

Référentiel SFORL Société Française ORL & CCF

THEME :

BILAN PRETHERAPEUTIQUE DES CARCINOMES DES VADS

BUT DE LA DEMARCHE : ce référentiel concerne l'optimisation du bilan pré thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS

Définition : Ce référentiel concerne les carcinomes épidermoïdes des VADS à l'exclusion des cancers du cavum, des sinus de la face, des glandes salivaires et de la thyroïde. Le bilan des adénopathies cervicales primitives métastatiques de carcinome épidermoïde en apparence sans porte d'entrée est inclus dans le champ de ce référentiel.

Cible professionnelle : ORL, chirurgiens maxillo-faciaux, onco-radiothérapeutes, oncologues médicaux, radiologues, anatomopathologistes, médecins nucléaires, médecins anesthésistes.

Ne retenez parmi les objectifs et les CEAP (☐) proposés ci-dessous que ceux qui correspondent le mieux à vos priorités et aux spécificités de la démarche d'amélioration de la qualité dans laquelle vous souhaitez vous engager.

Pour plus de précisions sur chacun des CEAP proposés, merci de consulter les justifications et consignes d'utilisation.

1. OBJECTIF : CONNAITRE LE DELAI NECESSAIRE A LA REALISATION DU BILAN

☐ Le délai entre la première consultation par l'équipe qui va prendre en charge le patient et le recueil des éléments nécessaires à la prise de décision et à l'organisation thérapeutique en RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie) doit être idéalement de 2 semaines et ne devrait pas dépasser 4 semaines.

2. OBJECTIF : CONNAITRE LE BILAN CLINIQUE ET ENDOSCOPIQUE LOCO-REGIONAL A REALISER

- Examen clinique complet de l'ensemble de la cavité buccale, de l'oropharynx, du pharyngolarynx et du cou
- Panendoscopie sous anesthésie générale avec palpation et biopsies; compte-rendu détaillé accompagné d'un schéma daté et/ou d'une photographie ou d'un enregistrement vidéo. Il n'est pas recommandé de réaliser des colorations vitales de la sphère ORL au cours du bilan initial d'un cancer des VADS.
- Il n'est pas nécessaire de pratiquer une fibroscopie bronchique en l'absence d'image thoracique suspecte
- Exploration systématique de l'œsophage par vidéo fibroscopie œsophagienne, avec biopsies ciblées de toutes les lésions muqueuses suspectes. On peut lui associer une coloration vitale. L'œsophagoscopie au tube rigide avec optique, réalisée pendant la panendoscopie, est une alternative mais cet examen ne permet pas l'exploration de la partie basse de l'œsophage, comporte un risque de perforation œsophagienne et peut difficilement être associé une coloration vitale.

3. OBJECTIF : CONNAITRE LE BILAN D'IMAGERIE A REALISER

- Il est préférable que ce bilan soit réalisé avant les biopsies et les soins dentaires
- Rechercher des limitations à la réalisation d'une exploration TDM ou IRM et à l'injection d'un produit de contraste (allergie aux produits iodés et insuffisance rénale)
- Transmission au radiologue des renseignements cliniques disponibles
- Prescription d'une tomodensitométrie cervico-thoracique éventuellement complétée par une IRM cervico-faciale avec injection de produit de contraste selon les critères de qualité définis par la Société Française de Radiologie
- Transmission par le radiologue aux cliniciens d'informations permettant une analyse complète des données (différentes fenêtres d'analyse, possibilité de réaliser des reconstructions multiplanaires de qualité) et leur archivage sur un système numérique adapté
- Pour les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx, scanner et IRM sont recommandés
- Pour les cancers du larynx et de l'hypopharynx, l'examen recommandé est un scanner avec, au niveau cervical, réalisation de manœuvres dynamiques et injection optimisée. L'indication d'IRM est exceptionnelle.
- La TEP-FDG/TDM à la recherche d'extensions métastatiques est indiquée dans les tumeurs à haut risque métastatique, en particulier pour les stades ganglionnaires $\geq N2b$ et les adénopathies situées dans les secteurs IV et V.
- Dans le cas particulier des adénopathies cervicales de primitif inconnu, les imageries recommandées sont une TDM cervicothoracique avec injection et une TEP-FDG/TDM, au mieux réalisées avant le bilan endoscopique et les biopsies

4. OBJECTIF : CONNAITRE LES SPECIFICITES DU BILAN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

- ❑ Demande d'examen anatomo-pathologique: il est recommandé d'apporter le plus grand soin aux renseignements portés sur la demande d'examen anatomopathologique
- ❑ Lecture du compte-rendu : il est recommandé au praticien de vérifier dans le compte-rendu anatomopathologique les différentes caractéristiques du carcinome épidermoïde et en particulier son degré d'infiltration.
- ❑ Confrontation des données clinico-histologiques : il est recommandé de confronter les résultats anatomo-pathologiques à la clinique et de renouveler les prélèvements, si nécessaire ou de demander une relecture après concertation avec le pathologiste.
- ❑ Examen cytologique : la seule suspicion d'un carcinome épidermoïde sur une cytoponction ganglionnaire n'autorise pas la mise en route d'un traitement agressif (chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie)
- ❑ En l'absence d'une tumeur muqueuse accessible à une biopsie, le diagnostic de malignité peut être fait par ponction ou exérèse d'une adénopathie cervicale.
- ❑ Modalités de conservation en tumorothèque : si le stockage en tumorothèque est décidé, il est recommandé de le réaliser dans le respect strict de la législation, en particulier concernant le recueil du consentement éclairé du patient, et en respectant scrupuleusement les règles de bonnes pratiques de prélèvement et de conservation

5. OBJECTIF : CONNAITRE LES ELEMENTS DU BILAN GENERAL

- Evaluer d'éventuelles intoxications par l'alcool, le tabac, la marijuana, ainsi que des expositions à l'amiante, aux vapeurs de diesel, au nickel, et aux pesticides
- En cas de suspicion d'exposition toxique professionnelle (amiante, nickel, diesel, pesticides), adresser le patient à un médecin du travail pour préciser l'exposition et répertorier le cas
- Rechercher de façon systématique des signes cliniques de reflux gastro-œsophagien
- Ne pas effectuer de tests génétiques systématiques
- Rechercher et évaluer les comorbidités pour les intégrer dans la décision thérapeutique, en particulier dans le cadre de la Réunion de Concertation pluridisciplinaire
- Rechercher une douleur et évaluer son intensité, la traiter et orienter au besoin le patient vers un médecin algologue
- Evaluer l'état nutritionnel et orienter éventuellement le patient vers une consultation de diététique
- Pratiquer une évaluation sociale et psychologique, et orienter le patient si nécessaire vers un psychologue ou une assistante sociale
- Réaliser systématiquement un bilan dentaire chez tout patient atteint d'un carcinome des VADS, avant toute thérapeutique, et prendre des précautions spécifiques en cas de traitement par radiothérapie (extractions dentaires, protection fluorée) ou de chirurgie intéressant le maxillaire (consultation de réhabilitation prothétique)
- Réaliser un bilan d'opérabilité, en évaluant particulièrement les potentielles difficultés d'accès aux voies aériennes et de ventilation, et mettre en place une stratégie transfusionnelle (recherche d'une anémie en préopératoire, restreindre les indications des transfusions allogéniques, tenir compte de la comorbidité du malade et du contexte chirurgical)
- Connaître les examens nécessaires avant la chimiothérapie (évaluation des comorbidités; consultation d'onco-gériatrie; NFS-plaquettes-bilan hépatique; bilan rénal et auditif avant traitement par cisplatine ou carboplatine; ECG avant traitement par 5-FU)
- Connaître les examens nécessaires avant une chirurgie reconstructrice

CEAP: CONNAITRE LE DELAI NECESSAIRE A LA REALISATION DU BILAN

Référence ou recommandation source : Recommandations de Pratique Clinique sur le «Bilan pré thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS » rédigé en 2012 sous l'égide de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Grade de la recommandation de référence : Accord professionnel.

Justification du choix du critère cette question a fait l'objet d'études rétrospectives ou de méta-analyses. Pour des raisons éthiques, il est en effet impossible de réaliser des études prospectives contrôlées sur l'impact des délais, sur le contrôle loco-régional ou la survie. De plus, les études sont très hétérogènes en ce qui concerne le stade de la maladie étudiée ou les localisations de la tumeur des VADS. Le niveau de preuve des articles reste donc peu élevé. Cependant un faisceau d'arguments milite en faveur d'un impact négatif du délai de mise en œuvre du traitement sur le contrôle local et la survie.

CEAP: CONNAITRE LE BILAN CLINIQUE ET ENDOSCOPIQUE LOCO-REGIONAL A REALISER

Référence ou recommandation source : Recommandations de Pratique Clinique sur le «Bilan pré thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS » rédigé en 2012 sous l'égide de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Grade de la recommandation de référence : voir ci-dessous

Justification du choix du critère :

Examen clinique

L'examen clinique complet est un élément essentiel du bilan dès la première consultation. Il permet d'apprécier la tumeur, ses limites, son degré d'infiltration (palpation) et la mobilité des structures (protraction linguale, mobilité cordale et aryénoïdienne...) Il permet dans 2 à 8% de détecter une deuxième tumeur synchrone des VADS. Il doit comprendre la palpation cervicale (aires ganglionnaires) ainsi que celle des cartilages et membranes laryngées (Grade A).

Bilan endoscopique

La panendoscopie est réalisée sous anesthésie générale. Elle nécessite une coordination entre le chirurgien et l'anesthésiste ainsi qu'un matériel adapté. Elle permet l'évaluation de l'extension tumorale, la recherche de cancer synchrone, la palpation de l'ensemble des structures, l'évaluation des possibilités d'exérèse endoscopique transorale, la réalisation de biopsies et éventuellement d'un tatouage des limites tumorales (Grade B). Les colorations vitales de la sphère ORL ne sont pas recommandées car elles manquent de spécificité, leur utilisation n'est pas aisée en pratique clinique quotidienne et elles ne permettent pas la détection de lésions sous-muqueuses (Grade A).

L'analyse de la littérature ne permet pas de recommander la fibroscopie bronchique systématique dans le bilan pré-thérapeutique d'un carcinome épidermoïde des VADS quelque soit le site tumoral initial. En cas d'image thoracique suspecte de carcinome broncho-pulmonaire primitif un avis pneumologique sera demandé (Grade B).

La recherche d'un cancer synchrone par œsophagoscopie de l'œsophage est justifiée par :

- La fréquence des associations entre cancers des VADS et cancer de l'œsophage, estimée selon les études entre 0 et 21% ;
- Le lien existant entre le risque relatif de présenter un cancer synchrone ou métachrone de l'œsophage et la localisation du carcinome épidermoïde des VADS. Le risque est le plus élevé pour les cancers de l'hypopharynx et le plus bas pour les cancers de la cavité buccale et du larynx. Les résultats pour l'oropharynx sont plus contradictoires, avec parfois un risque élevé, parfois un risque non majoré ;
- Le risque lié à l'existence d'une intoxication alcoolique chronique. Le seul fait de boire régulièrement de l'alcool augmenterait le risque de cancer de l'œsophage ;
- La nécessité d'une stratégie thérapeutique globale entre le cancer des VADS et celui de l'œsophage. Un diagnostic tardif du cancer de l'œsophage synchrone, une fois le traitement du cancer des VADS effectué, pourrait rendre le traitement du cancer de l'œsophage difficile. Les atteintes de l'œsophage cervical, en particulier, posent des problèmes en raison des séquelles liées au traitement du cancer des VADS ou en raison de la restriction des armes thérapeutiques disponibles (Accord professionnel).

CEAP: CONNAITRE LE BILAN D'IMAGERIE LOCO-REGIONAL A REALISER

Référence ou recommandation source : 1. Recommandations de Pratique Clinique sur le «Bilan pré thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS » rédigé en 2012 sous l'égide de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou, et 2. « Guide pour le bon usage des examens d'imagerie médicale. Cancer des voies aéro-digestives supérieures ». Société Française de Radiologie. 2012.

Grades de la recommandation de référence :

- Il est préférable que ce bilan soit réalisé avant les biopsies et les soins dentaires (Accord professionnel)
- Rechercher des limitations à la réalisation d'une exploration TDM ou IRM et à l'injection d'un produit de contraste (allergie aux produits iodés et insuffisance rénale) (Accord professionnel)
- Transmission au radiologue des renseignements cliniques disponibles (Accord professionnel)
- Prescription d'une tomodensitométrie cervico-thoracique éventuellement complétée par une IRM cervico-faciale avec injection de produit de contraste selon les critères de qualité définis par la Société Française de Radiologie (Accord professionnel)
- Transmission par le radiologue aux cliniciens d'informations permettant une analyse complète des données (différentes fenêtres d'analyse, possibilité de réaliser des reconstructions multiplanaires de qualité) et leur archivage sur un système numérique adapté (Accord professionnel)
- Pour les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx, scanner (Grade B) et IRM (Grade C) sont recommandés
- Pour les cancers du larynx et de l'hypopharynx, l'examen recommandé est un scanner (Grade B) avec, au niveau cervical, réalisation de manœuvres dynamiques et injection optimisée (Grade C). L'indication d'IRM est exceptionnelle (Accord professionnel).
- La TEP-FDG/TDM à la recherche d'extensions métastatiques est indiquée dans les tumeurs à haut risque métastatique, en particulier pour les stades ganglionnaires $\geq N2b$ et les adénopathies situées dans les secteurs IV et V (Grade C).
- Dans le cas particulier des adénopathies cervicales de primitif inconnu, les imageries recommandées sont une TDM cervico-thoracique avec injection et une TEP-FDG/TDM, au mieux réalisées avant le bilan endoscopique et les biopsies (Grade B)

Justification du choix du critère

Prescription d'une tomodensitométrie cervicale et thoracique : la recherche d'une diffusion métastatique extra ganglionnaire infra clinique, en particulier pulmonaire, est un élément déterminant pour les choix thérapeutiques. De plus, les facteurs de risque (alcool, tabac) des carcinomes épidermoïdes des voies aérodigestives supérieures, justifient la recherche de lésions tumorales primitives pulmonaires ou œsophagiennes synchrones (Accord professionnel). La TDM thoracique réalisée dans le même temps que la TDM cervicale lors du bilan locorégional est l'exploration la plus pertinente pour cette recherche (Grade B).

Réalisation d'une IRM cervico-thoracique dans les cancers de la cavité buccale et de l'oropharynx: l'IRM est l'examen le plus performant dans l'évaluation locale (Grade C) ; la TDM et l'IRM sont des explorations complémentaires pour évaluer l'extension d'un envahissement mandibulaire (Grade C)

CEAP: CONNAITRE LES SPECIFICITES DU BILAN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Référence ou recommandation source : Recommandations de Pratique Clinique sur le «Bilan pré thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS » rédigé en 2012 sous l'égide de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Grades de la recommandation de référence : Accord professionnel.

Justification du choix du critère :

Compte-rendu anatomo-pathologique : il comporte des informations administratives et cliniques, une partie diagnostique avec une description macroscopique, microscopique et une conclusion, avec si possible une proposition diagnostique. Il doit mentionner le caractère infiltrant ou non du carcinome, le degré de prolifération (infiltrant, *in situ*), l'existence de lésions dysplasiques, le type histologique, l'éventuelle présence d'engainements nerveux ou d'embolies vasculaires. Les techniques complémentaires (colorations spéciales, immunohistochimie et/ou hybridation *in situ*) doivent être décrites et interprétées.

Il doit utiliser les terminologies et les classifications nationales et/ou internationales.

En l'absence de tumeur muqueuse accessible à une biopsie : il est possible de réaliser la cytoponction ou l'exérèse d'une adénopathie cervicale. La ponction biopsie au trocart ou la biopsie ganglionnaire doivent rester exceptionnelles, limitée aux adénopathies inextirpables.

CEAP: CONNAITRE LES SPECIFICITES DU BILAN GENERAL

Référence ou recommandation source : Recommandations de Pratique Clinique sur le «Bilan pré thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS » rédigé en 2012 sous l'égide de la Société Française d'ORL et de Chirurgie de la Face et du Cou

Grades de la recommandation de référence :

- Evaluer d'éventuelles intoxications par l'alcool et le tabac et de marijuana (Grade A)
 - En cas de suspicion d'exposition toxique professionnelle (amiante, nickel, diesel, pesticides), adresser le patient à un médecin du travail pour préciser l'exposition et répertorier le cas (Accord professionnel)
 - Rechercher de façon systématique des signes cliniques de reflux gastro-œsophagien (accord professionnel)
 - Ne pas effectuer de tests génétiques (Grade A)
 - Rechercher et d'évaluer les comorbidités pour les intégrer dans la décision thérapeutique, en particulier dans le cadre de la Réunion de Concertation pluridisciplinaire (Grade B)
 - Rechercher une douleur et évaluer son intensité, orienter au besoin le patient vers un médecin algologue (Accord professionnel)
 - Evaluer l'état nutritionnel et orienter éventuellement le patient vers une consultation de diététique (mesure poids, taille et IMC : (Grade B) ; consultation diététique en cas de dénutrition : (Accord professionnel) ; au besoin, traitement antalgique pour faciliter l'alimentation : (Accord professionnel)
 - Pratiquer une évaluation sociale et psychologique, et orienter le patient si nécessaire vers un psychologue ou une assistante sociale (Grade B)
 - Réaliser systématiquement un bilan dentaire chez tout patient atteint d'un carcinome des VADS, avant toute thérapeutique (Grade C), et prendre des précautions spécifiques en cas de traitement par radiothérapie (extractions dentaires : accord professionnel; protection fluorée : Grade C) ou de chirurgie intéressant le maxillaire (consultation de réhabilitation prothétique : accord professionnel)
- Réaliser un bilan d'opérabilité, en évaluant particulièrement les potentielles difficultés d'accès aux voies aériennes (Grade A) et de ventilation, et mettre en place une stratégie transfusionnelle (recherche d'une anémie en préopératoire : (Grade B) ; restreindre les indications des transfusions allogéniques : (Grade A) ; définir une stratégie transfusionnelle tenant compte de la valeur de l'hémoglobine, de la comorbidité du malade et du contexte chirurgical : (Grade C)
- Connaître les examens nécessaires avant la chimiothérapie (évaluation des comorbidités : accord professionnel ; consultation d'onco-gériatrie : accord professionnel ; NFS-plaquettes-bilan hépatique : (Grade A) ; bilan rénal et auditif avant traitement par cisplatine ou carboplatine : (Grade A) ; ECG avant traitement par 5-FU)
- Connaître les examens nécessaires avant une chirurgie reconstructrice : vérifier les sites de prélèvement des lambeaux en préopératoire (Accord professionnel); en cas de difficulté attendue, vérifier les vaisseaux cervicaux avant la réalisation de lambeaux libres par angioscanner (Accord professionnel); effectuer un test d'Allen avant le prélèvement d'un lambeau antébrachial et au moindre doute effectuer un échodoppler (Accord professionnel); effectuer un angioscanner ou une angio IRM des membres inférieurs avant la réalisation d'un lambeau de fibula (Grade C) .

Justification du choix du critère.

- Rechercher de façon systématique des signes cliniques de reflux gastro-œsophagien. Le RGO pourrait être en effet un cofacteur pour certaines localisations de cancers des VADS, en particulier laryngées ou hypopharyngées

- Rechercher et d'évaluer les comorbidités pour les intégrer dans la décision thérapeutique. Elles sont dominées par les affections cardiovasculaires et respiratoires puis viennent le diabète, les affections gastro-intestinales mais aussi les affections neurologiques ou une localisation cancéreuse synchrone autre que VADS. L'association à une pathologie neurologique (antécédents d'AVC, démence, Parkinson) ;
- Evaluer l'état nutritionnel et orienter éventuellement le patient vers une consultation de diététique : les objectifs de la prise en charge nutritionnelle sont la prévention et le dépistage de la dénutrition, l'amélioration de la qualité de vie, la réduction du nombre de complications liées aux traitements et la prévention des interruptions de traitement ;
- Pratiquer une évaluation sociale et psychologique, et orienter le patient si nécessaire vers un psychologue ou une assistante sociale : il est important de savoir quelles sont les conditions de vie du patient pour organiser au mieux la période de traitement et le retour à domicile; la qualité de l'entourage est un facteur important dans l'acceptation d'un handicap; beaucoup de patients vont être obligés d'interrompre leur activité professionnelle et/ou sociale à cause des séquelles du traitement.
- Bilan dentaire : il est rendu nécessaire par la fréquence du mauvais état dentaire chez les patients atteints d'un carcinome des VADS, et le risque de complications liées à des foyers infectieux dentaires (retards de cicatrisation osseuse, septicémies, ostéo-radio-nécrose, essentiellement mandibulaire). En cas de radiothérapie, ne débiter le traitement qu'après cicatrisation post-extractions dentaires et au minimum avec un délai de 2 semaines.
- Bilan d'opérabilité : évaluer l'ouverture buccale, recherche des antécédents de radiothérapie, prévoir un fibroscope pour toute procédure anesthésique

Ce référentiel est en ligne sur <http://www.orlfrance.org>, rubrique référentiels