

ENT WORLD PARIS CONGRESS 2017

24th TO 28th JUNE 2017

Мировой конгресс международных федераций ото-рино-ларингологических обществ

23-28.06.2017

Париж

Проводится Проводится каждые 5 лет с 1928 года

8500 участников в 2017 году



Список докладов

Панельная секция:

- Multidisciplinary approach in patients rehabilitation with orbital, nasal cavities, paranasal sinuses defects with face central zone tumors

Устный доклад:

- Management of papillary thyroid carcinoma according to BRAF status
- Voice rehabilitation after laryngectomy. The role of multidisciplinary team

Постеры:

- Treatment experience of 100 patients with oropharyngeal cancer with gastrointestinal tract flaps autotransplantation in one clinic
- Microsurgical reconstruction of facial skeleton with osteo-musculo-cutaneous flaps 3)
Endolaryngeal resections in patients with early cancer stages (T1-2N0M0) with photodynamic diagnostic (PDD) and RF ablation
- Microsurgical reconstruction in patients with tongue cancer
- Microsurgical reconstruction after total glossectomy
- Closing of dipnoous complex defects in patients with cancer of maxillofacial area
- Post-laryngectomy voice rehabilitation in patients with different ways of pharyngoplasty
- 16 years experience of surgical management of thyroid cancer with regional and distant metastases
- Algorithm of choosing the way of reconstruction of head and neck covering tissues, according to prevalence of malignant skin tumors.



Список докладов

Панельная секция:

- Мультидисциплинарный подход в реабилитации пациентов с дефектами полости орбиты, полости носа, параназальных синусов с опухолями центральной зоны лица

Устный доклад:

- Лечение папиллярного рака щитовидной железы в зависимости от статуса гена BRAF
- Голосовая реабилитация после ларингэктомии. Роль мультидисциплинарной команды

Постеры:

- Опыт лечения 100 пациентов с пластикой гастроинтестинальными свободными лоскутами по поводу орофарингеального рака в одной клинике.
- Микрохирургическая реконструкция лицевого скелета костно-мышечно-кожными лоскутами
- Эндоларингеальная резекция у пациентов на ранних стадиях рака гортани (T1-2NoMo) с фотодинамической диагностикой и РЧА
- Микрохирургическая реконструкция по поводу рака языка
- Микрохирургическая реконструкция после глоссэктомии химерным лоскутом
- Закрытие сквозных комплексных дефектов у пациентов с ЗНО средней зоны лица
- Голосовая реабилитация у пациентов после ларингэктомии с различными вариантами фарингопластики
- 16 летний опыт хирургического лечения местно-распространенного и метастатического рака щитовидной железы
- Алгоритм выбора способа реконструкции покровных тканей головы и шеи в зависимости от типа опухоли кожи





Панельная секция

Challenging bony reconstruction

Модератор:

- Бернард Девوشель - ведущий ЧЛХ-специалист Франции, выполнивший первым в мире успешную пересадку лица



Участники:

- Федерик Колб – руководитель отделения онкопластической хирургии Gustave Roussy – онкологический центр Франции
- Терренс А Дэй – профессор и директор центра опухолей головы и шеи. Medical University of South Carolina. Бывший президент американского общества хирургов органов головы и шеи (AHNS)
- Оливье Дассонвиль руководитель ЛОР отделения в University of Nice Sophia Antipolis, Ница, Франция



26/06/2017 - Room 253 - 09:30 - 10:30

Chairman : DEVAUCHELLE

Challenging bony reconstruction in H&N

09:30:39

Bernard DEVAUCHELLE

Challenging bony reconstruction in H&N

Frederic KOLB

Challenging bony reconstruction in H&N ✓

Olivier DASSONVILLE

Challenging bony reconstruction in H&N ✓

Pauline NICOL

Challenging bony reconstruction in H&N

Petr NIKIFOROVICH - Andrey POLYAKOV

Challenging bony reconstruction in H&N ✓

Tareck AYAD

Challenging bony reconstruction in H&N

Terrence DAY

Challenging bony reconstruction in H&N ✓



Complex reconstruction of the mid face with combined continuous maxillary or maxillary and mandibular defects Clinical cases

Polyakov A., Nikiforovich P



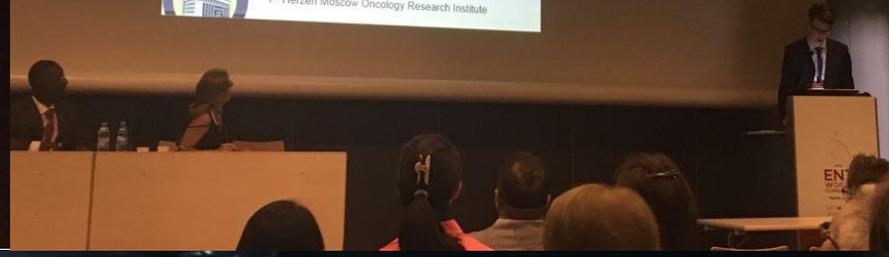
P. Herzen Moscow Research Oncology Institute
Microsurgery department

Management of papillary thyroid carcinoma according BRAF status

Polyakov A, Nikiforovich P., Volchenko N, Slavova E.,
Kudriavtseva A., Ratushnyy M., Falushin M.,
Rebrikova I



P. Herzen Moscow Oncology Research Institute

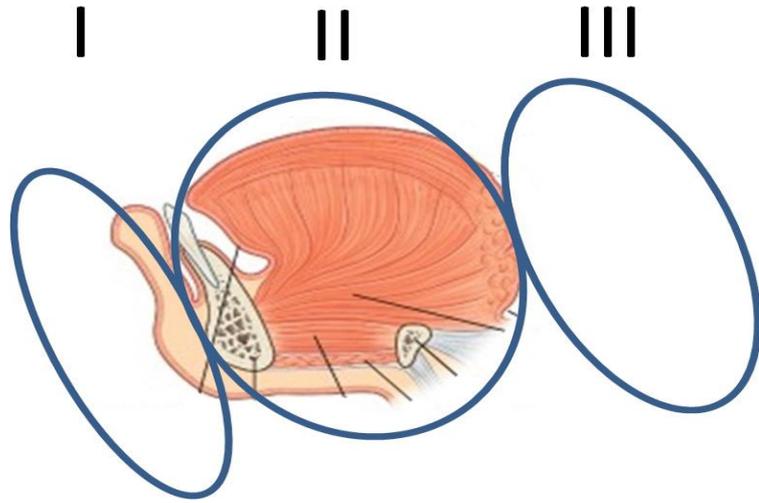


... with fibula.
... wound view

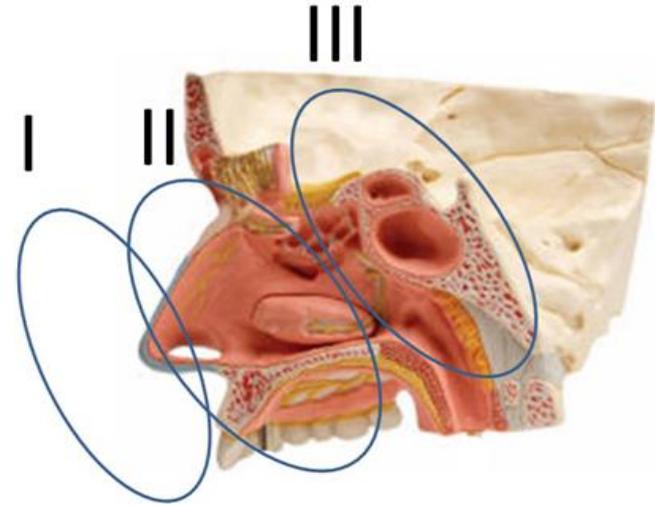


Классификации дефектов лицевого скелета МНИОИ им. П.А. Герцена

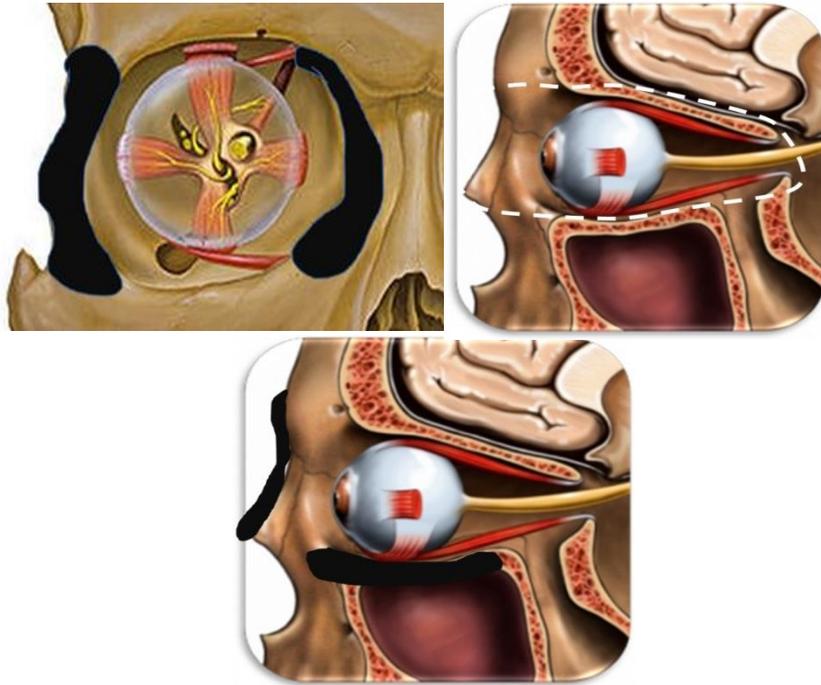
Классификация дефектов нижней челюсти



Классификация дефектов верхней челюсти

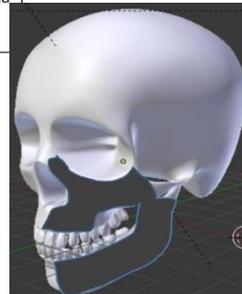
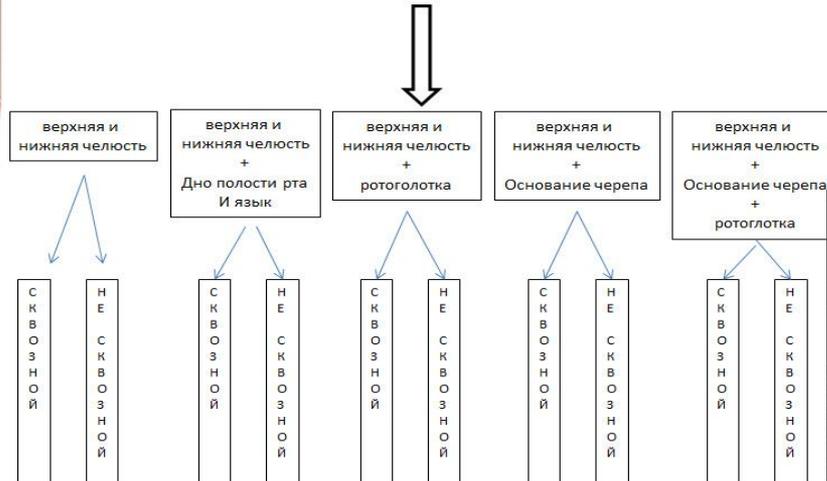


Классификация орбитофациальных дефектов

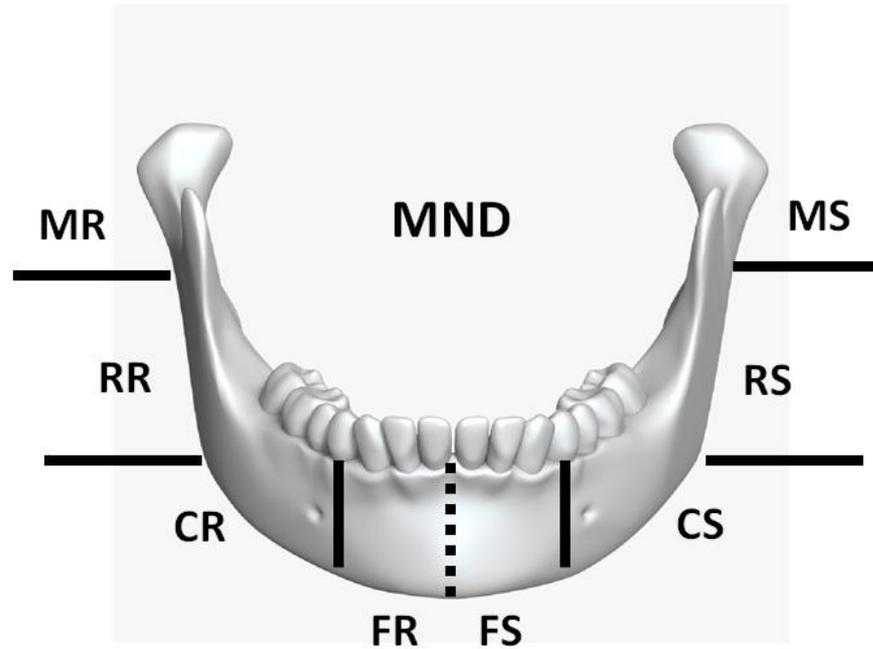


Классификация комбинированных дефектов

Комбинированный дефект верхней и нижней челюсти
III категория сложности



Классификация костных дефектов нижней челюсти МНИОИ им. П.А. Герцена



Обозначения отделов нижней челюсти, составляющих дефект	Обозначения внекостных составляющих дефекта нижней зоны лица
<p>M – мышцелок</p> <p>R – ветвь,</p> <p>C – тело</p> <p>F – фронтальный отдел</p> <p>R – правая сторона</p> <p>S – левая сторона</p>	<p>S – покровных тканей и кожи</p> <p>T – языка</p> <p>F – дна полости рта</p> <p>Ph – глотки</p> <p>Bs - основания черепа</p> <p>Dm - твердой мозговой оболочки</p>

Clinical case №1

Gender: Male

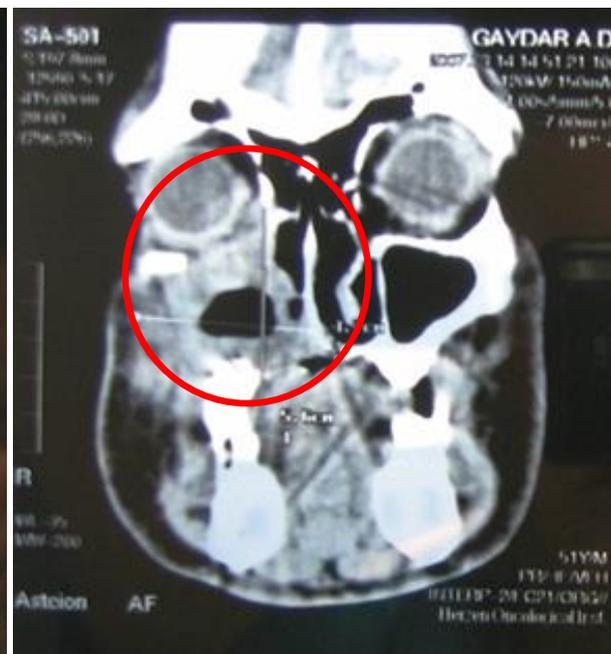
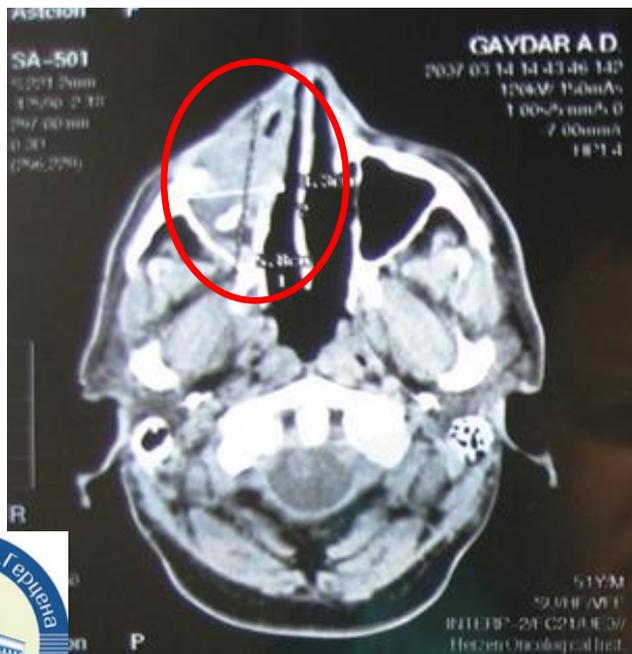
Age: 56 years old

Ds: Maxillary sinus carcinoma IV st. ypT4aN0M0

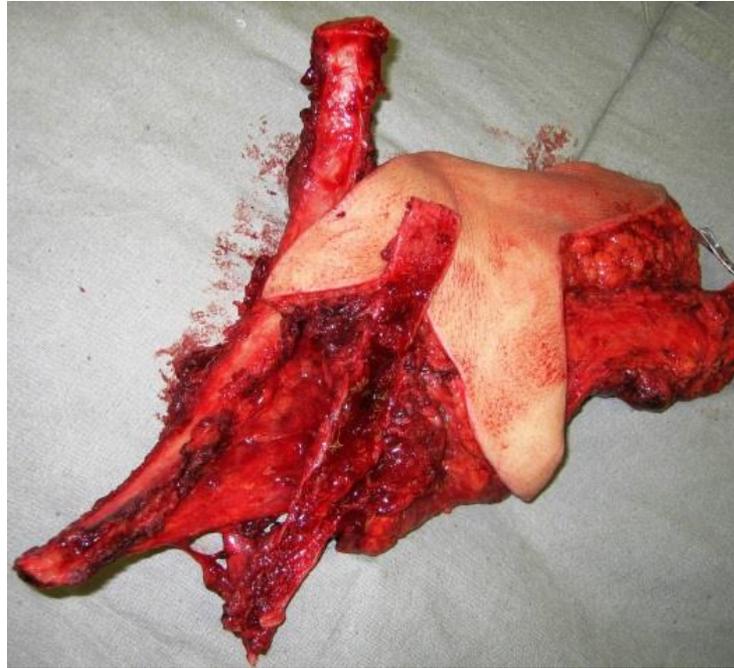
Histology: squamous cell carcinoma.

Examination: 1 cm exophytic lesion in the hard plate midline

CT: Lesion 47x57mm invading the cheek, nose, and occupying the entire volume of the right maxillary sinus

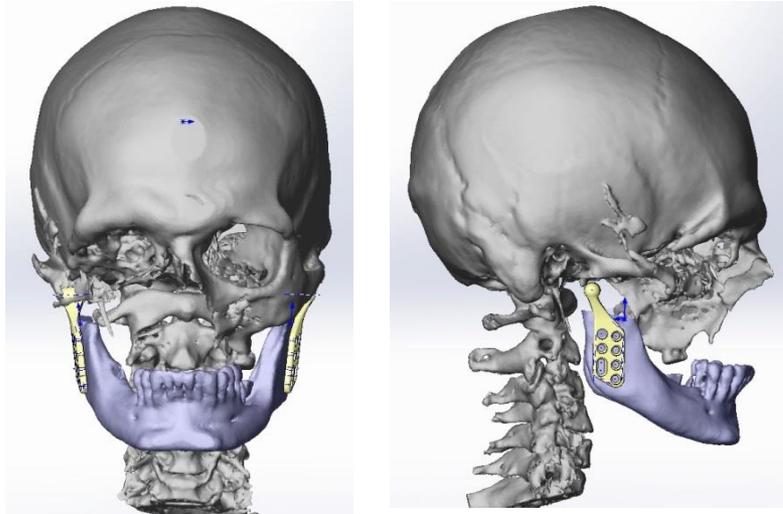


Left maxillectomy. Defect IV (J. Brown.) Maxillary reconstruction with free complex rib-muscular-skin flap

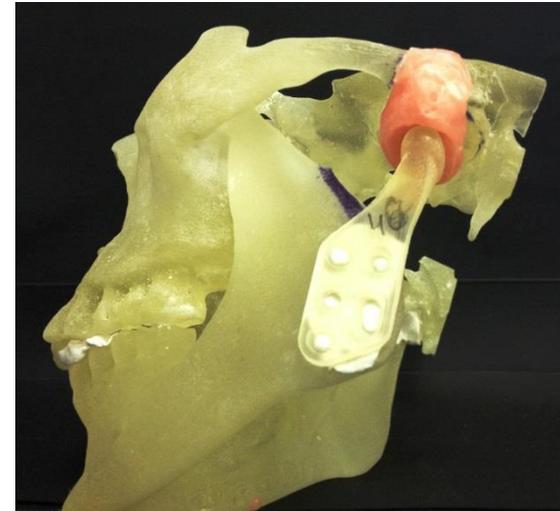


TMJ prosthesis

Individual CT modelling



Stereolithographic model

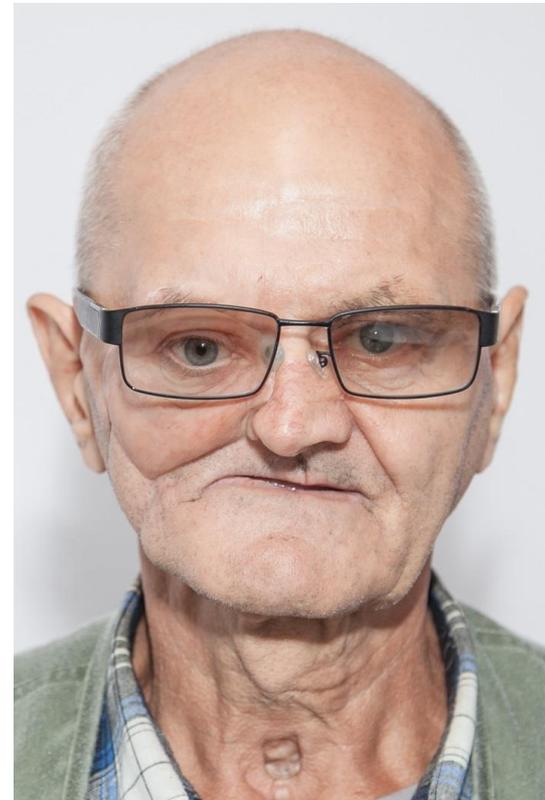


Prosthesis insertion

TMJ prosthesis





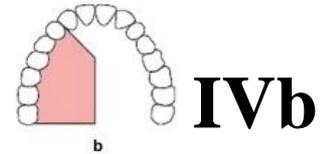
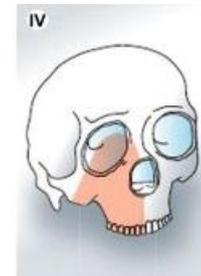
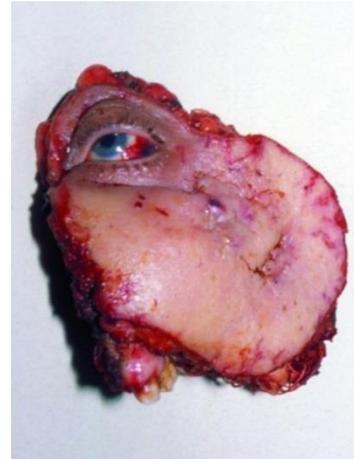


Clinical case №2

Gender: Male

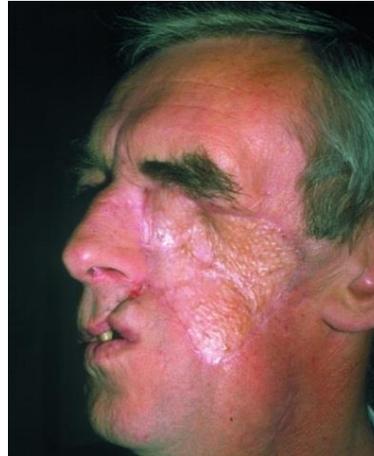
Age: 61 years old

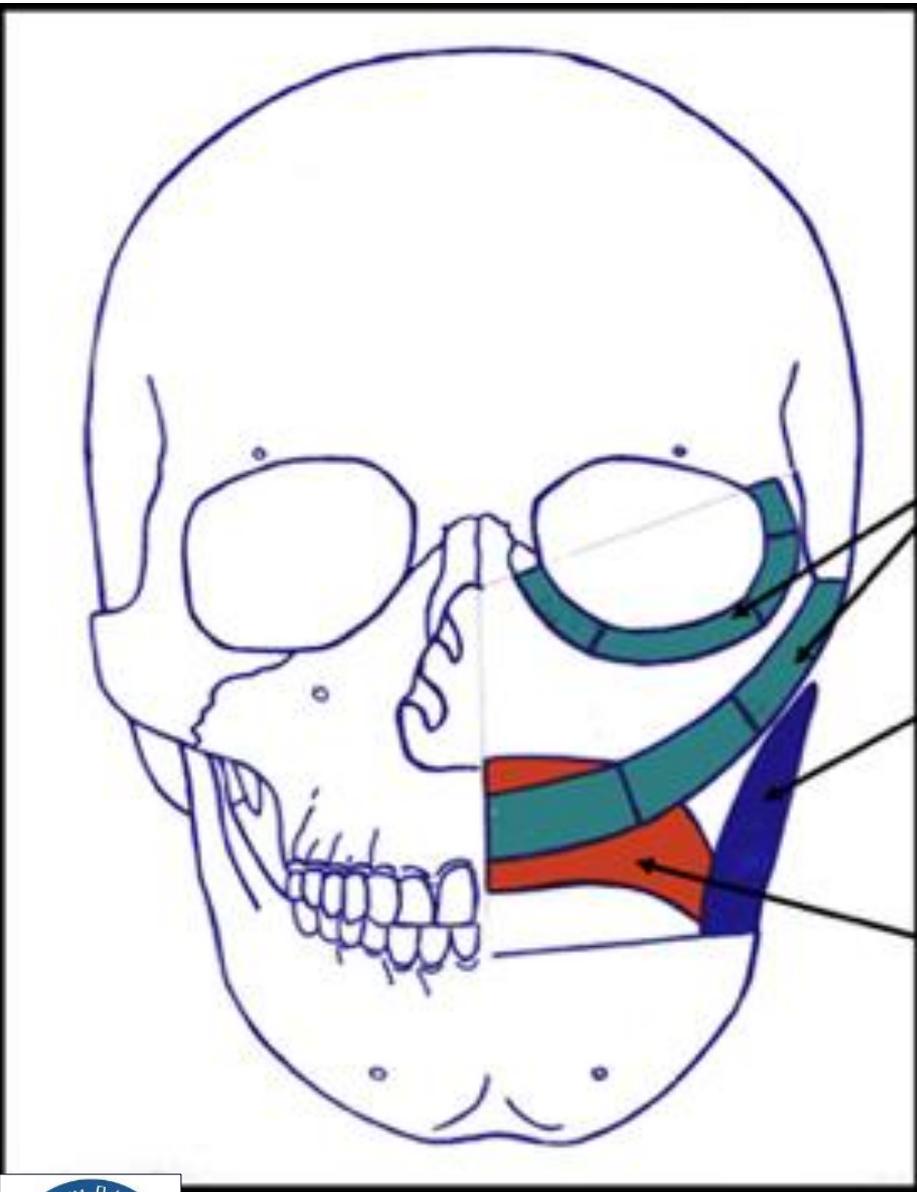
Ds: Maxillary sinus carcinoma IV st. ypT4bN0M0



L SM

2 years follow up



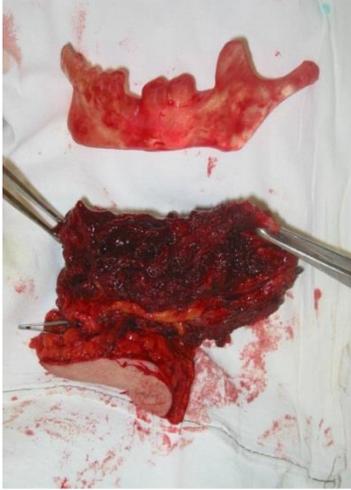


Skin-musculo-costal flap

Iliac crest flap
(skin, muscles, bone)

Gastro-omentum flap

Follow up 18 years



Clinical case №3

Gender: Female

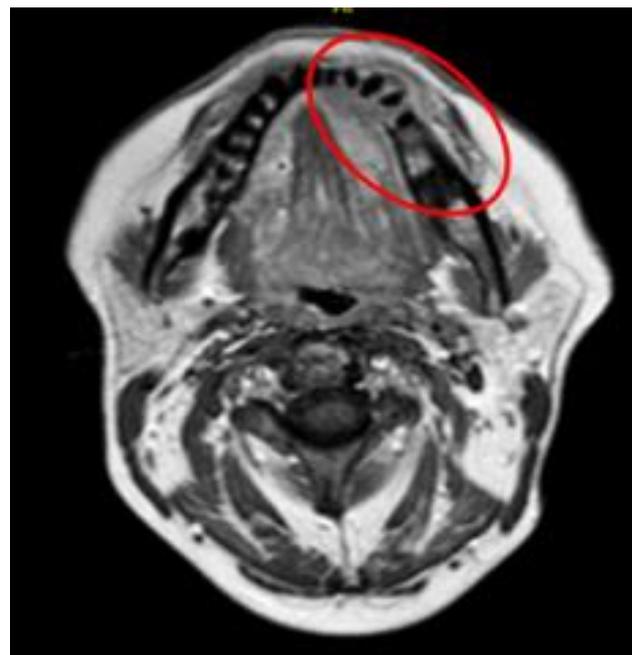
Age: 39 years old

Ds: Mandibular alveolar ridge carcinoma IV st. T4aN0M0

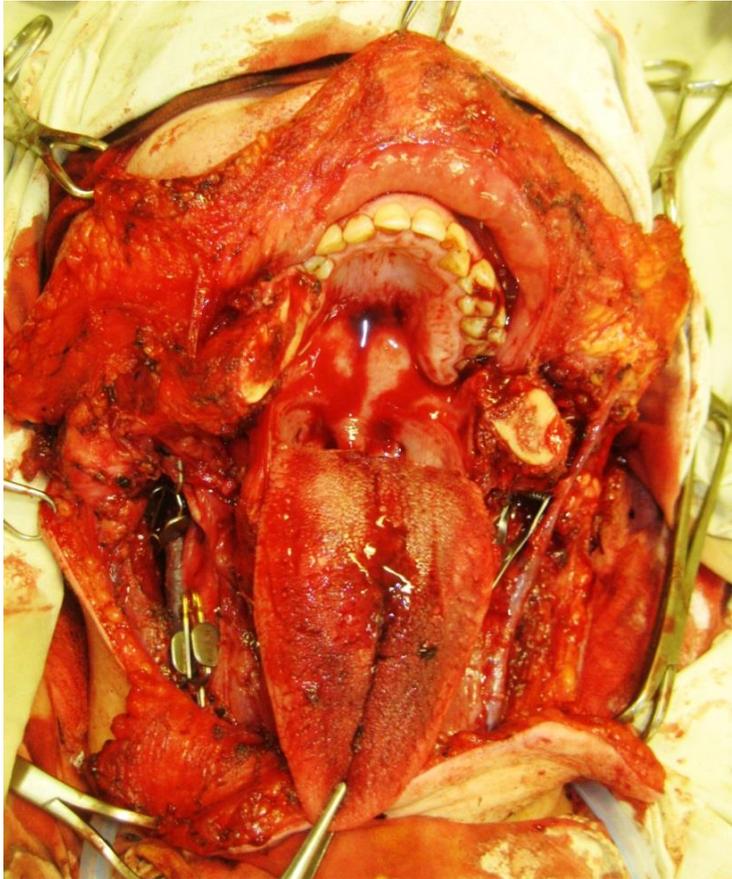
Histology: squamous cell carcinoma.

Examination: Lesion of lower alveolar ridge 3x1.5 cm and mass infiltration of the body of the left mandible, left sub-mandibular and genian region with skin inclusion.

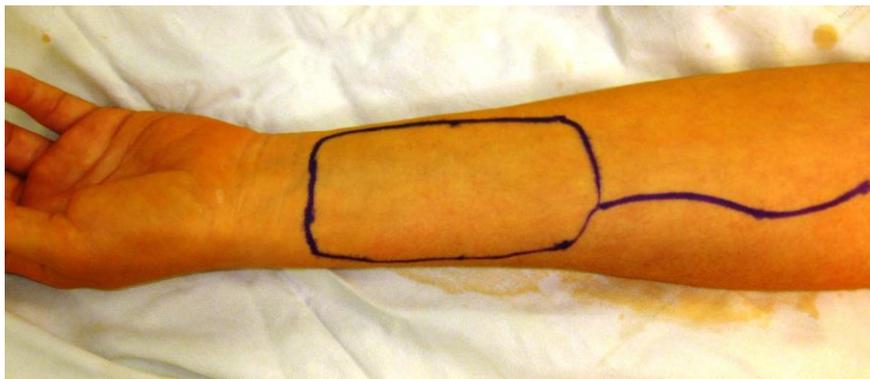
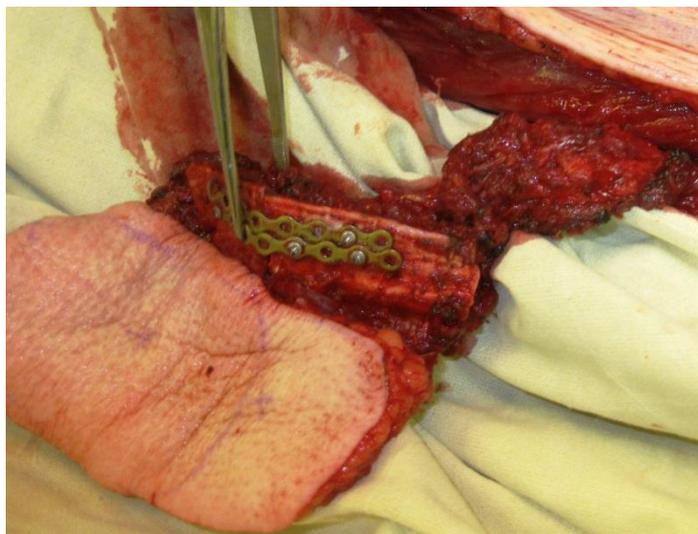
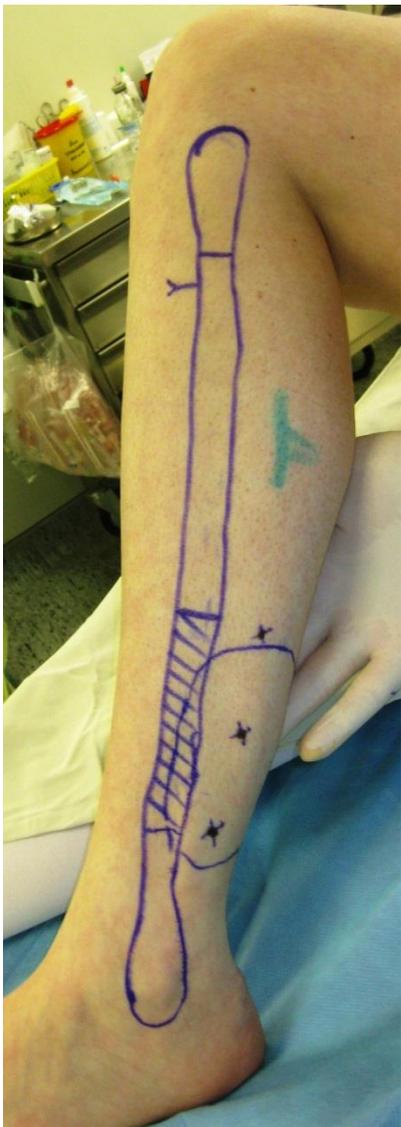
CT scan: Lesion of lower alveolar ridge 22x29x24 (right side from 3 to 5 tooth) mm with bone destruction.



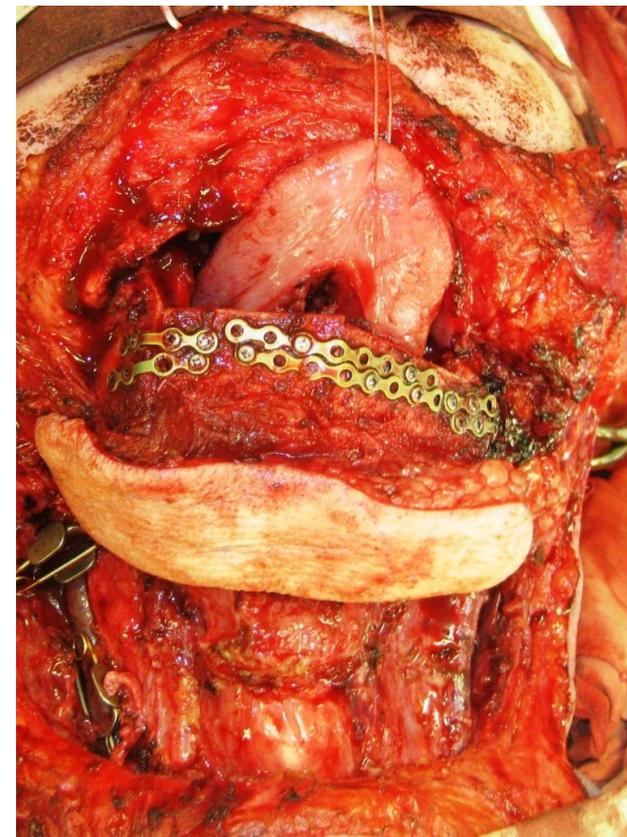
Operation planning



Flap dissection



Skeletal fixation of the mandible with fibula. Post-operative wound view



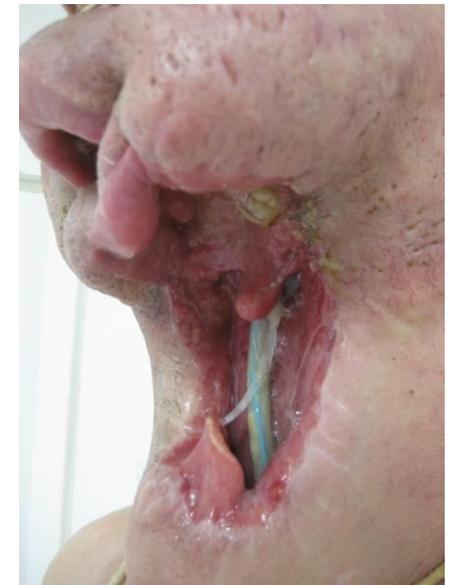
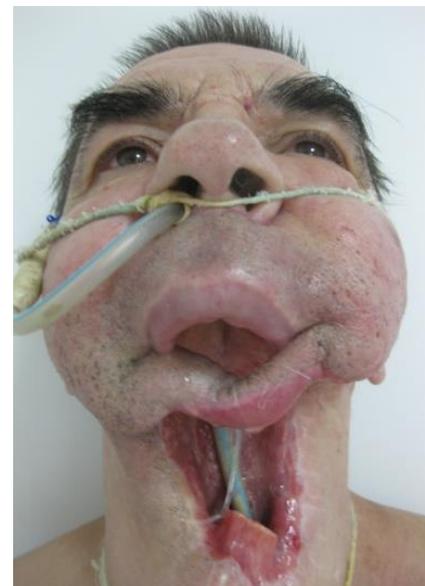
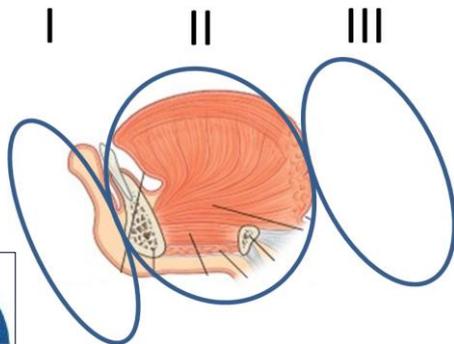


Clinical case №4

Gender: male

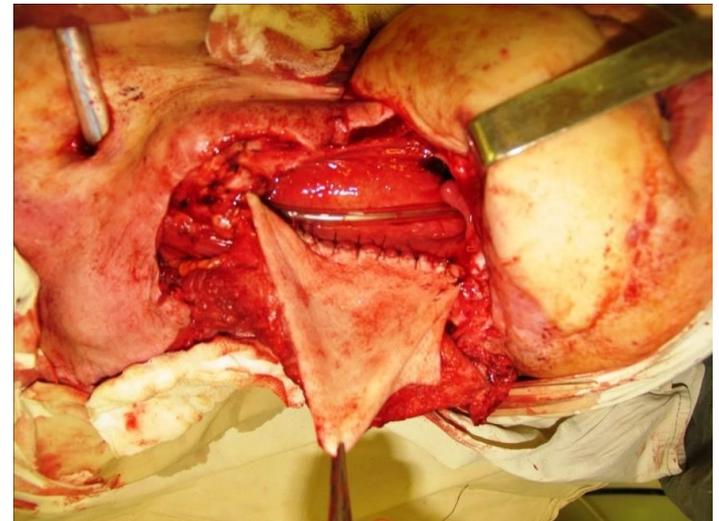
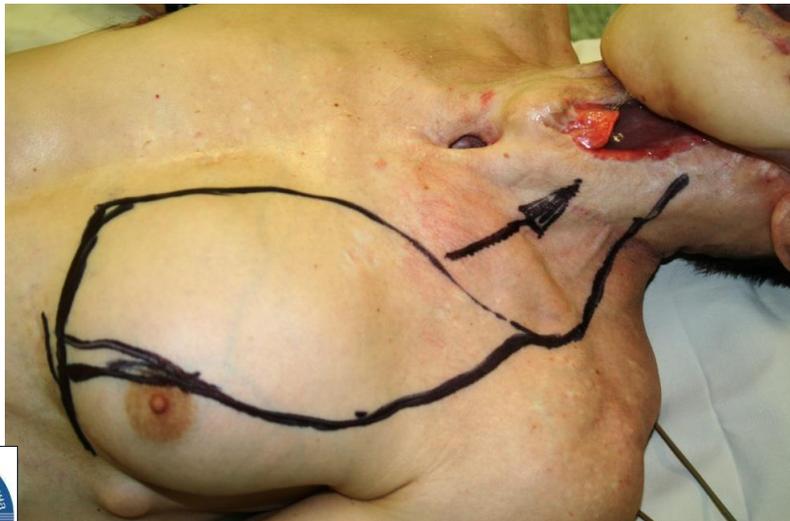
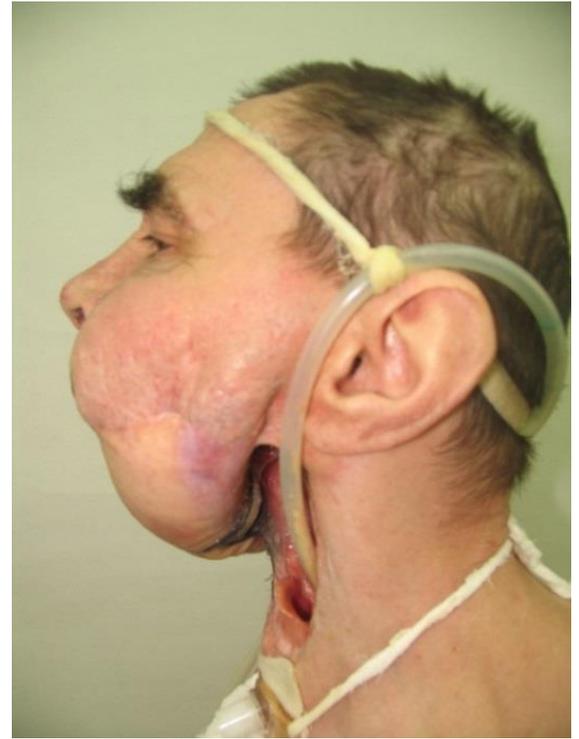
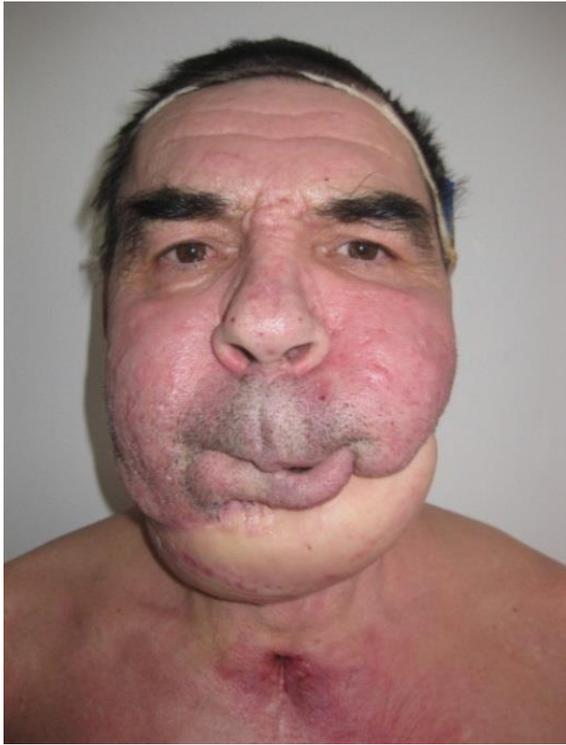
Age: 64

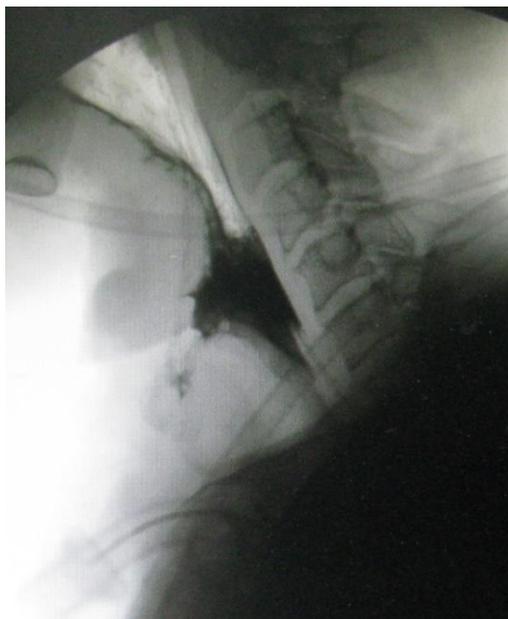
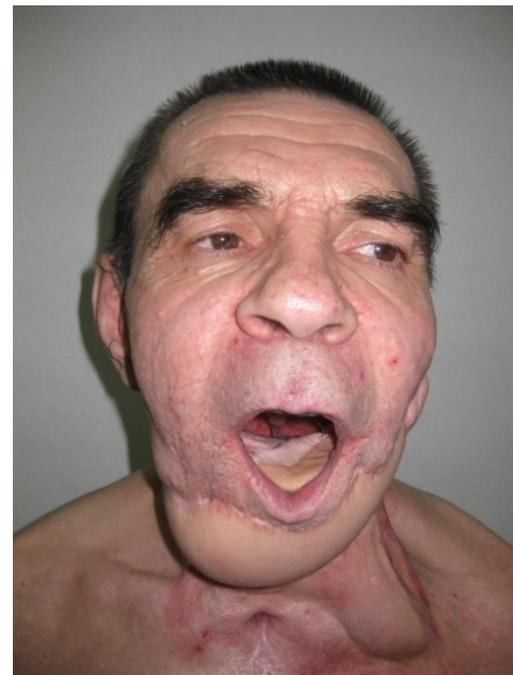
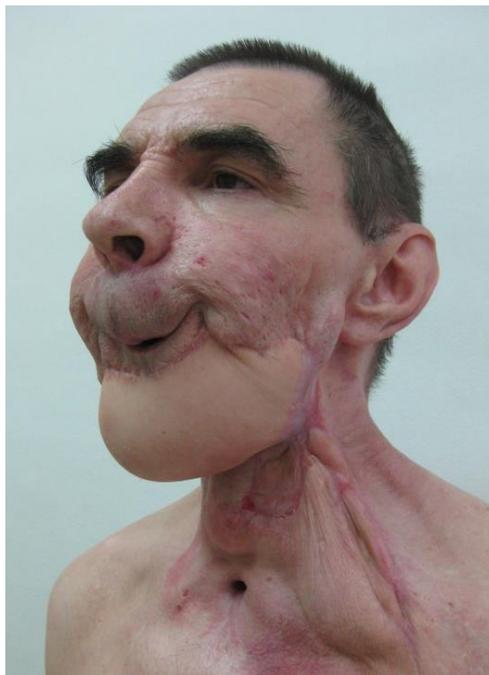
Ds: Oral cavity cancer
IVst., pT4N1M0.



Harvesting of free skin-muscle-rib flap







P. Herzen Moscow Oncology Research Institute

Management of papillary thyroid carcinoma according BRAF status

Polyakov A, **Nikiforovich P.**, Volchenko N,
Slavnova E., Kudriavtseva A., Ratushnyy M.,
Filushin M.,
Rebrikova I.



Paris 2017



Results (n=50)

	I Группа(мутация BRAFV600E)	II Группа(нет мутации BRAF V600E)
No	100	50
Age		
>45	61 %	50%
<45	39%	50%
Gender		
Male	31%	0
Female	69%	100%
Stage		
I	55%	70%
II	6%	20%
III	19,4%	10%
IV	19,4%	-
T		
1	56%	60%
2	13 %	20%
3	28,%	10%
4	2%	10%
N		
1a	19,4%	10%
1b	14 %	10%
Histological subtype		
Papillary	40%	40%
Follicular	60 %	60%
Capsule invasion	88%	40%
Capsule intergrowth	26%	10%
Multifocality	20%	10%
Regional metastases	40%	30%
Distant metastases	6%	10%

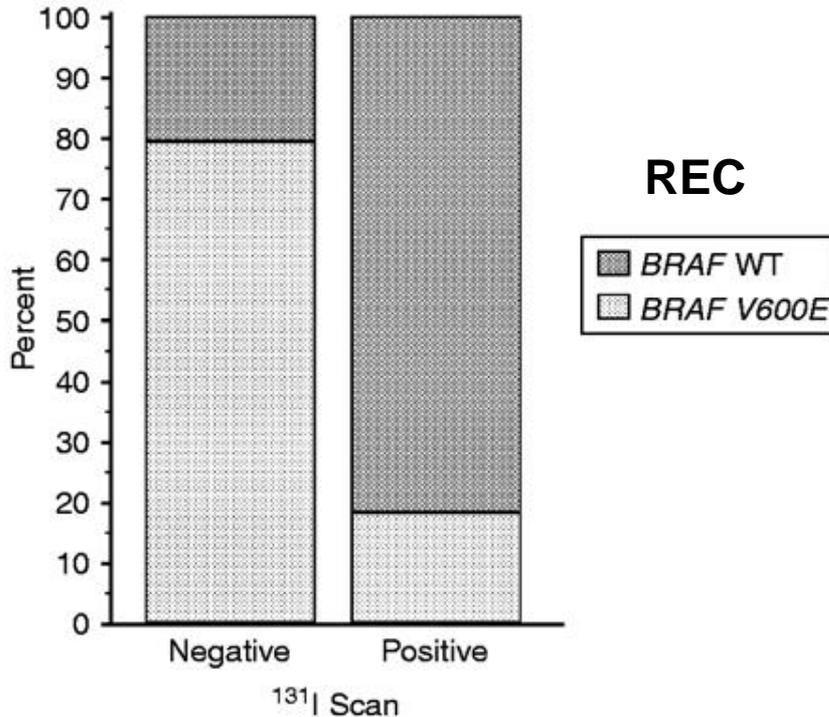
Results



	Група I (BRAFV600 mutation)	Група II (BRAF wild type)	P value
Multifocality	20%	10%	p> 0,05
Capsule invasion	88 %	40 %	p<0,05
Capsule intergrowth	26 %	10 %	p>0,05
Regional metastases	40%	30%	p>0,05

	BRAF wild type (%)	BRAF mutation (%)
cT3	10 %	5
pT3	10%	28

Radio iodine therapy in patients with recurrent thyroid carcinoma



- r BRAF + / r BRAF - = 25% vs 9 % (p= 0.004)
- r BRAF + / r BRAF - = 54% vs 0% (p= 0.004) - have a radioiodine resistance

[Barollo S](#)¹, [Pennelli G](#), [Vianello F](#).
BRAF in primary and recurrent papillary thyroid cancers: the relationship with (131)I and 2-[(18)F]fluoro-2-deoxy-D-glucose uptake ability. [Eur J Endocrinol](#). 2010 Oct;163(4):659-63

[Xing M.](#), William H.W., Ralph P. Tufani BRAF mutation predicts a poorer clinical prognosis for papillary thyroid cancer. [The J of Clinical Endocrinology and Metabolism](#) 90(12) 6373-6379. 2005



Risk of Structural Disease Recurrence

(In patients without structurally identifiable disease after initial therapy)

High Risk
*Gross extrathyroidal extension,
incomplete tumor resection, distant metastases,
or lymph node >3 cm*

Intermediate Risk
*Aggressive histology, minor extrathyroidal
extension, vascular invasion,
or > 5 involved lymph nodes (0.2-3 cm)*

Low Risk
*Intrathyroidal DTC
≤ 5 LN micrometastases (< 0.2 cm)*



- FTC, extensive vascular invasion (≈ 30-55%)
- pT4a gross ETE (≈ 30-40%)
- pN1 with extranodal extension, >3 LN involved (≈ 40%)
- PTC, > 1 cm, TERT mutated ± BRAF mutated* (>40%)
- pN1, any LN > 3 cm (≈ 30%)
- PTC, extrathyroidal, BRAF mutated* (≈ 10-40%)
- PTC, vascular invasion (≈ 15-30%)
- Clinical N1 (≈20%)
- pN1, > 5 LN involved (≈20%)
- Intrathyroidal PTC, < 4 cm, BRAF mutated* (≈10%)
- pT3 minor ETE (≈ 3-8%)
- pN1, all LN < 0.2 cm (≈5%)
- pN1, ≤ 5 LN involved (≈5%)
- Intrathyroidal PTC, 2-4 cm (≈ 5%)
- Multifocal PTMC (≈ 4-6%)
- pN1 without extranodal extension, ≤ 3 LN involved (2%)
- Minimally invasive FTC (≈ 2-3%)
- Intrathyroidal, < 4 cm, BRAF wild type* (≈ 1-2%)
- Intrathyroidal unifocal PTMC, BRAF mutated*, (≈ 1-2%)
- Intrathyroidal, encapsulated, FV-PTC (≈ 1-2%)
- Unifocal PTMC (≈ 1-2%)





Voice rehabilitation after laryngectomy. The role of multidisciplinary team

A. Polyakov, I. Reshetov, I. Rebrikova, M. Ratushnyy, O. Matorin, M. Filushin, P. Nikiforovich, A Sugaipov

P. Herzen Moscow Oncology Research Institute, Moscow, Russia

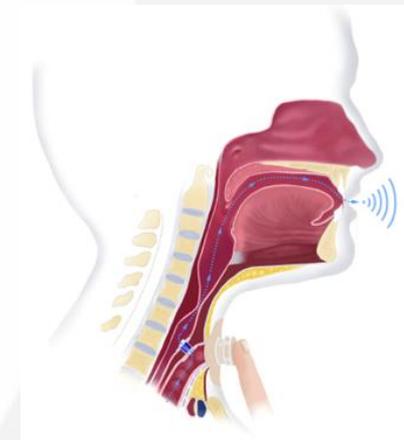
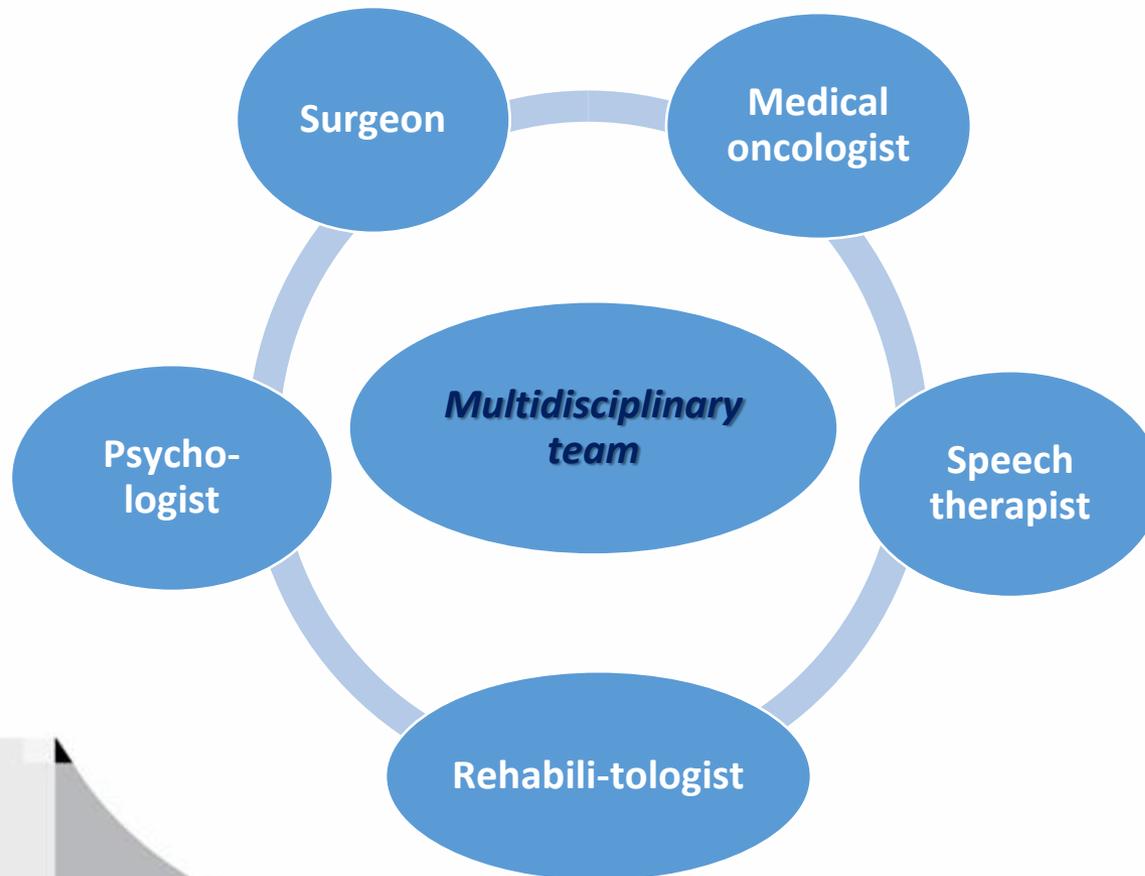
The school for patient after laryngectomy



Rehabilitation of a laryngectomy patient

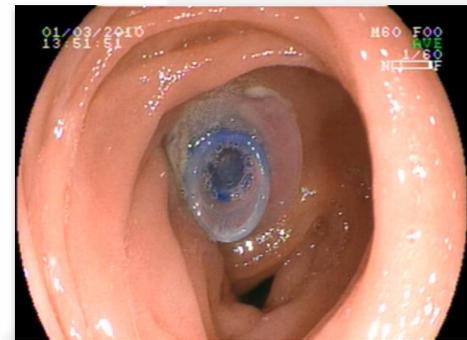
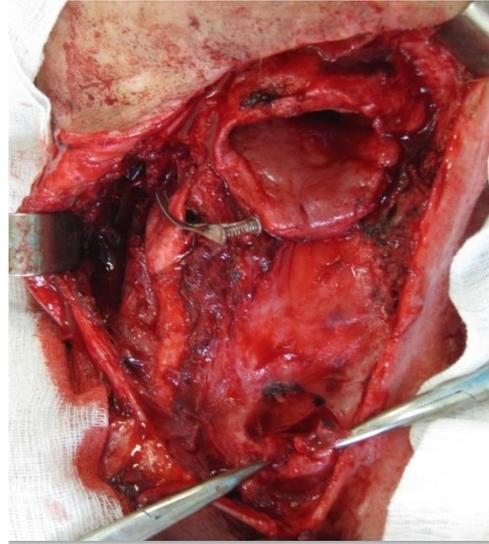
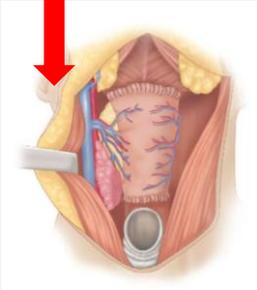
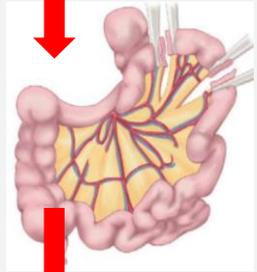
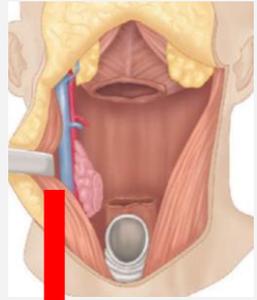
Main points of work for achieving optimal rehabilitation:

1. Tracheostomy
2. Airflow
3. The voice prosthesis
4. Voice source
5. The voice path



**243 voice prosthesis were installed after laryngectomy in P. Herzen
Moscow Research Institute.**

**In 85% voice rehabilitation was successful after prosthesis installation
and speech therapists treatment, 15 % of patients had a spasm of pharynx
constrictors muscle, which require myotomy as a next step.**



Основные тенденции

- Использование молекулярно-генетической, ПЦР диагностики в стратификации рисков и лечении пациентов с ЗНО органов головы и шеи (HPV, EBV, BRAF, RET e.t.c.)
- Переход на TNM 8 01.01.2018
- Использование морфологических характеристик опухоли околоушной слюнной железы для дальнейшей стратификации рисков и выбора дальнейшей тактики лечения



Спасибо за внимание

