

Coopération spatiale dans le traitement des métastases avancées des carcinomes de l'oro- et l'hypopharynx

Keyvan Nicoucar^a, Abdelkarim Allal^b, Nicolas Mach^c, Pavel Dulguerov^a

Hôpitaux Universitaires de Genève, ^a Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale, ^b Service de radio-oncologie, ^c Service d'oncologie

Spatial cooperation in the treatment of advanced neck metastasis of oro- and hypopharynx carcinomas

Introduction: Surgical management of advanced neck disease remains controversial when a conservative approach based on radiotherapy is retained for primary tumours. The objective of this study was to evaluate retrospectively treatment results in pharyngeal squamous cell carcinoma presenting with N2-N3 neck disease. Two treatment regimens are compared: neck dissection followed by radical locoregional radio-(chemo-)therapy and radio-(chemo-)therapy alone.

Methods: From August 1991 to December 2003, 123 patients with carcinomas of the oro- or hypopharynx were staged T1-T3 N2-N3 M0 (UICC). Fifty-five patients were treated with neck dissection followed by radiotherapy (NDR) and 78 patients with radiotherapy alone (R). Chemotherapy was delivered to 72 patients.

Results: Five-year actuarial local and regional control was 86%, 80% for NDR and 80%, 78% for R, respectively. The corresponding 5-year overall survival rates were 44% and 50% ($p = 0.48$).

Conclusion: Neck dissection followed by radiotherapy alone to the primary tumour and neck represents a valid treatment option in this subset of patients, allowing good control of advanced neck disease, while at the same time conserving pharyngeal function.

Résumé

Introduction: La prise en charge chirurgicale des métastases avancées reste controversée lorsqu'une approche conservatrice basée sur la radiothérapie est retenue pour le traitement de la tumeur primaire. L'objectif de cette étude était d'évaluer rétrospectivement le résultat du traitement des carcinomes de l'oro-hypopharynx avec des métastases N2-N3 traités par curage ganglionnaire suivi d'une radiothérapie centrée sur la tumeur primaire, laissée en place, et les aires ganglionnaires (groupe CGR) et de comparer les résultats au traitement de radiothérapie seule (groupe R).

Méthode: De août 1991 à décembre 2003, un carcinome de l'oro-hypopharynx classé T1-T3 N2-N3 M0 (UICC) a été diagnostiqué chez 123 patients. Cinquante-cinq ont été inclus dans le

groupe CGR, 78 dans le groupe R. Une chimiothérapie a été délivrée chez 72 patients.

Résultats: Respectivement pour le groupe CGR et le groupe R, le contrôle local était de 86% et 80%, le contrôle régional de 80 et 78%, le pourcentage de survie globale à 5 ans de 44% et 50% ($p = 0,48$).

Conclusion: La chirurgie limitée au curage ganglionnaire suivi d'une radiothérapie sur les aires ganglionnaires et la tumeur primaire, laissée en place, donne des résultats un peu meilleurs que la radiothérapie exclusive, tout en préservant les fonctions de l'oro-hypopharynx. Certains proposent de désigner ce «partage du terrain thérapeutique» entre chirurgiens et radiothérapeutes sous le terme de «coopération multidisciplinaire spatiale».

Introduction

L'état des ganglions cervicaux est le facteur pronostique le plus important des cancers de la sphère ORL [1]. Le traitement des aires ganglionnaires par chirurgie, radiothérapie, ou les deux, le contrôle étant souvent insuffisant avec une seule modalité thérapeutique, est souvent déterminé par le geste thérapeutique choisi pour la tumeur primaire. En cas d'adénopathies >3 cm, la prise en charge reste controversée et dépend de l'institution. Depuis 1990 nous réalisons un curage ganglionnaire sans exérèse chirurgicale de la tumeur primaire, suivi d'une radiothérapie sur les aires ganglionnaires et la tumeur primaire. Le but de notre étude est d'analyser les résultats oncologiques de cette approche par rapport à une option non chirurgicale.

Méthode

De août 1991 à décembre 2003, 123 patients avec un carcinome épidermoïde de l'oro-hypopharynx classé T1-T3 N2-N3 M0 ont été traités. L'évaluation initiale incluait un examen physique, une tomographie densitométrique ou une imagerie par résonance magnétique et une panendoscopie. La répartition des tumeurs selon la classification TNM de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) [2] est présentée dans la figure 1 .

Le choix du traitement était réalisé par une

Tableau 2. Résultats du traitement endoscopique du diverticule de Zenker dans la littérature.

Auteurs	Patients	Exposition possible (%)	Résultats satisfaisants (%)	Récidives (%)	Perforation (%)	Suivi moyen (mois)
Collard [11]	6	100	100	–	0	–
Peracchia [13]	95	97	94	5	0	23
Narne [14]	102	96	96	4	0	16
Adams [15]	21	86	100	–	16	–
Stoeckli [16]	30	100	96	0	0	13
El Makhloufi	21	91	100	0	5	42

Discussion

Ce travail confirme les travaux d'autres auteurs [11, 13, 14] montrant que la diverticulostomie par voie endoscopique à l'aide de la pince GIA30 modifiée est efficace et donne de bons résultats. Par rapport à une chirurgie par voie de cervicotomie, la durée d'hospitalisation et la reprise alimentaire sont plus courtes et les complications plus rares [15], de 5% des cas dans notre série à 10% dans d'autres. Elles sont généralement mineures. Il s'agit de lacérations muqueuses ou gingivales, ou de dommages dentaires. Des cas de paralysie récurrentielle transitoire et de sensation de corps étranger, attribuée aux agrafes, ont été documentés [17]. Les progrès que représentent la diverticulostomie endoscopique par rapport à la chirurgie de cervicotomie est appréciable. En effet, le diverticule de Zenker est

quasi l'apanage de personnes âgées, avec de multiples co-morbidités. Les troubles de la déglutition causés par le diverticule péjorent leur qualité de vie. La technique endoscopique permet de leur proposer une aide, avec relativement peu de risque. Certes, nous avons à déplorer un décès. Il s'agissait d'un patient particulièrement affaibli par de très nombreux épisodes de broncho-pneumonies, consécutifs au diverticule et ayant conduit à une insuffisance respiratoire grave, nécessitant des soins intensifs. Pour lui, la cure du diverticule représentait un dernier recours.

Dans tous les cas dans lesquels le diverticule a pu être exposé, les résultats sont excellents. Tous les malades que nous avons revus à l'occasion de ce travail nous ont dit que leur qualité de vie était clairement améliorée. Malheureusement, dans 9% de nos cas, taux comparable à celui rapporté par d'autres auteurs [13, 16, 18], le diverticule ne peut pas être approché par voie endoscopique en raison de particularités anatomiques, comme un cou court, un manque de souplesse de la colonne cervicale, l'existence d'une rétrognathie, etc. Dans ces situations, il faut se résoudre à une chirurgie par voie externe.

En conclusion, le diverticule de Zenker, qui affecte préférentiellement une population âgée avec de multiples co-morbidités, et altère leur qualité de vie, peut aujourd'hui être traité par voie endoscopique, avec une bonne sécurité et de bonnes chances de succès, pour le mieux être des patients.

Références

- Ludlow A. A case of obstructed deglutition from a prenatal bag formed in the pharynx. *Med Observ Inq.* 1769;3: 85-101.
- Zenker FA, von Ziemssen H. *Krankheiten des Ösophagus. Handbuch der Krankheiten des chylopoetischen Apparates.* Leipzig: Vogel; 1878.
- Kelly JH, Kuncel RW. Myology of the pharyngoesophageal segment: gross anatomic and histologic characteristics. *Laryngoscope.* 1996;106(6):713-20.
- Cook IJ, Gabb M, Panagopoulos V, Jamieson GG, Dodds WJ, Dent J, et al. Pharyngeal (Zenker's) diverticulum is a disorder of upper esophageal sphincter opening. *Gastroenterology.* 1992;103(4):1229-35.
- Lacau St Guily J, Zhang KX, Perie S, Copin H, Butler-Browne GS, Barbet JP. Improvement of dysphagia following cricopharyngeal myotomy in a group of elderly patients. Histochemical and biochemical assessment of the cricopharyngeal muscle. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1995;104(8): 603-9.
- Sideris L, Chen LQ, Ferraro P, Duranceau AC. The treatment of Zenker's diverticula: a review. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 1999;11(4):337-51.
- Mosher HP. Webs and pouches of the oesophagus, their diagnosis and treatment. *Surg Gynecol Obstet.* 1917;25:175-87.
- Dollmann G, Mattsson O. The endoscopic operation for hypopharyngeal diverticula. *Arch Otolaryngol.* 1960;71: 744-52.
- van Overbeek JJ, Hoeksema PE, Edens ET. Microendoscopic surgery of the hypopharyngeal diverticulum using electrocoagulation or carbon dioxide laser. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1984;93(1 Pt 1):34-6.
- Altman JI, Genden EM, Moche J. Fiberoptic endoscopic-assisted diverticulotomy: a novel technique for the management of Zenker's diverticulum. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2005;114(5):347-51.
- Collard JM, Otte JB, Kestens PJ. Endoscopic stapling technique of esophagodiverticulostomy for Zenker's diverticulum. *Ann Thorac Surg.* 1993;56(3):573-6.
- Auberson S, Huber O, Dulguerov P, Becker M, Armenian B, Morel P, et al. Traitement endoscopique du diverticule hypopharyngé (Zenker) à l'aide de la pince EndoGIA30. *Méd Hyg.* 1997;55:2084-6.
- Peracchia A, Bonavina L, Narne S, Segalin A, Antoniazzi L, Marotta G. Minimally invasive surgery for Zenker diverticulum: analysis of results in 95 consecutive patients. *Arch Surg.* 1998;133(7):695-700.
- Narne S, Cutrone C, Bonavina L, Chella B, Peracchia A. Endoscopic diverticulotomy for the treatment of Zenker's diverticulum: results in 102 patients with staple-assisted endoscopy. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1999;108(8):810-5.
- Adams J, Sheppard B, Andersen P, Myers B, Deveney C, Everts E, et al. Zenker's diverticulostomy with cricopharyngeal myotomy: the endoscopic approach. *Surgical endoscopy.* 2001;15(1):34-7.
- Stoeckli SJ, Schmid S. Endoscopic stapler-assisted diverticuloesophagostomy for Zenker's diverticulum: patient satisfaction and subjective relief of symptoms. *Surgery.* 2002; 131(2):158-62.
- Scher RL, Richtsmeier WJ. Long-term experience with endoscopic staple-assisted esophagodiverticulostomy for Zenker's diverticulum. *Laryngoscope.* 1998;108(2):200-5.
- Aly A, Devitt PG, Jamieson GG. Evolution of surgical treatment for pharyngeal pouch. *Br J Surg.* 2004;91:657-64.