

# Les Cancers du Larynx:

**Pr Ali MECIBAH**

**Service ORL et chirurgie de la face et du cou**

**EPH - BATNA**

---

- ✓ Les cancers du larynx sont fréquents,
- ✓ Touchant l'homme, de plus en plus jeune.
- ✓ Ils sont liés au tabagisme chronique.
- ✓ Le carcinome épidermoïde est le plus fréquent.
- ❑ Lésions étendues T3-T4 représentent 90%, justifient une chirurgie radicale, mutilante :LT ou LTE ,
- ❑ alors que les Lésions localisées T1-T2 = 10%, bénéficient d'une chirurgie partielle conservatrice.
- ✓ le pronostic des lésions précoces est l'un des meilleurs des cancers des VADS.
- ✓ Bilan pré-thérapeutique : la panendoscopie, et l'imagerie médicale, permettent une définition des extensions tumorales, et des protocoles thérapeutiques adaptés .

### II - ÉPIDÉMIOLOGIE :

- ✓ Le cancer du larynx est un **cancer de l'homme dans 96% des cas**,
- ✓ **Age:** entre 50 et 70 ans.

Cependant, touche des sujets **de plus en plus jeunes** liés à la **grande précocité dans le début du tabagisme**.

- ✓ Le cancer du larynx **représente 4% de la mortalité par cancer** (France).

### FACTEURS FAVORISANTS :

- ✓ **Tabac** :reste la cause principale par le biais des substances cancérigènes:  
les hydrocarbures polycycliques , les nitrosamines.
- ✓ **l'Alcool**: son rôle reste floue,

## **Autres facteurs :**

- ✓ Exposition toxiques : le nickel, le chrome, l'arsenic ou les poussières de bois .
- ✓ Exposition professionnelle à l'amiante ou à l'acide sulfurique.
- ✓ Radiothérapie antérieure.
- ✓ Le RGO ne devrait pas être négligé.

## **Etats précancéreux :**

- ✓ Toute irritation muqueuse récidivante ou durable peut être génératrice de lésions précancéreuses: ce sont les leucoplasies et les dysplasies.

## HISTOLOGIE :

- **Carcinomes épidermoïdes** : dans **95% des cas** plus ou moins différenciés et plus ou moins matures avec **un aspect** : bourgeonnant, infiltrant, ulcéré.
- **Les autres tumeurs malignes sont plus rares** :
  - les carcinomes indifférenciés, les cylindromes , les adénocarcinomes et les tumeurs muco-épidermoïdes...

## **-CLINIQUE :**

### **SIGNES CLINIQUES EVOCATEURS :**

- ✓ **La dysphonie** est le signe majeur des cancers du larynx, variable selon la localisation, présent dans 95% des cas. C'est un signe d'alerte

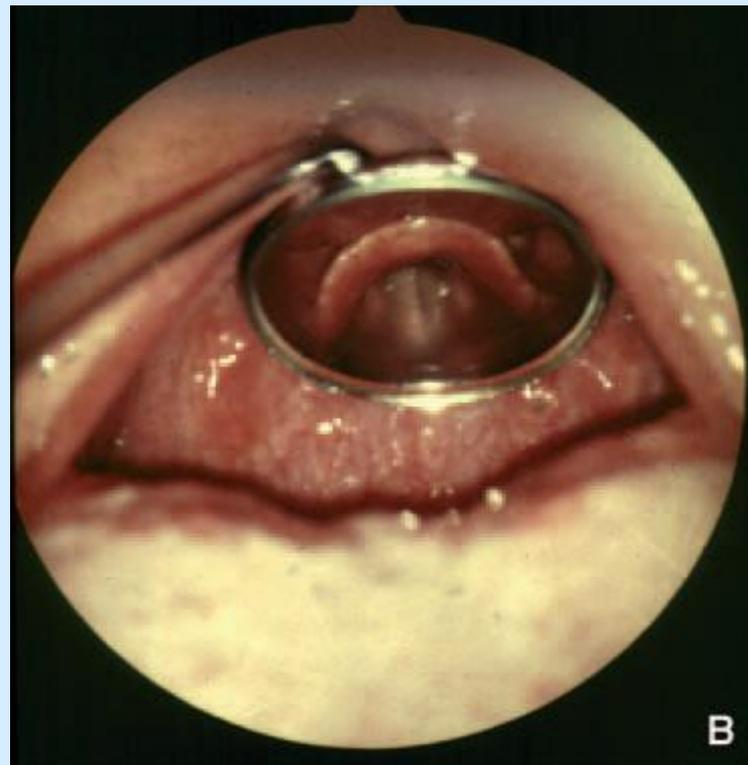
***Ainsi toute dysphonie persistante plus de 21 jours, de surcroît chez un sujet tabagique, impose un examen ORL spécialisé : Loi de SIMON***

- ✓ **La dyspnée** traduit un cancer laryngé évolué,
- ✓ **La gêne pharyngée ou une dysphagie.**
- ✓ **Toux** d'irritation.
- ✓ Les *ADP cervicales* sont rares, et plus tardives: ***Ces ADP signent un cancer sus-glottique, ou un cancer évolué ayant dépassé les limites anatomiques du larynx.***

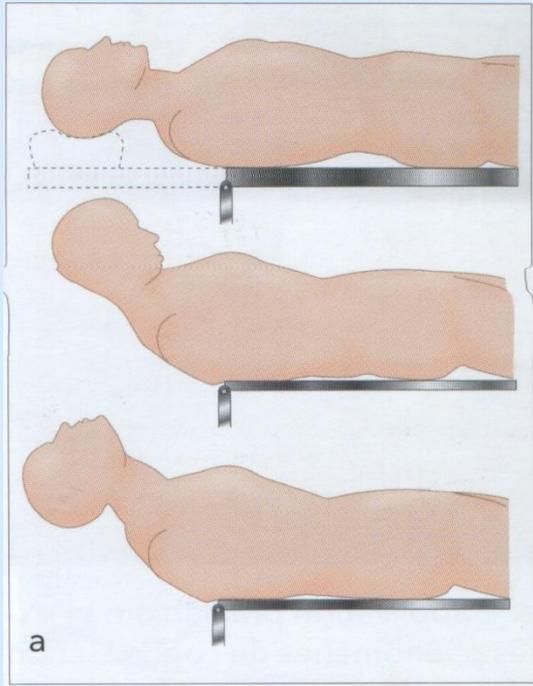
## ***EXAMEN CLINIQUE:***

- Laryngoscopie indirecte** au miroir et la fibroscopie laryngée +++ : examen de base : elle indique **le siège** de la tumeur et **son extension** et **étudie la mobilité des cordes vocales**.
- L'examen clinique de la sphère ORL a la **recherche d'autres localisations néoplasiques**.
- L'examen du Cou à la recherche **d'adénopathies**
- Panendoscopie sous AG** comprenant une Laryngoscopie directe au tube rigide , oesophagoscopie , une bronchoscopie , permet le bilan d'extension locale précis de la tumeur et recherche une seconde localisation des VADS.

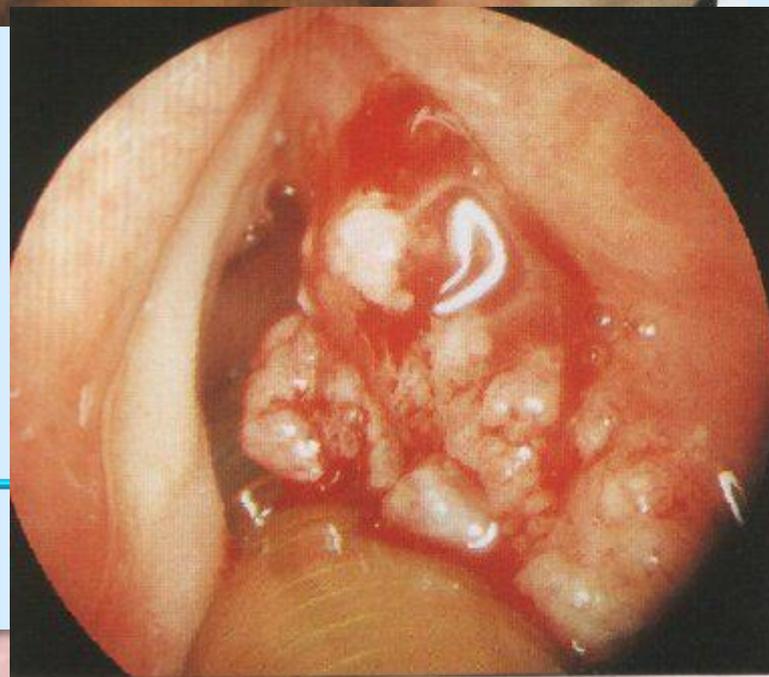
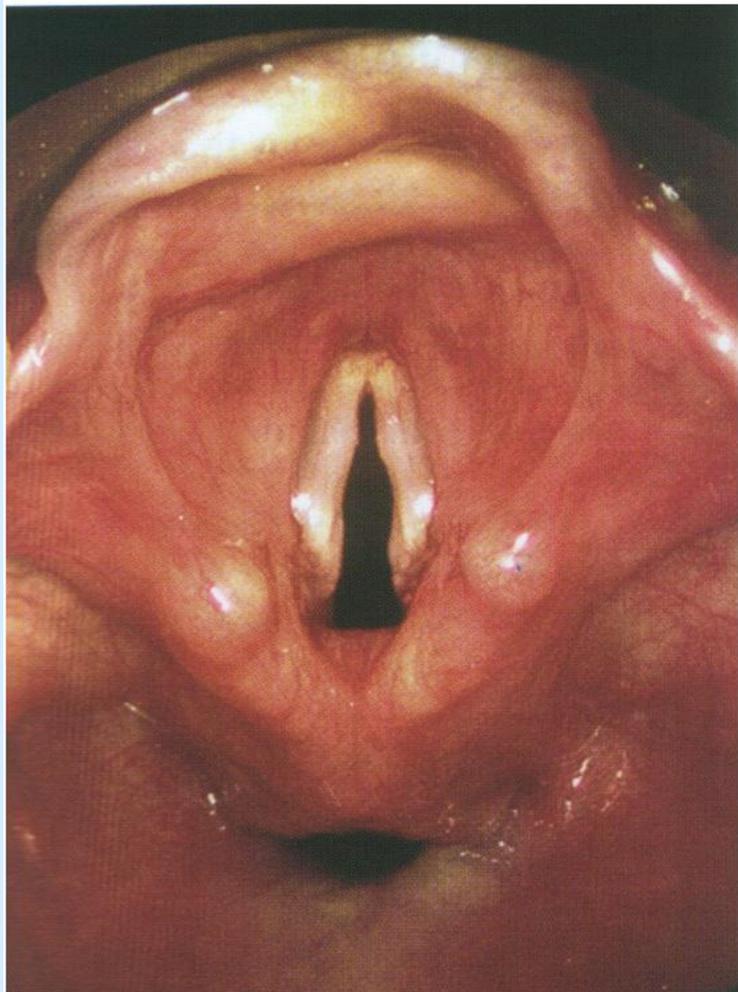
## Examen clinique:



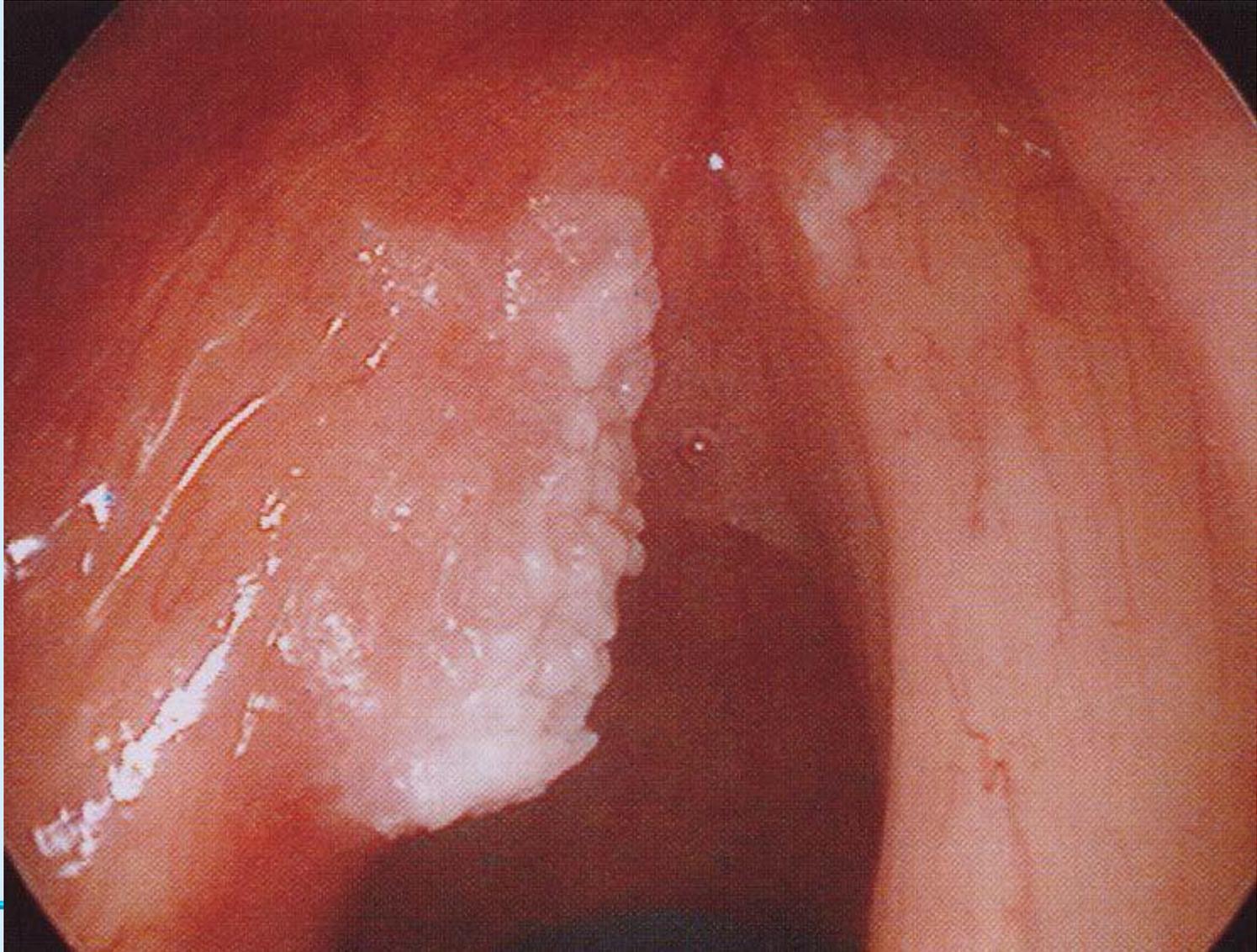
# ENDOSCOPIE LARYNGEE:



Examen clinique:



## Endoscopie:



### *Imagerie médicale : TDM et IRM :*

- ✓ **La TDM** avec des coupes allant de la base du crâne à la base du cou, avec injection de produit de contraste, **permet d'apprécier:**
  - **l'extension tumorale**
  - **la présence d'adénopathies infracliniques.**
  
- ✓ **L'IRM** ne présente que peu d'avantages par rapport au scanner,  
(Ces examens sont effectués si possible avant l'endoscopie directe et les biopsies.  
Dans le cas contraire, l'interprétation se révélant alors, plus délicate).

## FORMES TOPOGRAPHIQUES :

### **-1- Cancers de l'étage sus-glottique :**

- Les symptômes souvent tardifs, représentés par une dysphonie modérée, d'une gêne à la déglutition,
- La dysphagie est rare. Elle signe l'extension vers les sinus piriformes.
- l'ADP peut être un mode de découverte dans environ 30% des cas.

### **-2- Cancers de l'étage glottique :**

Le cancer de la corde vocale est le plus fréquent.

La dysphonie est un signe précoce, et permet un diagnostic plus rapide que les autres localisations.

### -3- Cancers de l'étage sous-glottique :

- **Cancers rares** . Leur symptomatologie est tardive, se manifestant par une dyspnée progressive avec une toux.
- Cette localisation impose une laryngectomie totale.

### - 4- Cancers étendus à deux ou trois étages laryngés :

- Les cancers ont un point de départ impossible à préciser.
- la symptomatologie est souvent ancienne et polymorphe.
- Les ADP cervicales sont présentes dans plus de 30% des cas au premier examen clinique.

### ***-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :***

- ❖ **Tuberculose laryngée:** présente un aspect voisin d'un cancer du larynx.  
Elle est toujours associée à une tuberculose pulmonaire.
- ❖ **Laryngocèles** sont des petites expansions développées à partir des ventricules laryngés, remplies d'air ou de liquide.
- ❖ **Toute paralysie laryngée** pose le problème de son étiologie.
- ❖ **Tumeurs bénignes du larynx**

**- TRAITEMENT :**

- PREVENTION : L'arrêt de toute intoxication alcoolo-tabagique +++ .**
- CHIRURGIE :** plusieurs techniques chirurgicales
  - Laryngectomie totale : Ablation totale du larynx
  - Laryngectomies partielles conservatrices des 03 fonctions laryngées.
  - Curage ganglionnaire.
- RADIOTHÉRAPIE :**
  - **L'irradiation exclusive** à des doses de l'ordre de 65 à 75Gy.
  - La radiothérapie complémentaire** à des doses allant de 50 à 65Gy.
- CHIMIOTHÉRAPIE :** L'association cisplatine et 5 FU demeure le protocole de référence.
- LASER :** limitée aux lésions précancéreuses ou les petits cancers très limités .

**Le pronostic dépend essentiellement du siège de la tumeur :**

- **les cancers de corde vocale** ont le meilleur pronostic avec un taux de survie à 5 ans de l'ordre de 70%, supérieur à 90% pour les cancers très limités de la corde.
- **les cancers sus-glottiques** sont plus graves et le pourcentage de survie est voisin de 50 à 60% à 5 ans.

***La présence de ganglions métastatiques cervicaux réduit les taux de survie.***

## Classification TNM (UICC 2002)

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

## > Classification N:

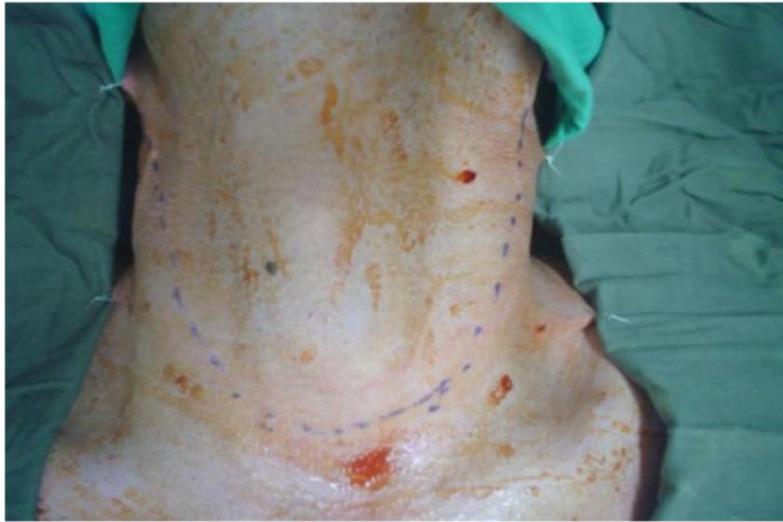
- **N0**: pas de signe d' atteinte des GG régionaux
  - **N1**: métastase dans 1 seul GG homolatéral  $\leq 3$ cm
  - **N2**: métastase unique dans 1 gg homolatéral  $>3$ et  $\leq 6$ cm ou métastase GG homolatéral multiple  $\leq 6$ cm
    - \***N2a**: N2: métastase dans 1 gg  $>3$ et  $\leq 6$ cm
    - \***N2b**: métastase GG homolatéral multiple  $\leq 6$ cm
    - \***N2c**: meta bilatérales ou controlatérales  $\leq 6$ cm
  - N3: meta dans 1 gg  $>6$ cm
- les GG médians sont considéré comme homolatéraux

## > Classification M:

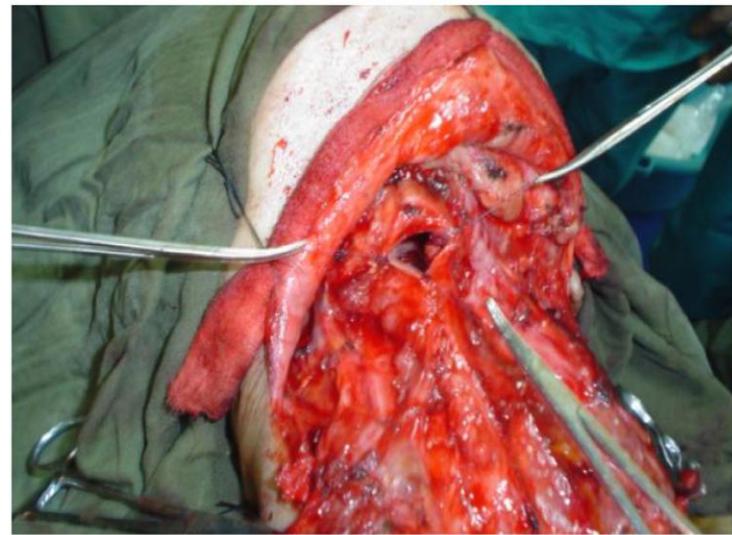
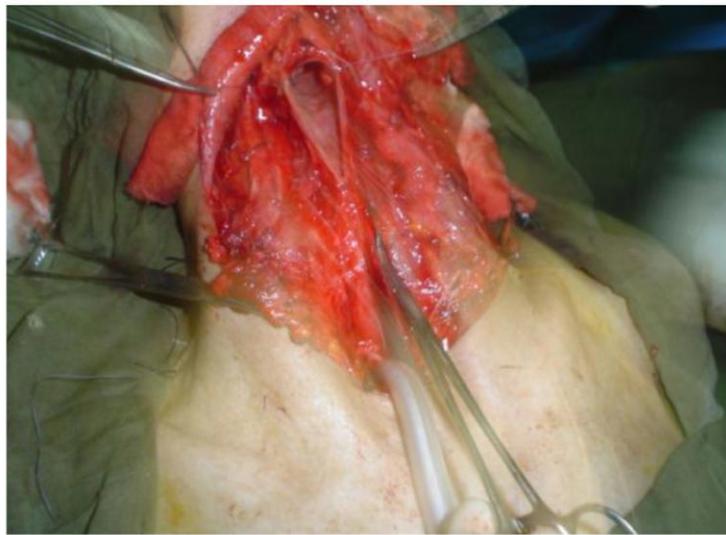
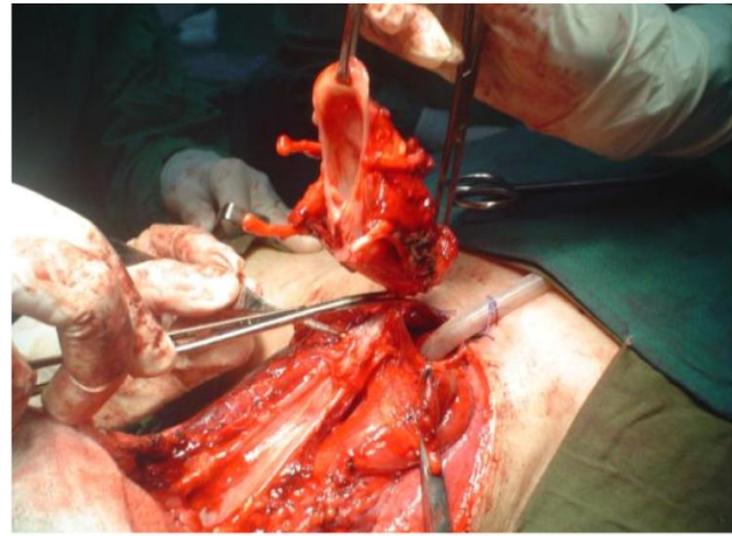
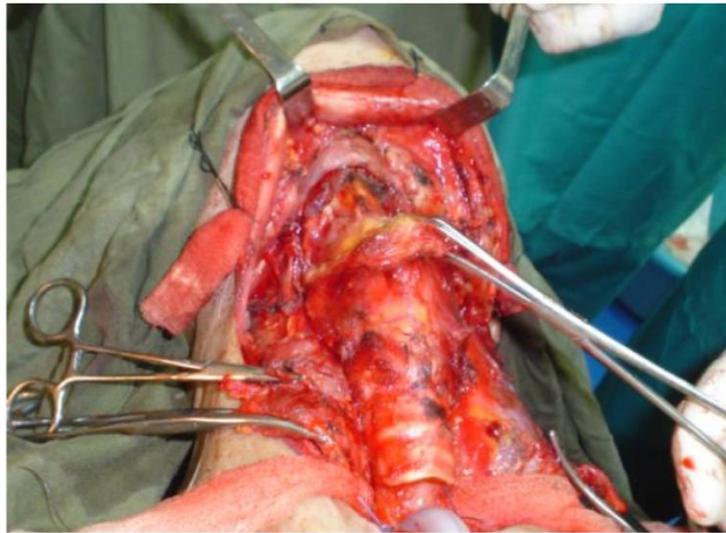
**M0**: -

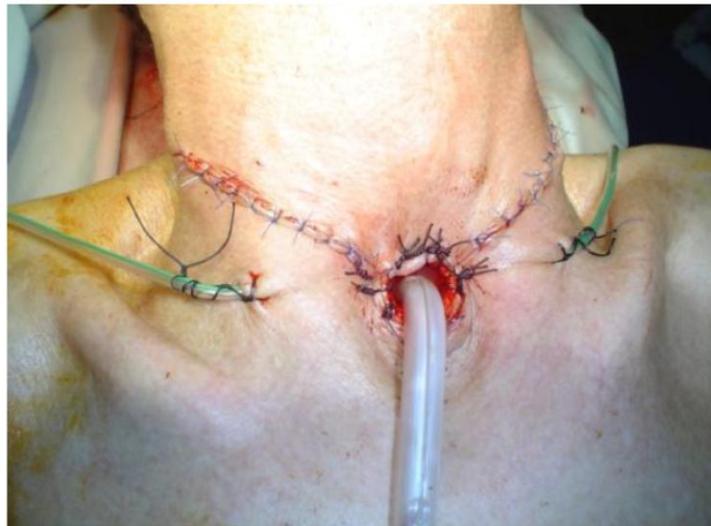
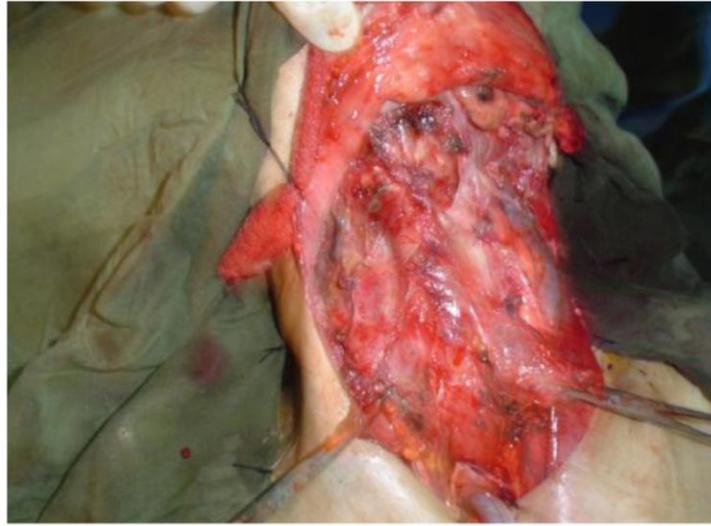
**M1**: +

# ICONOGRAPHIE

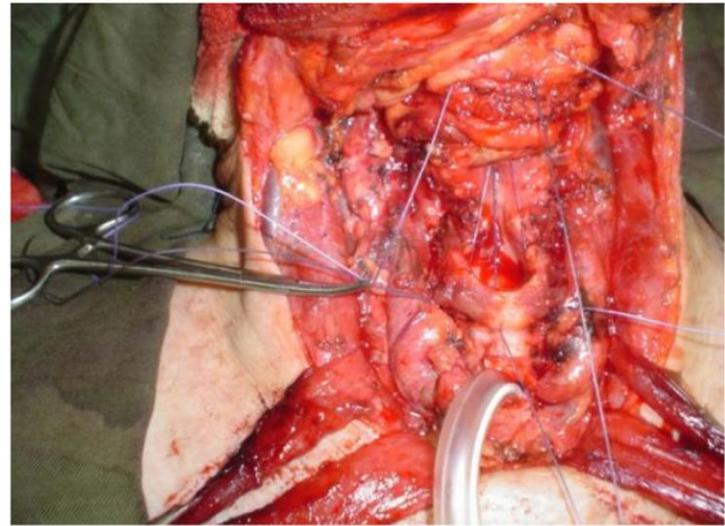
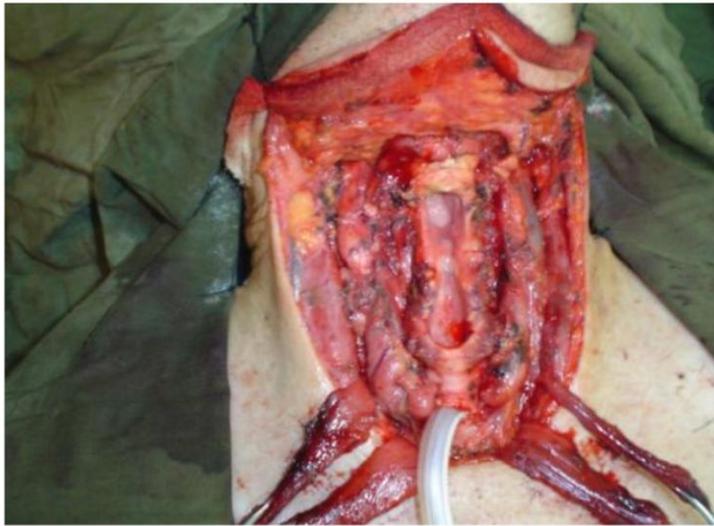
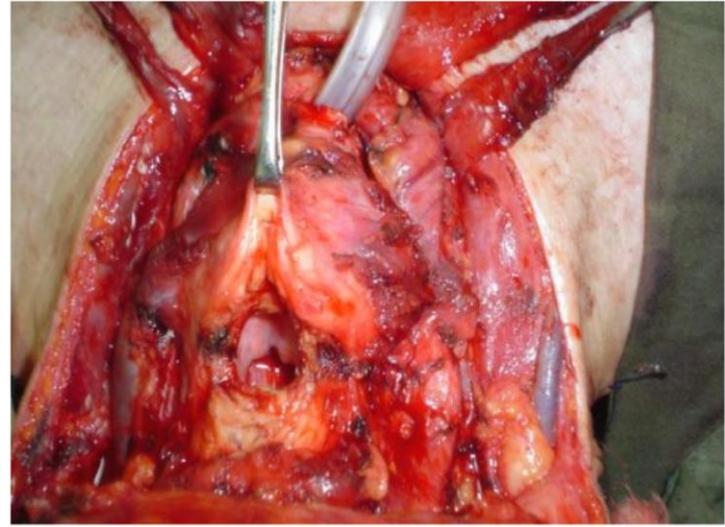


# ICONOGRAPHIE

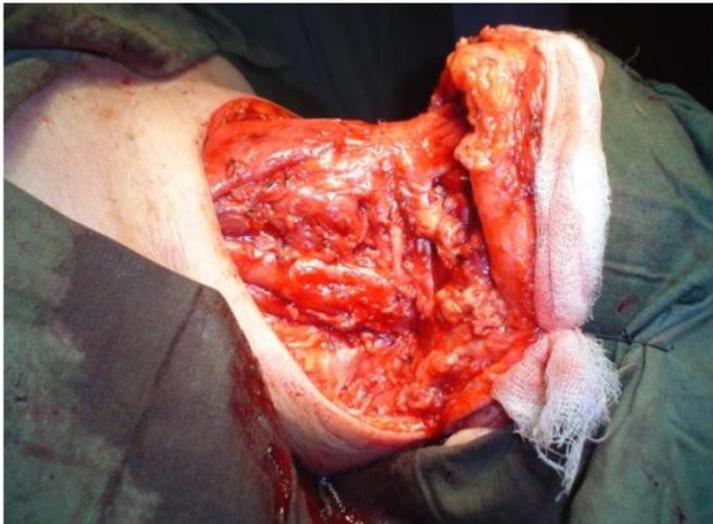
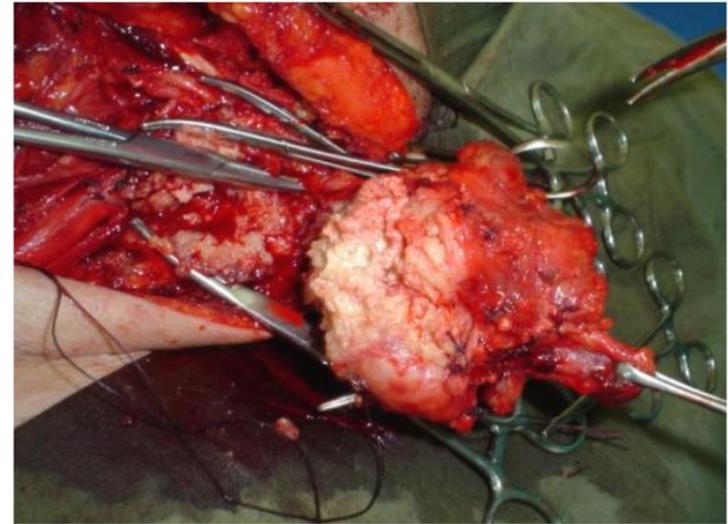




# ICONOGRAPHIE



# ICONOGRAPHIE



# ICONOGRAPHIE

