

# **CANCER DU LARYNX**

DR SMAIL KHAROUBI  
SERVICE ORL ET CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU CHU ANNABA  
FACULTE DE MEDECINE ANNABA  
UNIVERSITE BADJI MOKHTAR ANNABA 23 000 ALGERIE

## **OBJECTIFS PEDAGOGIQUES:**

- Connaître l'épidémiologie des cancers du larynx
- Identifier la symptomatologie potentielle d'un cancer du larynx
- Identifier les patients à risque qui nécessitent une prise en charge spécialisée
- Connaître le bilan d'évaluation et pré thérapeutique d'un cancer du larynx
- Connaître les modalités thérapeutiques d'un cancer du larynx
- Connaître les modalités de surveillance d'un cancer du larynx
- Pouvoir s'intégrer dans l'équipe soignante et assurer une prise en charge (surveillance) en médecine de ville (omnipraticien) d'un cancer du larynx

## **I- GENERALITES :**

- C'est le premier cancer en ORL avec un lien pathogénique très important avec la consommation de tabac.
- C'est un Carcinome épidermoïde dans 95 % des cas et touche surtout les hommes âgés de 45 à 70 ans.
- Le pronostic de ce cancer est généralement favorable (selon le siège et l'extension locale et ganglionnaire).
- Le traitement est multidisciplinaire et fait appel à la chirurgie la radiothérapie et la chimiothérapie.
- La mutilation de la voix (perte de la voix) est le problème principal des cancers laryngés nécessitant une exérèse totale du larynx (laryngectomie totale).

## **II- RAPPELS :**

### *ANATOMIE :*

Le larynx est constitué de pièces cartilagineuses mobiles, muscles, articulations, ligaments et une muqueuse recouvrant un chorion riche en éléments élastiques. Il existe une organisation anatomo fonctionnelle en trois étages du larynx utilisée dans la marche tumorale et les possibilités thérapeutique :

- Étage glottique (cordes vocales).
- Étage sus-glottique zone de transition avec le pharynx.
- Étage sous-glottique qui se poursuit par la trachée cervicale

### *PHYSIOLOGIE :*

Le larynx associe 03 principales fonctions :  
Phonation, Respiration, Déglutition.

### **HISTOLOGIE :**

La structure histologique du larynx comporte un épithélium malpighien (pavimenteux stratifié) en continuité avec l'épithélium pharyngé (étage sus glottique) et un épithélium respiratoire (prismatique cilié) en continuité avec l'épithélium trachéal (étage glotto sous glottique).

### **III- EPIDEMIOLOGIE :**

#### **A) EPIDEMIOLOGIE :**

INCIDENCE : le cancer du larynx représente 5 % des cancers de l'homme ; 0.2 % des cancers de la femme et 25 % des cancers des VADS.

SEXE : il y a une prédominance masculine avec un sex-ratio de 10:1.

AGE : 45 à 70 ans, rare avant 40 ans.

SELON LE SIEGE : le cancer de la corde vocale représente 60 % des cas.

#### **B) FACTEURS FAVORISANTS :**

- Le tabagisme est le facteur étiologique essentiel.
- Le papilloma Virus (HPV).
- L'intoxication alcoolique, le tabac et l'alcool agissant en synergie.
- 

Autres facteurs :

- Exposition professionnelle en particulier (métiers exposés à l'amiante, acide sulfurique).
- Les états précancéreux (leucoplasies, kératoses exophytiques)

### **IV- ANATOMIE PATHOLOGIQUE :**

a- Carcinomes épidermoïdes invasifs : 90% de toutes les tumeurs malignes du larynx (malpighiens bien ou modérément différenciés dans la majorité des cas)

b- carcinomes Verruqueux.

d- Tumeurs glandulaires rares : Adénocarcinomes : 01 % de tous les cancers du larynx et Carcinomes adénoïdes kystiques.

d- Les sarcomes et les lymphomes (exceptionnels)

c- Les tumeurs secondaires : elles sont rares : adénocarcinome rénal, mélanome cutané, carcinomes du sein, poumon, tractus gastro-intestinal, génito-urinaire.

## **V- ÉTUDE CLINIQUE:**

### TYPE DE DESCRIPTION : 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.
- La dysphagie traduit l'extension vers l'étage sus-glottique.
- La dyspnée traduit souvent un cancer laryngé évolué.
- une adénopathie cervicale révélatrice est plus rare.

#### B/ Examen clinique :

- Palpation cervicale : elle permet d'apprécier les cartilages et membranes laryngés et rechercher des adénopathies cervicales.
- L'examen du larynx au Miroir ou laryngoscopie indirecte : elle montre la lésion sous forme d'une tumeur bourgeonnante (parfois lésion infiltrante ou ulcération tumorale) de la corde vocale (face supérieure ou bord libre), ses extensions et étudie surtout la mobilité laryngée.
- Nasofibroscopie souple permet une étude globale et dynamique du larynx dans des conditions physiologiques et facilite l'examen de routine (dépistage) des lésions laryngées.
- Laryngoscopie directe en suspension LDS sous anesthésie générale : Elle permet la visualisation directe de la tumeur, un bilan d'extension laryngée, un examen de l'ensemble des voies aéro digestives et la réalisation de biopsies

#### C/ Examens complémentaires :

##### **L'imagerie:**

**TDM** : elle montre la tumeur son siège et ses extensions (surtout les zones inaccessibles à l'endoscopie).

**IRM** : surtout intéressante pour évaluer les extensions aux cartilages et aux parties molles (pharynx, œsophage, oropharynx, plancher buccal).

## **Bilan d'extension métastatique :**

- Télé thorax,
- Echographie abdominale,
- Fonction hépatique et pulmonaire,
- État nutritionnel.
- Pet Scan : approche moderne de plus en plus utilisée permet une évaluation loco régionale et surtout générale (bilan métastatique).

## **VI- FORMES CLINIQUES :**

Formes topographiques :

1- CANCER DE L'ETAGE SUS –GLOTTIQUE : Les signes fonctionnels sont tardifs débutant souvent par une dysphagie, la dysphonie est modérée. il y a souvent une otalgie réflexe.

Une adénopathie cervicale révélatrice se voit dans 65% des cas.

La Laryngoscopie indirecte montre une Tumeur au niveau de la face laryngée de l'épiglotte rarement au niveau des bandes ventriculaires.

2- LE CANCER DE L'ETAGE SOUS –GLOTTIQUE : il se caractérise surtout par une dyspnée progressive (1<sup>er</sup> signe) qui aboutit à un état asphyxique nécessitant une trachéotomie d'urgence. Le diagnostic nécessite un bilan laryngé sous la laryngoscopie directe en suspension qui va mettre en évidence la tumeur qui est le plus souvent infiltrante ou ulcéro-infiltrante.

## **VII- DIAGNOSTIC :**

### A/ DIAGNOSTIC POSITIF :

L'interrogatoire recherche des signes d'appels (dysphonie persistante évoluant depuis plus de 3 semaines chez un malade fumeur âgé de 40 ans) et des facteurs favorisants. L'examen du larynx au miroir et surtout en fibroscopie.

L'endoscopie sous suspension sous anesthésie véritable clé diagnostic (évaluation locale et biopsie). L'imagerie : TDM et IRM qui complètent l'évaluation loco régionale nécessaire à toute prise en charge thérapeutique.

### B/ DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

- une laryngite chronique
- les tumeurs bénignes du larynx.
- La tuberculose laryngée
- Syphilis laryngée

## VIII- ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS :

La prise en charge thérapeutique (en particulier dans les stades de début T1 T2) permet de contrôler la maladie et d'améliorer sensiblement le pronostic.

En absence de traitement l'évolution se fait vers l'extension locale à l'intérieur du larynx puis vers le pharynx, l'oropharynx en haut et l'œsophage en bas.

L'extension ganglionnaire cervicale puis cervico-médiastinale et la survenue de métastases sont le stade évolutif ultime de ces cancers.

## IX- TRAITEMENT :

### A/ BUTS:

- Éradiquer la tumeur
- conserver ou rétablir (si possible) les fonctions du larynx en particulier la phonation et la respiration par les voies naturelles.

### B/ MOYENS:

#### ▪ RADIOTHERAPIE:

Elle peut se faire à titre curatif (cancers stades de début surtout de l'étage glottique) (70gy/7semaines) ou en complément post opératoire en fonction des conditions et des résultats de la chirurgie.

#### ▪ CHIMIOTHERAPIE:

Elle connaît actuellement un grand intérêt surtout dans une approche de conservation d'organe ou devant des tumeurs évoluées au moment du diagnostic (T4). Elle se fait dans ces cas selon un mode néo adjuvant (induction).

#### ▪ CHIRURGIE :

La chirurgie occupe une place majeure surtout dans les formes un peu évoluées (T2 T3 T4). Le principe étant de faire l'exérèse par voie cervicale externe d'une partie (laryngectomie partielle) ou de la totalité du larynx (laryngectomie totale). Un traitement des aires ganglionnaires (curage ganglionnaire) est systématiquement associé. Dans certaines situations (T1 T2) l'exérèse peut se faire par voie endoscopique en utilisant le LASER et qui donne des résultats similaires à la chirurgie classique.

## **X-SURVEILLANCE :**

Elle est périodique avec un examen cervical (clinique) et une fibroscopie (en cas de chirurgie partielle) tous les deux mois pendant les deux premières années puis deux fois par an.

## **XI-PRONOSTIC :**

1- cancers des cordes vocales : Survie à 5 ans pour les cancers T1 :74-100 % et 30-57 % pour T4.

## **A RETENIR:** \_\_\_\_\_

- Toute symptomatologie laryngée persistante chez un patient alcool-tabagique nécessite une consultation ORL avec examen du larynx.

-Le diagnostic repose sur l'endoscopie laryngée avec biopsies.

-la lutte contre le tabagisme et le diagnostic des lésions pré cancéreuses contribue à lutter contre ce cancer.

-Le pronostic des cancers laryngés est assez favorable si le diagnostic est précoce.

## LE CANCER DU LARYNX ICONOGRAPHIE



**FIGURE N°1: LARYNX NORMAL (cordes vocales)  
ASPECT ENDOSCOPIQUE**



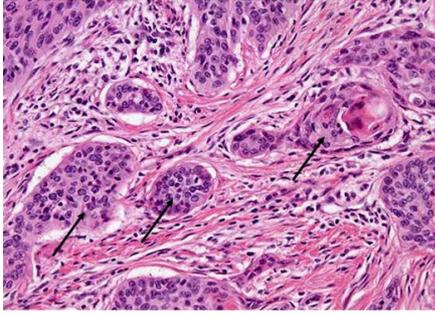
**FIGURE N°2: TUMEUR BOURGEONNANTE DE LA CORDE VOCALE GAUCHE**  
1:tumeur 2: corde vocale droite 3: corde vocale gauche  
4: bande ventriculaire



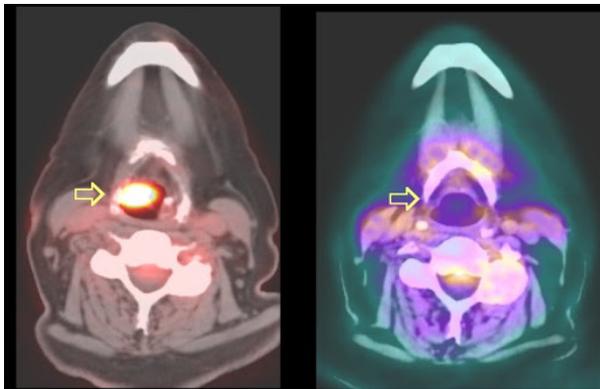
**FIGURE N°3: Scanner du Larynx coupe axiale: tumeur exophytique de la corde vocale droite avec extension antérieure vers la commissure antérieure. Envahissement de l'espace para glottique.**



**FIGURE N°4: Laryngectomie totale aspect post opératoire  
Notez le trachéostome définitif (trachée abouchée à la peau).**



**FIGURE N°5: carcinome épidermoïde : aspect histopathologique.**



**A**

**B**

**FIGURE N°6:**

**A-PET SCAN LARYNGE: Tumeur supra glottique avec hyper fixation (tumeur)**

**B-PET SCANN LARYNGE: 4 mois après radiothérapie extinction tumorale**