

14 - CANCER DU PLI VOCAL

ASPECTS MACROSCOPIQUES ET MODALITES D'EXTENSION

Cancers glottiques :

- les barrières anatomiques sont : ligament vocal / conus elasticus / périchondre thyroïdien interne / membrane crico-thyroïdienne / cartilages thyroïde et cricoïde (mais les zones d'ossification des cartilages sont des zones de faiblesse)
- point de départ le plus souvent = bord libre pli vocal (rima glottis) 1/3 moy - 1/3 ant (peu de vascularisation lymphatique à ce niveau)
- lésion initiale = formes exophytiques, leucoplasie, érythroplasie muqueuse
- puis : lésion infiltrantes, ulcérantes, végétantes
- extension
 - o avant : commissure antérieure +/- pli vocal controlatéral
 - o arrière : aryténoïde (processus vocal et corps)
 - o bas : sous-glotte
 - o latéralement : ligament vocal, muscle vocal, ventricule (extension para-glottique)

Cancer de la commissure antérieure :

- barrières anatomiques : ligament thyro-épiglottique / pied épiglote / cartilage thyroïde / membrane crico-thyroïdienne
- extension vers :
 - o avant : cartilage thyroïde, pied épiglote, partie inf de l'espace pré-épiglottique
 - o bas : région sous-commissurale antérieure, membrane crico-thyroïdienne
 - o extension supraglottique et sous-glottique avec envahissement du cartilage thyroïde

Etats précancéreux :

La laryngite chronique = inflammation durable de la muqueuse laryngée, non tumorale, potentiel de transformation maligne

DYSPHONIE ++ seul signe d'appel le plus souvent

- 1^{er} stade : Laryngite exsudative. Muqueuse rouge vif diffuse. Forme réversible par ttt med
- puis : laryngite chronique hypertrophique rouge ou blanche : élargissement de la corde vocale
 - o blanche : kératose (épaississement de l'épithélium de surface)
 - Leucoplasie : tache de bougie, lésion blanche, plane, indurée
 - Laryngite pachydermique blanche : épaississement diffus de la corde vocale
 - Laryngite verruqueuse ou papillome corné : épaississement important mais limité

Aucune corrélation entre l'aspect de laryngite et l'envahissement tumoral. Par contre on peut faire de la stroboscopie pour évaluer la disparité de la vibration qui fera suspecter une dysplasie sévère ou un carcinome.

Il faudra donc une histologie : résection de la totalité de l'épithélium au laser (en conservant le ligament vocal pour protéger la voix).

FACTEURS DE RISQUE :

- OH/Tabac
- Exposition professionnelle aux toxiques (amiante, goudron)
- HPV, VIH
- Cannabis, opium
- F. génétiques, rôle du RGO ?

SIGNES CLINIQUES

DYSPHONIE > 3 semaines ++

Symptomatologie de rhinopharyngite aiguë : gêne pharyngée, douleur pharyngée, douleur à la déglutition, sensation de corps étranger, otalgie, dysphagie

Caractère unilatéral ++

ADP cervicale métastatique (rare)

EXAMEN CLINIQUE

Examen orl complet avec fibroscopie : précise le siège tumoral, limites, aspect, extensions, mobilité pli vocal, aryénoïde, épiglotte. Permet d'orienter la thérapeutique, type de chirurgie laryngée. Recherche également 2° loc

Palpation cervicale : reliefs du larynx, recherche une douleur, une infiltration de la loge HTE
Recherche N : palpation cervicale

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

- Endoscopie VADS : bilan Dg, Etiologique (biopsies), 2° loc, schéma précis de la tumeur, bilan d'extension (avec biopsies)
- Histologie : carcinome épidermoïde invasif (90%), adénocarcinome, carcinome adénoïde kystique, carcinome muco-épidermoïde (provenant des glandes salivaires accessoires)
- Imagerie : TDM avec injection PDC
 - o Espaces graisseux paralaryngés : recherche envahissement
 - o Extension sous-glottique : asymétrie des parties molles, coupes axiales et frontales, recherche la distance par rapport au bord sup du cricoïde
 - o Cartilages : condensation, érosion, lyse
 - o Aires ganglionnaires cervicales
- NB : IRM n'est réalisée qu'en cas d'extension des tumeurs de l'épilarynx (extension vers le haut : base de langue, oropharynx..)
- TEP-scanner : en cours d'évaluation pour les cancers du larynx. Intérêt pour rechercher 2° loc

TNM

T1 1 ou 2 cordes vocales (pouvant envahir la commissure post ou ant), avec mobilité normale

T1a : limitée à 1 CV

T1b : envahissant les 2 CV

T2 envahit l'espace sous ou sus-glottique, et/ou diminution de la mobilité glottique

T3 limitée au larynx, avec fixité de la corde vocale et/ou envahissement de l'espace paraglottique et/ou lyse minima du cartilage thyroïde (corticale interne)

T4a : envahissement du cartilage thyroïde ou tissus extralaryngés (trachée, tissus mous du cou, muscles extrinsèques de langue, sous-hyoïdiens, glande thyroïde, œsophage)

T4b : envahissement espace prévertébral, médiastin, ou englobant l'artère carotide

STRATEGIE THERAPEUTIQUE

1. BUT :

- contrôle local tumoral
- qualité de vie, préservation des fonctions physiologiques du larynx

2. CHIRURGIE PARTIELLE LARYNGEE

- Chirurgie partielle verticale :
 - o Thyrotomie avec cordectomie uni ou bilatérale, emportant ou non l'aryténoïde
 - o Laryngectomie partielle verticale frontolatérale et frontale antérieure
 - o Hémilaryngectomie
- Chirurgie partielle horizontale de l'étage supraglottique
- Chirurgie partielle horizontale de l'étage glottique
 - o Glottectomie horizontale type Calléaro et translaryngée de Traissac (rare)
 - o Laryngectomie avec résection verticale de cartilage thyroïde ou frontale antérieure avec épiglottoplastie (type Kambic-Tucker)
 - o Laryngectomie partielle supracricoidienne avec reconstruction par CHEP
- chirurgie partielle horizontale des tumeurs glotto-supraglottiques
 - o résection partielle du cartilage thyroïde
 - o laryngectomie partielle supracricoidienne (résection complète du thyroïde) avec reconstruction par CHP
- chirurgie par voie endoscopique, laser CO², microchirurgie laryngée (tumeur précoce du pli vocal ou épiglotte)

3. INTERVENTIONS DES TUMEURS DES PLIS VOCAUX :

- Cordectomie par voie endoscopique au laser
- Cordectomie
- Laryngectomie frontolatérale
- Laryngectomie frontale antérieure
- Hémilaryngectomie
- Hémilaryngectomie étendue
- Laryngectomie partielle frontale antérieure avec épiglottoplastie
- Laryngectomie partielle supracricoidienne avec CHEP

4. INDICATION CHIRURGIE CONSERVATRICE LARYNGEE

- règles physiologiques : le patient doit pouvoir s'alimenter PO, respirer et parler sans trachéotomie. Préservation :
 - d'au moins 1 UNITE CRICO-ARYTENOIDIENNE FONCTIONNELLE.
Elle permet la déglutition et la phonation

- CRICOÏDE : respiration sans trachéotomie
- BASE DE LANGUE : préserver au moins 2 cm de base de langue avec innervation motrice (XII) et vascularisation (a. linguale) pour la déglutition et la protection des VADS
- règles oncologiques : FIXITE VOCALE. La diminution de la mobilité du pli vocal est corrélée au degré d'infiltration tumorale. CONTRE-INDICATION de chir partielle si :
 - fixité pli vocal ET aryténoïde
 - atteinte massive de loge HTE
 - cricoïde
 - commissure post
 - tissus pré-laryngés
 - impossibilité de conserver une unité crico-aryténoïdienne fonctionnelle

Les marges d'exérèses sont de 2 à 5 mm pour les tumeurs glottiques.

- règles médicales : évaluer les comorbidités, l'âge physiologique du patient (les troubles de déglutition du sujet âgé seront aggravés..)

5. CHIRURGIE PAR VOIE ENDOSCOPIQUE AU LASER DES CANCERS DU PLI VOCAL

- Indications : états précancéreux / carcinome in situ / T1 / en cours d'évaluation pour T2 et T3, suivi de RTE
- Cordectomie type I : exérèse muqueuse (en réalisant une hydrodissection de l'espace de Reinke pour apprécier l'extension tumorale et protéger le ligament vocal).
Indications : lésions erythroplasie, leucoplasie, carcinome in situ
- Cordectomie type II : -> ligament vocal. Indications : carcinome in situ, micro-invasif ou doute lors de l'hydrodissection d'envahissement du ligament vocal
- Cordectomie type III : -> muscle thyro-aryténoïdien. Indications : T1a du 1/3 moy avec mobilité cordale normale
- Cordectomie type IV ou totale : étendue du processus vocal à la commissure antérieure, en prenant le périchondre thyroïdien interne. Indication : jusqu'au T3 si exposition OK, aryténoïde bien mobile, si commissure ant non envahie (2-3mm de sécurité), si espaces paraglottiques non envahis
- Cordectomie type V :
 - Va : commissure antérieure +/- partie du pli vocal controlatéral. Indication : extension superficielle à la commissure ant. (Mise en place de mitomycine C pour la prévention des synéchies glottiques antérieures.)
 - Vb : exérèse pli vocal et cartilage aryténoïde. Indication : extension processus vocal ou face ant aryténoïde avec mobilité normale.
 - Vc : exérèse pli vocal et pli ventriculaire. Indication : T2 des tumeurs glotto-sus-glottiques
 - Vd : exérèse pli vocal et sous-glote jusqu'au bord sup du cricoïde
- Cordectomie type VI : cancers débutants de la commissure antérieure

(Suites : repos vocal pdt au moins 10 jours, puis rééducation orthophonique)

