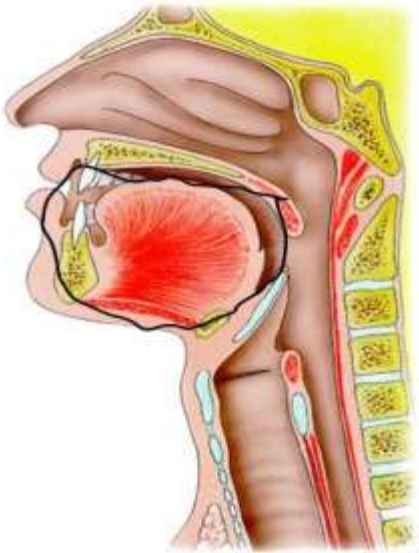


# **CANCER DE LA LANGUE**



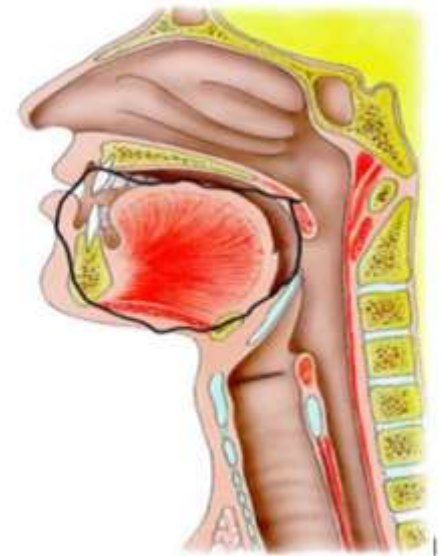
Dr HAICHOUR M,R

Maitre assistant hospitalo-universitaire  
Service ORL-BACHIR MENTOURI-- KOUBA

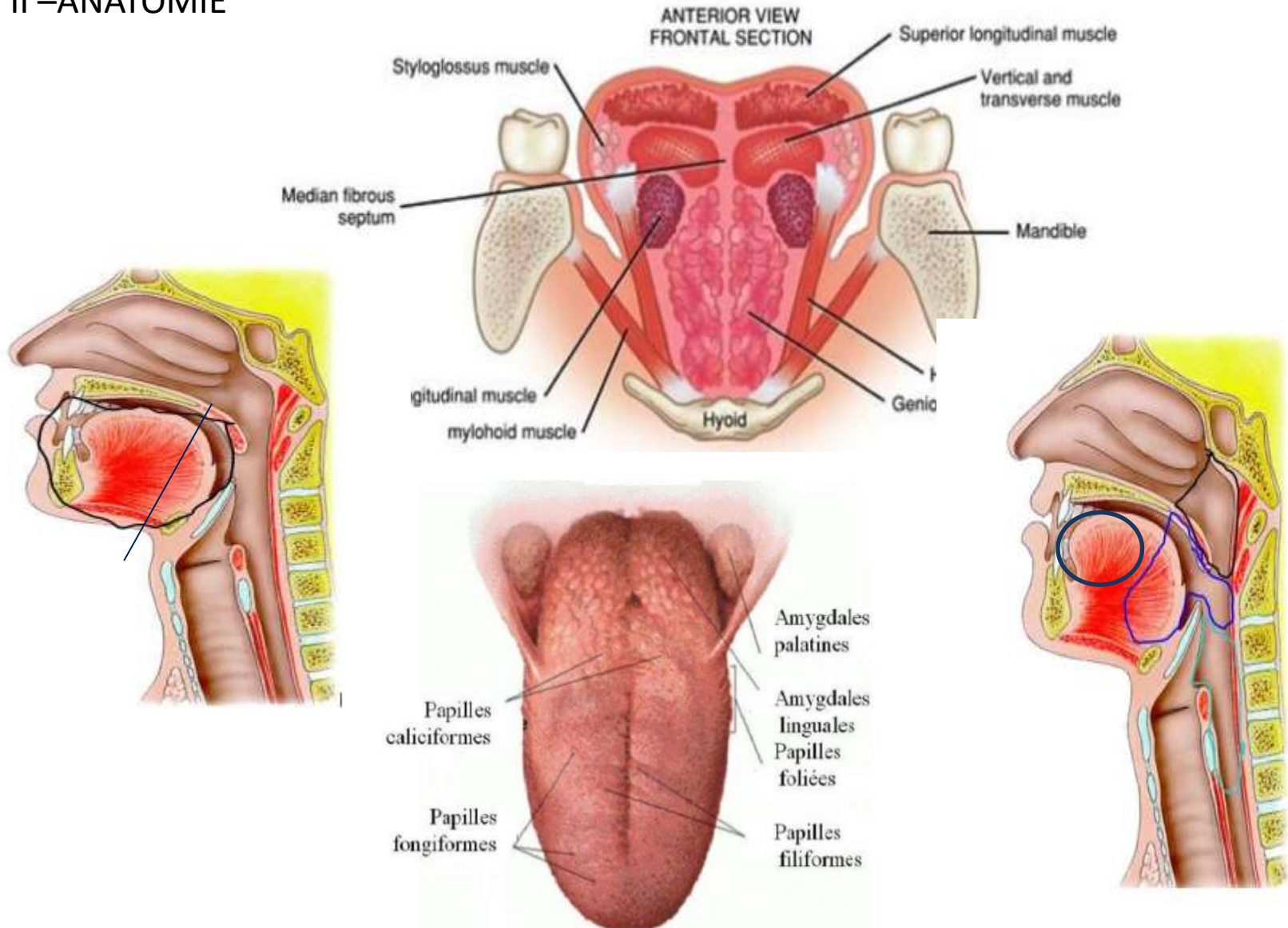
# I-Définition généralités

le cancer de la langue fait partie des cancers des voies aérodigestives supérieures

- Touche la Cavité buccale .
- touche l'homme dont l'âge est supérieur à 50 ans
- s'exprime par des lésions sur la langue, associées à des douleurs ou encore à des difficultés de déglutition.
- Touche la langue mobile (2/3, meilleur pronostic) ou base de langue (1/3, moins bon pronostic car révélation tardive)
- Mauvais pronostic : vital ( respiration) et fonctionnel (déglutition,phonation , mastication ).
- **Nb: la langue mobile fait partie de la cavité buccale base de la langue fait partie de l'oropharynx**



## II –ANATOMIE



### III- RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE

- prédominance masculine 45 et 70 ans. il peut également concerné les femmes.
- REPRESENTE 10% des cancers des VADS (5ème position). 30% des cancers de la cavité buccale

Les facteurs de risques principaux :

- le tabagisme et la consommation d'alcool (Langue mobile)
- une hygiène buccale insuffisante. Des irritations buccales ou encore des prothèses dentaires mal entretenues
- Lichen plan.
- HPV a l'origine de lésions précancéreuse (Base de la langue)
- Génétique ! Cette origine étant cependant peu documentée.

- **IV- Anatomopathologie**

- 1- Microscopie :

- Carcinome épidermoïde : la forme histologique la plus fréquente (90% des cas)
- Carcinome indifférencié, sarcome, tumeurs malignes non épidermoïdes développées au dépens des ilots salivaires accessoires ou des formations lymphoïdes de la base de la langue (LMNH) , cylindrome...
- Sarcomes , mélanomes sont exceptionnels

- 2- Macroscopie :

- Formes ulcéro-bourgeonnantes ou ulcéro-infiltrantes (2/3 des cas),
- Les formes pures sont plus rares (Végétantes, ulcéreuses ou infiltrantes)
- Le grand axe de la tumeur est toujours antero-postérieur
- Le siège est dans 3/4 des cas marginale moyen

### 3- Extension :

Le ganglion sous-digastrique est le plus atteint;  
30% des malades ne présentent pas des gg palpables mais sont porteurs des métastases gg histologique N+

- 20% pour T1
- 50% pour T2, T3
- 75% Pour T4

## V . DIAGNOSTIC POSITIF

### A-Signes d'appel et circonstances de découvertes:



Changement de coloration (Erythroplasie, leucoplasie)

ou nodule sur la langue, lésion hémorragique

Glossodynie et gêne à la mastication

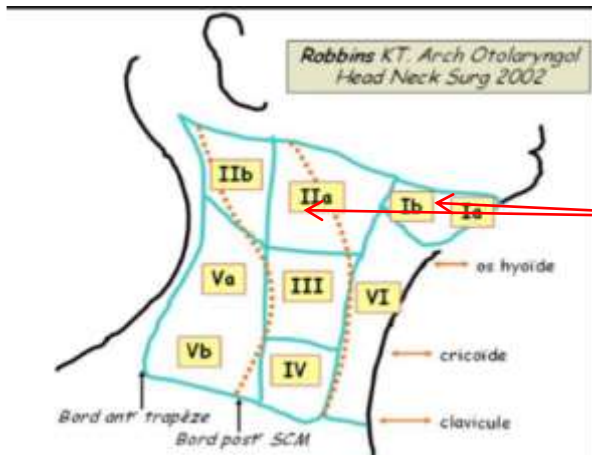
Rarement une otalgie et dysphagie (cancer très étendue)

Adénopathie cervicale sous mentonnière ou sous maxillaire (= sous mandibulaire)

Otalgie

Névralgies, paresthésies

Sialorrhées sanglantes





- **B-Examen clinique :**
- ***EXAMEN CLINIQUE INSPECTION ENDOBUCCALE ET OROPHARYNGOLARYNGEE ET PALPATION DE LA LANGUE ET DU PLANCHER ET DE LA BASE DE LA LANGUE***
- **A l'inspection :** nous recherchons des leucoplasies ou erythroplasie ,ou processus bourgeonnant ou ulcération de la langue



**Palpation :** lesions indurés saignant au contact

L'étude de l'ensemble du carrefour aérodigestif sous contrôle de la lumière froide est impérative (nasofibroscopie), de même la recherche systématique d'adénopathies cervicales satellites, bilatérales.



- **C-EXAMEN PARACLINIQUE :**
- **LA BIOPSIE** avec examen
- **CYTOPONCTION** d'une adénopathie
- **BILAN D'EXTENTION recherche des lésions synchrones ou métachrone**

#### Locorégional

Panendoscopie VADS et fibroscopie oesogastrique souple : elle est indispensable au bilan pretherapeutique. La muqueuse des voies aérodigestives supérieures, de la trachée et des bronches, de l'oesophage doit être considérée comme un « champ de cancérisation » potentiel, soumis aux mêmes agents carcinogènes traditionnels que sont le tabac et l'alcool Elle affirme l'unicité tumorale, l'importance des lésions précancéreuses ; elle permet les prélèvements histopathologiques, IRM CERVICALE +/- TDM (Si extension osseuse

## General

TDM thoracique systématique

Echographie abdominale

En fonction des signes d'appel    RX

OSSEUSE ,TEP -TDM ,TDM cérébrale

- **VI –FORMES CLINIQUES :**

- **1- selon le siège on peut distinguer :**

- **a-cancer de la base de la langue :** signes d'appel otalgie reflexe et odynophagie, sensation de corps étranger, accrochage .parfois adénopathie cervicale (10% des cas), L'eextention se fait vers les vallecules, le sillon amygdalo glosse et les amygdales, les piliers, l'hypopharynx et la margelle vestibule larynge
- **b-cancer de la zone de jonction langue mobile et base de langue :** Envahissement de l'oropharynx et de la loge amygdalienne/pilier antérieur.
- **c-cancer de la face dorsale :** Evolution lente, forme de glossite atrophique banale. La tumeur s'étale en nappe s/ muqueux peu infiltrante peu lymphophile
- **d-cancer de la face ventrale**

- **2- Autres :**

**Formes évolutives :** Infiltration totale de la langue avec amputation fonctionnelle (Phonation et alimentation impossible du fait de la douleur.

**LMNH :** Tumeur moelle non douloureuse non ulcérée

- **VII-Classification TNM (UICC 2009)**

- Tis épithélioma in situ
- T0 : pas de signe de tumeur primitive
- T1 : tumeur  $\leq 2$  cm
- T2 : tumeur  $>2$ cm et  $\leq 4$ cm
- T3 : tumeur  $>4$ cm
- T4a : tumeur envahissant la corticale osseuse les muscles profond de la langue ;le sinus maxillaire ,la peau du visage
- T4b : envahissement de l'espace masticateur ; l'aile interne des apophyses ptérygoïdes, la base du crâne, ou l'artère carotide interne .
- Tx : tumeur inclassable.
- 
- N0 : pas d'adénopathie
- N1 : adénopathie homolatérale unique  $\leq 3$ cm
- N2a : adénopathie homolatérale unique  $>3$ cm et  $\leq 6$ cm
- N2b : adénopathies homolatérales multiples  $\leq 6$ cm
- N2C adénopathies bilatérales ou controlatérales  $\leq 6$ cm
- N3 : adénopathies  $>6$  cm
- Nx : N inclassable
- 
- M0
- M1 métastase a distance
- Mx Inclassable
-

## DC DIFFERENTIEL

### LANGUE MOBILE

- Ulcération traumatique
- Glossites
- Angiome papillome benin
- Leucoplasie
- Kératose

### BASE DE LA LANGUE

- Infection spécifique
- Amygdalite chronique atypique

## **A-LES MOYENS :**

## **VIII -Prise en charge**

### **1-Chirurgie :**

exérèse de la lésion,  
curage ganglionnaire est systématique

### **2-Chimiothérapie :** neoadjuvante (avant la chirurgie) ou radio chimiothérapie post opératoire

### **3 Radiothérapie :**

- la radiothérapie POST-OPERATOIRE radiothérapie externe 70GRAY
- curiethérapie (si tumeur de petite taille)

## **B-Les indications:**

**Discutés en reunion de concertation pluridisciplinaire ;Depend du type histologique ,du stade de la tumeur et du choix du patient ,**

des fois il peut faire appel a ces trois moyens réunis:

Chimiothérapie preoperatoire

Exérèse de la lésion plus un curage ganglionnaire

Suivie par une radio-chimiothérapie post-operatoire

- C -Surveillance post thérapeutiques : 5 ans (3-6 mois puis après 5 an devient annuelle) par (orl +radiothérapeute) a la recherche de reprise évolutive ,une récidence ,ou un cancer metachrone ,metastase ,et a prendre en charge des sequelles douloureuse et psychologique du patient et de la qualité de vie***
- D -la prévention: supprimer les facteurs de risque***