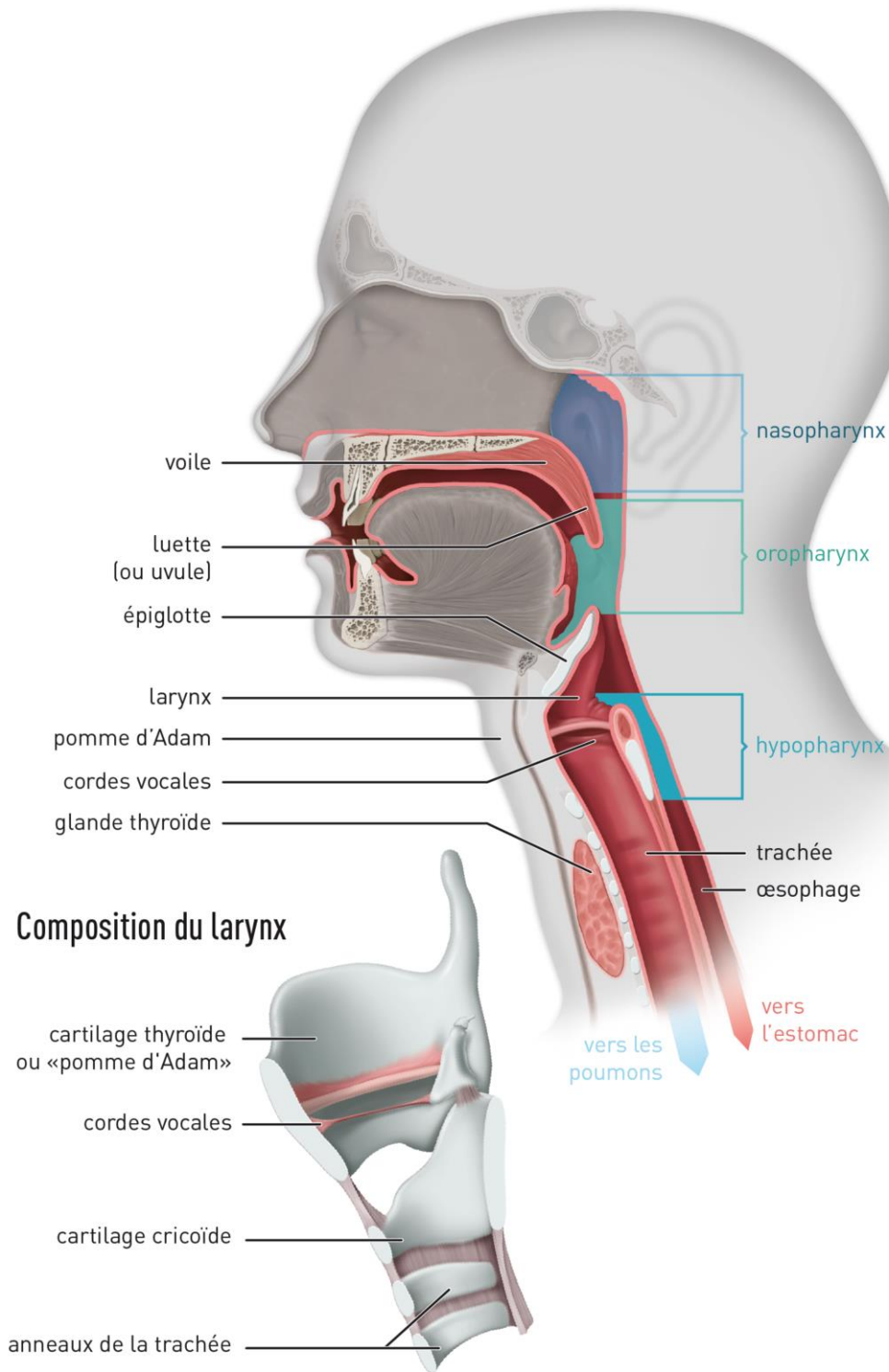


Généralités anatomiques des voies aéro-digestives supérieures

Zoom sur le carrefour aéro-digestif



Tableaux récap : cancérologie en CMF

TOPOGRAPHIE	RÉPARTITION	TYPE HISTOLOGIQUE	PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE
<u>Cavité buccale</u>	20-25%	CE	Association OH-tabac (effet synergique) Mauvais état dentaire
<u>Oropharynx</u>	10-15%	CE	Association OH-tabac (effet synergique) HPV oncogènes (génotype 16 +++)
<u>Hypopharynx</u>	25-30%	CE	Association OH-tabac (effet synergique)
<u>Larynx</u>	30-35%	CE	Principalement tabac, OH
<u>Sinus ethmoïde</u>	< 1%	ADK	<u>Exposition professionnelle aux facteurs suivants</u> : poussières de bois, nickel, aldéhyde formique, acide chromique
<u>Sinus maxillaire</u>	< 1%	CE	Tumeur du sujet âgé
<u>Rhinopharynx</u> (= nasopharynx, cavum)	< 1%	Carcinome nasopharyngé indifférencié (UNCT : Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type)	EBV <u>Origine géographique</u> : bassin méditerranéen, Asie du Sud-Est

SIGNES D'APPEL ET SIGNES CLINIQUES PRINCIPAUX SELON LA TOPOGRAPHIE			
<u>Cavité buccale</u>	<p>Lésion leucoplasique hétérogène (rouge et blanche) persistante Ulcération/tuméfaction Douleurs Mobilité dentaire Troubles de la pro-traction linguale (T4) Trismus (T4) ADP sous-mentales ou sous angulo-maxillaires ± bilatérales Induration à la palpation et saignement au contact</p>		
<u>Oropharynx</u>	<p>Ulcération/tuméfaction Induration à la palpation et saignement au contact Trouble de la mobilité linguale (base de langue) Dysphagie / Odynophagie / Otalgie réflexe ++ ADP sous angulo-maxillaires ++ ± bilatérales ADP isolée comme premier signe d'appel fréquent</p>		
<u>Hypopharynx</u>	<p>Dysphagie / Odynophagie / Otalgie réflexe ++ Dysphonie voire dyspnée en cas d'envahissement du larynx ADP jugulo-carotidiennes plutôt unilatérales ++</p>		
<u>Larynx</u>	Étage sus-glottique	Étage glottique	Étage sous-glottique
	<p>Dysphagie ++ Dysphonie (blocage d'une CV ou envahissement glottique) Dyspnée (masse tumorale ++) Odynophagie et otalgie réflexe ADP jugulo-carotidiennes</p>	<p>Dysphonie ++ Dysphagie si envahissement de l'étage sus-glottique Pas d'ADP sauf si extension extra-glottique Dyspnée (masse tumorale ++)</p>	<p>Forme tumorale précoce rare Dyspnée et ADP jugulo-carotidiennes (masse tumorale ++)</p>
<u>Nasopharynx</u>	<p>Dysfonction tubaire ++ (otite séreuse) Obstruction nasale Épistaxis ADP cervicale isolée ou bilatérale Envahissement de la base du crâne dans les formes tardives (paralysie des III, IV, V, VI, thrombose du sinus caverneux)</p>		
<u>Sinus ethmoïdal</u>	<p>Obstruction nasale unilatérale ++ Épistaxis ++ Rhinorrhée muco-purulente Hyposmie Masse tumorale ++ (signes ophtalmologiques et signes neurologiques)</p>		
<u>Sinus maxillaire</u>	<p>Douleurs dentaires, mobilité dentaire ++ Algie faciale (nerf sous-orbitaire, branche du V2) Tableau de sinusite maxillaire aiguë ou chronique Des tumeurs de l'arcade maxillaire peuvent également envahir le sinus maxillaire, le tableau est au départ bucco-dentaire et les fdr ceux de la cavité buccale</p>		

IMAGERIE DANS LE BILAN DE LA MALADIE, DES FACTEURS DE RISQUES ET PRÉ-THÉRAPEUTIQUE	
<p><u>Cavité buccale</u></p> <p><u>Oropharynx</u></p> <p><u>Sinus maxillaire</u></p>	<p>TDM cervicothoracique : extension de la masse aux tissus mous et os, recherche d'une tumeur synchrone, métastases ganglionnaires et pulmonaires</p> <p>IRM de la cavité buccale et de la mandibule : extension médullaire si atteinte osseuse, extension langue, meilleur si artéfact dentaire sur le TDM</p> <p>TEP-TDM : si $\geq N2b$, ADP secteurs IV et V, recherche localisations secondaires, second primitif, primitif inconnu, en cas d'ADP sans porte d'entrée notamment au niveau de l'oropharynx</p>
<p><u>Larynx</u></p> <p><u>Hypopharynx</u></p>	<p>TDM cervicothoracique : extension de la masse aux tissus mous et os, recherche d'une tumeur synchrone, métastases ganglionnaires et pulmonaires</p> <p>TEP-TDM : si $\geq N2b$, ADP secteurs IV et V, recherche de localisations secondaires, second primitif</p>
<p><u>Nasopharynx</u></p>	<p>TDM ou IRM de la base du crâne et cervical : extension de la masse aux tissus mous et os, cavité orbitaire, sinus caverneux, métastases ganglionnaires</p> <p>TEP-TDM systématique : recherche de localisation secondaires, notamment ganglionnaire (sensibilité ++)</p>
<p><u>Sinus ethmoïdal</u></p>	<p>TDM cervicothoracique : extension de la masse aux tissus mous et os, métastases ganglionnaires plus rarement, poumon exceptionnel</p> <p>IRM : extension dans la cavité orbitaire, sinus caverneux, cerveau</p>
<p><u>Si reconstruction par lambeau osseux</u></p>	<p>Artériographie des MI</p>

IMAGERIE DANS LA SURVEILLANCE D'UN CANCER DES VADS		
	SYSTÉMATIQUE	SUR POINTS D'APPEL OU SELON FACTEURS DE RISQUE
<p><u>Cavité buccale</u></p> <p><u>Oropharynx</u></p> <p><u>Larynx</u></p> <p><u>Hypopharynx</u></p> <p><u>Sinus maxillaire</u></p>	<p>TDM cervicothoracique à 3 mois (imagerie de référence)</p> <p>TDM thoracique low-dose tous les ans pendant 5 ans</p>	<p>TDM cervicothoracique, IRM, TEP-TDM si suspicion de récurrence</p> <p>TDM thoracique low-dose après 5 ans si arrêt récent du tabagisme ou poursuite de l'intoxication</p>
<p><u>Nasopharynx</u></p>	<p>IRM à 3 mois puis tous les 6 mois pendant au moins 3 ans</p> <p>TEP-TDM à discuter à 3 mois</p>	<p>IRM</p> <p>TEP-TDM à discuter</p>
<p><u>Sinus ethmoïde</u></p>	<p>IRM à 3 mois puis selon avis d'expert</p>	<p>IRM</p>