

ou adénopathie cervicale sans porte d'entrée (ACSPE ou CUP)

Attitude diagnostique

- 1) **Examen clinique** spécialisé des VADS, examen de la thyroïde, examen des téguments, sans oublier les oreilles et le cuir chevelu, examen dermatologique complet.
 - 2) **Examens d'imagerie :**
 - **Echographie thyroïdienne.**
 - **Scanner injecté cervico-médiastinal et thoracique**
 - **IRM** si doute sur une tumeur de la base de la langue ou du cavum.
 - **TEP systématique** avant l'endoscopie
 - 3) **Ponction cytologique** à l'aiguille fine +/- Titrations dans liquide de rinçage pour thyroglobuline si antécédents de cancer de la thyroïde ou ganglion kystique ou nodule thyroïdien.
 - 4) Panendoscopie sous anesthésie générale
- +/- Adénectomie avec extemporanée (voire drill-biopsie en cas de N inextirpable)**
+ Amygdalectomie homolatérale si carcinome épidermoïde

Classification TNM (UICC 2002)

La classification TNM est pour le T constamment T0 (Tx) et pour le M, M0 et M1. Pour le N, elle est établie sur la base de données cliniques et paracliniques notamment scanographiques.

N1 : Adénopathie unique ≤ 3 cm dans sa plus grande dimension.

N2 :

- N2a : adénopathie unique > 3 cm et ≤ 6 cm
- N2b : métastases unilatérales multiples toutes ≤ 6 cm
- N2c : métastases bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm

N3 : métastase dans au moins un ganglion lymphatique > 6 cm dans sa plus grande dimension.

Cette classification UICC s'applique aux tumeurs primitives de la tête et du cou à l'exception de la glande thyroïde et du nasopharynx. Il existe une classification spéciale pour ces deux localisations (nasopharynx : voir chapitre correspondant : tumeur du cavum). L'évaluation est clinique et radiologique.

Attitude thérapeutique

Si confirmation histologique d'un carcinome épidermoïde, chirurgie sur les ganglions :

- Evidement ganglionnaire adapté radical modifié ou radical (groupes I-a, I-b, II-a, II-b, III, IV, V-a et V-b) et amygdalectomie homolatérale.
- Pour les adénopathies inopérables : radio-chimiothérapie concomitante de préférence ou radiothérapie + Cetuximab ou radiothérapie seule

Si adénocarcinome : attendre analyse définitive + recherche primitif orientée (option évidement d'emblée si diagnostic certain de carcinome papillaire thyroïdien)

Traitements post opératoires :

- Radio-chimiothérapie concomitante :
 - ↳ Option radiothérapie exclusive en cas de faible envahissement ganglionnaire sans rupture capsulaire, sans embol
 - ↳ Irradiation sur les aires ganglionnaires cervico-sus-claviculaires uni ou bilatérales et/ou sur les sites tumoraux présumés primitifs (oropharynx++ pharyngolarynx ++ cavum).

Pour les lésions inextirpables :

- Radiothérapie-chimiothérapie concomitante option radiothérapie + Cetuximab

