

## Item n° 295: Tumeurs de la cavité buccale et des voies aéro-digestives supérieures

### **VADS (Institut National du Cancer)**

- Lèvre-Bouche-Pharynx (LBP)
- Larynx

10% de l'ensemble des cancers

### **Épidémiologie LBP (2014)**

- H > F, 40-60 ans
- 4<sup>e</sup> rang des cancers chez l'homme, 8<sup>e</sup> rang chez la femme
- 20% de 2<sup>e</sup> localisation lors du diagnostic
- histologie principale : carcinome épidermoïde (90%)

### **Facteurs de risque**

- Tabac + Alcool (cocarcinogène, effet synergique) 90%
- Irritation chronique muqueuse (prothèse mal adaptée)
- Etat carenciel
- Immunodépression
- HPV 16 et 18
- Soleil (lèvre)
- Lésions précancéreuses (15%) : leucoplasie, lichen buccal érosif ou atrophique, papillomatose orale floride, érythroplasie de Queyrat

### **Diagnostic**

*Clinique* : Toute lésion qui persiste plus de 3 semaines = biopsie

Signes d'appel, surtout chez patient éthylo-tabagique:

- Signes fonctionnels ORL : dysphagie, odyndysphagie, dysarthrie, dyspnée, dysphonie, otalgie réflexe, limitation d'ouverture buccale ou gêne à la protrusion linguale
- Signes buccaux : lésion muqueuse qui persiste, stomatorragie, haleine fétide, hypersialorrhée, mobilité dentaire
- Signes régionaux : adénopathie cervicale isolée
- Signes généraux : AEG

Examen ORL complet bilatéral endo et exobuccal:

- Inspection de la cavité buccale complète et de l'oropharynx
- Signe de Vincent (V3)
- Palpation bidigitale de la cavité buccale
- Palpation aires ganglionnaires (nombre, côté, taille, mobilité, induration)

Laryngoscopie indirecte (miroir), nasofibroscopie (tube souple), otoscopie ± biopsie et anapath d'une lésion accessible cliniquement (cavité buccale)

Recherche de signes de métastases

Schéma daté et signé +/- photos

## **Examens complémentaires**

Diagnostic de confirmation :

- biopsie pour examen anatomopathologique (soit sous AL en consultation si lésion accessible ou lors de la panendoscopie)

Bilan d'extension loco-régional :

- Panendoscopie (tubes rigides, sous AG) : biopsie de la lésion + recherche de lésion synchrone et biopsie. Schéma daté et signé de l'examen
- A compléter par FOGD et/ou fibroscopie bronchique si doute ou points d'appel
- TDM cervico-faciale et thoracique injecté : adénopathies cervicales, médiastinales et métastases pulmonaires, cancer primitif pulmonaire.
- IRM cervico-faciale pour lésions linguales, base de langue, plancher postérieur, extension endo-osseuse
- Bilan hépatique et écho hépatique : métastases
- Pas de PET scanner ou scintigraphie en 1ere intention sauf points d'appel

→ classification cTNM : retenir 2 et 4 cm pour le T, 3 et 6 cm pour le N.

## **Bilan pré thérapeutique**

- Bilan général (consultation d'anesthésie)
  - o Hépatique
  - o Rénal
  - o cardiaque (ECG)
  - o respiratoire
  - o Index de Karnofsky ou performans status de l'OMS
- Bilan nutritionnel : albumine, pré albumine, CRP
- Bilan dentaire :
  - o consultation dentiste et remise en état buccodentaire (avulsions),
  - o panoramique dentaire,
  - o prise d'empreinte pour confection de gouttières fluorées si RTE prévue (risque d'ostéoradionécrose)
- Evaluation de la douleur (EVA)
- Évaluation de la dépendance alcoolo-tabagique
- Evaluation psychologique et sociale

→ Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

→ Consultation d'annonce

→ Protocole personnalisé de soins

→ Demande ALD

→ Importance de la prévention et information

## Principes généraux du traitement

- Chirurgie seule (tumeur + ganglions): tumorectomie + curage cervical unilatéral (bilatéral si dépasse la ligne médiane) de principe (si N0) ou de nécessité (si N+) + reconstruction

→ classification pTNM : R0 (marges suffisantes) R1 (envahissement microscopique), R2 (envahissement macroscopique) ; nombre et siège des ganglions envahis et si en rupture capsulaire.

- Chirurgie + radiothérapie complémentaire +/- potentialisée = radiochimiothérapie concomitante (si pN+ ou critères histologiques de mauvais pronostic) à débiter dans les 7 semaines post op, sur T +/-N
- Si non résécable d'emblée (T3 ou T4) mais patient opérable: chimiothérapie d'induction puis chirurgie ou RTE
- Si non résécable d'emblée et patient non opérable : RTE exclusive
- Si métastatique : chimiothérapie palliative

## TTT associés :

- antalgique
- aide à l'arrêt du tabac, prévention du DT
- correction d'une dénutrition (SNG ou gastrostomie, compléments alimentaires)
- surveillance buccodentaire
- suivi psychologique
- orthophonie, kine...

## Surveillance

- rapprochée pendant 5 ans puis à vie (au delà de 5 ans, même risque d'avoir un 2<sup>e</sup> cancer que de récidiver)
- HAS :
  - Par 3 mois 1<sup>e</sup> année
  - Par 4 mois 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année
  - Par 6 mois 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année
  - Tous les ans à vie
- Recherche :
  - Récidive locale, ganglionnaire, à distance
  - Cancer métachrone
  - Complications thérapeutiques (RTE : dermatite, mucite, hyposialie, agueusie, mycose, odontonécrose, ostéoradionécrose mandibulaire, limitation d'ouverture de bouche, réhabilitation dentaire difficile)
  - Maintien sevrage, réinsertion professionnelle