o 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 %

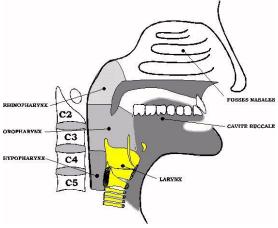
□ Larynx: 25 %

□ Hypopharynx: 15 %

□ Cavum: < 5 %

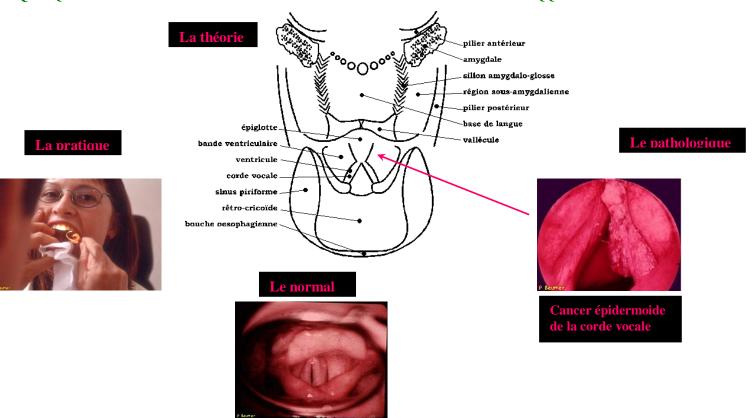
Généralités

- □ 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 épidermoides ds plus de 95 % des cas. Ce st des cancers extrêmement lymphophiles (sf les cordes vocales) qui vt être responsable d'un envahissement quasi obligatoire des nœuds lymphatiques cervicaux que ce soit clinique ou histologique.
 - □ Caractérisés également par une 2^{ième} 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



	Oropharyn*	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'alccol en glottique et sous glottique				
FdR secondaire	Lésion précancereuse : érythroplasie, leucoplasie Mv hygiène bucco-dentaire Exposition professionnelle : nickel, mettalurgie	Lésion précancereuse : érythroplasie, leucoplasie Mv hygiène bucco-dentaire	Exposition professionnelle : Amiante, nickel, chrome, arsenic, acide sulfurique Lésion préK : Laryngite chronique blanche ou rouge, Papillomatose laryngé, Sd de Plummer Vinson RGO, Radiothérapie (délai de 10 ans)		
Age	Très large prédominance masculine (90%) en régression. Age moyen : 45-70 ans (Atteinte du pharynx + précoce que le larynx)				
Signes fonctionnels	Gène pharyngé, dydphagie Otalgie Otalgie Otalgie Crachats sanglants Hypertophie amygdalienne unilatérale S tardif: Trismus, fixité linguale Adp sous-digastrique homolat (80%), ou bilat (K amygdale: pas d'adp bilatérale)	Dysphagie haute simple gène pharyngé, sensation de CE Odynophagie, Otalgie réflexe unilatérale Immobolité de l'hémi-larynx homolat S tardif: dysphonie, dyspnée laryngée Adp sous digastrique homolat (80%), ou bilat	Dysphonie: Toute dysphonie > 15 j chez un fumeur de > 40 ans doit faire rechercher un K du larynx - Margelle: gène pharyngé, dysphagie, dyspnée laryngée tardive, otalgie réflexe, adp cervicale - Sus glottique: gène pharyngé, otalgie réflexe, dysphonie modéré, adp cervicale - Glottique: dysphonie sans adénopathies - Sous glottique: Dyspnée laryngée précoce, toux, adp médiastinale Autres: Dl cervicale, toux, crachats sanglants, fausse route. Pas d'otalgie en glosso sous glottique		
Examen	 Examen de la cavité buccale/oropharynx avec abaisse langue puis laryngoscopie indirecte à miroir de Clar et nasofibroscope laryngé pour les étages inferieurs, palpation de la loge amygdalienne, de la base de la langue et du plancher buccal, évaluer la mobilité laryngé (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	 Panendoscopie des VADS en suspension sous AG avec schéma daté et biopsies lésionnels^Q après contrôle de l'hémostase : recherche une 2^{ième} localisation synchrone 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 , echo hépatique , bilan phosphocalcique et scinti os au Tc 99m si point d'appel 				
Bîlan préttiq	 Bio: NFS, iono, urée, créatininémie, coagulation, groupage ABO-Rh D, RAI, 1^{ière} et 2^{ième} détermination Nutritionnel: clinique, biologique et calorique Pulmonaire: EFR car la chirurgie est pourvoyeuses de fausses routes alimentaires fréquentes en post op et pour évaluer le risque opéraoire Cardio: ECG, ETT, epreuve d'effort Dentaires: Bilan dentaire (éradication des foyers infectieux dentaires [Avulsion des dents mortifiées/cariées, détartrage soigneux] et confection de gouttières fluorées avant radiothérapie), Panoramique, cliché rétroalvéolaires, Blondeau 				

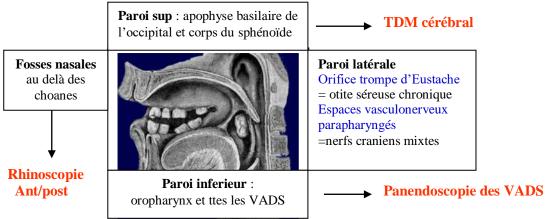
		Oropharynx	Hypopharyn»	Laryn»		
Forme selon		 Loge amygdalienne^Q: lés° ulcéro bourgeonnante saignant au contact, pilier ant erythroplasique, induré => indication d'une RT seule ++++ Voile du palais^Q Base de la langue Vallécules: fond des douttières glossoépiglottiq Paroi post de l'oropharynx^Q 	 Sinus piriforme : 85%: lésion svt surinfectée (le + fqt en France) Région rétrocricoiaryténoïdienne 5% (+ fréquent en Angleterre) Paroi hypopharyngé post 10 % 	 Etage sus glottique : 40-50% Etage glottique (corde vocale,comm ant):40-50% Etage sous glottique : 5% Margelle Etendu à 2 ou 3 régions laryngés 		
	СТ	Arret total et definitif de l'intoxication alcoolotabagique, prise en charge de la Mie alccolique, prévention du DT, mesure d'aide à l'arrêt du tabac Polychimiothérapie d'induction ou néoadjuvante ou de réduction : 5 FU (antimétabolites analogue des pyrimidines) et cisplatine (Alkylants)				
	Chir	Exérèse totale par abord transmandibulaire avec : +/- conservation de la mandibule +/- réparartion par lambeau musculocutanée	T1-T2: Chirurgie partielle d'exerese tumorale avec risque de fausse route (CI si ins Respi) mais conservation fct vocale et respi T3-T4: Pharyngolaryngectomie totale avec trachéostome définitif (abouchement cutanée) (Risque de pharyngostome + réhabilitation vocale)	T1-T2: Laryngectomie partielle avec risque de fausse route (CI si ins Respi): - Verticale: cordectomie unilatérale(si localisé ^Q) - Horizontale sus glottique: enlève le vestibule laryngé et le cartilage laryngé - Subtotale reconstructrice (cricohyoïdoépiglottopexie) T3-T4: Laryngectomie totale (Risque de pharyngostome + réhabilitation vocale)		
Traitement	Adp	Evidement ganglionnaire - Cervical radical (non conservateur): exérèse de la totalité des chaines ggl cervicales (sous maxillaire ^Q , sous digastrique ^Q , sus omohyoidien ^Q)+ SCM + Vjug Int + N.spinal - Cervival fonctionnel (conservateur): ' ' ' ' ' ' ' ' ' et conservation des autres éléments ^Q (seulement si N0) Il est complet, homolatéral, systématique même si N0 sur mode radical ou fonctionnel. Il est bilatéral de nécessité en cas d'adp bilat ou localisation médiane tumorale (base langue), atteinte sus glottique sous glottique et margelle				
	RT	RT curatrice: RT externe centré sur le site lésionnel + ADP bilat (sf glotte) à la dose de 60-70 gy : aires envahis ou 40-50 gy : aires « saine RT post op : sur le lit tumoral + aire ggl bilat à la dose de 50 Gy (+/- 15 Gy de surdose selon anapath)				
	Indicat°	Le but thérapeutique est double : Préserver au mieux la fonction vocale à égalité de chance carcinologique et garder des armes thérapeutiques pour une 2 ^{ième} localisation carcinologique ultérieure. (Rxtttie n'est possible qu'une seule fois) Le + svt. : Après une CT d'induction , association chirurgie-radiothérapie avec le + svt chirurgie première puis RT complémentaire sur le lit tu les aires ganglionnaires. Les modalités d'irradiation des aires ganglionnaires tiennent compte de la présence des adénopathies envahies en rupture capsulaire. Qq cas partculiers comme le cancer de l'amygdale qui est très radiosensible ou une lésion d'une corde vocale circonscrite L'association RT/CT peut être proposer en cas de lésions inopérables et/ou inextirpables				
Ré	education	Réhabilitation vocale après laryngectomie totale : Apprentissage de la voix oesophagienne . Si échec, shunt chir trachéooesophagien et mise en place d'une prothèse phonatoire ; Rééducation orthophonique et de la déglutition				
	ronostic à 5 ans	30 %	20%	Sus glottique 60 % Sous Glot 40 % Glottique : 70%		

RHINOPHARHYNX

- ÉPIDEMIOLOGIE
 - $\hfill\Box$ Tumeur du cavum sont rares en Europe (< 5% des K des VADS) essentiellement des carcinomes épidermoides (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 : Undifferencied 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 épidermoides.
 - Age moyen de survenue : 20-40 ans^Q
 - Rôle de l'EBV +++(famille Herpès virus) ds 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 , 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 avec rhinolalie, rhinorrhée +/- purulente avec épistaxis
 - <u>Audio</u>: Otite séreuse unilatérale responsable d'une surdité de transmission^Q, sensation de plénitude^D de l'oreille, autophonie, acouphène^D +/- otalgie^Q. Pafois compliqué d'une OMA (!).
 - Adp^Q hautes: +++ bilatérales svt, sous mastoidiennes puis jugulocarotidiennes et spinales hautes.
 - Neuro: Extension aux paires crâniennes: surtt V, III, IV, VI,IX, X, XI (pas de paralysie faciale)
 - → Sd de la fente sphénoïdale : N.occulomoteur + 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 anterieure et postérieur indirect avec nasofibroscopie indispensable (Cavoscopie), réalisé sous AL ou AG avec réalisation de biopsies pour diagnostic histologiq
 - **→** Examen de l'oropharvnx et de la cavité buccale
 - → Examen otologique : Otoscopie bilat (OSC)+ Acoumétrie (Rinne négatif +Weber côté atteint) + audiométrie (tympannograme et audiogramme) => en faveur d'une surdité de transmission
- Examen neurologique des paires crâniennes : V, nerfs mixtes et nerfs occulomoteurs
- Examen ophtalmo : FO, AV, exophtalmomètre de Hertel, test de Lancaster si diplopie
- Imagerie du cavum et de la base du crâne : **TDM injecté** (extension osseuse) , **IRM gado** (extension ds les espaces vasculonerveux parapharyngés)
- ☐ Régional : Adénopathies dures syt 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: interêt ds le suivi évolutif et le dépistage en zone endémiq. TRAITEMENT DU UCNT ☐ Les autres types histo st traites ailleurs □ Chimiothérapie 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 Chirugie 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 ième 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 alcoolo-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 cervicoscapulaires (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 cervicoscapulaires douloureuses .
 - Idem pour CT et RT

• RADIOTHERAPIE 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)