Les cancers de la langue
Etude rétrospective à propos de 47cas

S. BELGADI, L. ADERDOUR, A. RAJI*

*Service d'ORL. CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص
يعتبر اللسانمن أكثر الأعضاء إصابة بالسرطانفي منطقة الوجه والعنق.يهدف عملنا هذاإلى دراسة المميزات السريرية و العلاجية لهذا المرض وذلك من خلال دراسة أجريناها في المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش خلال الفترة الممتدة ما بين يناير 2007 و أكتوبر 2014. وقد شملت دراستنا 47 حالة معدل سنها كان هو 55.34 سنة مع نسبة كبيرة من الذكور (57 بالمائة). مثلت إصابة اللسان المتحرك 91.50 بالمائة وأساس اللسان 8.50 بالمائة. وقد تم تصنيف 33 ورما (68 بالمائة) في صنف T3-T4. فيما تم تصنيف 17 مريض في فئةN1 .كانتالعلاج جراحيا عند 18 مريضا وقدأتبعبالأشعة لدى 4 مرضى، فيما حصل 61 بالمائة من المرضى التي بدا أنه لا يمكن خضوعهم للجراحة أو الذين رفضوا الخضوع لها, على علاج كيماوي وإشعاعي مرافق أو علاج كيماوي بالنسبة للأورام المتطورة. وقد توفي 17 مريضا خلال مدة تراوحت ما بين 18 و 50 شهرا بعد تشخيص الورم، فيما لا زال 22 مريضا على قيد الحياة. جودة الحياة بعد العلاج كانت ممتازة بنسبة 67 بالمائة, مع نتيجة رضى تفوق أو تعادل 50 بالمائة.
الكلماتالاساسيةسرطان -خلايا-حرشفية-لسان- تبغ- جراحةإشعاع-جودة-الحياة

RésuméLes cancers de la langue constituent les cancers les plus fréquents des voies aérodigestives supérieures. Leur survie est médiocre. Le but de notre travail est d'étudier les particularités de ces cancers. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au centre hospitalier universitaire Mohammed VI de Marrakech, durant la période allant de janvier 2007 à octobre 2014. Notre étude a inclus 47 patients. La moyenne d'âge était de 55,34 ans, avec une légère prédominance masculine (57 %). Le siège de la lésion était la langue mobile dans 91,50 % des cas. Après un bilan d'extension locorégional et général, 33 tumeurs ont été classées T3-T4. Quinze patients n'avaient pas d'adénopathies palpables. Le traitement a consisté en une chirurgie chez 18 patients, suivie d'une radiothérapie adjuvante chez 4 patients. 61 % des patients ayant été jugés inopérables ou ayant refusé la chirurgie ont reçu une chimio radiothérapie concomitante ou une chimiothérapie palliative pour les tumeurs évoluées. 17 patients sont décédés dans un délai variant de 18 à 50 mois après diagnostic de la tumeur. 22 patients sont toujours en vie avec un recul de 2mois à 6 ans après leur traitement. Ils présentaient un score de santé et de qualité de vie globale de 67%, avec un score de satisfaction supérieur ou égal à 50 %. Les malades interrogés à l'aide du questionnaire UW-QOL Study ont rapporté subjectivement leurs qualités de vie. On ne note aucune relation entre les variations des scores, le sexe, l'âge ou le type de chirurgie préconisé.
Mots clés Carcinome-Epidermoïde –Langue- Tabac – Chirurgie- Radiothérapie- Pronostic- Qualité de vie.

SummaryCancers of the tongue are the most common cancers of the upperaerodigestive tract, often associated with poor survival probability. The aim of ourstudyis to analyze the epidemiologic, clinical, prognostic, therapeutical aspect of these cancers, and to assess different quality of life dimensions after treatement. Records were reviewed retrospectively betweenJanuary 2007 and October 2014 in Mohammed VI university hospital of marakech. Fortyseven patients with tongue cancer were included in the study. The meanagewas 55.34 years (23-89), with a slight male predominance (57%). Most of the tumors were locatedat the oral tongue (91.50%). Stagingwas most often T3-T4 (68%) and N1. Treatment options includedsurgery for 18 patients, followed by adjuvant radiation for 4 patients. 61% of patients who were consideredinoperable, receivedchemoradiation or palliative treatment if the cancer cannotbecured. 17 patients diedwithin a periodrangingfrom 18 to 50 monthsafterdiagnosis. 22 patients are still alive with a decline of 2 months to 6 yearsaftertreatment. The meanlevel of satisfaction washigher or equal to 50 % for global quality of life. 13 Patients ansewred the UW-QOL questionnaire Study, none of them were reconstructed with a flap, theysubjectivelyreportedtheir quality of life. There is no relationshipbetween change scores, sex, age or type of surgeryrecommended.
Key words carcinoma-squamous-tongue-tobacco-surgery-radiation-prognostic-life quality

Introduction

Les cancers de la langue constituent les cancers les plus fréquents de la cavité buccale.Ils sont dominés par les carcinomes épidermoïdes dans plus de 90% des cas. Le facteur étiologique principal est l'intoxication alcoolo-tabagique [1]. Toute lésion de la langue tant soit peu suspecte nécessite une biopsie, sans attendre le résultat d'un traitement d'une hypothétique ulcération d'origine dentaire [2].Les signes fonctionnels ne surviennent que tardivement avec un délai diagnostic en moyenne de 5 mois [1], expliquant que la moitié des malades présentent au moment de la consultation une tumeur déjà évoluée. Le traitement du cancer de la langue repose essentiellement sur la chirurgie et la radiothérapie. La chimiothérapie ne constitue qu'une thérapeutique adjuvante dans la stratégie thérapeutique des cancers de la langue. Le pronostic des cancers de la langue, reste toujours sombre avec des survies à 5 ans de 34 à 46%. Le taux de récidive locale reste élevée quelque soit la méthode de traitement. Les cancers de la langue par leur localisation peuvent interférer avec les fonctions essentielles comme la respiration, la mastication, la déglutition, la phonation et entraineraient de ce fait une dégradation de la qualité de vie orale et générale du patient [3].

Objectifs de notre travail :

Le but de notre étude est de déterminer les particularités épidémiologiques, cliniques, paracliniques, anatomopathologiques et évolutives de ce cancer, ainsi d'évaluer les différents dimensions de la qualité de vie des malades après traitement, afin d'améliorer la prise en charge de nos patients.

Matériels et méthode

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à propos d'une série de 47 patients, réalisée au centre hospitalier Mohamed VI de Marrakech, durant la période s'étalant entre janvier 2007 et octobre 2014. Nos données ont été collectées à partir des dossiers médicaux et ont été notés sur une fiche d'exploitation. L'évaluation des résultats a été faite à l'aide des questionnaires : EORTC QLQ-C30, EORTC H&N35 « Head and Neck » et

un questionnaire établi par l'université de Washington UW-QOL. Le saisie et analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel « SPSS v.17 ».

Résultats

Durant la période de notre étude, la fréquence des cancers de la langue par rapport à l'ensemble des cancers des VADS hospitalisées au sein du service d'ORL-CHU Mohamed VI a représenté 8,6 %. La moyenne d'âge était de 55,34 ans avec des extrêmes allant de 23 ans à 89 ans. Le sex-ratio était de 1,35. Nous avons relevé un antécédent d'intoxication tabagique chez 22 patients, dont 22 % étaient de sexe féminin. L'intoxication alcoolique a été retrouvé chez 8 patients, tous de sexe masculin. Sur le plan clinique, le délai moyen de consultation était de 9,3 mois, la symptomatologie clinique était dominée par la constatation d'une lésion tumorale dans 18 % des cas et des glossodynies dans 13 %. L'examen clinique a retrouvé une tumeur ulcéro-bourgeonnante dans la majorité des cas, siégeant au niveau de la langue mobile dans 91,50 % des cas (Figure1). Les adénopathies cervicales ont été retrouvées chez 26 patients. La certitude diagnostique a été apportée par l'examen anatomopathologique révélant un carcinome épidermoïde dans 97,87 % des cas.

Figure 1 : lésion bourgeonnante au niveau du bord libre de la langue mobile.

Après un bilan d'extension locorégional (Figure 2,3) et général, 33 tumeurs (68 %) ont été classées T3-T4 selon la classification TNM (UICC 2002-2009) [4], et 29,8 % ont été classé T1-T2. 15 cas n'avaient pas d'adénopathies palpables, 17 patients ont été classé N1, 15 cas classés N2 et aucun N3. Un seul malade avait des métastases pulmonaires, était classé ainsi M1.

Figure 2 : TDM cervico-faciale montrant une lésion au niveau de la partie gauche de la langue infiltrante + plusieurs adénopathies latéro-cervicales.

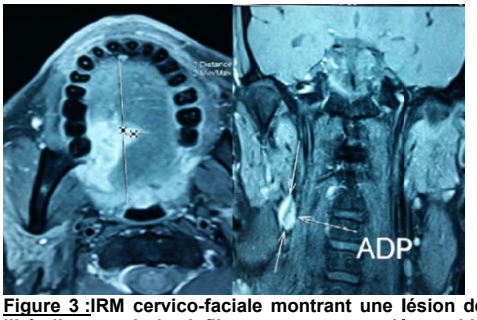

Figure 3 :IRM cervico-faciale montrant une lésion de l'hémilangue droite infiltrante avec une adénopathie cervicale homolatérale.

Le délai entre le diagnostic anatomopathologique et le traitement excédait un mois dans 45,70 %, avec des extrêmes allant de 3 jours jusqu'à 61 jours. Le traitement a consisté en une chirurgie chez 18 patients, suivie d'une radiothérapie adjuvante chez 4 patients. Soixante et un pour cent des patients, ayant été jugés inopérables ou ayant refusé la chirurgie ont reçu une chimio radiothérapie concomitante ou une chimiothérapie palliative pour les tumeurs évoluées. La radiothérapie exclusive a été indiquée chez un seul patient. La dose moyenne de la radiothérapie était de 56Gy (Figure 4).

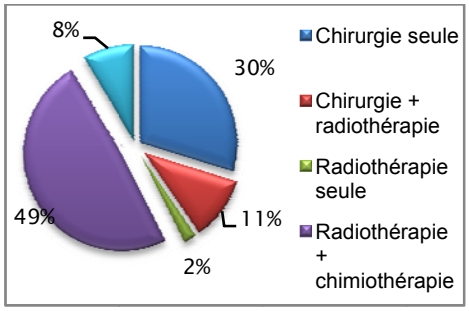

Figure 4: stratégie thérapeutique dans notre série

Avec un recul médian de 16,4 mois, nous avons noté 5 cas de récidive,avec un seul cas de métastases pulmonaires associées. Dix-sept patients sont décédés dans un délai variant de 18 à 50 mois après le diagnostic de la tumeur. Vingt-deux patients (46,9 %) sont toujours en vie avec un recul variant de 2mois à 6 ans après leur traitement, et 17 % des malades ont été perdus de vue (Figure 5).

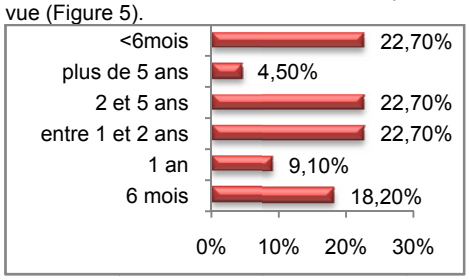

Figure 2 :répartition de notre série selon la survie après traitement

Les 22 patients ont accueilli favorablement les questionnaires de qualité de vie, ils présentaient un score de santé et de qualité de vie globale de 67%, avec un score de satisfaction supérieur ou

égal à 50 %. Pour l'échelle de symptômes spécifiques « tête et cou », nous avons obtenu une moyenne de 23 % de doléances avec un écart-type de 19%.Les malades traités par chirurgie ont été interrogés à l'aide du questionnaire UW-QOL Study, et ont rapporté subjectivement leurs qualités de vie. On a observé un certain parallélisme entre les scores de phonation et ceux de la déglutition. Par contre, nous n'avons observé aucune relation entre les variations des scores et le sexe, l'âge ou le type de chirurgie préconisé.

Discussion

Par leur fréquence, les carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou sont au sixième rang des cancers des populations occidentales [5]. Les cancers de la langue touchent avec prédilection les âges situés entre 55 et 65 ans, avec des extrêmes allant de 30 à 90 ans [6]. L'imputabilité de l'alcool et du tabac est formellement prouvée dans la survenue des cancers de la langue, confirmant ainsi le rapport de l'International Agency for Research on Cancer (IARC) de 1985 [7]. Sur le plan clinique, le délai moyen séparant le premier symptôme et le diagnostic est de moins de 5 mois dans la majorité des cas [6]. Les cancers de la base de la langue sont de découverte souvent tardive en raison de la discrétion de leur symptomatologie [1, 8, 9].Lors d'une atteinte de la langue mobile, une lésion ulcéro-végétante est le plus souvent notée, alors qu'en cas d'atteinte de la base de la langue, les formes ulcéro-infiltrantes sont les plus fréquentes. Des adénopathies cervicales au moment du diagnostic sont notées dans près de 75 % des cas, volontiers bilatérales, traduisant la grande lymphophilie des tumeurs linguales [10, 11]. Seule l'analyse anatomopathologique par biopsie ou exérèse de la tumeur permet de poser le diagnostic positif. Les carcinomes épidermoïdes représentent la très grande majorité des tumeurs malignes linguales (plus de 90%) [9]. Lors du bilan d'extension locorégionale et à distance, le but de l'imagerie est d'évaluer l'extension tumorale profonde et de rechercher une dissémination métastatique en particulier ganglionnaire, permettant ainsi une classification TNM de la tumeur. Le traitement de référence des tumeurs de la langue reste essentiellement chirurgical. La radiothérapie externe fait partie du traitement des tumeurs des voies aérodigestives supérieures, considérée par la Haute Autorité de santé (HAS) comme un traitement curatif de première intention, au même titre que la chirurgie, en association ou non à la chimiothérapie [12]. La radiothérapie peut également être proposée en cas de récidive locorégionale. Le protocole thérapeutique dépend de plusieurs paramètres, qui sont le plus souvent associés à un mauvais pronostic, dont les plus importants sont : La localisation tumorale, l'extension locale, l'extension aux structures avoisinantes, l'extension ganglionnaire et le malade. Enfin, le traitement des cancers de la langue doit être discuté d'une manière collégiale entre les chirurgiens et les radiothérapeutes [1, 9].
Quel que soit le traitement de la tumeur primitive, la survie dépend pour beaucoup d'auteurs, de l'état ganglionnaire. Les N0 donnent 42 à 49% de survie à 5 ans et les formes avec adénopathies palpables donnent 13 à 24% [11]. Dans notre série, les N0 ont donné 85% de survie. Pour les cancers de la base de la langue, les survies à 5 ans sont de 11,5%, 20% et 26% dans trois séries importantes [6, 9].Le résultat fonctionnel idéal post-thérapeutique est l'obtention d'une déglutition et d'une élocution normales. Dans l'étude effectuée par S. Prince, de nombreux patients traités présentent des troubles de l'une ou de l'autre fonction : un tiers des malades rapporte, lors d'un auto-questionnaire, des difficultés d'élocution, et presque un sur deux des difficultés de déglutition, quel que soit le traitement [13]. Les analyses rétrospectives de patients traités par radiothérapie externe, curiethérapie basilinguale et curage ganglionnaire cervical auraient des résultats fonctionnels plus favorables que les patients opérés. Ces résultats ne sont pas confirmés dans un travail comparatif de patients opérés et non opérés d'un carcinome de la base de la langue : aucune différence statistique n'est observée tant sur le plan fonctionnel que vis-à-vis de la qualité de vie, à classification TNM équivalente, en raison de l'importance de la fibrose et de la xérostomie après radiothérapie [13].Dans la littérature, peu d'études se sont penchées sur la qualité de vie après glossectomie.Les résultats obtenus sont proches de ceux de la population de référence pour les trois domaines non spécifiques à la pathologie « tête et cou » : qualité de vie globale de 67%, avec un écart-type de 25 %. Alors que le score de la population de référence de la base de données de l'EORTC était de 68%. La moyenne des 5 scores de fonctionnement (physique, émotionnel, cognitif, social et activité quotidienne) de notre population était de 77% et celle de la population de référence était de 82% .Nous avons remarqué une dispersion des scores de fonctionnement obtenus par la population de notre étude, les écarts-types allant de 14 à 29% selon les domaines de fonctionnement [3] (Tableau I).

Tableau I: Moyennes de « l'échelle fonctionnement » de l'EORTC QLQ-C30.
Comparaison population d'étude/population EORTC/population L. Crevier

Domaine de fonctionnement	Fonctionnement			
	physique	émotionnel	cognitif	social
Moyenne de la population de notre étude	70	73	88	71
Ecart type	25	24	14	29
Moyenne de la base EORTC	87	68,8	87	84,8
Ecart type	20	22,3	17,4	23
Moyenne de la base L. Crevier	83	70	90	**86**
Ecart type	25	25	18	**16**

Nous avons obtenu une moyenne de 23 % de doléance avec un écart-type de 19% pour l'échelle de symptômes spécifiques « tête et cou ». Notre population était très hétérogène avec des écart-type extrêmes allant de 13 à 47%. (Tableau II). Alors que dans l'étude menée par Lise Crevier-Buchman, la moyenne obtenue était de 23 % de doléance avec un écart-type de 19%. La population dans cette étude était très hétérogène également avec des écart-type extrêmes allant de 13 à 47%.

Tableau II : Moyennes de « l'échelle de symptômes génériques» de l'EORTC QLQ-C30. Comparaison population d'étude/population EORTC/population L. Crevier

Symptôme générique	Moyenne de la population de l'étude	Ecart type	Moyenne de la population de L. Crevier	Ecart type	Moyenne de la base EORTC
Fatigue	36	3	16	23	25,9
Nausées-vomissements	7,57	18	4	16	3,9
Douleur	23	2,55	16	16	25,7
Insomnie	21	24	27	34	29
Perte appétit	21	28	10	26	17,7
Difficultés financières	63	41	4	16	11,4

Conclusion :

Le cancer de la langue est un problème majeur de santé, souvent associé à une probabilité de survie médiocre. Un diagnostic précoce avec une prise en charge optimale permettent d'obtenir des résultats satisfaisants sur le plan thérapeutique.

En dépit des progrès de la radiothérapie, le traitement est souvent un échec pour de nombreux patients en raison des caractéristiques de la tumeur, stade T3 ou T4, extension métastatique ganglionnaire cervicale avec effraction capsulaire, etc. Une survie à cinq ans n'est obtenue que pour 30 à 50 % d' entre eux.

Les résultats obtenus au questionnaire de qualité de vie ont mis en évidence des profils très différents et soulignent l'hétérogénéité des patients face à la notion de handicap dans ce type de pathologie. Le questionnaire de qualité de vie s'est avéré être un bon médiateur pour permettre aux patients d'évoquer des difficultés liés à leur pathologie et/ou à son traitement, qui ne sont pas systématiquement abordées dans le cadre des consultations de suivi post opératoire. L'expression des incapacités et du handicap au quotidien devrait permettre d'orienter les patients vers des prises en charge visant une réhabilitation ou une adaptation fonctionnelle ou relationnelle adaptée et personnalisée grâce aux réponses exprimées au travers des questionnaires de qualité de vie.

Références

1-J.-M.Prades, T. Schmit, A. Timoshenko. Cancers de la langue. EMC, Oto-rhino-laryngologie 2004 ; 20-627-A-10 : 21p.

2-P. JACQUES, B. MAURUC. Revue du Prat. 1990, (19) : 1811-1814.

3-Lise Crevier-Buchman, Martine Smadja, Christophe Tessier, et al.Evaluation de la qualité de vie après glossectomie partielle.Fr. ORL - 2007 ; 92 : 288 – 301. Présenté à Paris en 2004 au 111ème congrès de la SFORL sous forme de communication orale.

4-L.W. Brady, H.-P. Heilmann, M. Molls, C. Nieder.Decision making in radiation oncology Vol. 1 ; 570p.
p 75-104.

5-Les cancers en France.
Ed. 2013, édité par l'Institut National du Cancer INCa.
Depotlegal janvier 2014.p 58-62.

6-PINSOLLE J., MAURUC B.Cancer de la langue :étiologie, diagnostic, évolution et pronostic, principes du traitement.Rev. Prat. 1990 ; 40, 19: 1811-1814.

7-International Agency for Research on Cancer. Tobacco habits other than smoking. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to humans
Volume 37. IARC ; Lyon, 1985. Niveau de preuve 4.

8-CHASSAGNE JF, MALKA G. Cancer de la langue. Cancer du plancher buccal, des joues, des lèvres : étiologie, diagnostic, évolution et pronostic, principes du traitement. Rev. Prat. 1988 ; 38, 19: 1327-1333.

9-MONDIE JM.Cancer de la langue : épidémiologie, diagnostic, traitement.Rev. Prat. 1996 ; 46 : 1775-1781.

10-Byers RM, El-Naggar AK, Lee YY.
Can we detect or predictthe presence of occult nodal metastases in patients withsquamous carcinoma of the oral tongue? Head Neck 1998 ; 20: 138–144.

11-Lyddiatt DD, Robbins KT, Byers RM.
Treatment of stage Iand II oral tongue cancer.
Head Neck 1993 ; 15: 308–312.

12-HAS. Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, INCa Département des recommandations professionnelles. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer des voies aérodigestives supérieures [Guide médecin affection longue durée no 30]. Saint-Denis La Plaine, Boulogne-Billancourt: Haute autorité de santé (HAS), Institut national du cancer (Inca); 2009 [Disponible en ligne à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009- 12/ald 30 guide vads web.pdf].

13-Perlmutter MA, Johnson JT, Snyderman CH. Functionaloutcomes after treatment of squamous cell carcinoma ofthe base of the tongue. Arch Otolaryngol Head Neck Surg2002 ; 128: 887–891.