

Approche minimalement invasive des métastases ganglionnaires cervicales

P. Dulguerov
I. Leuchter
J. Belenger
A. Allal
M. Allaoua
W. Lehmann

Les patients porteurs d'un cancer ORL, présentant des métastases cervicales limitées, sont souvent soit surtraités et exposés aux morbidités associées, soit sous-traités avec le risque d'un échec thérapeutique. Deux nouvelles techniques pour l'évaluation et le traitement des métastases ganglionnaires cervicales sont discutées: le concept du ganglion sentinelle et l'évidement cervical endoscopique. Le concept du ganglion sentinelle tend à utiliser l'état oncologique de

quelques ganglions pour prédire l'absence de métastases cervicales et permettre une décision thérapeutique basée sur des connaissances exactes de l'étendue de la métastatisation cervicale. L'évidement cervical endoscopique vise aux mêmes exérèses que l'évidement classique, en utilisant des techniques adaptées de la laparoscopie. L'association future des deux techniques pourrait ouvrir la voie à des traitements mieux appropriés et associés à une moindre morbidité.

Mots-clés :

- chirurgie endoscopique
- cou
- ORL
- cancer
- métastase
- ganglion sentinelle
- évidement cervical
- radio-isotope
- médecine nucléaire

Minimally invasive treatment of neck metastasis

Head and neck cancer patients with N0-N1 necks are often, either overtreated and exposed to potential morbidities, or undertreated which can result in cancer treatment failures. Two new techniques for the evaluation and treatment of cervical metastasis are discussed, namely the sentinel lymph node concept and endoscopic neck dissection. The sentinel lymph node concept tends to predict the metastatic status of the entire neck from the sampling of few key lymph nodes, allowing therapeutic decisions based on the precise knowledge of the cervical metastatic burden. Endoscopic neck dissection tends to perform resections similar to open procedures using endoscopic techniques. The association of two techniques could allow, in the future, to better target specific and less morbid treatment approaches.

Med Hyg 2000; 58: 2102-6

Diagnostic des métastases ganglionnaires cervicales

Le facteur pronostique le plus important lors de carcinome épidermoïde de la sphère ORL est la présence de métastases ganglionnaires cervicales.^{1,2} Par conséquent, l'état oncologique du cou est une partie importante du staging TNM.³ Plusieurs paramètres pronostiques ont été proposés, tels que le nombre de ganglions positifs,^{1,2,4} la dimension des ganglions,^{1,4} l'extension extracapsulaire,^{1,4,5} ainsi que la présence de ganglions à plus d'un niveau du cou.^{1,6}

Si le traitement d'un volume métastatique important (N2-N3) implique habituellement une association de chirurgie et d'irradiation,^{7,8} le traitement en l'absence de métastases (N0) ou lors de métastases ganglionnaires limitées (N1 et certains N2) reste controversé.^{9,10} Il est bien admis que la chirurgie ou la radiothérapie peuvent contrôler l'extension régionale, le choix dépendant dans une large mesure du traitement préconisé pour la lésion primitive des voies aéro-digestives supérieures (VADS).¹¹ Cependant, l'évaluation du cou, la décision d'administrer ou non un traitement et le type de traitement sont sujets à discussion.^{9,10}

La palpation clinique à la recherche de ganglions métastatiques est associée à un taux de faux négatifs variant de 0 à 77% (voir réf. 12 pour une revue), avec une majorité d'études donnant des valeurs autour de 20-30%.^{12,13} Le taux de faux positifs pour la palpation clinique se situe entre 4 et 40%¹² avec une valeur moyenne de 20%.^{12,13} Lorsque le CT-scan ou l'IRM sont utilisés comme modalité diagnostique, le taux de faux négatifs diminue d'environ 10% et le taux de faux positifs de 5%.^{12,13} D'autres modalités diagnostiques, telles que la tomographie par émission de positrons, paraissent

n'augmenter le rendement des techniques d'imagerie courantes que modestement.^{14,15} En résumé, à l'heure actuelle, les techniques disponibles sous-évaluent la région cervicale, lors de cancers des VADS: environ 10-20% des cous pathologiquement positifs sont classés N0.

Toutes ces études utilisent comme standard de référence l'évaluation par l'histopathologie des spécimens d'évidement cervical. Il est bien connu que le nombre de spécimens pathologiquement positifs dépend de la minutie de l'examen pathologique.¹⁶ L'évaluation pathologique habituelle passe facilement à côté de micrométastases dans les ganglions lymphatiques.¹⁷ Plusieurs publications récentes montrent un taux élevé de micrométastases ganglionnaires dans des ganglions de petite dimension (1-10 mm).¹⁷⁻¹⁹ Don et coll.¹⁸ trouvent 25% de micrométastases dans des ganglions lymphatiques inférieurs à 5 mm et 25% de micrométastases supplémentaires dans des ganglions entre 5 et 10 mm. Woolgar et coll.¹⁹ et van den Brekel et coll.¹⁷ trouvent des micrométastases comme seules métastases cervicales dans 9% de leurs spécimens d'évidement cervical électif (voir plus bas). Si l'importance oncologique des micrométastases dans les cancers épidermoïdes des VADS n'est pas précisément connue, il est clair que ces micrométastases augmentent le nombre de ganglions métastatiques non détectés.

Le traitement du cou N0

Le traitement électif des cous N0 est entrepris quand la probabilité de métastase ganglionnaire dépasse 20-30%.^{9,10,17} D'après les revues de Million et coll.¹¹ et van den Brekel et coll.,¹² tous les sites primaires des VADS sont concernés, sauf le massif facial et le larynx glottique. Le traitement par chirurgie, radiothérapie ou une association radio-chirurgicale réduit le

