolué). Dans ce cas l'utilisation d'une ¹⁸F DG TEP-TDM sera discutée en RCP.

La recherche de métastases hépatiques est justifiée pour les lésions de stade avancé, par un bilan biologique hépatique et une échographie hépatique ou une TDM abdominale.

Recherche d'autres localisations tumorales synchrones

En raison de la forte incidence des lésions multiples synchrones et de la co-intoxication alcool + tabac, la recherche d'un cancer de l'œsophage est indispensable par une œsophagoscopie.

Une TDM thoracique sera le plus souvent réalisée en même temps que la TDM cervicale du bilan d'extension loco-régionale. La fibroscopie bronchique est moins performante que la radiographie des poumons ou que la tomodensitométrie pulmonaire pour diagnostiquer des masses pulmonaires et est donc conditionnée par les signes radiologiques et/ou cliniques.

Classification

Le système de classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer est le mode de classification le plus communément utilisé. La classification remise à jour en 2010 sera utilisée.

Le système de staging de l'AJCC est peu utilisé en pratique.

Étage glottique

T1	Tumeur limitée à une (aux) corde(s) vocale(s), pouvant envahir les commissures antérieure et postérieure, avec mobilité normale.
T1a	Tumeur limitée à une seule corde vocale.
T1b	Tumeur envahissant les deux cordes vocales.
T2	Tumeur glottique étendue à l'étage supraglottique et/ou sous-glottique, et/ou avec diminution de la mobilité glottique.
T3	Tumeur glottique avec fixité de la corde vocale et/ou envahissement de l'espace paraglottique et/ou lyse minima du cartilage thyroïde (corticale interne).
T4a	Tumeur étendue à <u>travers</u> le cartilage thyroïde et/ou s'étendant à d'autres structures extra-laryngées (trachée, parties molles du cou dont les muscles profonds extrinsèques de la langue, muscles infra-hyoïdiens, thyroïde, œsophage).
T4b	Tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales, ou englobant l'artère carotide.

Etage sus-glottique	
T1	Tumeur limitée à une seule localisation de l'étage sus-glottique avec mobilité normale des cordes vocales.
T2	Tumeur à point de départ sus-glottique étendue à une région adjacente (vallécule, muqueuse de la base de la langue, paroi interne du sinus piriforme) avec mobilité cordale conservée.
T3	Tumeur à point de départ sus-glottique avec fixation d'une corde vocale et/ou envahissement de la zone rétro-cricoïdienne et/ou envahissement de l'espace graisseux pré-épiglottique (loge hyo-thyro-épiglottique), et/ou envahissement de la paroi interne du sinus piriforme, et/ou envahissement de la base profonde de la langue et/ou lyse minima du cartilage thyroïde (corticale interne).
T4a	Tumeur étendue <u>à travers</u> le cartilage thyroïde et/ou s'étendant à d'autres structures extra-laryngées (trachée, parties molles du cou dont les muscles profonds extrinsèques de la langue, muscles infra-hyoïdiens, thyroïde, œsophage).
T4b	Tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales, ou englobant l'artère carotide.
Etage sous-glottique	
T1	Tumeur limitée à la sous-glotte.
T2	Tumeur à point de départ sous-glottique étendue au plan glottique avec mobilité conservée ou légèrement diminuée.
T3	Tumeur à point de départ sous-glottique limitée au larynx avec fixation glottique.
T4a	Tumeur étendue <u>à travers</u> le cartilage thyroïde ou cricoïde et/ou s'étendant à d'autres structures extra-laryngées (trachée, parties molles du cou dont les muscles profonds extrinsèques de la langue, muscles infra-hyoïdiens, thyroïde, pharynx, œsophage).
T4b	Tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales, ou englobant l'artère carotide.

Traitement

Les recommandations de prise en charge des carcinomes épidermoïdes du larynx sont présentées par sous-localisation anatomique et par stade T. Y associer le stade N aurait considérablement alourdi la présentation.

Seront donc considérés comme « tumeurs opérables » les patients ayant une tumeur primitive opérable ET des ganglions cervicaux opérables. Si les ganglions sont inopérables, on parle alors de « tumeur inopérable ». C'est le cas par exemple des ganglions infiltrant massivement les plans profonds, englobant l'axe carotidien commun ou interne, en rupture capsulaire avec extension massive et mal limitée à la peau.

De la même façon, sont dits « patients opérables » les patients ne présentant pas de contre-indication médicale à l'intervention chirurgicale envisagée (état général, comorbidités...).

Les modalités de la radiothérapie (dose, champs) ainsi que l'intérêt d'une radiothérapie potentialisée ne sont pas abordés dans ce chapitre mais font l'objet d'un autre chapitre de recommandations de prise en charge.

Aucune étude randomisée n'a jamais comparé la chirurgie partielle pharyngo-laryngée et la radiothérapie. La recommandation d'un traitement chirurgical en première intention repose sur la comparaison de séries publiées dans la littérature et un avis d'experts.

Principes

Tout en recherchant les chances maximales de guérison, le traitement tente de préserver au mieux les fonctions du carrefour aéro-digestif (phonation, déglutition, ventilation), ainsi que les possibilités thérapeutiques ultérieures (récidive, seconde localisation...).

Sont considérées comme des contre-indications à une laryngectomie partielle :

- une atteinte massive de la loge hyo-thyro-épiglottique,
- une atteinte du cartilage cricoïde,
- une fixité de la corde vocale ET de l'aryténoïde,
- une atteinte de la commissure postérieure du larynx,
- des contre-indications d'ordre médical liées au patient (âge physiologique, comorbidités...).

Cancers du plan glottique T1 T2

T1 glottique

Traitements de référence :

- T1a :
 - chirurgie par voie endoscopique au laser CO₂ en cas de bonne exposition endoscopique,
 - chirurgie par voie externe en cas de mauvaise exposition endoscopique,
 - ou radiothérapie,
- T1b :
 - chirurgie par voie externe,
 - ou chirurgie par voie endoscopique au laser CO₂ pour certains T1b avec atteinte limitée (superficielle) de la commissure antérieure et si excellente exposition endoscopique.

Alternative :

- T1b : radiothérapie.

T2 glottique

Traitement de référence :

- chirurgie partielle laryngée par voie externe,
- traitement chirurgical systématique des aires ganglionnaires cervicales,
- ± radiothérapie si facteurs de mauvais pronostic.

Alternatives :

- radiothérapie si contre-indication ou refus de la chirurgie,
- chirurgie par voie endoscopique au laser CO₂ avec traitement chirurgical des aires ganglionnaires de drainage en cas de bonne exposition et si une exérèse complète avec des marges saines est possible.

Cancers de l'étage supra-glottique T1 T2

Traitement de référence :

- chirurgie partielle laryngée ou pharyngo-laryngée par voie externe selon les extensions tumorales,
- traitement chirurgical systématique des aires ganglionnaires cervicales,
- ± radiothérapie si facteurs de mauvais pronostic.

Alternatives :

- radiothérapie ± potentialisée si contre-indication chirurgicale ou refus de la chirurgie,
- chirurgie par voie endoscopique au laser CO₂ avec traitement chirurgical des aires ganglionnaires de drainage en cas de bonne exposition et si une exérèse complète avec des marges saines est possible.

Cancers glottiques, supra-glottiques et sous-glottiques T3

Traitements de référence pour les tumeurs et patients opérables :

- **Le traitement de référence est la laryngectomie totale (LT) complétée par une radiothérapie externe.** Aucun protocole de préservation laryngée n'a permis d'obtenir un meilleur taux de survie.

Cependant, la laryngectomie totale altère considérablement la qualité de vie des patients en premier lieu par la présence du trachéostome.

- Chez les patients accessibles à un traitement chirurgical, pour éviter une LT, on pourra proposer en RCP une **chimiothérapie néoadjuvante** avec réévaluation à l'issue de 2 ou 3 cycles.

Le principe de ce traitement est de sélectionner les tumeurs répondant particulièrement bien à la chimiothérapie, et considérées alors comme plus sensibles à la radiothérapie.

L'association Docetaxel + Cisplatine + 5FU (TPF) est devenue la chimiothérapie de référence dans les protocoles de préservation laryngée avec 3 cycles. Elle a remplacé l'association Cisplatine + 5FU (PF).

Ce traitement sera réservé aux patients en bon état général (OMS \geq 2), sans contre indication à une chimiothérapie, et acceptant le principe de la laryngectomie totale en cas de réponse insuffisante.

A l'issue de 2 ou 3 cycles, une nouvelle évaluation clinique, endoscopique et radiologique sera réalisée. On vérifiera entre chaque cycle de chimiothérapie l'absence de progression tumorale par un examen nasofibroscopique :

- en cas de réponse complète : radiothérapie \pm potentialisation,
- en absence de réponse : proposition de LT suivie de radiothérapie \pm potentialisation,
- en cas de réponse partielle, il n'y a pas de consensus. Il n'y a pas d'indication à une chirurgie partielle. Le choix entre LT ou radiothérapie potentialisée sera discuté en RCP.

En cas de LT, dans la mesure du possible, une réhabilitation vocale par puncture trachéo-oesophagienne avec implant phonatoire sera proposée, au cours ou au décours de l'intervention. La voix trachéo-oesophagienne a toujours montré sa supériorité aux autres modes de réhabilitation vocale.

Autre option de préservation laryngée pour les tumeurs ou patients non opérables, ou en cas de refus de la chirurgie, ou en cas de contre-indication à une chimiothérapie néoadjuvante :

- radiothérapie avec potentialisation (chimiothérapie ou thérapie ciblée) sur le site tumoral et les aires ganglionnaires cervicales.

Alternative chirurgicale à discuter en RCP :

- dans certains cas de tumeurs classées T3, une chirurgie partielle pourra être réalisée (en respectant les contre-indications médicales habituelles : âge, état respiratoire...).

Cancers glottiques, supra-glottiques et sous-glottiques T4a

Dans la nouvelle classification de 2010, c'est le franchissement du cartilage thyroïde qui est désormais classé T4a et non plus la seule atteinte corticale interne.

Traitement de référence pour les tumeurs et patients opérables :

- laryngectomie totale avec traitement chirurgical des aires ganglionnaires cervicales et radiothérapie postopératoire systématique.

Alternatives pour les tumeurs et/ou patients inopérables ou en cas de refus de la chirurgie :

- radiothérapie potentialisée,
- radiothérapie exclusive,
- traitement palliatif.

Cancers glottiques, supra-glottiques et sous-glottiques T4b

Ces tumeurs sont considérées comme inopérables.

Traitement de référence :

- radiothérapie avec potentialisation (chimiothérapie ou thérapie ciblée) sur le site tumoral et les aires ganglionnaires cervicales.

Alternatives en cas de contre-indication au traitement de référence :

- radiothérapie exclusive,
- chimiothérapie exclusive et réévaluation en fonction de la réponse loco-régionale,
- traitement palliatif symptomatique.

Surveillance

Un suivi post-thérapeutique assuré par les intervenants respectifs est indispensable, pour :

- la prise en charge des problèmes fonctionnels inhérents au traitement (rééducation vocale, rééducation de la déglutition, soins de trachéostomie, ainsi qu'un soutien psychologique),
- la détection des récurrences locales et régionales,
- le diagnostic précoce de nouvelles localisations tumorales parfois à long terme.

Son bénéfice en termes de durée de survie sur la localisation traitée est plus hypothétique.

En cas de traitement initial non chirurgical, une surveillance par imagerie TDM est recommandée. La TEP-TDM est une option.

Le schéma de surveillance suivant est proposé (intervalles en mois) :	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} à 5 ^{ème} années	après 5 ans
– examen clinique,	1 à 3	2 à 4	3 à 6	12
– radiographie pulmonaire,	12	12	12	12
– dosages des hormones thyroïdiennes si radiothérapie cervicale.	12	12	12	

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

Suze VEIGA : Assistante du RCA

✉ sveiga@canceraquitaine.org

