

L'organe

L'oropharynx est la région anatomique de la gorge qui comporte : les amygdales, le voile du palais, l'arrière de la langue et l'arrière de la gorge.

Les trois facteurs de risque connus du cancer de l'oropharynx sont :

- Une consommation régulière de tabac. La consommation de cannabis présente les mêmes risques. Ce risque persiste même plusieurs années après l'arrêt du tabac.
- Une consommation régulière d'alcool, surtout en association avec une intoxication tabagique
- Une infection ancienne, asymptomatique et souvent non connue par le patient par un virus de la famille des papillomavirus humains (HPV en anglais pour Human Papillomavirus). Certains de ces virus dits de « haut risque » peuvent provoquer un cancer. Le cancer du col de l'utérus est un cancer connu depuis longtemps pour être lié à une infection par un virus HPV de haut risque. Le lien entre certains cancers de l'oropharynx et les virus HPV de haut risque est plus récent. (source INCa)

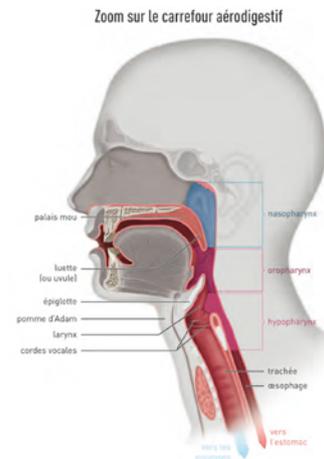


Image source: guide patient VADS INCa

Les étapes du diagnostic

Suspicion de cancer

Signes cliniques

Un cancer de l'oropharynx pourra être suspecté devant :

- un trouble de la déglutition avec une difficulté à avaler (dysphagie) ou une douleur à la déglutition (odynophagie) ou des fausses routes alimentaires. Ces symptômes peuvent entraîner une perte de poids
- une douleur au fond de l'oreille (otalgie) sans cause évidente à l'examen de l'oreille
- une limitation douloureuse de l'ouverture de la bouche (trismus)
- une difficulté respiratoire appelée dyspnée. C'est le plus souvent le signe d'une tumeur localement évoluée.
- un ou des ganglions dans le cou qui sont augmentés de volume (adénopathies) et qui persistent malgré les traitements médicaux prescrits.

Il est important de préciser que ces symptômes doivent attirer l'attention du patient ou des médecins lorsqu'ils persistent malgré les premiers traitements médicaux prescrits, et ceci quelque soit le sexe, sans limite d'âge, et qu'il existe ou non une intoxication tabagique ancienne ou actuelle.

Examen clinique

Devant de tels symptômes, un examen clinique approfondi par un chirurgien spécialiste de la tête et du cou (oto-rhino-laryngologiste ou chirurgien maxillo-facial) s'impose. Le médecin pratiquera un examen de la bouche et du fond de la gorge, et pourra pratiquer également un examen du larynx grâce à un fibroscope passé à travers le nez lors de la consultation. Cet examen est désagréable mais peu douloureux et peut être aidé par l'utilisation d'un anesthésique local pulvérisé dans le nez.

Confirmation diagnostique : déterminer le type de cancer

La confirmation du diagnostic est apportée par le prélèvement d'un petit morceau de la lésion ou biopsie qui sera analysé (analyse anatomopathologique). Celle-ci est réalisée soit à la consultation soit lors de l'examen sous anesthésie générale. En effet, si un cancer de l'oropharynx est suspecté lors de l'examen en consultation chez le spécialiste, celui-ci organisera un examen sous anesthésie générale. Cet examen approfondi permettra au médecin de réaliser des biopsies, d'apprécier l'étendue de la tumeur, et de rechercher une éventuelle autre tumeur, car les patients ayant un cancer de l'oropharynx peuvent présenter en même temps un autre cancer dans la même région ou à côté (cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage, trachée, bronches).

Cancer de l'oropharynx

Déterminer le stade (bilan d'extension)

Un scanner cervico-facial et du thorax (avec injection de produit de contraste) sera systématiquement réalisé. Cet examen radiologique est rapide et non douloureux. Votre médecin aura au préalable vérifié que vous ne présentez pas de contre-indication à sa réalisation.

Cet examen a plusieurs objectifs :

- évaluer le degré d'extension locale du cancer
- rechercher une extension du cancer aux ganglions du cou
- rechercher une extension aux poumons (métastases pulmonaires)
- et rechercher un cancer du poumon synchrone, c'est-à-dire que les deux cancers de l'oropharynx et du poumon seraient découverts en même temps. En effet, une consommation régulière de tabac est un facteur de risque très important de cancer du poumon.

Une IRM cervico-faciale sera parfois réalisée pour préciser certaines extensions locales du cancer.

En cas d'image pulmonaire suspecte au scanner ou en cas de cancer de l'oropharynx de stade avancé, un des médecins spécialistes pourra demander une tomographie par émission de positons couplée à un scanner appelée TEP-TDM au 18FDG. Cet examen est réalisé dans un service de médecine nucléaire.

Les traitements possibles

Pour le cancer de l'oropharynx, les principaux types de traitements sont la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Le choix d'une ou de plusieurs de ces techniques est étudié lors de Réunion de Concertation Pluridisciplinaires (RCP). Le traitement est toujours proposé de manière personnalisée en fonction de chaque patient. Ces différentes techniques peuvent être prescrites seules ou de façon combinées.

Pour en savoir plus

Haute Autorité de Santé

www.has-sante.fr

Plateforme information de l'Institut National du Cancer (INCA)

www.e-cancer.fr/cancer-info

Ligue nationale contre le cancer

www.ligue-cancer.net

- Site RCA référentiel cancer de l'oropharynx

http://sircamt.canceraquitaine.org/rca/documents/referentiels/tete_et_cou/RefHypopharynxLarynx_0710.pdf

Au CHU de Bordeaux

Pour le traitement des cancers de l'oropharynx de stade débutant, le CHU de Bordeaux peut proposer un traitement chirurgical moins invasif que les interventions chirurgicales traditionnelles grâce à la chirurgie transorale assistée au robot. Le robot chirurgical contrôlé par le chirurgien permet d'enlever la tumeur en passant par la bouche avec une excellente vision en 3D et un contrôle permanent des gestes. Cette chirurgie permet le plus souvent d'éviter une trachéotomie et de réduire la durée d'hospitalisation. Elle ne s'adresse qu'à des cas sélectionnés.

Pour le traitement des cancers de l'oropharynx de stade plus avancé, le CHU de Bordeaux peut proposer dans certains cas des interventions chirurgicales avec des procédés complexes de reconstruction microchirurgicale qui permettent d'améliorer les résultats esthétiques et fonctionnels. Le CHU de Bordeaux possède des équipes chirurgicales, anesthésiques et paramédicales entraînées ainsi qu'un environnement technique adapté à ce type d'interventions longues et complexes.

Suivi

Un suivi régulier et toute la vie est indispensable. Dans les premiers mois et premières années après la fin du traitement, les médecins spécialistes vérifient l'absence de récurrence locale ou ganglionnaire cervicale ou l'apparition de métastases. En l'absence de signe inquiétant, le rythme de ces consultations de suivi sera : tous les 3-4 mois les trois premières années, puis deux fois par an pendant 2 ans, puis une fois par an ensuite. Après le risque principal d'une récurrence du cancer initial (oropharynx), il existe un risque de développer un autre cancer comme un cancer du poumon. Un examen radiologique des poumons sera réalisé systématiquement une fois par an. En cas de symptôme inhabituel ou de signe douteux lors de l'examen clinique, des examens radiologiques comme un scanner ou une endoscopie sous anesthésie générale seront prescrits. Un arrêt de l'alcool et du tabac est vivement recommandé avec des aides.



www.chu-bordeaux.fr