

Généralités

Les cancers de la cavité buccale représentent environ 30 % des cancers ORL (REF). Le type histologique le plus fréquent est le carcinome épidermoïde (>90%) (REF : Cooper Head and Neck 2009). L'HPV (Human Papilloma Virus) n'est que faiblement associé avec des cancers de la cavité buccale au contraire de l'oropharynx mais cette proportion semble augmenter notamment chez les patients jeunes et les patients sans facteurs de risques.

Mise en état buccodentaire avant toute radiothérapie (Cf. chapitre 2 « Principes thérapeutiques et indications »)

En cas d'exérèse insuffisante, favoriser la reprise, orienter les pièces et faire un schéma précis.

Radiothérapie si N+

Lorsque plusieurs options thérapeutiques sont équivalentes, l'ensemble de ces options doit être présenté avec leurs avantages et leurs inconvénients, pour permettre au patient d'établir un choix éclairé.

En raison de son bénéfice en termes de toxicité⁴⁵, une radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité sera préférée si possible à une radiothérapie conformationnelle 3D.

Cancer des lèvres muqueuses

Dans les stades I, chirurgie et radiothérapie donnent des résultats équivalents en termes de contrôle. L'objectif sera donc celui du meilleur résultat cosmétique. De ce fait, la chirurgie est souvent choisie, en association avec des techniques de reconstruction.

Les lésions de la lèvre supérieure et de la commissure sont souvent plus agressives que les lésions de la lèvre inférieure.

⁴⁵ Pow IJROBP 2006, Kam JCO 2007 et Nutting Lancet Oncol 2011

Classification TNM (UICC 2002) :

- T1** : Tumeur \leq 2 cm
- T2** : Tumeur $>$ 2 cm et \leq 4 cm
- T3** : Tumeur $>$ 4 cm
- T4** : Envahissement des structures adjacentes

Indications thérapeutiques

- ☑ **T1 < 1 cm** :
 - Chirurgie (Curiethérapie à discuter)
 - ↪ si N0 : surveillance ganglionnaire
 - ↪ si N > 0 : Cf. T1 > 1 cm.

- ☑ **T1 > 1cm, T2 < 3 cm** :
 - Curiethérapie ou chirurgie (examen anatomopathologique sur pièces orientées)

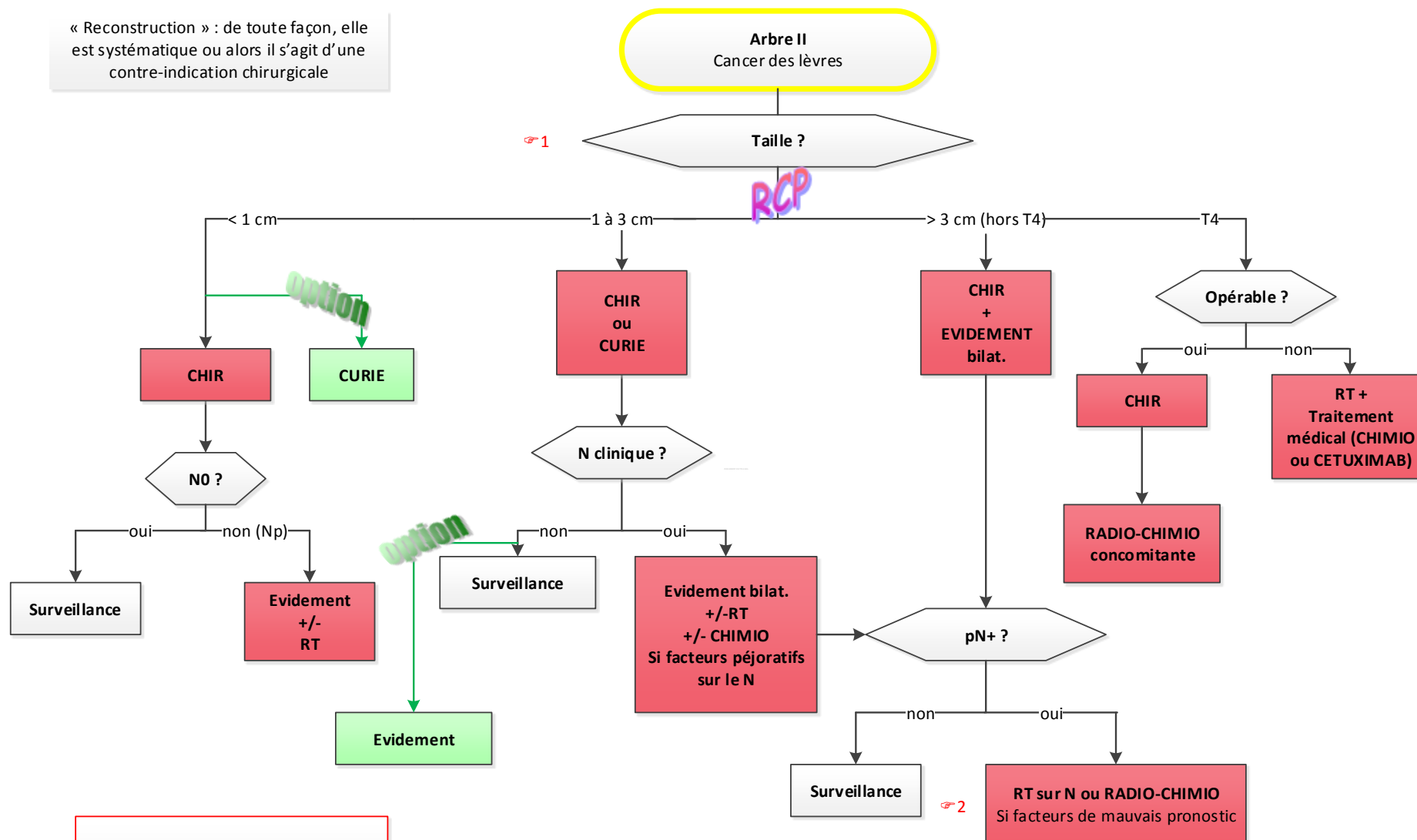
En marges suffisantes
 - ↪ si N0 : surveillance ganglionnaire, option curage,
 - ↪ si N1, N2 : évidement : Si N+ : radiothérapie ou radio-chimiothérapie si facteurs de mauvais pronostics

- ☑ **T2 > 3 cm, T3** :
 - **Résection + reconstruction**
 - ↪ évidement bilatéral + radiothérapie si N+ (dose et technique fonction de l'extension et de l'infiltration) +/- Chimiothérapie associée si facteur de mauvais pronostic
 - Option : Curiethérapie sur T + radiothérapie ou chirurgie sur N

- ☑ **T4**
 - Opérable : chirurgie + radio-chimiothérapie concomitante (option radiothérapie seule)
 - Inopérable : radio-chimiothérapie

Résumé – Arbre décisionnel

« Reconstruction » : de toute façon, elle est systématique ou alors il s'agit d'une contre-indication chirurgicale



☞ 1 : Classification TNM
☞ 2 : Facteurs de mauvais pronostics

Cancer du plancher buccal

Il s'agit typiquement de lésion infiltrante, ulcérée et souvent algique. En raison du risque de radionécrose liée à la proximité de la mandibule, une approche chirurgicale est le plus souvent privilégiée. Il s'agit de lésion à fort risque de dissémination ganglionnaire, nécessitant le plus souvent un évidement.

Classification TNM

- T1** : Tumeur ≤ 2 cm
- T2** : Tumeur > 2 cm et ≤ 4 cm
- T3** : Tumeur > 4 cm
- T4** : Envahissement des structures adjacentes (peau, os, muscles profonds)

Indications thérapeutiques

- Tis et T1 non infiltrant bien limité < 1 cm, (N0)**
 - chirurgie
 - Curiethérapie si distance suffisante par rapport mandibule
 - Surveillance ganglionnaire

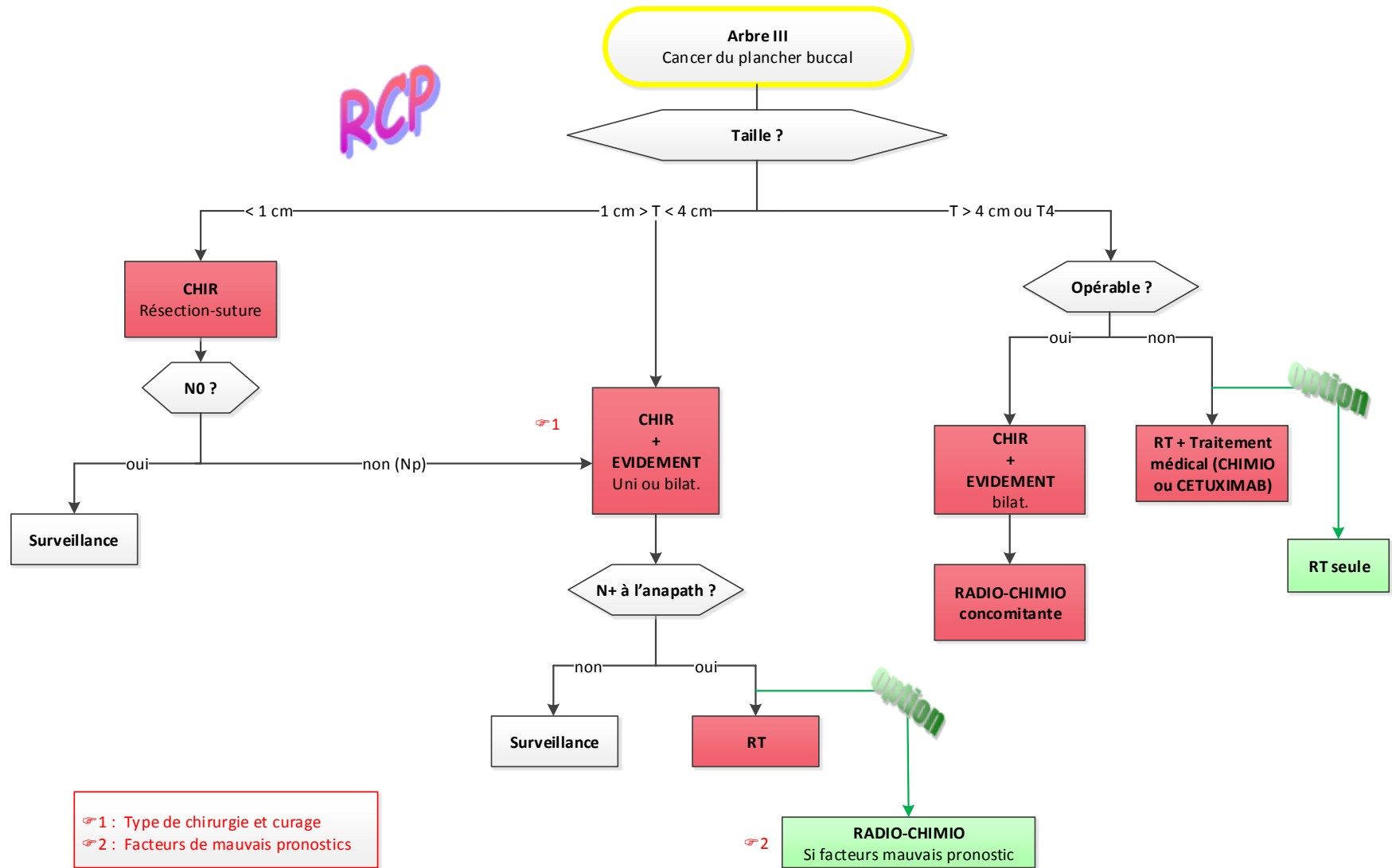
- T1>1cm, T2 :**
 - Chirurgie
 - Evidement systématique uni ou bilatéral en fonction du siège de la tumeur
 - ↳ si N0 : évidement sélectif groupes I, IIa, III (+/- examen extemporané) ou évidement radical modifié, option : ganglion sentinelle
 - ↳ si N+ : évidement radical modifié
 - Pour les résections insuffisantes : privilégier la reprise chirurgicale
 - **Radiothérapie post-opératoire : si N+ (dose et technique fonction de l'extension et de l'infiltration)**
 - **Radio-chimiothérapie si facteurs de mauvais pronostic : si marges insuffisantes sans reprise possible, érosion mandibulaire, embolies périnerveux ou périvasculaires**

- T3, T4 résécables :**
 - chirurgie : évidement bilatéral, qui doit comprendre l'évidement sous mental, surtout dans les T d'extension antérieure.
 - Radio-chimiothérapie concomitante post opératoire.
 - Si exérèse insuffisante : reprise chirurgicale ou RT-CT si reprise impossible

- Tumeur non opérable :**
 - Standard : radio-chimiothérapie concomitante ou radiothérapie-CETUXIMAB, option radiothérapie seule.

Résumé – Arbre décisionnel

RCP



Cancer de la face interne de la joue

Classification TNM

- T1** : Tumeur \leq 2 cm
- T2** : Tumeur $>$ 2 cm et \leq 4 cm
- T3** : Tumeur $>$ 4 cm
- T4** : Envahissement des structures adjacentes (peau, os, muscles profonds)

Indications thérapeutiques

T1, T2, T3, T4 résécables :

- Résection +/- reconstruction
- Evidement homolatéral
- Radiothérapie post-opératoire sauf T<1cm
 - ↳ Option radio-chimiothérapie concomitante si pT3 ou pT4 ou N+ \geq 2 ou rupture capsulaire ou marges positives
 - ↳ Option pour T1 et T2<3 cm : Curiethérapie

Si exérèse insuffisante :

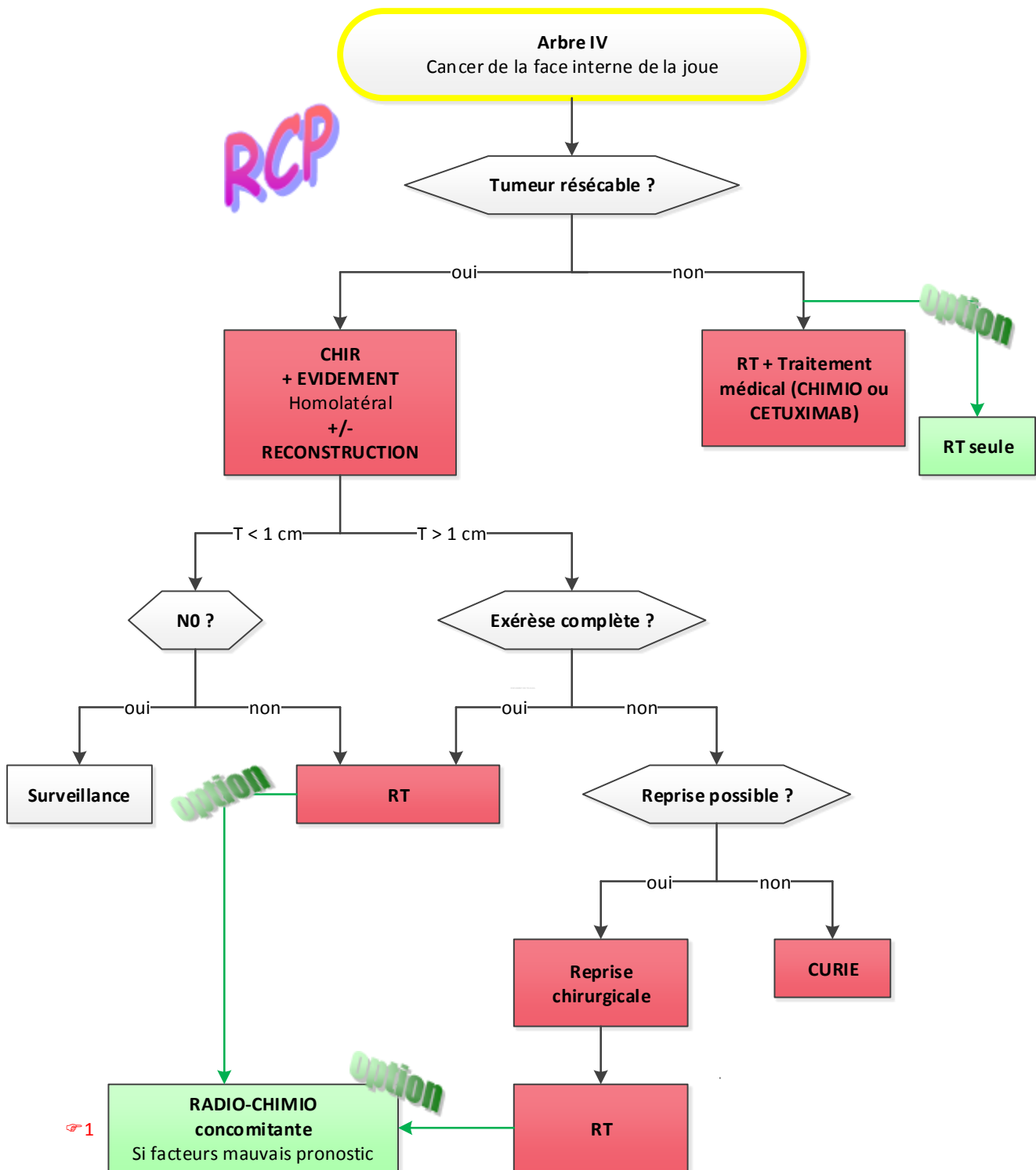
- Reprise chirurgicale
- Curiethérapie si reprise impossible
- Radiothérapie externe

T1, T2, T3, T4 non résécables :

- Radio-chimiothérapie concomitante ou radiothérapie-CETUXIMAB + option radiothérapie seule.

Résumé – Arbre décisionnel

RCP



1 : Facteurs de mauvais pronostic

Cancer de la langue mobile

Il s'agit de lésion avec un haut risque de métastase ganglionnaire (clinique ou microscopique). Cette localisation est souvent considérée comme étant plus agressive chez les sujets jeunes, même si cette différence n'a pas été retrouvée dans 2 études comparant la survie entre un groupe < 40 ans et un groupe de 60 à 70 ans⁴⁶.

Les tumeurs de la langue mobile nécessitent des exérèses avec des marges saines larges tant en profondeur que latéralement (rétraction importante des marges après résection).

Classification TNM

T1 : Tumeur ≤ 2 cm

T2 : Tumeur > 2 cm et ≤ 4 cm

T3 : Tumeur > 4 cm

T4 : Envahissement des muscles extrinsèques de la langue et /ou corticale osseuse.

Indications thérapeutiques

T1, T2 : marges saines larges

➤ Sur le T :

↳ Chirurgie

↳ Curiethérapie exclusive si T1N0

↳ Si tumeur infiltrante :

- radiothérapie externe

- Option : curiethérapie de barrage en complément de la chirurgie.

➤ Sur le N :

↳ Traitement ganglionnaire :

- Evidement radical modifié

- Ou ganglion sentinelle

↳ Radiothérapie externe si N+

T3, T4 opérables :

➤ Glossectomie avec reconstruction

➤ Traitement ganglionnaire : évidement radical modifié,

➤ Radio-chimiothérapie concomitante (option : radiothérapie seule).

Tumeur non opérable :

➤ Radio-chimiothérapie concomitante, radiothérapie-CETUXIMAB, radiothérapie seule ou chimiothérapie seule (si métastatique ou contre-indication à une radiothérapie).

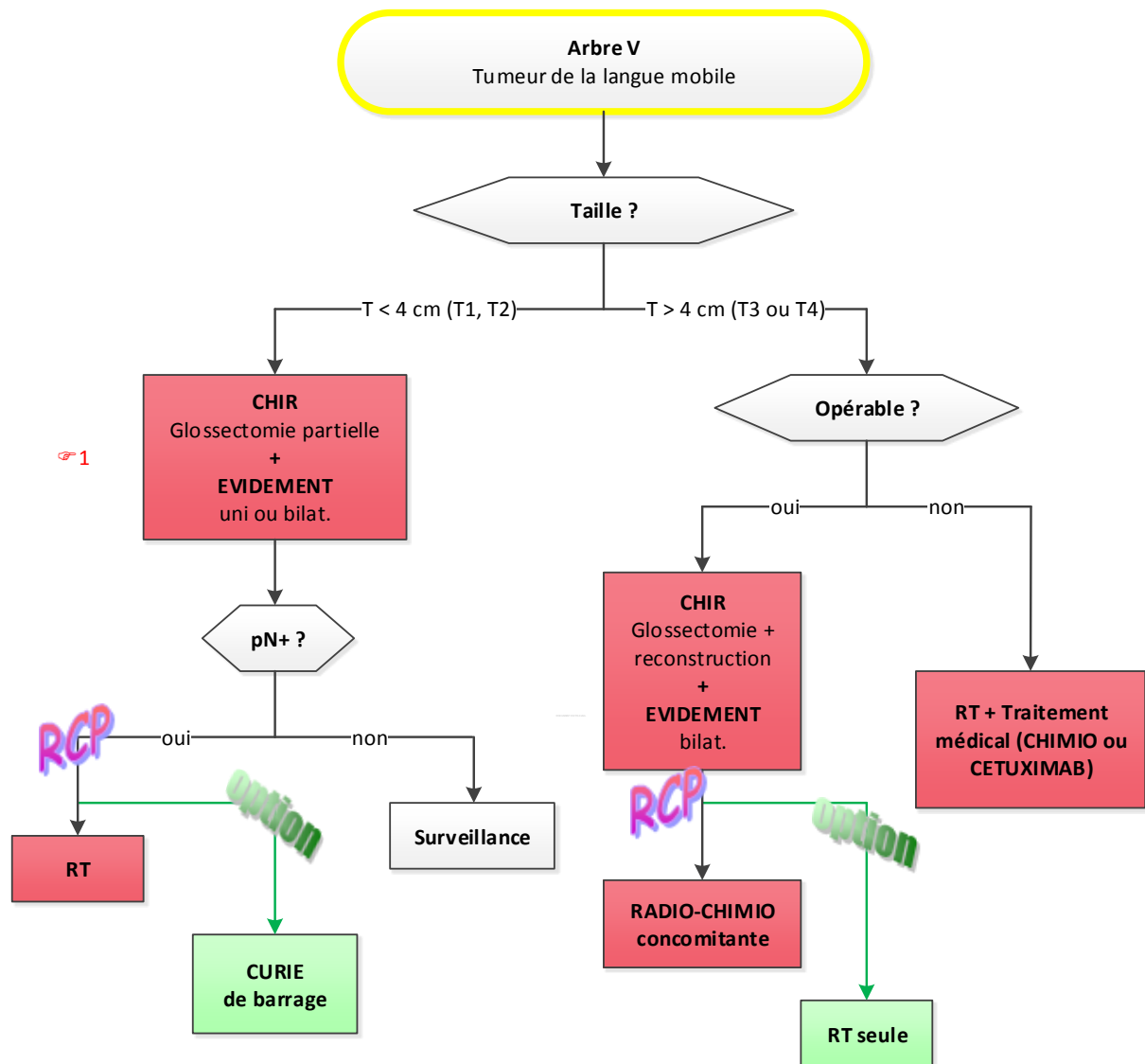
⁴⁶ Amsterdam JT, Strawitz JG. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in young adults. J Surg Oncol. 1982;19:65–8. [\[PubMed\]](#)

Sarkaria JN, Harari PM. Oral tongue cancer in young adults less than 40 years of age: rationale for aggressive therapy. Head Neck. 1994;16:107–11. [\[PubMed\]](#)

Gilroy JS, Morris CG, Amdur RJ, Mendenhall WM. Impact of young age on prognosis for head and neck cancer: a matched-pair analysis. Head Neck. 2005;27:269–73. [\[PubMed\]](#)

Goldenberg D, Brooksby C, Hollenbeak CS. Age as a determinant of outcomes for patients with oral cancer. Oral Oncol. 2009;45:e57–61. [\[PubMed\]](#)

Résumé – Arbre décisionnel



1 : Type de chirurgie et curage

Cancer de la commissure intermaxillaire

Classification TNM

- T1 : Tumeur ≤ 2 cm
- T2 : Tumeur > 2 cm et ≤ 4 cm
- T3 : Tumeur > 4 cm
- T4 : Envahissement des structures adjacentes (os)

Indications thérapeutiques

- ☑ **Quelque soit le T si tumeur résécable :**
 - Exérèse chirurgicale
 - Evidement systématique homolatéral
 - Radiothérapie externe systématique homolatérale
 - ↳ Radio-chimiothérapie concomitante si pT3 ou pT4 ou N+ ≥ 2, rupture capsulaire, marges positives
- ☑ **Tumeur non opérable :** radio-chimiothérapie concomitante ou radiothérapie-CETUXIMAB (ou radiothérapie seule).

Résumé – Arbre décisionnel

