

Cancers de l'oropharynx (145d)

Professeur Emile REYT
Octobre 2003 (Mise à jour Mars 2005)

Pré-Requis :

- Sémiologie des cancers des voies aérodigestives supérieures
- Anatomie du pharynx et du larynx
- Physiologie de la déglutition
- Principes de cancérologie

Résumé :

Les cancers de l'oropharynx, en majorité des carcinomes épidermoïdes, sont liés à l'alcoolotabagisme. Ils sont dépistés devant une dysphagie, une odynophagie et une otalgie réflexe unilatérale. Le bilan d'extension inclut une panendoscopie permettant la biopsie et la recherche d'une seconde localisation fréquente. Leur traitement est radiochirurgical (radiothérapie pour les T1 et T2 et chirurgie suivie de radiothérapie dans les tumeurs T3, certains T4).

Mots-clés :

Cancer, pharynx, oropharynx, amygdale, voile, diagnostic, radiothérapie, pharyngectomie.

Références :

- Site de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer : <http://www.fnclcc.fr/> : recherche cancers de l'oropharynx SOR 1999 in cancers des VADS
- Site de la British Columbia Cancer Agency : <http://www.bccancer.bc.ca/HPI/CancerManagementGuidelines/HeadnNeck/Management/Oropharynx.html>
- Site du Réseau de santé en cancérologie de la Région Lorraine : http://www.oncolor.org/referentiels/vads/orophar_acc.htm

Liens :

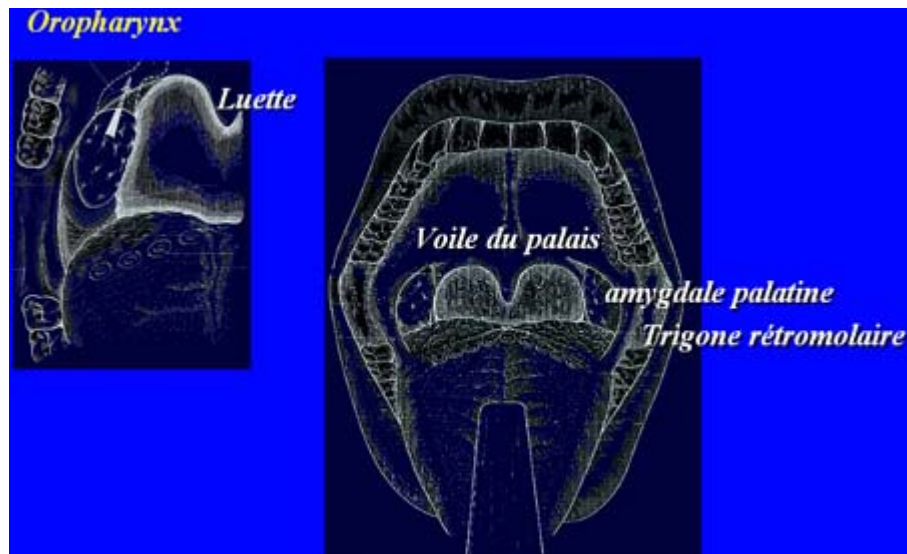
- Site de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer : <http://www.fnclcc.fr/> : recherche cancers de l'oropharynx SOR 1999 in cancers des VADS
- Site de la British Columbia Cancer Agency : <http://www.bccancer.bc.ca/HPI/CancerManagementGuidelines/HeadnNeck/Management/Oropharynx.html>
- Site du Réseau de santé en cancérologie de la Région Lorraine : http://www.oncolor.org/referentiels/vads/orophar_acc.htm

1. Rappel anatomique

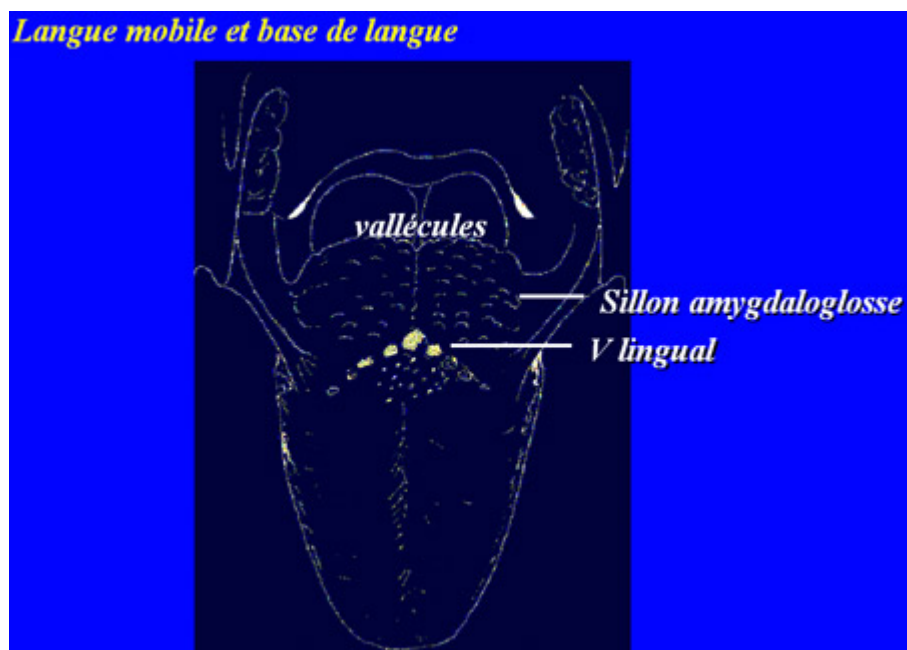
L'oropharynx est situé en arrière de la cavité buccale au-dessus du larynx et de l'hypopharynx et au-dessous du rhinopharynx. Il comprend les sites anatomiques suivants:

- la paroi pharyngée postérieure en arrière, répondant aux corps des 1^o vertèbres cervicales

- les parois pharyngées latérales latéralement représentées essentiellement par les 2 loges amygdaliennes contenant les 2 amygdales palatines,
- la base de la langue et la région des vallécules, le sillon amygdalo-glosse en avant,
- le voile du palais en haut qui le sépare du rhinopharynx.



[Schéma : vue antérieure cavité buccale](#)
(E. Reyt)



[Schéma : langue mobile et base de la langue](#)
(E. Reyt)

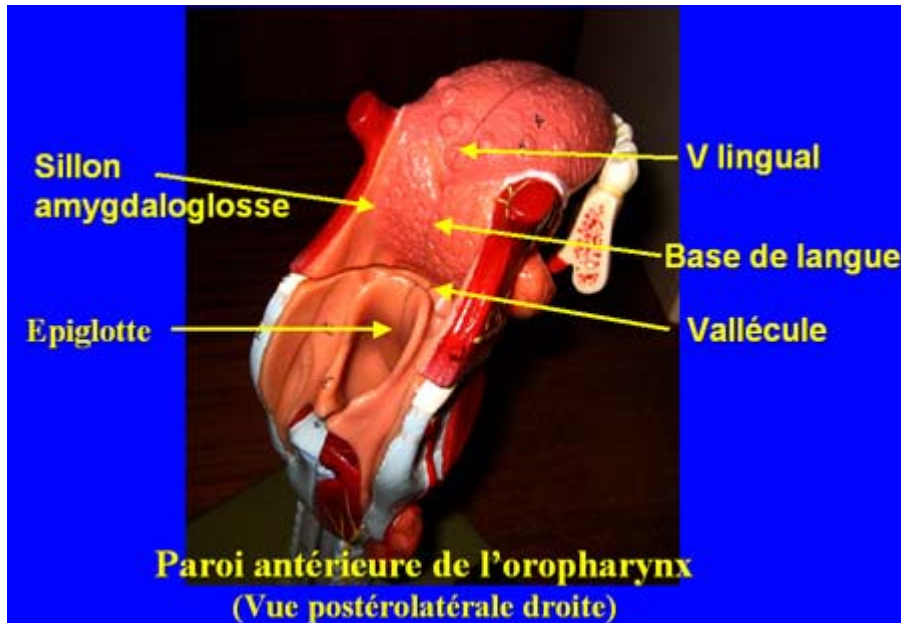


Schéma : Oropharynx : vue postérolatérale droite
(E. Reyt)

2. Anatomie pathologique et épidémiologie

2.1. Trois types de tissu

S'observent dans l'oropharynx, l'épithélium malpighien, le tissu lymphoïde et les glandes salivaires accessoires. Le cancer peut se développer à partir de chacune de ces structures,

- le carcinome épidermoïde est le plus fréquent
- le lymphome malin non hodgkinien (LMNH) développé à partir du tissu lymphoïde amygdalien est plus rare
- plus exceptionnel est le carcinome adénoïde kystique (cylindrome) développé sur le voile du palais ou la base de la langue.

2.2. Les carcinomes de l'oropharynx sont très lymphophiles

Et s'accompagnent très souvent d'une adénopathie métastatique cervicale.

2.3. L'alcool et le tabac

Sont les facteurs essentiels de la carcinogénèse des carcinomes malpighiens du pharynx comme de la cavité buccale.

3. Les signes cliniques d'appel doivent tous être évocateurs d'autant qu'ils sont unilatéraux

- Une simple **gêne à la déglutition**, une sensation de corps étranger,
- une **pseudo-angine** qui traîne depuis plusieurs semaines,

- une **odynophagie** (douleur à la déglutition des aliments) accompagnée ou non d'une otalgie réflexe unilatérale
- des crachats striés de sang plus rarement,
- une **adénopathie cervicale** prévalente très souvent.

4. L'examen clinique ORL et le bilan d'extension

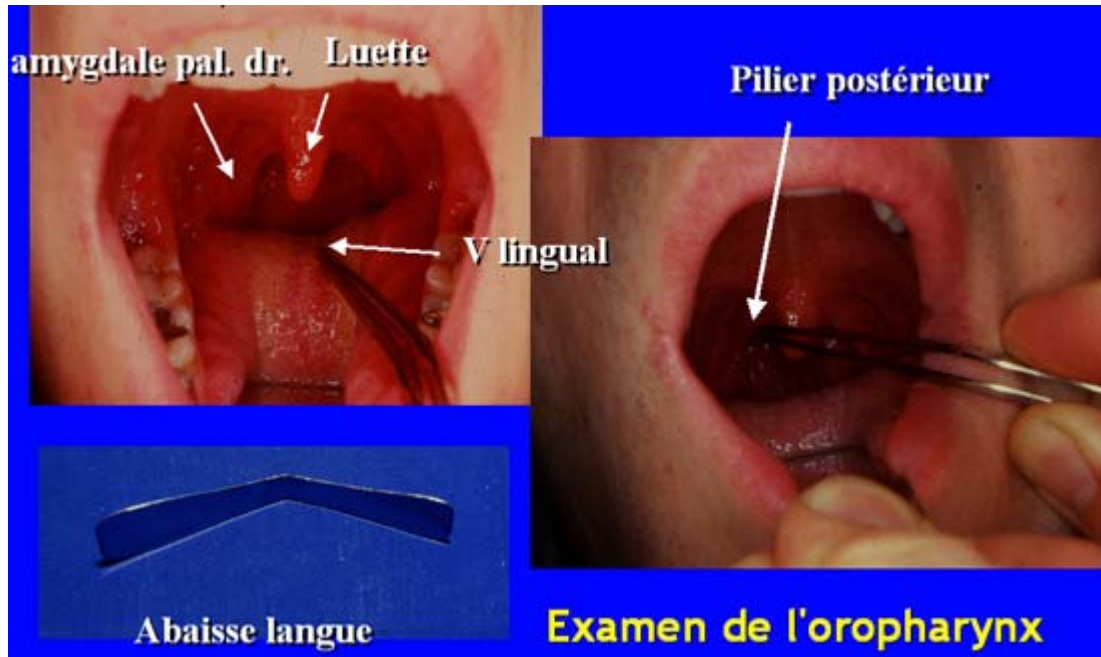


Photo : examen de l'oropharynx
(E. Reyt)

4.1. Le bilan local (inspection sous bon éclairage et palpation +++)

Apprécie le type ulcérant, infiltrant ou bourgeonnant de la tumeur, son caractère limité ou extensif et l'analyse est reportée sur un schéma.

L'examen de la tumeur se termine par une **biopsie** sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale lors du bilan endoscopique.

On précise l'extension tumorale:

- vers la base de la langue et la jonction linguale par le toucher,
- en arrière vers la paroi postérieure de l'oropharynx,
- vers l'hypopharynx en bas,
- vers le voile du palais (palais mou) et le cavum en haut,
- vers l'avant, la commissure intermaxillaire et le trigone rétromolaire, la partie postérieure du plancher buccal,
- en dehors, vers la région parapharyngée et la mandibule (angle et la branche montante).

4.2. La palpation des aires ganglionnaires cervicales

Est systématique.

Le siège le plus fréquent est sous-digastrique homolatéral ou spinal haut.

4.3. Le bilan général

4.3.1. recherche des métastases

Pulmonaires, hépatiques, osseuses et cérébrales par une radiographie pulmonaire, une échographie abdominale et un examen clinique complété par d'autres examens si nécessaire.

4.3.2. Il apprécie

L'état cardiorespiratoire, la fonction rénale et l'état nutritionnel souvent altéré ainsi que l'état de la denture cliniquement et par un cliché panoramique dentaire.

Au terme de ce bilan, la tumeur peut être classée selon la classification TNM.

Classification TNM des cancers de l'oropharynx

Classification T

T1 Tumeur < 2 cm

T2 Tumeur supérieure à 2 cm et inférieure à 4 cm

T3 tumeur de 4 cm ou plus limitée à l'oropharynx

T4 Tumeur dépassant les limites de l'oropharynx (cavm, hypopharynx, cavité buccale espaces pterygoidiens, trismus).

Classification N

N0 absence d'adénopathie métastatique cliniquement et à la tomодensitométrie

N1 adénopathie homolatérale unique de moins de 3 cm

N2a adénopathie homolatérale unique entre 3 et 6 cm

N2b adénopathies multiples homolatérales inférieures à 6 cm

N2c adénopathies controlatérales ou bilatérales de moins de 6cm

N3 adénopathie supérieure ou égale à 6 cm

Classification M

M0 absence de métastase viscérale décelée au bilan clinique et paraclinique

M1 présence de métastase viscérale

[Annexe : classification TNM](#)

(Tous droits réservés)

5. Le bilan endoscopique

Réalisé sous anesthésie générale précise la taille et l'extension tumorale. Il permet de multiplier les biopsies de la tumeur pour confirmer le diagnostic et pour préciser l'extension aux territoires voisins.

Il permet de dépister une seconde localisation cancéreuse (liée à l'alcool-tabagisme) des voies aérodigestives supérieures par une pharyngolaryngoscopie, une trachéobronchoscopie et une oesophagoscopie (panendoscopie).

6. Les examens radiologiques

Le cliché panoramique dentaire permet, outre le bilan de la denture, de dépister une rare extension osseuse.

La tomodensitométrie permet de préciser l'extension vers la région parapharyngée et l'infiltration des muscles ptérygoidiens. Elle confirme le degré d'extension dans la langue. Elle permet aussi de préciser la proximité de la tumeur de l'os mandibulaire. La tomodensitométrie est utilisée très largement pour évaluer le statut ganglionnaire des patients aboutissant à une classification N de ces tumeurs.

7. Les formes cliniques

7.1. La métastase ganglionnaire

D'allure kystique d'un épithélioma de l'amygdale peut précéder de quelques mois l'apparition de la tumeur primitive. Le diagnostic porté est celui de kyste du II^o arc (ou kyste amygdaloïde, appellation ancienne). Lors de l'exérèse, une analyse histologique extemporanée redresse le diagnostic et permet de compléter le geste par un évidement ganglionnaire cervical. Plusieurs équipes recherchent le foyer primitif par des biopsies profondes amygdaliennes ou par l'analyse histologique de la pièce d'amygdalectomie homolatérale faite lors du bilan endoscopique.

7.2. Le lymphome malin peut se présenter sous la forme clinique

- d'une voix couverte,
- d'une hypertrophie unilatérale entraînant une gêne pharyngée,
- ou d'une adénopathie cervicale concomitante.

Le diagnostic est confirmé par la biopsie et les appositions sur lame ainsi que les marqueurs lymphocytaires.

Le bilan d'extension est complété avant d'entreprendre le traitement après classification de la maladie.

7.3. Le cylindrome du voile du palais ou de la base de la langue

Est d'une symptomatologie extrêmement discrète car l'évolution est très lente. Ce type de tumeur est très infiltrant, très ulcérant et envahit fréquemment les structures musculaires et nerveuse voisines.

Les récurrences après traitement sont fréquentes et itératives. Si les métastases ganglionnaires sont exceptionnelles, les métastases pulmonaires et osseuses sont fréquentes mais d'évolution lente. Elles doivent être systématiquement recherchées pendant les 10 ans suivant le traitement.

8. Le diagnostic différentiel

8.1. Devant une hypertrophie amygdalienne

On élimine une angine de Vincent ou un phlegmon péri amygdalien. L'antibiothérapie entraîne la disparition de la symptomatologie.

8.2. Un refoulement de l'amygdale

Par une adénopathie cervicale ou une tumeur parapharyngée n'entraîne pas de modification architecturale de la muqueuse pharyngée et le bilan tomodensitométrique redresse le diagnostic.

8.3. Une localisation tuberculeuse ou syphilitique dans leur forme ulcérente

Peut simuler un cancer mais ces pathologies sont rares. La biopsie pratiquée au moindre doute permet de les éliminer.

9. Le traitement

9.1. Les méthodes thérapeutiques

9.1.1. La radiothérapie

La radiothérapie externe utilise la telecobaltothérapie et l'électronthérapie sur le site tumoral et les aires ganglionnaires cervicales à la dose de 65 à 70 Gy.

L'aiguillage par irridium 192 peut être utilisé surtout dans certaines localisations basilinguales, amygdaliennes et au niveau du voile du palais. Il peut être combiné à la radiothérapie externe (double volume-cible).

La radiothérapie nécessite la mise en état préalable de la denture pour éviter la survenue de complications dentaires et d'ostéo-radionécrose mandibulaire.

9.1.2. La chirurgie

Elle est fonction du site et de la taille de la tumeur, mais on doit réaliser une chirurgie codifiée et large. La bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire conservatrice (BPTM) enlève la loge amygdalienne et/ou l'hémibase de langue en conservant la mandibule. Celle-ci n'est sacrifiée

qu'en cas d'envahissement osseux ou périoste mandibulaire. En cas de risque d'envahissement de l'os mandibulaire, on réalise une BPTM avec sacrifice de l'angle et de la branche montante de la mandibule. Une trachéotomie est systématiquement réalisée pour la sécurité des voies aériennes de la période post-opératoire.

La reconstruction fait appel à divers procédés (lambeau musculo-cutané du grand pectoral, lambeau micro anastomosé antébrachial.)

La chirurgie des aires ganglionnaires cervicales consiste en un évidement (curage) ganglionnaire cervical conservateur (appelé fonctionnel) qui n'emporte que les chaînes ganglionnaires et les lames cellulo-aponévrotiques en épargnant les veines, la glande sous-mandibulaire et le muscle SCM. En cas de rupture capsulaire ganglionnaire manifeste, un curage ganglionnaire non conservateur de ces structures est effectué.

Dans le cas de carcinome oropharyngé il est obligatoire d'éviter la loge sousmandibulaire (territoire I).

Dans le cas d'atteinte d'une structure muqueuse médiane (base de langue, paroi pharyngée postérieure), un évidement conservateur ou sélectif ganglionnaire controlatéral est nécessaire.

9.1.3. La chimiothérapie

Utilisée en traitement néo adjuvant, il n'est pas prouvé qu'elle améliore la survie des patients. Aussi elle ne peut être proposée en induction que pour de volumineuses tumeurs T4 inopérables ou dans le cadre d'un protocole de recherche. Plusieurs études viennent de démontrer son intérêt en utilisation concomitante à la radiothérapie.

9.2. Les indications

9.2.1. Dans les carcinomes amygdaliens

- Pour les tumeurs bourgeonnantes T1 et T2 une irradiation externe est indiquée.
- Pour les volumineuses tumeurs T3 et T4 et pour les tumeurs T2 ulcérautes et infiltrantes, ou lorsque la tumeur siège dans le sillon amygdalo-glosse, une bucco-pharyngectomie associée à un évidement ganglionnaire cervical homolatéral est proposée devant la moindre radiosensibilité de ces formes cliniques. La résection chirurgicale est suivie d'une irradiation externe.

Le traitement des aires ganglionnaires en cas d'adénopathie peu volumineuse et mobile est assuré par la cobaltothérapie si elle est indiquée pour éradiquer la tumeur primitive oropharyngée.

9.2.2. Un carcinome de la base de la langue T3 voire T2

Volontiers infiltrant ou ulcéraute limité latéralement à une hémibase de langue nécessite une bucco-pharyngectomie trans-mandibulaire avec conservation mandibulaire, un évidement ganglionnaire cervical premiers suivis de radiothérapie. Si la tumeur est bourgeonnante, l'irradiation garde les mêmes indications que pour les carcinomes amygdaliens.

En ce qui concerne le traitement des aires ganglionnaires, les indications sont les mêmes que pour les carcinomes amygdaliens.

9.2.3. Les carcinomes du voile du palais

Sont traités par radiothérapie, soit cobaltothérapie soit association d'un aiguillage d'irridium et d'une cobaltothérapie (double volume-cible).

La chirurgie n'est indiquée que pour les tumeurs limitées de la luvette ou en cas de récurrence tumorale ou de non-stérilisation après radiothérapie.

9.2.4. Les lymphomes de la loge amygdalienne

Sont traités par une chimiothérapie et/ou une radiothérapie suivant le type, le grade et l'extension du lymphome.

9.2.5. Dans les carcinomes adénoïdes kystiques du voile du palais ou de la base de la langue

Une résection chirurgicale est entreprise quand elle est possible suivie d'une radiothérapie.

10. Évolution et pronostic

Tout patient atteint de carcinome de l'oropharynx est menacé d'une récurrence locale ou ganglionnaire ou de l'apparition d'une métastase en général dans les trois années qui suivent le traitement initial. A tout moment, il reste menacé de l'apparition d'une seconde localisation cancéreuse au niveau des voies aéro-digestives supérieures du fait de l'exposition au tabac et à l'alcool. Le malade sera très longtemps surveillé dans ce sens.

A titre indicatif, la survie pour les carcinomes de l'amygdale est de 30 à 40% à 5 ans tous T et N confondus. Le pronostic des carcinomes de la base de la langue est plus sombre.