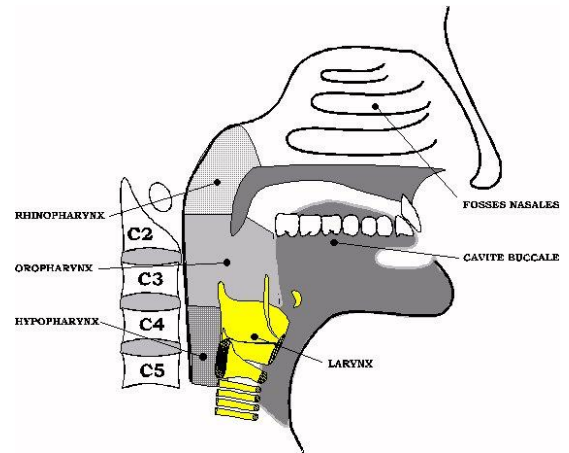


- Les cancers des VADS sont fréquents représentant 10 % des cancers de l'homme et 2 % des cancers de la femme. Ils sont responsables de près de **10 000 décès par an** en France

Répartition des cancers des VADS :

- **Cavité buccale : 30 %** (Q 208 : langue)
- **Oropharynx : 25 %**
- **Larynx : 25 %**
- **Hypopharynx : 15 %**
- **Cavum : < 5 %**



Généralités

- De nbx facteurs st communs aux cancers de l'oropharynx, de l'hypopharynx et du larynx et ils seront étudiés ensemble.
- Le cancer du cavum est différent des précédents et sera abordé dans un chapitre distinct.

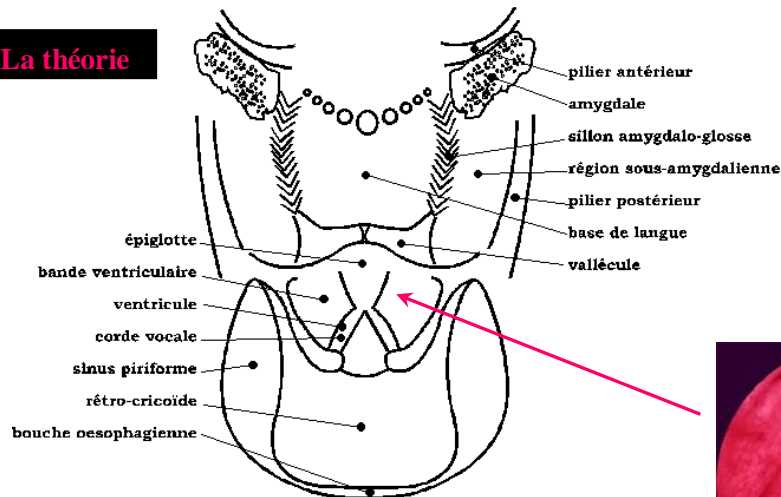
Cancer de l'oropharynx, hypopharynx et du larynx

• ANATOMOPATHOLOGIE

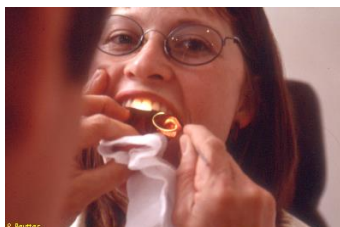
- Ce sont des **carcinomes épidermoïdes** ds plus de **95 %^Q** des cas . Ce st des cancers **extrêmement lymphophiles^Q** (sf les cordes vocales^Q) qui vt être responsable d'un envahissement quasi obligatoire des nœuds lymphatiques cervicaux que ce soit clinique ou histologique.
- Caractérisés également par une **2^{ème} localisation** ds **10-15 %** des cas :
 - Synchrone (en même temps)
 - Simultanés (1-6 mois de latence)
 - Métachrones (plus de 6 mois après)=> surveillance +++ prolongé à lg terme
- **Autres types histologiques** selon la localisation
 - Oropharynx : Epidermoïde >> Lymphosarcome ou LMNH de l'amygdale (10% des néo de l'amygdale)
 - Hypopharynx : Epidermoïde >> Sarcomes
 - Larynx : Epidermoïde >> Rhabdomyosarcome et Chondrosarcome

• QUELQUES ICONOS POUR COMBLER LE VIDE ... ET NOUS RAPPELER L'ANATOMIE ET QQ NOTIONS DU PERE FOURCADE

La théorie



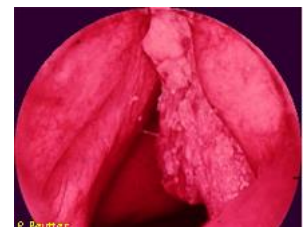
La pratique



Le normal



Le pathologique



Cancer épidermoïde de la corde vocale

	Oropharynx	Hypopharynx	Larynx
K VADS	25 %	15%	25%
FdR ppal	Intox OH ^Q -Tabac ^Q : action synergique RR x 20 . Tabac : carcinogène direct et alcool : cocarcinogène . Pas d'effet de l'alcool en glottique et sous glottique		
FdR secondaire	Lésion précancéreuse : érythroplasie, leucoplasie Mv hygiène bucco-dentaire ^Q Exposition professionnelle : nickel, métallurgie	Lésion précancéreuse : érythroplasie, leucoplasie Mv hygiène bucco-dentaire	Exposition professionnelle : Amiante, nickel, chrome, arsenic, acide sulfurique Lésion préK : Laryngite chronique blanche ou rouge, Papillomatose laryngée, Sd de Plummer Vinson RGO, Radiothérapie (délai de 10 ans)
Age	Très large prédominance masculine ^Q (90%) en régression. Age moyen : 45-70 ans ^Q (Atteinte du pharynx + précoce que le larynx)		
Signes fonctionnels	Gène pharyngé, dysphagie ^Q Otalgie ^Q , odynophagie unilatérale Crachats sanglants Hypertrophie amygdalienne unilatérale S tardif : Trismus, fixité linguale Adp sous-digastrique homolat (80%), ou bilat (K amygdale : pas d'adp bilatérale ^Q)	Dysphagie ^Q haute simple gène pharyngé, sensation de CE Odynophagie ^Q , Otalgie réflexe ^Q unilatérale Immobilité de l'hémi-larynx homolat ^Q S tardif : dysphonie, dyspnée laryngée Adp ^Q sous digastrique homolat (80%), ou bilat	Dysphonie : Toute dysphonie > 15 j chez un fumeur de > 40 ans doit faire rechercher un K du larynx <ul style="list-style-type: none"> - Margelle : gène pharyngé, dysphagie, dyspnée laryngée tardive, otalgie réflexe, adp cervicale - Sus glottique : gène pharyngé, otalgie réflexe, dysphonie modéré, adp cervicale - Glottique : dysphonie^Q sans adénopathies^{Q±} - Sous glottique : Dyspnée laryngée précoce, toux, adp médiastinale Autres : DI cervicale, toux, crachats sanglants, fausse route. Pas d'otalgie en glosso ^Q sous glottique ^Q
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Examen de la cavité buccale/oropharynx avec abaisse langue puis laryngoscopie indirecte à miroir de Clar et nasofibroscope laryngé pour les étages inférieurs, palpation de la loge amygdalienne, de la base de la langue et du plancher buccal, évaluer la mobilité laryngée (symétrie) - Aspect macroscopique de la tumeur : ulcérovégétante, ulcéroinfiltrante, topographie, extension, autres localisations (schéma daté) - Palpation des chaînes ganglionnaires cervicales (schéma daté) - Rechercher des signes d'atteinte mandibulaire ou d'atteinte de la charpente ostéocartilagineuse du larynx. - Examen clinique général 		
Bilan extension	<ul style="list-style-type: none"> - Panendoscopie des VADS en suspension sous AG avec schéma daté et biopsies lésionnels^Q après contrôle de l'hémostase : recherche une 2^{ème} localisation <u>synchrone</u> - Fibro bronchique et oesogastroduodénale - TDM cervicofacial : préciser l'extension locale, déceler des adp infracliniques ou des lyses osseuses ou cartilagineuses. Pour la cavité buccale et l'oropharynx, l'IRM semble plus sensible ; . +/- écho cervicale (recherche adp) - Rx pulmonaire F/P - Biologie hépatique, écho hépatique, bilan phosphocalcique et scinti os au Tc 99m si point d'appel 		
Bilan préttiq	<ul style="list-style-type: none"> - Bio : NFS, ione, urée, créatininémie, coagulation, groupage ABO-Rh D, RAI, 1^{ère} et 2^{ème} détermination - Nutritionnel : clinique, biologique et calorique - Pulmonaire : EFR car la chirurgie est pourvoyeuse de fausses routes alimentaires fréquentes en post op et pour évaluer le risque opératoire - Cardio : ECG, ETT, épreuve d'effort - Dentaires : <u>Bilan dentaire</u> (éradication des foyers infectieux dentaires [Avulsion des dents mortifiées/cariées, détartrage soigneux] et confection de gouttières fluorées avant radiothérapie), <u>Panoramique</u>, <u>cliché rétroalvéolaires</u>, <u>Blondeau</u> 		

RHINOPHARYNX

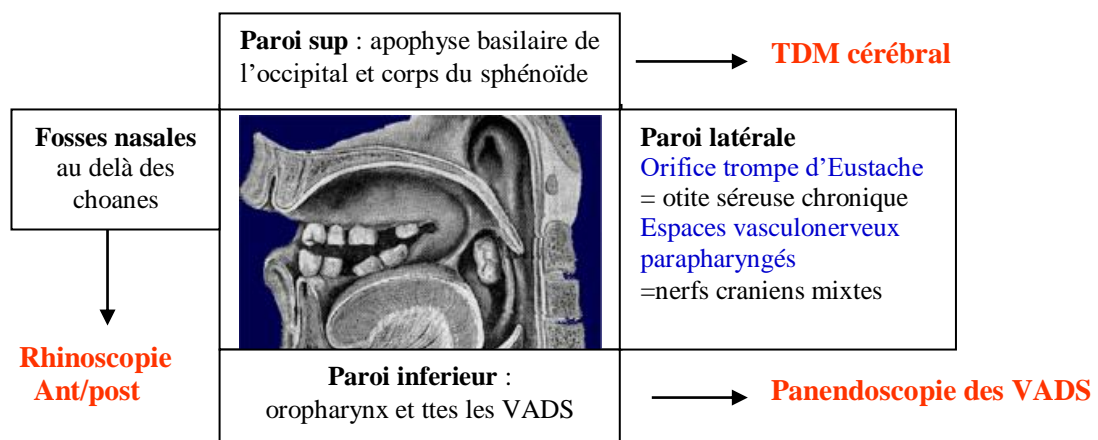
ÉPIDÉMIOLOGIE

- Tumeur du cavum sont rares en Europe (< 5% des K des VADS) essentiellement des carcinomes épidermoïdes (80%) et des lymphomes MNH (20%)
- En Afrique du Nord^Q et Asie du Sud-Est^Q, elle constitue un pb de Santé Publique du fait de la fréquence du carcinome indifférencié du nasopharynx (UCNT : Undifferentiated Carcinoma of nasopharyngeal tract)
 - 1^{ier} K de l'homme dans ces régions (20% des cancers)
 - Sex Ratio : 2-3 alors qu'il est de 30 pour les formes épidermoïdes.
 - Age moyen de survenue : 20-40 ans^Q
 - Rôle de l'EBV^Q +++ (famille Herpès virus^Q) de la physiopathologie de ce carcinome : présence du génome de l'EBV dans les cellules tumorales.

HISTOLOGIE

- Carcinomes épidermoïdes +/- différenciés : Surtt des hommes de > 50 ans, Tabac^Q, pas d'origine ethnique particulière, pas de marqueur tumoral
- LMNH
- UCNT : Quasi autant d'homme que de femme, jeune 20-40 ans, Ethnie +++, très lymphophile^Q, sérologie EBV comme marqueur tumoral, bonne radiosensibilité.

TOPOGRAPHIE : CAVUM



SIGNES FONCTIONNELS

- Les signes fonctionnels sont indépendants de la nature histologique de la tumeur .
 - Rhino : Obstruction nasale unilatérale^Q avec rhinolalie, rhinorrhée +/- purulente avec épistaxis^Q
 - Audio : Otite séreuse unilatérale responsable d'une surdité de transmission^Q, sensation de plénitude^D de l'oreille, autophonie, acouphène^D +/- otalgie^Q. Parfois compliqué d'une OMA (!).
 - Adp^Q hautes : +++ bilatérales svt, sous mastoïdiennes puis jugulocarotidiennes et spinales hautes.
 - Neuro : Extension aux paires crâniennes : surtt V, III, IV, VI, IX, X, XI (pas de paralysie faciale^Q)
 - Sd de la fente sphénoïdale : N.occulomoteur^Q + V
 - Sd de l'apex pétreux : V^Q, VI
 - Sd du sinus caverneux : Exophtalmie^D, N.occulomoteurs^D + V1^D surtt
 - Sd du trou déchiré post : IX, X, XI
 - Envahissement sous parotidien post : IX, X, XI + XII + Sympathique cervical

BILAN

- Local :
 - Examen ORL complet :
 - Examen rhinoscopique antérieure et postérieure indirect avec nasofibroscopie indispensable (Cavoscopie), réalisé sous AL ou AG avec réalisation de biopsies pour diagnostic histologique
 - Examen de l'oropharynx et de la cavité buccale
 - Examen otologique : Otoscopie bilat (OSC)+ Acoumétrie (Rinne négatif + Weber côté atteint) + audiométrie (tympanogramme et audiogramme) => en faveur d'une surdité de transmission
 - Examen neurologique des paires crâniennes : V, nerfs mixtes et nerfs oculomoteurs
 - Examen ophtalmo : FO, AV, exophtalmomètre de Hertel, test de Lancaster si diplopie^Q
 - Imagerie du cavum et de la base du crâne : TDM injecté (extension osseuse), IRM gado (extension ds les espaces vasculonerveux parapharyngés)
- Régional : Adénopathies dures svt multiples : schéma daté + TDM/IRM + echo cervicale
- Métastases^Q : clinique (HMG, dl os, dyspnée), Rx thorax, BH ; Ca-P, Echo hptq
- Dents: Examen stomato, Panoramique, Blondeau, ttt, gouttières moulées fluorées à vie
- Bilan préthérapeutique, Bilan nutritionnel

- **BILAN EN CAS DE UCNT:**

- **Dosage des Ac antiEBV :**
 - **Ac antiVCA** (virion capside Ag) ++++
 - **Ac antiEA** (Early Ag) ++++
 - **Ac anti EBNA** (Epstein Barr nuclear Ag)
- **Taux élevé corrélé à l'extension du cancer :** intérêt ds le **suivi** évolutif et le **dépistage** en zone endémiq.

- **TRAITEMENT DU UCNT**

- **Les autres types histo st traites ailleurs**
- **Chimiothérapie^Q néoadjuvante : Cisplatine + 5 FU**
- **Le traitement de base est la radiothérapie^Q**
 - Dose : **60-70 Gray**
 - Volume cible : tumeur + ggl bilat
 - Protection de l'orbite, de l'encéphale et de la moelle épinière
- **Chirurgie que de rattrapage :** reliquats ganglionnaires

- **PRONOSTIC DE L'UCNT**

- **30 à 40 % à 5 ans**

Surveillance de tout cancer des VADS

- **Consult ts les 3 mois pdt 2 ans, puis ts les 6 mois jusqu'à la 5^{ème} année puis annuellement ensuite :**
 - L'état général (notamment par le poids), l'état local, les aires ganglionnaires, les organes habituellement touchés par les métastases (poumon, foie, os)
 - **Rx pulmonaire** ts les 6 mois durant les 3 premières années
 - **Endoscopie et TDM cervical** au moindre doute.
 - NB : Pour le UCNT : réaliser **sérologie EBV** à la recherche d'une reprise évolutive de la maladie.
- **Etre vigilant en vers :**
 - Les échecs carcinologiques : locaux, ggl ou métastatiques
 - Le dépistage d'une autre localisation (cancer métachrone)
 - La recherche et la préventions des complications induites par le traitement
 - L'arrêt de l'intoxication alcoololo-tabagique.

Complications du traitement (au programme)

- **OROPHARYNX**

- **Après la chirurgie**
 - Séquelles masticatoires après hémimandibulectomie
 - Tble de la déglutition après amputation basilinguale (Fausse route alimentaire) ou vélique (reflux alimentaire nasal)
 - Tble de l'élocution (amputation, fixité linguale, rhinolalie)
 - Séquelles algiques cervicospulaires (curage ggl radicaux)
- **Après la radiothérapie**
 - Asialie post radique
 - Nécrose cutanée, radiomucite
 - Ostéonécrose mandibulaire si prophylaxie fluorée non suivie
 - Limitation de l'ouverture buccale : constriction permanente des machoires
 - Sclérose cervicale
- **Après la chimiothérapie**
 - Cisplatine : Auditives et rénales (IRC)
 - 5 FU : spasme coronaire (IDM), hyperpigmentation cutanée, atrophie cutanée

- **HYPOPHARYNX ET LARYNX**

- **Après chirurgie :**
 - Trachéotomie définitive : hypersécrétion trachéobronchique, croûtes trachéales, perte de la voix
 - Fistules salivaires
 - Séquelles cervicospulaires douloureuses .
- **Idem pour CT et RT**

- **RADIODHÉRAPIE DU RHINOPHARYNX**

- **Effets secondaires :** Dermite radique, radiomucite (dysphagie)
- **Séquelles :**
 - Hyposialie, caries dentaires
 - Otite séreuse (ST)
 - Sclérose des plans musculocutanés cervicaux
 - Sclérose des M.masticateurs (LOB : constriction permanente des machoires)
- **Complications**
 - Ostéoradionécrose aseptique (mandibule, base du crane)
 - Myélite radique
 - Nécrose du lobe temporal

*Source : Fiches Rev Prat, Medifac, MedLine d'ORL, conf Garrel, Cours Fac de Tours, QCM Intest 2000
(65 QCM essentiellement sur la clinique : surtt nasopharynx, , amygdale, sinus piriforme, corde vocale soit 1 par étage)*