

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AG : Anesthésie Générale

AJCC : American Joint commite on Cancer

FMPO: Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie

HALD: Hôpital Aristide Le Dantec

HTE : Hyo-thyro-épiglottique

HPV: Human Papilloma Virus

IRM: Imagerie par résonance magnétique

LP : Laryngectomie partielle

LT : Laryngectomie totale

MHZ: Méga hertz

ORL: Oto Rhino Laryngologie

RGO : reflux gastro-oesophagien

RTE: Radiothérapie externe

TDM: Tomodensitométrie

TEP : tomographie par émission de positons

TNM: Tumor Nodes Metastases.

UICC: International union against cancer

VADS : Voies aero digestives supérieures.

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : Anatomie du larynx avec les 3 étages	6
FIGURE 2 : Anatomie du larynx. Coupe frontale avec une vue dorsale des 3 étages	8
FIGURE 3 : Anatomie du larynx. Cartilages du larynx	10
FIGURE 4 : Anatomie du larynx. Innervation	12
FIGURE 5 : Cancer du larynx. Examen au NASOFIBROSCOPIE.....	20
FIGURE 6 : Cancer du larynx. Tomodensitométrie.....	25
FIGURE 7 : Cancer du larynx. Endoscopie sous AG.....	28
FIGURE 8 : Cancer du larynx des 3 étages avec envahissement des sinus piriformes(T4).....	33
FIGURE 9 : répartition des patients selon l'année.....	45
FIGURE 10 : répartition selon le sexe.....	46
FIGURE 11 : histogramme des âges avec courbe en cloche.....	47
FIGURE 12 : facteurs de risques des carcinomes épidermoïdes du larynx....	48
FIGURE 13 : trachéotomie pour carcinomes épidermoïdes du larynx (n=22/24) des plus de 65ans au service d'ORL(HALD) du CHU de DAKAR (1994-2004).....	49

FIGURE 14 : LT pour carcinomes épidermoïdes du larynx (n=43/55) des plus de 65ans au service d'ORL(HALD) du CHU de DAKAR (1994-2004) sujet de sexe féminin.....	54
FIGURE 15 : LT pour carcinomes épidermoïdes du larynx (n=43/55) des plus de 65ans au service d'ORL(HALD) du CHU de DAKAR (1994-2004) sujet de sexe masculin.....	55
FIGURE 16 : LT pour carcinomes épidermoïdes du larynx (n=43/55) des plus de 65 ans au service d'ORL(HALD) du CHU de DAKAR (1994-2004) sujet de sexe masculin.....	56
FIGURE 17 : LT pour carcinomes épidermoïdes du larynx (n=43/55) des plus de 65 ans au service d'ORL(HALD) du CHU de DAKAR (1994-2004) sujet de sexe masculin.....	57
FIGURE 18 : LT pour carcinomes épidermoïdes du larynx (n=43/55) des plus de 65 ans au service d'ORL(HALD) du CHU de DAKAR (1994-2004) sujet de sexe masculin.....	58
FIGURE 19 : survie carcinome épidermoïde du larynx des plus de 65ans au service d'ORL (HALD) du CHU de DAKAR (1994-2004) population globale.....	60
FIGURE 20 : survie carcinome épidermoïde du larynx des plus de 65ans au service d'ORL (HALD) du CHU de DAKAR (1994-2004) LT vs RTE.....	61

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Corrélation Sexe/TNM, des Carcinomes épidermoïdes du larynx (n=51) des plus de 65 ans aux services d'ORL (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004)	51
Tableau II : Carcinomes épidermoïdes du larynx (n=26) des plus de 65 ans aux services d'ORL (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004).....	52
Tableau III : caractéristiques des sept cas de carcinomes à cellules claires du larynx rapportés dans la littérature.....	64

Sommaire

INTRODUCTION.....	2
I- PREMIERE PARTIE.....	5
I.1. ANATOMIE	5
I.2- PHYSIOLOGIE DU LARYNX :.....	13
I.3- HISTOLOGIE.....	13
I.4- FACTEURS ETIOLOGIQUES DU CANCER DU LARYNX :.....	14
I.5- HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU LARYNX [61]......	16
I.6. ETUDE CLINIQUE [34].....	17
I.7- IMAGERIE [17, 26].	22
I.8- ENDOSCOPIE [27].....	26
I.9- ANATOMIE PATHOLOGIQUE [28, 34]	28
I.10- CLASSIFICATION INTERNATIONALE.....	29
I.11-TRAITEMENT [5,7, 9-24, 29, 53-56].	35
II- DEUXIEME PARTIE	39
II-1- MATERIEL ET METHODES	40
II-1-1- Cadre	40
II-1-2. Type et durée de l'étude	40
II-1-3. Critères d'inclusion et de non inclusion	41
II-1-4. Collecte et analyse des données.....	41
II-2- RESULTATS.....	43
II-2-1. <i>Données épidémiologiques</i>	43
II-2-2. <i>Données cliniques et histologiques</i> :	46
II-2- 3. Aspects thérapeutiques (Figures 14-18)	50
II-3- DISCUSSION	59
II-3-1 Epidémiologie.....	59
II-3-1-1 Age	59

II-3-1-2 Sexe	60
II-3-1-3 Les facteurs de risque	60
II-3-2 DIAGNOSTIC.....	62
II-3-2-1 Données cliniques.....	62
II-3-2-2 Données para cliniques.....	63
II-3-2-3 Classification TNM	63
II-3-3 TRAITEMENT.....	64
II-3-3-1 Evidements ganglionnaires.....	64
II-3-3-2 Laryngectomies	64
II-3-3-3 La Radiothérapie	64
II-3-4 SURVIE.....	65
II-4 RECOMMANDATIONS :	66
II-4 -1 Aux décideurs	66
II-4-2. Aux praticiens hospitaliers	66
CONCLUSIONS.....	67

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'âge est le principal facteur de risque de la majorité des cancers. Plus de la moitié des cancers surviennent après 60 ans. Le cancer du sujet âgé est donc un problème de santé publique dont il convient de s'occuper avec une certaine urgence.

Les cancers du larynx sont fréquents directement liés au tabagisme chronique et souvent associés à une consommation excessive d'alcool, il touche le sujet âgé dans la majorité des cas, l'atteinte du sujet jeune est assez rare.

La forme histologique de loin la plus fréquente est le carcinome épidermoïde et malgré les signes d'appel précoce un grand nombre de tumeurs laryngées en particulier les tumeurs sus glottiques sont diagnostiquées à un stade relativement tardif.

Le bilan d'extension repose sur une endoscopie minutieuse et une imagerie en coupe de qualité.

Son pronostic d'ensemble est l'un des meilleurs au sein des cancers des voies aéro digestives supérieures.

Des cas de cancers du larynx du sujet âgés ont été diagnostiqués à Dakar (Sénégal) mais n'ont jamais réellement fait l'objet d'une étude.

Notre étude rétrospective portant sur 55 cas de cancer du larynx du sujet de plus de 65 ans recueillis au sein du CHU de Dakar (HALD) durant une période de 10 ans (Avril 1994- Avril 2004) a pour but de discuter des particularités épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques des cancers du larynx des plus de 65 ans, en nous référant à la littérature.





PREMIERE

PARTIE

I- PREMIERE PARTIE

I.1. ANATOMIE

Le larynx est un organe impair et médian, situé à la partie moyenne de la gaine viscérale du cou et qui occupe la partie supérieure de la région infra-hyoïdienne. Il est formé par un squelette cartilagineux suspendu à l'os hyoïde. Les différents cartilages sont unis par des articulations, des membranes, des ligaments et des muscles [49,50].

Le larynx se divise en 3 étages (figure 1):

- Supérieur ou sus-glottique (vestibule)
- Moyen ou glottique
- Inférieur ou sous glottique.

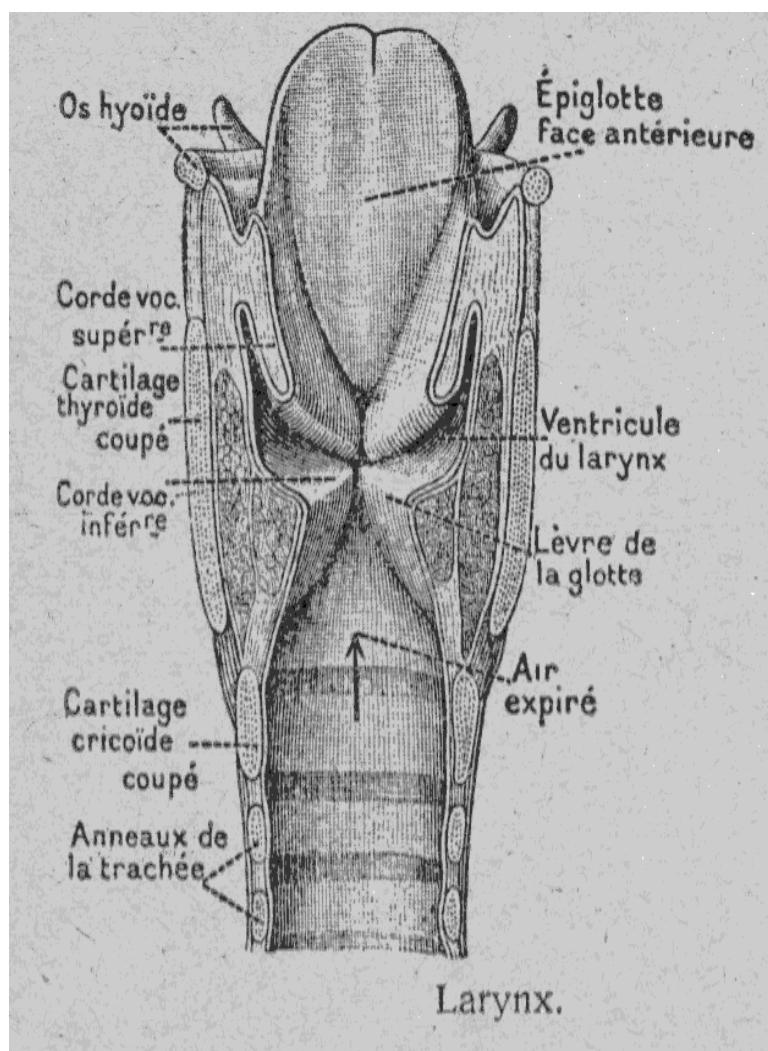


Figure 1 : Anatomie du larynx avec les 3 étages.

Forme et dimensions

Le larynx a la forme d'une pyramide triangulaire à base postéro-supérieure répondant au pharynx et à l'os hyoïde, et à sommet inférieur répondant à l'orifice supérieur de la trachée. Ses dimensions sont chez l'homme, de 45mm de haut et 35mm de diamètre antéropostérieur à sa partie supérieure. Elles sont plus réduites chez la femme (respectivement 35mm et 25mm). Les limites du larynx sont représentées en haut par le bord supérieur du cartilage thyroïde qui répond au corps vertébral de C4, et en bas au cartilage cricoïde en face du bord inférieur de C6.

Cartilages du larynx

Le larynx est constitué par l'assemblage de 11 cartilages (figure 2) :

- trois cartilages impairs : le cartilage thyroïde, le cartilage cricoïde et l'épiglotte.
- quatre cartilages pairs : les cartilages comicalés de Santorini, les cartilages cunéiformes de Wrisberg, les cartilages arytenoïdes.

Ces éléments sont réunis entre eux par des articulations et des structures fibro-élastiques.

L'ensemble est doublé d'un appareil musculaire et recouvert par une muqueuse de type respiratoire.

LE LARYNX : coupe frontale muqueuse en place
 (vue dorsale de la moitié ventrale de la coupe)

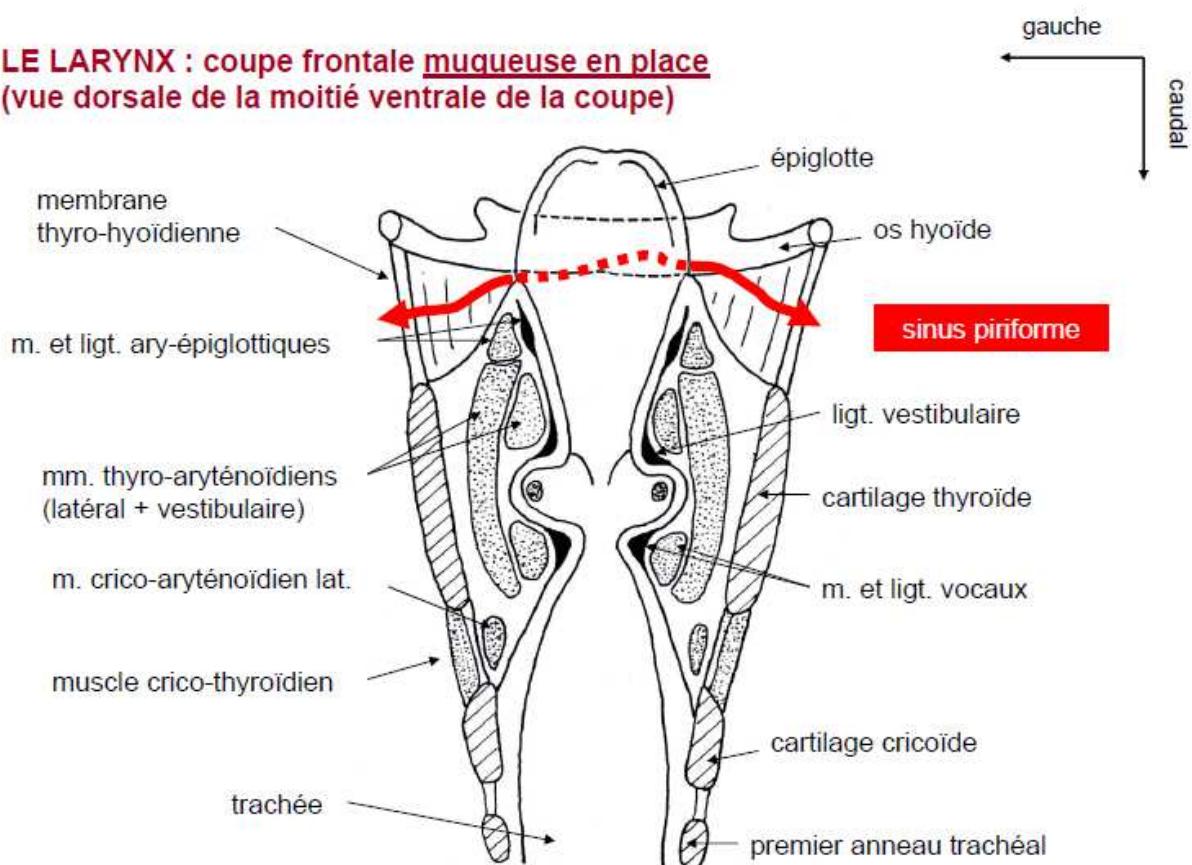


Figure 2: Anatomie du larynx. Coupe frontale avec une vue dorsale des 3 étages

- Autres cartilages (figure3)

Cartilages sésamoïde et le comiculé homolatéral

Cartilages accessoires :

Cartilages triticés dans les ligaments thyroïdiens latéraux

Cartilages inter arytenoïdien dans le ligament cricocomiculé

Cartilages sésamoïdes antérieurs dans les ligaments thyroaryténoidiens inférieurs

Cartilages cunéiformes de Wrisberg dans les ligaments aryépiglottiques

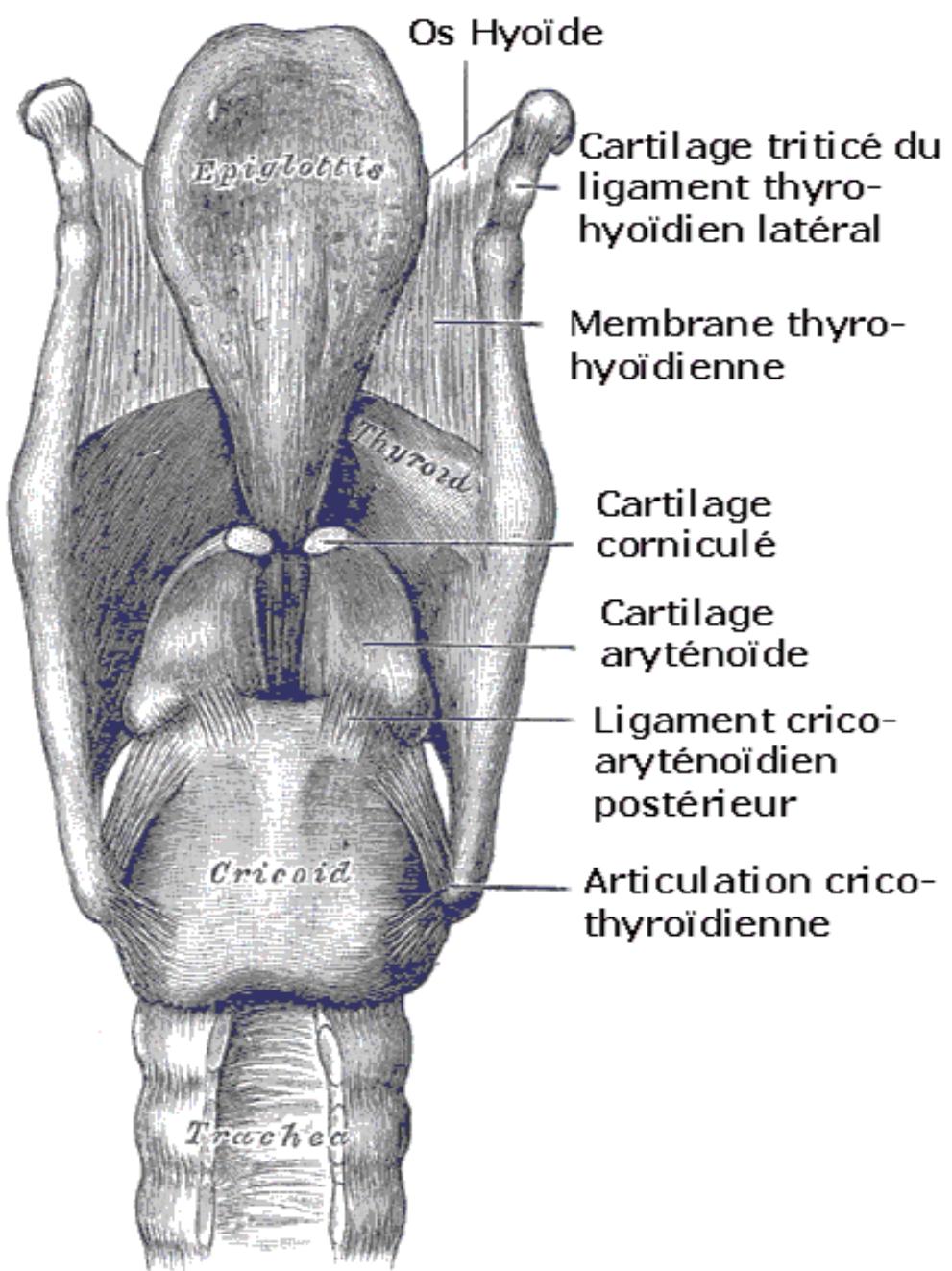


Figure 3: Anatomie du larynx. Cartilages du larynx

- **Réseau lymphatique**

Il est riche et croisé au niveau de l'étage sus glottique impliquant la prise en charge systématique des aires ganglionnaires cervicales droites et gauches, quels que soient le stade tumoral et le contexte ganglionnaire des tumeurs de cet étage laryngé.

Il n'y a pas de réseau lymphatique glottique. Tant que la lésion est confirmée à l'étage glottique, le traitement des aires ganglionnaires n'est pas nécessaire.

Le réseau lymphatique sous glottique se draine dans les chaînes récurrentielles.

Toute extension sous glottique doit faire inclure ces chaînes dans le curage et /ou les champs d'irradiation.

- **Innervation laryngée (figure 4)**

Le larynx supérieur assure l'innervation sensitive du vestibule laryngé. Il est donc à l'origine du réflexe de toux dèsqu'un corps étranger (alimentaire en particulier) touche la muqueuse laryngée.

Sa conservation dans la chirurgie partielle est donc indispensable chaque fois que possible.

Le nerf laryngé inférieur (récurrent) assurant la mobilité de l'articulation cricoaryténoidienne doit être préservé du côté où l'on conserve l'aryténoïde.

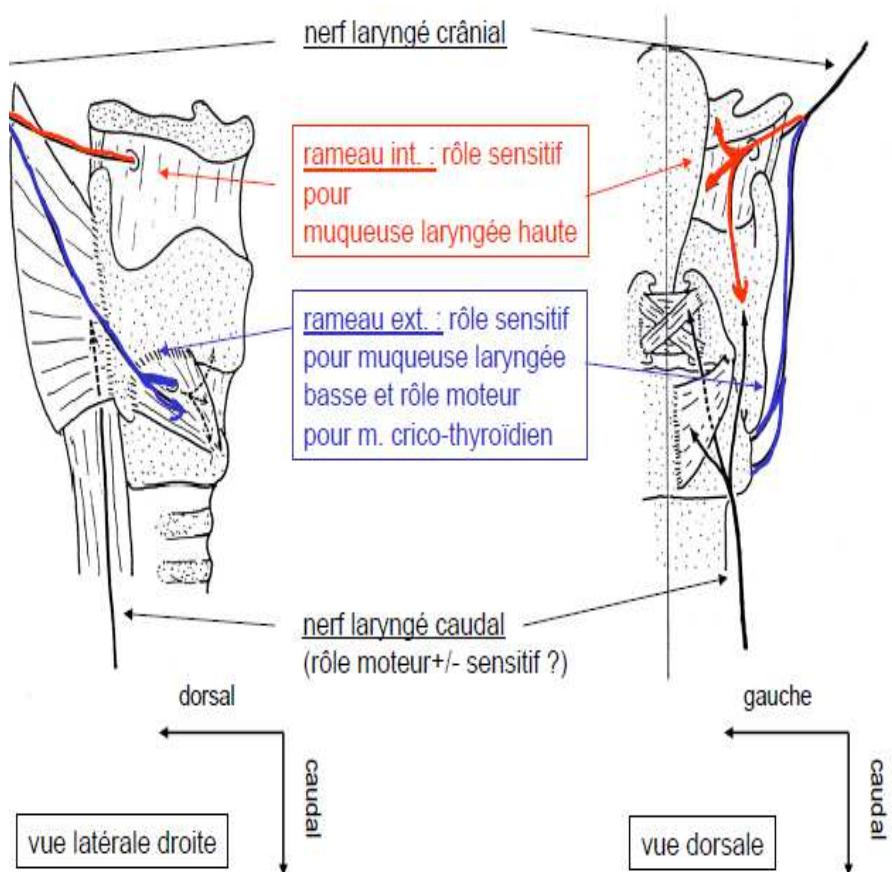


Figure 4: Anatomie du larynx. Innervation

I.2- PHYSIOLOGIE DU LARYNX :

Le larynx a trois fonctions [60]. :

- Phonation : la voix et l'émission sonore du larynx modulée et articulée par les cavités de résonance.
- Respiration : les cordes vocales s'écartent permettant l'ouverture de la glotte lors de l'inspiration et de l'expiration.
- Déglutition : lors du passage des aliments, le larynx s'élève, l'épiglotte ferme la glotte permettant aux aliments de glisser vers les gouttières pharyngo-laryngées ou sinus piriformes jusqu'à l'œsophage.

I.3- HISTOLOGIE

Les cordes vocales sont couvertes par un épithélium malpighien non kératinisé, mais tout le reste du larynx est tapissé par un épithélium respiratoire. La direction du battement des cils est orientée vers le haut, vers le pharynx. Des cellules calciformes sont présentes dans l'épithélium. Des glandes tubulo-acineuses sécrétant du mucus, avec des croissants de cellules séreuses, sont présentes en nombre limité dans le chorion. Un mince feuillet de cartilage fibro-élastique, l'épiglotte, est relié par sa base étroite à la surface interne du cartilage thyroïde et se projette vers le haut et vers l'arrière sur l'ouverture venant du pharynx, sur le larynx. Dans sa partie supérieure ou surface linguale, elle est couverte par un épithélium malpighien non kératinisé [18].

Pendant la déglutition, l'épiglotte est comprimée vers le bas par la base de la langue, fermant l'ouverture du larynx ; elle présente ainsi une surface supérieure lisse sur laquelle le bol alimentaire glisse en direction de l'œsophage.

I.4- FACTEURS ETIOLOGIQUES DU CANCER DU LARYNX :

Bien qu'on ignore la cause exacte de ce cancer, certains facteurs de risque sont connus [34] :

- **le tabagisme** : le risque de cancer du larynx augmente jusqu'à 30 fois chez les fumeurs. Le risque s'accroît avec le nombre de cigarettes fumées. La fumée secondaire est également considérée comme un danger.
- **l'alcool** : les grands buveurs font plus que doubler leur risque de développer un cancer du larynx. La combinaison du tabagisme et de l'alcoolisme peut augmenter encore davantage ce risque comparativement à quelqu'un qui ne possède qu'un seul de ces facteurs de risque.
- **le reflux gastro-œsophagien (RGO)** : dans le RGO, le contenu acide de l'estomac est refoulé dans l'œsophage provoquant des brûlures douloureuses. Bien que cette association ne soit pas définitivement prouvée, les chercheurs ont montré que l'irritation associée à un RGO de longue date est associée à une augmentation du risque de cancer du larynx.

- **une mauvaise nutrition** : beaucoup de personnes alcooliques ont aussi de mauvaises habitudes alimentaires; selon les recherches, la carence en vitamines pourrait être un facteur de risque.
- **le virus papillomavirus humain (VPH)** : le virus qui cause des lésions sur les muqueuses génitales (condylomes), peut aussi être à l'origine de lésions cancéreuses. Les mères peuvent transmettre le virus à leurs enfants lors de la naissance. Le virus se fixe au larynx et entraîne plus tard la formation de tumeurs appelées *papillomes laryngiens*, qui peuvent devenir des lésions cancéreuses.
- **la race** : le cancer du larynx est deux fois plus fréquent chez les personnes d'origine africaine que chez les personnes de race blanche.
- **le sexe** : le cancer du larynx est diagnostiqué plus souvent chez les hommes.
- **l'âge** : ce cancer est diagnostiqué habituellement chez les personnes de 50 à 75 ans.
- **un affaiblissement du système immunitaire** : les personnes dont le système immunitaire est affaibli, à cause de maladies comme le SIDA ou de médicaments qui réduisent l'immunité vis-à-vis des virus, sont plus susceptibles de développer un cancer du larynx.
- **une exposition aux substances toxiques** : l'exposition à la sciure de bois, à l'amiante, et à diverses substances chimiques peut augmenter les risques de cancer.

- **des excès vocaux** : les personnes qui utilisent souvent leur voix, comme les chanteurs, peuvent développer des *polypes* (excroissances) qui peuvent devenir cancéreux s'ils ne sont pas enlevés.

I.5- HISTOIRE NATURELLE DU CANCER DU LARYNX [61].

❖ Etats précancéreux :

Ces états précancéreux s'inscrivent dans le cadre des laryngites, macroscopiquement, on distingue les laryngites catarrhales, les laryngites pseudo myxomateuses et les laryngites blanches (leucoplasies laryngées, pachydermies blanches et papillomes cornés).

Sur le plan histologique, il s'agit uniquement d'altération de l'épithélium et d'atypie cellulaires mais sans rupture de la membrane basale.

❖ Extension locale

- Etage sus glottique

Margelle laryngée

Face laryngé de l'épiglotte

Bande ventriculaires

Ventricule

- Etage glottique

Cordes vocales

Commissure antérieure

- Etage sous glottique

L'extension se fait essentiellement vers le bas avec atteinte de la trachée.

❖ **Extension ganglionnaire**

L'envahissement ganglionnaire des cancers du larynx est comme pour les autres tumeurs V A D S, un élément fondamental intervenant tant pour le choix thérapeutique que pour le pronostic. En effet en dehors du plan glottique dont le réseau de drainage lymphatique est pauvre, les autres étages laryngés sont richement vascularisés, ce qui explique la fréquence des atteintes ganglionnaires de ces cancers

❖ **Métastases viscérales**

En l'absence de grandes séries autopsiques, il est difficile de connaître l'incidence exacte des métastases à distance des tumeurs laryngées.

Par ordre de fréquence, les métastases touchent le poumon, l'os et le foie. Il est parfois difficile de faire le diagnostic entre un cancer primitif bronchique et une métastase unique d'un cancer primitif laryngé.

I.6. ETUDE CLINIQUE [34].

❖ Circonstances de découvertes

Les signes cliniques évoquant un cancer du larynx sont classiquement la dysphonie, la dysphagie, la dyspnée, ils sont plus ou moins présent selon le point de départ et l'évolution de la tumeur. Le cancer dont le diagnostic est le plus précoce est celui de la corde vocale ou la dysphonie, lorsqu'elle persiste, amène

le patient à consulter plus tôt et le volume tumoral est souvent moindre. Si l'évolution se poursuit, les autres signes apparaîtront progressivement.

Les cancers sus-glottiques et plus particulièrement de la margelle laryngée sont de diagnostic plus tardif. C'est souvent le gène pharyngé plus que la dysphagie vraie qui est le motif de consultation initial. Lorsque l'évolution se poursuit, les signes en rapport avec l'obstruction mécanique vont paraître sous forme d'une dysphagie vraie et dyspnée.

❖ Signes cliniques

Les signes cliniques déjà évoqués peuvent être complétés par une toux, irritative mais persistante ; plus rarement, des crachats hémoptoïques attirent l'attention et vont amener à consulter. L'examen clinique est dominé par la laryngoscopie mais l'examen cervical à toute sa place. L'examen du cartilage thyroïde cherche une déformation, un point douloureux.

L'examen du cou cherche une adénopathie. Celle-ci est moins souvent révélatrice que pour les autres localisations otorhinolaryngologiques comme l'hypo pharynx ou la cavité buccale. Les cancers glottiques T1-T2 donnent exceptionnellement des métastases ganglionnaires.

❖ Modalités d'examen clinique et endoscopique.

❖ Examen local

Le larynx est facilement accessible à l'examen clinique grâce aux différents techniques de laryngoscopie dites indirectes. La plus classique au miroir, permet avec un minimum de matériel de visualiser le carrefour des V A D S.

Néanmoins, devant un patient difficilement examinable, le nasofibroscopie est devenu un outil précieux. Il permet en outre dans de bonne conditions d'anesthésie locale, de visualiser les premiers centimètres de la trachée et donc de la région sous glottique. L'optique 90 degré, grâce a sa qualité et a son grossissement, permet de bien examiner la surface de la muqueuse des cordes vocales et avec le fibroscope (figure 5), permet l'examen stroboscopique de celle-ci. Cette technique est utile au diagnostic précoce du cancer glottique en montrant la disparition de la vibration de la muqueuse, signe de l'envahissement par la tumeur de l'espace de Reinke, voire du ligament vocal.

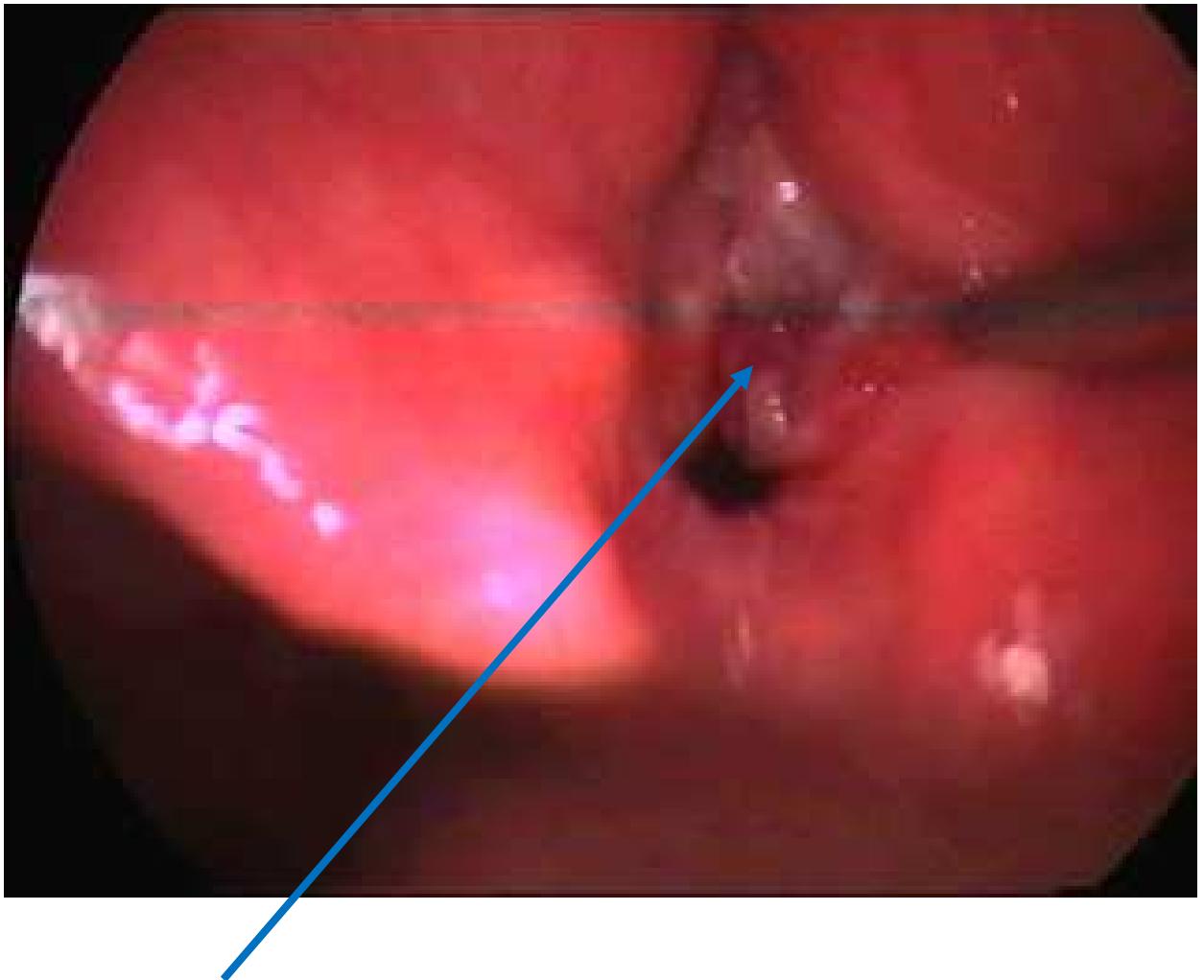


Figure 5 : Canccer de l'endolarynx. Examen au Fibroscopie :
NASOFIBROSCOPIE

❖ Examen loco-régional

Quelle que soit la méthode utilisée, l'examen clinique doit toujours comprendre celui de la cavité buccale, de l'oropharynx et du cou. Il évalue la lésion, la mobilité des cordes vocales et des arytenoïdes, mais il cherche également d'autres lésions suspectes au niveau des V A D S et enfin comprend toujours la palpation des aires ganglionnaires.

- **Les formes cliniques**
- Le cancer de la corde vocale

Se manifeste longtemps avec comme seul symptôme une dysphonie. La présence d'adénopathie est exceptionnelle.

- Le cancer de la commissure antérieure

Prend l'aspect d'un polype antérieur limité. Ce cancer envahit très rapidement le cartilage thyroïde, les métastases ganglionnaires sont plus fréquentes et son pronostic plus grave de ce fait. Son traitement est préférentiellement chirurgical.

- Le cancer du vestibule laryngé

Se caractérise par une dysphagie avec odynophagie irradiant à l'oreille comme premier symptôme. Le bilan endoscopique, la tomodensitométrie précise la destruction du cartilage épiglottique et l'envahissement de la loge pré-épiglottique.

- Le cancer de la sous-glotte

Est un cancer souvent latent se révélant tardivement par une dyspnée laryngée.

Le bilan endoscopique et la tomodensitométrie vont préciser l'extension vers la trachée. Le traitement associe une laryngectomie totale suivie de radiothérapie.

- Le cancer peut atteindre les trois étages du larynx

Il s'agit alors d'un cancer évolué souvent à point de départ ventriculaire.

I.7- IMAGERIE [17, 26].

- Imagerie en coupe

Elle est devenue indispensable au diagnostic et à la décision thérapeutique. Les examens clinique et endoscopique sont insuffisants à eux seuls pour préciser l'importance de l'extension locorégionale. L'imagerie apporte surtout des informations complémentaires à l'endoscopie sur l'extension en profondeur. Les radiographies de cou et les tomographies ne sont plus utilisées.

- Tomodensitométrie(T.D.M)

A la base de l'imagerie en coupe cet examen est de loin le plus utile pour compléter le bilan d'extension. Le scanner (figure 6) est actuellement l'examen le plus couramment pratiqué pour évaluer l'extension initiale des cancers du larynx. Le scanner spiralé et la technique des multibarrettes permettent d'effectuer des coupes fines et des reconstructions dans différents plans de l'espace. Le patient est en décubitus dorsal et il est nécessaire d'obtenir une extension modéré du cou. Le plan de coupe est perpendiculaire à l'axe du larynx, dans un plan parallèle au ventricule. L'injection intraveineuse de produit

de contraste permet d'obtenir une prise de contraste de la tumeur et une étude des territoires ganglionnaires. Le scanner doit être effectué entre le nasopharynx et le médiastin supérieur sans puis avec injection de produit de contraste. Lorsque les tumeurs sont de petite taille, il est préférable de le réaliser avant les biopsies pour éviter les mauvaises estimations de l'infiltration de la tumeur, en particulier en profondeur. Les clichés sont pris, soit en respiration indifférente, soit au cours de manœuvres particulières comme la phonation ou le Valsalva qui permettent une meilleure analyse des ventricules, et d'une éventuelle extension pharyngée. L'examen en phonation permet également d'obtenir des renseignements sur la mobilité laryngée, en complément de l'examen clinique. Grace à l'injection de produit de contraste, le scanner précise l'extension locale en profondeur, le volume de la tumeur. Il étudie également l'extension ganglionnaire dans tous les territoires dont certains sont cliniquement moins accessibles à la palpation (ganglions rétropharyngés, sous la base du crane ou dans le médiastin).

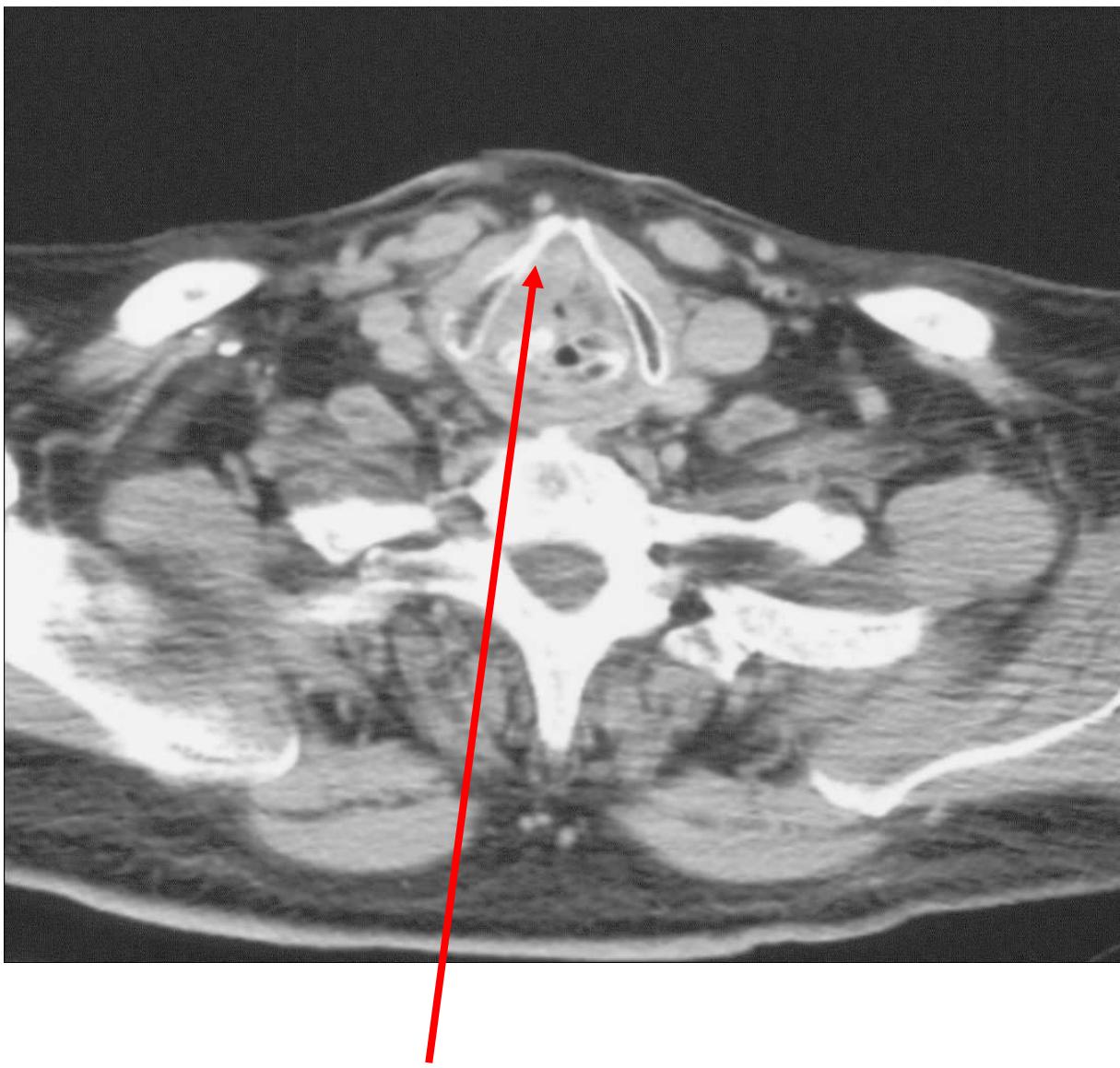


Figure 6: Cancer de l'endolarynx. Tomodensitométrie

- Imagerie par résonance magnétique (I R M)

Le protocole consiste en la réalisation de coupes en T2 et T1 après injection de gadolinium. Cet examen est plus sensible pour détecter les extensions minimes, en particulier vers le cartilage, mais le scanner semble plus spécifique. Le risque principal est la surestimation de l'extension à ce niveau. Il existe une meilleure résolution spatiale de l'I R M pour montrer les détails des tissus mous. Néanmoins, les artéfacts liés à la mobilité (déglutition) sont plus fréquents et rendent cet examen plus complexe à pratiquer et donc son utilisation n'est pas systématique.

- Tomographie par émission de positons (T E P)

Son développement est encore limité par le nombre réduit d'appareils installés et de ce fait cet examen n'est pas couramment utilisé au cours du bilan diagnostic ou d'extension d'un cancer du larynx. Plusieurs études ont montré une très bonne sensibilité et spécificité pour la détection précoce des métastases ganglionnaires. Son utilisation est également préconisée pour la détection précoce des récidives après traitement par chimiothérapie et/ou radiothérapie, avec une meilleure performance que les examens classiques d'imagerie, ce qui est actuellement une de ses principales indications.

- Autres examens

Ils sont orientés vers le diagnostic d'opérabilité du patient avec le classique bilan avant anesthésie générale et sont complétés selon les éventuelles manifestations cliniques

I.8- ENDOSCOPIE [27].

L'endoscopie sous anesthésie générale (figure 7) est indispensable au bilan des cancers du larynx comme de toute autre localisation des V A D S. ses objectifs sont de préciser l'extension locale de la tumeur, de faire la biopsie et d'examiner l'ensemble de la muqueuse des V A D S a la recherche d'une autre localisation synchrone. L'examen est réalisé avec des endoscopes rigides permettant la mise en place d'une suspension et l'usage du microscope particulièrement utile pour examiner les tumeurs glottiques de petite taille. Une autre méthode complémentaire ou alternative du précédent est de réaliser l'endoscopie a l'aide d'optique à 30 et 70°. Cette méthode assure un examen particulièrement soigneux de la muqueuse du larynx, des cordes vocales, des ventricules et de la région sous glottique. Idéalement et dans de bonne conditions de sécurité, il est possible d'éviter l'intubation du patient pour libérer totalement l'endolarynx de toute entrave à l'examen.

En complément de cette endoscopie des V A D S, une exploration des bronches et de l'œsophage par des fibroscopies permet le dépistage de lésion tumorale dont les facteurs de risque sont souvent ceux du cancer laryngé.

Le diagnostic par auto fluorescence est de développement plus récent. Il facilite la détection des lésions débutantes ou précancéreuses. Les celles normales émettent une fluorescence verte qui disparaît pour les celles tumorales cancéreuses. Cette examen est intéressant pour le dépistage et le diagnostic précoce et a été initialement proposé en pathologie bronchique. Il trouve naturellement une application en laryngologie.

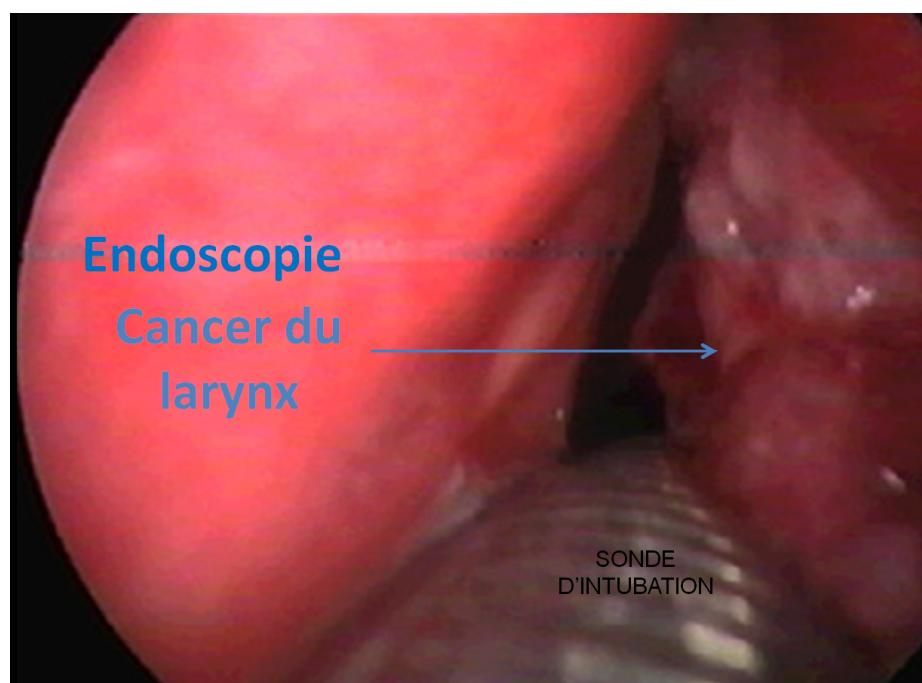


Figure 7: Cancer de l'endolarynx. Endoscopie sous AG.

I.9- ANATOMIE PATHOLOGIQUE [28, 34].

- Carcinomes épidermoïdes

La forme classique représente environ 90% de toutes les tumeurs malignes laryngées, la majorité des carcinomes du larynx étant des carcinomes malpighiens bien ou modérément différenciés.

- Le carcinome verruqueux se présente comme un papillome à large implantation. Ces tumeurs ont tendances à s'étendre localement et à détruire les structures adjacentes. En revanche, les carcinomes laryngés verruqueux ne donnent pas de métastases.
- Le carcinome à cellules fusiformes est un authentique carcinome associant des cellules épithéliales malignes et des cellules de types mésenchymateux siégeant le plus souvent au niveau de la glotte. Il s'agit d'une tumeur d'aspect polypoïde et a haut risque métastatique.

- Autres tumeurs malignes

Les tumeurs ganglionnaires sont rares, les adénocarcinomes du larynx représentent moins de 2% de toutes les tumeurs malignes du larynx. Les carcinomes adénoïdes kystiques et les tumeurs mucoépidérmiques sont exceptionnels. Les sarcomes et les lymphomes sont aussi exceptionnels au niveau du larynx de même que les plasmocytomes se développant surtout au niveau de l'épiglotte. Des tumeurs neuroendocrines peuvent parfois se développer dans le larynx, en particulier au niveau de la région glottique

postérieure. Enfin, les tumeurs secondairement localisées au larynx sont également rares, avec adénocarcinomes rénal et le mélanome cutané, les plus fréquents mais également les carcinomes du sein, du poumon, du tractus gastro-intestinal ou génito-urinaire.

I.10- CLASSIFICATION INTERNATIONALE

La classification actuellement en cours est celle de l'union internationale contre le cancer (U I C C), version 2002. Il est à noter que l'American joint committee on cancer (A J C C) a quelque peu adapté cette classification en individualisant pour les stades IV les formes résécables et les formes non résécables.

- Classification T
 - Etage sus-glottique

T1 : tumeur limité à une sous localisation de l'étage sus-glottique avec mobilité normale des cordes vocales.

T2 : tumeur envahissant plus d'une sous-localisation de l'étage sus-glottique ou glottique ou extraglottique (muqueuse de la base de langue, valécule, paroi interne du sinus piriforme) sans fixité du larynx.

T3 : tumeur limitée au larynx avec fixité glottique et /ou envahissement de la région rétrocricoïdienne, de la loge périphérique, de l'espace paraglottique et/ou érosion minime (périchondre interne) du cartilage thyroïde.

T4a : tumeur envahissant a travers le cartilage thyroïde et/ou envahissant des structures extralaryngées : trachée, tissus mous du cou (incluant la musculature

profonde/extrinsèque de la langue, génioglosse, hypoglosse, palatoglosse et styloglosse), les muscles sous-hyoïdiens, la glande thyroïde, l’œsophage.

T4b : tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales ou atteignant la carotide interne.

- Etage glottique

T1 : tumeur limitée à une sous-localisation de l'étage sus-glottique avec mobilité normale des cordes vocales.

T2 : tumeur envahissant plus d'une sous-localisation de l'étage sus-glottique ou glottique ou extraglottique (muqueuse de la base de la langue, valécule, paroi interne du sinus piriforme) sans fixité du larynx.

T3 : tumeur limitée au larynx avec fixité glottique et/ou envahissement de la région retrocricoïdienne, de la loge périglottique, de l'espace paraglottique et/ou érosion minime (périchondre interne) du cartilage thyroïde.

T4a : tumeur envahissant à travers le cartilage thyroïde et/ou envahissant des structures extralaryngées : trachée, tissus mous du cou (incluant la musculature profonde/extrinsèque de la langue, génioglosse, hypoglosse, palatoglosse et styloglosse), les muscles sous-hyoïdiens, la glande thyroïde, l’œsophage.

T4b : tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales ou atteignant la carotide interne.

- Etage sous-glottique

T1 : tumeur limitée à la sous-glotte

T2 : tumeur étendue au plan glottique avec mobilité normale ou diminuée.

T3 : tumeur limitée au larynx avec fixation glottique.

T4a : tumeur envahissant à travers le cartilage thyroïde ou cricoïde et/ou envahissant les structures extralaryngées : trachée, tissus mous du cou (incluant la musculature profonde /extrinsèque de la langue, génioglosse, hypoglosse, palatoglosse et styloglosse), les muscles sous hyoïdiens, la glande thyroïde, l'œsophage.

T4b : tumeur envahissant l'espace prévertébral, les structures médiastinales ou atteignant la carotide interne.

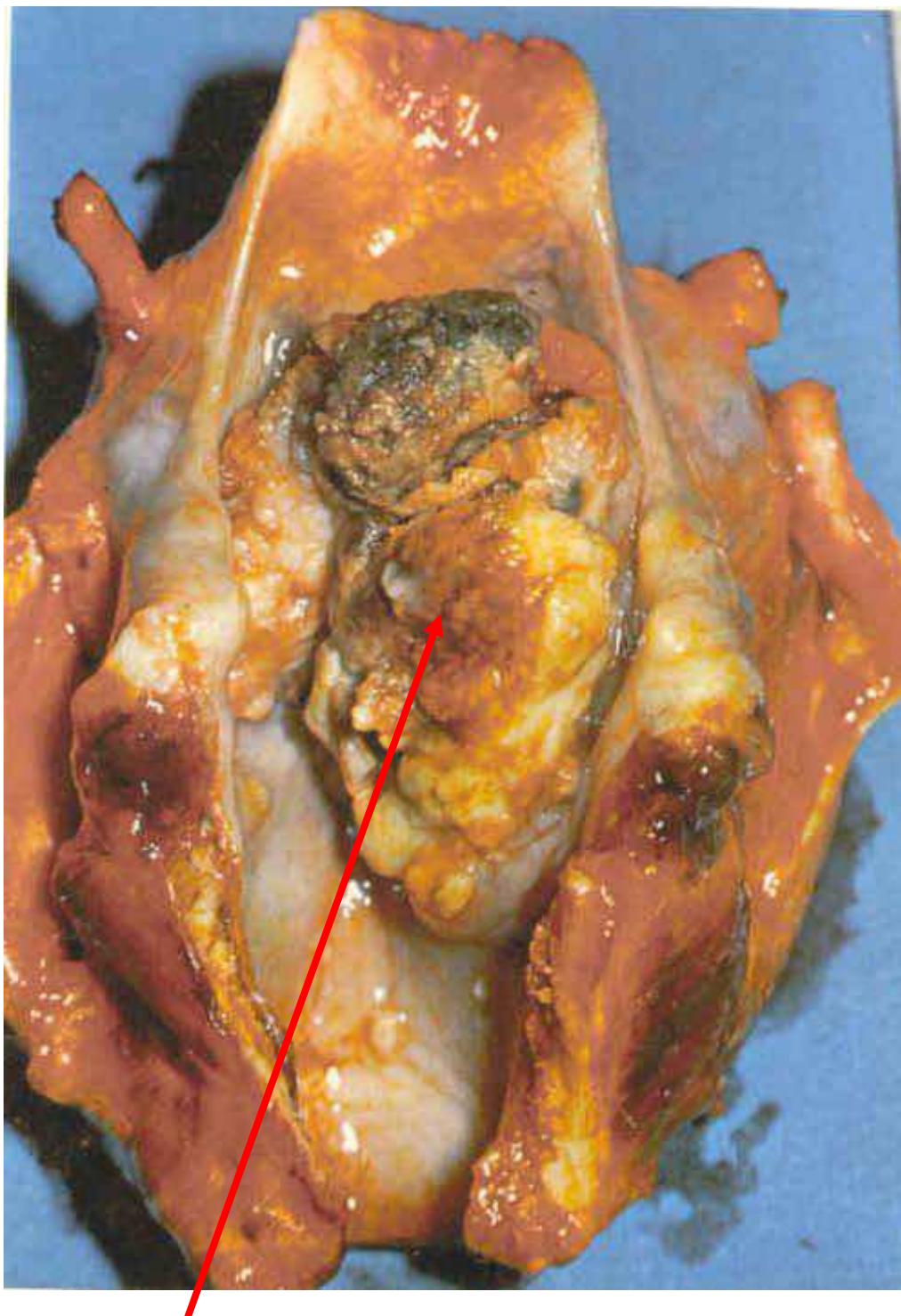


Figure 8: Cancer du larynx des 3 étages avec envahissement des sinus piriformes
(T4). Vue dorsale.

- La classification N

N0 : pas de signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.

N1 : métastase dans un seul ganglion lymphatique homolatéral $> 3\text{cm}$ et $\leq 6\text{cm}$ dans son plus grand diamètre ou métastase ganglionnaires homolatérales multiples toutes $\leq 6\text{cm}$.

N2a : métastase dans un seul ganglion lymphatique $> 3\text{cm}$ mais $\leq 6\text{ cm}$.

N2b : métastase homolatérales multiples toutes $\leq 6\text{ cm}$.

N2c : métastase bilatérales ou controlatérales $\leq 6\text{ cm}$.

N3 : métastase dans un ganglion lymphatique $> 6\text{cm}$ dans son plus grand diamètre.

Les ganglions médians sont considérés comme homolatéraux.

- La classification M

M0 : pas de signe de métastase à distance

M1 : présence de métastases à distance

- Regroupement par stades

Stade 0 : Tis N0 M0

Stade 1 : T1 N0 M0

Stade 2 : T2 N0 M0

Stade 3 : T3 N0 M0-T1 T2 T3 N1 M0

Stade IVa : T1 T2 T3 N2 M0-T4a N0 N1 N2 M0

Stade IVb : tous T N3 M0-T4b tous N M0

Stade IVc : tous T tous N M1 (9= EMC-oto-rhino-laryngologie

[htt://France.elsevier.com/direct/EMC\)](http://France.elsevier.com/direct/EMC)

- **Le diagnostic différentiel [8, 23, 24].**
- Avec le cancer des régions voisines (margelle laryngée)

N'appartenant pas à l'endolarynx, est précisé par l'endoscopie.

- Devant une laryngite chronique

En particulier hypertrophique blanche, lésion précancéreuse par excellence, la difficulté est de dépister sa transformation maligne. C'est la raison pour laquelle un pelage biopsie parfois répété des cordes vocales en microchirurgie laryngée est nécessaire si la réponse histologique révèle des foyers de dysplasie modérée ou sévère.

- La tuberculose laryngée

Réalise parfois des formes très voisines et trompeuses d'où l'impérative nécessité de faire une biopsie avant d'entreprendre le traitement d'un cancer.

- Le papillome corné

Est une lésion précancéreuse qui a un aspect verruqueux et blanchâtre.

L'indication est Chirurgicale.

- Devant une corde vocale fixée

Il ne faut pas se contenter du diagnostic de paralysie laryngée, mais rechercher au moindre doute un cancer de la sous-glotte ou du ventricule en endoscopie.

I.11-TRAITEMENT [5,7, 9-24, 29, 53-56].

- buts du traitement

- Guérir le malade
- Éviter la survenue de complication
- Améliorer la vie et la survie du patient

- moyens et méthode

. *La chirurgie laryngée : 3 types d'intervention peuvent être réalisés*

. *La laryngectomie totale*

- Supprime la fonction phonatoire du larynx et impose un trachéostome.
Elle nécessite la pose d'un implant phonatoire ou l'apprentissage d'une voix oesophagienne

- *. La laryngectomie horizontale supraglottique conserve les cordes vocales*
- Elle s'adresse à des tumeurs de l'épiglotte et des bandes ventriculaires sans extension postérieure.

- *La chirurgie laryngée partielle verticale*

S'adresse à des lésions limitées à la corde vocale (cordectomie, hemiglottectomie).

- *laryngectomies subtotalles reconstructives (ou*

supracricoïdiennes)

S'adressent à des tumeurs volumineuses glottiques ou glotto-susglottiques à mobilité conservée des cordes vocales (T2). On les réserve aux sujets motivés, en bon état général, sans insuffisance respiratoire.

- Ces 3 types de laryngectomie partielle conservent une voix contrairement à la laryngectomie totale.

- *La chirurgie des aires ganglionnaires cervicales* est indispensable.

Un évidement ganglionnaire doit être réalisé en principe de façon bilatérale pour les tumeurs laryngées opérées sauf pour les cancers limités de la corde vocale.

- *La radiothérapie*

Fait appel à la cobaltothérapie ou à l'électronthérapie.

Elle traite uniquement le larynx en cas de cancer limité de la corde vocale et traite le larynx et les aires ganglionnaires cervicales en cas d'atteinte du vestibule laryngé ou de la sous-glotte.

Elle est utilisée soit à dose curative à 70 Gy environ en 7 semaines, soit à dose post-opératoire entre 56 et 65 Gy en cinq à 6 semaines. Elle peut être associée de façon concomitante à la chimiothérapie.

- *La chimiothérapie*

Est utilisée en induction ou associée à la radiothérapie (chimioradiothérapie concomitante) lors de protocoles de recherche dans le but d'une préservation laryngée. Devant une volumineuse tumeur T3, en cas de réponse clinique complète après cette chimiothérapie néo adjuvante, il est possible d'éviter une laryngectomie totale en proposant une irradiation exclusive sans pénaliser le pronostic du cancer laryngé.

- Les indications
- *La radiothérapie exclusive*

Est utilisée pour les **tumeurs peu volumineuses (T1)** de la corde vocale ou du vestibule laryngé avec une mobilité laryngée conservée, en l'absence d'adénopathie cervicale palpable.

- *La chirurgie partielle du larynx (partielle verticale ou reconstructive)*
Est décidée pour des tumeurs limitées à mobilité conservée de la corde vocale ou du vestibule (T1, T2).

- *L'association radiochirurgicale (laryngectomie totale associée à un évidement ganglionnaire bilatéral, intervention suivie de radiothérapie)*

Peut être utilisée pour les **tumeurs (figure 8) volumineuses (T3,T4)** avec une corde vocale fixée et/ou un envahissement du cartilage thyroïde).

Cependant des études ont démontré une stratégie de préservation laryngée sans pénaliser le pronostic en utilisant une chimiothérapie d'induction (néo adjuvante). En cas de réponse tumorale complète à la chimiothérapie,

Le larynx et les aires ganglionnaires cervicales peuvent être irradiées de façon exclusive sans pénaliser le pronostic. En cas de réponse partielle ou de stabilisation, en l'absence de contre indication d'ordre général, on propose une laryngectomie totale associée à un évidement ganglionnaire bilatéral suivie d'irradiation. Des études en cours pourraient démontrer l'intérêt d'une radiochimiothérapie concomitante dans cette indication avec un fort taux de préservation laryngée.

❖ Évolution et pronostic

En l'absence d'adénopathie

- Cancer de la corde vocale T1 ou T2 : 90% de guérison à 5 ans par laryngectomie partielle ou cobaltothérapie.
- Cancer du vestibule laryngé : 60% de guérison à 5 ans
- Cancer de la sous-glotte : 35% de guérison à 5 ans.

La présence d'adénopathie diminue de moitié ces

Pourcentages Le pronostic est souvent aggravé par l'apparition fréquente d'une **seconde localisation néoplasique** des voies aérodigestives supérieures et/ou l'apparition d'une **métastase**.



DEUXIEME

PARTIE

II- DEUXIEME PARTIE

II-1- MATERIEL ET METHODES

II-1-1- Cadre

Nous avons mené au service d'ORL de l'HALD du CHU de Dakar.

II-1-2. Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 10 ans allant de Avril 1994 à Avril 2004.

Cinquante cinq (55) patients porteurs d'une lésion suspecte de malignité du larynx, âgés de plus de 65 ans, ont été examinés au service d'ORL du CHU de Dakar (HALD).

II-1-3. Critères d'inclusion et de non inclusion

Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude tous les patients de plus de 65 ANS qui, au décours de l'examen clinique avaient une preuve histologique de carcinome épidermoïde du larynx.

Critères d'exclusion (ou de non inclusion)

Ont été exclus les patients de moins de 65 ans et ceux présentant une tumeur du larynx sans document histologique.

II-1-4. Collecte et analyse des données

La collecte de données a été faite sur la base des dossiers, STANDARD DE CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE, des malades résumés sur une base de données EXCEL, du point de vue de :

- ❖ L'épidémiologie
 - Age
 - Sexe
 - Facteurs de risque : tabac, alcool
 - Durée d'évolution de la symptomatologie clinique.
- ❖ La clinique

- Circonstances de découverte
- Le caractère macroscopique de la lésion
- La réalisation d'une biopsie.

❖ La paraclinique

- La panendoscopie
- L'histologie: le type de tumeur et sa classification TNM/AJC: L'examen histologique était possible après Biopsies post endoscopie sous Anesthésie Générale (AG), ou Laryngectomies plus ou moins élargie avec évidement(s) ganglionnaire(s).

❖ La thérapeutique

- La décision thérapeutique: chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ou autre(s).

L'exploitation des données a été facilitée par Microsoft Excel 2000 puis 2007 et SPSS version 16.0

II-2- RESULTATS

II-2-1. Données épidémiologiques

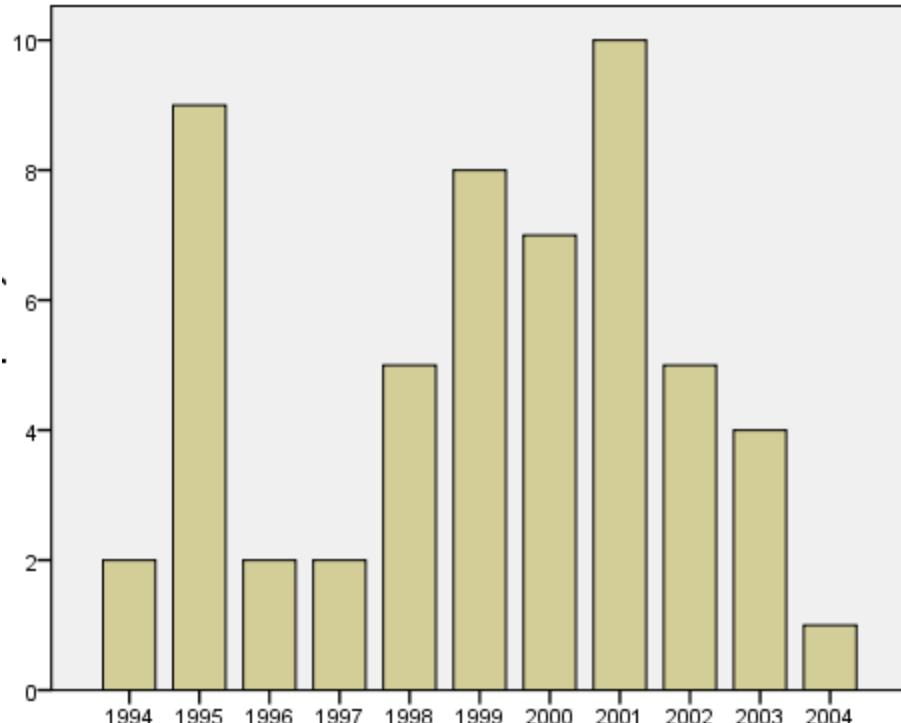


Figure 9: Répartition des Patients selon l'année.

La figure 9 résume la répartition des patients selon l'année (n= 55)

On notait à la figure numéro 10 : 51 (92,7 %) hommes et 4 femmes (7, 3 %).

Le sexe ratio était de 12,75.

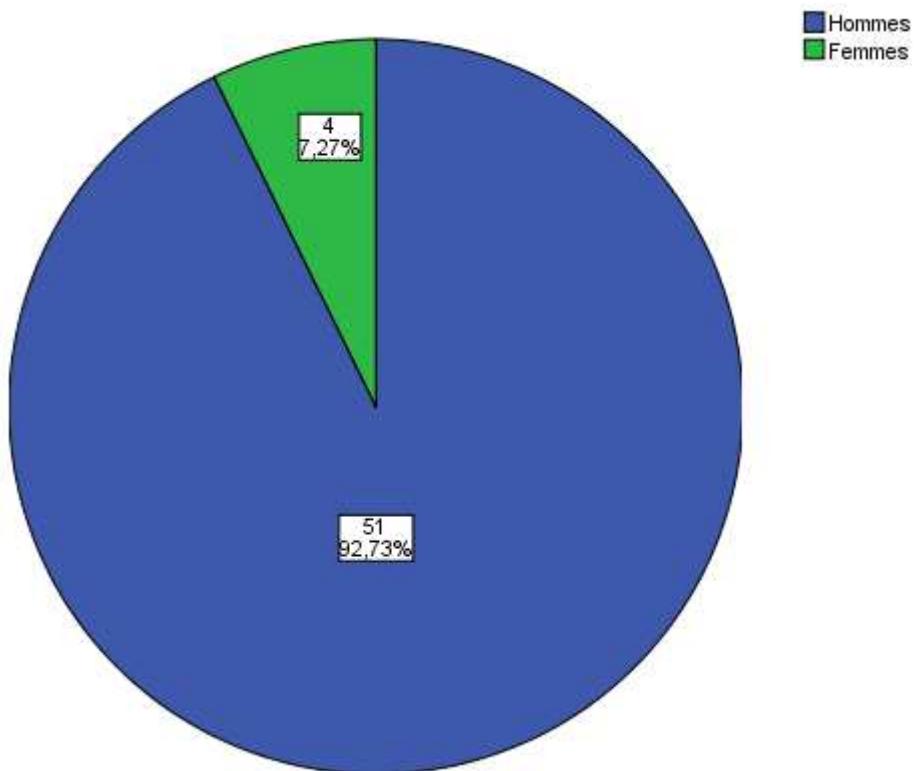


Figure 10: Répartition selon le sexe

Lors de la première consultation, La moyenne d'âge était de 72,35 +- 4,99ans avec des extrêmes de 66 et 85 ans (Figure 11). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour la moyenne d'âge, selon le sexe ($p=0,41$)

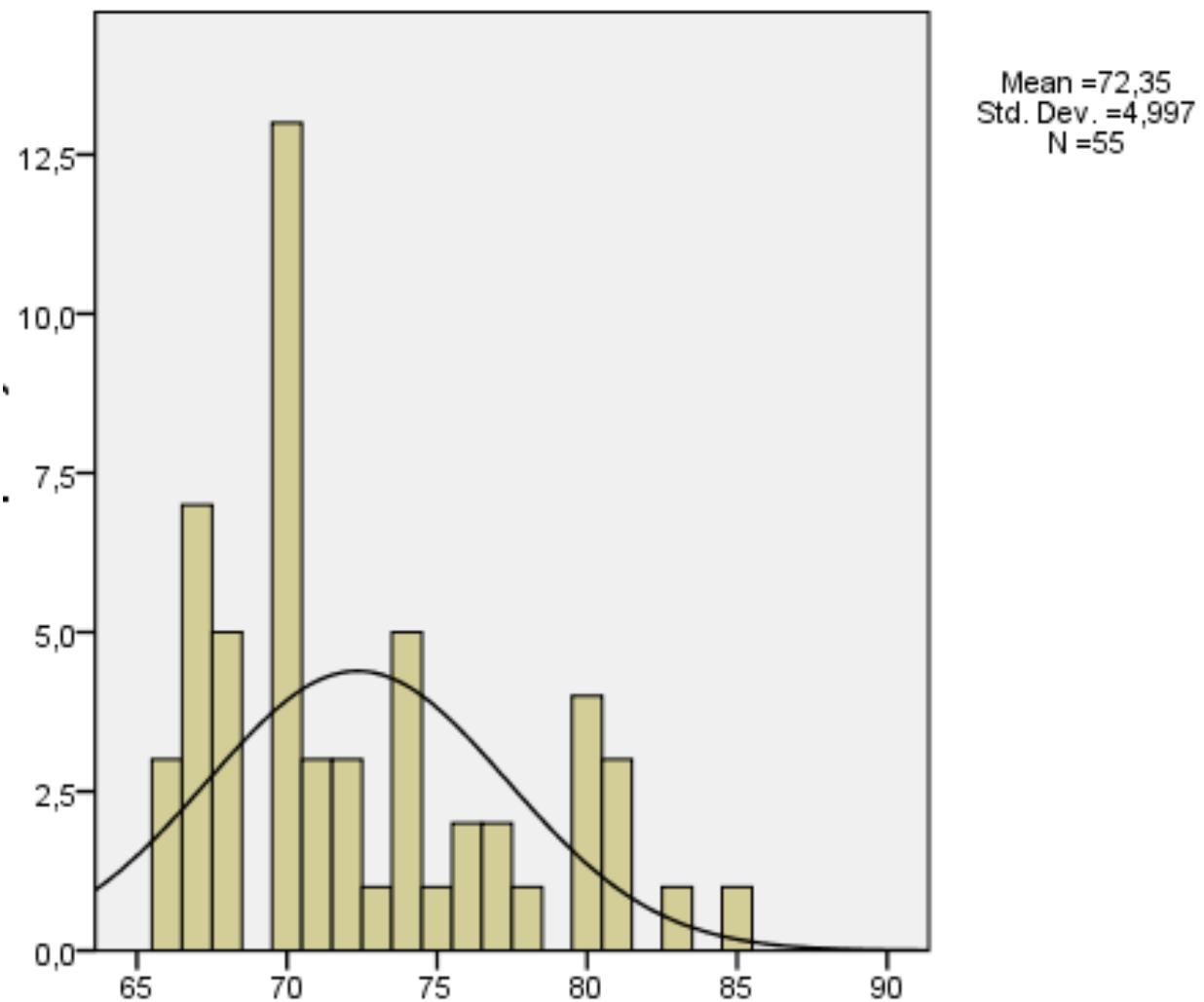


Figure 11 : Histogramme des âges avec courbe en cloche

- Les principaux facteurs de risque (figure 12), recherchés chez 19 patients étaient présents chez 12 d'entre eux (63,2 %) avec tabac seul dans 6 cas (31,6 %), de même pour l'alcoolo-tabagisme ; 6 cas aussi (31,6 %).

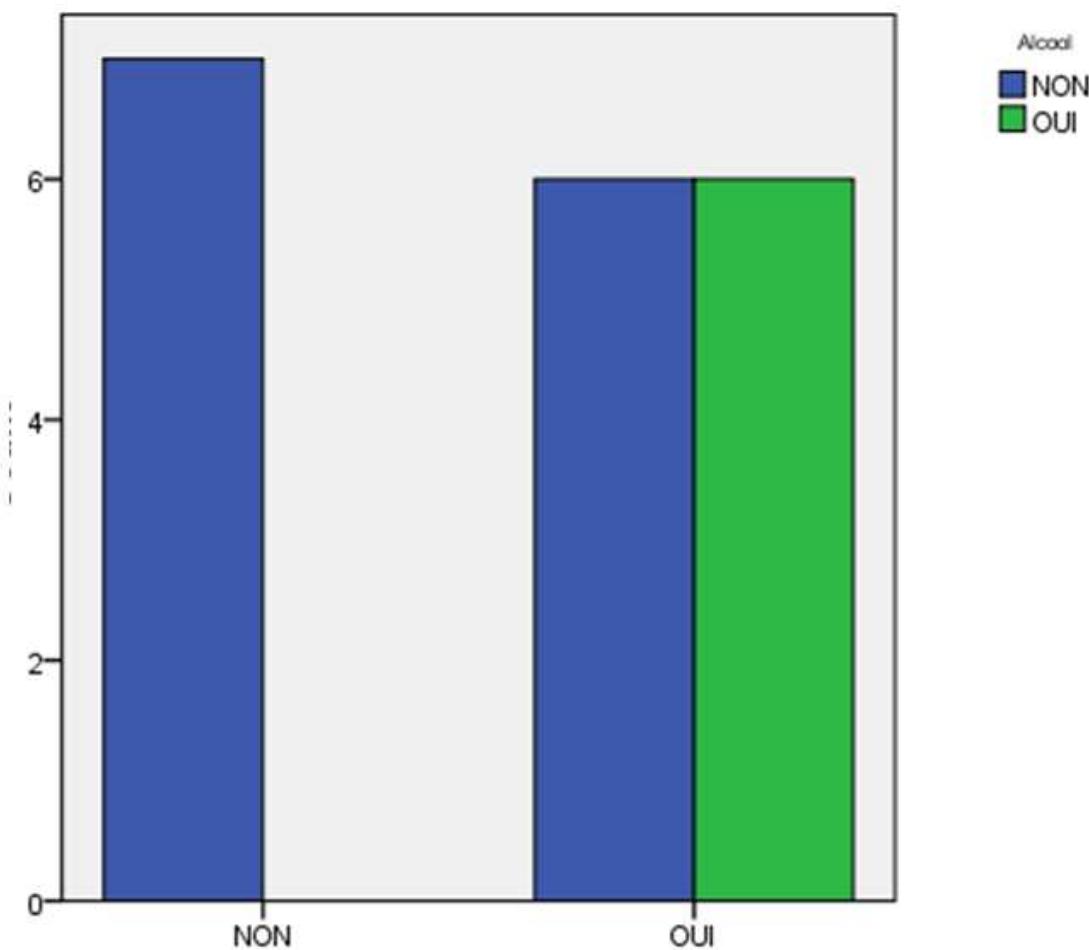


Figure 12: Facteurs de risque des Carcinomes Epidermoïdes du larynx (n=12/19)

des plus de 65 ans au service d'ORL

(HALD) du CHU de Dakar (1994-2004)

II-2-2. Données cliniques et histologiques :

- Le temps d'évolution de la symptomatologie clinique était en moyenne de 51,16 mois ; pour des extrêmes de 2 à 486 mois.
- Ils avaient tous présentaient une dysphonie. Pour 22 patients sur 24 (92 %), la dyspnée laryngée était présente, autorisant une trachéotomie en urgence (figure 13).

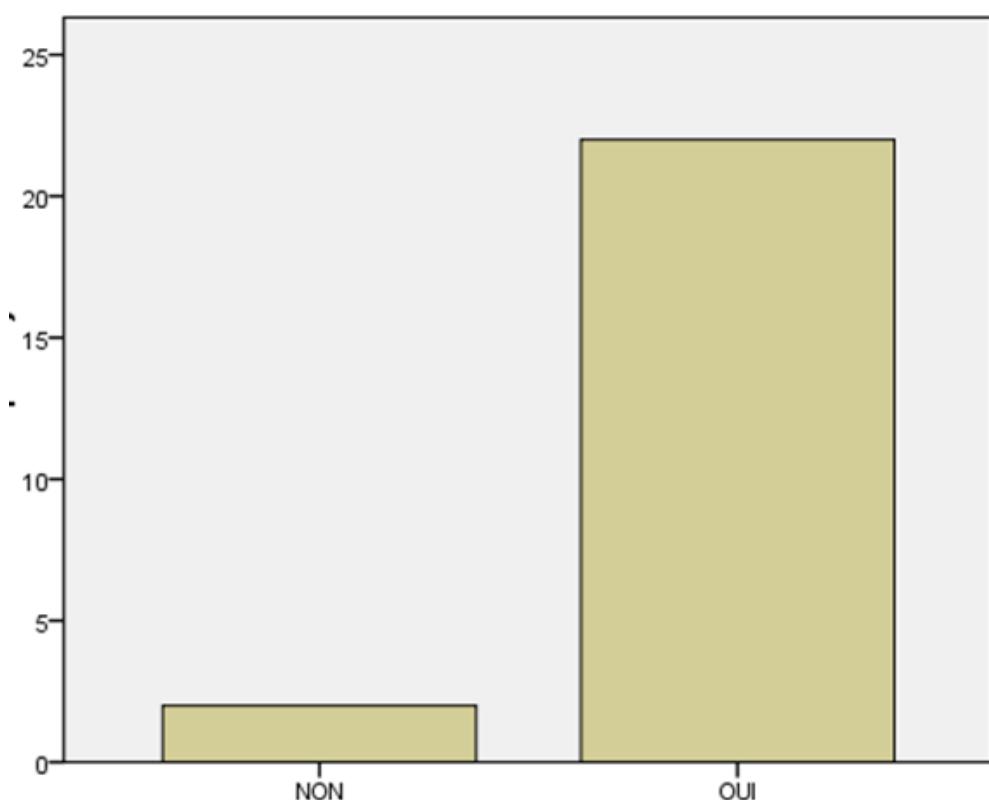


Figure 13: Trachéotomie pour Carcinomes Epidermoïdes du larynx (n=22/24) des plus de 65 ans au service d'ORL (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004)

- A l'admission 4 patients sur 28 (14,28%) présentaient une adénopathie cervicale palpable. On notait un cas de N₁ et 3 cas de N₂ de l'UICC/AJC (Tableaux I et II).
- Ces tumeurs du larynx, selon la classification TNM UICC/AJC , étaient de gros volume (T3-T4) pour 27 patients sur 28 (96,4 %).

– Tableau I: Corrélation Sexe/TNM des Carcinomes Epidermoïdes du larynx (n=51) des PLUS DE 65 au service d'ORL
 (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004)

	Sexe		Total
	Hommes	Femmes	
TNM	23	3	26
T2N0M0	1	0	1
T3N0M0	10	1	11
T3N0MX	2	0	2
T3N0Mx	2	0	2
T3N1MX	1	0	1
T3N2M0	1	0	1
T4N0M0	7	0	7
T4N0M1	1	0	1
T4N0MX	1	0	1
T4N2M0	1	0	1
T4N2MX	1	0	1
Total	51	4	55

Tableau II: Carcinomes Epidermoïdes du larynx (n=26) des plus de 65 ans au service d'ORL (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004)

	N0	N1	N2	N3	Total
T1	0	0	0	0	0
T2	11	0	0	0	11
T3	2	1	1	0	4
T4	9	0	2	0	11
Total	22	1	3	0	26

II-2- 3. Aspects thérapeutiques (Figures 14-18)

- Quarante trois (43) patients (78,18 %) avaient bénéficié d'une laryngectomie totale (LT) avec
 - évidement fonctionnel bilatéral dans 7 cas (16,27 %),
 - fonctionnel gauche dans 8 cas (18,60%), et
 - fonctionnel droit dans 15 cas (34,9%).
- L'évidement était radical droit dans un cas (2,3 %), et
- radical gauche, dans un cas (2,3 %).



Figure 14: LT pour Carcinome Epidermoïde du larynx (n=43/55) des plus de 65 ans au service d'ORL (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004). Sujet de sexe Féminin. Trachéotomie pré LT.



Figure 15: LT pour Carcinome Epidermoïde du larynx (n=43/55) des plus de 65 ans au service d'ORL (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004). Pharyngostome avec nécrose.



Figure 16: LT pour Carcinome Epidermoïde du larynx (n=43/55) des plus de 65 ans au service d'ORL. (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004).

Pharyngostome.



Figure 17: LT pour Carcinome Epidermoïde du larynx (n=43/55) des plus de 65 ans au service d'ORL. (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004).

Delto-Pectoral.



Figure 18: LT pour Carcinome Epidermoïde du larynx (n=43/55) des plus de 65

ans au service d'ORL. (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004).

Pectoralis Major.

- Vingt trois (23) patients sur 35 (65,71 %) avaient bénéficié d'une radiothérapie (RTE) post opératoire. Vingt d'entre eux avaient participé au calcul de la survie LT seule (12 patients) versus LT+RTE (8 patients).
- La survie globale (figure 19), selon Kaplan Meier, à 8 ans était de 20 %. Cette survie objectivait un bénéfice de la RTE post opératoire (figure 20) ; avec à 8,5 ans une survie de 12 %. Cette survie était de 8 % pour LT seule pour la même durée.

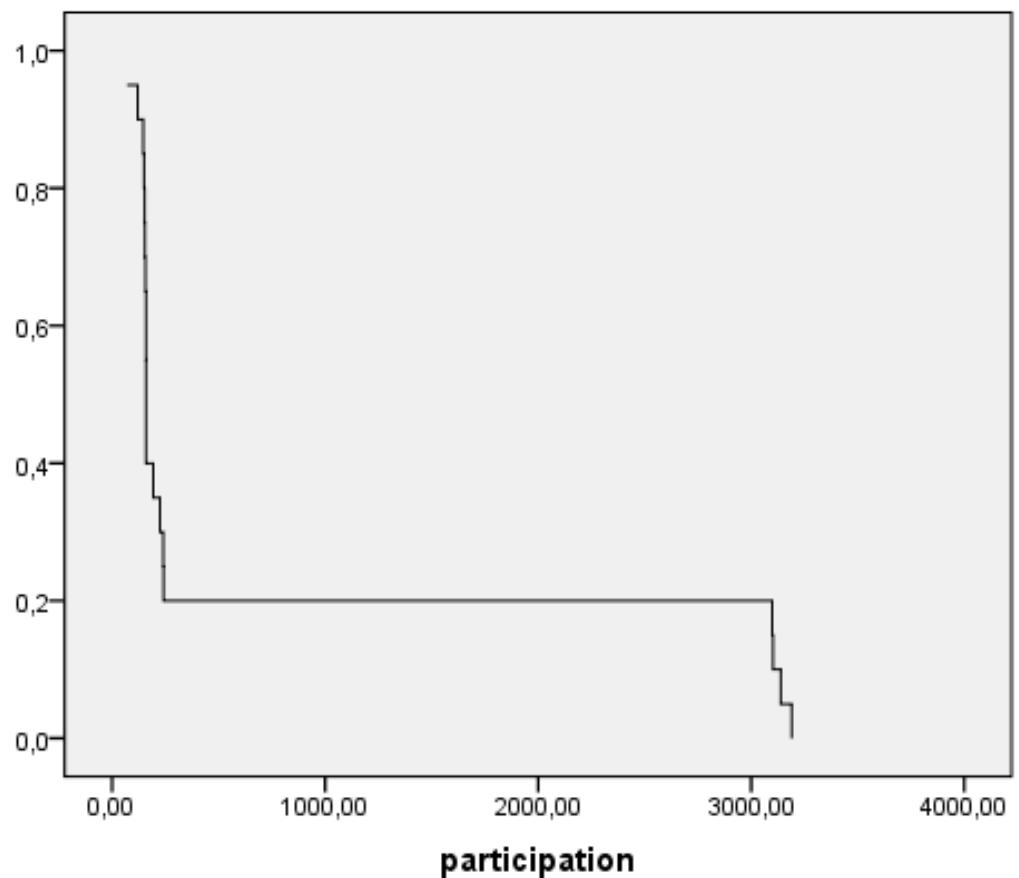


Figure 19 : Survie Carcinome Epidermoïde du larynx des plus de 65 ans au service d'ORL. (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004). Population globale.

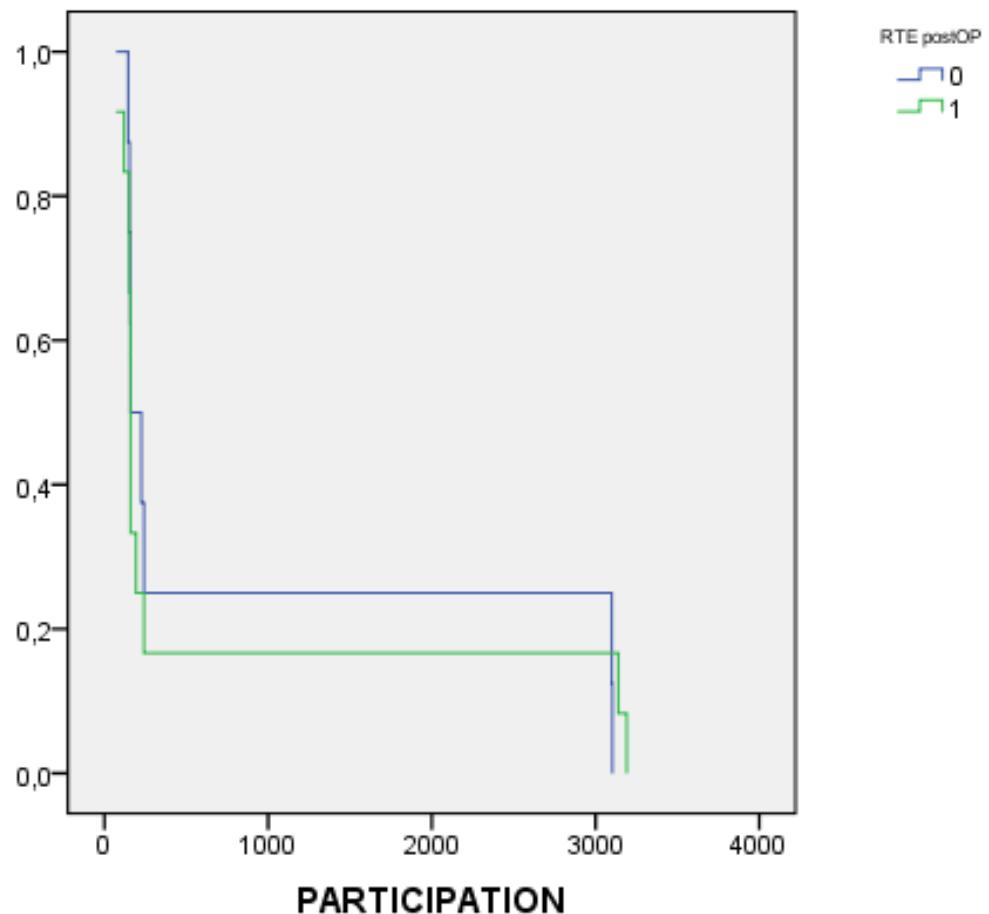


Figure 20 : Survie Carcinome Epidermoïde du larynx des plus de 65 ans au service d'ORL (HALD) du CHU de Dakar (1994-2004). LT vs RTE

II-3- DISCUSSION

II-3-1 Epidemiologie

II-3-1-1 Age

Dans la littérature internationale (Tableau III), l'âge des patients variait d'une série à une autre. Trois patients de SAHRAOUI avaient plus de 65 ans [51].

Dans notre étude l'âge moyen des patients était 72, 35 ans de pour des extrêmes de 66 et 85 ans.

II-3-1-2 Sexe

Pour les tumeurs du larynx, il existe une prédominance masculine aussi bien dans notre série que dans la littérature internationale [9-16, 25, 36-38].

Dans notre série 92,73% des patients étaient de sexe masculin et 7, 27% étaient de sexe féminin. Pour une revue de la littérature (Tableau III.), SAHRAOUI [51] rapporte 72 % de sujets de sexe masculin ; corroborant les données de tout âge pour les tumeurs du larynx. Ces données, sans restriction d'âge, corroborent les séries sénégalaises [9-25] et de la littérature en général.

II-3-1-3 Les facteurs de risque

Les principaux facteurs demeurent le tabac et l'alcool [32- 35].

L'absence d'intoxication alcooloo-tabagique constatée chez 37% (7/19) de notre population suggère le rôle d'autres facteurs favorisants. La malnutrition [1], les infections chroniques comme l'exposition au virus du papillome humain demeurent des facteurs de risque potentiels retrouvés par plusieurs auteurs et l'âge avancé [2, 18, 19, 20, 31, 40, 43-45, 51, 54 55].

L'âge est le principal facteur de risque de la majorité des cancers. Plus de la moitié des cancers surviennent après 60 ans. Au tableau III, 85,71 % (6/7) surviennent après 60 ans. Le cancer du sujet âgé est donc un problème de santé publique dont il convient de s'occuper avec une certaine urgence [51]. .

Tableau III Caractéristiques des sept cas de carcinomes à cellules claires du larynx rapportés dans la littérature.

Auteurs [réf.]	Âge (ans)/ sexe	Durée en mois	Symptômes	Siège et extension	Stade pTN	Traitemen	Évolution mois	Traitemen	Recul (mois)
								rechute	
Pasanvento et al. [8]	41/M	5	Dysphonie	Épiglotte, PAE, ventricule, CV fixées	pT3N+	LT+ curage bilatéral	Rechute locale	-	DPM à 18
	61/M	6	Dysphagie	Épiglotte, ADP LC RAC bilatérales CV droite	pT4N+	LP + curage droit	Rechute locale 2 mois	Refus	DPM à 3
	62/M	6	Dysphagie	Épiglotte, ADP LC RAC bilatérales	pT2N+	LT+ curage bilatéral	Récidive locale + ganglionnaire à 5 mois	RTH 60 Gy	DCD à 7
						Immunothérapie		Échec	
Della Palma et Blandamura [1]	76/M	-	Dyspnée Asphyxie	Sus glotte	pT4N+	LT + curage droit	Métastases sous cutanées - osseuse	-	DPM à 10
Seo et al. [10]	76/F	3-4	Dysphonie	Sus glotte	pT1N+	Radiothérapie 65 Gy	Récidive locale à 6 mois LT	-	DCD à 7 cause cardio-vasculaire
Soranzo et Perissinotto [12]	76/F	12	Dysphonie Asphyxie	Hémilarynx gauche	pT3N+ N+	LT+ curage droit + radiothérapie	Métastase à 1 mois	CTM	DPM à 10

pTN : classification pathologique TNM de l'Union internationale contre le cancer ; PAE : repli aryépiglottique ; CV : corde vocale ; N+ : ganglion histologiquement envahi ; N- : ganglion histologiquement non envahi ; LT : laryngectomie totale ; DPM : décès par maladie ; ADP LC : adénopathie latérocervicale ; DCD : décès ; CTM : chimiothérapie ; RP : réponse partielle.

II-3-2 DIAGNOSTIC

II-3-2-1 Données cliniques

Certaines séries [17, 48] n'ont pas évoqué de données cliniques considérant le cancer du larynx comme étant une évidence.

- Dans notre série, tous les 55 patients présentaient une dysphonie. Pour 22 patients sur 24 (92 %), la dyspnée laryngée était présente, autorisant une trachéotomie en urgence. La trachéotomie, dans les cancers du larynx, a déjà retenu les auteurs [12, 13, 15, 16].
- A l'admission 14, 28 % des patients présentaient une adénopathie cervicale palpable ; corroborant nos données précédentes [16].

II-3-2-2 Données para cliniques

La tomodensitométrie (TDM) est considérée actuellement comme l'examen de choix dans la pathologie tumorale du larynx, elle est devenue indispensable au diagnostic et à la décision thérapeutique [17 ; 48].

Dans la littérature internationale la réalisation de la TDM est systématique pour les patients [17, 48]. Au Sénégal, elle est de pratique courante depuis 2000. L'IRM reste un examen de deuxième intention [17, 48]. Dans notre série aucun patient n'a bénéficié d'un examen IRM.

Concernant l'endoscopie proposée à tous nos patients, en vue de l'obtention d'un document histologique, toutes les séries ont démontré son importance ; et sa réalisation systématique.

II-3-2-3 Classification TNM

- Ces tumeurs du larynx, selon la classification TNM UICC/AJC, étaient de gros volume (T3-T4) pour 27 patients sur 28 (96,4 %). Ces données rejoignent les séries africaines, en rapport avec un TESC souvent long ; de 51 mois dans cette série ; avec des extrêmes de 2 et 486 mois (1, 33 ans= 486/365 jours).

- Un malade SORENZO (tableau III), de sexe féminin (76 ans); avait consulté au bout de 12 mois [in 51]. Elle avait consulté pour dysphonie et asphyxie. Elle avait bénéficié d'une Laryngectomie Totale+Curage droit et Radiothérapie post opératoire.

II-3-3 TRAITEMENT

II-3-3-1 Evidements ganglionnaires

L'évidement fonctionnel était bilatéral dans 7 cas (16,27 %), fonctionnel gauche dans 8 cas (18,60%), et fonctionnel droit dans 15 cas (34,9%).

L'évidement était radical droit dans un cas (2,3 %), et radical gauche, dans un cas aussi (2,3 %).

Cette attitude vis-à-vis des aires ganglionnaires est en rapport avec le stade tumoral [18, 25, 29, 53, 54, 56].

II-3-3-2 Laryngectomies

- Quarante-trois (43) patients (78,18 %) avaient bénéficié d'une laryngectomie totale (LT); corroborant les données de la littérature [54]. Nos résultats de la laryngectomie totale, sont encourageants aux vues des données de la littérature [18].

II-3-3-3 La Radiothérapie

La radiothérapie demeure un complément indispensable au traitement chirurgical des cancers du larynx [10, 12, 18, 25]. Vingt trois (23) patients sur 35 (65,71 %) avaient bénéficié d'une radiothérapie (RTE) post opératoire.

Vingt d'entre eux avaient participé au calcul de la survie LT seule (12 patients) versus LT+RTE (8 patients).

II-3-4 SURVIE

La survie globale, selon Kaplan Meier, à 8 ans était de 20 %. Cette survie, contrairement aux données précédentes [16], objectivait un bénéfice de la RTE post opératoire ; avec à 8, 5 ans une survie de 12 %. Cette survie était de 8 % pour LT seule pour la même durée.

Nos résultats sont encourageants. Sur le plan thérapeutique, l'association chirurgie–radiothérapie constituait la thérapeutique de choix. L'amélioration du contrôle loco-régional des carcinomes épidermoïdes du larynx du sujet âgé passe par un diagnostic plus précoce suivi rapidement du traitement.

II-4 RECOMMANDATIONS :

L'âge est le principal facteur de risque de la majorité des cancers.

Le cancer du sujet âgé est donc un problème de santé publique dont il convient de s'occuper avec une certaine urgence

II-4 -1 Aux décideurs

Nous recommandons de mettre en œuvre une double action d'information et de formation.

II-4-2. Aux praticiens hospitaliers

Nous recommandons :

- d'assurer une meilleure tenue des dossiers de patients en vue de leur enregistrement dans les bases de données,
- de promouvoir la nécessité d'une étroite collaboration entre chirurgien ORL, Gériatres, Radiologues et Anatomo-pathologistes pour une meilleure prise en charge des cancers du larynx du sujet âgé.

CONCLUSIONS

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

CONCLUSIONS

Nous avons mené une étude rétrospective sur une période de 10 ans (de Avril 1994 à Avril 2004) au service d'ORL de l'HALD du CHU de Dakar.

Ce travail concernait des patients qui présentaient un carcinome épidermoïde du larynx ET AGES DE PLUS DE 65 ANS.

Les logiciels informatiques Excel et SPSS ont été utilisés pour les collectes et l'analyse des données

- On notait 55 patients dont 51 hommes (92,73 %) et 4 femmes (7,27%).
- la moyenne d'âge des patients était de 72,35 ans pour des extrêmes de 66 ans et 85 ans.
- Il n'y avait pas de différence statistiquement significative pour l'âge corrélé au sexe ($p=0,46$).
- Les principaux facteurs de risque, recherchés chez 19 patients étaient présents chez 12 d'entre eux (63,2 %) avec tabac seul dans 6 cas (31,6 %), de même pour l'alcoolo-tabagisme ; 6 cas aussi (31,6 %).
- Le temps entre la dysphonie et la consultation chez le premier spécialiste ORL, était en moyenne de 51,16 mois, pour des extrêmes de 2 à 486 mois. Un malade avait donc consulté au bout d'un an environ.
- Ils avaient tous présentaient une dysphonie. Pour 22 patients sur 24 (92 %), la dyspnée laryngée était présente, autorisant une trachéotomie en urgence.
- A l'admission 4 patients sur 28 (14,28%) présentaient une adénopathie cervicale palpable. On notait un cas de N1 et 3 cas de N2 de l'UICC/AJC.

- Ces tumeurs du larynx, selon la classification TNM UICC/AJC, étaient de gros volume (T3-T4) pour 27 patients sur 28 (96,4 %).
- Quarante trois (43) patients (78,18 %) avaient bénéficié d'une laryngectomie totale (LT) avec évidement fonctionnel bilatéral dans 7 cas (16,27 %), fonctionnel gauche dans 8 cas (18,60%), et fonctionnel droit dans 15 cas (34,9%). L'évidement était radical droit dans un cas (2,3 %), et radical gauche, dans un cas aussi (2,3 %).
- Vingt trois (23) patients sur 35 (65,71 %) avaient bénéficié d'une radiothérapie (RTE) post opératoire. Vingt d'entre eux avaient participé au calcul de la survie LT seule (12 patients) versus LT+RTE (8 patients).
- La survie globale, selon Kaplan Meier, à 8 ans était de 20 %. Cette survie objectivait un bénéfice de la RTE post opératoire ; avec à 8,5 ans une survie de 12 %. Cette survie était de 8 % pour LT seule pour la même durée.

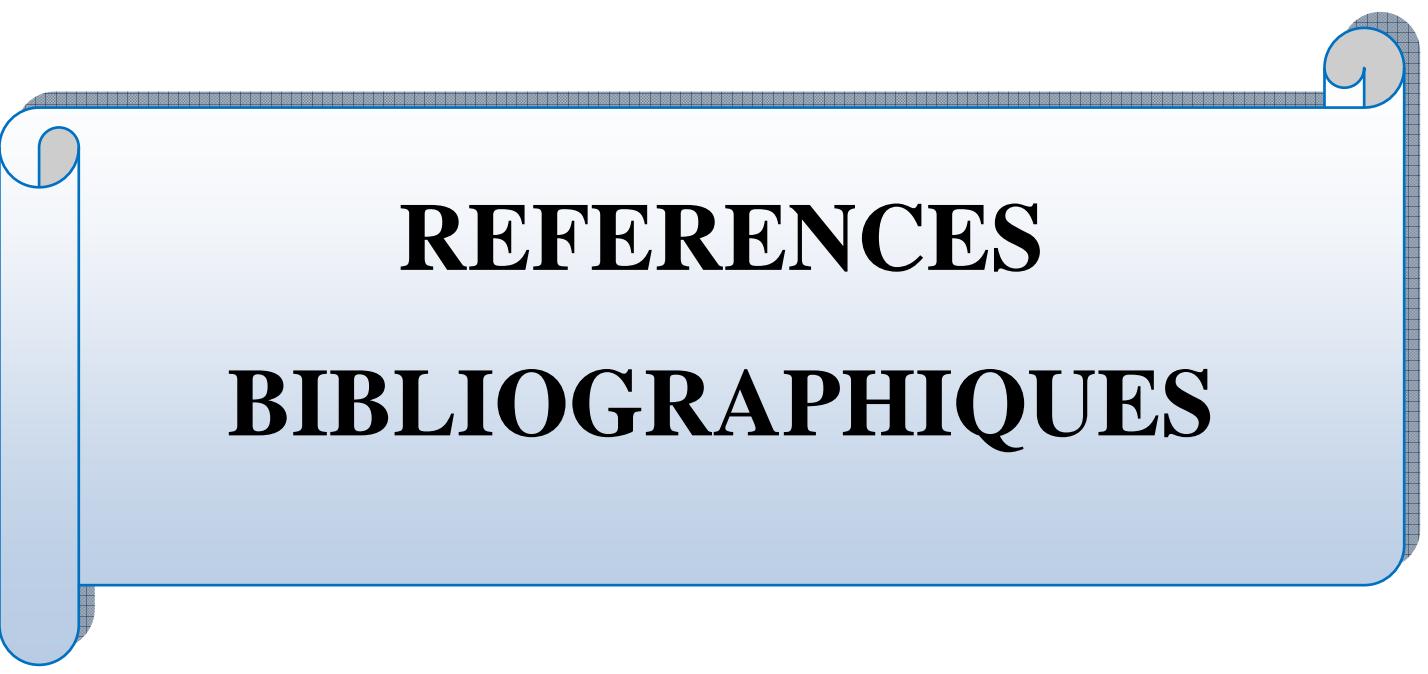
Nos résultats sont encourageants. Sur le plan thérapeutique, l'association chirurgie-radiothérapie constituait la thérapeutique de choix. L'amélioration du contrôle loco-régional des carcinomes épidermoïdes du larynx du sujet âgé passe par un diagnostic plus précoce suivi rapidement du traitement.

L'âge est le principal facteur de risque de la majorité des cancers.

Le cancer du sujet âgé est donc un problème de santé publique dont il convient de s'occuper avec une certaine urgence. Toutefois, dans la réalité clinique, les

personnes âgées ayant un cancer ne suscitent que peu d'intérêt et sont peu ou mal traitées.

Il apparaît possible de traiter ces patients avec une intention curatrice. Ce travail en est un exemple concret, avec une survie à 8,6 ans de 5 %.



REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- AZRIA D., ZOUHAIR A., SERRE A., LEMANSKI C., SCHNEIDER M., OZAHIN M.et al.

Anémie et cancers des voies aero digestives supérieures

Bull cancer 2005; 92(5):445-51

2 - Bauman M.

Is curative radiation therapy in the elderly patients limited by increased normal tissue toxicity?

Radiother Oncol 1998 ; 46 : 225-7.

3- BERNIER J.

Le traitement adjuvant des carcinomes orl localement avancés: Acquis et challenges.

Bull cancer 2007; 94(9): 823-7

4 -BONFILS P., CHEVALIER J.

Anatomie ORL volume 3. 2^{ème} éd.

Paris : Flammarion ; 2005 : 18-99

5- BOURHIS J., TEMAM S., WIBAULT P., LUSINCHI A., DE CREVOISIER B., JANOT R., BOBBIN S.

Récidives locorégionales des carcinomes des voies aérodigestives supérieures :

Place des ré-irradiations

Bull cancer 2004 :91(11) :871-310

6-CHEVALIER D., DUBRULLE F., VILLETTTE B.

Anatomie descriptive, endoscopique et radiologique du larynx.

EMC (Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-630-A-10, 2001, 13p.

7- CHOUESSY O., ELMAKHLOUFI K., DEHESDIN D.

Techniques chirurgicales de réhabilitation vocale après laryngectomie totale.

EMC (Elsevier SAS Paris),

Techniques Chirurgicales-Tête et cou, fiche additive 46-370, 2005.

**8- DIALLO B.K, DANFAKHA B, SEYDI M, DIATTA A, TALL A,
NDIAYE A, NDIAYE I.C, DANGOU J.M., DIOUF R., DIOP E.M**

Tuberculose du larynx au Sénégal.

Médecine d'Afrique Noire 2006 - 53 (8/9) : 479-85

9-DIALLO B.K., DIOUF R., TALL A., NDIAYE IC., KPEMISSI E., DIOP

E.

Les laryngectomies partielles au Centre Hospitalier Universitaire de Dakar.

Dakar Médical 2000; 45 (1): 42-44.

**10-DIALLO B.K., LACHER-FOUGERE S., BALTAZART B., TRAISSAC
L., HOULIATT.**

Résultats de l'association de deux produits issus de la mer dans les troubles de la cicatrisation en cancérologie-cervico-faciale

Rev Laryngol Otol Rhinol. 2008; 129, 5:289-292.

**11-DIALLO B.K., LOUM B., TALL A., DEME A., DIENG M., TRAORÉ
B.et al.**

Etude Préliminaire du Cancer du Larynx chez la Femme Sénégalaise.

Bull. Med. Owendo 2004; 24: 5-7

**12-DIALLO B.K., TCHAMBE T., DIOUF R., TALL A., NDIAYE I., DIOP
E.**

Trachéotomies et Laryngectomies au CHU de Dakar

Revue Africaine d`ORL et de Chirurgie Cervico-faciale 2004 ; 1 et 2 : 36 – 39

13- DIALLO B.K., TOURE S., SANKALE A.A., DIALLO A.O., TALL A.,

NDOYE J.M.et al.

Le lambeau de Pectoralis major : bases anatomiques et indications en chirurgie

Carcinologique cervico-faciale

Dakar médical 2005; 50(3): 142 – 5

14-DIOP E.M., DIOUF R., NDIAYE I., TALL A., TENDING G., TOURE

S.

Maladies Tropicales Oto-rhino-laryngologiques

EMC-ORL 2000, 16p.

15-DIOP E.M., TOURE P., DIOP L.S.

Cancers cervico-faciaux: Expérience de la Clinique ORL du CHU de Dakar

Médecine d'Afrique noire 1984 ; 31 : 541-549

16-DIOUF R., DIALLO B.K., TALL A., NDIAYE I., KPEMISSI E.,

DANGOU J.et al.

Cancers du larynx : quelle stratégie thérapeutique au Sénégal.

Dakar Médical 1999 ; 44(2) : 70-73

17-DUBRULLE F., SOUILLARD R., CHEVALIER D., PUECH P.

Imagerie en cancérologie du larynx et de l'hypo pharynx

J. Radiol. 2008; 89: 998-1012

18-EMILE R.

Cancers du larynx : diagnostic, principes de traitement

Corpus médical 2003 ; 145a

**19- FENTIMAN IS, TIRELLI U, MONFARDINI S, SCHNEIDER M,
FESTEN J,**

Cognetti F, et al. Cancer in the elderly: why so bad treated? Lancet
1990 ; 335 : 1020-2

**20- FIRVIDA JL, VINOLAS N, MUÑOZ M, GRAU JJ, DANIELS M,
ESTAPE A, et al .** Age; a critical factor in cancer management. A prospective
comparative study of 400 patients. Age Ageing 1999 ; 28 : 103-5.

21--FRANK-HNETTER.

Atlas d'anatomie humaine.

2^{ème} édition

Paris: Maloine ; 1999.

22-FRIEDRICH G. AND LICHTENEGGER R.

Surgical anatomy of larynx

J. of voice 1997; 11 (3): 345-355.

**23-FUCHSMANN C., AYARI-KHALFALLAH S., COULOMBEAU B.,
FROEHLICH P.**

Papillomatose Laryngée.

EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-705-A-10,
2011.

24-GARREL R., MONDAIN M., GUERRIER B.

Kystes du Larynx et Laryngocéles.

EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-695-A-10,2009.

25-GUERRIER Y.

Les complications des évidements cervicaux

Les Cahiers d'ORL, 1995, XXX(1) :24-28

**26-HAMMAMI B., MNEJJA M., BOUGUACHA L., ACHOUR I.,
KHAIREDDINE B.M., CHAKROUN A.et al**

Cancer du larynx : confrontation anatomoclinique et scannographique

Feuillets de radiologie 2012; 52: 17-24

27-HARTL D.

La chirurgie par voie endoscopique au laser en cancérologie cervico faciale

Bull cancer 2007; 94(12):1081-6

28- HERAN F., BOSQ J., PIEKARSKI J.D.

Tumeurs malignes du larynx.-Editions Techniques Encycl. Med .Chir (Paris, France) Radiodiagnostic-Cœur-Poumon-Larynx32618 A10, 1991,14p.

Bull cancer 2003 ; 90(3): 207-13

29-HOULIAT T., NGUYEN D., EIMER L., BALTAZART B., CONVERT C., DIALLO B.K., MEYNARD J., TRAISSAC L.

Intérêt du curage ganglionnaire cervical après radio+/- chimiothérapie.

Rev Laryngol otol Rhino. 2003; 124(2):127-134.

30-JULIERON M., STEPHANE T.

Récidives locorégionales des cancers orl :

Place de la chirurgie

Bull cancer 2004 ; 91(11) :863-9

31- KENNEDY BJ.

Aging and cancer.

Cancer 1997 ; 7 : 1270-2.

32-LACCOURYE O., WERNER A., MALDENT J.B.

Une histoire de la laryngectomie à travers les siècles.

J. Chir. Visc. 2010; 147: 497-503.

33-LANGMAN J., SADLER T.W.

Embryologie médicale. 6ème éd.

USA: Williams and Wilkins; 1995: 251-253

34-LEFEBVRE J. L., CHEVALIER D.

Cancers du larynx

EMC-Oto-rhino-laryngologie 2005; 2 : 432–457

35-LEFEBVRE J.L., CHEVALIER D., DEMAILLE A.

Epidémiologie des Cancers des Voies Aero Digestives

Superieures.Encycl.Med.Chir (Elsevier, Paris),

Oto-rhino-laryngologie, 20-949-A-10-1996 ,8p.

36-LEONG S.C., KARTHA S.S., KATHAN C., SHARP J., MORTIMORE S.

Quel devenir après la laryngectomie totale pour carcinome épidermoïde ?

Résultats d'un centre

Ann. Fr. d'ORL et de pathologie cervico-faciale 2012 ; 129 : 350-356

37- LO N. A.

Cancer du larynx des moins de 40 ans. A propos de 13 cas colligés aux service's d'ORL du CHU de Dakar.

Thèse. Med. Dakar, n° 176; 2013

38- MAMELLE G., DOMENGE C., BRETAGNE E.

Réinsertion surveillance médicale du laryngectomisé.

Encycl.med.Cir (Elsevier, paris) oto-rhino-laryngologie, 20-710-A-30, 1998,8p

39- MEDRARE L.

Le cancer du larynx

(À propos de 34cas)

Thèse de doctorat d'état en médecine, 2011 ; numéro 006

40- MOR V, ALLEN S, MALIN M.

The psychosocial impact of cancer on older vs younger patients and their families.

Cancer 1994 ; 74 : 2118-27.

41- NISHIMURA K, SATOH T, MAESAWA C, ISHIJIMA K, SATO H

Giant cell tumor of the larynx : a case and review of the littérature.

Am. J. of ORL Head and Neck Medicine and Surgery, 2007; 28: 436 - 40

42-OSAHIN MAHMUT, MATZINGER OSCAR, ZIMMERMANN MICHEL, ZOUHAIR ABDERRAHIM

Radio chimiothérapie dans les cancers ORL

Bull cancer2007, 94(9) :828-32

43- PIGNON T., RAFARAMINO F., SCALLIET P.

Cancer et sujets âgés.

Prise en charge. Aspects décisionnels

Rev Méd Interne 2000 ; 21 : 765-76

© 2000 Éditions scientifiques et médicales Elsevier

44- PIGNONT, SCALLIET P.

Radiotherapy in the elderly. Eur J Surg Oncol

1998 ; 24 : 407-11.

**45- PIGNON T, HORIOT JC, VAN DEN BOGAERT W,
VANGLABEKKE M, SCALLIET P.**

No age limit for radical radiotherapy in head and neck tumours.

Eur J Cancer 1996 ; 12 : 2075-91.

46-PLANTET MM., PIEKARSKI JD., HAGAY C.

Le Larynx Normal. Encycl.Med.Chir (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), tous droits réservés), Radiodiagnostic-Cœur-Poumon, 32-605-A-10, 2002,22p.

47-PORTIER F., CARTRY F., NAWACK C.

Tuberculose laryngée.

EMC (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Oto-rhino laryngologie, 20-575-A-10, 2003,4p.

48-REMACLE M., LAWSON G., GIOVANNI A., WOISARD V.

Exploration du Larynx.EMC (Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-635-A-10,2005.

49-ROUVIERE H.

Anatomie des lymphatiques de l'homme ; Anatomie humaine ;

Paris Masson Edit-1932.

50-ROUVIERE H., DELMAS A.

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle tome I. 3ème éd.

Paris: Masson; 1991 : 478-510.

51- SAHRAOUI S., BELAABIDIA B., ACHARKI1 A., SQALI S., KAHLAIN A.

Carcinome à cellules claires du larynx : revue de la littérature, à propos d'un cas.

Cancer/Radiother 2001 ; 5 : 155-8

52-SIMASKOS N.B., PACHI.E; PAPASPYROU S.

Cancer de la commissure antérieure du larynx

Les Cahiers d'ORL 1997 ; XXXII(1) :21-24

53-TRAISSAC L.

Les Laryngectomies partielles

Bordeaux médical 1981 ; 14 :255-263.

54-TRAISSAC L., CARRAT X., DEVARS F., CARLES D.

Histoire naturelle des tumeurs du plan glottique

(Problèmes d'extension, moyens diagnostiques et conséquences thérapeutiques).

Les Cahiers d'ORL 1997 ; XXXII(1) :11-14

55- YANCIK R, RIES LA.

Cancer in older persons. Magnitude of the

problem-How do we apply what we know? Cancer 1994 ; 74 :
1995-2003.

56- ZANARET M., PARIS J., DUFLO S.

Évidements ganglionnaires cervicaux

EMC-Oto-rhino-laryngologie 2005 ; 2 : 539–553

SERMENT D'HIPPOCRATE

"En présence des Maîtres de cette école et de mes chers Condisciples,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque".

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président du Jury

VU :

Le Doyen de

Vu et permis d'imprimer

Pour le Recteur, Président de l'Assemblée d'Université Cheikh AntaDiop de
Dakaret par délégation

Le Doyen