

CANCER DE LA LANGUE

Pr Nouikes Zitouni S
Année universitaire 2019/2020

I. Introduction

- Cancer fréquent des voies aérodigestives supérieures dominé par les carcinomes épidermoïdes.
- Les facteurs de risque toujours dominés par le tabac et l'alcool.
- Diagnostic tardif : sous-estimation de la lésion pour le cancer de la langue mobile, et l'inaccessibilité à l'examen clinique pour la base de langue.
- Lymphophilie très élevée : fréquence des métastases ganglionnaires + bilatéralité.
- Prise en charge thérapeutique lourde avec complications importantes liées au traitement.
- Mauvais pronostic : retard diagnostique, extension locale sans barrière et métastases à distance, complications liées au traitement, cancers synchrones ou métachrones.

II. Rappel anatomique

- La langue est un organe musculo-muqueux qui occupe la plus grande partie de la cavité orale.
- C'est un squelette ostéo-fibreux soutenu par un sangle musculaire.
- Elle joue un rôle dans la mastication, la déglutition, la succion, et l'articulation des sons.
- Sa muqueuse est le siège d'organes sensoriels à l'origine de la perception gustative, et d'un réflexe sécrétoire salivaire des glandes annexées à la cavité orale.
- La langue mobile orale et la base de la langue oropharyngée sont séparées par le V lingual ouvert en avant. Cette base de langue contient un organe lymphoïde c'est l'amygdale linguale.
- Drainage lymphatique : les lymphatiques de la pointe de la langue se drainent vers les nœuds lymphatiques submentaux et submandibulaires bilatéraux; ceux du corps et de la base vont à la chaîne jugulaire interne, le drainage est bilatéral pour la base de la langue.

Innervation:

Innervation motrice: XII VII

Innervation sensitive: assurée d'arrière en avant par le X, IX, Nerf lingual

Innervation sensorielle: IX et corde du tympan

III. Epidémiologie

- L'incidence des cancers de la langue est de 7,4/ 100 000 habitants en France.

- Les cancers de la langue mobile représentent 30% des cancers de la cavité buccale et 10% des cancers des VADS. Ceux de la base de langue représentent 20% des cancers de l'oropharynx.
- Le sexe ratio est de 9,8 hommes pour 1 femme.
- L'âge de prédilection : entre 55 et 66 ans.
- **Les facteurs de risque**
 - o Tabac et alcool: le cancer de la langue se voit 6 à 25 fois chez les fumeurs. Ce risque augmente après 20 ans d'intoxication tabagique et est multiplié par 4 en cas d'intoxication conjointe.
 - o La mauvaise hygiène dentaire : est retrouvée chez 80 % des patients porteurs de carcinomes des voies aérodigestives supérieures. Le risque est ainsi multiplié par 2 pour les cancers de la cavité buccale.
 - o La dénutrition vitaminique et protidique est fréquemment retrouvée.
 - o Facteurs toxiques: métaux lourds.
 - o Lésions précancéreuses: 15 % des cas, la leucoplasie, le lichen (lichen atrophique, érosif), l'érythroplasie, la papillomatose orale floride (Rôle de certains virus (HPV 11: papillomavirus humain 14 % à 91%, qui a été mis en évidence dans certaines papillomatoses orales florides).
 - o Génétique: altérations génétiques cumulées (inactivations de gènes suppresseurs de tumeur gène p53).

IV. Anatomopathologie

A. Macroscopie

- Forme ulcéreuse : très fréquente, présente un bord plus ou moins irrégulier, est induré, surélevé, parfois éversé. La lésion saigne au moindre contact. Cette ulcération repose sur une induration profonde, témoin du caractère infiltrant de la tumeur.
- Forme végétante : moins fréquente. Elle se présente sous l'aspect de bourgeons, plus ou moins épais, en saillie sur la muqueuse saine. Parfois la lésion surplombe la muqueuse voisine. L'induration profonde reste néanmoins plus étendue que la base d'implantation de la tumeur.
- Forme ulcérovégétante : associe les deux aspects précédents. L'infiltration profonde est plus étendue que la lésion visible.
- Forme infiltrante ou ulcéro-infiltrante : définie par l'importance de la tumeur profonde en regard des signes d'inspection. Elle est d'un très mauvais pronostic.
- Autres : forme fissuraire, nodule interstitiel, forme « papillomateuse hyperkératosique »

B. Microscopie

a) Tumeur épithéliales :

- Les carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés représentent plus de 90 % des tumeurs malignes de la langue.
- Rarement des carcinomes indifférenciés, Carcinome à cellules fusiformes, carcinome verruqueux.

- Adénocarcinomes : surtout représentés par les carcinomes adénoïdes kystiques ou cylindromes et les tumeurs mucoépidermoïdes.

b) Autres tumeurs : sont beaucoup plus rares :

Sarcome fibroblastique à cellules fusiformes, rhabdomyosarcome, schwannome malin, angiosarcome de Kaposi, mélanome malin, lymphome malin non hodgkinien, métastases linguales d'un carcinome bronchique, utérin, mammaire ou digestif.

V. Diagnostic positif

TDD: carcinome épidermoïde de la langue mobile

A. Sémiologie clinique

- Circonstances de découverte: sont variables :
 - Découverte fortuite lors d'un examen de la cavité buccale pour un autre motif (odontologique, anesthésique...);
 - Reconnaissance par le malade lui-même d'une anomalie volontiers indurée du revêtement muqueux ;
 - À un stade plus évolué: gêne fonctionnelle exprimée sous la forme d'un défaut d'élocution, d'un trouble ou d'une douleur à la déglutition (odynophagie), d'une limitation de la protraction linguale, mise en évidence d'une lésion suspecte lors du diagnostic étiologique d'une adénopathie cervicale, altération de l'état général.
- L'examen clinique endobuccal : avec deux abaisse-langue un bon éclairage, voit la lésion. Celle-ci est palpée doucement avec l'index protégé.
- L'étude de l'ensemble du carrefour aérodigestif sous contrôle de la lumière froide est impérative (nasofibroscopie), de même la recherche systématique d'adénopathies cervicales satellites, bilatérales.
- Schématisation de la lésion, et des adénopathies.
- Examen orl et somatique complet.
- Biopsie : Obligatoire sur le plan médico-légal avant toute mise en œuvre thérapeutique.

B. Bilan d'extension

- Étude endoscopique : permet les prélèvements histopathologiques, la détection de lésions précancéreuses ou cancéreuses de la cavité buccale, peut utiliser une coloration in vivo de solution aqueuse à 1 % de bleu de toluidine pour guider les biopsies ou frottis cytologiques.
- Imagerie :
 - La TDM : est plutôt réalisée si une extension osseuse est suspectée.
 - L'IRM: peut être proposée en première intention devant un carcinome lingual, surtout si une extension au plancher buccal ou vers la ligne médiane est suspectée par la palpation.

- La TEP : l'application la plus importante est la recherche d'une maladie résiduelle ou d'une récurrence : un délai de 4 mois après la fin de la radiothérapie est conseillé pour minimiser l'inflammation post- radique.
- L'échographie : est un examen simple et rapide. Elle donne des informations sur la présence, la taille, les rapports avec la ligne médiane et le plancher de la bouche d'une tumeur linguale. Elle permet d'apprécier le statut ganglionnaire cervical.
- Bilan d'extension locorégionale et à distance : radiographie du thorax voire TDM thoracique, Echographie abdominopelvienne, Scintigraphie osseuse.

C. Formes cliniques

Formes topographiques : on citera essentiellement :

Le cancer de la base de la langue :

- Longtemps inexpressif
- Odynophagie, otalgie, sensation de corps étranger, d'accrochage unilatéral, dysphagie, ADP révélatrice dans 10% des cas.
- Prédominance de la forme ulcéro-bourgeonnante ou ulcérée.
- Survie à 5 ans : 10%.

D. Classification TNM : UICC 2009

Tumeur

Tx : la tumeur primitive n'est pas évaluable

T0 : pas de tumeur primitive décelable

Tis : carcinome in situ

T1 : tumeur \leq 2 cm dans sa plus grande dimension

T2 : tumeur comprise en 2 et 4 cm

T3 : tumeur $>$ 4 cm dans sa plus grande dimension

T4 : tumeur avec extension aux structures adjacentes (os, peau, muscle...)

Adénopathie

Nx : adénopathies (ADP) régionales non évaluables

N0 : pas d'ADP régionale métastatique

N1 : ADP métastatique unique, unilatérale \leq 3 cm

N2a : ADP métastatique unique, unilatérale $>$ 3 cm mais \leq 6 cm

N2b : ADP métastatiques multiples, homolatérales \leq 6 cm

N2c : ADP métastatiques multiples, contro- ou bilatérales \leq 6 cm

N3 : ADP métastatique $>$ 6 cm dans sa plus grande dimension

Métastases

M0/M1 absence ou présence de métastases à distance

VI. Diagnostic différentiel

- Ulcération traumatique disposée sur le bord de la langue en regard d'une dent ou d'un élément prothétique agressif. La suppression de la cause doit

entraîner la guérison dans un délai de 8 jours. Passé ce délai, la suspicion d'un cancer doit être envisagée.

- Aphthe isolé surtout si la taille est supérieure à 10mm et qu'il ne guérit pas en quelques jours spontanément.
- Intrications cancer-candidose : peut également être trompeuse. La persistance des lésions, après traitement de la candidose, est éminemment suspecte.
- Lésions précancéreuses
- Ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques : rares

VII. Traitement

Curiethérapie

Rayonnements gamma de sources radioactives, placées à l'intérieur du tissu lésionnel ou sur les berges de l'exérèse tumorale. L'Iridium 192 est le radioélément de choix, La dose totale est de l'ordre de 60 à 70 Gy.

Radiothérapie externe :

- La radiothérapie externe peut être associée aux autres modalités thérapeutiques :
 - avant curiethérapie
 - après chirurgie
 - concomitamment à une chimiothérapie
- Elle peut également être délivrée de façon exclusive
- La Radiothérapie Conformationnelle avec Modulation d'Intensité (RCMI) est recommandée.
- Traite localement la tumeur et/ou les territoires ganglionnaires de drainage.

Chimiothérapie : peut-être :

- concomitante à la radiothérapie
- néo-adjuvante : à discuter si atteinte ganglionnaire N3
- palliative (maladie métastatique, récurrence ou seconde localisation en territoire irradié inaccessible à un traitement locorégional).

La meilleure association est la combinaison 5-fluoro-uracile (5FU) et cisplatine.

Chirurgie

Sur la tumeur primitive: par voie trans-orale. Il peut s'agir d'une glossectomie marginale (résection antéro-latérale), d'une hémiglossectomie sagittale ou d'une hémiglossectomie transversale.

Aires ganglionnaire : évidemment ganglionnaire radical ou fonctionnel selon le statut du N.

Autres mesures :

Traitement des infections
Traitement de la douleur
Corriger la dénutrition et l'amaigrissement
Soins dentaires
Arrêt du tabac et de l'alcool
Prise en charge psychologique

Surveillance

1 consultation tous les 2 mois pendant 1 an
1 consultation tous les 4 mois pendant 2 ans
1 consultation tous les 6 mois pendant 2 ans

Conclusion

Il est capital de dépister le cancer lingual devant toute lésion ulcéreuse implantée sur une zone d'induration profonde décelable au doigt.

La prévention doit s'appuyer sur la suppression des facteurs de risque habituels des cancers des VADS que sont l'alcool et le tabac et sur la prise en charge spécialisée des lésions précancéreuses dominées par les lésions blanches de la langue.