Résultats carcinologiques, postopératoires et fonctionnels après chirurgie en terrain irradié pour carcinomes épidermoïdes oropharyngés

Dr Jade SAYKALY
Dr Emilien CHABRILLAC

Novembre 2025

Contexte

- Manque de données robustes dans la littérature : séries existantes souvent anciennes, hétérogènes et/ou effectifs restreints

- En particulier dans la nouvelle ère des CEO liés au HPV, de la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (IMRT) et des progrès chirurgicaux (TORS, ↘ mandibulotomie, ↗ lambeaux libres)

- Rôle du statut p16 (HPV) à investiguer dans ce contexte de chirurgie de rattrapage

Évaluation des résultats carcinologiques, postopératoires et fonctionnels après oropharyngectomie en territoire irradié

Critères inclusion et exclusion

✓ Toutes les oropharyngectomies de rattrapage pour un CEO récidivant ou métachrone entre janvier 2012 et juillet 2023

✗
- Tumeurs envahissant secondairement l'oropharynx
- Histologies non épidermoïdes
- Métastases à distance
- CE infiltrant synchrone cervico-facial

Critères inclusion et exclusion

✓ Toutes les orophayngectomies de rattrapage pour un CEO récidivant ou métachrone entre janvier 2012 et juillet 2023

✗
- Tumeurs envahissant secondairement l'oropharynx
- Histologies non épidermoïdes
- Métastases à distance
- CE infiltrant synchrone cervico-facial

Données récoltées

Préopératoires : démographiques, antécédents, caractéristiques tumorales

Périopératoires: type chirurgie et reconstruction, résultats pathologiques, complications, durée du séjour

Suivi : état fonctionnel et survie

Critères inclusion et exclusion

✓ Toutes les orophayngectomies de rattrapage pour un CEO récidivant ou métachrone entre janvier 2012 et juillet 2023

✗
- Tumeurs envahissant secondairement l'oropharynx
- Histologies non épidermoïdes
- Métastases à distance
- CE infiltrant synchrone cervico-facial

Données récoltées

Préopératoires : démographiques, antécédents, caractéristiques tumorales

Périopératoires: type chirurgie et reconstruction, résultats pathologiques, complications, durée du séjour

Suivi : état fonctionnel et survie

Total

94 patients (72 hommes et 22 femmes)

Abus d'alcool

Actif ou sevré : 59%

	Total (N=94)
Age at the time of the surgery (Y) (n=94)	
Median	62
(Range)	(42.0; 83.0)
BMI (n=93)	
Median	22.8
(Range)	(13,6; 33,9)
Underweight	17 (18.3%)
Healthy weight	50 (53.8%)
Overweight	20 (21.5%)
Obese	6 (6.5%)
Missing	1
ASA score (n=93)	
1	4 (4.3%)
2	61 (65.6%)
3	27 (29.0%)
4	1 (1.1%)
Missing	1
History of other head & neck cancer (n=93)	
No	32 (34.4%)
Yes	61 (65.6%)
Missing	1
Smoker (n=93)	
Never smoker	3 (3.2%)
Current smoker	29 (31.2%)
Former smoker	61 (65.6%)
Missing	1
Tabacco use (n=92)	
No or less than 20 pack-years	9 (9.8%)
Yes and more than 20 pack-years	83 (90.2%)
Missing	2
Alcohol abuse (>20 or 30g/day according to gender) (n=88)	36 (40.9%)
No	16 (18.2%)
Yes, current	36 (40.9%)
Yes, former	6
Missing	

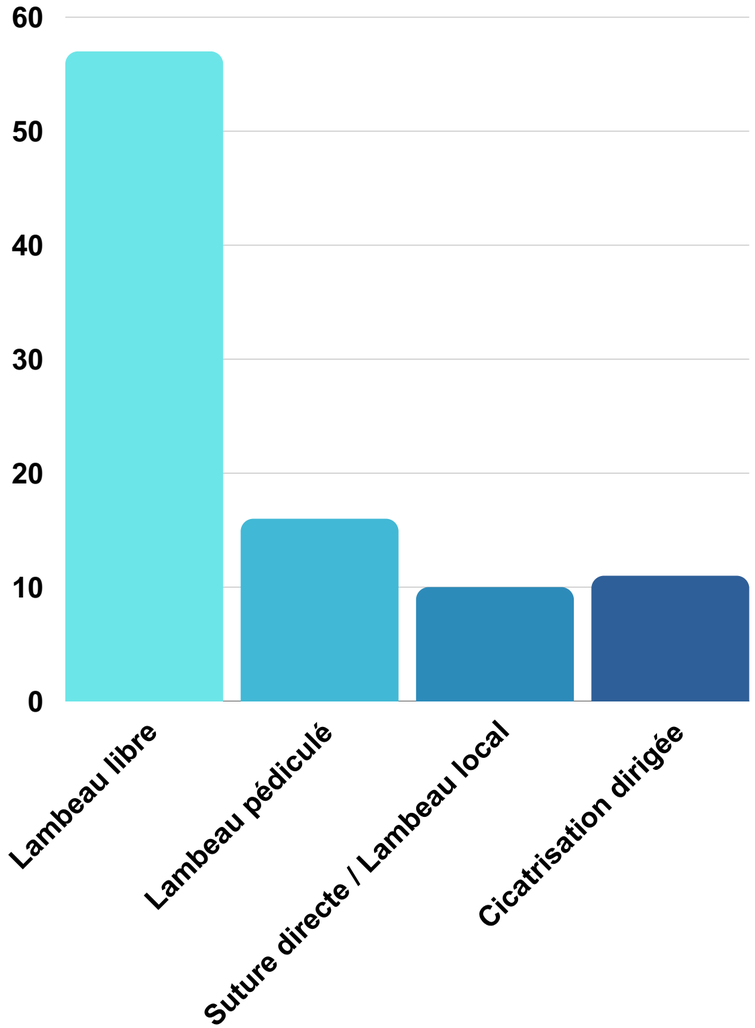
Caractéristiques des patients

Statut tabagique

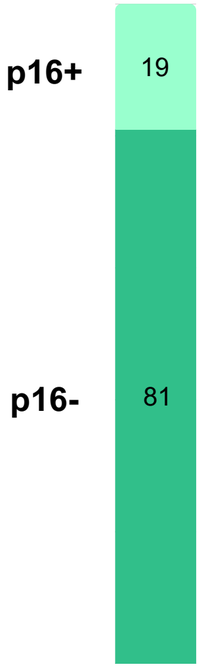
Actif ou sevré >20 PA : 90%

Age médian : 62 ans

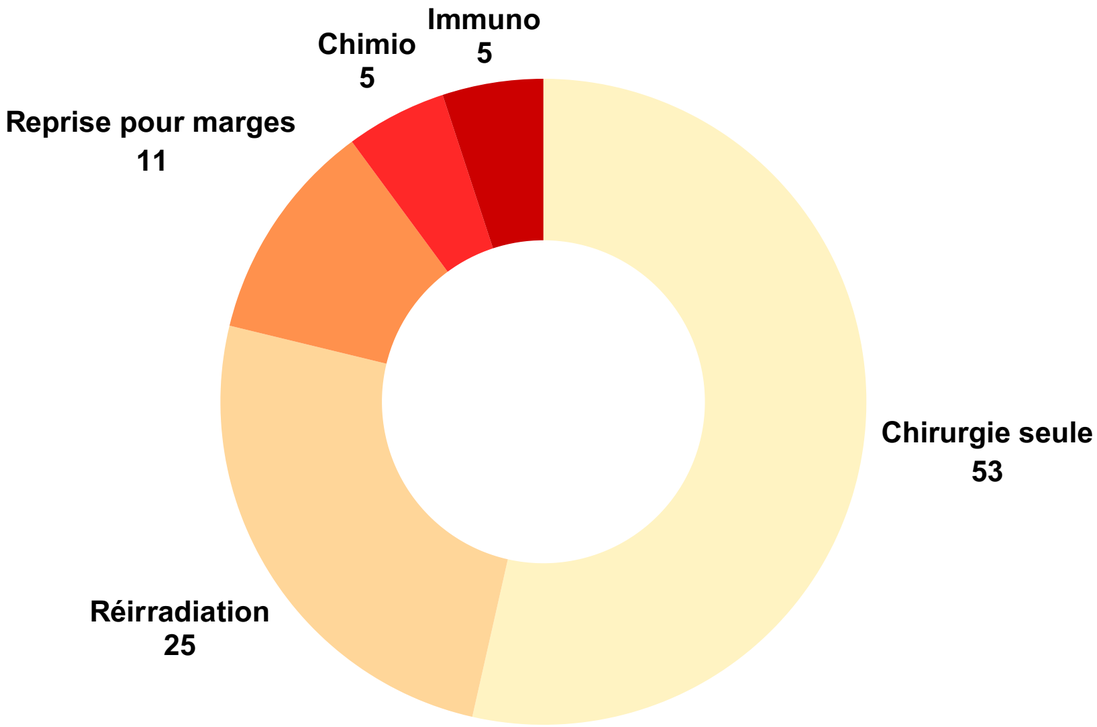
Reconstruction (n)



Statut p16 (%)



Traitement complémentaire (n)



Suivi médian : 74 mois

Résultats carcinologiques après chirurgie de rattrapage en territoire irradié pour carcinome épidermoïde de l'oropharynx récidivant ou métachrone

Jade Saykaly[1,2], Sébastien Vergez[1,2] (MD,PhD), Agnès Dupret-Bories[1,2] (MD,PhD), Anouchka Modesto[3] (MD), Benjamin Vairel[1,2] (MD), Jérôme Sarini[1,2] (MD), Aurore Siegfried[4] (MD), Ana Cavillon[5] (MSc), Emilien Chabrillac[1,2*] (MD)

[1] Department of Surgery, University Cancer Institute of Toulouse – Oncopole, Oncopole Claudius Regaud, Universités de Toulouse, Toulouse, France
[2] Department of Ear, Nose & Throat Surgery, Toulouse University Hospital – Larrey Hospital, Universités de Toulouse, Toulouse, France
[3] Department of Radiotherapy, University Cancer Institute of Toulouse – Oncopole, Oncopole Claudius Regaud, Universités de Toulouse, Toulouse, France
[4] Department of Pathology, University Cancer Institute of Toulouse – Oncopole, Universités de Toulouse, Toulouse, France
[5] Biostatistics & Health Data Science Unit, Oncopole Claudius Regaud, University Cancer Institute of Toulouse – Oncopole, Toulouse, France

Principaux critères d’évaluation

1. **Survie globale (SG)**
2. **Survie spécifique (SS)**
3. **Survie sans récidive locale (SSRL)**

Survie globale à 5 ans: 32%

Facteur pronostique	HR (IC à 95%)	p
Statut pN+	**2,32** (1,08 - 4,98)	0,031
Stade pT≥ 3	**2,03** (1,12 - 3,68)	0,020
Âge au moment de la chirurgie	**1,05** (1,01 - 1,08)	0,014

Facteurs pronostiques indépendants en analyse multivariée

Survie spécifique à 5 ans: 58%

Facteur pronostique	HR (IC à 95%)	p
Stade pT≥ 3	**5,24** (2,41 - 11,39)	<0,001
CEO métachrone (vs récidivant)	**0,32** (0,14 - 0,72)	0,006
Statut cN+	***2,31*** *(0,99 - 5,41)*	*0,053*

Facteurs pronostiques indépendants en analyse multivariée

- **Survie Globale**
- **Survie Spécifique**
- **Survie Sans Récidive Locale**

Survie sans récidive locale à 5 ans: 55%

Facteur pronostique	HR (IC à 95%)	p
Stade pT≥ 3	**3,60** (1,65 - 7,82)	0,001
CEO métachrone (vs récidivant)	**0,30** (0,14 - 0,65)	0,002

Facteurs pronostiques indépendants en analyse multivariée

Survie sans récidive locale à [illegible]5%

Survie Globale

Survie Spécifique

Survie Sans Récidive Locale

Facteur pronostique	HR	
Stade pT≥ 3	**3,60** (1	
CEO métachrone (vs récidivant)	**0,30** (0,14 - 0,65)	0,002

Statut p16 ?

Facteurs pronostiques indépendants en analyse multivariée

Dans l'ensemble, le statut p16 n'a jamais été associé à une quelconque survie en analyse multivariée

Limites	Points forts
• Nombre relativement restreint de patients et d'évènements • Cohorte intrinséquement hétérogène	• Homogénéité de la prise en charge • Centre unique • Nombre limité de données manquantes

Conclusion

- Résultats oncologiques relativement médiocres avec des taux élevés de récidives locales et décès de diverses causes

- Principaux facteurs déterminants pour la survie : stade T avancé, statut N+ et CEO récidivant

- Pas d’influence du statut p16 ?

Résultats postopératoires et fonctionnels après chirurgie de rattrapage en territoire irradié pour carcinome épidermoïde de l'oropharynx récidivant ou métachrone

Jade Saykaly[1,2], Agnès Dupret-Bories[1,2] (MD,PhD), Sébastien Vergez[1,2] (MD,PhD), Virginie Woisard[3] (MD,PhD), Benjamin Vairel[1,2] (MD), Jérôme Sarini[1,2] (MD), Ana Cavillon[4] (MSc), Emilien Chabrillac[1,2] (MD)

[1] Department of Surgery, University Cancer Institute of Toulouse – Oncopole, Oncopole Claudius Regaud, Université de Toulouse, Toulouse, France
[2] Department of Ear, Nose & Throat Surgery, Toulouse University Hospital – Larrey Hospital, Université de Toulouse, Toulouse, France
[3] Department of Oncorehabilitation, University Cancer Institute of Toulouse – Oncopole, Université de Toulouse, Toulouse, France
[4] Biostatistics & Health Data Science Unit, Oncopole Claudius Regaud, University Cancer Institute of Toulouse – Oncopole, Toulouse, France

Principaux critères d’évaluation

1. Taux de complications
2. Durée du séjour d’hospitalisation
3. Dépendance à une trachéotomie ou une gastrostomie

Taux de complications : 53%

Hematoma (n=50)	
No	48 96.0%)
Yes	2 (4.0%)
Wound infection (n=50)	
No	31(62.0%)
Yes	19(38.0%)
Wound dehiscence (n=50)	
No	26 (52.0%)
Yes	24 (48.0%)
Pneumonia (n=50)	
No	29 (58, 0 %)
Yes	21 (42,0 %)
Complete flap necrosis (n=50)	
No	49(98.0%)
Yes	1 (2.0%)
Reoperation (n=50)	
No	27 (54.0%)
Yes	23 (46.0%)
Delirium (n=50)	
No	46 (92.0%)
Yes	4 (8.0%)
Postoperative transfusion (n=50)	
No	48 (96.0%)
Yes	2 (4.0%)
Chyle leak	
No	50 (100.0%)
Yes	0 (0%)
Number of complications (n=94)	
0	44 (46.8%)
1	21 (22.3%)
2	12 (12.8%)
3	13 (13.8%)
4	4 (4.3%)

Variables significativement associées aux complications postopératoires (MV) :

1. Tumeur franchissant la ligne médiane
2. Atteinte du sillon amygdalo-glosse
3. Atteinte de la cavité buccale
4. Voie transcervicale ou combinée
5. IMC élevé

- **Complications**
- Durée d'hospitalisation
- Dépendance gastrostomie et trachéotomie
- Mortalité et suivi à long terme

Durée médiane d'hospitalisation : 20 jours

Variables significativement associées à une durée d'hospitalisation >21 jours (MV) :

1. IMC élevé
2. *Tumeur franchissant la ligne médiane*

Complications
Durée d'hospitalisation
Dépendance gastrostomie et trachéotomie
Mortalité et suivi à long terme

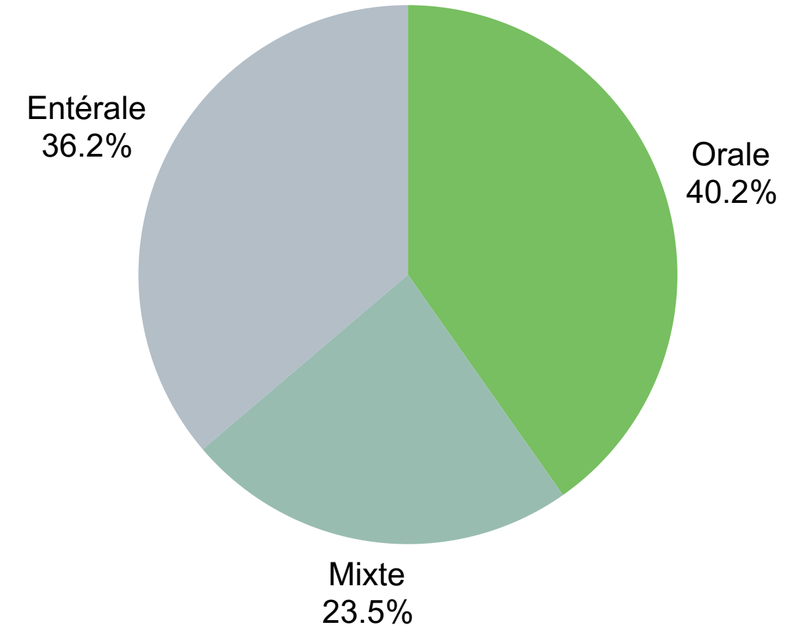
Réintroduction alimentation par voie orale : 78%

↳ Délai médian de 28 jours

Variables avec tendance statistique d'association à une plus grande dépendance à une gastrostomie (MV) :

1. Tumeurs T3 / T4
2. Tumeurs n'atteignant pas la base de langue

Mode d'alimentation à la fin du suivi :



Complications
Durée d'hospitalisation
Dépendance gastrostomie et trachéotomie
Mortalité et suivi à long terme

Taux de décanulation : 95%

↳ Délai médian de 17 jours

→ Diminution progressive du taux de dépendance à long terme à la trachéotomie au fil des études

→ Au total, 25% des patients ont nécessité une laryngectomie totale

Mortalité à 30 jours : 0%

6.4% de patients décédés des suites du traitement :
2 par spondylodiscite, 2 par fistule trachéo-oesophagienne,
2 par nécrose des tissus mous

Incidence ostéoradionécrose : 8.5%

Limites

- Pas de prise en compte d'une classification validée pour les complications
- Hétérogénéité des antécédents de cancers ORL impliquant des fonctions de déglutitions préopératoires variées

Points forts

- Homogénéité de la prise en charge
- Centre unique
- Peu de données manquantes

Conclusion

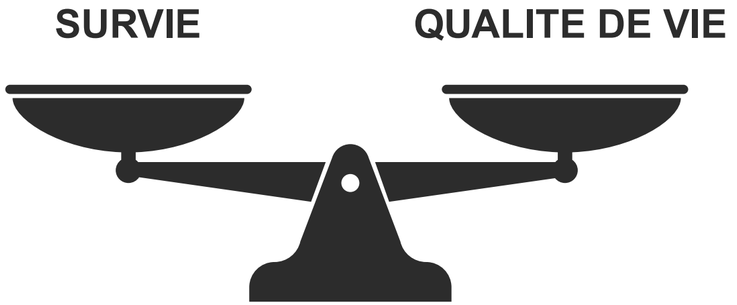
- Parcours postopératoire complexe et morbidité considérable

- Utilité de connaître les facteurs prédictifs de mauvais résultats pour sélectionner les patients :

  → chances de survie

  → résultats fonctionnels attendus à long terme

  → risque de complication



Merci de votre attention