

Prise en charge des carcinomes épidermoïdes du larynx T3/T4 A propos de 25 cas

H. LAARAJ, A. RAJI*

*Service d'Oto-rhino-laryngologie. Hôpital Ibn Tofail. CHU Mohammed VI, Marrakech

ملخص

ان سرطان الحنجرة يحتل المرتبة الثانية من الامراض السرطانية للرأس والعنق في العالم . هذا السرطان يصيب في الغالب الذكور الذين تتراوح اعمارهم ما بين 45 و 70 سنة. يشكل استهلاك الكحول والتدخين اهم عاملان مسببان له. لا يزال استئصال الحنجرة الكلي هو العملية الجراحية الأكثر استعمالا في سرطان الحنجرة . تشمل دراستنا خمسة و عشرين مريض خضعوا للاستئصال الكلي للحنجرة بسبب اصابتهم المتقدمة بسرطان الحنجرة . في المرحلة T3 و T4 ، على مدى فترة 6 سنوات (2003-2009) . المعدل الزمني الذي يفصل بين ظهور الاعراض واول فحص طبي يناهز 13 شهرا . (ادنى مدة هي شهران واعلاها 48 شهرا) . ويشكل تغيير الصوت اهم تلك الاعراض. ويعتبر الشكل النسيجي الأكثر تواترا على الاطلاق هو السرطان البشرياني. تم تصنيف 68 ٪ من الاورام في المرحلة الثالثة وصنفت 32 ٪ في المرحلة الرابعة. اجريه عملية فتح القصبة الهوائية في حالة مستعجلة لثمانية عشر حالة أي بنسبة (72 ٪). الاستئصال الكلي للحنجرة هو العملية الجراحية التي اجريت على جميع المرضى. وقد تم استئصال العقد الليمفاوية عند جميع المرضى. وقد تم العلاج بالأشعة في 68 ٪ من الحالات. و تم إجراء العلاج الكيميائي عند 4 مرضى. وقد استجاب 72٪ من المرضى للعلاج وذلك بعد فترة متباعدة متوسطة تراوح 40 شهرا. يؤدي الاستئصال الكلي للحنجرة ، من حرمان صاحبه من التكلم بطريقة عادية، الا ان فضلها يتمكّن المرضى بنسبة 75 ٪ من البقاء على قيد الحياة حتى 5 سنوات. ان التشخيص المبكر ، اذا ما اصبح ممكنا سيفتح الباب امام خيارات علاجية افضل.

الكلمات الأساسية: الاستئصال الكلي للحنجرة – اتصال بلعومي جلدي – سرطان الحنجرة .

Résumé Le cancer du larynx occupe le deuxième rang des cancers de la tête et cou dans le monde. Il touche surtout le sexe masculin entre 45 et 70ans. La consommation alcool-tabagique constitue le principal facteur de risque. La laryngectomie totale reste l'intervention chirurgicale la plus réalisée pour les cancers laryngés. Notre étude concernait 25 cas de patients ayant eu une laryngectomie totale pour cancer avancé du larynx stade T3/T4, sur une période de 6 ans (2003-2009). Le délai moyen de consultation était de 13 mois avec des extrêmes allant de 2 à 48 mois. Le maître symptôme était représenté par la dysphonie chronique associé à la dyspnée. Le carcinome épidermoïde était le seul type histologique retrouvé. Lors du diagnostic, 68% des tumeurs étaient classées stade III et 32% étaient classées stade IV. Une trachéotomie était réalisée en urgence pour dyspnée sévère chez 18 de nos patients soit (72%). La laryngectomie totale est l'acte chirurgical réalisé chez tous nos patients. Un curage ganglionnaire était réalisé chez tous nos patients. Une radiothérapie adjuvante était réalisée chez 68% des cas. La chimiothérapie était faite chez 4 patients, essentiellement en situation néoadjuvante. Sur l'ensemble des patients suivis, 72% de réponses objectives ont été notées avec un recul moyen de 40 mois. La laryngectomie totale est une intervention mutilante, par le handicap vocal qu'elle engendre mais la survie à 5 ans est de 75%. La perte définitive de la fonction phonatoire du larynx en constitue le handicap majeur. Le diagnostic précoce de ces cancers dans notre pays peut permettre d'autres alternatives thérapeutiques

Mots-clés Laryngectomie totale – pharyngostome – cancers laryngée.

Abstract The laryngeal cancer is the second most common cancer of the head and neck in the world. It affects mostly males between 45 and 70 years. Alcohol consumption and smoking are the major risk factor. Total laryngectomy remains the most performed surgery for laryngeal cancer. Our study included 25 cases of patients who underwent total laryngectomy for advanced laryngeal cancer stage T3/T4, over a period of 6 years (2003-2009). The average time for consultation was 13 months ranging from 2 to 48 months. The main symptom was represented by chronic dysphonia associated with dyspnea. The squamous cell carcinoma was the only cell type found. At diagnosis, 68% of the tumors were classified as stage III and 32% were classified as stage IV. A tracheotomy was performed in emergency for acute dyspnea in 18 of our patients (72%). Total laryngectomy is the surgical procedure performed in all patients. A lymph node dissection was performed in all patients. Adjuvant radiotherapy was performed in 68% of cases. Chemotherapy was performed in 4 patients, mainly neoadjuvant. Of all patients treated, 72% of objective responses were observed with a mean of 40 months. Total laryngectomy is a mutilating intervention by the voice handicap but it generates 5-year survival is 75%. The permanent loss of function of the phonatory larynx is the major handicap. Earlier diagnosis of these cancers in our country may allow other therapeutic alternatives.

Key words Total laryngectomy – pharyngostoma – laryngeal cancer.

Introduction

Le cancer du larynx est le deuxième cancer le plus fréquent de la tête et du cou. Son traitement est chirurgical. Les différentes chirurgies réalisées dépendent du stade tumoral et du statut ganglionnaire. La laryngectomie totale reste l'intervention la plus fréquemment réalisée dans notre pays. L'objectif de notre travail, est d'évaluer les résultats post-opératoires et évolutifs des malades ayant eu une laryngectomie totale au service d'ORL du centre Hospitalier Mohamed VI de Marrakech.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective à propos de 25 malades ayant eu une laryngectomie totale pour cancer du larynx, dans le service d'ORL à l'hôpital du CHU Mohammed VI de Marrakech sur une période de 6 ans (2003-2009). Les critères d'inclusions des patientes retenues sont les suivants : Aucune restriction d'âge, Malades avec une confirmation histologique du cancer du larynx et ayant été traité par une laryngectomie totale. Les critères d'exclusions sont : les patients ayant refusé tout traitement, les patients jugés non opérables et ayant été traité par chimiothérapie ou radiothérapie

exclusive. La recueillie des données épidémiologiques, cliniques, paracliniques et de la prise en charge a été réalisé à l'aide d'une fiche d'exploitation.

Résultats

Dans notre série l'âge moyen de nos patients est de 59 avec des extrêmes allant de 39 à 80 ans.

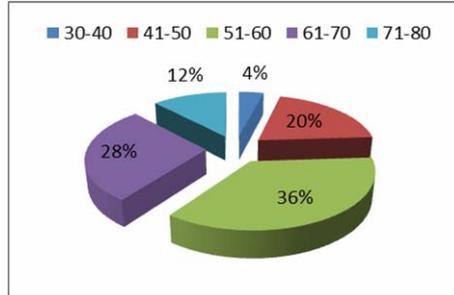


Figure1: Répartition des patients par tranche d'âge.

On note une nette prédominance masculine : 24 hommes (96%) pour 1 femme. La notion de tabagisme actif est retrouvée chez 80% des cas, associé à l'alcoolisme dans 36% des cas et au cannabisme dans 16% des cas, alors que seulement 28% des patients présentaient une profession à risque. Le délai moyen de consultation est de 13,16 mois avec des extrêmes allant de 2 à 48 mois. La symptomatologie été marquée par une dysphonie dans 92% des cas, une dyspnée dans 72%, des otalgies réflexes dans 8% des cas et une tuméfaction cervicale chez 4% des patients. Dans notre série, le siège glotto-sus-glottique était prédominant : il a été retrouvé dans 48% cas. L'atteinte simultanée des 3 étages était aussi fréquente, retrouvée chez 40% de nos patients et la fixité des cordes vocales été retrouvée dans 32% des cas. Le carcinome épidermoïde a été le seul type histologique retrouvé, bien différencié dans 68% des cas et moyennement différencié dans 32% des cas. Lors du diagnostic, 68% des tumeurs étaient classées stade III et 32% étaient classées stade IV. Une trachéotomie d'attente été réalisée en urgence chez 18 de nos patients soit (72%). La laryngectomie totale est l'acte chirurgical réalisé chez tous nos patients et curage ganglionnaire est réalisé chez tous nos patients. Une radiothérapie adjuvante a été réalisée chez 68% des cas. La chimiothérapie a été faite chez 4 patients, essentiellement en situation néoadjuvante. Les suites postopératoires ont été excellentes dans 80% des cas. Les complications postopératoires ont été dominées par le pharyngostome (16 % des cas). L'analyse des patients ayant présentés un pharyngostome

retrouve comme facteur de risque majeur la trachéotomie première et l'infection pariétale pré ou post-opératoire. Les complications de la radiothérapie étaient comme suite : radiodermite(23%), radiomucite(11,7%) et candidoses buccales(17,6%). Quinze patients ont bénéficié d'une rééducation orthophonique postopératoire et les résultats sont généralement satisfaisants. Sur l'ensemble des patients suivis, deux cas de récidives locorégionales et deux cas de métastases pulmonaires ont été objectivés. Après un recul moyen de 24 mois, le taux de survie à 3 ans était de 40%. A noter que 10% des patients suivis ont été perdus de vue au cours ou après le traitement.

Discussion

La laryngectomie totale est une chirurgie mutilante réalisée pour la première fois en 1866. Actuellement, elle cède peu à peu la place à une chirurgie moins mutilante conservant la fonction phonatoire des patients. Bien que cette intervention soit relativement lourde, les suites opératoires sont souvent simples. Les complications post opératoires précoces sont représentées essentiellement par l'hématome, l'infection et le pharyngostome.



Figure 2 :Pharyngostome

Ce dernier constitue la complication la plus gênante. Sa fréquence varie entre 2 et 35 % des cas dans la littérature (1, 2, 3, 4). Elle était de 16% dans notre série. Certains auteurs attribuent la survenue du pharyngostome au faible état nutritionnel préopératoire et aux limites chirurgicales tumorales (1). D'autres facteurs ont été incriminés comme le stade tumoral, la radiothérapie préopératoire, la technique chirurgicale, la trachéotomie première et l'expérience du chirurgien (2, 3). Dans notre série, la trachéotomie première et l'infection pariétale ont constitué les principaux facteurs ayant favorisé la survenue de pharyngostome. Les complications tardives sont représentées essentiellement par la sténose du trachéostome, la sténose pharyngo-oesophagienne et l'hypothyroïdie (1, 2,3). Dans notre série, ces complications étaient rares.

Pour Buisset et al (5), une hypothyroïdie, recherchée biologiquement, survient après radiothérapie plus fréquemment en cas de résection thyroïdienne partielle au cours du temps laryngé qu'en cas d'absence de geste thyroïdien associé (58 % contre 20 %). Après laryngectomie totale, les séquelles alimentaires sont rares. L'aphonie définitive constitue le handicap majeur par mutilation vocale. La rééducation post opératoire, afin de développer la voix œsophagienne, permet de la compenser. Il est difficile d'évaluer le taux de réussite de l'apprentissage de cette voix œsophagienne. Pour Gates (6), les chiffres relevés dans la littérature variaient de 34 à 86 %. En cas d'échec, les patients peuvent recourir au vibreur externe (laryngophone). Dans notre série, soixante-quatre pourcent de nos malades ont pu bénéficier d'une rééducation orthophonique avec une intelligibilité moyenne dans 69 % des cas. Depuis plus de 20 ans, de nombreux spécialistes se sont intéressés à la réhabilitation vocale après laryngectomie totale. La réhabilitation vocale peut être prothétique, plus simple mais plus onéreuse, ou chirurgicale plus complexe. Cette réhabilitation prothétique réalisée à la fin de la laryngectomie ou secondairement offre de très bons résultats vocaux. La difficulté réside dans les résultats à long terme souvent décevants avec dégradation de la qualité de la voix (2). En plus, la laryngectomie totale bouleverse notablement la vie des patients avec altération de leur vie sociale et sexuelle dans 58 % des cas (7). La reprise du travail est difficile à apprécier. Elle dépend des séquelles thérapeutiques, du contrôle tumoral, de l'âge, du niveau social et du contexte culturel et économique dans lequel vivent ces patients (8). Sur le plan carcinologique, les récurrences éventuelles apparaissent en général dans les 2 ans suivant l'intervention. Le taux d'échec local après chirurgie radicale varie dans la littérature entre 1,7 et 15 % (9, 10, 11). Plus l'intervalle entre la chirurgie et la radiothérapie est long, plus le taux de rechute augmente. Le taux de rechute ganglionnaire ne varie pas entre les patients ayant une atteinte ganglionnaire histologique ou non (9). Le taux de métastases à distance n'est pas négligeable: 7% pour Ampil (9) et 11,2% dans notre série retentissant ainsi sur le pronostic de ces malades. Ces localisations métastatiques sont pulmonaires dans 70% des cas, osseuses dans 20% des cas et hépatiques dans 10% des cas (localisation de plus mauvais pronostic). Concernant la survie, elle est de 43 à 53% à 5 ans (9, 11). Elle est meilleure en cas d'association de la radiothérapie post opératoire à la chirurgie (55 % contre 35 % en cas de chirurgie seule) (8, 12).

Conclusion

La laryngectomie totale est une intervention mutilante, par le handicap vocal qu'elle engendre mais la survie à 5 ans est de 75%. La perte définitive de la fonction phonatoire du larynx en constitue le handicap majeur. Le diagnostic plus précoce de ces cancers dans notre pays peut permettre d'autres alternatives thérapeutiques. En définitive et du fait du rôle important de l'exposition alcool tabagique le contrôle de ces cancers passe obligatoirement par la mise en place de campagnes d'information et d'éducation de la santé sur les modes de vie à risque.

Références

- 1-Cavalot AL, Gervasio CF, Nazionale G. Pharyngocutaneous fistula as a complication of total laryngectomy: review of the literature and analysis of case records. *Otolaryngol Head and Neck Surg* 2000; 123(5):587-92.
- 2-Galli J, De Corso E, Volante M. Post laryngectomy pharyngocutaneous fistula: incidence, predisposing factors and therapy. *Head and Neck Surg* 2005;133: 689-94.
- 3-Manceau A, Denis F, Garand G. Complications infectieuses après chirurgie carcinologique du pharyngo-larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003; 120(4):207-15.
- 4-Weingrad DN, Ronald H, Spiro H. Complications after laryngectomy. *Am J Surg* 1983;146:517-20.
- 5-Buisset E, Leclerc L, Lefebvre A. Hypothyroidism following combined treatment for hypopharyngeal and laryngeal carcinoma. *Am J Surg* 1991;162:345-7.
- 6-Gates GA, Hearne EM. Predicting oesopharyngeal speech. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1982;91:454-7.
- 7-Jay S, Ruddy J, Cullen RJ. Laryngectomy: the patient's view. *J Laryngol Otol* 1991;105:934-8.
- 8-Lotempio MM, Wang KH, Sadeghi A. Comparaison of quality of life outcomes in laryngeal cancer patients following chemoradiation vs total laryngectomy. *Head and Neck Surg* 2005;132(6):948-53.
- 9-Ampil FL, Nathan AO, Caldito G. Total laryngectomy and postoperative radiotherapy for T4 laryngeal cancer. *Am J Otolaryngol* 2004;25(2):88-93.
- 10-Leonhardt FD, Tangerina R, Okada DMet. Peristomal recurrence after total laryngectomy. *Head and Neck Surg* 2004;131(2):236.
- 11-Wing Yuen AP, Wei WI, Hui Y, Ho WK. Comprehensive analysis of pharyngeal recurrence of laryngeal carcinoma after total laryngectomy. *Am J Otolaryngol* 1996;17(6):380-5.
- 12-Seiden AM, Mantraverdi RP, Haas RB. Advanced supraglottic carcinoma: a comparative study of sequential treatment policies. *Head Neck Surg* 1984;7:22-7.