



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Adénopathies cervicales métastatiques infracentimétriques des carcinomes épidermoïdes ORL : incidence et valeur pronostique[☆]

A. Pauzié^{a,*}, M. Gavid^a, J.-M. Dumollard^b, A. Timoshenko^a, M. Peoc'h^b, J.-M. Prades^a^a Service d'ORL et de chirurgie cervicofaciale, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France^b Service d'anatomie et cytologie pathologiques, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France

I N F O A R T I C L E

Mots clés :

Carcinome épidermoïde des voies
aérodigestives supérieures
Adénopathies métastatiques
infracentimétrique
Micrométastases
Survie
Récidive

R É S U M É

Objectifs. – La présence d'adénopathies métastatiques supracentimétriques est un facteur classique de mauvais pronostic pour les récurrences locorégionales et la survie des patients atteints d'un carcinome des voies aérodigestives supérieures (VADS). Ce lien de causalité est plus controversé pour les adénopathies métastatiques infracentimétriques. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'incidence et la valeur pronostique des adénopathies cervicales métastatiques infracentimétriques.

Matériels et méthodes. – Une analyse a été menée sur 243 curages cervicaux, correspondant à 150 patients atteints d'un carcinome épidermoïde des VADS. L'anatomopathologiste a noté de façon exhaustive le nombre et la taille de toutes les adénopathies de la pièce opératoire.

Résultats. – Dans 38 % des cas, les adénopathies métastatiques sont infracentimétriques. Leur taux de rupture capsulaire est alors de 72 % (contre 91 % pour les adénopathies supracentimétriques, $p < 0,01$). Elles sont plus souvent associées à d'autres adénopathies métastatiques (5,3 versus 3,9, $p = 0,14$). Parmi les curages métastatiques, 53 % ne sont envahis que par des métastases supracentimétriques (contre 13 % pour les métastases infracentimétriques, $p < 0,01$). La survie spécifique liée au cancer et la survie sans récurrence cervicale sont inférieures en présence de métastases cervicales infracentimétriques associées ou non à des métastases supracentimétriques qu'en présence de macrométastases cervicales seules.

Conclusion. – Les adénopathies métastatiques infracentimétriques représentent donc un facteur pronostic péjoratif pouvant traduire un processus invasif différent et plus agressif. Nous préconisons par conséquent la réalisation systématique d'un curage cervical complet par le chirurgien et d'une recherche histopathologique exhaustive par l'anatomopathologiste (dont les résultats conditionnent le traitement complémentaire). Une surveillance rapprochée des récurrences devrait également être instaurée.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

L'évaluation de l'extension métastatique cervicale, dans les carcinomes épidermoïdes ORL, a d'abord été purement clinique. Les adénopathies étaient ainsi considérées comme métastatiques dès lors qu'elles étaient palpables, indurées et fixées. Cependant, de nombreuses études ont mis en évidence l'existence de métastases cervicales occultes. Notamment Bocca et al. [1], en 1984, relevaient déjà chez 12 % des patients classés N0 cliniquement, la présence de métastases lymphatiques à l'examen histologique

des curages cervicaux. Barrera et al. [2] ont couplé la méthode anatomopathologique classique à une analyse immunohisto-chimique et ont détecté des métastases occultes chez 29 % des patients N0 cliniquement, et un surclassement de 45 % des patients N1 cliniquement en statut pN2.

Malgré les avancées radiologiques, les critères d'imagerie TDM ou IRM (taille, nécrose cervicale et rupture capsulaire) [3] n'ont pas encore à ce jour une sensibilité suffisante pour détecter toutes les adénopathies métastatiques cervicales. Notamment, à partir d'une méta-analyse de 63 études, Sun et al. [4] ont retrouvé une sensibilité de 77 % pour la TDM contre 72 % pour l'IRM (pour une spécificité comparable ; 85 % contre 84 % respectivement). L'IRM est cependant plus performante dans l'évaluation de l'extension tumorale locale [5]. Toutefois, dans un souci de limitation des examens complémentaires, seule une de ces deux imageries doit être réalisée [4].

L'imagerie fonctionnelle telle que la 18F-FDG PET-CT, basée sur la variabilité du métabolisme tissulaire, est ensuite apparue ; avec une sensibilité de détection des métastases cervicales variant

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2016.05.009>.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aurelie.pauzie@hotmail.fr (A. Pauzié).<http://dx.doi.org/10.1016/j.aforl.2016.01.008>

1879-7261/© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

de 67 à 96 % et une spécificité de 82 à 100 % [6]. Plusieurs études [7–9] ont recherché un bénéfice de la 18F-FDG PET-CT dans des populations classées N0 (cliniquement ou par TDM et IRM). Ainsi, la 18F-FDG PET-CT augmenterait la sensibilité de détection des métastases cervicales occultes. Actuellement, elle est surtout recommandée dans le cadre du bilan d'extension à distance et la recherche de localisations synchrones [5].

La Société française d'ORL a recommandé en 2012 [10] de réaliser le bilan d'extension ganglionnaire régional dans le même temps que le bilan d'extension local par la TDM cervicothoracique avec injection (l'IRM et la 18F-FDG PET-CT ne devant pas être réalisées en première intention).

L'imagerie permet d'aider la décision thérapeutique sur le plan cervical, et notamment la réalisation d'un curage cervical unilatéral ou bilatéral. Dans ce sens, l'analyse histopathologique du « ganglion sentinelle » (premier relais lymphatique cervical) semble prometteuse dans la prise en charge des patients classés N0, qui reste controversée [11]. Une revue de 26 études a été réalisée récemment par Thompson et al. [11], déduisant une sensibilité de 95 % et une valeur prédictive négative de 96 % pour toutes les localisations de carcinomes épidermoïdes ORL. La technique de marquage radioactif suivi d'une détection par lympho-scintigraphie est la plus courante. Des techniques utilisant des colorants comme le bleu de méthylène ou le vert d'indocyanine ont été étudiées avec des premiers résultats favorables [12].

Le pronostic des carcinomes épidermoïdes dépend de la stadification TNM, (d'autant plus péjoratif que les adénopathies métastatiques sont nombreuses, de grande taille et controlatérales à la tumeur primitive, et aussi en rupture capsulaire) [13]. La survie moyenne est ainsi diminuée en présence de métastases cervicales, passant de 12 ans (pN–) à 9 ans (pN+) d'après Mnejja et al. [14]. Plus récemment, l'intérêt du ratio d'adénopathies métastatiques par curage cervical a été évalué ; un taux supérieur à 0,1 est retrouvé comme facteur péjoratif sur la survie spécifique [15]. Il correspond au nombre d'adénopathies envahies sur le nombre total d'adénopathies analysées par curage [14]. L'analyse histopathologique du curage reste donc indispensable pour l'évaluation de l'extension cervicale et du pronostic.

Les méthodes histopathologiques actuelles permettent une analyse précise des curages ganglionnaires cervicaux et la découverte d'adénopathies métastatiques infracentimétriques et de micrométastases (de plus grand diamètre inférieur à 2 mm). Plusieurs études [16,17] décrivent les différentes techniques de recherche des micrométastases, notamment l'immunohistochimie et la biologie moléculaire ; plus rapides que la méthode anatomopathologique classique, mais moins fiables. Aucune de ces études [16–18] n'aborde leur pertinence clinique.

L'objectif de ce travail a été l'évaluation, chez les patients atteints d'un carcinome épidermoïde des VADS, de l'incidence et de la valeur pronostique des adénopathies cervicales métastatiques infracentimétriques, répertoriées par une méthode anatomopathologique optimisée par des coupes sériées ultrafines.

2. Matériel et méthodes

Durant la période 2002–2010 ont été comptabilisées toutes les adénopathies, y compris infracentimétriques, présentes dans les curages lymphatiques cervicaux. Les curages sélectionnés ont été réalisés chez 150 patients porteurs d'un carcinome épidermoïde des VADS non antérieurement traité. Toutes les localisations tumorales étaient incluses. Ont été exclus les patients aux antécédents de curage cervical, de radiothérapie cervicale, avec un suivi inférieur à un an. Un traitement adjuvant par une radiothérapie cervicale a été indiqué lorsqu'il existait un envahissement lymphatique métastatique d'au moins deux adénopathies. La radiothérapie a été

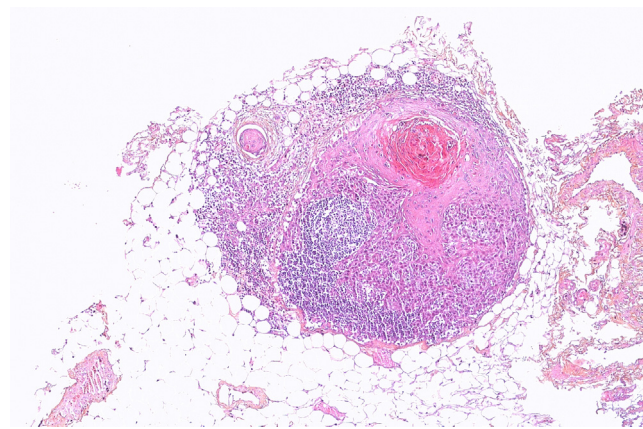


Fig. 1. Micrométastase en rupture capsulaire et embole lymphatique associée (taille de l'adénopathie : 1 mm), HES × 5.

potentialisée par une chimiothérapie (cisplatine) ou du cetuximab en cas de rupture capsulaire des adénopathies.

La méthode histopathologique est classique avec fixation première dans le formol de chaque bloc tissulaire réceptionné. Une section en coupes sériées de 2 mm d'épaisseur permet d'optimiser la recherche de métastases infracentimétriques. Puis, la déshydratation et l'inclusion en paraffine préparent le matériel pour les coupes ultrafines sériées. Un seul anatomopathologiste a interprété toutes les lames en microscopie optique, après coloration Hématoxyline Éosine Safran (HES), et a classé les adénopathies métastatiques par taille : inférieures à 2 mm, de 2 à 5 mm, de 5 à 10 mm et supérieures à 10 mm. Il a également noté la présence ou l'absence d'une rupture capsulaire pour chaque adénopathie métastatique, d'emboles lymphatiques, ou d'une infiltration carcinomateuse interstitielle. Les micrométastases lymphatiques peuvent correspondre à des adénopathies envahies de moins de 2 mm ou à des contingents métastatiques inférieurs à 2 mm au sein d'adénopathies de plus grande taille (Fig. 1).

Les critères pronostiques considérés ont été la récurrence métastatique cervicale et la survie spécifique liée au cancer.

Le test de Fisher a été utilisé pour comparer les variables de fréquence et le test *T* de Student pour la comparaison des moyennes. Les courbes de survie ont été obtenues par la méthode de Kaplan-Meier et ont été comparées avec un test du Log-Rank.

3. Résultats

3.1. Analyse descriptive

Au total, 243 curages ont été recueillis pour une population de 150 sujets, soit 150 curages homolatéraux à la tumeur primitive et 93 curages controlatéraux. La population est représentée par 140 hommes et 10 femmes, avec un âge moyen de 60,2 ans (42,6–83,5).

Un total de 6567 adénopathies ont été répertoriées à l'examen anatomopathologique et classées en fonction de leur taille (Fig. 2). Parmi celles-ci, 474 adénopathies (7 %) sont métastatiques. Les 750 adénopathies supracentimétriques sont métastatiques dans 39 % des cas ($n = 293$), alors que 3 % ($n = 181$) des 5817 adénopathies infracentimétriques sont envahies. Plus d'un tiers (38 %) des adénopathies métastatiques sont infracentimétriques (Tableau 1). Le taux de rupture capsulaire augmente avec la taille des métastases lymphatiques atteignant 90,8 % à plus de 10 mm (Tableau 1), avec une différence statistiquement significative ($p < 0,01$) par rapport à celles de moins de 10 mm (71,8 %).

À l'échelle du curage, on rencontre l'association d'adénopathies de tailles différentes. Sur un total de 243 curages, 134 sont envahis

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5713847>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5713847>

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