INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

ORL - STOMATOLOGIE CANCÉROLOGIE

Tumeurs de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures

I-10-145

Dr Jean-Baptiste LECANU
Praticien Hospitalier

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Tumeurs de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures

Objectifs :

– Diagnostiquer une tumeur de la cavité buccale et une tumeur des voies aérodigestives supérieures.

- Les carcinomes épidermoïdes sont de loin les tumeurs malignes les plus fréquentes dans ces localisations ; devant une tumeur, ce diagnostic doit toujours être envisagé de prime abord. Les autres tumeurs (adénocarcinome, carcinome adénoïde kystique, lymphome) pouvant être observées seront traitées en diagnostic différentiel en fonction des localisations.
- Le cancer du cavum, en raison de certaines particularités, sera traité dans un chapitre spécifique.

ÉPIDÉMIOLOGIE, CANCÉROGENÈSE, DÉVELOPPEMENT TUMORAL, CLASSIFICATION

A/ Épidémiologie descriptive

- 13 % du total des cancers en France.
- Incidence : 17 000 nouveaux cas par an.
- Atteint l'homme dans 90 % des cas.
- Âge : entre 45 et 70, pic de fréquence à 60 ans.

B/ Facteurs de risque

- Tabac : carcinogène direct pour tous les carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale et des VADS.
- Alcool : cocarcinogène associé au tabac pour cavité buccale, oropharynx et hypopharynx mais non pour le cancer de l'endolarynx (corde vocale).
- Association alcool-tabac : synergie, multiplication des facteurs de risque, sauf pour l'endolarynx (cordes vocales).
- Lésion précancéreuse de la cavité buccale.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

C/ Lésions précancéreuses

- Les lésions précancéreuses sont décrites essentiellement au niveau de la cavité buccale, où leur expression est spécifique, et au niveau du larynx, où elles sont révélées par une dysphonie. Les lésions précancéreuses concernant les autres localisations existent mais ne sont presque jamais observées car, asymptomatique, la lésion est découverte au stade de cancer invasif.

1. Lésion précancéreuse de la cavité buccale (dyskératose buccale)

- Papillomatose orale floride : origine virale.
- Maladie de Bowen.
- Érythroplasie de Queyrat.
- Lichen plan érosif (10 % d'évolution vers un carcinome).
- Leucoplasies réactionnelles (tabac, pipe, microtraumatismes répétés).

2. Lésion précancéreuse du larynx (cordes vocales)

- Leucoplasie et érythroplasie.
- Papillomatose laryngée.
- Dysplasie.

D/ Prévention et dépistage

- La prévention secondaire consiste à stopper l'intoxication alcoolotabagique.
- Contrairement aux cancers du sein et du col utérin, il n'existe pas actuellement de dépistage systématique de ces tumeurs.
- La seule attitude préventive clinique concerne la surveillance, avec examens et biopsies régulières des lésions précancéreuses de la cavité buccale et de l'endolarynx.

E/ Histoire naturelle du cancer et classification

1. Évolution locale

- Stade de dysplasie : anomalies cellulaires, kératinisation, respect de l'architecture muqueuse.
- Stade de carcinome *in situ* : idem + modification de l'architecture muqueuse avec développement d'îlots cellulaires anormaux, d'anomalies nucléaires, mais avec respect de la lame basale.
- Stade de carcinome micro-invasif : franchissement de la lame basale.
- Stade de carcinome invasif : pénétration profonde des îlots tumoraux.
- Le développement tumoral se poursuit par l'extension aux tissus et aux structures adjacentes. Cette extension est déterminée par l'existence à proximité de tissus peu résistants facilement envahis (muscles, graisse) ou de barrières histologiques et anatomiques (aponévroses, cartilage, membrane, os) limitant temporairement la progression tumorale avant d'être à leur tour envahies.
- On distingue deux groupes de localisations pour la détermination du T :
  - cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx : fondée sur la taille de la tumeur :
    - **T1** : tumeur < 2 cm,
    - **T2** : tumeur entre 2 et 4 cm,
    - **T3** : tumeur > 4 cm,
    - **T4** : extension à l'os, à la peau ;
  - cancer de l'hypopharynx et du larynx : fondée sur l'extension aux régions anatomiques de proximité déterminant la possibilité de réalisation de techniques de chirurgies partielles, et surtout sur l'immobilité d'une corde vocale signant une extension aux muscles laryngés profond :
    - **T1** : tumeur limitée à une région anatomique,
    - **T2** : tumeur étendue à une ou plusieurs régions voisines avec mobilité des cordes vocales conservée,
    - **T3** : tumeur limitée au pharyngo-larynx avec immobilité d'une corde vocale,

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

* **T4** : tumeur étendue en dehors du pharyngo- larynx (envahissement cartilagineux, extension cervicale, cutanée),
* Particularités à connaître pour les cancers des cordes vocales : T1a = une seule corde vocale atteinte, T1b = deux cordes vocales atteintes.

2. Évolution locorégionale

- Les carcinomes épidermoïdes des VADS et de la cavité buccale sont des tumeurs très lymphophiles, à l'exception des cancers strictement limités des cordes vocales, qui ne donnent qu'exceptionnellement des métastases ganglionnaires.
- Cette lymphophilie s'explique par la richesse du réseau lymphatique cervico-facial. Le groupe ganglionnaire le plus souvent atteint est le groupe sous-digastrique (exemple : ganglion de Kuttner).
- La colonisation d'un ganglion lymphatique se poursuit par le développement de tissu tumoral au sein du ganglion, puis par la rupture capsulaire du ganglion, facteur de mauvais pronostic conditionnant fréquemment les récidives et les métastases à distance en raison de l'extension tumorale au contact des veines du cou (passage d'îlots tumoraux dans la circulation générale).
  - **N0** : absence de ganglion cliniquement et radiologiquement métastatique (TDM) ;
  - **N1** : adénopathie homolatérale < 3 cm ;
  - **N2 a** : adénopathie homolatérale unique entre 3 et 6 cm ;
  - **N2 b** : adénopathie homolatérale multiple < 6 cm ;
  - **N2 c** : adénopathie contro- ou bilatérale < 6 cm ;
  - **N3** : adénopathie > 6 cm.

3. Métastases à distance

- Les métastases à distance des carcinomes des VADS et de la cavité buccale sont relativement peu fréquentes et exceptionnellement inaugurales.
- On les observe principalement au niveau pulmonaire, osseux et hépatique.
- Elles surviennent généralement à distance du traitement locorégional (entre six mois et dix-huit mois), particulièrement en cas de rupture capsulaire ganglionnaire) :
  - **M0** : absence de métastase à distance ;
  - **M1** : présence de métastase à distance.

4. Localisation métachrone

- Il existe dans 10 à 20 % des cas une ou plusieurs autres localisations tumorales simultanées (cancers multiples) au niveau de la cavité buccale ou des VADS.
- Le bilan clinique et paraclinique devra donc explorer toute la région à la recherche d'une deuxième tumeur, ainsi que l'œsophage, siège fréquent de ces localisations néoplasiques multiples.

SIGNES D'APPEL ET INVESTIGATION PARACLINIQUE

A/ Principes du raisonnement diagnostique

- Ces principes sont communs à toutes les tumeurs malignes solides : localiser la tumeur, confirmer le diagnostic par un examen histologique, préciser l'extension locale, ganglionnaire et métastatique (bilan d'extension).
- Le diagnostic de cancers de la cavité buccale et des VADS peut être posé dans trois circonstances :
  - tumeur révélée par des signes locaux :
    * douleur buccale, pharyngée,
    * dysphagie, odynophagie,
    * dysphonie,

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

* dyspnée,
* otalgie réflexe ;

– tumeur révélée par une métastase ganglionnaire :
* adénopathie cervicale dure, fixée, souvent douloureuse ;

– tumeur révélée par une métastase à distance :
* circonstance rarement observée.

- Le diagnostic de tumeur maligne sera conforté devant :
  – terrain : homme, âge 45-70 ans, intoxication alcoolotabagique ;
  – signes généraux : amaigrissement, AEG.
- Dans tous les cas, une deuxième localisation dans la cavité buccale, les VADS et l'œsophage doit être recherchée (localisation métachrone appelée également cancer simultané).

B/ Diagnostic clinique

- Examen de la cavité buccale et de l'oro-pharynx : lampe frontale et abaisse-langue.
- Examen du larynx et de l'hypopharynx essentiel, car c'est le seul examen dynamique permettant de préciser la mobilité des cordes vocales :
  – laryngoscopie indirecte au miroir laryngé ;
  – nasofibroscopie.
- Palpation cervicale bilatérale.
- Examen général du patient.

C/ Bilan locorégional

- Panendoscopie des VADS sous anésthésie générale. Il s'agit de l'examen essentiel qui permet :
  – de préciser l'extension de la tumeur ;
  – de préciser l'aspect macroscopique :
  * formes végétantes,
  * formes ulcéro-végétantes,
  * formes ulcéro-infiltrantes ;
  – d'en tatouer les limites ;
  – de réaliser plusieurs biopsies qui, seules, affirmeront le diagnostic ;
  – de rechercher une localisation métachrone ;
  – il comprend une laryngoscopie directe, une hypopharyngoscopie, un examen buccal et parfois une œsophagoscopie et une trachéoscopie ;
  – un schéma des lésions daté et signé est réalisé.
- Examen stomatologique :
  – remise en état bucco-dentaire et confection de gouttière fluorée en cas de radiothérapie.
- Scanner cervical et facial avec injection de produit de contraste systématique, cet examen permet :
  – de préciser l'extension aux structures profondes ;
  – de rechercher un envahissement osseux ou cartilagineux ;
  – de préciser le statut ganglionnaire : nombre de ganglions atteints, localisation, signes de rupture capsulaire.
- IRM cervico-faciale :

– systématique pour les tumeurs de l'oropharynx (amygdale, base de la langue) et de la cavité buccale, dans certains cas pour les autres localisations.

- Panoramique dentaire :
  – visualisation d'une extension osseuse pour les tumeurs de la cavité buccale et de l'oropharynx ;
  – dans le cadre du bilan préthérapeutique pour les autres localisations.
- Fibroscopie œsophagienne à la recherche d'une localisation métachrone.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

D/ Bilan d'extension

- Bilan biologique : protidémie.
- Bilan biologique hépatique.
- Radiographie thoracique.
- TDM cérébrale, échographie hépatique et scintigraphie seront demandées seulement en cas de signes d'appel cliniques évoquant une métastase.

E/ Bilan préthérapeutique

- Bilan biologique :
  - bilan préopératoire standard.
- Épreuve fonctionnelle respiratoire :
  - en cas de BPCO ;
  - en cas de possibilité de chirurgie partielle du pharyngo-larynx (contre-indication de cette chirurgie si EFR franchement pathologique).
- Électrocardiogramme.
- Test d'effort si signes d'appel cliniques.

PRINCIPES DU TRAITEMENT

- Le traitement de ces tumeurs, comme de la plupart des tumeurs solides, répond aux principes généraux suivants :
  - déterminer, à partir de facteurs prédictifs cliniques et paracliniques, le ou les traitements les plus efficaces ;
  - choisir, à efficacité égale, le traitement le moins pourvoyeur de séquelles (principe de la conservation d'organe) ;
  - traiter la tumeur localement (contrôle local) ;
  - traiter les aires ganglionnaires (contrôle locorégional : homo- ou bilatéral si la tumeur atteint ou dépasse la ligne médiane) ;
  - prévenir l'apparition des métastases à distance ;
  - mettre en place les préventions primaire et secondaire si possible (ici, suppression des facteurs de risque alcool-tabac) ;
  - instituer une surveillance clinique et paraclinique régulière.
- La prise en charge de ces tumeurs est multidisciplinaire, associant chirurgien, radiothérapeute, chimiothérapeute. Les décisions sont prises en commun.
- Il existe trois types possibles de traitements : la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie.
- La radiothérapie et la chirurgie sont les traitements curatifs de la tumeur et des aires ganglionnaires. Ces deux traitements peuvent être utilisés seuls ou en association. Le choix du traitement se fait en fonction :
  - des facteurs prédictifs d'efficacité du traitement, qui dépendent :
    - * de la localisation tumorale,
    - * du statut ganglionnaire,
    - * du stade tumoral ;
  - du terrain : possibilité de supporter une chirurgie lourde, âge ;
  - des possibilités de conservation d'organe (éviter une chirurgie mutilante en utilisant la radiothérapie) ;
  - du choix du patient, informé des différentes possibilités thérapeutiques, de leurs conséquences et de leur efficacité comparées. L'importance des séquelles de certaines chirurgies des VADS rend cette information importante (refus possible d'une laryngectomie totale).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

A/ Chimiothérapie

- Les produits utilisés sont le cisplatine et le 5-fluroro-uracile utilisés en synergie et, plus récemment le taxotère.
- La chimiothérapie seule n'est pas considérée comme un traitement curatif des carcinomes épidermoïdes dans ces localisations et n'est pas utilisée de façon systématique.
- La bonne réponse de la tumeur à la chimiothérapie est un facteur prédictif de bonne réponse à la radiothérapie.
- Ne pas confondre réponse à la chimiothérapie (fréquente) et contrôle par la chimiothérapie (rare dans ces localisations).
- Les drogues sont injectées par une voie veineuse centrale (chambre implantable).
- Elle est toujours utilisée en association avec d'autres traitements (chirurgie, radiothérapie) dans trois circonstances :
  - chimiothérapie néoadjuvante (ou d'induction) :
    - deux à trois cures sont réalisées dans un premier temps,
    - sélection des répondeurs à la chimiothérapie (facteur prédictif de radiosensibilité) afin de proposer un traitement par radiothérapie (conservation d'organe),
    - diminution du taux de métastase à distance ;
  - chimioradiothérapie concomitante :
    - l'utilisation de la chimiothérapie en même temps que l'irradiation potentialise l'efficacité de celle-ci ;
  - chimiothérapie « palliative » :
    - protocole utilisé en cas de récidive loco-régionale ou de métastase sans possibilité thérapeutique afin de :
      - ralentir l'évolutivité tumorale,
      - prolonger la survie dans des conditions de confort acceptables.
- Complications de la chimiothérapie :
  - hématologiques : neutropénie, thrombopénie, anémie, aplasie ;
  - cardiaque : cardiotoxicité (cisplatine) ;
  - rénale : nécrose tubulaire aiguë (cisplatine) ;
  - neurologique : neuropathie périphérique ;
  - stomatologique : stomatite (5 FU) ;
  - infection du cathéter central (septicémie) ;
  - thrombose sur cathéter (risque embolique).

B/ Radiothérapie

- La radiothérapie fait partie des traitements curatifs des carcinomes épidermoïdes de la cavité buccale et des VADS.
- L'utilisation de la radiothérapie se fait dans les situations suivantes :
  - utilisée seule ou associée à la chimiothérapie (radiothérapie curative) :
    - localisation radiosensible : amygdale,
    - préservation d'organe : permet d'éviter une chirurgie mutilante chez les répondeurs à la chimiothérapie néoadjuvante,
    - contre-indication à la chirurgie,
    - dans tous les cas, irradiation du site tumoral et des aires ganglionnaires, même si N0 (sauf cancer localisé aux cordes vocales) ;
  - utilisé en complément de la chirurgie (radiothérapie postopératoire complémentaire) :
    - sur le lit d'exérèse et les aires ganglionnaires,
    - systématique si T3 ou T4 ou si rupture capsulaire (N2 ou N3).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Complications de la radiothérapie :
  - asialie systématique : pas de traitement ;
  - stomatite : bains de bouche ;
  - ostéoradionécrose mandibulaire :
    - * prévention : remise en état bucco-dentaire préalable, gouttière fluorée,
    - * traitement : bains de bouche, antibiothérapie, chirurgie (curetage, exérèse séquestre osseux) en fonction de la gravité ;
  - sténose œsophagienne : nutrition entérale (sonde gastrique ou gastrostomie) ou nutrition parentérale, dilatation ;
  - radiodermite ;
  - hypothyroïdie.

C/ Chirurgie

- La chirurgie est un traitement curatif de la tumeur et des aires ganglionnaires :
  - utilisée en première intention ;
  - associée à une radiothérapie postopératoire dans certains cas *(cf. supra)* ;
  - utilisée en cas d'échec de la radiothérapie (chirurgie de rattrapage).
- Les principes de cette chirurgie sont les suivants :
  - exérèse tumorale large emportant les principales voies d'extension anatomique de la tumeur (muscle, espace graisseux…) :
    - * larynx et hypopharynx :
      - chirurgie partielle ou laser si T1 ou T2,
      - pharyngolaryngectomie totale si T3 ou T4 en cas d'impossibilité de préservation d'organe par utilisation de la radiothérapie,
    - * cavité buccale et oropharynx :
      - l'exérèse dépend de la localisation,
  - chirurgie ganglionnaire systématique même si NO :
    - * curage ganglionnaire cervical,
    - * uni- ou bilatéral en fonction de la localisation.
- Il existe deux types de curage ganglionnaire :
  - curage ganglionnaire non conservateur (exemple : radical) ;
    - * indication : rupture capsulaire, N2,
    - * exérèse : chaîne ganglionnaire jugulo carotidienne, sous-mento-sous-maxillaire si cavité buccale, muscle sterno-cléido-mastoïdien, jugulaire interne, nerf spinal ;
  - curage ganglionnaire conservateur (exemple : fonctionnel).
    - * exérèse : uniquement chaînes ganglionnaires jugulo-carotidienne, et sous-mento-sous-maxillaire si cavité buccale.
- Complications spécifiques de la chirurgie :
  - hématome ;
  - fistules salivaires (= pharyngostome) ;
  - rupture septique des vaisseaux cervicaux ;
  - troubles de la déglutition ;
  - séquelles neuromusculaires (curage non conservateur).

D/ Surveillance

- La surveillance post-thérapeutique est longue (10 ans), au début rapprochée, puis progressivement espacée.
- Elle comporte :
  - surveillance clinique : locale et ganglionnaire, nasofibroscopie, réalisation d'une panendoscopie au moindre doute ;
  - imagerie : TDM cervico-faciale avec injection bisannuelle, puis annuelle ;
  - radiographie thoracique à chaque consultation à la recherche de métastases.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

1. Évolution

- Guérison.
- Récidive locale (reprise évolutive de la tumeur).
- Récidive locorégionale : apparition d'une métastase ganglionnaire.
- Métastases à distance.
- Deuxième localisation.

2. Facteurs pronostiques

- Facteurs de bon pronostic :
  - terrain : absence de tare ;
  - bonne réponse à la chimiothérapie ;
  - statut T < T3, N < N1, M0 ;
  - arrêt de l'intoxication alcoolotabagique ;
  - absence de deuxième localisation ;
  - site tumoral : certains sites ont un meilleur pronostic que d'autres : larynx, particulièrement plan glottique.
- Facteurs de mauvais pronostic :
  - absence des facteurs de bon pronostic précédents ;
  - rupture capsulaire ganglionnaire ;
  - limite de résection tumorale sur la pièce opératoire ;
  - site tumoral : hypopharynx, oropharynx.

CANCER DU LARYNX

A/ Anatomie

- Le larynx est un organe composé :
  - de cartilages ;
  - d'une musculature intrinsèque ;
  - de trois loges graisseuses :
    * la loge hyo-thyro-épiglottique (ou HTE),
    * les espaces paraglottiques droit et gauche.
- Il comprend trois étages :
  - étage sous-glottique ;
  - étage glottique (cordes vocales) ;
  - étage sus-glottique (épiglotte, margelle laryngée).
- Le réseau lymphatique laryngé est riche à l'exception du plan glottique (un cancer des cordes vocales de donne pas de métastases ganglionnaires).
- La mobilité cordale dépend de la musculature intrinsèque laryngée innervée par les deux nerfs récurrents.

B/ Épidémiologie

- Terrain : homme de 45 à 70 ans, pic à 60 ans.
- FDR : alcool + tabac, sauf plan glottique et sous-glotte (tabac seulement).
- Ils représentent 5 % de l'ensemble des cancers, 25 % des cancers des VADS.

C/ Lésions précancéreuses

- Laryngites chroniques blanches : dysplasie, leucoplasie, papillome corné.
- Papillomatose laryngée.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

D/ Circonstances de découverte

- Dysphonie :
  - signe très précoce ;
  - due à la tumeur elle-même, gênant les vibrations glottiques, ou à une immobilité cordale liée à une extension à la musculature laryngée ou au nerf récurrent (stade avancé, T3 ou T4).
- Dyspnée laryngée :
  - dyspnée de type inspiratoire avec tirage ;
  - précoce pour les rares localisations sous-glottiques ;
  - plus tardive pour les autres localisations.
- Dysphagie.
- Otalgie réflexe.
- Fausses-routes.
- Adénopathie cervicale suspecte :
  - jamais révélatrice d'une tumeur strictement limitée au plan glottique.
- Hémoptysie (très rare).
- Douleur.

E/ Diagnostic et bilan préthérapeutique

- Examen clinique :
  - examen de la cavité buccale et de l'oropharynx à la recherche d'une deuxième localisation ;
  - laryngoscopie indirecte et nasofibroscopie : examen dynamique visualisant la tumeur et appréciant la mobilité cordale, essentiel pour le classement du T ;
  - palpation des aires ganglionnaires.
- Panendoscopie des VADS avec biopsies.
- TDM cervico-faciale avec injection :
  - le classement du N se fait sur la clinique et le scanner ;
  - visualisation des espaces graisseux, dont l'envahissement contre-indique une chirurgie partielle.
- Fibroscopie œsophagienne : recherche d'une deuxième localisation.
- Bilan biologique : NFS, bilan hépatique, ionogramme.
- EFR.
- ECG.
- Panoramique dentaire et consultation stomatologique.

F/ Bilan d'extension

- Radiographie thoracique.
- Examen spécifique en fonction des signes d'appel.

ı **Au terme de ce bilan, la tumeur est graduée selon la classification TNM.**

G/ Diagnostic différentiel

- Tuberculose laryngée.
- Autre tumeur maligne : rarissime lymphome, adénocarcinome.
- Tumeur bénigne : polype des cordes vocales, kystes mucoïdes.
- Papillomatose laryngée.

H/ Traitement

- Le traitement de la tumeur dépend de son stade T et du terrain.
- Le traitement des aires ganglionnaires est systématique, sauf pour les tumeurs strictement limitées au plan glottique (T1 du plan glottique) :
  - tumeurs T1 et T2 :
    - * pas de chimiothérapie néoadjuvante le plus souvent,
    - * le choix se fait entre :

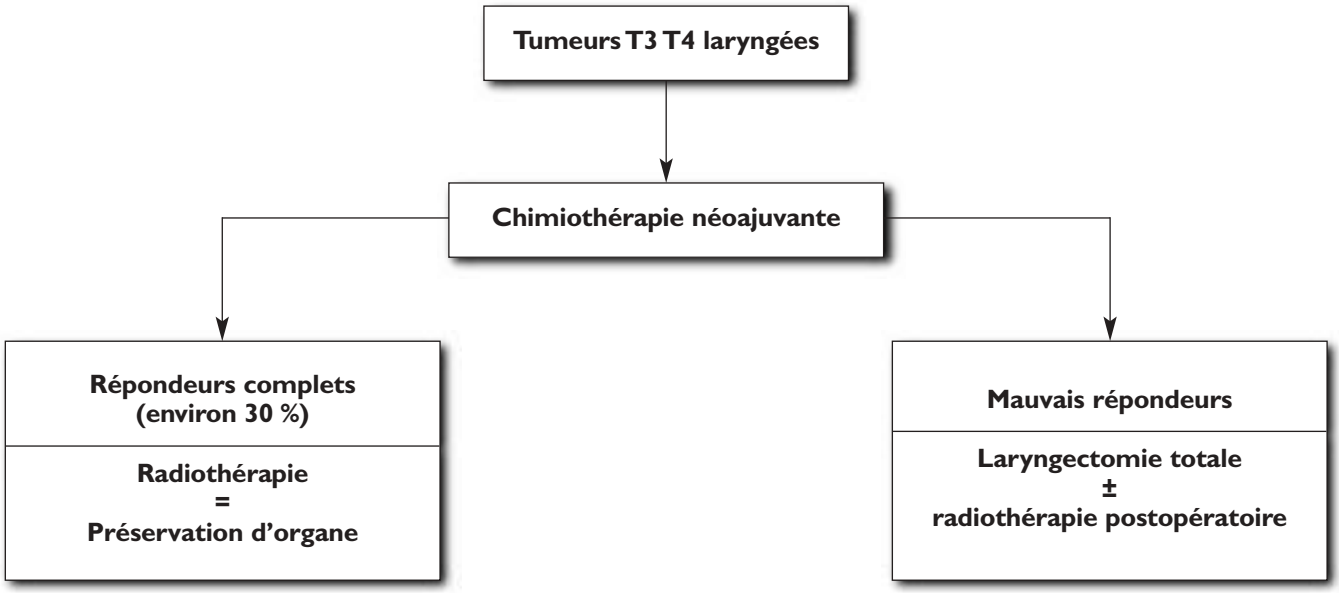
© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- chirurgie partielle conservatrice,
- exérèse laser pour les petites tumeurs T1,
- radiothérapie exclusive ;

– tumeurs T3 et T4 :
* chimiothérapie néoadjuvante,
* traitement systématique des aires ganglionnaires,
* l'indication classique pour ces tumeurs est la laryngectomie totale, intervention mutilante (trachéostome définitif),
* l'attitude actuelle intègre les patients dans un protocole de préservation d'organe :

I/ Pronostic

- Tous stades confondus : 60 % environ de survie à cinq ans.



CANCER DE L'HYPOPHARYNX

- Le cancer de l'hypopharynx, de loin le plus fréquent, est le cancer du sinus piriforme.

A/ Anatomie

- Les sinus piriformes sont des gouttières enserrant le larynx, livrant le passage aux aliments depuis le pharynx vers l'œsophage. Ils sont au nombre de deux et comportent une partie supérieure membraneuse et une partie inférieure cartilagineuse.
- Le réseau lymphatique est très riche, et ces tumeurs sont très lymphophiles.

B/ Épidémiologie

- Représentent 1 à 2 % de l'ensemble des cancers, 15 % des cancers des VADS.
- La continuité des sinus piriformes et du larynx implique une séquence diagnostique, une prise en charge et un traitement identiques à ceux des cancers du larynx.
- La chirurgie réalisée est généralement une pharyngo-laryngectomie totale, plus large que la laryngectomie totale
- Les tumeurs du sinus piriforme sont de mauvais pronostic : 25 à 30 % de survie à cinq ans.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CANCER DE L'OROPHARYNX

A/ Anatomie

- L'oropharynx est un conduit prolongeant le rhinopharynx, se prolongeant dans l'hypopharynx, limité en avant par le voile du palais.
- On distingue quatre localisations tumorales :
  - tumeur de l'amygdale palatine ;
  - tumeur de la base de la langue ;
  - tumeur de la paroi postérieure du pharynx ;
  - tumeur du voile du palais.
- Le cancer de l'amygdale est le plus fréquent des cancers de l'hypopharynx ; c'est celui que nous décrivons.

B/ Épidémiologie

- Il représente 20 % des cancers des VADS, 3 % de l'ensemble des cancers.

C/ Circonstance de découverte

- Otalgie à tympan normal (otalgie réflexe).
- Odynophagie (douleur ou gêne pharyngée).
- Dysphagie.
- Rhinolalie (tumeur évoluée étendue et détruisant le voile du palais).
- Adénopathie cervicale suspecte.

D/ Diagnostic et bilan préthérapeutique

- Examen clinique :
  - examen de la cavité buccale et l'oropharynx ; visualisation d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante ou ulcéro-infiltrante de l'amygdale. Une biopsie peut être réalisée sous anesthésie locale, car la tumeur est facilement accessible ;
  - laryngoscopie indirecte et nasofibroscopie : recherche d'une deuxième localisation ;
  - palpation des aires ganglionnaires.
- Panendoscopie des VADS avec biopsies et tatouage.
- TDM avec injection cervico-facial :
  - le classement du N se fait sur la clinique et le scanner ;
  - recherche d'un envahissement osseux (angle mandibulaire) plus performant qu'avec l'IRM.
- IRM de l'oropharynx :
  - systématique ;
  - précise l'extension en profondeur, l'atteinte des muscles (notamment ptérygoïdien) et de la base de langue.
- Fibroscopie œsophagienne : recherche d'une deuxième localisation.
- Bilan biologique : NFS, bilan hépatique, ionogramme.
- EFR.
- ECG.
- Panoramique dentaire et consultation stomatologique.

E/ Bilan d'extension

- Radiographie thoracique.
- Examen spécifique en fonction des signes d'appel *(cf. supra)*.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

F/ Diagnostic différentiel

- Le diagnostic différentiel principal des carcinomes épidermoïdes de l'amygdale est le lymphome de localisation amygdalienne, relativement fréquent.
- Le diagnostic de lymphome sera suspecté sur :
  - le terrain : sujet âgé ou très jeune ;
  - l'aspect macroscopique : plutôt végétant ;
  - les signes généraux : fébricule chronique, sueurs nocturnes, AEG franche ;
  - l'absence d'intoxication alcoolotabagique ;
  - l'importance modérée des signes locaux (douleur moins importante).
- Mais seule la biopsie confirmera ou infirmera le diagnostic.
- Le traitement du lymphome de l'amygdale n'est jamais chirurgical et repose sur la radiothérapie et la chimiothérapie.
- Les autres diagnostics différentiels principaux sont :
  - le papillome oropharyngé ;
  - l'angine de Vincent ulcéro-nécrotique ;
  - le chancre syphilitique.

G/ Traitement

- La chimiothérapie néoadjuvante, parfois utilisée par certaines équipes, n'a pas fait la preuve de son utilité dans les carcinomes de l'oropharynx.
- Le traitement associera toujours le traitement de la tumeur et celui des aires ganglionnaires.
- Tumeurs T1 et T2 (deux options thérapeutiques) :
  - chirurgie tumorale et ganglionnaire parfois suivie de radiothérapie postopératoire ;
  - radiothérapie exclusive sur le site tumoral ou associée à une chimiothérapie concomitante (tumeurs de l'amygdale = radiosensible).
- Tumeurs T3 et T4 :

– chirurgie tumorale lourde (ablation hémimandibulaire) et chirurgie ganglionnaire suivie de radiothérapie postopératoire.

H/ Pronostic

- Environ 30 % de survie à cinq ans tous stades confondus.

CANCER DE LA CAVITÉ BUCCALE

- La cavité buccale comporte les structures anatomocliniques suivantes :
  - langue mobile ;
  - plancher buccal ;
  - face interne des joues ;
  - palais dur.

A/ Épidémiologie

- Le cancer de loin le plus fréquent est le carcinome épidermoïde

1. Épidémiologie descriptive

- 25 % environ des cancers des VADS ;
- Sexe : prédominance masculine ++.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Facteurs de risque

- Intoxication alcoolotabagique ;
- Mauvais état bucco-dentaire ;
- États précancéreux ;
- Lichen plan érosif ;
- Érythroplasie de Queyrat ;
- Maladie de Bowen ;
- Papillomatose orale floride.

3. Manifestations cliniques

- Douleurs buccales ;
- Otalgie réflexe ;
- Lésion endobuccale persistante ;
- Adénopathie cervicale persistante pathologique.

B/ Diagnostic et bilan préthérapeutique

- Examen clinique :
  - examen cavité buccale et oropharynx ; visualisation d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante ou ulcéro-infiltrante. Une biopsie peut être réalisée sous anesthésie locale, car la tumeur est facilement accessible.
  - laryngoscopie indirecte et nasofibroscopie : recherche d'une deuxième localisation ;
  - palpation des aires ganglionnaires.
- Panendoscopie des VADS avec biopsies.
- TDM avec injection cervico-faciale.
- Le classement du N se fait sur la clinique et le scanner.
- Recherche d'un envahissement osseux (symphyse mandibulaire) plus sensible qu'avec l'IRM.
- IRM de l'oropharynx : systématique, précise l'extension en profondeur, l'atteinte des muscles génio-glosses et de la base de langue.
- Fibroscopie œsophagienne : recherche deuxième localisation.
- Bilan biologique : NFS, bilan hépatique, ionogramme.
- EFR.
- ECG.
- Panoramique dentaire et consultation stomatologique.

ı **Au terme de ce bilan, la tumeur est graduée selon la classification TNM.**

C/ Bilan d'extension

- Radiographie thoracique.
- Examen spécifique seulement si signes d'appel *(cf. supra)*.

D/ Traitement

- La chimiothérapie néoadjuvante, parfois encore utilisée par certaines équipes, n'a pas fait la preuve de son utilité dans les carcinomes de la cavité buccale.
- Il associera toujours le traitement de la tumeur et celui des aires ganglionnaires.

1. Tumeurs T1 et T2

- Deux options thérapeutiques :
  - chirurgie tumorale et ganglionnaire parfois suivie de radiothérapie postopératoire ;
  - curiethérapie sur le site tumoral associée à un traitement des aires ganglionnaires (radiothérapie externe ou chirurgie).

2. Tumeurs T3 et T4

- Chirurgie tumorale lourde (ablation partielle mandibulaire) et chirurgie ganglionnaire suivie de radiothérapie postopératoire.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

E/ Pronostic

- Environ 30 % de survie à cinq ans tous stades confondus.

F/ Cas particulier

- Les cancers de la cavité buccale, notamment du palais dur ++, les carcinomes adénoïdes kystiques.
- Épidémiologie : pas de lien avec l'intoxication alcoolotabagique.
- Clinique : tuméfaction dure ou ferme sous-muqueuse normale (pas d'ulcération ou bourgeonnement).
- Traitement : chirurgie.
- Évolution : fréquence des métastases pulmonaires avec délai d'apparition parfois très long (plusieurs années).

CANCER DU CAVUM

- Les tumeurs du cavum tiennent une place à part.

A/ Rappel anatomique

- Le cavum, également appelé rhinopharynx, est situé entre l'oropharynx et les fosses nasales dont il est séparé par les choanes. Il comprend six faces, dont les rapports expliquent la riche symptomatologie :
  - face antérieure : ouverture sur les fosses nasales ;
  - faces latérales : ostium des trompes d'Eustache (communication avec l'oreille moyenne) et région parapharyngée ;
  - face supérieure et postérieure : base du crâne et émergence des nerfs crâniens ;
  - face inférieure : communication avec l'oropharynx.

B/ Épidémiologie

- Les tumeurs du cavum sont majoritairement des carcinomes indifférenciés (UCNT pour *undifferenciated carcinoma of nasopharynx type*).
- L'épidémiologie de ces tumeurs est spécifique et n'est pas liée à l'intoxication alcoolotabagique.
- L'autre type de tumeur maligne observé est le lymphome.
- L'UCNT touche préférentiellement l'homme avec un sex-ratio compris entre 2 et 3.

C/ Répartition géographique

- On distingue trois zones en fonction de l'incidence de l'UCNT dans la population :
  - zone à incidence très élevée : Asie du Sud-Est, Esquimaux ;
  - zone à incidence élevée : Maghreb, Afrique de l'Est ;
  - zone à incidence faible : autres régions.
- Chez les sujets transplantés, l'incidence reste identique à celle de leur pays d'origine.

D/ Infection par l'EBV

- Les UCNT font partie des tumeurs liées à l'infection par l'EBV.
- Le lien avec cette infection est détecté par les marqueurs suivants :
  - anticorps VCA, EA, EBNA sanguins et sonde EBER en histologie.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

E/ Manifestations cliniques

- En raison de sa situation et de sa très grande lymphophilie, on distingue cinq syndromes cliniques pouvant être observés de façon plus ou moins associée :
  - syndrome rhinologique :
    - * épistaxis, obstruction nasale, rhinorrhée, douleurs nasales ;
  - syndrome otologique :
    - * otite séromuqueuse : hypoacousie de transmission, plénitude de l'oreille ;
  - syndrome neurologique :
    - * lié à l'atteinte des nerfs crâniens (tumeur extensive),
    - * paralysie du VI (diplopie) la plus précoce,
    - * paralysie des nerfs mixtes par extension latérale (IX, X, XI, XII),
    - * paralysie du VII, atteinte du V (névralgie trigéminale) ;
  - syndrome ganglionnaire :
    - * adénopathie sous-digastrique, la plus fréquente ;
    - * toute la chaîne ganglionnaire jugulo-carotidienne peut être atteinte de façon uni- ou bilatérale, ainsi que les ganglions rétropharyngés ;
  - syndrome carcinologique :
    - * AEG, amaigrissement.

F/ Examen clinique

- Examen ORL :
  - rhinoscopie et surtout cavoscopie par nasofibroscopie ;
  - bilan audiologique : audiométrie, tympanométrie ;
  - palpation des aires ganglionnaires.
- La biopsie peut être réalisée à ce stade sous anesthésie lovcale (AL) si le patient est coopérant.
- Examen neurologique :
  - examen de toutes les paires crâniennes.
- Examen ophtalmologique en fonction des signes d'appel cliniques : fond d'œil et champ visuel.

G/ Bilan paraclinique

- Cavoscopie sous anesthésie générale avec biopsies.
- TDM cervico-faciale avec injection.
- IRM cervico-faciale.
- Sérologie virale EBV.

H/ Bilan d'extension

- Radio thoracique.
- Scintigraphie osseuse.
- Bilan biologique hépatique.
- De plus en plus souvent est réalisé un scanner thoraco-abdomino-pelvien.
- Consultation stomatologique pour remise en état bucco-dentaire avant radiothérapie.

I/ Classification TNM des UCNT

- Le N et le M ont une classification identique aux autres carcinomes des VADS :
  - **T1** : tumeur limitée au nasopharynx ;
  - **T2** : extension oropharynx ou fosses nasales ;
  - **T3** : extension osseuse (base du crâne, sinus) mais respect des structures neurologiques ;
  - **T4** : atteintes neurologiques.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

J/ Traitement

- Le traitement des UCNT repose sur la radiothérapie externe, de plus en plus souvent associée à une chimiothérapie concomitante.
- Une dose de 65 à 70 grays est délivrée sur le site tumoral et les aires ganglionnaires.
- La chirurgie est réservée aux reliquats ganglionnaires persistant après radiothérapie (évidemment ganglionnaires).

K/ Pronostic

- La survie tous stades confondus est d'environ 40 % à cinq ans.
- La surveillance repose sur :
  - la clinique : nasofibroscopie, palpation des aires ganglionnaires ;
  - la sérologie EBV ;
  - la radiographie thoracique ;
  - les TDM et IRM cervico-faciales. ■

POINTS FORTS

- Épidémiologie : terrain (sujet masculin, alcoolo-tabagique), 13 % des cancers en France, lésions précancéreuses décrites pour le plan glottique et la cavité buccale.
- Physiopathologie : développement local, métastases ganglionnaires cervicales très fréquentes (sauf pour les tumeurs limitées au plan glottique, métastases viscérales rares avec par ordre de fréquence : poumon, os, cerveau.
- Bilan clinique et paraclinique : panendoscopie des voies aérodigestives supérieures sous AG, fibroscopie œsophagienne, radio de thorax, TDMcervico-faciale avec injection, IRM pour les tumeurs de l'oropharynx.
- Traitement : traitement conjoint de la tumeur et des aires ganglionnaires, même en l'absence de métastases. Chirurgie et radiothérapie sont les traitements de référence, souvent associés (radiothérapie post-opératoire). La chimiothérapie a sa place dans le cadre des protocoles de préservations d'organes mais n'est pas un traitement curatif aujourd'hui reconnu.
- Surveillance : absence de marqueurs tumoraux fiables, surveillance clinique, scanner, radiographie thoracique.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier
SERVIER
www.laconferencehippocrate.com