

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1575

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Caroline LAFARGE

le 20 Septembre 2019

**CARCINOME EPIDERMOÏDE DE LA CAVITÉ BUCCALE CHEZ LA
PERSONNE AGÉE, VERS UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE ?**

Directeur de thèse : Dr Franck DELANOË

JURY

Monsieur le Professeur Raphaël LOPEZ	Président
Monsieur le Professeur Frédéric LAUWERS	Assesseur
Madame le Professeur Anne LAPRIE	Assesseur
Monsieur le Docteur Franck DELANOË	Assesseur
Madame le Docteur Stéphanie LOZANO	Suppléant
Madame le Docteur Agnès DUPRET-BORIES	Invitée

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier Toulouse III
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PAGES B.
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
 Professeur ALBAREDE Jean-Louis
 Professeur ARBUS Louis
 Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
 Professeur BOCCALON Henri
 Professeur BONEU Bernard
 Professeur CARATERO Claude
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur CONTÉ Jean
 Professeur COSTAGLIOLA Michel
 Professeur DABERNAT Henri
 Professeur FRAYSSE Bernard
 Professeur DELISLE Marie-Bernadette
 Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
 Professeur JOFFRE Francis

Professeur LARENG Louis
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LARENG Louis
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MANELFE Claude
 Professeur MASSIP Patrice
 Professeur MAZIERES Bernard
 Professeur MOSCOVICI Jacques
 Professeur MURAT
 Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
 Professeur SALVAYRE Robert
 Professeur SARRAMON Jean-Pierre
 Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1 ^{ère} classe		P.U. - P.H. 2 ^{ème} classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	P.U. Médecine générale	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. GAME Xavier	Urologie	M. OUSTRIC Stéphane	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Professeur Associé Médecine générale	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. ABITTEBOUL Yves	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	Professeur Associé en Neurologie	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	Mme PAVY-LE TRAON Anne	
M. MALAUDA Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

P.U. - P.H. 2^{ème} classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	P.U. Médecine générale	
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	M. BOYER Pierre	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. STILLMUNKES André	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr CHICOULAA Bruno

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr LATROUS Leila

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président du Jury,

Monsieur le Professeur Raphaël Lopez,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Il était très important pour moi que tu présides ce jury de thèse.

Je te remercie pour tout ce que tu as pu m'apporter depuis le début de mon internat, pour ta disponibilité et ton accompagnement chirurgical. C'est un réel plaisir de travailler avec toi, dans l'humour et la rigueur. Tu es pour moi un excellent chirurgien et je suis ravie de pouvoir t'assister encore pendant deux ans.

Sois assuré de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Frédéric Lauwers,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Je vous remercie de m'avoir si bien accueilli dans votre service malgré mon accent nordiste. C'est une chance pour moi d'avoir pu apprendre à vos côtés.

Je vous admire pour toutes vos qualités humaines et chirurgicales et je vous remercie pour vos conseils, pour votre écoute, et votre présence.

Soyez assuré de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Madame le Professeur Anne Laprie,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse.

Je vous prie de croire à l'expression de mon profond respect.

A notre Maître et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Franck Delanoë,

Praticien Hospitalier

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et de t'y être tant investi. Un vrai statisticien dans l'âme !

J'ai adoré être à deux reprises ton interne, même si ce n'était pas de tout repos. Tu as su me motiver et me faire bosser comme j'aime. Tu es un chirurgien obstiné pour qui rien est impossible, et c'est agréable de travailler avec toi. Je te remercie pour la confiance que tu m'accordes, et J'espère un jour avoir, moi aussi, un double diplôme.

Avec toute ma reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Madame le Docteur Stéphanie Lozano,

Praticien Hospitalier

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.

Veillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A notre Maître et Juge,

Madame le Docteur Agnès Dupret-Bories,

Praticien Hospitalier

Tu me fais l'honneur de siéger à mon jury de thèse.

Tu es pour moi un modèle de réussite. J'ai pu apprécier tes qualités de chirurgienne, ton sérieux, ton humour, ta gentillesse et ton dynamisme lors de ces six mois. J'ai adoré travailler à tes côtés et je te remercie de m'avoir fait lever mes premiers lambeaux libres !

A ma famille, sans qui rien ne serait pareil

Mes parents, pour tout l'amour qu'ils me portent.

Maman, merci d'être toujours là pour moi. Je me demande parfois d'où vient mon caractère...

Papa, fière d'être ta fille préférée... Moi aussi j'ai hâte d'agrandir ton poulailler !

Mes grands frères : Alexander, un modèle dans la vie personnelle et professionnelle. Vivement une petite fille ! Adrien, ta gentillesse et ta générosité m'impressionnent. J'ai hâte de rentrer et de plus profiter de toi.

Ma petite sœur, Cams. Je suis tellement fière de ton parcours. Au moins tu me comprends quand je suis « choquée ». Allez tchao ma louloute, j'te bisous smack, mais bon y'a R. Bob Marley.

Amélie et Raphaëlle, mes supers belles sœurs. Je suis très heureuse de vous avoir dans la famille.

Coco, Flo et Victor qui égaient nos vies.

Thibault, merci de prendre soins de Camille.

Mes grands-parents, avec qui j'ai partagé tant de moments, aux Havre, aux Contas, à Rueil ou au Chambon.

A tous mes cousins, sans qui les Noël et les mariages ne seraient pas les mêmes !

Je sais que je pourrai toujours compter sur vous.

A Quentin

Ma plus belle rencontre.

Tu partages ma vie depuis maintenant plus de 4 ans. Je te remercie pour tout l'amour que tu me portes chaque jour.

A mes amis de toujours

Marvin, depuis maintenant 28 ans... Je sais que tu seras toujours là pour moi. Tellement hâte que tu sois mon anesth', on fera TOUT. (Tout en travaillant à 80%... ca vaaaaaa)

Pauline, du collègue à aujourd'hui... je te remercie de ta fidèle amitié. Tant de choses partagées, entre toutes nos vacances, nos soirées, nos discussions à n'en plus finir... Je t'ai choisi en témoin en espérant pouvoir, moi aussi « être sur un petit nuage » (cf la Rochelle)

Alizée, Mum', tellement de souvenirs, tellement de soirées... de sacrés goûters !!! A chaque fois qu'on se retrouve j'ai l'impression que ça fait seulement 2 jours qu'on ne s'est pas vu ! Vivement le Champagne !!

Elé la beauté. (ou pas) Merci pour tous ces fous rires, avec toi on ne s'ennuie pas ! Hâte de rentrer pour plus profiter de toi !

Manon, la voix de la raison, toujours là pour nous donner de bons conseils. Avec qui j'ai pu parler de médecine depuis le début ! Je sais que je pourrai toujours compter sur toi. Hâte qu'on se retrouve au Havre !

Rossi, Tahiti bb ! Contentée d'avoir pu être témoin de votre Honey moon avec Marine et d'avoir partagé ces si belles vacances avec toi ! Je te souhaite plein de bonheur dans ta nouvelle vie parisienne.

Duf, une fille décalée. Tu es pour moi une des personnes les plus généreuse que je connaisse. Ton humour me manque et j'espère partager encore pleins de bons moments avec toi.

Bert, bibou, ma partenaire de danse. Ton caractère me manque aussi parfois... En espérant un jour rencontrer G. ...

A tous mes amis de LH qu'il me tarde de retrouver.

Aux dindons : Axelle l'ancienne, Emilie, Justine, Camille, Mariiooon, Julia et Paul, Gene, Sophie, Dragon, Ben el sanglios, Mathilde et Richard, Stumph, Hugo et Capu, Shreck, Lucie et Arthur, Petat, Baumann, Charles, et à Morganou, Hortense et Mathilde, sans qui ces années de médecine n'auraient pas été les mêmes. Tant de moments partagés ensemble, et entre tous ces mariages... ce n'est pas fini !!!

A ceux aux côtés de qui j'ai eu la chance d'apprendre

A Monsieur le Professeur Franck Boutault,

Je vous remercie de m'avoir accepté dans votre service et d'avoir pu devenir une de vos internes. J'espère pouvoir encore profiter de votre enseignement et de votre rigueur chirurgicale lors de mon clinicat.

A Monsieur le Professeur Sebastien Vergez,

Merci de m'avoir accueilli dans votre service durant un semestre. J'en suis ressortie grandie, tant ce stage est enrichissant. Apprendre la chirurgie dans la bonne humeur, le quotidien de ces six mois.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Grolleau-Raoux,

J'ai eu la chance d'avoir pu apprendre à vos côtés. Je vous remercie pour la qualité et la précision de votre enseignement.

A Madame le Professeur Claire Majoufre,

Je suis honorée d'avoir pu réaliser un semestre dans votre service. J'ai eu la chance d'avoir pu vous assister au bloc opératoire et d'avoir pu découvrir cette agilité chirurgicale. Vous faites régner la rigueur et je suis impressionnée par la manière dont vous dirigez si bien votre service.

Et bien sûre à la maxillo...

A mes Maîtres, Docteurs et Chefs de cliniques,

Au Docteur Céline Dekeister, pour sa dextérité chirurgicale et pour tous ces blocs de rigolades et de potins. Tu es une chirurgienne impressionnante et un modèle pour nous !

Au Docteur Samuel Muller, pour ses bonnes musiques et ses pas de danse si virils. Merci de m'avoir supporté 3 mois comme interne, et merci pour tous les bons conseils chirurgicaux que tu as pu me donner. Je te souhaite plein de bonheur pour la suite.

Au Docteur Cheick Diakite, pour son « ui » et son « aréoport ». Je te remercie de m'aider au quotidien, je sais que je peux compter sur toi et je suis ravie de débiter mon clinicat auprès de toi.

A tous mes co-internes,

L'équipe féminine de CMF :

Zoé, El crocheté, avec qui j'ai pu affronter ce premier semestre dans le service... Qu'elle éprouve ! Merci de ton soutien et d'avoir pu comprendre tous mes doutes. Hâte que tu reviennes !

Paulette, en bombe bb ! Merci pour tous ces fous rires. Vivement que tu reviennes qu'on commente ses chaussures et ses nouvelles chemises.

Julie, la maman. Très heureuse de débiter ce clinicat à tes côtés après avoir été ta co-interne. Pleins de nouvelles choses nous attendent!

Marion ou Marionette, c'est tellement drôle quand tu râles ! Contente d'avoir pu partager tous ces moments avec toi. Je te souhaite bon courage pour la suite, et j'espère que tu passeras nous voir à Toulouse!!

Alice, qui m'impressionne. Je te souhaite plein de bonheur et de réussite dans ta vie professionnelle et personnelle. Qui l'eut cru... le parc Guell ;)

Marine, très belle rencontre. Merci d'avoir égayé mon dernier semestre, sans toi nous n'aurions pas pu fissurer avec Fanny.

Vinciane, très bon semestre passé à tes côtés ! Quel courage de l'avoir supporté une 2^{ème} fois... ;)

Aux garçons : Pierre et Chris, qui vont devoir nous supporter. Bon courage !

Aux Desco : Camille la blombasse, Marielle en bombe bb, Mylène ma partenaire de thèse, Antoine, Mathieu, Valentine, Clément, Gauthier, Ségolène...

A ceux venus d'ailleurs : Gillou, Flo, Pierre, Charli Doud', Giran, Mohcine, Greg, Emilien, Fanny, Pr. Kantor, Pauline, Emma, Louis, Yohan, Mahamadou...

A toute l'équipe de Chirurgie Maxillo-faciale,

A toutes les infirmières et aides-soignantes du service, qui nous supportent et nous aident dans nos longues semaines de Bip ou de gardes.

A toutes les infirmières de la consultation et à toutes les secrétaires, avec qui c'est un plaisir quotidien de travailler.

A toute l'équipe du bloc, aux IBODE, IDE, IADE, anesthésistes, sans qui les longues chirurgies ne seraient pas les mêmes.

A toute l'équipe de l'oncopole, au côté de qui j'ai eu la chance d'apprendre. Spécialement à Jérôme Sarini, Benjamin et Gaël.

A toute l'équipe Bordelaise, avec qui j'ai passé un super semestre.

Au Taaone et à toutes les personnes rencontrées pendant ces 6mois à Tahiti :

Stéphane et Christophe, merci de m'avoir si bien accueilli dans le service.

Iris et Titi, Diane et Baptiste, Hélène et Julien, devenus amis. Hâte qu'on se retrouve à la Réunion !

A toutes ces belles îles, ces superbes plongées, et surtout à Teahupo qui a permis à Quentin de devenir un surfer hors-pair !!

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES	19
INTRODUCTION.....	20
MATERIEL ET METHODE	22
RESULTATS	25
DISCUSSION.....	36
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXE.....	46

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1	Caractéristiques des patients	Pages 25 et 26
Tableau 2	Caractéristiques des tumeurs : T stage	Page 27
Tableau 3	Caractéristiques des tumeurs : AJCC stage	Page 27
Figure 1	Modalités du traitement	Page 28
Figure 2	Survie globale de la population	Page 32
Figure 3	Causes de décès	Page 32
Figure 4	Survie globale des patients traités de façon standard	Page 33
Figure 5	Survie en fonction du traitement curatif	Page 33
Figure 6	Survie des patients de moins de 80 ans	Page 34
Figure 7	Survie des patients de 80 ans et plus	Page 34
Figure 8	Survie des patients atteints de cancer stade IVA AJCC	Page 35
Figure 9	Survie sans maladie	Page 35

INTRODUCTION

Les cancers de la cavité buccale sont les cancers les plus fréquents des voies aérodigestives supérieures.(1) Le carcinome épidermoïde est le sous type histologique le plus largement représenté et totalise plus de 95% des cas.(2)

Le cancer est une maladie qui touche les sujets âgés. Selon l'Institut National du Cancer(INCa), plus du tiers des cancers de la cavité buccale touchent les personnes de plus de 65ans.

Comme dans le reste du monde et particulièrement en Europe, le nombre de personnes âgées va considérablement augmenter dans les prochaines décennies. Ceci est lié à l'augmentation de l'espérance de vie et à l'augmentation globale de la qualité des soins.

Pour les stades avancés de carcinome épidermoïde de la cavité buccale (AJCC III ou IV), des traitements curatifs « agressifs » incluant une chirurgie, une radiothérapie et, éventuellement une chimiothérapie, sont le plus souvent nécessaires pour un contrôle de la maladie à long terme et limiter les risques de récurrence.(3,4)

A ce jour, le parcours de soins des adultes atteints de cancers de la cavité buccale est parfaitement bien établi. Ce qui n'est absolument pas le cas chez les sujets âgés qui ont souvent de nombreux traitements, antécédents et comorbidités. Aucune recommandation, aucun consensus n'est actuellement disponible pour la prise en charge de ces patients âgés atteints de carcinome épidermoïde de la cavité buccale.(5) Actuellement, le traitement est donc « adapté à l'état général et aux comorbidités du patient », il s'agit d'un traitement considéré comme sub-optimal s'il n'associe pas la chirurgie aux autres modalités thérapeutiques.(6)

Certaines études démontrent que la chirurgie première est le traitement curatif de référence des cancers de la cavité buccale chez l'adulte.(7,8) Ces chirurgies peuvent être importantes et délabrantes, entravant plusieurs fonctions vitales, telles que la mastication, la déglutition et la phonation. L'impact de ces interventions chirurgicales est important chez l'adulte, mais encore plus chez les personnes âgées qui sont plus fragiles et qui tolèrent moins ces changements.

Ces propositions de traitement curatif, qui constituent le gold standard chez l'adulte, sont à ce jour directement transposées, sans adaptation, à la population des personnes âgées.

Cette prise en charge est-elle alors adaptée à la population des personnes âgées ? Le traitement proposé en réunion de concertation pluridisciplinaire doit-il être aussi "invasif" que pour une population adulte ou bien est-il nécessaire de l'adapter à la personne âgée, avec une espérance de vie plus courte ?

Pour tenter de répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude rétrospective qui analyse la survie globale des personnes âgées atteintes de carcinome épidermoïde de la cavité buccale en fonction du traitement proposé.

MATERIEL ET METHODE

Étude

Notre étude rétrospective uni-centrique a été réalisée de Janvier 2007 à Décembre 2017 dans le service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital Pierre Paul Riquet à Toulouse. Les critères d'inclusions étaient : patient présentant un carcinome épidermoïde de la cavité buccale âgé de plus de 70 ans, dont le dossier a été présenté lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée (RCP VADS et MaxilloFaciale du CHU de Toulouse Purpan).

Les critères d'exclusions étaient :

- âge inférieur à 70 ans à la date du diagnostic,
- histologie autre que carcinome épidermoïde muqueux,
- localisation labiale,
- antécédent de cancer des voies aérodigestives supérieures.

Les différentes données ont pu être recueillies à l'aide de la plateforme web du réseau régional de cancérologie regroupant les réunions de concertations pluridisciplinaires de Midi Pyrénées (ONCOMIP) et du dossier médical informatisé des patients (Orbis).

Données retenues :

- le sexe,
- l'âge du patient lors du diagnostic,
- les comorbidités (cardiovasculaires, diabète, pulmonaires, insuffisance rénale, trouble cognitif),
- l'intoxication tabagique
- la consommation de boissons alcoolisées,
- les antécédents d'autres néoplasies,
- la localisation tumorale,
- les stades TNM et AJCC,
- le traitement reçu.

Pour les patients traités par chirurgie, les données concernant l'hospitalisation et les complications post-opératoires ont été analysées.

Traitements

Le traitement était considéré comme curatif et standard s'il était en accord avec le référentiel régional de prise en charge en Chirurgie Maxillo-Faciale et Oto-Rhino-Laryngologie (référentiel ONCOMIP 2008). L'ensemble des patients pris en compte dans cette étude ont été évalué en fonction de ce référentiel.

Dans ce référentiel, le traitement est considéré standard s'il associe une chirurgie tumorale et ganglionnaire suivie d'une radiothérapie adjuvante en cas de pN+, >pT3-pT4, ou de critères histologiques de mauvais pronostic (marges R1-R2, emboles lymphatiques, infiltrats péri-nerveux). Une chimiothérapie concomitante était proposée en cas de ganglion en rupture capsulaire.

Le traitement était considéré comme non standard s'il était différent de ceux proposés dans le référentiel en vigueur : chirurgie seule, radiothérapie exclusive, radiochimiothérapie concomitante.

Analyse statistique

La description des données a été réalisée avec les statistiques usuelles. Les variables qualitatives ont été décrites par le nombre de données manquantes, le nombre et le pourcentage de chaque modalité de la variable. Les données quantitatives sont décrites par la médiane, le minimum, le maximum et le nombre de données manquantes.

La survie globale a été définie par :

- le délai entre la date du diagnostic et la date de décès, toutes causes confondues
- le délai entre la date du diagnostic et de dernières nouvelles (pour les malades perdus de vue).

La survie sans maladie a été définie par :

- le délai entre la date du diagnostic et la date du premier événement survenu (récidive locale, récidive ganglionnaire, récidive métastatique, second cancer ou décès lié au cancer)
- le délai entre la date du diagnostic et de dernières nouvelles (pour les malades perdus de vue).

Les taux de survie sont estimés avec la méthode de Kaplan Meier et présentés avec leur intervalle de confiance à 95%. Des analyses univariées ont été réalisées à l'aide du test du logrank. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel GraphPad Prism 7.

RESULTATS

Description de la population

De Janvier 2007 à Décembre 2017, 238 personnes âgées ont été incluses dans notre étude. Les caractéristiques des patients sont détaillées dans le Tableau 1.

L'âge moyen au diagnostic était de 80,3 ans (70-98 ans). Le sex ratio était de 0,7/1. 71,3% des patients avaient au moins une comorbidité, le plus fréquemment cardiovasculaire.

La plupart des tumeurs étaient diagnostiquées à un stade avancé : 58,4% des tumeurs étaient classées de stade T3-T4, et 63,8% étaient classées AJCC IV. (Tableau 2 et 3)

	n	%
SEXE (n=238)		
Homme	98	41,2
Femme	140	58,8
TABAC		
Oui	73	33
Non	148	67
Donnée manquante	17	
ALCOOL		
Oui	35	15,8
Non	186	84,2
Donnée manquante	17	
CARDIOVASCULAIRE		
Oui	138	62,2
Non	84	27,8
Donnée manquante	16	
DIABETE		
Oui	25	11,3
Non	196	88,7
Donnée manquante	17	

INSUFFISANCE RENALE		
Oui	22	9,9
Non	199	90,1
Donnée manquante	17	
PULMONAIRE		
Oui	32	14,5
Non	189	85,5
Donnée manquante	17	
TROUBLE COGNITIF		
Oui	27	12,2
Non	194	87,8
Donnée manquante	17	
ANTICOAGULANT		
Oui	29	13,2
Non	191	86,8
Donnée manquante	18	
AUTRE CANCER		
Oui	48	20,2
Non	190	79,8
Donnée manquante	0	

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

T stage	n	%
T1	47	19,7
T2	51	21,4
T3	11	4,6
T4	128	53,8
Tx	1	0,4

Tableau 2 : Caractéristiques des tumeurs : Stade T

AJCC stage	n	%
I	41	17,2
II	32	13,4
III	12	5,0
IVA	145	60,9
IVB	2	0,8
IVC	5	2,1
x	1	0,4

Tableau 3 : Caractéristiques des tumeurs : AJCC stage

Prise en charge thérapeutique

Sur la population totale, 23 patients (9,7%) ont reçu un traitement palliatif.

Parmi les 215 patients ayant été traité de façon curative, 156 (72,6%) ont reçu un traitement standard et 59 (27,4%) un traitement non standard (personnalisé). (Fig.1)

184 patients ont bénéficié d'une intervention chirurgicale. Lors de ces interventions, la reconstruction de la perte de substance a été faite par un lambeau pédiculé dans 28 cas et par un lambeau libre dans 17 cas. Pour les 139 autres cas, une fermeture par suture directe ou par lambeau local avait été réalisée selon les habitudes du service.

Les causes du choix d'un traitement curatif mais non standard ont été analysées :

- dans 63,9% des cas le choix était lié à la fragilité du patient ;
- dans 22,2% des cas lié à la taille de la tumeur ;
- dans 13,9% des cas lié au refus du patient ou de la famille.

Chez 32 des 238 patients (13,4%), une évaluation oncogériatrique pré-thérapeutique a été réalisée.

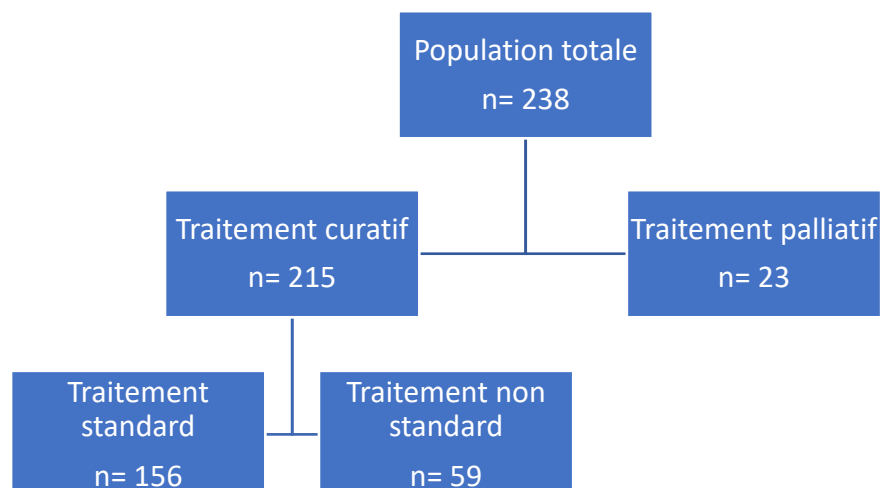


Figure 1. Modalités du traitement

Complications post-opératoires

La durée moyenne d'hospitalisation était de 13 jours.

Parmi les patients ayant été opérés, 138 (75%) ont été alimentés provisoirement par voie entérale (pose d'une sonde nasogastrique) et 18 (9,8%) ont nécessité la mise en place d'une gastrostomie. 9 des 18 patients n'ont pas pu se réalimenter par voie orale et ont dû conserver une gastrostomie définitive. Il a été nécessaire de réaliser une trachéotomie provisoire chez 18 patients (9,8%).

Parmi les 184 patients opérés, 40 (21,7%) ont eu au moins une complication post-opératoire :

- Complications chirurgicales : 37 évènements
 - 14 désunions,
 - 10 hématomes,
 - 7 nécroses partielle ou totale de lambeau (soit 15,5% des 45 lambeaux)
 - 6 infections du site opératoire,
- Complications médicales : 20 évènements
 - 10 détresses respiratoires aiguës,
 - 3 confusions,
 - 3 pneumopathies,
 - 2 insuffisances rénales aiguës,
 - 1 syndrome coronarien aigu,
 - 1 phlébite.

Pour ces 40 patients, 14 des 57 complications observées (25%) ont entraîné un transfert du patient dans le service de déchocage ou de réanimation, et 5 complications (9%) ont entraîné le décès du patient (soit 2% des patients de notre étude).

Comparaison traitement standard versus traitement non standard

Les patients recevant un traitement non standard étaient plus âgés (âge moyen de 82 ans vs 79 ans pour les patients recevant un traitement standard).

Les comorbidités étaient néanmoins comparables dans les deux groupes : 54,2% des patients traités de façon non standard avaient un antécédent cardiovasculaire, contre 58,3% pour les patients traités de façon standard. Il existait respectivement : 13,6% de patients diabétiques, 6,8% de patients insuffisants rénaux, et 11,9% de patients présentant une insuffisance respiratoire dans le groupe de patients recevant un traitement non standard. Dans le groupe des patients traités de façon standard, il existait : 9% de diabétiques, 10,9% d'insuffisants rénaux, et 12,2% d'insuffisants respiratoires. Seul l'antécédent de trouble cognitif était plus présent dans le groupe des patients traités de façon non standard (15,3% vs 5,1%).

Analyses de survie

La survie médiane globale de notre échantillon était de 3 ans avec un taux de survie à 5 ans de 38,4% (IC95(31,9-46,5)). (Fig.2)

En fin d'étude il y avait 44% de patients vivants et 56 % de patients décédés.

Les causes de décès ont été rapportées dans la figure 3.

Concernant les patients ayant reçus un traitement curatif (standard et non standard):

- En fonction du traitement reçu (Fig.4 et 5): La médiane de survie était supérieure à 5 ans pour les patients ayant été traités de façon standard. Elle est de 0,92 ans pour les patients ayant été traités de façon non standard. La différence était significative en faveur du traitement standard. ($p < 0,0001$) Le taux de survie à 5 ans était de 50,61% (IC95(41,1-59,3)) pour les patients du groupe standard et de 20,87% (IC95(9,8-34,7)) pour les patients du groupe non standard.
- En fonction de l'âge (Fig.6 et 7): La survie était significativement meilleure chez les patients ayant été traité de façon standard, qu'ils aient plus ou moins de 80 ans. (médiane de survie supérieure à 5 ans vs 0,76 ans pour les patients de moins de 80 ans, et médiane de survie de 4,51 ans vs 1,54 ans pour les patients de plus de 80 ans $p < 0,001$)

- En fonction du stade de la maladie (Fig.8): Le taux de survie à 5 ans des patients atteints d'un cancer stade IVA traités de façon standard était significativement plus grand que le taux de survie des patients atteints d'un cancer stade IVA et traités de façon non standard. (35,6% vs 18,6%). $p < 0,0026$

Contrôle régional et à distance

Parmi les 215 patients ayant reçu un traitement curatif, 45 (20,9%) ont eu une récurrence locale, 34 (15,8%) ont eu une récurrence régionale, et 15 (7%) ont eu une récurrence métastatique sur la durée du suivi.

Le taux de survie sans maladie à 5 ans était de 50,61% (IC95(40,71-59,71)) pour les patients traités de façon standard et de 24,57% (IC95(11,57-40,17)) pour les patients ayant eu un traitement non standard. La médiane de survie sans maladie était significativement plus élevée dans le groupe de patients traités de façon standard (>5ans vs 0,92 ans). ($p < 0,0001$) (Fig.9)

Survie globale

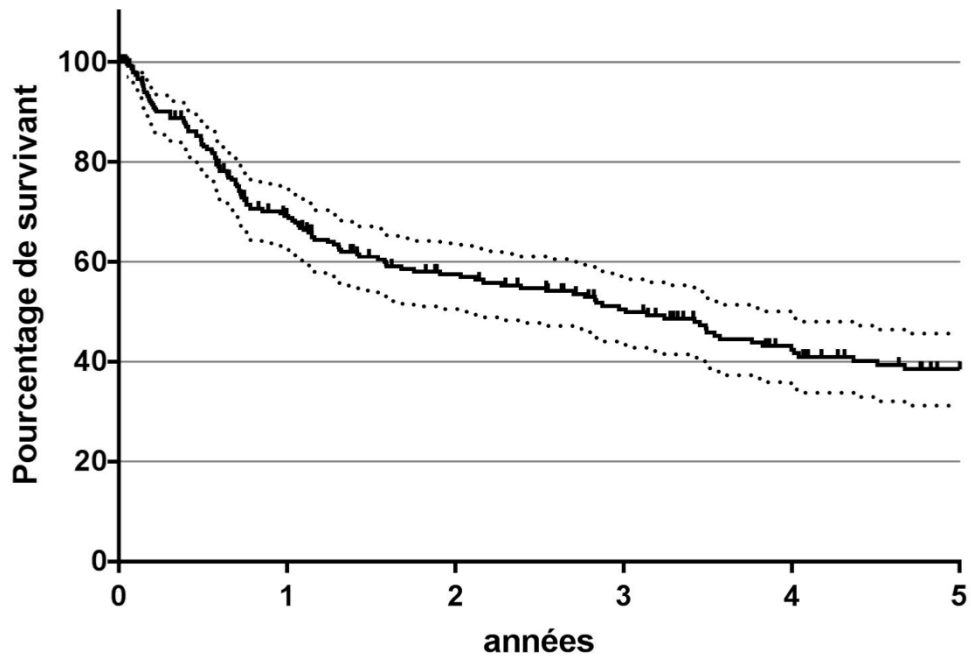


Figure 2 : Survie globale de la population

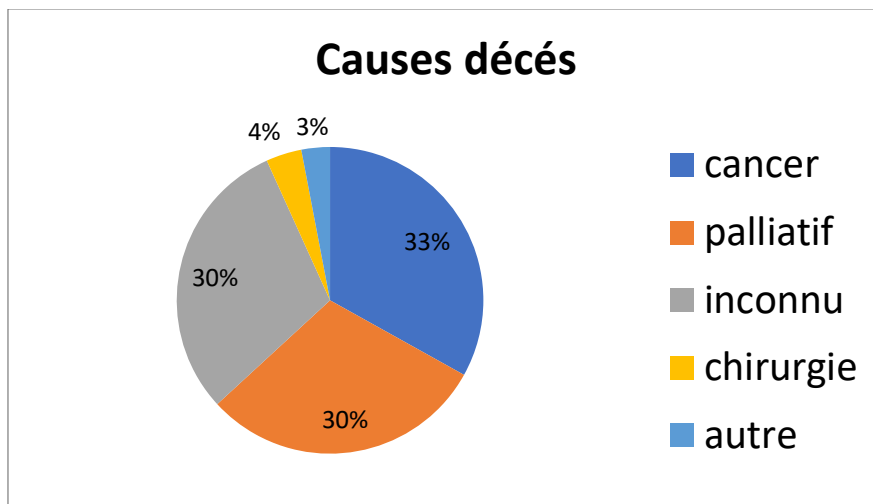


Figure 3 : Causes de décès

Survie globale traitement standard

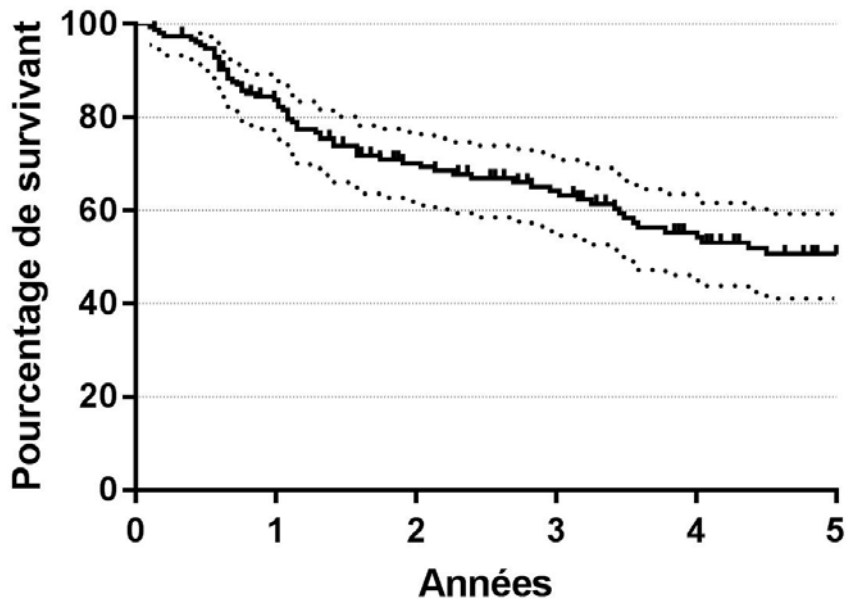


Figure 4 : Survie globale des patients traités de façon standard

Comparaison survie standard/non standard

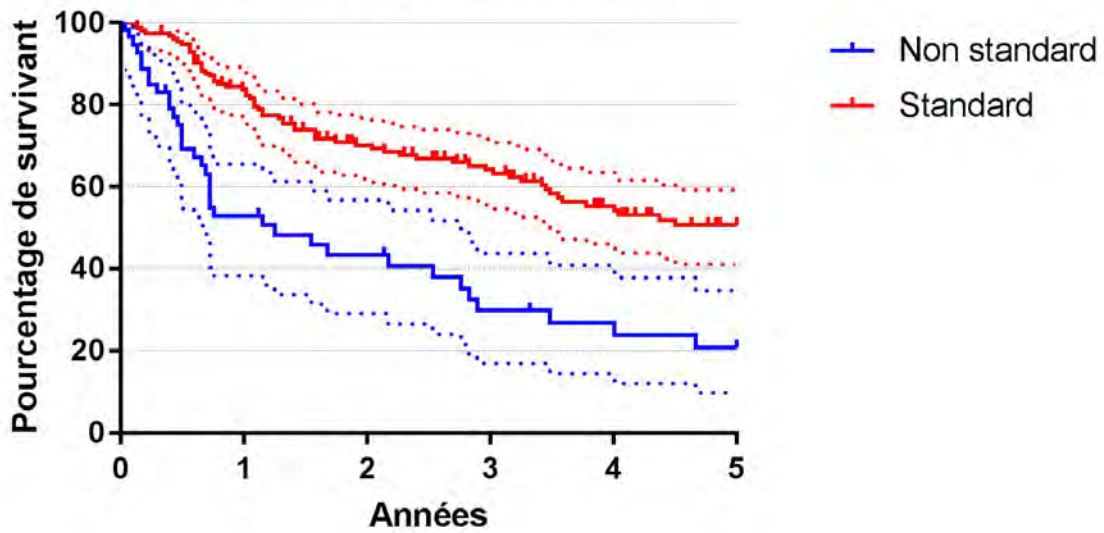


Figure 5 : Survie en fonction du traitement curatif

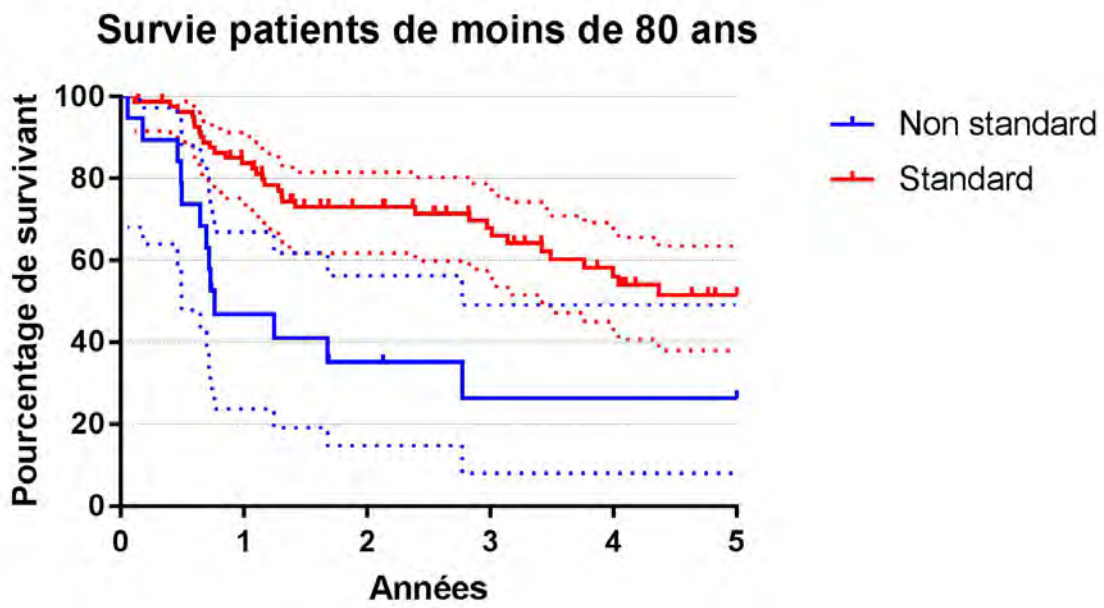


Figure 6 : Survie des patients de moins de 80 ans

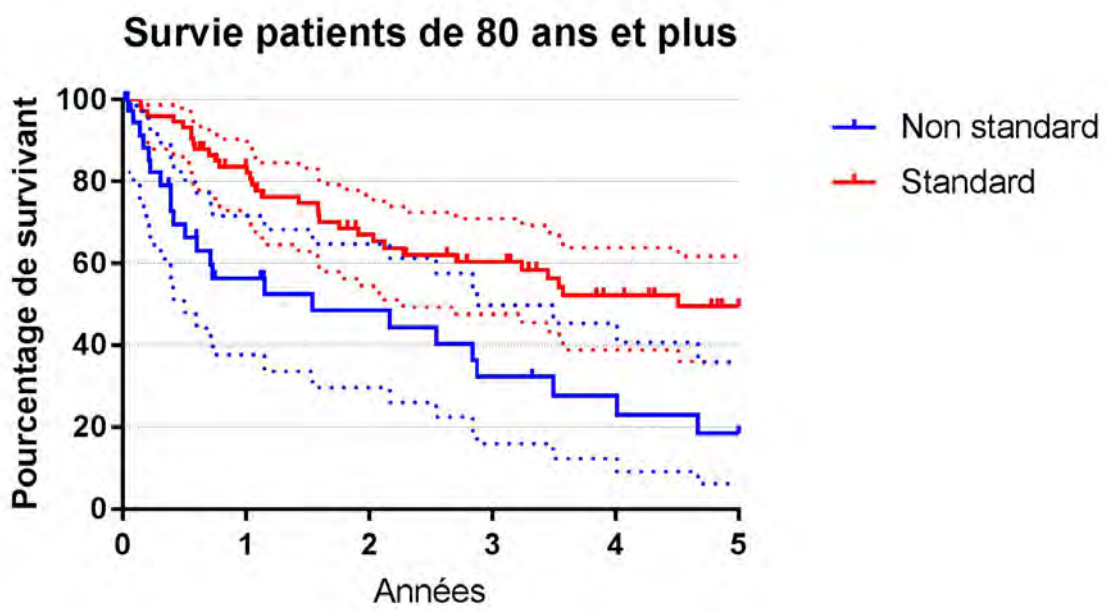


Figure 7 : Survie des patients de 80 ans et plus

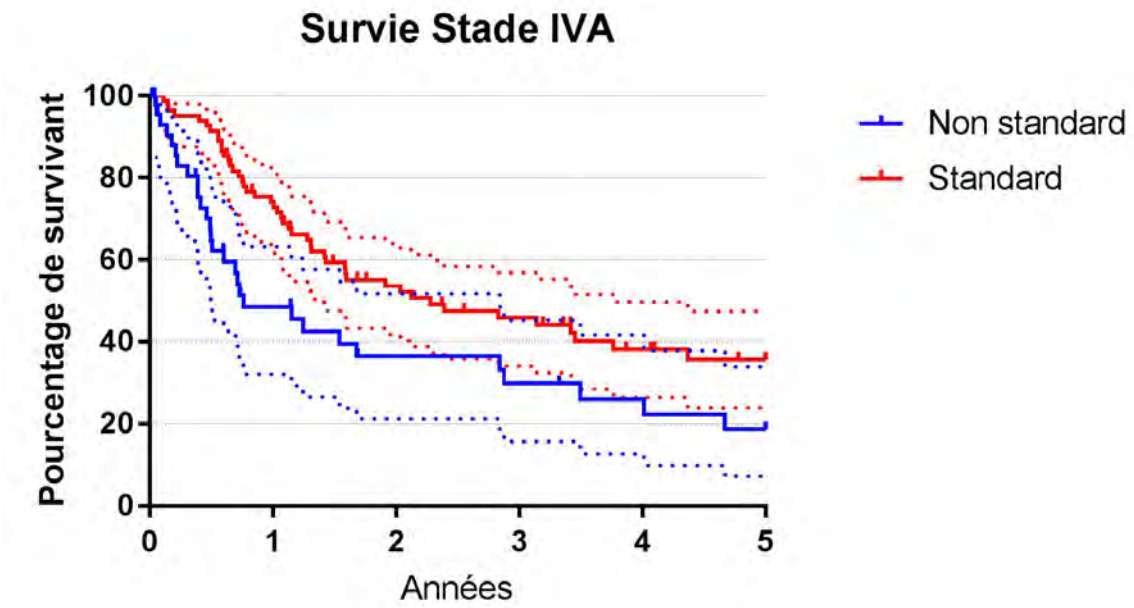


Figure 8 : Survie des patients atteints de cancer stade IVA AJCC

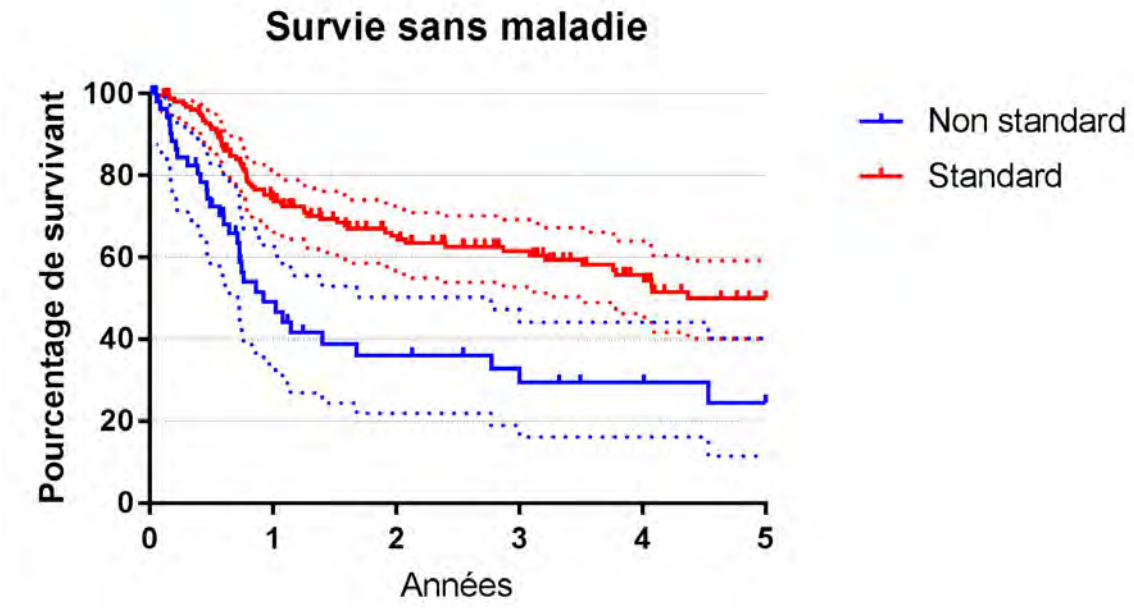


Figure 9 : Survie sans maladie

DISCUSSION

Bien que les personnes âgées représentent une part importante des patients atteints de carcinome épidermoïde de la cavité buccale, les données relatives à leur prise en charge et leur résultat clinique sont limitées.

Pour les tumeurs diagnostiquées à un stade avancé, le traitement de choix est un traitement curatif, parfois mal toléré. Des traitements moins agressifs leur sont proposés, prenant en compte l'âge, l'état fonctionnel et les comorbidités. Les comorbidités peuvent sensiblement influencer sur la tolérance du traitement et favoriser les complications voire accélérer la survenue du décès.(6,9-15)

Notre étude a évalué ces patients en fonction du traitement reçu afin de définir une stratégie thérapeutique dans une population de sujets âgés.

Population

Comme dans la majorité d'autres études nous avons choisi le seuil de 70 ans pour définir une personne âgée. Le seuil de 65 ans établi par l'OMS et utilisé par l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (EORTC) dans les années 1990 est jugé trop bas par de nombreux auteurs.(16)

Certaines caractéristiques de notre population semblent être retrouvées dans les populations d'autres études étudiant les carcinomes épidermoïdes des voies aérodigestives supérieures chez les sujets âgés.(11,12,17-19) Le pourcentage de femme est élevé, et il y a moins de consommation d'alcool et de tabac dans cette population âgée. Cela correspondrait à un risque accru de carcinome induit non toxique chez les personnes âgées.(20)

Survie en fonction du traitement

Dans le groupe des patients ayant reçu un traitement curatif et standard, la survie médiane est significativement plus élevée que celle du groupe de patients ayant reçu un traitement curatif mais non standard (>5 ans versus 0,92 ans) $p < 0,0001$.

Nos résultats sont en accord avec de nombreuses séries de la littérature.(19,21-24)

En effet Jang et al., ont étudié les résultats des traitements des cancers des voies aérodigestives supérieures chez les personnes âgées de plus de 70 ans et ont retrouvé une médiane de survie de 4,5 ans pour les patients ayant bénéficié d'un traitement standard, versus 1,1 ans pour les patients traités de façon non standard, résultats significatifs ($p < 0,001$).⁽²²⁾

Gambotti et al, dans une étude récemment réalisée, retrouvent une médiane de survie de 14 mois chez les 125 patients âgés de plus de 70 ans atteints de ce type de cancer, et identifient comme facteur indépendant de mauvais pronostic en terme de survie, la chirurgie incomplète dans le cadre d'un traitement non standard (personnalisé).⁽¹⁹⁾

Selon Chen et al., il n'existe pas de différence significative entre le taux de survie globale des patients âgés (>65 ans) et des patients plus jeunes, ayant les mêmes comorbidités (selon le score de Charlson), après traitement chirurgical.⁽²³⁾ Par conséquent, les traitements standards peuvent améliorer la survie, même chez les patients âgés atteints d'un carcinome épidermoïde de la cavité buccale à un stade avancé. Ces résultats sont cohérents avec ceux de Parsemain, Sesterhenn et Peters, qui ont démontré que l'âge avancé ne constituait pas une contre-indication à une chirurgie majeure de la tête et du cou.⁽²⁵⁻²⁷⁾

Notre étude suggère que le traitement standard est à privilégier chez les patients âgés atteints de cancer de la cavité buccale à un stade avancé (AJCC IVA) comparé au traitement non standard (taux de survie à 5 ans de 35,6% vs 18,6% $p < 0,0026$). Cette constatation est également retrouvée dans l'étude réalisée par Ortholan et al., qui affirme que la chirurgie devrait être le traitement à privilégier devant des tumeurs à un stade avancé et résécables.⁽¹¹⁾

Survie sans maladie

Dans notre étude, la survie médiane sans maladie était significativement plus élevée dans le groupe de patient ayant reçu un traitement curatif et standard que dans le groupe de patient ayant reçu un traitement curatif mais non standard (>5ans versus 0,92 ans, $p < 0,0001$). Ces résultats sont en accord avec la série de Gambotti et al. qui retrouvent une survie médiane sans maladie de 4,18 ans pour les patients traités de façon standard et de 1,44 ans pour les patients traités de façon non standard.⁽¹⁹⁾

Récidives

Par ailleurs, nous avons retrouvé 20,9% de récidives locales, 15,8% de récidives régionales, et 7% de récidives métastatiques dans le groupe des patients bénéficiant d'un traitement curatif. Ces résultats semblent être en accord avec plusieurs études retrouvées dans la littérature.(19,28) Mais il semble difficile de comparer ces séries car les caractéristiques des patients inclus et leur prise en charge thérapeutique varient d'une étude à l'autre.

Le contrôle local des cancers des voies aérodigestives supérieures, même chez les patients âgés ayant une espérance de vie limitée, ne peut être sous-estimé étant donné les conséquences sur la qualité de vie. L'impact de la tumeur visible dans la région de la tête et du cou sur l'estime de soi du patient a été démontré ainsi que l'impact potentiel sur la qualité de vie en ce qui concerne la déglutition, la phonation et les activités sociales.(29)

Complications

Le taux de complications post-opératoires est de 21,7% dans notre étude, contre 28% à 76% dans la littérature.(18,30-32) 9% des complications ont entraîné le décès du patient. Plusieurs études réalisées n'ont pas retrouvé de corrélation entre l'âge et la survenue de complications post-opératoires.(30,31,33)

Milet et al. ont comparé, le taux de complications post-opératoires sévères chez les patients âgés et chez les patients jeunes. Les taux de complications entre ces deux groupes étaient similaires et, par ailleurs, aucune différence statistique n'a été retrouvée concernant le décès post-opératoire en fonction de l'âge (2,5%-13%).(33)

Plusieurs autres auteurs ont démontré la faisabilité et la tolérance de la chirurgie oncologique pour les cancers de la tête et du cou chez les personnes âgées. Le taux de complications et de décès post-opératoires rapportés n'étaient pas plus élevés chez les patients âgés que chez les autres patients (30,34,35), et l'âge (civil) n'était pas un facteur de risque indépendant de complications chirurgicales ou médicales. (33,36,37)

Evaluation du risque

Nos résultats suggèrent que les propositions de traitement chez les personnes âgées sont souvent influencées par l'âge et les comorbidités.

Dans la littérature, aucun âge exact ne semble être associé au mot «personne âgée». En tout état de cause, les indications chirurgicales ne doivent pas être basées sur l'âge civil, mais plutôt sur l'évaluation du risque des traitements proposés.

Nous observons pertinemment que dans cette population de sujets âgés l'épidémiologie des cancers de la tête et du cou reste spécifique en terme de facteurs de risque et d'entité tumorale. C'est pourquoi il semble nécessaire de protocoliser les évaluations qui mesurent la capacité du patient âgé à faire face au traitement et aussi de mieux identifier et gérer les complications liées à ce traitement.

Dans notre étude, seulement 32 patients sur les 238 ont été évalués par un oncogériatre avant la mise en place de leur traitement. Ce nombre de consultation pourrait être amélioré et permettre de faire bénéficier d'un traitement curatif et standard à un plus grand nombre de patients injustement évalués trop fragile, et à l'inverse, permettre d'éviter un geste chirurgical peu utile aux patients dont la fragilité était sous-évaluée.

L'évaluation oncogériatrique permet d'une part d'apprécier l'âge fonctionnel du patient et son pronostic individuel, d'autre part d'évaluer l'évolution de la pathologie cancéreuse et de proposer une ligne de conduite sur le plan thérapeutique. C'est une procédure diagnostique multidimensionnelle et pluridisciplinaire du sujet âgé qui permet d'identifier l'ensemble des problèmes médicaux fonctionnels, psycho-sociaux et les fragilités gériatriques des sujets âgés. Ainsi, le médecin oncogériatre doit intervenir dans la décision thérapeutique en adaptant le traitement et la prise en charge des comorbidités.

En effet, la gestion des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale chez le sujet âgé est complexe, elle nécessite une prise en charge multidisciplinaire, associant chirurgiens, oncogéiatries, radiothérapeutes, oncologues, anesthésistes, diététiciens... Une meilleure évaluation du patient pourrait lui permettre de bénéficier du traitement le plus adapté.(11,12,19,23,38)

Notre étude est limitée par son caractère rétrospectif ; plusieurs données ont été manquantes, aucun index de comorbidité n'a pu être recueilli. L'index de comorbidité de Charlson, qui estime le taux de survie à 10 ans en fonction de plusieurs comorbidités, aurait pu être un élément important dans la prise en charge et dans la décision thérapeutique du patient.

CONCLUSION

Par cette étude rétrospective menée sur 11 ans, nous avons pu montrer que la survie globale et la survie sans maladie étaient significativement plus importantes chez les personnes âgées sélectionnées, atteintes de carcinome épidermoïde de la cavité buccale à un stade avancé, recevant un traitement curatif standard par rapport à un traitement non standard.

Les données de la littérature nous ont confirmé que leur prise en charge était néanmoins controversée et complexe.

Nous pensons que la consultation oncogériatrique pré-thérapeutique, qui permet une évaluation globale et personnalisée du sujet âgé, doit être systématisée afin de proposer un traitement optimal, à un plus grand nombre de patient qui pourrait en bénéficier.

Vu permis d'imprimer
• Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse - Purpan



Didier CARRIÉ

Pr Raphaël LOPEZ
N° RPPS : 10002916582
Chirurgie Maxillo Faciale
CHU TOULOUSE - Hôpital Pierre Paul Riquet
Place du Dr Baylac - TSA 40031
31059 TOULOUSE CEDEX 9
Secrétariat : 05 61 77 97 75

le 02/09/19.

BIBLIOGRAPHIE

1. Paré A, Joly A. Cancers de la cavité buccale : facteurs de risque et prise en charge. *Presse Médicale*. 1 mars 2017;46(3):320-30.
2. Barthélémy I, Sannajust J-P, Revol P, Mondie J-M. Cancers de la cavité buccale. *Préambule, épidémiologie, étude clinique. Emc - Stomatol*. 1 déc 2005;1:277-94.
3. Pignon J-P, le Maître A, Maillard E, Bourhis J, MACH-NC Collaborative Group. Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): an update on 93 randomised trials and 17,346 patients. *Radiother Oncol J Eur Soc Ther Radiol Oncol*. juill 2009;92(1):4-14.
4. Furness S, Glenny A-M, Worthington HV, Pavitt S, Oliver R, Clarkson JE, et al. Interventions for the treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer: chemotherapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 sept 2010;(9):CD006386.
5. Peyrade F, Cupissol D, Geoffrois L, Rolland F, Borel C, Ciais C, et al. Systemic treatment and medical management of metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck: review of the literature and proposal for management changes. *Oral Oncol*. juin 2013;49(6):482-91.
6. Juarez JE, Choi J, St John M, Abemayor E, TenNapel M, Chen AM. Patterns of Care for Elderly Patients With Locally Advanced Head and Neck Cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 15 2017;98(4):767-74.
7. Iyer NG, Tan DSW, Tan VKM, Wang W, Hwang J, Tan N-C, et al. Randomized trial comparing surgery and adjuvant radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy in patients with advanced, nonmetastatic squamous cell carcinoma of the head and neck: 10-year update and subset analysis. *Cancer*. 15 mai 2015;121(10):1599-607.
8. D'Cruz AK, Vaish R, Kapre N, Dandekar M, Gupta S, Hawaldar R, et al. Elective versus Therapeutic Neck Dissection in Node-Negative Oral Cancer. *N Engl J Med*. 6 août 2015;373(6):521-9.
9. Grénman R, Chevalier D, Gregoire V, Myers E, Rogers S. Treatment of head and neck cancer in the elderly: European Consensus (panel 6) at the EUFOS Congress in Vienna 2007. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg*. oct 2010;267(10):1619-21.
10. Szturz P, Vermorcken JB. Treatment of Elderly Patients with Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Front Oncol*. 2016;6:199.
11. Ortholan C, Lusinchi A, Italiano A, Bensadoun R-J, Auperin A, Poissonnet G, et al. Oral cavity squamous cell carcinoma in 260 patients aged 80years or more. *Radiother Oncol J Eur Soc Ther Radiol Oncol*. déc 2009;93(3):516-23.

12. Kruse AL, Bredell M, Luebbers HT, Grätz KW. Head and Neck Cancer in the Elderly: A Retrospective Study over 10 Years (1999 - 2008). *Head Neck Oncol.* 5 oct 2010;2:25.
13. Camilon PR, Stokes WA, Nguyen SA, Lentsch EJ. Are the elderly with oropharyngeal carcinoma undertreated? *The Laryngoscope.* sept 2014;124(9):2057-63.
14. VanderWalde NA, Meyer A-M, Liu H, Tyree SD, Zullig LL, Carpenter WR, et al. Patterns of care in older patients with squamous cell carcinoma of the head and neck: a surveillance, epidemiology, and end results-medicare analysis. *J Geriatr Oncol.* juill 2013;4(3):262-70.
15. Huang SH, O'Sullivan B, Waldron J, Lockwood G, Bayley A, Kim J, et al. Patterns of care in elderly head-and-neck cancer radiation oncology patients: a single-center cohort study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1 janv 2011;79(1):46-51.
16. Balducci L. Geriatric oncology: challenges for the new century. *Eur J Cancer.* 1 sept 2000;36(14):1741-54.
17. Derks W, De Leeuw JRJ, Hordijk GJ, Winnubst JAM. Elderly patients with head and neck cancer: short-term effects of surgical treatment on quality of life. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2003;28(5):399-405.
18. Koch WM, Patel H, Brennan J, Boyle JO, Sidransky D. Squamous cell carcinoma of the head and neck in the elderly. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* mars 1995;121(3):262-5.
19. Gambotti L, Schwob E, Schouman T, Murcier G, Goudot P, Mallet A, et al. Are elderly patients presenting with squamous cell carcinoma of the oral cavity given the appropriate treatment? *Surg Oncol.* déc 2018;27(4):715-21.
20. Bertolus C, Goudot P, Gessain A, Berthet N. Clinical relevance of systematic human papillomavirus (HPV) diagnosis in oral squamous cell carcinoma. *Infect Agent Cancer.* 2012;7(1):13.
21. Sarini J, Fournier C, Lefebvre J-L, Bonafos G, Van JT, Coche-Dequéant B. Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in Elderly Patients: A Long-term Retrospective Review of 273 Cases. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 1 sept 2001;127(9):1089-92.
22. Jang IJH, Skanthakumar T, Tan HK, Tan NC, Soo KC, Iyer NG. Elderly Patients with Advanced Head and Neck Carcinoma: Does Aggressive Treatment Result in Better Outcomes? *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg.* 18 déc 2018;194599818815065.
23. Chen J-H, Yen Y-C, Yang H-C, Liu S-H, Yuan S-P, Wu L-L, et al. Curative-Intent Aggressive Treatment Improves Survival in Elderly Patients With Locally Advanced Head and Neck Squamous Cell Carcinoma and High Comorbidity Index. *Medicine (Baltimore).* avr 2016;95(14):e3268.

24. Sanabria A, Carvalho AL, Vartanian JG, Magrin J, Ikeda MK, Kowalski LP. Factors That Influence Treatment Decision in Older Patients With Resectable Head and Neck Cancer. *The Laryngoscope*. 1 mai 2007;117(5):835-40.
25. Peters TTA, van Dijk BAC, Roodenburg JLN, van der Laan BFAM, Halmos GB. Relation between age, comorbidity, and complications in patients undergoing major surgery for head and neck cancer. *Ann Surg Oncol*. mars 2014;21(3):963-70.
26. Sesterhenn AM, Schotte TL, Bauhofer A, Timmesfeld N, Wiegand S, Werner JA, et al. Head and neck cancer surgery in the elderly: outcome evaluation with the McPeck score. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. févr 2011;120(2):110-5.
27. Parsemain A, Philouze P, Pradat P, Ceruse P, Fuchsmann C. Free flap head and neck reconstruction: Feasibility in older patients. *J Geriatr Oncol*. juill 2019;10(4):577-83.
28. McMahan J, O'Brien CJ, Pathak I, Hamill R, McNeil E, Hammersley N, et al. Influence of condition of surgical margins on local recurrence and disease-specific survival in oral and oropharyngeal cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1 août 2003;41(4):224-31.
29. Sciubba JJ. End of life considerations in the head and neck cancer patient. *Oral Oncol*. mai 2009;45(4-5):431-4.
30. Clayman GL, Eicher SA, Sicard MW, Razmpa E, Goepfert H. Surgical outcomes in head and neck cancer patients 80 years of age and older. *Head Neck*. mai 1998;20(3):216-23.
31. Kowalski LP, Alcantara PS, Magrin J, Parise Júnior O. A case-control study on complications and survival in elderly patients undergoing major head and neck surgery. *Am J Surg*. nov 1994;168(5):485-90.
32. Tsai C-H, Chang K-P, Hung S-Y, Chen WF, Cheng M-H, Kao H-K. Postoperative morbidity in head and neck cancer ablative surgery followed by microsurgical free tissue transfer in the elderly. *Oral Oncol*. sept 2012;48(9):811-6.
33. Milet PR, Mallet Y, El Bedoui S, Penel N, Servent V, Lefebvre J-L. Head and neck cancer surgery in the elderly--does age influence the postoperative course? *Oral Oncol*. févr 2010;46(2):92-5.
34. Barzan L, Veronesi A, Caruso G, Serraino D, Magri D, Zagonel V, et al. Head and neck cancer and ageing: a retrospective study in 438 patients. *J Laryngol Otol*. août 1990;104(8):634-40.
35. McGuirt WF, Davis SP. Demographic portrayal and outcome analysis of head and neck cancer surgery in the elderly. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. févr 1995;121(2):150-4.
36. Boruk M, Chernobilsky B, Rosenfeld RM, Har-El G. Age as a prognostic factor for complications of major head and neck surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. juill 2005;131(7):605-9.

37. Shaari CM, Urken ML. Complications of head and neck surgery in the elderly. *Ear Nose Throat J.* juill 1999;78(7):510-2.
38. Bernardi D, Barzan L, Franchin G, Cinelli R, Balestreri L, Tirelli U, et al. Treatment of head and neck cancer in elderly patients: state of the art and guidelines. *Crit Rev Oncol Hematol.* janv 2005;53(1):71-80.

ANNEXE

Overall survival of elderly patients during the management of squamous cell carcinoma of the oral cavity: the experience of Toulouse University Hospital

Lafarge C.¹, Lopez R.^{1,2}, Cavallier Z.^{1, 2}, Prevost A.^{1, 2}, Lozano S.³, Delanoë F.¹

1. Maxillo-Facial Surgery Department, Toulouse Purpan University Hospital, IUC Purpan, Place Baylac 31059 Toulouse

2. Anatomy Laboratory, Toulouse-Purpan Medical School, 133 route de Narbonne, 31062, Toulouse cedex, France

3. Geriatrics Department, Toulouse Purpan University Hospital, IUC Purpan, Place Baylac 31059 Toulouse

Keywords : Head and neck, cancer, elderly, oncogeriatrics, overall survival, surgery

Corresponding author : Dr Franck Delanoë, Service de Chirurgie Maxillo-Faciale, CHU de Toulouse Purpan, IUC Purpan, Place Baylac 31059 Toulouse
delanoë.f@chu-toulouse.fr

Conflict of interest : the authors do not declare any potential conflict of interest

ABSTRACT

OBJECTIVES: Squamous cell carcinomas of the oral cavity are the most common cancers of the upper aerodigestive tract and in more than a third of cases they affect the elderly. No consensus is currently available for the management of these cancers in the elderly, who often have many treatments, and co-morbidities. Our study was conducted to assess the overall management of patients over 70 years of age with squamous cell carcinoma of the oral cavity, by analyzing their overall survival according to the proposed treatment. **MATERIAL AND METHOD:** A unicentric retrospective study was conducted in the Toulouse maxillofacial surgery department over a 11-year period, including all patients over 70 years of age with squamous cell carcinoma of the oral cavity who were presented in a multidisciplinary consultation meeting. The treatment was considered curative and standard if it was in accordance with the regional standard of care in maxillo-facial surgery. **RESULTS:** 238 patients were included. The mean age at diagnosis was 80.3 years. 215 patients received curative treatment: 156 (72.6%) received standard treatment and 59 (27.4%) non-standard treatment. There was a significant difference in patient survival according to the treatment received: the median survival rate for patients treated with standard therapy was >5years compared to 0,92 years for patients treated with non-standard therapy ($p<0.0001$). **CONCLUSION:** According to our results, overall survival and disease-free survival are significantly higher in selected elderly patients with advanced squamous cell carcinoma of the oral cavity receiving standard curative treatment compared to non-standard treatment.

CARCINOME EPIDERMOÏDE DE LA CAVITE BUCCALE CHEZ LA PERSONNE AGE, VERS UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE ?

INTRODUCTION : Les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale sont les cancers les plus fréquents des voies aérodigestives supérieures et dans plus d'un tiers des cas ils touchent les personnes âgées. Aucun consensus n'est actuellement disponible pour la prise en charge de ces cancers chez les personnes âgées, qui ont souvent de nombreux traitements, et comorbidités. Notre étude a été réalisée afin d'évaluer la prise en charge globale des patients de plus de 70 ans atteints de carcinome épidermoïde de la cavité buccale, en analysant leur survie globale selon le traitement proposé. **MATERIEL ET METHODE :** Une étude rétrospective uni-centrique a été réalisée dans le service de chirurgie maxillo-faciale de Toulouse sur une période de 11 ans, incluant tous les patients âgés de plus de 70 ans présentant un carcinome épidermoïde de la cavité buccale et ayant été présentés dans une réunion de concertation pluridisciplinaire. Le traitement était considéré comme curatif et standard s'il était en accord avec le référentiel régional de prise en charge en Chirurgie maxillo-faciale. **RESULTATS :** 238 patients ont été inclus. L'âge moyen au diagnostic était de 80,3ans. 58,4% des tumeurs étaient classées T3-T4. 215 patients ont bénéficié d'un traitement curatif : 156 (72,6%) ont reçu un traitement standard et 59 (27,4%) d'un traitement non standard. Il existait une différence significative dans la survie des patients en fonction du traitement reçu : la médiane de survie des patients traités de façon standard était >5ans contre 0,92 ans pour les patients traités de façon non standard ($p < 0,0001$). **CONCLUSION :** Selon nos résultats, la survie globale et la survie sans maladie est significativement plus importantes chez les personnes âgées sélectionnées atteintes de carcinome épidermoïde de la cavité buccale à un stade avancé, recevant un traitement curatif standard par rapport à un traitement non standard.

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE ORAL CAVITY IN THE ELDERLY, TOWARDS AN APPROPRIATE MANAGEMENT ?

OBJECTIVES: Squamous cell carcinomas of the oral cavity are the most common cancers of the upper aerodigestive tract and in more than a third of cases they affect the elderly. No consensus is currently available for the management of these cancers in the elderly, who often have many treatments, and co-morbidities. Our study was conducted to assess the overall management of patients over 70 years of age with squamous cell carcinoma of the oral cavity, by analyzing their overall survival according to the proposed treatment. **MATERIAL AND METHOD:** A unicentric retrospective study was conducted in the Toulouse maxillofacial surgery department over a 11-year period, including all patients over 70 years of age with squamous cell carcinoma of the oral cavity who were presented in a multidisciplinary consultation meeting. The treatment was considered curative and standard if it was in accordance with the regional standard of care in maxillo-facial surgery. **RESULTS:** 238 patients were included. The mean age at diagnosis was 80.3 years. 58.4% of tumours were classified as T3-T4. 215 patients received curative treatment: 156 (72.6%) received standard treatment and 59 (27.4%) non-standard treatment. There was a significant difference in patient survival according to the treatment received: the median survival rate for patients treated with standard therapy was >5years compared to 0,92 years for patients treated with non-standard therapy ($p < 0.0001$). **CONCLUSION:** According to our results, overall survival and disease-free survival are significantly higher in selected elderly patients with advanced squamous cell carcinoma of the oral cavity receiving standard curative treatment compared to non-standard treatment.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Head and neck, cancer, elderly, oncogeriatrics, overall survival, surgery

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan- 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

DIRECTEUR DE THESE : Franck DELANOE