Prise en charge du carcinome épidermoïde de la gencive supérieure et du palais dur

N. Zwetyenga¹, L. Miquel¹, A. Garuet¹, A.-S. Ricard¹, C. Majoufre-Lefebvre¹, H. Demeaux², F. Siberchicot¹

Correspondance : N. Zwetyenga,
Service de Chirurgie Maxillo-
faciale et Stomatologie,
CHU de Bordeaux, place Amélie
Raba-Léon, 33076 Bordeaux
Cedex.
narcisse.zwetyenga@
chu-bordeaux.fr

¹Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie,
²Service d'Oncologie et de Radiothérapie, CHU de Bordeaux.

Summary

Purpose. The aim of this retrospective study was to determine a rational of treatment of squamous-cell carcinoma of the upper gum and hard palate.

Patients and method. We analyzed retrospectively a series of 34 patients treated over a period of 11 years.

Results. There were 19 women (76%); mean age was 67.3 years; 76% had advanced tumors; 28% had neck nodes. The 5-year survival rate was 33.7%; patients without node involvement had better prognosis ($p = 0.034$). The 5-year rate of recurrence-free survival was 61%; patients without node involvement had better prognosis ($p = 0.032$). At the end of the study, only 42% of patients were still alive.

Discussion. This type of tumor is different from those of other locations in the oral cavity or oropharynx. At the present time, surgery associated or not with post-operative radiotherapy seems to be optimal curative treatment. The question of whether neck dissection should be performed remains debated for patients without clinically nodes.

Keywords: Squamous-cell carcinoma, Gum, Hard palate, Maxillectomy.

Zwetyenga N, Miquel L, Garuet A, Ricard AS, Majoufre-Lefebvre C, Demeaux H, Siberchicot F. Treatment of squamous-cell carcinoma of the upper gum and the hard palate. Rev Stomatol Chir Maxillofac 2006;107:80-85.

Les carcinomes épidermoïdes représentent le type histologique prédominant des cancers de la cavité buccale. Parmi eux, ceux situés au niveau de la gencive supérieure et du palais dur sont relativement rares. Cela explique en grande partie le nombre réduit des références spécifiques sur ce sujet dans la littérature [1-5]. En effet, certaines études

Résumé

Objectif. Le but de cette étude rétrospective était de déterminer les principes de prise en charge du carcinome épidermoïde de la gencive supérieure et du palais dur.

Patients et méthode. Les données de 34 patients traités primitivement et à but curatif ont été analysées sur une période de 11 ans.

Résultats. Il existait une prédominance féminine (76 %) et l'âge moyen était de 67,3 ans. La plupart des cancers étaient à un stade avancé (76 %). Dans 28 % des cas, il existait un envahissement ganglionnaire chez les patients N0. Les probabilités de survie globale à 5 ans étaient de 33,7 % et les patients n'ayant pas d'envahissement ganglionnaire avaient un meilleur pronostic ($p = 0,034$). Les probabilités de non rechute globale à 5 ans étaient de 61 % et les patients n'ayant pas d'envahissement ganglionnaire avaient un meilleur pronostic ($p = 0,032$). À la fin de l'étude, seulement 42 % des patients étaient vivants.

Discussion. Le pronostic du carcinome dans cette localisation est péjoratif. Actuellement, la chirurgie associée ou non à la radiothérapie nous semble le traitement efficace. La question de réaliser un évidement explorateur doit toujours être posée chez les patients classés N0.

Mots-clés : Carcinome épidermoïde, Gencive, Palais dur, Maxillectomie.

incluent des sites anatomiques différents tels que le palais mou ou la gencive inférieure qui non seulement n'appartiennent pas à proprement parler à la même entité anatomique,

Étude présentée au XVIIth Congress of European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery. 14-18 September 2004, Tours, France.

mais aussi différent de par leurs indications thérapeutiques et leur pronostic [6-8]. D'autres travaux, à l'inverse, restreignent leur site à la gencive supérieure ou au palais dur alors que l'embryologie, l'ontogenèse et l'anatomie du maxillaire nous poussent à les considérer comme un même ensemble [1, 5, 9]. Enfin, des auteurs associent différentes histologies alors que le carcinome épidermoïde de la cavité buccale constitue une entité histologique propre répondant à des facteurs de risque classiques (alcool, tabac notamment) et dont le traitement curatif actuel est la chirurgie et la radiothérapie [1, 3, 5, 9, 10]. La littérature permet difficilement d'apprécier les facteurs pronostiques et d'établir une prise en charge claire de la localisation au niveau de la gencive supérieure et/ou du palais dur. Pour toutes ces raisons, nous avons décidé d'étudier rétrospectivement une série qui présente une homogénéité certaine en ce qui concerne l'entité anatomique, le type histologique, la prise en charge diagnostique et thérapeutique afin d'en déterminer une éventuelle attitude thérapeutique rationnelle.

Patients et méthode

Entre le 1^{er} janvier 1990 et le 31 décembre 2001, 1 406 patients atteints d'un cancer de la tête et du cou ont été pris en charge dans notre service. Parmi eux, 34 patients (2,4 %) atteints de carcinome épidermoïde de la gencive supérieure et/ou du palais ont été retenus pour cette étude. Les patients qui n'avaient pas de carcinome épidermoïde ont été exclus. De même n'ont pas été retenus les carcinomes épidermoïdes de localisation différente, les patients traités en seconde intention ou ayant un antécédent de néoplasie des voies aéro-digestives supérieures et enfin, ceux traités à but palliatif.

Un bilan pré-thérapeutique clinique et paraclinique a été effectué pour chaque patient : un orthopantomogramme, une radiographie du thorax complétée au moindre doute par une tomodensitométrie (TDM), un transit œsophagien, au besoin une TDM ou une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM). Lorsqu'elle a été réalisée, les résultats de la TDM ont été analysés grâce à la classification tomodensitométrique d'Araki *et al.* (grade 1 : pas de destruction osseuse ; grade 2 : destruction limitée à l'os alvéolaire ou au palais dur sans effraction du bas fond du sinus maxillaire ou du plancher des fosses nasales ; grade 3 : effraction du sinus maxillaire ou des fosses nasales ; grade 4 : destruction étendue à une des parois, latérale, postérieure ou médiale du sinus maxillaire) [11]. Enfin, tous les patients ont bénéficié d'un examen des voies aéro-digestives sous anesthésie générale.

Les lésions ont été rétrospectivement classées selon la classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer, UICC (1998) [12]. L'état général pré-thérapeutique des patients a été évalué selon la classification établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La décision thérapeutique a toujours été prise par une équipe multidisciplinaire comprenant chirurgiens, anesthésistes et radiothérapeutes.

Le traitement a consisté systématiquement en une exérèse tumorale, complétée selon les données cliniques, paracliniques et peropératoires par un évidement ganglionnaire cervical. L'évidement bilatéral a été indiqué en cas de lésion antérieure ou atteignant et/ou dépassant la ligne médiane ou en cas de cou classé N2c.

Après le séjour hospitalier, les patients ont été revus systématiquement un mois après la fin du traitement primaire, ensuite tous les 3 mois pendant 18 mois, puis semestriellement jusqu'à 5 ans et enfin annuellement.

En fonction des résultats histologiques définitifs, une radiothérapie postopératoire a été pratiquée. Celle-ci a été effectuée systématiquement en cas de tumeurs classées T3 et T4, de limite(s) d'exérèse tumorale(s) envahie(s) et d'envahissement ganglionnaire. Les sites tumoral et cervical ont été irradiés dans le même temps. La dose d'irradiation prophylactique était de 45 grays (Gy) et celle curative de 55 à 60 Gy. En cas de rupture capsulaire ou de limite positive (sans reprise chirurgicale dans ce dernier cas), une surimpression a été effectuée, portant la dose curative à 65 Gy. L'irradiation a duré en moyenne 6 semaines, à raison de 5 séances par semaine.

L'analyse des données a été effectuée grâce aux logiciels *Statistical Product and Service Solution Software* (SPSS Inc, Chicago III). Le délai de survie était celui entre la date du diagnostic histologique et celle du dernier contrôle ou du décès éventuel du patient. Les patients qui n'ont jamais présenté de rémission ou qui ont eu une récurrence dans les 6 premiers mois suivant le traitement primaire ont été considérés comme non contrôlés. Ceux qui ont eu une récurrence au-delà des 6 premiers mois ont été considérés comme en rechute. Les probabilités de survie ont été calculées par la méthode de Kaplan-Meier. Le test du Log-Rank a été utilisé pour rechercher l'existence ou non d'une différence significative. Une valeur a été considérée comme statistiquement significative lorsque $p \leq 0,05$.

Résultats

Il s'agissait de 19 femmes (56 % des cas) et 15 hommes (44 % des cas) avec un sex ratio femme/homme de 1,26. L'âge moyen au

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174844>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174844>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)