

# Généralités sur les cancers des voies aérodigestives supérieures

Pr Nouikes Zitouni S.

Année universitaire 2019/2020

## I. Définition

On désigne sous le terme de cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) les cancers développés aux dépens:

- de la cavité buccale,
- des trois étages du pharynx (nasopharynx, oropharynx et hypopharynx),
- du larynx,
- de la bouche oesophagienne
- des fosses nasales et des sinus

Les VADS sont caractérisées par une anatomie complexe qui nécessite une approche multidisciplinaire entre spécialistes d'organe (les ORL), les radiologues, les médecins nucléaires, les anatomopathologistes, les oncologues et les radiothérapeutes.

## II. Epidémiologie

- Sexe: le sexe masculin est le + touché
- 90% des nouveaux cancers des VADS concerne l'homme.
- Le nb de nouveaux cas chez la femme est en constante augmentation depuis 20 ans.
- Chez l'homme, les cancers des VADS se rangent en 4<sup>ème</sup> position en termes de fréquence, après la prostate, les bronches et le côlon-rectum.
- Age: pic de fréquence 45 - 70 ans.

## III. Facteurs de risque

- Le tabac : la fumée du tabac contient plus de 30 agents carcinogènes comme les hydrocarbures polycycliques et les nitrosamines. Il a une action par cancérogènes directs (benzopyrènes) et par brûlure chronique.
- L'alcool: son action en tant que carcinogène direct n'a jamais été démontrée dans les cancers des VADS et il agirait plutôt comme un co-carcinogène en renforçant l'activité carcinogène du tabac.
- Autres facteurs: leur rôle bien que fortement suspecté n'est pas encore totalement démontré. Il s'agit entre autres de :
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire – Malnutrition - Facteurs génétiques - Exposition professionnelle (hydrocarbures polycycliques, Chrome, Nickel) – Radiations ionisantes – Virus (HPV) - cannabis et d'opium.

## IV. Anatomo-pathologie

- Dans plus de 90% des cas, il s'agit de carcinomes épidermoïdes plus ou moins bien différenciés et plus ou moins kératinisants.
- Autres types: les lymphomes et les adénocarcinomes.
- Modalités d'extension:

- Locale: de proche en proche,
- Ganglionnaire (régionale): vers les chaînes jugulo-carotidiennes
- Métastatique: poumon, os, foie plus rarement.

## **V. Diagnostic positif**

Il repose sur l'analyse des signes fonctionnels, de l'examen clinique et de la biopsie

### **A. Signes fonctionnels**

Les cancers des VADS sont initialement pauci-symptomatiques. Toute symptomatologie persistante chez un homme de plus de 45ans doit conduire à un examen orl. Les signes les plus fréquents sont :

- Gêne pharyngée,
- Dysphagie,
- Odynophagie
- Dysphonie,
- Dyspnée,
- Ootalgie (réflexe)
- Tuméfaction cervicale,
- Altération de l'état général,
- Amaigrissement chez un patient à risque.

Les cancers des VADS peuvent également être révélés par une atteinte ganglionnaire cervicale isolée.

Toute adénopathie cervicale isolée doit faire l'objet en priorité d'un bilan ORL.

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

### **B. Interrogatoire**

L'interrogatoire doit préciser les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de comorbidité du patient, la date de début des signes fonctionnels, les facteurs de risque et les expositions à des toxiques.

### **C. Examen clinique**

Il comprend un bilan local et régional.

1. Le bilan local: apprécie le type macroscopique de la tumeur : bourgeonnante, ulcéramte, infiltrante, superficielle, mal ou bien limitée. Il analyse les mobilités, l'infiltration tumorale par la palpation et recherche d'autres localisations.
2. Le bilan régional: recherche des ADP métastatiques cervicales par la palpation systématique de toutes les aires ganglionnaires cervicales. On apprécie le nombre, la taille le siège, la consistance et la mobilité des adénopathies. Le siège le plus fréquent est sous-digastrique et spinal haut.

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...).

#### **D. Bilan de la maladie**

Tout cancer des VADS suspecté ou confirmé implique un bilan complet comportant :

1. **Une pan-endoscopique** : de toutes les VADS à la recherche d'un 2<sup>ème</sup> cancer associé ; cet examen nécessitera une œsophagoscopie et une trachéobronchoscopie.

Cet examen endoscopique permet de faire :

le bilan exact de l'extension tumorale.

une biopsie afin d'avoir une confirmation histologique

2. **L'Imagerie** :

Elle permet de mieux visualiser la tumeur et les adénopathies métastatiques.

Le choix des examens inclut une TDM et/ou une IRM, et sera déterminé par la localisation tumorale

3. **La recherche des métastases**

Si elle doit être faite systématiquement, elle se limite à une radio pulmonaire voire une TDM et à une échographie hépatique. La tomодensitométrie par émission de positons (TEP) est utile pour apprécier l'extension à distance de la maladie. Elle n'est pas indiquée à titre systématique.

4. **Anatomopathologie**

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

#### **E. Bilan préthérapeutique**

Son but est d'évaluer les comorbidités du patient afin de lui proposer les meilleures options thérapeutiques.

Ce bilan comprend essentiellement un bilan biologique, un examen cardiovasculaire, une évaluation nutritionnelle, un bilan dentaire. D'autres examens peuvent être demandés en fonction des antécédents du patient.

A l'issue de ce bilan le diagnostic de cancer des VADS est posé et la tumeur classée selon la classification TNM internationale.

#### **VI. Prise en charge thérapeutique**

La prise en charge thérapeutique est définie en accord avec le patient sur la base des décisions prises en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Les indications sont établies en fonction du type histologique, du stade de la maladie et de l'état général du patient. Elles sont discutées avec le patient qui doit donner son accord.

Différentes méthodes peuvent être utilisées, le plus souvent en association, pour traiter les tumeurs des VADS.

### **A. La chirurgie**

Sur le site tumoral: variable en fonction du siège, du volume et de l'extension de la tumeur. Elle doit permettre l'exérèse large de la tumeur et de ses principales voies d'extension tout en essayant si possible de préserver les fonctions des VADS

Sur les aires ganglionnaires le type d'intervention réalisée dépend de la présence ou non d'adénopathies cliniquement décelables, de leur siège, de leur taille, de leur uni ou bilatéralité. Toutes les tumeurs atteignant une structure médiane devront bénéficier d'un geste chirurgical bilatéral.

### **B. La radiothérapie**

Irradiation externe délivrée sur le lit tumoral et les aires ganglionnaires. Une radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité est la technique de choix. La radiothérapie interstitielle (ou curiethérapie) : par aiguillage d'iridium 192 est plus rarement utilisée (sur un reliquat tumoral après irradiation externe, ou à titre de barrage)

La radiothérapie est d'autant plus efficace que la tumeur est plus indifférenciée, bourgeonnante et que le volume tumoral est faible.

La radiothérapie peut être utilisée en complément de la chirurgie dans les formes à risques en particulier (T3 et T4) et les ganglions histologiquement envahies.

La radiothérapie externe peut être associée de façon concomitante à la chimiothérapie.

Complications: \* la sécheresse buccale par asialie postradique \* la fibrosclérose cervicale \* le risque d'ostéoradionécrose.

### **C. La chimiothérapie**

De nombreuses drogues sont proposées, les plus utilisées: 5 Fluoro-uracile (5 FU), les dérivés du platine Cis-platinum (CDDP) ou carbo platine

Les modalités des prescriptions de cette chimiothérapie sont de quatre ordres :

a - La chimiothérapie dite d'induction ou néoadjuvante : faite d'emblée, elle a pour but d'apprécier la réponse de la tumeur aux cures de chimiothérapie (en général deux ou trois). En cas de réponse complète au traitement, une radiothérapie est alors proposée.

b - La chimiothérapie post-thérapeutique : efficacité pas encore prouvée.

c - la chimiothérapie concomitante avec la radiothérapie est proposée dans le traitement de certains cancers étendus de l'oropharynx, elle semble potentialiser l'action de la radiothérapie.

## **VII. La surveillance**

Tout patient atteint d'un cancer des VADS doit être surveillé très régulièrement tout au long de sa vie. Cette surveillance recherche:

- une récurrence locale ou ganglionnaire,
- une nouvelle localisation,
- une métastase.

Elle permet aussi de :

- dépister et traiter les séquelles du traitement.
- encourager le sevrage alcool-tabagique s'il y a lieu.
- faciliter la réinsertion socioprofessionnelle.

Elle repose sur l'examen clinique, complété par une imagerie ou une endoscopie au besoin. Aucun marqueur biologique n'est recommandé dans le suivi des patients.