



COLLEGE D'ONCOLOGIE

DIRECTIVES NATIONALES

**CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE : DIAGNOSTIC,
TRAITEMENT ET SUIVI**

Résumé

Version 2014



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Panel d'Experts Cancers de la Cavité Buccale

Vincent Grégoire Cliniques Universitaires Saint Luc	Karolien Goffin UZ Leuven	Robert Hermans UZ Leuven
Laurens Carp UZA	Marc Hamoir Cliniques Universitaires Saint Luc	Sidney Kunz AZ Groeninge
Paul Clement UZ Leuven	Esther Hauben UZ Leuven	Olivier Lenssen ZNA
Philippe Deron UZ Gent	Kristof Hendrickx AZ Nikolaas	Sandra Nuyts UZ Leuven
Carl Van Laer UZA	Jan Vermorken UZA	Eline Appermont UZ Leuven
Annelies De Prins UZ Gent	Eline Hebbelinck UZ Gent	Geert Hommez UZ Gent
Caroline Vandenbruaene AZ Sint Jan Brugge	Eveline Vanhalewyck UZ Leuven	Eline Appermont UZ Leuven
Roos Leroy KCE	Leen Verleye KCE	Joan Vlayen KCE
Pauline Heus Dutch Cochrane Center	Fleur van de Wetering Dutch Cochrane Center	Rob J.P.M. Scholten Dutch Cochrane Center
Sabine Stordeur KCE		



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Relecture:	Anja Desomer (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Raf Mertens (KCE)
Stakeholders:	Jean-François Daisne (Association Belge de Radiothérapie-Oncologie), François-Xavier Hanin (Société Belge de Médecine Nucléaire), Peter Lemkens (Koninklijke Belgische Vereniging voor Oto-Rhino-Laryngologie, Gelaat- en Halschirurgie), Marc Lemort (Belgian Society of Radiology), Max Lonneux (Société Belge de Médecine Nucléaire), Pierre Mahy (Koninklijke Belgische Vereniging voor Stomatologie en Maxillo-Faciale Heelkunde), Myriam Remmelink (Société Belge d'Anatomopathologie), Ward Rommel (Vlaamse Liga tegen kanker), Joseph Schoenaers (Koninklijke Belgische Vereniging voor Stomatologie en Maxillo-Faciale Heelkunde), Pol Specenier (Belgische Vereniging voor Medische Oncologie), Geert Van Hemelen (Koninklijke Belgische Vereniging voor Stomatologie en Maxillo-Faciale Heelkunde), Pieter Van de Putte (Stichting Kankerregister), Vincent Vander Poorten (Domus Medica), Dirk Vangestel (Belgische Vereniging voor Radiotherapie-Oncologie), Tom Vauterin (Koninklijke Belgische Vereniging voor Oto-Rhino-Laryngologie, Gelaat- en Halschirurgie), Birgit Weynand (Société Belge d'Anatomopathologie), Karin Rondia (Fondation contre le Cancer), Elisabeth Van Eycken (Stichting Kankerregister)
Évaluateurs externes:	Elisabeth Junor (NHS Scotland UK), Pierre Castadot (CHU Charleroi)
Validateurs externes:	Dirk Ramaekers, Martine Goossens, Michel Martens

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

Reference: Grégoire V, Leroy R, Heus P, van de Wetering F, Scholten R, Verleye L, Carp L, Clement P, Deron P, Goffin K, Hamoir M, Hauben E, Hendrickx K, Hermans R, Kunz S, Lenssen O, Nuyts S, Van Laer C, Vermorcken J, Appermont E, De Prins A, Hebbelinck E, Hommez G, Vandenbrouaene C, Vanhalewyck E, Vlayen J. Cancers de la cavité buccale : diagnostic, traitement et suivi – Abstract. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports 227Cs. D/2014/10.273/57.



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS	5
■ RÉSUMÉ	6
1. INTRODUCTION	6
2. OBJECTIFS ET PORTÉE DE CETTE RECOMMANDATION	6
3. MÉTHODES	7
3.1. REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE	7
3.2. FORMULATION DES RECOMMANDATIONS	8
4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES	10
4.1. DIAGNOSTIC ET STADIFICATION	10
4.1.1. Information du patient	10
4.1.2. Biopsie	10
4.1.3. Techniques d'imagerie conventionnelles	11
4.1.4. PET scan	11
4.1.5. Autres interventions de stadification	11
4.1.6. Test de détection du HPV	12
4.2. TRAITEMENT DU CANCER DE LA CAVITÉ BUCCALE PRIMAIRE NON MÉTASTATIQUE	12
4.2.1. Traitement multidisciplinaire	12
4.2.2. Traitement chirurgical	12
4.2.3. Radiothérapie oncologique	13
4.2.4. Chimiothérapie d'induction	14
4.2.5. Chirurgie reconstructive	14
4.2.6. Gestion des ganglions lymphatiques cervicaux	15
4.2.7. Curage cervical après la chimioradiothérapie	15
4.3. HISTOPATHOLOGIE	16
4.4. TRAITEMENT DES MALADIES MÉTASTATIQUES OU RÉCURRENTES NON ÉLIGIBLES POUR UN TRAITEMENT CURATIF	16
4.5. RÉCIDIVE LOCORÉGIONALE	17
4.6. SUIVI	17
4.7. RÉÉDUCATION ET TRAITEMENT DE SOUTIEN	18



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

4.7.1.	Rééducation masticatoire fonctionnelle	18
4.7.2.	Rééducation logopédique et de la déglutition.....	18
4.7.3.	Thérapie nutritionnelle	19
4.7.4.	Conseils et aides psychologiques.....	19



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ABRÉVIATION	DÉFINITION
BCR	Registre du Cancer belge
CEBAM	Centre belge pour la médecine basée sur les preuves
CRT	Chimioradiothérapie
CT	Tomographie assistée par ordinateur
DCC	Dutch Cochrane Centre (centre Cochrane néerlandais)
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft (société allemande de cancérologie)
EGFR	Epidermal growth factor receptor (récepteur du facteur de croissance épidermique)
FDG-PET/CT	Tomographie par émission de positrons au fluorodésoxyglucose (FDG) - Tomographie assistée par ordinateur
GDG	Groupe d'élaboration des recommandations
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
Gy	Gray, unité de dose de radiation absorbée du système international (SI) d'unités
HNSCC	Carcinome à cellules squameuses de la tête du cou
HPV	Papillomavirus humain
IMRT	Radiothérapie à intensité modulée
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
IRM	Imagerie par résonance magnétique
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé
M0	Absence de métastase
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PET	Tomographie par émission de positrons
PET-CT	Tomographie par émission de positrons couplée à une tomographie assistée par ordinateur
PICO	Participants–Interventions–Comparators (comparateurs)–Outcomes (résultats)
RCT	Randomised controlled trial (essai clinique contrôlé randomisé)
RPC	Recommandation de pratique clinique



■ RÉSUMÉ

1. INTRODUCTION

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

Selon les données du Registre belge du Cancer (BCR), l'incidence des cancers de la tête et du cou variait entre 2 460 nouveaux cas en 2008 et 2 580 nouveaux cas en 2011. En 2011, ils représentaient le quatrième type de cancer le plus fréquent chez l'homme. De 2004 à 2008, le taux de survie à 5 ans était de 44,6 % chez l'homme et de 52,0 % chez la femme, alors que le taux de survie relatif à 5 ans était respectivement de 50 et 57 % (www.kankerregister.org).

2. OBJECTIFS ET PORTÉE DE CETTE RECOMMANDATION

Le KCE a récemment publié un rapport sur l'organisation des soins pour les adultes atteints d'un cancer rare ou complexe. Une proposition concrète pour l'organisation des soins destinés aux patients présentant un cancer de la tête et du cou est disponible sur le site web du KCE (http://www.kcenet.be/files/KCE_219_proposal_cancer_head_and_neck.pdf). La présente recommandation de pratique clinique (RPC) a pour objectif de réduire la variabilité dans les pratiques cliniques et d'améliorer la communication entre les prestataires de soins et les patients.

Au cours d'une réunion de délimitation du champ de recherche, il a été décidé d'élaborer la RPC pour les cancers de la tête et du cou en 2 phases. La première porte sur la prise en charge des cancers de la cavité buccale, la seconde, sur les cancers oropharyngés, hypopharyngés et laryngés, qui sera publiée en 2015.

La présente recommandation se concentre sur la stadification, le traitement, le suivi et les soins de soutien pour des patients présentant un cancer de la cavité buccale confirmé. Les aspects du dépistage et de la prévention sortent du cadre de ce document.

La présente recommandation s'adresse à tous les prestataires de soins participant à la prise en charge des patients atteints d'un cancer de la cavité buccale à cellules squameuses, y compris les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale, chirurgie ORL, radiothérapie oncologique, oncologie médicale, pathologie, radiologie, médecine nucléaire, dentisterie, logopédie, traitement nutritionnel, etc. Elle intéressera également les patients et leur famille, les médecins généralistes, les directeurs d'hôpitaux et les décideurs politiques.



3. MÉTHODES

3.1. Revue systématique de la littérature

Dans un premier temps, une recherche a été effectuée dans les bases de données OVID Medline, National Guideline Clearinghouse et GIN afin de recenser des recommandations récentes (autrement dit, publiées après 2010) de grande qualité consacrées à ce sujet. Dix-huit recommandations potentiellement pertinentes ont été évaluées à l'aide de l'instrument AGREE II par deux chercheurs qui ont œuvré indépendamment. Pour la première partie de cette recommandation, qui se concentre sur les cancers de la cavité buccale, seule la recommandation de 2012 de la société allemande du cancer, la Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)^a, pouvait servir de base pour l'adaptation, compte tenu de sa qualité suffisante, de sa mise à jour récente et de son caractère exhaustif.

En plus des questions cliniques figurant dans la recommandation 2012 de la DKG 2012, les 11 questions cliniques suivantes ont été sélectionnées par le groupe d'élaboration des recommandations (GDG) et ont servi de point de départ à une revue systématique de la littérature, parce qu'elles étaient jugées dépassées ou insuffisamment développées dans la recommandation de la DKG :

1. Quelle est l'efficacité clinique du PET/CT dans la stadification du carcinome à cellules squameuses de la tête et du cou (HNSCC) ?
2. Quelle est l'efficacité clinique du test de détection du HPV chez les patients atteints d'un HNSCC ?
3. Quelle est l'efficacité clinique de la dissection sélective des ganglions lymphatiques chez les patients avec un cancer cN0 de la cavité buccale ?
4. Quelle est l'efficacité clinique de la dissection des ganglions lymphatiques chez les patients avec un cancer cN+ de la cavité buccale ?

^a Wolff K-D. Mundhöhlenkarzinom - Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. 2012.

5. Quelle est l'efficacité clinique de la dissection sélective des ganglions lymphatiques du côté contralatéral du cou chez les patients avec un cancer cN+ de la cavité buccale ?
6. Quelle est l'efficacité clinique du PET ou de l'IRM dans la détection des métastases des ganglions lymphatiques après chimioradiothérapie ?
7. Quelle est l'efficacité clinique du curage cervical après une chimioradiothérapie chez les patients atteints d'un HNSCC ?
8. Quelle est l'efficacité clinique de l'IMRT chez les patients avec un HNSCC localement avancé ?
9. Quelle est l'efficacité clinique de la chimiothérapie d'induction chez les patients atteints d'un HNSCC ?
10. Quelle est l'efficacité clinique de la chimioradiothérapie primaire chez les patients avec un M0 HNSCC non résécable ?
11. Quelle est l'efficacité clinique des interventions thérapeutiques pour les maladies métastatiques ou récurrentes non éligibles pour un traitement curatif ?

Certaines questions cliniques ont été délibérément formulées d'une manière générale, en d'autres termes, elles ne se polarisent pas uniquement sur le cancer de la cavité buccale, afin de pouvoir utiliser les éléments de preuve dans la deuxième partie également. Pour six questions (questions 3, 4, 8, 9, 10 et 11), une recherche de la littérature a été effectuée par le Dutch Cochrane Centre (DCC). Pour les cinq questions restantes, les recherches ont été réalisées par l'équipe du KCE.

Des études ont été recherchées dans Medline, Embase et la Cochrane Library. Pour les questions d'ordre diagnostique, les recherches ont porté sur les revues systématiques, les études de précision diagnostique et les RCT ; pour les autres questions de recherche, le corpus de recherche était constitué de revues systématiques, de RCT et d'études observationnelles comparatives. Seuls les articles publiés en anglais, en français et en néerlandais ont été utilisés. L'évaluation de la qualité a été effectuée en recourant à la grille AMSTAR pour les revues systématiques, à l'outil élaboré par la Cochrane Collaboration pour évaluer les risques de biais pour les RCT et les études d'observations comparatives, et à la grille QUADAS-2 pour les études de précision diagnostique.



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Pour les thèmes pour lesquels aucune mise à jour de la littérature n'a été effectuée, les recommandations originales ont été examinées avec le GDG en recourant aux éléments de preuve fournis dans la recommandation 2012 de la DKG. Trois options étaient possibles : acceptation sans changement, acceptation avec changements ou omission. Toute proposition de changement de la formulation originale n'était pas basée sur une recherche systématique dans la littérature, mais se base plutôt sur le consensus.

3.2. Formulation des recommandations

Sur la base des preuves obtenues, le premier projet de recommandations a été préparé par un petit groupe de travail (chercheurs du KCE et Dutch Cochrane Centre). Ce premier projet ainsi que les tableaux de preuves ont été distribués au GDG avant les réunions en face-à-face. Sur la base de discussions intervenues au sein du GDG, un deuxième projet de recommandations a été préparé et a aussi été soumis à l'approbation finale du GDG.

Afin de déterminer le niveau de preuve et la force de chacune des recommandations, la méthodologie GRADE a été suivie (Tableaux 1 et 2). La force d'une recommandation dépend de l'équilibre entre tous les effets bénéfiques et tous les effets indésirables d'une intervention (c'est-à-dire du bénéfice clinique net), de la qualité des preuves disponibles, des valeurs et préférences et des coûts estimés (utilisation des ressources). Dans le cadre de la présente recommandation, aucune étude coût-efficacité n'a été menée. GRADE n'a pas été appliqué aux questions de pronostic.

Les recommandations adaptées ont aussi bénéficié de l'application de la méthodologie GRADE dans une certaine mesure, tenant compte des limitations suivantes :

- Les textes complets des études référencées dans la recommandation 2012 de la DKG n'ont pas été recherchés ;
- Seule l'information disponible dans la recommandation 2012 de la DKG a été utilisée.

Les recommandations élaborées par le GDG ont été soumises aux représentants clés des parties prenantes pertinentes (voir colophon) qui ont fait office de réviseurs externes du projet de recommandation. Ils ont attribué à toutes les recommandations un score allant de 1 (« complètement en désaccord ») à 5 (« complètement d'accord ») et les ont examinées au cours d'une réunion.

Dans le cadre des procédures KCE standard, une validation du rapport en deux étapes a été conduite avant sa publication. La première partie de la validation a été effectuée par deux experts scientifiques de notoriété internationale qui ont examiné le rapport d'un œil critique (voir colophon).

La seconde partie de la validation, présidée par le CEBAM (Centre belge pour la médecine basée sur les preuves), s'est concentrée sur la méthodologie. À cet effet, l'instrument d'évaluation AGREE II a été utilisé. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un processus de vote entre les validateurs.

Les déclarations d'intérêt ont été formellement enregistrées.



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Tableau 1 – Niveaux de preuve selon le système GRADE

Tableau 1 – Niveaux de preuve selon le système GRADE

Niveau de qualité	Définition	Qualité méthodologique des preuves
Elevé	Nous sommes très confiants que l'effet réel est proche de l'estimation de l'effet.	RCTs sans limitations importantes ou preuves irréfutables provenant d'études observationnelles
Modéré	Nous sommes modérément confiants dans l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement proche de l'estimation, mais il y a une possibilité qu'il soit considérablement différent.	RCTs comportant des limitations importantes (résultats incohérents, faiblesses méthodologiques, méthodes indirectes ou imprécises) ou exceptionnellement des preuves solides émanant d'études observationnelles
Faible	Notre confiance en l'estimation est limitée : l'effet réel peut être considérablement différent de l'estimation.	RCTs comportant des limitations très importantes ou études observationnelles ou séries de cas
Très faible	Nous avons très peu confiance dans l'estimation de l'effet : l'effet réel est probablement considérablement différent de l'estimation.	

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

Tableau 2 – Force des recommandations selon le système GRADE

Grade	Définition
Forte	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent très certainement sur les risques (l'intervention est à mettre en pratique) ou les effets indésirables de l'intervention l'emportent très certainement sur les bénéfices attendus (l'intervention est à éviter).
Faible	Les effets bénéfiques de l'intervention l'emportent probablement sur les risques (l'intervention est probablement à mettre en pratique) ou les effets indésirables de l'intervention l'emportent probablement sur les bénéfices attendus (l'intervention est probablement à éviter).

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



4. RECOMMANDATIONS CLINIQUES

Les détails complets sur les données probantes à la base des recommandations ci-dessous sont disponibles dans le rapport scientifique et ses suppléments. Les recommandations énoncées dans les tableaux ci-dessous suivent la séquence des chapitres du rapport scientifique.

4.1. Diagnostic et stadification

4.1.1. Information du patient

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Le patient doit être parfaitement informé de son état, des options thérapeutiques et des conséquences. L'information devrait être exhaustive et transmise avec clarté et sans ambiguïté. Les préférences du patient doivent être prises en compte au moment de décider d'une option thérapeutique.	Forte	Très faible

4.1.2. Biopsie

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Il convient de procéder à une biopsie de la partie la plus suspecte de la tumeur. Le pathologiste devrait recevoir toutes les informations cliniques pertinentes. Si le résultat n'est pas concluant ou négatif, mais que la tumeur est suspecte, la biopsie devrait être répétée.	Forte	Très faible
Quand un patient avec un diagnostic de carcinome à cellules squameuses de la cavité buccale est envoyé dans un autre centre pour compléter l'examen diagnostique et débiter le traitement, et si aucune biopsie supplémentaire ne doit être réalisée dans le Centre de Référence, des échantillons de pathologie (tranches et/ou blocs) devraient être envoyés pour examen au laboratoire de référence aux fins de confirmer le diagnostic à la demande du Centre de Référence. Pour les tumeurs dont le diagnostic anatomopathologique n'est pas celui d'un carcinoma épidermoïde, une relecture par un expert du laboratoire de référence est indispensable.	Forte	Très faible
Le rapport de biopsie doit comprendre : la localisation de la tumeur, son histologie, son grade, la profondeur de l'invasion (si évaluable), l'invasion lymphatique, vasculaire, et péri-neurale. D'autres facteurs pronostiques comme le mode de croissance (tumeur infiltrante versus tumeur à limite régulière) peuvent être considérés.	Forte	Très faible



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

4.1.3. Techniques d'imagerie conventionnelles

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Effectuer une IRM pour la stadification primaire T et N (c'est-à-dire avec tout traitement) chez les patients dont le diagnostic de cancer de la cavité buccale a été posé récemment.	Faible	Très faible
Si une IRM se révèle impossible sur le plan technique (p. ex. pacemaker, implant cochléaire, etc.), s'il est probable qu'elle soit perturbée (p. ex. artéfacts de mouvement anticipés, etc.) ou indisponible en temps utile, il convient d'effectuer un CT avec un agent de contraste pour la stadification primaire T et N chez les patients avec un cancer de la cavité buccale.	Faible	Très faible

4.1.4. PET scan

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Chez les patients présentant un cancer de la cavité buccale aux stades III et IV, et chez les patients ayant des caractéristiques à hauts risques indépendamment de la stadification locorégionale (p. ex. grands fumeurs), effectuer un FDG-PET/CT pour l'ensemble du corps afin d'évaluer la prolifération métastatique et/ou permettre la détection de secondes tumeurs primitives.	Faible	Faible

4.1.5. Autres interventions de stadification

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Afin d'exclure toute tumeur secondaire synchrone dans la région de la tête et du cou, tous les patients atteints d'un cancer de la cavité buccale devraient subir un examen clinique (y compris un examen à fibre optique) du tractus aérodigestif supérieur. Une endoscopie sous anesthésie générale devrait être considérée pour obtenir une meilleure stadification locale des grandes tumeurs.	Forte	Très faible
Les patients atteints d'un carcinome de la cavité buccale devraient être examinés par un dentiste spécialisé avant de commencer tout traitement oncologique. Le dentiste devrait donner des conseils préventifs et effectuer les traitements de restauration nécessaires.	Forte	Très faible



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

4.1.6. Test de détection du HPV

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
En raison de preuves insuffisantes, le test p16 en routine n'est pas recommandé chez les patients atteints d'un cancer de la cavité buccale. Chez les patients qui ne présentent pas de facteurs de risque habituels (p. ex. tabagisme, alcoolisme) pour le cancer de la cavité buccale, le test p16 peut être considéré, bien qu'il n'existe aucune preuve à l'heure actuelle qu'il modifie les décisions thérapeutiques chez ces patients.	Faible	Pas de GRADE

4.2. Traitement du cancer de la cavité buccale primaire non métastatique

4.2.1. Traitement multidisciplinaire

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Tout carcinome de la cavité buccale doit être traité sur une base multidisciplinaire après un examen initial du cas en question dans le cadre d'une consultation oncologique multidisciplinaire (COM), qui comprend des spécialistes de différentes disciplines : chirurgie buccale et maxillo-faciale, ORL, radiothérapie oncologique, oncologie médicale, pathologie, radiologie et médecine nucléaire. Il est recommandé que des représentants de la médecine générale, de la dentisterie et de disciplines paramédicales (logopédie, traitement nutritionnel, assistance psychosociale) y participent. Il convient de garantir la continuité des soins par le biais d'une coopération entre l'hôpital et l'équipe des soins à domicile.	Forte	Très faible

4.2.2. Traitement chirurgical

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
À condition que l'état général du patient le permette et que le carcinome de la cavité buccale puisse être réséqué de manière curative, une résection chirurgicale de la tumeur devrait être réalisée et suivie d'une reconstruction immédiate le cas échéant.	Forte	Très faible
Dans le cadre du traitement du carcinome de la cavité buccale, il convient de prendre la situation individuelle du patient en considération. La décision de pratiquer une intervention chirurgicale doit être prise en fonction de la faculté de réaliser des marges de résection saines, et de la qualité de vie postopératoire. Pour les tumeurs localement avancées, les conséquences fonctionnelles postopératoires doivent faire l'objet d'une évaluation minutieuse et prospective. Par exemple, lorsqu'une glossectomie totale (+/- laryngectomie totale)	Forte	Très faible



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
est la seule option adéquate sur le plan oncologique, des protocoles non chirurgicaux de préservation des organes doivent être sérieusement envisagés.		
Dans le cas d'une tumeur résiduelle microscopique (résection R1), une résection de suivi ciblée devrait s'ensuivre afin d'améliorer le pronostic du patient dès que cela s'avère possible.	Faible	Très faible
La continuité de la mandibule devrait être préservée au niveau de la résection de la tumeur ou restaurée après la résection, à condition qu'aucune preuve radiologique ou intra-opératoire de l'invasion de l'os par des cellules tumorales n'ait été trouvée.	Forte	Très faible

4.2.3. Radiothérapie oncologique

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
En raison des risques accrus de carie dentaire induits par la radiothérapie oncologique de la région de la tête et du cou, il convient de considérer des applications supplémentaires de fluorure tout au long de la vie, au moins au terme de la radiothérapie oncologique.	Faible	Très faible
Les patients présentant des tumeurs de petite taille et accessibles (T1/T2) dans la cavité buccale (p. ex. les lèvres) peuvent suivre une curiethérapie interstitielle dans certains cas bien précis.	Faible	Très faible
Les patients atteints d'un carcinome avancé non métastatique de la cavité buccale qui ne sont pas éligibles à une intervention chirurgicale curative (T4b, N3, conséquences fonctionnelles inacceptables, comorbidité excessive) devraient de préférence se voir administrer une chimioradiothérapie primaire plutôt qu'une radiothérapie seule.	Faible	Très faible
La radiothérapie oncologique postopératoire devrait être réalisée pour les catégories T avancées (T3/T4), marges de résection proches (< 4 mm) ou positives, épaisseur de la tumeur > 10 mm, atteinte des ganglions lymphatiques (> pN1) et rupture extracapsulaire et/ou infiltration des tissus mous. Il convient de considérer une extension périneurale ou une infiltration des vaisseaux lymphatiques. Pour les patients à haut risque (p. ex. marges de résection positives ou proches, propagation extracapsulaire), la chimioradiothérapie postopératoire peut être considérée.	Forte	Elevé
La radiothérapie oncologique postopératoire devrait être conventionnelle, c'est-à-dire fractionnée (p. ex. 60-66 Gy en 6 à 6,5 semaines, 2 Gy par jour, 5 fois par jour).	Faible	Elevé



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
La radiothérapie oncologique postopératoire devrait débuter le plus tôt possible, c'est-à-dire dans les 6 semaines suivant l'intervention chirurgicale, et devrait être terminée dans les 12 à 13 semaines après l'intervention.	Forte	Faible
Dans le cas de chimioradiothérapie concomitante (primaire ou postopératoire), la radiothérapie devrait être conventionnelle, c'est-à-dire fractionnée (autrement dit 2 fractions par jour, 5 jours par semaine) et la chimiothérapie devrait être à base de platine (100 mg/m ² trois fois par semaine en cas de chimioradiothérapie postopératoire).	Forte	Très faible
Compte tenu de la balance avantages/risques favorable, l'IMRT est recommandée chez les patients atteints d'un cancer avancé de la cavité buccale.	Forte	Très faible
L'interruption de la radiothérapie oncologique est préjudiciable au contrôle tumoral et devrait dès lors être évitée.	Forte	Faible
La chimioradiothérapie ne devrait être utilisée que dans des centres capables de gérer adéquatement des toxicités aiguës induites par la radiothérapie ou la chimiothérapie.	Forte	Très faible
En raison d'un manque de preuve, la combinaison radiothérapie / inhibiteurs de l'EGFR n'est pas recommandée chez les patients avec un cancer de la cavité buccale.	Forte	Très faible

4.2.4. Chimiothérapie d'induction

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Chez les patients avec un cancer de la cavité buccale, la chimiothérapie d'induction n'est pas recommandée.	Forte	Très faible

4.2.5. Chirurgie reconstructive

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Les mesures de reconstruction devraient être intégrées dès le début de toute approche chirurgicale. Au moment de la planification de la reconstruction, il convient de considérer l'ensemble du scénario oncologique. L'amélioration fonctionnelle ou cosmétique prévue doit justifier les efforts de reconstruction	Forte	Très faible



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
consentis.		

4.2.6. Gestion des ganglions lymphatiques cervicaux

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
La gestion des ganglions lymphatiques cervicaux devrait suivre les mêmes principes de traitement que ceux appliqués à la tumeur primaire (p. ex. si la tumeur primaire est traitée chirurgicalement, un curage cervical devrait être réalisé).	Forte	Très faible
Pratiquer un curage cervical sélectif concernant au moins les niveaux I, II et III chez tous les patients avec un carcinome à cellules squameuses de la cavité buccale au stade cN ₀ M ₀ qui sont traités par voie chirurgicale.	Forte	Très faible
Un curage cervical peut être omis à titre exceptionnel chez certains patients avec un carcinome à cellules squameuses de la cavité buccale au stade cT1N ₀ M ₀ , en fonction de la localisation et de l'épaisseur de la tumeur.	Faible	Très faible
Pratiquer un curage cervical ipsilatéral sélectif concernant au moins les niveaux I, II, III et IV avec – si tant est que ce soit réalisable sur le plan oncologique – préservation du muscle sternocléidomastoïdien, de la veine jugulaire et du nerf spinal accessoire chez tous les patients avec un carcinome à cellules squameuses de la cavité buccale au stade cN+M ₀ qui sont traités par voie chirurgicale.	Forte	Très faible
Envisager le curage cervical contralatéral chez les patients avec un carcinome à cellules squameuses non métastatique de la cavité buccale qui se trouve à hauteur de ou au travers de la ligne médiane, ou n'est pas clairement localisé latéralement.	Faible	Très faible

4.2.7. Curage cervical après la chimioradiothérapie

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Envisager de procéder à une évaluation diagnostique du cou avec des techniques d'imagerie conventionnelles (CT ou IRM) ou PET/CT trois mois après la fin de la (chimio)radiothérapie primaire.	Faible	Très faible
Chez les patients atteints d'un cancer de la cavité buccale (N1-3) et présentant une réponse complète à la chimioradiothérapie (évaluation par FDG-PET/CT, CT ou IRM), aucune donnée ne supporte une dissection	Faible	Très faible



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

supplémentaire des ganglions lymphatiques.

4.3. Histopathologie

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Afin d'éviter une marge de résection positive (qui est associée à un pronostic plus défavorable), des sections congelées prélevées en peropératoire peuvent se révéler utiles.	Faible	Très faible
Si tant est que cela soit possible sur le plan technique ou anatomique, une distance minimale de 10 mm de la marge palpable de la tumeur devrait être prise comme guide pour la résection afin d'atteindre une distance minimale de 3 à 5 mm entre la marge du tissu réséqué et la tumeur primaire dans l'échantillon fixé au formol.	Faible	Très faible
En vue d'une concertation avec le clinicien, les résultats histopathologiques doivent décrire la localisation exacte de tout statut R+ existant. La topographie anatomique doit être clairement indiquée lors de l'envoi de l'échantillon de la tumeur au pathologiste. Cela peut être réalisé à l'aide de marqueurs à sutures ou de code couleur. Le résultat histopathologique doit comprendre : la localisation de la tumeur, la taille de la tumeur macroscopique, le type histologique de la tumeur, le grade histologique de la tumeur, la profondeur de l'invasion, l'invasion lymphatique, vasculaire et périneurale, les structures infiltrées localement, la classification pT, les détails des zones affectées et des structures infiltrées, le statut R et p16 (si non réalisé lors de la biopsie).	Forte	Faible
Les résultats histopathologiques d'un échantillon de curage cervical doivent décrire la topographie anatomique, le côté du cou, le type de curage cervical, les niveaux éliminés, le nombre total de ganglions lymphatiques plus le nombre de ganglions lymphatiques envahis, le nombre de ganglions lymphatiques par niveau, le niveau des ganglions lymphatiques envahis, le diamètre du plus grand dépôt tumoral, les structures retirées en plus et, le cas échéant, la propagation extracapsulaire.	Forte	Faible

4.4. Traitement des maladies métastatiques ou récurrentes non éligibles pour un traitement curatif

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Chez les patients avec un cancer métastatique de la cavité buccale ou une maladie récurrente qui n'est pas éligible pour un traitement curatif, la chimiothérapie palliative ou un traitement ciblé peut être considéré après discussion avec le patient.	Forte	Très faible



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

4.5. Récidive locorégionale

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Chez les patients avec suspicion de récurrence à hauteur de la tête et du cou, qui n'a pas pu être confirmée ou infirmée par CT et/ou IRM, un FDG-PET/CT peut être réalisé.	Faible	Très faible
Une intervention chirurgicale de rattrapage doit être envisagée chez tout patient présentant une récurrence locorégionale résécable qui a subi précédemment une radiothérapie oncologique ou une intervention chirurgicale. La procédure ne devrait être réalisée que par une équipe de chirurgiens qui ont une expérience adéquate en techniques reconstructives et dans des centres avec une unité de soins intensifs appropriée.	Faible	Très faible
Une ré-irradiation, éventuellement à visée curative, devrait être envisagée chez tout patient présentant une récurrence locorégionale non résécable qui a déjà subi une irradiation. L'irradiation ne peut être réalisée que dans des établissements avec une expertise adéquate et, idéalement, dans le cadre d'une étude clinique thérapeutique.	Faible	Très faible

4.6. Suivi

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Un programme de suivi structuré individuel doit être conçu pour chaque patient. La qualité de vie, les effets secondaires du traitement, le statut nutritionnel, l'élocution, le statut dentaire, la fonction thyroïdienne, le tabagisme, la consommation d'alcool, etc., doivent faire l'objet d'un examen périodique. Aucune preuve ne supporte l'utilisation en routine des techniques d'imagerie pour la détection de récurrence locorégionale ou métastatique pendant le suivi. La fréquence du suivi, même chez les personnes asymptomatiques, devrait être au moins trimestrielle au cours de la première et de la deuxième année, semestrielle de la troisième à la cinquième année, et annuelle par la suite.	Faible	Très faible



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

4.7. Rééducation et traitement de soutien

4.7.1. Rééducation masticatoire fonctionnelle

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Chez les patients qui ont subi une intervention chirurgicale et/ou une irradiation pour un carcinome de la cavité buccale, la fonction masticatoire devrait être restaurée à l'aide d'une rééducation masticatoire fonctionnelle recourant à des prothèses conventionnelles et/ou des implants. Toute intervention chirurgicale (p. ex. extractions) devrait être réalisée par des professionnels expérimentés dans le traitement de patients atteints d'un cancer de la tête et du cou. Les patients devraient se soumettre à des contrôles dentaires de routine à une fréquence dépendant de leur cas individuel (généralement tous les 4 à 6 mois).	Forte	Très faible
Une ostéoradionécrose infectée de la mâchoire constitue une complication thérapeutique grave qui devrait être prise en charge dans des centres spécialisés.	Forte	Très faible

4.7.2. Rééducation logopédique et de la déglutition

Recommandations	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Les patients présentant des problèmes de mastication, d'élocution et de déglutition devraient recevoir le traitement fonctionnel approprié en temps utile. Les patients devraient être adressés à des thérapeutes qualifiés avant de commencer le traitement s'il est probable que l'intervention chirurgicale ou les procédures conservatoires (p. ex. radiothérapie oncologique) entraînent des problèmes de mastication, d'élocution et/ou de déglutition.	Forte	Faible
Les patients atteints de dysphagie devraient se soumettre aux procédures diagnostiques appropriées, p. ex. un examen clinique d'un logopède, une vidéofluoroscopie ou une endoscopie à fibre optique.	Forte	Faible
Les patients qui présentent des problèmes d'élocution, de mastication et/ou de déglutition en raison d'un carcinome de la cavité buccale et/ou de sa prise en charge devraient avoir accès à des logopèdes et à des thérapeutes nutritionnels qui ont de l'expérience avec de telles pathologies avant, pendant et après le traitement.	Forte	Faible



DIRECTIVE NATIONALE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE

4.7.3. Thérapie nutritionnelle

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Les patients devraient faire l'objet d'un dépistage régulier d'une éventuelle malnutrition due au cancer de la cavité buccale ou à son traitement. Les patients qui risquent de souffrir de malnutrition devraient recevoir en temps utile et, de manière continue, des conseils professionnels sur les régimes diététiques ainsi qu'une thérapie nutritionnelle.	Forte	Faible

4.7.4. Conseils et aides psychologiques

Recommandation	Force de la recommandation	Niveau de preuve
Les patients atteints d'un cancer de la cavité buccale (et leur famille, les aidants familiaux) devraient se voir proposer un soutien psychologique spécifique sur une base continue dans le contexte d'une équipe pluridisciplinaire.	Forte	Très faible