

Cancer du larynx

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 (Laryngectomie Totale ou Laryngectomie Totale Étendue), alors que les lésions localisées T1-T2 représentent 10% et bénéficient d’une chirurgie partielle conservatrice
- Le pronostic des lésions précoces est l’un des meilleurs des cancers des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS).
- Bilan pré-thérapeutique (panendoscopie, et imagerie médicale) permettent une définition des extensions tumorales et des protocoles thérapeutiques adaptés

Épidémiologie

- Le cancer du larynx est un cancer de l’homme dans 96% des cas, entre 50 et 70 ans
- Cependant, touche des sujets de plus en plus jeunes, lié 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 : hydrocarbures polycycliques, nitrosamines
 - **Alcool** : son rôle reste flou
 - **Autres facteurs** : exposition prolongée à des éléments toxiques (nickel, chrome, arsenic ou poussières de bois), exposition professionnelle à l'amiante ou à l'acide sulfurique, radiothérapie antérieure
 - Le RGO ne devrait pas être négligé
 - **États 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
- **Autres tumeurs malignes** : sont plus rares : carcinomes indifférenciés, cylindromes, adénocarcinomes et tumeurs muco-épidermoïdes...

Clinique

- **Signes cliniques évocateurs :**
 - **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)
 - **Dyspnée** : traduit un cancer laryngé évolué
 - **Gêne pharyngée** (ou une dysphagie)
 - **Toux** : d’irritation
 - **Adénopathies cervicales** : sont rares, et plus tardives, ces adénopathies 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
 - **Examen clinique de la sphère ORL** : à la recherche d'autres localisations néoplasiques
 - **Examen du cou** : à la recherche d'adénopathies
 - **Panendoscopie** : sous anesthésie générale, comprenant une laryngoscopie directe au tube rigide, une œsophagoscopie, une bronchoscopie. Permet le bilan d'extension locale précis de la tumeur et recherche une seconde localisation des VADS.
- **Imagerie médicale :**
 - **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
 - **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

- **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'adénopathie peut être un mode de découverte dans environ 30% des cas.
- **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.
- **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.
- **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 adénopathies cervicales sont présentes dans plus de 30% des cas au premier examen clinique.

Diagnostic différentiel

- **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

- **Prévention** : arrêt de toute intoxication alcoolo-tabagique +++
- **Chirurgie** : plusieurs techniques chirurgicales
 - **Laryngectomie totale** : ablation totale du larynx
 - **Laryngectomies partielles** : conservatrices des 3 fonctions laryngées
 - **Curage ganglionnaire**
- **Radiothérapie** :
 - **Irradiation exclusive** : à des doses de l'ordre de 65-75 Gy
 - **Radiothérapie complémentaire** : à des doses allant de 50-65 Gy
- **Chimiothérapie** : L'association Cisplatine et 5 FU demeure le protocole de référence
- **Laser** : limité aux lésions précancéreuses ou les petits cancers très limités

Évolution / Pronostic

Le pronostic dépend essentiellement du siège de la tumeur :

- **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.
- **Cancers sus-glottiques** : sont plus graves et le pourcentage de survie est voisin de 50 à 60% à 5 ans.
- **Présence de ganglions métastatiques cervicaux** : réduit les taux de survie