

<p>5° rang 80% homme Pic entre 60-70 A HPV: H=F, pic 45-55, meilleur pronostic</p>	<p><b>Cavité buccale (25%), Larynx (35%), Oropharynx( 15%), Hypopharynx(30%)</b> Carcinome épidermoïde</p>	<p><b>Fosses nasales et Sinus (Ethmoïde) &lt;1%</b> Adénocarcinome</p>	<p><b>Cavum &lt;1%</b> surtout développé dans fossette de Rosenmüller Carcinome indifférencié = UCNT (Undifferentiated Carcinoma of Nasopharyngeal Type)</p>
<p><b>Facteurs de Risque</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intoxication alcool et durée tabac (effet synergique)</li> <li>- Mauvaise hygiène bucco-dentaire (cavité buccale)</li> <li>- <b>HPV (16+++)</b> =&gt; <b>oropharynx</b> en ↗</li> </ul> <p>Age: 45-70 ans Extension ganglionnaire +++ (sauf larynx), pulmonaire Risque de 2<sup>nd</sup> cancer synchr/métachr ORL 20%, oesoph ou pulm 10%, vessie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Exposition chronique poussière + <b>bois</b> (Maladie professionnelle Tableau 47): † &gt; 50 ans</li> <li>- Expositions : cuir, nickel, chrome...(Tableau 37)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Infection à EBV+++</b></li> <li>- Nitrosamines volatiles</li> <li>- Sexe masculin †</li> <li>- Asie du sud-est ++, Maghreb</li> <li>-Présentation : adp cervicale isolée</li> </ul>

**FACTEURS PRONOSTIQUES**

- Stade TNM
- Résécabilité de la lésion
- Infection HPV: bon pronostic

**SURVEILLANCE**

- Examen ORL avec fibroscopie pharyngolaryngée tous 2 mois pendant 1 an, puis tous 3 mois pendant 2 ans, puis tous 6 mois pendant 2 ans
- Radiographie thoracique tous les ans
- TSH à chaque consult si RTE ou thyroïdectomie partielle
- Scanner et panendoscopie 6 mois après fin traitement
- Rhinopharynx: scanner face +/- IRM tous 6 mois pendant 2 ans puis tous ans pendant 3 ans

**BILAN D'EXTENSION**

**Clinique**  
Interrogatoire

La recherche d'infection HPV est systématique pour tumeurs oropharyngées car traitement et pronostic différent

Cancer VADS

- **Intoxication alcoolo-tabagique** (quantifier en g/l et PA); Profession
- Signes fonctionnels : Dysphagie haute (oropharynx), Douleurs buccales persistantes, Adénopathie cervicale (oropharynx), Ulcération, Dysphonie, Dysphonie du plan glottique-cordes vocales, Otalgie homolatérale (oropharynx); Si tumeur ethmoïde: Obstruction nasale, & exophtalmie ; si UCNT: Symptômes naso-sinusiens, otologiques (unilatéraux) et neurologiques (extension basi-crânienne paires V, VI, IX)
- Signes généraux (AEG)

Examen physique **Tout symptôme persistant / unilatéral / associé à AEG chez un alcoolo-tabagique est un cancer jusqu'à preuve du contraire +++**

- Examen ORL complet : **schéma daté et signé + biopsies avec examen anatomo-pathologique**
- Examen exo-buccal, endo-buccal (oro-pharyngé) à l'abaisse langue + test mobilité lingual => recherche d'ulcérations, leucoplasies, lésions suspectes à biopsier
- Rhinoscopie antérieure et postérieure + nasofibroscopie + laryngoscopie indirecte (évaluation de la mobilité laryngé)
- Examen aires ganglionnaire : Adénopathie cervicale ++ : schéma daté
- Bilan d'extension clinique: examen abdominale (HSMG), neurologique et osseux
- Bilan du terrain alcoolo-tabagique

**ATTENTION aux cancers synchrones et métachrones pour diagnostic et surveillance ultérieure !**

Para-clinique

- **Diagnostic positif: Panendoscopie au tube rigide sous AG des VADS, bronchique et oesogastrique sous AG avec schéma daté et signé & vidéo et biopsies envoyées en anatomo-pathologie.**
- **Sérologies** EBV pour tumeurs du cavum: † IgG et IgA contre VCA et EA, † IgG anti EBNA.
- **Bilan d'Extension /du terrain (COMORBIDITES+++):**

- Scanner Cervico-facial injectée + coupes thoraciques (=> en-dessous de l'os hyoïde) ou IRM cervico-faciale injectée si rhinopharynx, oropharynx et cavité buccale (=> au-dessus de l'os hyoïde)
- TEP si > N2b
- Bilan biologique complet et hépatique +/- écho hépatique si anormal
- Sur point d'appel : IRM cérébrale, scintigraphie osseuse. Sérologie EBV (suivi UCNT ou carcinome indifférencié oropharynx)
- **Bilan pré-thérapeutique** : Bilan nutritionnel / orthophonique / **odontologique (ostéoradionécrose)**/ respiratoire / cardiovasculaire/gériatrique > 70A

**Si adénopathie isolée : Cervicotomie exploratrice (PAS de BIOPSIE!) avec extempo => si +: curage ganglionnaire et amygdaléctomie homolatérale et TEP FdG**

**TRAITEMENTS (hors programme)**

- Prise en charge (PEC) Pluridisciplinaire, **RCP**, Plan Personnalisé de Soins, Consultation d'annonce
- Sevrage alcoolo-tabagique (prévention délirium tremens, consultation addictologie)
- PEC nutritionnelle/ douleur / **bucco-dentaire** (avulsion dentaire / Hygiène/gouttière fluorée)
- Evaluation des impact sur fonctions digestive/respir/communication++**
- Soutien psychologique
- ALD 100%
- Ethmoïde: déclaration en Maladie Professionnelle

Traitement Etiologique :dépend de la localisation.

1- Cavité buccale ,Oropharynx, Hypo pharynx, Larynx : **exérèse chirurgicale et lymphadénectomie + radiothérapie adjuvante (ou curiethérapie)**  
(!) discuter radio-chimio néo -adjuvante pour faciliter la préservation d'organe( ex: trachéostomie).  
2- **UCNT: Radio-chimiothérapie +/- curage ganglionnaire**  
3- Ethmoïde : **Ethmoïdectomie + radiothérapie**

Traitement palliatif : **Chimiothérapie à base de cisplatine +/- cetuximab**

- Rééducation Orthophonique si trachéostomie
- Surveillance clinique et para-clinique
- Els radiothérapie : radiodermite, radiomyosite, ostéoradionécrose mandibulaire, radiomucite, hyposialie, dysphagie...