



# **COLLEGE D'ONCOLOGIE**

**DIRECTIVES NATIONALES**

**CANCERS DE L'ORO- ET HYPOPHARYNX et du LARYNX:  
diagnostic, traitement et suivi**

**Résumé**

Version 2015



## Panel d'Experts Cancers de l'Oro- et Hypopharynx et du Larynx

<b>Vincent Grégoire</b> Cliniques Universitaires Saint Luc	<b>Jan Vermorken</b> UZA	<b>Olivier Lenssen</b> ZNA
<b>Laurens Carp</b> UZA	<b>Marc Hamoir</b> Cliniques Universitaires Saint Luc	<b>Sandra Nuyts</b> UZ Leuven
<b>Paul Clement</b> UZ Leuven	<b>Philippe Deron</b> UZ Gent	<b>Johan Abeloos</b> AZ Sint-Jan Brugge
<b>Jan Asselman</b> AZ Sint-Jan Brugge	<b>Carl Van Laer</b> UZA	<b>Joan Vluyen</b> KCE
<b>Roos Leroy</b> KCE	<b>Sabine Stordeur</b> KCE	<b>Rob J.P.M. Scholten</b> Dutch Cochrane Center
<b>Pauline Heus</b> Dutch Cochrane Center	<b>Lotty Hoof</b> Dutch Cochrane Center	<b>René Spijker</b> Dutch Cochrane Center
<b>Fleur van de Wetering</b> Dutch Cochrane Center		

**Relecture:**

Leen Verleye (KCE), Jo Robays (KCE), Raf Mertens (KCE)

**Stakeholders:**

Jean-François Daisne (Association Belge de Radiothérapie-Oncologie), François-Xavier Hanin (Société Belge de Médecine Nucléaire), Esther Hauben (Belgische Vereniging Anatomopathologie), Peter Lemkens (Koninklijke Belgische Vereniging voor Oto-Rhino-Laryngologie, Gelaat- en Halschirurgie), Ward Rommel (Kom op tegen kanker), Joseph Schoenaers (Koninklijke Belgische Vereniging voor Stomatologie en Maxillo-Faciale Heelkunde), Pol Specenier (Belgische Vereniging voor Medische Oncologie), Geert Van Hemelen (Koninklijke Belgische Vereniging voor Stomatologie en Maxillo-Faciale Heelkunde), Vincent Vander Poorten (Domus Medica), Dirk Vangestel (Belgische Vereniging voor Radiotherapie-Oncologie), Birgit Weynand (Société Belge



## DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE L'ORO/HYPOPHARYNX et du LARYNX

	d'Anatomopathologie), Didier Vander Steichel (Fondation contre le Cancer), Elisabeth Van Eycken (Stichting Kankerregister)
<b>Validateurs externes :</b>	Serena Carville (Royal College of Physicians, London UK), Elisabeth Junor (NHS Scotland UK), Pierre Castadot (CHU Charleroi)
<b>Remerciements :</b>	Inge Wegner (UMC Utrecht, Nederland), Inge Stegeman (UMC Utrecht, Nederland), Johanna A.A.G. Damen (Dutch Cochrane Centre)

*Ce rapport a été réalisé en collaboration avec le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Le rapport complet est disponible en téléchargement sur le site Web du. ([www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)).*

*Grégoire V, Leroy R, Heus P, Hooft L, van de Wetering F, Spijker R, JPM Scholten R, Abeloos J, Carp L, Casselman J, Clement P, Deron P, Hamoir M, Lenssen O, Nuyts S, Van Laer C, Vermorken J, Vlayen J. Cancers de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx : diagnostic, traitement et suivi – Résumé. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 256Bs. D/2015/10.273/103*



### LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>ABRÉVIATION</b>	<b>DÉFINITION</b>
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
BCR	Belgian Cancer Registry (Registre belge du Cancer)
CRT	Chimioradiothérapie
CT	Tomographie assistée par ordinateur
DCC	Dutch Cochrane Centre (centre Cochrane néerlandais)
FDG-PET/CT	Tomographie par émission de positrons au fluorodésoxyglucose (FDG) - Tomographie assistée par ordinateur
GDG	Groupe d'élaboration des recommandations
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
Gy	Gray, unité de dose de radiation absorbée du système international (SI) d'unités
HNSCC	Carcinome à cellules squameuses de la tête et du cou
HPV	Papillomavirus humain
IMRT	Radiothérapie à intensité modulée
IRM	Imagerie par résonance magnétique
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PET	Tomographie par émission de positrons
PET-CT	Tomographie par émission de positrons couplée à une tomographie assistée par ordinateur
RCT	Randomised controlled trial (essai clinique contrôlé randomisé)
RPC	Recommandation de pratique clinique



## TABLE DES MATIÈRES

■	<b>RÉSUMÉ</b> .....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
1.	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
2.	<b>OBJECTIFS ET PORTÉE DE CETTE RECOMMANDATION</b> .....	<b>5</b>
3.	<b>MÉTHODES</b> .....	<b>6</b>
3.1.	REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE .....	6
3.2.	FORMULATION DES RECOMMANDATIONS .....	7
4.	<b>RECOMMANDATIONS CLINIQUES</b> .....	<b>9</b>
4.1.	DIAGNOSTIC ET STADIFICATION .....	9
4.2.	DÉPISTAGE DU HPV .....	10
4.3.	TRAITEMENT DES HNSCC PRIMAIRES NON MÉTASTASÉS .....	10
4.3.1.	Traitement chirurgical .....	10
4.3.2.	Radiothérapie .....	11
4.3.3.	Chimiothérapie d'induction .....	12
4.3.4.	Gestion des ganglions lymphatiques cervicaux .....	12
4.4.	TRAITEMENT DES CANCERS MÉTASTATIQUES OU RÉCURRENTS NON ÉLIGIBLES À UN TRAITEMENT CURATIF .....	13
4.5.	TRAITEMENT DE RATTRAPAGE .....	13
5.	<b>IMPLÉMENTATION ET MISE À JOUR DE LA RECOMMANDATION</b> .....	<b>14</b>
5.1.	IMPLÉMENTATION .....	14
5.2.	SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ DES SOINS .....	14



## 1. INTRODUCTION

Les cancers de la tête et du cou font référence à des cancers rares du tractus aérodigestif supérieur comprenant, entre autres, la cavité buccale, le larynx, l'oropharynx, l'hypopharynx, et de très rares tumeurs apparaissant dans la cavité nasale et les sinus paranasaux, le nasopharynx, l'oreille moyenne, les glandes salivaires et la base du crâne. La majorité de ces cancers sont des carcinomes à cellules squameuses (SCC) et sont associés à une anamnèse de tabagisme et de consommation d'alcool.

D'après les données du Registre belge du Cancer (BCR), l'incidence des tumeurs de la tête et du cou (ICD-10 C00-C10, C12-C14 et C30-32, à l'exclusion de celles touchant le nasopharynx) fluctuait entre 2 365 et 2 580 pour la période de 2008 à 2012. En 2011, elles occupaient la 4<sup>e</sup> place dans la liste des cancers les plus fréquents chez les hommes. Entre 2004 et 2008, la survie globale à 5 ans s'élevait à 44,6% chez les hommes et 52,0% chez les femmes, tandis que la survie relative atteignait 50% et 57% respectivement ([www.kankerregister.org](http://www.kankerregister.org)).

## 2. OBJECTIFS ET PORTEE DE CETTE RECOMMANDATION

En 2014, le KCE a publié un rapport consacré à l'organisation des soins aux patients adultes atteints de cancers rares ou complexes. Dans ce cadre a été développée une proposition concrète pour l'organisation des soins aux patients souffrant d'une tumeur de la tête ou du cou ([http://www.kcenet.be/files/KCE\\_219\\_proposal\\_cancer\\_head\\_and\\_neck.pdf](http://www.kcenet.be/files/KCE_219_proposal_cancer_head_and_neck.pdf)).

L'objectif de la présente recommandation de pratique clinique (RPC) est de réduire la variabilité des pratiques cliniques individuelles et d'améliorer la communication entre les prestataires de soins et les patients. Il a été décidé lors d'une première réunion de cadrage de développer la RPC pour les cancers de la tête et du cou en deux phases. Un premier volet concernant la gestion des tumeurs de la cavité buccale a été publié en juillet 2014 (rapport KCE 227). Cette seconde partie se concentre sur la prise en charge des patients atteints d'une tumeur oropharygée, hypopharyngée ou laryngée confirmée. Les aspects relatifs au dépistage et à la prévention sortent du cadre de ce document.

Cette directive s'adresse à tous les prestataires de soins impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'une tumeur oropharygée, hypopharyngée ou laryngée, en ce compris les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale et ORL, radio-oncologues, oncologues médicaux, pathologistes, radiologistes, spécialistes en médecine nucléaire, dentistes, logopèdes, nutritionnistes, etc. Elle présente également un intérêt pour les patients et leurs proches, pour les médecins généralistes, pour les gestionnaires hospitaliers et pour les décideurs politiques.



## 3. METHODES

### 3.1. Revue systématique de la littérature

En première instance, une recherche a été réalisée dans OVID Medline, the National Guideline Clearinghouse et la base de données GIN afin d'identifier des directives de pratique clinique récentes (i.e. publiées après 2010) de haute qualité consacrée à cette thématique. Dix-huit directives potentiellement pertinentes ont été évaluées de manière indépendante par deux chercheurs à l'aide de l'outil AGREE II ; sept ont été jugées de qualité suffisante. Les résultats de cette recherche de directives ont été débattus au cours d'une réunion de cadrage avec le groupe de développement des recommandations (GDG) et les représentants des patients, organisée le 13 mai 2013. Il a été décidé à cette occasion de développer les recommandations en deux phases, la première axée sur les tumeurs de la cavité buccale, la seconde sur les tumeurs de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx. Contrairement à la première partie, ce second volet a abandonné la méthodologie ADAPTE, faute de pouvoir identifier des directives récentes et de qualité suffisante. Par ailleurs, plusieurs questions tirées de la première partie (sur les cancers de la cavité buccale) s'appliquent à tous les carcinomes à cellules squameuses de la tête et du cou (HNSCC) et ont donc pu être utilisées également dans ce second volet :

1. Quelle est l'efficacité clinique du PET/CT dans la stadification des HNSCC ?
2. Quelle est l'efficacité clinique d'un dépistage du HPV chez les patients atteints d'un HNSCC ?
3. Quelle est l'efficacité clinique du PET ou de l'IRM dans la détection des métastases des ganglions lymphatiques après chimioradiothérapie ?
4. Quelle est l'efficacité clinique du curage cervical après chimioradiothérapie chez les patients atteints d'un HNSCC ?
5. Quelle est l'efficacité clinique de l'IMRT chez les patients atteints d'un HNSCC localement avancé ?
6. Quelle est l'efficacité clinique de la chimiothérapie d'induction chez les patients atteints d'un HNSCC ?

7. Quelle est l'efficacité clinique d'une chimioradiothérapie primaire chez les patients atteints d'un HNSCC M0 non résecable ?
8. Quelle est l'efficacité clinique des interventions thérapeutiques dans les formes métastasées ou récurrentes de la maladie non éligibles pour un traitement curatif ?

En sus de ces questions, les points suivants (portant plus spécifiquement sur les tumeurs de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou du larynx) ont été proposés par le GDG au cours d'une réunion de cadrage organisée le 23 juin 2014 :

9. Quelle est l'efficacité d'une stadification locorégionale (i.e. stadification T et N) par IRM vs. CT chez les patients atteints d'une tumeur laryngée, hypopharyngée ou oropharyngée ?
10. Quelle est l'efficacité clinique de la chirurgie chez les patients atteints d'une tumeur du larynx, de l'hypopharynx ou de l'oropharynx à un stade précoce ?
  - a. Traitement chirurgical vs. non chirurgical
  - b. Chirurgie de préservation fonctionnelle vs. chirurgie extensive
11. Quelle est l'efficacité clinique de la chirurgie en comparaison avec des stratégies de préservation de l'organe/de la fonction chez les patients atteints d'une tumeur du larynx, de l'hypopharynx ou de l'oropharynx localement avancée ?
12. Quelle est l'efficacité clinique d'une (chimio)radiothérapie postopératoire chez des patients atteints d'une tumeur du larynx, de l'hypopharynx ou de l'oropharynx ?
  - a. (Chimio)radiothérapie postopératoire versus absence de (chimio)radiothérapie postopératoire
  - b. Radiothérapie postopératoire versus chimioradiothérapie postopératoire
13. Quelle est l'efficacité clinique du curage cervical chez des patients atteints d'une tumeur du larynx, de l'hypopharynx ou de l'oropharynx ?
  - a. Curage cervical versus absence de curage cervical
  - b. Type de curage cervical
14. Quelle est l'efficacité clinique d'un traitement de rattrapage chez les patients victimes de nouvelles tumeurs primaires ou d'une récurrence locorégionale après un traitement curatif contre un cancer du larynx, de l'hypopharynx ou de l'oropharynx ?



Enfin, une question de recherche supplémentaire a été formulée au cours du processus de développement de ce second volet :

15. Quelle est l'efficacité clinique d'une radiothérapie primaire à fractionnement modifié en comparaison avec une radiothérapie à fractionnement conventionnel chez des patients atteints d'un cancer du larynx, de l'hypopharynx ou de l'oropharynx ?

Le Dutch Cochrane Centre (DCC) a réalisé une recherche de littérature pour neuf de ces questions (questions 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 14). Pour les six autres, ce travail a été effectué par le KCE.

Les études ont été recherchées dans Medline, Embase et the Cochrane Library. Pour les questions touchant au diagnostic, les recherches ont porté sur les revues systématiques, les études de précision diagnostique et les essais randomisés et contrôlés (RCT). Pour les autres questions, elles ont porté sur les revues systématiques, les RCT et les études observationnelles comparatives. L'analyse n'a inclus que les articles publiés en français, en anglais ou en néerlandais. Leur qualité a été évaluée à l'aide de la grille AMSTAR pour les revues systématiques, de l'outil d'évaluation du risque de biais de la Cochrane Collaboration pour les RCT et les études observationnelles comparatives et de la grille QUADAS-2 pour les études de précision diagnostique.

### 3.2. Formulation des recommandations

Sur la base des données probantes récoltées, un petit groupe de travail (composé de chercheurs du KCE et du Dutch Cochrane Centre) a rédigé la première mouture des recommandations, qui a été diffusée au sein du GDG avec les tableaux de preuves en préalable aux réunions en face-à-face. Sur la base des discussions avec le GDG, une seconde version a été préparée puis diffusée au sein du GDG pour approbation finale.

La méthodologie GRADE a été appliquée pour déterminer le niveau de preuve et la force de chacune des recommandations (Tableaux 1 et 2). La force d'une recommandation dépend du rapport entre tous les effets désirables et tous les effets indésirables de l'intervention concernée (comprenez, de son bénéfice clinique net), de la qualité des données probantes disponibles, des valeurs et préférences et du coût estimé (utilisation des ressources). Aucune étude formelle n'a toutefois été consacrée au rapport coût-efficacité dans le cadre de la présente recommandation. La méthodologie GRADE n'a pas été appliquée aux questions concernant le pronostic.

Dans le cadre des procédures standard du KCE, la présente recommandation a été revue avant publication par trois validateurs indépendants (dont les noms figurent dans le colophon).

Enfin, les recommandations préparées par le GDG ont été soumises à des représentants-clés des parties prenantes pertinentes (voir colophon), qui ont fait office de réviseurs externes du projet de recommandation.

Les déclarations d'intérêts des membres du GDG, des validateurs et des parties prenantes ont été formellement consignées et sont reprises dans le colophon.





## DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE L'ORO/HYPOPHARYNX et du LARYNX

Tableau 1 – Niveaux de preuve suivant le système GRADE

Niveau de qualité	Définition	Qualité méthodologique des données probantes
<b>Élevé</b>	Nous avons une confiance élevée dans l'estimation de l'effet, qui doit être très proche de l'effet réel	RCT sans limitations majeures, preuves irréfutables issues d'études observationnelles
<b>Modéré</b>	Nous avons une confiance modérée dans l'estimation de l'effet : il est probable que l'effet réel soit proche de l'estimation, mais il existe une possibilité qu'il soit sensiblement différent	RCT présentant des limitations importantes (manque de consistance dans les résultats, lacunes méthodologiques, approche indirecte, manque de précision) ou données probantes exceptionnellement convaincantes issues d'études observationnelles
<b>Bas</b>	Nous avons une confiance limitée dans l'estimation de l'effet : l'effet réel pourrait être sensiblement différent de l'effet estimé	RCT présentant des limitations très importantes ou études observationnelles ou séries de cas
<b>Très bas</b>	Nous avons très peu confiance dans l'estimation de l'effet : il est probable que l'effet réel diffère de façon substantielle de l'estimation	

Source : Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):401-6.

Tableau 2 – Force des recommandations suivant le système GRADE

Grade	Définition
<b>Forte</b>	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent clairement sur les risques (l'intervention doit être mise en pratique) ou ses effets indésirables l'emportent clairement sur ses bénéfices (l'intervention est à éviter).
<b>Faible</b>	Il est probable que les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent sur ses effets indésirables (l'intervention devrait probablement être mise en pratique) ou que ses effets indésirables l'emportent sur ses effets bénéfiques (l'intervention devrait probablement être évitée).

Source : Andrews JC, Schunemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol.* 2013;66(7):726-35.



## 4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES

Les détails des données probantes utilisées pour formuler les recommandations ci-dessous figurent dans le rapport scientifique et ses suppléments. Les tableaux suivent le même ordre que les chapitres du rapport scientifique.

Plusieurs recommandations tirées de la première partie de cette étude (consacrée aux cancers de la cavité buccale) ont été jugées applicables à l'ensemble des HNSCC et n'ont pas été réexaminées par le GDG. Elles ne figurent pas dans les tableaux ci-dessous mais sont rapportées dans le rapport scientifique. Ces recommandations concernent le diagnostic et la stadification (en partie), l'histopathologie, le suivi, la rééducation et les soins de soutien.

### 4.1. Diagnostic et stadification

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
<ul style="list-style-type: none"><li>Réalisez une IRM pour la stadification T et N primaire (i.e. avant tout traitement) chez les patients atteints d'un cancer de l'oropharynx nouvellement diagnostiqué.</li></ul>	Forte	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>L'IRM est la technique de premier choix pour la stadification T et N primaire chez les patients atteints d'un cancer de l'hypopharynx ou du larynx nouvellement diagnostiqué. Pour ces localisations, sa qualité est toutefois plus fortement dépendante de facteurs propres au patient et au radiologue.</li></ul>	Faible	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Lorsqu'une IRM (de bonne qualité) est techniquement impossible (p.ex. à cause d'un pacemaker, d'un implant cochléaire, d'un problème de claustrophobie, etc.) ou qu'il existe une forte probabilité que l'image présente une distorsion (p.ex. parce que l'on prévoit des artefacts de bougé, etc.) ou ne soit pas disponible en temps utile, procédez à un examen CT avec agent de contraste pour la stadification T et N primaire des patients atteints d'une tumeur oropharyngée, hypopharyngée ou laryngée.</li></ul>	Faible	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Chez les patients atteints d'une tumeur oropharyngée, hypopharyngée ou laryngée de stade I ou II et présentant un profil de risque faible (p.ex. non-fumeurs), un examen FDG-PET/CT de l'ensemble du corps n'est pas recommandé en routine pour l'évaluation de la dissémination métastatique et/ou l'identification d'éventuelles autres tumeurs primaires.</li></ul>	Faible	Bas



### 4.2. Dépistage du HPV

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
<ul style="list-style-type: none"><li>Un dépistage de la protéine p16 est recommandé chez les patients atteints d'une tumeur de l'oropharynx parce qu'il livre certaines informations quant au pronostic. À l'heure actuelle, rien n'indique toutefois qu'il affecte les décisions thérapeutiques prises chez ces patients.</li></ul>	Faible	Pas de GRADE
<ul style="list-style-type: none"><li>L'inclusion de patients atteints d'une tumeur oropharyngée avec un test p16 positif dans les essais cliniques devrait être encouragée.</li></ul>	Faible	Pas de GRADE
<ul style="list-style-type: none"><li>Faute de données probantes suffisantes, la réalisation en routine d'un test p16 n'est pas recommandée chez les patients atteints d'un cancer de l'hypopharynx ou du larynx.</li></ul>	Faible	Pas de GRADE

### 4.3. Traitement des HNSCC primaires non métastasés

#### 4.3.1. Traitement chirurgical

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
<ul style="list-style-type: none"><li>Le choix du traitement d'une tumeur oropharyngée, hypopharyngée ou laryngée à un stade précoce devrait se baser non seulement sur son efficacité, mais aussi sur l'état général, le statut fonctionnel, l'âge et la morbidité du patient et sur la localisation de la tumeur.</li></ul>	Faible	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Chez les patients atteints d'une tumeur oropharyngée, hypopharyngée ou laryngée à un stade précoce (stade I ou II), il convient de privilégier un traitement de préservation fonctionnelle unimodal (p.ex. chirurgie, radiothérapie externe).</li></ul>	Faible	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Chez les patients atteints d'un cancer oropharyngé, hypopharyngé ou laryngé à un stade avancé, les procédures de préservation des organes et fonctions sont recommandées. Une laryngectomie totale devrait néanmoins être envisagée chez les patients atteints d'une tumeur du larynx T4a.</li></ul>	Faible	Très bas



### 4.3.2. Radiothérapie

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
<ul style="list-style-type: none"><li>Une chimioradiothérapie primaire concomitante à base de platine est recommandée chez les patients atteints d'un cancer oropharyngé, hypopharyngé ou laryngé localement avancé (stades III et IV) non métastasé et médicalement aptes à subir ce traitement (à l'exception des sujets atteints d'une tumeur du larynx T4a).</li></ul>	Faible	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>L'IMRT est recommandée chez les patients atteints d'un cancer oropharyngé, hypopharyngé ou laryngé à un stade avancé.</li></ul>	Forte	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Une radiothérapie primaire à fractionnement modifié (hyperfractionnement ou fractionnement accéléré sans réduction du dosage) est recommandée chez les patients atteints d'un cancer oropharyngé, hypopharyngé ou laryngé de stade II.</li></ul>	Forte	Bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Pour les patients atteints d'un cancer oropharyngé, hypopharyngé ou laryngé à un stade avancé chez qui a été choisie une approche non chirurgicale et chez qui une chimioradiothérapie concomitante n'est pas envisageable, on pourra envisager une radiothérapie primaire hyperfractionnée ou à fractionnement accéléré sans réduction du dosage.</li></ul>	Faible	Bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Une radiothérapie primaire à fractionnement accéléré avec réduction du dosage n'est pas recommandée chez les patients souffrant d'un cancer de la tête ou du cou.</li></ul>	Forte	Bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Une radiothérapie postopératoire devrait être administrée dans les classes pT avancées (T3 et T4) ou en présence d'une atteinte des ganglions lymphatiques (&gt; pN1). Elle devrait également être envisagée en cas d'extension péri-neurale ou d'infiltration des vaisseaux lymphatiques. Chez les patients à haut risque (i.e. marges de résection étroites ou positives, extension extracapsulaire), une chimioradiothérapie postopératoire est recommandée.</li></ul>	Forte	Bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Une radiothérapie postopératoire devrait faire l'objet d'un fractionnement conventionnel (p.ex. 60-66 Gy sur une période de 6 à 6,5 semaines, à raison de 2 Gy par jour 5 fois par semaine).</li></ul>	Faible	Bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Une (chimio)radiothérapie postopératoire devrait être initiée le plus rapidement possible – comprenez, dans les 6 semaines qui suivent l'intervention – et clôturée 11 à 13 semaines après la chirurgie.</li></ul>	Forte	Bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Dans le cadre d'une chimioradiothérapie concomitante, la radiothérapie devrait faire l'objet d'un fractionnement conventionnel (2 Gy par fraction, 5 jours par semaine, dose totale 64-66 Gy) et la chimiothérapie devrait être à base de platine (100 mg/m<sup>2</sup> 3 fois par semaine).</li></ul>	Faible	Bas



## DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE L'ORO/HYPOPHARYNX et du LARYNX

### 4.3.3. Chimiothérapie d'induction

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
<ul style="list-style-type: none"><li>Chez les patients atteints d'un cancer de l'hypopharynx ou du larynx localement avancé, une chimiothérapie d'induction – suivie d'une radiothérapie chez les sujets répondeurs et d'une intervention chirurgicale chez les non-répondeurs – constitue une option valable dans le cadre d'une stratégie thérapeutique visant à épargner les organes. Le schéma TPF (<i>docétaxel, cisplatine et 5-fluoro-uracile</i>) constitue la chimiothérapie d'induction préférentielle.</li></ul>	Forte	Bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Chez les patients atteints d'un cancer de l'oropharynx, les données probantes disponibles ne sont pas suffisantes pour recommander une chimiothérapie d'induction.</li></ul>	Faible	Bas
<ul style="list-style-type: none"><li>La chimiothérapie d'induction n'est pas recommandée comme traitement standard dans les stratégies autres que celles visant à préserver les fonctions.</li></ul>	Forte	Bas

### 4.3.4. Gestion des ganglions lymphatiques cervicaux

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
<ul style="list-style-type: none"><li>Les mêmes principes thérapeutiques devraient être appliqués à la gestion des ganglions lymphatiques cervicaux qu'à celle de la tumeur primaire (p. ex. si la tumeur primaire est traitée par voie chirurgicale, il conviendra de réaliser un curage cervical).</li></ul>	Faible	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Un traitement cervical sélectif bilatéral (<i>chirurgie ou radiothérapie, cf. supra</i>) est recommandé chez les patients atteints d'un carcinome oropharyngé, hypopharyngé ou supraglottique. Néanmoins, un traitement unilatéral pourra être envisagé en présence d'une tumeur latéralisée de petite taille.</li></ul>	Faible	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Le traitement cervical pourra être omis chez les patients atteints d'un carcinome glottique à un stade précoce (I ou II), sauf en cas d'extension supraglottique.</li></ul>	Faible	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Chez les patients avec ganglions positifs traités par (chimio)radiothérapie primaire, une évaluation cervicale diagnostique par PET/CT ou IRM pondérée en diffusion devrait être réalisée au plus tôt trois mois après la fin du traitement primaire.</li></ul>	Faible	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Chez les patients atteints d'une tumeur de l'oropharynx, de l'hypopharynx ou du larynx (N1-3) qui affichent une réponse complète à la chimioradiothérapie (évaluée par FDG-PET/CT ou IRM pondérée en diffusion), il n'existe pas de données en faveur d'un curage lymphatique supplémentaire.</li></ul>	Faible	Très bas



## DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE L'ORO/HYPOPHARYNX et du LARYNX

### 4.4. Traitement des cancers métastatiques ou récurrents non éligibles à un traitement curatif

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
<ul style="list-style-type: none"><li>Chez les patients atteints d'un HNSCC métastatique ou récurrent non éligible à un traitement curatif, une chimiothérapie palliative ou un traitement ciblé devrait être envisagé après consultation du patient.</li></ul>	Forte	Très bas

### 4.5. Traitement de rattrapage

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
<ul style="list-style-type: none"><li>Chez les patients présentant une récurrence locorégionale résécable après un traitement primaire à visée curative, il conviendra d'envisager une chirurgie de rattrapage. Cette procédure devrait être strictement réservée aux équipes chirurgicales expérimentées.</li></ul>	Faible	Très bas
<ul style="list-style-type: none"><li>Chez les patients présentant une récurrence locorégionale non résécable après un traitement primaire à visée curative, il conviendra d'envisager une ré-irradiation, potentiellement à visée curative. Cette irradiation ne devrait être réalisée que dans les centres disposant d'une expertise adéquate.</li></ul>	Faible	Très bas

## 5. IMPLEMENTATION ET MISE A JOUR DE LA RECOMMANDATION

### 5.1. Implémentation

La mise en œuvre de la présente recommandation sera facilitée par le Collège d'Oncologie et les organisations professionnelles impliquées dans sa rédaction. Un outil d'implémentation en ligne similaire à ceux élaborés dans le cadre de recommandations antérieures ([www.collegeoncologie.be](http://www.collegeoncologie.be)) sera créé. Plusieurs canaux tels que des sites internet ou des activités de formation continue pourront être utilisés à cette fin ; ce matériel pourra également, le cas échéant, être converti en outils conviviaux et attrayants sur mesure pour différents groupes de prestataires de soins.

Les obstacles suivants ont été identifiés à la mise en œuvre de la recommandation :

- La plupart des recommandations reposent sur des données probantes de faible voire de très faible qualité, et les cliniciens pourraient être réticents à les implémenter.
- Les recommandations relatives à l'imagerie PET/CT ou IRM ne prennent pas en compte les délais d'attente potentiels.
- Le traitement par IMRT n'est pas disponible dans tous les centres de radiothérapie belges.
- Certaines recommandations insistent sur la nécessité de réaliser le traitement dans un centre disposant d'une expertise suffisante. À l'heure actuelle, la prise en charge des patients atteints d'un cancer de la tête et du cou n'est toutefois pas centralisée et aucune évaluation formelle de la qualité des soins qui leur sont dispensés n'est organisée.
- Certains centres traitant des patients atteints d'un cancer de la tête et du cou pourraient ne pas disposer de dentistes spécialisés, nutritionnistes, logopèdes, etc.

### 5.2. Surveillance de la qualité des soins

Cette recommandation se veut un point de départ pour le développement de programmes d'amélioration de la qualité ciblant tous les soignants concernés.

Elle peut être utilisée comme un outil de soutien aux politiques de santé ciblant l'amélioration de la qualité des soins, p.ex. par le biais de mesures visant à accroître la prise de conscience et à améliorer la pratique médicale parmi les prestataires de soins, ou encore au travers du développement (ou de la révision) d'ensembles d'indicateurs de qualité axés sur les processus et les résultats. Le développement d'indicateurs de qualité est prévu après la publication de la présente recommandation.