

Place de la chirurgie dans la récidive

GBCO

27 mai 2016- St Malo

JS HENRY

Définition et contexte

- « Le rattrapage »: reliquat T et N, poursuite évolutive (cut-off?), récurrence tardive ou 2^{ème} localisation
- Représente de plus en plus d'actes thérapeutiques en cancérologie ORL.
 - Henry, Rev Laryngol Otol Rhinol, 2014
 - 71 patients, 35 récurrences (43,7%)
 - ISO: 15,5%
- Réputée difficile et de mauvais pronostic carcinologique ou fonctionnel...amélioration?

Chirurgie de rattrapage

- Comment?
 - Techniques?
- Pour quels résultats?
 - Carcinologiques?
 - Fonctionnels et QOL?
- Critères de sélection = Qui opérer?
 - Sélection?

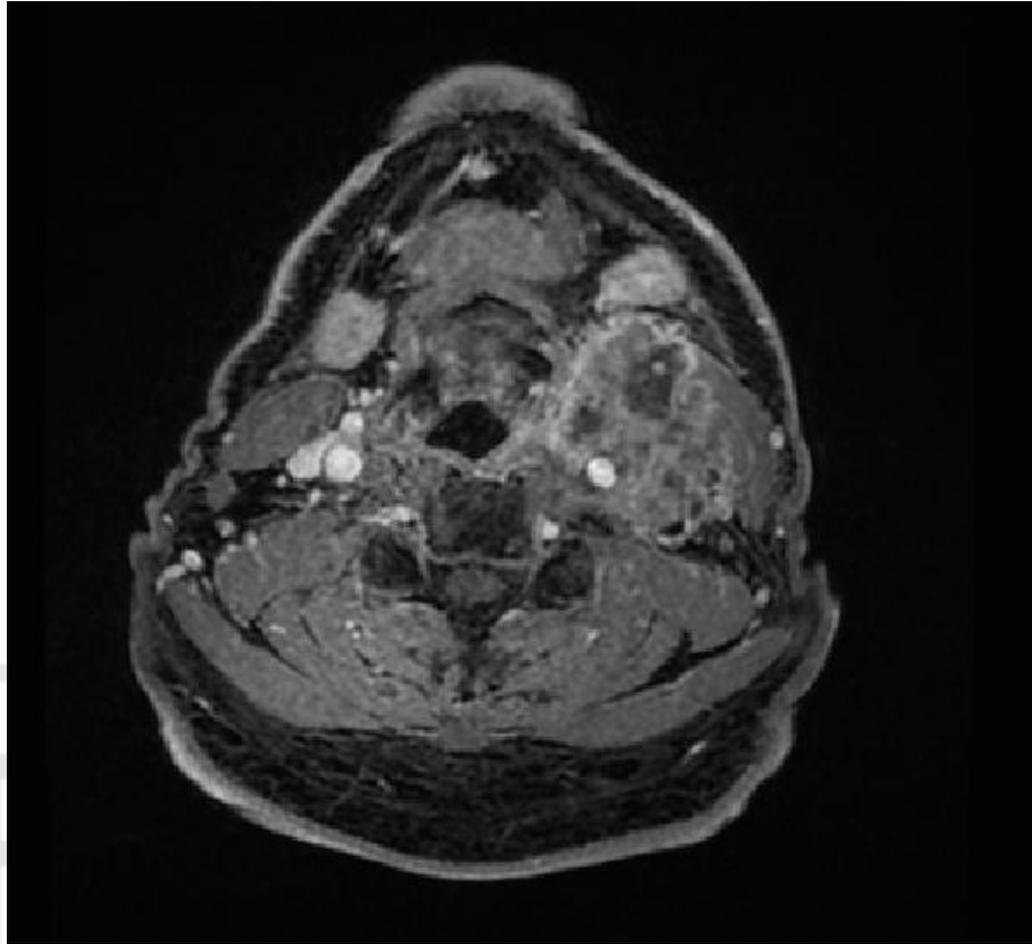
Comment?

- Bilan+++ (des difficultés à venir)
 - Terrain: comorbidités, séquelles radicales (Blindage cervical, insuffisance vélaire)
 - Tumeur: TEP (pour le N+++ et le M), TDM et IRM, Endoscopie

• Résécabilité?

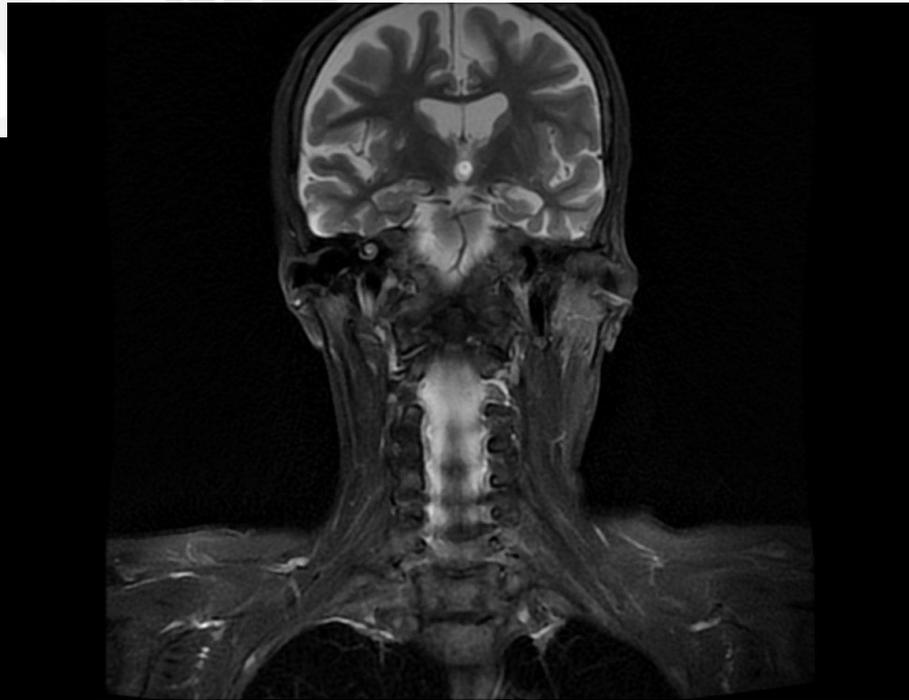
Résécabilité?

- Bilan iconographique:
 - Carotide
 - Cutané, délabrant+++
 - Base du crane, gaines nerf, fosse infra temporale
 - Base de langue (os hyoïde et larynx fonctionnel?)
- Bilan clinique (endoscopique)
 - Palpation+++ , induration, marges prévisionnelles
- Les 2 sont indispensables





UNIVERSITATIS



RENNES 1

Comment?

- Bilan+++ (des difficultés à venir)
 - Terrain: comorbidités, séquelles radiques (Blindage cervical, insuffisance vélaire)
 - Tumeur: TEP (pour le N+++ et le M), TDM et IRM, Endoscopie
 - Orthophonie (pré et post-opératoire)
 - Annonce
 - Onco-gériatrie (65 ans)
 - RCP
 - Délais...?...

Comment?

- Principes chirurgicaux:
 - Antibioprophylaxie (SFAR, céfoxitine...)
 - Nutrition (SNG, GPE-R??)
 - Trachéotomie de sécurité
 - Orthophonie précoce
 - Evidement?: pas indiqué si traitement de première ligne complet et selon TEP (VPN=96%)
 - Pagedar, 2009; Porccedu 2005; Wong 2002

Techniques?

- Résection
 - Marges saines (1,5cm), selon la tumeur initiale dans les poursuites évolutives
 - Respect des tissus « sains » environnants
 - Lambeaux (couverture vasculaire, reconstruction fonction, reconstruction PDS)

UNIVERSITATIS

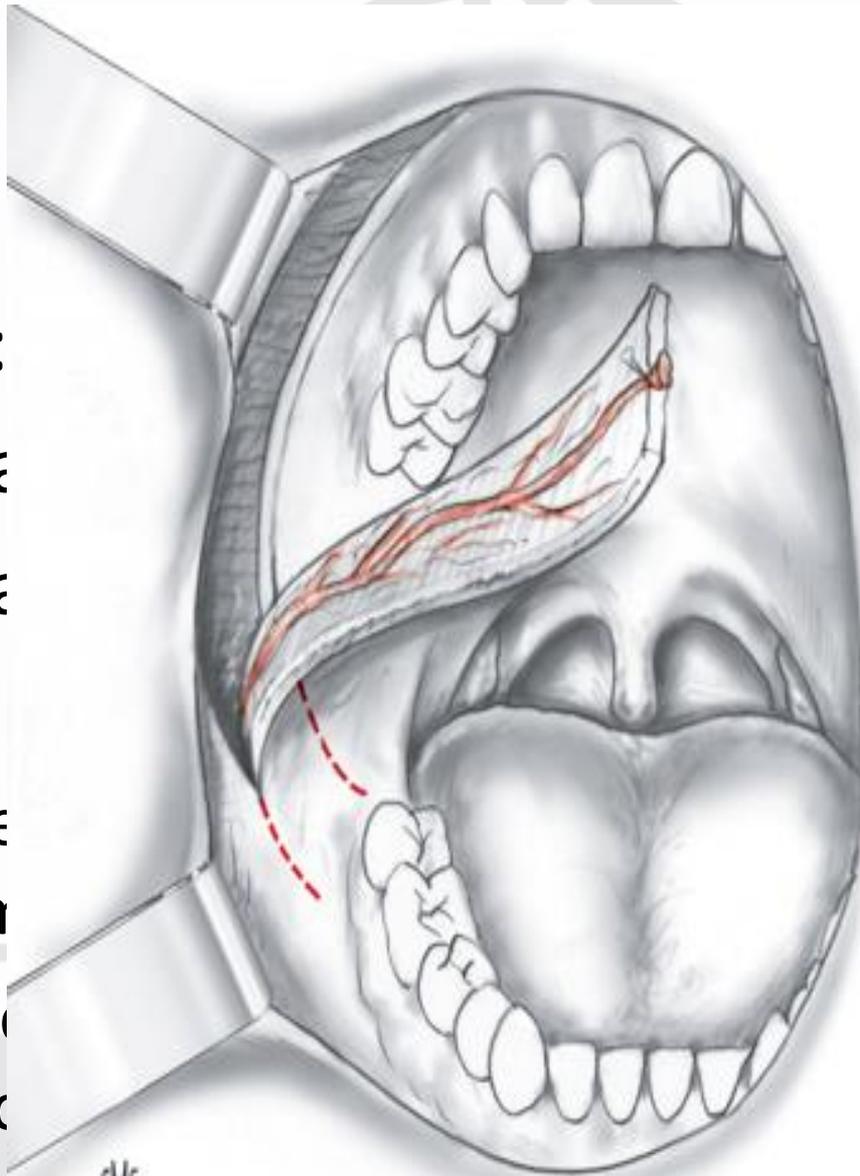


Technique?

- Résection
 - Réduction séquelles
 - Couverture des vaisseaux
 - Restitution d'une fonction
- Les lambeaux
 - Lambeaux locaux
 - Lambeaux régionaux pédiculés
 - Lambeaux libres

- FAMM:
- Lambea
- Lambea

- Peuve
minin
- mais
envir



os
e

actions

es tissus

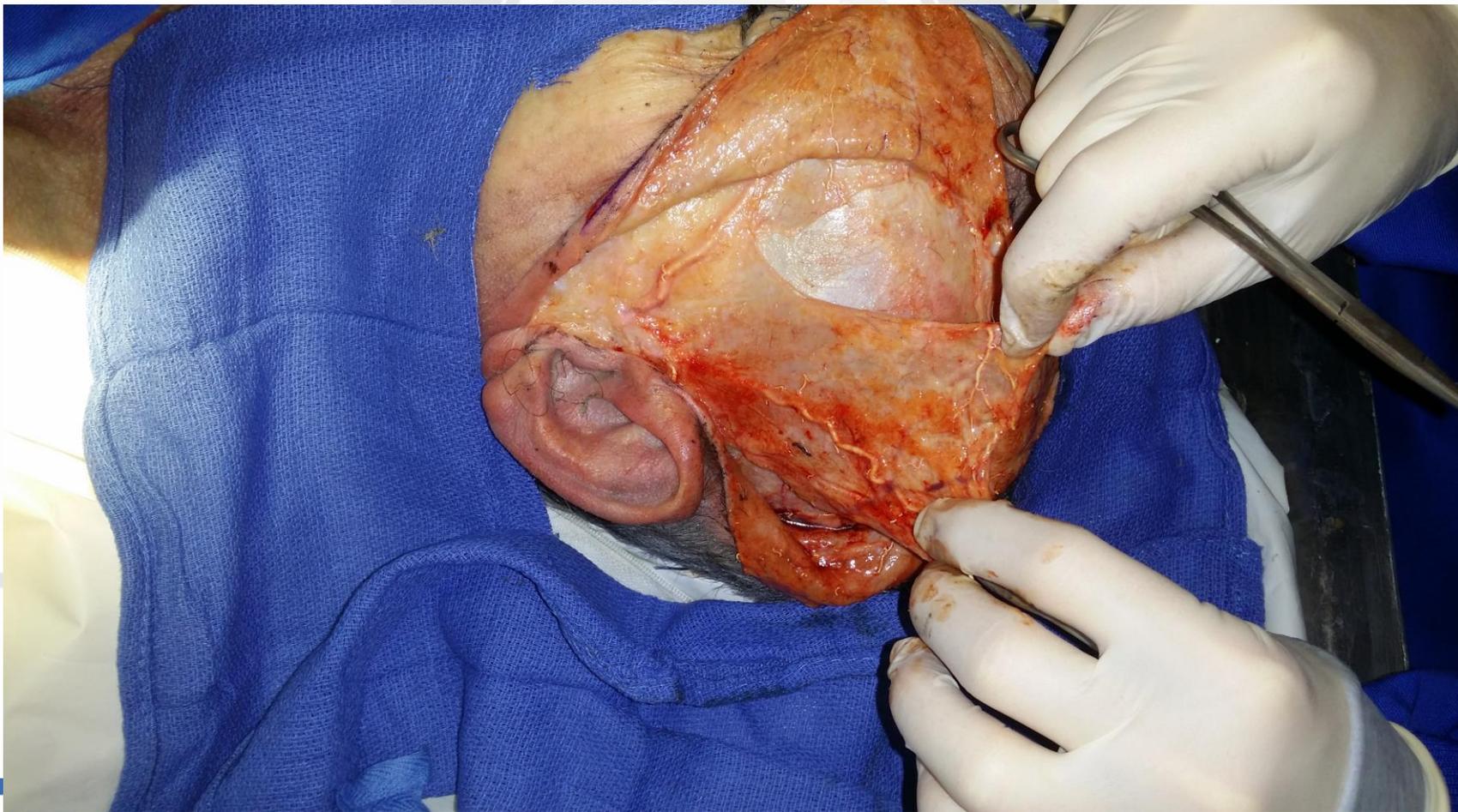


Lambeau régionaux, pédiculés

- Lambeau de grand pectoral: le plus couramment utilisé en CCF
 - Fiable+++ , épais, facile, rapide
 - Séquelles esthétiques, épais
- Lambeau de FST:
 - Peut rendre service dans l'oropharynx, fin, pas de dissection cervicale
 - Alopécie, fin, dissection difficile







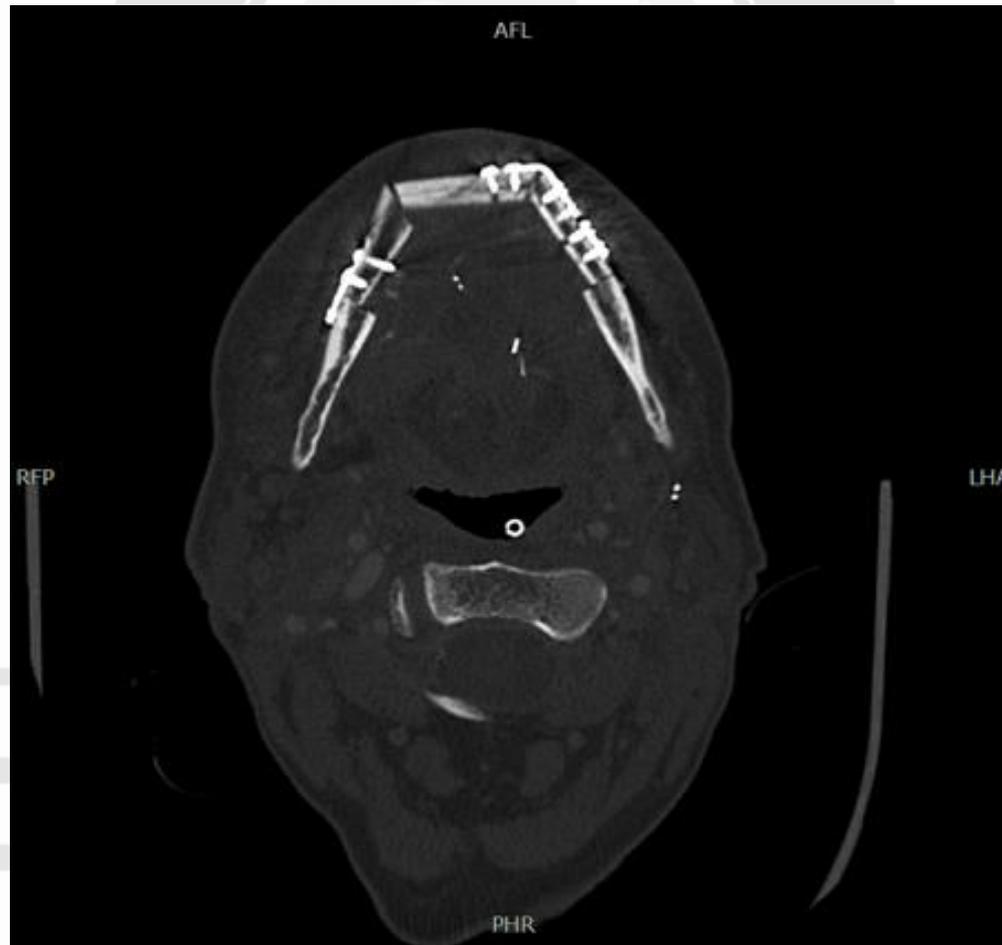




Lambeaux libres

- Fibula:
 - bonne reconstruction mandibulaire, fiable, simple
 - Peau +/- fiable, peu étendue, AOMI
 - Permet reconstruction mandibulaire et maxillaire
 - Réhabilitation dentaire

Fibula





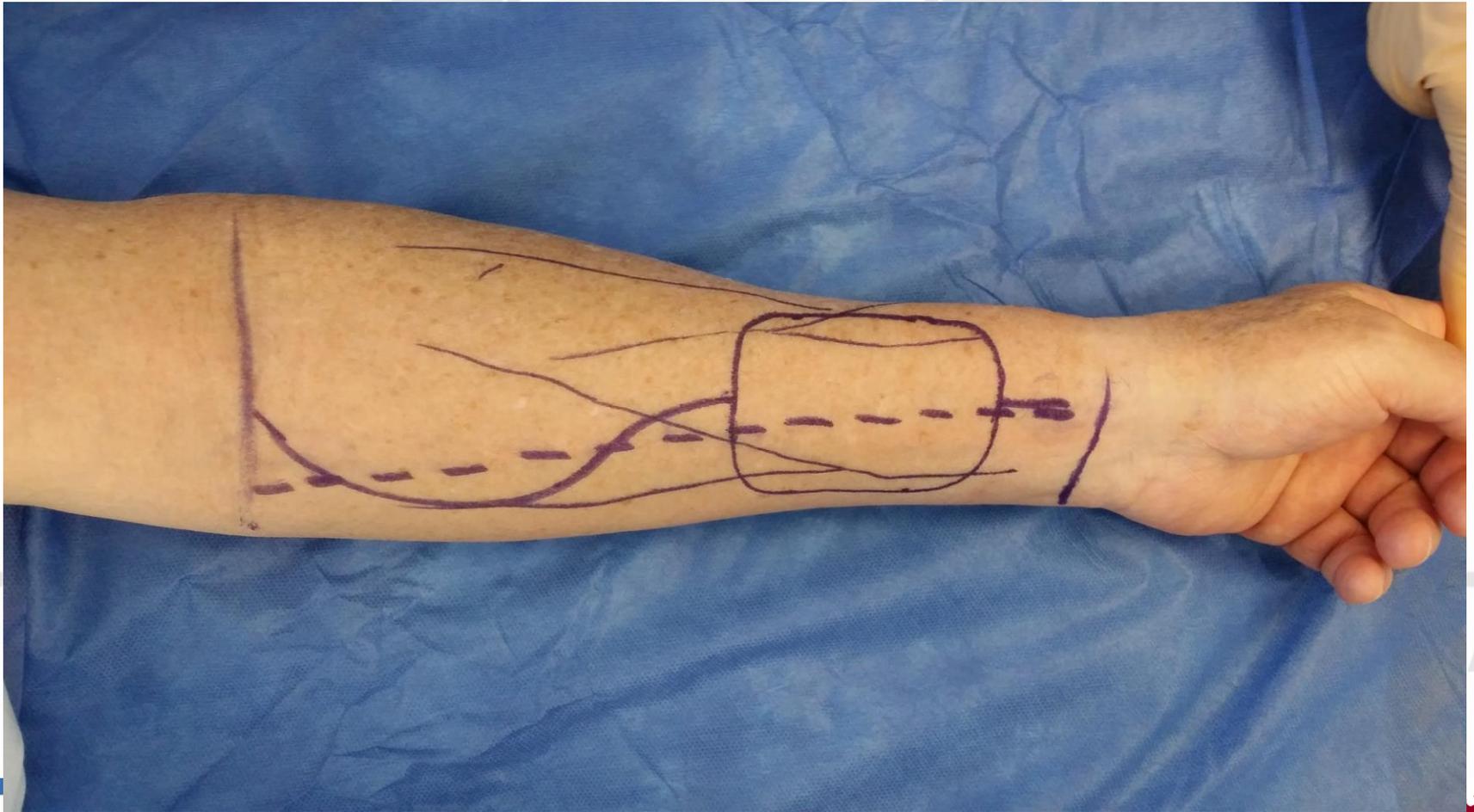




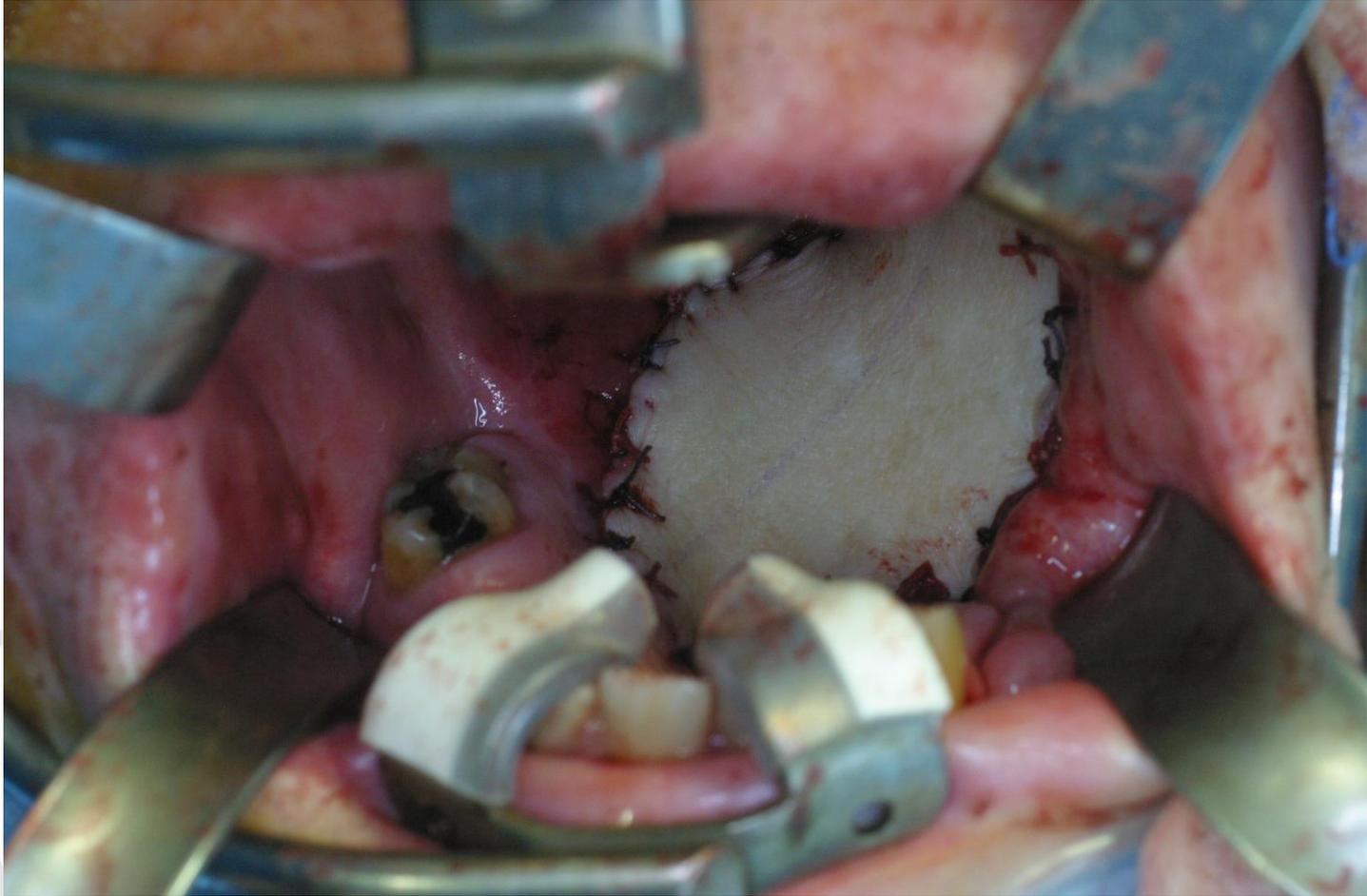
Lambeaux

- Fibula:
 - bonne reconstruction mandibulaire, fiable, simple
 - Peau +/- fiable, peu étendue, AOMI
- Antébrachial (chinois):
 - Fiable, simple, long pédicule
 - Séquelle site donneur, Allen
 - Adapté au PDS larges, lambeau fin et plastique
 - Svt décrit mais utile+++

chinois









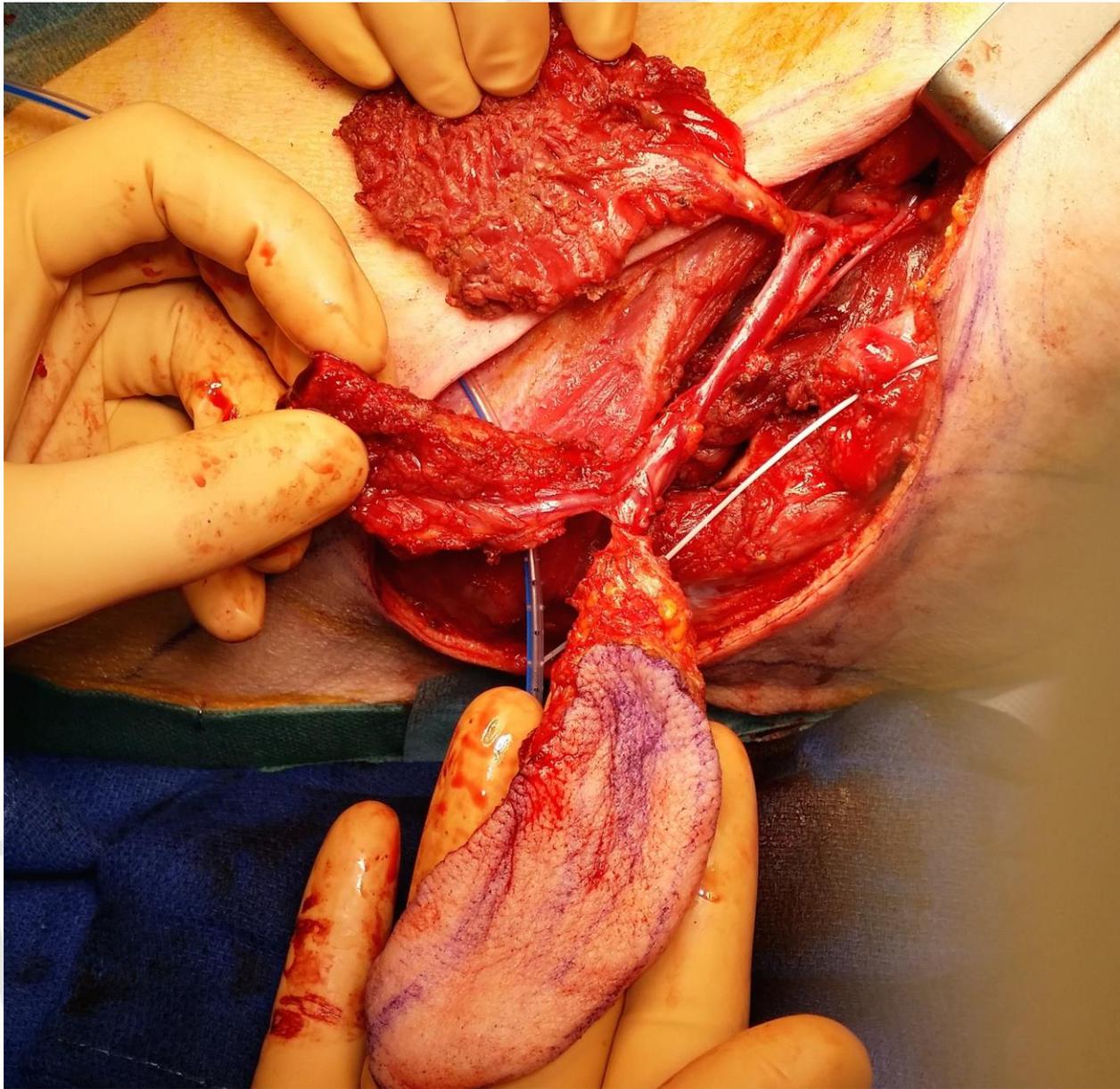
UNIVERSITE DE RENNES 1

Lambeaux

- Fibula:
 - bonne reconstruction mandibulaire, fiable, simple
 - Peau +/- fiable, peu étendue, AOMI
- Antébrachial (chinois):
 - Fiable, simple, long pédicule
 - Séquelle site donneur, Allen
- Scapulaire et para scapulaire:
 - Composite+++ , peau fiable et palette multiple
 - Adapté aux PDS complexes, massif facial+++
 - Muscle épais si besoin (Gd dorsal)
 - Peu de séquelles
 - Difficile, pédicule court, double équipe compliquée

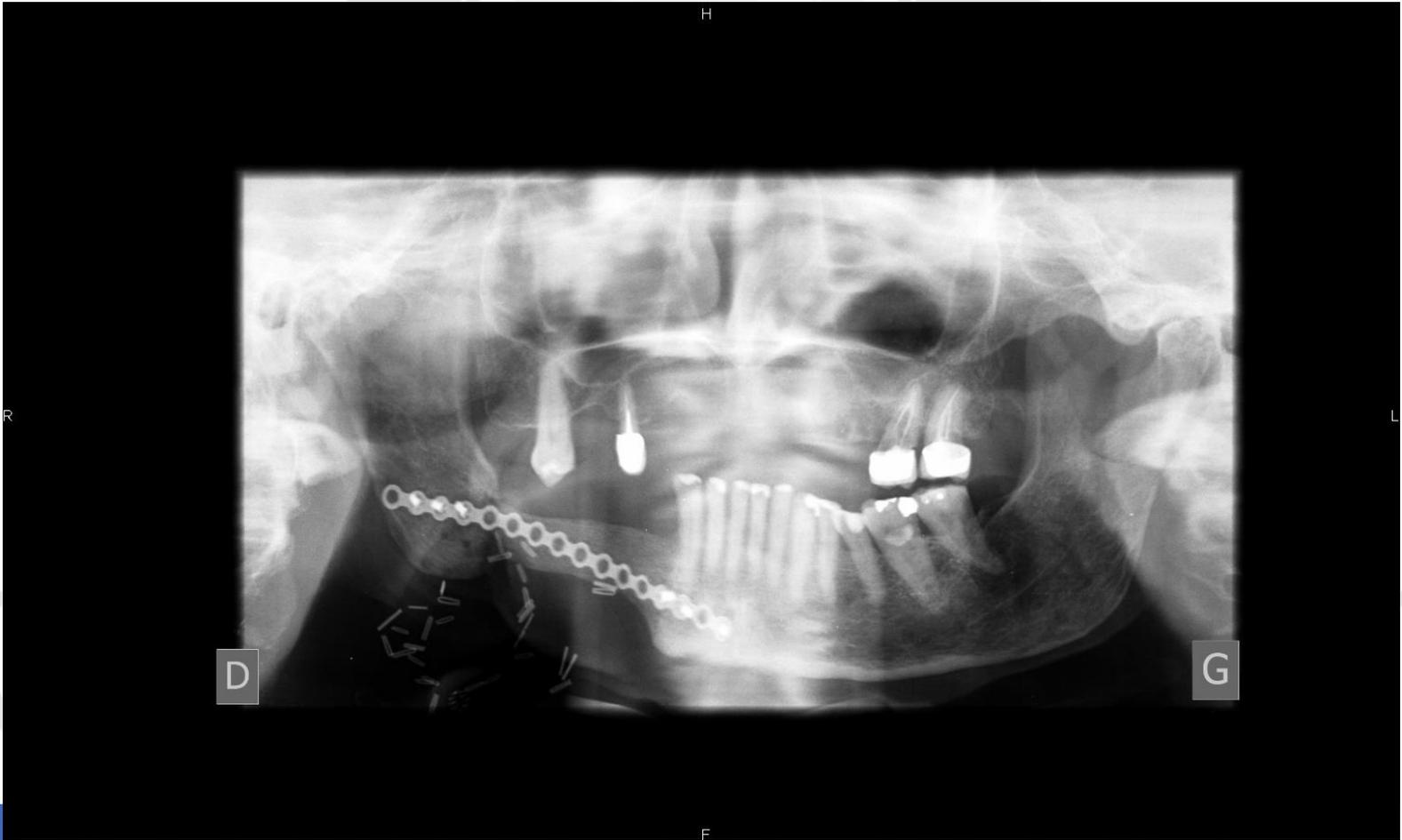
Scapula















Lambeaux

- Fibula:
 - bonne reconstruction mandibulaire, fiable, simple
 - Peau +/- fiable, peu étendue, AOMI
- Antébrachial (chinois):
 - Fiable, simple, long pédicule
 - Séquelle site donneur, Allen
- Scapulaire et para scapulaire:
 - Composite+++
 - Difficile, pédicule court
- Antérolatéral de cuisse (ALT):
 - « Pas » de séquelles, concurrence du chinois
 - Difficile, épais

Lambeaux libres

- Anastomoses micro-vasculaires
- Double équipe
- Chirurgie longue (délais)
- Surveillance post-opératoire
- Séquelles du site donneur

Lambeaux libres

- Anastomoses micro-vasculaires
 - Vaisseaux de gros calibre, peu de spasmes, pressions élevées mais post-radiques+++
 - 10% d'échecs, ruptures...
- Double équipe
 - 5 personnes sur le champs, réduction temps opératoire...
- Chirurgie longue (délais)
 - 7 à 9 heures...en routine
- Surveillance post-opératoire
 - Suites chirurgicales, IDE
- Séquelles du site donneur
 - En fait...peu

Lambeaux = complications?

- E.Carniol, *The Laryngoscope*, 2016
 - 1204 patients (pas que rattrapage)
 - Complications 42,7%
 - Nécrose: 1,7%
 - Durée hospitalisation: 25,3 jours
 - Réadmissions: 9,6% dans les 30 jours
 - FF: Diabète, transfusion, ISO, Chirurgie carcinologique, ouverture muqueuse
 - Pas de données spécifiques du rattrapage

Lambeaux = complications?

- Yuan, Am Assoc of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2016
 - Comparaison Chinois vs ALT après glossectomie
 - 12% nécroses
 - 45% complications
 - Pas de différence significative QOL
 - 14 items: 65% insatisfaction physique, 15% insatisfaction psychologique
 - ALT pour résections étendues, sinon chinois++



Rattrapage: Suites opératoires compliquées?

- Méta-analyse 2000: 25 à 55%
- Léon, Auris nasus larynx, 2015
 - CRT (154) vs Biottt (33), Rétrospectif
 - Récidives (27% vs 39,3%), la moitié opérée
 - Plus de complications quand R-CT (p<0,05)
- Righini, Eur Ann of Otorhinolaryngologiy 2012
 - 50% de complications locales
- Henry, Rev Laryngol Otol Rhinol, 2014
 - 71 patients, 43% de récurrences, Pas FR d'ISO

Pour quels résultats carcinologiques?

- Revue littérature 2000, 132 études, 1080 patients
 - Goodwin, Laryngoscop, 2000
 - OS: 39%
 - OS sans larynx: 16 à 25%
 - F mauvais pronostic:
 - Stade avancé, marges, poursuite évolutive (6 mois)
- Aujourd'hui?...

Pour quels résultats carcinologiques?

- **Taguchi, Int J Clin Oncol, 2016**
 - Rétrospectif, tous sites, initialement résécables
 - 645 patients, 225 non contrôlés (100 poursuites, 125 récidives) => 78 opérés (34,7%)
 - Larynx: 42,7%; 39,5% oroP; 26,7% hypoP
 - Stade II: 66,7%; StadeIV: 29,9%
 - OS 5 ans: 61%, DSS: 65,5%
 - OS 5ans non rattrapés: 9,8%
 - Complications: 38,5%
 - Mauvais pronostics: Stade IV, peu différencié, double loc, N+ RC+, complications post-opératoires

Pour quels résultats carcinologiques?

- **Kano, Int J Clin Oncol, 2013**
 - Multicentrique, oropharynx, que CRT (exclusion RT seule et chirurgie seule)
 - 170 patients, 35 (21%) récidives, 11 opérés
 - OS 5 ans: 49,1% vs 16,3% (non rattrapés)
 - OS 5ans CRT: 67,1%

Pour quels résultats carcinologiques?

- **Bachar, Eur Arch Otorhinolaryngol 2010**
 - Rétrospectif, amygdale
 - 640 patients, 239 récurrences, 175 opérés
 - OS 5 ans: 23%
 - N et T
- **Omura, The Laryngoscope 2014**
 - Rétrospectif
 - 207 patients, 59 récurrences, 42 opérés
 - OS 40%
 - Stade IV
- **Righini, Eur Ann of Otorhinolaryngology 2012**
 - 105 patients dont 72 récurrences et 33 poursuites
 - OS 5 ans: 21%
 - Stade IV, Marges, Poursuite

Pour quels résultats carcinologiques?

- Larynx
 - Meilleur pronostic
 - LT: 65% à 5 ans
 - Partielle: 90% à 45% de préservation selon séries
- Pharynx
 - Mauvais pronostic
 - 16% à 5 ans
 - Seulement 1/3 de rattrapables!!

Cas du larynx?: LT

- Sandulache, Head and Neck, 2015
 - LT rattrapage, rétrospectif
 - 218 patients, 13% complications
 - OS 47%
- Van des Putten, Oral Oncology, 2011
 - OS 58%
 - Complications 56%

Cas du larynx?: LP

- Harada, Jap J of clinical oncology, 2015
- Philippe, Eur Ann of Otorhinolaryngolgy, 2014
- Delbon, Acta Otol Italica, 2012
- Ramakrishnan, Head and Neck, 2014
 - Majorités T1T2
 - De 10 à 35% de récurrences après RTE
 - OS: 65 à 90%
 - Larynx fonctionnel (voix et PerOs): 75 à 100%

Critères du résultat carcinologique?

- Résultat dépend de:
 - Site anatomique (L>CO>P>HP)
 - Marges chirurgicales (1cm)
 - Précocité récurrence (cutoff 6mois)
 - Envahissement ganglionnaire à la récurrence (TEP)
- « Globalement »
 - 2000 à 2016.....39% à 40/60%

Qualité de vie: QOL?

- Peu d'études de QOL rattrapage vs chirurgie première
 - Gehanno, Head and Neck 1993
 - Goodwin, Laryngoscop, 2000
 - Parmi les vivants (25%), 30% amélioration de qualité de vie
- Fibrose tissulaire préexistante
- Lambeaux de couverture gênants, pas d'amélioration sur la déglutition, libres réinnervés...??

QOL?

- Yuan, Am Assoc of Oral and Maxillofacial Surgeons, 2016
 - 14 items:
 - 65% insatisfaction physique,
 - 15% insatisfaction psychologique

QOL?

- LT et PLT:
 - Sandulache, Head and Neck, 2015
 - Van des Putten, Oral Oncology, 2011
 - Voix: 77% à 97%
 - PerOs exclusif: 80% à 84%
 - LP:
 - Larynx fonctionnel (voix et PerOs): 75 à 100%
 - Oropharynx et cavité orale
 - Kostrzewa, Laryngoscop 2010
 - Alimentation: 56% GPR
 - Littérature: 30% à 70%
- Résultats comparables à la 1ère main

Qui opérer?

- Tous les patients opérables?
 - Critères d'opérabilité et critères de résécabilité
 - Base du crâne, carotide, délabrement+++
 - +:
 - seule option curative possible,
 - sinon quoi?(ré irradiation, palliatif)
 - -:
 - mutilant,
 - difficile,

seule option curative possible?

- OUI
 - Résultat dépend de:
 - Site anatomique (L>CO>P>HP)
 - Marges chirurgicales (1cm)
 - Précocité récurrence (cutoff 6mois)
 - Envahissement ganglionnaire à la récurrence (TEP)
-
- De 30 à 60%



Sinon quoi?

- Comparaison QOL: Chirurgie de rattrapage vs ttt palliatif?
- Radiott de rattrapage?
- Douleur??
- Chirurgie de propreté?

Mutilants?

- =OUI
 - Conséquences fonctionnelles définitives
 - Résultats fonctionnels:
 - Laryngectomie partielle de rattrapage: bon résultats fonctionnels...mais peu éligibles (LT svt)
 - Reconstruction mandibulaire: peu d'études de qualité de vie mais +++pour ORN, bon résultats
 - Reconstruction voile: peu d'études fonctionnelles...insuffisance vélaire compensée après 1^{er} ttt
 - PLT et LT: VTO acquise et peu de GPR
 - Comparable à la première main

Difficile?

- (pour le patient)? =OUI
 - Mortalité: 1 à 2%
 - Morbidité post-opératoire immédiate:
 - Jours d'hospitalisation: 20 à 35 jours
 - Complications: 35 à 50%
 - Lambeaux: séquelles site donneur
 - Sevrage trachéotomie: de 7 jours à...
 - Réalimentation: de 7 jours à...

Qui opérer?

40 ans, bon état général
T3 laryngé
CT-RT seq
Pas de toxicité
Récidive à 2 ans
Endolaryngée
T2N0



68 ans, comorbidité ++
T4 vallécules+ BDL
RCC
Toxicité grade 3 (RTOG/EORTC)
Récidive à 10 mois
vallécules
T2N2c



Qui opérer?

QOL

SURVIE



Patient

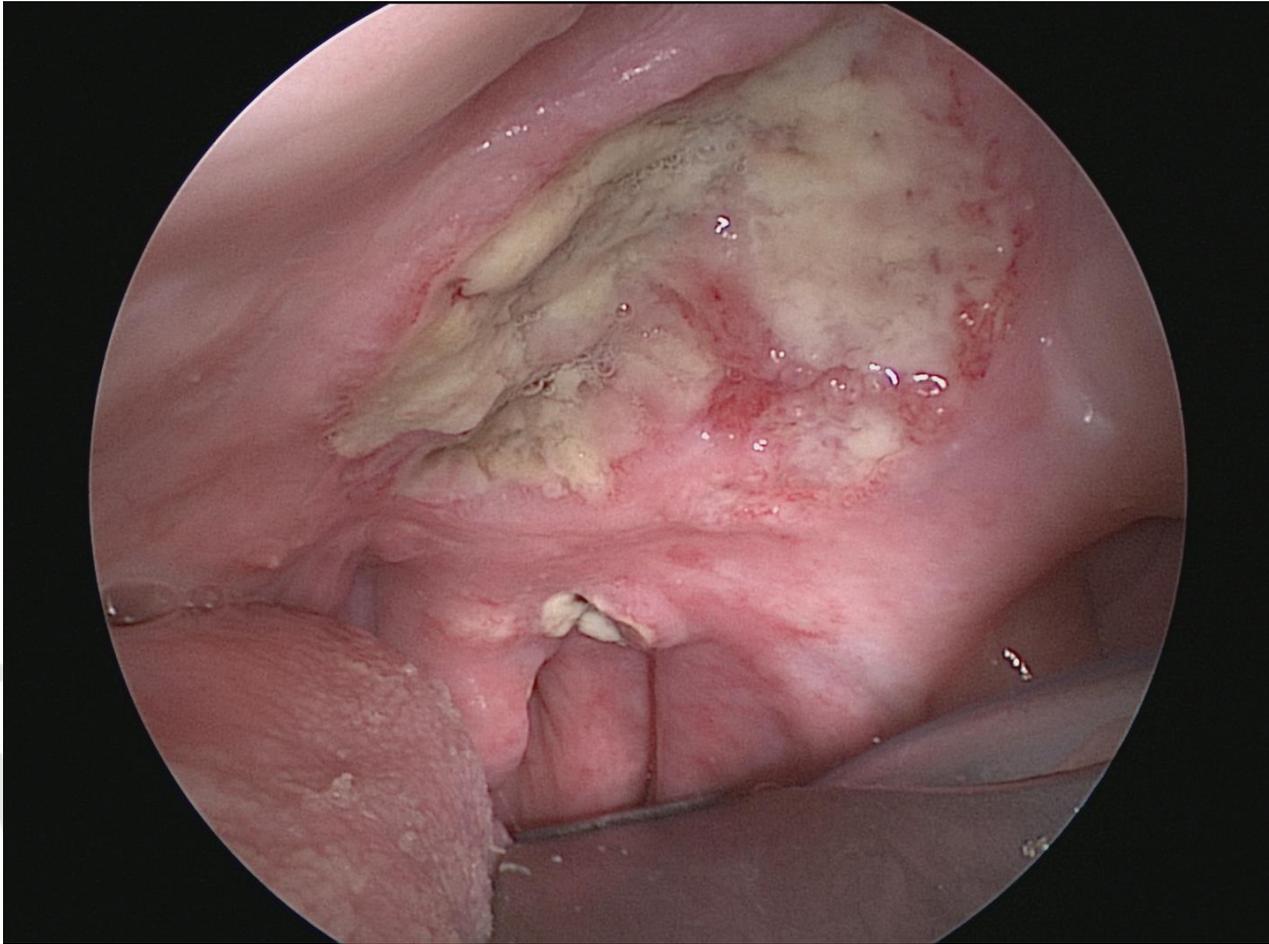
Qui opérer?

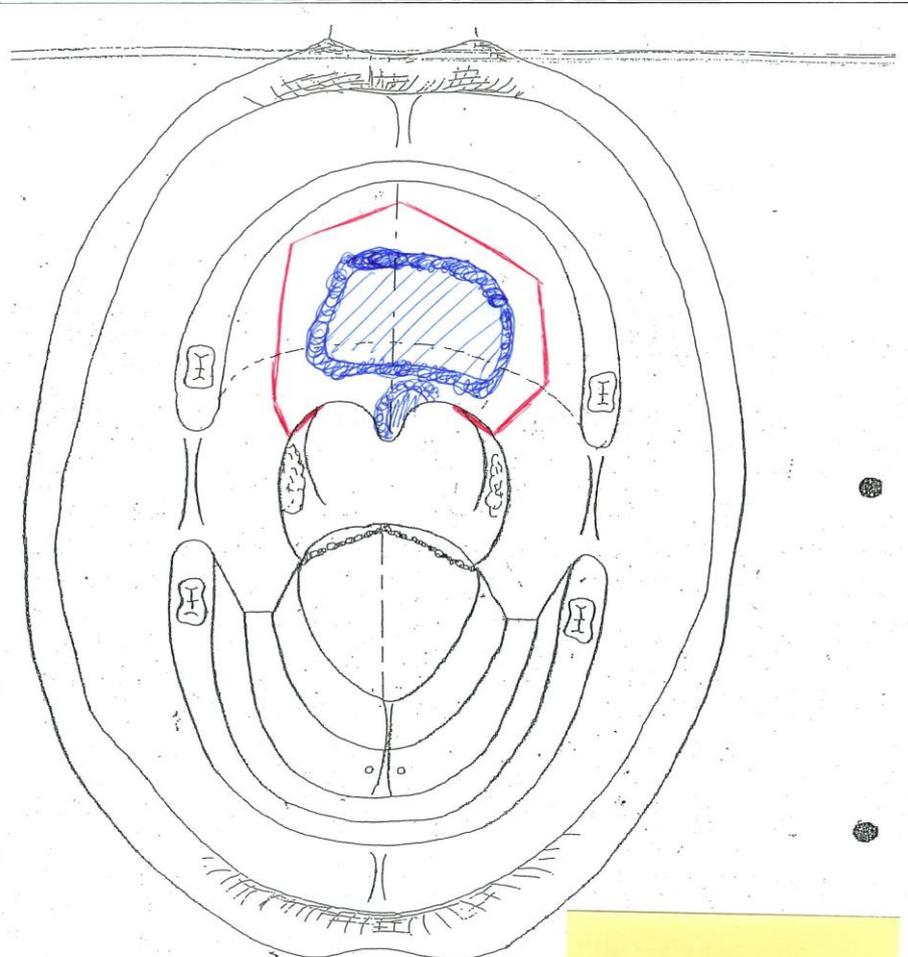
- Patient:
 - Explications +++
 - Equipe entraînée et habituée
 - Annonce et Orthophoniste
 - Ce que le patient est prêt à subir? Pouvons-nous juger de la qualité de vie à venir du patient?
 - Incertitude du résultat
- Comparaison QOL et coût: Chirurgie de rattrapage vs ttt palliatif dans les poursuites?

Cas

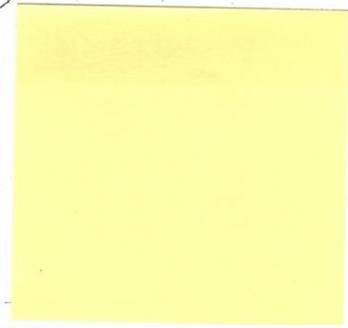
- Homme, 54 ans
- Tabac actif (5 cig/jour), OH (1 unité/jour)
- Septembre à octobre 2015: RTCT pour CE voile classé T3N2C
- Janvier 2016: Curage cervical de rattrapage bilatéral pour persistance fixation au TEP à 2 mois (RC+)
- Avril 2016: Poursuite évolutive sur le T
- Clinique: Cou radique, Pas d'autres lésions au TEP

Cas





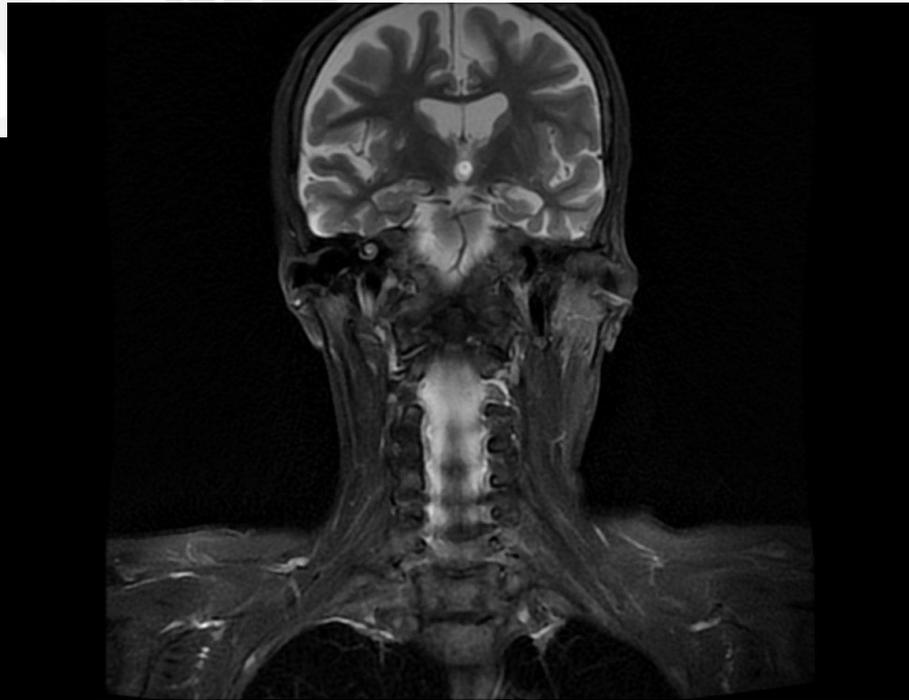
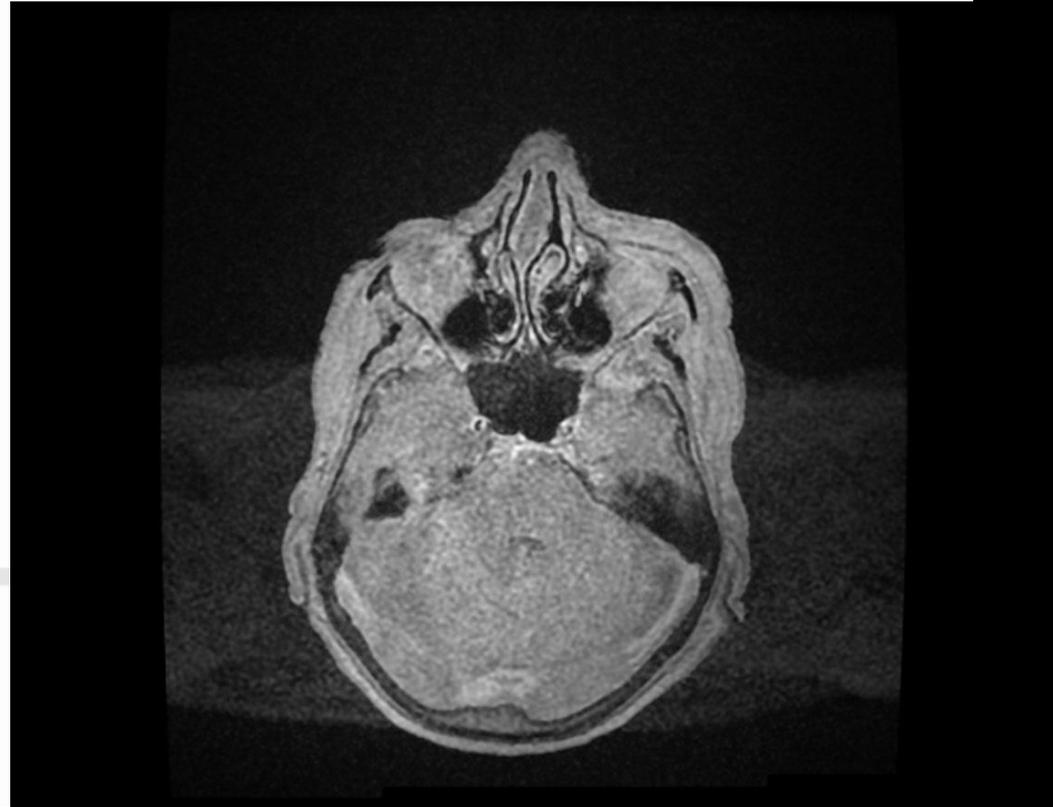
1071 CHIRURGIEN: HENRY
DATE 11/11/16



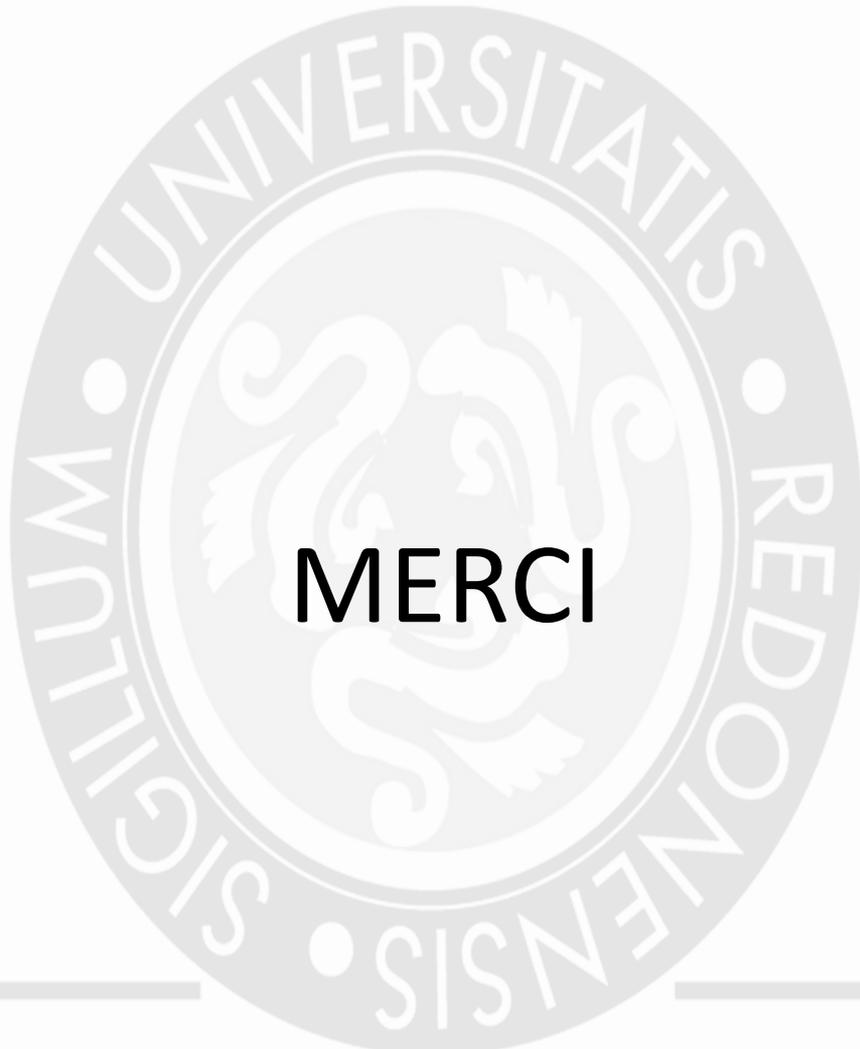
Cas

- Les -:
 - Poursuite évolutive
 - Pronostic péjoratif
 - Localisation; Insuffisance vélaire
 - Cou radique
 - Tabac actif
 - Les +:
 - 54 ans
 - Seule stratégie curative possible
-
- CCL: souhait du patient après explications

UNIVERSITATIS



RENNES 1



MERCI

UNIVERSITE DE RENNES 1

