**Les Cancers du Larynx:**

**Professeur A. MECIBAH**

Service ORL EPH Batna

**I- INTRODUCTION :**

**-** Les cancers du larynx sont fréquents,- Touchant l’homme, de plus en plus jeune.

- Ils sont liés au tabagisme chronique.- Le carcinome épidermoide 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 lies à la grande précocité dans le début du tabagisme.

Le cancer du larynx représente 4% de la mortalité par cancer.

**FACTEURS FAVORISANTS :**

* Tabac : reste la cause principale par le biais des substances cancérigènes:

 les hydrocarbures polycycliques, les nitrosamines.

* l‘Alcool: son rôle reste flou,
* Autres facteurs :

-Exposition prolongée à des éléments 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.

**III -** **HISTOLOGIE :**

Carcinomes épidermoides : 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-épidermoides...

**IV-CLINIQUE :**

1. ***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

- La 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.

1. **IMAGERIE MEDICALE : 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 et la présence d'adénopathies infracliniques.
* **L'IRM** ne présente que peu d'avantages par rapport au scanner.

(Ces examens sont effectuer si possible avant l'endoscopie directe et les biopsies. Dans le cas contraire, l'interprétation se révélant alors, plus délicate).

1. **FORMES TOPOGRAPHIQUES :**

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

- Les symptômes souvent tardifs, représentés par une dysphonie modérée,

 d'une gène 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'etage 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.

**V- 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 benignes du larynx**

**VI - 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 àux lésions précancéreuses ou les petits cancers très limités .

**VII –EVOLUTION ET PRONOSTIC :**

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 2002***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **T (tumeur primitive)**  | **N (adénopathie)**  | **M (métastases)**  |
| Tis épithélioma in situ  |
| T0 pas de signe de tumeur primitive  | N0 pas d’adénopathie  | **M0 pas de signe de métastases à distance**  |
| **T1a tumeur limitée à une corde vocale mobile T1b tumeur limitée aux deux cordes vocales mobiles**  | **N1 adénopathie homolatérale unique ≤ 3 cm**  | **M1 métastases à distance**  |
| **T2 diminution de mobilité de la corde vocale ou extension au fond du ventricule**  | **N2a adénopathie homolatérale unique > 3 cm et ≤ 6 cm**  |
| T3 hémilarynx bloqué  | **N2b adénopathies homolatérales multiples ≤ 6 cm**  |
| **T4 tumeur étendue en dehors du larynx ou avec extension cartilagineuse jugée sur le scanner**  | **N2c adénopathies bilatérales ou controlatérales ≤ 6 cm**  |
| N3 adénopathie > 6 cm  |
| Tx tumeur inclassable  | Nx N inclassable  | Mx M inclassable  |