

Items 298 : Tumeurs de la cavité buccale, nasosinusienne et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures



Cancer du rhinopharynx (UCNT)

I. Epidémiologie

La forme la plus fréquente est le **cancer d'épithéliome indifférencié** (Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type, UCNT). Le pic d'incidence est entre 40 et 50 ans. Il peut exister des formes familiales dans 10 % des cas.

Le cancer du rhinopharynx est lié à quatre facteurs principaux :

- La distribution **géographique**, avec :
 - Des zones à haut risque (Maghreb, Asie du Sud-Est, Alaska);
 - Des zones à risque intermédiaire (Afrique de l'Est, Chine, Mongolie);
 - Des zones à risque faible (Europe, États-Unis, Japon);
- Une répartition à tous les **âges de la vie** ;
- **Aucun** lien avec l'**alcoolisme** et le **tabagisme** ;
- **Facteur viral** (virus d'Epstein-Barr)

II. Signe d'appel

- Symptômes cervicaux : adénopathie (50 à 90 % des cas), parfois isolée, souvent bilatérale ;
⇒ Toute **adénopathie isolée cervicale** chez l'adulte impose une **cavoscopie**.
- Symptômes otologiques (25 % des cas), traduisant une obstruction tubaire unilatérale : de transmission, autophonie et bourdonnements ;
⇒ Toute **otite séreuse unilatérale** doit faire rechercher un **cancer du cavum**.
- Symptômes rhinologiques (20 % des cas) : obstruction nasale et épistaxis ou rhinorrhée sérosanglante ;
- Symptômes neurologiques (10 à 15 % des cas), à type d'algies (névralgies du V ou du IX, céphalées persistantes) ou de paralysies oculomotrices.

III. Examen clinique

Utilisation d'un **nasofibroscope** pour examiner le cavum (rhinoscopie antérieure et postérieure). La localisation de la tumeur est le plus souvent latérale ou postérosupérieure avec un aspect **ulcérobourgeonnant** ou **infiltrant**.

L'examen otoscopique peut révéler un aspect d'otite séromuqueuse unilatérale. La palpation cervicale est indispensable à la recherche de métastases ganglionnaires.

IV. Diagnostic

Le diagnostic repose sur la **biopsie**, qui détermine le type histopathologique, soit :

- **Carcinome**, dont le groupe majeur est représenté par le carcinome indifférencié de type nasopharyngé (UCNT), qui se distingue nettement des autres carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés;
- **Lymphome**, le plus souvent de type lymphome malin non hodgkiniens (10 à 20 % des cas).

V. Bilan d'extension

Scanner ou IRM de la **base du crâne et cervical** (extension de la masse tissus mous, os, cavité orbitaire, sinus caverneux, métastases ganglionnaires)

Tep-TDM systématique recherche localisations secondaires notamment **ganglionnaires sensibilité ++**

VI. Surveillance des cancers du nasopharynx

En systématique : **IRM à 3 mois** puis tous les **6 mois** pendant au **moins 3 ans** + **Petscan** à discuter à 3 mois.

Cancers de l'hypopharynx

I. Epidémiologie

Cancer **fréquent** et de pronostic **grave** du fait de son évolution insidieuse et de son caractère **lymphophile**, le cancer de l'hypopharynx est presque toujours un carcinome épidermoïde bien différencié du sinus piriforme.

Le pic d'incidence est entre **50 à 60 ans** et est de prépondérance **masculine** (95 % des cas). **L'alcool** et le **tabac** sont des facteurs de risques.

II. Signes d'appels

Plusieurs troubles caractéristiques comme :

- Une gêne pharyngée latéralisée, puis dysphagie haute progressive ;
- Une otalgie réflexe unilatérale ;
- Adénopathies jugulocarotidiennes plutôt unilatérales ++
- Dysphonie voire dyspnée en cas d'envahissement du larynx

III. Examen clinique

L'examen de l'hypopharynx nécessite un matériel adéquat : **laryngoscopie indirecte au miroir**, **nasofibroskopie**.

IV. Diagnostic

Le diagnostic est affirmé par la **biopsie** qui indique la nature maligne de la tumeur : carcinome épidermoïde.

V. Bilan d'extension

- **Scanner cervico-thoracique** (extension de la masse aux tissus mous et cartilages, recherche d'une tumeur synchrone, métastases ganglionnaires et pulmonaires).
- **Tep-TDM si $\geq N2b$, adénopathies secteurs IV et V** recherche localisations secondaires, second primitif.

VI. Surveillance du cancer de l'hypopharynx

En systématique : **Scanner cervico-thoracique** à 3 mois (imagerie de référence) puis **scanner thoracique low dose** tous les ans pendant 5 ans.

Cancers de la cavité buccale

I. Signes d'appels

Ces signes sont les suivants :

- Leucoplasie (plaque blanche visible sur la muqueuse);
- Ulcérations muqueuses ;
- Glossodynies, gêne buccale, douleur ;
- Mobilité dentaire;
- Dysarthrie et dysphagie ;
- Adénopathie sous-mentonnière ou sous-maxillaire, dure, +/- fixée, +/- bilatérales.
- Troubles de la protraction linguale (T4) (dans les grosses tumeurs)
- Trismus (T4)

II. Examen clinique

Au stade de début, une **leucoplasie** ou une **leucokératose** doit faire craindre un cancer, surtout s'il existe une induration. Les cancers de la cavité buccale se manifestent par une ulcération ou un bourgeonnement et surtout une induration avec saignement au contact. La palpation des **aires ganglionnaires** est systématique.

III. Diagnostic

La biopsie affirme le diagnostic et il s'agit le plus souvent d'un carcinome épidermoïde plus ou moins différencié.

IV. Bilan d'extension

- **Scanner cervico-thoracique** (extension de la masse aux tissus mous et os, recherche d'une tumeur synchrone, métastases ganglionnaires et pulmonaires)
- **IRM de la cavité buccale et de la mandibule** (extension médullaire si atteinte osseuse, extension langue, meilleur si artéfact dentaire sur le scanner) + **IRM de l'oropharynx** (extension voile, muscles masticateurs, langue)
- **Tep-TDM si \geq N2b, adénopathies secteurs IV et V**, recherche localisations secondaires, second primitif, primitif inconnu en cas d'adénopathie sans porte d'entrée notamment au niveau de l'oropharynx.

V. Surveillance du cancer de la cavité buccale

En systématique : **Scanner cervico-thoracique** à 3 mois (imagerie de référence) puis **scanner thoracique low dose** tous les ans pendant 5 ans.

Cancers de l'oropharynx

I. Epidémiologie

Il s'agit des cancers du **voile du palais**, de la **base de langue**, de la **loge amygdalienne** et de la **paroi pharyngée postérieure**. L'association alcool - tabac et HPV oncogènes (génotype 16 +++) sont des **facteurs de risques** du cancer de l'oropharynx.

II. Signes d'appels

Les signes d'appel peuvent être discrets :

- Gêne pharyngée unilatérale apparaissant à la déglutition;
- Ootalgie ;
- Dysphagie haute;
- Adénopathie sous-angulo-maxillaire, dure et +/- fixée, +/- bilatérales pouvant être isolée.
- Ulcération
- Induration à palpation et saignement au contact
- Trouble de la mobilité linguale (base de langue)

III. Examen clinique

L'examen clinique comprend *l'inspection* et la *palpation* qui pourra mettre en évidence une **tumeur bourgeonnante ulcérée** avec infiltration profonde, saignant au contact, indurée au toucher.

Le diagnostic peut être beaucoup moins évident : tumeur de petite dimension, cachée derrière le pilier antérieur, au fond d'un récessus amygdalien ou atteignant le sillon amygdaloglosse.

Pour visualiser une tumeur de la base de langue, le miroir laryngé ou un nasofibroscope est utilisé.

IV. Diagnostic

Le diagnostic est affirmé par la **biopsie** effectuée lors d'une panendoscopie. Il s'agit le plus souvent d'un carcinome épidermoïde plus ou moins différencié.

V. Bilan d'extension

Scanner cervico-thoracique (extension de la masse aux tissus mous et os, recherche d'une tumeur synchrone, métastases ganglionnaires et pulmonaires)

IRM de la cavité buccale et de la mandibule (extension médullaire si atteinte osseuse, extension langue, meilleur si artéfact dentaire sur le scanner) + **IRM de l'oropharynx** (extension voile, muscles masticateurs, langue).

Tep-TDM si $\geq N2b$, adénopathies secteurs IV et V, recherche localisations secondaires, second primitif, primitif inconnu en cas d'adénopathie sans porte d'entrée notamment au niveau de l'oropharynx.

VI. Surveillance des cancers de l'oropharynx

En systématique : **Scanner cervico-thoracique** à 3 mois (imagerie de référence) puis **scanner thoracique low dose** tous les ans pendant 5 ans.