



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE UNIVERSITE
KASDI MERBAH OUARGLA



FACULTE DE
MEDECINE
DEPARTEMENT DE
MEDECINE

Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme Doctorat en médecine

DIFFICULTE DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU LARYNX DANS L'EPH Du OUARGLA (2020)

Présenté publiquement par :

- **KHEZZANE Khaoula**
- **MAALOUL Aïcha**

Jury

Présidente : Dr. NAAMANI Maitre-Assistant en ORL

Assesseurs : Dr. FIZI Maitre-Assistant en Oncologie Médical

Dr. AIT AMER Maitre-Assistant en Réanimation

Directeur de Mémoire Dr. K. MESSAOUDI Maitre en Conférence en ORL

**2020/2021
FACULTE DE MEDCINE
OUARGLA**

Résumé

les cancers du larynx sont fréquents où ils représentent 5% des cancer chez l'homme, et 25% des cancers des Voies aéro-digestives supérieures .

L'âge de survenu entre 45 –70 ans (dans 75% des cas).

Le facteur essentiel de la cancérogenèse laryngée est le tabac ; souvent associé à un abus de boisson alcoolisées .

La laryngectomie totale prend une place important dans le traitement du cancer du larynx. C'est un acte nécessitant l'association de compétences multidisciplinaires : Chirurgien ORL, radiologue, oncologue, réanimateur anesthésiste et parfois chirurgien plasticien pour aboutir à une meilleure prise en charge du patient et nécessitant des ressources matériels énorme(salle opératoires propre à l'orl ,boites de chirurgie cervicale et LDS ,salle de réveil bien équipée ;banque de sang..).

Notre travail est une étude descriptive ,concernant un cas qui fait la laryngectomies totale au niveau un structure hospitalier non universitaire ;et on Analysant les donnée, cliniques, para cliniques, les attitudes thérapeutiques et les suites évolutives en particulier les complications rencontrées au court et au long terme afin d'argumenter les difficultés de faire cette intervention lourde au niveau d'un établissement périphérique.

La laryngectomie totale est une intervention lourde, longue et pouvant entrainer des complications graves immédiates et tardives où elle necessite une surveillance stricte, rigoureuse surtout les 48 premieres heures qui peut s'allonger encore plus.

Ceci explique qu'elle soit réalisée dans les centres spécialisés a savoir les CHU .

Abstract

Laryngeal cancers are frequent or they represent 5% of cancer in humans, and 25% of VADS cancers Age between 45-70 years (in 75% of cases) The essential factor of laryngeal carcinogenesis is tobacco often associated with akoolized drink abuse. Total laryngectomy plays an important role in the treatment of Kc of the larynx It is an act requiring the association of multidisciplinary skills: ENT surgeon, radiologist, oncologist, anesthetist resuscitator and sometimes plastic surgeon to achieve better patient care. . And requiring enormous material resources • (operating room clean with equipped cervical surgery boxes; blood bank.) Our work is a descriptive study concerning a case which makes total laryngectomies at a university hospital level. , para-clinical, therapeutic attitudes and evolutionary consequences in particular long-term complications in order to argue the difficulties of silencing this heavy intervention at the level of a peripheral establishment. Total laryngectomy is a heavy, long procedure that can lead to severe and late somplieations. Need for strict, rigorous monitoring especially during the first hours which can Yellnge encioe flat Csiexgiin \ where it is talid in the splalized centers namely the CHU .

Remerciement

A notre maître et rapporteur : **Le docteur Messaoudi Karim** Maître Conférence en ORL ; Ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu voir le jour sans votre aide et votre encadrement exceptionnel. Votre patience, rigueur et disponibilité durant la préparation de ce mémoire furent très chères à nos cœurs. Nous espérons être digne de la confiance que vous nous avez accordée et vous prie, cher Maître, de trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et profonde gratitude.

Au président du jury, **Docteur Naamani** mètre assistant en ORL, de nous avoir fait l'honneur de présider ce jury, nous lui reconnaissons sa notoriété en ORL et CCF, son honnêteté scientifique dans les travaux et une simplicité dans son abord.

A **Docteur Faizî**, Maître-Assistant en Oncologie Médical par son expérience, son esprit pratique et sa connaissance de la cancérologie, le rendent aussi indispensable, pour juger ce travail .

A **Docteur Ait amer** Maître-Assistant en Réanimation pour juger ce travail.

A monsieur le directeur de l'EPH Ouargla.

A toute l'équipe d'oncologie du CAC de Ouargla médicale et paramédicale.

A toute l'équipe de radiothérapie du CAC de Ouargla médicale et paramédicale.

Dédicace

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, le respect, la reconnaissance...*

A mes très chers parents

Aucune dédicace, chers parents, ne pourrait exprimer l'affection et l'amour que je vous porte. Vos sacrifices innombrables et votre dévouement furent pour moi la plus grande des motivations.

Merci de m'avoir inculqué ces belles valeurs qui sont aujourd'hui des principes. Merci papa de m'avoir appris à aimer la médecine et à aider autrui depuis toujours. Merci maman de te soucier autant de mon bonheur et de mon bien être. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.

Je vous aime.

A mon très cher mari

À ma moitié qui as suivi, pas à pas, mon long chemin dans le monde de la médecine. Tu as été une source continue d'encouragement et d'amour pendant toutes les phases de ce doctorat et ton soutien a été sans égal. En témoignage de ma grande affection, je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon sincère attachement.

A mes très chers frères et sœurs

Pour votre amour et votre soutien,

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et mon attachement. Vous êtes ce que la vie offre de meilleur : des complices, des amis, des irremplaçables frères et sœurs ! Je vous souhaite beaucoup de bonheur, de santé et de réussite. Que Dieu nous unissent pour toujours.

A mes très chers amis et collègues :

On m'a toujours dit que nos camarades de médecine deviennent une seconde famille que l'on voit plus souvent que la vraie à force de gardes et d'innombrables heures de travail. Je confirme aujourd'hui cette rumeur : vous êtes ma seconde famille et je pense que ce lien est éternel (eh oui la souffrance rapproche !) Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté et vous souhaite le meilleur dans la vie. Avec tout mon respect et toute mon affection

A Tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer .
Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

MAALOUZ Aicha

Mes très chers parents

Aucune dédicace, chers parents, ne pourrait exprimer l'affection et l'amour que je vous porte. Vos sacrifices innombrables et votre dévouement furent pour moi la plus grande des motivations. Merci de m'avoir inculqué ces belles valeurs qui sont aujourd'hui des principes. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Je vous aime .

A mes très chères sœurs:

Pour votre amour et votre soutien ,Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et mon attachement. Vous êtes ce que la vie offre de meilleur : des complices, des amies, des irremplaçables sœurs !Je vous souhaite beaucoup de bonheur, de santé et de réussite.

A mes très chers amis et collègue :

vous êtes ma seconde famille et je pense que ce lien est éternel .Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté et je vous souhaite le meilleur dans la vie. Avec tout mon respect et toute mon affection.

A Tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer .Tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

KHAZENE Khaoula

ABREVIATION

AIVO	: Anesthésie intraveineuse à objectif de concentration
BPCO	: bronchopneumopathie chronique obstructive
CV	: corde vocale
ECG	: Electrocardiogramme
EPO	: Erythropoïétine
FTO	: Fistule Trachéo-OEsophagienne
HVP	: Human Papilloma Virus
IDM	: Infarctus De Myocarde
IRM	: Irradiation Par Résonance Magnétique
LDS	: laryngoscopie directe en suspension
LDS	: laryngoscopie directe en suspension
NE	: nutrition entérale
NFS	: Numération Formule Sanguine
NP	: nutrition parentérale
ORL	: Oto-Rhino-Laryngologie
PCF	: Fistule Pharyngée
RGO	: Reflux Gastro- Œsophagien
TDM	: Tomodensitométrie
TEP	: Tomographie Par Emission De Position
VADS	: Voies Aéro-Digestives Supérieures
VAS	: Voies Aériennes Supérieures
VVP	: Voie Veineuse Périphérique

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

- ✓ FIGURE01 : Anatomie du larynx en coupe coronale et vue arrière
- ✓ FIGURE 02 : L'appareil thyro-hyoidien
- ✓ FIGURE 03 : Vue du larynx en coupe frontale
- ✓ FIGURE04 : Les stades des carcinomes sous –glottiques
- ✓ FIGURE 05 : L'extension ganglionnaire
- ✓ FIGURE 06 : Compte rendu anatomopathologique
- ✓ FIGURE 07 : Compte rendu anatomopathologique
- ✓ FIGURE 08 : Image peropératoire de l'évidement ganglionnaire droit
- ✓ FIGURE 09 : Image peropératoire de l'évidement ganglionnaire gauche
- ✓ FIGURE 10 : :Image peropératoire de l'exposition du larynx
- ✓ FIGURE 11: Image peropératoire de la confection tracheostome et ablation du larynx
- ✓ FIGURE 12 : Image peropératoire de la confection tracheostome et ablation du larynx
- ✓ FIGURE 13: Image peropératoire : spécimen (larynx, thyroïde en mono bloc)
- ✓ FIGURE 14 : Image peropératoire de la fermeture du pharyngostome et du plan cutané
- ✓ FIGURE 15 : Répartition des malades selon le sexe
- ✓ FIGURE16: Répartition de patients en fonction des habitudes toxique
- ✓ TABLEAU 01 : Les principaux signes cliniques selon les séries
- ✓ TABLEAU02 :Pourcentage d'atteinte 2ou3 étages laryngés en fonction d'autre
- ✓ TABLEAU03 :Pourcentage du carcinome épidermoïde selon les série

PLAN

REMERCIEMENTS.....	
DEDICACE	Erreur ! Signet non défini.
ABREVIATION	8
PLAN.....	10
PARTIE THEORIQUE	12
I-Introduction	Erreur ! Signet non défini.
Problématique	13
II- RAPPELS	13
A-EMBRYOLOGIE :	13
B- ANATOMIE :	13
C- PHYSIOLOGIE :	16
D- HISTOLOGIE	16
III- EPIDEMIOLOGIE	16
IV- ANATOMIE PATHOLOGIQUE	17
V-LES FORMES	17
VI- CLASSIFICATION : TNM	19
VII- DIAGNOSTIC	20
A-DIAGNOSTIC POSITIF :	20
A-MODALITES D’EXTENSION MUQUEUSE DU CANCER DES CV :	21
B-MODALITES D’EXTENSION GANGLIONNAIRE :	22
C-COMPLICATIONS :	22
IX- TRAITEMENT	22
A-BUTS :	22
B-MOYENS :	22
C-INDICATIONS :	24
D-COMPLICATIONS DU TRT	25
E-SURVEILLANCE	26
F-PRONOSTIC	26
PARTIE PRATIQUE.....	27
MATERIEL ET METHODE.....	28
I. OBJECTIFS	28
II. MATÉRIEL ET METHODE	28
A-Matériels de l’étude :	28
B-Cas clinique :	29
RESULTATS	31
1. Bilan pré-thérapeutique	31
2. Phase per-opératoire :	31
3. Phase postopératoire :	34
3.1 complications liées à la chirurgie :	34

3.2 Rééducation orthophonique.....	34
DISCUSSION	36
I. Épidémiologie	36
II. CLINIQUE ET PARACLINIQUE.....	39
III. HISTOLOGIE	43
CONCLUSION	47
REFERENCE	50
Résumé	54

PARTIE THEORIQUE

I. INTRODUCTION

Le cancer du larynx constitue une entité n'est pas rare et représente 5% de l'ensemble des Des cancers et 25% des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Intimement lié au tabagisme chronique.

D'un point de vue histologique ;la majorité des cancers laryngés sont des carcinomes épidermoïdes, les autres tumeurs malignes sont rares 1%.

Il existe pour le traiter des multiples techniques chirurgicales et endoscopiques où par voie cervicale, conservatrices ou radicales classiquement associées à la radiothérapie .

La chimiothérapie a acquis une place incontestable avec son association à la radiothérapie dans les protocoles de préservation laryngée.

La stratégie thérapeutique est personnalisée et dépend de l'extension locorégionale et à distance, des comorbidités et des souhaits du patient. Elle est décidée en réunion de concertation pluridisciplinaire associant laryngologue, radiologue, anatomopathologiste, oncologue médical, radiothérapeute anesthésiste, orthophoniste, psychologue.

Le pronostic d'ensemble est l'un des meilleurs au sein des voies aérodigestives.

Problématique

Cette étude vise à analyser la prise en charge des personnes ayant un cancer du larynx dans la wilaya du Ouargla et les difficultés rencontrés pendant ce Prise en charge ;l'hypothèse posé que la laryngectomie totale constitue une intervention lourde pouvant entrainer des complications graves et nécessite une surveillance stricte et rigoureuse et cette établissement périphérique manquent de ressources humaines(les professeurs, les maitre assistants et les résidants) et matériels qualifiés pour ce genre d'intervention .

II- RAPPELS

A- EMBRYOLOGIE :

Double origine : ectodermique (lame épithéliale laryngée → Cavités laryngées) et mésenchymateuse (squelette, appareil suspenseur, muscles et ébauches nerveuses à partir des 3°, 4° et 6° arcs branchiaux).(1)

B- ANATOMIE :

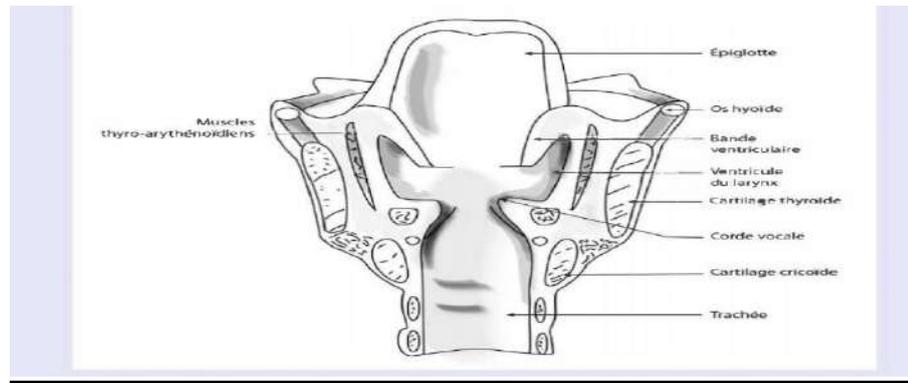


Figure0 1: anatomie du larynx en coupe coronale et vue arrière

1- LE LARYNX : est un organe médian et impair qui occupe la partie supérieure de la région sous -hyoïdienne du cou .

Faite d'un squelette cartilagineux uni par des articulations, des membranes, des ligaments et des muscles .

Aussi bien sur le plan embryologique, anatomique que chirurgicale ;il importe de distinguer dans le larynx :

02 parties :

Le tube laryngé : fibreux cartilagineux qui prolonge la trachée dans le pharynx et joue le rôle de sphincter grâce aux aryténoïdes et à leur appareil musculaire .

L'appareil thyro-hyoidien : constitué par l'os hyoïde la membrane thyro-hyoidienne et le cartilage thyroïde ; il soutient et protège le tube laryngé.

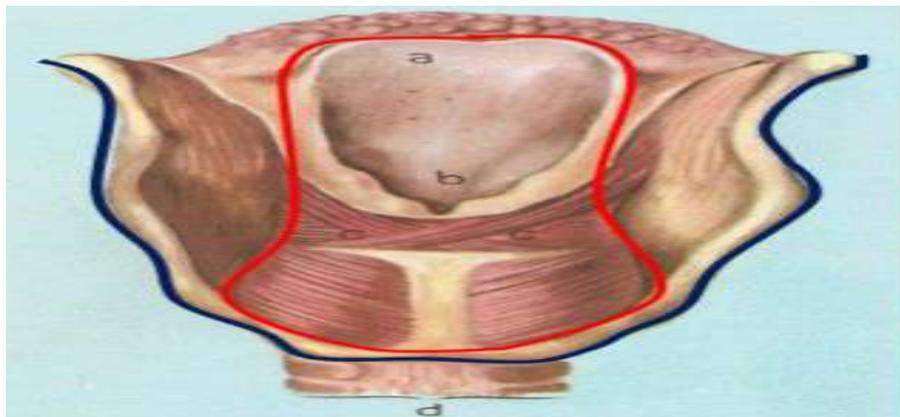


Figure02: l'appareil thyro-hyoidien

2- TROIS ETAGES:

- Étage glottique : entre les bords libres des 02 CV : glotte, commissures antérieure et postérieure.
- Étage sus-glottique : au dessus des CV : épiglote, bandes ventriculaires, ventricule de Morgani, repli aryépiglottique.

- Étage sous-glottique: débute à 10 mm en dessous du bord libre des CV et s'étend jusqu'au bord inférieur du cricoïde .

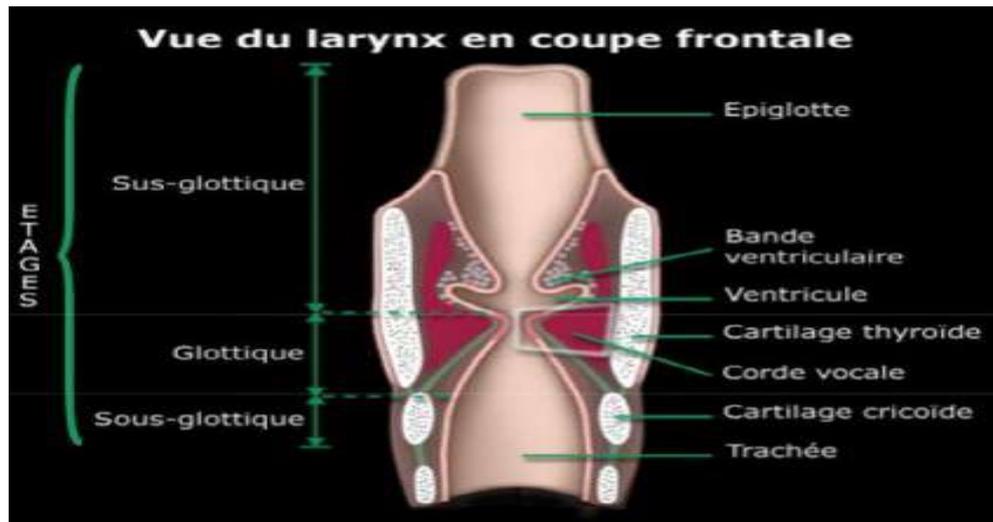


Figure 03 : vue du larynx en coupe frontale

3- DRAINAGE LYMPHATIQUE :

- ❖ **Étage sus glottique** : drainage riche, croisé, dans la chaîne jugulaire interne notamment : - ganglion sous-digastrique - ganglion omo- hyoïdien
- ❖ **Étage glottique** : pauvre en lymphatiques
- ❖ **Étage sous glottique** :
 - Pédicule antérieur (ganglion jugulaires ; ganglion pré trachéaux)
 - Pédicules latéraux :(chaîne récurrentielle (cervicale à droite et cervico-médiastinale à gauche)

4- ZONES DE RESISTANCE : ou barrière anatomique à l'extension tumorale :

a) Barrière a l'extension extra-laryngée :

- ❖ Cartilage thyroïde,
- ❖ Cartilage cricoïde,
- ❖ Membrane thyro-hyoïdienne,
- ❖ Membrane hyo-épiglottique

b) Barrière a l'extension intra-laryngée : membrane crico-vocale ou cône élastique qui s'oppose à la propagation tumorale de l'étage sus-glottique + l'espace para glottique vers l'étage sous-glottique

5- ZONES DE FAIBLESSE :

a) Extension extra-laryngée :

- ❖ membrane crico-thyroïdienne,

- ❖ Commissure antérieure

b) Extension intra-laryngée :

- ❖ épiglotte
- ❖ ligament thyro-épi glottique,
- ❖ espace para glottique

C- PHYSIOLOGIE :

Le larynx associe 03 principales fonctions :

- ❖ Phonation (muscles phonatoires)
- ❖ Respiration (muscles respiratoires)
- ❖ Déglutition (épiglotte, replis ary-épiglottiques et aryénoïdes, muscles extrinsèques)

Accessoirement : - Olfaction et gustation ; Augmentation de la pression intra-abdominale (Ex : fermeture de la glotte lors de la défécation) .

D- HISTOLOGIE :

1- E. sus-glottique : épithélium malpighien (pavimenteux stratifié) en continuité avec l'épithélium pharyngé

2- E. glotto-sous-glottique : épithélium respiratoire (prismatique cilié) en continuité avec l'épithélium trachéal

L'épithélium recouvre la lamina propria (3 couches de cellules). Il est doublé par une membrane fibro-élastique tendue du ligament ary-épiglottique à l'arc cricoïdien.

NB : chez les adultes fumeurs ,la muqueuse cylindrique du larynx est presque totalement remplacée par un revêtement malpighien !! (2)

III- EPIDEMIOLOGIE

A) EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE :

- ❖ **Incidence** : 2,5 à 17,2 pour 100000 ha /an
3.5% des tumeurs malignes diagnostiquées annuellement dans le monde ;
25% des cancers des VADS .
- ❖ **Age** : 45 à 70 ans ;rare avant 40 ans ;exceptionnel chez l'enfant .
- ❖ **Sex-ratio H /F** :classiquement 9/1 mais en évolution avec le tabagisme féminin .
12 position des causes de décès par cancer chez l'homme, 17 chez la femme .
Cancer glottique : 60% ;cancer sous –glottique rare ≤12%
Le cancer supra glottique serait plus fréquent chez la femme (75%) que chez l'homme (46%) .

B) FACTEURS FAVORISANTS :

- ❖ Le tabagisme est le facteur étiologique essentiel ;L'intoxication alcoolique, lorsqu'elle est ancienne et importante, retrouvée dans 90 % des cancers sus-glottiques, 50% des cancers glottiques (rôle des solvants) ,Tabac et alcool agissant en synergie, plus de 90% des cancers du larynx peuvent leur être attribués, responsables de laryngite chronique, susceptible de dégénérer.
- ❖ Le rôle des autres facteurs : exposition professionnelle en particulier (métiers exposés à l'amiante, acide sulfurique), le malmenage vocal associé au tabagisme
- ❖ Les états précancéreux (leucoplasies, papillomatoses à HPV 6, kératoses exophytiques) .

IV- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A- CARCINOMES EPIDERMOIDES INVASIFS : 90% de toutes les tumeurs malignes du larynx ; **malpighiens** (bien ou modérément différenciés) dans la majorité des cas- **Verruqueux** (2 à 3 % de tous les carcinomes squameux) - **A cellules fusiformes** (cellules épithéliales + mésenchymateuses)

B - TUMEURS GLANDULAIRES rares :

- ❖ **Adénocarcinomes** : 02% de tous les cancers du larynx.
- ❖ **Carcinomes adénoïdes kystiques, les carcinomes mucopidermoïdes et les adénomes pléomorphes** sont exceptionnels.
- ❖ **Les sarcomes et les lymphomes** sont exceptionnels.
- ❖ **Les tumeurs secondairement** localisées sont rare : adénocarcinome rénal, mélanome cutané, carcinomes du sein, poumon, tractus gastro-intestinal, génito-urinaire .(2)

V-LES FORMES

A-FORMES TOPOGRAPHIQUES :

1- CANCER DE L'ETAGE SUS -GLOTTIQUE

a)Cancer du vestibule laryngé :

- ❖ **Siège** : la face laryngée de l'épiglotte, bandes ventriculaires, échancrure interaryténoïdienne .
- ❖ **Signes fonctionnelles** : tardifs ; dysphonie modérée, dysphagie, otalgie - **Adénopathies** dans 65% des cas .

- ❖ **Laryngoscopie Indirecte** : Tm au niveau de la face laryngée de l'épiglotte rarement au niveau des bandes ventriculaires
- ❖ **LDS** : -extension vers le bas au niveau du pied de l'épiglotte et la commissure antérieure –vers l'avant =>l'espace hyothyroepiglottique .
- ❖ **TDM** : étude de l'espace hyothyroepiglottique.

b) Cancer du ventricule :

- ❖ **Signes fonctionnelles** : tardifs : dysphonie
- ❖ **Laryngoscopie indirecte** : peu sensible mais parfois retrouve une fixité ou diminution de la mobilité d'une corde.
- ❖ **Adénopathies** cervicales dans 30 %.
- ❖ **LDS** : bandes ventriculaires dépliées et refoulées les à l'aide d'un écarteur → diagnostic + biopsies (difficiles).
- ❖ **Évolution** : vers l'espace para glottique + étage sous glottique.

2- CANCER DE L'ETAGE SOUS -GLOTTIQUE

- ❖ Très rare, se limite dans les formes classiques à la muqueuse de recouvrement de la face interne du cricoïde.
- ❖ **Signes fonctionnelles** : dyspnée progressive (1^{er} signe)
- ❖ **A l'examen** : Adénopathies dans 25 % des cas
- ❖ **Laryngoscopie indirecte** : non contributive
- ❖ **LDS** : Tm le plus souvent infiltrante ou ulcéro-infiltrante ; La mobilité de l'hémilarynx est diminuée .
- ❖ **Évolution** : bilatéralité + extension vers la trachée cervicale .

3- Cancer ETENDU AUX 03 ETAGES : -Glotto-sous glottique : 0,95% -Glotto-sus glottique : 1,9% - 03 étages : 30% .

- ❖ **Signes fonctionnelles** : présence depuis **plusieurs mois** : dysphonie + dysphagie + dyspnée (parfois importante nécessitant une trachéotomie)
- ❖ **Laryngoscopie indirecte**: processus souvent ulcéroinfiltrant ou bourgeonnant étendu avec diminution de la mobilité
- ❖ **Adénopathies** cervicales 40% des cas
- ❖ **LDS** : précise l'extension extra-laryngée: vers la margelle, paroi latérale de l'hypopharynx, sinus piriforme, vallécule, base de la langue
- ❖ **TDM + IRM** :, espace hyothyroepiglottique ,espace para glottique.

B-FORMES HISTOLOGIQUES :

- ❖ **carcinome verruqueux:** se présente comme un papillome à large base d'implantation, le diagnostic microscopique est difficile (biopsies superficielles → diagnostic faussement rassurant), ces tumeur ont une extension locale importante et pas de métastases a distance.
- ❖ **carcinome a cellules fusiformes:**-aspect polypoïde, carcinome associe=**C épithéliales maligne +C de type mésenchymateux** -Prédomine au niveau la glotte - Haut risque métastatique
- ❖ **KC développé sur laryngocèle:**-c'est une entité anatomo-clinique particulière, fréquente qui pose des problèmes de diagnostic entre un laryngocèle et cancer, le diagnostic clinique, radiologique est difficile
-Il faut savoir que le **KC du ventricule** peut se manifester par un laryngocèle interne

VI- CLASSIFICATION : TNM

Un indicateur pronostique.

Un guide d'indication thérapeutique .

« **T** » **Tumor** :

Stades T des carcinomes sous-glottiques.

Tx,T0,Tis: idem carcinome glottique et supraglottique

T1: tumeur limitée à la sous-glotte

T2: tumeur étendue au plan glottique avec une mobilité cordale altérée ou normale

T3: tumeur limitée au larynx avec corde vocale fixée

T4:T4a: tumeur étendue aux cartilages cricoïde ou thyroïde et/ou au-delà du larynx; T4b: idem supraglotte

Figure04 : les stades des carcinomes sous –glottiques

« **N** » **nodes** :

- **N1.** Adénopathie cervicale unique métastatique homolatérale, ≤ 3 cm*, sans rupture capsulaire.
- **N2.** Métastases comme décrit ci-dessous :
 - **N2a.** Adénopathie cervicale unique métastatique homolatérale, > 3 cm et ≤ 6 cm*, sans rupture capsulaire;
 - **N2b.** Multiples adénopathies métastatiques homolatérales, ≤ 6 cm*, sans rupture capsulaire;
 - **N2c.** Adénopathies métastatiques bilatérales ou controlatérales, ≤ 6 cm*, sans rupture capsulaire.
- **N3a.** Adénopathies métastatiques > 6 cm*, sans rupture capsulaire.
- **N3b.** Adénopathies métastatiques uniques ou multiples avec rupture capsulaire (taille indifférente)**.

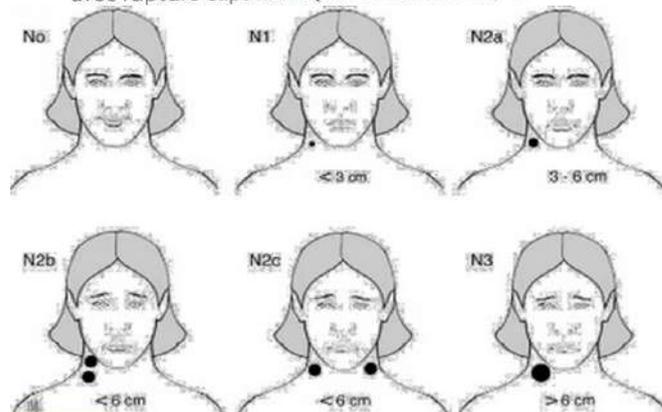


Figure 05 : l'extension ganglionnaire

«M» métastases

- **M0.** Pas de métastase à distance.
- **M1.** Présence de métastase(s) à distance.

Classification par groupes de stades.

Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
Stade II	T2	N0	M0
Stade III	T1, T2	N1	M0
	T3	N0N1	M0
Stade IV _A	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
Stade IV _B	T4b	Tout N	M0
	Tout T	N3	M0
Stade IV _C	Tout T	Tout N	M1

Classification en stade

VII- DIAGNOSTIC

A-DIAGNOSTIC POSITIF :

- ❖ **L'interrogatoire** recherche des signes d'appels (dysphonie persistante évoluant depuis plus de 3 semaines chez un malade fumeur âgé de 40 ans) et des facteurs favorisants.
- ❖ **La Laryngoscopie indirecte** met en évidence la tumeur, son siège, extension, mobilité cordale .
- ❖ **LDS** : précise le siège et l'envahissement local et permet de pratiquer une biopsie qui pose le diagnostic de certitude de la nature de cette néoformation.
- ❖ **TDM + IRM** : bilan d'extension. (3)

VIII- ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

- ❖ **Sous traitement:** éradication de la tumeur permet d'améliorer le pronostic.
- ❖ **Sans traitement:** l'évolution se fait vers l'extension locale, ganglionnaire, métastatique(3)

A-MODALITES D'EXTENSION MUQUEUSE DU CANCER DES CV :

❖ **A Partie de la corde vocale, généralement c'est le bord libre :**

- L'extension se fait en toutes les directions : vers la CA puis la corde vocale opposée.
 - **En arrière** vers l'aryténoïde fréquemment envahit.
 - **En dehors** vers le plancher du ventricule pour attendre secondairement le fond de celui-ci.
 - **Vers le bas :** vers la face inférieure de la corde vocale avec envahissement secondaire possible de la sous glotte (superficiellement).
 - **L'extension en profondeur** est possible en bas après rupture du cône élastique, et latéralement à travers la membrane cryco-thyroïdienne .
 - **Vers l'étage sus-glottique :** elle se fait par le ventricule puis les bandes ventriculaires, avec possibilité d'atteinte de l'hémilarynx controlatéral .
- **L'immobilité de la CV** peut être un simple effet de masse ou être due à un blocage aryténoïdien par infiltration des différents muscles et plans profonds.

❖ **LA CA DEJA ENVAHIE PERMET UNE EXTENSION TRES RAPIDE**

- Vers le haut dans la loge HTE par désinsertion du ligament thyro-épiglottique extrêmement fragile .
- Vers le bas vers la sous-glotte.
- En avant vers le cartilage thyroïde.

❖ **VENTRICULE DEJA ENVAHI :** Extension vers la loge HTE, effraction cartilagineuse avec envahissement des muscles extrinsèques.

❖ **BANDE VENTRICULAIRE DEJA ENVAHIE :** Extension en dehors vers le repli ary-épiglottique, en avant vers le pied de l'épiglotte avec infiltration possible latéralement de la loge pré-épiglottique .

❖ **L'ÉPIGLOTTE DEJA ENVAHIE :** Extension latéralement vers la zone des 3 replis, en haut vers la base de la langue .

❖ **A PARTIR DU REPLI ARY-ÉPIGLOTTIQUE :** Extension en superficie vers le sinus piriforme, en profondeur : infiltration du mur pharyngolaryngé avec blocage de l'hémilarynx.

B-MODALITES D'EXTENSION GANGLIONNAIRE :

- ❖ **Etage glottique** : peu lymphophile, Ganglionnaire pré-laryngé de Poirier ou Ganglionnaire delphien
- ❖ **Etage sus-glottique** : Chaîne jugulo-carotidienne (bord libre de l'épiglotte, bandes ventriculaires, ventricules), ganglions sous-digastrique, Ganglions sus-omohyoïdien
- ❖ **Etage sous-glottique** : pédicule antérieur (chaîne jugulaire interne à travers la membrane cricothyroïdienne, ganglions pré-trachéaux) et deux pédicules postéro-latéraux (chaînes récurrentielles à travers la membrane cricotrachéale) .

C-COMPLICATIONS :

- ❖ Œdème du larynx (urgence vitale → trachéotomie)
- ❖ Périchondrite
- ❖ Complication broncho-pulmonaire
- ❖ Rupture d'un gros vaisseau : hémorragie cataclysmique
- ❖ Métastases à distance et décès dans un état cachectique (18-24 mois).

IX- TRAITEMENT

A-BUTS :

- ❖ Éradiquer la tumeur
- ❖ Rétablir si possible les 03 fonctions du larynx
- ❖ Augmenter la longévité

B-MOYENS :

1- TRAITEMENT MEDICAL: limité aux surinfections (ATB, , humidification de l'air)

2- RADIOTHERAPIE: L'effet anti-tumoral de la radiothérapie se base sur la dénaturation directe et indirecte des composants de la cellule, provoquant une destruction de l'ADN et donc la mort de la cellule.

Cobaltothérapie ou électrothérapie :

❖ Du lit tumoral :

- **Radiothérapie exclusive** a visée curative (**70gy/7semaines**)
- **Radiothérapie post-opératoire** guidée par l'étude anatomo-pathologique de l'extension tumorale, des méta ganglions.

❖ Des aires ganglionnaires : la dose est augmentée selon : la présence Adénopathies + la rupture capsulaire

❖ **Après laryngectomie totale** : irradiation après cicatrisation complète = **55-65gy** du lit tumoral et aires ganglionnaires bilatérales :

- Avec base du crâne si extension ganglionnaire haute .
- Avec Médiastin supérieur si cancer sous glottique et adénopathies sus claviculaire ou récurrentielles.
- Surdosage et curiethérapie = base de la langue).

❖ **Après laryngectomie partielle** : seules les aires ganglionnaires sont à irradier (recoupes saines). Et si les recoupes sont envahies, il faut rediscuter l'indication opératoire.

3- CHIMIOThERAPIE:

- ❖ **Méthotrexate** : drogue de référence utilisée dans le traitement palliatif 40 mg/IM) + surveillance hématologique .
- ❖ **Les sels de platines** les plus utilisés : cisplatine 100 mg/m²
- ❖ **Le 5 Fu** (1000mg/m²) (+ Cisplatine)
- ❖ **Taxanes:** Docetaxal (+ Cisplatine + 5 Fu)
- ❖ **La mitomycine C** → T + Adénopathie nécrotique

➤ **Mode** :

- ❖ Classiquement → Traitement des récurrences locorégionales et métastases (pulmonaires)
- ❖ Chimiothérapie d'induction (néoadjuvante)
- ❖ Chimiothérapie adjuvante (après radiothérapie ou chirurgie)
- ❖ Radio-chimiothérapie concomitante (simultanée ou alternée)

4- CHIRURGICAL :

1-Endoscopique:

- ❖ Laser CO₂
- ❖ exérèse endoscopique

2- chirurgie :

a) Laryngectomie partielle conservatrice :

➤ **Chirurgie partielle verticale :**

- cordectomie (endoscopique, au laser, cervicale)
- Laryngectomie frontolatérale et hémilaryngectomie
- Laryngectomie frontale antérieure avec épiglottoplastie

➤ **Chirurgie partielle horizontale :**

- épiglottectomie simple
- laryngectomie horizontale supra-glottique

➤ **Laryngectomie fonctionnelle supracricoidienne (subtotale reconstructive)**

- L. subtotale fonctionnelle avec CHP
- L. subtotale fonctionnelle avec CHEP

➤ **Contre-indications de la chirurgie conservatrice:**

- ❖ Fixité cordale et aryénoïdienne
- ❖ Atteinte massive de l'espace pré-épiglottique
- ❖ Atteinte du cartilage cricoïde
- ❖ Atteinte des tissus pré-laryngés
- ❖ Impossibilité de préserver une unité crico-aryénoïdienne fonctionnelle.

b) la laryngectomie totale (radicale):

Entrainant un triple préjudice (phonation, respiration et déglutition), indiquée en cas de contre indications aux techniques partielles

- ❖ Laryngectomie totale à champs étroit
- ❖ Laryngectomie totale élargie (base de la langue, loge HTE, corps thyroïde, revêtement cutané)

c) Curage ganglionnaire:

- ❖ **Le curage ganglionnaire fonctionnel** conserve le muscle SCM, et les racines nerveuses, et enlève les aires ganglionnaires cervicales (Adénopathie unique, mobile, < 3 cm)
- ❖ **Le curage cervical sélectif** : absence d'Adénopathie palpable → étude anapath
- ❖ **Le curage ganglionnaire radical classique** emporte les mêmes aires ganglionnaires, mais ne conserve pas le muscle SCM, la et le nerf spinal (Adénopathie multiples, fixées, >ou= 3 cm)
- ❖ **Le curage radical modifié** conserve le SCM ou la VJI ou le nerf spinal (4).

C-INDICATIONS :

- ❖ Elle dépend de localisation de la tumeur et l'aspect macroscopique
- ❖ L'extension locale (cartilages, espaces laryngés, mobilité cordale et aryénoïdienne)
- ❖ L'extension Ganglionnaire.
- ❖ L'état général du patient, âge, profession, ses souhaits .

1- cancer glottique:

a) Corde vocale mobile

- ❖ Tumeur du 1/3 moyen → RX thérapie ou cordectomie unilatérale
- ❖ Tumeur du 1/3moyen des 02 cordes → RX thérapie ou cordectomie bilatérale
- ❖ Tumeur du 1/ 3 moyen d'une corde+laryngite chronique→ cordectomie bilatérale

- ❖ **Tumeur envahissant la commissure antérieure** (sans cartilage) → CHP+curage fonctionnel bilatéral

b) Corde vocale immobile:

- ❖ Un aryénoïde mobile → CHP
- ❖ Un aryénoïde immobile → totale + curage ganglionnaire
- c) envahissement du cartilage ou des 03 étages** → totale et curage ganglionnaire

2- Cancer sus glottique:

- ❖ Tumeur vestibulaire étendue: aryénoïde sans trouble de mobilité → CHP
- ❖ Tumeur du pied de l'épiglotte étendue à la CA sans atteinte de cartilage → CHP
- ❖ Tumeur ventricule → CHP (rarement possible)
- ❖ Tumeur de l'épiglotte + complexe pied epiglottique - bande ventriculaire, 1/2 ant avec mobilité conserve du corde et ary → Laryngectomie horizontale sus glottique
- ❖ Si atteinte du cartilage thyroïde, mobilité de la langue, fixité cordale, 02 aryénoïdes, espace préepiglottique, loge HTE, thyroïde → Laryngectomie totale ou élargie .

3- cancer sous glottique :

- ❖ Laryngectomie totale
- ❖ RX thérapie si extension trachéale importante qui contre indication la chirurgie.

4- cancer des 03 étages :

- Laryngectomie totale +curage
- Le traitement des aires ganglionnaires est systématique (même chez les patients N0), à l'exception des cancers strictement limités à la corde vocale.
- ❖ N0 : fonctionnel bilatéral ou RE (50Gy)
- ❖ N1, N2, N3 Du coté du méta
- fonctionnel si ADP mobile <3cm.
- sinon radical classique unilatéral; Du côté opposé : curage fonctionnel avec extemporané
- ❖ Si Adénopathies bilatérales : curage radical du côté de l'Adénopathies la plus volumineuse et fonctionnel de l'autre côté.

D-COMPLICATIONS DU TRT :

1- Complications post-opératoire :

- ❖ Hématome cervical
- ❖ Lymphangite par blessure du canal thoracique a gauche ou de la grande veine lymphatique a droite
- ❖ Douleur cervicale voire épaule douloureuse séquellaire

2- Complications post--radiothérapie :

- ❖ Œdème intéressant la margelle , sous glotte

- ❖ Fibrose au niveau du siège lésionnel initial
- ❖ Nécrose des parties molles avec risque de rupture vasculaire
- ❖ Récidive tumorale qui se traduit par épaissement local d'une structure , hyperdensité localisée, prise de contraste

3- Complications post-chimiothérapie :

- ❖ Infectieuses
- ❖ Toxiques (hématologique, digestive,...)

4- Mutilation vocale : réhabilitation vocale (voix oesophagienne, shunts et valves trachéo-oesophagienne)

E-SURVEILLANCE (5)

- ❖ Tous les 02 mois pendant 2 ans puis 2 fois /an
- ❖ La récurrence est annoncée par une dysphonie, dysphagie, ADP cervicale, métastases

F-PRONOSTIC (5)

1- Tumeur des cordes vocales : Survie à 5 ans

- ❖ **T1** 74-100 %
- ❖ **T2** 64-76 %
- ❖ **T3** 50-60 %
- ❖ **T4** 30-57 %

2- Tumeur supra-glottique du larynx : Survie à 5 ans

- ❖ **T1** 53-82 %
- ❖ **T2** 50-64 %
- ❖ **T3** 50-60 %
- ❖ **T4** < 50 %

PARTIE PRATIQUE

MATERIEL ET METHODE

I. OBJECTIFS

Nous nous sommes fixés comme objectif principal :

Evaluer la possibilité de la réalisation de la laryngectomie totale dans une structure hospitalière hors universitaire malgré toutes les contraintes rencontrées. Cette évaluation intéresse l'aspect technique, professionnels et personnels.

Notre objectif secondaire est :

La proposition des solutions afin d'améliorer les conditions de la réalisation de ces genres des interventions lourde à l'EPH de Ouargla.

II. MATÉRIEL ET METHODE

A-Matériels de l'étude :

Vu la non exploitation des dossiers qu'on a pu retirer au niveau du centre anti-cancéreux de l'EPH de Ouargla, car cela ne renfermaient aucune donnée pouvant être utile à notre étude, nous avons décider de réaliser une étude descriptive non comparative d'un cas qui présente un cancer du larynx recruté au niveau de l'EPH de Ouargla et réalisé au niveau d'une structure hospitalier non universitaire.

La chirurgie laryngée prend une place privilégiée dans le traitement du cancer du larynx. C'est un acte nécessitant l'association de compétences multidisciplinaires : Chirurgien ORL, radiologue, oncologue, réanimateur anesthésiste et parfois chirurgien plasticien pour aboutir à une meilleure prise en charge du patient.

Et nécessitant des ressources matériels énormes (salle opératoires propre à l'orl, boites de chirurgie cervicale +LDS, salle de réveil bien équipée, banque de sang ...)

Ses indications s'élargissent de plus en plus vu l'augmentation de la fréquence du cancer du larynx, Cependant la région laryngée est riche en organes nobles qui grèvent l'acte chirurgical de risques, de complications vitales et fonctionnelles non négligeables et impose une surveillance rigoureuse du patient laryngectomisé.

Du point de vu de l'anesthésiste-réanimateur, il existe trois temps à maîtriser pour chaque Laryngectomie totale :

1.Le Préopératoire : évaluation de l'état cervical et le retentissement local sur la filière aérienne, les risques liés au terrain et le choix de la technique anesthésique ;

2.Le peropératoire : complications hémodynamiques, hémorragiques et respiratoires

3.Le post-opératoire : complications liées à la chirurgie (immédiates et retardées) et liées au terrain.

La gestion de ces différents temps opératoires et la meilleure connaissance des incidents et accidents afin de les prévenir, avec l'existence des bonnes ressources humaines et matériels pour cette intervention lourde.

Notre étude est une description d'un cas qui présente un cancer du larynx et dont l'indication a nécessité une laryngectomie totale avec évidement ganglionnaire bilatéral. L'analyse des données ; cliniques (nasofibroscopie et examen des aires ganglionnaire), para cliniques(TDM), la prise en charge thérapeutiques et les suites évolutives en particulier les complications rencontrées au court et au long terme afin d'argumenter les difficultés de faire cette intervention lourde au niveau d'un établissement périphérique.

B-Cas clinique :

Patient M-M âgé de 53ans, originaire de Kolea et demeurant à Ouargla; père de 04 enfants vivants biens portants. Tabagique chronique a raison de 01 paquet/j, ANTCD familiale un cancer du larynx (son cousin) .

Motif de consultation

Il consulte pour dysphonie chronique depuis 05 mois.

Examen clinique

✓ Nasofibroscopie :

Notre patient a bénéficié d'un examen au miroir et au nasofibroscope, cet examen a mis en évidence un processus tumoral bourgeonnant occupant les deux corde vocale, étendu au niveau des bandes ventriculaire corde vocale droite du larynx. Avec fixité de l'aryténoïde droit.

✓ Examen des aires ganglionnaires :

L'examen des aires ganglionnaires est une étape fondamentale de l'examen clinique.

Le patient ne présentait aucun signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.

Bilan d'extension et classification

3.1. Bilan d'extension locorégional

a. Laryngoscopie direct en suspension :

Le patient a bénéficié d'une Laryngoscopie sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale. Une biopsie laryngée pour étude anatomie pathologique qui est revenue en faveur d'un carcinome épidermoïde du larynx.

RESULTATS

1. Bilan pré-thérapeutique

Notre malade a bénéficié d'un bilan préopératoire .

- le Bilan biologique : NFS/pq, bilan d'hémostase (TP, TCK) ; Ionogramme ; bilan hépatique ; les protides ; l'albuminémie.

Il a bénéficié d'ECG, qui est sans anomalie .

- Etat dentaire avec le panoramique dentaire : l'hygiène bucco-dentaire était déficiente chez lui ayant nécessité des soins dentaires.
- le consentement du patient : après avoir expliqué au malade d'une façon loyale sa pathologie ; le but du traitement ; les risques et les complications.
- le patient a été suivi pour BPCO ayant nécessité une préparation médicamenteuse avec les pneumologues avec une exploration fonctionnelle respiratoire.
- la préparation psychologique : le soutien psychologique du malade vis à un déroulement harmonieux du traitement et à une qualité de vie acceptable.

2. Phase per-opératoire :

notre patient a bénéficié d'un monitoring standard de fréquence cardiaque, de la pression artérielle non invasive et de la saturation pulsée en oxygène, avec une antibiothérapie à base d'amoxicilline protégée, traitement antalgique et une transfusion sanguine.

Techniques anesthésiques :

Il a été opéré sous anesthésie générale (AG).

✓ Induction anesthésique :

- Hypnotiques : avec l'utilisation du propofol
- Morphinique : sous fentanyl

✓ L'intubation

✓ Entretien anesthésique

✓ Chirurgie : le patient a bénéficié d'une laryngectomie totale.

La laryngectomie totale nécessite l'exécution d'une trachéostomie définitive pour maintenir le passage de l'air vers les poumons et de sutures pharyngées destinées à rétablir l'étanchéité de la voie digestive.

-1er temps : évidement ganglionnaire droit (FIG 08)

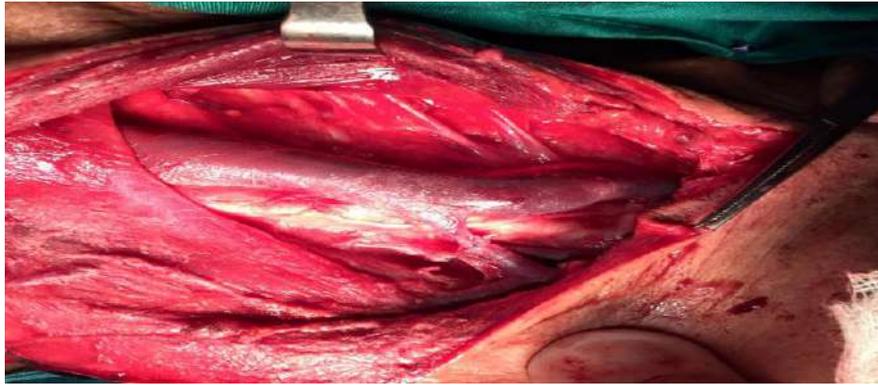


Fig08:Image peropératoire de l'évidement ganglionnaire droit.

-2^{ème} temps : évidement ganglionnaire gauche(FIG 08)

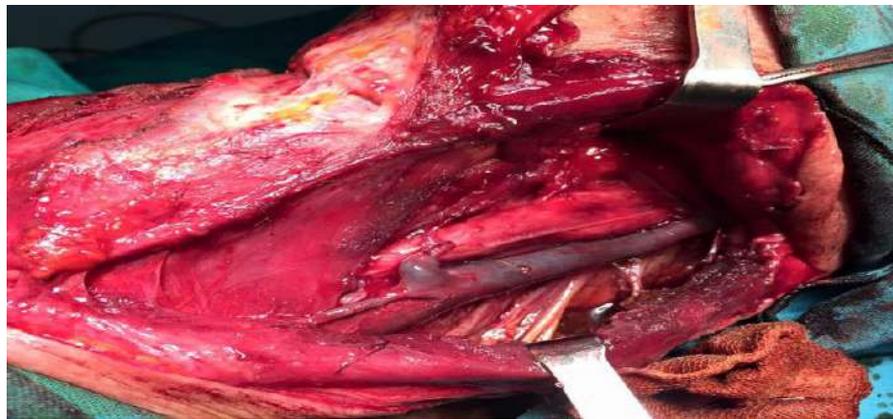


Fig08 : l'évidement ganglionnaire gauche.

-3^{ème} temps : préparation de la laryngectomie

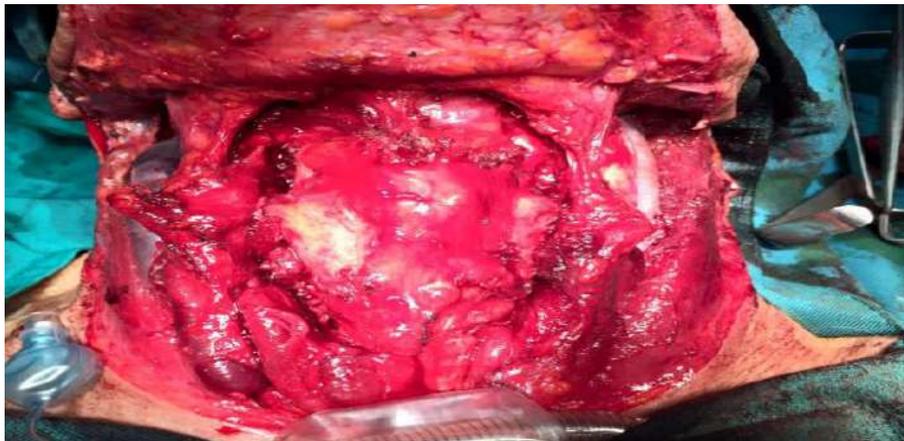


Fig09 :Image peropératoire de l'exposition du larynx.

-4^{ème} temps : lobe isthmectomie droite, laryngectomie totale et confection d'un trachestome cutané.

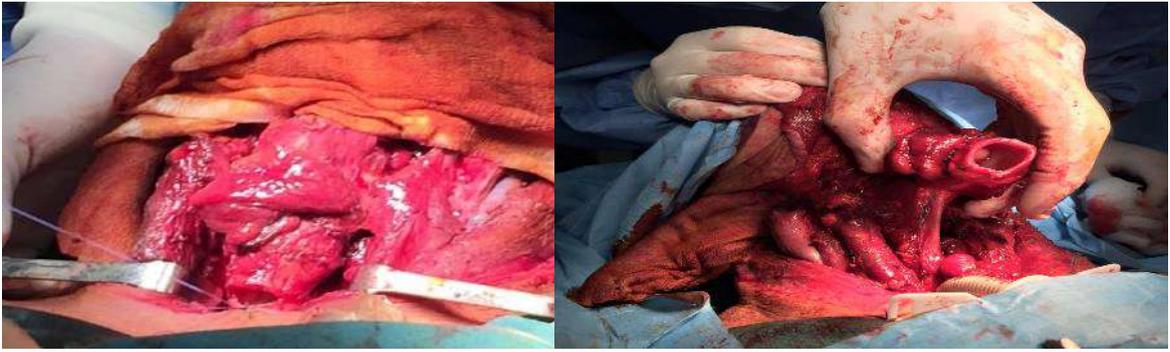


Fig. 10 et 11:Image peropératoire de la confection tracheostome et ablation du larynx .



Fig. 12:Image peropératoire : SPECIMEN (larynx, thyroïde en mono bloc) .

**-5eme temps : fermeture du pharyngostome avec pharyngoplastie
-hemostase rigoureuse, mise en place des DDR et Fermeture.**



Fig13 :Image peopératoire de la fermeture du pharyngostome et du plan cutané.

3. Phase postopératoire :

3.1 complications liées à la chirurgie :

suites opératoires immédiates : l'évolution à court terme

notre patients a été mis sous traitement antibiotiques à base de céphalosporine et métronidazole à raison de 3g par jour et d'Imidazole à raison de 1,5g/jour pendant 10 jours.

suites opératoires immédiates : l'évolution à court terme

Nous avons l'habitude d'associer à ce traitement antibiotique un traitement anti acide à base d'oméprazole 20mg/j, à notre sens ce traitement anti acide et anti reflux serait le meilleur garant d'une parfaite cicatrisation du pharyngostome.

Absence de pharyngostome

Pas d'infection.

L'ablation de fil était réalisée systématiquement à j10.

L'ablation de la sonde nasogastrique était pratiquée à j12.

le patient a bénéficié d'une alimentation entérale.

les suites opératoires tardives : l'évolution à long terme

L'évolution était favorable permettant une alimentation normale vers le 20jour ème jour.

3.2 Rééducation orthophonique

Le patient a subi une rééducation orthophonique

le résultat était considéré moyen (émission de quelques mots).

Anatomie pathologique :

-Macroscopiques : la présence d'un processus tumoral bougeront et infiltrant de héli larynx droit ;occupant les étages d'aspect blanchâtre ,mesurant (03x2.8x1.8)cm

Le processus infiltre macroscopiquement les patrie molles postérieur

La thyroïde et la glande sous maxillaire sont sans particularités .

-Microscopique ;

l'examen anatomopathologique de pièce opératoire avait objectivé un carcinome épidermoïde bien différencié .

4.radiothérapie et chimiothérapie :

Une radio chimiothérapie complémentaire a été préconisée.

5.la surveillance

Une surveillance clinique et endoscopique est effectuée régulièrement tous les mois pendant 6 mois puis tous les 3 mois pendant 2ans puis tous les 6mois pendant 5ans.

Une radiographie pulmonaire est systématique à 3 mois et à 6mois même en l'absence de signe d'appel.

DISCUSSION

Épidémiologie

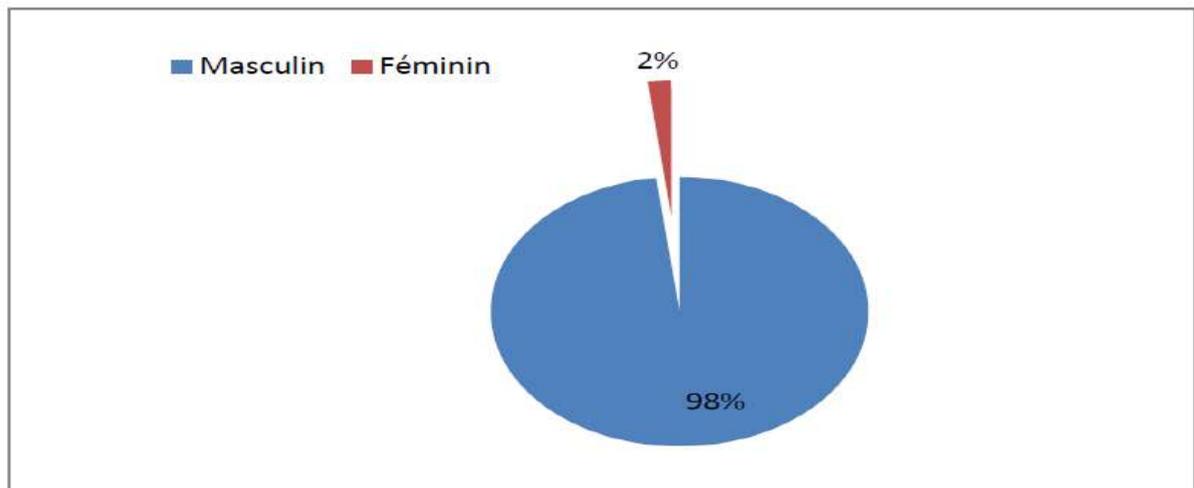
1. la fréquence : Le cancer du larynx représente 1 à 2 % des cancers diagnostiqués chaque année dans le monde. Son incidence est variable peut atteindre 20 pour 100000 habitants en Brésil et certains pays latino européens, 14 pour 100000 aux Etats- Unis et de 2,24 pour 100000H au Liban (6).

2. Le sexe et l'âge

Il existe une nette prédominance masculine a noté que la femme était atteinte dans 2 % et l'homme dans 98 %.

L'âge de prédilection du cancer du larynx se situe entre 45 et 70 ans avec une nette prédominance entre la cinquième et la sixième décade de la vie, alors qu'il est peu fréquent avant 45 et après 70ans , mais on observe une recrudescence du cancer chez des sujets de plus en plus jeune en rapport avec la précocité de l'intoxication alcoolo-tabagique. L'âge moyen est variable selon les séries, mais reste situé entre 55 et 65 ans. (7)

Figure 14 : Répartition des malades selon le sexe.



3. facteur de risque :

Les facteurs de risques du cancer du larynx sont nombreux, mais l'association alcoolo-tabagique reste la plus incriminée

3.1. Tabac

Toutes les études ont confirmé son rôle déterminant dans le cancer du larynx, ainsi, le risque est de 2 à 12 fois supérieur chez les fumeurs par rapport aux non fumeurs (8), et augmente aussi avec la durée de l'intoxication, la forte teneur du tabac en hydrocarbure polycyclique, l'absence de filtre et la potentialisation par une consommation éthylique concomitante.

La chromatographie en phase vapeur et liquide, a réussi à analyser la fumée du tabac et individualiser au moins 4 groupes de substances nocives : la nicotine, le monoxyde de carbone, les irritants locaux, et les agents cancérigènes.

3.2. Alcool

L'alcoolisme chronique semble jouer un rôle important dans la survenue du cancer du larynx mais les arguments sont moins probants que ceux du tabac (9).

3.3. Autre facteurs de risques

a. Les états précancéreux

Les états précancéreux du larynx sont dominés par les kératoses et les laryngopathies chroniques qui représentent un risque important de transformation maligne.

b. Les infections virales

Les infections virales par l'Human papilloma virus (HPV) seraient incriminées dans la survenue de carcinome épidermoïde du larynx. L'HPV a été retrouvé quatre fois plus souvent dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures que chez les sujets normaux. Ce virus s'embrancherait inhiber le gène P53 qui a une action suppressive sur les tumeurs notamment des voies aéro-digestives supérieures (10).

c. Profession

Certaines professions constituent un facteur de risque de cancer du larynx par 2 mécanismes (11) :

- Exposition aux substances chimiques toxiques telles que celles contenues dans les poussières de métaux, de bois, de charbon, de textile, de ciment et de l'amiante.
- Malmenage vocale qui est un facteur de risque mécanique du cancer des cordes vocales par l'intermédiaire d'une irritation chronique de ces dernières, et qui peut être le lit d'une dégénérescence carcinomateuses.

d. Habitudes alimentaire

Les carences vitaminiques A, C (12) ou de zinc...ont été évoquées mais ne semblent être que la traduction du désordre généré par l'alcoolisme plus que de réels facteurs épidémiologiques.

Par ailleurs, les produits conservés dans le sel semblent augmenter le risque de carcinome laryngé, d'après une étude sur la population de Shanghai(13), grande consommatrice de ce type de viande et de poisson.

e. Radiations ionisantes

L'irradiation cervicale antérieure est la principale cause de cancers radio induits qui sont dans la majorité des cas des carcinomes épidermoïdes indifférenciés. Ces cancers siègent de façon préférentielle dans la région sous et sus glottique. .

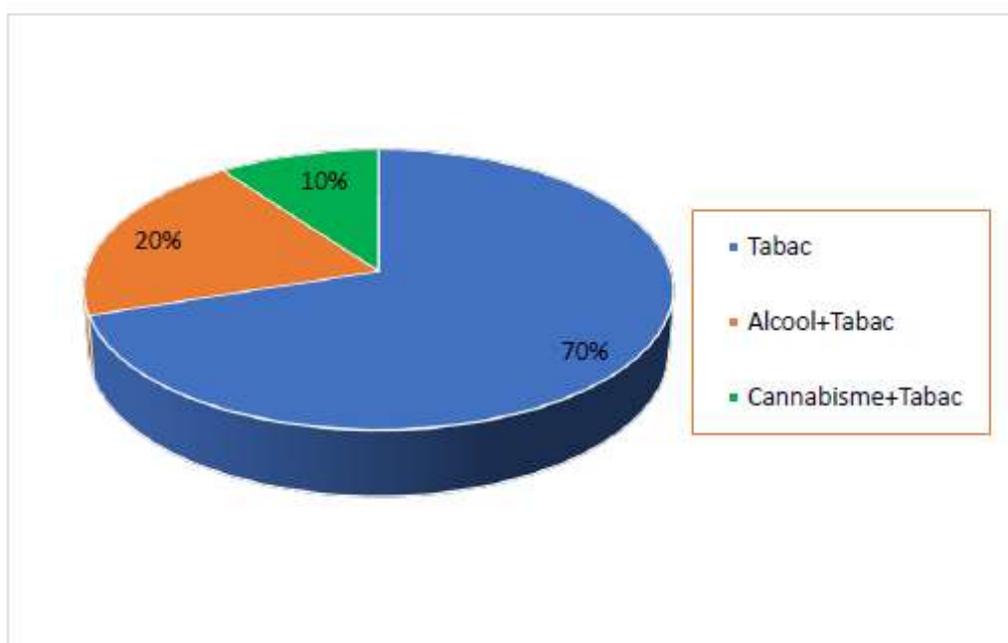
f. RGO

Le passage de l'acidité gastrique au delà du sphincter supérieur de l'oesophage permet à celle-ci d'atteindre le larynx et d'y induire des lésions variées.

Le reflux gastro oesophagien est responsable d'une inflammation aigue puis chronique de la muqueuse laryngée, aboutissant à une laryngite chronique, une entité précancéreuse bien connue.

Le RGO doit être diagnostiqué et traité avant toute laryngectomie totale, en effet, La laryngectomie totale aggrave le RGO, ce dernier retarde la cicatrisation du pharyngostome et par conséquent, il entrave le protocole thérapeutique (retard de la radiothérapie).

Figure15: répartition de patients en fonction des habitudes toxique.



II. CLINIQUE ET PARACLINIQUE

1. délai de consultation

Le délai de consultation représente le temps écoulé entre l'apparition des signes symptomatiques et les consultations médicales, il varie dans la littérature en fonction des séries, il est généralement court dans les pays développés par rapport aux pays du tiers monde ou le délai peut s'étaler sur plusieurs années ainsi :

- Amara (16) rapporte un délai de consultation supérieur à 6mois dans 60% des cas.
- El Achkar(19) rapporte un délai moyen de 53 jours avec des extrêmes de 1 à 1000 jours.
- Ben kodad(18) rapporte un délai moyen de consultation de 10 mois avec des extrêmes allant de 1 à 60 mois.
- Habermann(18) relève que 3 mois sont nécessaires avant de diagnostiquer un cancer du larynx.

2. motif de consultation

Selon le retard de consultation, le motif d'hospitalisation peut aller d'une simple dysphonie chronique, à une dysphagie, une dyspnée voir une détresse respiratoire aiguë .Par ailleurs, le maître symptôme retrouvé dans notre cas est la dysphonie chronique. Ainsi PORTMAN disait « toute dysphonie qui dure est un cancer qui s'assure ».

Il faut toutefois bien informer la population que la moindre symptomatologie à type de dysphonie persistante au delà de 3 semaines, de dysphagie ou d'adénopathie cervicale dans un contexte éthylo-tabagique impose un examen ORL le plus tôt possible.

3. CLINIQUE

3.1. Signes fonctionnels

L'anamnèse doit être minutieuse et méthodique à la recherche d'antécédents alcoolo-tabagiques, des facteurs favorisants et de préciser les caractéristiques du motif de consultation, les circonstances de survenue, la périodicité, le mode évolutif, les facteurs déclenchant, le terrain, l'effet des éventuels traitements déjà prescrits La sémiologie laryngée est dominée par trois symptômes : dysphonie, dyspnée et dysphagie(20)

a. La dysphonie :est le maitre symptome.Toute dysphonie persistante, d'aggravation progressive, chez un adulte surtout fumeur, nécessite un contrôle en laryngoscopie et cela même si le sujet évoque de nombreux épisodes itératifs de laryngites ou d'extinction de la voix complètement régressive.

b. La dyspnée : est rarement isolée dans le cadre du cancer du larynx mais elle est encore malheureusement dans quelques cas le motif de consultation et d'hospitalisation. C'est une bradypnée inspiratoire avec tirage qui traduit en générale une forme évolué.

c. La dysphagie : soit vraie dans les volumineuses tumeurs, soit le plus souvent simple gêne à la déglutition, chez un adulte fumeur, nécessite un contrôle en laryngoscopie et cela même si le sujet évoque de nombreux épisodes itératifs de laryngites ou d'extinctions de la voix complètement régressives.

Les autres signes sont le plus souvent contingents, toux laryngée, sensation de picotement ou de corps étranger, otalgie réflexe et crachats hémoptoïques.Ces signes ne sont pas à négliger et doivent nécessiter un examen laryngoscopique au miroir et une éventuelle surveillance régulière

Tableau 01 : les principaux signes cliniques selon les séries

Série %	Dysphonie %	Dyspnée %	Dysphagie %
Miziara 21	85.2	34.3	32.4
Shiari'a	81.3	31.6	29.2
Benkodad 19	85.7	45.2	26.2

3.2 Examen clinique :

A. Laryngoscopie indirecte

La laryngoscopie indirecte est le temps principale de l'examen clinique ; cet examen permet de mettre en évidence un processus tumoral occupant le larynx.

B. Examens oropharyngé

Apprécie l'état bucco-dentaire et recherche une éventuelle extension tumorale à la base de la langue . selon une étude mondiale 80% du patients présentaient un état bucco dentaire défectueux sans extension tumorale à la base de la langue.

C. Examen cervicale

La palpation cervicale étudie les reliefs laryngés et permet de rechercher une éventuelle infiltration tumorale sous jacente. a palpation des aires ganglionnaires cervicales est systématique étant donné la grande lymphophile de ces cancers(23), elle doit être méthodique et bilatérale, et un schéma daté détaillé doit être réalisé à l'issue de cet examen

a découverte de l'adénopathie cliniquement dépend de la localisation, la consistance et la taille de l'adénopathie, ainsi que du type de cou examiné et de l'expérience de l'examineur .Dans des mains expérimentées, une adénopathie peut être détectée à partir d'une taille de 0,5cm si elle est superficielle et, à partir de 1cm de diamètre pour les plans profonds. Mais des micros métastases peuvent exister dans de plus petites adénopathies, ce qui explique les faux négatifs évalués à 20 à 30% (23) des cas .Pour Pinilla(24), ces métastases occultes s'élèvent à 31% des cas, avec une prédominance des cancers sus-glottiques, pour cette localisation, il est récemment décrit que plus le stade T est avancé et la tumeur peu différenciée, plus les métastases occultes sont fréquents(25)

D. Le reste de l'examen ORL

Il doit être complet et systématique à la recherche de localisations secondaires ou concomitantes

.E. Examen général

Le reste de l'examen général doit être effectué à la recherche d'une métastase à distance .La conclusion de l'examen clinique est mentionnée sur le dossier du malade par un schéma daté rapportant le siège de la lésion, la mobilité laryngé ainsi que la présence ou non d'adénopathies

4. Examen paraclinique

4.1. La panendoscopie des voies aérodigestives supérieures

Réalisée sous anesthésie générale ou sous neuroléptanalgie, elle permet l'examen du larynx au microscope opératoire et en optiques rigides à 0°, 30°et 70°(31).Cet examen permet de préciser l'extension tumorale au niveau de la sous glotte, commissure antérieure, pied de l'épiglotte et du ventricule. Il permet en plus, grâce à la palpation des lésions, de juger l'importance de l'infiltration tumorale(32).

Une panendoscopie (laryngé, hypopharyngée, oesophagienne, et trachéobronchique) est systématique à la recherche d'une deuxième localisation(32).

Un temps capital, les biopsies, sont faites dans le dernier temps de l'examen endoscopique, elles doivent être multiples sur le site lésionnel. Et intéressent obligatoirement la commissure antérieure en avant et l'aryténoïde en arrière, le vestibule en haut, et la sous glotte

Tableau 02: :pourcentage d'attente 2ou3 étages laryngés en fonction d'autres

Série	%
-------	---

El Achkar(11)	61.3
Lam (51)	71.4
Bouallali (21)	85.7
Fihri (52)	45.3

4.2. Imagerie

L'existence de certaines zones difficilement accessibles à l'examen endoscopique et la possibilité d'infiltration profonde (cartilage, pré-larynx) constituent une indication aux explorations radiologiques dont la hiérarchie devrait être judicieusement choisie en fonction du

cout, de la disponibilité et surtout des performances respectives de chaque technique. (33)

Cette étude doit être non pas uniquement morphologique mais aussi dynamique (phonation, inspiration, apnée et Valsalva).

a. Cliché de profil du larynx

Il est de réalisation facile, et il permet l'exploration sagittale dynamique de la charpente ostéo cartilagineuse plus ou moins bien ossifiée, des parties molles et de la lumière pharyngée mais en plus en plus délaissé.

b. Opacification de l'hypo pharynx

Concerne plutôt l'étude de l'oro et de l'hypopharynx que du larynx, cependant, elle est utile dans le bilan des lésions frontières (margelle laryngée) et renseigne sur la physiologie vestibulaire.

Nous n'avons pas l'habitude de demander ces deux examens qui sont détrônés par la TDM.

c. Echographie

Examen simple et anodin qui permet l'étude des parties molles, de la thyroïde, du cartilage thyroïdien, de la loge H.T.E. normalement hyperéchogène, et surtout l'étude de la surveillance des chaînes ganglionnaires cervicales(33,34).

d. TDM

La tomодensitométrie est considérée actuellement comme l'examen de choix dans la pathologie tumorale du larynx qui permet une stadification précise pré thérapeutique.

Actuellement, le développement de l'acquisition spiralée a permis d'optimiser les études tomодensitométriques en offrant une exploration rapide performante de la région pharyngo-laryngée, en effet le scanner spiralé offre de nombreux avantages (35).

- Il permet une opacification tumorale et vasculaire optimale sur l'ensemble du cou grâce à une injection biphasique.
- Il réduit considérablement les artéfacts de déglutition du fait d'un temps d'acquisition court

- Il offre la possibilité de réaliser des manoeuvres dynamiques, en phonation ou en Valsalva, en une acquisition sur toute la hauteur du larynx et permet d'effectuer des reconstitutions frontales et sagittales très utiles pour le bilan d'extension tumorale. Elle a un grand intérêt dans la détermination du bilan d'extension et dans l'analyse des aspects lésionnels en fonction du siège (33, 35, 36,37).
- En fonction du point de départ de la lésion, nous distinguons les tumeurs sus glottique, glottiques et sous-glottiques..

e.IRM

Grâce à l'approche d'une caractérisation tissulaire et à la possibilité d'une étude multidisciplinaire directe, l'IRM constitue un examen performant dans le bilan d'extension des tumeurs du larynx.

Elle permet de rechercher une asymétrie, un effet de masse, l'état des plans adipeux, mais surtout un meilleur contraste entre les différents tissus mous, une meilleure fiabilité dans l'étude de la région sous commissurale(37).

Par contre, elle est moins performante, pour la visualisation des contours osseux et cartilagineux (33, 36,37).

Elle reste à l'heure actuelle l'examen de seconde intention.

f. Radiographie de thorax

Dans les cancers liés au tabac et à l'alcool, toute la muqueuse aérodigestive peut être le siège de transformation maligne ; L'atteinte synchrone ou métachrone des poumons doit être recherchée systématiquement.

La radiographie de thorax permet de détecter des métastases pulmonaires ou une autre localisation tumorale, elle garde une place importante dans le suivi des patients atteints de cancer laryngé, et en cas de lésion suspecte, une fibroscopie et un scanner thoracique seront demandés.

g. Echographie abdominale

L'échographie abdominale trouve son intérêt dans la recherche d'une localisation à distance.

h. Fibroscopie digestive

La fibroscopie digestive est systématique à la recherche d'une éventuelle lésion cancéreuse digestive.

i. Autre

Les autres examens sont demandés en fonction des signes d'appels (scintigraphie osseuse en cas de douleur osseuse, TDM cérébrale en cas de signes neurologiques.)

III. HISTOLOGIE

Sur le plan anatomo-pathologique, le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent.

1. Moyen de diagnostic

1.1. Biopsie

Le diagnostic des tumeurs malignes du larynx est évoqué sur les données de l'examen histopathologique. La biopsie se fait suivant diverses modalités selon l'accessibilité de la lésion.

Elle doit être large, profonde, effectuée en dehors des zones nécrosées et surinfectées, si possible à cheville sur le tissu pathologique et le tissu sain, elle doit être représentative de la lésion et multiple si nécessaire (en cas de lésion polymorphe). Une fois réalisée, elle doit être plongée immédiatement dans un fixateur (formol, boin ...) afin d'éviter des altérations tissulaires.

Elle doit être accompagnée de renseignements indispensables au pathologiste : nom du malade, son numéro de dossier, son sexe, son âge, sa profession, la localisation anatomique précise, son aspect endoscopique et les références des prélèvements antérieurs (38).

1.2. Pièce opératoire

L'étude macroscopique de la pièce opératoire permet de préciser les caractères de la lésion : son siège, sa taille, son aspect, la présence ou non d'un envahissement extra-laryngé. L'étude microscopique permet de confirmer le diagnostic de malignité et de préciser le type histologique.

2. description histologique

2.1. Carcinome épidermoïde

Le carcinome épidermoïde représente plus de 95% des tumeurs malignes du larynx. Ceci est retrouvé dans l'ensemble des séries rapportées dans la littérature(26)

Tableau03: pourcentage du carcinome épidermoïde selon les séries

Série	%
Leroux Rob(60)	99.5
Laccourrey(31)	93
Col(61)	99.4
Fihri(52)	100
El Achkar(12)	99

. Le carcinome épidermoïde est une prolifération tumorale maligne reproduisant une muqueuse malpighienne avec ou sans kératinisation.

Il naît soit directement d'une muqueuse malpighienne saine ou dysplasique (importance des lésions précancéreuses), soit d'une muqueuse respiratoire après métaplasie(38).

a . Carcinome in situ :

Prolifération carcinomateuse se développant dans l'épaisseur du plan épithéliale sans rupture de la membrane basale. Cette variété de carcinome est rare, et particulière à la corde vocale. Macroscopiquement il s'agit d'une lésion circonscrite ou diffuse(26).

b. Carcinome épidermoïde micro invasif

Une tumeur micro-invasive se définit comme étant l'envahissement du chorion jusqu'à une profondeur de 3mm au dessous de la basale de l'épithélium sans dissémination lymphatique ni vasculaire (26).

c. Carcinome épidermoïde invasif

Le carcinome épidermoïde est dit invasif quand l'envahissement du chorion et au delà de 3 mm, ou s'accompagne de métastases lymphatiques ou viscérales. Il peut être peu ,moyennement ou bien différencié(26)

5.classification TNM

La classification TNM résulte de la coopération entre l'union internationale contre le cancer (UICC) et l'américain Joint Comité on cancer(AJCC) entre 1980 et 1987, elle a été révisée plusieurs fois, la dernière en 2002(27).Elle se base sur l'évaluation de 3 paramètres :

- T : tumeur primitive.
- N : absence ou présence de métastases ganglionnaires.
- M : présence ou absence de métastases à distance.

dans son étude Kokoska(28) retrouve une majorité des patients classés T1T2.Lam(29) sans distinction du sexe retrouve 87% des patients classés T3T4

STADIFICATION

La stadification des cancers publiés par l'AJCC (American joint comité on cancer) est plus pratique pour certains et permet des prises en charges thérapeutiques plus adaptées à chaque stade.

- Stade 0 : TisN0 M0
- Stade I : T1 N0 M0
- Stade II : T2 N0 M0
- Stade III : T3 N0 M0 -T1 T2 T3 N1 M0
- Stade IVa: T1 T2 T3 N2 M0 -T4a N0 N1 N2 M0

Stade IVb: tous T N3 M0 -T4b tous N M0

- Stade IVc: tous T tous N M1

La majorité retrouve 71,4% de stade IV, dans la série de Fassi Fihri(30), la majorité des patients soit 62,7% ont été diagnostiqués au stade avancé Iva.

CONCLUSION

Les cancers du larynx sont fréquents, Directement liés au tabagisme chronique et souvent associés à une consommation excessive d'alcool . ils touchent l'homme dans l'immense majorité des cas. La forme histopathologie de loin la plus fréquente est le carcinome épidermoïde et malgré des signes d'appel précoces, un grand nombre de tumeurs laryngées, en particulier sus-glottiques sont diagnostiquées à un stade relativement avancé. Le bilan d'extension repose sur une endoscopie minutieuse et une imagerie médicale . La chirurgie ; la radiothérapie et la

chimiothérapie sont des traitements essentiels des cancers du larynx utilisée isolement ou en association .

Les cancers de larynx atteignent des organes dont les fonctions physiologiques sont essentielles : phonation, respiration, et déglutition.

La laryngectomie totale est une intervention lourde, longue et pouvant entraîner des complications graves Immédiates et tardives.

Impliquant une surveillance stricte, rigoureuse et pluridisciplinaire surtout les 48 premières heures qui peut s'allonger encore plus. Médecin de garde présent 24hr sur 24

Ceci explique qu'elle soit réalisée dans les centres spécialisés pluridisciplinaires a savoir les CHU.

La laryngectomie totale prend une place important dans le traitement du KC du larynx.

C'est un acte nécessitant l'association de compétences multidisciplinaires : Chirurgien ORL, radiologue, oncologue, réanimateur anesthésiste et parfois chirurgien plasticien pour aboutir à une meilleure prise en charge du patient, et nécessitant des ressources matériels énormes (salle opératoires propre à l'orl ,boites de chirurgie cervicale +LDS , salle de réveil bien équipée ,banque de sang...

L'absence de travaux sur l'organisation des soins en cancérologie et la prise en charge pluridisciplinaire des patients dans notre établissement périphérique nous a incité à faire cette étude .La prise en charge des patients atteints de cancers ORL doit faire l'objet d'une concertation thérapeutique pluridisciplinaire

La concertation multidisciplinaire permet en outre l'inclusion de certains malades dans les essais thérapeutiques en cours. Elle permet aussi une prise en charge optimale des soins de support(algologie, nutrition par sonde nasogastrique ou gastrostomie, soutien psychologique). Les principaux problèmes aux quels vous faites face a EPH pour PEC de cancer de larynx sont définir par difficulté des :-L'agrément des structures habilitées à prendre en charge la pathologie cancéreuse.

La prise en charge qualitative et concertée des patients cancéreux, avec équité, accompagnée d'un support législatif .-La recueil des données précises et exhaustives sur le cancer et sa prise en charge.

L'amélioration de la qualité de vie de ces patients ainsi que le management des soins palliatifs inhérents à cette pathologie lourde

. La maîtrise des dépenses de santé de cette maladie lourde et coûteuse

Défaut de fournir des salles d'opération bien équipé avec une stérilisation de haute qualité.

Manque des compétences nécessaire pour ce type d'interventions

Manque les formations initiale dans ce domaine que parfois conduite les professionnels a refuse a ce type d'intervention .

REFERENCE

- (1). Dr khaled Al tabaa (chirurgien de la face et du cou ,chirurgie reconstructive et microchirurgie ORL .chrd,René Dubois ,pontoise .KB ORL
- (2). ONCO BRETAGNE .thesaurus –cancer ORL –version 2015.
- (3). [www.chu-bordeaux .fr](http://www.chu-bordeaux.fr) /version :janvier 2013-Auteur :collège tête et cou .
- (4). E.J. Moure and F. Bertier,
Traité des maladies du larynx pharynx et de la trachée (traduction du livre de Morell Mackenzie), Doin Ed, Paris (1880)

- (5). S.C. Thomson,
The history of cancer of the larynx, J Laryngol Otol 54 (1939),
- (6). LEFEVBRE.CHEVALIER.D,
DEMAILLE .A :épidémiologie des voies aéro-digestives supérieures .EMC, ORL, 20710 A 10,
cancérologie6020810A 10,1993
- (7). DIETZ A:
Epidemiology of laryngeal carcinoma, laryngorhinootologie.2004 NOV; 83(11):771-2
- (8). FRANCESCHI S.,GALLUS S,BOSETTI C, et al.
laryngeal cancer in women :tabacco ,alcohol, nutritional ,and hormonal factors .cancer
epidemiol biomarkers prev.2003 ;12(6) :514-7
- (9). TALAMINI R,BOSETTI C,LA VECCHIA C,et all.
combined effect of tobacco ant alcohol on laryngeal cancer risk : a case-control study .cancer
causes control.2002;13(10):957-64
- (10). GOK U,OZDARENDELI A,KELES E
detection of Epstein-barr virus DNA by polymerase chain reaction in surgical
specimens of patients with squamous cell carcinoma of the larynx and vocal cord
nodules.Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.2003 Nov;11(5):134-8
- (11). KAPIL U, SINGH P, BAHADOUR S ET all association of vitamin A, vitamin C and
zinc with laryngeal cancer .Indian J cancer .2003 Apr-Jun; 40(2):67-70
- (12). GOK U,OZDARENDELI A,KELES E
detection of Epstein-barr virus DNA by polymerase chain reaction in surgical
specimens of patients with squamous cell carcinoma of the larynx and vocal cord
nodules.Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.2003 Nov;11(5):134-8
- (13). M.S. Cattaruzza, P. Maisonneuve and P. Boyle
Epidemiology of Laryngeal Cancer
Oral Oncol, EurJ Cancer Vol. 32B, No. 5, pp. 293-305, 1996
- (15). Habermann W, Berghold A, DeVaney TT, Friedrich G.
Carcinoma of the larynx: predictors of diagnostic delay.
Laryngoscope. 2001 Apr;111(4 Pt 1):653-6.
- (16). AMARA.Y:
tabac et cancer du larynx thèse medecine N:63, 1994, RABAT
- (17). El Achkar I, THOME.C, EL RASSI.B et aLL :
cancer du larynx : expérience de l'hopital France-dieu Beyrout 1992-1996
- (18). Habermann W, Berghold A, DeVaney TT, Friedrich G.
Carcinoma of the larynx: predictors of diagnostic delay.
Laryngoscope. 2001 Apr;111(4 Pt 1):653-6.

- (19). BENKODAD . I :
les cancers du larynx Thèse de médecine N : 328, 2001, RABAT
- (20). DESUTER.GMAKEIFF.M, TORREILLES.JL et all :
curage cervical bilatéral en un temps dans le traitement des cancers des voies aérodigestives supérieures Les cahiers d'ORL, T XXXII, N1 ; 1997,45-50
- (21). MIZIARA.ID,CAHALI.MB,MURAKAMI.MS et all :
cancer du larynx :corrélation entre le tableau clinique ,le siège d'origine de la tumeur, le stade, l'histologie et le retard du diagnostic revue d'ORL,1998,119(2),101- 104
- (22). REYT.E, RIGUINI.C:
adénopathies cervicales EMC, ORL, 20 870 A 10,1999
- (23). Patel P, Snow GB.
Metastases of carcinoma of the larynx.
Acta Otorhinolaryngol Belg. 1992;46(2):141-51. Review.
- (24). Pinilla M, González FM, López-Cortijo C, Vicente J, Górriz C, Laguna D, De la Fuente R, Vergara J.
Cervical lymph node involvement in laryngeal carcinoma: a retrospective study of 430 cases
Acta Otorrinolaringol Esp. 2001 Apr;52(3):213-8.
- (25). Esposito ED, Motta S, Cassiano B, Motta G.
Occult lymph node metastases in supraglottic cancers of the larynx..
2001 Mar;124(3):253-7.145
- (26). S.ZAMIATI;C.AIT BENHAMOU;N.Z.LARAQUI;Y.BENCHEKROUN
histopathologie des cancer larynges rapport national du cancer du larynx,mai,1997
- (27). TRAN BA HUY.P et all
cancer du larynx ORL,universités francophones,édition marketing :Ellipses,1996
- (28). PFREUNDER L,WILLNER J,MARX A,Hoppe F,BECKMANN G,FLENTJI M.
the influence of the radicality of resection and dose of postoperative radiation therapy on local control and survival in carcinomas of the upper aerodigestive tract.int J Radiat Onco l Biol Phys 2000;47(5):1287-97
- (29). BARKLEY Jr HT,FLETCHER GH,Jesse RH, Lindberg RD.
management of cervical lymph node metastases in squamous cell carcinoma of the tonsillar fossa,base of tongue, supraglottic larynx,and hypopharynx.Am J Surg 1972;124(4):462-7
- (30). Rudert H, Werner J.
Endoscopic resections of glottic and supraglottic carcinomas with the CO2 laser .
Eur Arch Otorhinolaryngol 1995;252:146-8.
- (31). LUTZ.CK, WAGNER.RL, and JHONSON.JT ET all
supraglottic carcinoma: patterns of recurrence Ann.otorhino.laryngol.1990, 99, 12-17

- (32). HOFFMAN HT,BUATTI J.
Update on the endoscopic management of laryngeal cancer curr opin Otolaryngol
Head Neck Surg2004 Dec ;12(6):525-31
- (33). HASSANI :
apport de l'imagerie dans le diagnostic des tumeurs du larynx rapport national du cancer
du larynx ,mai,1997
- (34). CHEVALLIER P,PADOVANI B,BRUNETON
J-N echographie du larynx et de l'hypopharynx chez l'adulte,étude du service
d'imagerie médicale,Hopital PASTEUR 06002 Nice
- (35). CASTELJNS J. VAN DEN BREKEL M.,NIEKOOP V.,SNOW G.
imaging of the larynx ,neuroimaging clinics of north America –VOL 6,Number 2;MAY
1996
- (36). WILLIAMS.D :
imaging of laryngeal cancer ,oto laryngologic clinics of North
America-VOL 30,N°1,Feb 1997
- (37). ZBAREN(P.),BECKER(M.),LANG(H),
Pretherapeutic staging of laryngeal carcinoma,CANCER April 1 ,1996/VOL77/N°7
- (38). S.ZAMIATI;C.AIT BENHAMOU;N.Z.LARAQUI;Y.BENCHEKROUN
histopathologie des cancer larynges rapport national du cancer du larynx,mai,1997



KHEZZANE KHAOULA
MAALLOUL AICHA



Difficulté de la prise en charge du cancer Du larynx dans l'EPH d'ouargla (2020)

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Résumé

les cancers du larynx sont fréquents ou ils représentent 5% des cancer chez l'homme, et 25% des cancers des VADS

- Age de survenu entre 45 –70 ans (dans 75% des cas)
- Le facteur essentiel de la cancérogenèse laryngée est le tabac souvent associé a un abus de boisson alcoolisées .

La laryngectomie totale prend une place important dans le traitement du Kc du larynx. C'est un acte nécessitant l'association de compétences multidisciplinaires : Chirurgien ORL, radiologue, oncologue, réanimateur anesthésiste et parfois chirurgien plasticien pour aboutir à une meilleure prise en charge du patient.

Et nécessitant des ressources matériels énormes • (salle opératoires propre à l'orl ,boites de chirurgie cervicale +LDS ,salle de réveil bien équipée ;banque de sang..)

Notre travail est une étude descriptive ,concernant un cas qui fait la laryngectomies totale au niveau un structure hospitalier non universitaire.

et on Analysant les données , cliniques, para cliniques, les attitudes thérapeutiques et les suites évolutives en particulier les complications rencontrées au court et au long terme afin d'argumenter les difficultés de faire cette intervention lourde au niveau d'un établissement périphérique.

La laryngectomie totale est une intervention lourde, longue et pouvant entrainer des complications graves Immédiates et tardives.

Nécessité d'une surveillance stricte, rigoureuse surtout les 48 premieres heures qui peut s'allonger encore plus.

Ceci explique qu'elle soit réalisée dans les centres spécialisés a savoir les CHU .

Abstract

Laryngeal cancers are frequent or they represent 5% of cancer in humans, and 25% of VADS cancers Age between 45-70 years (in 75% of cases) The essential factor of laryngeal carcinogenesis is tobacco often associated with akoolized drink abuse. Total laryngectomy plays an important role in the treatment of Kc of the larynx It is an act requiring the association of multidisciplinary skills: ENT surgeon, radiologist, oncologist, anesthetist resuscitator and sometimes plastic surgeon to achieve better patient care. . And requiring enormous material resources • (operating room clean with equipped cervical surgery boxes; blood bank.) Our work is a descriptive study concerning a case which makes total laryngectomies at a university hospital level. , para-clinical, therapeutic attitudes and evolutionary consequences in particular long-term complications in order to argue the difficulties of silencing this heavy intervention at the level of a peripheral establishment. Total laryngectomy is a heavy, long procedure that can lead to severe and late somplieations. Need for strict, rigorous monitoring especially during the first hours which can Yellnge encioe flat Csiexgiin \ where it is talid in the splalized centers namely the CHU .

Mots clés :

les cancers du larynx ; ressources matériel

compétences multidisciplinaires ;

La laryngectomie totale ;

Encadreur : Dr. K. MESSAOUDI



KHEZZANE KHAOULA
MAALOUL AICHA

**Difficulté de la prise en charge du cancer
Du larynx dans l'EPH d'Ouargla (2020)**
Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine



ملخص

سرطانات الحنجرة شائعة أو أنها تمثل 5% من السرطانات في البشر، و 25% من سرطانات المجاري التنفسية العلوية الفئة الأكثر عرضة هي بين 45-70 سنة (في 75% من الحالات) • العامل الأساسي للسرطان الحنجرة هو التبغ المرتبطة في كثير من الأحيان مع تعاطي المشروبات الكحولية
استئصال الحنجرة الكلي يأخذ مكانا هاما في علاج سرطان الحنجرة وهو عمل يتطلب الجمع بين المهارات المتعددة التخصصات (جراح امراض القلب , والاذن والحنجرة والاشعة والاورام وطبيب التخدير الانعاشي وجراح التجميل في بعض الأحيان لتحقيق رعاية افضل للمرض
ويتطلب موارد مادية هائلة كغرفة عمليات خاصة بجراحة الاذن والحنجرة وغرفة انعاش مجهزة جيدا وبنك الدم)
عملنا هو دراسة وصفية بشأن مريض قام بالاستئصال الكلي للحنجرة عل مستوى مستشفى جامعي .
قمنا بتحليل البيانات والمواقف السريرية وشبه السريرية والعلاجية والعواقب التطورية ولا سيما المضاعفات التي تواجهها على المدى القصير والطويل من أجل المناقشة في صعوبات القيام بهذا التدخل المكثف على مستوى مؤسسة هاشبية. استئصال الحنجرة الكلي هو إجراء ثقيل ويستغرق وقتا طويلا ويمكن أن يؤدي إلى مضاعفات خطيرة فورية ومتأخرة. الحاجة إلى مراقبة صارمة، صارمة وخاصة أول 48 ساعة التي يمكن أن تطول لفترة أطول. وهذا ما يفسر لماذا يتم تنفيذه في مراكز متخصصة.

Mots clés :

Encadreur : Dr. K. MESSAOUDI