

**106^e CONGRÈS FRANÇAIS
D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ET DE
CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU**

Président : G. FREYSS

Président d'Honneur : R. SCHMID

Les 3, 4 et 5 OCTOBRE 1999

PARIS

**PALAIS DES CONGRES
2, place de la Porte Maillot - Niveau 3
75017 PARIS**

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Inscriptions au Congrès :

**S.O.C.F.I.
14, rue Mandar
75002 PARIS
Tél. : 01 44 88 25 25
Fax. : 01 40 26 04 44**

Secrétariat scientifique :

**Ch. FRECHE
9, rue Villebois Mareuil
75017 PARIS
Tél. : 01 45 74 71 97
Fax. : 01 45 74 65 93**

NÉOPLASIES MALIGNES DU PLAN GLOTTIQUE. SIMULATION DE L'INVASION DE LA COMMISSURE ANTÉRIEURE AVEC UN MODÈLE MATHÉMATIQUE. M. Maggano, W. Laria, G. Canalis, G. Bongionanni, M. Rona Galvagno, E. Tondolo, I. Ghisolo, F. Pelferino, B. Capocrossa, S. Cirillo. Division d'Oto-Rhino-Laryngologie, Hôpital "Mauriziano Umberto I" - Turin, Italie; "Istituto Nazionale di Fisica de la Matière - Ecole Polytechnique de Turin, Italie; "Servizio de Radiologia, IRCCS Candiolo, Turin, Italie.

Le pronostic et traitement des néoplasies malignes du larynx varient plus ou moins grâce à l'implication de la commissure antérieure. Dans cet étude on a évalué, avec l'emploi d'un modèle mathématique les modalités d'accroissement d'une néoplasie du plan glottique, qui entraîne cette sous-siège. Le modèle mathématique se situe entre l'observation phénoménologique et la réalité physique; le système à étudier peut se révéler complexe, mais avec l'aide du modèle mathématique on peut décomposer la réalité en ses éléments plus simples. Les conclusions qu'on tire permettent de mieux connaître la réalité et il s'agit de conclusions d'un genre déterministe, causal et pas probabiliste, à différence de celles qui résultent d'une étude statistique de la réalité. Le choix d'étudier les sous-siège de la commissure antérieure n'a pas été causal, mais dû à la présence, dans cette région, d'une barrière anatomique (la périchondra et le cartilage thyroïdien environnants la commissure antérieure), qui représente un rempart à l'évolution de la lésion, et d'une zone de faiblesses (la commissure antérieure, le tendon de Broyles, l'"espace X"), parmi laquelle la néoplasie peut évoluer. À ce sujet, on a employé un modèle d'évolution spatio-temporel du système qui est à même de suivre l'évolution de la néoplasie dès le début (comme ensemble de cellules en développement) jusqu'au développement non contrôlé en présence ou pas de barrières anatomiques. La simplification de la réalité, déterminée par une région de tissu néoplasique, se produit avec l'emploi d'une grille de points à deux dimensions et rectangulaire. La vascularisation du tissu est simulée par un vaisseau situé sur un côté de la grille, avec un flux constant dans le temps (condition facilement variable). On obtient, pourtant, un "automate cellulaire en deux dimensions", donc est possible photographier l'évolution spatio-temporelle à tout instant et identifier les moments décisifs de son développement et les variations volumétriques dans une section transversale en présence ou pas de barrières anatomiques, dans lesquelles on peut retrouver des régions à résistance inférieure. Les résultats préliminaires obtenus sont satisfaisants et aisément applicables à la réalité anatomique de la région considérée. Du moment que le système est malléable et permet une définition à trois dimensions et beaucoup plus détaillée de la région anatomique, on est en train de développer ultérieurement le modèle.

QUELLE EST LA PLACE DES TRAITEMENTS PERMETTANT UNE PRÉSERVATION VOCALE DANS LES CARCINOMES GLOTTIQUES PRÉCOCES? A PROPOS D'UNE SÉRIE DE 80 CAS. S. Périé, G. Moccoaux, E. Dewolf, B. Anglard, J. Lecan St-Guilvy. Service d'ORL et Chirurgie de la Face et du Cou, Hôpital Tenon, Paris.

Les stades précoces des carcinomes glottiques sont représentés par les carcinomes in situ (CIS), les microinvasifs et les épidermoïdes classés T1, dans la mesure où des mêmes modalités thérapeutiques peuvent être proposées. Les traitements classiques font appel soit aux laryngectomies partielles, soit à la radiothérapie. Cependant, dans le but d'obtenir une préservation vocale, d'autres alternatives thérapeutiques se sont progressivement développées, incluant une "phonochirurgie" laryngée (épilarynges et cordectomies endoscopiques partielles) mais aussi la chimiothérapie.

Dans cette série, les résections endoscopiques appartiennent de première intention comme idéales pour traiter les CIS et les microinvasifs. Cependant, en cas d'atteinte de la commissure antérieure, dans les formes bilatérales et dans les CIS extensifs, la chimiothérapie représente une nouvelle alternative aux laryngectomies partielles. Pour les T1 glottiques, la place des traitements préservateurs reste encore limitée. Mais les résections endoscopiques peuvent être proposées dans certains cas sélectionnés, comme le montrent certaines pièces de laryngectomies indemnes de tumeur résiduelle après résections endoscopiques premières. La chimiothérapie a aussi sa place dans les formes bilatérales. Plus qu'une conservation laryngée, une préservation vocale peut être obtenue pour traiter certains carcinomes glottiques précoces.