

UNIVERSITE ABOU BAKER BELKAID
FACULTE DE MEDECINE DR BENZERDJEB BENAOUA
DEPARTEMENT DE MEDECINE



CHU D^R T.DAMERDJI .TLEMCEN
SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Sous la direction du Professeur Hadj Allal .F
Thème pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

**CANCERS DES VOIES AERO-
DIGESTIVES SUPERIEURES**

Préparé par :
ABDELLAOUI Fatima

Sous la direction du :
Professeur HADJ ALLAL. F

Année universitaire : 2011/2012

Professeur
F. HADJ ALLAL
Chef de Service ORL
TLEMCEN

[Signature]
24/09/2012

Sommaire

<u>Introduction-Définition</u>	p 01
<u>Première Partie: Étude Théorique</u>	p 02
<u>Chapitre I:</u> Rappel anatomique sur les VADS.....	p 03
<u>Chapitre II:</u> Etiopathogenie des cancers des VADS.....	p 10
<u>Chapitre III:</u> Moyens diagnostic.....	p 15
<u>Chapitre IV:</u> Etude topographique.....	p 21
<u>Chapitre IV :</u> Prise en charge thérapeutique.....	p 33
<u>Deuxième Partie: Étude Pratique</u>	p 53
<u>Objectifs</u>	p 54
<u>Méthodologie</u>	p 54
<u>Résultats et discussion</u> ..	p 56
<u>Conclusion</u>	p 62
<u>Bibliographie</u>	p 63

Remerciements

Je remercie tout d'abord, *ALLAH* Le Tout Puissant de m'avoir donné le privilège et la chance d'étudier et de suivre le chemin de la science et de la connaissance.

A mon maître : Monsieur le professeur en orl PR Hadj Allal. F Chef service d'orl C.H.U. Dr T.Damerdji – Tlemcen-

Je témoigne mon sincère reconnaissance au Professeur *PR Hadj Allal. F Médecin Chef du service orl CHU Tlemcen*, pour m'avoir proposé un sujet intéressant et pour ses discussions fructueuses et ses encouragements tout au long de ce mémoire, et de l'accueil qu'il m'avez réservé et du temps qu'il m'avez consacré lors de mon stage de trois mois au sein de son service, Je lui remercie plus spécialement pour la confiance dont il a fait part à mon égard et pour la liberté qu'il m'accordée d'éprouver mes idées et de mener à bien ma recherche en mon aidant de ses conseils judicieux et de son précieuse relecture.

Permettez-moi de vous manifester ma grande admiration pour votre modestie, votre sérénité et votre moralité qui me resteront un exemple à suivre dans ma vie professionnelle.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect et ma profonde estime.

Veillez trouver cher maître dans ce modeste travail le témoignage de mes gratitude, mon profond respect et mes remerciements les plus sincères.

*A mon maitre et doyen de la faculté de médecine Monsieur
le professeur en médecine nucléaire PR Berber Chef service de
médecine nucléaire C.H.U. Dr T.Damerdji - Tlemcen.*

A nos maîtres d'études et de stages de médecine.

*Je vous reste toujours reconnaissante de m'avoir appris
avec dévouement l'art de la médecine.*

A tout le personnel de la faculté de médecine –Tlemcen-

*A tout le personnel des services hospitaliers du C.H.U Dr
T.Damerdji –TLEMCEM- où j'ai passé mes stages d'externat et
d'internat.*

*A tout le personnel du service d'orf du C.H.U.-
TLEMCEM- qui m'ont aidé à réaliser ce travail.*

*Permettez-moi de vous exprimer ma profonde
considération.*

*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de
ma reconnaissance infinie.*

Préface

Ce thème de fin d'étude médicale a été réalisé au niveau du service d'oto-rhino-laryngologie du CHU Dr T. Damerdji-Tlemcen. Sous la direction et l'encadrement du **PR Hadj Allal** chef service ORL CHU Tlemcen.

Les objectifs de ce travail sont :

- Comment suspecter une tumeur de la cavité buccale et une tumeur des voies aérodigestives supérieures et le moyen diagnostic.
- Connaître l'épidémiologie et l'anatomopathologie des cancers bucco-pharyngo-laryngés, sinusiens et rhinopharyngés.
- Connaître les moyens thérapeutiques. Les modalités évolutives des cancers de la voie aéro-digestive supérieure (VADS) et leur pronostic.
- Savoir évoquer un cancer bucco-pharyngo-laryngé.
- Connaître les signes d'appel d'une néoformation naso-sinusienne bénigne ou maligne. Savoir qu'une image d'ostéolyse évoque avant tout un processus néoplasique.

Ce travail comprend une étude théorique et scientifique de la pathologie cancéreuse des voies aéro-digestives supérieures tout en détaillant les caractéristiques histologiques, diagnostiques, thérapeutiques selon la topographie de chaque cancer tout en mettant la fréquence et l'impact de ce problème sur le terrain.

J'ai essayé de répondre le plus simplement possible aux questions et problèmes auxquels est confronté le personnel de santé par des recommandations pratiques, conciliant l'expérience acquise

sur le terrain par nos médecins, les recommandations des organismes de référence tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et celles d'ouvrages spécialisés en la matière.

Destiné à donner aux médecins internes, pharmaciens et infirmiers une information ciblée et résumée.

INTRODUCTION – DEFINITION

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) sont des cancers fréquents en France où ils représentent environ 10 % de l'ensemble des cancers, mais avec une grande différence entre les hommes (90 % des cas) et les femmes (10 %). A noter cependant que la fréquence chez la femme est en augmentation constante depuis 30 ans. Chez l'homme ce sont les quatrièmes cancers en fréquence après ceux de la prostate, des bronches, du colon et du rectum. Il y a environ 17 000 nouveaux cancers par an et 10 500 décès.

Dans 90 % des cas ces cancers sont en rapport avec une intoxication alcoolo-tabagique. Font exception les cancers du cavum (virus d'Epstein Barr), les cancers des cavités aériennes de la face (travailleurs du bois, ébénistes, menuisiers), certains cancers du larynx qui peuvent être en rapport avec un surmenage vocal chronique, certains cancers de la cavité buccale qui sont en rapport avec des dysplasies (lichen).

Les localisations cancéreuses des VADS sont souvent multiples de façon synchrone (en même temps) ou métachrone (de façon décalée dans le temps). Pour les cancers des VADS habituels, c'est-à-dire à l'exception des cancers du cavum et des cavités aériennes de la face, la recherche systématique d'un 2^{ème} cancer avec biopsies des zones douteuses permet de trouver une 2^{ème} localisation dans environ 20 % des cas. L'avenir des malades porteurs initialement de ces mêmes cancers des VADS habituels reste menacé non seulement par une récurrence de la tumeur primitive mais également par l'apparition secondaire d'un 2^{ème} cancer des VADS, bronchique ou œsophagien. Au-delà de 5 ans le risque de 2^{ème} cancer devient plus important que le risque de récurrence de la tumeur initiale.

Première partie :

Etude Théorique

Chapitre I:

Rappel anatomique sur les voies aérodigestives supérieures

Le carrefour aéro-digestif est le croisement des voies aériennes qui nous permettent de respirer et des voies digestives qui nous permettent de nous alimenter.

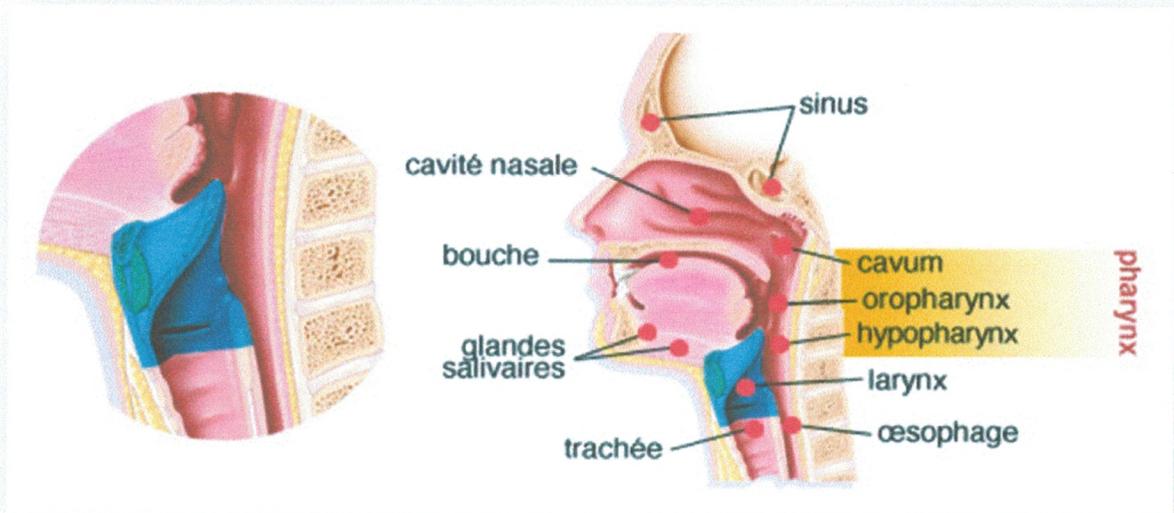


Figure : 1 - www.arcagy.org

Il comprend donc:

- Les voies digestives avec la bouche, la langue, les dents, l'œsophage
- Les voies de la respiration avec les fosses nasales, le cavum, la trachée

L'air pénètre par les narines dans les fosses nasales, siège aussi de l'olfaction. La cavité située en arrière est le cavum. Fosses nasales et cavum sont délimités en bas par le palais osseux et le voile du palais.

Au niveau du cavum prennent naissance les trompes d'Eustache qui se dirigent vers les caisses du tympan pour les aérer et y équilibrer la pression.

Le pharynx est la cavité située en arrière de la bouche et en dessous du cavum et assure la communication, vers le bas, avec l'œsophage et avec la trachée via le larynx.

L'épiglotte est un cartilage qui, en suivant les déplacements de l'os hyoïde, s'abaisse pour fermer la glotte (l'orifice supérieur de la trachée) et ainsi aiguiller vers les voies digestives, ou s'élève pour ouvrir la glotte et ainsi aiguiller vers les voies aériennes.

Le cartilage thyroïde est plus connu sous le nom de pomme d'Adam; c'est à son niveau que se trouvent le larynx et ses cordes vocales. En dessous le cartilage cricoïde puis la thyroïde.

Le carrefour aéro-digestif est donc une région à l'anatomie et au fonctionnement complexes mais vitale.

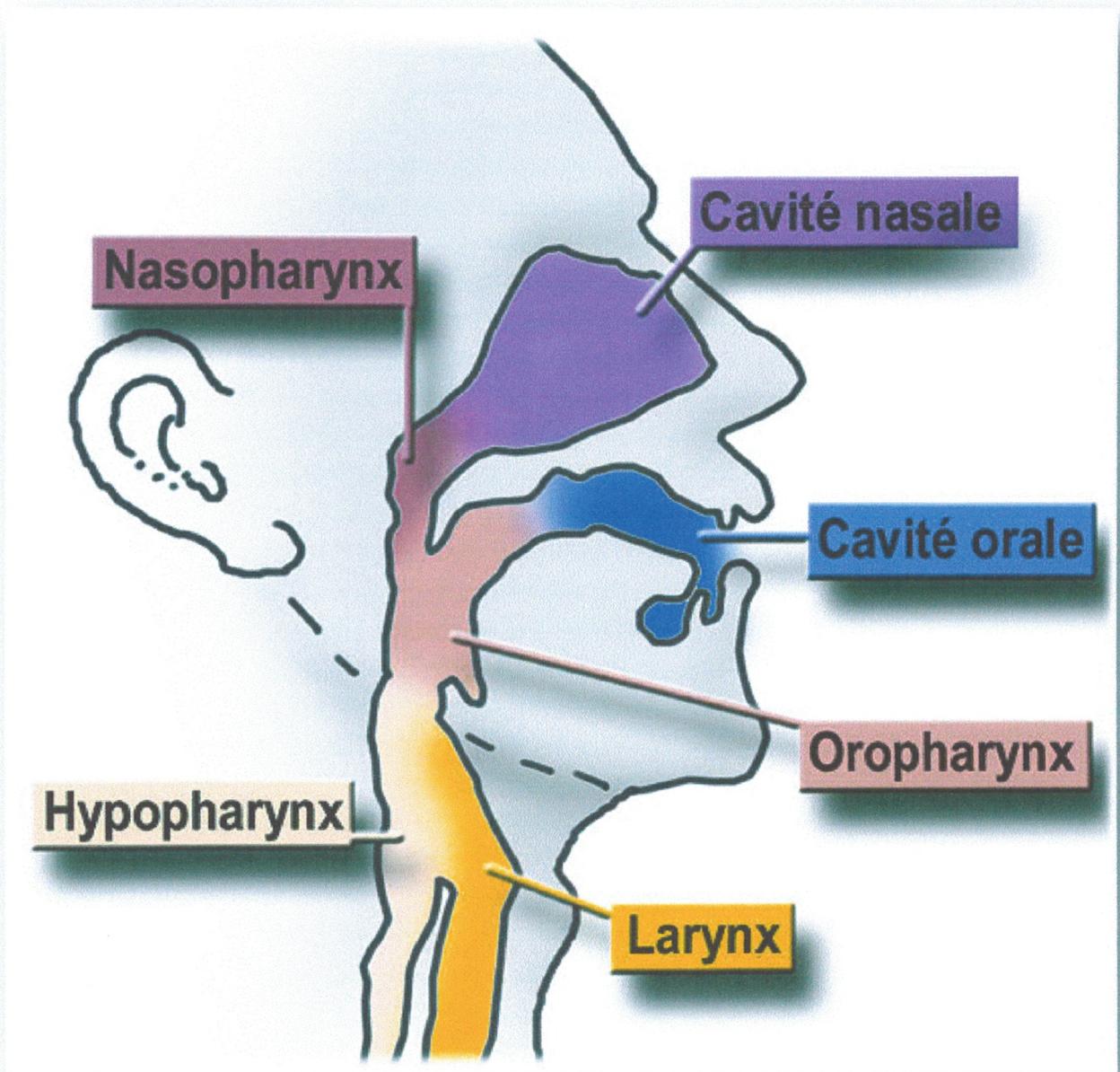


Figure : 2 - www.upload.wikimedia.org

I. La cavité buccale

La cavité buccale représente le segment initial du tube digestif. Elle est limitée latéralement par les arcades dentaires, en haut par la voûte palatine, en bas par le plancher buccal de nature essentiellement musculaire. C'est sur le plancher buccal que la langue est implantée. En arrière, la bouche s'ouvre dans la partie moyenne du pharynx par un orifice limité en haut par le voile du palais, latéralement par les piliers antérieurs des amygdales et en bas par la base de la langue. Cet orifice est l'isthme pharyngaux-buccal ou isthme du gosier.

Cet isthme constitue la limite entre la cavité buccale en avant et l'oropharynx en arrière. De plus la cavité buccale est complétée par le vestibule de la bouche, espace en fer à cheval compris entre les arcades dentaires, les joues et les lèvres.

Dans ce vestibule, on note encore, sur la face interne de la joue, à hauteur des molaires, l'orifice du canal de Sténon, canal excréteur de la parotide.

La langue est formée d'un squelette ostéo-fibreux, de muscles et d'une muqueuse. Le squelette ostéo-fibreux est formé de trois éléments : l'os hyoïde, la membrane hyo-glossienne, le septum lingual. Sur sa face supérieure ou dorsale, on aperçoit, à l'union du tiers postérieur et des 2 tiers antérieurs, un sillon en V ouvert en avant. Juste devant ce sillon, on distingue, au nombre de 9, les papilles linguales. Elles constituent le V lingual. En arrière de ce V lingual, on distingue une muqueuse peu adhérente, soulevée par des amas folliculaires dont l'ensemble constitue les amygdales linguales. Les canaux de Wharton, canaux excréteurs des glandes sous-maxillaires ou sub-mandibulaires, débouchent de part et d'autre du frein de la langue, sur le plancher buccal antérieur.

La voûte palatine est une cloison ostéo-musculaire, tapissée de muqueuses, qui sépare la cavité buccale, dont elle forme le toit, des fosses nasales et du pharynx. Elle comprend 2 parties, l'une antérieure, osseuse, l'autre postérieure, musculaire, le voile du palais qui règle la circulation dans le carrefour aéro-digestif. Ce voile du palais a un bord libre, postérieur, portant une excroissance : la luette ou uvule. Le voile du palais s'appuie de chaque côté sur 2 piliers, le pilier antérieur et le pilier postérieur de l'amygdale. Entre ces 2 piliers se trouve la fosse (loge) amygdalienne. Dans cette fosse amygdalienne, l'amygdale palatine ou tonsille, principal représentant d'un des nombreux tissus

lymphoïdes que l'on rencontre sous la muqueuse pharyngienne. Au niveau du cavum se trouvent les amygdales pharyngées ou végétations adénoïdes. L'ensemble amygdales pharyngées palatines et linguales constitue l'anneau lymphoïde de Waldeyer.

Les fosses nasales constituent l'étage supérieur des voies respiratoires : elles s'ouvrent à la fois vers l'extérieur (narines) et vers le nasopharynx ou cavum par l'intermédiaires des choanes.

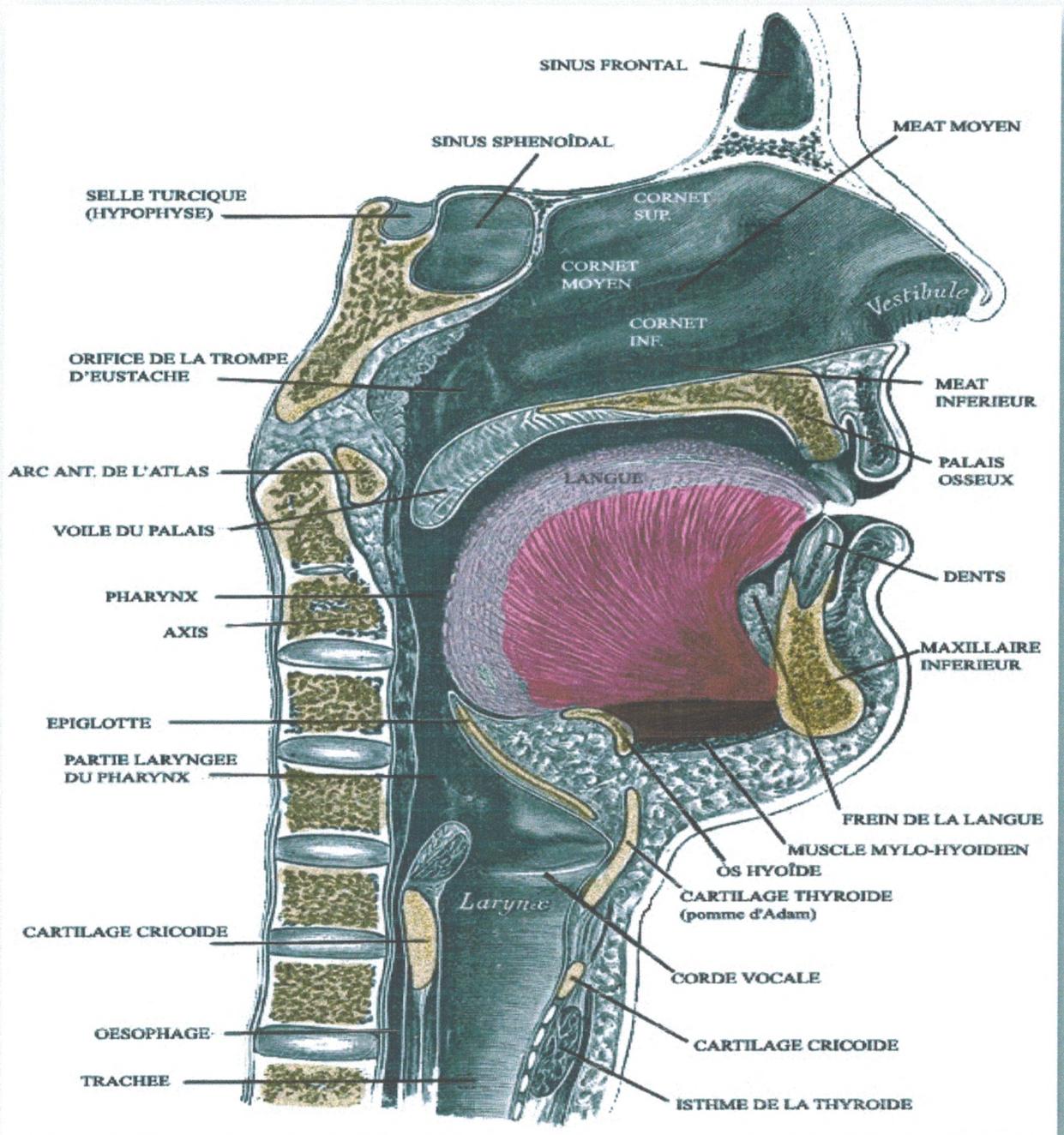


Figure : 3 - www.medecine-et-sante.com

II. Le pharynx

Le pharynx constitue un conduit musculo-membraneux étendu verticalement devant la colonne cervicale, depuis la base du crâne jusqu'à la 6ème vertèbre cervicale. Bien fermé sur les côtés et à l'arrière, il s'ouvre au contraire en avant successivement dans les fosses nasales, puis la bouche et enfin le larynx. Fermé en haut, il se continue en bas par l'œsophage. Plus large en haut, il a la forme d'un entonnoir.

L'hypo pharynx est la portion inférieure du pharynx passant en arrière du larynx, s'étendant, en haut, d'un plan horizontal passant à l'aplomb des replis pharyngaux-épi glottiques et se terminant, en bas, justeau-dessus de la bouche de l'œsophage. Sur le plan anatomique, la limite entre l'hypo pharynx et la bouche de l'œsophage est constituée par le repli muqueux de Hirth. L'hypo pharynx est constitué par les 2 sinus piriformes, situés de part et d'autre du larynx. Gouttières latérales en forme de poires tournées vers le bas (d'où le nom de sinus piriforme), leur limite interne est constituée par le repli épi glottique.

En arrière, les parois externes de chaque sinus piriforme se rejoignent pour former en avant du rachis la paroi pharyngée postérieure (dans sa portion hypo pharyngée).

III. Le larynx

Le larynx est le segment initial des voies respiratoires inférieures. Organe de la phonation, il est situé en dessous de l'os hyoïde et au-dessus de la trachée, en avant de l'hypo pharynx et en arrière du corps de la glande thyroïde. Le larynx est constitué :

- D'un squelette avec une armature cartilagineuse comprenant l'os hyoïde et 5 cartilages principaux (cricoïde, thyroïde, épi glottique et 2 aryténoïdes).

- D'une série de membranes, ligaments : ligament de Broyle, membrane crico-thyroïdienne, thyro-hyoïdienne, thyro-épi glottique.

- De muscles intrinsèques qui permettent, entre autre, les mouvements d'adduction et d'abduction des aryténoïdes.

- Et de muscles extrinsèques qui permettent les mouvements d'ascension et de descente du larynx lors de la déglutition.

On distingue 3 étages dans la partie interne du larynx :

- L'étage supérieur ou sus glottique qui comprend
 - Les bandes ventriculaires ou fausses cordes vocales,
 - Les ventricules du larynx (ventricule de Morgani),
 - L'épiglotte sous-hyoïdienne : portion d'épiglotte située au-dessous de l'os hyoïde,
 - La margelle laryngée (épiglotte sus-hyoïdienne, replis ary-épiglottiques, bord supérieur des aryténoïdes).
- L'étage moyen ou glottique est le plan des plis vocaux ou cordes vocales.
- L'étage inférieur ou sous-glottique qui s'étend du pli vocal au bord inférieur du cricoïde.

Chapitre II:
Etiopathogenie
Des cancers Des VADS.

Ces cancers sont **particulièrement fréquents en France** : 21.000 nouveaux cas sont diagnostiqués par an en France, dont environ 19.000 surviennent chez l'homme. Ils touchent plus souvent les personnes de 45 ans et plus.

90 % des cancers des voies aéro-digestives supérieures sont dus à la consommation de tabac et d'alcool

L'action de deux se renforçant mutuellement. Plus les consommations sont importantes et prolongées, plus le risque de cancer augmente.

Les risques sont encore majorés si l'on exerce une **profession exposant à l'inhalation de poussières** (poussières de bois, poussières d'amiante...) ou de substances toxiques (dérivés du nickel, vapeurs d'acide sulfurique, hydrocarbures, peintures...).

Un **mauvais état bucco-dentaire** constitue également un facteur favorisant le développement de ces cancers

- a) Tabac et alcool
- b) Facteurs industriels et environnementaux
- c) Facteurs nutritionnels
- d) Consommation de drogues
- e) Rôle des virus
- f) Facteurs génétiques
- g) UV
- h) Hygiène buccodentaire
- i) RGO

a) Tabac et alcool:

Principaux facteurs

- Le risque croît avec la dose et l'ancienneté du tabagisme et de l'alcoolisme
- La consommation combinée de ces 2 substances multiplie le risque cancérigène (synergie)
- Le terrain poly pathologique lié à l'exogènes aggrave le pronostic

- Risque de survenue d'autres cancers: Poumons, œsophage, foie, vessie, rein, sein, colon-rectum, col utérin

Tabac:

- Niveau du risque:
- Multiplication du risque entre 4 et 10
- Pas d'effet «type de tabac»
- Seuil critique: 20 PA, durée du tabagisme > 20 ans
- Tabagisme passif: x 3 / témoin non-fumeur
- La poursuite du tabagisme après guérison d'un premier cancer augmente le risque de 2^{ème} cancer

Réduction du risque après cessation du tabagisme

Alcool:

- Mécanisme:

Rôle cocarcinogène: Atrophie la muqueuse, augmente la perméabilité aux cancérogènes

- Niveau du risque:

- du risque tabagique par 3 à 4
- Reproduction Pas d'effet seuil: Plus la dose augmente plus le risque augmente
- Pas d'effet type d'alcool
- Risque si plus de 2 verres / j

Risque proche de celui des abstinents après 20 ans d'arrêt

b) Facteurs industriels et environnementaux:

- Cancer du larynx: Hydrocarbures polycycliques aromatiques, vapeurs de diesel, brouillards d'huile, goudron, amiante, brouillards d'acides inorganiques industrie du caoutchouc, construction de bâtiments, de routes...
- Cancer lingual: Chrome

Devant un cas inhabituel de cancer avec une exposition à un toxique dans le milieu industriel et agricole, penser à demander une consultation de maladie professionnelle

c) Facteurs nutritionnels:

- Carences vitaminiques favorisées par l'intoxication alcoolique (les carences en vitamines A et C augmente lesradicaux libres)
- Alimentation riche en graisse et pauvre en fruits et légumes
- Anémie ferriprive (Sd se Plummer Vinson: Atrophie de lamuqueuse digestive, cancer du rétro cricoïde)

d) Consommation de drogues:

- Marijuana: agent carcinogène et cocarcinogène (souvent associé au tabac), cancer de la langue mobile (USA)
- Opium: cancer du larynx (et de l'œsophage) [IRAN]

e) Rôle des virus:

HPV (Human papilloma virus): virus à ADN avec tropisme pour les épithéliums squameux

- Type 16 et 18
- Localisation: Oropharynx (amygdales)
- Risque commun avec les cancers du col utérin
- Vaccination comme pour le col ?
- Meilleur pronostic / tumeurs liées au tabac, car meilleure sensibilité à la chimiothérapie et à l'irradiation

Lorsqu'un cancer des VADS (amygdale, cavité buccale) survient en dehors des facteurs de risques classiques (tabac, alcool) évoquer l'HPV surtout si le patient est jeune, immunodéprimé (VIH)

f) Facteurs génétiques:

- Variation individuelle de la métabolisation des carcinogènes du tabac et de la réparation de l'ADN (tous les gros fumeurs ne déclarent pas un cancer des VADS)
- Bio marqueurs: voie d'avenir pour le dépistage ?

g) UV: Lèvres

h) Hygiène buccodentaire,

Traumatismes prothétiques chroniques ?

i) RGO ?

Reflux biliaire → cancer du bas œsophage

Discuté pour les cancers du larynx et de l'hypo pharynx

Chapitre III:

Moyens diagnostic

1. Diagnostic et bilan initial

1.1. Objectifs

Le bilan initial doit permettre de :

- confirmer le diagnostic et le type histologique de la tumeur ;
- déterminer le stade de la maladie pour guider la prise en charge (bilan d'extension) ;
- dépister, selon les facteurs de risque retrouvés, une tumeur primitive synchrones (en particulier une autre localisation aérodigestive incluant une atteinte pulmonaire, œsophagienne) ;
- rechercher les comorbidités et contre-indications du patient aux différentes options thérapeutiques envisageables ;
- annoncer au patient le diagnostic conformément aux préconisations du dispositif d'annonce et lui apporter l'information nécessaire afin qu'il participe activement à sa prise en charge.

Une évaluation gériatrique, au mieux spécialisée, peut être proposée afin d'orienter la décision thérapeutique pour les patients âgés.

1.2. Professionnels impliqués

Médecin généraliste, oto-rhino-laryngologiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, oncologue médical, oncologue radiothérapeute, pathologiste, radiologue, médecin nucléaire, anesthésiste, médecin du travail, cardiologue, gériatre, médecin spécialiste en addictologie.

Autres professionnels : chirurgien-dentiste, infirmière, psychologue diététicien, assistant social.

1.3. Signes d'appel

Les cancers des VADS sont initialement pauci-symptomatiques. Les principaux signes cliniques évocateurs, liés au siège de la tumeur, sont présentés ci-dessous. Leur caractère unilatéral et/ou leur persistance sont évocateurs et doivent systématiquement faire rechercher un cancer.

Principaux signes cliniques selon la topographie tumorale

Topographie de la tumeur	Signes cliniques
Sinus, fosses nasales, cavum	Obstruction nasale, rhinorrhée, épistaxis, déformation faciale, diplopie hypoacousie, anosmie
Cavité buccale Oropharynx	Ulcération infiltrée souvent indolore et persistante, tuméfaction, trouble de la mobilité linguale, otalgie réflexe, mobilité dentaire ou instabilité prothétique, gingivorragie, gêne à la déglutition, odynophagie, anesthésie du V3
Hypo pharynx	Dysphagie, otalgie réflexe, dysphonie, douleur.
Larynx	Dysphonie, dysphagie, dyspnée
Toute topographie	Adénopathie cervicale isolée

Le diagnostic peut être suspecté en cas d'altération de l'état général et d'amaigrissement chez un patient à risque.

Ces tumeurs, particulièrement lymphophiles, peuvent également être révélées par une atteinte ganglionnaire cervicale isolée.

Toute adénopathie cervicale isolée doit faire l'objet en priorité d'un bilan ORL et de la cavité buccale.

L'expression première par une métastase à distance est rare.

2. Confirmation du diagnostic et bilan d'extension

2.1. Interrogatoire et examen clinique

L'interrogatoire recherche systématiquement des facteurs de risque. L'absence d'une intoxication alcoolo-tabagique ne doit pas faire éliminer le diagnostic.

Un premier examen clinique complet est réalisé par le médecin traitant. Il inclut une inspection complète de la cavité buccale et de l'oropharynx, à l'aide de deux abaisse-langue, d'un miroir et d'un éclairage adapté.

L'inspection est suivie d'une palpation endobuccales.

L'examen des aires ganglionnaires recherche une ou plusieurs adénopathie(s) cervicale(s), habituellement unilatérale(s), dure(s) et initialement indolore(s).

L'examen à l'otoscope peut retrouver une otite séreuse unilatérale. Le diagnostic doit également être évoqué en cas d'otalgie unilatérale avec une otoscopie normale.

Toute suspicion diagnostique doit conduire à une consultation en milieu spécialisé où sera conduit un examen complet des VADS (examen au miroir et au nasofibroscope si besoin, éventuelle cytoponction diagnostique à l'aiguille fine d'une adénopathie cervicale, biopsie...).

2.2. Suspicion de maladie professionnelle

Tout doute sur une exposition professionnelle doit faire l'objet d'un certificat médical initial établissant le lien possible entre la maladie et son origine professionnelle.

Le médecin peut, si besoin, demander un avis auprès des services de consultation de pathologies professionnelles, rattachés aux centres hospitaliers.

La déclaration de « maladie professionnelle » (délivrée par la caisse d'assurance maladie du patient) est ensuite réalisée par le patient lui-même et adressée avec le certificat médical initial à sa caisse d'assurance maladie pour faire la demande de reconnaissance de la pathologie en maladie professionnelle.

2.3. Examens complémentaires

•Endoscopie

L'examen endoscopique des VADS est systématique. Il est réalisé sous anesthésie générale et doit permettre :

- la réalisation d'une biopsie (pour la cavité buccale, le prélèvement peut être réalisé d'emblée en consultation spécialisée) ;
- l'évaluation de l'extension locorégionale ;
- le dépistage d'une tumeur synchrone des VADS (autre localisation cancéreuse sur les VADS). L'endoscopie des VADS est complétée d'un examen endoscopique systématique de l'œsophage et fréquemment des bronches.

•Anatomopathologie

Le diagnostic doit être confirmé par une analyse histologique de la biopsie réalisée.

•Imagerie

L'imagerie doit permettre d'apprécier l'extension tumorale locale et d'analyser l'ensemble des aires ganglionnaires cervicales. L'ensemble des examens doit permettre également le dépistage d'une tumeur primitive synchrone.

Le choix des examens inclut une TDM et/ou une IRM, et sera déterminé par la localisation tumorale (cf. annexe 1).

Le scanner cervico-facial est le plus souvent associé à un scanner thoracique réalisé dans le même temps pour la recherche de localisations pulmonaires synchrones. Le bilan peut être complété par une échographie hépatique, en particulier en cas de perturbation du bilan hépatique. Le reste du bilan sera orienté par les points d'appels cliniques.

La TEP est utile pour apprécier l'extension à distance de la maladie. Elle n'est pas indiquée à titre systématique. Elle est discutée en cas de risque élevé de métastases, notamment pour les tumeurs du cavum parfois d'emblée métastatiques et pour les adénopathies cervicales sans localisation primitive clairement identifiée.

• Marqueurs tumoraux

La recherche de marqueur, que ce soit à visée diagnostique, pré thérapeutique, pronostique ou pour le suivi ultérieur du patient, n'est pas indiquée en routine y compris pour la recherche de l'EBV.

3. Bilan pré thérapeutique : clinique et para clinique

Le bilan pré thérapeutique évalue les comorbidités du patient et permet d'évaluer la faisabilité des différentes options thérapeutiques. Ces éléments guideront en suite la décision thérapeutique discutée dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

➤ Le bilan biologique (en particulier hépatique, rénal, une NFS plaquettes, ionogramme, albuminémie) et l'évaluation cardiovasculaire sont systématiques.

➤ Une évaluation nutritionnelle initiale (mesure de l'IMC) avec restauration d'un bon équilibre nutritionnel avant la mise en route du traitement est importante et conditionne le pronostic. Elle requiert parfois l'instauration d'une alimentation préalable par sonde nasogastrique voire gastrotomie d'emblée.

➤ La grande majorité des patients présente, lors du diagnostic, des pathologies dentaires associées (caries, parodontopathies).

De plus, une radiothérapie (+/- chimiothérapie) favorise les complications buccodentaires et le traitement chirurgical impose fréquemment des résections osseuses avec extractions dentaires. Avant la mise en route du traitement, le bilan dentaire est systématique. Il inclut un cliché panoramique dentaire pour une remise en état (détartrage, élimination des foyers dentaires et extractions des dents délabrées et mobiles).

Selon le champ irradié, il convient de prévoir la mise en place de gouttières dentaires de fluoruration de manière définitive.

D'autres examens complémentaires peuvent être nécessaires, orientés selon les antécédents et comorbidités déjà connus du patient.

En cas de traitement par chimiothérapie, le bilan doit être adapté au choix des molécules prescrites et conformément à leur résumé des caractéristiques du produit.

Chapitre IV:

Etude Topographique

1. Cancer du nasopharynx

Les tumeurs malignes du nasopharynx (cavum, ou rhinopharynx) sont surtout représentées par le carcinome du nasopharynx (NPC) qui est une tumeur d'origine épithéliale représentant près de 95% des cancers survenant au niveau du cavum. L'entité histo-clinique la plus fréquente est le carcinome indifférencié de type nasopharyngé (Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type, UCNT).

L'UCNT diffère des autres carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou par son histologie caractéristique, son épidémiologie généralement sans rapport avec l'alcool et le tabac, et sa relation avec le virus d'Epstein-Barr (EBV). Sa distribution est endémique dans certaines régions du monde et son étiologie multifactorielle implique des facteurs génétiques viraux et environnementaux. Ce cancer présente un taux élevé de métastases ganglionnaires et viscérales qui explique une partie des échecs thérapeutiques malgré une radiosensibilité marquée qui permet de contrôler avec une fréquence relativement élevée la tumeur primitive.

Parmi les patients présentant une maladie localement avancée, la chimiothérapie a permis d'améliorer la survie sans récurrence.

1.1 Anatomie et extension tumorale

Le nasopharynx est une cavité aérienne située en arrière des choanes, sous le corps du sphénoïde, en avant de l'apophyse basilaire de l'occipital et de l'axis. Les parois latérales et postérieures sont limitées par un fascia qui descend depuis son insertion au niveau de la base du crâne. Les carcinomes du nasopharynx naissent le plus souvent au niveau de la fossette de Rosenmüller, qui est un récessif localisé au niveau de la paroi latérale du nasopharynx, immédiatement en haut et en arrière de l'orifice de la trompe de d'Eustache.

La tumeur peut envahir la muqueuse et s'étendre dans la sous muqueuse, puis envahir les régions adjacentes telles que la(es) cavité(s) nasale(s) (15%) et les parois latérales ou postérieures de l'oropharynx (20%). L'extension directe vers l'espace parapharyngé est très fréquemment observée (80%).

L'érosion osseuse des structures osseuses de la base du crâne est présente au diagnostic dans environ 30% des cas, et peut être associée à un envahissement des nerfs crâniens IX, X, XI, et éventuellement du XII, que l'on rencontre dans 10 à 15% des cas au diagnostic, tandis que l'extension intracrânienne peut aussi être observée (< 10%). Parmi les autres nerfs crâniens qui peuvent aussi être envahis on

retrouve aussi le V3, tandis le III, le IV ou le VI peuvent être concernés lors de l'envahissement d'un sinus caverneux.

Le nasopharynx présente un riche réseau lymphatique sous muqueux à l'origine d'un envahissement ganglionnaire particulièrement fréquent (75-90%), qui peut survenir très tôt dans la maladie et constituer une circonstance de découverte assez fréquente. Compte tenu de la situation médiane du cavum, ces adénopathies sont souvent bilatérales, quelle que soit l'attitude de la tumeur primitive (ganglions sous digastriques, rétro pharyngés, sous mastoïdiens).

L'incidence des métastases à distance est plus élevée pour les carcinomes du nasopharynx, que pour les autres carcinomes des voies aérodigestives supérieures. La survenue de métastases viscérales est fortement corrélée avec l'envahissement ganglionnaire. Les sites métastatiques les plus fréquents sont osseux (70%), pulmonaire et hépatique.

1.2. Histopathologie

La plupart des auteurs utilisent la classification de l'OMS qui est basée sur le degré de différenciation :

- ✓ OMS-type-1, carcinomes épidermoïdes kératinisant, tout à fait comparable à ceux retrouvés dans les autres localisations des voies aérodigestives supérieures. Ce type histologique rend compte de 30 à 40% des carcinomes du nasopharynx survenant en France et moins de 0.5% en zone d'endémie (Asie du sud Est).
- ✓ OMS-type-2 : carcinomes épidermoïdes non kératinisant (15 à 20% des cas).
- ✓ OMS-type-3 : carcinome indifférencié (UCNT) qui représente la grande majorité des cas dans les zones d'endémie. Un diagnostic différentiel possible est le lymphome.

1.4. Epidémiologie

La distribution géographique des carcinomes du nasopharynx à travers le monde est caractéristique: Elle est endémique dans le sud-est de la Chine, en particulier dans la population d'origine cantonaise au sein de laquelle l'incidence peut atteindre 80/100 000 par an, tandis que l'incidence est élevée mais plus faible dans le reste de l'Asie et en Afrique du nord. En Europe de l'ouest et aux Etats Unis, le cancer du nasopharynx est très rare.

Ce carcinome se rencontre à tous les âges, avec un pic d'incidence entre 40 et 50 ans et est plus fréquent chez l'homme (sexe ratio : entre 2 et 3 hommes pour une femme).

1.5. Etiologie

L'étiologie du cancer du nasopharynx est multifactorielle et non encore totalement élucidée. Les données actuellement disponibles suggèrent l'interaction complexe de facteurs génétiques, environnementaux, diététiques, et viraux dans l'étiologie de la maladie.

L'étude des populations de migrants illustre la complexité de ce processus multifactoriel. Ainsi l'incidence du cancer du nasopharynx dans la population chinoise née en Chine mais vivant aux USA est 118 fois l'incidence trouvée chez les Américains blancs tandis que pour les descendants directs des chinois nés aux USA, l'incidence n'est augmentée que par un facteur 7.

1.4.1. Facteurs viraux

Le virus d'Epstein Barr (EBV) est membre de la famille herpesviridae humains et représente l'agent causal de la mononucléose infectieuse. L'infection par l'EBV est un cofacteur associé au cancer du nasopharynx qui contribue à l'oncogenèse de ce cancer, bien que son interaction avec les facteurs génétiques et environnementaux ne soit totalement élucidée.

La présence de l'EBV dans les cellules épithéliales provoque une réponse immune humorale avec apparition d'anticorps dirigés contre plusieurs protéines virales latentes ou du cycle répliatif. Le profil sérologique typique anti-EBV consiste en une augmentation des IgG et IgA contre l'antigène de capsid (VCA) et contre l'antigène précoce (EA) ainsi qu'une augmentation des IgG antinucléaires (EBNA). Les réponses anti-EBNA et anti-VCA n'ont pas d'effet protecteur anti tumoral.

1.4.2. Facteurs génétiques

Plusieurs observations de cas familiaux d'UCNT, couplé au fait que des populations chinoises d'ethnies distinctes mais par ailleurs exposées aux mêmes facteurs environnementaux, sont préférentiellement atteintes dans les zones d'endémie, suggèrent une prédisposition génétique pour ce cancer.

1.4.3. Facteurs environnementaux et diététiques

On dispose actuellement de données épidémiologiques et expérimentales qui suggèrent fortement l'implication de facteurs diététiques comme agent causal de l'UCNT. Les nitrosamines volatiles sont des carcinogènes présents dans les salaisons et fumaisons qui ont été impliqués dans le développement du cancer nasopharyngé. L'exposition très tôt dans l'enfance à ces carcinogènes alimentaires semble constituer un facteur aggravant.

1.5. Diagnostic

La topographie profonde, sous la base du crâne explique la symptomatologie riche mais souvent tardive liée à l'envahissement de structures de voisinage.

Selon l'extension tumorale, le patient peut présenter au diagnostic, un ou plusieurs symptômes, dont aucun n'est spécifique : hypoacousie, obstruction nasale, anosmie, épistaxis, trismus (envahissement de l'espace masticateur, trouble de déglutition dû à un envahissement du XII ou dysphonie (X), diplopie (VIème nerf crânien) ou une masse cervicale, qui est souvent bilatérale et volumineuse. L'évaluation clinique initiale des patients atteints d'un carcinome du nasopharynx consiste donc en un examen précis du nasopharynx par fibroscope souple associé à un bilan cervical et des nerfs crâniens.

Dans certains cas le diagnostic de carcinome du nasopharynx est porté devant une adénopathie sans porte d'entrée apparente.

L'imagerie constitue un élément clé dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers du nasopharynx. Le scanner et l'imagerie par résonance magnétique sont essentiels pour déterminer avec précision le point de départ, l'extension tumorale.

L'importance du scanner dans la détermination de l'extension du cancer du nasopharynx a été largement démontrée. Il procure une bonne discrimination entre l'os, l'air et les tissus mous (muscle, muqueuse et graisse). La détection des cancers du nasopharynx se base sur le déplacement ou l'effacement de l'anatomie normale, et la prise plus ou moins hétérogène de produit de contraste.

Le scanner et de l'IRM sont équivalents pour détecter l'envahissement osseux et l'extension ganglionnaire, bien que l'extension au niveau de la corticale

osseuse soit mieux visualisée au scanner tandis que l'extension osseuse médullaire est à l'inverse mieux visualisée en IRM.

L'IRM est probablement supérieure au scanner pour déterminer le volume tumoral car elle permet de différencier la tumeur du tissu inflammatoire et permet de détecter avec précision l'envahissement musculaire, péri-nerveux et intracrânien.

1.6. Classification TNM

La classification TNM de l'UICC est présentée dans le tableau 1. Les tumeurs dont l'extension ne dépasse pas le nasopharynx sont classées T1. Parmi les tumeurs classées T2, on distingue les tumeurs T2a et T2b selon l'absence ou non d'extension para pharyngée. Les tumeurs s'accompagnant d'une lyse osseuse sont classées T3 et celles qui sont classées T4 présentent une extension aux nerfs crâniens et/ou intracrânienne et/ou à l'hypo pharynx.

2. Cancer de la cavité buccale

Les cancers de la cavité buccale représentent environ 25 à 30% des cancers des VADS

2.1. Anatomie et extension tumorale

La cavité buccale est délimitée en avant par la jonction du versant muqueux et cutané des lèvres en arrière par la jonction palais osseux et palais mou, par le V lingual et latéralement par les faces interne des joues et les piliers antérieurs de l'amygdale.

Les voies de drainage lymphatique se font essentiellement vers les ganglions sous mentaux, sous maxillaires et sous digastriques. Une voie directe vers la région jugulo-carotidienne inférieure est possible.

La tumeur peut envahir la muqueuse, puis les régions adjacentes telles que, en profondeur, la musculature extrinsèque de la langue. A un stade évolué, l'érosion des structures osseuses peut être observée (palais osseux, mandibule).

Les métastases à distance sont rares et plus fréquentes en cas d'envahissement ganglionnaire. Leur siège est généralement pulmonaire, et osseux.

2.2. Histopathologie

La plupart (> 95%) des cancers sont des carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés et kératinisant.

2.3. Etiologie

La survenue des cancers de la cavité buccale est liée à l'exposition chronique au tabac et / ou à l'alcool. Dans certaines régions du monde (Inde) l'exposition à la noix de bétel est associée à la genèse de ces cancers qui sont particulièrement fréquent (1er cancer de l'homme en Inde).

2.4. Diagnostic

Selon l'extension tumorale, le patient peut présenter au diagnostic, un ou plusieurs symptômes, dont aucun n'est spécifique : simple gêne, sensation douloureuse, saignement, instabilité dentaire. Les sites les plus fréquemment atteints sont la langue mobile et le plancher de la bouche. L'évaluation clinique initiale des patients atteints d'un carcinome de la cavité buccale consiste donc en un examen précis de la cavité buccale avec lumière frontale et abaisse langue. Dans certains cas le diagnostic de carcinome de la cavité buccale est porté devant une adénopathie cervicale.

Le bilan comporte un pan endoscopie sous anesthésie générale avec un examen de la cavité buccale et de l'ensemble des VADS permettant de préciser l'extension tumorale et de rechercher une éventuelle deuxième localisation tumorale au niveau des VADS.

L'imagerie constitue le deuxième élément clé dans la prise en charge diagnostique des cancers de la cavité buccale. Le scanner surtout et l'imagerie par résonance magnétique sont essentiels pour déterminer avec précision l'extension tumorale.

Le reste du bilan comporte une radiographie thoracique, un bilan stomatologique complet (panoramique dentaire) et un bilan pré anesthésique.

2.5. Classification TNM

La classification TNM de l'UICC est présentée dans le tableau 1. Les tumeurs sont classées selon leur plus grande dimension et selon l'envahissement des structures adjacentes. Les tumeurs s'accompagnant d'une lyse osseuse ou d'un envahissement profond des muscles de la langue sont classées T4.

3. Cancer de l'oropharynx

Les cancers de l'oropharynx représentent environ 30% des cancers des VADS

3.1. Anatomie et extension tumorale

L'oropharynx se situe entre le palais mou et l'os hyoïde. Il communique avec le nasopharynx en haut, la cavité buccale en avant, et l'hypopharynx et la partie sus-glottique du larynx en bas. On distingue plusieurs régions anatomiques avec le palais mou, les loges amygdaliennes et les parois latérales du pharynx et enfin la base de la langue et le sillon glosso-épiglottique (vallécule).

Les voies de drainage lymphatique se font essentiellement vers les ganglions sous digastriques. La tumeur peut envahir la muqueuse, puis les régions adjacentes telles qu'en profondeur, la musculature extrinsèque de la langue et la région para-pharyngée. A un stade évolué, l'érosion des structures osseuses peut être observée (mandibule, os hyoïde).

Les métastases à distance sont rares et plus fréquentes en cas d'envahissement ganglionnaire.

Leur siège est généralement pulmonaire, et osseux.

3.2. Histopathologie

La plupart (> 95%) de ces cancers sont des carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés et kératinisants.

3.3. Etiologie

La survenue des carcinomes de l'oropharynx est généralement liée à l'exposition chronique au tabac et / ou à l'alcool. Dans quelques cas certains virus du papillome humain (HPV) ont été identifiés comme des cofacteurs.

3.4. Diagnostic

Selon l'extension tumorale, le patient peut présenter au diagnostic, un ou plusieurs symptômes, dont aucun n'est spécifique : simple gêne, sensation douloureuse avec en particulier otalgie, ou saignement. Les sites les plus fréquemment atteints sont la base de la langue et les régions vélo-amygdaliennes. L'évaluation clinique initiale des patients atteints d'un carcinome de l'oropharynx consiste en un examen précis de l'oropharynx avec lumière frontale et 2 abaisse-langues. Dans certains cas le diagnostic de carcinome de l'oropharynx est porté devant une ou plusieurs adénopathies cervicales.

Le bilan comporte un pan endoscopie sous anesthésie générale avec un examen de l'ensemble des VADS permettant d'effectuer une biopsie tumorale et de préciser l'extension tumorale au niveau de l'oropharynx et enfin de rechercher une éventuelle deuxième localisation tumorale au niveau des VADS.

L'imagerie constitue le deuxième élément clé dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers de l'oropharynx. Le scanner surtout et l'imagerie par résonance magnétique sont essentiels pour déterminer avec précision l'extension tumorale.

Le reste du bilan comporte une radiographie thoracique (ou scanner thoracique en cas de doute), un bilan stomatologique complet (panoramique dentaire) et un bilan pré anesthésique.

3.5. Classification TNM

La classification TNM de l'UICC est présentée dans le tableau 1. Les tumeurs sont classées selon leur plus grande dimension et selon l'envahissement des structures adjacentes. Les tumeurs s'accompagnant d'une lyse osseuse ou d'un envahissement profond des muscles de la langue sont classées T4.

4. Cancer de l'hypo pharynx

4.1. Anatomie et extension tumorale

L'hypo pharynx est la région pharyngée en continuité avec en haut avec l'oropharynx et en bas avec la partie supérieure de l'œsophage cervical dont la projection se situe entre l'os hyoïde et la partie basse du cartilage cricoïde. Il se situe derrière et latéralement par rapport au larynx et comporte 3 régions anatomiques la paroi pharyngée postérieure en arrière, les sinus piriformes latéralement et la région rétro cricoïde en avant.

Les voies de drainage lymphatique se font essentiellement vers les ganglions jugulocarotidiens. La tumeur peut envahir la muqueuse, puis les régions adjacentes telles que les structures laryngées, la région para pharyngée. A un stade évolué, l'érosion des structures cartilagineuses peut être observée (cartilage thyroïde, cricoïde).

Les métastases à distance sont relativement fréquentes en particulier en cas d'envahissement ganglionnaire. Leur siège est le plus souvent pulmonaire ou osseux.

4.2. Histopathologie

La plupart (> 95%) de ces cancers sont des carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés éventuellement kératinisant.

4.3. Etiologie

La survenue des carcinomes de l'hypo pharynx est généralement liée à l'exposition chronique au tabac et / ou à l'alcool.

4.4. Diagnostic

Selon l'extension tumorale, le patient peut présenter au diagnostic, un ou plusieurs symptômes, dont aucun n'est spécifique : gêne à la déglutition, sensation douloureuse pharyngée, otalgie réflexe, ou dysphonie. Les sites les plus fréquemment atteints sont les sinus piriformes. L'évaluation clinique initiale consiste en un examen précis de l'hypo pharynx avec examen au miroir, mais surtout au nasofibroscope. Dans certains cas le diagnostic de carcinome de l'hypo pharynx est porté devant une ou plusieurs adénopathies cervicales.

Comme pour les autres cancers des VADS, le bilan comporte un pan endoscopie sous anesthésie générale avec un examen de l'ensemble des VADS permettant d'effectuer une biopsie tumorale et de préciser l'extension tumorale au niveau de l'hypo pharynx et de rechercher une éventuelle deuxième localisation tumorale.

L'imagerie et surtout le scanner constitue le deuxième élément clé dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces cancers de l'hypo pharynx.

Le reste du bilan comporte une radiographie thoracique (ou scanner thoracique en cas de doute), un bilan stomatologique complet (panoramique dentaire) et un bilan pré anesthésique.

Une scintigraphie osseuse peut être réalisée en cas de doute clinique sur une dissémination métastatique.

4.5. Classification TNM

Les tumeurs sont classées selon leur plus grande dimension et selon l'envahissement des structures adjacentes. Les tumeurs fixant le larynx sont classées T3 et celles s'accompagnant d'une lyse cartilagineuse sont classées T4.

5. Cancer du larynx

5.1. Anatomie et extension tumorale

Le larynx est la région en avant de l'hypo pharynx continuité avec en haut avec l'oropharynx et en bas avec la partie supérieure de la trachée. Il comporte 3 étages avec un étage sus glottique, un étage glottique comportant les cordes vocales et un étage sous glottique.

Les voies de drainage lymphatique se font essentiellement vers les ganglions jugulocarotidiens pré laryngés et récurrentiels. La tumeur peut envahir la muqueuse, puis les régions adjacentes telles que les structures para laryngées. A un stade évolué, le larynx peut être fixé par l'infiltration tumorale et un envahissement des structures cartilagineuses peut être observé (cartilage thyroïde, ou cricoïde).

Les métastases à distance sont relativement rare mais plus fréquent en cas d'envahissement ganglionnaire. Leur siège est le plus souvent pulmonaire ou osseux.

5.2. Histopathologie

La plupart (> 95%) de ces cancers sont des carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés éventuellement kératinisant.

5.3. Etiologie

La survenue des carcinomes du larynx est généralement liée à l'exposition chronique au tabac.

5.4. Diagnostic

Selon l'extension tumorale, le patient peut présenter au diagnostic, un ou plusieurs symptômes, dont aucun n'est spécifique : dysphonie, gêne laryngée, sensation douloureuse.

Les sites les plus fréquemment atteints sont les régions glottiques et sus glottiques.

L'évaluation clinique initiale consiste en un examen précis du larynx avec examen au miroir, mais surtout au nasofibroscope. Rarement le carcinome du larynx est porté devant une ou plusieurs adénopathies cervicales.

Comme pour les autres cancers des VADS, le bilan comporte un pan endoscopie sous anesthésie générale avec un examen de l'ensemble des VADS permettant d'effectuer une biopsie tumorale et de préciser l'extension tumorale au niveau du larynx et de rechercher une éventuelle deuxième localisation tumorale.

L'imagerie et notamment le scanner constitue le deuxième élément clé dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ces cancers.

Le reste du bilan comporte une radiographie thoracique (ou scanner thoracique en cas de doute), un bilan stomatologique complet (panoramique dentaire) et un bilan pré anesthésique, voir un bilan respiratoire avec EFR (surtout si une chirurgie partielle est envisagée).

5.5. Classification TNM

Les tumeurs sont classées selon leur plus grande dimension et selon l'envahissement des structures adjacentes. Les tumeurs fixant le larynx sont classées T3 et celles s'accompagnant d'une lyse cartilagineuse sont classées T4.

Chapitre IV :
Prise en charge Thérapeutique

La prise en charge thérapeutique est définie en accord avec le patient sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et adressée au médecin traitant du patient.

Les indications sont établies en fonction notamment de l'histologie, du stade de la maladie et de l'état général du patient. Elles sont discutées avec le patient et font l'objet d'un accord mutuel, l'ensemble de ces éléments étant consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient.

Le protocole de traitement prescrit doit être conforme à l'encadrement réglementaire des produits qu'il comprend.

La participation à des essais cliniques doit être encouragée dans le cadre de la loi relative aux recherches biomédicales n° 2004-806 du 9 août 2004. Un registre actualisé des essais cliniques français en cancérologie est disponible sur le site de l'Institut National du Cancer.

Une symptomatologie douloureuse, un état nutritionnel précaire, une détresse psychologique, un contexte social défavorable à une prise en charge optimale doivent être systématiquement recherchés

Objectifs

- a) Conduire un traitement adapté au patient et au stade de sa maladie.
- b) Éviter les complications liées au traitement et minimiser les séquelles thérapeutiques.
- c) Préserver la qualité de vie et proposer un soutien au patient et à son entourage (choix d'une personne de confiance, notamment).
- d) Accompagner le patient dans l'acquisition et le maintien des compétences dont il a besoin pour participer à sa prise en charge et gérer au mieux sa maladie.

1. Professionnels de santé

La prise en charge thérapeutique est multidisciplinaire. Elle concerne notamment :

- médecin généraliste, oto-rhino-laryngologiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, anesthésiste-réanimateur, pathologiste, gastro-entérologue, dermatologue, médecin

nutritionniste, médecin algologue, médecin du travail, médecine nucléaire, cardiologue, gériatre, médecin spécialisé en addictologie.

• Autres intervenants : chirurgien-dentiste, infirmier, kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, psychologue, assistant social.

Le médecin traitant assure la coordination des soins et la surveillance du patient en ambulatoire en lien avec l'équipe spécialisée, ainsi que le traitement habituel du patient. D'autres structures de soins peuvent être impliquées : service de soins de suite et réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD), réseau de soins, avec des prestataires de services (nutrition, matériel médical), services et/ou unités mobiles de soins palliatifs.

2. Éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique (ETP) vise à accompagner le patient dans l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation, et à prévenir les complications évitables. L'ETP contribue à l'amélioration ou au maintien de l'état de santé du patient, de sa qualité de vie et de celle de ses proches.

L'éducation thérapeutique contribue au développement de compétences qui permettent au patient de :

➤ comprendre sa maladie, les traitements et leurs effets indésirables éventuels ainsi que la possibilité de participer à un essai thérapeutique, les précautions à prendre ;

➤ Arrêter toute éventuelle intoxication alcool-tabagique ;

➤ Identifier ses douleurs et soulager ses symptômes ;

➤ Améliorer l'observance d'un traitement ambulatoire ;

➤ Réaliser des gestes techniques et des soins ;

➤ Participer à la planification du suivi après le traitement ;

➤ Adapter son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.) ;

➤ Prévenir des complications évitables ;

➤ Faire face aux problèmes engendrés par la maladie notamment en termes d'activité professionnelle

➤ Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

En outre, une information sera fournie :

- Sur les modalités d'accès aux ressources et aides disponibles pour la prise en charge, avec le concours des assistants socio-éducatifs ;
- Sur les organismes, dont les associations de patients, pouvant soutenir les patients et leur entourage et les aider à faire connaître et valoir leurs droits.

3. Modalités thérapeutiques

1-Modalités curatives de première intention

Il faut systématiquement conseiller l'arrêt du tabac et/ou de l'alcool aux patients concernés et mettre à leur disposition les aides possibles pour obtenir le sevrage, si besoin en faisant appel aux équipes spécialisées.

La stratégie thérapeutique est discutée selon la topographie et le stade de la tumeur mais aussi l'état général du patient et son choix éclairé.

Les deux modalités curatives de première intention sont la chirurgie et/ou la radiothérapie (associées ou non à la chimiothérapie).

La chirurgie est généralement la modalité de référence des tumeurs de la cavité buccale, et la radiothérapie pour les tumeurs du cavum.

Dans le cas de certains cancers localement évolués du larynx et de l'hypopharynx, afin d'éviter la laryngectomie totale, le concept de « préservation d'organe » est décrit. Il correspond aux techniques associant chimiothérapie et radiothérapie. L'objectif est la conservation des différentes fonctions physiologiques du larynx (protection des voies aériennes supérieures avec une déglutition sans fausse route et sans sonde d'alimentation, une respiration et une phonation sans trachéotomie). Ce concept est discuté pour chaque patient notamment selon les possibilités liées à l'extension de la tumeur.

La chirurgie d'un cancer, la radiothérapie et la chimiothérapie doivent être réalisées au sein d'établissements autorisés selon les critères définis par l'Institut National du Cancer.

.1.1 Modalités de la chirurgie

La chirurgie peut être réalisée par voie externe ou par voie endoscopique.

La chirurgie carcinologique doit permettre une exérèse complète de la tumeur avec des marges de sécurité (résection en tissu sain) tout en visant au maximum à préserver la fonction de l'organe atteint. Le curage ganglionnaire peut être plus ou

moins étendu, uni ou bilatéral, fonctionnel ou radical selon le siège de la tumeur primitive et le stade de la maladie.

Selon la topographie et l'étendue de la résection, une reconstruction est souvent nécessaire.

Une trachéotomie provisoire et/ou une alimentation par sonde entérale peuvent être nécessaires.

À titre indicatif, les interventions standard de ces cancers sont présentées dans un tableau (cf. annexe 2). Ce glossaire précise, pour chaque intervention, les structures anatomiques d'exérèse, ses éventuelles séquelles fonctionnelles (phonation, déglutition, trachéotomie) et la durée de l'hospitalisation en l'absence de complication.

1.2 Modalités de la radiothérapie

La radiothérapie concerne la tumeur (ou le lit tumoral si elle est réalisée en postopératoire) et/ou les aires ganglionnaires cervicales.

La technique de curiethérapie peut être proposée pour certaines tumeurs accessibles, de petit volume et bien limitées des lèvres, de la face, de la cavité buccale à distance des arcades dentaires ou de l'oropharynx.

Le volume des aires ganglionnaires à irradier est discuté selon la topographie et le volume de la tumeur primitive, le nombre et le volume des ganglions atteints, le siège des adénopathies, la présence ou non d'une rupture capsulaire. Ces éléments doivent être appréciés en tenant compte de l'ensemble des données fournies par l'examen clinique, l'imagerie, l'intervention chirurgicale et l'analyse histologique.

➤ Radiothérapie en traitement principal : une radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité est la technique de choix.

Elle délivre une dose de 65 à 70 Gy en 6,5 à 7 semaines, à raison d'une séance par jour, 5 jours par semaine. Elle est potentialisée par une chimiothérapie (ou une thérapie ciblée) dans les formes localement avancées. Des schémas de fractionnement modifiés sont parfois réalisés (hypo fractionnement, hyper fractionnement ou radiothérapie accélérée).

➤ Radiothérapie réalisée après une chirurgie : il est recommandé de ne pas dépasser le délai de 7 semaines après la chirurgie pour débiter la radiothérapie postopératoire.

Selon le stade, la localisation tumorale initiale et la qualité de l'exérèse, une radiothérapie post opératoire peut être indiquée. Elle délivre une dose de 50 à 65 Gy en 5 à 6,5 semaines, à raison d'une séance par jour, 5 jours par semaine au niveau du lit tumoral et/ou des aires ganglionnaires. Pour des cancers de la cavité buccale, une curiethérapie postopératoire dite « débarrage » (c'est-à-dire avec un surdosage local) peut être proposée.

En cas de haut risque de rechute locorégionale, une chimiothérapie complémentaire (potentialisation de la radiothérapie) peut être associée en concomitance de la radiothérapie.

En cas d'irradiation dentaire, la protection par gouttière fluorée est nécessaire.

.1.3 Modalités de la chimiothérapie et des thérapies ciblées

Dans le cadre d'une stratégie curative, le traitement systémique peut, selon les situations, être indiqué ;

- en association à la radiothérapie (radio chimiothérapie en concomitance)
- seule, en traitement néo-adjuvant :
- poly chimiothérapie.

Le choix du protocole tient compte de son profil de toxicité et des éventuelles comorbidités et état général du patient. Il doit être conforme à l'encadrement réglementaire des produits prescrits.

Les sels de platine, le 5-FU, le docetaxel, le cetuximab (thérapie ciblée) et le méthotrexate sont les principales molécules utilisées, ainsi que toute autre molécule proposée dans le cadre d'un essai thérapeutique.

3.1. Prise en charge d'une rechute locale ou locorégionale

La rechute locale ou locorégionale est la principale cause d'échec au traitement initial dans les trois premières années après la fin du traitement.

En cas de suspicion de rechute, celle-ci doit être histologiquement confirmée et complétée d'un nouveau bilan d'extension (clinique, radiologique). Le bilan radiologique inclut une TDM et/ou une IRM. Dans certaines situations, une TEP peut être discutée par l'équipe spécialisée.

Les modalités de prise en charge doivent être individuellement envisagées dans le cadre d'une RCP, en tenant compte du stade de la tumeur lors de la rechute, de sa résécabilité, des traitements précédemment reçus, du rapport bénéfice/risque attendu pour chacune des options et des choix du patient.

Les options thérapeutiques curatives possibles à envisager sont une chirurgie de rattrapage et/ou une radiothérapie (plus ou moins chimiothérapie). Une approche palliative par chimiothérapie seule peut être requise.

La chirurgie de rattrapage doit être considérée pour tout patient présentant une rechute locorégionale accessible à la chirurgie. Toute autre thérapeutique associée sera discutée en RCP.

3.2. Traitement palliatif

Les soins palliatifs doivent être considérés en cas de maladie trop avancée (non résécable ou métastatique) ou de contre-indications à une prise en charge curative.

Pour les patients avec un bon score de performance, une mono chimiothérapie ou une poly chimiothérapie (+/- thérapie ciblée) peut être envisagée en fonction des traitements préalablement reçus et après discussion en RCP. Elle peut permettre une prolongation de la survie et une amélioration de la qualité de vie.

Les indications de la radiothérapie palliative ou du traitement photodynamique avec agent photo sensibilisant sont plus restreintes.

Une chirurgie à visée symptomatique peut être parfois indiquée.

4. Effets secondaires liés au traitement

L'état nutritionnel du patient conditionne sa tolérance au traitement. La liste des effets secondaires ne peut être exhaustive, les principaux sont rappelés Ci-dessous.

4.1. Après chirurgie

<p>Complications précoces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infection • Hémorragie •Fistule salivaire (pharyngostome, orostome) : arrêt de l'alimentation orale et prise en charge en milieu spécialisé
<p>Complications tardives</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Lymphœdème facial: kinésithérapie (massages, drainage lymphatique) • Fistule salivaire (+/- tardive,) • Dysphonie ou trouble de la déglutition : rééducation orthophonique et prise en charge phoniatrice • Fausse route, en particulier après une laryngectomie partielle, pouvant entraîner despneumopathies d'inhalation:rééducation orthophonique (en centre spécialisé si nécessaire) • Sclérose et/ou douleurs cervicales à type de striction, aggravées par les curages et la radiothérapie : kinésithérapie • Douleur des épaules après curage (atteinte du nerf spinal et/ou racines nerveuses cervicales) :rééducation par kinésithérapie et traitement antalgique.
<p>Complications liées à la trachéotomie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déplacement de la canule ; • Bouchons voire obstruction de la canule ; • Sténose trachéale ; • Complications des implants phonatoires.

5.2. Après radiothérapie

<p>Complications précoces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Radiomucite des VADS • Dermite des zones exposées • Candidose oropharyngée • Dénutrition : suppléments nutritionnels. Fréquente
<p>Complications tardives</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Xérostomie - surveiller les complications locales de la xérostomie, notamment les surinfections candidosiques et l'augmentation du risque de caries • Hyposialie, pathologies dentaires : bilan dentaire semestriel et bonne hygiène orale avec traitements fluorés au long court en prévention des caries • Fibrose cervicale : kinésithérapie (massages, rééducation) • Lymphœdème cervical (jabot sous mental): kinésithérapie (massages, drainage lymphatique) • Hypothyroïdie : si irradiation thyroïdienne, dosage annuel de la TSH Plus rares • Limitation de l'ouverture buccale : mécano thérapie précoce • Nécrose des muqueuses jusqu'à ostéoradionécrose mandibulaire, en particulier pour les cancers oropharyngéou de la cavité buccale : avis chirurgical rapide • Sténose carotidienne : avis spécialisé • Dysphonie ou dysphagie : rééducation orthophonique et prise en charge phoniatrice.

Les complications postradiques peuvent être importantes et sont évolutives dans le temps.

5.3. Chimiothérapie et thérapies ciblées

Les effets indésirables et complications des chimiothérapies sont mentionnés dans les RCP des molécules correspondantes. L'apparition d'un effet indésirable ne contre-indique pas nécessairement la réalisation d'une nouvelle cure mais peut nécessiter un ajustement de dose.

Le patient et les aidants doivent être informés des effets secondaires et des éventuelles mesures préventives associées ainsi que des risques induits par une automédication (interaction médicamenteuse).

Avant l'introduction de tout nouveau traitement il est nécessaire de vérifier l'absence d'interactions entre les molécules.

Les principaux symptômes devant faire évoquer une toxicité médicamenteuse concernent :

- les troubles digestifs : anorexie, diarrhées, nausées, vomissements, mucite ;
- les troubles rénaux (nécrose tubulaire aiguë évoluant généralement favorablement en 4 à 6 semaines, ou une insuffisance rénale chronique) ;
- les troubles auditifs (hypo-acousie, bourdonnements) ;
- les troubles neurologiques (neuropathies) ;
- les troubles hématologiques (neutropénie, anémie et thrombopénie) ;
- les affections cutanées et les phanères.

5.4. Prise en charge complémentaire

5.4.1. Suivi bucco-dentaire

Le suivi bucco-dentaire, biannuel, est important après une chirurgie ou radiothérapie avec ou sans chimiothérapie. Les détartrages, soins dentaires, la pose d'appareillage dentaire ou d'implants doivent être réalisés sous couvert d'antibiotiques et d'un suivi de la bonne cicatrisation.

5.4.2. Rééducation orthophonique et kinésithérapie

Tout patient atteint d'un cancer des VADS doit bénéficier d'une évaluation de ses fonctions de déglutition et de phonation avec rééducation éventuelle.

Les troubles de la déglutition et la dysphagie peuvent être responsables d'une altération de l'état nutritionnel du patient, et majorent le risque de pneumopathie d'inhalation (parfois insidieuse).

L'évaluation d'une dysphagie peut être réalisée par un examen de la déglutition sous contrôle par nasofibroscopie ou une radioscopie de déglutition.

La rééducation de la parole a pour objectif d'optimiser la mobilité des structures de phonation restantes. Elle doit être envisagée précocement en-cas de chirurgie à risque : glossotomie, laryngectomie partielle ou résection large de la cavité buccale et de l'oropharynx, par des orthophonistes formés.

Après laryngectomie totale, avec ou sans prothèse trachéo-œsophagienne, une rééducation vocale par voix œsophagienne est indiquée.

6. Suivi carcinologique

6.1. Objectifs

- a) Déceler les récurrences locales ou à distance.
- b) Déceler une deuxième localisation (tumeur primitive métachrone) liée à l'alcool et au tabac, mais aussi déceler les autres maladies non cancéreuses (broncho-pneumopathies, affections cardiovasculaires, etc.).
- c) Encourager le sevrage alcool-tabagique s'il y a lieu.
- d) Organiser les soins de support nécessaires.
- e) Faciliter la réinsertion socioprofessionnelle : implication du médecin du travail et des services sociaux pour réorientation.
- f) Tenir compte des données de l'évaluation individuelle des compétences acquises par le patient et du déroulement du programme d'éducation thérapeutique (ETP) pour ajuster éventuellement le traitement (tolérance, évolution de la maladie, etc.) et actualiser le diagnostic éducatif en vue de proposer, si besoin, au patient une nouvelle offre d'ETP (de renforcement ou de reprise).
- g) Améliorer sa qualité de vie et celle de ses proches.

6.2. Professionnels impliqués

Le rôle du médecin traitant est essentiel, en coordination avec les autres intervenants :

➤ médecin généraliste, oto-rhino-laryngologiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue, oncologue-radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, anesthésiste-

réanimateur, pathologiste, dermatologue, médecin nucléaire, psychiatre, médecin nutritionniste, médecin

Algologue, médecin du travail pour la réinsertion professionnelle du patient.

➤ autres intervenants : chirurgien-dentiste, addictologue, infirmier, kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, psychologue, orthophoniste, assistant social.

6.3. Suivi clinique et para clinique

Une éducation du patient sur les signes évocateurs d'une récurrence ou d'une deuxième localisation est systématique. Le caractère permanent et/ou progressif de tout symptôme doit être considéré comme suspect.

La récurrence est asymptomatique dans près de 40 % des cas. Elle doit être évoquée devant toute perte de poids ou nouvelle douleur exprimée par le patient.

6.3.1. Examen clinique

Pour les cancers épidermoïdes des VADS, près de 90 % des rechutes ont lieu dans les deux premières années après la prise en charge initiale. Les consultations doivent être fréquentes et régulières sur les trois premières années et s'étendre sur au moins cinq années.

Le premier bilan clinique est réalisé dans un délai de quatre à huit semaines puis :

- tous les deux mois la première année ;
- tous les trois mois la deuxième année ;
- tous les quatre mois la troisième année.

L'examen clinique des VADS inclut la palpation des aires ganglionnaires cervicales et une nasofibroscopie si nécessaire.

Il recherche également une perte de poids, la présence de signes fonctionnels (avec une appréciation de la phonation, déglutition et respiration).

Il apprécie l'état nutritionnel, dentaire et la consommation alcool-tabagique.

Pour les tumeurs du sinus, en l'absence de recommandations disponibles, le groupe de travail préconise de s'appuyer sur le même schéma de suivi.

Pour les tumeurs indifférenciées du cavum, les modalités de surveillance seront adaptées au risque métastatique initialement établi.

6.3.2. Imagerie

Pour les carcinomes épidermoïdes, selon la localisation et le traitement mise en place, une imagerie de référence à trois mois après la fin du traitement initial peut être utile. Elle repose sur une TDM cervicale et/ou IRM cervicale (selon la localisation tumorale et les examens initialement pratiqués). Pour le suivi ultérieur, la TDM et/ou IRM ne sont pas systématiques mais orientées par la clinique.

La pan endoscopie (avec éventuelles biopsies) n'est pas intégrée à titre systématique dans le schéma de surveillance. Elle est réalisée après une imagerie afin de guider d'éventuelles biopsies.

La recherche d'une localisation métachrone peut être réalisée par :

- une radiographie de thorax annuelle, complétée d'une TDM thoracique en cas de doute ;
- une fibroscopie œsophagienne au Lugol 2 % tous les deux ans ou aminima en cas de point d'appel clinique.

Les cancers de l'oropharynx et de la cavité buccale sont ceux pour lesquels les deuxièmes localisations sont les plus fréquentes, habituellement œsophagiennes.

Les localisations initiales laryngées augmentent le risque de localisation métachrone broncho-pulmonaires.

La TEP n'est pas un examen de routine pour les carcinomes épidermoïdes.

Elle se discute au cas par cas pour les carcinomes indifférenciés du cavum.

6.3.3. Biologie

Aucun marqueur biologique n'est recommandé dans le suivi des patients.

7. Bonnes pratiques de prise en charge communes à tous les cancers

7.1. Dispositif d'annonce et pluridisciplinarité

L'annonce d'un cancer doit s'inscrire dans le cadre du dispositif d'annonce défini dans la circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à

l'organisation des soins en cancérologie et explicité dans les recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé (INCa et Ligue nationale contre le cancer). Ce dispositif vise à offrir au patient dans cette situation difficile les meilleures conditions d'information, d'écoute et de soutien.

Ce dispositif s'articule autour de quatre temps :

- un temps médical, sous forme d'une ou plusieurs consultations, comprenant l'annonce du diagnostic et de la proposition de stratégie thérapeutique définie lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cette proposition de traitement sera expliquée et proposée au patient, puis lui sera remise sous forme d'un programme personnalisé de soins (PPS) ;
- un temps d'accompagnement soignant qui vise, entre autres, à soutenir le patient, l'informer, repérer ses besoins, l'orienter vers des associations de patients ;
- l'accès à une équipe impliquée dans les soins de support ;
- Un temps d'articulation entre les équipes de soins impliquées (hospitalières et libérales).

L'enjeu, à travers la mise en place de ce dispositif, est de réussir un accompagnement approprié du patient et de ses proches afin de leur permettre d'assumer l'entrée dans la maladie.

L'enjeu pour les professionnels est de parvenir à un travail de liaison et de coordination entre les différents professionnels concernés. La mise en place de cette coordination doit être très précoce, en particulier pour l'annonce du diagnostic et lors de la demande d'exonération du ticket modérateur faite par le médecin traitant. En cas d'urgence, une procédure dérogatoire peut être mise en place.

Le patient, qui est au centre du dispositif, doit pouvoir comprendre les articulations entre les professionnels et identifier son interlocuteur principal.

7.2. Prise en charge de la douleur

La recherche d'une symptomatologie douloureuse doit être systématique chez tout patient atteint d'un cancer.

L'évaluation de la douleur à l'aide d'EVA doit permettre de déterminer :

- son caractère aigu ou chronique ;

- ses mécanismes d'action (douleurs par excès de nociception, douleurs neuropathies ou douleur mixte) ;
- son étiologie : douleur due à la tumeur cancéreuse elle-même, due aux thérapeutiques du cancer (douleur aiguë ou séquellaire, douleurs post chirurgicales, douleurs post adiques, post chimiothérapiques), aucun lien de causalité directe avec le cancer ou ses traitements ;
- son retentissement sur la qualité de vie (anxiété, dépression, troubles du sommeil).

Le traitement doit être adapté en fonction des mécanismes d'action, du contexte et du terrain.

Les douleurs par excès de nociception répondent aux antalgiques.

Échelle antalgique OMS

Palier 1 : paracétamol, AINS

Palier 2 : opioïdes faibles

Palier 3 : opioïdes forts

Le traitement nécessite parfois des co-antalgiques : corticoïdes, topiques locaux (anesthésiques, cicatrisants, AINS), antispasmodiques, bisphosphonates.

La constipation liée aux opioïdes justifie d'emblée le respect des règles hygiéno-diététiques habituelles en prévention d'une constipation (bonne hydratation, régime riche en fibres, activité physique ou sinon mobilisation du patient). En cas de constipation avérée, les laxatifs peuvent être parfois nécessaires.

Les douleurs neuropathiques nécessitent un traitement spécifique de la classe des antiépileptiques (gabapentine ou prégabaline) ou antidépresseur (imipramine, amitryptiline) ou des topiques locaux. Pour les douleurs mixtes,

On privilégiera en première intention les molécules à double action (tramadol, oxycodone)

Les techniques non médicamenteuses (kinésithérapie, massages, physiothérapie, etc.) peuvent être indiquées et la douleur liée aux soins doit être prévenue.

Le patient est orienté vers un médecin algologue si les symptômes douloureux ne sont pas rapidement contrôlés ou s'ils nécessitent une prise en charge particulière (neurostimulation électrique transcutanée par exemple).

La prescription initiale d'un traitement opioïde peut se faire à l'hôpital ou en ville. Le médecin réévalue la douleur au maximum une semaine après la prescription pour ajuster si nécessaire le traitement.

7.3. Soins de support

Tous les patients atteints de cancer doivent, quel que soit leur lieu de prise en charge y compris au domicile, avoir accès à des soins de support.

Ces soins sont définis en oncologie comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a ».

Ils permettent de mieux prendre en charge les effets des traitements et à cet égard, ils sont un élément essentiel de l'optimisation thérapeutique. Ils assurent la meilleure qualité de vie possible aux patients sur les plans physique, psychologique et social, en prenant en compte la diversité de leurs besoins et ceux de leurs proches.

La prise en charge des symptômes et leur réévaluation à chaque consultation sont systématiques.

L'évaluation des besoins est réalisée dès l'annonce de la maladie et implique tous les soignants, et le recours parfois à des experts (équipes douleur, psycho-oncologie, nutrition, soins palliatifs, service social, rééducation et réadaptation fonctionnelle, socio-esthétique, etc.).

La prévention ou le traitement des troubles de la nutrition relève d'une prise en charge spécifique.

L'évaluation et la prise en charge de la fatigue sont systématiques et doivent, entre autres causes, comprendre la recherche d'un état dépressif sous-jacent.

Le patient et ses proches doivent pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique à tout moment.

L'évaluation systématique du contexte social et professionnel est réalisée et tracée dans le dossier du patient. Le patient et ses proches doivent pouvoir faire appel au service social.

Une vigilance particulière est recommandée dans certaines situations à risque telle que le sujet âgé ou à certains moments-clés (annonce de larémission, de la récurrence).

7.4. Soins palliatifs

Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de vie et non pas à obtenir la guérison. Ils se justifient quel que soit le stade d'évolution de la maladie, y compris en dehors des situations de fin de vie.

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale.

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont pluridisciplinaires. Médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, assistants socio-éducatifs sontnotamment amenés à intervenir et leur coordination est indispensable. Ilss'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches,

à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs peuvent être dispensés :

- a) dans les mêmes filières de soins que celles qui ont accueilli le patientdans son parcours de soins ;
- b) en institution spécialisée (unités de soins palliatifs ou en lits identifiés hors USP) ;
- c) à domicile.
- d) Pour les patients souhaitant recevoir ces soins à domicile, le médecin traitant peut s'appuyer sur différentes structures :
- e) réseaux de soins palliatifs et/ou équipe d'appui pour le maintien à domicile des patients en soins palliatifs ;
- f) HAD (hospitalisation à domicile) ou SSIAD (services de soins infirmiers à domicile).
- g) L'accompagnement d'un patient en fin de vie se fait dans le respect de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et de la fin de vie.

Listes des annexes

Annexe 1 : Imagerie initiale selon latopographie tumorale

Topographie de la tumeur	Imagerie de référence
Sinus	<ul style="list-style-type: none"> • IRM des sinus (avec injection) et TDM des sinus (sans injection) en constantes osseuses L'IRM permet d'apprécier l'extension tumorale (en particulier orbitaire, intracrânienne, péri nerveuse et espaces profonds) ; la TDM en fenêtres osseuses permet l'analyse fine d'une lyse osseuse. • Il n'y a pas lieu de réaliser de radiographie standard des sinus.
Cavum	<ul style="list-style-type: none"> • IRM de la base du crâne et du cou +/- TDM de la base du crâne (en fenêtre osseuse ; +/- injecté si l'étude ganglionnaire cervicale n'a pas été faite en IRM) L'IRM permet d'apprécier les extensions péri nerveuses aux forams de la base du crâne et recherche une extension intracrânienne ou aux espaces profonds de la face. +/- TEP. Elle est associée à une TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection en cas d'adénopathies cervicales basses ou de tumeur très évoluée (stade IV).
Oropharynx Cavité buccale	<p>La TDM cervico-thoracique est le plus souvent réalisée en première intention permettant d'explorer la tumeur primitive, les adénopathies cervicales et l'étage thoracique pour bilan d'extension</p> <p>L'IRM de l'oropharynx sera le plus souvent nécessaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans les stades T2-T3, pour préciser l'extension osseuse, lorsque les artefacts dentaires gênent l'interprétation en TDM.
Larynx Hypopharynx Adénopathie sans porte d'entrée	<ul style="list-style-type: none"> • TDM cervicale avec injection (de la base du crâne à l'orifice cervicomédiastinal) associée à des manœuvres dynamiques⁸. En pratique courante, une TDM cervico-thoracique est réalisée associant le scanner cervical avec injection et une acquisition sur le thorax de dépistage. • Une TEP peut être nécessaire en cas de métastase ganglionnaire sans tumeur primitive retrouvée.

Annexe 2. Chirurgie des VADS (glossaire technique)

Les éléments de ce tableau sont présentés ici à titre indicatif. L'approche thérapeutique doit être considérée au cas par cas, selon la situation clinique de chaque patient.

De même, les durées d'hospitalisation peuvent varier notamment selon les comorbidités et l'état général du patient.

Topographie tumorale	Chirurgie	Reconstruction	Séquelles		Trachéotomie	Durée approximative d'hospitalisation liée à la chirurgie
			Phonation	Déglutition		
Fosses nasales et sinus						
	- Exérèse endonasale	Non	Non	Non	Non	< 1 sem.
	- Maxillectomie	Oui	Non	Non	Non	1 sem.
	- Ethmoidectomie	Non	Non	Non	Non	< 1 sem.
	- Chirurgie étendue à la base du crane	Oui	Non	Non	Non	2-3 Sem
Langue						
▣ Bord libre	- Glossectomie partielle	Non	Non	Non	Non	< 1 sem. 1 sem.
▣ Latéral	- Hémiglossectomie	+/-	Non	Non	Non	1 Sem
▣ Médiane	- Glossectomie subtotale	Oui	+/-	Non	+/-	2 sem..
▣ base	- Basiglossectomie	Oui	Oui	Oui	Oui transitoire	
Plancher buccal						
▣ sillon pelvi-lingual	- Pelviglossectomie	- Oui	Oui	+/-	rarement	10 j
▣ plancher	- Pelvectomie	+/-	+/-	+/-	Non	1 sem.
Tumeur gingivomandibulaire						
	- Mandibulectomie * +/- BPTM **	Oui	+/-			10 j à > 2 sem.

Oropharynx						
□ amygdale	- Oropharyngectomie : latérale	+/-	Non	Non	+/-	1 Sem
□ voile du palais	- postérieure	+/-	Oui	Oui	+/-	1 sem.
□ paroi postérieure si extension à la base de la langue	- Circulaire	Oui	Oui	Oui	Oui	2 sem..
	- +/- Basiglossectomie	Oui	Oui	Oui	Oui transitoire	2 sem..
					Oui transitoire	
Hypopharynx						
	- Pharyngectomie partielle	+/-	-	-	Oui transitoire	2 sem.
	- Hémipharyngolaryngectomie	+/-	+/-	+/-	Oui transitoire	2-3 SEM
	- Laryngectomie totale + Pharyngectomie partielle	+/-	Oui	+/-	Oui transitoire	2-3 SEM
	- Laryngectomie totale + Pharyngectomie totale	Oui	Oui	+/-	Oui définitive	2-3 sem.
					Oui définitive.	
Larynx						
	- Laryngectomie totale	+/-	Oui	-	Oui définitive	2-3 sem.
cordes vocales	- Cordectomie endoscopique	-	Ou i	-	-	2-3j
	- Laryngectomie partielle frontolatérale	-	Oui	-	Oui transitoire	7-10j.
	frontale antérieure avec épiglotoplastie	-	Oui	+/-	Oui transitoire	10-15j.
	supracricôidienne avec cryco-yoïdoépiglottopexie	-	Oui	Oui	Oui transitoire	2-3 SEM
					Oui transitoire	
Susglottique	- supracricôidienne avec crycohyoïdopexie	-	+/-	Oui	Oui transitoire	2-3 S em.
	- supraglottique	-	+/-	Oui	Oui transitoire	2-3 Sem.
Extension cutanée (T4)						
	- Sacrifice des parties molles (muscles, nerf, rganesselon l'infiltration)	Oui			Oui	> 2 Sem.

Deuxième Partie:

Étude Pratique

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive rétrospective, réalisée durant la période allant d'octobre 2011 jusqu'à septembre 2012 (période de mon stage d'internat). Mon étude a été faite sur 54 dossiers médicaux des malades qui ont été hospitalisés dans le service d'ORL du CHU de Tlemcen pour la prise en charge multidisciplinaire d'un cancer des VADS durant les années 2010,2011.

1-OBJECTIFS:

1.1-Objectif principal:

➤ Étudier le profil épidémiologique de personnes atteintes de cancer des VADS au CHU de Tlemcen dans le service d'ORL.

1.2-Objectifs secondaires:

- Déterminer la fréquence des cancers des VADS.
- Préciser les facteurs de risques.

2-MÉTHODOLOGIE:

2.1- Population à l'étude :

J'ai inclus dans mon étude toutes les personnes consultantes de tous âges et des deux sexes.

2.2- Matériels/ Recueil des données : archives des dossiers médicaux.

2.3-Les paramètres enregistrés sont :

Le nom, le sexe, l'âge, et le motif de consultation, facteur de risque, classification TNM.

2.4-Outils:

- Windows 10.
- Microsoft Word 2010.
- Microsoft Excel 2010.

2.4- Paramètres recherchés :

- 1) Fréquence des cancers ces VADS en fonction de l'âge des patients.
- 2) Fréquence des cancers ces VADS en fonction du sexe.
- 3) Fréquences des cancers ces VADS en fonction de la localisation.

3-RESULTATS ET DISCUSSION :

	Sexe	Age	Localisation	Motif De Consultation	Facteurs De risque	Type histologique	Classification TNM
1	M	78	LARYNX	DYSPHONIE	TABAC+ ALCOOL	Carcinome épidermoïde moyennement différencié glotto-susglottique étendu à la commissure ant et post.	T3N3MX
2	M	52	LARYNX	DYSPHONIE CHRONIQUE	TABAC CHRONIQ UE+ALCO OLISME OCCASION ELLE	Carcinome épidermoïde moyennement différencié+lésion de la corde vocale ghe.	T4N0MO
3	M	16	CAVUM	/	/	Ucnt*	/
4	F	/	CAVUM	GROSSE ADP CERVICALE BILATERALE	/	Ucnt	/
5	M	54	CAVUM	/	/	Ucnt	/
6	M	43	CAVUM	ADP CERVICALE	/	Ucnt	T1N1MX
7	M	52	LARYNX	DYSPHONIE CHRONIQUE	/	Carcinome malpigien immatureet infiltrant	T3N0MX
8	M	57	LARYNX	TRACHEOTOMI SE (SOINS LOCAUX+TRT PALIATIF)	TABAC CHRONIQ UE	Carcinome épidermoïde bien différencié	T4N0M0
9	F	35	CAVUM	MASSE CERVICALE DTE	/	Carcinome indifférencié du nasopharynx.	/
10	F	29	CAVUM	/	/	Ucnt	/
11	F	54	CAVUM	/	/	Ucnt	/
12	F	17	CAVUM	/	/	Carcinome indifférencié du	/

CANCERS DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES

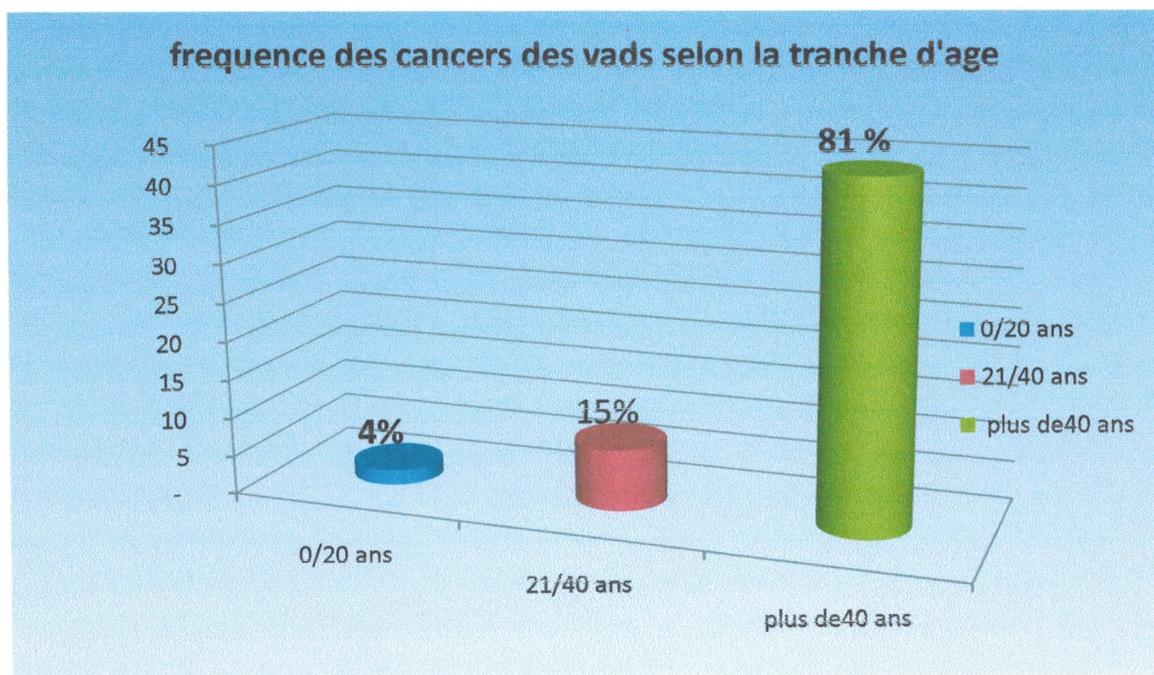
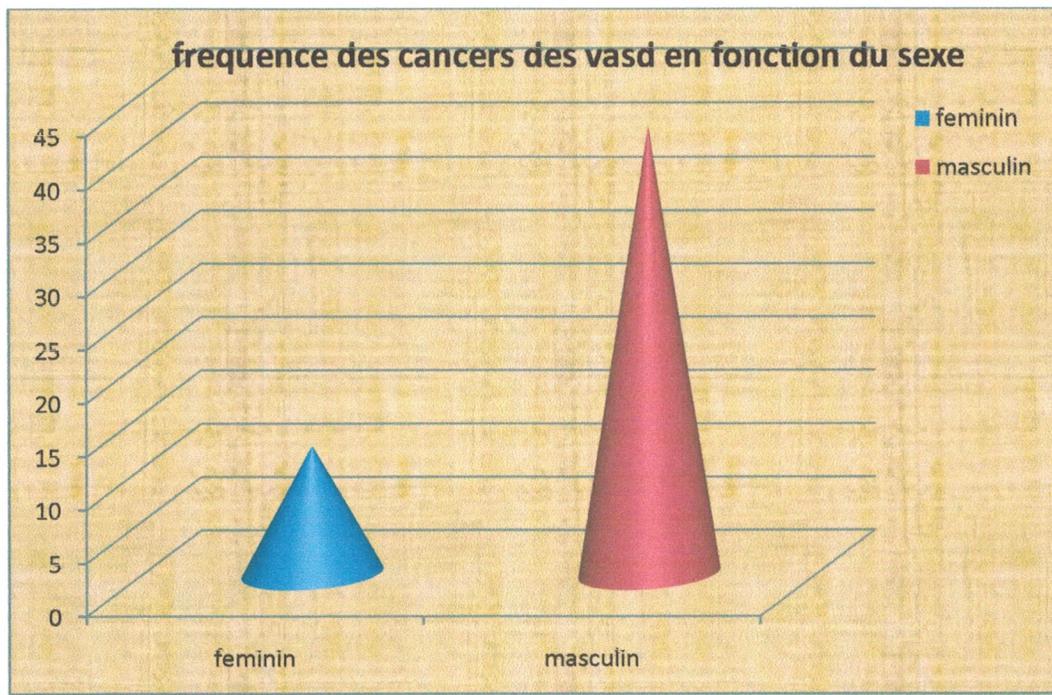
						nasopharynx	
13	F	38	PAROTIDE	MASSE THYROIDIENNE	/	Processus tumorale d'allure néoplasique.	T3N0M0
14	M	47	CAVUM	DLRE DENTAIRE +OBSTUCTION NASALE+ADP CERVICALE+CE PHALEE	/	UCNT	/
15	M	41	CAVUM	/	/	UCNT	/
16	M	47	CAVUM	OBSTUCTION NASALE+SENSATION DE PLEINETUDE+HYPOACOUSIE	TABAC+ALCOOL	UCNT	T4N3M0
17	M	47	LARYNX	DISPHONIE CHRONIQUE	/	Carcinome épidermoïde bien différencié affectant L'hémilarynx dt	T4N0M0
18	M	47	CAVUM	SUSPICION D'UNE RECIDIVE TUMORALE DU CAVUM	/	Ucnt	T4N2M0
19	M	47	LARYNX	DYSPNEE LARYNGEE+DYSPHONIE	TABAC+ALCOOL	/	/
20	M	59	LARYNX	DYSPHONIE CHRONIQUE	TABAC+ALCOOL	Carcinome épidermoïde bien différencié	T3N0M0
21	F	65	AMYGDALE	/	/	Carcinome épidermoïde type verruqueux	/
22	M	35	CAVUM	TUMEFACTION LATERO-CERVICALE GHE	/	UCNT	/
23	M	57	CAVUM	OBSTUCTION NASALE GHE	/	UCNT	T4N0M0
24	F	34	CAVUM	ADP JUGO-CAROTIDIENNE	/	UCNT	T2An1m0
25	M	62	LARYNX	/	/	/	/

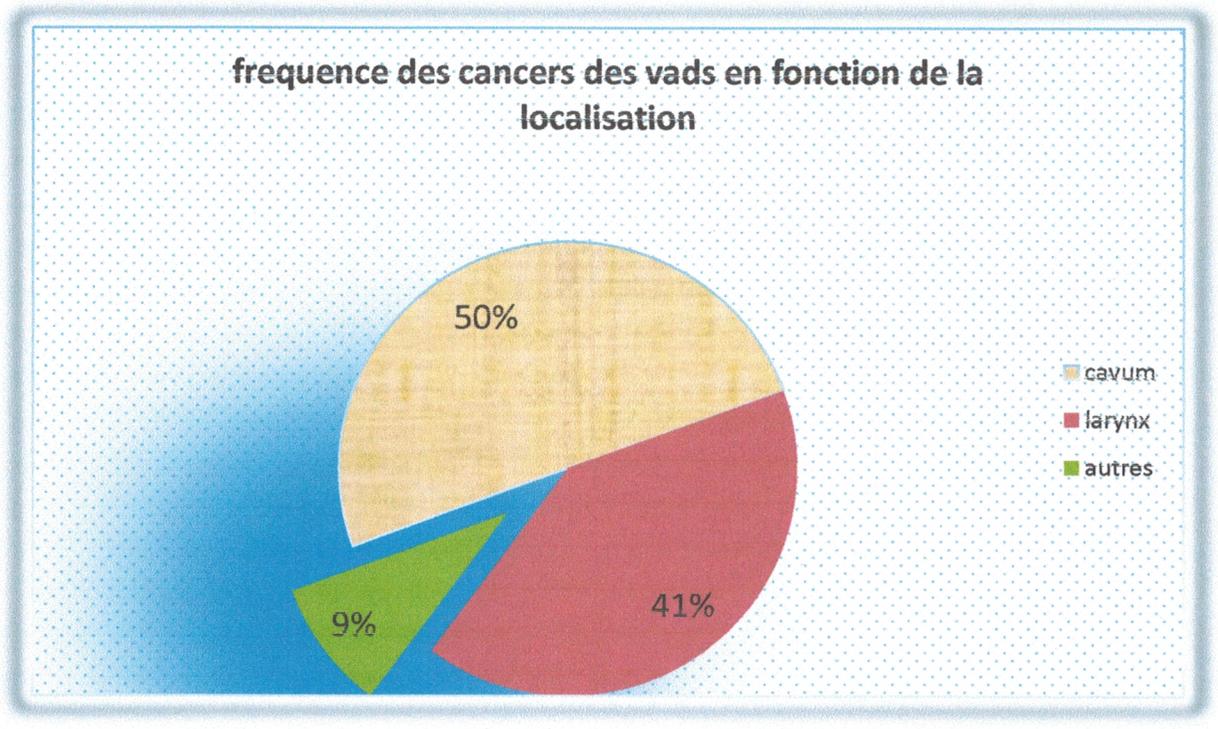
26	M	77	LARYNX	DYSPNEE+ DISPHONIE CHRONIQUE	/	Carcinome épidermoïde bien différencié pharyngo- laryngée	T4n0m0
27	M	32	CAVUM	/	/	/	/
28	F	58	HYPOPHARYN X ET BOUCHE OESOPHGIEN NE	DYSPHAGIE AU SOLIDE PUIS AU LIQUIDE	/	Carcinome épidermoïdes bien différencié et mature	/
29	M	73	LARYNX	/	/	Carcinome épidermoïdes bien différencié	/
30	F	48	CAVUM	/	/	UCNT	/
31	M	60	AMYGDALE	/	/	Carcinome épidermoïdeskératinis ant	/
32	M	67	LARYNX	DYSPHONIE + DYSPNEE LARYNGEE	TABAC+A LCOOL	Carcinome laryngée in situ	T3n0m0
33	M	70	LARYNX	/	TABAC CHRONIQ UE	Carcinome épidermoïdes bien différencié	T1N0M0
34	M	83	LARYNX	DYSPHONIE CHRONIQUE	TABAC CHRONIQ UE	Carcinome épidermoïdesmoyenne ment différencié	/
35	M	62	LARYNX	DYSPHONIE CHRONIQUE	/	Carcinome épidermoïdes bien différencié du pharyngo-larynx	T1N0M0
36	M	67	LARYNX	EVACUATION POUR CHIMIOETHERAP IE	TABAC CHRONIQ UE	Carcinome épidermoïdes bien différencié du pharyngo-larynx des 3 étages du larynx	T4N0MX
37	M	47	LARYNX	DYSPHONIE	/	Carcinome épidermoïdes bien différencié de l'étage sus glottique	/

38	F	72	CAVUM	/	/	/	/
39	F	56	CAVUM	/	/	/	/
40	M	52	LARYNX	DYSPHONIE CHRONIQUE	/	Carcinome malpighien mature et infiltrant	T3N0MX
41	M	25	LANGUE	ULCERATION CHRONIQUE DE LA LANGUE	/	Tumeur infiltrée du muscle myelo- hyoïdien	T2N1MX
42	M	82	LARYNX	DYSPHONIE CHRONIQUE	TABAC CHRONIQ UE	Carcinome épidermoïdes bien différencié	T4N0MX
43	M	74	LARYNX	/	/	Carcinome épidermoïdes infiltrant non kératinisant	/
44	M	54	CAVUM	OBSTUCTION NASALE BILATERALE +EPISTAXIS+C EPHALEE	/	UCNT	T3N2MX
45	M	68	LARYNX	DYSPHONIE	/	Carcinome épidermoïdes bien différencié	T4N0MX
46	M	57	CAVUM	OBSTUCTION NASALE	/	UCNT	T4N0M0
47	M	49	CAVUM	DYSPHAGIE+O DYNOPHAGIE+ OTALGIE	/	Carcinome épidermoïdes infiltrant de la paroi post du pharynx	T3N1MX
48	M	54	CAVUM	OBSTUCTION NASALE	/	/	/
49	M	45	CAVUM	OBSTUCTION NASALE	/	UCNT	T3N0M0
50	M	44	CAVUM	/	/	UCNT	/
51	M	16	CAVUM	ADP CERVICALE HAUTE	/	UCNT	/

52	M	30	CAVUM	HYPOACOUSIE UNILATERALE GHE	/	UCNT	T1N1M0
53	M	67	LARYNX	DYSPHONIE CHRONIQUE	/	Carcinome épidermoïdes bien différencié de l'hémilarynx gh+l'étage sus glottique	T3N0M0
54	M	66	LARYNX	DYSPHONIE CHRONIQUE	TABAC CHRONIQ UE	/	/

*: Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type





Commentaire :

- Le taux des cancers des vads est plus élevé chez les patients de sexe masculin que féminin
- La classe des adultes (plus de 40ans) représente la grande portion des patients atteints de cancer de vads.
- Les cancers du cavum représentent les cancers les plus fréquents avec un pourcentage de 50%, après vient le cancer de larynx avec un pourcentage de 41 %

Conclusion :

Les cancers des VADS sont initialement pauci-symptomatiques. Le diagnostic doit être évoqué devant tout symptôme ORL unilatéral et persistant, en particulier devant une adénopathie cervicale isolée.

L'intoxication alcoolique et/ou tabagique est le principal facteur de risque, mais son absence ne doit pas faire éliminer le diagnostic.

L'examen clinique inclut une inspection et une palpation endobuccales, une otoscopie, et l'examen des aires ganglionnaires. Il est suivi :

- d'un examen endoscopique avec biopsie, incluant la recherche d'une tumeur synchrone (œsophagienne, bronchique) ;
- d'une imagerie (TDM et/ou IRM) qui permet d'apprécier l'extension tumorale locale et d'analyser l'ensemble des aires ganglionnaires cervicales ;
- d'un bilan dentaire systématique.

La restauration d'un bon équilibre nutritionnel qui conditionne le pronostic.

Après confirmation du diagnostic :

- ✓ demande d'admission en ALD (affection longue durée) ;
- ✓ déclaration en maladie professionnelle s'il y a lieu.

Le traitement, défini dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire repose sur la chirurgie et/ou radiothérapie et/ou chimiothérapie, en veillant à minimiser le risque de séquelles fonctionnelles locales (troubles de la déglutition, phonation et respiratoire).

Tout patient traité pour un cancer des VADS doit bénéficier d'un suivi bucco-dentaire biannuel et d'une évaluation des séquelles fonctionnelles avec rééducation si nécessaire.

Près de 90 % des rechutes ont lieu dans les deux premières années après la prise en charge initiale. La récurrence est asymptomatique dans près de 40 % des cas.

Le suivi repose sur l'examen clinique, une imagerie et/ou endoscopie orientées selon les points d'appel clinique (ORL, également œsophagiens et bronchiques).

Bibliographie:

Dictionnaire :

- Larousse médicale

Les livres :

- Collections des cours EMC.
- Collections des cours HIPPOCRAT.
- Précis de sémiologie.

Les sites web :

- www.has-sante.fr.
- www.e-cancer.fr
- www.chups.jussieu.fr/polys/cancero.