

La Place de la Chirurgie dans la Palliation des Néoplasies ORL



Pierre-Hugues Fortier

Oto-Rhino-Laryngologie

Oncologie Cervico-faciale

Université Sherbrooke



Objectifs

- Exposition cas cliniques
 - Biologie certaines tumeurs agressives touchant sphère ORL
 - Comprendre problématiques propres aux patients porteurs néoplasie ORL
 - Variables prises en compte pour décision
 - Résumé
- Discussion ouverte SVP
 - Peu littérature sur le sujet



Clinique Oncologie-ORL CHUS

- Rencontre hebdomadaire multidisciplinaire
- Patients nouveau diagnostic cancer TEC
- Rencontre en groupe puis individuelle selon besoins du patient



Membres clinique Onco-ORL

- Infirmière pivot
 - Marjolaine Wolfe
- Diététiste
 - Lise Lévesque
- Radio-oncologues
 - Dr Abdenour Nabid
 - Dr Olivier Ballivy
- Chirurgiens TEC et reconstruction micro vasculaire
 - Dr Dominique Dorion
 - Dr Pierre-Hugues Fortier
- Soins palliatifs
 - Dr Julie Monast
 - Dr Robert Masse



Membres associés

- Pathologiste
 - Alexandre Ali Doueik
 - Edmond Rizcallah
- Radiologiste
 - Christiane Fisch
- Orthophoniste
 - Maryse Beaucher
 - Hubert Delisle
- Dentiste
 - Dr Yves Bouchard
- Hémato-Oncologue
 - Dr Patrice Beauregard
- Autres
 - Travail social
 - Physiothérapie
 - Ergothérapie



Cas #1 - Histoire

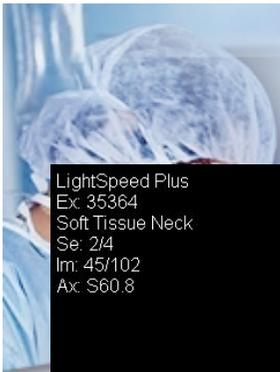
- Jeune Homme 27 ans
- Histoire
 - Dyspnée progressive depuis 1 an
 - Toux croissante
 - Sensation congestion VAS
 - Pas d'hémoptysie
 - Allergie aux acariens
 - Pas bénéfique avec Advair suite à consultation en allergologie



Cas #1 – Examen Physique

- Examen physique
 - Stridor à l'effort modéré
 - Pas adénopathies cervicales
 - Naso-pharyngo-laryngoscopie
 - Mobilité normale des cordes vocales
 - Masse 1 cm sous les cordes
 - Télangiectasies superficielles





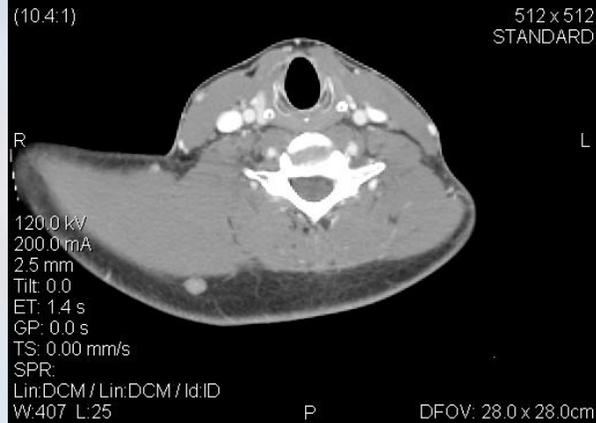
LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 45/102
Ax: S60.8

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13



LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 43/102
Ax: S55.8

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13



LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 34/102
Ax: S33.3

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13



LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 32/102
Ax: S28.3

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13



LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 30/102
Ax: S23.3

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13



LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 28/102
Ax: S18.3

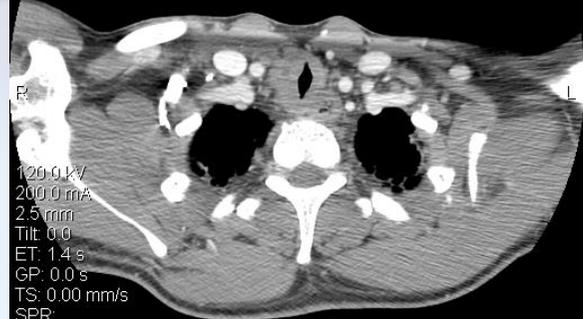
A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13



LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 26/102
Ax: S13.3

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13

512 x 512
STANDARD



120.0 kV
200.0 mA
2.5 mm
Tilt: 0.0
ET: 1.4 s
GP: 0.0 s
TS: 0.00 mm/s
SPR:
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:407 L:25

P DFOV: 28.0 x 28.0cm

LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 26/102
Ax: S13.3

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13

512 x 512
STANDARD



120.0 kV
200.0 mA
2.5 mm
Tilt: 0.0
ET: 1.4 s
GP: 0.0 s
TS: 0.00 mm/s
SPR:
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:407 L:25

P DFOV: 28.0 x 28.0cm

LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 24/102
Ax: S8.3

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13

512 x 512
STANDARD



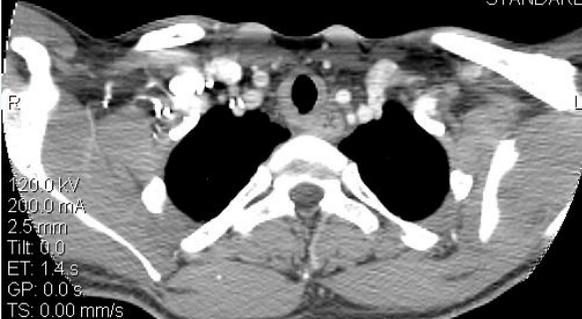
120.0 kV
200.0 mA
2.5 mm
Tilt: 0.0
ET: 1.4 s
GP: 0.0 s
TS: 0.00 mm/s
SPR:
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:407 L:25

P DFOV: 28.0 x 28.0cm

LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 23/102
Ax: S5.8

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13

512 x 512
STANDARD



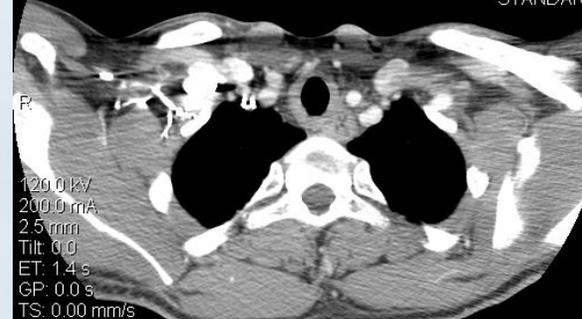
(10.0:1)
120.0 kV
200.0 mA
2.5 mm
Tilt: 0.0
ET: 1.4 s
GP: 0.0 s
TS: 0.00 mm/s
SPR:
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:407 L:25

P DFOV: 28.0 x 28.0cm

LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 22/102
Ax: S3.3

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13

512 x 512
STANDARD



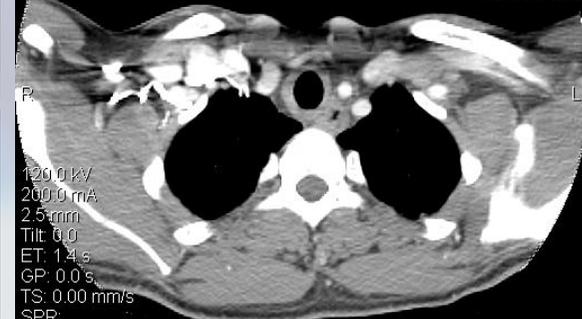
(3.4:1)
120.0 kV
200.0 mA
2.5 mm
Tilt: 0.0
ET: 1.4 s
GP: 0.0 s
TS: 0.00 mm/s
SPR:
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:407 L:25

P DFOV: 28.0 x 28.0cm

LightSpeed Plus
Ex: 35364
Soft Tissue Neck
Se: 2/4
Im: 21/102
Ax: S0.8

A TSH GRACE DIVISION
REID ADAM
1978 Sep 14 M 3240399 TSH-General
Acc: 700812.001G
2005 Jun 30
Acq Tm: 14:07:13

512 x 512
STANDARD



(10.0:1)
120.0 kV
200.0 mA
2.5 mm
Tilt: 0.0
ET: 1.4 s
GP: 0.0 s
TS: 0.00 mm/s
SPR:
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID
W:407 L:25

P DFOV: 28.0 x 28.0cm



Cas # 1 - Imagerie

- Ct cou
 - Atteinte cartilage cricoidien
 - Extension au niveau sous-glottique et trachée proximale
- Ct thorax
 - Métastases multiples



Cas # 1 - Diagnostique

- Procédure Diagnostique
 - Laryngoscopie rigide et Bronchoscopie
 - Biopsie masse sous-glottique
 - Trachéostomie

- Diagnostique Pathologique
 - Carcinome Adénoïde Kystique Larynx



Cas # 1 - Carcinome Adénoïde Kystique

- Biologie tumeur ¹
 - Carcinome bas grade avec croissance lente
 - Infiltration péri-nerveuse
 - Métastases régionales peu fréquentes
 - Larynx 8 %
 - Métastase à distance fréquentes
 - Larynx 20 % a/n poumon lors présentation
 - Survie à long terme faible lorsque stade avancé
 - Survie globale à 10 ans 50 %



Cas # 1 - Carcinome Adénoïde Kystique

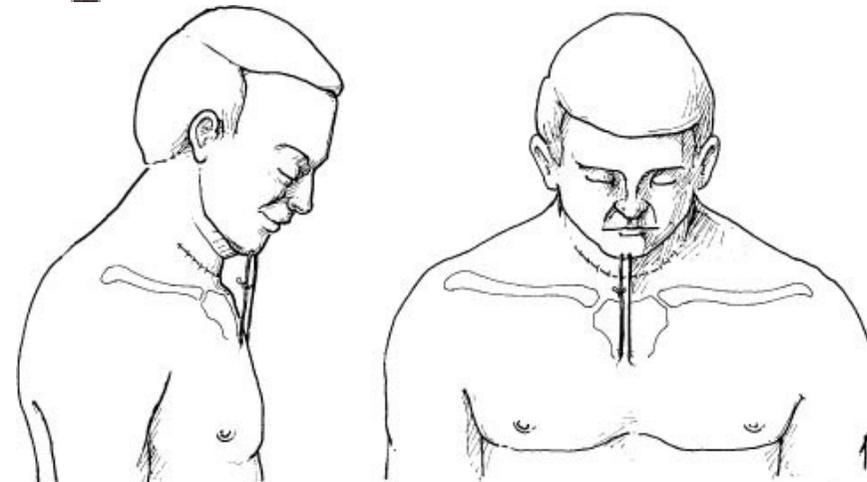
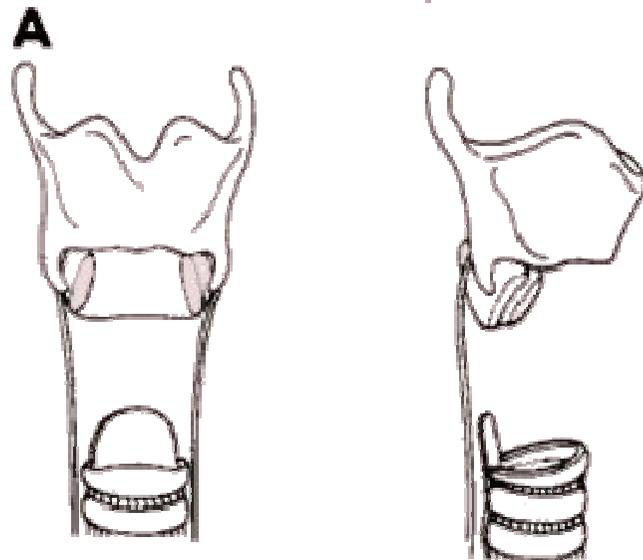
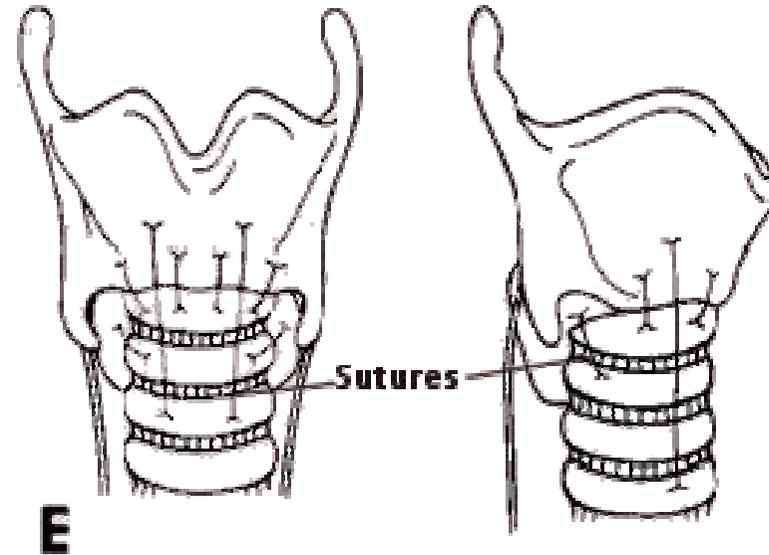
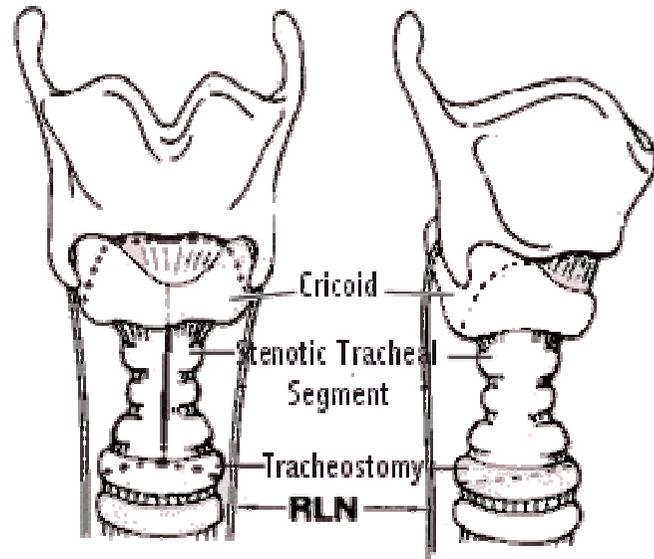
- Survie avec métastases à distance
 - Spiro 1997 American journal of surgery ³
 - Moins de 3 ans dans 54 %
 - Plus de 10 ans dans 10 % (ad 16 ans)
 - Seuls facteurs influençant la survie
 - Taille tumeur primaire
 - Récidive local ou régionale
 - Présence atteinte nodale



Cas # 1 – Options traitement

- Radiothérapie
 - Réponse souvent mitigée
 - Contrôle local 50 %
- Chirurgie seule
 - Impact significatif sur survie et contrôle local si marges négatives
 - Contrôle local 50 %
- Combinée
 - Contrôle local 75 %
- Chimiothérapie à base de cisplatine

Cas # 1 – Chirurgie proposée



M. S. MACKAY ©



Cas # 1 - Chirurgie

- Résection crico thyroïdienne
- Thyroïdectomie totale
- Trouvailles per-op
 - Atteinte nerf récurrent laryngé bilat D > G
 - Extension laryngée
 - Atteinte trachéale extensive ad 10 ième anneau environ
- Opérer en mode 'Palliatif'



Cas # 1 - Période postopératoire

- Hyperparathyroïdie légère temporaire
- Fonction laryngée
 - Adduction presque normale CV G
 - Réduction amplitude de fermeture de 30-40 % à D
 - Pas stridor résiduel
- Congé reçu 10 jours post-op
- Radiothérapie prévue en externe



Cas # 1 – Les leçons

- Importance du site
 - Larynx
- Reconnaître les spécificités biologiques du cancer en cause
 - Lente progression
 - Longue survie possible avec mets distance
- Opérer en mode 'Palliatif'
 - Optimiser contrôle loco-régional en limitant la morbidité



Cas # 2 - Histoire

- Homme 80 ans
- Ancien Md
- ATCD
 - Myocardite avec FA anticoagulée
 - DM type 2
 - DLPD
 - Tabagisme cessé x 30 ans



Cas #2 - Histoire

- Investigué pour douleur hanche droite
 - Radiographie, CT suggestive mets 5x4x6 cm
- PET scan à la recherche du primaire
 - Nodule thyroïdien D suspect
 - ADNP métastatiques paratrachéal et supra-claviculaire D



Cas # 2 – Examen Physique

- Cou
 - Masse lobe thyroïdien D
 - Adénopathie indurée supra-claviculaire D
- Nasopharyngolaryngoscopie
 - Mobilité normale CV



Cas # 2 - Investigation

- Ct cou et thorax
 - Lésion thyroïdienne 3.6 x 3.5 x 2.7 cm
 - Adénopathies paratrachéales et supra-claviculaires D
 - Pas mets thoracique

- Cytologie thyroïdienne
 - Carcinome papillaire avec possibilité composante anaplasique



Cas # 2 - Imagerie





Cas # 2 – Carcinome Anaplasique thyroïde

- Biologie tumeur ⁴
 - Néoplasie rare mais très agressive
 - Survient souvent dans carcinome papillaire
 - Survie médiane de 4-12 mois
 - Présentation initiale avec métastases dans 50 %
 - Structures adjacentes (muscle, trachée, œsophage atteintes dans 70 % cas)
 - Réfractaire à radiothérapie et chimiothérapie



Cas # 2 – Dilemme

■ Dilemme

- Patient âgé
- Courte espérance vie
- Métastase distance déjà présente
- Diagnostic définitif non-connu avec possibilité carcinome papillaire

■ Conduite

- Hémi thyroïdectomie et complément d'exérèse selon trouvailles per-op



Cas #2 – Âge et Risque Chirurgical

- Littérature émergente avec 8 articles récents impliquant sphère ORL
- Espérance de vie de plus en plus longue ¹⁸
 - Espérance de vie moyenne aux USA
 - 65 ans → 19 ans
 - 75 ans → 11 ans
 - 85 ans → 7 ans



Cas #2 – Âge et Risque Chirurgical

- Littérature émergente avec plusieurs articles récents impliquant sphère ORL
- Espérance de vie de plus en plus longue ¹⁸
 - Espérance de vie moyenne aux USA
 - 65 ans → 19 ans
 - 75 ans → 11 ans
 - 85 ans → 7 ans



Cas #2 – Âge et Risque Chirurgical

- Âge avancé seul pas facteur accompagné augmentations complications ¹³
- Complications plus sévères lorsqu'elles surviennent ¹³
- Co-morbidités facteur le plus important ¹⁴
 - Survie à 3 ans
 - Sans co-morbidités = 78 %
 - Avec co-morbidités = 54 %



Cas #2 – Âge et Risque Chirurgical

- Mortalité péri-opératoire chez patients âgés ¹⁵
 - Plus faible en chirurgie tête et cou que pour autres sites chirurgicaux
 - Mobilisation précoce
- Qualité de vie 1 an post-op ¹⁶
 - Étude prospective patients Cancer avancés TEC
 - Aucune différence entre groupe 45-60 ans et groupe 70 ans et plus



Cas # 2 – Chirurgie

- Hémi thyroïdectomie pratiquée sans problème
 - Aucune adhérence ou évidence d'invasion tissulaire
 - Congélation
 - Carcinome médullaire thyroïde peu différencié vs carcinome anaplasique
- Décision compléter exérèse



Cas # 2 – Résultat chirurgie

- Thyroïdectomie totale et évidement cervical D
 - Aucune complication
 - Prêt pour congé PO #3

- Diagnostique histologique final
 - Carcinome anaplasique thyroïde
 - Atteinte mets 5/8 ADNP

- PET scan contrôle PO #10
 - Aucun foyer résiduel cervical



Cas # 2 – Suivi post-op

- Débat en clinique multi concernant chirurgie possible a/n hanche
 - Procédure consolidation avec diminution fardeau tumoral
 - Possibilité marcher à nouveau
 - Recommandation ORL
 - Radiothérapie seule en palliation
- Décès du patient par sepsis en post-op chirurgie hanche



Cas # 2 – Carcinome Anaplasique

- Algorithme de traitement ¹¹
 - Staging complet (CT pan corporel, Scan os)

- Tumeur prédominance loco-régionale
 - Chirurgie
 - Excérèse totale (Souvent pas possible)
 - Biopsie ouverte
 - Éviter trachéostomie autant que possible
 - Radiothérapie (seule ou en traitement adjuvant)



Cas # 2 – Carcinome Anaplasique

- Algorithme de traitement
 - Tumeurs prédominance métastatique
 - Localisés
 - Radiothérapie
 - Étendues, Symptomatiques, Progressives
 - Chimiothérapie
 - Épirubicine 120 mg/M²q21 ad réponse max



Cas # 2 – Les Leçons

- Marge de manœuvre plus mince chez patients en phase palliative
 - Ratio Risque/Bénéfice plus élevé
 - Chirurgie de qualité de vie
- Responsabilité chirurgien d'exposer scénario réaliste
 - ' Quit while your ahead '



Cas # 3 - Histoire

- Femme 70 ans
- ATCD
 - Juin 2003
 - Carcinome épidermoïde T2 N2b M0 traité par laryngectomie supra-glottique et évidement bilatéral dans autre institution
 - Radiothérapie post-op au CHUS
 - Février 2006
 - Découverte de deuxième primaire au niveau nasopharynx et traitement ré-irradiation et radio-chimio



Cas # 3 - Histoire

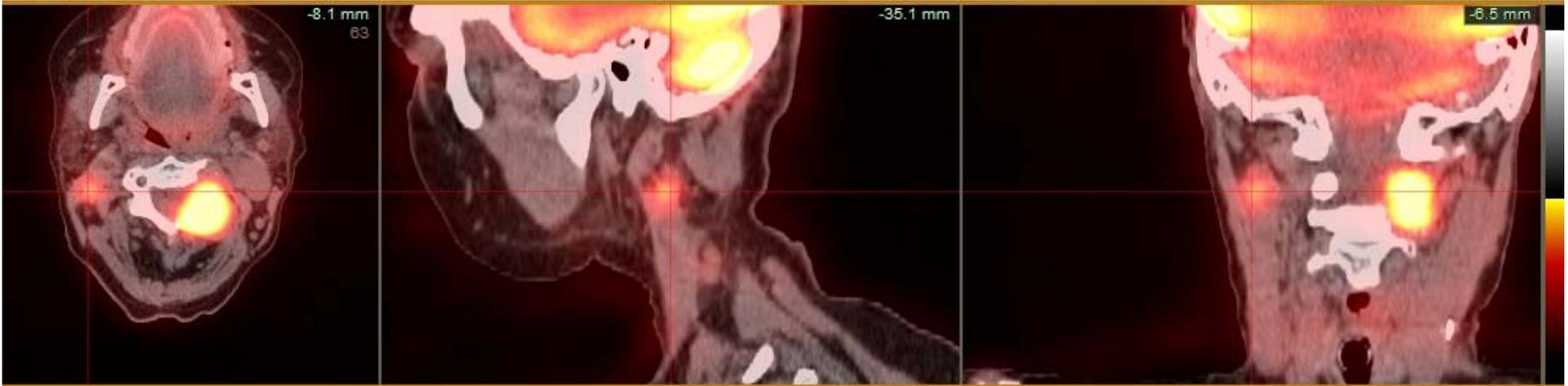
- Décembre 2006
- Douleur cervicale avec irradiation membre supérieur G en regard C2
- Ct scan/IRM colonne
 - Masse en regard de C2 et C3
 - Destruction osseuse importante
 - Empiètement sur canal rachidien sans signes médullaires compressifs



Cas #3 - Évaluation

- PET scan
 - Métastase osseuse C2-C3 avec extension au corps vertébral
 - ADNP cervicale postérieure G et JDG D
 - Nodule pulmonaire L1D
 - Rehaussement nasopharyngé

Cas # 3 - Imagerie





Cas #3 - Chirurgie

- Consultation Orthopédie Spécialisée
 - Recommandation fusion cervicale par approche postérieure et diminution fardeau tumoral
- Décompression et instrumentation occipito-C3



Cas # 3 – Carcinome Épidermoïde

- Biologie Tumeur ⁵
 - Cancer agressif
 - Survie moyenne 50 %
 - Incidence mets distance 11 % ⁶
 - 3 % glottique
 - 28 % nasopharynx
 - Survie avec métastases distance ⁷
 - 1 jour – 2.7 ans (moyenne 4.3 mois)
 - 86.7 % décès en moins d'un an



Cas # 3 - Dilemme

■ Contre

- ATCD ré-irradiation
- Métastases régionales et pulmonaires
- Espérance vie limitée

■ Pour

- Risque élevé compression médullaire
- Patiente bon état général



Cas #3 – Chirurgie

- Décision procéder avec Décompression et Fusion par approche postérieure
- Résultat chirurgie Fusion
 - Retour au domicile en post-op 14
 - Aucun symptôme persistant ou résiduel a/n membre supérieur D



Cas # 3 – Fusion cervicale et maladie métastatique

- **Expérience Université Minnesota** (George L Adams, AOHNS, 2002)
 - 11 cas carcinome épidermoïde avec mets spinales
 - Survie moyenne patient = 3 mois
 - **Recommandation Chirurgie Spinale**
 - Symptômes neurologiques
 - Instabilité colonne
 - Acuité symptômes (< 24 heures)
 - Survie attendue > 6 mois et bon status performance
 - **Radiothérapie et stéroïdes IV** ¹⁰
 - Alternative
 - **Peu rôle pour la chimiothérapie** ⁹



Cas # 3 – Fusion cervicale et Carcinome Épidermoïde Métastatique

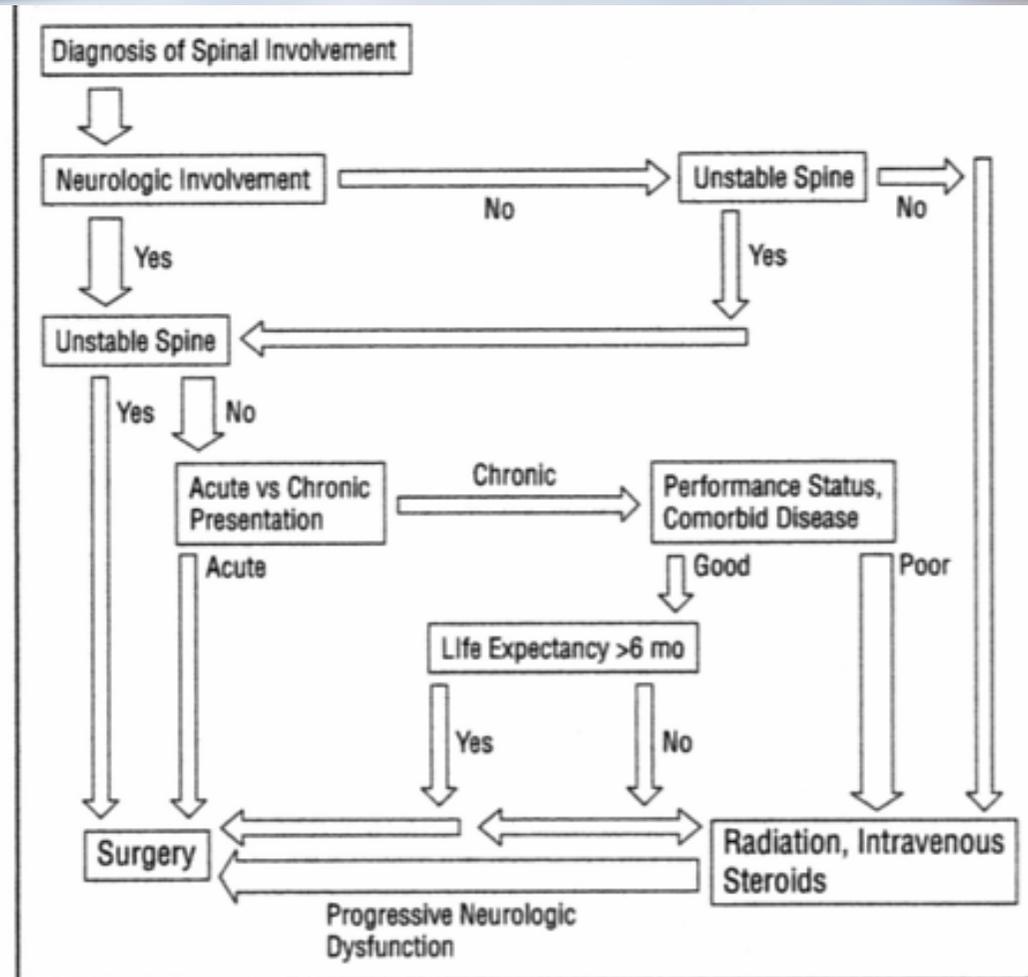


Figure 2. Management of algorithm for spinal involvement from head and neck neoplasia.



Cas # 3 – Suivi post-op

- Retour patiente 1 mois plus tard
 - Progression volume ADNP cervicales
 - Demande approche chirurgicale

- Patiente rencontrée en clinique Onco-ORL
 - Pas de place pour chirurgie additionnelle
 - Placée sous protocole recherche



Cas # 3 – Les leçons

- Littérature semble suggérer rôle chirurgie décompression
 - Situations cliniques particulières
- Attentes irréalistes parfois créées par chirurgie palliative



Cas # 3 – Chimiothérapie en Palliation Carcinome épidermoïde

- Chimiothérapie traditionnelle

- Cisplatine ¹⁷

- Augmentation survie ad 10 semaines
 - Neuro-Oto et Néphro toxicité limitant la dose

- Combinaisons

- Cisplatine-5 FU ¹⁸

- Pas clair si avantage en palliation

- Cisplatine-Taxanes ¹⁹

- Pas clair si efficacité plus grande
 - Diminution toxicité ?



Cas # 3 – Chimiothérapie en Palliation Carcinome épidermoïde

TABLE I Response rates and median survival for recurrent head and neck cancer patients treated with chemotherapy alone

Author	Chemotherapy	Median survival (mo)	Response rate (%)
Murphy et al. (7)	CP + 5-FU	8.0	22
	TAX + CP	8.0	28
Jacobs et al. (8)	CP	NR	18
	CP + MTX + LV	NR	33
Jacobs et al. (9)	CP	5.0	17
	5-FU	5.5	13
	CP + 5-FU	6.1	32
Bendahmane et al. (10)	DOC + 5-FU	9.6	27 (PR)
Forastiere et al. (11)	MTX	5.6	10
	CP + 5-FU	6.6	32
	CARBO + 5-FU	5.0	21
	CP ± C225	6.7	13.7
Burtness et al. (12)	CP	NR	28
Liverpool Head and Neck Oncology Group (13)	MTX	NR	38
	CP + 5-FU	NR	24
	CP + MTX	NR	22

Abbreviations: CARBO, carboplatin; CP, cisplatin; DOC, docetaxol; 5-FU, 5-fluorouracil; LV, leucovorin; MTX, methotrexate; NR, not reported; PR, partial responders; TAX, taxol.



Cas # 3 – Chimiothérapie en Palliation Carcinome épidermoïde

- Nouvelles molécules
 - EGFR exprimé dans carcinome épidermoïde
 - Marqueur mauvais Px
 - Anti-corps monoclonaux contre EGFR
 - Bloque les ligands EGF et TGF- α
 - Limite croissance tumorale
 - Profil toxicité bas qui permet combinaison avec autres agents chimio
 - Rash cutané complications plus fréquente



Cas # 3 – Chimiothérapie en Palliation Carcinome épidermoïde

Table 2. Cetuximab alone or in combination with platinum-based therapy in recurrent/metastatic SCCHN progressing on platinum-containing therapy

Treatment regimen cetuximab	Response rate		Disease control rate		Reference
	<i>n</i>	% ^a	<i>n</i>	% ^a	
+ cisplatin	9/78	12% [5.9–20.4]	22/78	28% [18.6–38.9]	Kies et al. 2002 [36]
+ cisplatin/carboplatin	14/96	15% [8.3–23.1]	52/96	54% –	Baselga et al. 2002 [37]
Monotherapy ^b	17/103	17% [9.9–25.1]	55/103	53% [43.3–63.3]	Trigo et al. 2004 [38]

^aData are presented as % and [95% confidence intervals] where available from reference.

Tableau = Référence # 20



Cas # 3 – Chimiothérapie en Palliation Carcinome épidermoïde

- Participation au CHUS étude Panitumab
 - Étude phase 3
 - Cisplatine et 5FU +/- Panitumab
 - Patient avec récurrence tumorale ou atteinte métastatique



Cas #3 – Autres Modalités Palliation Cancer Tête et Cou

- Ré-irradiation ²⁰
 - Pour récurrence loco-régionale surtout
 - Potentiellement curative
 - Dose totale théorique en fraction 2 Gy = 130 Gy
 - Contrôle loco-régional
 - Diminution efficacité Radiothérapie en Ré-irradiation
 - 12-60 %
 - Taux complications 7-50 %
 - Sévère ou fatal ad 32 % selon études
 - Pire pour Nasopharynx



Cas # 3 – Ré-irradiation ²⁰

TABLE 2 Results of reirradiation in head and neck malignancies

Reported Series	Number of patients (type of treatment)	Median follow up (months)	Locoregional control (%)	Overall survival (%)	Chemotherapy	Median or range of reirradiation dose (Gy)	Fatal or severe complication rate (%)
Benchalal <i>et al.</i> (24)	14 (S + RT)	17	36	64 (1 year), 36 (2 years)	None	60	NS
Dawson <i>et al.</i> (17)	5 (CRT) 40 (MIX)	17 60	NS 19.5 (2 year actuarial)	NS 18 (DFS at 4 years)	Cisplatin, 5-FU 35% cisplatin, carboplatin	60 60	NS 18
De Crevoisier <i>et al.</i> (22)	169 (MIX)	70	NS	21 (2 years), 9 (5 years)	16% none, 63% 5-FU, hydrea, 21% 5-FU, cisplatin, mitomycin	60 or 65	32
Emami <i>et al.</i> (18)	48 (S + RT)	NS	20.8	20 (5 years)	None	NS	16
Gandia <i>et al.</i> (21)	40 (RT) 33 (CRT)	NS 20	12.5 36	13 (5 years) 23	None 100% 5-FU, hydroxyurea	NS 40–60	NS NS
Haraf <i>et al.</i> (14)	45 (CRT)	41	26 (2 year actuarial), 20 (5 year actuarial)	22 (2 year actuarial), 14.6 (5 year actuarial)	100% 5-FU, hydroxyurea; some with cisplatin	50	11
Haraf <i>et al.</i> (15)	48 (CRT ± S)	10.8	42 (3 years)	23 (3 years)	100% 5-FU, hydroxyurea, paclitaxel	60 or 75	21
Pomp <i>et al.</i> (19)	55 (MIX)	(1–120)	33	20 (5 years)	49% (27/55) CTX not specified	46	NS
RTOG 96-10 (25)	81 (CRT)	16.3	NS	42 (1 year), 16 (2 years)	100% 5-FU, hydroxyurea	60	24
RTOG 99-11	Accruing (CRT)	NS	NS	NS	100% cisplatin, paclitaxel, G-CSF	60	NS
Spencer <i>et al.</i> (20)	35 (CRT)	NS	NS	NS	100% 5-FU, hydroxyurea	40, 48, or 60	11
Stevens <i>et al.</i> (16)	100 (RT)	(min 13 months)	27 (5 years, recur), 60 (5 years, 2nd pri)	17 (5 year, recurrent), 37 (5 year, 2nd pri)	None	50	9
Wang <i>et al.</i> (26)	20 (RT)	48	61	93 (5 years, includes salvage)	None	65–66	NS
Weppelmann <i>et al.</i> (23)	21 (CRT)	7	NS	56 (1 year)	100% 5-FU, hydroxyurea	40 or 48	NS

RT, reirradiation only; CRT, chemotherapy and radiation therapy; MIX, reirradiation and some patients got chemotherapy; S, surgical debulking; NS, not stated.



Cas #3 – Autres Modalités Palliation Cancer Tête et Cou

- Thérapie Thermique
 - Laser-ultrason ²¹
 - Étude phase 2, Université Miami
 - Ablation ADNP métastatique à l'aide laser Nd:YAG et guidance IRM ou U/S
 - 11/47 (23%) patients avec réponse
 - Survie chez 11 patients 5.5 – 90 mois
 - Aucune complications majeures
 - Radiofréquence
- Thérapie Photo dynamique
- Cisplatine intra-artériel



Cas # 4 - Histoire

- Homme 77 ans
- ATCD
 - MPOC broncho spastique
 - Hémoptysies fréquentes suivies et investiguées en pneumo
 - Reflux gastro-oesophagien
 - Carcinome larynx
 - Traitement T1N0M0 radiothérapie en 2003
 - Récidive en 2005 traitement local par endoscopie laser



Cas # 4 - Histoire

- HMA
 - Dysphonie/Dyspnée croissante
 - Hémoptysies plus fréquentes x 1 mois
- Examen physique
 - Pas ADNP cervicales
 - Nasopharyngolaryngoscopie
 - Érythème CV G
 - Asymétrie FC G

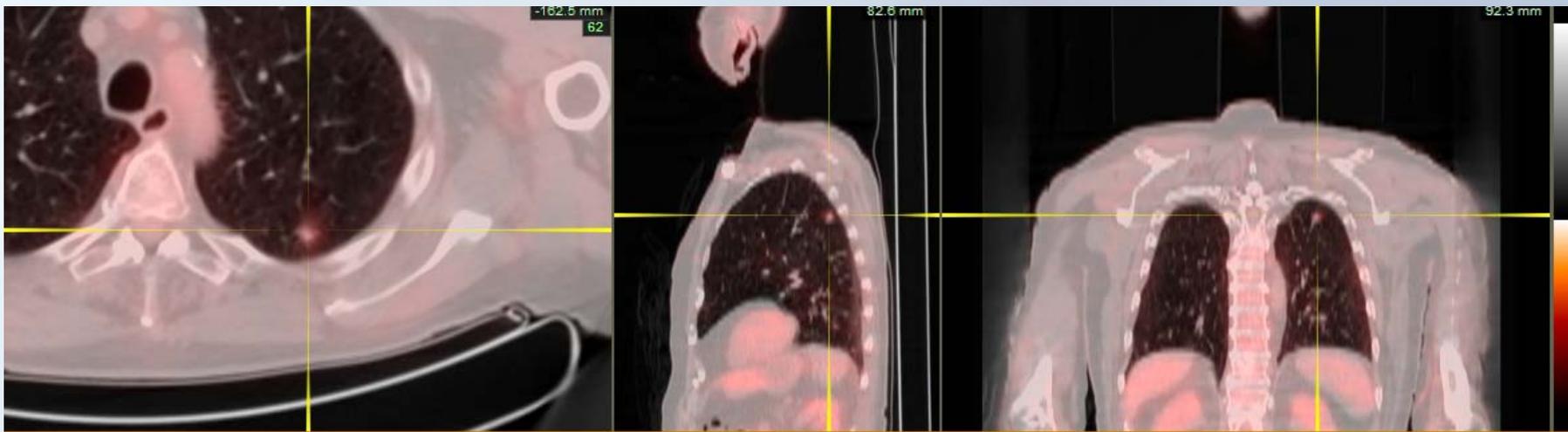


Cas # 4 - Histoire

- Investigation
 - PET/CT scan
 - Suggestif récidive locale carcinome laryngé
 - Volume tumoral environ 3 cc
 - Nodule très suspect 8 mm LSG
 - Augmentation en taille depuis CT thorax Mai
- Biopsie positive pour carcinome épidermoïde à la laryngoscopie



Cas # 4 - Imagerie





Cas #4 - Dilemme

- Options
 - Trachéostomie et chimiothérapie palliative
 - Laryngectomie totale
 - Évidements bilatéraux 2-4 ?
- Décision laryngectomie totale avec évidements cervicaux bilatéraux



Cas #4 – Suivi post-op

- Aucune complications post-op
- Congé PO 15

- Pathologie
 - T4aN0M?
 - Marges négatives

- Contrôle CT en février 2007
 - Lésion LSG doublée volume
 - Caractère néoplasique confirmé
 - Traitement Radiothérapie offert



Cas # 4 – Laryngectomie palliative

- Un seul cas rapporté dans la littérature – Université Toronto ²²
 - Patient avec cancer colon métastatique (foie)
 - Colectomie totale-Chimiothérapie
 - Survie estimée 5 ans – 8.1 %
 - Néoplasie laryngée synchrone
 - Symptômes obstructifs importants
 - Dysphagie/Dyspnée/Hémoptisies



Cas # 4 – Laryngectomie palliative

- Décision laryngectomie totale avec évidements cervicaux bilatéraux
- Complication post-op fistule pharyngo-cutanée
 - Risque 15-35 % selon études
- Patients 11 mois post-op
 - Contrôle néoplasie laryngé et colique
 - Métastases hépatiques stables

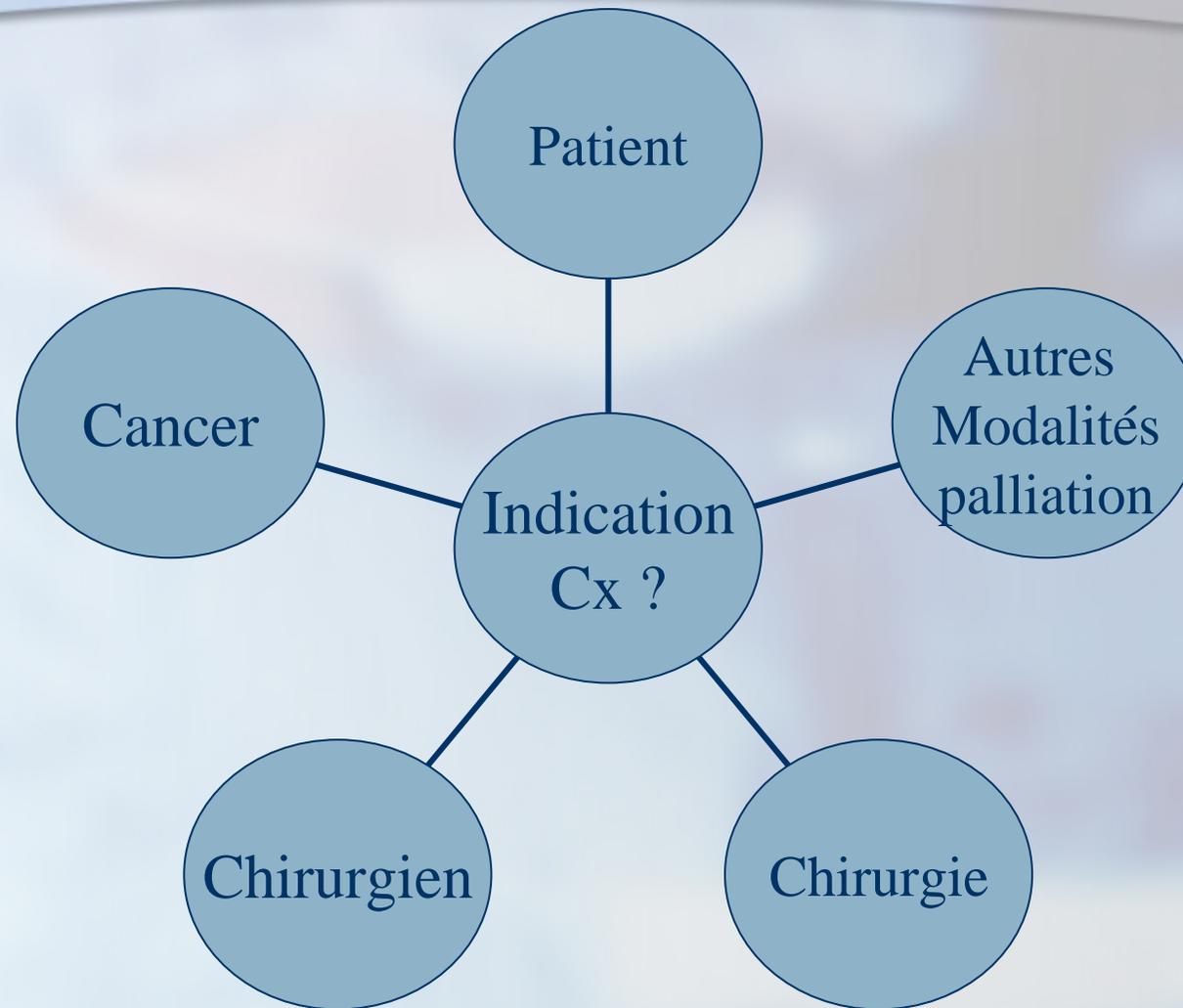


Cas #4 – Les Leçons

- Complexité accrue dues aux nouvelles technologies
 - Sensibilité et résolution accrue PET/CT
 - Espérance de vie patient avec métastase pulmonaire 5 mm ?
 - Histoire naturelle de ces patients ?

- Avantages laryngectomie palliative
 - Meilleure option que trachéostomie et radiothérapie ?

Facteurs Décisionnels





Facteurs Décisionnels

- Patient
 - Co-morbidités
 - Gravité symptômes
 - Impact sur fonction et qualité vie
 - Site tumoral
 - Désirs/Attentes réalistes
 - Particularités patients oncologie TEC
 - Consommation alcoolo-tabagique
 - Isolement
 - Peu support social



Facteurs Décisionnels

- Procédure chirurgicale
 - Taux succès
 - Complexité
 - Expérience du chirurgien
 - Morbidité attendue
 - Fonctionnelle
 - Esthétique
 - Complications



Facteurs Décisionnels

- Tumeur
 - Biologie
 - Extension loco-régionale et à distance
 - Espérance de vie estimée

- Évaluation autres modalités palliation
 - Radiothérapie
 - Chimiothérapie
 - Nouvelles thérapies



Bénéfices possibles...

- Contrôle loco-régional de la maladie
 - Impact sur survie vu localisation

- Tumeurs sphères ORL impact majeurs
 - Fonction
 - Déglutition
 - Parole-Voix
 - Respiration
 - Esthétique
 - Estime de soi
 - Capacité montrer en public
 - Douleur
 - Atteinte nerfs crâniens



Conclusion

- Dans certaines circonstances et suite à évaluation appropriée, il y a une place pour la chirurgie dans la palliation des tumeurs ORL.
- Qu'en pensez-vous ?



Bibliographie

1. ACC of the larynx University of Toronto Experience , P.Gullane, J Irish, (Unpublished data)
2. Systemic therapy in the palliative management of advanced salivary gland cancers. J Clin Oncol. 2006 Jun 10;24(17):2673-8. Review
3. Distant metastasis in adenoid cystic carcinoma of salivary origin, Ronald H. Spiro. The American journal of Surgery. Volume 174, Issue 5, November 1997, p 495-498
4. Anaplastic Thyroid Carcinoma: Biology, Pathogenesis, Prognostic Factors, and Treatment Approaches, Ashok R. Shaha, MD, Annals of Surgical Oncology, 13(4): 453-464
5. Natural history of untreated head and neck cancer, A.L. Carvalho, European Journal of Cancer 36 (2000) 1032±1037



Bibliographie

6. An analysis of distant metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. Merino OR, Lindberg RD, Fletcher GH. *Cancer* 1977;40:145–151
7. Distant metastases from head and neck squamous cell carcinomas. Calhoun KH, Fulmer P, Weiss R, Hokanson JA. *Laryngoscope* 1994;104:1199–1205
8. Treatment of spinal metastases in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. George L Adams. *Arch otolaryngol Head and Neck Surgery*. 2002;128;539-543
9. Clinical results of non-surgical treatment of spinal metastasis. Katagiri H et al. *Int J Radiat Oncol Biophys*. 1998; 42; 1127-1132
10. Treatment outcome of spinal cord compression by nasopharyngeal carcinoma. Leung SF et al. *Br J Radiol*. 1986;63; 716-719



Bibliographie

11. Principles and Practice of Head and Neck Oncology, P Rhy Evans, P Q Montgomery, P J Gullane, Martin Dunitz 2003
12. Major surgery in elderly head and neck cancer patients immediate and long-term surgical results and complication rates, Michal Zabrodzky et al, Surgical Oncology 13 (2004) 249–255
13. Microvascular free tissue transfer in elderly patients: the Toronto experience. Beausang ES, Ang EE, Lipa JE, et al. Head Neck 2003;25:549–53.
14. Blackwell KE, Azizzadeh B, Ayala C, et al. Octogenarian free flap reconstruction: complications and cost of therapy. Otolaryngol Head Neck Surg 2002; 126:301—306.



Bibliographie

15. Surgical outcomes in head and neck cancer patients 80 years of age and older. Clayman GL et al. *Head Neck* 1998; 20: 216—223.
16. Quality of life in elderly patients with head and neck cancer one year after diagnosis. Derks W et al. *Head Neck* 2004; 26:1045—1052.
17. Cisplatin and bleomycin for advanced or recurrent squamous cell carcinoma of the head and neck: a randomized factorial phase III controlled trial. Morton RP. *Cancer Chemother Pharmacol* 1985; 15: 283—289.
18. Randomized comparison of cisplatin, methotrexate, bleomycin and vincristine (CABO) versus cisplatin and 5-fluorouracil (CF) versus cisplatin (C) in recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck. Clavel M. A phase III study of the EORTC Head and Neck Cancer Cooperative Group. *Ann Oncol* 1994; 5: 521—526.



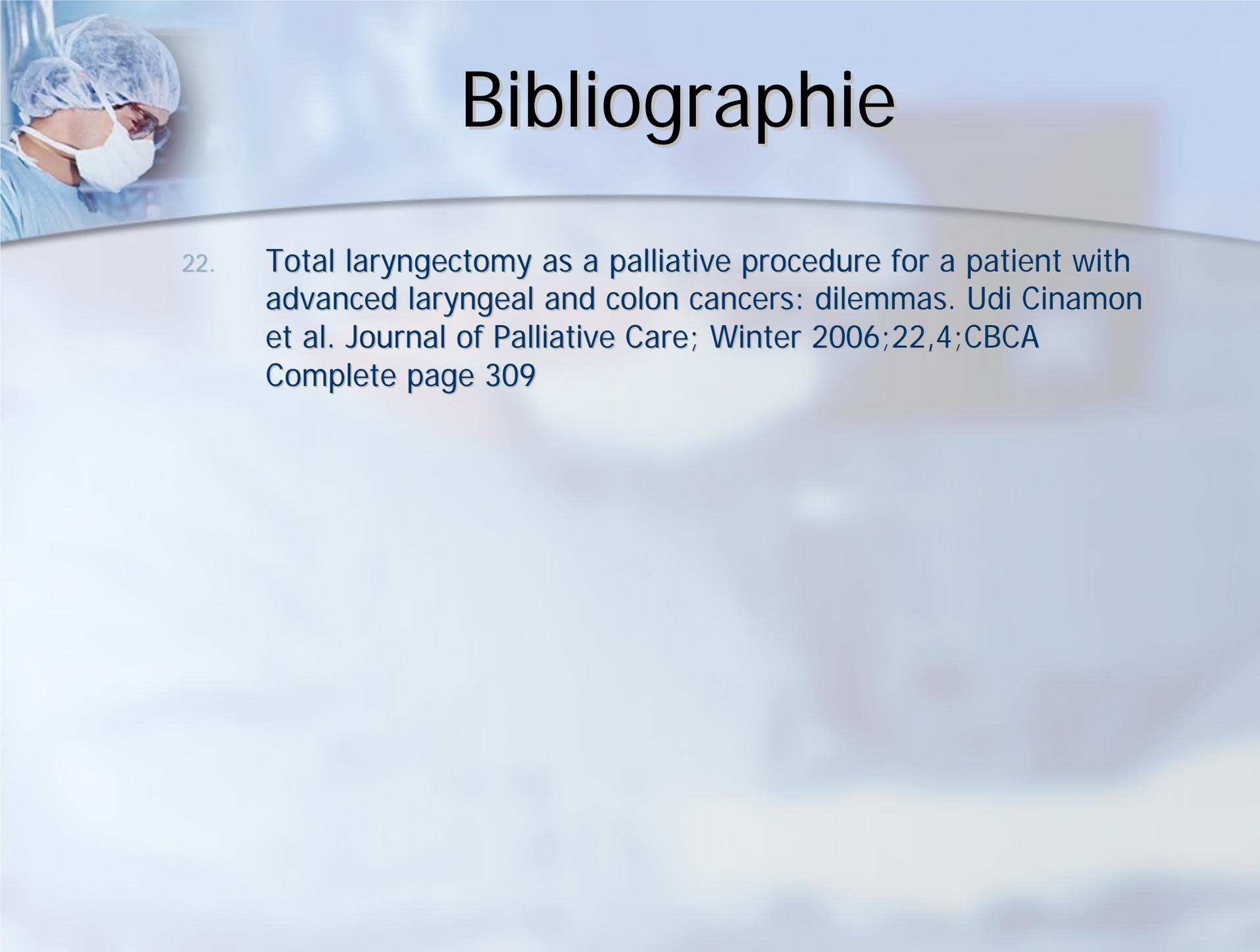
Bibliographie

19. Phase III study comparing cisplatin (C) and 5-fluorouracil (F) versus cisplatin & paclitaxel (T) in metastatic/ recurrent head and neck cancer (MHNC). Murphy B. Proc Am Soc Clin Oncol 2001; 19: Abstr 894.
20. Final report of the efficacy and safety of the anti-epidermal growth factor antibody Erbitux (IMCC225), in combination with cisplatin in patients with recurrent squamous cell carcinoma of the head and neck (SCCHN) refractory to cisplatin containing chemotherapy. Kies MS, Arquette MA, Nabell L et al. Proc Am Soc Clin Oncol 2002; 21: Abstr 925. Virtual Meeting at www.asco.org.
21. Cetuximab (C225) plus cisplatin/ carboplatin is active in patients (pts) with recurrent/metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (SCCNH) progressing on a same dose and schedule platinum-based regimen. Baselga J, Trigo JM, Bourhis J et al. Proc Am Soc Clin Oncol 2002; 21: Abstr 900.



Bibliographie

19. Cetuximab monotherapy is active in patients (pts) with platinum-refractory recurrent/metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck (SCCHN): results of a phase II study. Trigo J, Hitt R, Koralewski P et al. Journal of Clinical Oncology, ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition) 2004; 22 (No 14S): Abstr 5502. Virtual meeting presentation: www.asco.org.
20. Reirradiation of recurrent and second primary head and neck malignancies: a comprehensive review. Johnny Kao et al. Cancer treatment reviewa 2003; 29: 21–30
21. Ultrasound-Guided Laser-Induced Thermal Therapy of Malignant Cervical Adenopathy. Michael Bublik, MD et al. Laryngoscope, 116:1507–1511, 2006



Bibliographie

22. Total laryngectomy as a palliative procedure for a patient with advanced laryngeal and colon cancers: dilemmas. Udi Cinamon et al. Journal of Palliative Care; Winter 2006;22,4;CBCA Complete page 309