

Critères de qualité en chirurgie carcinologique cervicofaciale

Quality assurance in head and neck surgical oncology

Sébastien Vergez¹, Franck Jegoux², Gilles Dolivet³, Sylvain Morinière⁴

¹ CHU Toulouse Rangueil-Larrey, Service ORL et chirurgie cervicofaciale, 24, chemin de Pourville, 31059 Toulouse cedex 9, France

<vergez.s@chu-toulouse.fr>

² CHU Rennes-Pontchaillou, Service ORL et chirurgie cervicofaciale, 35033 Rennes France

³ CLCC Alexis-Vautrin, Service ORL et chirurgie cervicofaciale, 54547 Vandœuvre-lès-Nancy, France

⁴ CHU Tours-Bretonneau, Service ORL et chirurgie cervicofaciale, 37044 Tours, France

Article reçu le 5 janvier 2014,
accepté le 18 février 2014

Tirés à part : S. Vergez

Pour citer cet article : Vergez S, Jegoux F, Dolivet G, Morinière S. Critères de qualité en chirurgie carcinologique cervicofaciale. *Bull Cancer* 2014 ; 101 : 496-504.
doi : 10.1684/bdc.2014.1969.

Résumé. Dans la prise en charge de patients atteints de cancers de la tête et du cou, la chirurgie occupe une place majeure aux côtés de la radiothérapie et de la chimiothérapie. Une actualisation des techniques chirurgicales à disposition, des terminologies employées et des indications validées apparaît utile afin d'harmoniser les pratiques chirurgicales oncologiques cervicofaciales et ainsi optimiser sa sécurité de réalisation. Une mise au point sur les critères de qualité en chirurgie oncologique cervicofaciale est proposée. ▲

Mots clés : évidement ganglionnaire, laryngectomie, pharyngectomie, chirurgie transorale laser, chirurgie transorale robotique, chirurgie endoscopique endonasale

Abstract. In patients' management affected by head and neck cancers, surgery takes a major place with radiotherapy and chemotherapy. An updating of the surgical techniques available, and validated indications seems useful to harmonize the head and neck oncological surgery practices and so optimize its safety. A focus on the quality assurance in head and neck surgical oncology is proposed. ▲

Key words: lymph node dissection, laryngectomy, pharyngectomy, transoral laser microsurgery, transoral robotic surgery, endonasal endoscopic resection

Introduction

Dans la prise en charge de patients atteints de cancers de la tête et du cou, la chirurgie occupe une place majeure aux côtés de la radiothérapie et de la chimiothérapie. La prise en charge ganglionnaire cervicale a connu de récentes harmonisations de la terminologie ainsi que des indications opératoires. Le large panel de chirurgies pharyngolaryngées validées disponibles par voie externe associé aux progrès des reconstructions permet d'envisager à la fois un contrôle locorégional tout en ambitionnant de limiter les séquelles fonctionnelles. Enfin, tant au niveau pharyngolaryngé que rhinosinusal, l'essor des techniques endoscopiques voire robotiques permet dans des situations bien précises, de réaliser un abord chirurgical moins invasif.

Toutefois, une actualisation des techniques à disposition, des terminologies employées, et des indications validées apparaît utile afin d'harmoniser les pratiques chirurgicales oncologiques cervicofaciales et ainsi optimiser sa sécurité de réalisation. L'objectif de ce travail est de détailler les critères de qualité en chirurgie oncologique cervicofaciale.

Critères de qualité des évidements cervicaux

Il existe plusieurs techniques opératoires de dissection cervicale pour l'évidement ganglionnaire. Aucune n'a fait preuve de sa supériorité par rapport à l'autre que ce soit en termes de contrôle ganglionnaire que de complications. Le choix pour l'une ou l'autre de ces techniques est affaire d'école de formation chirurgicale et d'habitudes. L'objectif est commun : réséquer le plus grand nombre de nœuds et canaux lymphatiques tout en respectant les structures vasculo-nerveuses et musculaires.

Nombre de ganglions dans un évidement

Le nombre de ganglions réséqués habituellement dans un évidement cervical latéral est d'environ 15 à 30. Pour les anatomistes, le nombre de ganglions ou plutôt de nœuds lymphatiques cervicaux est de 100 à 200. Par conséquent, même un évidement cervical complet et bilatéral ne fait que soustraire un certain pourcentage d'adénopathies et tous

les évidements sont finalement anatomiquement sélectifs. Des études suggèrent que le nombre de nœuds lymphatiques est plus élevé en situation pathologique qu'en situation anatomique [1]. Ces études donnent néanmoins un guide pour le chirurgien et l'anatomopathologiste. La classification TNM considère que le nombre minimum de nœuds lymphatiques dans un évidement doit être de dix dans un évidement complet (radical modifié ou radical) et de six dans un évidement sélectif. Cette exigence n'est pas fonction du sous-type d'évidement sélectif et en particulier du nombre d'aires concernées.

Classification des aires ganglionnaires et des évidements cervicaux

La nomenclature des aires cervicales de drainage ganglionnaire ainsi que la nomenclature des différents types d'évidement ont été initiées au début des années 1990 puis remises à jour en 2011 par Robbins *et al.* [2, 3] (tableau 1). Quel que soit le continent, et quelle que soit la discipline (radiologues, pathologistes, radiothérapeutes ou chirurgiens) les aires ganglionnaires Ia, Ib, IIa, IIb, III, IV et V correspondent respectivement aux aires sous-mentale, sous-mandibulaire, jugulo-carotidiennes supérieure, moyenne, inférieure ainsi que triangulaire postérieure et ont des limites anatomiques musculaires et/ou ostéocartilagineuses précises [2, 3]. Cette classification permet une homogénéisation des terminologies utilisées dans le cadre de publications mais aussi lors de la présentation de dossiers au sein d'une RCP. À ce titre, cette classification d'origine nord-américaine a désormais été largement adoptée en Europe et en France. Il existe quatre grands types d'évidements : radical (ER), radical modifié (ERM) et sélectif (ES) ainsi qu'étendu (EE). L'évidement radical consiste en une exérèse de tous les groupes ganglionnaires cervicaux (I à V), de la veine jugulaire interne (VJI), du sternocléidomastoïdien (SCM), et du nerf accessoire (XI). L'évidement radical modifié est une exérèse de tous les groupes ganglionnaires cervicaux (I à V) avec préservation de la VJI et/ou du SCM et/ou du XI, la ou les structures préservées doivent être spécifiées entre parenthèses. L'évidement sélectif est un évidement au cours duquel un ou plusieurs groupes ganglionnaires cervicaux habituellement réséqués dans un évidement radical sont préservés. Les groupes ganglionnaires réséqués doivent être spécifiés entre parenthèses. L'évidement étendu correspond à une exérèse d'un ou plusieurs groupes ganglionnaires ou à une structure non ganglionnaire non concernés par un évidement radical classique. Les groupes ganglionnaires peuvent être : rétropharyngé, parapharyngé, facial et les structures non ganglionnaires : la carotide interne, le X, le XII, les muscles de la nuque, etc. Les structures réséquées doivent figurer entre parenthèse. La confusion fréquente entre « curage fonctionnel » et « évidement complet » souligne l'enjeu que représente l'homogénéisation de la terminologie dans ce domaine. La majorité des évidements actuellement réalisés sont en fait *stricto sensu* des évidements sélectifs et cette terminologie ne préjuge pas du caractère prophylactique ou curatif de l'évidement. Par exemple, ce qui est encore sou-

vent dénommé « curage fonctionnel complet » réalisé pour les tumeurs du pharyngolarynx est un évidement sélectif ES(II-V). Enfin, certaines terminologies françaises restent encore très utilisées : évidement triangulaire antérieur : ES(Ib, IIa, III) ; évidement jugulocarotidien : ES(II, III, IV).

De l'évidement radical à l'évidement sélectif

L'évidement radical décrit par Crile en 1906 a été considéré comme le seul traitement ganglionnaire efficace des cancers des VADS jusque dans les années 1950. L'évidement radical modifié est apparu dans les années 1960 et son intérêt carcinologique et fonctionnel a ensuite été largement démontré. La dissection de principe de certaines structures anatomiques comme le XI ou les branches profondes du plexus cervical génèrent des troubles fonctionnels qui entraînent une altération de la qualité de vie qui n'est pas forcément compensée par un gain carcinologique [4]. Les évidements radicaux sont désormais pour de nombreuses équipes limités aux cas où la conservation du XI, de la veine jugulaire ou du SCM ne sont techniquement pas possibles [5].

L'évidement sélectif a été décrit par Sir Henry Trentham Butlin mais ce n'est que dans les années 1980 qu'il a pris sa place dans l'arsenal thérapeutique cervical. L'évidement sélectif s'est en effet considérablement développé pour la plupart des sites tumoraux et pour des stades d'envahissements ganglionnaires variables principalement N0 mais aussi N1 et N2. Une meilleure connaissance des voies de drainage lymphatique cervical et des modes d'envahissement ganglionnaires des tumeurs a permis de faire évoluer ces concepts [6, 7]. Certains groupes ganglionnaires ont une importance moindre pour certaines localisations (groupe I et V pour les tumeurs du larynx ou de l'oropharynx postérieur, groupe IV et V pour les cancers de la cavité orale, etc.) [8, 9]. De bons résultats carcinologiques sont en effet rapportés dans les cous N+ traités par un évidement sélectif épargnant le groupe V pour les cancers de l'oropharynx [10, 11] ou le groupe I pour les cancers pharyngolaryngés. Par ailleurs, malgré des définitions précises des limites théoriques des évidements, leur reproductibilité thérapeutique est moins évidente et le nombre de ganglions réséqués par évidement est variable.

L'évidement sélectif est pour certaines équipes associé à un examen extemporané de ce premier relais afin de compléter par un évidement des seconds relais en cas de positivité [8]. Cela soulève le problème de la qualité de l'analyse histologique du premier relais, qui est l'intérêt principal de la technique du ganglion sentinelle.

Ganglion sentinelle

Cette technique est basée sur le principe selon lequel une tumeur s'étend à un ou quelques ganglions localisés (ganglions sentinelles) avant de s'étendre aux autres groupes cervicaux. L'avantage attendu est :

– l'identification précise du premier relais de drainage, ce qui est particulièrement intéressant pour les tumeurs médianes et certaines histologies (mélanome) ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3978424>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3978424>

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