



Item295-Tumeurs de la cavité buccale, naso-sinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une tumeur de la cavité buccale, naso-sinusienne ou du cavum, ou des voies aérodigestives supérieures.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Photocopiés nationaux: > ORL > Cancéro	- Intoxication alcoolo-tabagique (et c°) - Carcinome épidermoïde sauf Cv-Eth - PenC bucco-dentaire + nutritionnelle - D(+): pan-endoscopie + TDM Cv-Tx - Ext: EOGD / TDM Tx-fibro / écho-α - PréT: nutrition / pré-radioT / pré-op. - Chirurgie curative + radioT adjuvante - Cavum : UCNT / Asie-Maghreb / EBV - OSM-NC-ADP; scinti-IRM-sérologie - Ethmoïde : adénoK/ exposition au bois - Exophtalmie / IRM / déclaration MPI - Oropharynx : amygdale / tout typique - Hypopharynx : sinus piriforme / idem - Larynx : glottique / mobilité CV / idem - Buccale : abaisse-langue / IRM / idem	- RCP et proposition PPS - Arrêt tabac / prévention DT - Cs stomato + gouttière fluor - Pan-endoscopie des VADS - Ex. des aires Gg = schéma - Trachéostomie = orthophonie - Déclaration en MP si ethmoïde

Généralités sur les cancers des VADS

Epidémiologie

- Cancers des VADS = 12% des cancers en France / **5ème** cancer le plus fréquent
- 14 000 cas par an en France , incidence en diminution chez l'homme , en augmentation chez la femme
- 4500 décès par an
- Gradient Nord Sud
- Sex Ratio **H** > F: x9 - âge = 45-65ans - niveau socio-économique bas + + +
- **Facteurs de risque**
 - **Tabagisme** (70 à 80 % des patients)
 - **Ethylisme** chronique (risque élevé si consommation > 40-60g/j)
 - **HPV** pour les cancers de l'oropharynx (meilleur pronostic)
 - **EBV** pour les UCNT
 - Atcd de carcinomes épidermoïdes (cancers bronchique et oesophage)
 - Autres: ID, mauvaise hygiène bucco-dentaire, lésions pré-cancéreuses, bois pour pour l'adénocarcinome de l'éthmoïde

Anatomopathologie

- Type histologique
 - Type histologique commun: **carcinome épidermoïde** (95% des cas)
 - !! 2 exceptions: cavum (indifférencié: UCNT) / ethmoïde (adénocarcinome)
- Localisations
 - larynx ~ cavité buccale (35%) > oropharynx (25%) > hypopharynx (10%)
 - !! localisations multiples à toujours rechercher: pan-endoscopie +++ (A savoir !)
- Bilan clinique: toujours le même +++
- Interrogatoire
 - Intoxication alcoolo-tabagique: rechercher et quantifier (g/l et PA)
 - Signes généraux: AEG / amaigrissement / fièvre / sueurs / bronchite
 - Signes fonctionnels ORL: dysphagie / dysphonie / dyspnée / otalgie
- Examen physique
 - Diagnostic positif = examen ORL
 - otoscopie (bilatérale) / ex. oropharyngé / rhinoscopie / nasofibroscope ++
 - Bilan d'extension clinique
 - Locorégional: aires ganglionnaires (schéma daté) / compression médiastinale
 - A distance: abdominal (HSMG / TR pour carcinose) / ex. neuro / ex. osseux
 - Bilan du terrain alcoolo-tabagique
 - Alcool: cirrhose / signes d'IHC / signes d'HTP (SMG) / complications
 - Tabac: bronchite / BPCO / toux / hémoptysie / cancer bronchique
- Bilan paraclinique: toujours le même +++
- Pour diagnostic positif
 - Pan-endoscopie des VADS avec biopsie: anapath / 2nde localisation
 - TDM cervico-faciale avec injection IV: extension loco-régionale
- Pour bilan d'extension / du terrain
 - Endoscopie oeso-gastro-duodénale: pour cancer oesophage
 - Fibroscopie et TDM thoracique: métastases ou cancer bronchiques
 - Biologie et échographie hépatique: métastases ou cancer hépatiques
- Pour bilan pré-thérapeutique
 - Bilan nutritionnel +++ : cf dysphagie et terrain alcoolo-tabagique
 - Bilan pré-radiothérapie: panoramique-Cs stomatologie + **gouttière** fluorée (A savoir !)
 - Bilan pré-opératoire: Gpe-Rh-RAI / ECG / Cs anesthésie / **opérabilité** ++
- Traitement: réflexes devant tout cancer des VADS
- Terrain alcoolo-tabagique typique donc
 - **Sevrage** alcoolo-tabagique (P° du DT / Cs spécialisée) (A savoir !)
 - Prise en charge **bucco-dentaire** (extractions / hygiène)
 - Prise en charge **nutritionnelle** (CNO +/- SNG +/- stomie)
 - Prise en charge **sociale** (assistante **sociale** / ALD / CMU)
 - Hémostase avant tout geste invasif (cf cirrhose: IHC)
- Traitement agressif donc
 - Prise en charge de la douleur
 - Soutien psychologique
 - Rééducation **orthophonique** si trachéostomie (A savoir !)
- Classification TNM commune
- T: !! valable pour oropharynx / cavité buccale / hypopharynx
 - T1: < 2cm / T2 = 2-4cm / T3 > 4cm / T4: envahissement du voisinage
 - pour le larynx T1: CVx1 / T2: CVx2 / **T3: immobilité** / T4: voisinage
- N: !! valable pour tous les cancers des VADS
 - N1: Gg < 3cm / N2: Gg = 3-6cm / N3: Gg > 6cm
- M: !! valable pour tous les cancers des VADS
 - M0: pas de métastase / M1: métastase

A. TUMEURS DU NASOPHARYNX (= rhinopharynx = cavum)

Généralités

Epidémiologie

- !! Répartition ethnique très spécifique
 - Groupe à risque très élevé = Asie du SE / Esquimaux et inuits
 - Groupe à risque élevé = pays du **Maghreb** / Afrique de l'Est

- Groupe à risque faible = pays occidentaux
- France : environ 300 cas par an
- **Autres facteurs de risque**
 - Sex Ratio **H > F**: x3 - âge variable: sujets **jeunes** ++ (20-40ans)
 - Principal FdR = infection par le **virus EBV** (Epstein-Barr Virus)

Anatomopathologie

- **Types histologiques**
 - **Carcinome non kératinisant : différencié ou indifférencié (=UCNT)** 60%
 - Carcinome épidermoïde kératinisant (30%): sur terrain alcool-tabagique
 - Lymphome non hodgkinien (10%)
- **Extension et pronostic**
 - Lymphophilie importante et dissémination hématogène fréquente (os ++)
 - → pronostic bon : stade III : 90% de survie à 5 ans

Remarque

- NPC avec le fibrome naso-pharyngé: cause fréquente d'épistaxis (**Épistaxis**)
- Principaux facteurs pronostiques : histologie du K (indifférencié, embols vasculaires et lymphatiques); envahissement de la base du crâne ++

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**
 - Originaire d'un pays à risque +++ (Asie du SE / Maghreb)
 - Pour UCNT: jeune / pas d'intoxication alcool-tabagique
 - **Signes fonctionnels**
 - **rhinologiques**
 - obstruction nasale unilatérale ou bilatérale
 - +/- rhinorrhée purulente / épistaxis / rhinolalie (voix nasonée)
 - **otologiques**
 - **otites séreuses** +++ (cf obstruction tubaire par la tumeur)
 - → hypoacousie / acouphènes / vertiges / plénitude de l'oreille, etc.
 - **neurologiques**
 - Envahissement des **nerfs crâniens** fréquent
 - → névralgies (V ou IX) ou diplopies (VI)
 - Signes neurologiques focaux
- **Examen physique**
 - **Rechercher ADP cervicales** +++
 - 1er motif de découverte (cf forte lymphophilie des UCNT)
 - **ADP** cervicales bilatérales et multiples fréquentes: **schéma** daté (**A savoir !**)
 - **Rhinoscopie (+ nasofibroscopie)**
 - !! souvent normale en antérieur → faire rhinoscopie postérieure avec miroir
 - → visualisation de la tumeur: bourgeonnante / unilatérale ++ / taille variable
 - **Otoscopie**
 - Aspect d'otite séreuse: tympan fermé/épaissi + niveau liquidien (cf **Otites infectieuses de l'adulte et de l'enfant.**)
 - Acoumétrie: surdité de transmission unilatérale (Weber latéralisé / Rinne négatif)

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Pan-endoscopie des VADS + cavoscopie**
 - Sous AG
 - au tube rigide
 - biopsies multiples
 - Ex. **anapath**: pose le diagnostic histologique +++
 - schéma daté
 - **TDM cervico-faciale injectée**
 - Recherche lyse osseuse de la base du crâne ++
 - TDM cervicale = pour recherche d'ADP
 - **IRM du cavum et de la base du crâne avec gadolinium**
 - !! indispensable: définit précisément les limites tumorales
 - Rapports avec méninges et extension aux espaces parapharyngés
- **Pour bilan d'extension**
 - **Audiométrie vocale/tonale**: objective et mesure la surdité de transmission

- Bilan ophtalmologique
- Scintigraphie osseuse: **systématique**: 70% des métastases sont osseuses
- Pet scanner **systématique** (A savoir !): précise l'atteinte ganglionnaire
- TDM thoracique: recherche de métastases pulmonaires
- Bilan hépatique + échographie: recherche de métastases hépatiques
- Pour bilan pré-thérapeutique
 - Sérologie **EBV** : Ac anti-VCA / anti-EBNA / anti-EA ; pour suivi + + +
 - Bilan pré-radiothérapie: panoramique / Cs stomatologie / **gouttière** fluorée
 - Bilan pré chimiothérapie

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP**) (A savoir !)
- Proposition d'un programme personnalisé de soins (PPS)

Radiothérapie externe

- Traitement de **référence** pour les UCNT
- Irradiation ciblée de la tumeur + aires ganglionnaires cervicales (IMRT): 60Gy

Chimiothérapie concomittante

- Chimiothérapie le plus souvent associée à la radiothérapie (potentialise)
- Bithérapie (5-FU + cisplatine) / parfois en néo-adjuvante si volumineuse (T4 ou N3)

Traitement chirurgical

- !! indications **limitées** (≠ des autres tumeurs des VADS: inutile sur le primitif!)
- → seulement pour curage ganglionnaire sur reliquats post-radiques

Mesures associées (cf [Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillanc](#))

- !! si carcinome épidermoïde: NPO alcool-tabac / bucco-dentaire, etc.
- Prise en charge de la douleur / soins palliatifs
- Soutien psychologique
- Prise en charge à **100%**

Surveillance

- **Clinique**: Cs 1x/6M pendant 5ans puis 1x/an **A VIE** / examen ORL complet
- **Paraclinique**: **sérologie EBV** (cf les Ac anti-EBV ↓ après le traitement et ↑ si récidence) et PET SCANNER

B. TUMEURS DE L'OROPHARYNX

Généralités

Epidémiologie

- Fréquence en progression: 25% des cancers des VADS
- Age = 50-60ans / sexe = **hommes +++** (95% des cas)
- **Facteurs de risque**:
 - Intoxication **alcoolo-tabagique** + + +
 - Mauvaise hygiène bucco-dentaire
 - **HPV** (Type 16 + +)

Anatomo-pathologie

- **Type histologique**: **carcinome épidermoïde** (90%) / lymphome NH (10%)
- **Localisation**: amygdales + + + > base de la langue > voile du palais

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**:
 - Homme entre 50 et 60ans avec intoxication alcoolo-tabagique
 - Homme plus jeune , - de 50 ans , non tabagique , meilleur niveau socioéconomique : HPV (incidence en augmentation , meilleur pronostic)

- **Signes fonctionnels**
 - Gène oropharyngée unilatérale +/- dysphagie (sur solides puis liquides)
 - Otalgie réflexe homolatérale fréquente +/- « angine » persistante, trismus, etc.
- **Examen physique**
 - **ADP cervicales** +++ : schéma daté (**A savoir !**)
 - Examen de la cavité buccale à l'abaisse-langue + test mobilité linguale
 - Examen laryngoscopique indirect au miroir (ou nasofibroscope)
 - Palpation du larynx et aires ganglionnaires cervicales bilatérales

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Pan-endoscopie des VADS avec biopsies** +++ (**A savoir !**)
 - laryngo-broncho-oesophagoscopie / sous AG / au tube rigide / schéma daté
 - Biopsies tumorales pour ex. **anapath** → pose le diagnostic histologique, IHC recherchant une hyperexpression de p16 pour l'HPV
 - Recherche **2nde localisation** synchrone des VADS (carcinome épidermoïde)
 - **TDM cervico-faciale avec injection**
 - Recherche infiltration osseuse + ADP cervicales
 - +/- IRM avec gadolinium si tumeur volumineuse
- **Pour bilan d'extension/du terrain**
 - **Endoscopie oeso-gastro-duodénale**: pour cancer oesophage
 - **Fibroscopie et TDM thoracique**: métastases ou cancer bronchiques
 - **Biologie et échographie hépatique**: métastases ou cancer hépatiques
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - **Bilan nutritionnel** +++ : cf dysphagie + terrain alcoolo-tabagique
 - **Bilan pré-radiothérapie**: panoramique + Cs stomatologie + **gouttière** fluorée (**A savoir !**)
 - **Bilan préop**: Gpe-Rh-RAI / ECG / Cs anesthésie +/- opérabilité

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP**) (**A savoir !**)
- Proposition d'un programme personnalisé de soins (**PPS**)

Traitement chirurgical

- Exérèse complète de la tumeur avec marge de résection saines
- Ex. **anapath** et ex. extemporané des berges et des ADP
- **Curage ganglionnaire**: homo ou bilatéral / fonctionnel ou radical
- Intervention selon topographie (amygdalectomie, buccopharyngectomie..)

Traitements complémentaires

- **Radiothérapie externe**
 - **Systématique** en adjuvante de la chirurgie
 - Sur le site tumoral + ADP cervicales
- **Chimiothérapie**
 - Concomittante de la radiothérapie souvent
 - Néoadjuvante de la chirurgie parfois

Mesures associées +++

- **Terrain typique du SDF alcoolo-tabagique** (**A savoir !**)
 - Sevrage alcoolo-tabagique (P° du DT / Cs spécialisée)
 - Prise en charge bucco-dentaire (extractions / hygiène)
 - Prise en charge nutritionnelle (CNO +/- SNG +/- stomie)
 - Prise en charge sociale (assistante sociale / ALD / CMU)
 - Hémostase avant tout geste invasif (cf cirrhose)
- **Traitement agressif donc**
 - Prise en charge de la douleur
 - Soutien psychologique

Surveillance

- **Clinique**: Cs ≥ 1x/an A VIE / examen ORL complet + observance du sevrage
- **Paraclinique**: RTx +/- Pan-endoscopie et TDM cervico-faciale au moindre doute

C. TUMEURS DE L'HYPOPHARYNX

Généralités

Rappel anatomique

- Hypopharynx situé entre oropharynx et oesophage / en arrière du larynx ++
- Composé de: sinus piriformes (latéraux) / rétrocricoïde (en avant) / oeso (en bas)

Epidémiologie

- Hypopharynx = 10-15% des cancer des VADS (très élevé en France)
- **Facteurs de risque:** intoxication alcool-tabagique +++

Anatomo-pathologie

- **Type histologique:** carcinome épidermoïde différencié (95%)
- **Localisation:** **sinus piriforme** dans 90% des cas

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** Homme - âge: 55-65ans - intoxication alcool-tabagique +++
 - **Signes fonctionnels**
 - Gène hypopharyngée unilatérale +/- dysphagie (solides puis liquides)
 - Autres: **otalgie** réflexe / si extensif: dyspnée / dysphonie
- **Examens physique**
 - **ADP** cervicales +++ (souvent révélatrices): **schéma** daté (**A savoir !**)
 - Examen de la cavité buccale à l'abaisse-langue: le plus souvent normal
 - Examen laryngoscopique indirect + **nasofibroscopie** = visualise la tumeur
 - Palpation du larynx + aires ganglionnaires cervicale bilatérales

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Pan-endoscopie des VADS avec biopsie +++ (A savoir !)**
 - laryngo-broncho-oesophagoscopie / sous AG / tube rigide / schéma daté
 - Visualisation + biopsie: ex. **anapath** = pose le diagnostic histologique
 - Recherche **2nde localisation** (VADS) synchrone (cf carcinome épidermoïde)
 - **TDM cervico-faciale avec injection**
 - Evaluate l'atteinte laryngée (infiltration des cartilages) / recherche ADP
- **Pour bilan d'extension/du terrain**
 - **Endoscopie oeso-gastro-duodénale:** pour cancer oesophage
 - **Fibroscopie et TDM thoracique:** métastases ou cancer bronchiques
 - **Biologie et échographie hépatique:** métastases ou cancer hépatiques
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - **Bilan nutritionnel +++ :** cf dysphagie + terrain alcool-tabagique
 - **Bilan pré-radiothérapie:** panoramique + Cs stomatologie + **gouttière** fluorée (**A savoir !**)
 - **Bilan préop:** Gpe-Rh-RAI / **hémostase** / ECG / Cs anesthésie +/- opérabilité

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP**) (**A savoir !**)
- Proposition d'un programme personnalisé de soins (**PPS**)

Traitement chirurgical curatif

- Exérèse complète de la tumeur + ex. **anapath**/extempo
- **Curage** ganglionnaire systématique (même si N0)
- **Si immobilité laryngée = chirurgie non conservatrice**
 - = pharyngo-laryngectomie totale
 - → trachéostomie définitive
- **Si mobilité laryngée normale = chirurgie conservatrice**
 - Ex: pharyngectomie / pharyngo-laryngectomie partielle

Traitement complémentaire

- **Radiothérapie externe**
 - **Quasi-systématique** en adjuvante (post-opératoire)
 - → sur tumeur primitive et ganglions (cf lymphophilie ++)
- **Chimiothérapie**
 - En néo-adjuvante sur les tumeurs T3 nécessitant un laryngectomie totale

- → objectif = éviter la trachéostomie à vie : protocole de préservation laryngée

Mesures associées +++

- **Terrain typique du SDF alcool-tabagique (A savoir !)**
 - Sevrage alcool-tabagique (P° du DT / Cs spécialisée)
 - Prise en charge bucco-dentaire (extractions / hygiène)
 - Prise en charge **nutritionnelle** (CNO +/- SNG +/- stomie)
 - Prise en charge sociale (assistante sociale / ALD / CMU)
 - Hémostase avant tout geste invasif (cf cirrhose)
- **Traitement agressif donc**
 - !! Rééducation **orthophonique** si trachéostomie définitive (A savoir !)
 - Prise en charge de la douleur
 - Soutien psychologique

Surveillance

- **Clinique:** Cs \geq 1x/an A VIE / Ex. ORL complet + observance du sevrage
- **Paraclinique:** RTx +/- pan-endoscopie et TDM cervico-faciale au moindre doute

D. TUMEURS DU LARYNX

Généralités

Rappels anatomiques

- Larynx situé entre oropharynx et trachée / niveau: C4-C5-C6
- 3 étages: sus-glottique / glottique (cordes vocales) / sous-glottique
- 3 fonctions: phonation / respiration / déglutition
- Cartilages: os hyoïde / épiglottique / thyroïde / cricoïde / aryténoïdes

Epidémiologie

- Cancer du larynx = **1er cancer des VADS** (30%) / âge: 45-65ans
- Survie à 5ans tous stades = 60% (et réduit de moitié dès que N+ !)
- **Facteurs de risque**
 - **Tabac** / !! alcool: seulement co-carcinogène (\neq autres tumeurs)
 - Sexe: homme +++ (dans 97% des cas)
 - Laryngites chroniques → lésions dysplasiques précancéreuses
 - Exposition professionnelle: amiante, fer, nickel, chrome..
 - RGO: seulement pour les tumeur postérieures (CV/aryténoïdes)

Anatomo-pathologie

- **Type histologique:** **carcinome épidermoïde** (95%)
- **Localisation:** sus-glottique (50%) / glottique (45%) / sous-glottique (5%)

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** homme / intoxication tabagique +++ / âge: 45-65ans
 - **Signes fonctionnels**
 - **Dysphonie:** !! toute dysphonie chez un fumeur est cancer JPDC (cf [Trouble aigu de la parole. Dysphonie.](#))
 - Si localisation sus-glottique: gêne à la déglutition / dysphagie / otalgie
 - Si localisation sous-glottique: dyspnée
- **Examens physique**
 - **ADP** cervicales: sauf si tumeur limitée au plan glottique (cordes vocales)
 - Palpation des aires ganglionnaires cervicales + relief laryngé: **schéma (A savoir !)**
 - Examen de la cavité buccale à l'abaisse-langue: normal / état bucco-dentaire
 - Laryngoscopie indirecte et **nasofibroscopie:** visualise et localise la tumeur
 - → évaluer la **mobilité laryngée** à la respiration et phonation +++

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Pan-endoscopie des VADS avec biopsie +++ (A savoir !)**
 - laryngo-broncho-oesophagoscopie / sous AG / tube rigide / schéma daté
 - Visualisation + biopsie: ex. **anapath** = pose le diagnostic histologique
 - Recherche **2nde localisation** de synchrone (carcinome épidermoïde)

- TDM cervicale avec injection
 - Evaluation de l'extension aux cartilages laryngés + recherche ADP
- Pour bilan d'extension/du terrain
 - Endoscopie oeso-gastro-duodénale: pour cancer oesophage
 - Fibroscopie bronchique et TDM thoracique: métastases ou cancer bronchiques
 - Biologie et échographie hépatique: métastases ou cancer hépatiques
- Pour bilan pré-thérapeutique
 - Bilan nutritionnel +++ : cf dysphagie + terrain alcoolo-tabagique
 - Bilan pré-radiothérapie: panoramique + Cs stomatologie + **gouttière** fluorée (A savoir !)
 - Bilan préop: Gpe-Rh-RAI / ECG / Cs anesthésie +/- opérabilité

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP**) (A savoir !)
- Proposition d'un programme personnalisé de soins (**PPS**)

Traitement chirurgical curatif

- Exérèse totale de la tumeur avec marges / ex. **anapath**
- **Curage** ganglionnaire + ex. extempo. (sauf T1N0: limité au plan glottique)
- Chirurgie conservatrice = laryngectomie partielle
 - Ex: cortectomie (unilatérale), laryngectomie sus-glottique, etc.
 - → trachéostomie post-opératoire transitoire seulement
- Chirurgie non conservatrice = laryngectomie totale
 - Si envahissement locorégional trop important (T3/T4)
 - → **trachéostomie** définitive (!! NPO orthophonie)

Traitement complémentaire

- Radiothérapie externe
 - En exclusif (pas de chirurgie) si T1 d'une corde vocale
 - En adjuvant (postop) si laryngectomie (totale ou partielle)
- Chimiothérapie
 - En néo-adjuvante pour les tumeurs nécessitant une laryngectomie totale
 - → objectif = éviter la trachéostomie à vie

Mesures associées +++

- Terrain typique du SDF alcoolo-tabagique (A savoir !)
 - **Sevrage** alcoolo-tabagique (P° du DT / Cs spécialisée)
 - Prise en charge bucco-dentaire (extractions / hygiène)
 - Prise en charge nutritionnelle (CNO +/- SNG +/- stomie)
 - Prise en charge sociale (assistante sociale / ALD / CMU)
 - Hémostase avant tout geste invasif (cf cirrhose)
- Traitement agressif donc
 - Rééducation **orthophonique** si trachéostomie définitive (A savoir !)
 - Soutien psychologique / association de patients trachéostomisés
 - Prise en charge de la douleur

Surveillance

- Clinique: Cs ≥ 1x/an A VIE / Ex. ORL complet + observance du sevrage
- Paraclinique: RTx +/- Pan-endoscopie et TDM cervico-faciale au moindre doute

E. TUMEURS DE LA CAVITÉ BUCCALE

Généralités

Epidémiologie

- 35% des cancers des VADS / âge: 50-65ans / homme à 90%
- Survie à 5ans tous stades = 40% (et réduction de moitié si N+)
- Facteurs de risque
 - Intoxication **alcoolo-tabagique** +++
 - Lésion pré-cancéreuses: lichen plan chronique / leucodysplasie /erythroplasie
 - Immunodépression (VIH , greffe..)
 - Cas particuliers: chiqueurs de coca ou bétel en Am.du Sud et Inde

Anatomo-pathologie

- **Type histologique:** **carcinome épidermoïde** (95%) , carcinome glandulaire
- **Localisation:** langue mobile +++ / plancher buccal (30%)

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** H >> F / intox. alcool-tabagique / âge: 50-65ans
 - **Signes fonctionnels**
 - **Gène buccale** à la mastication ou à l'élocution
 - Autres: glossodynie / stomatorragie / trismus / otalgie réflexe
- **Examen physique**
 - **ADP cervicales:** très fréquentes / ex. des aires ganglionnaires: **schéma** (A savoir !)
 - **Examen endo-buccal à l'abaisse-langue +++**
 - Visualisation de la tumeur: ulcération à bord irréguliers / surélevés
 - Palpation bidigitale: induration / saignement au contact
 - Evaluer l'état bucco-dentaire + extension locale de la tumeur
 - **Biopsie** systématique (!! ne dispense pas de la pan-endoscopie)

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Pan-endoscopie des VADS avec biopsie +++ (A savoir !)**
 - laryngo-broncho-oesophagoscopie / sous AG / tube rigide / schéma daté
 - Visualisation + biopsie: ex. **anapath** = pose le diagnostic histologique
 - Recherche 2^{de} localisation de T(VADS) synchrone (cf carcinome épidermoïde)
 - **TDM cervicale avec injection**
 - Evaluation de l'envahissement osseux (mandibulaire) + recherche ADP
 - **IRM cervicale avec injection de gadolinium ++**
 - Si tumeur infiltrante de la langue: évalue l'extension au muscle/plancher
- **Pour bilan d'extension/du terrain**
 - **Endoscopie oeso-gastro-duodénale:** pour cancer oesophage
 - **Fibroskopie et TDM thoracique:** métastases ou cancer bronchiques
 - **Biologie et échographie hépatique:** métastases ou cancer hépatiques
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - **Bilan nutritionnel +++ :** cf dysphagie + terrain alcool-tabagique
 - **Bilan pré-radiothérapie:** panoramique + Cs stomatologie + **gouttière** fluorée (A savoir !)
 - **Bilan préop:** Gpe-Rh-RAI / ECG / Cs anesthésie +/- opérabilité

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP**) (A savoir !)
- Proposition d'un programme personnalisé de soins (PPS)

Traitement chirurgical curatif

- Exérèse totale de la tumeur avec marges saines / ex. **anapath**
- **Curage** ganglionnaire (bilatéral si tumeur antérieure ou dépassant la ligne médiane)
- **Si tumeur de petite taille / non infiltrante**
 - Electroréssection par voie buccale
 - → glossectomie (langue) ou pelvectomie (plancher) partielle
- **Si tumeur de taille importante / infiltrante**
 - Chirurgie lourde: glossectomie totale, bucco-pharyngectomie, etc.
 - Souvent reconstruction associée: lambeaux libres

Traitement complémentaire

- **Radiothérapie externe**
 - En adjuvant de la chirurgie: sur site tumoral + aires ganglionnaires si T3 T4 ou + de 2 N+
- **Chimiothérapie**
 - En curatif concomitant de la radiothérapie si R1/R2 ou rupture capsulaire , ou en palliatif
- **Curiothérapie**
 - Pour les tumeurs limitées de la langue (T1/T2)
 - **et** à distance de la mandibule (!! risque d'ostéoradionécrose)

Mesures associées +++

- Terrain typique du SDF alcoolo-tabagique (A savoir !)
 - **Sevrage** alcoolo-tabagique (P° du DT / Cs spécialisée)
 - Prise en charge bucco-dentaire (extractions / hygiène)
 - Prise en charge **nutritionnelle** (CNO +/- SNG +/- stomie)
 - Prise en charge sociale (assistante sociale / ALD / CMU)
 - Hémostase avant tout geste invasif (cf cirrhose)
 - Traitement agressif donc
 - Prise en charge de la douleur
 - Soutien psychologique
- Surveillance**
- Clinique: Cs \geq 1x/an A VIE / Ex. ORL complet + observance du sevrage
 - Paraclinique: RTx +/- Pan-endoscopie et TDM cervico-faciale au moindre doute

F. TUMEURS DE L'ETHMOÏDE

Généralités

Epidémiologie

- Sex ratio: H > F = x2 - âge variable
- Facteurs de risque
 - **Exposition professionnelle au bois** (!! MP: cf [Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux.](#))
 - Autres expositions: cuir / nickel / chrome / amiante, etc.

Anatomo-pathologie

- Types histologiques:
 - **Adénocarcinome** le plus souvent (!! exception des VADS)
 - Autres: carcinome épidermoïde / lymphome, etc.

Diagnostic

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: métier avec exposition chronique au bois: **ébéniste**, tapissier
 - Signes fonctionnels
 - rhinologiques: épistaxis récidivantes, hyposmie, obstruction nasale
 - oculaires: **exophtalmie** (!! envahissement de l'orbite), diplopie
 - autres: douleurs faciales / oedème palpébral / méningite, etc.
- Examen physique
 - Examen ORL
 - Rhinoscopie ant./post: visualise la tumeur: masse charnue / saignante
 - Palpation des aires ganglionnaires (ADP exceptionnelles): schéma
 - Nasofibroscopie avec **biopsies** dirigées sous AL +++
 - Extension clinique
 - Opthalmologique +++ : recherche exophtalmie / diplopie / BAV
 - Neurologique +++ : recherche une HTIC / un syndrome méningé, etc.
 - Aires ganglionnaires: recherche d'ADP cervicales / schéma
 - Métastases à distance: pulmonaires / osseuses / cérébrales

Examens complémentaires

- Pour diagnostic positif
 - Biopsie pour examen histologique
 - Réalisé sous AL au cours de la nasofibroscopie
 - Ex. **anapath**: pose le diagnostic histologique
- Pour bilan d'extension
 - TDM faciale centrée sur l'ethmoïde avec injection
 - Recherche envahissement de la lame criblée et cavité orbitaire
 - IRM faciale centrée sur l'ethmoïde avec gadolinium
 - **Systématique** / précise rapports avec les méninges et le cerveau
 - Autres examens
 - Consultation ophtalmo (test Lancaster) / écho abdo / RTx
- Pour bilan pré-thérapeutique

- Bilan pré-radioT: panoramique + Cs stomatologie + **gouttière** fluorée (**A savoir !**)
- Bilan préop: Gpe-Rh-RAI / ECG / Cs anesthésie +/- opérabilité

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP**) (**A savoir !**)
- Proposition d'un programme personnalisé de soins (PPS)

Traitement chirurgical

- Exérèse complète de la tumeur et ex **anapath**.
- Technique et voie d'abord selon extension locale (endonasale ++)
- Si envahissement de l'orbite → extériorisation de l'orbite associée (= ablation des parties molles)

Traitement complémentaire

- **Radiothérapie externe**
 - Systématique en adjuvant si traitement chirurgical d'un adénocarcinome
 - En isolée si pas de traitement chirurgical
- **Chimiothérapie**
 - En concomitante avec radiothérapie ou en palliative

Mesures associées

- Traitement des C° et symptomatique (antalgiques, etc.)
- Prise en charge à 100% (ALD)
- **Déclaration en MPI** le cas échéant

Surveillance

- **Clinique**: Cs régulière à vie avec examen ORL: nasofibroscope +++
- **Paraclinique**: TDM facial +/- IRM au moindre doute à la rhinoscopie

Synthèse pour questions fermées

Quel est le principal facteur de risque du cancer du nasopharynx ?

- Infection chronique par le virus EBV

Quels sont les 2 examens systématiques à réaliser dans le cancer du nasopharynx pour détecter une récurrence ?

- Sérologie EBV (Ac anti-VCA, anti EBNA, anti EA)
- PET SCANNER

Quels sont les 2 principaux facteurs de risque des cancers épidermoïdes des VADS ?

- Intoxication alcool-tabagique (synergie est un mot clef ++)

Quel est la localisation la plus fréquente des tumeurs de l'hypopharynx ?

- Sinus piriforme dans 90% des cas