

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE HADJ LAKHDAR DE BATNA
FACULTE DE MEDECINE

THESE

Pour l'Obtention du Doctorat En Sciences Médicales

Spécialité : ORL

**INTERETS DE LA MISE EN PLACE D'UNE UNITE DE
CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE EN CANCEROLOGIE
(UCMC)**

**POUR LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS
O R L- DE LA FACE ET DU COU
AU NIVEAU DU CHU DE BATNA**

Présentée et soutenue le : 28/10/2015
Par le Docteur AMOURACHE Yacine
Maître Assistant en ORL
CHU de Batna

Composition du Jury :

Président	Professeur DOUCHE Sadek, Faculté de Médecine de Annaba
Directeur de thèse	Professeur FILALI Taha, Faculté de Médecine de Constantine
Examineur	Professeur BOUNECER Hocine, Faculté de Médecine de Batna
Examineur	Professeur MECIBAH Ali, Faculté de Médecine de Batna

Année Universitaire : 2015 - 2016

REMERCIEMENTS

Louanges à Dieu, Clément et Miséricordieux qui m'a tout donné.

Mes remerciements et toute ma gratitude vont :

- A mon directeur de thèse, Monsieur le professeur Taha FILALI, d'avoir accepté de diriger ce travail, en tant que cancérologue aguerri et averti, ses orientations à la fois précises et pertinentes nous ont été précieuses.
- Au président du jury, Monsieur le professeur Sadek DOUCHE, de nous avoir fait l'honneur de présider ce jury, nous lui reconnaissons sa notoriété en ORL et CCF, son honnêteté scientifique dans les travaux et une simplicité dans son abord.
- A Monsieur le professeur Hocine BOUNECER, ses qualités d'expert en méthodologie, ainsi que dans l'organisation des soins et en épidémiologie des cancers, le rendent indispensable, pour juger notre travail.
- A Monsieur le professeur Ali MECIBAH, par son expérience, son esprit pratique et sa connaissance de la cancérologie ORL et cervico-faciale algérienne, le rendent aussi indispensable, pour juger ce travail.
- A Messieurs le Recteur de l'université de Batna, au Doyen, Vices-Doyen et le personnel de la faculté de médecine de Batna.
- A toutes les Collaboratrices et tous les Collaborateurs ayant participé à ce travail.
- A toute l'équipe de la clinique ORL et CCF, EPH Batna : Médicale (Médecins, résidentes et résidents) et paramédicale.
- A monsieur le directeur de l'EPH Batna.
- A toute l'équipe d'oncologie du CAC de Batna Médicale et paramédicale.
- A toute l'équipe de radiothérapie du CAC de Batna : Médicale et paramédicale
- A Messieurs les directeurs du CAC et du CHU de Batna.
- Aux confrères ORL du secteur libéral du bassin de vie de Batna.
- A tous nos maîtres ainsi qu'aux auteurs cités en références.
- A toutes les Personnes qui m'ont soutenu et porté conseil.
- A Madame Atmani F. pour son soutien et sa proche collaboration.

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- A mes parents
- A ma femme et mes enfants
- A mes sœurs et frères ; belles sœurs et beaux frères
- A toutes et à tous les ami(e)s
- A tous les patients atteints du cancer (enfants et adultes, femmes et hommes), en espérant que ce travail contribuera à leur prise en charge qualitative et efficace.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CNP : Carcinome du Nasopharynx

CAC : Centre Anti-Cancer

Cf. : se reporter à

C.H.U : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies

CIM O : Classification Oncologique des Maladies

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

Comité MD : Comité MultiDisciplinaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

3C : Centres de Coordination en Cancérologie

Coll.: collaborateurs

EBV: Epstein-Bar Virus

EBM: Evidence Based Medicine

EGF-R : Epidermal Growth Factor Receptor

EPH : Etablissement Publique Hospitalier

FRANCIM : France-Cancer-Incidence et Mortalité créé en 1991, Réseau des registres français de cancer.

FT : Fiche Technique

Globocan : Global Cancer Control : GLOBOCAN aims to provide contemporary estimates of the incidence of, mortality and prevalence from major type of cancers, at national level, for 184 countries of the world.

Hab.: habitants

HAS : La Haute Autorité de Santé Française

HLA : Human Leukocyte Antigen : antigènes (ou marqueurs) des leucocytes humains

HPV: Human Papilloma Virus

ICM : Interdisciplinary Clinical Meeting

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sanitaires

INCA : Institut National du Cancer Français

INSP : Institut National de Santé Publique

LMNH : Lymphome Malin Non Hodgkinien

MCC : Multidisciplinary Conference Cancer

MCCs : Multidisciplinary Cancer Conferences

MCT : Multidisciplinary Care Teams

MD : Multidisciplinaire

MDM : MultiDisciplinary Management of Cancer

MDTs : MultiDisciplinary Teams

N.B : nota bene

NCI : National Cancer Institute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL: Oto-Rhino-Laryngologie

ORL et CCF : Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale

PEC : prise en charge

PPS : Programme Personnalisé de Soins

RC3D : Radiothérapie Conformationnelle en 3 Dimensions

RCMI : Radiothérapie Conformationnelle par Modulation d'Intensité

rdv : rendez-vous

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaires

RCM : Réunions de Concertation Multidisciplinaires

RT : Radiothérapie

SAONORL : Société Algérienne d'Otoneurochirurgie, d'Oto-Rhino-Laryngologie et de chirurgie Cervico Faciale.

SEER: Surveillance, Epidemiologie and End Results

Score ASA: Score American Society of Anesthesiology

SOR : Standards, Options et Recommandations

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

TEP : Tomographie par Emission de Positons

Tumor Board : T.B (Tumeur Conseil)

TNM : Tumor Node Metastatic : Tumeur Ganglions lymphatiques Métastases

UCNT : Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type

UCMC : Unité de Consultation Multidisciplinaire en Cancérologie

UCP : Unité de Concertation Pluridisciplinaire

UCPO : Unité de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie

UK : United Kingdom

USA : United States of America

VADS : Voies Aéro-digestives Supérieures

VMDT : Virtual MultiDisciplinary Team

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition topographique et histologique des cancers des VADS et Facteurs de risque

Tableau 2 : Nombre de dossiers traités par mois et par année en RCP

Tableau 3 : Provenance des patients répartis par wilaya

Tableau 4 : Traitement proposé Selon le Référentiel ou non

Tableau 5 : Suivi du plan de traitement

Tableau 6 : Répartition par motif de RCP

Tableau 7 : Répartition selon la localisation de la tumeur

Tableau 8 : Répartition selon la CIM10 (localisation et sous localisation)

Tableau 9 : Répartition selon le résultat Anatomopathologique

Tableau 10 : Répartition de l'ensemble des cas selon la classification TNM (T1T2 et T3T4)

Tableau 11 : Répartition du cancer du cavum selon la classification TNM (T1T2 et T3T4)

Tableau 12 : Répartition du cancer du Larynx selon la classification TNM (T1T2 et T3T4)

Tableau 13 : Répartition selon le regroupement par stade

Tableau 14 : Répartition selon le Traitement à Réaliser

Tableau 15 : Tableau croisé Siege Tumeur Primitive * Traitement à Réaliser

Tableau 16 : Surveillance à un an (série patients 2013)

Tableau 17 : Répartition par année – Série sans RCP

Tableau 18 : Répartition selon le sexe – Série sans RCP

Tableau 19 : Répartition selon l'origine – Série sans RCP

Tableau 20 : Répartition selon la localisation de la tumeur – Série sans RCP

Tableau 21 : Répartition par année des cas avec RCP et sans RCP – série totale

Tableau 22 : Répartition selon le sexe – Ensemble des séries

Tableau 23 : Répartition selon l'origine – Ensemble des séries

Tableau 24 : Répartition selon le nombre de cas, Benyahia S. et coll.

Tableau 25 : Répartition selon le sexe, Benyahia S. et coll.

Tableau 26 : Répartition selon la localisation ou le site anatomique tumoral, Benyahia S. et coll.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Provenance des patients, répartis par wilaya

Figure 2 : Répartition selon l'âge

Figure 3 : Répartition selon le sexe

Figure 4 : Répartition selon le Siège de la tumeur

Figure 5 : Répartition selon le regroupement par stade

Figure 6 : Répartition selon le Traitement à Réaliser

Figure 7 : Surveillance à un an (série patients 2013)

Figure 8 : Provenance des patients répartis par wilaya - Série sans RCP

Figure 9 : Provenance des patients, répartis par wilaya - Ensemble des séries

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION, PROBLEMATIQUE et OBJECTIFS	1
1.1. INTRODUCTION	2
1.2. PROBLEMATIQUE	6
1.2.1. Selon le contexte international.....	6
1.2.2. Selon le contexte local.....	10
1.3. OBJECTIFS	11
1.3.1. Objectif principal.....	11
1.3.2. Objectifs secondaires.....	11
II- ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES.....	13
1. PLURIDISCIPLINARITE, STRUCTURES MULTIDISCIPLINAIRES ET CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE	14
2. MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS ORL DE LA FACE ET DU COU.....	25
1. PLURIDISCIPLINARITE, STRUCTURES MULTIDISCIPLINAIRES ET CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE	15
1.1. Introduction.....	15
1.2. Pluridisciplinarité.....	16
1.2.1. Définition.....	16
1.2.2. Application.....	17
1.3. Structures multidisciplinaires.....	18
1.3.1. Terminologie.....	18
1.3.2. Focus sur la structure pluridisciplinaire française.....	19
1.4. Concertation pluridisciplinaire.....	20
1.4.1. Fonctionnement des RCP.....	20
1.4.2. Outils de La pluridisciplinarité.....	21
1.5. Aspect médico-légal et pluridisciplinarité.....	23
1.6. Evaluation de la prise en charge pluridisciplinaire	24
2. Modalités DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS ORL DE LA FACE ET DU COU.....	26

2.1. Introduction.....	26
2.2. Epidémiologie.....	26
2.2.1. Incidence, morbidité et mortalité.....	26
2.2.2. Facteurs de risque.....	28
2.3. Histopathologie	31
2.4. Diagnostic.....	34
2.5. Pronostic.....	37
2.6. Stratégie thérapeutique.....	38
2.6.1. Moyens.....	38
2.6.1.1. Chirurgie.....	38
2.6.1.2. Radiothérapie.....	41
2.6.1.3. Chimiothérapie.....	43
2.6.1.4. Traitements associés.....	45
2.6.2. Indications.....	45
2.6.3. Résultats.....	48
2.7. Perspectives.....	49
III- MATERIEL ET METHODES	50
1.1. Contexte.....	51
1.2. Matériel.....	52
1.2.1. Patients.....	52
1.2.2. Pathologie ou cas.....	52
1.2.3. Critères d'éligibilité des patients	52
1.2.3.1. Patients inclus dans l'étude	52
1.2.3.2. Patients exclus de l'étude	53
1.2.3.3. Patients sans RCP.....	53
1.3. Méthodes.....	53
1.3.1. Type d'étude.....	53
1.3.2. Durée de l'étude.....	53
1.3.3. Procédure.....	53
1.3.4. Recrutement des patients	54
1.3.5. Organisation et fonctionnement des RCP.....	54
1.3.6. Recueil des données	55
1.3.7. Critères de jugement et évaluation des résultats.....	55
1.3.7.1. Evaluation du fonctionnement des RCP.....	56
1.3.7.2. Evaluation de la qualité de prise en charge multidisciplinaire des patients.....	56
1.3.8. Saisie des données et méthode d'analyse des Résultats	57
IV- RESULTATS	58
Préambule.....	59
1. RESULTATS DE LA SERIE DE PATIENTS AVEC RCP.....	59
1.1. Installation de l'UCMC.....	59

1.2. Fonctionnement des RCP.....	59
1.2.1. Aspect quantitatif des RCP.....	59
1.2.2. Aspect qualitatif des RCP.....	62
1.3. Prise en charge multidisciplinaire des patients.....	63
1.3.1. Répartition des cas selon l'âge.....	64
1.3.2. Répartition des cas selon le sexe.....	64
1.3.3. Répartition des cas selon le motif de RCP	65
1.3.4. Répartition des cas selon la localisation de la tumeur.....	66
1.3.5. Classification de la tumeur selon la CIM 10.....	67
1.3.6. Répartition des cas selon le résultat anatomopathologique.....	69
1.3.7. Répartition des cas des cas selon la classification TNM.....	69
1.3.7.1. Répartition de l'ensemble des cas selon la classification TNM	70
1.3.7.2. Répartition des cancers du cavum et du larynx selon la classification TNM.....	70
1.3.8. Répartition des cas selon le regroupement par stade.....	71
1.3.9. Répartition des cas selon le traitement à réaliser	72
1.3.10. Répartition des cas selon le siège de la tumeur et le traitement à réaliser.....	74
1.3.11. Surveillance à un an du traitement	74
2. RESULTATS DE LA SERIE DE PATIENTS SANS RCP.....	75
2.1. Résultats des recueils de données des patients sans RCP.....	75
2.2. Nombre de dossiers/patients sans RCP.....	76
2.3. Répartition des cas selon l'âge.....	76
2.4. Répartition des cas selon le sexe.....	76
2.5. Répartition des cas selon l'origine.....	76
2.6. Répartition des cas selon la localisation de la tumeur.....	78
3. ENSEMBLE DES RESULTATS	78
3.1. Nombre de cas	78
3.2. Récidives et nouveaux cas	79
3.3. Répartition des cas selon l'âge.....	79
3.4. Répartition des cas selon le sexe.....	79
3.5. Répartition des cas selon l'origine.....	80
V- DISCUSSION	81
1.1. Cancers O. R. L, de la face et du cou.....	82
1.2. Structures multidisciplinaires.....	83
1.3. Evaluation et discussion des résultats	84
1.3.1. Fonctionnement des RCP et leur impact sur les pratiques professionnelles.....	84
1.3.1.1. Fonctionnement des RCP	84
1.3.1.1.1. Critères quantitatifs.....	84
1.3.1.1.2. Critères qualitatifs	85
1.3.1.2. Impact des RCP sur les pratiques professionnelles	87
1.3.2. Evaluation et discussion de la prise en charge multidisciplinaire des patients.....	87

1.3.2.1. Délai de prise en charge des patients.....	87
1.3.2.2. Qualité de prise en charge multidisciplinaire des patients.....	88
1.3.2.2.1. Aspect épidémiologique.....	88
1.3.2.2.2. Aspect diagnostique.....	93
1.3.2.2.3. Aspect thérapeutique	94
VI- RECOMMANDATIONS ET PROPOSITIONS	96
1. Recommandations.....	97
1.1. Organisation des soins.....	97
1.2. Spécialisation du corps médical.....	97
1.3. Etablissement d'un référentiel.....	97
1.4. Formation et recherche.....	98
1.5. Registres de cancers.....	98
1.6. Création d'un institut national du cancer	98
1.7. Evaluation.....	98
1.8. Participation aux projets.....	99
2. Propositions.....	99
2.1. Structure multidisciplinaire et son réseau.....	99
2.2. Référentiel.....	99
2.3. Nouvelle fiche technique.....	99
CONCLUSION	101
REFERENCES	104
ANNEXE	124
ANNEXE1 : FICHE TECHNIQUE	125
ANNEXE2 : REFERENTIEL	128

**I- INTRODUCTION,
PROBLEMATIQUE
ET
OBJECTIFS**

1.1. INTRODUCTION

Depuis la moitié du siècle dernier, les efforts n'ont cessé de s'intensifier pour une meilleure prise en charge de la maladie cancéreuse, alors que l'incidence du cancer dans le monde ne cesse d'augmenter, d'après les estimations statistiques de Globocan, 14,1 millions de nouveaux cas de cancers et 8,2 millions de décès par cancer dans le monde en 2012, comparées respectivement à ceux de 2008, soit 12,7 millions et 7,6 millions. Les prévisions estimées pour 2025 seraient de 19,3 millions de nouveaux cas de cancers dans le monde [1].

La létalité du cancer, en constante progression, a poussé ainsi les différents intervenants (politiques, gestionnaires, professionnels de la santé et experts) dans la prise en charge de cette pathologie grave, lourde et coûteuse à s'organiser de mieux en mieux, à se concerter d'avantage pour élaborer de nouvelles stratégies afin de modifier la survie des malades et arriver même à les guérir du cancer.

En 1971, le président des USA, Richard Nixon avec l'Institut National du Cancer (NCI) a lancé un programme de lutte contre le cancer, le « National Cancer Act 1971 » [2]. Pour le président, ce plan était aussi important que la conquête de la lune dix ans auparavant sous la présidence de John F. Kennedy, il a dégagé des crédits exceptionnels, il a mis en place un réseau de centres anti-cancers et assigna comme objectif l'éradication du cancer dans une vingtaine d'années ; malgré l'ampleur du projet, l'impact est resté limité et quarante ans plus tard, les cancers n'ont vu que croître leur incidence et leur mortalité [3].

En Europe, pour ne citer que la France, qui depuis l'année 1920 a commencé à mettre en place les centres de lutte contre le cancer (CLCC), celle-ci en est à son troisième plan cancer depuis 2003, avec évaluation de chaque plan avant de mettre en route le suivant [3].

L'Algérie a pris du retard en matière de lutte contre le cancer [4] et malgré tous les efforts consentis, aboutissant à la mise en place de quelques centres anti-cancer (CAC), la constitution de certains registres du cancer et l'émergence dans certaines structures hospitalières de comités-cancers, il reste beaucoup à faire pour une meilleure organisation et prise en charge de la pathologie cancéreuse. Un plan de lutte contre le cancer (2015-2019) a été établi [5].

La mobilisation pour la lutte contre le cancer demeure une priorité internationale (Charte de Paris contre le cancer), déclarée au sommet mondial pour le nouveau millénaire le 04 février 2000 [3].

Les experts considèrent que le cancer est une maladie de société et les réponses à lui apporter débordent largement le seul système de santé, ainsi, il est nécessaire de mobiliser un grand nombre d'acteurs et d'organismes vers un objectif unique imposant une réorganisation non seulement des soins et de la recherche mais aussi des secteurs économiques et sociaux, industriels et environnementaux [3].

Depuis longtemps, il était apparu que la collaboration entre professionnels de santé de spécialités différentes était une des bases de la pratique médicale en oncologie, d'où le concept de pluridisciplinarité ou multidisciplinarité, cela fait parti intégrale de l'organisation des soins pour une meilleure prise en charge des patients atteints de cancer et c'est l'un des axes principaux de différents plans de lutte contre le cancer qui a fait l'objet de nombreuses stratégies en perpétuelles évaluations.

A travers le monde, dans différents pays, surtout depuis les années 90 du siècle passé, on a constaté l'émergence de structures multidisciplinaires sous différentes dénominations : Multidisciplinary management of cancer patients, Multidisciplinary Care Teams, Multidisciplinary / Interdisciplinary / clinical meeting et tumor boards aux USA [6,7]. En Europe, pour la France et les pays Francophones on retrouve les termes de comités, d'unités ou de centres pluridisciplinaires [8,9] ; en Grande Bretagne [10,11], en Allemagne [12], en Suisse [13], en Hollande [14] et certains pays Arabes [15] on retrouve les termes anglo-saxons.

Ces structures multidisciplinaires localisées dans des centres agréés pour la prise en charge des cancers sont spécialisées par organe, organisent des réunions de concertation multidisciplinaires ou Pluridisciplinaires (RCP) en faisant participer un panel de spécialistes et d'experts intervenant dans le diagnostic et la décision thérapeutique des patients cancéreux, elles permettent de disposer en conséquence d'une base de données considérable et d'une importance capitale pouvant être exploitée par différentes études, institutions ou organismes [16,17,18].

Des structures multidisciplinaires, dites transdisciplinaires ou interdisciplinaires d'ordre international ou national pour des prises en charge très spécifiques telle que les essais cliniques pour la thérapie des cancers [19] ou les cancers rares [20, 21], ont aussi émergées.

Un support législatif, pour accompagner et pérenniser la pluridisciplinarité et ses structures, s'est avéré indispensable. En France par exemple, depuis l'année 2005, les RCP sont devenues obligatoires par décret présidentiel [22] et les centres dépourvus de ce type de réunions ne sont plus agréés [23]. Bien que d'énormes progrès aient été réalisés dans ce pays, on lance encore des appels à

projets de recherche, concernant l'organisation des soins et la prise en charge qualitative, s'articulant autour des patients atteints de cancer.

Les cancers ORL, de la face et du cou ou les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), (Head and Neck Cancer pour les anglo-saxons) représentent 10% de la totalité des cancers, sont classés au cinquième rang parmi les cancers pour leur incidence (après le cancer du sein, du colon-rectum, de la prostate et du poumon) et au sixième rang quant à la mortalité par cancer [24]. Ces cancers ont fait l'objet, dans le cadre de prise en charge multidisciplinaire de quelques travaux et publications européennes [8, 10,12] et américaines [6, 16, 17, 18,19].

Une étude sur l'approche pluridisciplinaire des cancers des VADS, relevant de notre spécialité, nous a paru originale et intéressante à mener sous le thème :

« INTERETS DE LA MISE EN PLACE D'UNE UNITE DE CONSULTATION MULTIDISCIPLINAIRE EN CANCEROLOGIE (UCMC), POUR LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS O R L - DE LA FACE ET DU COU, AU NIVEAU DU CHU DE BATNA »

C'est une étude prospective, intéressant la population du bassin hospitalier du C.H.U de Batna.

La problématique soulève d'une part, la question de la mise en place de la structure multidisciplinaire, la détermination des conditions de son bon fonctionnement et de sa pérennisation et d'autre part, la question de l'impact que peut avoir le mode de prise en charge pluridisciplinaire des cancers des VADS, sur les pratiques professionnelles et sur la qualité de prise en charge des patients par opposition au mode de prise en charge classique (sans concertation pluridisciplinaire).

L'objectif principal de notre travail est de faire bénéficier à un maximum de patients, présentant un cancer des VADS, provenant du bassin hospitalier de Batna, le mode de prise en charge pluridisciplinaire ainsi que la promotion de ce type de prise en charge.

Un des objectifs secondaires, aussi important, est celui de disposer d'une base de données pour le suivi des patients, qui constituera, en outre, une source d'informations importantes pour des études épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, socioéconomiques, pour les registres du cancer ainsi qu'à la recherche scientifique.

Il nous a paru essentiel en matière d'état de connaissances récentes de faire un exposé sur la multidisciplinarité et les modalités de prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers ORL, de la Face et du Cou.

Nous rapportons les résultats de notre étude : série de 141 cas de cancer des VADS, par prise en charge pluridisciplinaire, colligés dans l'UCMC (Unité de Consultation Multidisciplinaire en Cancérologie) sur deux années.

L'analyse des résultats est discutée à travers une revue de la littérature nationale et internationale.

Nous ressortons avec certaines recommandations et propositions concernant l'organisation des soins et la prise en charge pluridisciplinaire des patients ainsi que sur les structures multidisciplinaires.

En espérant que ce travail participera au progrès d'une prise en charge qualitative du cancer dans notre pays.

1.2. PROBLEMATIQUE

1.2.1. Selon le contexte international

Pour une meilleure prise en charge des patients en cancérologie, la compétence unidisciplinaire ne suffit plus. Il était plus que nécessaire voire impératif d'organiser cette prise en charge sur le plan national, régional et local dans différents pays.

Que ce soit en Europe ou aux Etats-Unis, ces vingt-cinq dernières années, des réflexions et des discussions sur les modalités de prise en charge de la pathologie cancéreuse et sur l'organisation des soins des patients atteints d'un cancer, se sont intensifiées.

Les principaux problèmes à élucider étaient :

- L'agrément des structures habilitées à prendre en charge la pathologie cancéreuse.
- La prise en charge qualitative et concertée des patients cancéreux, avec équité, accompagnée d'un support législatif.
- La recueil des données précises et exhaustives sur le cancer et sa prise en charge.
- L'amélioration de la qualité de vie de ces patients ainsi que le management des soins palliatifs inhérents à cette pathologie lourde.
- La maîtrise des dépenses de santé de cette maladie lourde et coûteuse.

La prise en charge des cancers, requiert à un moment donné, de rassembler plusieurs praticiens autour des dossiers des malades dans le cadre d'une réunion d'un comité pluridisciplinaire. Une telle démarche n'est pas récente, la pluridisciplinarité est appliquée depuis de nombreuses années dans de nombreux centres de traitement des cancers, de par le monde et de façon plus ou moins homogène. La nouveauté tient aux prémices d'une standardisation de son organisation et l'émergence de textes législatifs qui la régissent.

C'est à partir des années 80 notamment aux USA et en Grande Bretagne que la prise en charge multidisciplinaire du cancer a commencé à s'institutionnaliser et à se développer [6,7]

A travers le monde, dans différents pays, on a constaté l'émergence de structures multidisciplinaires. Ces structures sont localisées dans des centres agréés pour la prise en charge des cancers, elles sont spécialisées par organe et organisent des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) en faisant participer des spécialistes et des experts intervenant dans le diagnostic et la décision thérapeutique des patients cancéreux [6,17,18 ,22].

En France, en 2005 une circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie a rendu obligatoire les RCP [22] :

« Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) sont aujourd'hui considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels, permettant également d'effectuer une analyse du bénéfice risque et de la qualité de vie pour le patient, dont il sera informé lors de la remise de son programme personnalisé de soins (PPS).

Le terme de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) doit désormais être retenu pour faire référence à ce concept de pluridisciplinarité lié à la décision thérapeutique.

Tous les dossiers des patients atteints de cancer doivent être enregistrés par le secrétariat de la RCP (22) ».

L'évaluation du fonctionnement des structures multidisciplinaires et de l'impact de la prise en charge pluridisciplinaire sur les décisions et les pratiques professionnelles, ainsi que sur la qualité de prise en charge des patients a fait l'objet de quelques publications avec des résultats plus ou moins concluants.

- Pour Croke J. M et coll. [6], les Conférences multidisciplinaires sur le cancer (MCC) sont conçues pour optimiser les résultats de la prise en charge des patients. Il semble intuitif que ces MCC sont essentielles à la prise de décision thérapeutique et la gestion des patients; cependant, il est difficile de savoir si cette croyance est étayée par des preuves.

L'objectif de leur étude était d'évaluer à travers une revue de la littérature (de 1950 à Juin 2010) l'impact des MCC sur la prise de décision thérapeutique et ses résultats.

Les auteurs trouvent que la plupart des études ont évalué l'impact des MCC sur la décision thérapeutique plutôt que sur les résultats des traitements, qu'il existe des preuves que les MCC influencent de manière significative la prise de décision thérapeutique et qu'en revanche, il y a peu de preuves que les MCC améliorent les résultats thérapeutique des patients.

Ils concluent que, malheureusement, la littérature actuelle est sensiblement hétérogène et ne permet donc pas de tirer des conclusions fermes.

- Wheless S. A et coll. [16], ont mené une étude prospective sur l'impact clinique d'une prise en charge multidisciplinaire.

L'objectif de cette étude était de déterminer l'efficacité de la prise en charge multidisciplinaire à modifier le diagnostic, le stade et le plan de traitement chez les patients présentant une tumeur de la tête et du cou.

120 patients ont été inclus dans l'étude, ces patients dont le diagnostic, le stade et le plan de traitement, ont été décidés sans concertation multidisciplinaire, sont discutés en concertation multidisciplinaire au sein de leur établissement.

Les résultats de la comparaison entre les deux modes de prise en charge, chez les mêmes patients, retrouvent qu'environ 24% de ces patients avaient un changement dans le diagnostic et le plan du traitement après concertation multidisciplinaire.

Les auteurs concluent que la prise en charge multidisciplinaire a un impact positif et efficace sur le diagnostic et la décision thérapeutique pour un nombre important de patients et serait plus habilitée à la prise en charge des tumeurs de la tête et du cou.

- Nguyen T.D et coll. [25], ont cherché à analyser l'impact des RCP sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Deux enquêtes rétrospectives ont été menées en 2005 et en 2006 au Centre Régional de lutte contre le cancer de Reims, portant chacune sur les six premiers mois de chaque année. Elles ont permis une double évaluation, à la fois de l'organisation de la RCP (délais, exhaustivité des présentations, pluridisciplinarité), et des modalités d'application des recommandations cliniques (thésaurus) par la RCP.

Les auteurs suggèrent, à partir des résultats observés, que la RCP en cancérologie mammaire est particulièrement adaptée à une évaluation fine et pertinente des pratiques professionnelles. Les indicateurs spécifiques présentés dans ce travail doivent encore faire l'objet de discussions et sont en tout état de cause amenés à évoluer. Cependant et compte tenu des importantes mesures d'amélioration pratique que la présentation de ces indicateurs a suscité au sein de leur centre, les auteurs proposent la mise en place d'une évaluation similaire dans un certain nombre d'établissements de soins volontaires et un partage d'expériences permettant la validation de la démarche.

- Castel P coll. [26], avancent que la pluridisciplinarité est un principe recommandé pour guider la pratique en cancérologie, et que peu d'études se sont intéressées à la façon dont ce principe peut concrètement se décliner.

Leur étude intéresse le fonctionnement d'un comité pluridisciplinaire spécialisé dans la prise en charge d'un cancer rare. Deux cent dix-neuf discussions de dossiers ayant eu lieu au cours de 26 réunions entre le 9 avril 2003 et le 14 février 2004 ont été analysées. Ces discussions ont été retranscrites et ont fait l'objet d'un traitement qualitatif et quantitatif. Alors que le Plan cancer fait du recours à de tels comités un préalable indispensable aux décisions thérapeutiques, l'étude a montré deux points importants, d'une part, elle confirme qu'un comité pluridisciplinaire peut constituer un cadre propice aux décisions collectives, favorisant l'expression et l'étude d'options thérapeutiques

alternatives (72 dossiers sur 219) ; Plus généralement, les membres du comité échangent des arguments lors des discussions qui concernent le plus fréquemment l'état clinique et psychologique du patient (50 dossiers sur 219), les données de la science (39 dossiers sur 219) et l'expérience personnelle des spécialistes (33 dossiers sur 219), d'autre part, cette étude souligne que la mise en place de comités pluridisciplinaires ne saurait constituer une condition suffisante à l'amélioration des décisions thérapeutiques, en effet dans le cas présent, la qualité des décisions ne repose pas uniquement sur le caractère collectif des discussions mais dépend aussi des compétences individuelles et spécifiques de certains membres du comité que les autres membres leur reconnaissent.

En France, on lance encore des appels à projets de recherche en cancérologie qui s'articule autour du patient dont l'objectif est la meilleure prise en charge et dans lequel la multidisciplinarité occupe une place importante [27].

En terme de recherche, l'introduction des patients dans les essais cliniques se décide en réunions multidisciplinaires [18,28].

En matière de base de données, les structures multidisciplinaires avec leurs fiches techniques et les systèmes d'informatisation, disposent de données considérables sur le cancer (épidémiologie, pathologie, thérapie etc.).

Actuellement le SEER Program (Surveillance, Epidemiologie and End Results) dirigé par l'institut national du cancer américain s'appuie sur les structures multidisciplinaires des différents états (USA) pour le recueil des informations précises et les plus complètes possibles sur le cancer (banque de données) ; avec le NIC les données sont analysées, des évaluations sont faites afin d'éclairer les différents acteurs contribuant dans la prise en charge du cancer [18].

En terme de progrès en cancérologie, l'exemple de la France est assez intéressant à citer, le premier plan de lutte contre le cancer a été lancé en 2003, et depuis, les activités se sont multipliées pour la mise en place : des structures multidisciplinaire en oncologie, des réseaux du cancer, des collèges d'experts et des registres sur le cancer (réseau FRANCIM) ; le tout en relation avec l'institut national du cancer (créé en 2004). Des structures spécialisées comme les cancéropôles et les tumorothèques ont vu le jour ; la recherche translationnelle, également appelée médecine expérimentale, est au cœur du programme de recherche des plans cancer [29,30].

1.2.2. Selon le contexte local

Bien que l'on note ici ou là, dans les secteurs bien médicalisés de notre pays, certaines bonnes pratiques de prise en charge de la pathologie cancéreuse, telles que concertations et avis entre spécialistes, la constitution de certains comités-cancers (comité-sein, comité-cavum), l'établissement de registres des cancers dans certaines localités (CHU : Oran, Alger, Constantine, Sétif, Batna) ; il n'existe pas une véritable organisation des soins pour la prise en charge qualitative de cette pathologie, et encore moins les textes qui régissent cette organisation.

Depuis l'année 2011, il existe une volonté politique pour établir un plan de lutte contre le cancer. Cela ne s'avère guère suffisant et il faudrait mettre en place des structures officielles répondant à un organigramme établi sur le plan national.

Certains ministres de la santé ont entamé des discussions avec la France et d'autres pays pour une coopération étroite dans ce domaine.

Récemment (2014), dans le plan cancer 2015-2019, on insiste de façon globale sur la prise en charge multidisciplinaire (dite intersectorielle) du cancer [5].

- Pour El Saghir N. et coll. [15], la prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de cancer offre de meilleurs soins, elle est recommandée par beaucoup d'auteurs de pays à revenus hauts. Il ya très peu de documentation sur les pratiques de la multidisciplinarité dans les pays à revenus bas et intermédiaires. Une enquête, à travers le réseau Internet, auprès de 338 praticiens spécialistes en oncologie (hématologie, gynécologie et chirurgie viscérale) de divers pays arabes était menée durant l'année 2010.

Alors que 72% des responsables ont déclaré avoir un comité MD (Tumor Board), seulement 49% ont déclaré que leur comité se réunit une fois par semaine.

Parmi ceux qui n'ont pas de comités, 57% assistent à une réunion de comité d'un autre hôpital 60% des répondants assistent aux réunions multidisciplinaire pour demander l'avis du groupe sur la prise en charge de leurs patients ; 93% des médecins interrogés conviennent que les comités doivent être obligatoires.

L'absence de travaux sur l'organisation des soins en cancérologie et la prise en charge pluridisciplinaire des patients dans notre pays, nous a incité à faire cette étude.

1.3. OBJECTIFS

1.3.1. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est de faire bénéficier à un maximum de patients, présentant un cancer des VADS, provenant du bassin hospitalier de Batna, le mode de prise en charge pluridisciplinaire ainsi que la promotion de ce type de prise en charge à travers la mise en place de l'unité de consultation multidisciplinaire en cancérologie (UCMC).

1.3.2. Objectifs secondaires

- Disposer d'une base de données pour le suivi des patients au long cours, elle constituera, en outre, une source d'informations importantes pour des études, épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, socioéconomiques, pour les registres du cancer ainsi qu'à la recherche scientifique.
 - La constitution de réseaux locaux, régionaux et nationaux par spécialité (le rôle de l'UCMC comme structure de base).
 - La mise en place de collèges d'experts par spécialité (pour l'établissement des référentiels et l'évaluation des travaux de l'UCMC).
 - Les registres de cancers (l'UCMC peut constituer une base de données pour le registre).
 - La prévention et le dépistage des cancers (l'UCMC peut en constituer une base de données).
 - La formation et la recherche en cancérologie (contribution de l'UCMC).
 - Ce modèle pourra servir éventuellement pour la mise en place et l'extension d'UCMC aux autres structures (C.H.U) de notre spécialité. Il pourra aussi servir de modèle pour d'autres spécialités.
 - La création d'un institut national du cancer (l'UCMC à vocation régionale, intégré dans un réseau doit être en relation étroite avec un institut national du cancer).
 - Elaborer une véritable saisine.
- En effet, c'est aux scientifiques et compétences de saisir les autorités et les différentes instances de l'état pour légiférer et établir les textes nécessaires, pour l'organisation des soins en cancérologie et installer les différentes structures compétentes en la matière sur le plan local, régional et national.

Les pays qui ont réussi dans ce domaine sont les pays qui ont bien légiférés, à l'instar des USA [2], de la Grande- Bretagne [31] et de la France [22,32].

En France, on dénombre une multitude de circulaires, de décrets et d'arrêtés, dont on citera quelques-uns notamment sur :

- . L'organisation des soins en cancérologie de l'adulte [22] et de l'enfant [33],
- . Le référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs [34],
- . Les Critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie [35], de la radiothérapie [36] et de la chirurgie en cancérologie [37],
- . Les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de traitement du cancer [38],
- . Les droits des malades en fin de vie [39],
- . La liste de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation [40].

II- ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

1. PLURIDISCIPLINARITE,
STRUCTURES
MULTIDISCIPLINAIRES
ET CONCERTATION
PLURIDISCIPLINAIRE

1. PLURIDISCIPLINARITE, STRUCTURES MULTIDISCIPLINAIRES ET CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

1.1. Introduction

Depuis longtemps, il était apparu que la collaboration entre professionnels de santé de spécialités différentes, était une des bases de la pratique médicale en oncologie d'où le concept de pluridisciplinarité, cela fait partie intégrale de l'organisation des soins, pour une meilleure prise en charge des patients atteints de cancer et c'est l'un des axes principaux de différents plans de lutte contre le cancer, ayant fait l'objet de nombreuses stratégies en perpétuelles évaluations.

Avant les années 40, on retrouve dans la littérature des noms qui ont initiés la pluridisciplinarité, comme en France, on reconnaît à Claudius REGAUD (1870 - 1940) d'avoir énoncé dès 1926 les bases de la pluridisciplinarité en oncologie, en disant, qu'il ne saurait y avoir désormais d'organisation sérieuse de la thérapie du cancer, sans concentration des ressources et sans coordinations des compétences [8,41].

Mais c'est à partir de 1940 aux USA [18] et en 1948 en France que la pluridisciplinarité a commencé à se développer [41].

A travers le monde, dans différents pays, surtout depuis les années 80 du siècle passé, on a constaté l'émergence de structures multidisciplinaires sous différentes dénominations : Multidisciplinary conferences, Multidisciplinary management of cancer patients, Multidisciplinary Care Teams, multidisciplinary /interdisciplinary/ clinical meeting, tumor boards aux USA [6,7], en Europe pour la France et les pays Francophones on retrouve les termes de comités, d'unités ou de centres pluridisciplinaires [8,9], en Grande B [10,11], en Allemagne [12], en Suisse [13], en Hollande [14] et certains pays Arabes [15], on retrouve les termes anglo-saxons suscités.

Des structures multidisciplinaires, dites transdisciplinaire ou interdisciplinaire d'ordre international ou national pour des prises en charge très spécifiques telle que la recherche en biologie moléculaire pour les cancers [19] ou les cancers rares [20,21], ont aussi émergées.

Un support législatif, pour accompagner et pérenniser la pluridisciplinarité et ses structures, s'est avéré indispensable. En France par exemple, depuis l'année 2005, les RCP sont devenues obligatoires par décret présidentiel [22] et les centres dépourvues de ce type de réunions ne sont plus agréés [23]. Bien que d'énormes progrès ont été réalisés dans ce pays, on lance encore des appels à

projets de recherche, concernant l'organisation des soins et la prise en charge qualitative, s'articulant autour des patients atteints de cancer.

1.2. Pluridisciplinarité

1.2.1. Définition

La prise en charge des cancers, requiert à un moment donné, de rassembler plusieurs praticiens autour des dossiers des malades dans le cadre d'une réunion d'un comité dit pluridisciplinaire, d'où l'importance de placer ce mot dans son contexte et de mesurer si son sens répond bien au but recherché.

Pour certains auteurs [41,42] le mot le plus adapté serait celui de l'interdisciplinarité.

Pour la pluridisciplinarité, il s'agit d'une « juxtaposition » de professionnels qui stipule que chaque discipline travaille pour elle-même, uniquement sur un objet commun. La pluridisciplinarité ne permet qu'une collaboration fonctionnelle « minimale ». Soit les différents spécialistes ont un objet commun, soit au mieux, ils ont un but commun. La relative indépendance des disciplines ne permet donc pas une interaction maximale, pourtant recherchée en cancérologie [41,42].

Ainsi, le terme d'interdisciplinarité semble plus opportun pour définir ce qui est recherché.

En effet, « l'interdisciplinarité se définit comme le regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches ». Cela signifie donc l'exigence profonde de l'interdisciplinarité pour la coordination et l'harmonisation cohérente de l'ensemble des points de vue [41,42].

Bien que le terme de pluridisciplinarité soit le plus utilisé, celui d'interdisciplinarité devrait lui être préféré pour mieux rendre compte du besoin d'échanges entre disciplines et non de simples juxtapositions de compétences. Cette remarque est applicable au domaine de la professionnalité qui est tout aussi fondamental pour une bonne pratique de la médecine du XXI^e siècle : interprofessionnalité plutôt que pluriprofessionnalité [41,42].

L'interdisciplinarité est donc un modèle d'exercice qui favorise l'interaction, tant recherchée aujourd'hui en cancérologie. C'est chaque spécialité qui est invitée à converger vers le patient.

L'organisation du travail qui en découle est forte de sens. Chaque expertise a son poids, mais tous recherchent le bien commun des patients [41].

1.2.2. Application

La pluridisciplinarité (l'interdisciplinarité) s'appuie sur deux fondements [41].

D'abord, c'est l'éthique qui est mise en exergue. En effet, chaque patient a le droit d'avoir une expertise relativement exhaustive sur son cas. Chaque médecin compétant doit donc intervenir sur le dossier du malade cancéreux pour lui permettre, dans le meilleur des cas, une guérison.

Le fait de proposer une stratégie thérapeutique à plusieurs permet aussi à tous les patients d'éviter les effets secondaires des traitements thérapeutiques.

Le second fondement, concerne la qualité des pratiques professionnelles. En effet, la prise en charge personnalisée permet de rendre des avis de qualité puisque basés sur plusieurs expertises. Ainsi, tous les patients doivent avoir la chance de bénéficier des meilleurs médecins. Le principe d'accessibilité aux meilleurs professionnels pour leur pathologie permet aussi une prise en charge équitable. Ces deux principes interagissent.

Enfin, la question du coût reste en suspens. Selon plusieurs articles, la pluridisciplinarité semble réduire les frais. L'argument avancé, alors, est celui de la diminution des traitements peu efficaces qui coûtent chers, surtout lorsqu'ils sont inutiles pour vaincre la maladie [41].

La pluridisciplinarité est appliquée depuis de nombreuses années dans de nombreux centres de traitement des cancers, de par le monde, de façon plus ou moins homogène.

La nouveauté tient aux prémices d'une standardisation de son organisation et l'émergence de textes législatifs qui la régissent.

C'est à partir des années 80 notamment aux USA et en UK que la prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de cancer a commencé à s'institutionnaliser et à se développer [6,7]. D'autres pays européens ont suivi et, en France en 1997, la conférence nationale de santé a insisté sur la nécessité d'offrir aux malades cancéreux une prise en charge pluridisciplinaire et concertée, suivi d'une circulaire en 1998 et une autre en 2005 qui régit l'organisation des soins en cancérologie avec la mise en place des 3C qui organisent des RCP pour les patients atteints de cancer [3].

1.3. Structures multidisciplinaires

1.3.1. Terminologie

Au niveau international, on retrouve surtout les termes anglo-saxons [6,11] :

- Tumor Boards (Tumeur Conseil)
- Multidisciplinary Cancer Conferences (MCCs)
- MultiDisciplinary Management of Cancer (MDM)
- MultiDisciplinary Teams (MDTs)
- Interdisciplinary clinical meeting (ICM)

En France, plusieurs termes ont été utilisés :

Comités pluridisciplinaires [43], Unités de concertations pluridisciplinaire (UCP), unités de concertations pluridisciplinaire en oncologie (UCPO), actuellement la structure pluridisciplinaire est dénommée centre de coordination en cancérologie ou 3C qui comprend toutes les RCP par spécialité, sorte de comité par spécialité [22].

En Algérie on retrouve surtout le terme de Comité pluridisciplinaire (comité sein, comité cavum etc.).

Des structures multidisciplinaires d'ordre international pour des prises en charge très spécifiques telle que The Oncosurgery Approach to Managing Liver Metastases from Colorectal Cancer, A Multidisciplinary International Consensus [44].

Récemment un nouveau concept de structure multidisciplinaire a vu le jour :

Virtual multidisciplinary team (VMDT), il s'agit d'une structure multidisciplinaire virtuelle qui est indépendante du temps et du lieu, la discussion (concertation pluridisciplinaire) entre les membres se fait à travers le web dirigé par un coordonateur. Elle trouve son application dans des prises en charge spécifiques de cancer [45].

Les structures du monde anglo-saxon sont dénommées par spécialités d'organes tels que The Head & Neck Tumor Board at the University of Iowa [12], Multidisciplinary breast centres in Germany pour le cancer du sein [26].

Les comités multidisciplinaires en Algérie sont plutôt sur ce modèle (Comité Sein etc.).

Par contre en France, la structure de base dite Centre de Coordination en Cancérologie ou le 3C, organise les RCP des différents organes : RCP ORL, RCP Dermatologie et autres spécialités.

Ces structures multidisciplinaire localisées dans des centres agréés pour la prise en charge des cancers sont spécialisées par organe, organisent des réunions de concertation multidisciplinaires ou pluridisciplinaires (RCP).

1.3.2. Focus sur la structure pluridisciplinaire française

Le centre de coordination en cancérologie ou le 3C [9,46]

- Statut et mise en place des 3C

Le Plan cancer prévoit la création de centres de coordination en cancérologie (3C) dans les établissements de santé ou les sites traitant des patients atteints de cancer (mesure 32).

Le 3C est une organisation médicale et, à ce titre, sa création est de la compétence de la Commission Médicale d'Etablissement (CME). Son mode d'organisation repose sur des statuts internes à l'établissement qui devront être validés par la CME pour s'imposer à tous. Le 3C peut également concerner plusieurs établissements : dans ce cas, les statuts doivent être validés par les CME respectives.

Le 3C dispose de moyens propres, en personnel et en locaux, financés par les organismes de tutelle [46].

La mise en place des 3C nécessite une synergie entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le réseau régional. La reconnaissance des 3C et leur financement par les ARH doivent être en cohérence avec la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), qui va engager le processus d'autorisation des établissements de santé à traiter des cancers. Le réseau régional doit être consulté par l'ARH pour définir la répartition souhaitable des 3C sur le territoire régional [46].

Le périmètre des 3C doit tenir compte de l'organisation régionale des RCP, qui en constitue un élément moteur [46].

Un établissement de santé proposant les 3 principales modalités de traitement des cancers (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) peut en toute logique créer un 3C qui lui est propre et y intégrer, selon le contexte local, les établissements voisins qui ne disposent que d'autorisations partielles.

En revanche, il ne paraît pas adapté de créer un 3C au sein d'établissements chirurgicaux, si ceux-ci n'organisent pas eux-mêmes leurs RCP [46].

- Rôle du 3C

Le 3C est une cellule qualité, il doit engager les structures de soins dans une démarche d'assurance

qualité en cancérologie, pour assurer à tous les patients atteints de cancer, la qualité et la sécurité des actes réalisés dans les structures de soins où ils effectuent les moments importants de leur parcours diagnostique et thérapeutique [9].

La mesure 32 du Plan cancer est destinée à « faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier ».

La tâche principale du 3C est la tenue et le fonctionnement des RCP, il entre dans ses attributions de veiller à la mise à disposition des moyens de fonctionnement des RCP, à leur tenue régulière, de vérifier la disponibilité des interlocuteurs indispensables, de garantir la traçabilité de l'information qui en émane, d'établir les circuits d'élaboration et de diffusion du PPS et d'évaluer régulièrement l'activité des RCP (nombre de réunions annuelles, nombre de dossiers examinés, nombre de participants et leurs affectations respectives [9,22]).

Ainsi le 3C est garant d'un engagement clair dans une démarche qualité, il est également un outil de mesure et de transfert de données. Mais il est aussi en charge du recensement de l'accès aux soins de support et à l'accompagnement psychosocial, de l'évaluation du dispositif d'annonce et de l'évaluation de la satisfaction des patients [9,22].

Le 3C lui-même est pluridisciplinaire dans sa composition et doit comporter des médecins et des soignants de différentes disciplines, mais aussi des gestionnaires, des pharmaciens, des psychologues, des assistantes sociales, des représentants des patients, l'organisation étant cependant laissée libre. Par ces mesures qui incitent fortement à l'exercice de la cancérologie de manière pluridisciplinaire, le Plan national cancer sera de nature à garantir l'égalité d'accès à des soins concertés et de qualité sur l'ensemble du territoire [9,22].

1.4. Concertation pluridisciplinaire

Les structures multidisciplinaires organisent des réunions de concertation multidisciplinaires ou pluridisciplinaires (RCP), suivant un agenda précis (jour, heure et lieu) en faisant participer des spécialistes et des experts intervenant dans le diagnostic et la décision thérapeutique des patients cancéreux [16,17,18].

1.4.1. Fonctionnement des RCP

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines et dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment. Les

décisions peuvent concerner la stratégie diagnostique et thérapeutique initiale ou lors d'une reprise évolutive, ou la décision d'une stratégie palliative.

Au cours des RCP, les dossiers des patients, présentés, sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient. [9, 18, 41, 43,46, 47,48 ,49].

Garante de la qualité et de l'égalité d'accès à une décision thérapeutique pluridisciplinaire, de l'analyse concertée du bénéfice risque et du respect de la qualité de vie des patients, la RCP est également le lieu d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels [9, 18,43].

1.4.2. Outils de la pluridisciplinarité

L'approche pluridisciplinaire en cancérologie, se fait en plus de l'expérience de chaque médecin sur les données récentes de la science, qui peuvent être les outils pour la bonne pratique de la pluridisciplinaire comme la médecine basée sur les faits (Evidence Based Medicine), les standards, options et recommandations(SOR) et sur les référentiels de diagnostique et thérapeutique [8].

- L'expérience clinique du médecin

L'expérience clinique du médecin est indispensable pour préciser les problèmes du patient, leur gravité et les pathologies associées et analyser les avantages et les inconvénients des actes diagnostiques et thérapeutiques possibles, tout en prenant en considération les circonstances cliniques propres à chaque patient.

Cependant, elle est parfois insuffisante pour prendre une décision en cancérologie. En effet, les traitements sont souvent complexes et nécessitent de considérer aussi bien les effets secondaires ainsi que le coût de ces traitements. La décision est souvent difficile à prendre [8].

- La médecine basée sur les faits

Le concept de l'Evidence Based Medicine (EBM) ou la médecine basée sur les faits a été développé au cours des années 80 à l'université Mac Master à Hamilton (Ontario, Canada). Les anglo-saxons font remonter cette pensée à certains médecins français du 19ème siècle en particulier à Claude Bernard qui a souligné la nécessité d'un savoir objectif [8,50].

L'EBM est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique pour la prise en charge personnalisée de chaque patient [8,50].

- Les Standards, options et recommandations en cancérologie (SOR)

Les SOR ont été élaborés selon une méthodologie reposant sur une revue et une analyse critique des données scientifiques disponibles et le jugement d'experts.

Ces recommandations sont destinées à fournir une aide à la décision, aux cliniciens dans le choix des stratégies diagnostiques et thérapeutiques plus appropriées en présence d'une situation clinique donnée.

Les standards sont des décisions unanimes, les options font l'objet d'un accord de la majorité et les recommandations sont l'expression de jugements.

La veille scientifique et l'actualisation de ces documents constituent un enjeu majeur pour les années à venir. Leur révision et mise à jour régulières en fonction des nouvelles données scientifiques, de l'émergence de nouveaux consensus d'experts ou de demandes spécifiques des utilisateurs constituent une condition essentielle de la validité des SOR [8,51].

- Les référentiels

En France, ils font partie intégrante pour la mise en œuvre de la pluridisciplinarité au sein d'une structure pluridisciplinaire [49].

Les référentiels sont des documents synthétiques d'aide à la décision, couvrant les champs diagnostique, thérapeutique et de suivi. Ils sont destinés à harmoniser et à optimiser les pratiques habituelles de cancérologie. Les documents servant de base à leur préparation sont notamment les « standards, options et recommandations », les recommandations de sociétés savantes, les réunions de consensus et les pratiques des experts (Evidence Based Medicine).

La réalisation de ces référentiels est faite selon un modèle régional suivant le SROS.

Chaque référentiel a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire, issu des sites spécialisés comportant au minimum un anatomo-cytopathologiste, un oncologue médical, un oncologue radiothérapeute, un radiologue et un spécialiste d'organe [8].

Pour l'ORL, en plus du référentiel national de la société française d'ORL [52,53], on dénombre quasiment un référentiel par région. La plupart de ces référentiels convergent et se rejoignent que ce soit pour le diagnostic ou les décisions thérapeutiques. Certains sont assez développés et argumentés [54, 55, 56], d'autres sont moyennement développés [57] et enfin certains sont à type d'arbre de décision simple [58, 59].

Citons aussi des référentiels pour les soins palliatifs [60] et des référentiels pour les médicaments anticancéreux [61].

1.5. Aspect médico-légal et pluridisciplinarité

Le plan cancer Français insiste sur l'égalité de chance pour tous les patients par le biais de la RCP, on peut penser, dès lors que, ne pas soumettre les dossiers à la RCP, pourrait mettre en jeu la responsabilité des professionnels. On note là une évolution de la notion de responsabilité qui porte non seulement sur la décision elle-même, mais aussi sur le respect de la procédure décisionnelle.

Le respect de la collégialité dans la prise de décision serait un facteur de légitimation de celle-ci, particulièrement en cas de recours en justice [43].

Le médecin référent reste responsable de la décision appliquée après discussion avec le patient, s'il ne l'applique pas il doit justifier cette décision dans le dossier médical. La RCP est un outil d'aide à la décision proposé par le plan cancer et s'inscrit dans l'obligation de moyens pour tout médecin en charge d'un patient. La responsabilité des médecins participant aux RCP n'a pas encore été définie.

Néanmoins ce mode de fonctionnement pose plusieurs questions :

- Comment le médecin peut-il aller à l'encontre de l'avis de la RCP sachant que cette attitude pourrait lui nuire, en particulier en cas de contentieux ?

- Peut-il être envisagé une responsabilité juridique de la RCP, de chacun de ses membres ou de l'institution de soins ? Quelles en seraient les modalités ?

In finé, la question est de savoir si les conclusions de la RCP doivent être considérées comme des avis ou bien des décisions qui s'imposent aux médecins. Les résultats montrent que ceux-ci les considèrent plutôt comme des décisions à appliquer [43].

En France les RCP ont un caractère « obligatoire » notifié par des circulaires [22], certains auteurs considèrent que ce ne sont pas des lois et qu'en matière d'expertise judiciaire, actuellement, la responsabilité juridique des RCP n'est pas établie [62].

Pour d'autres auteurs, tous les médecins ayant contribué au processus de prise de décision, à la réunion multidisciplinaire, seraient personnellement responsables de cette décision relative à leur domaine d'expertise. Les médecins devraient être conscients des implications juridiques de leur participation à ces réunions [63].

1.6. Evaluation de la prise en charge pluridisciplinaire

L'évaluation du fonctionnement des structures multidisciplinaires et de l'impact de la prise en charge pluridisciplinaire sur les décisions et les pratiques professionnelles dans différentes spécialités ainsi que sur la qualité de prise en charge des patients a fait l'objet de quelques publications [6, 15, 16, 25, 26].

L'évaluation régulière des RCP (fonctionnement, pluridisciplinarité) permet une amélioration continue de leur qualité et, in fine, du service rendu aux patients [64].

- La RCP est un indicateur sur la pratique de la pluridisciplinarité [65]

Selon le rapport de l'inspection générale des affaires sanitaires française (IGAS), l'impact en termes de santé publique de la généralisation de la RCP ne pourra être évalué que sur le long terme. En revanche, l'impact sur les pratiques professionnelles et sur des éléments majeurs de la prise en charge (délais, conformité aux référentiels, etc.) peut être étudié et évalué [29].

2. MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS

ORL

DE LA FACE ET DU
COU

2. MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS ORL DE LA FACE ET DU COU

2.1. Introduction

Les cancers ORL, de la face et du cou ou des voies aérodigestives supérieures (VADS), connus dans la littérature anglaise sous le terme de Head and neck cancer ou Upper Aero Digestive Tract (UADT) constituent un groupe de tumeurs malignes tout à fait hétérogène [24,66], ils comprennent les tumeurs malignes de la cavité buccale, du pharynx (rhinopharynx, oropharynx et hypopharynx) du larynx, des cavités nasales, des sinus de la face et des glandes salivaires [24,54,56,57,66].

Ces cancers représentent, dans le monde, 10% de la totalité des cancers, ils sont classés au cinquième rang pour leur incidence et au sixième rang quant à la mortalité par cancer [24].

Les principaux facteurs de risques sont le tabac et l'alcool et l'association tabac-alcool. Ces dernières années d'importantes études ont montré l'émergence de nouveaux facteurs de risque comme l'HPV et les perturbations génétiques prédisposant aux cancers des VADS [67,68].

Le bilan préthérapeutique représente le point de départ dans l'histoire de la maladie d'un patient, il va conditionner sa guérison ou son évolution, il se doit d'être précis et exhaustif. Il aboutit à une classification TNM qui est un facteur pronostique majeur et la clef de voûte des indications thérapeutiques [69].

La prise en charge des patients atteints de cancers ORL doit faire l'objet d'une concertation thérapeutique pluridisciplinaire [6, 10, 16, 17, 18, 67, 68, 69, 70,71].

Les stratégies thérapeutiques conservatrices doivent être privilégiées. Le traitement est essentiellement radio-chirurgical [68, 69,71].

Le pronostic de survie est mauvais. Pour tous stades et localisations confondus, la survie reste en moyenne entre 30 et 40 % à 5ans [69].

2.2. Epidémiologie

2.2.1. Incidence, morbidité et mortalité

Les cancers de la tête et du cou (Head and Neck cancer) représentent 10% de la totalité des cancers sont classés au cinquième rang des cancers chez l'homme après celui du poumon, de l'estomac, de la

prostate et du colon-rectum et au huitième rang pour la femme après les cancers du sein, du col de l'utérus, du colon-rectum, de l'estomac, du poumon, de l'ovaire et du corps de l'utérus [24].

L'incidence globale, en 2007, des cancers de la tête et du cou (de la cavité buccale du pharynx et du larynx et des cavités nasales et des sinus) est de 650.000 cas par an et une mortalité de 350.000 cas par an ; cela représente 6% de l'incidence globale des cancers et 5% de la mortalité globale des cancers [67].

Aux USA, les cancers de la cavité buccale et du pharynx occupent le huitième rang et le cancer du larynx le cinquième rang de tous les cancers [24].

L'incidence du cancer de la cavité buccale et du pharynx est la plus élevée en Mélanésie, au Nord de la France, en Inde du Sud, en Europe centrale et de l'Est et en Amérique latine ; elle est, par contre, la plus faible en Chine et au Japon [24].

En France, une estimation en 2008 s'élevant à 16 000 nouveaux cas par an, les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) se situent au cinquième rang des cancers les plus fréquents en France. Ces cancers sont principalement masculins (80 % des nouveaux cas sont des hommes). La mortalité est estimée à près de 5 000 patients par année [72].

En Algérie, selon l'INSP, en 2005 le nombre des cancers de la cavité buccale était estimé à 269 avec un taux d'incidence standardisée par âge de 1.1 /100 000 hab. ceux du nasopharynx à 1074 cas avec un taux d'incidence standardisé par âge de 3.5/100 000.

Le larynx présente un taux standardisé par âge de 2.2 /100 000 hab. [73].

L'enquête nationale sur l'incidence et la prévalence des cancers menée par l'Institut National de Santé Publique en 2002 a montré que le cancer du larynx occupe la neuvième position chez l'homme et celui du nasopharynx la dixième position chez les deux sexes [73].

Pour la wilaya de Batna, le taux standardisé des cancers de la cavité buccale en 2009 est de 1,5 /100 000 hab. chez les hommes et de 0,8 /100 000 hab. chez les femmes.

Les cancers du nasopharynx représentent 4,4 /100 000 hab. chez les hommes et 1,2 /100 000 hab. chez les femmes.

L'incidence des cancers du larynx est nulle chez les sujets de sexe féminin tandis qu'elle est de 3,1/100 000 hab. chez les hommes [74].

Les cancers de la tête et du cou surviennent chez l'homme dans la moitié des cas entre 50 et 65 ans, et dans un quart des cas avant 50 ans et après 65 ans. Ces cancers atteignent de plus en plus fréquemment les sujets jeunes. Leur fréquence de survenue augmente régulièrement chez les sujets de sexe féminin, conséquence du tabagisme [75].

Le pronostic de survie est mauvais. Pour tous stades et localisations confondus, la survie reste en moyenne entre 30 et 40 % à 5ans [69].

En France, les cancers de la tête et du cou font partie des localisations cancéreuses de mauvais pronostic. La survie nette à 5 et celle à 10 ans des patients diagnostiqués entre 1989 et 2004 d'un cancer de la tête et du cou sont respectivement de 34 % et 21 %. La survie est meilleure chez les femmes que chez les hommes [76].

2.2.2. Facteurs de risque

- Le tabagisme et la consommation élevée d'alcool sont des facteurs de risque clairement démontrés, moins de 2 % des patients atteints d'un cancer des voies aérodigestives supérieures n'ont jamais fumé. L'association d'une intoxication simultanée par l'alcool et le tabac prédispose à la survenue des cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et de la margelle laryngée ; une intoxication tabagique isolée est le facteur de risque des cancers de l'endolarynx [75].

L'alcool et le tabac semblent avoir une action synergique sur la surface muqueuse. Certains carcinogènes produits par le tabac induisent des mutations de la protéine p53 décrites dans le cancer des VADS. Les effets de l'alcool sont moins clairs, mais on suppose que ce carcinogène augmente la perméabilité de la muqueuse et diminue l'immunité [77].

- Ces dernières années, le papillomavirus humain (HPV) a émergé comme étiologie possible de certains cancers des VADS, en particulier ceux de la sphère oropharyngée, qui apparaissent à un âge plus jeune (entre 20 et 40 ans). Sa prévalence globale dans le cancer des VADS est estimée à 26 % [77].

Le sous-type 16 est le plus fréquemment décrit, suivi par l'HPV18. La présentation clinique est également différente dans le sens où l'on observe plus souvent des petites tumeurs associées à un envahissement ganglionnaire majeur. Le virus HPV peut être mis en évidence au sein d'un cancer des VADS, soit directement, soit indirectement par la détection de l'expression immuno-histochemique de la protéine p16. Le développement d'un cancer des VADS est la conséquence d'un processus à

étapes multiples avec des modifications moléculaires et génétiques progressives qui aboutit en fin de compte à la transformation d'une muqueuse normale en cancer invasif [67,77].

- La prédisposition génétique peut jouer un rôle important pour le développement des cancers de la tête et du cou [68].

Les modifications génétiques sous-jacentes comprennent une perte d'hétérozygotie de certains chromosomes (3p14, 9p21, 17p13,8p, 11q, 13q, 14q, 6p, 4q27 et 10q23), une amplification, une délétion, une sur ou sous expression de certains oncogènes et des gènes suppresseurs de tumeurs, parmi lesquels ont été identifiés: EGF-R (epidermal growth factor receptor), les protéines (p53, p65 et p16) et la cycline D1. Certains gènes ainsi que leur récepteur respectif sont impliqués dans les stades précoces de la cancérogenèse ainsi que dans la progression métastatique. Plus de 50 % des lésions pré-malignes sont porteuses d'une mutation p53, un autre gène suppresseur de tumeur, laissant présager qu'il s'agit d'un événement précoce dans la carcinogenèse de ces tumeurs [77].

- D'autres facteurs de risque ont été associés au développement du cancer des VADS.

. Le mâchonnement du bétel est très populaire en Inde et dans les régions du Sud Est asiatique où l'incidence du carcinome épidermoïde est la plus importante dans le monde. La noix d'Arec, le composant majeur du bétel, induit des dommages génétiques. Le cannabis, une hygiène alimentaire caractérisée par une faible teneur en vitamines et fibres, un mauvais état de la dentition et une hygiène dentaire déficiente, ainsi que l'immunosuppression à long terme [77].

. L'exposition aux hydrocarbures polycycliques pour la cavité buccale et le larynx, l'amiante pour le carcinome du larynx [75].

. L'immunodépression induite par certains traitements post-greffes ou acquise comme pour le sida prédispose à la survenue d'un cancer des VADS [75].

- Certaines localisations possèdent des caractéristiques épidémiologiques spécifiques.

. Les Carcinomes du nasopharynx (CNP) représentent une affection maligne rare liée au virus EBV (Epstein-Barr Virus) avec une répartition géographique ubiquitaire particulière caractérisée par trois niveaux d'incidence. Cette maladie est endémique dans les régions où prédomine la forme histologique indifférenciée ou UCNT (undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal type), tel que le sud-est asiatique et le sud de la Chine avec une incidence supérieure à 20/100 000 hab. [78].

Le bassin méditerranéen et le Maghreb représentent des zones d'incidence de l'ordre de 3 à 4/100 000 hab. En Europe et aux États-Unis, le CNP est moins fréquent avec une incidence inférieure à 1/100 000 hab. [78].

On distingue deux grands types histologiques, les carcinomes épidermoïdes, kératinisants ou non, qui réalisent les types I et II de l'OMS et les carcinomes indifférenciés dits UCNT (Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type) qui constituent le type III. La prévalence respective des différents sous-types varie selon le lieu géographique, le type III représente ainsi entre 65 % des cas en Afrique du nord et 95 % des cas en Chine [79].

Le pic se situe vers 40 -50 ans, avec une distribution souvent bimodale (20-30 ans et après 50 ans) et l'homme est plus fréquemment touché que la femme, le sexe ratio serait de 2,5 à 3 [79].

L'infection virale est latente démarrant au niveau de l'épithélium oropharyngé affectant aussi bien les cellules épithéliales que les lymphocytes B. Cette infection à EBV représente un processus précoce de la carcinogène. De nombreuses altérations génétiques ont été mises en évidence pour le CNP au niveau des régions des chromosomes 3p, 9p, 11q, 13q, 14q et 16q, détectées essentiellement au niveau des gènes suppresseurs de tumeur. Les spécificités antigéniques et alléliques de HLA classe I et II semblent associées à un risque accru de CNP variable selon l'aire géographique. La sérologie anti-EBV est évocatrice chez les patients atteints de CNP avec un taux élevé d'anticorps anti-EBV IgA de type EA (early antigen) et VCA (viral capsid antigen). Le Cyfra 21 est actuellement un des marqueurs sériques les plus prometteurs avec une sensibilité de plus de 80 % [78].

. Les adénocarcinomes de l'éthmoïde se rencontrent beaucoup plus fréquemment chez les travailleurs de bois (menuisiers, ébénistes), du cuir, des tanneries et après exposition à l'amiante, ils sont reconnus maintenant comme maladie professionnelle [75].

. Les cancers des lèvres sont plus fréquents chez les sujets exposés au vent, les fumeurs de pipe et les patients atteints d'un Xeroderma pigmentosum [75].

. Les tumeurs des glandes salivaires sont relativement rares, elles représentent 5 à 10 % de l'ensemble des tumeurs de la tête et du cou [54].

80 % des tumeurs des glandes salivaires atteignent la glande parotide, 25 % des tumeurs parotidiennes sont malignes, mais près de la moitié des tumeurs de la glande sous-mandibulaire et des glandes salivaires accessoires (palais, voile, joue) sont malignes [75].

. Les tumeurs malignes les plus fréquentes sont le carcinome adénoïde kystique, le carcinome muco-épidermoïde et l'adénocarcinome. Parmi les tumeurs malignes, on distingue les tumeurs de faible malignité, et les tumeurs de malignité élevée selon des critères macroscopiques et histopathologiques [54].

-Les leucoplasies et érythroplasies de la cavité buccale, de l'oropharynx, et du larynx sont des états précancéreux. Le taux de dégénérescence est variable (10 à 40 %), et serait plus élevé pour les érythroplasies. Un examen histopathologique est toujours indispensable pour évaluer le degré de la dysplasie. La dégénérescence est plus fréquente en cas de dysplasie sévère [75].

2.3. Histopathologie

- La classification OMS des cancers de la tête et du cou de 2005 recense le carcinome épidermoïde comme le type histologique le plus fréquent [80].

- Les carcinomes épidermoïdes constituent 95 % des cancers des voies aéro-digestives supérieures. Les autres carcinomes sont constitués par les tumeurs malignes des glandes salivaires accessoires (carcinome adénoïde kystique, carcinome muco-épidermoïde, adénocarcinome, carcinome à cellules claires, carcinome à cellules acineuses), lymphome non hodgkinien, plasmocytome, sarcome (chondrosarcome et autres sarcomes), mélanome, paragangliome malin, tumeur carcinoïde, carcinome à petites cellules. L'apparition des marqueurs immunocytochimiques a permis un diagnostic plus précis de ces cancers rares [75].

- L'aspect macroscopique associe le plus souvent différentes composantes : forme ulcérate, végétante, infiltrante. Il existe différentes modalités d'extension liées à des zones de faiblesse anatomiques spécifiques à chaque site tumoral.

Il faut différencier les formes bien limitées, infiltrantes, ulcérées et végétantes, des tumeurs superficielles, mal limitées, non infiltrantes, volontiers multifocales correspondant à une cancérisation diffuse des muqueuses des voies aéro-digestives.

Parmi les carcinomes épidermoïdes, les carcinomes les plus fréquents sont les carcinomes infiltrants. On distingue parmi les carcinomes non infiltrants : les carcinomes in situ, et micro-invasifs dont le pronostic est meilleur, et le traitement est en règle moins agressif.

- Sur le plan microscopique, le carcinome épidermoïde est une tumeur épithéliale maligne caractérisée par une différenciation squameuse, à savoir la présence de globes cornés, de cellules kératinisées et de ponts intercellulaires en proportions variables qui permettent de distinguer trois grades de différenciation : bien, moyennement et mal différencié.

Différentes variantes ont été décrites :

. Le carcinome verruqueux est un carcinome épidermoïde, extrêmement, bien différencié qui se caractérise par une croissance exophytique marquée, une importante kératinisation de surface et un caractère infiltrant sous forme de larges bourgeons qui repoussent les tissus sous-jacents ce qui rend son diagnostic histologique difficile, surtout si les biopsies sont trop superficielles. La cavité orale, suivie du larynx sont les localisations les plus fréquentes.

. Le carcinome à cellules fusiformes ou carcinome pseudo-sarcomateux est, comme son nom l'indique, une tumeur épithéliale qui se dédifférencie et mime un sarcome. Là aussi, il s'agit d'une tumeur avec une prédilection pour la cavité orale et le larynx. Pour démontrer sa nature épithéliale, il est souvent nécessaire de faire de multiples biopsies et d'utiliser toute une panoplie de marqueurs immuno-histochimiques épithéliaux.

. Une dernière variante importante, localisée préférentiellement au niveau du nasopharynx et plus rarement au niveau des amygdales est le carcinome lympho-épithélial ou carcinome indifférencié. Il se caractérise par une prolifération tumorale sous forme de bourgeons épithéliaux d'architecture syncytiale associée à un stroma lymphoïde abondant qui peut masquer presque entièrement les cellules carcinomateuses indifférenciées. Il est souvent associé à une infection par l'Epstein Barr Virus (EBV) que l'on peut détecter au sein des cellules tumorales par immuno-histochimie LMP1 (Late Membrane Protein1, protéine membranaire exprimée tardivement dans le décours de l'infection) ou hybridation in situ EBER (Epstein Barr Early RNAs, ARNs détectable précocement). Autre particularité de ces tumeurs, elles sont souvent diagnostiquées à un stade avancé [77].

-Les cancers multiples simultanés surviennent dans 10 % des cas. Au cours de l'évolution à distance ; le patient reste indéfiniment menacé par la survenue d'une localisation cancéreuse métachrone des VADS [75].

-Les carcinomes épidermoïdes des VADS sont très lymphophiles, à l'exception des carcinomes limités à la corde vocale (très faible vascularisation lymphatique).

Il existe plusieurs chaînes ganglionnaires de drainage de la tête et du cou. Le principal relais ganglionnaire de tous les territoires cervico-faciaux est le ganglion sous-digastrique appartenant à la chaîne jugulaire interne. Les autres chaînes ganglionnaires cervicales sont : la chaîne spinale, la chaîne sus-claviculaire, la chaîne sous-mentale et sous-mandibulaire, et la chaîne sus-omohyoïdienne.

Chaque site tumoral a un drainage lymphatique préférentiel dont dépendent les indications thérapeutiques. Toute structure anatomique médiane a un drainage lymphatique bilatéral. Ceci impose un traitement bilatéral des aires ganglionnaires.

L'existence d'une effraction de la capsule ganglionnaire (R+), la multiplicité de l'atteinte ganglionnaire, et le siège périphérique d'une adénopathie métastatique sont des facteurs aggravant le pronostic [75].

- Les cancers des VADS regroupent une grande diversité de tumeurs.

Ces tumeurs siègent dans une région anatomique complexe, aux nombreuses localisations et sous-localisations.

Les circonstances diagnostiques, le bilan initial, la prise en charge et le suivi de ces cancers sont eux-mêmes orientés selon la topographie et l'histologie de la tumeur considérée [72].

En France on retrouve la répartition suivante (tableau 1)

Tableau 1 : Répartition topographique et histologique des cancers des VADS et facteurs de risque. (Haute Autorité de la Santé - France. Guide de la prise en charge optimale du cancer des voies aéro-digestives supérieures. 2009 Novembre).

Topographie	Histologie la plus fréquente	Principaux facteurs de risque	Répartition
Cavité buccale	Carcinome	Synergie alcool et tabac	20-25 %
Oropharynx	Carcinome	Synergie alcool et tabac	10-15 %
Hypopharynx	Carcinome	Synergie alcool et tabac	25-30 %
Larynx	Carcinome	tabac	30-35 %
Sinus Ethmoïde Fosses nasales	Adénocarcinome	Exposition aux poussières de bois, poussières de cuir (expositions professionnelles)	<1%
Nasopharynx Cavum Rhinopharynx	Carcinome indifférencié du nasopharynx(UCNT)	Virus Epstein Barr (EBV) ou origine géographique (méditerranée, Asie du sud-est)	<1%

2.4. Diagnostic

- Le diagnostic est fait le plus souvent à un stade tardif chez des patients souvent négligents car l'évolution est essentiellement locorégionale cervicofaciale, et c'est à un stade déjà avancé que le syndrome de masse endocavitaire et/ou cervical va entraîner un retentissement fonctionnel sur les fonctions de déglutition et de respiration. Une adénopathie cervicale indolore d'apparence isolée est souvent longtemps négligée par le patient. Le larynx constitue une exception par la dysphonie présente dès le début de la maladie pour les tumeurs de la corde vocale.

Par ailleurs, on note la grande fréquence des localisations multiples synchrones ou métachrones (10 à 20 %), le risque évolutif important de récurrence locorégionale et un taux de métastases à distance (poumons, foie, os, système nerveux central) de 5 à 15% .

Les comorbidités associées sont fréquentes (plus de 50 % des cas lors de la première consultation), notamment cardiorespiratoires, hépatiques, vasculaires et les carences nutritionnelles multiples.

Enfin le caractère algique et mutilant de ces tumeurs malignes qui vont devenir "visibles" aggrave le handicap et augmente encore les difficultés thérapeutiques, compliquées de plus par un contexte socioprofessionnel souvent difficile [69].

- Les signes fonctionnels des cancers des VADS sont identiques à ceux de la pathologie O.R.L. inflammatoire et infectieuse. Ils sont d'emblée évocateurs chez les sujets à risque et surtout s'ils sont unilatéraux.

Plusieurs signes fonctionnels sont communs aux cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx et de l'hypopharynx : douleur, simple gêne buccale ou pharyngée, odynophagie, sensations de corps étranger, dysphagie, hypersialorrhée.

L'otalgie réflexe, unilatérale est un signe fréquemment révélateur. La sialorrhagie, et le crachat sanguinolent orientent d'emblée vers une pathologie tumorale chez les sujets à risque. Certains signes fonctionnels sont spécifiques d'un organe.

La dysphonie chronique persistant plus de trois semaines est en règle la conséquence d'une lésion organique des cordes vocales.

La dyspnée laryngée (bradypnée inspiratoire) survient à un stade tardif dans les tumeurs obstructives du larynx et de l'hypopharynx.

L'obstruction nasale, la rhinorrhée muco-purulente, les épistaxis récidivantes, l'hyposmie, les douleurs du massif facial doivent faire évoquer un cancer des fosses nasales, des sinus ou du cavum surtout quand elles sont unilatérales.

Les signes otologiques : hypoacousie, sensation d'oreille pleine, catarrhe tubaire, otite sérumuqueuse doivent faire évoquer un cancer du cavum chez les sujets originaires d'une région à risque.

-Une adénopathie cervicale, en apparence isolée, est souvent révélatrice d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures (base de langue, amygdale, sinus piriforme, rhinopharynx). Il ne faut jamais réaliser de biopsie ni d'adénectomie, en raison du risque d'essaimage tumoral cervical, mais entreprendre un bilan O.R.L complet et traiter les aires ganglionnaires simultanément [75].

- Le bilan loco-régional clinique a plusieurs buts :

. Préciser le siège exact de la tumeur et ses extensions dans les trois plans de l'espace.

.Apprécier ses caractères macroscopiques.

.Détecter d'éventuelles adénopathies cervicales métastatiques dont il faut préciser le siège, le nombre, la taille, la mobilité, l'uni ou la bilatéralité.

.Enfin rechercher une seconde localisation cancéreuse simultanée des voies aéro-digestives supérieures.

L'examen clinique O.R.L est méthodique et comprend l'examen de la cavité buccale, de l'oropharynx, du larynx au nasofibroscope (analyse des mobilités laryngées), du rhinopharynx au nasofibroscope, la palpation cervicale et le toucher bucco-pharyngé [75].

- Les examens complémentaires ne sont pas tous systématiques, ils sont demandés en fonction de la localisation tumorale et du protocole thérapeutique envisagé [75].

. La panendoscopie sous anesthésie générale est systématique. Elle permet de préciser le siège de la tumeur et les extensions. La réalisation des biopsies est systématique pour avoir la confirmation de la nature cancéreuse de la lésion et connaître la forme histopathologique de la tumeur. Elle permet de rechercher un autre cancer simultané des voies aéro-digestives supérieures, et en particulier œsophagien. Elle facilite la visualisation de certaines régions anatomiques difficilement explorables par l'examen clinique en utilisant la micro-vidéo-laryngoscopie en suspension et différentes optiques rigides [75].

. L'échographie cervicale est un examen non invasif permettant l'évaluation des adénopathies métastatiques (mensuration), l'échographie utilisant des sondes à haute fréquence permet de différencier les adénopathies purement inflammatoires des adénopathies métastatiques avec une bonne sensibilité. Les résultats doivent être comparés à ceux de la tomodensitométrie.

. La tomodensitométrie avec injection de produit de contraste fournit une analyse précise de certaines régions difficiles d'accès ou non visualisées par l'examen clinique et l'endoscopie (région sous-glottique, ventricule laryngé, loge hyo-thyro-épiglottique, espace paraglottique). C'est un examen permettant une bonne évaluation des aires ganglionnaires cervicales différenciant les ganglions cervicaux sains des ganglions métastatiques. C'est l'examen de référence pour l'analyse des structures osseuses des cancers du rhinopharynx et du massif facial.

. L'imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire est indiquée pour l'analyse des tissus mous (langue, région amygdalienne, muscles pharyngés, espaces parapharyngés).

- Le bilan général recherche des métastases viscérales. Elles sont exceptionnellement décelables lors du bilan initial. 50 % des métastases siègent au niveau thoracique (pulmonaire, pleural, médiastinal) ; les autres atteintes se répartissent pratiquement uniformément entre le foie, le cerveau et les os. Il existe une corrélation entre l'existence d'adénopathies cervicales métastatiques lors du premier examen et la survenue ultérieure de métastases viscérales. Elles sont recherchées par l'examen clinique et des examens complémentaires spécifiques demandés en cas de suspicion [75].

. La tomographie par émission de positons (TEP) au 18 F-Fluorodeoxyglucose est un examen qui s'impose de plus en plus en oncologie et semble devenir indispensable dans la prise en charge des carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou [81].

L'examen TEP-TDM est indispensable avant toute chirurgie lourde et mutilante, pour éliminer une extension à distance, il est fondamental pour évaluer l'efficacité d'une radio et/ou chimiothérapie de réduction tumorale, dans le cadre d'une stratégie de préservation d'organe, il est indispensable dans le suivi post chirurgical, à la recherche de récurrence, de seconde localisation ou de lésion métachrone, il est utile pour rechercher un cancer primitif en cas de métastase prévalente et pour définir les volumes tumoraux métaboliques cibles, notamment les adénopathies, avant radiothérapie [82].

. La denture doit être évaluée, elle est souvent dans un état déplorable, une mise en état de la bouche est indispensable avant tout traitement.

. Par ailleurs, un bilan général clinique et biologique selon le terrain évalue non seulement l'opérabilité mais aussi les suites fonctionnelles prévisibles (les épreuves fonctionnelles respiratoires, le bilan cardiologique et vasculaire, etc.).

. On précise ainsi l'état général et nutritionnel du malade, l'impact des comorbidités associées en utilisant des scores pour aboutir à des échelles de classification pertinentes comme l'index de Karnovski, le Performans Status de l'OMS ou le score ASA. L'âge chronologique du malade n'est pas un facteur limitant, c'est plutôt l'âge physiologique qui sera apprécié.

. Le bilan préthérapeutique aboutit à une classification TNM [71]. Elle est un facteur pronostique majeur et la clef de voûte des indications thérapeutiques [69].

2.5. Pronostic

Depuis de nombreuses années il ya eu une frustration croissante avec les statistiques du cancer de la tête et du cou. Malgré les nombreux progrès dans le diagnostic et la thérapie, il ya eu peu de changement dans le pronostic pour la plupart des cancers de la tête et du cou dans les 50 dernières années [83].

Le pronostic des cancers des VADS dépend de nombreux paramètres. La classification TNM reste le meilleur indicateur.

La survie des cancers de stade I et II est supérieure à celle des cancers de stade III et IV grâce à un meilleur contrôle tumoral et ganglionnaire. Le pronostic à long terme dépend de la survenue des nouvelles localisations cancéreuses des VADS, œsophagiennes et bronchiques.

La présence d'adénopathies cervicales métastatiques aggrave le pronostic. Il existe une graduation pronostique allant de l'absence d'adénopathie histologiquement envahie (N-) en passant par l'adénopathie métastatique intracapsulaire (N+ R-), jusqu'à l'adénopathie métastatique avec rupture capsulaire (N+ R+). La multiplicité des adénopathies est un élément pronostique péjoratif. Il existe une corrélation entre la survenue de métastases viscérales et la multiplicité des métastases ganglionnaires.

Le siège de la tumeur et ses extensions, son degré de différenciation et son caractère invasif, l'âge du patient, les tares viscérales associées sont des facteurs pronostiques importants.

L'aneuploïdie obtenue par cytométrie de flux de l'ADN indiquerait un comportement tumoral agressif.

Le temps d'évolution de la symptomatologie clinique (TESC) a une bonne valeur pronostique. Les tumeurs dont le début de la symptomatologie remonte à plus de douze mois sont des tumeurs à croissance lentes, et de bon pronostic.

Les comorbidités viscérales associées, secondaires à l'intoxication tabagique et alcoolique, représentent un facteur pronostique essentiel, indépendant du T et du N. Près de 30 % des patients atteints d'un cancer O.R.L. décèdent dans les 5 années suivant le traitement d'une affection intercurrente, bien qu'ils soient guéris de leur cancer [75].

2.6. Stratégie thérapeutique

Les objectifs thérapeutiques reposent d'une part sur la prévention primaire avec la diminution des facteurs de risque principaux que sont le tabac et l'alcool, la prévention secondaire par le dépistage des sujets les plus à risque (tabac alcool, lésions précancéreuses, etc.) et d'autre part sur la stratégie thérapeutique adaptée pour chaque cas de cancer en concertation multidisciplinaire [69].

2.6.1. Moyens

2.6.1.1. Chirurgie

-La chirurgie au Laser

Les applications du Laser à la cancérologie se sont développées avec en premier lieu la désobstruction tumorale du larynx au Laser CO₂, devenue de pratique courante, elle évite la trachéotomie d'attente et la laryngectomie totale en urgence, elle permet la réalisation secondaire d'un bilan loco-régional complet et de mieux préciser les indications thérapeutiques.

L'emploi du laser CO₂ dans le domaine du traitement curatif des cancers du larynx reste plus limité, il est réservé aux tumeurs de très faible volume sur des patients sélectionnés (cordectomie, épiglottectomie, aryténoïdectomie).

Les échecs locaux sont plus fréquents après l'exérèse par le Laser en comparaison avec les résultats de la chirurgie partielle conventionnelle, ceci est expliqué par une quantité plus limitée de tissu réséqué. La voix après chirurgie au Laser de la corde vocale est de meilleure qualité, c'est l'avantage principal de la chirurgie au Laser des cancers de la corde vocale. Les résections tumorales par voie endobuccale se pratiquent maintenant au Laser CO₂ ou KTP ; l'œdème post-opératoire et les douleurs sont moins importants qu'après l'électro-résection conventionnelle. Dans un avenir proche, des Lasers

avec de nouvelles longueurs d'ondes ou à colorants seront utilisés dans le domaine de la cancérologie des VADS [75].

- La chirurgie

Les progrès de la chirurgie ont été réalisés dans 4 grandes directions :

L'exérèse de la tumeur primitive, les évidements ganglionnaires cervicaux, la réparation de la perte de substance chirurgicale et la prise en charge du handicap pour les chirurgies mutilantes comme les laryngectomisés [69].

En ce qui concerne les voies d'abord chirurgicales, les techniques les moins mutilantes sont utilisées, en favorisant les voies camouflées comme le respect labial inférieur par la technique du degloving pour les tumeurs bucco-pharyngées postérieures (bucco-pharyngectomies transmandibulaires conservatrices) ou bien encore l'usage de voies combinées endobuccale et cervicale pour le pharynx, qui préservent la mandibule, c'est aussi la voie vestibulaire supérieure endobuccale pour les cavités naso sinusiennes [84].

L'exérèse de la tumeur représente la limitation des indications de chirurgie mutilante du larynx (laryngectomie totale, pharyngo-laryngectomie totale) avec trachéostomie définitive aux lésions évoluées T4 transglottiques ou en rattrapage postradique.

Les laryngectomies partielles et reconstructrices sont le développement des techniques de conservation fonctionnelle laryngée; elles s'adressent aux lésions limitées du pharyngo-larynx comme les laryngectomies ou pharyngo-laryngectomies supra-glottiques, les hémipharyngo-laryngectomies supra-glottique ou supra-cricoïdienne, la crico-hyoïdo-épiglotto-pexie (CHEP), la crico-hyoïdo-pexie (CHP), ou la laryngectomie frontale antérieure reconstructive [85].

La chirurgie ganglionnaire cervicale est bien systématisée et les aires de drainage sont sectorisées. Les techniques de curages ganglionnaires cervicaux ont évolué, elles sont de plus en plus conservatrices, comme le curage dit fonctionnel qui respecte la veine jugulaire interne, le nerf spinal et le muscle sterno-cleido-mastoïdien, mais aussi les branches de division de la carotide externe, le réseau veineux jugulaire externe et les rameaux sensitifs profonds du plexus cervical.

L'amélioration des techniques d'imagerie autorise la réalisation de curages sélectifs de secteurs ganglionnaires précis, et la lympho-scintigraphie avec détection du ganglion sentinelle pour certaines localisations tumorales de la cavité buccale (T1 et T2 N0) est encore en cours d'évaluation. Le curage dit traditionnel reste réservé aux ganglions en rupture capsulaire ou à une masse interstitielle cervicale [86].

Des progrès majeurs dans la chirurgie réparatrice de la face et du cou ont été réalisés cette dernière décennie. Elle répond à des impératifs ambitieux qui sont une chirurgie la plus carcinologique possible, la diminution des complications postopératoires et de la morbidité afin de faciliter la réinsertion socio-professionnelle et de rétablir une qualité de vie optimale.

Les techniques de réparation font appel à des procédés classiques comme les sutures simples, les greffes cutanées et les lambeaux cutanés ou myocutanés locorégionaux pédiculés (muscles grand pectoral et grand dorsal).

L'avènement des lambeaux pédiculés puis libres prélevés à distance et micro-anastomosés, simples ou composites, autorise l'augmentation des marges de sécurité d'exérèse par la possibilité de grandes surfaces disponibles et le comblement de volumes importants (cancers infiltrants). Ces lambeaux autorisent le sacrifice et la réparation de structures complexes comme la réparation d'une interruption mandibulaire (transplant osseux de péroné), la reconstruction d'un voile du palais (lambeau antébrachial libre) ou d'une voûte palatine et des sillons vestibulaires ou pelvilinguaux.

Les lambeaux vont permettre aussi le rétablissement de la continuité pharyngo-oesophagienne après pharyngo-laryngectomie circulaire (lambeau antébrachial micro-anastomosé) ou de fermer un orostome ou un pharyngostome chirurgical et protéger ainsi un axe carotidien en prévenant une fistule et un spesis cervical particulièrement en situation postradique. Ceci implique une fiabilité optimale du lambeau et une morbidité minimale du prélèvement.

En parallèle avec l'objectif carcinologique, la réinsertion socioprofessionnelle grâce à une restauration de la qualité de vie doit être prise en compte d'emblée. Il s'agit de limiter les séquelles fonctionnelles par la préservation ou le rétablissement des fonctions de mastication, de déglutition, d'élocution et d'ouverture buccale, mais aussi de diminuer la rançon esthétique à la fois cervico-faciale et au niveau du site de prélèvement du lambeau.

C'est donc savoir utiliser des techniques fiables pour conserver la mobilité linguale et l'indépendance des structures anatomiques (vestibules, plancher de la bouche) restaurer la continuité mandibulaire ou préserver la fonction vélo-pharyngée, ou bien encore restaurer la sangle labio-mentonnière ou préparer et faciliter une réhabilitation dentaire ultérieure. Pour cela, il faut disposer d'un large choix de moyens de reconstruction adaptés à chaque type d'exérèse et d'une fiabilité maximale.

Toutes ces techniques vont trouver une place de choix dans la réparation des tissus radionécrotiques, il s'agit d'une chirurgie délicate et difficile, comme celle de la prise en charge d'un pharyngostome post-radique évolué ou d'une ostéoradionécrose mandibulaire [87].

Enfin, la réhabilitation du laryngectomisé permet actuellement d'obtenir des résultats particulièrement gratifiants grâce à la mise en place d'une prothèse phonatoire dans le même temps que celui de la laryngectomie, l'utilisation précoce de filtres de trachéostome puis d'une valve phonatoire "mains libres" qui permet une vocalisation quasi naturelle grâce à une rééducation orthophonique ciblée.

2.6.1.2. Radiothérapie

La radiothérapie est un traitement dit "locorégional" parce qu'il agit directement sur la zone du cancer et sur sa proche périphérie, notamment sur les premiers ganglions. L'irradiation par voie externe (transcutanée) est le type de radiothérapie le plus utilisé [69].

Le traitement par radiothérapie implique un compromis entre la nécessité d'irradier suffisamment le tissu cancéreux pour permettre le contrôle local de la tumeur et la volonté d'irradier au minimum les tissus sains voisins afin de limiter la morbidité. Les progrès technologiques en imagerie médicale, en informatique et en radiothérapie ont permis, depuis une décennie, de développer la radiothérapie conformationnelle, qui se "conforme" au mieux à la géométrie dans l'espace tridimensionnel de la tumeur. La radiothérapie conformationnelle en 3 dimensions (RC3D), en conformant les faisceaux d'irradiation au volume tumoral à traiter, présente théoriquement deux avantages.

D'une part, pour une dose d'irradiation similaire à la radiothérapie conventionnelle, elle diminuerait la morbidité des tissus sains voisins. D'autre part en permettant d'augmenter la dose dans les tissus cibles, elle vise à améliorer le contrôle tumoral local, sans accroître la morbidité induite. On parle alors d'optimisation de l'index thérapeutique (rapport efficacité/toxicité).

Cela est d'autant plus important dans les cancers des voies VADS, où les volumes cibles tumoraux sont à proximité de nombreux organes sensibles (que l'on souhaite donc protéger) comme la moelle épinière, la peau et les muqueuses, les pièces osseuses et cartilagineuses, les dents, les glandes salivaires, mais également les globes oculaires, les nerfs optiques, l'encéphale. Il faut bien se représenter que le ou les volumes-cibles considérés incluent non seulement la tumeur proprement dite, mais également les territoires d'extension éventuels et les aires ganglionnaires de drainage [88].

L'étape ultérieure est la radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité ou "RCMI". Par son principe physique, elle permet de modifier volontairement la dose au sein même du champ d'irradiation, en modulant l'intensité en énergie des faisceaux d'irradiation. Le progrès de cette technique, devenue opérationnelle en France au cours de l'année 2000, réside essentiellement dans sa capacité à épargner les organes à risque et à couvrir de façon plus efficace (plus homogène et plus précise) les volumes cibles. C'est notamment le cas où les volumes cibles sont de forme concave autour d'organes à risque (tumeur de la paroi pharyngée postérieure enroulée autour de la colonne vertébrale par exemple) et plus particulièrement en cas de nécessité d'irradier de nouveau une tumeur. Cette technique permet également l'escalade de dose avec un meilleur index thérapeutique, avec comme espoir un meilleur contrôle de la maladie et une amélioration notable de la qualité de vie. En effet, la protection des glandes salivaires peut apporter un confort non négligeable pour les patients, en diminuant voire en évitant l'hyposialie ou encore « xérostomie », séquelle parfois majeure bien connue des traitements par irradiation sur la sphère ORL [89].

L'index thérapeutique de la radiothérapie peut également être augmenté par différents moyens comme les modifications du fractionnement, l'utilisation de radio sensibilisants ou de radio-protecteurs ou l'association avec la chimiothérapie. Les progrès obtenus (ou attendus) grâce à ces possibilités incitent à s'interroger sur la place actuelle de la radiothérapie conventionnelle dans les cancers des VADS.

Le fractionnement peut concerner la dose totale ou le temps total. À partir des modifications de ces paramètres, trois schémas sont possibles : hyperfractionné (augmentation de la dose totale à temps constant), accéléré (diminution du temps total sans modification de la dose totale) voire très accéléré (diminution du temps total et de la dose totale). Au cours de la radiothérapie hyperfractionnée, la diminution de la dose/fraction permet d'épargner les tissus sains à renouvellement tardif concernés par les effets tardifs du traitement (fibrose, nécrose). La dose peut être augmentée jusqu'à 80 Grays [90].

Cette radiothérapie modifiée s'avère supérieure à la radiothérapie conventionnelle des cancers ORL en terme de contrôle tumoral local, en revanche, elle a peu d'impact sur la survie. Cependant la toxicité tardive, qui reste un facteur limitant de l'irradiation, n'est pas influencée par l'augmentation de la dose totale. La radiothérapie accélérée se justifie par le fait que les cancers épidermoïdes de la tête et du cou sont des tumeurs à prolifération extrêmement rapide: leur temps de doublement potentiel est de moins de 3 jours. Par ailleurs, par rapport à la radiothérapie conventionnelle, l'allongement de la radiothérapie a un effet néfaste lié à la probabilité de perte de contrôle tumoral, qui est variable, mais constante, d'où l'idée d'accélérer le traitement pour obtenir de meilleurs

résultats. Une hypothèse qui semble confirmée en termes de contrôle local de la tumeur, mais, là encore, sans effet significatif sur la survie [69].

Enfin, la curiethérapie consiste à délivrer des rayons au plus près de la tumeur par l'intermédiaire de sources radioactives telles que le césium-137, l'iridium-192 ou l'iode-125.

Ces sources sont appliquées dans l'organisme au contact des cellules cancéreuses, soit directement, soit scellées dans des "vecteurs". Cette méthode permet d'irradier la tumeur en protégeant au maximum les organes voisins et dans certains cas d'éviter les traitements chirurgicaux. La curiethérapie s'adresse au traitement de tumeurs de petit volume, aux contours précis et facilement accessibles (comme celles du voile du palais, ou de la lèvre) [69].

Les effets secondaires observés durant l'irradiation sont essentiellement la radio-épithélite et la radiomucite qui peuvent nécessiter la mise en place d'une alimentation entérale continue par sonde. Ils sont habituellement réversibles mais leur intensité peut parfois imposer l'arrêt du traitement qui est un facteur pronostique péjoratif pour le contrôle de la maladie et la survie. Les complications chroniques surviennent à partir de la sixième semaine après la fin du traitement ; les plus fréquentes sont la xérostomie et l'induration tégumentaire cervicale. Les complications dentaires doivent être prévenues par la remise en état avant le traitement et par des soins quotidiens (bains de bouche, gouttières fluorées) à vie. La toxicité tardive comme la constriction permanente des maxillaires, la sténose pharyngée, la nécrose laryngée et la myélite postradique plus rares sont toujours à redouter. La toxicité actinique peut être majorée par une chimiothérapie concomitante [69].

2.6.1.3. Chimiothérapie

La chimiothérapie a été proposée pour tenter d'améliorer le contrôle local et la survie selon plusieurs modalités en induction, adjuvante ou concomitante à la radiothérapie [91].

Jusqu'à présent, aucun des médicaments utilisés, seuls ou combinés, en induction ou dans un but adjuvant n'a jamais démontré un bénéfice significatif sur la survie quels que soient le stade et la localisation tumorale [92].

Cependant, la chimiothérapie d'induction a montré un intérêt dans la préservation laryngée, des cancers avancés du larynx et de l'hypopharynx, avec une bonne corrélation entre la chimiosensibilité et la radiosensibilité, en permettant des taux de larynx préservés non opérés de l'ordre de 40 à 60 % à survie inchangée [92-95].

La chimiothérapie d'induction puis concomitante à la radiothérapie améliore le taux de réponse au prix d'une toxicité muqueuse plus élevée de l'ordre de 20 % [96].

L'association concomitante de la chimiothérapie cytotoxique et de la radiothérapie permet d'améliorer le contrôle local et de réduire le risque de dissémination métastatique des tumeurs avancées (stades III et IV). Elle est également une alternative possible comme traitement exclusif des tumeurs du pharyngo-larynx qui relèvent d'une laryngectomie totale [97].

La radiochimiothérapie a été évaluée avec une monothérapie ou en polychimiothérapie.

Actuellement, elle peut être considérée comme un traitement standard des tumeurs de stades III et IV non résecables, en sachant que la mucite en est le principal facteur de toxicité limitant [98].

La toxicité tardive est plus fréquente pour les tumeurs du larynx et de l'hypopharynx, et son bénéfice n'a pas été réellement démontré chez les patients âgés de plus de 70 ans.

Deux essais randomisés comparant la radiothérapie et la radiochimiothérapie postopératoire chez des patients atteints d'un cancer des VADS avec au moins deux facteurs de risques péjoratifs (marges d'exérèse tumorale, adénopathie en rupture capsulaire) ont démontré une amélioration de la survie en faveur de la radiochimiothérapie postopératoire [94,99]. Des protocoles de réirradiation avec chimiothérapie concomitante pour les récurrences locorégionales ont été proposés sans progrès décisifs en termes de survie et au prix d'une toxicité élevée. Le traitement des récurrences locorégionales par réirradiation après chirurgie de rattrapage n'a montré qu'un avantage en ce qui concerne la survie sans progression de la maladie et aucune amélioration de la survie globale [100].

- Thérapies ciblées

Les avancées récentes dans la compréhension des mécanismes moléculaires de l'oncogenèse et particulièrement dans les voies de la signalisation cellulaire ont permis de développer des drogues plus spécifiques qui ciblent sélectivement les cellules cancéreuses.

Dans le cas des cancers ORL, le récepteur membranaire à l'EGF-R (Epidermal Growth Factor Receptor) est souvent surexprimé par les cellules tumorales [101,102]. Cette surexpression majore le niveau de prolifération tumorale, le risque de récurrence métastatique et le risque de radiorésistance. C'est un facteur pronostique indépendant reconnu (mais peu utilisé) ainsi qu'une cible thérapeutique de choix, soit par l'utilisation d'un anticorps monoclonal (cétuximab) soit par l'application d'un inhibiteur spécifique de l'activité tyrosine-kinase intracellulaire du REGF ou récepteur de l'EGF (erlotinib, géfitinib). Des résultats cliniques récents ont montré un effet chimio et radiosensibilisant de drogues ciblant le REGF [103].

Une étude récente multicentrique a démontré la supériorité, en termes de contrôle local et de survie, de l'association d'un anti-REGF (cétuximab) à la radiothérapie, versus radiothérapie seule, concernant des tumeurs avancées (stades III et IV) non métastatiques, sans augmentation de la toxicité [104]. La critique principale de cet essai étant un bras de référence non optimal puisque ne comportant que de la radiothérapie sans chimiothérapie.

L'apport des thérapies ciblées combinées à la chimiothérapie pour le traitement des cancers en récurrence locorégionale ou en phase métastatique et progressant sous chimiothérapie est encore en évaluation. Deux études récentes de phase II ont montré la faisabilité en termes de tolérance (anémie, réaction acnéiforme, troubles digestifs), sans augmentation de la survie [105-107].

2.6.1.4. Traitements associés

Dès l'annonce du diagnostic le patient est inscrit dans un parcours de soins balisé. Les soins de support multidisciplinaires sont coordonnés. Ils contribuent à la prise en charge globale du malade tout au long de sa maladie. Ils concernent la douleur, l'asthénie, les problèmes nutritionnels, digestifs et odontologiques, les troubles respiratoires, le handicap phonatoire (laryngectomisés), la réadaptation sociale et l'aide psychologique (souffrance psychique et dénaturation de l'image corporelle) [69].

L'aide au sevrage de l'alcool et du tabac est réalisée autant que possible. Cette prise en charge continue, va jusqu'au stade ultime de l'accompagnement en fin de vie dans les situations palliatives sans possibilité curative [69].

2.6.2. Indications

Le traitement des cancers ORL nécessite un bilan préthérapeutique très précis de l'extension tumorale locorégionale ainsi que du terrain et de la comorbidité associée. Il doit prendre en considération à la fois le site tumoral primitif et les aires ganglionnaires cervicales (métastases) de principe ou de nécessité. Plusieurs techniques peuvent être utilisées, seules ou combinées.

Si la chirurgie et la radiothérapie peuvent à elles seules être curatrices, la chimiothérapie ne peut se concevoir qu'en association néoadjuvante ou synchrone de la radiothérapie unique ou postopératoire [90,108].

Ces méthodes thérapeutiques multiples, dans leur choix comme dans leurs modalités, la complexité même de ces tumeurs sur le plan anatomo-fonctionnel, l'évolution locorégionale naturellement

monstrueuse, imposent tout naturellement la nécessité d'une réflexion et d'un choix multidisciplinaire [6, 10, 16, 17, 18, 67, 68, 69, 70,71].

Le respect des référentiels classiques (standards, options et recommandations, niveaux de preuves), l'établissement de thésaurus, la définition de critères de choix et d'arbres décisionnels adaptés par les équipes traitantes : traitement exclusif par chirurgie ou radiothérapie, choix des traitements combinés (chirurgie ou radiothérapie première), indications des traitements de rattrapage dans les cas encore fréquents de récurrence loco-régionale [69].

La concertation multidisciplinaire permet en outre l'inclusion de certains malades dans les essais thérapeutiques en cours. Elle permet aussi une prise en charge optimale des soins de support (algologie, renutrition par sonde nasogastrique ou gastrostomie, soutien psychologique).

Il existe des facteurs déterminants dans le choix thérapeutique que sont : la localisation et la sous-localisation tumorale, l'aspect macroscopique lésionnel (bourgeonnant ou infiltrant, inflammatoire, bien limité ou non), la taille tumorale, le statut ganglionnaire et la présence de métastases à distance (stade TNM), le contexte carcinologique historique (récurrence, seconde localisation, post-radique), l'âge physiologique et la comorbidité.

Les tendances thérapeutiques actuelles, dans le respect des principes de la carcinologie, sont au développement des stratégies conservatrices, chirurgicales ou non chirurgicales [97].

Dans les centres spécialisés, la recherche clinique a pour but de favoriser les progrès thérapeutiques à partir des résultats des études cliniques et de définir des nouveaux protocoles.

Selon les stades

- Pour les tumeurs débutantes T1-T2 N0, selon la localisation, le traitement de choix est la chirurgie fonctionnelle ou la radiothérapie exclusive (curiethérapie, conventionnelle ou radiothérapie par modulation d'intensité). La chirurgie peut être transorale, endoscopique (laser CO2) ou par voie cervicale (pharyngectomies et laryngectomies partielles); pour la majorité des cas, un curage ganglionnaire sélectif ou radical modifié, uni ou bilatéral est réalisé de principe. Il n'y a pas de place pour la chimiothérapie.

-Pour les tumeurs évoluées T3-T4 N0 ou N > 0, plusieurs options sont possibles, le choix doit être adapté à chaque cas particulier :

- La chirurgie, fonctionnelle ou radicale et réparatrice sur la tumeur et les ganglions, sera toujours suivie d'une radiothérapie postopératoire conventionnelle ou associée à la chimiothérapie si des facteurs de mauvais pronostic sont présents.

- La radiothérapie exclusive, sur le mode conventionnel, bifractionnée, ou accélérée, peut être associée à la chimiothérapie ou à une thérapie moléculaire ciblée [107].

- La chimiothérapie concomitante fait appel aux schémas de mono ou polychimiothérapies.

- La préservation laryngée fait appel soit à une chimiothérapie d'induction suivie de radiothérapie conventionnelle en cas de réponse supérieure à 50% ou de laryngectomie totale, curage bilatéral et radiothérapie complémentaire en cas de réponse inférieure à 50% soit à une radiochimiothérapie puis une surveillance simple en cas de réponse complète ou une laryngectomie totale et un curage ganglionnaire en cas de réponse incomplète [84, 90, 97].

Selon la localisation

- Les carcinomes de la cavité buccale sont de façon classique traités et contrôlés par la chirurgie dans 60 à 90 % des cas, la radiothérapie postopératoire étant réservée aux formes infiltrantes évoluées ou aux cas d'atteinte ganglionnaire multiple.

- Les tumeurs de l'oropharynx sont traitées en première intention soit par radiothérapie, soit par chirurgie suivie de radiothérapie pour les formes plus infiltrantes (en particulier le sillon amygdalogue).

- Pour les carcinomes du larynx, les tumeurs limitées peuvent être traitées par la chirurgie fonctionnelle exclusive, mis à part le cas particulier de la corde vocale où la radiothérapie exclusive en champs étroits reste une excellente indication. Pour les tumeurs plus évoluées la laryngectomie totale garde une indication pour les lésions transfixiantes cartilagineuses ou les extensions sous-glottiques avancées ; dans les autres cas, des protocoles de conservation laryngée doivent être proposés.

- Pour les carcinomes de l'hypopharynx, les lésions limitées peuvent être traitées par chirurgie partielle suivie de radiothérapie, les formes évoluées relevant de protocoles de préservation laryngée, la chirurgie mutilante (pharyngo-laryngectomie totale, pharyngo-laryngectomie circulaire) étant plutôt réservée pour le rattrapage des échecs médicaux [109].

- Les carcinomes des cavités nasosinusiennes sont traités préférentiellement par l'association chirurgie suivie de radiothérapie externe.

- Le carcinome peu différencié du cavum est traité par radiothérapie exclusive selon le mode conformationnel ou au mieux par RCMI (radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité) pour les formes limitées (T1 et T2 N0), tandis que pour les formes plus évoluées, l'association d'une chimiothérapie avec la radiothérapie est la règle [107].

2.6.3. Résultats

La localisation, la taille de la tumeur primitive et les métastases ganglionnaires cervicales sont les principaux facteurs qui déterminent la survie des carcinomes épidermoïdes des VADS.

L'analyse des taux de survie est rendue difficile par la grande hétérogénéité de ces tumeurs, par l'importance de la lymphophilie et son retentissement dans la survie, par la complexité des traitements mis en œuvre et la difficulté de mener des essais randomisés prolongés dans le temps.

Tous stades et localisations confondus, la survie reste en moyenne entre 30 et % 40 à 5 ans [91].

Selon le stade

En ce qui concerne les tumeurs débutantes T1-T2 N0, le contrôle local est de l'ordre de 90 % et la survie à 5 ans de l'ordre de 80 %. Le risque essentiel est l'apparition d'un second cancer dans les 2 ans qui suivent.

Pour les tumeurs avancées T3-T4 N0 ou N>0, le contrôle loco-régional de la maladie est de 40 à 80 % selon la localisation et la survie à 5 ans de 20 à 50 %. Le risque de récurrence locale est de 40 à 60 %, celui de métastases à distance de 15 à 30 %, celui de second cancer de 10 à 15%.

Selon la localisation

Pour la cavité buccale, la survie globale moyenne à 5 ans est de l'ordre de 50 % tous stades, sous-localisations (plancher, langue, palais, face interne de joue, etc.) et traitements confondus.

Pour l'oropharynx, la survie à 5 ans varie de 10 à 60 % selon le stade et la sous-localisation (amygdale, vallécules, base de langue, paroi pharyngée postérieure).

Pour le larynx le taux de survie globale à 5 ans, tous stades confondus est de l'ordre de 60 % (80 à 95 % pour les petites tumeurs de la corde vocale, mais aux alentours de 50 % pour les tumeurs plus avancées).

Pour l'hypopharynx, tous stades et sous-localisations confondus, les résultats globaux en termes de survie restent médiocres, de l'ordre de 15 à 25 % à 5 ans.

La survie à 5 ans des carcinomes épidermoïdes des cavités nasosinusiennes est de 50 à 70 % pour les tumeurs limitées (T1 T2), et de 25 à 30 % pour les formes évoluées (T3 T4).

L'association radiochimiothérapie concomitante a montré des taux de survie de plus de 70 % pour des formes avancées des carcinomes nasopharyngés (stades III et IV) [110].

2.7. Perspectives

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures atteignent des organes dont les fonctions physiologiques sont essentielles : phonation, respiration, et déglutition.

Ces organes ont une anatomie complexe et sont d'accès difficile à l'examen clinique. Le pronostic reste grave dans l'ensemble, mis à part quelques localisations. Malgré les nombreux progrès réalisés dans le domaine de la chirurgie, de la radiothérapie et de l'oncologie médicale, de l'imagerie médicale, de l'analyse histopathologique avec les marqueurs tumoraux et les tests immunocytochimiques, le pronostic global des cancers des voies aéro-digestives supérieures progresse peu.

Dans un avenir proche, l'amélioration de la connaissance de la physiologie de la phonation et de la déglutition, le développement de nouvelles techniques chirurgicales d'exérèse et de reconstruction, l'utilisation de nouvelles sources et modalités d'administration de la radiothérapie, la prise en charge multidisciplinaire des malades atteints de cancer et le développement de programmes actifs de prévention donneront une place prépondérante aux traitements conservateurs et non mutilants et aux techniques de réhabilitation fonctionnelle.

Mais l'étape essentielle, sera une meilleure connaissance de la "maladie cancer". Les progrès décisifs seront réalisés, par la prise en charge multidisciplinaire et par les résultats des recherches conduites dans les laboratoires d'immunologie, de génétique, de biologie moléculaire, de biochimie et virologie [69].

III- MATERIEL ET METHODES

1.1. Contexte

La Wilaya de Batna, d'une superficie de 12 038,76 km², est localisée dans la partie orientale de l'Algérie entre les 4° et 7° de longitude Est et 35° et 36° de latitude Nord.

Elle est limitée au Nord par les Wilaya d'Oum El Bouaghi, de Mila et de Sétif, à l'Est par la Wilaya de Khenchela, au Sud par la Wilaya de Biskra et à l'Ouest par la Wilaya de Msila. Le territoire de la Wilaya de Batna appartient à l'ensemble physique constitué par la jonction de l'Atlas Tellien et de l'Atlas Saharien représentant la particularité physique de la Wilaya et détermine de ce fait les caractéristiques de son climat. C'est une wilaya des hauts-plateaux, elle est considérée comme ville relais [111].

Le maillage géographique de la Population à étudier sera déterminé par le flux de patients, atteint d'un cancer des VADS (étude prospective), correspondant au bassin de vie ou territoire hospitalier du CHU de Batna, c'est une population non sélectionnée.

Une campagne d'information sur l'UCMC (Unité de Consultation Multidisciplinaire en Cancérologie) et la prise en charge multidisciplinaire des patients sera faite auprès des médecins spécialistes du service ORL, du CAC et du secteur libéral pour le recrutement des patients en RCP (réunions de concertation Pluridisciplinaires), avec remise au corps médical de la fiche technique-patient (cf. annexe 1).

Après la RCP, les patients seront pris en charge sur le plan thérapeutique par le service adéquat :

- Service d'ORL et chirurgie face et cou de la clinique ORL, faisant partie de l'EPH Batna.
- Cliniques ORL privées (pour les patients du secteur libéral)
- Service d'Oncologie au niveau du CAC de Batna ainsi que le service de radiothérapie, dont l'installation est en cours (en attendant l'ouverture du service, les patients seront confiés à d'autres centres de radiothérapie).

Des contraintes existent et peuvent intéresser les professionnels de santé ainsi que les moyens :

- Pour les professionnels de santé, il s'agit surtout de praticiens qui veulent continuer sur le mode de prise en charge classique de la pathologie cancéreuse (Décision thérapeutique non concertée ou unidisciplinaire).

Cette conduite affectera le taux de recrutement de patients par l'UCMC.

- Pour les moyens, il peut s'agir, d'une part, de manque de moyens dans la prise en charge des patients que ce soit sur le plan diagnostique (TEP-SCANNER, sérologie EBV, biologie moléculaire) ou thérapeutique (manque de centre de Radiothérapie) et d'autre part, de manque de moyens humains et matériels pour le fonctionnement de l'unité de concertation multidisciplinaire (locaux, secrétariat,

outils informatiques etc.). Ce manque de moyens pourra plus ou moins influencer, en fonction de son importance, la qualité de la prise en charge.

1.2. Matériel

1.2.1. Patients

Le recrutement des patients se fera au niveau des structures principales à savoir la clinique ORL et chirurgie cervico-faciale de l'EPH de Batna et le centre anti cancer de Batna ainsi qu'au niveau du secteur libéral du bassin de vie du CHU de Batna.

1.2.2. Pathologie ou cas

Il s'agit de patients présentant un cancer O. R. L, de la face et du cou, ou cancer des VADS, dont les localisations et sous localisations correspondent à la classification internationale des maladies CIM 10 [112].

- Tumeurs de la cavité buccale, du Pharynx (Rhinopharynx, Oropharynx, Hypopharynx) (C00 - C14)
- Tumeurs de l'œsophage cervical (C15)
- Tumeurs des Fosses nasales et des Sinus de la face (C30 - C31)
- Tumeurs du Larynx (C32)
- Tumeurs des Glandes salivaires (C07 – C08)

Et dont le stade correspond à la classification internationale des tumeurs malignes TNM [113]

1.2.3. Critères d'éligibilité des patients

1.2.3.1. Patients inclus dans l'étude

Tous les patients présentant un cancer O. R. L, de la face et du cou, ou cancer des VADS, à tous les stades de la maladie, de tout âge (adultes et enfants), touchant les deux sexes et provenant du bassin de vie du C.H.U de Batna.

- Patient présentant un cancer O. R. L, de la face et du cou pour la première fois.
- Patient présentant une deuxième localisation de la même sphère O. R. L, après prise en charge de la première localisation.
- Patient présentant une récurrence ou une suspicion de récurrence de cancer.
- patients en poursuite évolutive de la maladie.
- Patients présentant un problème de diagnostic.
- Patients nécessitant des soins palliatifs.

1.2.3.2. Patients exclus de l'étude

- Les patients présentant un cancer de l'oreille moyenne, un cancer cutané de la face et du cou et un cancer thyroïdien.
- Les patients au-dessus de toute thérapeutique.
- Les patients qui refusent la prise en charge multidisciplinaire.

1.2.3.3. Patients sans RCP

Se sont tous les patients qui ne sont pas passés en RCP, donc n'ayant pas bénéficié de la prise en charge multidisciplinaire. Ils seront identifiés au niveau de la clinique ORL de l'EPH et au niveau du CAC de Batna de manière rétrospective.

1.3. Méthodes

1.3.1. Type d'étude

C'est une étude prospective descriptive dont l'objectif est de faire bénéficier à un maximum de patients présentant un cancer des VADS, provenant du territoire hospitalier du CHU de Batna, le mode de prise en charge pluridisciplinaire ainsi que la promotion de ce type de prise en charge de l'unité de consultation multidisciplinaire en cancérologie (UCMC) au niveau de ce territoire.

1.3.2. Durée de l'étude

La durée de l'étude est de deux années. Du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014.

1.3.3. Procédure

Il va falloir en premier temps mettre en place la structure multidisciplinaire dite UCMC de la face et du cou, au niveau du centre anticancéreux de Batna, dans ce sens, une demande a été faite à monsieur le directeur du centre.

L'unité comprend principalement (avec accord au préalable) un oncologue, un radiothérapeute, un spécialiste d'organe (ORL et chirurgie cervico-faciale), un anatomo-pathologiste, un radiologue et un Coordonnateur. L'unité fera appel éventuellement à d'autres spécialistes en cas de besoins.

Par la suite, on procédera au Recrutement des patients ainsi qu'au recueil des données.

1.3.4. Recrutement des patients

Une campagne d'information sur l'UCMC et la prise en charge multidisciplinaire des patients sera faite au niveau du service ORL, du CAC et du secteur libéral pour le recrutement des patients avec remise au corps médical de la fiche technique-patient (cf. annexe 1), elle sera récupérée (remplie) lors du passage du dossier- patient en RCP et elle servira pour le recueil et l'analyse des données.

1.3.5. Organisation et fonctionnement des RCP

- L'unité organisera une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) deux fois par mois et en cas de RCP supplémentaire, elle sera dite RCP extraordinaire.

- Le rdv d'inscription du dossier/patient à la RCP est donné par le coordonnateur.

Avant la tenue de la RCP, les demandes de RCP avec les fiches des patients et leurs dossiers sont confiées au coordonnateur.

- Le nombre minimum de médecins présents à la RCP est dit quorum, le quorum pour les cancers du cavum est de 2 médecins (car la prise en charge du cancer du cavum est assez bien codifiée) par contre il est de 3 pour les autres types de cancers des VADS.

- Le nombre de dossiers / patients ou cas passé en RCP sera comptabilisé par mois, par année et sur les deux années de l'étude.

- Le taux de patients passé en RCP est le taux de recrutement de patients par L'UCMC, il correspond au nombre total de cas ou dossiers/ patients passés en RCP Provenant de la clinique ORL, du CAC et du Secteur libéral rapporté au nombre total de patients avec RCP et sans RCP Provenant de la clinique ORL, du CAC et du Secteur libéral(avec RCP uniquement).

$$\frac{\text{Total de cas avec RCP}}{\text{Total de cas avec RCP et sans RCP (clinique ORL + CAC + Secteur libéral)}} \times 100 \%$$

Total de cas avec RCP et sans RCP (clinique ORL + CAC + Secteur libéral)

- Au niveau de la RCP, le dossier du patient est présenté avec sa fiche technique pré-remplie par le médecin référent ou le coordonnateur, il est discuté sur le plan diagnostique et/ou thérapeutique en vue de formuler une proposition collégiale et concertée, diagnostique ou thérapeutique, en se basant essentiellement sur un référentiel établi par les sociétés savantes, les SOR, les niveaux de preuve et l'expérience des médecins participant à la RCP [8].

- Le référentiel qu'on a choisi, est celui de la société d'ORL et de chirurgie de la face et du cou du Nord Pas de Calais – France (modérément modifié), en l'absence d'un référentiel local [57].

Il s'agit d'un référentiel de bilan, de diagnostic, de traitement, des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et des glandes salivaires (cf. annexe 2). La décision thérapeutique suivant le référentiel ou non sera notifiée.

- La proposition thérapeutique dite aussi programme personnalisé de soins (PPS) [22] sera transmise au médecin référent qui aura le libre choix de la suivre ou de ne pas la suivre, il lui appartient en outre d'en informer le patient.

- La prise en charge du patient s'effectuera par la suite dans le service adéquat (de chirurgie ORL, d'oncologie et/ ou de radiothérapie).

- Le délai de prise en charge, qui est le nombre de jours entre la date de la RCP et le début du traitement, sera noté.

1.3.6. Recueil des données

- Pour les patients qui sont passés en RCP, c'est la série de patients avec RCP) :

La fiche technique-patient (cf. annexe1), sera récupérée (remplie) lors du passage du dossier- patient en RCP et elle servira pour le recueil des données.

- Pour le recueil de données des patients qui ne sont pas passés en RCP, c'est la série de patients sans RCP), il se fera :

. Au niveau de la clinique ORL, pour les patients ayant présenté un cancer des VADS, qui ne sont pas passés en RCP de janvier 2013 à décembre 2014.

. Au niveau du CAC, pour les patients ayant présenté un cancer des VADS, qui ne sont pas passés en RCP de janvier 2013 à décembre 2014.

. Au niveau du secteur libéral, il n'est possible de connaître le nombre de patients qui ne sont pas passés en RCP, mais environ 80 à 90% des patients ayant présenté un cancer des VADS de ce secteur sont confiés à la clinique ORL et/ou au CAC. Ceci peut, quand même, constituer un biais.

1.3.7. Critères de jugement et évaluation des résultats

L'évaluation des résultats intéressera, d'une part le fonctionnement des RCP et leur impact sur les pratiques professionnelles et d'autre part la qualité de la prise en charge multidisciplinaire des patients.

1.3.7.1. Evaluation du fonctionnement des RCP

Pour l'évaluation du fonctionnement des RCP, les critères de jugement intéressent deux aspects, quantitatif et qualitatif :

- Pour l'aspect quantitatif, les critères de jugement sont :

- . La périodicité et le nombre des RCP
- . Le nombre de dossiers ou cas traité par RCP
- . Le taux de patients passé en RCP

- Pour l'aspect qualitatif, les critères de jugement sont :

- . La régularité des RCP
- . La présence de la fiche technique par cas
- . Le Quorum
- . La décision thérapeutique (selon le référentiel ou non)
- . La transmission de la décision thérapeutique au médecin référent
- . Le traitement proposé (suivi ou non)
- . Le délai de prise en charge
- . Les conditions de déroulement des RCP

La comparaison se fera surtout avec le mode de fonctionnement multidisciplinaire des structures françaises.

1.3.7.2. Evaluation de la qualité de prise en charge multidisciplinaire des patients

Pour l'évaluation de la qualité de la prise en charge multidisciplinaire des patients, le critère de jugement est l'impact de la prise en charge multidisciplinaire sur la qualité des soins.

Les paramètres à étudier et les critères de jugement intéressent, l'aspect épidémiologique, l'aspect diagnostique et l'aspect thérapeutique.

- Pour l'aspect épidémiologique, se sont surtout des paramètres ou facteurs d'étude :

L'âge, le sexe et l'origine (par wilaya).

- Pour l'aspect diagnostic, il s'agit de critères de jugement et ce sont :

- . Le motif de la RCP : Problème diagnostique ou Décision thérapeutique
- . La décision thérapeutique : nouveau cas ou récurrence
- . Le siège de la tumeur primitive
- . Les comptes rendus endoscopiques, radiologiques et la CIM10
- . L'anatomopathologie

- . La classification TNM

- . Le stade

- Pour l'aspect thérapeutique, il s'agit aussi de critères de jugement et ce sont :

- . La nature de prise en charge : examens complémentaires, décision thérapeutique ou surveillance

- . Le traitement à Réaliser

On fera la comparaison sur le plan épidémiologique avec la série sans RCP et une étude multicentrique nationale algérienne, et sur le plan diagnostique et thérapeutique avec des études internationales.

1.3.8. Saisie des données et méthode d'analyse des résultats

- La saisie des données des patients avec RCP et sans RCP ainsi que l'analyse des résultats est faite avec le logiciel IBM SPSS Advanced Statistics 20.0

- Les statistiques sont de type descriptif.

- Le seuil significatif retenu est celui de 5%.

IV- RESULTATS

Préambule

Les résultats intéressent d'une part, la population ou la série de patients avec RCP, c'est-à-dire, ayant bénéficié du mode prise en charge multidisciplinaire et faisant l'objet de notre étude ; d'autre part, les résultats de la population de la série de patients sans RCP et donc sans prise en charge pluridisciplinaire, dans leur aspect épidémiologique.

L'ensemble des résultats concerne la somme des résultats des deux séries de patients dans leur aspect épidémiologique uniquement.

1. RESULTATS DE LA SERIE DE PATIENTS AVEC RCP

1.1. Installation de l'UCMC

L'installation de l'UCMC s'est faite au niveau du CAC de Batna après accord de monsieur le directeur du centre. En absence de local spécifique, un bureau médecin est utilisé pour les réunions RCP, il n'était pas possible de bénéficier d'un secrétariat.

L'équipe médicale est constituée d'oncologues, de radiothérapeutes, de chirurgiens ORL, d'anatomopathologistes et de radiologues.

Le coordonnateur est le candidat de la thèse.

1.2. Fonctionnement des RCP

Il concerne les conditions de déroulement des RCP dans leur aspect quantitatif et qualitatif.

1.2.1. Aspect quantitatif des RCP

Ce sont les critères de jugement quantitatifs :

- La Périodicité des RCP

- L'UCMC a organisé périodiquement 2 RCP par mois.

- Elle a organisé en plus des RCP extraordinaires ou supplémentaires à la demande (pour réduire le délai de prise en charge) au nombre de 5 RCP en 2013 et 7 RCP en 2014 totalisant ainsi 11 RCP extraordinaires sur deux ans.

- Le nombre de RCP par année :

29 RCP pour l'année 2013

32 RCP pour l'année 2014

- Avec un total de 61 RCP sur les deux années d'étude.

- **Le nombre de dossiers / patients ou cas traités en RCP variait entre 1 et 4.**
- Le nombre de dossiers traités en RCP par mois et par année est reporté sur le tableau 2
- Le nombre de dossier/patient traité en RCP par an est de :
70 dossiers pour 2013
71 dossiers pour 2014
- Le nombre total de dossiers traités en RCP est de : 141 dossiers/ patients ou cas
Provenant de la clinique ORL, du CAC et du secteur libéral.
- Le nombre de dossiers traités par mois et par an en RCP est reporté sur le tableau 2

Tableau 2 : Nombre de dossiers traités par mois et par année en RCP

Mois	Année		Total
	2013	2014	
Janvier	8	6	14
Février	10	3	13
Mars	6	7	13
Avril	4	9	13
Mai	5	10	15
Juin	6	3	9
Juillet	6	4	10
Aout	4	9	13
Septembre	8	6	14
Octobre	4	4	8
Novembre	3	8	11
Décembre	6	2	8
Total	70	71	141

- Le taux de patients passé en RCP

Le taux de patients passé en RCP est le taux de recrutement de patients par L'UCMC.

Il est de : **52,80%**

- Le bassin de vie ou territoire hospitalier du CHU Batna

L'étude de la provenance (origine par wilaya) des patients nous a permis de déterminer le territoire hospitalier ou bassin de vie du CHU de Batna pour la prise en charge multidisciplinaire de ces patients présentant un cancer ORL et de la face et du cou (tableau 3, figure 1).

Tableau 3: Provenance des patients, répartis par wilaya

Wilaya	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Batna	84	59,6	59,6
Biskra	24	17,0	76,6
Khenchela	8	5,7	82,3
Tebessa	10	7,1	89,4
OEB	7	5,0	94,3
Constantine	1	0,7	95,0
El Oued	2	1,4	96,5
Msila	1	0,7	97,2
Guelma	1	0,7	97,9
Ouargla	1	0,7	98,6
Souk Ahras	1	0,7	99,3
Skikda	1	0,7	100,0
Total	141	100,0	

Figure 1 : Provenance des patients, répartis par wilaya

(Seuls les taux de 5% et plus, sont représentés sur cette figure)



Il se compose de : 59,6% des patients pour la W.de Batna, suivie de la W.de Biskra 17,0%, vient ensuite la W. de Tébessa 7% et enfin 5,7% pour la W. de Khenchela et 5,0 pour la W. d'OEB, avec un total de 94,3% de patients pour ces cinq wilayas. Les Wilayas du bassin de vie du CHU Batna correspondent surtout aux wilayas du sud et de l'est de Batna.

1.2.2. Aspect qualitatif des RCP

Ce sont les critères de jugement qualitatifs :

- La régularité

La régularité des RCP était respectée, au rythme de 2 RCP par mois.

- Le quorum

Le quorum était toujours obtenu (présence minimum de médecins à la RCP).

- Le médecin référent

Il était toujours mentionné sur la fiche technique (100%).

- La fiche technique

Elle était toujours présentée avec le dossier/patient et assez bien remplie.

- L'application du référentiel

L'application du référentiel en RCP était de 95,7%, dans 4,3% des cas la décision thérapeutique était basée sur les SOR et l'expérience des médecins (tableau 4).

Tableau 4 : Traitement proposé selon le référentiel ou non

Traitement proposé	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Référentiel	135	95,7	95,7
Hors Référentiel	6	4,3	100,0
Total	141	100,0	

- Le délai de traitement des dossiers/patients en RCP

Il variait de 02 à 06 jours.

- La transmission de la décision thérapeutique au médecin référent

Après la RCP, les médecins référents avaient reçu systématiquement et dans tous les cas la proposition thérapeutique (le plan de traitement patient).

- Le suivi du plan de traitement

Le plan de traitement a été suivi dans 86.5 % des cas et non suivi dans 13.5 % des cas (tableau 5).

Tableau 5 : Suivi du plan de traitement

Détail du plan de traitement	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Suivi	122	86,5	86,5
Non suivi	19	13,5	100,0
Perdu de Vue	9	6,4	47,4
Autre Centre	7	5,0	84,2
Décédé avant Traitement	3	2,1	100,0
Total	19	13,5	
Total	141	100,0	100,0

Parmi les patients qui n'ont pas suivi le plan de traitement on relève : les perdus de vue (6.4 %), ceux qui sont Partis vers d'autres centres (4.3 %) et ceux qui sont décédés avant le traitement (2.1 %).

- Le délai de prise en charge après RCP

- Ce délai variait entre 10 et 15 jours, avec remise au médecin référent du rdv du patient auprès du médecin et de la structure de prise en charge (à l'exception des patients nécessitant un rdv de RT).

- Il n'y a eu aucun refus du médecin référent pour la réalisation du plan de traitement proposé.

1.3. Prise en charge multidisciplinaire des patients

Il s'agit d'une série de patients de 141 cas (70 cas pour l'année 2013 et 71 cas pour 2014)

Une fiche technique était établie pour chaque patient (cf. annexe 1).

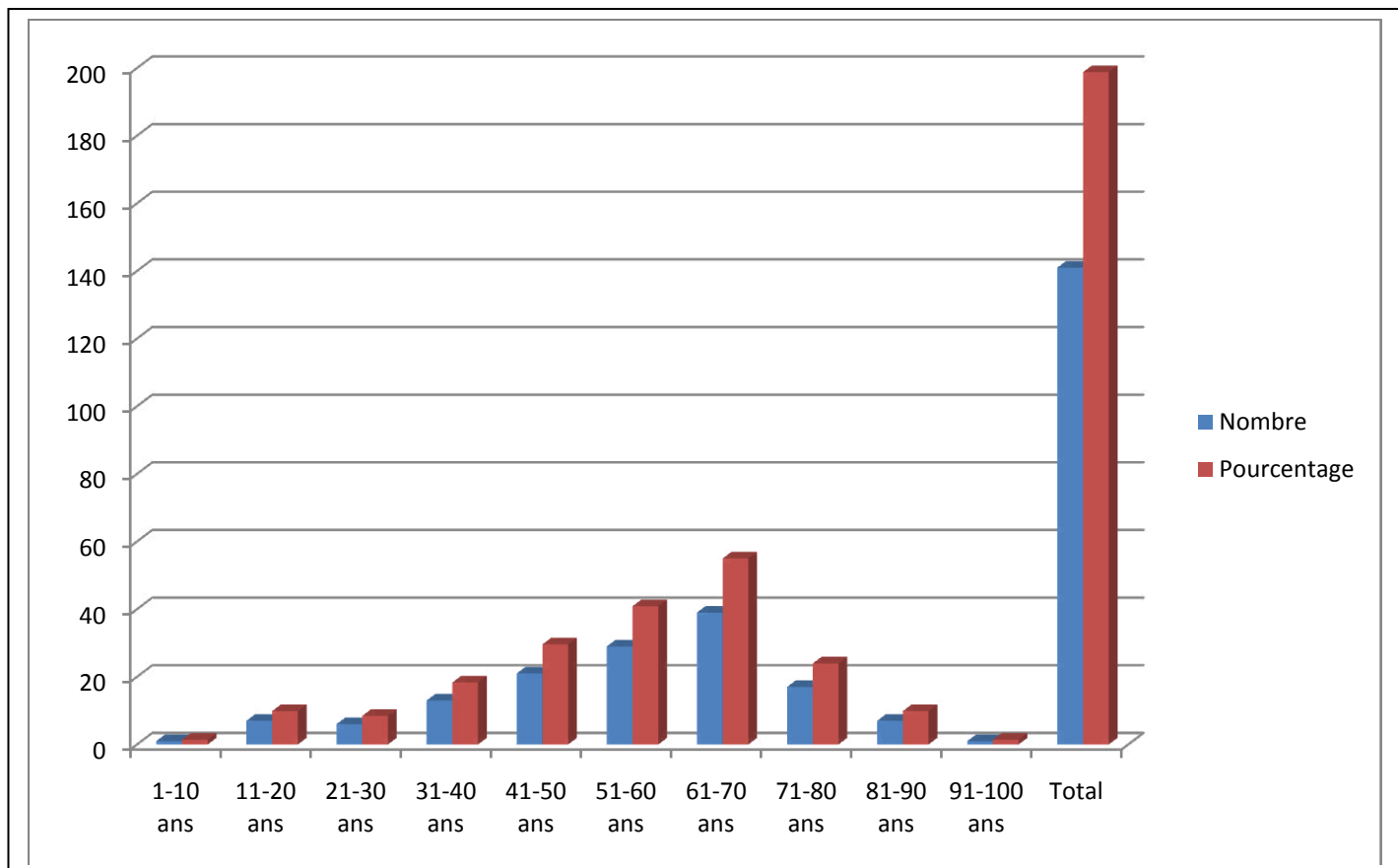
Les résultats intéressent les paramètres et les critères de jugement dans leur aspect épidémiologique, diagnostique et thérapeutique, cités dans la partie méthode.

1.3.1. Répartition des cas selon l'âge

Pour la répartition des patients selon l'âge, on retrouve une moyenne d'âge de 55,75 ans, avec des extrêmes allant de 06 ans à 92 ans (figure 2).

La répartition des patients suivant une tranche d'âge de 10 ans, retrouve le plus de cas au niveau de la tranche d'âge de 61 à 70 ans (figure 2).

Figure 2 : Répartition selon l'âge

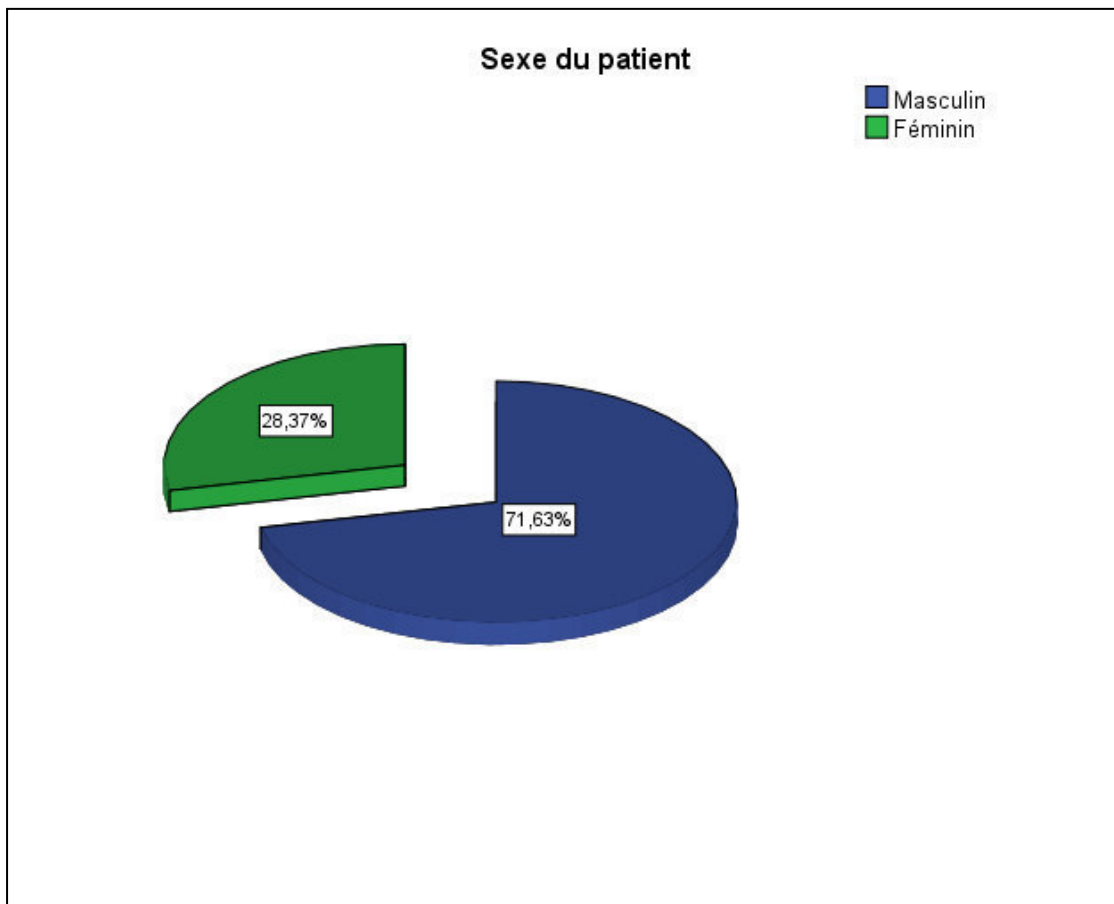


1.3.2. Répartition des cas selon le sexe

Pour la répartition des patients selon le sexe, on retrouve une prédominance masculine soit 71,6%, le sexe féminin représente 28,4% (figure 3).

Le sexe ratio est de : 2,5

Figure 3 : Répartition selon le sexe



1.3.3. Répartition des cas selon le motif de RCP

Pour la répartition des patients selon le motif de la RCP, on retrouve la décision thérapeutique dans 100% des cas, dont : 77,3% de nouveaux cas (109 patients) et 22,7% de récidives (32 patients), (tableau 6).

Tableau 6 : Répartition selon le motif de RCP

Motif de la RCP	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Décision thérapeutique	141	100,0	100,0
Nouveaux cas	109	77,3	77,3
Rechute ou Récidive	32	22,7	100,0
Total	141	100,0	

1.3.4. Répartition des cas selon la localisation de la tumeur

La répartition selon le Siège de la tumeur ou sa localisation, retrouve en premier le cancer du rhinopharynx 48,9% (69 patients) vient ensuite le cancer du larynx 28,4% (40 patients).

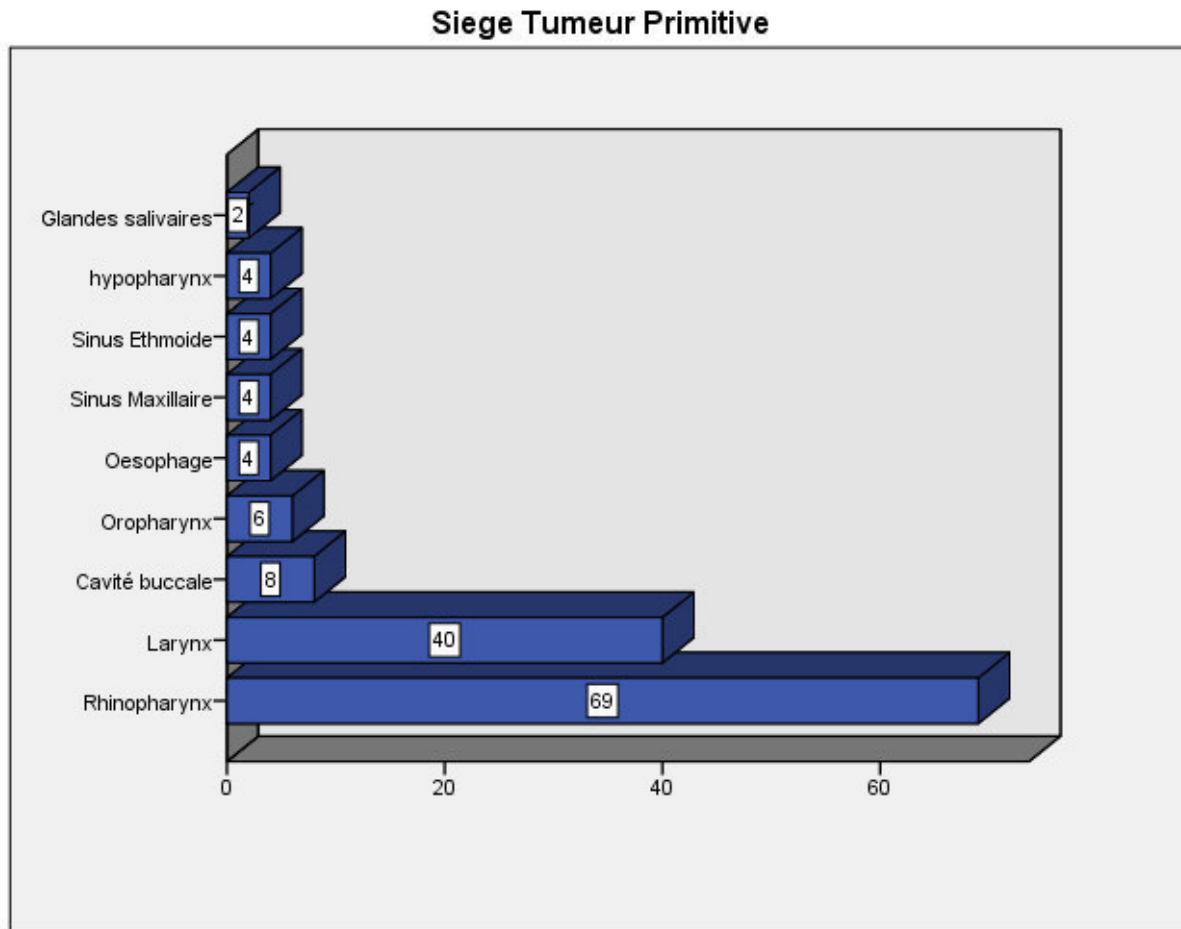
Les cancers sinusiens (maxillaire et éthmoïde) ainsi que les cancers de la cavité buccale représentent chacun 5,7% (8 patients pour chaque localisation).

Ceux de l'oropharynx représentent 4,3% (6 patients), ceux de l'hypopharynx représentent 2,8% (4 patients), et enfin le cancer de l'œsophage représente 2,8% (4 patients), (tableau 7 et figure 4).

Tableau 7 : Répartition selon la localisation de la tumeur

Siège Tumeur Primitive	Effectifs	Pourcentage
Rhinopharynx	69	48,9
Larynx	40	28,4
Cavité buccale	8	5,7
Oropharynx	6	4,3
Hypopharynx	4	2,8
Œsophage	4	2,8
Sinus Ethmoïde	4	2,8
Sinus Maxillaire	4	2,8
Glandes salivaires	2	1,4
Total	141	100,0

Figure 4 : Répartition selon la localisation de la tumeur



1.3.5. Classification de la tumeur selon la CIM 10

Une description précise de la lésion tumorale endoscopique et/ou radiologique permet de la faire correspondre à la CIM 10 et d'avoir les détails des sous localisations (Tableau 8).

Dans notre étude, on note que 20% de ces comptes rendus endoscopiques sont imprécis et 25% d'interprétations radiologiques sont imprécises parfois même aberrantes.

Tableau 8 : Répartition selon la CIM10 (localisation et sous localisation)

Localisation CIM 10	Sous localisation CIM 10	Effectifs
Tumeurs de la cavité buccale	C00.4/C03.1	1
	C02.0	2
	C02.0/C04	1
	C02.2/C04	1
	C03.1/C04	2
	C04	1
Tumeurs des Glandes salivaires	C07.9	1
	C08.0	1
Tumeurs Rhinopharynx	C11	12
	C11.0	5
	C11.0 / C11.2	2
	C11.0/C11.1	1
	C11.0/C11.2	16
	C11.2	3
	C11.9	30
Tumeurs Oropharynx	C01	1
	C09.9	5
Tumeurs Hypopharynx	C13.9	2
	C13.9	2
Tumeurs de l'œsophage cervical	C15.0	4
Tumeurs des Fosses nasales et des Sinus de la face	C30.0/C31.0	1
	C31	1
	C31.0	2
	C31.1	4
Tumeurs du Larynx	C32.0	6
	C32.0/C32.1	1
	C32.1	1
	C32.9	32
	Total	141

1.3.6. Répartition des cas selon le résultat anatomopathologique

On retrouve (tableau 9) :

- Dans la grande majorité des cas, le Carcinome Epidermoïde avec un total de 131 cas, (le Carcinome Epidermoïde Différencié est retrouvé dans 66 cas, le Carcinome Epidermoïde Indifférencié ou peu différencié dit UCNT dans 65 cas).
- 5 cas de lymphomes (4 LMNH et un lymphome type T) à localisation amygdalienne et rhinopharyngée.
- 2 cas d'adénocarcinome (des glandes salivaires).
- 1 cas de cylindrome du sinus maxillaire.
- 1 cas d'esthésioneuroblastome (éthmoidal).
- 1 cas de rhabdomyosarcome embryonnaire (du rhinopharynx).

Tableau 9 : Répartition selon le résultat anatomopathologique

CR Anatomopathologie	Effectifs	%
Carcinome Epidermoïde différencié	63	44,7
UCNT	47	33,3
Absence de récurrence UCNT	12	8,5
Récurrence UCNT	6	4,3
Lymphome LMNH	4	2,8
Adénocarcinome	2	1,4
Absence de récurrence Carcinome Epidermoïde	2	1,4
Esthésioneuroblastome	1	0,7
Carcinome Verruqueux	1	0,7
Cylindrome	1	0,7
Rhabdomyosarcome embryonnaire	1	0,7
Lymphome T	1	0,7
Total	141	100,0

1.3.7. Répartition des cas selon la classification TNM

La classification TNM ne s'applique qu'aux carcinomes, elle permet de différencier les stades précoces des stades avancés des cancers des VADS, elle trouve son intérêt pour l'indication thérapeutique et pour le pronostic.

Les tumeurs à type de lymphomes, de blastomes et les sarcomes appartiennent à d'autres classifications.

1.3.7.1. Répartition de l'ensemble des cas selon la classification TNM

- Les T1T2 ou stades précoces du cancer, représentent 32,0 %.
- Les T3T4 ou stades avancés du cancer, représentent 68,0 %.

Tableau 10 : Répartition de l'ensemble des cas selon la classification TNM (T1T2 et T3T4)

Classification	Effectifs	Pourcentage
T1T2	38	32,0
T3T4	81	68,0
Total	119	100,0

1.3.7.2. Répartition des cancers du cavum et du larynx selon la classification TNM

Ce sont les cancers les plus fréquents, il est intéressant de mettre en évidence les résultats de leur répartition TNM.

- **Répartition du cancer du cavum selon la classification TNM**

Tableau 11 : Répartition du cancer cavum selon la classification TNM (T1T2 et T3T4)

Classification	Effectifs	Pourcentage
T1T2	31	56,4
T3T4	24	43,6
Total	55	100

- Les cancers du cavum sont diagnostiqués dans plus de la moitié des cas à un stade précoce, soit T1T2 (56,4%) et T3T4 (43,6%).

- Répartition du cancer du Larynx selon la classification TNM

Tableau 12 : Répartition du cancer du Larynx selon la classification TNM (T1T2 et T3T4)

Classification	Effectifs	Pourcentage
T1T2	5	17,2
T3T4	24	82,8
Total	29	100

- Les cancers du larynx sont diagnostiqués dans la majorité des cas à un stade tardif, soit T3T4 (82,8%) et T1T2 (17,2%).

1.3.8. Répartition des cas selon le regroupement par stade

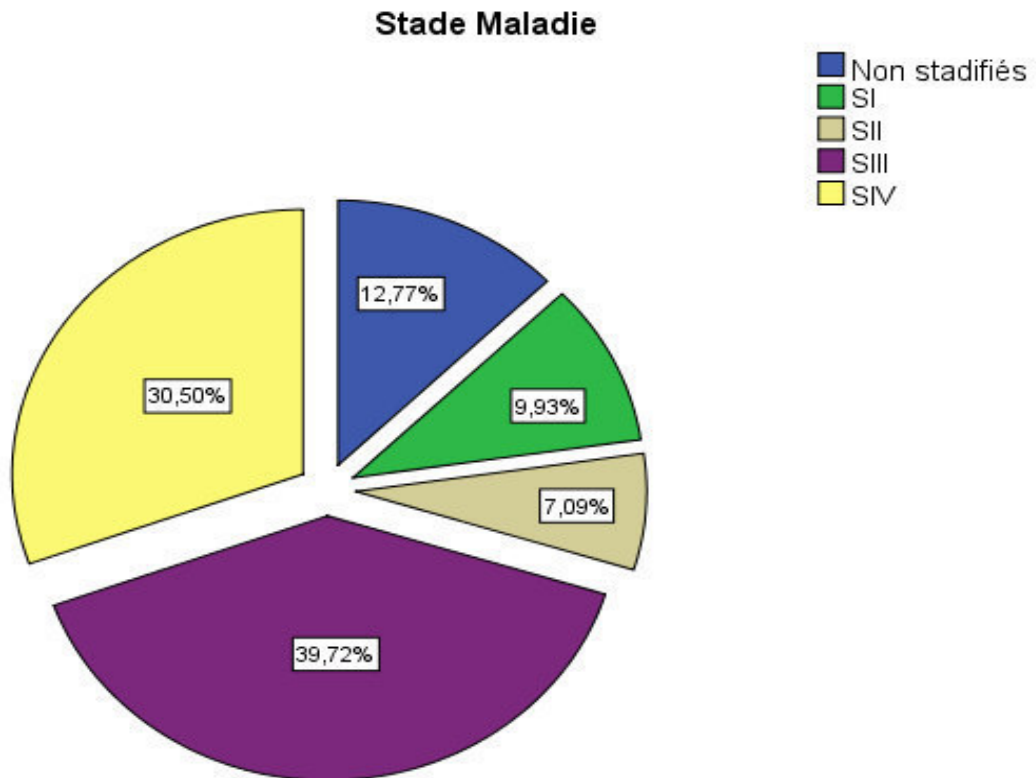
Elle révèle le caractère de diagnostic précoce ou tardif du cancer.

Selon ces résultats (Tableau 13 et Figure 5) le diagnostic reste assez tardif (70,2% de stade III et IV)

Tableau 13 : Répartition selon le regroupement par stade

Stade Maladie	Effectifs	Pourcentage
SI	14	9,9
SII	10	7,1
SIII	56	39,7
SIV	43	30,5
Autre	18	12,8
Total	141	100,0

Figure 5 : Répartition selon le regroupement par stade



1.3.9. Répartition des cas selon le traitement à réaliser

On note (tableau 14 et figure 6) :

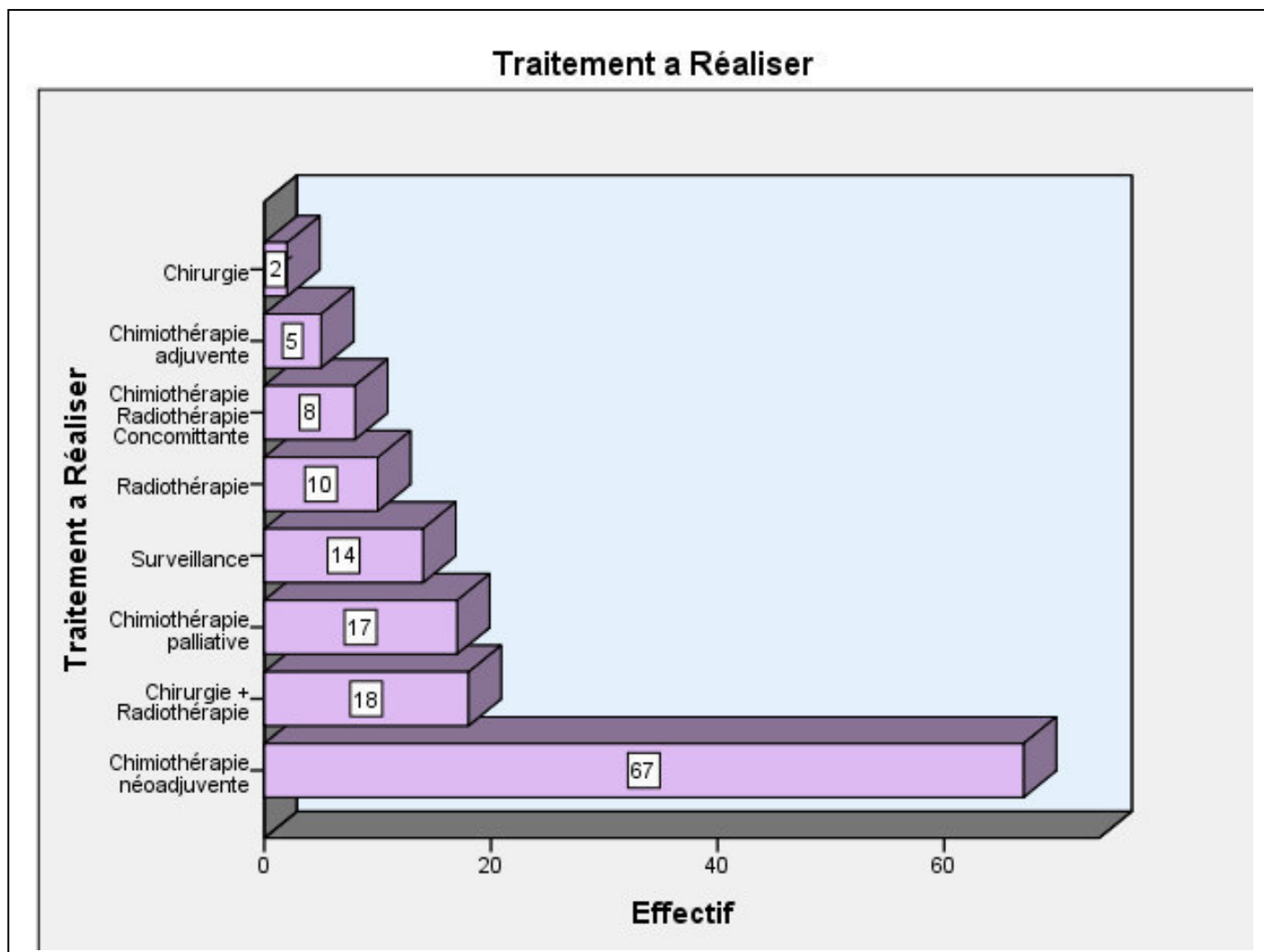
- La prédominance du traitement par Chimiothérapie néoadjuvante soit 47,7%, vient ensuite :
 - . Le traitement par chirurgie et radiothérapie représentant 12,8%.
 - . La Chimiothérapie palliative représente 12,1%.
 - . La Radiothérapie seule représente 7,1%.
 - . La Chimiothérapie- Radiothérapie concomitante représente 5,7%.
 - . La Chimiothérapie adjuvante représente 3,1%.
 - . La Chirurgie seule représente 1,4%.

- La Surveillance concerne les patients en absence de récurrence 9,9%

Tableau 14 : Répartition selon le traitement à réaliser

Traitement à Réaliser	Effectifs	Pourcentage
Chimio. néoadjuvante	67	47,5
Chirurgie + Radiothérapie	18	12,8
Chimiothérapie palliative	17	12,1
Surveillance	14	9,9
Radiothérapie	10	7,1
Chimio.+ RT Concomitante	8	5,7
Chimiothérapie adjuvante	5	3,5
Chirurgie	2	1,4
Total	141	100,0

Figure 6 : Répartition selon le traitement à réaliser



1.3.10. Répartition des cas selon le siège de la tumeur et le traitement à réaliser

Le traitement à réaliser en fonction du siège de la tumeur rend compte du type précis d'indication thérapeutique (tableau 15).

Tableau 15 : Tableau croisé siège tumeur primitive * traitement à réaliser

	Traitement à Réaliser								Total
	Chir	RT	Chir + RT	Chimio néoadjuvante	Chimio adjuvante	Chimio palliative	Chimio RT Concomitante	Surveill	
Rhinopharynx	0	5	0	43	5	1	3	12	69
Oropharynx	0	1	0	5	0	0	0	0	6
hypopharynx	0	0	0	0	0	4	0	0	4
Larynx	1	4	10	14	0	7	4	0	40
Cavité buccale	0	0	1	3	0	3	0	1	8
Glandes salivaires	0	0	1	0	0	1	0	0	2
Sinus Ethmoïde	1	0	2	0	0	0	0	1	4
Sinus Maxillaire	0	0	3	1	0	0	0	0	4
Oesophage	0	0	1	1	0	1	1	0	4
Total	2	10	18	67	5	17	8	14	141

1.3.11. Surveillance à un an du traitement (Série 2013)

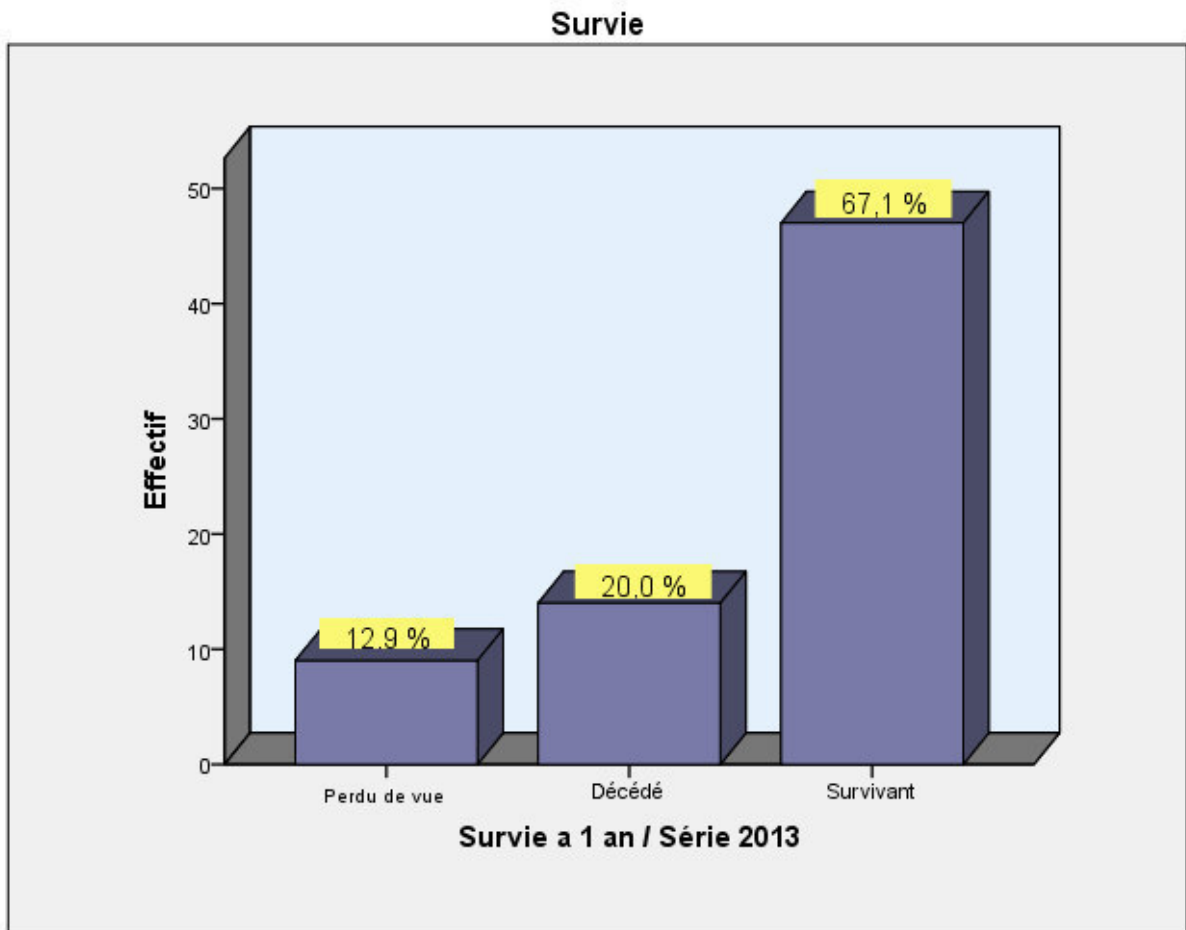
On a voulu donner un aperçu sur la surveillance et le devenir des patients à un an pour la série de patients de l'année 2013 (soit 70 patients), tout stade confondu (tableau 16 et figure 7).

67% des patients n'ont pas récidivé et ne présentaient pas de complications, on note 20% de cas décédés et 9% de cas étaient perdus de vue.

Tableau 16 : Surveillance à un an série patients 2013

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Perdu de vue	9	12,9	12,9
Décédé	14	20,0	32,9
Surveillance	47	67,1	100,0
Total	70	100,0	

Figure 7 : Surveillance à un an série patients 2013



2. RESULTATS DE LA SERIE DE PATIENTS SANS RCP

Ces résultats n'intéressent que les paramètres et les critères de jugement dans leur aspect épidémiologique.

2.1. Résultats des recueils de données des patients sans RCP

Au niveau de la clinique ORL et CF il existe un registre d'anatomopathologie des patients ayant présenté un cancer des VADS. Nous avons recueilli le nom, le prénom, l'âge, le sexe et la localisation tumorale des patients qui ne sont pas passés en RCP de janvier 2013 à décembre 2014.

Les dossiers archivés de ces patients n'ont pu être exploités.

L'origine des patients était recueillie au niveau du bureau des entrées.

Au niveau du CAC, le recueil des données des patients ayant présenté un cancer des VADS, qui ne sont pas passés en RCP de janvier 2013 à décembre 2014, a été fait au niveau du secrétariat où il existe un logiciel avec comme paramètres : nom, prénom, âge, sexe, localisation et la wilaya d'origine.

Les dossiers archivés de ces patients n'ont pu être exploités.

2.2. Nombre de dossiers/patients sans RCP

Tableau 17 : Répartition par Année – Série sans RCP

Année	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
2013	50	39,7	39,7
2014	76	60,3	100,0
Total	126	100,0	

Le nombre de dossiers/patients sans RCP pour l'année 2013 est de 50

Le nombre de dossiers/patients sans RCP pour l'année 2014 est de 76

Le nombre de dossiers/patients sans RCP pour les deux années d'étude est de 126

La série représente des nouveaux cas dans sa totalité.

2.3. Répartition des cas selon l'âge

La répartition des patients selon l'âge, on retrouve une moyenne d'âge de 55,91 ans avec des extrêmes allant de 18 ans à 90 ans.

2.4. Répartition des cas selon le sexe

-La répartition des patients selon le sexe, on retrouve une prédominance masculine soit 65,1%, le sexe féminin représente 34,9%.

Tableau 18 : Répartition des cas selon le sexe – série sans RCP

Sexe	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
F	44	34,9	34,9
M	82	65,1	100,0
Total	126	100,0	

- Le sexe ratio est de : 1,86

2.5. Répartition des cas selon l'origine

Elle se constitue de : 58,7% des patients pour la W.de Batna, suivie de la W.de Biskra 14,3%, de la W. de Khenchela et 11,9 et de la W. de Tébessa avec 4,8%, avec un total pour ces 4 wilayas de 86,6%.

Tableau 19 : Répartition selon l'origine – série sans RCP

Origine	Effectifs	Pourcentage
Batna	74	58,7
Biskra	18	14,3
Khenchela	15	11,9
Tebessa	6	4,8
Mila	2	1,6
OEB	1	0,8
Alger	1	0,8
Annaba	1	0,8
Bordj	1	0,8
Bouariridj	1	0,8
Jijel	1	0,8
Msila	1	0,8
Ouargla	1	0,8
Souk ahras	1	0,8
Taref	1	0,8
Total	126	100,0

Figure 8 : Provenance des patients répartis par wilaya– série sans RCP



- Les Wilayas du bassin de vie du CHU Batna de la Série sans RCP correspondent surtout aux wilayas du sud et de l'est de Batna.

2.6. Répartition des cas selon la localisation de la tumeur

La répartition selon la localisation de la tumeur, retrouve en premier le cancer du rhinopharynx 56,3% (71 patients) vient ensuite le cancer du larynx 27% (34 patients). Pour les autres localisations les taux ne sont pas assez significatifs.

Tableau 20 : Répartition selon la localisation de la tumeur – série sans RCP

Localisation	Effectifs	Pourcentage
Cavum	71	56,3
Larynx	34	27,0
Langue	9	7,1
Maxillaire	4	3,2
Bouche	2	1,6
Amygdale	2	1,6
Sinus	2	1,6
Nez	1	0,8
Lèvre	1	0,8
Total	126	100,0

3. ENSEMBLE DES RESULTATS

Ce sont les résultats de la série avec RCP, plus celle de la série sans RCP dans un aspect épidémiologique (Nombre de cas, Récidives et nouveaux cas, l'âge, le sexe et l'origine des patients).

3.1. Nombre de cas

Pour l'année 2013, le nombre de cas avec RCP est de 70 et le nombre de cas sans RCP est de 50. Le nombre total de cas est de 120 Cas.

Pour l'année 2014, le nombre de cas avec RCP est de 71 et le nombre de cas sans RCP est de 76. Le nombre total de cas est de 147 Cas.

Le total de cas pour les 2 années d'étude (2013 et 2014) est de 267 cas.

- On note une augmentation de 10,2% de cas de cancer dans l'année 2014.

Tableau 21 : Répartition par année des cas avec RCP et sans RCP – série totale

Année	Effectifs	Pourcentage
2013	120	44,9
Avec RCP	70	58,3
Sans RCP	50	41,7
2014	147	55,1
Avec RCP	71	48,3
Sans RCP	76	51,7
Total	267	100
Avec RCP	141	52,8
Sans RCP	126	47,2

Le taux de patients avec RCP était de 58,3% en 2013 et de 48,3% en 2014 traduisant donc une diminution de 10%.

Le taux total des patients avec RCP est de 52,8% (pour les 2 années).

3.2. Récidives et nouveaux cas

- Les récidives (de la série avec RCP) : 32 cas
- Les cas de la série sans RCP sont tous des nouveaux cas

Nouveaux CAS : $267 - 32 = 235$ cas

3.3. Répartition des cas selon l'âge

La répartition des patients selon l'âge, on retrouve une moyenne d'âge de 55,83 ans avec des extrêmes allant de 6 ans à 92 ans.

3.4. Répartition des cas selon le sexe

- La répartition des patients selon le sexe, on retrouve une prédominance masculine soit 68,5%, le sexe féminin représente 31,5%.

Tableau 22 : Répartition selon le sexe – Ensemble des séries

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
F	84	31,5	31,5
M	183	68,5	100,0
Total	267	100,0	

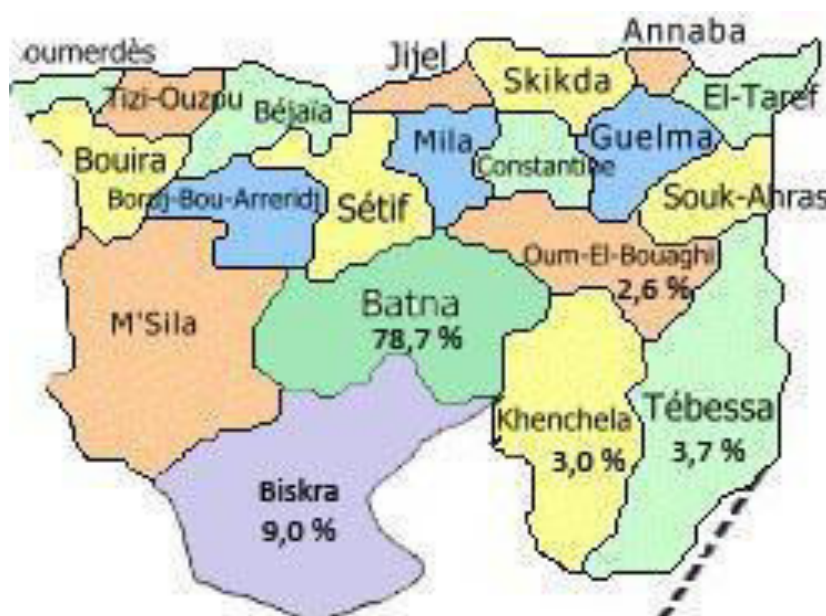
- Le sexe ratio est de : 2,1

3.5. Répartition des cas selon l'origine

Tableau 23 : Répartition selon l'origine – Ensemble des series

Origine	Effectifs	Pourcentage
Batna	210	78,7
Biskra	24	9,0
Tebessa	10	3,7
Khenchela	8	3,0
OEB	7	2,6
El Oued	2	0,7
Guelma	1	0,4
Constantine	1	0,4
M'sila	1	0,4
Ouargla	1	0,4
Skikda	1	0,4
Souk ahras	1	0,4
Total	267	100,0

Figure 9 : Wilayas du bassin de vie du CHU Batna - Ensemble des séries



- Les patients proviennent surtout des wilayas de Batna et de Biskra.

V- DISCUSSION

1.1.Cancers O. R. L, de la face et du cou

Il n'y a pas une dénomination commune à travers le monde, pour les anglo-saxons le terme le plus utilisé est celui de tumeurs ou cancers de la tête et du cou dits Head and Neck Cancer [66], pour le NCI (National Cancer Institute) en se basant sur la définition de l'association américaine de cancérologie, les cancers de la tête et du cou comprennent :

La cavité buccale,

Le pharynx: le nasopharynx, l'oropharynx et l'hypopharynx,

Le larynx,

La cavité nasale et les Sinus de la face,

Les glandes salivaires.

En France, le terme le plus utilisé est celui de cancers des VADS [58], mais on retrouve d'autres dénominations telles que les cancers ORL et des VADS [54], les cancers des VADS et des glandes salivaires [57], les tumeurs cervico-faciales [55], les cancers de la tête et du cou [56.59]

La plupart des auteurs excluent les cancers de la glande thyroïde.

Les classifications CIM et TNM regroupent ce type de cancer sous le terme de Cancer de la tête et du cou [112,113].

On a choisi Les termes de cancers O. R. L, de la face et du cou car ils comprennent, d'une part les différentes localisations suscitées et d'autre part ce sont des termes bien connus.

La prise en charge actuelle des patients atteints de cancers ORL doit faire l'objet d'une concertation thérapeutique pluridisciplinaire, pour de nombreux auteurs [6,10,16,17,18,67,68,69,70,71].

Les études qui se sont intéressées à la prise en charge multidisciplinaire des cancers de la tête et du cou sont plutôt rares et notamment les études prospectives [16].

La plupart des études ont évalué l'impact des MCC sur la décision thérapeutique plutôt que sur les résultats des traitements, qu'il existe des preuves que les MCC influencent de manière significative

la prise de décision thérapeutique et qu'en revanche, il y a peu de preuves que les MCC améliorent les résultats thérapeutiques des patients [6].

In fine, il va falloir déterminer si le modèle pluridisciplinaire est meilleur que le modèle de prise en charge unidisciplinaire et par conséquent le plus habilité pour la prise en charge de ces cancers.

1.2. Structures multidisciplinaires

Leur existence ou mise en place a été nécessaire pour la structuration et l'exercice de la pluridisciplinarité [7].

Bien que le terme de pluridisciplinarité soit le plus utilisé, celui d'interdisciplinarité devrait lui être préféré pour mieux rendre compte du besoin d'échanges entre disciplines et non de simples juxtapositions de compétences [41,42].

La structure multidisciplinaire doit être localisée (adresse, téléphone), dans un centre agréé [22,38].

Elle se compose de membres et doit avoir un secrétariat pour la gestion des dossiers, des fiches de patients, ainsi que des rendez-vous [46,49].

Elle doit avoir aussi un statut et un budget [46].

Dans la terminologie de ces structures on retrouve de grandes disparités [6,22].

On a dénommée notre structure UCMC (unité de consultation multidisciplinaire en cancérologie) composée de membres permanents, considérés comme des consultants en cancérologie d'où la spécificité - unité de consultation.

La composition de la structure multidisciplinaire est variable, elle comprend essentiellement un spécialiste d'organe, un oncologue, un radiothérapeute, un radiologue et un pathologiste, elle peut s'étendre éventuellement à d'autres spécialisations à la demande [13, 18,22].

La composition des membres de notre structure se rapproche de ce qui est décrit au niveau de la littérature.

On a choisi sa mise en place au niveau du CAC pour des raisons de faisabilité de l'étude.

Il est recommandé que la structure doit avoir un coordonnateur, dans notre étude le coordonnateur est le candidat de la thèse [49].

1.3. Evaluation et discussion des résultats

L'évaluation et la discussion des résultats intéresseront, d'une part le fonctionnement des RCP et leur impact sur les pratiques professionnelles et d'autre part la qualité de la prise en charge multidisciplinaire des patients.

1.3.1. Fonctionnement des RCP et leur impact sur les pratiques professionnelles

1.3.1.1. Fonctionnement des RCP

L'évaluation et la discussion portent sur les critères de jugement à la fois quantitatifs et qualitatifs, décrits dans la partie Méthodes.

1.3.1.1.1. Critères quantitatifs

- La périodicité des RCP

La plupart des auteurs [16,17, 18, 22, 29] rapportent le rythme de RCP d'une fois par semaine. La haute autorité de santé française (HAS) recommande un rythme minimum de deux fois par mois [49]. Notre structure a organisé des réunions de concertation pluridisciplinaires au rythme de deux fois par mois.

Mais il s'est avéré que le temps entre deux RCP, était assez long et qu'il allait à l'encontre de la réduction des délais de prise en charge, on a dû donc, recourir à des RCP extraordinaires ou supplémentaires (05 pour la 1ère année et 07 pour la 2ème année de l'étude).

Le rythme d'une RCP par semaine avec jour et heure fixes paraît très raisonnable [18].

- Le nombre de dossiers traités par RCP

Le nombre de dossiers traités par RCP est variable [18,43], cela dépend aussi du volume de la structure (taux de recrutement de patients).

Le nombre de dossiers traités par RCP dans notre structure s'avère assez réduit (1 à 4).

Le nombre de dossiers traités par mois et par année est aussi important à connaître pour les rapports d'activité et l'évaluation [114, 115].

- Le Taux de patient en RCP

Ce taux de patient est très important à déterminer, il devrait être de 100% selon la mesure 31 du plan cancer français 2003-2007 [29], ceci est tout à fait logique pour les pays qui ont rendu les RCP obligatoires et en mettant aussi beaucoup de moyens [22].

En France, le taux de RCP donné par la HAS dans la campagne d'évaluation de 2008 est de l'ordre de 80%, actuellement il avoisine les 100% [29].

Notre taux de patients en RCP (totalité de l'étude, soit deux ans) est de **52,80%**. Il est à noter que les conditions sont totalement différentes (cadre officiel pour le taux français et cadre d'étude pour notre taux).

Le taux de patients est le reflet du succès ou de l'échec des RCP pour la prise en charge multidisciplinaire. Dans le rapport de l'IGAS 2009, les RCP en France ont eu un succès plus qu'attendu [29].

1.3.1.1.2. Critères qualitatifs

- La fiche technique /patient

C'est un critère qualitatif de grande importance, c'est une véritable base de données- patient. Elle peut être plus ou moins élaborée selon les différentes structures multidisciplinaires [22].

La discussion en RCP se fait sur la base de cette fiche technique.

L'enquête- évaluation sur les indicateurs de la RCP de la campagne 2010 de la HAS sur la présence des fiches techniques dans les dossiers des patients, retrouve un taux de 70% [114].

Dans notre étude, le taux est de 100%, toutes les fiches techniques sont au niveau du secrétariat de l'UCMC, par défaut le secrétariat du CAC.

- Le médecin référent

Il est obligatoirement mentionné sur la fiche technique, sa place est très importante, c'est lui qui prépare le dossier et la FT du patient et les confie à la RCP [22,114].

- Le quorum (minimum de 03 médecins) C'est le nombre minimum de médecins pour valider une RCP, celui donné par la circulaire 22 (France) est de trois médecins [22].

Si l'on se réfère à cette définition. Notre taux de présence minimum de trois médecins par RCP est de 70%.

Le taux donné par l'enquête « évaluation sur les indicateurs de la RCP de la campagne 2010 » de la HAS est de 38%.

- La participation des médecins à la RCP peut s'étendre à d'autres spécialités [18] en fonction du besoin des avis de ces derniers tel qu'un médecin anesthésiste, pour discuter la faisabilité d'une chirurgie lourde et compromettante pour certains patients [116] et un nutritionniste pour des patients souvent dénutris, nécessitant un schéma nutritif intensif et rapide[117].

La présence du médecin référent est souhaitable mais non indispensable.

Certains auteurs évoquent l'intérêt des visioconférences pour la présentation du dossier patient par le médecin référent [114].

Certains auteurs suggèrent la présence du patient [7].

- La décision thérapeutique

L'utilisation des Référentiels, des SOR et des niveaux de preuve en RCP est systématique [51], ils soutiennent la décision thérapeutique. Les SOR et les niveaux de preuve, sont élaborés à l'échelle internationale [51]. Les référentiels sont élaborés sur le plan national et régional [52, 54,55].

On note par exemple en France qu'il ya autant de référentiels que de régions (environ 24).

A notre avis, il ya pléthore de référentiels d'autant plus que la plupart des référentiels se rejoignent sur l'essentiel des indications thérapeutiques, et qu'il n ya pas autant de spécificités pour avoir autant de référentiels.

En Algérie, il n ya pas encore de référentiels, notamment pour les cancers ORL et de la face et du cou. Ce qui nous a conduits à choisir un référentiel français pour notre étude [57].

L'application des référentiels en RCP est considérée comme un critère qualitatif de cette dernière [49,114].

- Les cas à discuter en RCP

Pour certains auteurs [13,18] tous les cas sont à discuter, pour d'autres [22] les cas qui ne nécessitent pas de discussion, où l'indication est codifiée et donnée par le référentiel, sont enregistrés et les autres seront discutés.

Au niveau de nos RCP, tous les cas ont été discutés.

- La proposition thérapeutique

La décision thérapeutique est une proposition faite par la RCP au médecin référent sans obligation d'application. Le médecin référent ainsi que le patient ont le choix de suivre ou non cette indication.

Dans notre étude, on note que l'indication a été suivie dans 86,5% des cas.

- Les conditions de déroulement des RCP

Certains auteurs insistent sur les conditions matérielles et de confort de déroulement des RCP [29], (conditions de locaux, de convivialité, de dégagement de temps pour la RCP, de disponibilité).

1.3.1.2. Impact des RCP sur les pratiques professionnelles

- La pluridisciplinarité nécessite un apprentissage et par conséquent une formation [7].

- Les RCP sont le lieu d'échange de haut niveau permettant l'amélioration du niveau de connaissance ainsi que l'amélioration de performance de l'équipe multidisciplinaire [7,64].

Tout le long de notre étude, on a constaté effectivement ces impacts sur nos pratiques.

- Contribution à l'enseignement universitaire.

Lorsque les conditions (locaux) s'appêtent, la présence de médecins, de résidents, d'internes serait une valeur ajoutée pour l'enseignement postuniversitaire de ces RCP [18,64].

Malheureusement, faute de locaux, notre RCP n'a pas participé à cet enseignement post-universitaire, par contre les résidentes et les résidents des services ont participé à l'élaboration des fiches techniques et des dossiers patients avec les médecins référents et ils se sont familiarisés avec la prise en charge multidisciplinaire.

1.3.2. Evaluation et discussion de la prise en charge multidisciplinaire des patients

Elle permet de déterminer l'impact de la pluridisciplinarité sur la qualité de prise en charge des patients.

Les critères recherchés sont d'une part la qualité de la prise en charge et d'autre part le délai de prise en charge.

1.3.2.1. Délai de prise en charge des patients Selon l'étude française faite par le réseau Francim, l'institut de veille sanitaire (InVS) et l'institut national du cancer (INCA) sur les délais de prise en

charge des cancers, le délai de prise en charge des patients atteints de cancers est actuellement une préoccupation des autorités sanitaires et la réduction des inégalités de cette prise en charge est une priorité du Plan cancer 2009-2013, tel que décrit dans la mesure 19. Un des objectifs de cette mesure est de « Mieux connaître les délais de prise en charge afin de réduire les inégalités d'accès aux soins que constituent les retards éventuels ». Les mécanismes à l'origine de ces inégalités sont multiples et peuvent intervenir à toutes les étapes de la prise en charge [118].

Le délai le plus évoqué est celui du délai (date du diagnostic – date du début du traitement) [118].

L'étude sur les délais de prise en charge des cancers (colon et rectum) entre 1999 et 2008 on retrouve :

Le délai de prise en charge pour le cancer du côlon de 17,5 à 20,7 jours.

Le délai de prise en charge pour le cancer du rectum de 27 à 30 jours.

Dans notre étude ce délai de prise en charge varie de 12 à 21 jours.

(Délai de traitement des dossiers/patients : de 02 à 06 jours, Délai de prise en charge après RCP : entre 10 et 15 jours).

La prise en charge multidisciplinaire permet de réduire ce délai de prise en charge [10,119]

1.3.2.2. Qualité de prise en charge multidisciplinaire des patients

Elle est discutée dans ses aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique.

1.3.2.2.1. Aspect épidémiologique

Les études épidémiologiques pour être fiables et précises, ont besoin de données précises et biens collectées.

L'UCMC fournit une riche base de données sur le plan épidémiologique, diagnostique et thérapeutique des patients.

- Comparaison avec la série sans RCP

La comparaison de notre série avec la série sans RCP retrouve :

. Concernant la provenance des patients, la wilaya de Batna est quasiment au même chiffre de recrutement 59,6% (Série avec RCP) et 58,7% (Série sans RCP).

Ce qui confirme un flux de patients quasi identique pour les 2 séries intéressant la willaya de Batna.

Une petite différence pour la wilaya de Biskra 17,0% (Série avec RCP) et 14,3% (Série sans RCP).

Le recrutement s'avère presque le double pour la wilaya de Khenchela dans la série sans RCP 11,9% alors qu'il est de 5,7% dans la série avec RCP.

Le recrutement est un peu plus important dans la wilaya de Tébessa 7,1% dans la série avec RCP alors qu'il est de 4,8% dans la série sans RCP.

. Concernant l'âge :

L'âge moyen dans les deux séries est quasiment le même soit 55,91 % pour la série avec RCP et 55,75 % pour la série sans RCP.

. Concernant le sexe :

On note une prédominance masculine dans la série avec RCP qui est de 71,6 % (sexe ratio : 2,5) contre 65,1 % (sexe ratio : 1,86) pour la série sans RCP, l'écart est de 6,1 %.

. Concernant la répartition selon la localisation tumorale qui détermine les cancers les plus fréquents, on note que la série de cas sans RCP n'est pas tout à fait en adéquation avec la dénomination et la classification internationale des tumeurs.

On relève, dans les deux séries, que le cancer du cavum occupe la 1ère place 69 cas (48,9 % pour la série avec RCP) et 71 cas (56,3 % pour la série sans RCP).

Le cancer du larynx vient en 2ème position avec 40 cas (28,4 % pour la série avec RCP) et 34 cas (27,0 % pour la série sans RCP).

Le cancer du cavum avec un total de 140 cas sur 267 représente presque le double du cancer du larynx (74 cas sur 267).

Les deux types de cancer sus cités constituent la majorité de la série totale soit 214 cas sur 267, soit un pourcentage de 80,14 %.

. Le recueil des données de la série sans RCP (sur ce qui a pu être exploitable) a nécessité beaucoup d'efforts, les données étaient très dispersées (secrétariats, bureaux des entrées, registres et archives), d'où l'intérêt d'avoir une structure multidisciplinaire, est de disposer d'une riche base de données-patients exploitable à tout moment et pour différentes études.

- Comparaison avec une étude multicentrique

Une étude multicentrique sur les cancers des VADS a été présentée au congrès de la SAONORL d'Alger en 2012. Un questionnaire (fiche technique) a été adressé à tous les services ORL (CHU) du pays, six mois avant la tenue du congrès [120].

Quelques centres seulement ont pu participer à cette étude. Parmi ceux qui n'ont pu participer, certains ne disposaient pas de base de donnée-patient, et leurs dossiers archivés n'étaient pas assez exploitables pour répondre au questionnaire.

L'étude a porté sur une enquête épidémiologique concernant les cancers des VADS en Algérie entre l'année 2010 et 2012 [120].

« Les auteurs rapportent que devant le caractère national du problème, les plus importants services d'ORL et CCF du pays à cette étude:

-CHU Alger (Mustapha Bacha), CHU Constantine, CHU Blida, CHU Tizi-Ouzou, CHU Oran 1, et CHU Oran 2.

Le caractère régional de ces centres fait d'eux le point de chute pour presque la majorité des patients du pays » [120].

Comparativement :

- La répartition selon le nombre de cas

On note pour le territoire hospitalier du CHU de Batna le nombre de 235 nouveaux cas sur deux ans (2013-2014), le tableau suivant donne le nombre de cas des différents autres centres.

Tableau 24 : Répartition selon le nombre de cas Benyahia S. et coll. Congrès SAON ORL et CCF. Profil épidémiologique des cancers des VADS en Algérie. Novembre 2012. Alger Algérie

	Nombre de cas	Zone géographique
Alger	223	I – II – III – IV – V – VI
Oran 1	149	II - IV
Oran 2	14	II
Tizi-Ouzou	102	I - III
Constantine	69	III - V
Blida	108	I - II
Total	665	

I : Centre – II : Ouest – III : Est – IV : Sud Ouest - V : Sud Est – VI : Extrême Sud

On remarque que la durée de recrutement de la série multicentrique est plus longue (2010 à 2012), et que le territoire hospitalier de Batna émerge comme 1^{er} centre (235 cas sur 2 ans), suivi des centres d'Alger soit 223 cas !

Une étude épidémiologique multicentrique, notamment prospective, serait souhaitable pour revoir ces résultats.

- La répartition selon l'âge n'a pas été abordée par l'étude multicentrique.

- La répartition selon le sexe

Elle montre une nette prédominance masculine au niveau de cette étude, illustrée par le tableau suivant :

Tableau 25 : Répartition selon le sexe Benyahia S. et coll. Congrès SAON ORL et CCF. Profil épidémiologique des cancers des VADS en Algérie. Novembre 2012. Alger Algérie

Région	Hommes	Femmes	Total des cas
Alger	<u>196(87.9%)</u>	27(12.10%)	<u>223 cas</u>
Oran1	120	29	149
Oran2	10(71.42%)	4(28.58%)	14
Tizi-Ouzou	87(85.9%)	15(14.71%)	102
Constantine	64(92.75%)	5(7.24%)	69
Blida	90(83.33%)	18(16.33%)	108
	<u>447 cas</u>	215	665

On note 87,9% pour Alger, 85,9% pour Tizi-ouzou et 83,33% pour Blida.

Dans notre étude, on retrouve que la prédominance masculine est beaucoup moindre soit 71,6% pour la série avec RCP et 65,1% pour la série sans RCP.

- La répartition selon la localisation ou le site anatomique tumoral

On note que la répartition selon la localisation, de l'étude multicentrique n'est pas tout à fait en adéquation avec la dénomination et classification internationale des tumeurs.

Elle permet de relever qu'il ya une nette prédominance du cancer du larynx notamment au niveau des centres de Tizi-Ouzou et de Blida, par contre une prédominance du cancer du cavum pour les 2 centres d'Oran (Oran 1 et Oran 2).

Comparativement, avec le centre de Batna, le cancer du cavum avec un total de 140 cas sur 267 représente presque le double du cancer du larynx (74 cas).

Tableau 26 : Répartition selon la localisation ou le site anatomique tumoral Benyahia S. et coll.
Congrès SAON ORL et CCF. Profil épidémiologique des cancers des VADS en Algérie. Novembre 2012. Alger Algérie

Site	Alger	Oran1	Constantine	Tizi-Ouzou	Oran 2	Blida	total
Larynx	159	40	66	83	8	67	<u>423(63.6%)</u>
*Cavum	154	57		4	33	39	<u>231(34.73%)</u>
Amygdale	2	7	1	2	2		14(2.1%)
Langue	20	10	1	3		1	35(5.26%)
FN-sinus	52	10	1	9		6	78(11.71%)
Voile du palais		1		1			2(0.03%)
Lèvres		1				1	2(0.03%)
Oreille		1				1	2(0.03%)
Gdes salivaire		6				2	8(1.2%)
Autres		6				1	1(0.01%)

- La aussi, une étude plus précise et Multicentrique, serait souhaitable pour revoir ces résultats.

- Pour la France, à titre comparatif, on retrouve pour la répartition selon la localisation (cf. tableau 1) : le cancer de l'oropharynx et de l'hypopharynx en première position avec 35 à 45% des cas, ensuite vient le cancer du larynx avec 30 à 35% des cas et en troisième position le cancer de la cavité buccale avec 20 à 25% des cas. Le cancer du cavum ne représente que 1% des cas [72].

1.3.2.2. Aspect diagnostique

L'évaluation des modalités de prise en charge du cancer , notamment pluridisciplinaire, et de l'impact de ce type de prise en charge sur la qualité de prise en charge des patients a fait l'objet de quelques publications.

Une étude prospective sur l'impact clinique d'une prise en charge multidisciplinaire des tumeurs de la tête et du cou publiée en 2010 [16], cette étude retrouve qu'environ 24% des patients avaient un changement dans le diagnostic, le stade et le plan du traitement des tumeurs de la tête et du cou. Les auteurs concluent que la prise en charge multidisciplinaire a un impact positif et efficace sur la décision thérapeutique pour un nombre important de patients et elle serait plus habilitée à la prise en charge des tumeurs de la tête et du cou [16].

- Le motif de demande de RCP

Il permet d'identifier les nouveaux cas des autres cas de cancers (récidive, poursuite évolutive), il doit être précisé [17].

- Les éléments déterminants pour une prise en charge qualitative

Les éléments du diagnostic doivent être les plus précis possibles, ce sont surtout le compte rendu endoscopique, le compte rendu radiologique et le compte rendu anatomopathologique.

. Le compte rendu endoscopique avec le compte rendu radiologique, doivent être précis et rendre compte d'une description exacte de la lésion pour la faire correspondre à la CIM 10 ainsi qu'à la classification de la tumeur (TNM). L'indication chirurgicale en est extrêmement liée.

Dans notre étude, on note que 20% des comptes rendus endoscopiques sont imprécis. On ne retrouve pas de statistiques au niveau de la littérature.

. Pour les comptes rendus radiologiques, on retrouve 25% d'interprétations imprécises parfois même aberrantes. Certains auteurs en retrouvent 23% [119].

. Le compte rendu anatomopathologique

Dans notre étude, on a dû recourir à des demandes de précision des comptes rendus d'anatomopathologie dans 2 cas. Certaines études rapportent des erreurs d'anatomopathologie [121].

. La présence, donc, d'un radiologue spécialisé (si possible) en RCP serait plus indispensable.

- La classification TNM et le stade tumoral

Les éléments sus cités permettent de déterminer une classification TNM et un stade tumoral assez précis et de considérer les stades précoces et les stades avancés nécessaires pour les indications thérapeutiques les plus adéquats possibles [69].

Dans notre série, on retrouve :

- 27 % de T1T2 et 57,4% de T3T4
- 70,22 % de stade III et IV

Le diagnostic reste, donc, assez tardif.

En France, malgré les moyens et les campagnes d'information sur ce type de cancers, le diagnostic reste aussi tardif [69].

- L'état général du patient

Les comorbidités, le statut OMS du patient [116], son état nutritionnel [117] doivent être bien évalué en RCP pour orienter les indications thérapeutiques.

1.3.2.2.3. Aspect thérapeutique

- Indication thérapeutique et compétence

L'Indication thérapeutique est dépendante de la multidisciplinarité ainsi que de la compétence des médecins participants.

La qualité des décisions ne repose pas uniquement sur le caractère collectif des discussions mais dépend aussi des compétences individuelles et spécifiques [26].

- Indication thérapeutique, âge et cancers rares

. L'indication thérapeutique doit aussi tenir compte de l'âge du patient, c'est souvent l'âge physiologique du patient qui est retenu [69,122], des particularités thérapeutiques (notamment la chimiothérapie et la radiothérapie) chez l'enfant [123] et de certains types de tumeurs rares [124]. Cette indication est basée surtout sur la localisation, le type et le stade tumoral [17, 69,125].

. La discussion est de haut niveau et peut porter sur un certain type de chirurgie et sa faisabilité (126), sur des protocoles récents de chimiothérapie [92, 127, 128,129], de radiothérapie [130] et sur l'inclusion de certains patients dans des essais thérapeutiques [131].

Dans notre étude, il n'y a pas eu de patients inclus dans des essais thérapeutiques.

- L'utilisation des référentiels

. Elle est recommandée et constitue une référence à la décision thérapeutique [49, 54,114].

Pour notre étude on a utilisé le référentiel dans 95,7% des cas.

- L'impact de la prise en charge multidisciplinaire sur les résultats des traitements

La prise en charge multidisciplinaire est sensée améliorer le résultat et le rapport coût –efficacité, mais l'évaluation du fonctionnement et des résultats de l'équipe multidisciplinaire est nécessaire pour que leurs traitements deviennent une base dans la prestation de soins [7].

- L'impact de la prise en charge multidisciplinaire sur la survie

Une étude australienne sur l'impact de la prise en charge multidisciplinaire des patients présentant un cancer de la tête et du cou, a comparé deux séries, la 1^{ère} avec R CP et la 2^{ème} sans RCP [132].

Les auteurs rapportent d'une part que la prise en charge multidisciplinaire est meilleure en matière de gestion de patients et de diagnostic que la prise en charge unidisciplinaire (sans RCP) et que d'autre part, la survie est améliorée par la prise en charge multidisciplinaire, notamment pour les patients présentant un cancer de la tête et du cou de stade IV.

Les protocoles de traitements (chimiothérapie et chimio-radiothérapie) confirmés par des niveaux de preuves sont discutés au niveau de la RCP et adaptés aux cas des patients.

La compétence liée à la spécialisation des médecins participants semble contribuer pour beaucoup [132].

Pour certains auteurs [11,17] la prise en charge en pluridisciplinaire permet l'accès au meilleur traitement.

VI

RECOMMENDATIONS

ET

PROPOSITIONS

1. RECOMMANDATIONS

1.1. Organisation des soins

La première des recommandations concerne l'organisation des soins.

Les structures multidisciplinaires nécessitent des moyens ainsi que des textes [32].

On a bien montré que la structure multidisciplinaire du territoire hospitalier de Batna draine (en matière de patients ou cas) plusieurs wilayas nécessitant ainsi la constitution d'un réseau territorial ou régional, autour de cette structure.

En conséquence, il devrait y avoir un véritable engagement des autorités publiques concernées, en effet, c'est aux scientifiques et aux compétences de saisir les autorités et les différentes instances de l'état pour légiférer et établir les textes nécessaires, pour l'organisation des soins en cancérologie et installer les différentes structures compétentes en la matière sur le plan local, régional et national. In finé, il faudrait élaborer une véritable saisine.

1.2. Spécialisation du corps médical

La deuxième recommandation intéresse le corps médical ou le domaine clinique.

On n'insistera jamais assez sur la spécialisation dans le domaine de la cancérologie [22, 26].

- Cancérologues d'organes en l'occurrence ORL et chirurgie face et cou.
- Radiologues spécialisés (tête et cou).
- Radiothérapeutes et chimiothérapeutes spécialisés dans les cancers de la tête et du cou.

Pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de qualité, l'apport de l'ORL dans la description précise de la lésion tumorale, la faisant correspondre à la classification CIM10 et lui permettant en cas de geste chirurgical, de réaliser un geste très précis et total de la lésion, l'apport du radiologue dans une interprétation, la plus exacte possible est très précieux, l'apport de l'anatomopathologiste dans sa description est aussi précieux et enfin l'apport du chimio et radiothérapeute, avertis et ayant acquis une expérience en cancérologie de la tête et du cou, permettant d'inclure les patients dans des protocoles thérapeutiques codifiés et non codifiés ou des protocoles de recherche clinique [125, 126, 127, 129].

1.3. Etablissement d'un référentiel

La troisième recommandation concerne l'établissement d'un référentiel. C'est un référentiel de bilan, de diagnostic et thérapeutique, établi et actualisé par les sociétés savantes [18, 22, 119, 133]. Ce référentiel est nécessaire pour la pratique de la multidisciplinarité et sera élaboré par un collègue multidisciplinaire.

1.4. Formation et recherche

La quatrième recommandation concerne la formation et la recherche.

La structure multidisciplinaire participe à la formation et à l'amélioration du niveau de connaissances [18, 119].

C'est au décours des RCP qu'on peut discuter l'inclusion de patients dans des protocoles de recherche [18, 118, 134].

En France, le Plan cancer a entraîné une restructuration de l'organisation de la recherche française, qui se place actuellement au 4e rang mondial.

La recherche clinique a fait l'objet d'un soutien et a trouvé un appui à la fin 2006, avec notamment la création d'un Registre des essais cliniques en cancérologie.

Depuis janvier 2007, la recherche a vu la création de l'Agence nationale de la recherche (ANR) en France, qui a pour objectif d'accroître le nombre de projets portés par la communauté scientifique [3].

1.5. Registres de cancers

La cinquième recommandation serait pour les registres de cancers.

La base de données de la structure multidisciplinaire, tant attendu par les registres de cancers [18,135,136,137], constituera une source d'informations importante pour ces registres ainsi que pour des études épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, socioéconomiques, et la recherche scientifique.

1.6. Création d'un institut national du cancer

La sixième recommandation serait pour la création d'un institut national du cancer qui serait en rapport avec les structures multidisciplinaires [138].

1.7. Evaluation

La septième recommandation intéresse l'évaluation des travaux de la structure multidisciplinaire [50, 139] ainsi que l'élaboration des rapports d'activité et scientifiques [140,141, 142, 143].

1.8. Participation aux projets

La huitième recommandation concerne la pleine participation de la structure multidisciplinaire tant par son mode de prise en charge que son organisation aux différents projets et plans cancer [144].

2. PROPOSITIONS

2.1. Structure multidisciplinaire et son réseau

On propose une structure multidisciplinaire dont le nom serait :

UNITE INTERDISCIPLINAIRE EN CANCEROLOGIE ORL DE LA FACE ET DU COU,
pour la prise en charge des cancers ORL de la face et du cou par territoire hospitalier CHU ou CAC-
CHU (centre agréé).

Cette structure posséderait un réseau territorial (public et privé), elle serait composée d'une équipe multidisciplinaire et d'un coordonnateur.

Les structures multidisciplinaires territoriales pourraient constituer entre elles un réseau national.

Cette structure doit avoir un statut, des locaux et un secrétariat.

2.2. Référentiel

On propose l'établissement d'un seul référentiel à l'échelle nationale qui serait élaboré par un collège multidisciplinaire issu des sociétés savantes algériennes d'ORL, de radiologie, d'anatomopathologie, d'oncologie et de radiothérapie.

En cas de difficultés de réalisation, on pourra commencer par l'établissement de référentiels régionaux.

2.3. Nouvelle fiche technique (Fiche Batna)

Numéro de Fiche

Date de demande (RCP)

Date de réunion (RCP)

Quorum

Médecin Référent

Nom

Prénom

Age

Sexe

Origine (Wilaya)

Tel

Personne à contacter

Motif de la RCM

Problème Diagnostic

Décision Thérapeutique

Décision Thérapeutique

Nouveau cas

Rechute ou récurrence

Traitement Antérieur Réalisé

Comorbidités

Score OMS

Facteurs de risque

Date des premiers signes de la maladie

Circonstances de Découverte

Date du diagnostic

Siege de la Tumeur Primitive

C.R.Endoscopique (date)

Imagerie (date)

CIM 10

Sérologie

Biologie Moléculaire

Anatomopathologie (date)

CIM 0

Classification TNM

Stade

Nature de Prise en charge

Examens complémentaires / Décision thérapeutique/ Surveillance

Traitement à Réaliser

Date de début du TRT

Délai de prise en charge

CONCLUSION

La multidisciplinarité (interdisciplinarité) en cancérologie intéresse le domaine médical clinique et le domaine de l'organisation des soins.

Jacques Chabot, dans son livre évaluation et organisation de la qualité des soins [50], critique le système français et met en valeur le système anglo-saxon dénommé « **Clinical Governance** », qui considère à la fois **l'aspect médical et l'aspect organisationnel** du système de santé. Il s'agit d'un système à deux éléments intimement liés. En conséquence toutes les réflexions, toute élaboration de projets ou de plans d'action se font en tenant compte de **ces deux éléments** et de **leurs acteurs**.

L'**évaluation** des résultats s'appuyant sur une base de données exhaustive et précise, permet des **améliorations** considérables de ce système.

Au décours de notre **étude scientifique**, nous avons montré, malgré le **manque de moyens** et en **absence de support législatif**, que la mise en place d'une **structure multidisciplinaire** et la **prise en charge multidisciplinaire des patients** en cancérologie ORL, de la face et du cou au niveau du territoire hospitalier CHU Batna, **est bien faisable**.

L'UCMC est installée au niveau du CAC de Batna. L'unité a organisé régulièrement une RCP tous 15 jours et des RCP extraordinaires à la demande, totalisant ainsi **61 RCP** sur 2 ans. Le taux de patients pris en charge en mode multidisciplinaire est de **52,80%** ; en France ce taux était de **80% en 2008**, actuellement il avoisine **les 100%**, sachant que les RCP en France **sont obligatoires et bénéficient de moyens considérables**. Le nombre de patients traités sur les 2 ans d'étude est de **147 cas**. Le fonctionnement des RCP **selon les critères de jugement quantitatifs et qualitatifs était satisfaisant** par comparaison aux RCP en France. Le délai de PEC de nos patients se révèle assez performant (**de 12 à 21 jours**) comparativement à certains délais de PEC d'une étude française.

Sur le plan épidémiologique, notre étude fournit **des données précises** concernant notamment **les nouveaux cas de cancer et les récives** ainsi que **les localisations et les sous localisations** suivant la classification internationale des cancers des VADS, par comparaison à la série de **patients sans RCP** et à une étude multicentrique algérienne.

Sur le plan diagnostique, **la PEC MD améliore la précision du diagnostique et redresse d'éventuels erreurs**.

Sur le plan thérapeutique, **la PEC MD est sensée améliorer le traitement et la survie des patients ainsi que les coûts des différentes thérapeutiques**, néanmoins, selon plusieurs auteurs, il serait nécessaire de **réaliser d'autres études**

Le **mode de prise en charge multidisciplinaire** en matière de cancérologie et notamment pour les cancers ORL, de la face et du cou s'avère nécessaire pour **une prise en charge qualitative des patients**, pour **l'amélioration des pratiques professionnelles**, pour la **formation** et pour les différentes études, **épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques, socioéconomiques, pour les registres du cancer** ainsi que pour **la recherche scientifique**.

Ainsi, pour **pérenniser ce type de structure et ce mode de prise en charge**, il faudrait les accompagner **de moyens et de textes législatifs**, faute de quoi, leur **viabilité** serait sérieusement **mise en jeu**.

REFERENCES

1- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F (2013). GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: World Health Organization (OMS). International Agency for Research on Cancer. 2012 12 mars.

<http://globocan.iarc.fr>

2- USA government. The National Cancer Act of 1971.

<http://onlinelibrary.wiley.com/>

3- Denis JJ. La lutte contre le cancer, Surmonter les cloisonnements. Centre d'analyse stratégique. 2009. Réalisation : agence COM&O - www.comeo.fr

4- Mecheri F. La gestion de maladies chroniques en Algérie: le cas du cancer. 26 novembre 2008. Governing Health Systems in Africa.

www.codesria.org/IMG/pdf/Chap11.pdf

5 - Gouvernement Algérien. Plan cancer 2015-2019 (plan_cancer_algerie_zitouni_2)

www.ands.dz/colloque/docs/plan_cancer_algerie_zitouni.pdf

6 – Croke J M, El-Sayed S. Multidisciplinary management of cancer patients: chasing a shadow or real value? An overview of the literature. Articles from Current Oncology. 2012 Aug; 19 (4) : 232–238.

7 - Fennell M. L, Prabhu Das I, Clauser S, Petrelli N, Salner A. The Organization of Multidisciplinary Care Teams : Modeling Internal and External Influences on Cancer Care Quality. J Natl Cancer Inst Monogr. Published by Oxford University Press. 2010; 40 : 72–80.

8- Uwer L. Pluridisciplinarité en cancérologie : Bilan d'activité 2000 de concertation pluridisciplinaire des tumeurs des os et parties molles de l'adulte au centre Alexis Vautrin. Thèse de Doctorat de l'Université Henri Poincaré de Nancy – Faculté de Médecine de Nancy. 2007 Février.

<http://www.theses.medecine@scd.uhp-nancy.fr>

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php,

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

9- La prise en charge du cancer - La pluridisciplinarité. adsp n° 51 juin 2005.

www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad513435.pdf

10- Nouraei S, Philipott J, Nouraei SM, Maude DCK, Sandhu GS, Sandison A, Clarke PM. Reducing referral-to-treatment waiting times in cancer patients using a multidisciplinary database. The Royal College of Surgeons of England - SURGICAL ONCOLOGY, Ann R Coll Surg Engl. 2007; 89: 113–117.

11- Gross G E. The role of the tumor board in a community hospital. CA.A Cancer Journal for Clinicians. 1987 March/April; 37(2): 88-92.

12- Wallwiener M, BruckerS Y, Wallwiener D. Multidisciplinary breast centres in Germany: a review and update of quality assurance through benchmarking and certification. Gynecologic Oncology / Arch Gynecol Obstet. 2012. 285:1671–1683.

13- Lehmann K, Guller U, Bugnon S, Zuber M. Interdisciplinary tumor boards in Switzerland: Quo vadis?. SWISS Med Wkly. 2008; 138 (9 – 10): 123 – 127.

14- Van Pelt V, Breas R, Mekenkamp H, Vlaanderen R. IHE Patient Care Coordination Technical Framework Supplement Cross-enterprise Tumor Board Workflow Definition (XTB-WD) Trial Implementation. IHE International (Integrating the Healthcare Enterprise). 2012. Rev. 1.1 – 2012-11-09

http://www.ihe.net/uploadedFiles/Documents/PCC/IHE_PCC_Suppl_XTB-WD_Rev1.1_TI_2012-11-09.pdf

15- El Saghir N S, El-Asmar N, Hajj C, Eid T, Khatib S, Bounedjar A, Ajarim D, Shamseddine A, Geara F, Jazieh A, Azim H. A, Abdelkader Y, Kattan J, Abulkhair O. Survey of utilization of multidisciplinary management tumor boards in Arab countries.- The Breast 20. 2011; S70eS74. Journal homepage: www.elsevier.com/brst

16- Wheless S A, McKinney K A, Zanation A M. A prospective study of the clinical impact of a multidisciplinary head and neck tumor board. Otolaryngol Head Neck Surg. 2010 November ; 143(5): 650–654.

17- Prashanth V, Yi-Tien L, NgianChye T. Multidisciplinary Treatment of Head and Neck Cancer. *Seminars in plastic surgery. Semin Plast Surg* 2010; 24 (3): 331–334.

18- Medical College of Wisconsin. The Head & Neck Tumor Board at the University of Iowa. Tumor Boards, Cancer Registries and Clinical Trials. Medical College of Wisconsin, 9200 West Wisconsin Avenue, Milwaukee, WI 53226

www.clinicaltrials.gov/info/resources

19- Ogino S, Chan A T, Fuchs C S, Giovannucci E. Molecular Pathologic Epidemiology of Colorectal Neoplasia: An Emerging Transdisciplinary and Interdisciplinary Field. NIH (National Institute of Health) Public Access. *Gut*. 2011 March; 60(3): 397–411.

20- Schneider S, Thurnher D, Erovic B M. Merkel Cell Carcinoma: Interdisciplinary Management of a Rare Disease. *Journal of skin cancer* Volume 2013, Article ID 189342, 6 pages.

<http://dx.doi.org/10.1155/2013/189342>

21- Singh S, Law C. Multidisciplinary Reference Centers: The Care of Neuroendocrine Tumors. *Journal of Oncology Practice*. 2010; 6: 1- 6.

22- Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Ministère des solidarités de la santé et de la famille – France.

www.e-cancer.fr

23- FNORS. SCORE-Santé – Indicateurs régionaux associés aux objectifs annexés à la loi relative à la politique de santé publique. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. 2004.

www.fnors.org

24-Argiris A, Eng C. Epidemiology, Staging, and Screening of Head and Neck Cancer In Rosen Steven T, Cancer Treatment and Research. Head and Neck Cancer. Kluwer publishers. Edited by Bruce Brockstein and Gregory Masters. 2004. p.16-21.

©2004 Kluwer Academic Publishers New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow.

- 25- Nguyen T D, Legrand P, Devie I, Cauchois A, Eymard J Ch. Evaluation qualitative de la réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie mammaire : Qualitative assessment of the multidisciplinary tumor board in breast cancer - Bull Cancer. 2008 Février ; 95(2) : 247-51.
- 26- Castel P, Blay J Y, Meeus P, Sunyach M P, Ranchère-Vince D, Thiesse Ph, Bergeron C, Marec-Bérard P, Lurkin A, Ray-Coquard I. Fonctionnement et impact d'un comité pluridisciplinaire en cancérologie / Organization and impact of the multidisciplinary committee in oncology. Bull Cancer. 2004; 91 (10): 799-804.
- 27- Circulaire N° DGOS/PF4/2013/105 du 18 mars 2013 relative au programme hospitalier de recherche clinique, au programme de recherche médico-économique, au programme de recherche sur la performance du système de soins, au programme de recherche infirmière et paramédicale, au programme de recherche translationnelle, pour l'année 2013. Ministère des affaires sociales et de la santé – France.
DGOS-PF4@sante.gouv.fr
- 28- Circulaire n° DHOS/INCA/MOPRC/2006/475 du 7 novembre 2006 relative au soutien apporté par l'Institut National du cancer à l'organisation des essais cliniques en cancérologie. Ministère de la santé et des solidarités – France.
www.e-cancer.fr
- 29- Inspection générale des affaires sociales RM2009-064P – France. Evaluation des mesures du plan cancer 2003-2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins. IGAS, RAPPORT N°RM2009-064P. Juin 2009. P. 50-60.
- 30- Institut National du Cancer – France. PLAN CANCER 2009-2013.
www.e-cancer.fr
- 31- [Legislation.gov.uk](http://legislation.gov.uk) . Cancer Act 1939.
legislation.gov.uk, [The National Archives](http://TheNationalArchives).

32- Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. Journal officiel de la république française.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

33- Circulaire n° 161 DHOS/O/2004 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique. MINISTRE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES – France. 29 mars 2004.

34- Circulaire n° DHOS/02/03/CNAMTS/2008/ du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs. Ministère de la santé des de la jeunesse, des sports et de la vie associative – France.

<http://www.sfap.org/pdf/III-B6a-pdf.pdf>

35- Institut National du cancer – France. Critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie.

www.e-cancer.fr/

36- Institut National du Cancer – France. Critères d'agrément pour la pratique de la radiothérapie externe.

www.e-cancer.fr

37- Institut National du Cancer – France. Critères d'agrément pour la pratique de la chirurgie des cancers.

www.e-cancer.fr

38- Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de traitement du cancer. Journal officiel de la république française.

www.sante.gouv.fr

39- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie (1). Journal officiel de la république française

www.sante.gouv.fr/

40- Décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation de l'article L.6122-1 du code de la santé publique et modifiant ce code (2ème partie : Décrets en conseil d'état).

Journal officiel de la république française

<http://www.legifrance.gouv.fr>

41- Lacoste O, Dupont J, Poirier G, Trédez G, Brosh S.

Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais. Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord – Pas-de-Calais. ORS Nord – Pas-de-Calais. Décembre 2007. p.57-59.

www.orsnpdc.org/etudes/148674_107-7.pdf

42- Lisha Lo. Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé | Une analyse documentaire. Institut canadien pour la sécurité des patients ICSP. 2011. P. 3-9.

43- Orgerie M B, Duchang N, Pélicier N, Chapet S, Dorval E, Rosset P, Lemarié E, Hervé C, Moutel G. La réunion de concertation pluridisciplinaire : quelle place dans la décision médicale en cancérologie ? RCP et décision médicale. Centre Henry S. Kaplan de cancérologie, CHRU Tours, Hôpital Bretonneau. 2005. P. 1-24.

b.orgerie@chu-tours.fr

44- Adam R, De Gramont A, Figueras J, Guthrie A, Kokudo N, Kunstlinger F, Loyer E, Poston G, Rougier P, Rubbia-Brandt L, Sobrero A, Tabernero J, The I. C, Van Custem E, Vauthey J N. The Oncosurgery Approach to Managing Liver Metastases from Colorectal Cancer: A Multidisciplinary International Consensus. The Oncologist.2012; 17:1225–1239.

45- Munro A J, Swartzman S. What is a virtual multidisciplinary team (vMDT)?. BJC - British Journal of Cancer.2013; 108: 2433 –2441.

46- ACORESCA. Aide méthodologique pour la mise en place des 3C. Association des Coordinateurs de Réseaux de Cancérologie. 16 juin 2008.

47- Marre A, Baies M, Tolou L, Julien S, Mosser L, Reyes G. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie - La meilleure ou la pire des choses. Cancérologie. TH 725. 2011 Janvier-février.

48- ONCOSARTHE. Unité de coordination pluridisciplinaire d'oncologie de la Sarthe.
http://www.cros72.org/pub/qui/OS_gen1/ucpo.html

49- Haute Autorité de Santé - France. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) - Fiche technique méthode. Document de travail. Janvier 2013.
www.has-sante.fr

50- Chabot J M. Evaluation et organisation de la qualité des soins. Pratique médicale La revue du praticien Ed. 2006.

51- Durand-Zaleski I, Philip T. SOR Project: the French context. 2001 FNCLCC British Journal of Cancer. 2001 ; 84 (Suppl.2) : 4-5.

52- Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou. SFORL- France. Bilan préthérapeutique des carcinomes épidermoïdes des VADS. 5 oct. 2012.
www.orlfrance.org/download.php?id=169

53- Société Française d'Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie de la face et du cou. Suivi post-thérapeutique des carcinomes épidermoïdes des voies aérodigestives supérieures de l'adulte. Ann Otolaryngol Chir Cervicofa., 2006; 123, 5, 240-279.

54- Lacau St Guily J, Brasnu D, Andolenko P, Baril P, Chabolle F, Chays A, Frachet B, Housset M, Lamas G, Mérol JC, Meyer B, Monteil JP, Ouayoun MC, Périé S, Poncet JL, Touboul E, Wagner I.
Recommandations de prise en charge des cancers ORL et des voies aérodigestives supérieures. Groupe Ile de France / Actualisation Juillet 2006.
www.orlfrance.org/download.php?id=128

55- Réseau de Cancérologie de la Région Centre. Référentiels de prise en charge des cancers en région Centre - Tumeurs cervico-faciales. Réunion du 1er juin 2012.

www.oncocentre.org/wp-content/uploads/ref_tcf_2014.pdf

56- THESAURUS. Protocoles Thérapeutiques en Cancérologie de la tête et du cou Région Basse-Normandie - Actualisation 2011.

www.oncobassenormandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/.../9857.pdf

57- Réseau Régional de Cancérologie Onco Nord Pas de Calais. Cancers voies aérodigestives supérieures et glandes salivaires. Version décembre 2006.

info@onco-npdc.fr

58- ONCO-LR le réseau régional de Cancérologie en Languedoc Roussillon. Référentiel et options thérapeutiques en cancérologie des VADS. ONCO-LR, le réseau régional de Cancérologie en Languedoc Roussillon. Version 2008

www.oncolr.org/

59- Réseau de Cancérologie d'Aquitaine. Référentiel régional Généralités sur la chirurgie des cancers de la tête et du cou. Version 1. 2010 Février.

<http://www.canceraquitaine.org/sites/default/files/documents/INFOS-PRO/referentiels/tete-et-cou/Ref-ChirTeteetCou-0210.pdf>.

60- Laval G, Villard M-L. Recueil de Pratique Professionnelle en Soins Palliatifs Version 3. Réseau de cancérologie de l'Arc Alpin. 6 février 2006.

<https://www.telesante-midipyrenees.fr/arcade-ideoportal/gallery.../81.pdf>

61- Observatoire dédié au Cancer Bretagne – Pays de la Loire. Référentiel par médicament observatoire dédié au Cancer B PL. Septembre 2012.

http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/documents/138946/146963/Referentiel_Obs_Cancer_medicament_09_2012_def.pdf/c3c803f7-3226-40f4-8365-c9187baa5b15.

62- Lucht F. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et Expertise Médico-Judiciaire. CHU St Etienne Lyon. 2013 10 avril.

www.infectiologie.com/site/.../7_Lucht_RCP_Medico_Legal_2013.pdf

- 63- Sidhom M. A, Poulsen M. G. Multidisciplinary care in oncology: medico legal implications of group decisions. *Lancet Oncology*. 2006; 7: 951-4
- 64- Haute Autorité de Santé, Institut National du Cancer – France. Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie- Evaluation et amélioration des pratiques. Juin 2006.
www.oncopaca.org/upload/Professionnels/.../rcp-has-inca-juin-2006.pdf
- 65- Institut national du cancer - France / COLLECTION États des lieux & des connaissances. Cartographie des indicateurs disponibles en France dans le domaine du cancer et de la cancérologie – Etat des lieux en 2012.
Septembre 2013.
www.e-cancer.fr
- 66- National Cancer Institute NCI. Head and Neck Cancer.
www.cancer.gov/cancertopics/types/head-and-neck
- 67- Cognetti D M, Weber R. S, and Lai S. Y. Head and Neck Cancer: An Evolving Treatment Paradigm *Cancer*. NIH- National Institute of Health – Cancer. 2008 October 1; 113 (7 suppl.): 1911–1932.
- 68-Masters G, Brockstein B, Overview of Head and Neck Cancer IN Rosen Steven T, *Cancer Treatment and Research*. Head and Neck Cancer. Kluwer publishers. Edited by Bruce Brockstein and Gregory Masters. 2004. p.1-11.
©2004 Kluwer Academic Publishers New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow.
- 69- Poissonnet G, Benezery K, Peyrade F, Bozec A, Bensadoun R. J, Marcy P Y, Santini J, Dassonville O. *Cancers ORL : les grands principes thérapeutiques / Upper aerodigestive tract carcinoma: therapeutic management*. Elsevier La Presse Médicale. 2007 november ; 36 : 11, Part 2 : 1634–1642.
- 70-Jatin P. Shah, Preface in American Cancer Society. *Atlas of Clinical Oncology: Cancer of the Head and Neck*. Editors: Jatin P. Shah, E.W. Strong New York, 2001 august.

71- Hans S, Brasnu D. Cancers ORL : conduite à tenir et traitement.

© 2010 Elsevier Masson SAS.

<http://www.em-consulte.com/article/232830/cancers-ori-conduite-a-tenir-et-traitement>

72- Haute Autorité de la Santé - France. Guide de la prise en charge optimale du cancer des voies aéro-digestives supérieures. 2009 Novembre.

www.has-sante.fr/

73- INSP Algérie, Enquête nationale sur l'incidence et la prévalence des cancers en Algérie. 2005.

74 – Service d'épidémiologie et de médecine préventive CHU Batna, Algérie, Registre du cancer de la Wilaya de Batna,2009.

75- Brasnu D. Cancers de la tête et du cou, Document Medespace. Source : Cancers : évaluation, traitement et surveillance. 1999. JM Andrieu & P Colonna Ed. ESTEM, Paris 1997.

76- Institut National du Cancer. Les Cancers en France édition 2013. INCA - Les données du cancer. Edition 2013.

www.e-cancer.fr

77- Centre du cancer / Cliniques universitaires Saint-Luc. Cancers des voies aérodigestives supérieures. 2010. Newsletter 13 octobre 2010.

www.saintluc.be / www.centreducancer.be

78- Boussen H, Bouaouina N, Mokni-Baizig N, Gamoudi A, Chouchane L, Benna F, Ladgham A. Les carcinomes du nasopharynx : données actuelles / Nasopharyngeal carcinoma. Recent data. Pathologie Biologie 53 (2005) 45–51.

79- Fleury B, Biston M. C, Montbarbon X, Pommier P. Cancers du cavum de l'adulte Nasopharyngeal cancer. Pathologie Biologie 53 (2005) 45–51. Cancer / Radiothérapie 14 Suppl. 1 (2010) S23–S33.

80- World Health Organization Classification of Tumours. Pathology & Genetics Head and Neck Tumours. Edited by Leon Barnes, John W. Eveson, Peter Reichart, David Sidransky ; Lyon 2005.

81- Conessa C, Clément P, Foehrenbach H, Poncet J. L. La tomographie par émission de positons dans les carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou. Ann OtolaryngolChirCervicofac. 2006; 123, 5, 227-239.

82- Maunoury C, Halimi P. Imagerie radiologique et TEP scanner dans les cancers ORL. J Radiol.2008; 89:403-12.

83- El-Naggar A K, Hopper C, Upile T, Jerjes W. Head & Neck Oncology: purpose, scope and goals-charting the future. Head & Neck Oncology 2009, 1:1.
© 2009 El-Naggar et al; licensee BioMed Central Ltd.

84- Pivot X, Schneider M, Demard F. Carcinomes épidermoïdes des voies aérodigestives supérieures : nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Springer-Verlag. 2003. Paris (2003).

85- Poissonnet G, Dassonville O, Pivot X, Demard F. Cancers du larynx et de l'hypopharynx: anatomie, anatomopathologie, signes cliniques, TNM, thérapeutique. Bull Cancer. 2000 (Suppl 5): 27–38.

86- Robbins KT, Clayman G, Levine P A, . Medina J, Sessions R, Shaha A, American Head and Neck Society, et al. American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery. Neck dissection classification update: revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. ArchOtolaryngol Head Neck Surg. 2002(128) : 751–758.

87- Kolb F, Julieron M. Chirurgie réparatrice en cancérologie ORL: principales méthodes et indications. Cancer Radiother, 2005 (9) : 16–30.

88- Lapeyre M, Marchesi V, Mege A, Aletti P, Graff P, Racadot S, et al. Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité des cancers des voies aérodigestives

supérieures avec irradiation bilatérale du cou : résultats préliminaires. *CancerRadiother.* 20048 (8) : 134–147.

89- Maingon P, Mammar V, Peignaux K, Truc G, Barillot I. Les contraintes aux organes à risque en radiothérapie par modulation d'intensité des cancers ORL. *Cancer Radiother.* 2004 (8) : 234–247.

90- Wendt T.G, Grabenbauer G.G, Rödel C.M, Thiel H.J, Aydin H, Rohloff R, et al. Simultaneous radiochemotherapy versus radiotherapy alone in advanced head and neck cancer: a randomized multicenter study. *J ClinOncol.*1998 (16): 1318–1324.

91- Vokes E.E, Weichselbaum R.R, Lippman S.M, Hong W.K. Head and neck cancer. *N Engl J Med.* 1993 (328): 184–194.

92- Pignon J.P, Baujat J, Bourhis J. Apport des méta-analyses sur données individuelles au traitement des cancers ORL. *Cancer Radiother.* 2005 (9): 31–36.

93- The department of Veteran Affairs Laryngeal Cancer Study Group. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med.* 1991 (324) : 1685–1690.

94- Janot F, Rhein B, Koka V. Préservation laryngée par chimiothérapie première. À propos de l'expérience de deux centres du GETTEC dans les cancers de l'endolarynx traités entre 1985 et 1995. *Ann OtolaryngolChirCervicofac.* 2002 (119): 12–20.

95- Bernier J, Vermorken J.B, Koch W.M. Adjuvant therapy in patients with resected poor-risk head and neck cancer. *J ClinOncol.* 2006 (24): 2629–2635

96- Hitt R, Grau J, Lopez-Pousa A, Berrocal A, García-Giron C, Belon J, et al. Randomized phase II/III clinical trial of induction chemotherapy (ICT) with either cisplatin/5-fluorouracil (PF) or docetaxel/cisplatin/5-fluorouracil (TPF) followed by chemoradiotherapy (CRT) vs. crt alone for patients (pts) with unresectable locally advanced head and neck cancer (LAHNC). *J Clin Oncol.*2006, (18 s) (2006), p. 283s (abst. 5515).

www.meeting.ascopubs.org/cgi/content/short/24/18.../5515

- 97- Forastiere A.A, Goepfert H, Maor M, Pajak T.F, Weber R, Morrison W, et al. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med.* 2003 (349): 2091–2098.
- 98- Bensadoun R.J, Benezery K, Dassonville O, Magne N, Poissonnet G, Ramaioli A, et al. French multicenter phase III randomized study testing concurrent twice-a-day radiotherapy and cisplatin/5-fluorouracil chemotherapy (BiRCF) in unresectable pharyngeal carcinoma: Results at 2 years (FNCLCC-GORTEC). *Int J RadiatOncolBiol Phys.* 2006 (64): 983–994.
- 99- Bernier J, Cooper J.S, Pajak T.F, Van Glabbeke M, J, Forastière A, et al. Defining risk levels in locally advanced head and neck cancers: a comparative analysis of concurrent postoperative radiation plus chemotherapy trials of the EORTC (#22931) and RTOG (#9501). *Head Neck.* 2005 (27): 843–850.
- 100- Janot F, De Raucourt D, Castaing M, Bardet E, Dolivet G, Bensadoun R, et al. Re-irradiation combined with chemotherapy after salvage surgery in head and neck carcinoma: a randomized trial from the GETTEC and GORTEC groups. *J ClinOncol.* 2006, 24 (18 s) (2006), p. 282s (abst. 5508)
www.meeting.ascopubs.org/cgi/content/short/24/18.../5508
- 101- Dassonville O, Formento J. L, Francoual M, Ramaioli A, Santini J, Schneider M, et al. Expression of epidermal growth factor receptor and survival in upper aerodigestive tract cancer. *J Clin Oncol.* 1993 (11) : 1873–1878.
- 102- Magné N, Pivot X, Bensadoun R. J, Guardiola E, Poissonnet G, Dassonville O, et al. The relationship of epidermal growth factor receptor level to the prognosis of unresectable pharyngeal cancer patients treated by chemo-radiotherapy. *Eur J Cancer.* 2001 (37): 2169–2177.
- 103- Harari P M, Huang S. Head and neck cancer as a clinical model for molecular targeting of therapy: combining EGFR blockade with radiation. *Int J RadiatOncolBiol Phys.* 2001 (49): 427–433.

104- Bonner J A, Harari P M, Giralt J, Azarnia N, Shin D M, Cohen R B, et al. Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med*. 2006 (354): 567–578.

105- Baselga J, Trigo J M, Bourhis J, Tortochaux J, Cortes-Funes H, Hitt R, et al. Phase II multicenter study of the antiepidermal growth factor receptor monoclonal antibody cetuximab in combination with platinum-based chemotherapy in patients with platinum-refractory metastatic and/or recurrent squamous cell carcinoma of the head and neck. *J Clin Oncol*. 2005 (23): 5568–5577.

106- Herbst R S, Arquette M, Shin D M, Dicke K, Vokes E. E, Azarnia N, et al. Phase II multicenter study of the epidermal growth factor receptor antibody cetuximab and cisplatin for recurrent and refractory squamous cell carcinoma of the head and neck. *J Clin Oncol*. 2005 (23) : 5578–5587.

107- Rivera S, Keryer C, Busson P, Maingon P. Les carcinomas du nasopharynx. *Cancer Radiotherapy*. 2005 (9): 55–68.

108- Shah J. P. Cervical lymph node metastase – diagnostic, therapeutic and prognosis implications. *Oncology*. 1990 (4) : 61–69.

109- Julieron M, Temam S. Récidives locorégionales des cancers ORL: place de la chirurgie. *Bull Cancer*. 2004 (91): 863–869.

110- Posner M R, Wirth L J. Cetuximab and radiotherapy for head and neck cancer. *N Engl J Med*. 2006 (354) : 634–636.

111 - Direction de la planification et de l'aménagement du territoire Batna 2008.

112- Organisation Mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Volume 1. Genève: OMS, 1993; 1335 196-199. P. 204-205.

113- UICC. TNM Classification of malignant tumors, sixth edition. 2002. Wiley-Liss, Inc. 2003 Cassini, Paris. P. 23-56.

114- HAS - Haute Autorité de la Santé – Institut national du cancer- France. Indicateur RCP - Analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats.

www.has-sante.fr/

115- Institut National du Cancer - France / COLLECTION Études & Synthèses. Synthèse nationale sur les tableaux de bord 2007 des réseaux régionaux de cancérologie. Avril 2009.

www.e-cancer.fr

116-Prieto Muñoz I, Cassinello Plaza F. Head and Neck Cancer: Multidisciplinary Approach is a must, Including Radiation Oncologist and Anaesthesiologist. Surgery Curr Res. 2014.

4:1. Muñoz and Plaza, Surgery Curr Res.

117- Gagnon B, Murphy J, Eades M, Lemoignan J, Jelowicki M, Carney S, Amdouni S, Di Dio P, Chasen M, MacDonald N. A prospective evaluation of an interdisciplinary nutrition–rehabilitation program for patients with advanced cancer.CurrOncol.2013 December; 20(6): 310-318.

118- Institut National du Cancer / COLLECTION État des lieux & des connaissances. Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008. Novembre 2012.

www.e-cancer.fr , - <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>

119- Horvath L E, Yordan E., Malhotra D., Leyva I, Bortel K, Schalk D, Mellinger P, Huml M, Kesslering C, Huml J. Multidisciplinary Care in the Oncology Setting: Historical Perspective and Data From Lung and Gynecology Multidisciplinary Clinics. Journal Oncology Practice. 2010 November ; 6 : 6. jop.ascopubs.org .

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21358946

120-Benyahia S. et coll. .Congrès SAON ORL et CCF. Profil épidémiologique des cancers des VADS en Algérie. Novembre 2012. Alger Algérie

121- Boxer M M, Vinod S K, Shafiq J, Duggan K J. Do Multidisciplinary Team Meetings Make a Difference in the Management of Lung Cancer? . Published online Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com).Cancer.2011 November 15.

122 - Saint Jean O. Place de l'âge dans les décisions médicales. Service de Gériatrie HEGP Paris. Université Paris Descartes.
www.sipv.net/cms/images/sipv/AGE_%20DECISION.pdf

123 - Sommelet D. La cancérologie pédiatrique française : analyse de la situation actuelle et perspective. ArchPédiatr. 2001 ; 8 : 617-28

124 - Institut national du cancer - France / COLLECTION Soins et vie des malades. Structuration de l'offre de soins pour les patients adultes atteints de cancers rares. Mars 2011.
www.e-cancer.fr

125- Junn J C, Kim I. A, Zahurak M L., Tan M, Fan K Y, Lake S T, Zaboli D et al. Multidisciplinary Service Utilization Pattern by Advanced Head and Neck Cancer Patients: A Single Institution Study. International Journal of Otolaryngology. Volume 2012, Article ID 628578, 6 pages.

126- Marandas P, Germain M. A, Hartl D. Reconstruction pharyngo-œsophagiennePharyngo-oesophagealreconstruction.EMC-Oto-rhino-laryngologie 2 (2005) 119–138.
<http://france.elsevier.com/direct/EMCORL/>

127- Resche-Rigon P, Pignon T, Giovanni A, Gras R, Bagarry D, Zanaret M. Radiothérapie-chimiothérapie concomitante des cancers non opérables de la tête et du cou Etude rétrospective sur 130 patients. Ann OtolaryngolChirCervicofac. 2003; 120, 1, 3-13.

128- Bozec A, Thariat J, Bensadoun R. J, Milano G. La chimioradiothérapie des carcinomes épidermoïdes des voies aérodigestives supérieures : point sur les thérapeutiques ciblées Chemoradiotherapy in head and neck squamous cell carcinoma: Focus on targeted therapies. Cancer/Radiothérapie 12 (2008) : 14–24.

129- Zouhaira A, Matzinger O, Azriab D, Gayea M. P, Ugurluera G, El Hfida M, Mirimanoffa R O, Ozsahina M. Chimioradiothérapie postopératoire des cancers des voies aérodigestives : vers un nouveau standard ? / Post-operative radiochemotherapy of the head and neck: Towards new standards? *Cancer/Radiothérapie* 14 (2010) : 217–221.

130- Institut national du cancer – France / COLLECTION Recommandations & référentiels. Indications de la radiothérapie Cancer des VADS. 2009 Mai.
www.e-cancer.fr

131- Jean Louis Lefebvre. Laryngeal preservation in head and neck cancer: multidisciplinary approach. *Lancet Oncol.* 2006 September; 7: 747–55.

132- Friedland P. L, Bozic B, Dewar J, Kuan R, Meyer C, Phillips M. Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients. *British Journal of Cancer* (2011) 104, 1246 – 1248.

133- Boussen H., Boutayeb S. Actualisation de référentiels - Axe Sud-Méditerranéen Tunis-Rabat. Institut Salah Azaiz. 2009
[http://www.smfc-cancer.com/Media/universite/2009/exposes/jour3/diffusion_des_referentiels.univete_2009_tawfiq_\(2\).pdf](http://www.smfc-cancer.com/Media/universite/2009/exposes/jour3/diffusion_des_referentiels.univete_2009_tawfiq_(2).pdf).

134- Institut national du cancer – France. COLLECTION Recherche. Rapport scientifique 2012-2013.
www.e-cancer.fr

135- Hamdi Chérif M. Enregistrement du cancer en Algérie - Contexte et évolution - Registre du Cancer de Sétif – Algérie. Journées Francophones de Lutte Contre le Cancer pour les pays en voie développement. 2010. 8-9 avril 2010. Montpellier.
http://www.cancer-amcc.org/telecharger.php?Fichier_a_telecharger=Enregistrement_du_Cancer_en_Algerie.pdf&chemin=galerie_rapport/fichiers_rapports_1269342245/les_rapports/.

136- Benider A. Problématique du registre des cancers. Registre des Cancers de la Région du grand Casablanca.2004.

http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/Registre_des_Cancers_de_la_Re% C3%BCgion_du_grand_Casablanca_2004.pdf.

137- Trétarre B. Sources et recueil de données Règles générales d'enregistrement. Registre des tumeurs de l'Hérault.

http://www.cancer-amcc.org/telecharger.php?Fichier_a_telecharger=Registre_des_tumeurs_de_lHrault.pdf&chemin=galerie_rapport/fichiers_rapports_1269342245/les_rapports/.

138- NIH National Institutes of Health. The NIH Almanac.

www.cancer.gov

139- Sancho-Garnier H. Actions préventives et prise en charge. adsp n° 25 décembre 1998.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=47>

140- Réseau de Cancérologie d'Aquitaine. Rapport d'activité 2003.

www.canceraquitaine.org/sites/default/files/documents/.../RA2003.pdf

141- Oncolor – Réseau de santé en cancérologie de la région Lorraine. Rapport d'activité ONCOLOR 2006. Juin 2007.

www.oncolor.org/wp-content/uploads/2011/08/ra_2006.pdf

142- Institut national du cancer – France. COLLECTION États des lieux & des connaissances. Situation de la chimiothérapie SOINS des cancers RAPPORT 2012

www.e-cancer.fr

143- Institut national du cancer – France. Situation de la radiothérapie en 2011. COLLECTION Études & expertises. Juin 2012.

www.e-cancer.fr

144- Vernant J. P. Recommandations pour le troisième Plan Cancer. 2013 juillet.

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc_download%2F10686-recommandations-pour-le-troisieme-plan-cancer-rapport-vernant&ei=FeAjVY-aIdDeavLkgKAC&usg=AFQjCNG4OVhbmK7nwM5xAWA_4Fcvkf0Cjg

ANNEXES

ANNEXE 1

ANNEXE 2



UNITE DE CONCERTATION MULTIDISCIPLINAIRE EN CANCEROLOGIE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BATNA

O. R. L ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE – ONCOLOGIE - RADIOTHERAPIE

Réunion de Concertation Multidisciplinaire

Date :

N° Fiche / Dossier :

Médecin Référent :

- Nom :

- Prénom :

- Age :

- Origine :

- Téléphone :

Motif de la RCM

- Problème Diagnostic
 Décision Thérapeutique
 Rechute ou Récidive
 Surveillance après Traitement

Traitements antérieurs réalisés

- Chirurgie
 Radiothérapie
 Chimiothérapie
 Aucun

Antécédents principaux (pouvant influencer la prise en charge)

Circonstances de découverte

- Dépistage
 Manifestation Clinique
 Ne sait pas

Siège de la Tumeur Primitive**Code CIM 10**

CR Endoscopie

CR Radio Diagnostic

- Echographie
 TDM
 IRM
 Scintigraphie – TEP
 Autres

Classification	T	N	M
-----------------------	---	---	---

Commentaires TNM

STADE

CR Anatomopathologie

Nature de la prise en charge

Examens complémentaires

Décision thérapeutique

Surveillance

Plan de traitement proposé

Référentiel

Hors référentiel

Traitement à réaliser

ANNEXE 2

REFERENTIEL
DE BILAN, DE DIAGNOSTIC, ET DE TRAITEMENT
DES CANCERS DES VOIES AERODIGESTIVES
SUPERIEURES (VADS)
ET DES GLANDES SALIVAIRES

Version décembre 2006.

Réseau Régional de Cancérologie Onco-Nord Pas de Calais. [57]

REFERENTIEL DE BILAN INITIAL

Bilan commun à toutes les localisations des cancers ORL de la face et du cou

- Antécédents, notamment cancérologiques
- Mode de vie, notamment tabagisme, alcoolisme, hygiène dentaire
- Professions exercées
- Age, poids (amaigrissement), état général (critères OMS)

- Examen local des VADS et des aires ganglionnaires
- Schéma et fiche TNM, si possible photo ou vidéo du site lésionnel avant traitement
- Biopsie tumorale ± cytologie ganglionnaire

- Consultation d'anesthésiologie, si AG envisagée
- Bilan biologique : FNS, urée, créatininémie, bilan de coagulation, biochimie hépatique, ionogramme, bilan nutritionnel

- Scanner cervico-thoracique
- IRM pour cavité buccale, oropharynx, rhinopharynx, sinus de la face + Scanner thoracique ou Radiographie pulmonaire
- PET scan pour UCNT (non disponible)

- Panendoscopie ORL sous AG, si possible fibroscopie bronchique
- Consultation odontologiste (Panoramique dentaire)

REFERENTIEL DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

Principes généraux du traitement des cancers ORL de la face et du cou

1. Cancers avérés uniques

- S'ils entrent dans le cadre d'un traitement à visée curative, ils sont traités selon les protocoles thérapeutiques détaillés ci-après.

- S'ils entrent dans le cadre d'un traitement à visée palliative, ils sont traités par radiothérapie exclusive ou chimiothérapie (ou par association des deux, dans le cadre d'études cliniques).

2. Cancers avérés multiples

- S'ils semblent tous, pris individuellement, accessibles à un traitement à visée curative, ils sont traités, si cela est techniquement possible, en un ou plusieurs temps, par addition des protocoles thérapeutiques adaptés à chaque localisation. Cette attitude, se discute cas par cas.
- Sinon, ils sont traités par radiothérapie et/ou chimiothérapie.

3. Patients en récurrence locale et/ou ganglionnaire

- Si un geste à visée curative (chirurgie et/ou radiothérapie) est envisageable, il sera toujours privilégié soit en traitement conventionnel soit dans le cadre d'un essai clinique.
- Sinon, chimiothérapie (traditionnelle ou en essai thérapeutique) ou traitement purement symptomatique.

4. Patients en diffusion métastatique viscérale

- Si la lésion est unique et opérable, le traitement en sera chirurgical
- Sinon, chimiothérapie et/ou radiothérapie, si possible dans le cadre d'essais cliniques.

<p>CAVITES NASALES ET SINUSIENNES</p>
--

2. 1. Classification de la tumeur primitive

(Classification UICC 2006)

2. 2. Tumeurs des fosses nasales : cornets, plancher, cloison

2.2.1. Traitement de la tumeur primitive

- exploration chirurgicale, avec exérèse si elle est possible, suivie de radiothérapie
- sinon radiothérapie

2.2.2. Traitement des aires ganglionnaires

- **N0 clinique et en imagerie:**
 - surveillance ganglionnaire
- **N >0 :**

- curage total suivi éventuellement d'irradiation
- radiothérapie + CT si le ganglion est inextirpable
- **Cas particuliers :**
 - Si lésion de la cloison ou du plancher venant affleurer la ligne médiane : curage bilatéral suivi éventuellement d'irradiation.

2.3. Tumeur du vestibule narinaire

2.3.1. traitement de la tumeur primitive

- **Tumeur limitée :**
 - curiethérapie interstitielle
- **Tumeur étendue :**
 - électrothérapie à 50 Gy suivie de curiethérapie si réponse notable, ou de chirurgie dans le cas contraire

2.3.2. traitement des aires ganglionnaires

- **N0 (clinique et en imagerie):**
 - surveillance ganglionnaire
- **N >0 :**
 - curage total, éventuellement bilatéral en cas de lésion affleurant la ligne médiane ou de tumeur classée T3T4, suivi éventuellement d'irradiation.

2.4. Tumeur du sinus frontal

2.4.1. traitement de la tumeur primitive

- résection suivie de radiothérapie

2.4.2. traitement des aires ganglionnaires

- **N0 :**
 - surveillance ganglionnaire
- **N palpable**
 - curage total si ganglion extirpable suivi éventuellement d'irradiation.
 - sinon radiothérapie

2.5. Tumeur du sinus maxillaire

2.5.1. Traitement de la tumeur primitive

- exérèse et radiothérapie systématique
- si inopérable, drainage end nasal puis radiothérapie + CT

2.5.2. Traitement des aires ganglionnaires

- **N0 (clinique et en imagerie) :**
 - surveillance ganglionnaire
- **N >0**
 - curage total si ganglion extirpable suivi éventuellement d'irradiation.
 - sinon radiothérapie

2.6. Tumeur de l'éthmoïde

2.6.1. Traitement de la tumeur primitive

- chirurgie suivie de radiothérapie quel que soit le type histologique
- si inopérable, radiothérapie

2.6.2. Traitement des aires ganglionnaires

- **N0 :**
 - surveillance ganglionnaire
- **N palpable**
 - curage total si ganglion extirpable suivi éventuellement d'irradiation.
 - sinon radiothérapie

NASOPHARYNX

5.1. Classification des tumeurs du nasopharynx

(Classification UICC 2006)

5.2. Carcinome épidermoïde □ différencié

- radiothérapie de la tumeur et des aires ganglionnaires, éventuellement précédée d'un curage cervical

5.3. Carcinome indifférencié de type nasopharyngé (UCNT)

5.3.1. Rappel du bilan d'extension et des examens paracliniques

- bilan ORL avec IRM cervico-faciale et scanner cervico-thoracique
- PET scan
- sérologie EBV quantitative

5.3.2. Traitement de la tumeur primitive et des aires ganglionnaires

N2 N3 et/ou T4

- chimiothérapie d'induction protocole FEP : 3 cycles suivi de radiothérapie ou radiothérapie + CT

N0 ou N1

- radiothérapie et CT

- bilan ORL 2 mois après la fin de la radiothérapie
- chimiothérapie : 3 cycles si la régression tumorale ne semble pas totale ou si le volume initial était important
-

LEVRES

1.1. Classification de la tumeur primitive

(Classification UICC 2006)

1. 2. Traitement de la tumeur primitive

- **T1** :
 - curiethérapie interstitielle ou chirurgie (résection cunéiforme si lésion limitée)

- **T2** :
 - curiethérapie interstitielle ou chirurgie avec reconstruction

- **T3** : on distingue :

- Les lésions très bourgeonnantes ou qui n'infiltrent pas au-delà du muscle :
- curiethérapie interstitielle d'emblée ou après 40 grays en électrothérapie lorsqu'il s'agit d'une lésion très bourgeonnante en raison de la difficulté de contention des sources radio-actives (éventuellement, cette irradiation externe peut être remplacée par une abrasion au bistouri électrique si la lésion est surtout exophytique)
- Les lésions infiltrantes ou ulcéro-infiltrantes :
 - chirurgie : exérèse avec plastie reconstructrice dans le même temps, suivie d'irradiation.
- **T4 :**
 - Si l'exérèse chirurgicale est possible :
 - exérèse monobloc avec éventuellement résection osseuse et plastie dans le même temps, suivie d'irradiation
 - Si la chirurgie est impossible en raison de l'extension locale ou par contre-indication d'ordre médical :
 - radiothérapie
- **Cas particuliers :**
 - Lésions leucoplasiques étendues :
 - Vermillomectomie
 - Lésions de la commissure sans perte de substance :
 - curiethérapie interstitielle
 - lésions de la commissure avec perte de substance :
 - exérèse avec plastie et irradiation post-opératoire

1. 3. Traitement des aires ganglionnaires

- **N0clinique :**
 - T1 :
 - abstention,
 - pour les T1 infiltrants, curage triangulaire uni ou bilatéral suivi éventuellement d'irradiation.
 - T2 :
 - curage triangulaire uni ou bilatéral selon l'extension suivi éventuellement d'irradiation.

- T3, T4 traité chirurgicalement :
- curage total, uni ou bilatéral selon l'extension suivi éventuellement d'irradiation.

- T3, T4 traité par radiothérapie :
- radiothérapie des aires ganglionnaires

- **N palpable homolatéral :**
 - curage total, uni ou bilatéral selon l'extension suivi d'irradiation.
- **N palpable contro ou bilatéral :**
 - curage bilatéral d'emblée suivi d'irradiation.

- **N volumineux :**
 - tentative de curage suivi d'irradiation.
 - Si le ganglion est inextirpable : radiothérapie +chimiothérapie suivie éventuellement d'une adénectomie ou mieux d'un curage.

- **Cas particulier :** lésions commissurales, quelque soit le N curage systématique homolatéral total suivi éventuellement d'irradiation.

CAVITE BUCCALE

3.1. Classification des tumeurs de la cavité buccale

(Classification UICC 2006)

3.2. Tumeur de la gencive inférieure

3.2.1. Traitement de la tumeur primitive

- **T1T2:**
 - résection non interruptrice avec reconstruction muqueuse
- **T3T4 :**
 - résection à la demande avec reconstruction muqueuse et/ou osseuse puis RT
 - radiothérapie + CT si une chirurgie n'est pas envisageable

3.2.2. Traitement des aires ganglionnaires

- **N0 (clinique et en imagerie) :**
- - T1 N0: surveillance
 - **T>1N0:** curage total de principe uni ou bilatéral selon la localisation suivi éventuellement d'irradiation
- **N >0 :**
 - curage total uni ou bilatéral selon la localisation, suivi d'irradiation, ou radiothérapie +CT si le ganglion est inextirpable

3.3. Tumeur de la voute palatine

3.3.1. Traitement de la tumeur primitive

- **T1T2:**
 - exérèse et/ou radiothérapie
- **T3 T4 :**
 - résection large suivie de radiothérapie
 - chimiothérapie et/ou radiothérapie si résection non réalisable

3.3.2. Traitement des aires ganglionnaires

- **N0(clinique et en imagerie):**
 - surveillance ganglionnaire
- **N >0 :**
 - curage total uni ou bilatéral suivi éventuellement d'irradiation ou radiothérapie +CT si ganglion inextirpable

3.4. Tumeur de la face interne de joue

3.4.1. Traitement de la tumeur primitive

- **T1T2 :**
 - curiethérapie ou résection chirurgicale en cas de proximité osseuse
- **T3T4 :**
 - exérèse avec plastie ou, si inopérable, radiothérapie suivie éventuellement de curiethérapie

3.4.2. Traitement des aires ganglionnaires

- **N0 :**
 - curage cervico-parotidien de principe suivi éventuellement d'irradiation.
- **N palpable :**
 - curage cervico-parotidien suivi éventuellement d'irradiation ou radiothérapie si curage techniquement impossible

3.5. Tumeur de la langue mobile

3.5.1. Tumeur de la langue mobile, zone de jonction exclue

- **T1 superficiel N0 :**
 - glossectomie marginale et surveillance ganglionnaire
- **Autres T1 et T2, N0 :**
 - curiethérapie interstitielle ou glossectomie marginale puis curage au moins des aires [Ib, Iia, III] suivi éventuellement d'irradiation
- **T1, T2 N palpable:**
 - curiethérapie ou glossectomie marginale et curage au moins des aires [I, II, III, IV, Va] suivi éventuellement d'irradiation,
(Si curiethérapie, la séquence thérapeutique (curie puis curage ou curage puis curie) dépend des volumes respectifs)
- **T3T4 :**
 - si les lésions sont chirurgicalement extirpables,
 - une chirurgie suivie d'irradiation peut être discutée si elle est fonctionnellement acceptable
 - sinon,
 - radiothérapie associée à une chimiothérapie puis, selon les cas, curiethérapie, chirurgie

3.5.2. Tumeur de la zone de jonction

- **T1 non infiltrant, N0 :**
 - curiethérapie interstitielle puis curage total suivi éventuellement d'irradiation
- **T1 infiltrant, T2, T3, N0 ou N extirpable :**
 - glossectomie par voie de cervicotomie +/- mandibulectomie avec curage total et radiothérapie postopératoire
- **Autres cas :**
 - radiothérapie associée à une chimiothérapie puis, selon les cas, curiethérapie, ou chirurgie
 -

3.6. Tumeur du plancher buccal

- **T1 superficiel N0 :**
 - Electro-exérèse

- **Autres T1 et T2 N0 :**
 - à distance de la mandibule :
 - curiethérapie interstitielle suivie de curage au moins des aires [I, IIa, III] uni ou bilatéral suivi éventuellement d'irradiation.
 - au contact de la mandibule :
 - pelvi-mandibulectomie et curage au moins des aires [I, IIa, III] (selon la proximité de la ligne médiane) puis radiothérapie sur le lit tumoral si N- ou sur le lit tumoral et les aires ganglionnaires si indiqué

- **T1 T2, N palpable :**
 - à distance de la mandibule :
 - pelvectomie et curage total suivi éventuellement d'irradiation,
 - au contact de la mandibule :
 - pelvi-mandibulectomie avec curage total puis radiothérapie postopératoire

- **T3 T4 N0 ou N palpable :**
 - si la tumeur et les ganglions sont extirpables :
 - exérèse tumorale avec curage total bilatéral et irradiation post-opératoire
 - sinon,
 - radiothérapie associée à une chimiothérapie

OROPHARYNX

4.1. Classification des tumeurs de l'oropharynx

(Classification UICC 2006)

4.2. Tumeurs de la paroi pharyngée postérieure

- radiothérapie (éventuellement associée à une chimiothérapie) de la tumeur et des aires ganglionnaires puis exérèse d'un éventuel reliquat tumoral et/ou ganglionnaire

4.3. Tumeurs de la paroi oropharyngée latérale (amygdale, piliers et sillon amygdaloglosse)

4.3.1. Tumeurs de la loge amygdalienne venant au contact de l'os ou tumeurs ulcéro-infiltrantes du sillon amygdalo-glosse :

- chirurgie première (bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire ou avec hémimandibulectomie et curage total en monobloc) suivie d'irradiation.

4.3.2. Dans tous les autres cas :

- lésion limitée: chirurgie d'exérèse endobuccale ou radiothérapie
- lésion étendue: RT +CT

4.4. Tumeurs de la paroi oropharyngée antérieure (base de langue et vallécules)

4.4.1. Tumeurs de la base de langue

- **T1N0 :**
 - curiethérapie suivie éventuellement de curage total
- **T2N0 :**
 - chirurgie si lésion extirpable
 - radiothérapie éventuellement associée à une chimiothérapie
- **Autres cas :**
 - chirurgie si elle est techniquement réalisable,
 - sinon radiothérapie associée à une chimiothérapie

4.4.2. Tumeurs des vallécules (ou sillons glosso-épiglottiques)

4.4.2.1. Traitement de la tumeur primitive

- **T1T2 bourgeonnant**
 - Radiothérapie
- **T1T2 ulcéreux ou infiltrant et T3T4 opérable**
 - chirurgie d'exérèse sacrificiant ou non le larynx, suivie de radiothérapie +/- CT
- **T3T4 inopérable**
 - Radiothérapie + CT

4.4.2.2. Traitement des aires ganglionnaires

- **si tumeur traitée chirurgicalement**
 - curage total bilatéral suivi éventuellement d'irradiation +/- CT
- **si tumeur traitée par irradiation**
 - en cas de petite tumeur avec ganglion nécrotique ou >3cm
 - curage total préalable à la radiothérapie
- dans les autres cas :

- radiothérapie cervicale +/- CT

4.5. Tumeurs de la paroi oropharyngée supérieure (face inférieure du voile ou palais mou)

4.5.1. Traitement de la tumeur primitive

- radiothérapie éventuellement associée à une curiethérapie et/ou une chimiothérapie

4.5.2. Traitement des aires ganglionnaires

- **N0 :**
 - radiothérapie cervicale bilatérale
- **N nécrotique ou >3cm :**
 - curage total suivi d'irradiation si opérable, sinon radiothérapie suivie, si nécessaire et si possible, d'un curage

HYPOPHARYNX

6.1. Classification des tumeurs de l'hypopharynx

(Classification UICC 2006)

6.2. Tumeurs du sinus piriforme

6.2.1. Traitement de la tumeur primitive

6.2.1.1. Tumeurs T1T2

- **Tumeur limitée et bourgeonnante de l'étage membraneux :**
 - N0: Radiothérapie
 - N>0: chirurgie partielle suivie de radiothérapie
- **Tumeur limitée de l'étage cartilagineux et/ou ulcérée et infiltrante**
 - chirurgie si possible fonctionnelle avec curage total puis irradiation cervicale unilatérale
 - pour les patients justiciables d'une chirurgie mutilante le protocole de préservation laryngée doit toujours être privilégié

6.2.1.2. Tumeurs T3T4 sans extension à la bouche de l'œsophage

- **opérables**
 - chirurgie radicale avec curage total puis irradiation cervicale bilatérale
 - pour ces patients justiciables d'une chirurgie mutilante le protocole de préservation laryngée doit toujours être privilégié
- **inopérables**
 - radiothérapie et chimiothérapie sous couvert d'une trachéotomie et d'une gastrostomie systématiques

6.2.1.3. Tumeurs étendue à la bouche de l'œsophage

- **opérables avec extension ganglionnaire limitée**
 - pharyngolaryngectomie totale circulaire et réparation par tube gastrique, curage total bilatéral [Ib, II, III, IV, V, VI] et irradiation postopératoire bilatérale
- **inopérables ou extension ganglionnaire massive**
 - radiothérapie et chimiothérapie sous couvert d'une trachéotomie et d'une gastrostomie systématiques

6.4. Tumeurs de la paroi postérieure

6.4.1. Tumeur T1T2 exclusivement bourgeonnantes et à distance de la bouche de l'œsophage

- radiothérapie cervicale bilatérale

6.4.2. Tumeur T1T2 non bourgeonnante mais à distance de la bouche de l'œsophage

- exérèse par voie endoscopique (T1N0) ou par cervicotomie (pharyngectomie postérieure) avec curage total bilatéral et irradiation postopératoire

6.4.3. Autres cas

- pharyngolaryngectomie totale circulaire avec greffon jéjunal ou gastroplastie avec curage cervical bilatéral suivi de radiothérapie systématique si opérable
- sinon chimiothérapie et/ou radiothérapie sous couvert d'une trachéotomie et d'une gastrostomie systématiques

7.1. Classification des tumeurs du larynx

(Classification UICC 2006)

Etage sous-glottique :

7.2. Traitement des tumeurs de la margelle laryngée

7.2.1. Tumeurs T1T2 bourgeonnantes

- radiothérapie éventuellement précédée d'un curage si ganglion de plus de 3 cm et/ou nécrotique
- ou épiglottectomie par voie endoscopique avec curage cervical en présence de N>0

7.2.2. Autres cas

- si opérable, laryngectomie supraglottique ou totale selon les cas, avec résection adaptée de la base de langue, si nécessaire, et avec curage bilatéral (margelle antérieure) ou unilatéral (margelle latérale) suivis d'irradiation.
- pour les patients justiciables d'une chirurgie mutilante l'inclusion dans un essai de préservation laryngée doit toujours être privilégiée
- si inopérable chimiothérapie et/ ou radiothérapie

7.3. Tumeurs de l'étage sus-glottique

7.3.1. Tumeurs de la face laryngée de l'épiglotte

7.3.1.1. Tumeurs T1T2

- laryngectomie sus-glottique (par voie externe ou endoscopique) ou crico-hyoïdopexie (si extension de la commissure antérieure) avec curage cervical jugulo-carotidien bilatéral
- radiothérapie cervicale si plus de 2 N+ ou si rupture capsulaire
- radiothérapie postopératoire centrée sur la base de langue si extension tumorale vers la vallécule

7.3.1.2. Tumeurs T3T4

- tumeur T3 par extension limitée à la partie basse de la loge pré-épiglottique : crico-hyoïdopexie avec curage cervical jugulo-carotidien bilatéral suivi éventuellement d'irradiation
- autres cas laryngectomie totale avec curage cervical jugulo-carotidien bilatéral suivi éventuellement d'irradiation et/ou radiothérapie du lit tumoral en cas d'extension extra laryngée
- pour les patients justiciables d'une chirurgie mutilante l'inclusion dans un essai de

préservation laryngée doit toujours être privilégiée

7.3.2. Tumeurs des bandes ventriculaires

7.3.2.1. Tumeurs T1T2 bourgeonnantes

- radiothérapie éventuellement précédée d'un curage cervical si ganglion de plus de 3 cm et/ou nécrotique
- les tumeurs très limitées peuvent faire l'objet d'une résection au laser CO² par voie endoscopique

7.3.2.2. Autres cas :

- laryngectomie partielle ou totale et curage cervical jugulo-carotidien homolatéral, suivi éventuellement d'irradiation et/ou de radiothérapie du lit tumoral en cas d'extension extra laryngée
- pour les patients justiciables d'une chirurgie mutilante l'inclusion dans un essai de préservation laryngée doit toujours être privilégiée

7.3.3. Tumeurs des ventricules de Morgani

7.3.3.1. Tumeurs T1T2

- crico-hyoïdopexie avec curage jugulo-carotidien unilatéral suivi éventuellement d'irradiation

7.3.3.2. Autres cas

- laryngectomie totale et curage cervical jugulo-carotidien homolatéral, suivi éventuellement d'irradiation et/ou de radiothérapie du lit tumoral en cas d'extension extra laryngée
- pour ces patients justiciables d'une chirurgie mutilante l'inclusion dans un essai de préservation laryngée doit toujours être privilégiée

•

7.4. Tumeurs de l'étage glottique

7.4.1. Tumeurs T1a

- cordectomie endoscopique ou radiothérapie (si la lésion s'est développée sur une laryngite chronique on préférera la chirurgie)

7.4.2. Tumeurs T1b

- laryngectomie partielle (éventuellement endoscopique) ou radiothérapie si l'extension antérieure est très superficielle, si la lésion ne s'est pas développée sur une laryngite chronique et si la commissure antérieure est facilement

accessible à une surveillance

7.4.3. Tumeurs T2

- laryngectomie partielle

7.4.4. Tumeurs T3 (ou T4 sur l'imagerie)

- si l'aryténoïde reste mobile, crico-hyoïdo-épiglottopexie
- sinon laryngectomie totale et curage cervical jugulo-carotidien homolatéral, suivi éventuellement d'irradiation et/ou de radiothérapie du lit tumoral et du médiastin supérieur en cas d'extension sous-glottique
- pour ces patients justiciables d'une chirurgie mutilante l'inclusion dans un protocole de préservation laryngée doit toujours être privilégiée sauf si tumeur très infiltrante des 3 étages

7.4.5. Tumeur cliniquement T4

- laryngectomie totale et curage jugulo-carotidien uni ou bilatéral (éventuellement récurrentiel), résection de la glande thyroïde adaptée si extension trans cartilagineuse et radiothérapie postopératoire incluant le médiastin supérieur en cas d'extension sous-glottique

7.5. Tumeurs de l'étage sous-glottique

- **si chirurgie possible :**
 - laryngectomie totale avec résection trachéale et curage cervical jugulo-carotidien et récurrentiel homolatéral ou bilatéral, hémithyroïdectomie suivant l'extension locale, suivis de radiothérapie systématique englobant le trachéostome et le médiastin supérieur
- **si chirurgie impossible:**
 - radiothérapie et chimiothérapie

TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES

BILAN PRE THERAPEUTIQUE

- Examen clinique
- Ponction à l'aiguille fine pour examen cytologique non systématique
- IRM cervicale
- Scanner thoracique.
- TEP scan optionnel

PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

8.1. Classification de la tumeur primitive

(Classification UICC 2006)

8.2. Tumeurs des glandes parotides

8.2.1. Malades opérables :

- parotidectomie totale avec essai de conservation du nerf facial s'il n'est pas envahi
- examen extemporané
 - diagnostic précis possible
 - si N0, curage triangulaire
 - si N palpable, curage jugulo-carotidien
 - radiothérapie systématique de la loge parotidienne, étendue au cou si N+
 - diagnostic précis impossible, ou découverte sur la pièce opératoire
 - imagerie : curage jugulo-carotidien dans un deuxième temps si adénopathie suspecte ou radiothérapie si N0

8.2.2. Malades inopérables ou exérèse incomplète :

- radiothérapie éventuellement associée à une chimiothérapie

8.2.3. Récidives

- tentative d'exérèse avec sacrifice du nerf facial s'il est inévitable, le monitoring du nerf facial étant hautement souhaitable, irradiation post-opératoire en l'absence d'irradiation antérieure
- si inopérables : radiothérapie ou chimiothérapie si une radiothérapie a déjà été réalisée

8.3. Tumeurs des glandes sous-maxillaires

- évidement de la loge sous-maxillaire (glande et ganglions)
- curage triangulaire si N0 ou curage total si N palpable
- radiothérapie post-opératoire sur la loge sous-maxillaire et sur le cou si N+

8.4. Tumeurs des glandes salivaires accessoires

- exérèse à la demande et irradiation post-opératoire
- curage cervical si N palpable suivi éventuellement d'irradiation

CLASSIFICATION DE L'EXTENSION GANGLIONNAIRE DES TUMEURS
--

**DES CANCERS ORL DE LA FACE ET DU COU,
QUELQU'EN SOIT LA LOCALISATION**

**CLASSIFICATION DES
CURAGES**

1. les aires ganglionnaires

- **niveau I** : a: sous mental
 b: sous mandibulaire
- **niveau II** : sous digastrique ou jugulo-carotidien supérieur
 a: en avant du nerf accessoire
 b: en arrière du nerf accessoire
- **niveau III** : sus omo-hyoïdien ou jugulo-carotidien moyen
- **niveau IV** : sous omo-hyoïdien ou jugulo-carotidien inférieur
- **niveau V** : spinal
 a: au-dessus de l'omohyoïdien
 b: en dessous de l'omohyoïdien
- **niveau VI** : pré-laryngé ou cervical antérieur

2. Les éléments essentiels

- **VJI** : veine jugulaire interne
- **SCM** : muscle sterno-cleïdo-mastoïdien
- **IX** : nerf spinal ou accessoire

Terminologie des principaux types de curage

- **Curages complets ou totaux**
 - **Curage radical**
Evidement des niveaux I à V et résection de VJI, SCM et IX
 - **Curage radical modifié**
 - Type 1** : évidement des niveaux I à V et conservation du IX
 - Type 2** : évidement des niveaux I à V et conservation du IX et de la VJI
 - Type 3** : évidement des niveaux I à V et conservation des IX, VJI et SCM
 - **Curage élargi**
 - À la parotide (curage cervico-parotidien)
 - À la peau

Au creux sus-claviculaire (curage cervico-sus claviculaire)

- **Curages sélectifs**

Dans tous les cas, les IX, SCM et VJI sont conservés

Triangulaire : évidement des niveaux I, II et III

Jugulocarotidien : évidement des niveaux II, III et IV

Spinal : évidement du niveau V

Jugulo-carotidien et spinal : évidement des niveaux II, III, IV et V

Pré-laryngé : évidement du niveau VI

<p>PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE</p>

Plan de traitement

- Détartrage
- Soins de caries : endodontie sur les dents en dehors des champs d'irradiation, sinon extractions
- Exodontie si nécessaire : avulsions des dents délabrées, mobiles, situées dans les futurs champs d'irradiation ou dans les zones de curiethérapie.
- Régularisation des crêtes alvéolaires et sutures gingivales étanches
- Conservation des dents utiles pour la réhabilitation prothétique future si elles sont saines et si patient motivé
- Confection de gouttières plombées pour la curiethérapie
- Fluorothérapie : confection de gouttières pour l'application quotidienne de gel fluoré
- Délai minimum de 10 jours avant radiothérapie
- Surveillance rigoureuse après traitement, fréquence trimestrielle en cas de conservation dentaire
- Réhabilitation fonctionnelle prothétique si possible

Une décision thérapeutique en se basant aussi sur un référentiel établi par les sociétés savantes.

En fonction de la décision thérapeutique, la prise en charge s'effectuera dans le service adéquat (de chirurgie, d'oncologie et/ ou de radiothérapie).

RESUME

INTRODUCTION

Les cancers ORL, de la face et du cou ou les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), représentent 10% de la totalité des cancers, sont classés au 5^{ème} rang parmi les cancers pour leur incidence et au 6^{ème} rang quant à la mortalité par cancer. Ces cancers ont fait l'objet, dans le cadre de prise en charge (PEC) multidisciplinaire (MD), de quelques travaux et publications notamment européennes et américaines. Une étude sur l'approche pluridisciplinaire des cancers des VADS, dans notre pays (Algérie), nous a paru originale et intéressante à réaliser.

L'objectif principal est de faire bénéficier à un maximum de patients, présentant un cancer des VADS, provenant du bassin hospitalier de Batna, le mode de prise en charge multidisciplinaire ainsi que la promotion de ce type de prise en charge.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit de patients présentant un cancer des VADS dont les localisations et sous localisations correspondent à la classification internationale des maladies CIM 10. Le maillage géographique de la Population à étudier sera déterminé par le flux de patients correspondant au bassin de vie ou territoire hospitalier du CHU de Batna, c'est une population non sélectionnée. C'est une étude prospective descriptive, d'une durée de deux années (du 01/01 /2013 au 31/12/ 2014).

On procédera, en premier temps, à la mise en place de la structure multidisciplinaire dite UCMC (Unité de Consultation Multidisciplinaire en Cancérologie) ORL, de la face et du cou, au niveau du CAC de Batna; par la suite, assurer un recrutement de patients (fiche technique préétablie), organiser et veiller sur le bon fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et faire bénéficier, la qualité de PEC MD, à ces patients.

L'évaluation des résultats intéressera, d'une part, le fonctionnement des RCP et leur impact sur les pratiques professionnelles et d'autre part, la qualité de la prise en charge multidisciplinaire des patients.

RESULTATS ET DISCUSSION

L'UCMC est installée au niveau du CAC de Batna. L'unité a organisé régulièrement une RCP tous 15 jours et des RCP extraordinaires à la demande, totalisant ainsi **61 RCP** sur 2 ans. Le nombre de patients traités sur les 2 ans d'étude est de **147 cas**. Le taux de patients pris en charge en mode multidisciplinaire est de **52,80%** ; en France, ce taux était de **80% en 2008**, actuellement il avoisine **les 100%**, sachant que les RCP en France **sont obligatoires et bénéficiant de moyens considérables**. Le fonctionnement des RCP **selon les critères de jugement quantitatifs et qualitatifs était satisfaisant** par comparaison aux RCP en France. Le délai de PEC de nos patients se révèle assez performant (**de 12 à 21 jours**) comparativement à certains délais de PEC d'une étude française.

Sur le plan épidémiologique, notre étude fournit **des données précises** concernant notamment **les nouveaux cas de cancer et les récidives** ainsi que **les localisations et les sous localisations** suivant la classification internationale des cancers des VADS, par comparaison à la série de **patients sans PEC MD** et à une étude multicentrique algérienne. Sur le plan diagnostique, **la PEC MD améliore la précision du diagnostique et redresse d'éventuels erreurs**. Sur le plan thérapeutique, **la PEC MD est sensée améliorer le traitement et la survie des patients ainsi que les coûts des différentes thérapeutiques**, néanmoins, selon plusieurs auteurs, il serait nécessaire de **réaliser d'autres études**.

CONCLUSION

Le mode de PEC MD serait plus habilité à prendre en charge les patients en cancérologie, mais faute d'une bonne organisation des soins, de moyens et de support législatif, son existence et sa pérennité sont voués à un échec.

MOTS CLES : Cancers VADS, UCMC, PEC MD, RCP, organisation des soins, moyens, support législatif, pérennité, échec.

Auteur : Dr Yacine Amourache

Directeur de thèse Pr Taha Filali

E-mail: amouracheyacine @ yahoo.fr

SUMMARY

INTRODUCTION

Head and neck cancers, or cancers of the upper aerodigestive tract (UAT), represent 10% of all cancers, are classified in the 5th place among cancers incidence and, ranked 6th on mortality cancer. These cancers, have been the object within the frame of multidisciplinary (MD), support of some work and publications notably European and American ones. A study of the multidisciplinary approach to cancer of the UAT, in our country (Algeria), seemed original and interesting to realize. The main objective is to make a maximum of patients, with a head and neck cancer, benefit from the hospital pool of Batna, the mode of multidisciplinary management, as well as the promotion of this type of support.

TOOLS AND METHODS

These are patients with head and neck cancer including maps and in locations corresponding to the International Classification of Diseases ICD 10. The geographical coverage of the population to be studied will be determined by the flow of patients corresponding to the catchment area or CHU hospital territory of Batna. It is an unselected population. This is a two years' prospective descriptive study (from 01/01 / 2013 to 31/12/2014).

We will first start by, setting up the so-called multidisciplinary structure called UCMC (Multidisciplinary Oncology Consultation Unit) ENT, of face and neck, at the CAC Batna; thereafter, ensure patients recruitment (pre datasheet), organize and make sure the proper functioning of multidisciplinary consultation meetings (MCM), and make patients benefit from the quality of multidisciplinary care.

Evaluation of the results will be of interest, in the functioning of multidisciplinary consultation meetings and their impact on professional practices on a one hand, and the quality of the multidisciplinary support of patients, on the other hand.

RESULTS AND DISCUSSION

The Multidisciplinary Oncology Consultation Unit is located in the CAC Batna. The unit has regularly organized a multidisciplinary meeting every 15 days, and extraordinary multidisciplinary consultation meetings on demand, totaling 61 multidisciplinary consultation meetings over 2 years. The number of patients treated over the 2-year study is 147 cases. The patients rate taken in charge in the multidisciplinary mode is 52.80%; in France, the figure was 80% in 2008, now it is almost 100%, knowing that the multidisciplinary consultation meetings are required in France and benefit from considerable means. The functioning of multidisciplinary consultation meetings according to the quantitative and qualitative outcomes were satisfactory compared to multidisciplinary consultation meetings in France. The support period for our patients proves good enough (12 to 21 days), if compared to some time management of a French study.

Epidemiologically, our study provides specific data including new cancer cases and recurrences as well as the locations and sub locations according to the international classification of cancers of the upper aerodigestive tract, compared to a serial of patients without multidisciplinary approach and to an Algerian multicenter study. Diagnostically, the multidisciplinary care improves diagnostic accuracy and rectifies any errors. Therapeutically, the multidisciplinary approach is supposed to improve the treatment and survival of patients and the costs of various therapeutics. However, according to several authors, it would be necessary to carry out further studies.

CONCLUSION

The mode of multidisciplinary management could be empowered to take care of patients in oncology, but because of a lack of good health care organization, resources and legislative support, its existence and sustainability are doomed to failure.

KEYWORDS: cancers of the upper aerodigestive tract, multidisciplinary care, multidisciplinary consultation meetings, organization of care, resources, legislative support, durability, failure.