

# **Cancers des voies aéro- digestives supérieurs**

**présenté par: Dr. KARI.**

# PLAN DE LA QUESTION

- 1- Introduction.
- 2- Rappel anatomique.
- 3-Epidémiologie.
- 4-anatomo-pathologie.
- 5-diagnostic.
- 6-bilan pré-thérapeutique.
- 7- classification T.N.M.
- 8-traitement.
- 9-surveillance.
- 10-autres cancers VADS.
- 11-conclusion.

# 1-Introduction

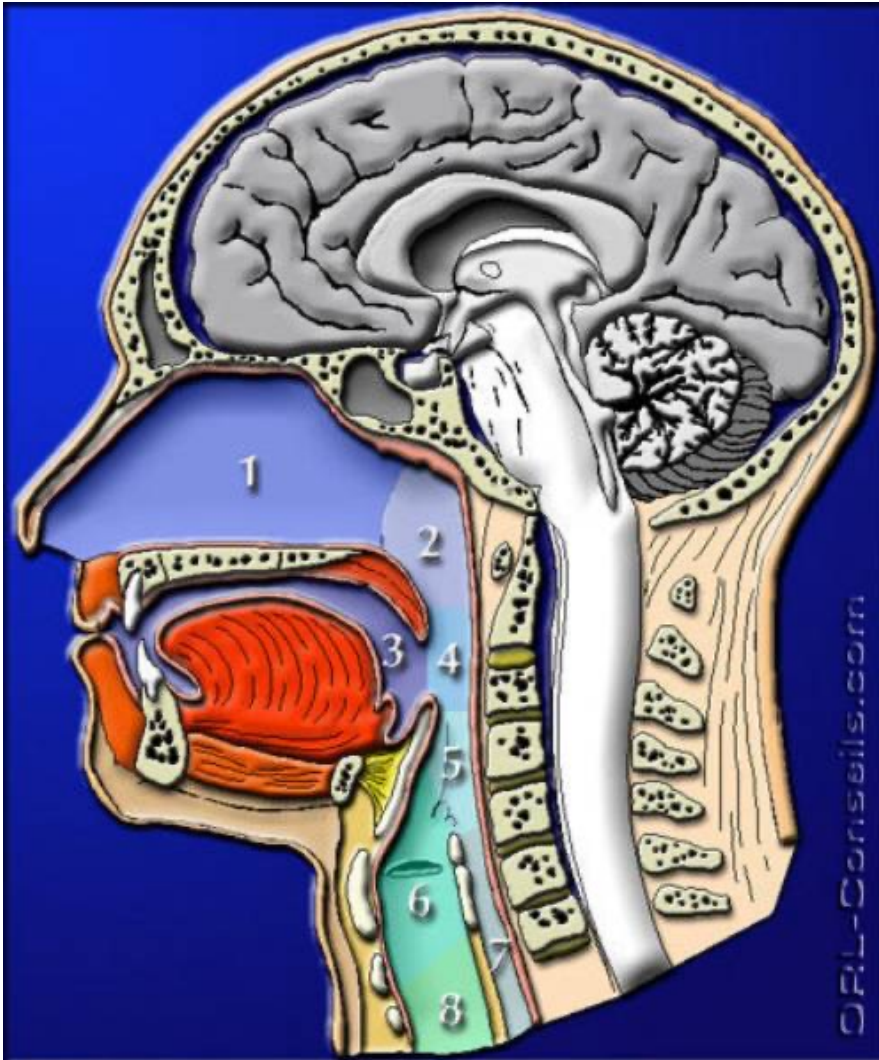
Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent l'ensemble des cancers de la bouche, du pharynx\*, du larynx\* et des sinus\* de la face. Ces tumeurs se situent au carrefour des voies destinées à l'alimentation et à la respiration.

Elles atteignent donc des zones anatomiques qui sont essentielles à la vie pour respirer, avaler et communiquer (en permettant de parler et d'entendre).

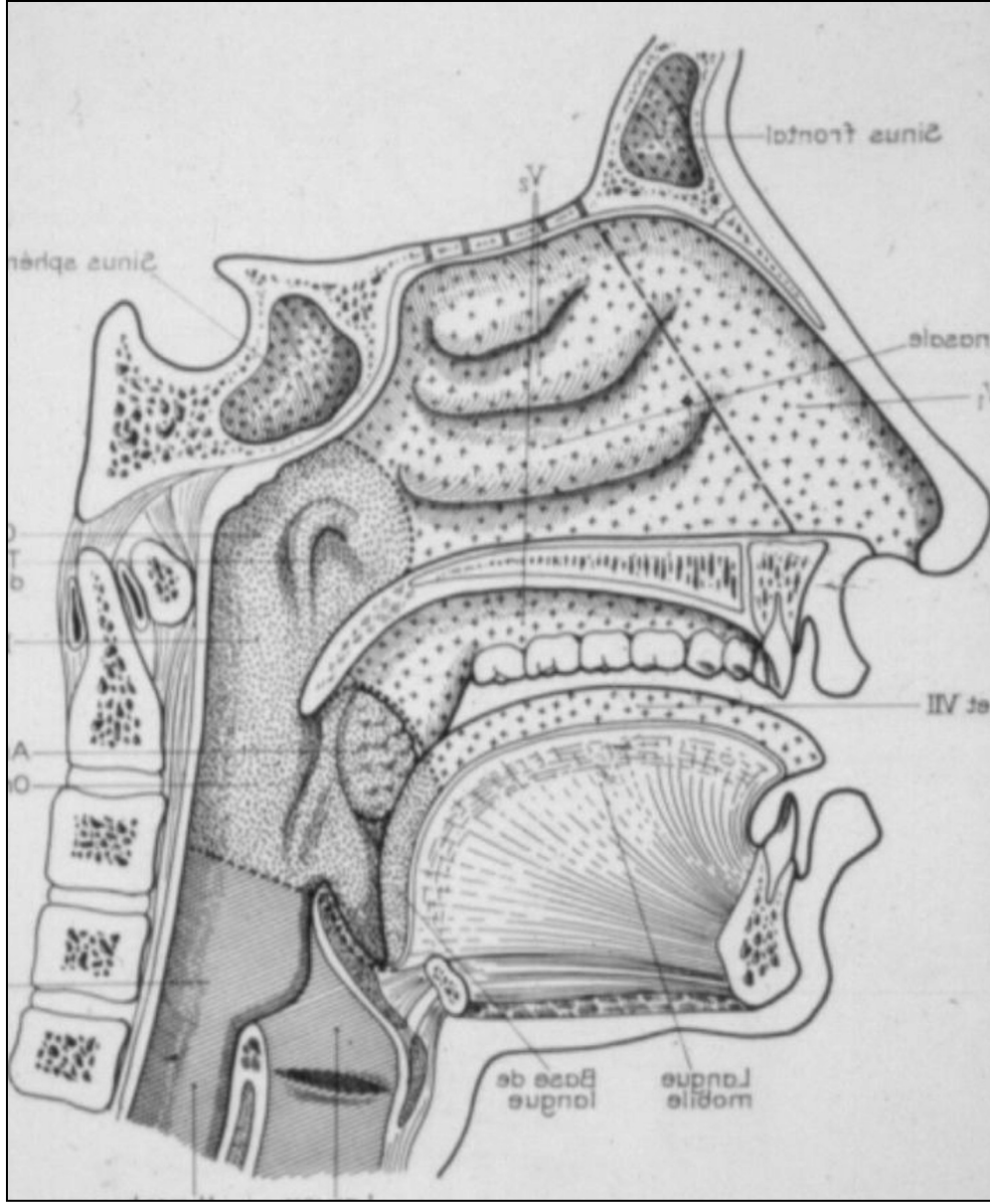
La plupart de ces cancers naissent en superficie sur la muqueuse qui tapisse les VADS.

## 2- RAPPEL ANATOMIQUE.

# Anatomie des V.A.D.S



- 1 fosses nasales
- 2 cavum
- 3 cavité buccale
- 4 oropharynx
- 5 hypopharynx
- 6 larynx
- 7 œsophage
- 8 trachée



**LE LARYNX** : est un organe unique et médian situé à la partie moyenne du cou, en avant de l'hypopharynx. Il sépare la trachée des voies aéro-digestives supérieures..

La morphologie interne du larynx, tapissée d'une muqueuse de type respiratoire, se divise en 3 étages superposés :

❑ **L'étage sus-glottique**

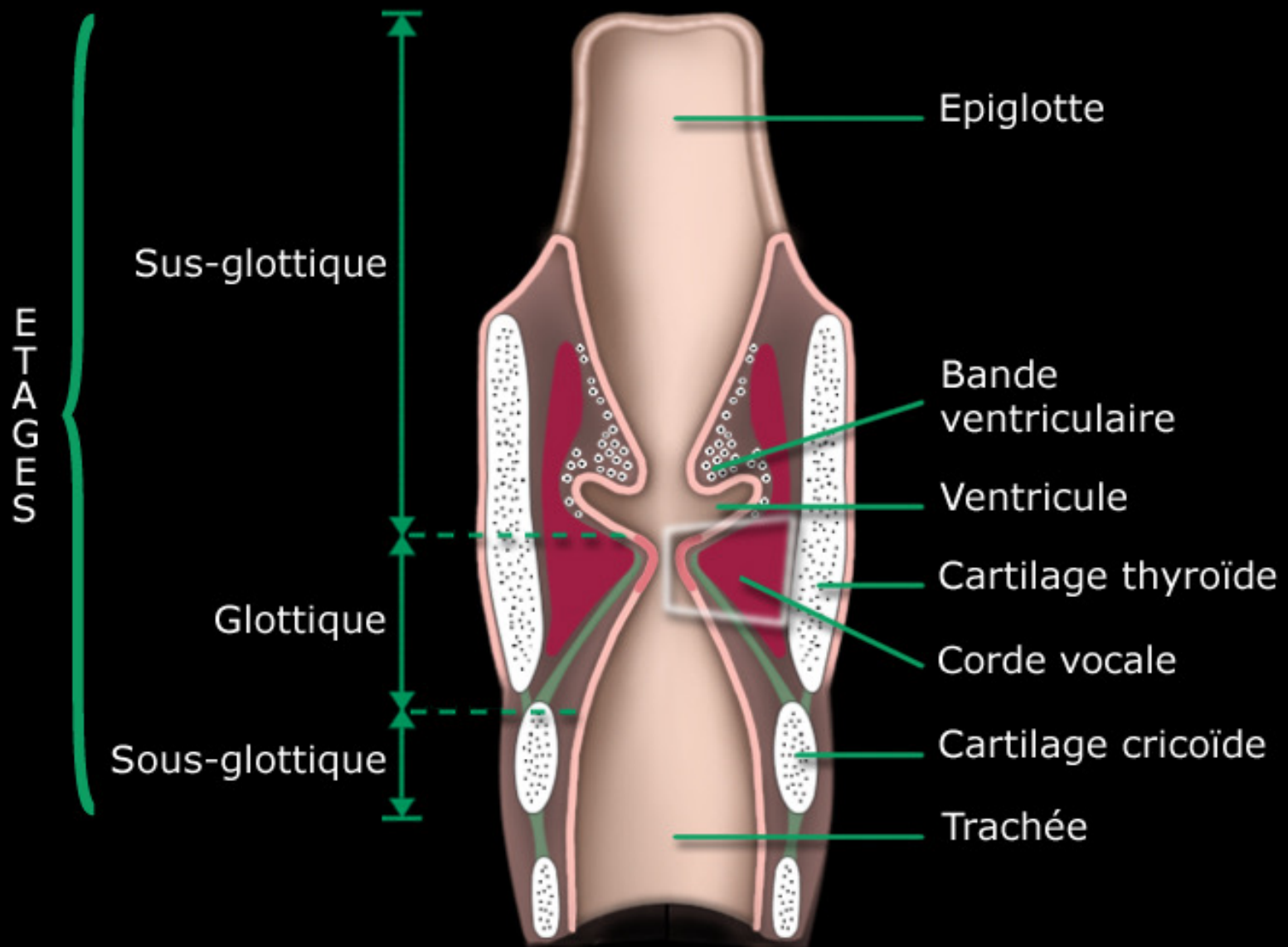
❑ **L'étage glottique** correspond au plan des cordes vocales. Celles-ci s'écartent (mouvement d'abduction) lors de la respiration ou de la déglutition et se rapprochent l'une de l'autre (adduction) lors de la phonation ou de la toux.

❑ **L'étage sous-glottique**

L'innervation laryngée est assurée par des branches du nerf pneumogastrique ; nerf laryngé supérieur pour l'innervation sensitive et nerf laryngé inférieur (nerf récurrent) pour la motricité.

Les lymphatiques sont très peu développés à l'étage glottique à l'inverse des 2 autres régions

# Vue du larynx en coupe frontale

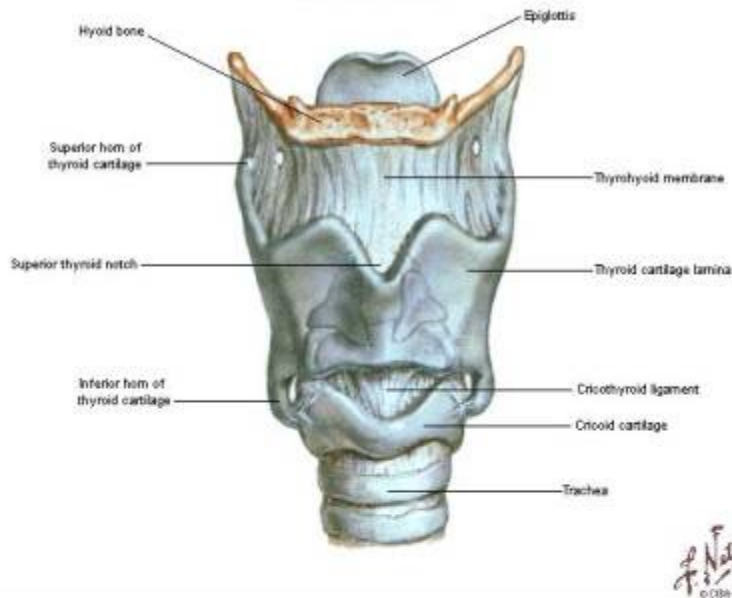




# Le larynx

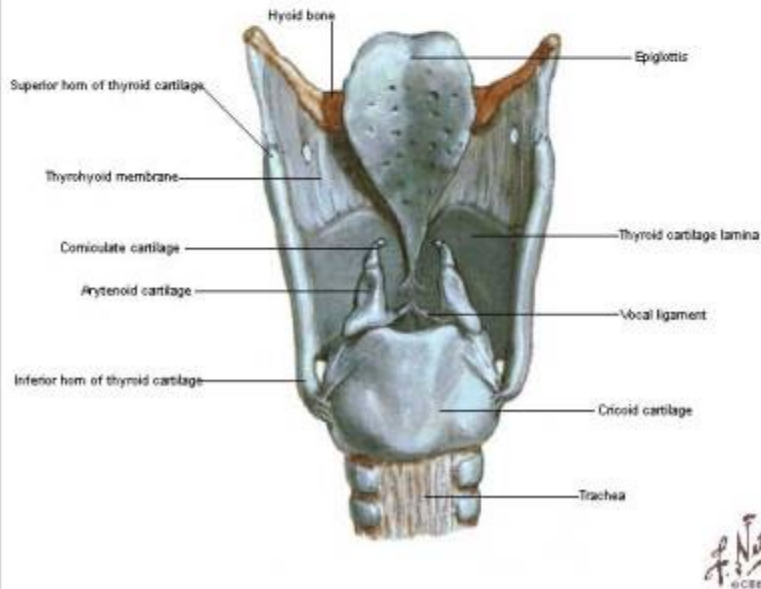
## Cartilages of Larynx

### Anterior View

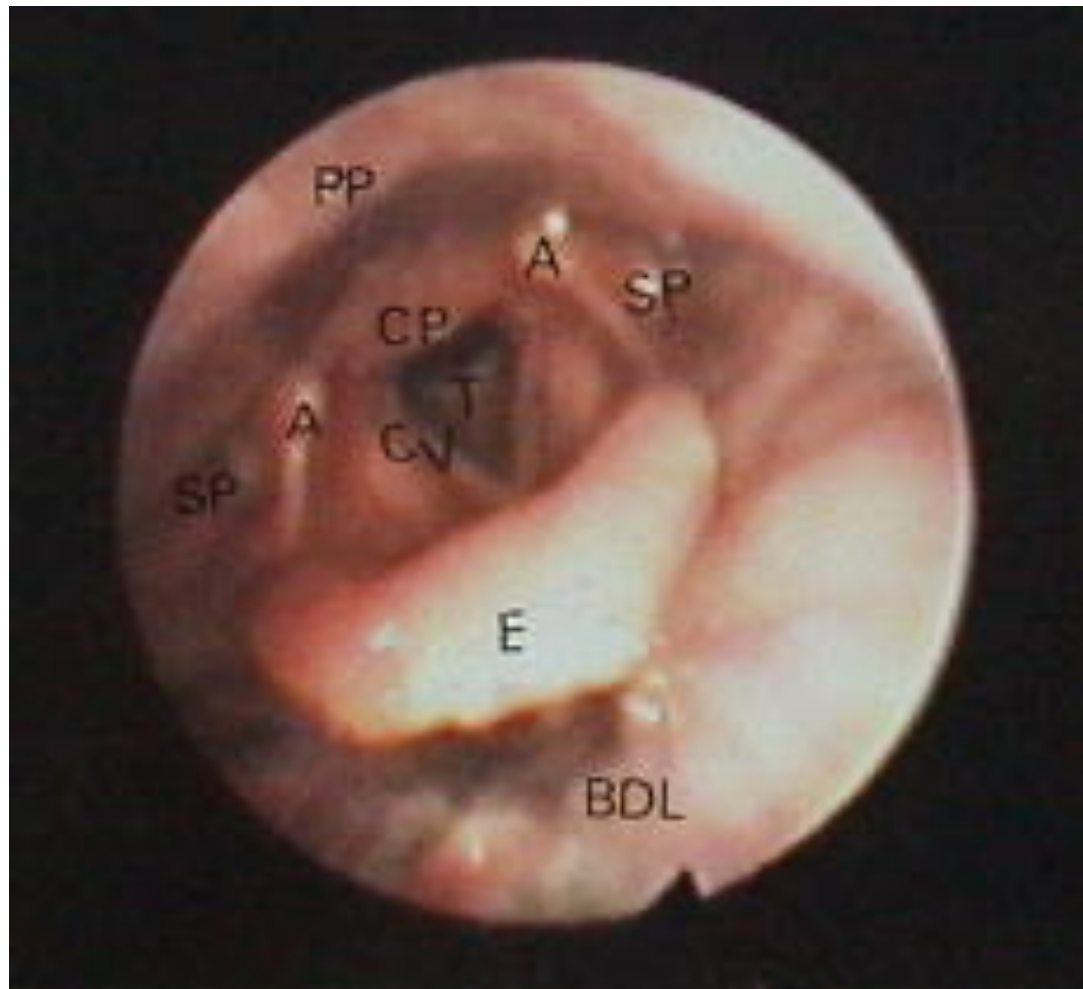


## Cartilages of Larynx

### Posterior View



- Os hyoïde
- Epiglotte
- Cartilage thyroïde
- Cartilage cricoïde
- Aryténoïdes
- Cordes vocales



**Le pharynx:** est un conduit musculo-membraneux qui s'étend verticalement en avant du rachis cervical depuis le sphénoïde jusqu'à l'oesophage .

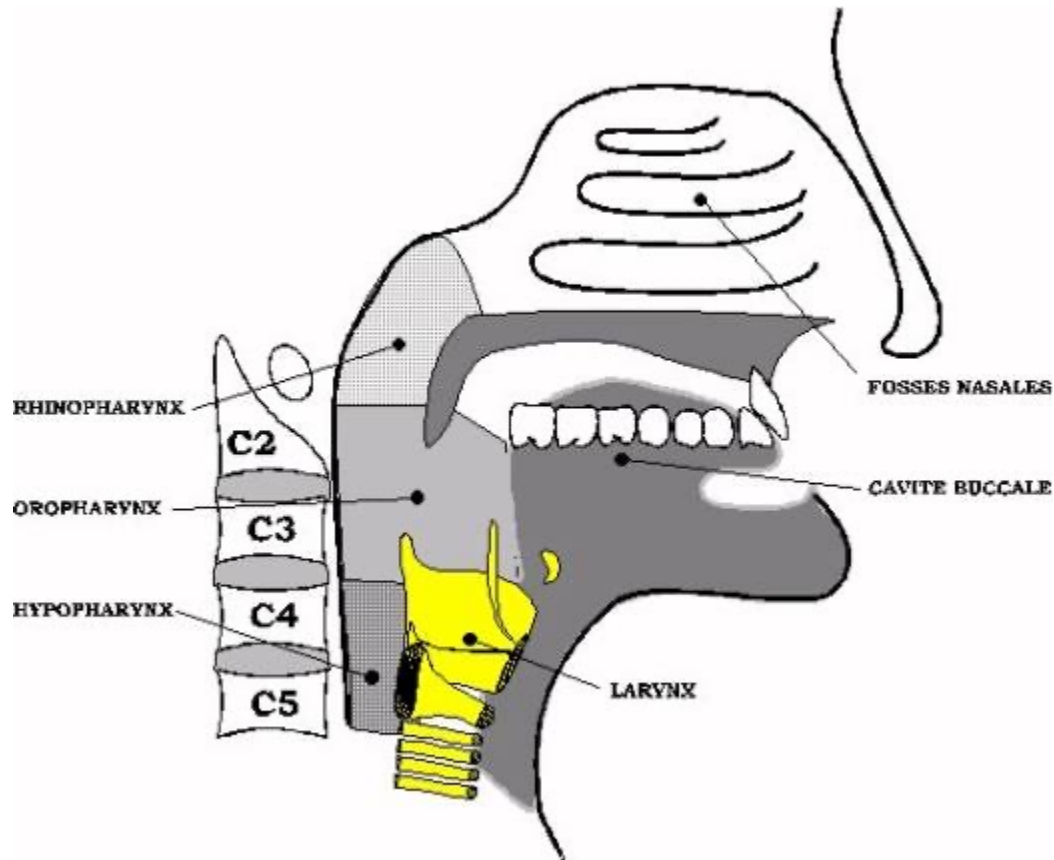
De haut en bas trois régions le composent :

**Le Rhinopharynx, encore appelé nasopharynx ou cavum, est situé sous la base du crâne, en arrière des fosses nasales et du voile du palais et au-dessus de l'oropharynx et en avant des deux premières vertèbres cervicales.**

**L'Oropharynx est situé en arrière de la cavité buccale. Il comprend les sites anatomiques suivants: région amygdalienne - voile du palais - base de langue - parois latérales et postérieures.**

**L'Hypopharynx est situé schématiquement latéralement et en arrière du larynx avec lequel il contracte des rapports étroits**

# Le pharynx



- Rhinopharynx
- Oropharynx
- Hypopharynx

Repli ary épiglottique  
gauche

Avant

Glotte (endolarynx)

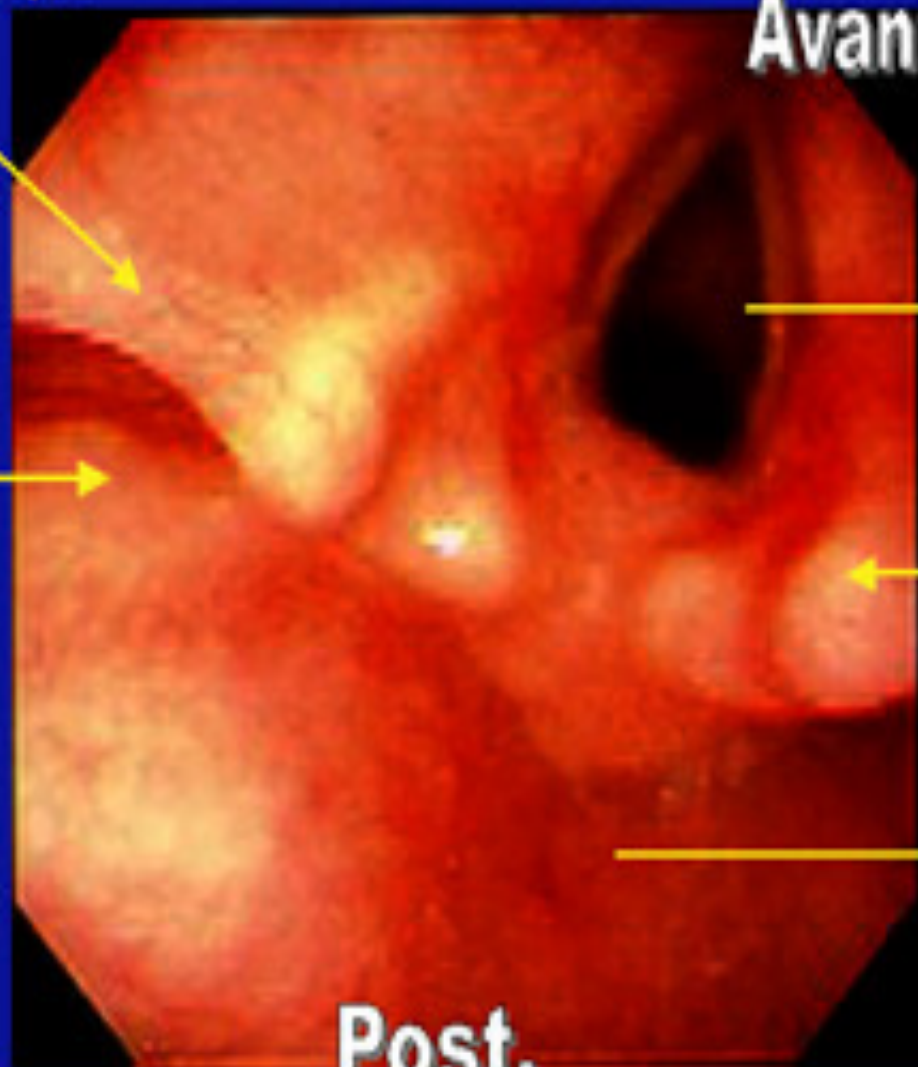
Sinus piriforme  
gauche

Aryténoïde  
droite

Région  
retrocricôïdienne

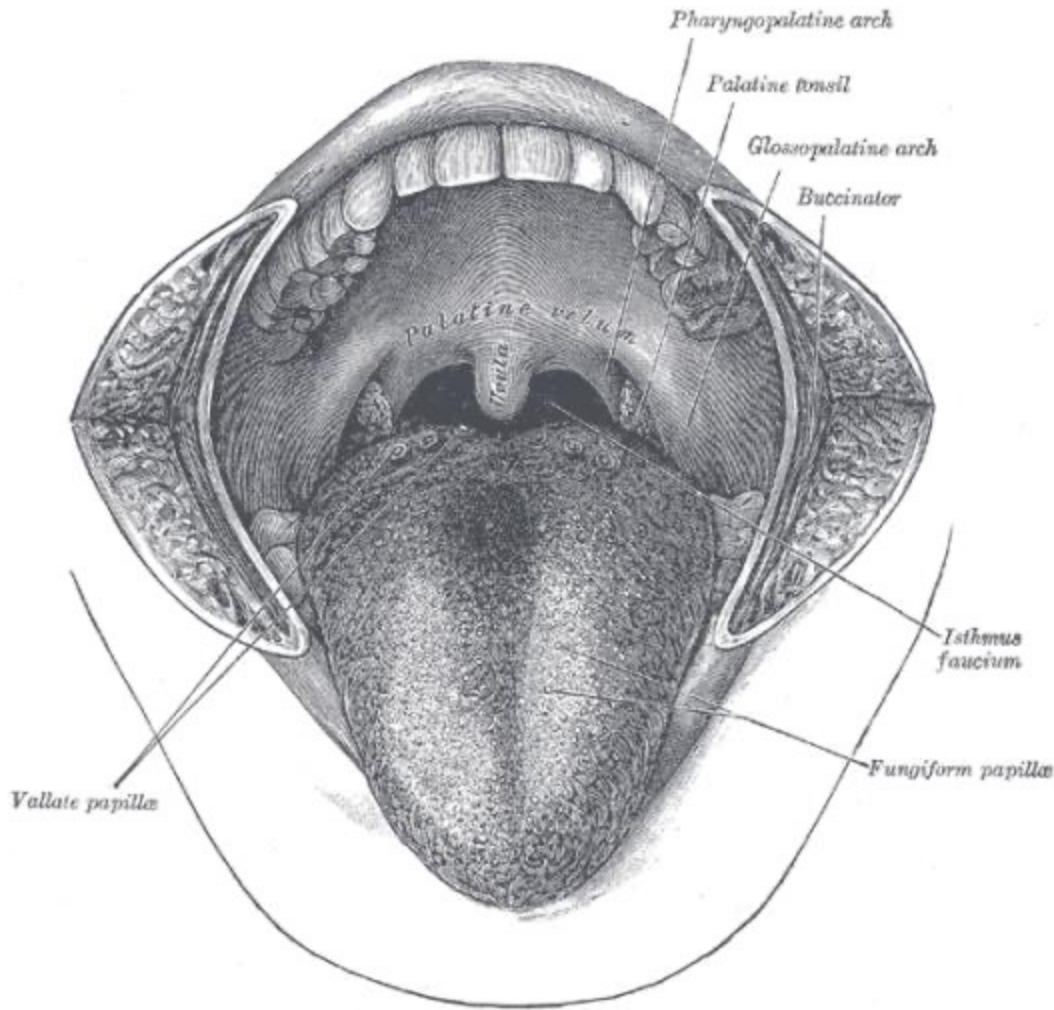
Post.

Hypopharynx  
(vue en laryngoscopie directe)



- **La cavité buccale:** est composée, extérieurement, par les lèvres supérieure et inférieure et, intérieurement, par le plancher de la bouche, les deux tiers antérieurs de la langue mobile, la face interne de la joue, les gencives supérieure et inférieure et le palais dur.

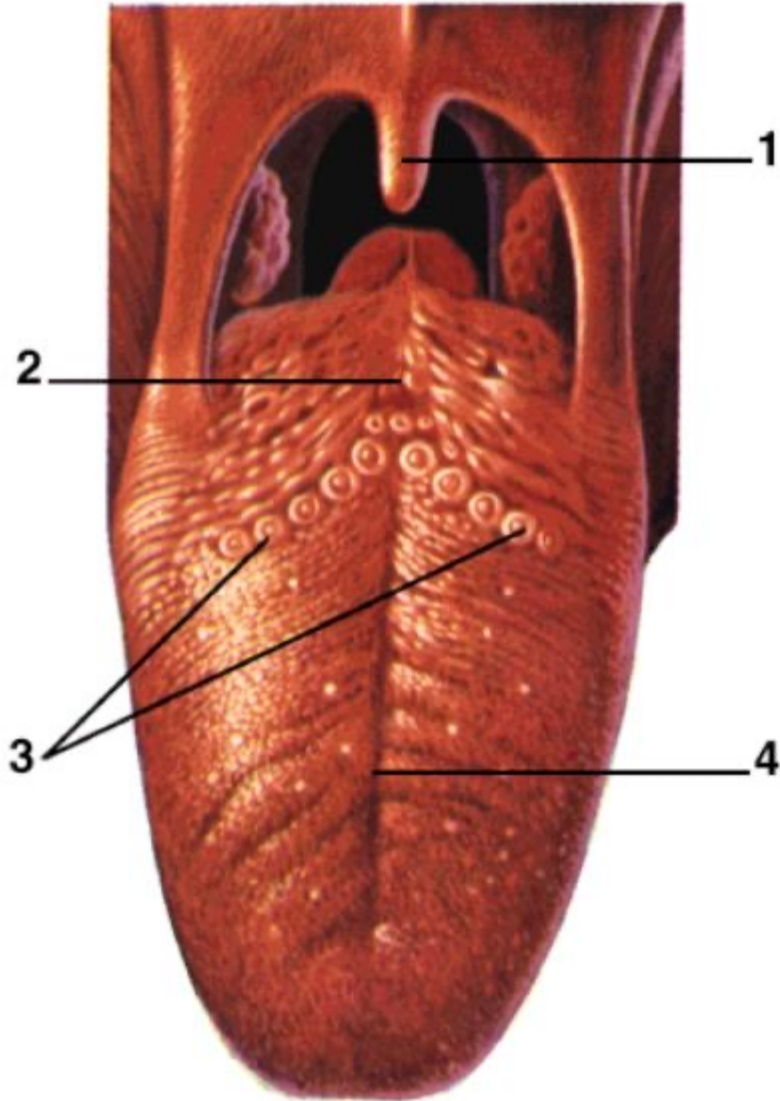
# La cavité buccale



- Lèvres
- Gencives
- Langue mobile
- Plancher
- Trigone
- Palais dur
- Joue



# L'oropharynx



- Loge amygdalienne
- Sillon amygdalo-glosse
- Base de langue
- Vallécule
- Paroi pharyngée postérieure
- Voile luvette



- **Localisation des cancers des VADS**
- **CAVITÉ BUCCALE**
- Lèvre
- Langue mobile
- Plancher de la bouche
- **LARYNX**
- Epiglotte
- Corde vocale
- **NASOPHARYNX**
- Cavum
- **OROPHARYNX**
- Voile du palais
- Amygdales
- Base de la langue
- **HYPOPHARYNX**
- Sinus piriforme

# 3-EPIDEMIOLOGIE

## Fréquence:

-les cancers de la sphère O.R.L représentent 12-15% au total des cancers.

## SEXE:

-la prédominance masculine est très nette: sup à 90%, mais elle a tendance à diminuer en raison de l'intoxication alcoolo- tabagique croissante chez les femmes.

## Age:

il s'agit des cancers de la deuxième moitié de la vie; avec un max:45 -70ans; age moyen de dgc: 60ans

# Facteurs de risque:

*Les causes d'irritation chronique des muqueuses des VADS sont multiples et le plus souvent associées :*

- ***Le tabagisme+++**, observé dans plus de 95 % des cas,*
- ***La consommation excessive de boissons alcoolisées,***  
***Tabac et boissons alcoolisées associés renforcent le***  
***risque+++.***
- ***HUMAN PAPILLOMA VIRUS HPV16 ++ et 18: kc oropharynx***
- ***La consommation insuffisante de légumes et de fruits.***
- ***Les substances et poussières irritantes et cancérogènes***  
***absorbées ou inhalées dans certains milieux***  
***professionnels qui agissent en synergie avec le tabac et***  
***l'alcool***

**-Certaines lésions chroniques des muqueuses: *leucoplasie\**,  
*kératose\**, *lichen\**, *érythroplasie*, *papillomatose*.**

***fréquentes au niveau de la bouche et des cordes vocales sont  
des états précancéreux qui peuvent se transformer en kc.***



# 4-ANATOMO-PATHOLOGIE

## MACROSCOPIE:

L'aspect de la tumeur peut être une ulcération; un bourgeonnement; ou une infiltration;

\* il s'agit la plus souvent d'une association de ces 03 formes.

## MICROSCOPIE:

- Dans plus de 90% des cas il s'agit des **carcinomes épidermoïdes; plus ou moins différenciés.**
- Hématosarcomes (lymphomes ou hodgkiniens).
- adénocarcinomes.

- **SITES NEOPLASIQUES:**

**Cavité buccale: 30%**

Oropharynx: 25%

Larynx: 25%

Hypopharynx: 15%

cavités naso-sinusiennes et cavum: 5%.

**MODALITES D'extension:**

**1-extension locale:**

elle peut se faire en surface de proche en proche et en profondeur

## **2-EXTENSION GANGLIONNAIRE:**

- Exception faite de la corde vocale; les cancers des VADS sont très lymphophiles; le groupe ganglionnaire le plus souvent atteint est le groupe sous- digastrique.

## **3-EXTENSION METASTASIQUE:**

les métastases sont relativement peu fréquentes avec un pourcentage de 10%; les localisations les plus fréquentes : pulmonaires, hépatiques, osseuses.

- **4-CANCERS MULTIPLES DES VADS:**
- Il est relativement fréquent de découvrir une ou plusieurs localisations néoplasiques au niveau des VADS.
- la fréquence varie de 10-20% selon les localisations, ces cancers multiples doivent être recherchés lors du bilan initial(cancer synchrone) ou lors de la surveillance d'une 1ère localisation traitée ( kc métachrone).
- l'œsophage est fréquemment le siège de ces localisations multiples.



# DIAGNOSTIC

- Circonstances de découverte:

Le dgc est le plus évoqué devant 1e symptomatologie persistante:

- dysphagie;odynophagie.

- dysphonie.

- dyspnée.

- otalgie.

- Tuméfaction cervicale.

une telle symptomatologie est d'autant plus inquiétante qu'elle survient chez un homme d'âge mur alcool-tabagique.

# • EXAMEN CLINIQUE:

## interrogatoire

-age

-habitudes de vie(tabagisme;alcoolisme)

-niveau socio-économique

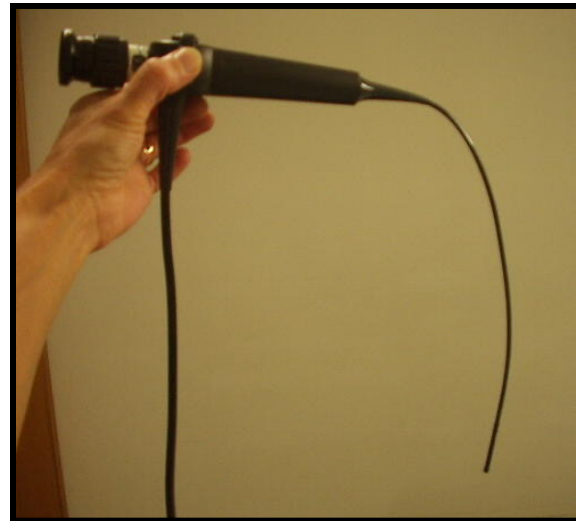
-date de début des signes fonctionnels  
(dysphagie,dysphonie, dyspnée, otalgie,  
...)

-évolution des S.F et leur mode début.

- Le bilan clinique comportera systématiquement un examen des VADS et un examen des aires ganglionnaires cervicales.

## **examen des VADS:**

- Ex. de la cavité buccale et de l'oropharynx :**
- à l'abaisse –langue** permet de mettre en évidence une tumeur ulcéro-bourgeonnante ou ulcéro-infiltrante (kc de l'amugdale palatine).
- la palpation:** cette lésion est indurée et saigne au contact.
- Ex. de l'hypopharynx et de larynx:** avec l'aide d'une nasofibroscopie ou épipharyngoscope  
visulisation de la tumeur;  
préciser sontype(bourgeonnement,ulcération,infiltration);  
son siège;  
ses extensions;  
l'état de la mobilité des cordes vocales.

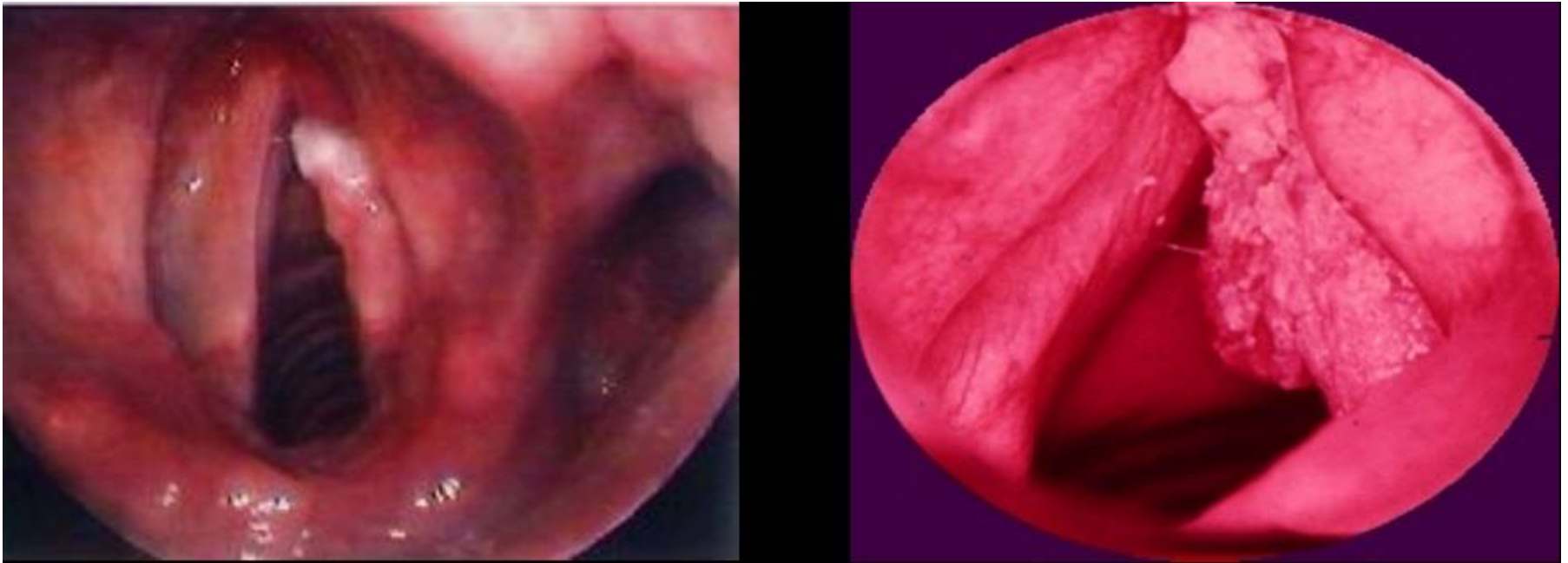


# Examen clinique



# Examen clinique

- fibroscopie



L'examen des VADS permet le plus souvent de trouver la tumeur et de préciser ses principales extensions;il permet également de chercher une 2ème localisation néoplasique.l'ensemble des constatations sera systématiquement consignée ds le dossier médical et sur un schéma daté.

- **examen cervical:** il est essentiellement centré sur la palpation des aires ggaies cervicales bilatérales qui est systématique et les constatations (coté:siège;consistance;mobilité...) seront consignées ds le dossier médical et sur un schéma daté.le groupe ggaire le plus souvent atteint est **le groupe sous-digastrique.**

## **-EX.STOMATOLOGIQUE:**

-État bucco-dentaire+++.

ce bilan est demandé lorsqu'une irradiation est envisagée.

## **-EX.GENERAL:**

on appréciera l'état général du patient:

cardio-pulmonnaire, hépatique, osseux, neurologique et nutritionnel.



# EXAMEN PARACLINIQUE

# BILAN D'IMAGERIE

**IMAGERIE des VADS:** le bilan loco-régional est actuellement basé sur la **TDM et/ou IRM**.

ces examens seront demandés pour

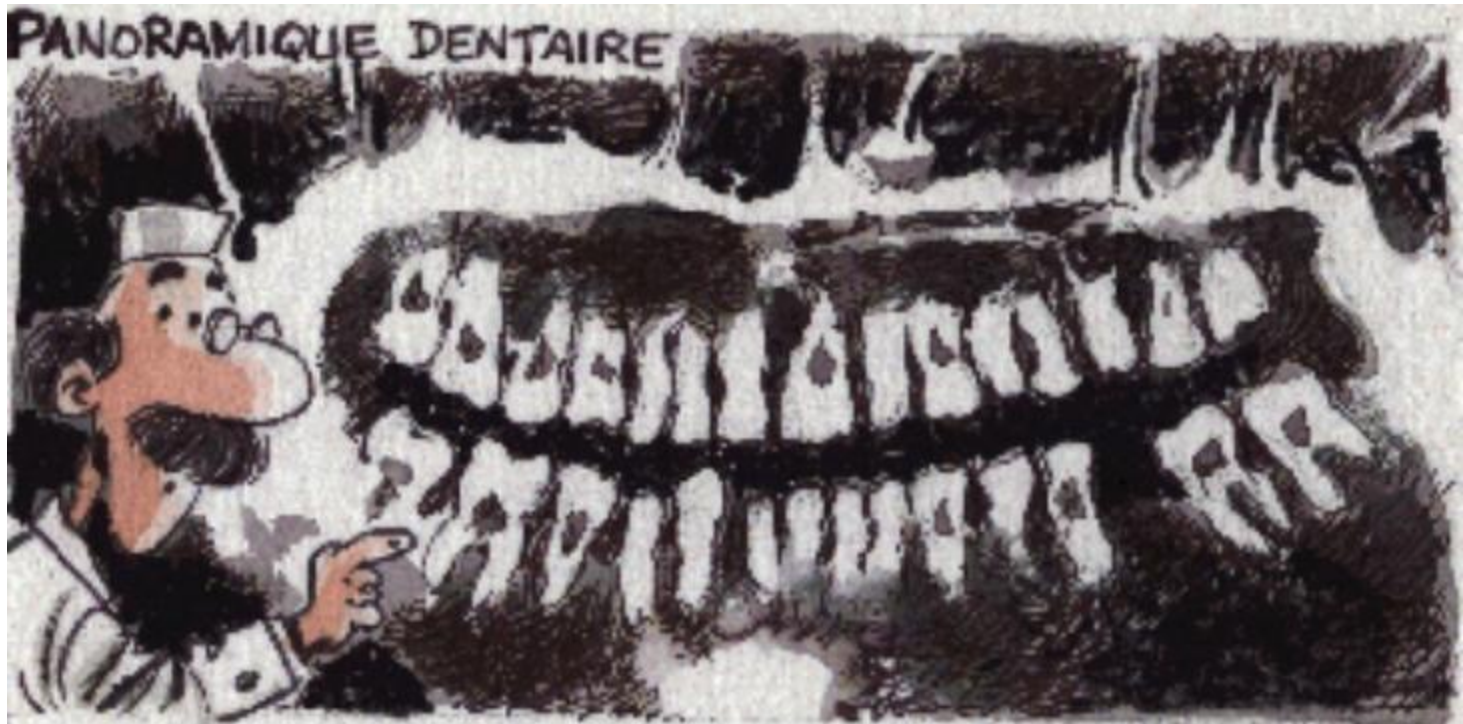
- juger de l'envahissement de certaines structures profondes inaccessibles à l'ex.cl et endoscopique.
- mettre en évidence des ADP infra cliniques.

**IRM:** ++ étude des lésions de la C.B ET L'OROPHARYNX.

**TDM:** +++ ex.de choix pour l'étude des tumeurs du pharyngo - larynx.

# panoramique dentaire

- Préparation des dents à la radiothérapie
- Extension osseuse des cavités buccales et oropharynx



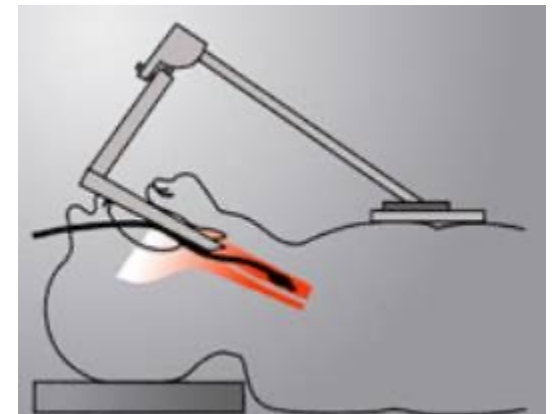
# **bilan métastatique:**

- Radio pulmonaire
- Échographie hépatique
- Scintigraphie osseuse
- TDM thoraco-abdominal/TDM cérébrale/TEP  
SCAN.

- **Bilan pré-anesthésique + Bilan nutritionnel:**
  - fns; glycémie; gr(rh); bilan rénal; bilan d'hémostase.
  - ECG; bilan hépatique complet.

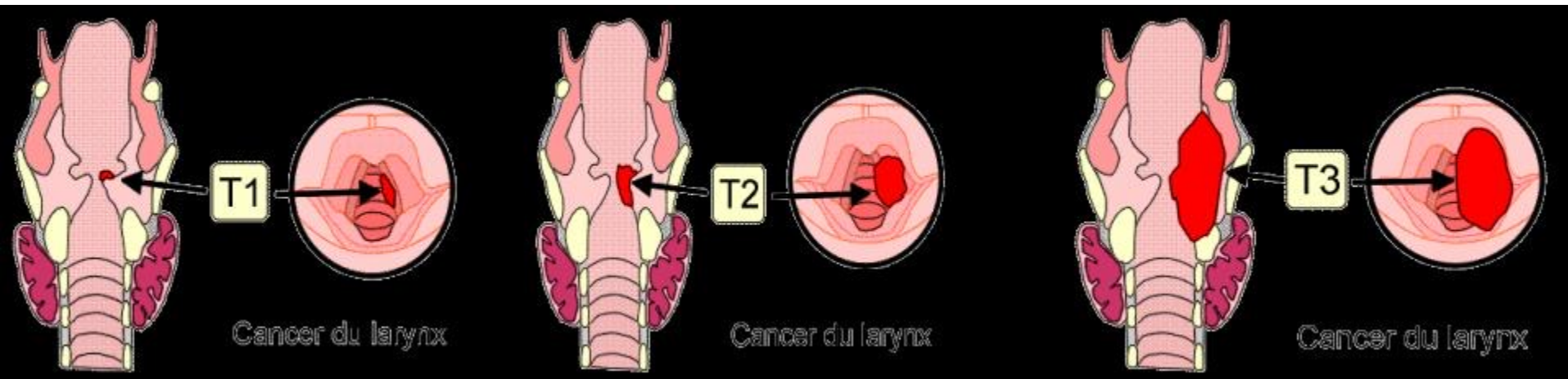
# La panendoscopie

- Deuxième localisation
- Stade clinique
- Indication thérapeutique: totale ou partielle



- **Qu'est-ce que c'est?**
- La panendoscopie est un examen de l'ensemble des voies aériennes et digestives supérieures. Réalisée à l'aide de différentes caméras, cette exploration visuelle se concentre sur les muqueuses. Elle comprend:
  - un examen de la cavité buccale (la bouche)
  - une pharyngo-laryngoscopie (un examen au fond de la gorge et du larynx)
  - une bronchoscopie (un examen de la trachée et des bronches)
  - une œsophagoscopie (un examen de l'œsophage).

# La panendoscopie



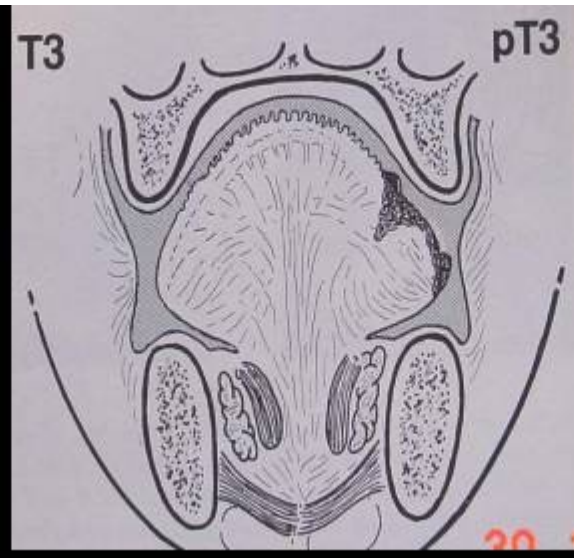
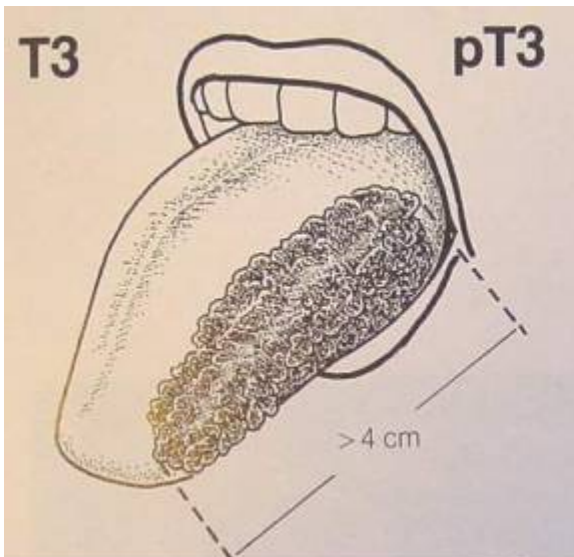
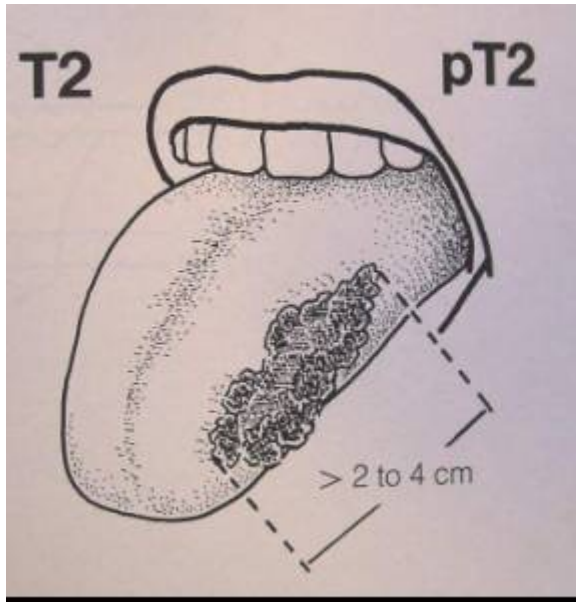


# Les biopsies

- Diagnostic de certitude
- Carcinome epidermoïde: 90%

- **BIOPSIE:** le dgc positif ne sera affirmé qu'après examen anatomo-pathologique des biopsies de la lésion qui est indispensable pour débiter le trt.
- **Cavité buccale et oropharynx:** la biopsie est relativement aisée peut se faire en consultation, sous anesthésie locale.
- **Hypopharynx et endolarynx:** les biopsies seront pratiquées lors de la panendoscopie des VADS sous AG.

# CANCER DE LA LANGUE



## cancer de l'étage glottique



Fig. 4.30 Carcinome limité de la corde vocale avec extension dans le ventricule de Morgagni.

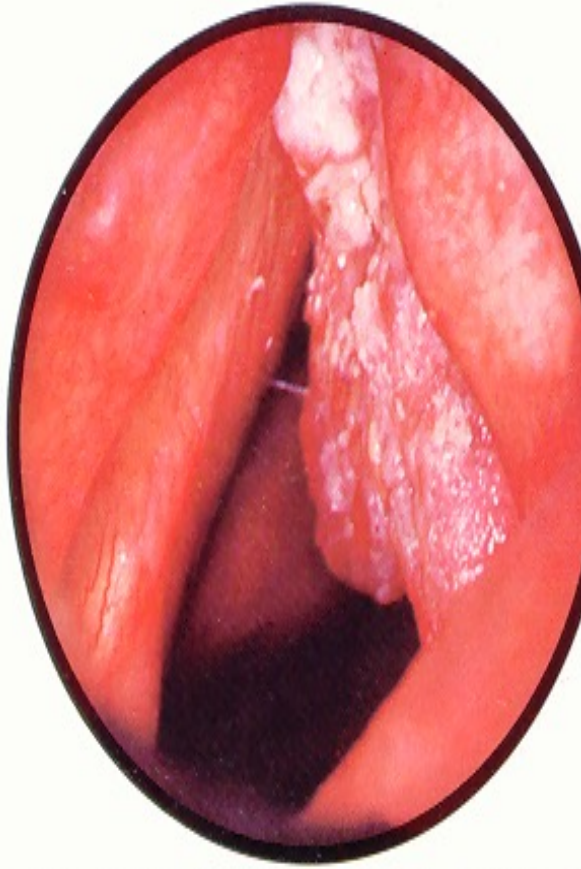


Fig. 4.31 Carcinome de toute la corde vocale, du ventricule de Morgagni et de la commissure antérieure. La corde vocale est fixée.



# TRAITEMENT

- Différentes méthodes peuvent être utilisées le plus souvent en association pour traiter les cancers des VADS.
- l'arrêt de l'intoxication alcoolo-tabagique fait partie du trt de ces kcs.
- les choix thérapeutiques seront choisis de façon collégiale en réunion de concertation multidisciplinaire (ORL, chimiothérapeute, Rxthérapeute, anatomopathologiste ....).

# **-chimiothérapie**

**elle est soit:**

- Néoadjuvante quand lésion de grande dimension (d'induction): avant le trt à visée curative(chirurgie et/ ou radiothérapie).**
- Palliative**
- En association avec la radiothérapie (potentialisation).**
- Les cures sont répétées à intervalles de 3 Semaines, la plupart des équipes effectuent en moy 3 cures (mais les protocoles peuvent varier).**

# - Radiothérapie

- La Radiothérapie peut être utilisée en trt unique (curatif ou palliatif) ou être associée à la chirurgie (le plus souvent en post-op)



# COMPLICATIONS DE LA R.T

- Radiomucite aigue
- Sécheresse buccale (xérostomie)
- Caries (prévention fluorée)





# L'OstéoRadioNécrose

- 5 à 9 %
- Douleur ++, infection, fistule, trismus



# OstéoRadioNécrose

Rx : nécrose osseuse, fracture, séquestre



- La chirurgie:

peut être effectuée en première intention ou être utilisée en rattrapage (cad chez un patient déjà opéré ou irradié).

la chirurgie de 1<sup>ère</sup> intention portera systématiquement sur le site tumoral et sur les aires ggaires.

**-CHIRURGIE SUR LE SITE TUMORAL:**

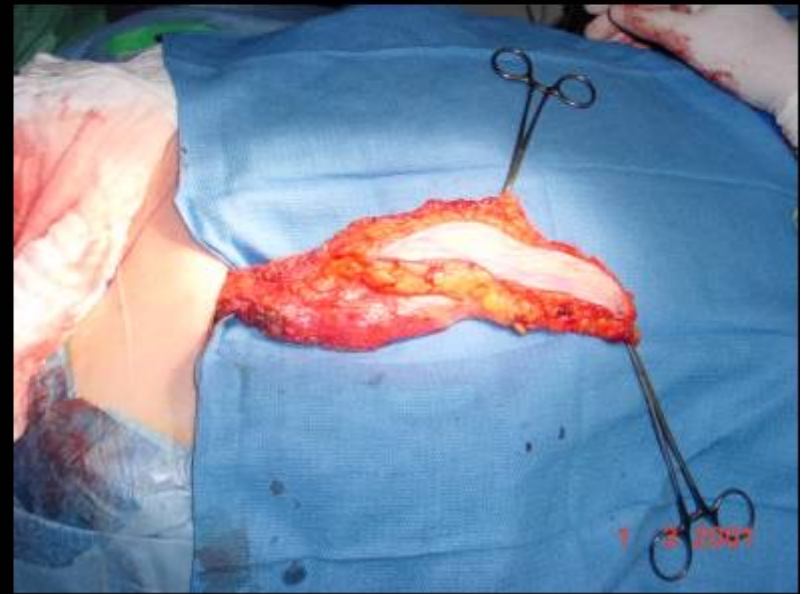
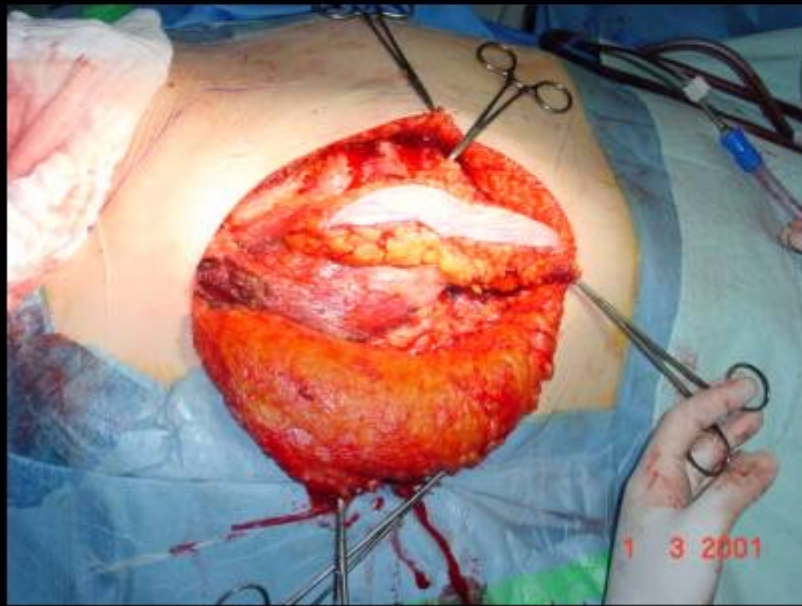
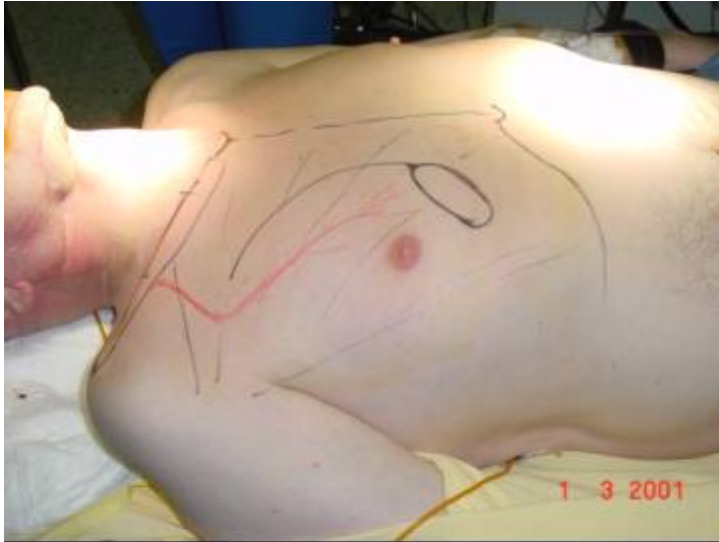
elle doit répondre à des impératifs carcinologiques stricts dont le principal est une exérèse tumorale passant au large de la lésion

-une 2<sup>ème</sup> règle est de préserver autant que faire se peut sur le plan carcinologique les principales fonctions des VADS (respiration;phonation;déglutition;mastication)

-certaines exérèses tumorales larges peuvent nécessiter le transfert d'un **lambeau de reconstruction** pour combler le défaut (le+ utilisé étant **lambeau musculo-cutané de grand pectoral**).

# LA RECONSTRUCTION

## lambeau de grand pectoral





# LA RECONSTRUCTION

## lambeau de grand pectoral



# LA RECONSTRUCTION

## lambeau naso-génien



# LA RECONSTRUCTION

## lambeau osseux (péroné)



**-Curage ganglionnaire:** systématique associé au trt chirurgical du site tumoral; en particulier lorsque ce dernier est effectué en 1ère intention;  
le curage peut être:  
**complet ou Partiel**

Le curage pourra être mené de façon uni ou bilatéral



# 9-Surveillance

- Elle devra être à **vie, régulière, extrêmement fréquente au cours des 1ères années, puis progressivement allégée.**
- les moyens sont essentiellement:
- **cliniques;endoscopiques**
- **TDM/IRM/TEP++.**
- **TLT**

Elle portera essentiellement sur:

- **Évènements carcinologiques**
  - poursuite évolutive
  - récidive locale
  - récidive ganglionnaire
  - seconde localisation
  - métastase
- **Complications de la radiothérapie**
  - radionécrose
- **Sevrage alcool-tabac+++**

# 10-Les autres cancers des VADS:

Les autres cancers des VADS (sinus de la face, nasopharynx, glandes salivaires) sont beaucoup moins fréquents et ne semblent pas liés au tabac et à l'alcool.

## - Cancers du nez et des sinus de la face:

- > écoulement nasal purulent, teinté ou non de sang, persistant,
- > sensation de nez bouché unilat, progressive puis rapidement permanente,
- > petites hémorragies nasales répétées (épistaxis),
- > Polype nasal,
- > névralgie faciale,
- vision dédoublée.

Ces symptômes, qui n'apparaissent le plus souvent que d'un seul côté de la face, peuvent faire penser à une sinusite maxillaire ou frontale, mais leur persistance et leur aggravation malgré un traitement antibiotique doivent faire consulter.

l'examen essentiel est la TDM, Le scanner recherche la destruction des parois osseuses.

IRM

Après biopsie par la fosse nasale

La tumeur est généralement traitée par chirurgie, suivie de radiothérapie.

# **-Les cancers du nasopharynx:**

atteignent essentiellement les sujets originaires **d'Asie du Sud-Est, des Antilles et du Maghreb** .

Ils peuvent toucher des sujets jeunes, en particulier des enfants, et atteignent les femmes dans 40 % des cas.

Ces cancers sont favorisés par :

- **l'infection par le virus d'Epstein-Barr,**
- **la consommation habituelle d'aliments saumurés ou fumés, riches en cancérrogènes**

.

- **C.D.D:**

> **hypoacousie unilatérale, acouphéne.**

> **une obstruction nasale; épistaxis**

> **ADP cervicales dures svt bilatérales hautes.**

➤ **Névralgies faciales; atteintes des paires craniennes.**

- **Dgc de certitude** :Après biopsie effectuée par le nez, ou par la bouche, derrière le voile du palais.

- La TDM et IRM sont essentielles pour préciser le volume de la tumeur, l'état de l'os au niveau de la base du crâne.

- Les cancers du cavum réagissent très favorablement à la chimiothérapie et à la radiothérapie. La chirurgie n'intervient que rarement, parfois sur les ganglions du cou persistants après le traitement initial

# 11-Conclusion

- Dans plus de 90% des cas les cancers des VADS sont des carcinomes épidermoïdes .
- Le diagnostic doit être systématiquement évoqué devant toute symptomatologie persistante d'autant que la personne est de sexe masculin, dans la deuxième moitié de la vie et alcoololo tabagique; seule La biopsie permet d'affirmer le diagnostic de cancer.
- LE BILAN PRE-THERAPEUTIQUE est indispensable et permet de poser l'indication thérapeutique.
- Un patient atteint d'un cancer des VADS doit être surveillé très régulièrement tout au long de sa vie.