

# 9 Cancers du cavum

Les cancers du cavum, sinus et glandes salivaires sont des tumeurs rares selon la définition du REFCOR.

## Généralités

---

Classification OMS basées sur le degré de différenciation :

- OMS type 1 : Carcinome épidermoïde kératinisant (identique aux autres localisations VADS), peut fréquent, lié au tabac à l'alcool.
- OMS type 2 : Carcinome épidermoïde non kératinisant
- **OMS type 3 : Carcinome indifférencié de type naso-pharyngé (UCNT** Undifferentiated Carcinoma Nasopharyngeal) ; le plus fréquent (rare en Europe, prédomine en Asie du sud-est et dans le pourtour méditerranéen)

Autres types histologiques (lymphome, sarcome, mélanome ...) : **REFCOR**

## Bilan d'extension

---

- Examen clinique complet : cervico-facial (adénopathies ?, OSM ?, trismus ?...), paires crâniennes (déficit VI, X, XII)
- Panendoscopie + biopsie
- Imagerie :
  - IRM crânio-cervico-faciale +/- TDM (+++ si envahissement osseux T3)
  - TDM thoracique
  - PET scan

# Classification AJCC-UICC (7<sup>th</sup> edition)

## Classification TNM

### Tumeur primitive

**Tis** Carcinome in situ

**T1** Tumeur confinée au nasopharynx, ou étendue à l'oropharynx et/ou à la cavité nasale sans extension parapharyngée

**T2** Extension tumorale parapharyngée (infiltration postéro-latérale)

**T3** Envahissement des structures osseuses de la base du crâne et/ou des sinus paranasaux

**T4** Tumeur avec extension intracrânienne et/ou atteinte des nerfs crâniens, de la fosse infra-temporale, de l'hypopharynx ou de l'orbite

*Modification de la classification par rapport à la 6<sup>ème</sup> édition AJCC 2002 :  
T2a désormais reclassées T1, et T2b classées T2.*

### Adénopathies cervicales

**N0** Pas d'adénopathie régionale métastatique

**N1** Métastase(s) ganglionnaire(s) **unilatérale unique ou multiples  $\leq 6$  cm** dans sa plus grande dimension, au-dessus du creux sus-claviculaire (NB : les adénopathies situées sur la ligne médiane sont considérées comme homolatérales) **et/ou adénopathies rétro-pharyngées uni ou bilatérales  $\leq 6$  cm**

**N2** Métastase ganglionnaire **bilatérale  $\leq 6$  cm**, au-dessus des creux sus-claviculaires

**N3** Adénopathie(s) métastatique(s) :

↳ **N3a** > 6 cm

↳ **N3b** extension au creux sus-claviculaire

*Modification de la classification par rapport à la 6<sup>ème</sup> édition AJCC 2002 :*

- Adénopathies rétropharyngées prises en compte.
- Creux sus-claviculaire : Triangle de HO (extrémités latérale et sternale de la clavicule et point de jonction cou / épaule) ; comprend la partie inférieure des niveaux IV et Vb

### Métastases à distance

**M0** Pas de métastases à distance

**M1** Présence de métastase(s) à distance

## Stades

**Stade 0 :** Tis – N0 – M0

**Stade I :** T1 – N0 – M0

**Stade II :** T1 – N1 – M0                      T2 – N0/N1 – M0

**Stade III :** T1/T2 – N2 – M0                T3 – N0/N1/N2 – M0

**Stade IVA :** T4 – N0/N1/N2 – M0

**Stade IVB :** Tous T – N3 – M0

**Stade IVC :** Tous T – Tous N – M1

# Traitement - UCNT

## Radio-chimiothérapie

La radio-chimiothérapie (RTCT) concomitante est supérieure à la radiothérapie exclusive dans les cancers du nasopharynx de stades avancés (standard thérapeutique).

La radiothérapie en modulation d'intensité est le standard en matière d'irradiation de ces tumeurs.

## Chimiothérapie adjuvante et néoadjuvante des stades avancés

La technique d'IMRT a amélioré les résultats du traitement des cancers du cavum, faisant de la récurrence métastatique la première cause d'échec, avant l'échec locorégional. La tendance actuelle est donc à la recherche d'une amélioration des résultats en optimisant les stratégies systémiques. Les séries rétrospectives ou prospectives testant l'intérêt des chimiothérapies néoadjuvantes (ou d'induction) et adjuvantes ont été largement rapportées. Cependant, ces stratégies n'ont que peu été comparées au standard de la radiochimiothérapie concomitante. Enfin, l'interprétation de certaines séries doit faire l'objet d'une prudence particulière, eu égard à la proportion parfois élevée de tumeurs bien à très bien différenciées, quand les centres français traitent des patients porteurs de tumeurs nasopharyngées plutôt indifférenciées.

### Chimiothérapie adjuvante :

A ce jour, il n'y a pas de niveau de preuve suffisant pour faire de la chimiothérapie adjuvante un standard. Elle peut être discutée au cas par cas en particulier lorsque l'observance à la chimiothérapie concomitante à la RT n'a pu être satisfaisant (Avis d'Expert) mais ne doit pas être poursuivie en cas de toxicités importantes.

### Chimiothérapie néo-adjuvante :

A ce jour, il n'y a pas de recommandation de grade A pour faire de la chimiothérapie néoadjuvante un standard. Cependant les données disponibles suggèrent une très bonne efficacité de la séquence induction-RTCT et l'induction ne semble pas compromettre le déroulement de la RTCT. De plus, la réponse tumorale obtenue lors de la chimiothérapie néoadjuvante permet de minimiser les incertitudes dosimétriques liées à la fonte tumorale en cours de radiothérapie. On peut donc en faire une recommandation de grade B.

## Indications

- T1, T2 N0 :
  - radiothérapie seule

☑ Sinon :

➤ OMS 1 et 2 :

↳ N0 N1 N2 : radiochimiothérapie concomitante

↳ N3 : chimiothérapie d'induction + radiochimiothérapie concomitante

➤ OMS 3 :

↳ Chimiothérapie d'induction et radiothérapie concomitante

Pas d'essai avec la Gemcitabine en induction, seulement en métastatique (phase II).  
Difficile d'en faire un standard, et de se passer de platine...

↳ ou radiochimiothérapie concomitante

schéma de référence aux USA selon Al Sarraf (JCO 1998). Seulement 41 % de type OMS 3. La chimiothérapie adjuvante après radio-chimiothérapie n'est pas souvent faisable (55 % ont reçu les 3 cures en adjuvant dans cet essai). De plus, la chimiothérapie adjuvante n'a jamais montré un bénéfice en survie.

↳ Métastases à distance (Tout T, tout N, M1) : CT option RTCT

## Place de la chirurgie pour le traitement des cancers du cavum

La chirurgie première n'est pas le standard pour les cancers du cavum, du fait de leur radiosensibilité (UCNT) et de la difficulté d'une résection carcinologique satisfaisante au niveau de la base du crâne). Elle ne se discute donc qu'en situation de rattrapage.

Elle est essentiellement cervicale ganglionnaire pour effectuer un évidement ganglionnaire sur des reliquats post-radiochimiothérapie.

En cas de récurrence locale, le choix se porte entre reprise de l'irradiation et abord du rhinopharynx (rhinopharyngectomie) par voie antérieure (transorale transpalatine, transmandibulaire, déglouving, maxillectomie, transfaciale paralatéronasale), endoscopique ou latérale (fosse infratemporale). Cette chirurgie est réservée à des cas sélectionnés de récurrences post-radiques détectées à un stade précoce. Dans la majorité des cas, les marges d'exérèse sont proches des limites tumorales. Le taux de complications global est très élevé mais les complications graves et séquelles définitives le sont moins.

## Résumé – Arbre décisionnel

