

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

<p>FACTEURS PRONOSTIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Stade TNM -Résécabilité de la lésion -Infection HPV: bon pronostic
<p>SURVEILLANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> -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

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

Cancer VADS

Clinique
Interrogatoire

- **Intoxication alcool-tabagique** (quantifier en g/l et PA); Profession
- Signes fonctionnels : Dysphagie haute (oropharynx), Douleurs buccales persistantes, Adénopathie cervicale (oropharynx), Ulcération, Dyspnée, Dysphonie (tumeurs 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 alcool-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 + nasofibroskopie + 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 alcool-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 amygdalectomie homolatérale et TEP FdG

TRAITEMENTS (hors programme)

- Prise en charge (PEC) Pluridisciplinaire, RCP, Plan Personnalisé de Soins, Consultation d'annonce
- Sevrage alcool-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.

1Cavité 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).

2UCNT: **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...