

Cancer des amygdales palatines

Pr Nouikes Zitouni S

Année universitaire 2019/2020

I. Introduction

- Cancer fréquent en ORL
- Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent.
- Essentiellement lié au tabac et au virus HPV.
- Diagnostic souvent fait à un stade tardif
- Prise en charge thérapeutique lourde avec un impact important sur la qualité de vie.
- Pronostic sombre : très grande lymphophilie, retentissement important sur l'état général, complications liées au traitement

II. Rappel anatomique

Les amygdales palatines sont des formations lymphoïdes, plaquées contre la paroi latérale de l'oropharynx entre les deux piliers antérieur et postérieur. Elles présentent des rapports avec :

- en haut : voile du palais, région ptérygoïdienne.
- en bas : sillon amygdaloglosse, base de langue
- en dehors : paroi latérale de l'oropharynx, région para-amygdalienne.
- en avant : face interne de la joue.
- en arrière : espace para-pharyngé.

La loge amygdalienne de forme triangulaire comporte 3 parois (ant-post-plancher), un sommet et une base.

La vascularisation de l'amygdale est assurée par un hile unique ; un pédicule amygdalien inférieur qui comprend l'artère tonsillaire inférieure branche de l'artère palatine ascendante, et l'artère polaire inférieure branche de l'artère linguale.

Le drainage veineux constitue à la périphérie de l'amygdale un plexus continu :

Les veines polaires inf → sinus caverneux et plexus ptérygoïdien

Les veines du hile sup → veine jugulaire externe

Les veines du hile principal → veine jugulaire interne

L'innervation est assurée par le plexus tonsillaire d'ANDERSCH qui provient du IX

Le plexus péripharyngé est constitué par les fibres du IX et X, et du sympathique cervical fournit des filets sensitifs et végétatifs qui accompagnent les pédicules artériels.

III. Epidémiologie

- Les cancers de l'amygdale constituent environ 15 % des cancers de la sphère ORL
- Age : 55 – 70ans.
- Sexe : nette prédominance masculine dans 85% des cas.

- Type histologique : carcinomes épidermoïdes (90 % des cas), puis les lymphomes malins dans 10 à 15 % des cas.
- **Facteurs de risque:**
 - o Le tabac et l'alcool : 90 % des cas.
 - o La mauvaise hygiène buccodentaire
 - o Certaines expositions professionnelles ont été rapportées : isopropyl, cuir, nickel.
 - o Virus HPV sérotype 16
 - o Génétique
 - o Les lésions précancéreuses.

IV. Anatomopathologie

A. Macroscopie :

Pour les carcinomes : on distingue la forme bourgeonnante ou ulcérobourgeonnante, le carcinome d'aspect serpigineux superficiel et le carcinome infiltrant ou ulcéro-infiltrant.

Pour les lymphomes : hypertrophie unilatérale

B. Microscopie :

- Carcinomes malpighiens ou épidermoïdes : les plus fréquents, ils comprennent plusieurs sous-groupes :
 - o Le carcinome épidermoïde différencié : il reproduit l'aspect d'un épithélioma normal.
 - o Le carcinome verruqueux a un aspect exophytique non infiltrant et hyperkératinisé ;
 - o Le carcinome sarcomatoïde ou à cellules fusiformes peut en imposer pour un sarcome fibroblastique mais son degré de malignité est moindre ;
 - o Le carcinome in situ doit son nom au respect de la membrane basale.
 - o Carcinomes indifférenciés de type nasopharyngé
 - o Adénocarcinomes (cylindromes, de tumeurs mucoépidermoïdes) : exceptionnels.
- Les lymphomes :
 - o Lymphomes malins non hodgkiniens dans 50% des cas.
 - o Maladie de hodgkin, plasmocytome : sont très rares (0.5-1%).
- Autres : de sarcomes, synoviosarcomes primitifs, tumeurs mixtes, mélanomes malins, ils sont exceptionnels.

V. Clinique

TDD : carcinome épidermoïde de l'amygdale

A. Les signes d'appel :

- simple gêne pharyngée : à type de brûlures, de picotements, ou de sensation de corps étrangers, mal définie.
- dysphagie haute
- odynophagie (dysphagie avec otalgie lors de la déglutition)
- otalgie isolée homolatérale

- adénopathie sous-angulo-maxillaire dure.
- parfois des crachats sanglants

L'existence d'une voix pharyngée et d'un trismus témoigne d'une tumeur localement évoluée.

Ces signes persistants doivent attirer l'attention d'autant qu'ils sont caractérisés par leur unilatéralité.

- L'examen clinique à l'aide d'un miroir de clar et d'un abaisse-langue peut montrer: une tumeur bourgeonnante, ulcérée ou infiltrante, saignant au contact et/ou au toucher.

L'examen cervical comporte la palpation de toutes les aires ganglionnaires, systématique et bilatérale. Les adénopathies siègent au niveau sous-digastrique ou sous-mandibulaire et sont, le plus souvent, homolatérales à la lésion.

- Au terme de l'examen, la biopsie de toute zone suspecte est indispensable pour affirmer sa nature maligne.

B. Panendoscopie : l'endoscopie des VADS sous anesthésie générale permettra d'une part de préciser le point de départ exact ainsi que l'extension précise de la lésion. Elle permet également de rechercher une autre localisation tumorale et faire la biopsie.

C. Bilan d'extension

- Un bilan clinique avec évaluation de l'extension tumorale précise par l'examen endoscopique des VADS sous AG avec œsophagoscopie et biopsies de toutes les zones suspectes.
- Un examen somatique complet
- Tomodensitométrie de l'oro-pharynx et du cou, parfois IRM, afin de préciser l'extension tumorale exacte et une éventuelle atteinte osseuse mandibulaire ;
- Cliché thoracique voire TDM thoracique.
- Échographie abdominale.
- Bilan biologique pré thérapeutique et nutritionnel.
- Panoramique dentaire : pour apprécier l'état dentaire.

D. Classification TNM : UICC 2009

Tumeur

- T1 grand axe < 2 cm
- T2 grand axe entre 2 et 4 cm
- T3 grand axe < 4 cm
- T4 étendue à l'os, aux muscles et à la peau

Adénopathie

- N0 pas de ganglion cervical
- N1 ganglion unique homolatéral < 3 cm
- N2A ganglion unique homolatéral 3 et 6 cm ; N2B ganglions multiples homolatéraux < 6 cm
- N2C ganglions multiples bilatéraux ou controlatéraux < 6 cm
- N3 ganglion(s) supérieur(s) à plus de 6 cm.

Métastases

- M0 absence de métastase à distance
- M1 présence de métastases à distance

VI. Diagnostic différentiel

- Une ulcération syphilitique ou tuberculoïde

- Une angine de Vincent qui guérit rapidement
- Une autre cause d'infiltration ou d'augmentation de volume de l'amygdale
- Hémopathie maligne, métastases,
- Extension d'un cancer du cavum ou du voile,
- Phlegmon périamygdalien qui peut parfois cacher une authentique tumeur maligne.

Dans tous les cas, la biopsie systématique permet de redresser le diagnostic.

VII. Traitement

La décision thérapeutique sera discutée au cours de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) comportant, au moins, un chirurgien ORL, un radiothérapeute et un chimiothérapeute.

A. Mesures générales

- Soins dentaires
- Traitement de la douleur+++ et des infections;
- Equilibre nutritionnel, des troubles hydroélectrolytiques, et des comorbidités associées;
- Arrêt du tabac et de l'alcool;
- Prise en charge psychologique.

B. Moyens

- La chirurgie

Sur la tumeur : bucco-pharyngectomie transmandibulaire ou BPTM) conservatrice ou non de la mandibule. La chirurgie robotique transorale (TORS) et la microchirurgie transorale au laser (TLM).

Sur les aires ganglionnaire : évidemment ganglionnaire.

- La radiothérapie : externe, qui délivre environ 70 grays sur la tumeur et 50 grays sur les aires ganglionnaires. Elle fait le plus souvent suite à la chirurgie tumorale.
- La chimiothérapie : elle fait appel au cisplatine et au 5 fu. Elle peut être associée à la radiothérapie dans les carcinomes non opérables ou en postopératoire lorsqu'il existe des éléments de mauvais pronostic.

C. **Protocole de surveillance** : la surveillance sera systématique afin de dépister d'éventuelles récurrences et de s'assurer d'une bonne récupération fonctionnelle de ces patients.

D. **Evolution et pronostic** : la survie à 5 ans est de 30 à 35 % ; l'évolution est essentiellement marquée par les récurrences locales ganglionnaires, l'apparition de deuxième localisations ou les métastases.

VIII. Conclusion

Cancer de très mauvais pronostic. Sa prise en charge est très lourde.

Intérêt de la prévention (arrêt tabac et alcool, vaccination contre HPV).

Le dépistage précoce repose sur l'examen clinique minutieux devant toute lésion suspecte de l'amygdale.