

53^E CONGRÈS SFCCF 2021

5-6 NOVEMBRE 2021

WTC - GRENOBLE

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE



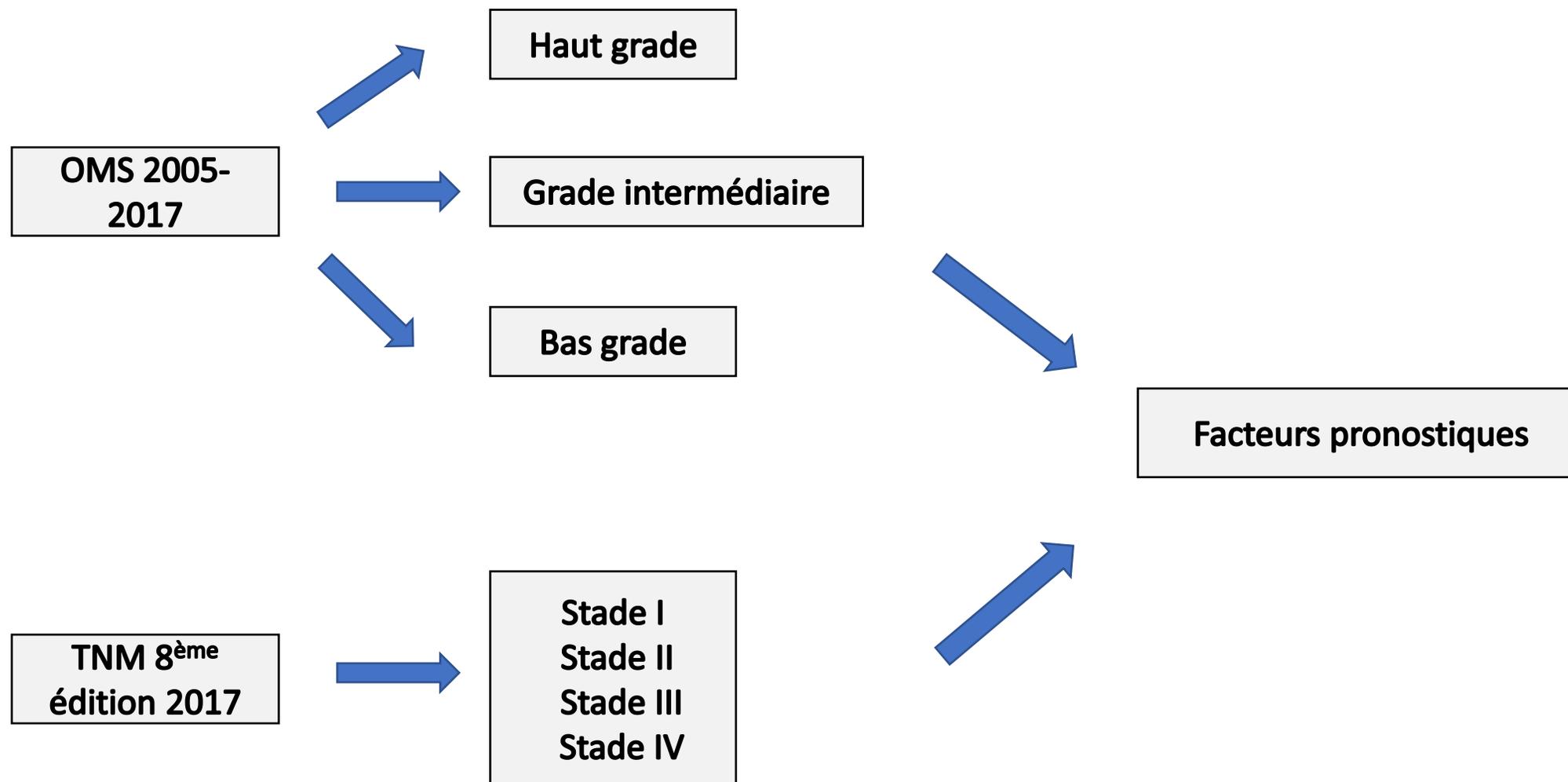
Tumeurs primitives malignes de la parotide : facteurs pronostiques et survie

Antoine BARRAT

**Docteur Junior en ORL au CHU
de Clermont-Ferrand**

Introduction

53^e CONGRÈS
SFCCF 2021



Objectif

53^e CONGRÈS
SFCCF 2021



Evaluer notre prise en charge des tumeurs parotidiennes malignes au CHU de Clermont-Ferrand

Matériel et méthode

Etude observationnelle, rétrospective, monocentrique

Critères d'inclusion :

- Patients opérés d'une parotidectomie pour un cancer parotidien dans les services d'ORL et chirurgie Maxillo-faciale du CHU de Clermont-Ferrand
- Période : 2000 - 2020



61 patients

Résultats

Population

Sexe ratio 1,35

Bas grade = 51%

Grade
intermédiaire =
13%

Haut grade = 29%

Stade avancé = 57%

→ 52% T3 ou T4

Tumeurs malignes primitives	61
Age moyen +/- écart type	62 +/- 13
Sexe : Homme	35 (57)
Femme	26 (43)
Bas grade histologique :	31 (51)
Carcinome mucoépidermoïde de bas grade	12 (20)
Carcinome ex-adénome pléomorphe non invasif	4 (6)
Carcinome à cellules acineuses	8 (13)
Carcinome myoépithélial	2 (3)
Adénocarcinome à cellules basales	3 (5)
Adénocarcinome SAI de bas grade	1 (2)
Cystadénocarcinome	1 (2)
Grade intermédiaire histologique :	8 (13)
Carcinome mucoépidermoïde de grade intermédiaire	2 (3)
Carcinome adénoïde kystique trabéculaire	2 (3)
Adénocarcinome SAI de grade intermédiaire	4 (6)
Haut grade histologique :	18 (29)
Carcinome mucoépidermoïde de haut grade	2 (3)
Carcinome ex adénome pléomorphe invasif	4 (6)
Carcinome indifférencié	3 (5)
Carcinome canalaire salivaire	4 (6)
Carcinome adénoïde kystique avec contingent massif	1 (3)
Adénocarcinome SAI de haut grade	3 (5)
Carcinome à grandes cellules	1 (2)
Stade tumoral :	
I	13 (21)
II	8 (13)
III	17 (28)
IV	18 (29)

1

Carcinome muco-épidermoïde

2

Carcinome ex-adénome pléomorphe

3

Carcinome à cellules acineuses

Traitement

53^e CONGRÈS
SFCCF 2021



Chirurgie :	61 (100)	
Parotidectomie partielle	30 (49)	
Totalisation après examen extemporané	19	
Chirurgie de rattrapage	3	
Parotidectomie totale d'emblée	21 (34)	
Reprise de parotidectomie	5 (8)	
Evidement ganglionnaire cervical :	36 (59)	
Fonctionnel	33	
Radical	3	N3b
Traitement adjuvant :		
Radiothérapie post-opératoire	48 (79)	
Chimiothérapie post-opératoire	11 (18)	

Parotidectomie étendue : 8
patients stade IV

Sacrifice du nerf facial : 19
patients (73% HG ou GI)

Evidement cervical

Patients cN0

48% ont bénéficié d'un évidement ganglionnaire



36% pN+ (métastases ganglionnaires occultes)

- 83% de tumeurs de haut grade
- 66% de tumeurs de stade avancé

Patients cN+

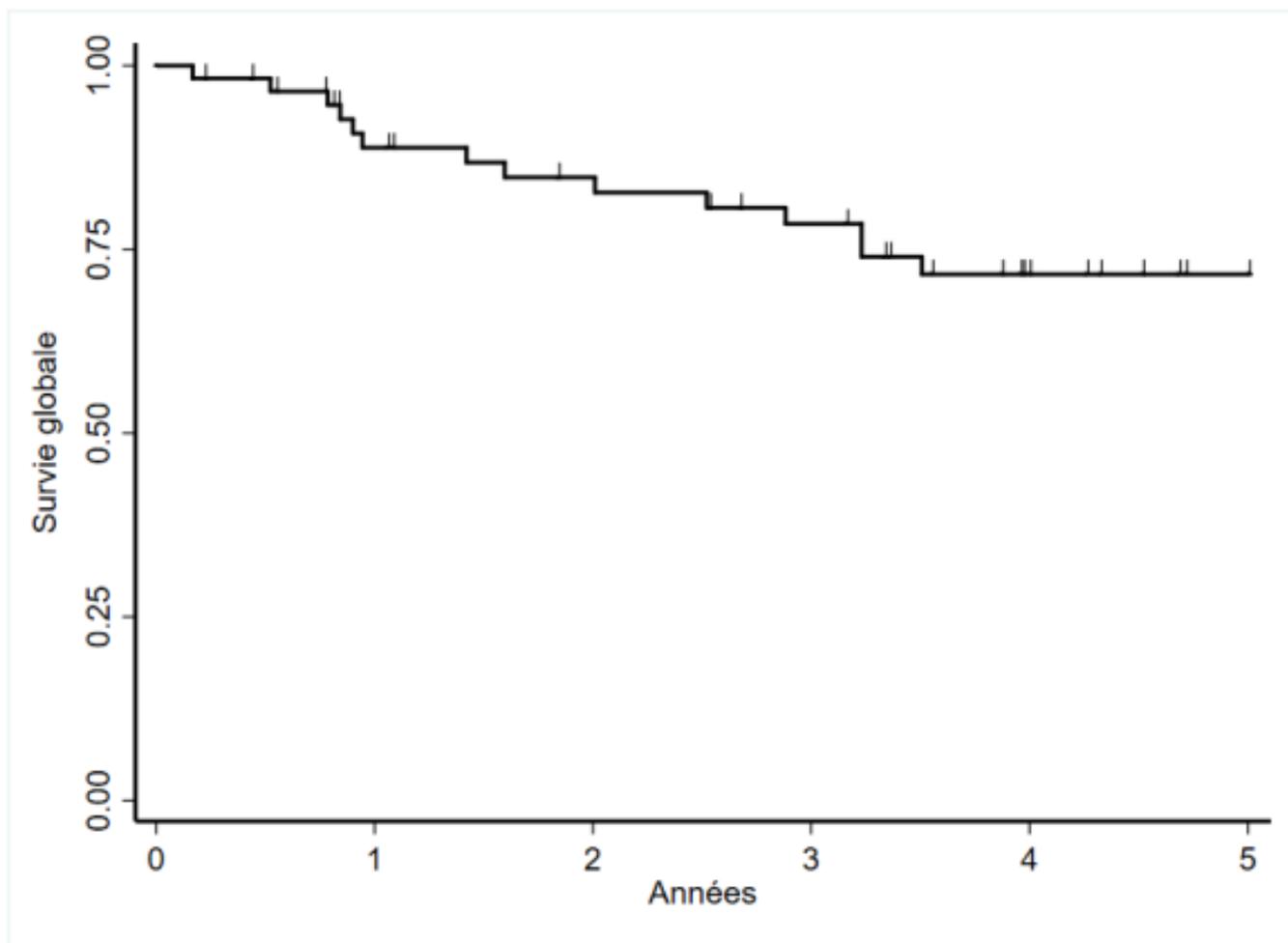
100% ont bénéficié d'un évidement ganglionnaire

Traitement

Radio-chimiothérapie

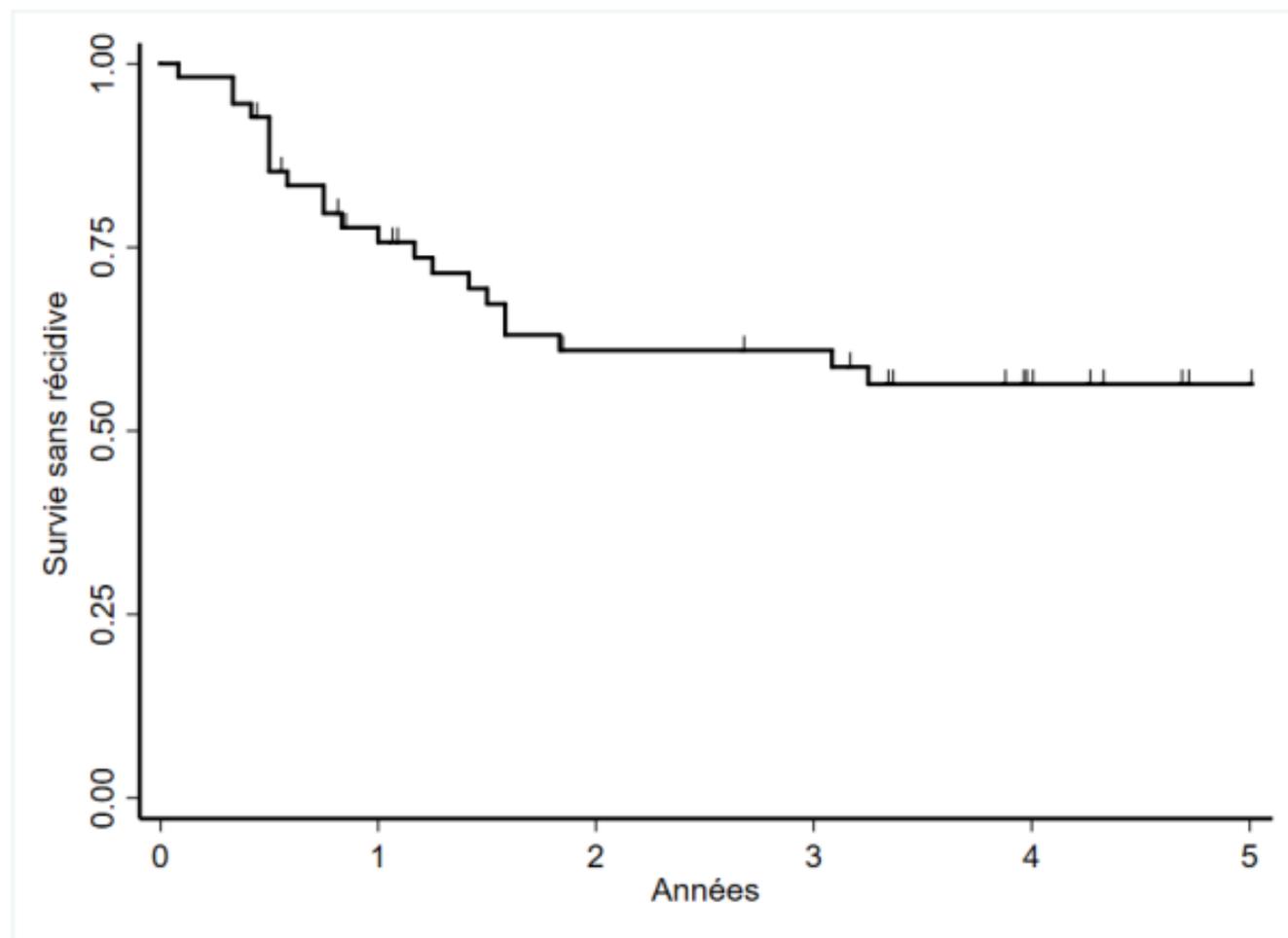
	Radiothérapie post opératoire	Chimiothérapie post opératoire	Total
pN0	16	3	17
pN+	18	7	19
Stade I-II	13	0	21
Stade III-IV	32 91%	10	35
Bas grade	20	2	31
Grade intermédiaire	7	2	8
Haut grade	18 100%	6	18
Engainement péri-nerveux	27 96%	8	28
Emboles endolymphatiques	22 91%	8	24
R1-R2	10 91%	2	11

Survie



72%

Survie



56%

Facteurs pronostiques

Variable	Patients N=	Survie spécifique à 5 ans	Analyse univariée	Analyse multivariée
Grade tumoral				
Haut	18	40%	p=0.001	p=0.023
Intermédiaire	8	66%		
Bas	31	95%		
Stade tumoral				
I	13	100%	p<0.001	p<0.001
II	8	100%		
III	16	68%		
IV	18	35%		
Paralysie faciale				
Oui	12	36%	p=0.006	ns
Non	48	82%		
Douleur				
Oui	12	40%	p=0.001	ns
Non	48	79%		

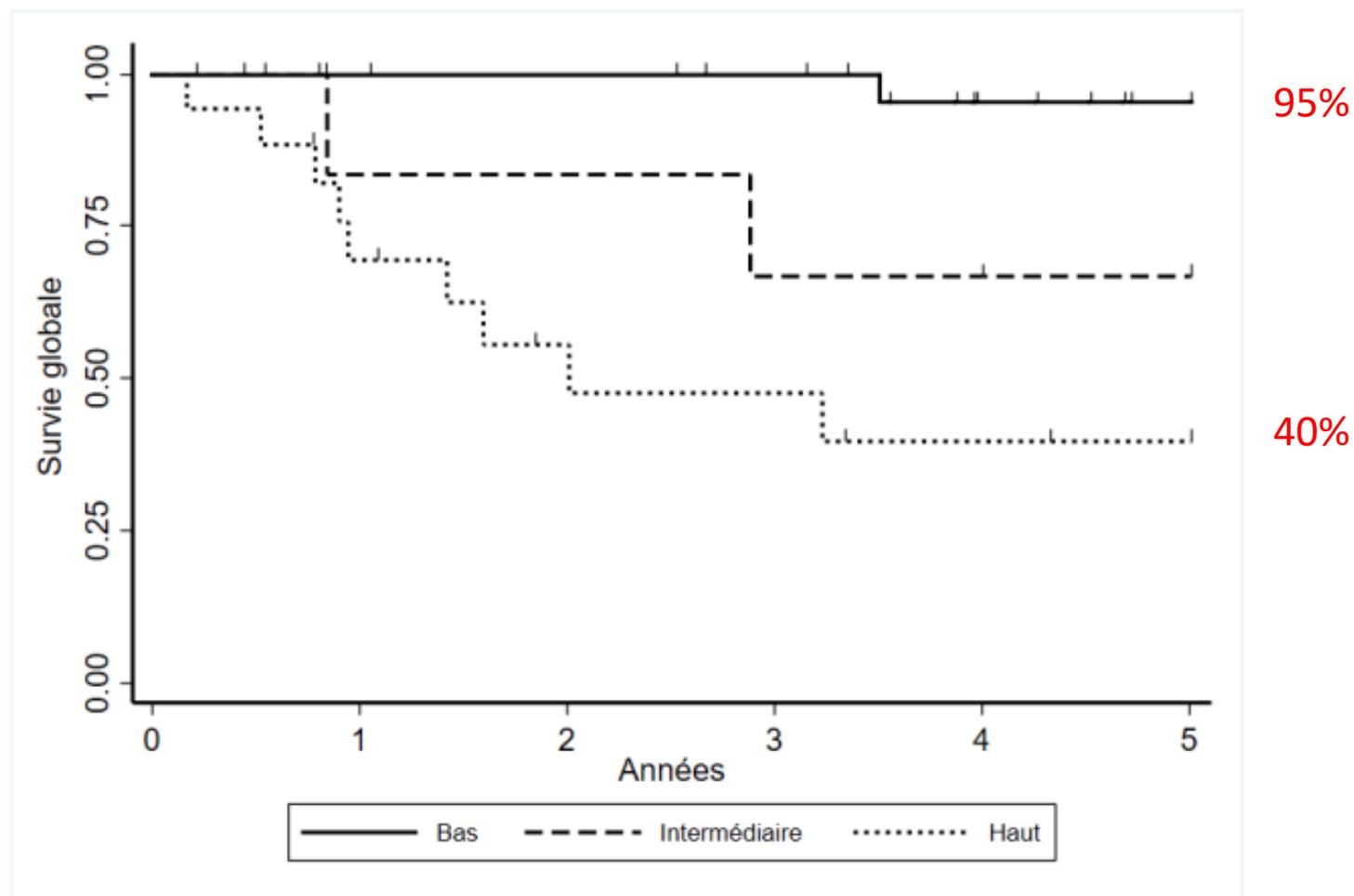
Facteurs pronostiques

Variable	Patients N=	Survie spécifique à 5 ans	Analyse univariée	Analyse multivarié
Marge chirurgicale				
R0	25	91%	p=0.02 p=0.01	ns
R1	28	54%		
R2	1	0%		
EPN				
Oui			p=0.006	ns
Non	27 33	51% 91%		
EEL				
Oui	24	50%	p=0.005	ns
Non	36	89%		
Rupture capsulaire				
Oui	11	25%	p<0.001	p=0.035
Non	49	82%		
Atteinte du lobe profond				
Oui	17	93%	p=0.02	
Non	19	44%		

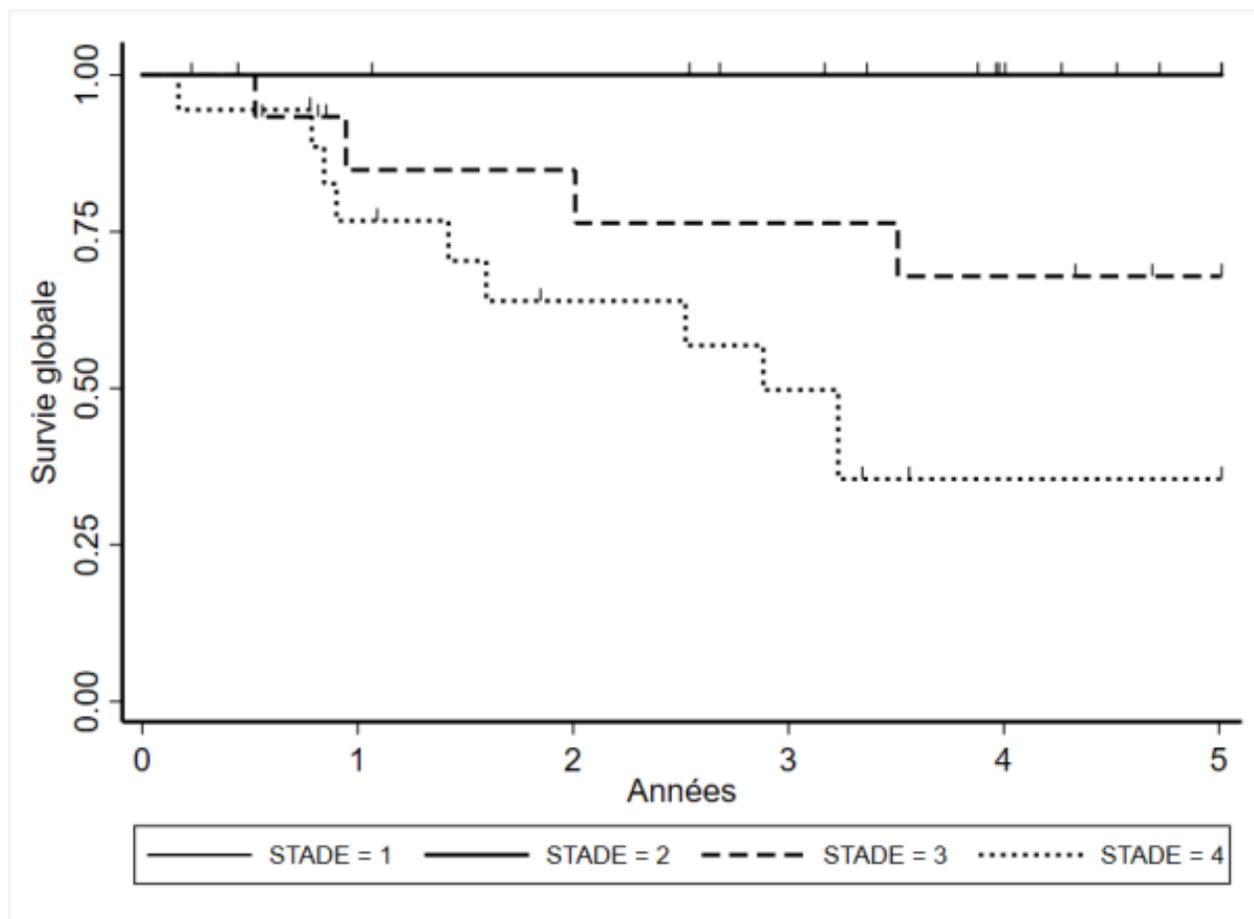
Facteurs pronostiques

Variable	Patients N=	Survie spécifique à 5 ans	Analyse univariée	Analyse multivarié
Stade tumoral				
I	13	100%		
II	8	100%		
III	16	68%		
IV	18	35%	p<0.001	p<0.001
Grade tumoral				
Haut	18	40%		
Intermédiaire	8	66%		
Bas	31	95%	p=0.001	p=0.023
Rupture capsulaire				
Oui	11	25%		
Non	49	82%	p<0.001	p=0.035

Facteurs pronostiques



Facteurs pronostiques



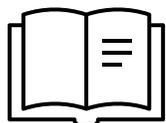
100%

35%

Discussion

Population

Notre population comprenait majoritairement des tumeurs de bas grade et de stade avancé



Les résultats de la littérature sont variables selon les séries:

- Lima et al. retrouvaient 60% de tumeurs de stade peu avancé et une majorité de tumeurs de haut grade
- Chang et al. retrouvaient une majorité de tumeurs de bas grade et de stade peu avancé

Lima et al. Clinical Prognostic Factors in Malignant Parotid Gland Tumors. Otolaryngol Head Neck Surg. nov 2005

Chang et al. Prognostic Factors and Treatment Outcomes of Parotid Gland Cancer: A 10-Year Single-Center Experience. Otolaryngol Head Neck Surg. déc 2015

Evidement cervical

Le taux de métastases ganglionnaires occultes de notre série était de 36%

Une récente méta-analyse retrouvait des taux allant de 3 à 35%

Warshavsky et al. Rate of Occult Neck Nodal Metastasis in Parotid Cancer: A Meta-Analysis. Ann Surg Oncol. juill 2021

Les facteurs de risque retrouvés étaient le stade avancé et le haut grade tumoral, ce qui concorde avec nos résultats.



Les recommandations du REFCOR 2009 définissent comme un standard l'évidement ganglionnaire :

- patients cN+
- patients cN0 avec une tumeur classée T2-T4 de haut grade et T4b quel que soit le grade. Il est optionnel en cas de tumeur de bas grade

*Recommandation pour la pratique clinique,
REFCOR, 2009*

Radio-chimiothérapie

Dans notre étude 79% des patients ont bénéficié d'une radiothérapie et 11% d'une chimiothérapie

Ces traitements adjuvants ont été réalisés majoritairement chez les patients présentant des tumeurs de haut grade et de stade avancé.



Nous suivons les recommandations du REFCOR 2009 qui définissent comme un standard la réalisation d'une radiothérapie :

- Pour les tumeurs de stade avancé
- Pour les tumeurs de haut grade
- Dans les cas où la résection est incomplète



En revanche il n'existe pas de recommandation sur la réalisation d'une chimiothérapie post-opératoire

Survie et facteurs pronostiques

Le taux de survie spécifique globale de notre population était de **72%**

Concordance avec la littérature retrouvant des taux de survie entre **52 et 78%**

Lima et al. Clinical Prognostic Factors in Malignant Parotid Gland Tumors. Otolaryngol Head Neck Surg. nov 2005

Enfin les 2 facteurs pronostiques les plus importants qui ressortent de notre étude sont le grade histologique et le stade tumoral

Lima et al. Clinical Prognostic Factors in Malignant Parotid Gland Tumors. Otolaryngol Head Neck Surg. nov 2005

Les autres études confirment ces résultats

Jeannon et al. Management of advanced parotid cancer. A systematic review. European Journal of Surgical Oncology (EJSO). sept 2009

Paderno et al. Primary parotid carcinoma: analysis of risk factors and validation of a prognostic index. Eur Arch Otorhinolaryngol. nov 2018

53^E CONGRÈS SFCCF 2021

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE



CONTACT :



abarrat@chu-clermontferrand.fr

