

Généralités

Tous les dossiers de cancers de l'oropharynx doivent être discutés en RCP (en pré et en post-opératoire).

HPV et cancer de l'oropharynx

Jusqu'à 25% des tumeurs oropharyngées sont liées à l'infection des voies aéro-digestives supérieures par Human Papilloma Virus (HPV)⁴⁷. En dépit de caractéristiques plus agressives de ces tumeurs⁴⁸, la surexpression de la protéine p16 (marqueur de l'infection par HPV) est associée à une meilleure réponse aux traitements par irradiation et/ou chimiothérapie^{49,50,51}. La recherche systématique du statut HPV des tumeurs de l'oropharynx est conseillée. Cette recherche de détection de la surexpression de la protéine p16 par immunohistochimie (IHC) est recommandée comme test initial en raison de sa simplicité, disponibilité et son coût^{52,53}. Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, le statut HPV ne doit pas modifier l'indication thérapeutique en dehors des essais cliniques.

⁴⁷ Ragin CC, Taioli E. *Survival of squamous cell carcinoma of the head and neck in relation to human papillomavirus infection: review and meta-analysis*. Int J Cancer 2007;121:1813-20

⁴⁸ Marur S, D'Souza G, Westra WH, Forastiere AA. *HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic*. Lancet Oncol 2010;11:781-9

⁴⁹ Posner MR, Lorch JH, Goloubeva O, Tan M, Schumaker LM, Sarlis NJ, Haddad RI, Cullen JK. *Survival and human papillomavirus in oropharynx cancer in TAX 324: a subset analysis from an international phase III trial*. Ann Oncol. 2011;22:1071-7

⁵⁰ Ang KK, Harris J, Wheeler R, Weber R, Rosenthal DI, Nguyen-Tan PF, et al. *Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer*. N Engl J Med. 2010;363(1):24-35

⁵¹ Rischin D, Young RJ, Fisher R, Fox SB, Le Q-T, Peters LJ, et al. *Prognostic significance of p16INK4A and human papillomavirus in patients with oropharyngeal cancer treated on TROG 02.02 phase III trial*. J Clin Oncol. 2010;28(27):4142-8

⁵² Schache AG, Liloglou T, Risk JM, Filia A, Jones TM, Sheard J, Woolgar JA, et al. *Evaluation of Human Papilloma Virus Diagnostic Testing in Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma: Sensitivity, Specificity, and Prognostic Discrimination*. Clin Cancer Research. 2011;17(19):6262-71

⁵³ Kuo KT, Hsiao CH, Lin CH, Kuo LT, Huang SH, Lin MC. *The biomarkers of human papillomavirus infection in tonsillar squamous cell carcinoma-molecular basis and predicting favorable outcome*. Modern Pathol. 2008;21(4):376-86.

Envahissement ganglionnaire

Les cancers de l'oropharynx sont associés à un risque élevé N+ retropharyngé, qui impose un examen attentif de l'imagerie en ce sens. Les tumeurs latérales font l'objet d'un évidement unilatéral et les tumeurs infiltrant franchement la base de langue ou le voile ou la paroi pharyngée postérieure font l'objet d'un évidement bilatéral.

Chimiothérapie d'induction

Dans les stratégies de préservation d'organe des tumeurs infra hyoïdiennes, une chimiothérapie d'induction par DCF (Docétaxel Cisplatine FU) est supérieure au CF en taux de réponses complètes, diminution des métastases, et amélioration de la survie globale. Dans les tumeurs de l'oropharynx, il n'y a pas de supériorité démontrée d'une chimiothérapie d'induction suivie de radio-chimiothérapie, à une radio chimiothérapie seule. Les essais de phase III n'ont pas démontré de bénéfice d'une stratégie d'induction en survie globale. Les résultats de l'essai GORTEC 2007-02 ne sont pas matures. Si le TPF est réalisé, seuls 20 à 30% des patients peuvent recevoir la totalité de la chimiothérapie concomitante standard. Néanmoins, les toxicités du DCF ne semblent pas accroître la mortalité iatrogène.

La stratégie d'induction dans les tumeurs oropharyngées reste donc actuellement une option dans les stades avancés, à utiliser prudemment pour ne pas compromettre la réalisation de la radio chimiothérapie concomitante standard.

Cancer du voile du palais

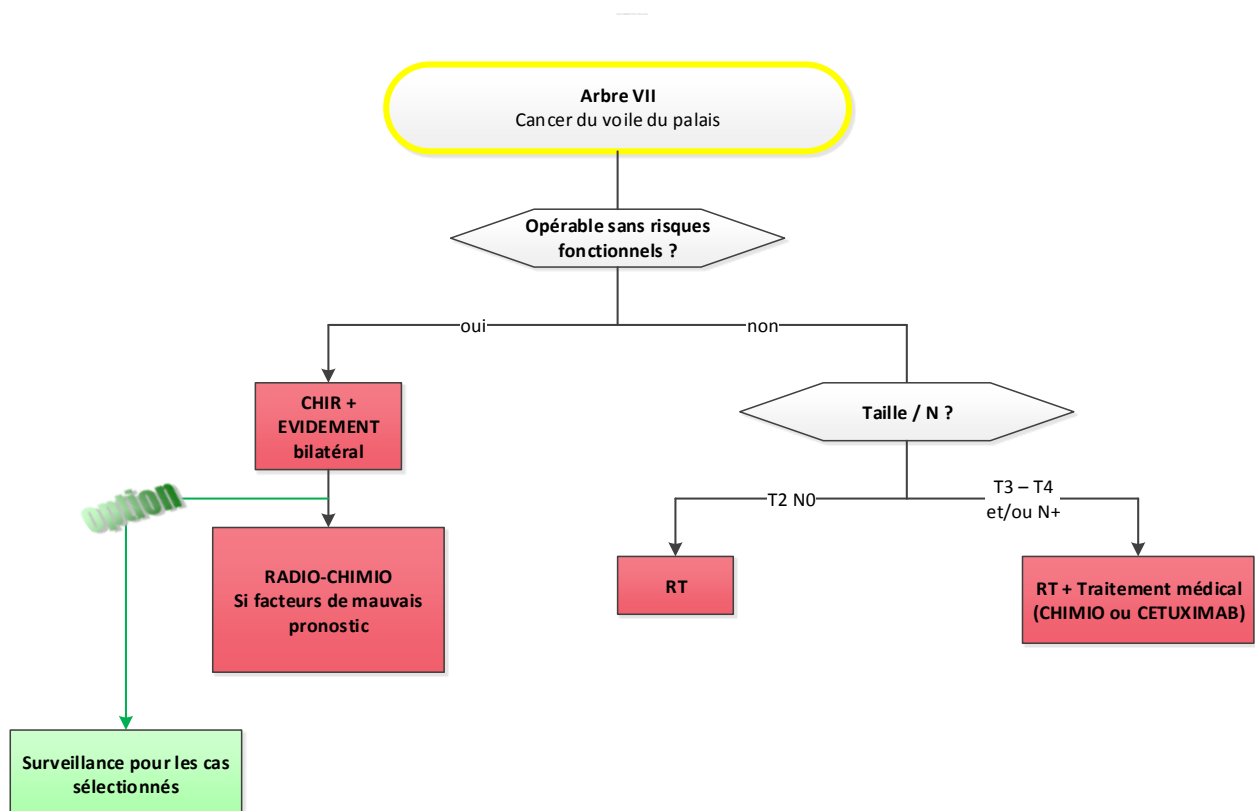
Classification TNM

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

Remarques concernant les Indications thérapeutiques

Le traitement ganglionnaire est toujours bilatéral

Arbre décisionnel



Cancer de la région amygdalienne

Classification TNM

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

Remarques concernant les Indications thérapeutiques

L'association radio-chimiothérapie est aussi efficace et moins toxique que la séquence chirurgie suivie de radio-chimiothérapie. Lorsqu'il existe des critères initiaux de radiothérapie (+/- chimiothérapie) post-opératoire, le traitement non chirurgical d'emblée doit être privilégié^{54,55,56}

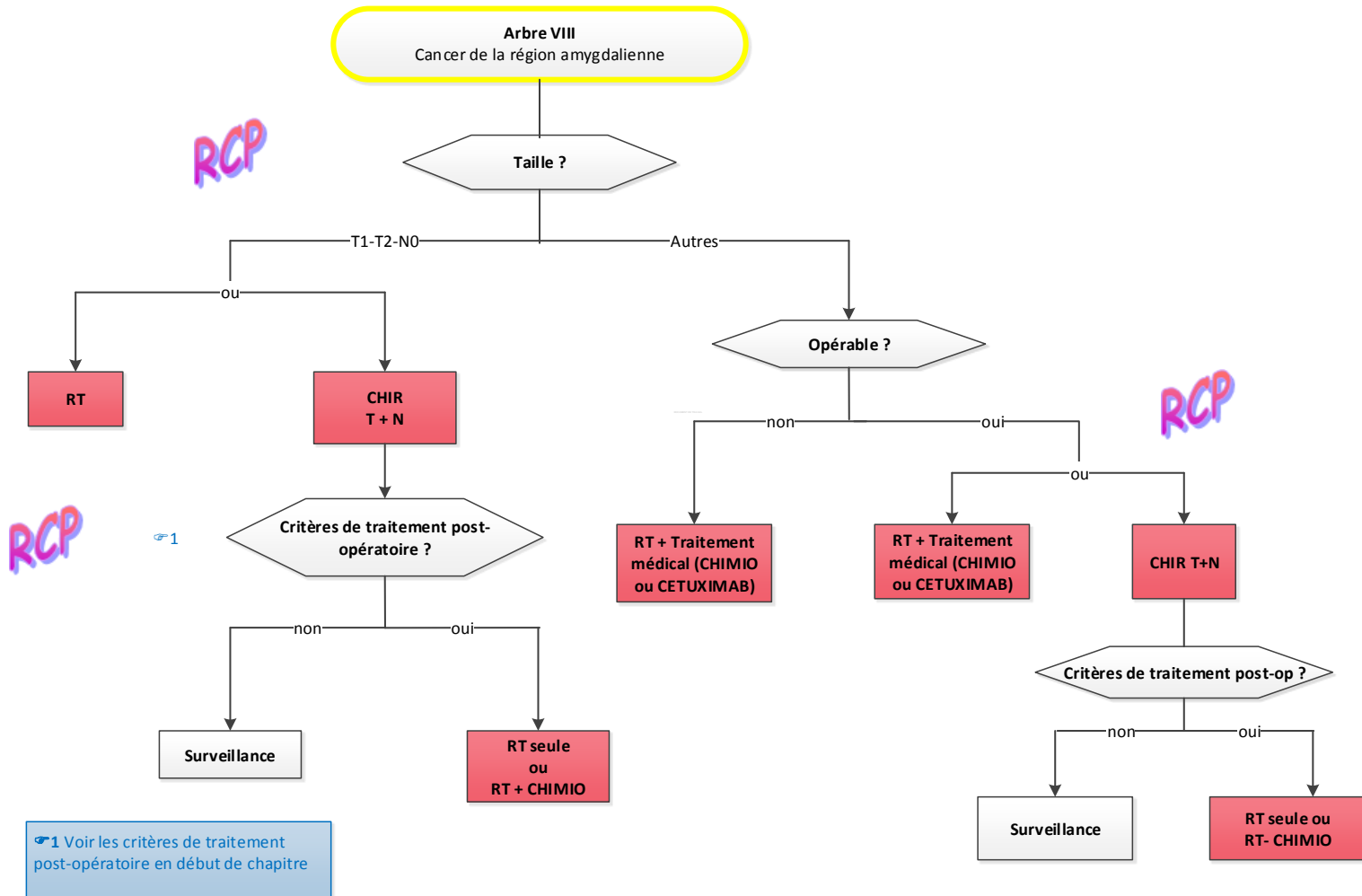
- **Privilégier le traitement non chirurgical** : Si risque fonctionnel prévisible élevé après chirurgie et indication d'un traitement par radio-chimiothérapie post-opératoire.
- **Privilégier la chirurgie** :
 - ↳ si risques fonctionnels prévisibles limités
 - ↳ ou extensions osseuses au sillon amygdalo-glosse, ou à la commissure inter-maxillaire.

⁵⁴ Parsons J, et al. *Squamous cell carcinoma of the oropharynx. Surgery, Radiation, or both.* Cancer 2002 (94)11: 2967-80

⁵⁵ Mendenhall W, et al. *Radiation Therapy for Squamous Cell Carcinoma of the Tonsillar Region: A Preferred Alternative to Surgery?* JCO Jun 11, 2000:2219-2225

⁵⁶ Shirazi A, et al. *Advanced stage tonsillar squamous cell carcinoma: organ preservation versus surgical management of the primary site.* Head and Neck 2006 Jul;28(7):587-94

Arbre décisionnel



Cancer du sillon amygdalo-glosse

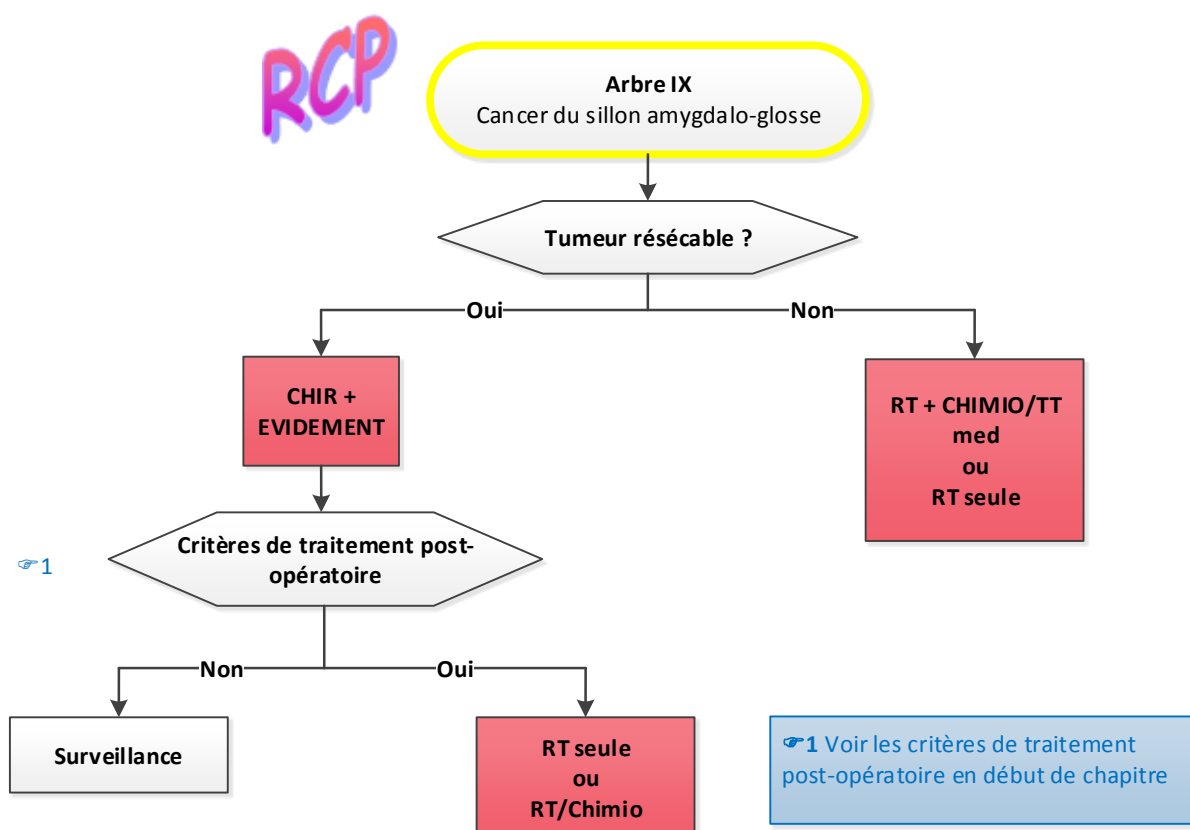
Classification TNM

- T1 : Tumeur \leq 2 cm
- T2 : Tumeur $>$ 2 cm et \leq 4 cm
- T3 : Tumeur $>$ 4 cm
- T4 : Envahissement des structures adjacentes (muscles extrinsèques de la langue)

Précisions concernant les Indications thérapeutiques

Les limites de la chirurgie sont l'extension dans la base de langue imposant une glossectomie trop large (conséquences fonctionnelles +++).

Arbre décisionnel



Cancer de la base de langue

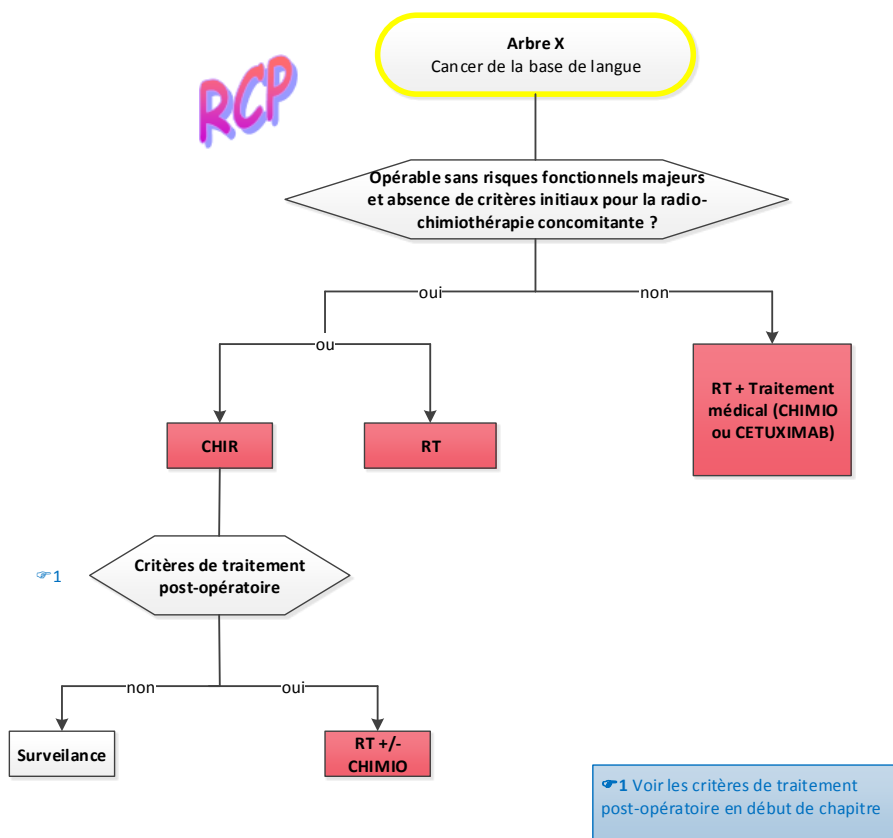
Classification TNM

- T1 : Tumeur ≤ 2 cm
- T2 : Tumeur > 2 cm et ≤ 4 cm
- T3 : Tumeur > 4 cm
- T4 : Envahissement des structures adjacentes (muscles extrinsèques de la langue)

Remarques concernant les indications thérapeutiques

- Le traitement ganglionnaire est le plus souvent bilatéral
- Tumeur latérale : [cf. sillon glosso-amygdalien](#)
- Tumeur postérieure à proximité du sillon glosso-épiglottique: [cf. vallécules](#)
- L'association radio-chimiothérapie est aussi efficace et moins toxique que la séquence chirurgie suivie de radio-chimiothérapie. Lorsqu'il existe des critères initiaux de radiothérapie-chimiothérapie concomitante, le traitement non chirurgical d'emblée doit être privilégié.

Arbre décisionnel



Cancer de la paroi postérieure de l'oropharynx

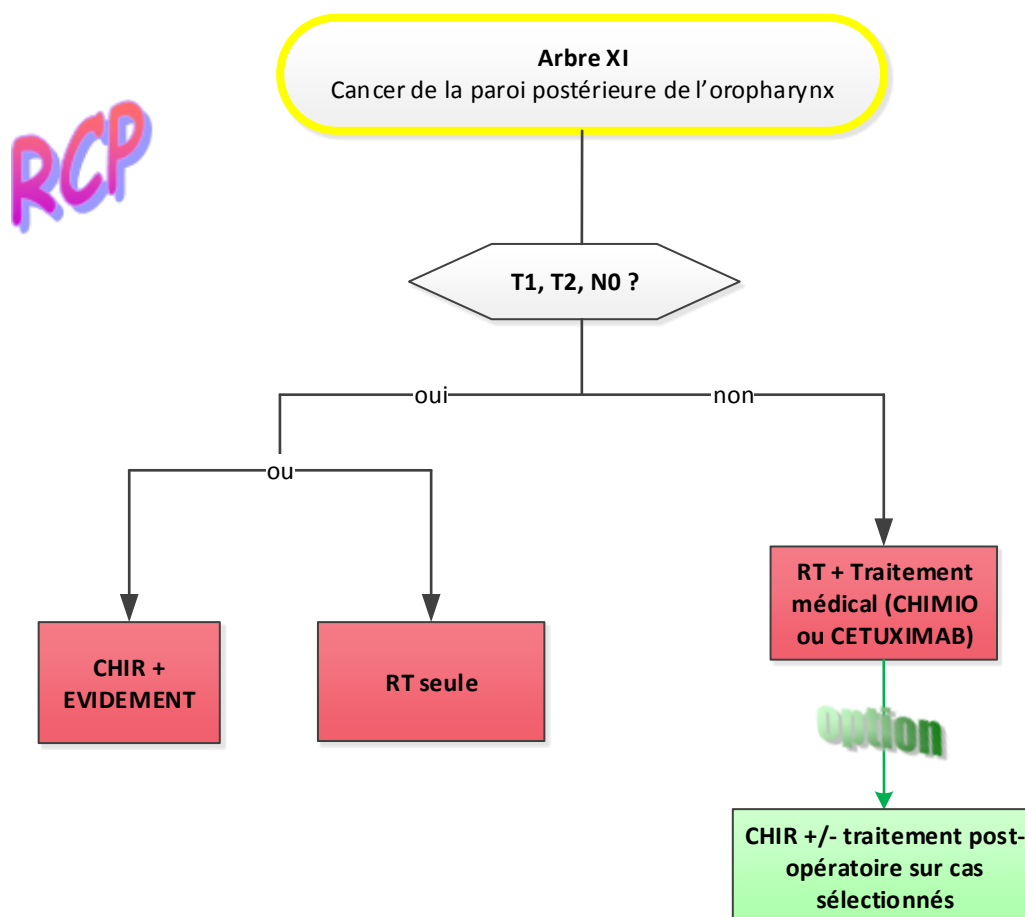
Classification TNM

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

Remarques sur Indications thérapeutiques

Le traitement ganglionnaire est toujours bilatéral.

Arbre décisionnel



Cancer du sillon glosso-épiglottique (vallécules)

Classification TNM

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

Remarques sur les indications thérapeutiques

CI à la chirurgie partielle :

- Mauvais état pulmonaire
- Envahissement important de la base de langue
- Envahissement important préaryngé
- Age avancé

Arbre décisionnel

