

# Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures IC-298

- Connaître les généralités anatomiques des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)
- Connaître les principaux types histologiques des tumeurs bénignes et malignes ORL par localisation (hors glandes salivaires)
- Connaître l'histoire naturelle et les facteurs de risque des cancers VADS
- Connaître les généralités épidémiologiques des cancers VADS
- Connaître les signes cliniques des cancers de la cavité buccale, des cancers nasosinusiens ou des cancers VADS
- Iconographies cliniques typiques des principales formes de carcinome épidermoïde de l'amygdale palatine
- Iconographies cliniques typiques des principales formes de carcinome épidermoïde de la langue
- Photographie d'une leucoplasie de la face interne de joue
- Connaître l'indication de l'imagerie devant un cancers VADS
- Connaître les généralités sur la prévention en cancérologie VADS

## Connaître les généralités anatomiques des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) OIC-298-01-A

Les voies aéro-digestives supérieures (VADS) comprennent différentes structures anatomiques :

- les fosses nasales : deux cavités aériennes séparées par la cloison nasale (ou septum nasal). Elles sont limitées en arrière par les choanes, qui marquent l'entrée dans le rhinopharynx.
- les sinus : cavités aériennes qui portent le nom de l'os au sein duquel elles sont localisées, au nombre de 8 : 2 sinus maxillaires, 2 sinus frontaux, 2 sinus ethmoïdaux, et 2 sinus sphénoïdaux.
- la cavité buccale : comprend les lèvres, les gencives, la langue mobile, la face interne des joues, le plancher buccal et le palais osseux. Sa limite postérieure passe par une ligne comprenant le V lingual, les piliers antérieurs des amygdales et la jonction palais osseux / palais membraneux (isthme du gosier). En arrière de cette limite, se trouve l'oropharynx.
- le pharynx : divisé en 3 parties étagées avec, du haut vers le bas : le rhinopharynx (ou nasopharynx ou cavum) en arrière des cavités nasales, l'oropharynx en arrière de la cavité buccale et sous le rhinopharynx, et l'hypopharynx en arrière du larynx et sous l'oropharynx. La limite inférieure de l'hypopharynx est marquée par le sphincter supérieur de l'œsophage ou bouche œsophagienne. L'oropharynx comprend notamment les amygdales et la base de langue, l'hypopharynx comprend notamment les sinus piriformes.
- le larynx : il est divisé en 3 parties étagées avec, du haut vers le bas : la sus-glote (ou vestibule laryngé) comprenant la margelle laryngée, l'épiglotte et les bandes ventriculaires, la glotte comprenant les cordes vocales, et la sous-glote qui se continue en bas vers la trachée.

## Connaître les principaux types histologiques des tumeurs bénignes et malignes ORL par localisation (hors glandes salivaires) OIC-298-02-B

TOPOGRAPHIE	REPARTITION	TYPE HISTOLOGIQUE	PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE
Cavité buccale	20-25 %	<a href="#">Carcinome épidermoïde</a>	Association alcool - tabac (effet synergique), mauvais état dentaire
Oropharynx	10-15 %	Carcinome épidermoïde	Association alcool - tabac (effet synergique) <a href="#">HPV oncogènes (génotype 16 +++ )</a>
Hypopharynx	25-30 %	Carcinome épidermoïde	Association alcool - tabac (effet synergique)
Larynx	30-35 %	Carcinome épidermoïde	Principalement tabac, alcool
Sinus <a href="#">Ethmoïde</a>	< 1 %	<a href="#">Adénocarcinome</a>	Exposition professionnelle aux facteurs suivants : <a href="#">Poussières de bois, nickel, aldéhyde formique, acide chromique</a>
Sinus maxillaire	< 1 %	Carcinome épidermoïde	Tumeur du sujet âgé
Nasopharynx (ou rhinopharynx ou cavum)	< 1 %	Carcinome nasopharyngé (ex Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type, UCNT)	Virus Epstein Barr (EBV) <a href="#">Origine géographique : bassin méditerranéen, Asie du Sud-Est</a>

NB L'absence d'intoxication alcool-tabagique ne doit pas faire éliminer le diagnostic de carcinome épidermoïde pour les cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx.

La fréquence croissante des lymphomes (septième cause des cancers en France) deuxième pathologie tumorale par l'augmentation d'incidence fait que le spécialiste des VADS va être plus souvent confronté à cette pathologie. Après les présentations digestives, les localisations au niveau des VADS sont les plus fréquentes des atteintes extraganglionnaires. Elles touchent l'anneau de Waldeyer (amygdales palatines +++, amygdales linguales, cavum) mais également les sinus.

Les tumeurs des glandes salivaires accessoires sont essentiellement retrouvées au niveau de la cavité buccale (palais++) et de l'oropharynx. Elles se présentent sous forme de nodule ou tuméfaction susceptible de s'ulcérer. Tous les types histologiques des tumeurs des glandes salivaires principales sont représentés mais la glande salivaire accessoire ayant une sécrétion principalement muqueuse, 50-60 % des tumeurs sont malignes.

Les autres tumeurs bénigne ou maligne sont rares. On peut citer le chondrome (tumeur bénigne) ou le chondrosarcome du cartilage cricoïde (évolution tumorale lente), les sarcomes des VADS (souvent radios induits), le mélanome muqueux présent quelle que soit la localisation anatomique y compris dans les sinus. Le papillome inversé est une tumeur bénigne présente au sein des sinus de la face, pouvant évoluer en carcinome, ce qui justifie un traitement et une surveillance spécifiques.

## Connaître l'histoire naturelle et les facteurs de risque des cancers VADS OIC-298-03-B

Les cancers des voies aérodigestives supérieures comprennent plusieurs types histologiques associés à des facteurs de risques différents. Les plus représentés sont les cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx souvent associés à des facteurs d'éthylotabagisme. Les cancers plus rares touchent le cavum, le sinus ethmoïde, le sinus maxillaire, le nasopharynx voire les fosses nasales (mélanome) .

Les principaux facteurs de risque des carcinomes épidermoïdes des VADS sont :

- les consommations d'alcool et de tabac (nécessité de quantification et de durée : tabac en paquets-année, alcool en grammes/j). Il existe une synergie tabac-alcool qui démultiplie le risque de cancer. Lorsque le tabac et l'alcool sont impliqués, ces tumeurs peuvent être multiples (tumeurs synchrones des VADS, de l'œsophage, du poumon). Une deuxième localisation peut également survenir comme second cancer primitif. Le bilan initial et de surveillance vérifiera donc l'ensemble des localisations à risque.

- l'infection persistante par les Human Papillomavirus oncogènes (HPV 16 surtout) dans la survenue des carcinomes épidermoïdes de l'oropharynx des patients plus jeunes, sans intoxication alcoolo-tabagique.

- les lésions précancéreuses : leucoplasies, érythroplasies, lichen plan buccal, chéilite achromique, agents infectieux (candidose chronique, papillomatose orale floride ou laryngée).

L'exposition aux poussières de bois est le facteur de risque principal de l'adénocarcinome de l'ethmoïde.

Le principal facteur étiologique de la forme histologique classique du cancer du cavum (UCNT) est l'infection par le virus Epstein-Barr (EBV).

## Connaître les généralités épidémiologiques des cancers VADS OIC-298-04-B

En 2017, les cancers des VADS (hors lymphome) étaient chez l'homme au 4<sup>ième</sup> rang en nombre de nouveaux cas (10932) et 8<sup>ième</sup> en nombre de décès, chez la femme au 10 ième rang en nombre de nouveaux cas (4332) et 8<sup>ième</sup> en nombre de décès.

La survie globale à 5 ans était en 2017 de 34% chez les hommes et de 49% chez les femmes mais elle dépend beaucoup du stade de la maladie, des facteurs de risques (meilleur pronostic pour les cancers HPV induit) et des localisations (meilleur pronostic pour le larynx).

## Connaître les signes cliniques des cancers de la cavité buccale, des cancers nasosinusiens ou des cancers VADS OIC-298-05-A

SIGNES D'APPEL ET SIGNES CLINIQUES PRINCIPAUX SELON LA TOPOGRAPHIE	
Cavité buccale	Lésion leucoplasique hétérogène (rouge et blanche) persistante Ulcération/tuméfaction
	Douleurs
	Mobilité dentaire
	Troubles de la protraction linguale (T4)
	Trismus (T4)
	Adénopathies sous mentales ou sous angulomaxillaires +- bilatérales
	Induration à la palpation et saignement au contact
Oropharynx	Ulcération/tuméfaction Induration à palpation et saignement au contact
	Trouble de la mobilité linguale (base de langue)
	Dysphagie/odynophagie/otalgie réflexe ++
	Adénopathies sous angulo-maxillaire ++ +- bilatérales
	Adénopathie isolée premier signe d'appel fréquent

Hypopharynx	Dysphagie/odynophagie/otalgie réflexe ++ Dysphonie voire dyspnée en cas d'envahissement du larynx  Adénopathies jugulocarotidiennes plutôt unilatérales ++		
Larynx	Etage sus glottique	Etage glottique	Sous glottique
	Dysphagie ++ Dysphonie (blocage d'une corde vocale ou envahissement glottique)  Dyspnée (masse tumorale ++)  Odynophagie et otalgie réflexe  Adénopathie jugulo-carotidiennes	Dysphonie ++ Dysphagie si envahissement de l'étage sus-glottique  Pas d'adénopathies sauf si extension extraglottique  Dyspnée (masse tumorale ++)  	Forme tumorale précoce rare Dyspnée et adénopathies jugulocarotidiennes (masse tumorale ++)  
Nasopharynx	Dysfonction tubaire ++ (otite séreuse) Obstruction nasale  Epistaxis  Adénopathie cervicale isolée ou bilatérale  Envahissement de la base du crâne dans les formes tardives (paralysie des III, IV, V, VI, thrombose du sinus caverneux)		
Sinus ethmoïdal	Obstruction nasale unilatérale ++ Epistaxis ++  Rhinorrhée mucopurulente  Hyposmie  Masse tumorale ++ (signes ophtalmologiques et signes neurologiques)		
Sinus maxillaire	Douleurs dentaires, mobilité dentaire ++ Algie faciale (nerf sous orbitaire, branche du V2)  Tableau de sinusite maxillaire aiguë ou chronique.  Des tumeurs de l'arcade maxillaire peuvent également envahir le sinus maxillaire, le tableau est au départ buccodentaire et les facteurs de risques ceux des cancers de la cavité buccale		

NB : Les localisations des LMNH se présentent au niveau des amygdales, plus souvent que la base de langue, comme une hypertrophie unilatérale avec gêne pharyngée et parfois une voix étouffée. Au niveau du cavum, à l'image de l'UCNT, l'otite séreuse unilatérale est un signe d'appel évocateur. Des adénopathies cervicales sont fréquentes.

## Iconographies cliniques typiques des principales formes de carcinome épidermoïde de l'amygdale palatine OIC-298-06-B



Carcinome épidermoïde de l'amygdale droite étendu au voile du palais

## Iconographies cliniques typiques des principales formes de carcinome épidermoïde de la langue OIC-298-07-A



carcinome épidermoïde de bord libre de la langue



Carcinome épidermoïde du plancher buccal antérieur étendu à la face ventrale de la langue mobile

## Photographie d'une leucoplasie de la face interne de joue OIC-298-08-B

[Photo leucoplasie face interne de la joue gauche](#)



[Leucoplasie de la face interne de joue gauche](#)

## Connaître l'indication de l'imagerie devant un cancers VADS OIC-298-09-B

IMAGERIE DANS LE BILAN DE LA MALADIE, DES FACTEURS DE RISQUES ET PRETHERAPEUTIQUE	
Cavité buccale/ oropharynx/ <a href="#">Sinus maxillaire</a>	Scanner cervico-thoracique (extension de la masse aux tissus mous et os, recherche d'une tumeur synchrone, métastases ganglionnaires et pulmonaires) <a href="#">IRM de la cavité buccale et de la mandibule (extension médullaire si atteinte osseuse, extension langue, meilleur si artefact dentaire sur le scanner)</a>  <a href="#">IRM de l'oropharynx (extension voile, muscles masticateurs, langue)</a>  <a href="#">Tep-TDM si ≥N2b, adénopathies secteurs IV et V, recherche localisations secondaires, second primitif, primitif inconnu en cas d'adénopathie sans porte d'entrée notamment au niveau de l'oropharynx</a>
Larynx/ Hypopharynx	Scanner cervico-thoracique (extension de la masse aux tissus mous et cartilages, recherche d'une tumeur synchrone, métastases ganglionnaires et pulmonaires) <a href="#">Tep-TDM si ≥N2b, adénopathies secteurs IV et V recherche localisations secondaires, second primitif</a>
Nasopharynx	Scanner ou IRM de la base du crâne et cervical (extension de la masse tissus mous, os, cavité orbitaire, sinus caverneux, métastases ganglionnaires) <a href="#">Tep-TDM systématique recherche localisations secondaires notamment ganglionnaires sensibilité ++</a>
Sinus ethmoïdal	Scanner cervico-thoracique (extension de la masse aux tissus mous et os, métastases ganglionnaires plus rarement, poumon exceptionnel)

	IRM (extension cavité orbitaire, sinus caverneux, cerveau)
Si reconstruction par lambeau osseux	Artériographie des membres inférieurs

IMAGERIE DANS LA SURVEILLANCE D'UN CANCER DES VADS		
	Systématique	Sur points d'appel ou selon facteurs de risques
Cavité buccale/oropharynx <a href="#">Larynx/hypopharynx/</a> <a href="#">Sinus maxillaire</a>	Scanner cervico-thoracique à 3 mois (imagerie de référence) <a href="#">Scanner thoracique low dose tous les ans pendant 5 ans</a>	Scanner cervico-thoracique, IRM, Pet si suspicion de récurrence <a href="#">Scanner thoracique low dose après 5 ans si arrêt récent du tabagisme ou poursuite de l'intoxication</a>
Nasopharynx	IRM à 3 mois puis tous les 6 mois pendant au moins 3 ans <a href="#">Petscan à discuter à 3 mois</a>	IRM <a href="#">Petscan à discuter</a>
Sinus ethmoïde	IRM à 3 mois puis selon avis d'expert	IRM

## Connaître les généralités sur la prévention en cancérologie VADS OIC-298-10-A

### Prévention primaire

- Suppression de la consommation d'alcool
- Suppression de la consommation de tabac
- Vaccination contre l'HPV (chez le garçon et la fille)
- Contrôle des expositions professionnelles

### Prévention secondaire

- Dépistage des cancers naso-sinusiens chez les travailleurs du bois
- Surveillance dentaire régulière (dépistage des lésions pré cancéreuses de la cavité buccale)

### Prévention tertiaire

- Suivi post thérapeutique