

Cancer de l'amygdale



Dr KACIMI EL HASSANI
HCA

- **Généralités:**

- Processus néoplasique de nature maligne développé au niveau des éléments constitutifs de l'amygdale et de la loge amygdalienne (piliers ant et post; plancher ;sommet ou paroi latérale).
- Il s'agit le + souvent de carcinome épidermoïde mais la nature lymphomateuse est également fréquente.

- **Epidémiologie:**

- Fréquence: les carcinomes de la région amygdalienne sont les plus fréquents des cancers des VADS.
- Age: 50 à 70 ans avec une nette prédominance masculine
- FDR: classiquement:

Présence d'une prédominance ethnique (Noirs) et géographique (Asie, Europe, Sud de l'Afrique)

Ethylisme;

Tabagisme

Mauvaise hygiène buccodentaire (phénomène irritative)

tabac à chiquer

infection virale : Papillomavirus HPV 16 (Sujets + jeunes sans notion d'alcool/tabac ++)

- RRQ: il n'y a pas de différence entre la population amygdalotomisée et non amygdalotomisée, in

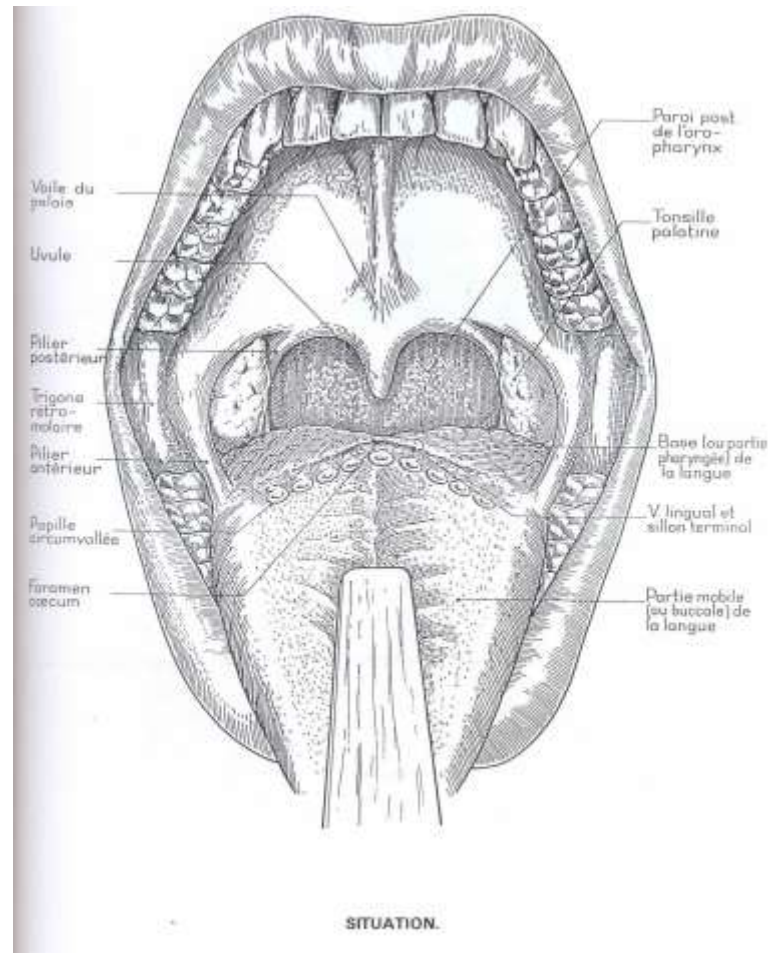
RAPPEL ANATOMIQUE

- L'amygdale est une formation lymphoïde
- C'est un des éléments de l'anneau de Waldeyer située dans une loge amygdalienne entre pilier ant et pilier post et le sillon amygdalo-glosse
de forme ovoïde à gd axe oblique en bas en arr et en dd son vol est très variable

- Son pôle supérieur est effilé
- Son pôle inférieur est globuleux
- Sa face médiale ou interne est creusée de dépressions appelées cryptes
- Sa face latérale ou externe est entourée d'une capsule fibreuse qui la relie au pharynx
- Les amygdales sont composées de tissu
- lymphatique et sont recouvertes d'un
- épithélium pavimenteux stratifié

- Le drainage lymphatique se fait vers la chaîne jugulo-carotidienne essentiellement le groupe II (sous digastrique), aussi groupe III et IV
- Ce sont des cancers très lymphophiles

Rappel anatomique



rappel anatomique



- **Ana-path:**
- **Macroscopie:** aspect bourgeonnant ; ulcerobourgeonnant ou ulceroinfiltrant (aphtoïde). Il peut se présenter également sous forme d'une grosse amygdale (lymphomes).

Il peut prendre naissance au niveau de l'amygdale ; piliers et sillons amygdalo- glosse.

Microscopie:

- Carcinomes épidermoïde ou malpighiens sont de loin les plus fréquents sous divers degrés de différenciations (adultes)
- LMNH : qui présente 10% des cancers de l'amygdale
- Les autres types sont – fréquents (Mélanome, ADK).

• Clinique:

Les circonstances de découvertes sont multiples: ainsi les circonstances de découverte les plus fréquentes :

- Gêne à la déglutition unilatérale mimant une angine.
- Odynophagie
- Otolgie unilatérale
- Crachats sanguinolents
- Halène fétide
- siallorragie
- Voix amygdalienne
- Adénopathie révélatrice dans 1/3 des cas.

Autres : Dysphonie, dyspnée, AEG, limitation de la protraction de la langue

l'unilatéralité et la persistance des signes doivent évoquer le diagnostic de malignité.

- **Examen clinique:**

- oropharynx:** peut être gêné par 1 trismus

- *inspection: permet de décrire l'aspect macroscopique de la lésion: bourgeonnement ; ulcération ; infiltration ou mixte.

- Elle apprécie également la motricité vélaire.

- *Palpation : protégée : lésion saignant au contact; douloureuse au touché .Elle apprécie l'induration; sa taille; et sa profondeur.

- Examen ORL complet** notamment pharyngo-laryngé (VADS)
(Recherche de tumeurs synchrones).

La laryngoscopie indirecte et surtout l'examen endoscopique pharyngo laryngé afin d'apprécier les limites de la lésion au niveau de la base de langue et le larynx

- Palpation des aires ganglionnaires** cervicales bilatérale minutieuse: ADP fermes et même dure sur les chaînes de drainage

Cette première étape clinique permet un bilan d'extension locorégional clinique.

CANCER DE L'AMYGDALE

Cancer de l'amygdale gauche



Cancer da l'amygdale gauche







- **Paraclinique:**
 - * **Biopsie:** indispensable pour la confirmation histologique (Parfois amygdalectomie si petite lésion.
 - * **cytoponction:** de l'ADP satellite si elle existe
 - * **Pan-endoscopie:** toujours sous AG :pour un bilan d'extension locorégionale précis ainsi que la recherche d'une deuxième localisation(un autre cancer): base de langue, larynx ou bouche œsophagienne
 - * **Imagerie médicale:**
 - bilan d'extension locorégional
 - **TDM injectée:** indispensable pour un bilan d'extension surtout osseux :mandibule ;basse du crane, espaces para pharyngés :ADP infra clinique et les rapports avec les grands vaisseaux.
 - **IRM:** meilleur examen pour l'exploration de l'oropharynx permet ainsi un bilan d'extension locorégional précis

- Bilan d'extension à distance:

scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP)
à la recherche de localisations
secondaires métastatiques

scintigraphie osseuse à la recherche de
localisation osseuse

- **Classification:** essentiellement TNM

T1: tumeur – de 2 cm

T2: tumeur entre 2cm et 4 cm

T3: tumeur sup ou égale à 4 cm mais reste limitée à l'oropharynx

T4: tumeur dépassant les limites de l'oropharynx étendue a l'os ;muscles, peau

N0: pas d'ADP

N1: Gg(ganglion) homolatéral unique inferieur à 3 cm

N2a : Gg unique homolatéral entre 3 et 6 cm

N2b: Gg multiples homolatérales inferieur à 6cm

N2c: Gg multiples bilatéral ou controlatéral inferieur à 6cm

N 3: Gg supérieur à 6cm

M0: pas de métastase

M1: avec métastase

Stades:

STADE 1: T1 N0 M0

STADE 2: T2 N0 M0

STADE 3: T3 N0 M0 ou T1 ; T2 N1 M0

STADE 4: T4 N0 M0 ou N2 ou M1

- FORMES CLINIQUES
- formes anapath

-les lymphomes :LMNH (10 a 20% DES kC orl).

L'amygdale palatine représente 45% des localisations ORL ;ils s'expriment par une dysphagie unilatérale et ADP cervicale ;la tumeur est lisse ferme recouverte d'une muqueuse normale ou rouge ou inflammatoire ou pseudo-phlegmoneuse.

-Maladie de hodgkin: amygdale hypertrophique recouverte d'une muqueuse normale ou bien amygdale ulcérée recouverte d'un enduit blanchâtre ou bien hypertrophie bilatérale avec hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

L'ADP cervicale est fréquente.

s

Formes selon le siège

- tumeurs du pilier antérieur: svt superficielle serpentineuse et l'extension se fait surtout vers la face int de la joue

tumeur du pilier post: elles sont plutôt infiltrante et l'extension se fait surtout vers le voile paroi latérale du pharynx et la bouche œsophagienne

tumeur du sillon amygdaloglosse forme fissuraire l'extension se fait surtout vers la base de langue

DIAGNOSTIC POSETIF

- BIOPSIE amygdalienne pour étude anatomo-pathologique indispensable au diagnostic

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- ULCERATIONS SPECIFIQUES:
tuberculose et syphilis(la biopsie qui donne le diagnostic de certitude)
- ANGINE DE VINCENT: angine unilatérale avec ulcération, ADP cervicale avec fièvre elle est due à l'association du fusobacterium necrophorum et un spirochète qui répond bien aux betalactamine
-

Diagnostic différentiel

- Phlegmon péri amygdalien: suppuration entre la capsule de l'amygdale et la paroi pharyngée atteinte svt unilatérale avec fièvre et bombement important du pilier antérieur œdème de la luette, trismus
- Tumeur parapharyngée
- tumeur du voile, cavum ,base de langue étendue à l'amygdale
- Lésions bénignes kyste papillome fibrome

Evolution sans traitement:

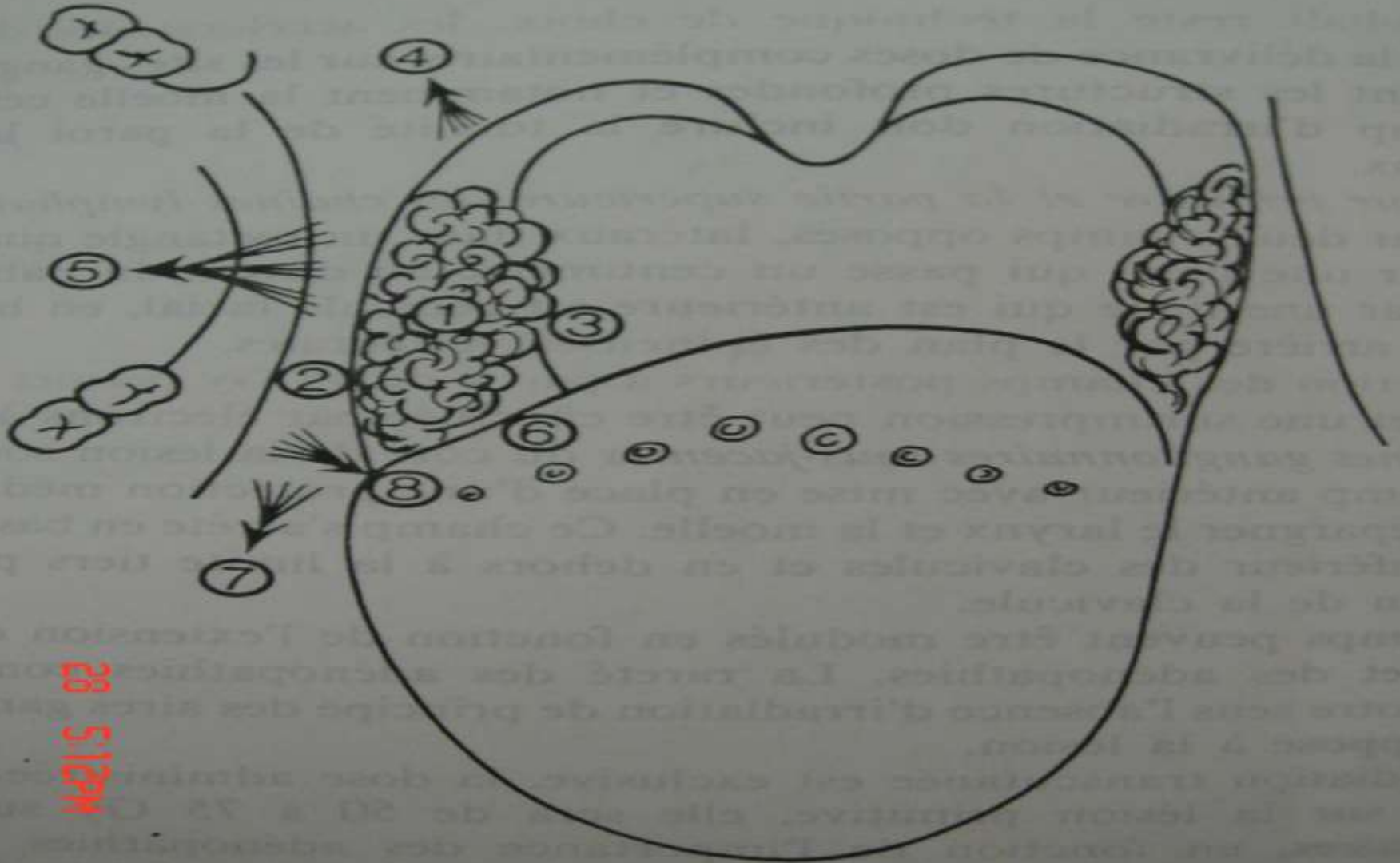
LOCALE: la tumeur finie par déborder les limites de l'amygdale pour envahir les structures voisines:

- Bas: paroi pharyngée latérale ;hypo pharynx ;bouche œsophagienne .
- Dehors: plan musculaire ;face Interne des joues; mandibule
- Haut :voile du palais
- dedans: base de la langue.

LOCOREGIONALE: envahissement ganglionnaire très lymphophile car il existe une ADP dans 60 à 80% des cas; bilatérale dans 30% des cas (Gp jugulocarotidien).

A DISTANCE: METASTASES pulmonaire osseuses hépatiques

Extension locale



– Bilan pré thérapeutique

- panoramique dentaire et soins dentaires
- appréciation de l'état général.
- rechercher les contre-indications à la chimiothérapie et ou à la chirurgie
- Bilan biologique complet avec bilan nutritionnel

TRAITEMENT

- **MOYENS**

Chirurgie :

Sur la tumeur

amygdalctomie  *voie d'abord*
endobuccale (Petites lésions)

oropharyngectomie

buccopharyngectomie transmandibulaire
(BPTM) avec ou sans conservation de la
mandibule (Lésions étendues)

- **Sur les ganglions**

curage ganglionnaire unilatéral
(Systématique) ou bilatéral intéressant les
chaîne jugulo-carotidienne supérieure et
moyenne(gpes II et III) fonctionnel ou
radical

Sur les métastases

dans le cas de lésion unique pulmonaire
ou hépatique

.

Traitement:

-Moyens:

***Radiothérapie**: sur la tumeur et les ADP

- Radiothérapie externe: cobaltothérapie 60 a 70 gray en 6 à 7 semaines

Elle peut être en pré ou post chimiothérapie
seule ou associée à la chirurgie

Elle peut être palliative.

- Curiethérapie interstitielle à l'iridium 192: 3a5 jours +sonde nasogastrique

***Chimiothérapie**

5 FU et le CISPLAT

-Indications:

en fonction du siège et l'extension de la tumeur.:

T1 T2 chirurgie et radiothérapie OU radiothérapie externe avec curiethérapie

T3 chirurgie radicale et radiothérapie ou radiothérapie avec chimiothérapie concomitante si Tm très étendue

T4 trt palliatif car à ce stade la Tm est très étendue

Si chirurgie :

N0 N1 curage fonctionnel

N2a N2b curage fonctionnel ou radical

N2c et N3 radical

- **Complications post op:** -Nécrose de la muqueuse
- caries dentaires - Trismus -Osteoradionecrose
mandibulaire

- **Surveillance**

: Revoir le malade tout les 3mois pendant 2 ans
puis 6mois pendant 5ans à la recherche: d'une
récidive locale; ganglionnaire; ou un 2eme
cancer; une métastase surtout pulmonaire.

- **Survie:** 40% 5 ans.