Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale 135 (2018) 240–244

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Article original

Place de la laryngectomie partielle supra-cricoïdienne avec crico-hyoïdo-épiglotto-pexie dans les cancers du plan glottique envahissant la commissure antérieure☆

B. Pescetto[a], J. Gal[b], E. Chamorey[b], O. Dassonville[a], G. Poissonnet[a], A. Bozec[a,*]

[a] Institut universitaire de la face et du cou, 31, avenue de Valombrose, 06103 Nice, France
[b] Département de biostatistiques, centre Antoine-Lacassagne, 33, avenue de Valombrose, 06189 Nice, France

INFO ARTICLE

Mots clés :
Cancer
Larynx
Commissure antérieure
Laryngectomie supra-cricoïdienne
Crico-hyoïdo-épiglotto-pexie

RÉSUMÉ

Objectifs. – Analyser dans les cancers du plan glottique envahissant la commissure antérieure (CA) les résultats carcinologiques et fonctionnels de la laryngectomie supra-cricoïdienne (LSC) avec crico-hyoïdo-épiglotto-pexie (CHEP), en déterminer les facteurs prédictifs, et comparer ces résultats avec ceux publiés avec les autres thérapeutiques disponibles.
Matériel et méthodes. – Étude rétrospective portant sur l'ensemble des patients traités par LSC avec CHEP pour un carcinome épidermoïde glottique envahissant la CA, dans notre institution, entre 2000 et 2014. La qualité de la déglutition a été évaluée grâce au score Dysphagia Outcomes and severity Scale (DOSS).
Résultats. – Cinquante-trois patients ont été inclus dans cette étude. Les survies globale, spécifique et sans récidive étaient de 86, 95 et 80 % à 3 ans, respectivement. Nous avons constaté 5 cas de récidive locale (9 %), tous traités par laryngectomie totale. Le tabagisme était le seul facteur influençant de façon significative la survie sans récidive ($p = 0{,}02$). Le score DOSS moyen était de $5{,}5 \pm 0{,}9$. Un score DOSS ≥ 6 (alimentation orale normale) a été atteint par 59 % des patients. Le stade T (≥ 2, $p = 0{,}04$) était le seul facteur ayant un impact significatif péjoratif sur le score DOSS.
Conclusion. – Dans les cancers glottiques envahissant la CA, la LSC avec CHEP permet d'obtenir le contrôle local dans plus de 90 % des cas, ce qui est supérieur aux résultats publiés pour la chirurgie endoscopique ou la radiothérapie externe. Cependant, contrairement aux LSC, un rattrapage des récidives locales par un traitement conservateur est souvent possible après chirurgie endoscopique. Ainsi, les taux de survie sans laryngectomie totale obtenus par la LSC avec CHEP et par la chirurgie endoscopique sont, au final, comparables.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

La radiothérapie externe et la chirurgie endoscopique au laser CO_2 sont les 2 stratégies thérapeutiques les plus utilisées dans le traitement des cancers du plan glottique de stade précoce (T1–T2) [1–5]. Pour ces tumeurs, la place de la chirurgie laryngée partielle par voie externe a considérablement diminué au cours de ces 20 dernières années [6]. Néanmoins, la chirurgie « ouverte » garde encore une place dans le traitement de ces cancers, en particulier en cas d'envahissement de la commissure antérieure [7,8]. En effet, l'atteinte de cette région est la principale limite à une bonne exposition de la tumeur pour une chirurgie par voie endoscopique [9–11]. De plus, quel que soit le traitement proposé, chirurgie endoscopique ou radiothérapie, le contrôle carcinologique local est nettement moins bon en cas d'atteinte de la commissure antérieure [4,10,12]. Une des explications avancées est la proximité cartilagineuse au niveau de la commissure antérieure responsable d'un fréquent envahissement du cartilage thyroïde même pour des tumeurs paraissant limitées [8].

Parmi les différentes laryngectomies partielles, la laryngectomie supra-cricoïdienne (LSC) avec crico-hyoïdo-épiglotto-pexie (CHEP) a été de celles les plus utilisées dans le traitement des cancers glottiques envahissant la commissure antérieure [7,13].

Les objectifs de notre étude étaient d'analyser les résultats carcinologiques et fonctionnels de la LSC avec CHEP, et d'en déterminer les facteurs prédictifs, pour les cancers du plan glottique

DOI de l'article original : https://doi.org/10.1016/j.anorl.2018.05.004.
☆ 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 : alexandre.bozec@nice.unicancer.fr (A. Bozec).

https://doi.org/10.1016/j.aforl.2017.12.001
1879-7261/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

envahissant la commissure antérieure. Ceci nous amènera à rediscuter, pour ces tumeurs, de la place de cette chirurgie au sein de l'arsenal thérapeutique (versus chirurgie endoscopique ou radiothérapie).

2. Matériel et méthodes

2.1. Population

Nous avons mené une étude rétrospective portant sur l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une LSC avec CHEP, au sein de notre institution, entre 2000 et 2014, pour un carcinome épidermoïde du plan glottique avec atteinte de la commissure antérieure. Tous les patients participant à cette étude ont reçu et signé un consentement écrit.

La comorbidité des patients a été évaluée selon le score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA). Le stade tumoral a été déterminé grâce à la classification « tumor node metastasis » (TNM) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) de 2009.

2.2. Données relevées et principales mesures

L'analyse des dossiers informatisés des patients nous a permis de relever les données cliniques et histologiques suivantes : âge, sexe, score ASA, données de l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire, complications postopératoires, temps écoulé avant décanulation trachéale et sevrage de sonde nasogastrique, traitements postopératoires, survenue éventuelle d'une récidive tumorale, décès du patient et sa cause, qualité de la déglutition et de la phonation à 1 an postopératoire.

La qualité de la déglutition a été évaluée à 1 an postopératoire sur la présence ou non de fausses routes (classification de Pearson) ainsi que grâce à l'utilisation de l'échelle « Dysphagia Outcomes and Severity Scale » (DOSS) [14]. Cette échelle validée a été largement utilisée au niveau international afin de mesurer la sévérité de la dysphagie en 7 grades différents. Les grades 6 et 7 correspondent à une alimentation orale sans restriction. Les grades 1 et 2 à la nécessité d'une alimentation entérale (1 : complète ; 2 : partielle). Les grades 3 à 5 représentent des stades intermédiaires où l'alimentation orale est possible (sans recours à une alimentation entérale) mais plus ou moins restreinte pour certaines textures et nécessitant une adaptation des repas et une vigilance particulière de la part du patient.

Le résultat vocal a été évalué à 1 an postopératoire selon le barème suivant : 3 – voix normale ou quasi normale ; 2 – voix légèrement altérée, légère fatigabilité vocale, pas de nécessité de répétition de la part du patient ; 1 – voix modérément altérée, fatigabilité vocale pénalisante pour le patient, nécessité de répétition de la part du patient qui reste cependant intelligible pour l'entourage ; 0 – élocution sévèrement altérée ou impossible, patient inintelligible pour l'entourage.

2.3. Analyses statistiques

Les survies globale, spécifique et sans récidive ont été estimées par la méthode de Kaplan–Meier.

Nous avons étudié l'influence sur les résultats carcinologiques et fonctionnels des facteurs suivants : sexe, âge ($\geq$ ou $<$ 70 ans), comorbidité (ASA $\geq$ ou $<$ 3), tabagisme ($\geq$ ou $<$ 10 paquets-années : PA), intoxication alcoolique ($\geq$ ou $<$ 3 unités d'alcool pur par jour en moyenne), stade T clinique ($\geq$ ou $<$ 2), stade T histologique ($\geq$ ou $<$ 2), atteinte histologique de la sous-glotte ou du cartilage thyroïde, emboles vasculaires, engainements périnerveux, résection d'une unité aryténoïdienne, marges chirurgicales envahies et radiothérapie (ou radiochimiothérapie) postopératoire.

Tableau 1
Caractéristiques cliniques des 53 patients inclus.

Caractéristiques	Nombre de cas (n = 53)	Rapport en pourcentage
Sexe : masculin/féminin	53/0	100/0
Âge : < 70 ans/ > 70 ans	40/13	75/25
Score ASA : 1/2/3	8/33/12	15/62/23
Tabagisme : < 10/$\geq$ 10 PA	6/47	11/89
Alcool : < 3/$\geq$ 3 unités d'alcool par jour	27/26	51/49
Stade T : T1/T2/T3	38/11/4	72/21/8
Stade N : 0/1/2–3	51/2/0	96/4/0
Curage cervical : non/homolatéral/bilatéral	38/7/8	71/14/15
Nombre d'aryténoïdes conservés : 1/2	8/45	15/85
Traitement postopératoire : 0/RT/RTCT	50/1/2	94/2/4

PA : paquets-années ; RT : radiothérapie ; RTCT : radiochimiothérapie concomitante.

Pour les résultats carcinologiques, les analyses univariées ont été réalisées grâce à des tests du log-rank et les analyses multivariées grâce à des modèles de Cox. Pour les résultats fonctionnels, les analyses univariées ont été réalisées grâce à des tests de Chi^2 confirmés par des tests exacts de Fisher et les analyses multivariées grâce à des modèles de régression logistique. Toutes les variables associées à une valeur de $p \leq 0{,}05$ en analyse univariée ont été conservées dans l'analyse multivariée. Aucune analyse multivariée n'a été conduite si pas plus d'un seul critère n'était significatif en analyse univariée.

Tous les tests statistiques ont été effectués par un biostatisticien confirmé à l'aide du logiciel R.2.10.1 pour Windows, avec un seuil de significativité de 5 % en hypothèse bilatérale.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des patients

Au total, 53 patients (53 hommes, âge moyen 63,3 ± 9,0 ans) ont été inclus dans cette étude.

Leurs principales caractéristiques cliniques sont décrites dans le Tableau 1.

L'analyse histopathologique de la pièce opératoire a révélé des marges chirurgicales envahies chez 3 patients. Les données anatomopathologiques des patients sont détaillées dans le Tableau 2.

3.2. Suites opératoires

La canule de trachéotomie a été retirée après un délai médian de 11 jours (de 6 à 73 jours). La sonde nasogastrique a été retirée après un délai médian de 20 jours (de 8 à 120 jours). La durée médiane d'hospitalisation était de 21 jours (de 10 à 76 jours).

Le taux de complications locales postopératoires était de 28 % (15 patients sur 53 : 10 hématomes/hémorragies et 5 infections du site opératoire). Le taux de complications générales postopératoires était de 21 % (11 patients sur 53). La complication générale la plus fréquente était une pneumopathie (n = 5). Un patient est décédé (mortalité postopératoire = 2 %) au 1er jour postopératoire d'un infarctus du myocarde.

Tableau 2
Données anatomopathologiques de la pièce opératoire.

Données histologiques	Nombre de cas (n = 53)	Rapport en pourcentage
Marges chirurgicales envahies	3	6
Engainements périnerveux	2	4
Emboles vasculaires	2	4
Stade T histologique : 1/2/3	37/10/6	70/19/11
Stade N histologique : x/0/$\geq$ 1	38/15/0	72/28/0
Atteinte de la sous-glotte	3	6
Atteinte du cartilage thyroïde	2	4

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8964744

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8964744

Daneshyari.com