

## I- GENERALITES

- ❖ 1<sup>ème</sup> cancer ORL ; 7<sup>ème</sup> rang de l'ensemble des cancers
- ❖ Lié le plus souvent à la consommation de tabac
- ❖ Carcinome épidermoïde dans 95 % des cas
- ❖ Touche surtout les hommes âgés de 45 à 70 ans, rare avant 40 ans
- ❖ Fréquence des tumeurs synchrones (avant le TRT), métachrones (au décours du TRT)
- ❖ Le pronostic d'ensemble est l'un des meilleurs au sein des voies aérodigestives
- ❖ Le traitement nécessitant le concours de plusieurs spécialistes doit être si possible conduit dans le cadre d'une équipe homogène (laryngologue, radiologue, anatomopathologiste, oncologue médical, radiothérapeute, anesthésiste, orthophoniste et psychologue)

## II- RAPPELS

### A- ANATOMIE :

**1- LE LARYNX** est constitué de pièces cartilagineuses mobiles, muscles, articulations, ligaments et une muqueuse recouvrant un chorion riche en éléments élastiques

### 2- TROIS ETAGES:

- **Étage glottique** : glotte, commissures antérieure et postérieure
- **Étage sus-glottique** : épiglotte, bandes ventriculaires, ventricule de Morgani, repli aryépiglottique
- **Étage sous-glottique** : face inférieure des cordes vocales et face interne du cricoïde

### 3- DRAINAGE LYMPHATIQUE :

- ❖ **Étage sus glottique** : drainage riche, croisé, dans la chaîne jugulaire interne notamment : - ganglion
- ❖ **Étage glottique** : pauvre en lymphatiques sauf au niveau de la commissure antérieure
- ❖ **Étage sous glottique** : **drainage riche**
- ❖ espace para glottique

### B- PHYSIOLOGIE :

- Le larynx associe 03 principales fonctions :
- ❖ Phonation (muscles phonatoires)
  - ❖ Respiration (muscles respiratoires)
  - ❖ Déglutition (épiglotte, replis ary-épiglottiques et aryténoïdes, muscles extrinsèques)
- Accessoirement : - Olfaction et gustation ; Augmentation de la pression intra-abdominale (Ex : fermeture de la glotte lors de la défécation)

### C- HISTOLOGIE :

**1- E. sus-glottique** : épithélium malpighien

**2- E. glotto-sous-glottique** : épithélium respiratoire

## III- Etiopathogénie :

### A) EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE :

- ❖ 5 % des cancers de l'homme ; 0.2 % des cancers de la femme
- ❖ 25 % des cancers des VADS
- ❖ SR : 10:1
- ❖ Age : 45 à 70 ans, rare avant 40 ans
- ❖ Cancer glottique : 60 %
- ❖ Cancer sous-glottique rare (<12%)
- ❖ Carcinome épidermoïde dans 95 % des cas

### B) FACTEURS FAVORISANTS :

- ❖ **Tabac et alcool** :
  - Le tabagisme est le facteur étiologique essentiel
  - L'intoxication alcoolique, lorsqu'elle est ancienne et importante, retrouvée dans 90 % des cancers sus-glottiques, 50% des cancers glottiques (rôle des solvants)
  - Tabac et alcool agissant en synergie, plus de 90% des cancers du larynx peuvent leur être attribués, responsables de laryngite chronique, susceptible de dégénérer.
- ❖ **Autres facteurs** : exposition professionnelle en particulier (métiers exposés à l'amiante, acide sulfurique), le malmenage vocal associé au tabagisme
- ❖ **Les états précancéreux** (leucoplasies, papillomatoses à HPV 16, kératoses exophytiques)
- ❖ **Facteurs Hormonaux** ? → prédominance des Hommes
- ❖ **Radiations ionisantes**
- ❖ **Régime alimentaire** : Rôle de certains aliments protecteurs (vit C, E, Fe, Zinc, Fruits et légumes)
- ❖ **CSE basse** : mauvais accès au soin, ethylo-tabagisme, régime alimentaire défavorable, exposition aux carcinogènes
- ❖ **Facteurs génétiques** : Déficit en GST (Glutathion S-Transferase) → rôle dans la détoxification des carcinogènes du a la fumée

## IV- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

**A- CARCINOMES EPIDERMOIDES INVASIFS** : 90% de toutes les tumeurs malignes du larynx ; malpighiens

**B- TUMEURS GLANDULAIRES** rares : **Adénocarcinomes** : 02% de tous les cancers du larynx

**C- Les sarcomes et les lymphomes (Type B)** sont exceptionnels.

**D- Les tumeurs secondairement** localisées au larynx sont rare : adénocarcinome rénal, mélanome cutané, carcinomes du sein, poumon, tractus gastro-intestinal, génito-urinaire

## V- ÉTUDE CLINIQUE: « TDD : CARCINOME EPIDERMOÏDE DE LA CORDE VOCALE »

### A- SIGNES FONCTIONNELS :

- ❖ La dysphonie est le signe majeur puisqu'elle est présente dans 95 % des cas.  
« *Toute dysphonie persistant plus de 3 semaines chez un patient tabagique nécessite un examen laryngé* ».
- ❖ Toux irritative ; Crachats hémoptoïques : jamais isolés
- ❖ La dysphagie traduit l'extension vers l'étage sus-glottique
- ❖ La dyspnée traduit souvent un cancer laryngé évolué.
- ❖ Une otalgie réflexe ou une adénopathie cervicale métastatique sont plus rares
- ❖ Tuméfaction cervicale du à une ADP ou à une extériorisation de la tumeur aux tissus mous
- ❖ Hémoptysie par ulcération d'une tumeur exophytique

### B- EXAMEN CLINIQUE :

- ❖ **PALPATION** : l'os hyoïde, cartilage thyroïde (mobilité) Membrane thyro-hyoidienne, trachée ; aires GG : recherche d'ADP
- ❖ **LID** : apprécie : l'aspect macroscopique de tumeur (bourgeonnante, ulcérate, infiltrante), la forme + siège + extension + mobilité des éléments laryngés (cordes vocales et aryténoïdes), sinus piriforme, base de langue, vallécules
- ❖ **NASOFIBROSCOPIE** :- *souple* analyse du larynx dans les conditions physiologiques-**Optique** Toutes les formes peuvent se voir avec diminution de la mobilité ou fixité d'une ou des 2 cordes vocales. La mobilité des aryténoïdes doit être étudiée séparément (dissociation avec celle de la corde).

### C- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- ❖ **L'IMAGERIE: préconisée avant la biopsie** (les phénomènes inflammatoires dus aux biopsies modifient le signal radiologique).  
**TDM** ; **IRM** : extension aux muscles ( base de la langue , plancher buccal)
- ❖ **PANENDOSCOPIE SOUS AG OU NEUROLEPTANALGESIE : LDS** Elle permet la visualisation de la tumeur + extension + apprécie la mobilité des différentes structures + extension aux VADS + **biopsies étagées**
- ❖ **ÉTUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE** : carcinome malpighien bien ou modérément différencié
- ❖ **BILAN D'EXTENSION METASTATIQUE** : scanner thoraco-abdomino-pelvien, fonction hépatique, endoscopie bronchique (Kc métachrone),

## VI- CLASSIFICATION :

### CLASSIFICATION TNM (UICC 2009)

#### A-ÉTAGE GLOTTIQUE:

- ❖ **T1**: tumeurs limité à 1 ou 2 cordes vocales (pouvant envahir la CA ou CP) avec mobilité NL
  - **T1a**: Tm limité a 1 corde vocale
  - **T1b** : Tm envahissant les 2 cordes V
- ❖ **T2**: tumeurs envahissant l'étage sus glottique ou sous glottique, et/ou diminution de la mobilité glottique
- ❖ **T3** : tumeurs limitées au larynx avec fixité de la corde vocale et/ou envahissent **l'espace para glottique** et/ou avec lyse minima du cartilage thyroïde (corticale interne)
- ❖ **T4a**: tumeurs envahissant le cartilage thyroïde ou les tumeurs extra laryngée (trachée, t mous du cou dont les muscles profonds ou extrinsèque de la langue, les muscles sous hyoïdiens, G thyroïde, œsophage.
- ❖ **T4b**: tumeurs envahissant l'espace pré vertébrale les structures médiastinales ou englobant l'artère carotide.

### CLASSIFICATION N: 4 classes N

- ❖ **N0**: pas de signe d'atteinte des GG régionaux
  - ❖ **N1**: métastase dans 1 seul GG homolatéral **<ou= 3 cm**
  - ❖ **N2**: métastase unique dans 1 gg homolatéral >3 et <= à 6 cm ou métastase GG homolatérale multiple **<ou= 6 cm**
    - **N2 a**: métastase GG homolatéral >3 et <= a 6 cm
    - **N2 b**: métastase GG homolatéral multiple <ou= 6cm
    - **N2 c**: méta bilatérales ou controlatérales <ou= 6cm
  - ❖ **N3**: méta dans 1 ganglion > 6 cm
- Les GG médians sont considérés comme homolatéraux

**CLASSIFICATION M:**

- ❖ M0: -
- ❖ M1: +
- ❖ Mx: renseignements insuffisants

**VII- DIAGNOSTIC****A-DIAGNOSTIC POSITIF :**

- ❖ **L'interrogatoire** recherche des ATCDs alcoolo-tabagiques, des signes d'appels (dysphonie persistante évoluant depuis plus de 3 semaines chez un malade fumeur âgé de 40 ans) et des facteurs favorisants.
- ❖ **La LI** met en évidence la tumeur, son siège, extension, mobilité cordale .
- ❖ **LDS** : précise le siège et l'envahissement local et permet de pratiquer une biopsie qui pose le diagnostic de certitude de la nature de cette néoformation.
- ❖ **Biopsie sous LDS**
- ❖ **TDM + IRM** : bilan d'extension.

**B-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

- ❖ **Les tumeurs bénignes du larynx : polypes et kystes la corde vocale**
- ❖ **Devant une laryngite chronique:** En particulier **hypertrophique** blanche, lésion **précancéreuse** par excellence,.
- ❖ **Devant une corde vocale fixée** : Paralysie récurrentielle (CV amincies et raccourcies)
- ❖ **Les laryngocèles** sont des diverticules situés dans l'épaisseur de la bande ventriculaire. L'association laryngocèle-cancer est classique

**VIII- ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS :**

- ❖ **Sous TRT:** éradication de la tumeur permet d'améliorer le pronostic.
- ❖ **Sans TRT:** l'évolution se fait vers l'extension locale, ganglionnaire, métastatique

**IX- TRAITEMENT****A-BUTS:**

- ❖ Éradiquer la tumeur
- ❖ Rétablir si possible les 03 fonctions du larynx
- ❖ Augmenter la longévité

**B-MOYENS:**

**1- TRAITEMENT MEDICAL:** limité aux surinfections (ATB, AI, humidification de l'air, CTC)

**2- RADIOTHERAPIE:** *sur le larynx et les aires ganglionnaires*

**3- CHIMIOTHERAPIE:**

**4- PROTOCOLE DE PRESERVATION LARYNGEE:**

- ❖ Méthode thérapeutique associant chimiothérapie et radiothérapie dans le but de préserver les fonctions laryngées quand la chirurgie ne peut que proposer une laryngectomie totale sous réserve qu'elle apporte un contrôle carcinologique au moins équivalent.

**5- CHIRURGICAL :**

**1-Endoscopique:**

- ❖ Laser CO2
- ❖ exérèse endoscopique : nécessite une parfaite exposition de la tumeur, contre indiquée dans le cas contraire

**2- chirurgie par voie externe :**

**6- Curage ganglionnaire:**

**7- REHABILITATION LARYNGEE :**

- ❖ **Toujours indiquée+++**
- ❖ Multidisciplinaire : ORL, Orthophoniste, psychologue

**C-INDICATIONS :**

- ❖ Elle dépend de localisation de la tumeur et l'aspect macroscopique
- ❖ L'extension locale (cartilages, espaces laryngés, mobilité cordale et aryénoïdienne)
- ❖ L'extension GG.
- ❖ L'état général du patient, âge, profession, ses souhaits

**E-SURVEILLANCE :**

- ❖ Tous les 02 mois pendant 2 ans puis 2 fois /an
- ❖ La récédive est annoncée par une dysphonie, dysphagie, ADP cervicale, métastases, tuméfaction cervicale

**F-PRONOSTIC :****1- Tumeur des cordes vocales : control local**

- ❖ T1 74-100 % à 5ans
- ❖ T2
  - Mobilité normale : 84-95% à 5 ans
  - Mobilité réduite : RX exclusive 76 % / CHEP : 88-94% à 5ans
- ❖ T3 50-60 %
- ❖ T4 30-57 %

**2- Tumeur supra-glottique du larynx : survie globale**

- ❖ T1 LGSE 93% à 3ans et Chirurgie supra glottique 90-95% à 3ans
- ❖ T2 chirurgie Supra glottique 63% à 5ans CHEP/CHP : 68-84%
- ❖ T3,T4 : Varient de 50-74%

**3- Tumeur sous-glottique du larynx : survie globale**

- ❖ T1, T2 : 44%
- ❖ T3,T4 : 33%

**X- CONCLUSION :**

Toute symptomatologie laryngée persistante chez un patient alcoolo-tabagique nécessite une consultation ORL.

- ❖ Le diagnostic repose sur l'endoscopie avec biopsies.
- ❖ Un bilan d'extension local, régional et général est systématiquement réalisé avant de poser l'indication thérapeutique.
- ❖ L'indication est d'autant plus « conservatrice » pour la phonation que la lésion est limitée.
- ❖ Le pronostic des cancers laryngés est assez favorable si le diagnostic est précoce.
- ❖ La prise en charge familiale et sociale (Réinsertion sociale et professionnelle du laryngectomisé)