

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 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.

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 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...

IV-CLINIQUE :

A- 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.

B- 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 effectués si possible avant l'endoscopie directe et les biopsies. Dans le cas contraire, l'interprétation se révélant alors, plus délicate).

C- 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.

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 bénignes du larynx**
-

VI - TRAITEMENT :

PREVENTION : L'arrêt de toute intoxication alcool-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 .

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