

Abstract

Contexte : La chirurgie robotique transorale (CRT) permet un accès chirurgical mini-invasif à l'oropharynx¹. Son utilisation est bien documentée pour les carcinomes épidermoïdes, mais peu encore pour les carcinomes salivaires². Le but de cette étude était de décrire l'expérience française de la CRT concernant les carcinomes des glandes salivaires de la base de la langue (BDL).

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique réalisée à partir de la base de données nationale du REFCOR. Nous avons inclus tous les patients traités chirurgicalement pour un carcinome des glandes salivaires de la BDL de Janvier 2009 à Décembre 2018. Des analyses descriptives ont été réalisées.

Résultats : Parmi les 50 patients inclus, l'exérèse chirurgicale a été réalisée par voie ouverte (VO ; n=33) ou par CTR (n=17). Les tumeurs T1-T2 étaient plus fréquentes dans le groupe CTR (76,4% vs 60,6%), de même que les tumeurs de bas grade (58,8% vs 38,7%). Les marges chirurgicales étaient < 1 mm chez 46,7% des patients du groupe CTR et 52% des patients du groupe CO. Après 51,7 mois de suivi, 2 patients (11,8%) ont présenté une récurrence locale dans le groupe CTR, contre 8 patients (24,2%) dans le groupe CO. Le taux de trachéotomie était de 41,2 % dans le groupe CTR et de 63,6 % dans le groupe CO. Le taux de gastrostomie était de 11,8 % dans le groupe CTR et de 36,4 % dans le groupe CO.

Conclusion : La CTR est une option mini-invasive acceptable pour certains carcinomes salivaires de la BDL. Elle peut donner de bons résultats fonctionnels et oncologiques dans des cas sélectionnés, malgré un taux élevé de marges < 1 mm.

Objectifs

L'objectif de cette étude était de décrire les résultats fonctionnels et oncologiques chez les patients présentant un carcinome salivaire de la BDL traités initialement par CTR, à l'aide de la base de donnée nationale du REFCOR.

Méthodes et Matériels

Etude: rétrospective multicentrique, à l'aide de la base de données nationale du REFCOR.

Inclusion: tous les patients présentant un carcinome salivaire de la base de langue traité chirurgicalement entre Janvier 2009 et Décembre 2018.

Exclusion: ATCD d'irradiation cervico-faciale, manque de données clinique ou de suivi, traitement initial non chirurgical.

Résultats

Population

- 50 Patients issus de 22 centres, 17 CTR (34%).
- 5 H / 12 F, âge médian 63 ans.
- T1-T2 76.5%; versus T3-T4 23.5%.
- CTR: extension SAG 23.5%, amygdale 11.8%.
- CO: extension SAG 33.3%, vallécule 24.2%, plancher 24.2%

Histologiques

- Marges chirurgicales < 1 mm: similaires, 46.7% CTR, 52% CO
- EPN: fréquents dans les 2 groupes, 41.7% CTE, 50% CO

Fonctionnels

- Trachéotomie 11 jours CTR [5;20]; 18 jours CO [5;225]
- Gastrostomie: 11.8% CTR, 36.4% CO

Données de suivi

- Suivi médian 51.7 mois
- 36% récurrence

	All patients n=50 (%)	TORS-group n=17 (%)	Open approach-group n=33 (%)
If neck dissection (n=36):			
- Ipsilateral	17 (47.2)	8 (66.7)	9 (37.5)
- Bilateral	19 (52.8)	4 (33.3)	15 (62.5)
Reconstruction:			
- No flap	26 (52.0)	12 (70.6)	14 (42.4)
- Pedicled flap	7 (14.0)	1 (5.9)	6 (18.2)
- Free flap	17 (34.0)	4 (23.5)	13 (39.4)
Post-operative treatment:			
- None	22 (44.0)	11 (64.7)	11 (33.3)
- RT alone	21 (42.0)	4 (23.5)	17 (51.5)
- CRT	7 (14.0)	2 (11.8)	5 (15.2)

	All patients n=50 (%)	TORS-group n=17 (%)	Open approach-group n=33 (%)
Overall recurrences (%):	18 (36.0)	4 (23.5)	14 (42.4)
- Local	2	1 (5.9)	1 (3.0)
- Local and regional	6	1 (5.9)	5 (15.2)
- Local recurrence + distant metastasis	1	0 (0)	1 (3.0)
- Local and regional recurrence + distant metastasis	1	0 (0)	1 (3.0)
- Distant metastasis	8	2 (11.8)	6 (18.2)
Treatment of recurrences (%):			
- Surgery	6 (12.0)	2 (11.8)	4 (12.1)
- RT alone	3 (6.0)	0 (0)	3 (9.1)
- CT alone	5 (10.0)	1 (5.9)	4 (12.1)
- Concurrent CRT	1 (2.0)	0 (0)	1 (3.0)
- Immunotherapy	2 (4.0)	0 (0)	2 (6.1)
- Supportive care	1 (2.0)	1 (5.9)	0 (0)

Conclusion

La CTR est une option mini-invasive acceptable pour le traitement des carcinomes salivaires de la BDL, malgré un taux élevé de marges < 1 mm. La CTR peut permettre de réduire la morbidité en évitant une mandibulotomie. De plus amples études seront nécessaires pour définir la meilleure stratégie thérapeutique selon le type histologique ou le grade.

Références

1. Mariam H. Mella, Emilien Chabrilac, Agnès Dupret-Bories, Mathilde Mirallie SV. Transoral Robotic Surgery for Head and Neck Cancer: Advances and Residual Knowledge Gaps. J Clin Med 2023;12:2303.
2. Jefferson GD, Frey H. Open Versus Robotic Surgery for Oropharyngeal Cancer. Otolaryngol Clin North Am 2020;53:995–1003.