

CANCERS DE LA LANGUE

Dr NDIAYE Mouhamadou Makhtar

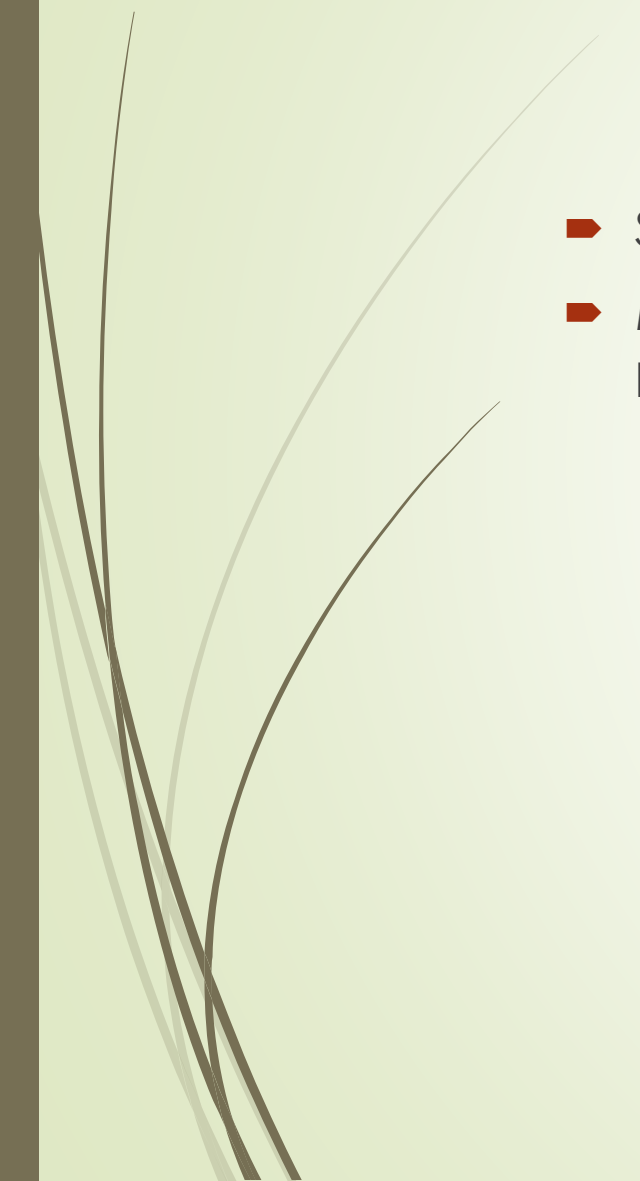
Ancien interne des hôpitaux de DAKAR

Chirurgien viscéral, Chirurgien maxillo-facial

Maître assistant stomatologie et chirurgie maxillo-faciale UCAD



Objectif général

- Sensibiliser l'étudiant à la carcinologie oro-faciale.
 - Montrer l'importance d'une prise en charge précoce de cette pathologie pour espérer des résultats satisfaisants.
- 



PLAN

- INTRODUCTION
- I- RAPPELS
- ANATOMIE - PHYSIOLOGIE
- ETIOPATHOGÉNIE
- II- SIGNES
- T.D.D.
- FORMES CLINIQUES
- III- DIAGNOSTIC
- IV- TRAITEMENT
- CONCLUSION



INTRODUCTION

➤ **Définition:**

Le cancer de la langue est une tumeur maligne développée au dépens du tissu lingual.

Les cancers de la langue constituent le **2em cancer** le plus fréquents de la cavité buccale, et représentent environ 20 % de la totalité des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Sur le plan histologique, Ils sont dominés par les **carcinomes épidermoïdes** dans plus de 90 % des cas.



INTRODUCTION

► Intérêt:

- Fréquence: Représente environ 30% des tumeurs malignes bucco maxillo-faciales.
- Préjudice fonctionnel.
- Le diagnostic doit être précoce car facile et aisé.
- L'évolution redoutable: métastases ganglionnaires du fait de sa très grande lymphophilie et à long terme d'une 2e localisation.
- Traitement doit être précoce par le dépistage des lésions précancéreuses.

I-RAPPELS/Anatomie

► ANATOMIE

La langue est d'un organe musculo-membraneux, mobile, très sensible, implantée sur un petit squelette ostéofibreux et occupe la paroi inférieure de la cavité orale.

La langue, de par sa position, intervient dans:

- la phonation: squelette ostéofibreux
- la déglutition,
- la mastication,
- la gustation.

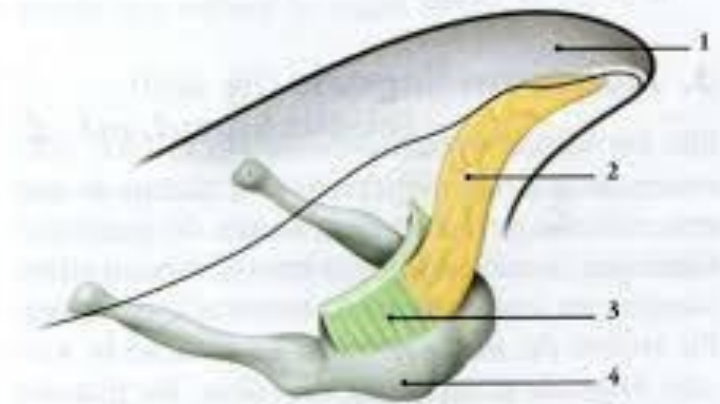


FIG. 20.6. Septum lingual (schématique)

1. langue

2. septum lingual

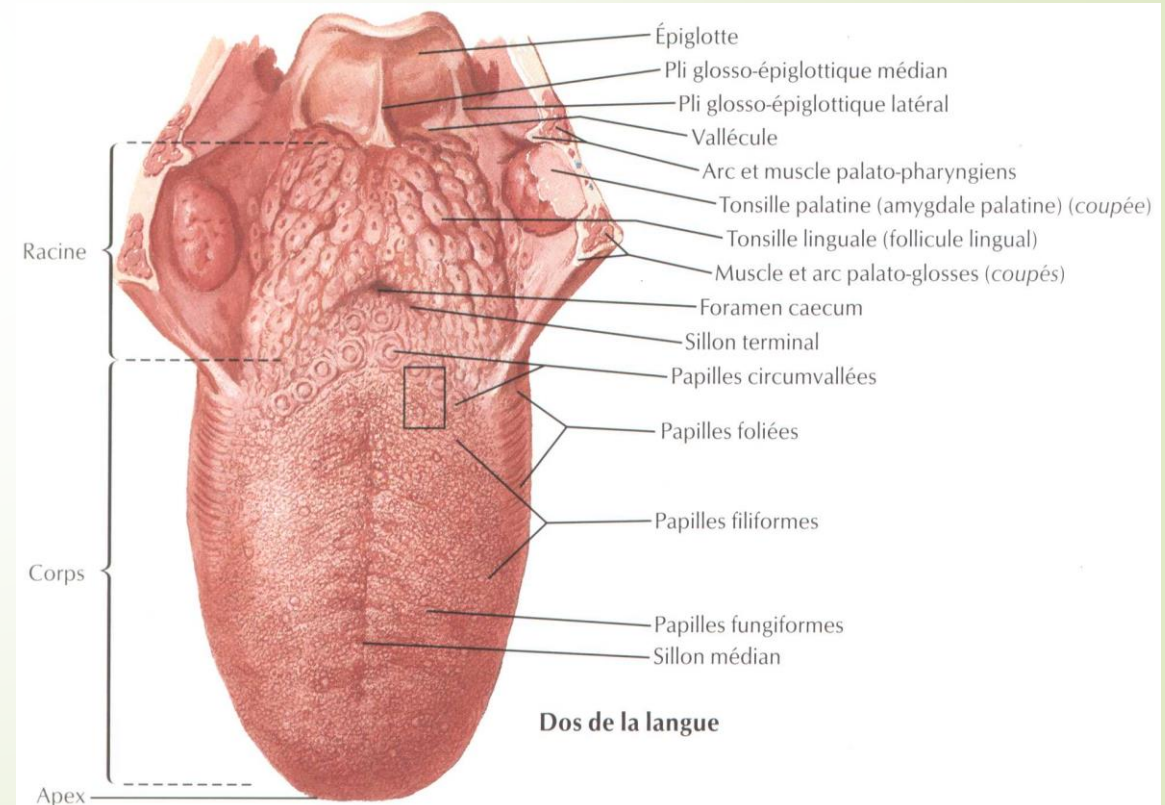
3. membrane byo-glossienne

4. os hyoïde

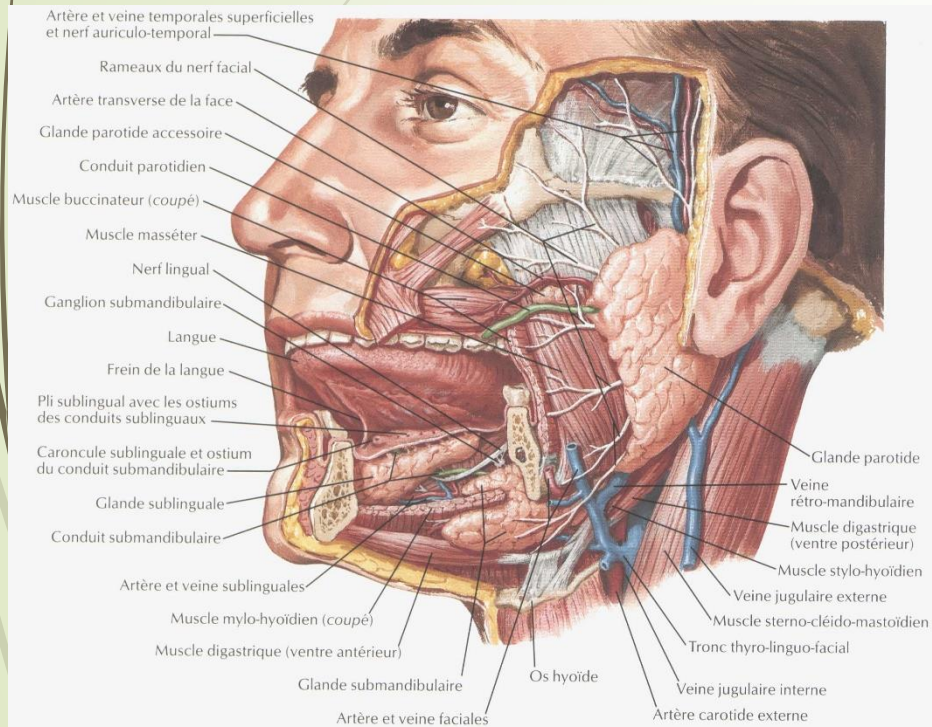
I-RAPPELS/Anatomie

Du point de vue anatomique, la langue est divisée en 2 parties :

- ▶ La langue mobile (face dorsale, face ventral, bords latéraux et pointe)
- ▶ La base de la langue,
- séparées schématiquement par le V lingual.

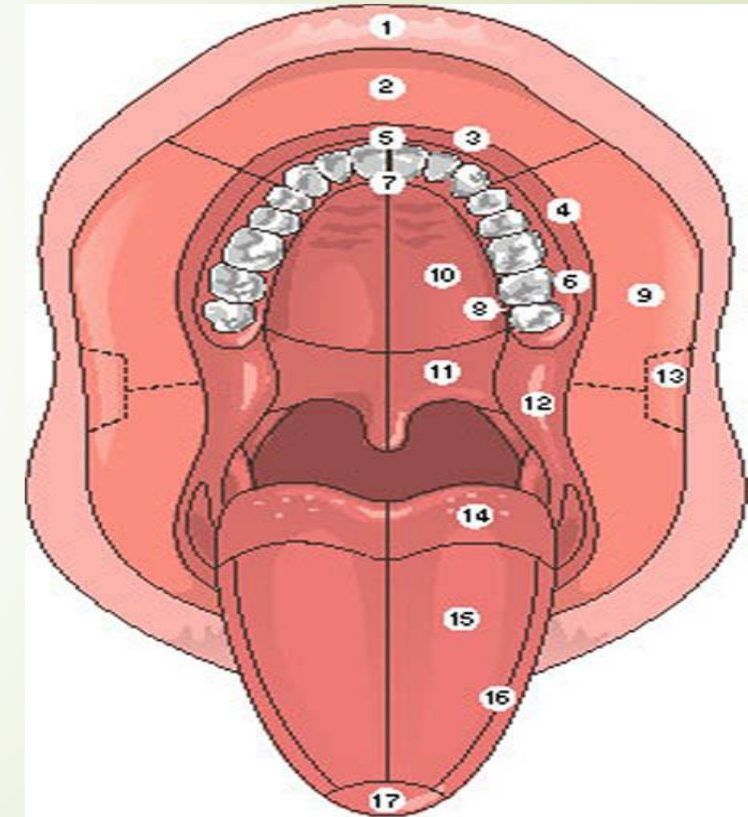


I-RAPPELS/Anatomie

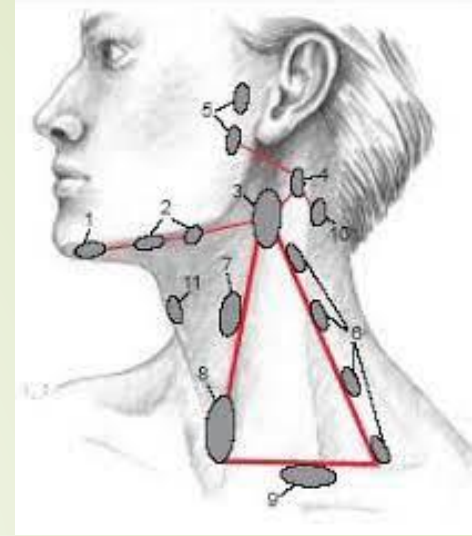


2 Faces:

- ❖ Face ventrale
- ❖ Face dorsale
- 14 : Base de langue
- 15: Dos de langue
- 16: Bord latéral ou marginal
- 17: Pointe de la langue



I-RAPPELS/Anatomie



Les Lymphatiques de la langue comportent :

- Les réseaux d'origines, (profonds ou musculaires ; superficiels ou muqueux)
- Les vaisseaux collecteurs qui se drainent préférentiellement dans les ganglions jugulaires internes (Antérieurs : ganglion de **KUTTNER**, ganglion sus-omo-hyoidien de **POIRIER**) et plus précisément dans un ganglion d'autant plus bas que leur origine linguale est plus antérieure.

I-RAPPELS/Anatomie

La vascularisation

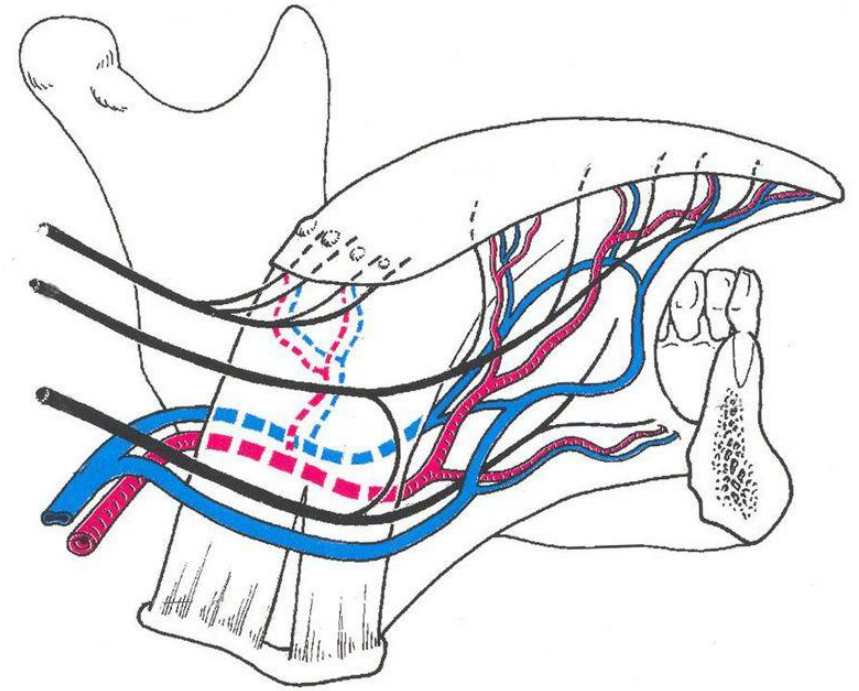
Artérielle est assurée par l'**artère linguale** branche collatérale de l'artère carotide externe (ACE).

Naît de 1,5 à 2 cm de l'origine de l'ACE et donne:

- Artère dorsale de la langue (base de la langue)

Et se termine par 2 branches

- Artère sublinguale (glande sublinguale)
- Artère ranine (langue mobile)





I-RAPPELS/ Physiologie

Physiologie

Par sa **musculature**, la langue est douée d'une grande mobilité et joue un rôle dans:

- **La mastication,**
- **La déglutition**
- **La phonation.**

Par sa **muqueuse**, la langue joue un rôle dans la sécrétion salivaire par la présence des organes du goût:

- **La gustation.**



I-RAPPELS/ Physiologie

Physiologie : Rôle et fonction

- **Gustation** : La langue est l'organe de la gustation. Les saveurs sont perçues grâce aux papilles gustatives situées sur sa face dorsale.
- **Digestion : Mastication et Déglutition** : Elle joue aussi un rôle important en poussant les aliments et les liquides vers l'arrière de la bouche pour qu'ils pénètrent dans le pharynx.
- **Phonation** : Elle joue un rôle essentiel **dans la production des sons**, en association avec le pharynx, le larynx, les cordes vocales et les fosses nasales

I-RAPPELS/Etiopathogénie

Etiopathogénie

Plusieurs facteurs ont été incriminés dans la formation des lésions néoplasiques de la cavité buccale. On distingue :

- ❖ **Les Facteurs de Risque**, représentés :
 - L'intoxication alcoolo tabagique chronique,
 - L'hygiène Bucco-Dentaire défectueuse.
 - Les irritations gingivo-dentaires chroniques.
- L'intoxication alcoolique chronique + l'intoxication tabagique chronique + l'hygiène Bucco-Dentaire défectueuse = **TRIADE DE HUET**



I-RAPPELS/Etiopathogénie

- ❖ **Certains états carenciels : favorisent incontestablement la survenue de ces néoplasmes :**
 - Malnutrition Protéino - Calorique,
 - Avitaminose C, B, A,
 - Syndrome de Plumer –Vinson: Atrophie des muqueuses linguales et œsophagienne/ déficit en fer et vitamine B12.
- ❖ **Certains agents viraux :**
 - Papilloma-Virus (L'infection buccale au PHV)

I-RAPPELS/Etiopathogénie

❖ Lésions précancéreuses

Les lésions susceptibles d'être le siège d'une dégénérescence maligne se répartissent en 2 groupes :

➤ Les lésions à transformation maligne Quasi Obligatoire :

- * La papillomatose orale Floride.

➤ Les lésions à transformation maligne non obligatoire :

- * Le lichen plan atrophique et érosif.
- * Les leucoblastoses : Leucoplasies.
- * Les candidoses buccales chroniques.
- * Les erythroplasies de Queyrat

II-SIGNES/Clinique



II.1-T.D.D : Cancer du bord marginal de la langue mobile.

Phase de début

- ▶ **C.D.D** : Au début sont multiples/ homme âgé 50 ans , alcoolo-tabagique chronique:
 - Ulcération traumatique qui ne guérit pas après suppression de la cause ;
 - D'une sensation de corps étranger, gêne douloureuse ;
 - D'une maladresse linguale localisées ;
 - D'une prothèse dentaire jusque là satisfaisante qui devient pénible à supporter,
 - Transformation d'une lésion précancéreuse (induration, douleur ou saignement au contact)
 - Adénopathie cervico- faciale révélatrice

II-SIGNES/Clinique

L'examen clinique local retrouve

Endobuccal

Une tumeur linguale:

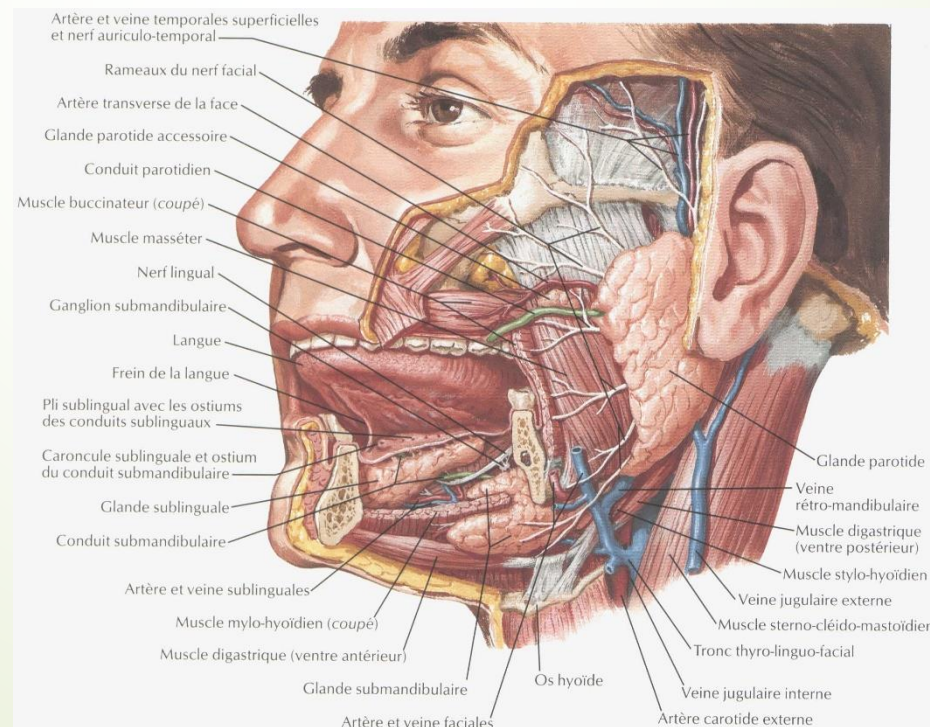
- ▶ **ulcéro bourgeonnante douloureuse**, à fond sanieux, nécrotique, aux bords anfractueux, déchiquetés éversés qui présente au toucher endo-buccal .
- ▶ **une base ligneuse, indurée**, débordante.
- ▶ **un saignement facile au contact.**



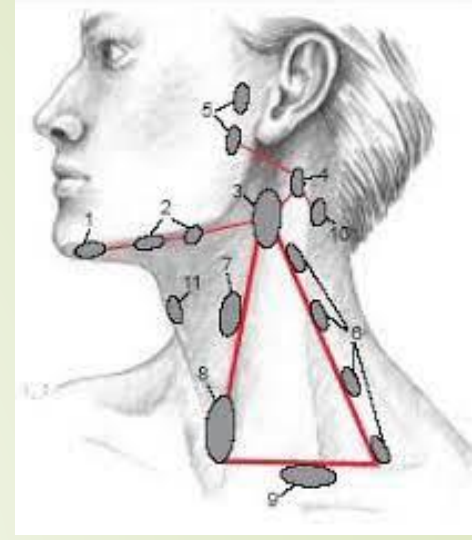
II-SIGNES/Clinique

Stade avancé

- Une ankyloglossie douloureuse ;
- Un envahissement du plancher buccal, de la Mandibule, de l'oropharynx etc....



II-SIGNES/Clinique



Examen Régional

- Il va surtout explorer les aires ganglionnaires cervico-faciales à la recherche **d' adénopathies** satellites sur un patient ayant les muscles cervico-faciaux relâchés, les doigts des praticiens en crochets.
- Cette exploration sera comparative (sous mentale, sous Maxillaire, Jugulo-Carotidiens (KUTNER, POIRIER) Spinal, Cervical Transversal
- Retrouve des **adénopathies** sous-mentales sous maxillaires, jugulo-carotidiens uni ou bilatérales mobiles ou fixées, douloureuses en certains stade ou pseudo fluctuantes.



II-SIGNES/Clinique

Examen Général retrouve :

► Stade de début

* Absence de signes généraux :

► Stade avancé: Altération de l'Etat Général ;

- Amaigrissement ;

- Anorexie;

- Asthénie.



II-SIGNES/Paraclinique

- ▶ Si l'examen clinique permet de présumer le diagnostic, seul un examen complémentaire est indispensables : **la biopsie** qui apportera la certitude du diagnostique.
- ▶ **La biopsie** couplée d'un **examen histologique**, constitue le 1er temps du traitement et la dernière étape du diagnostique.



II-SIGNES/Paraclinique

Examen Histologique :

- ▶ Il s'agit dans **95 %** des cas d'un **carcinome épidermoïde** soit :
 - Différencie : Mature ;
 - Indifférencié : Anaplasique ;
 - Peu différencié.
- ▶ Dans 5 % des cas restants il s'agit soit d'un :
 - adénocarcinome ;
 - cylindrome ;
 - sarcome.



II-SIGNES

Bilan d'extension apprécie:

- ▶ L'extension locale par l'examen clinique buccal et cervical
- ▶ L'extension régionale recherchera une 2e localisation au niveau des V.A.D.S:
 - Fibroscopie bronchique, laryngée sous AG ou Laryngoscopie Indirecte
 - Fibroscopie œsophagienne et gastrique
- ▶ L'extension générale par des examens radiologiques permettant de retrouver une localisation secondaire à distance (Métastases):
 - Radiographie thoracique
 - Echographie abdominale
 - Scanner cranio-facial et thoraco-abdominal
 - IRM

II-SIGNES

Au terme de ce bilan il faut classer la tumeur selon Classification T. N. M ou de L'U. I. C. C (2006; la **6e version** de la classification)

► **T : Tumeur Primitive**

- * T1 Lésion < 2 cm ; sans infiltration, mobilité de la langue
- * T2 Lésion comprise 2-4 cm ; Infiltration musculaire.
- * T3 Lésion > 5 cm ; Infiltration musculaire profonde, protection limitée
- * T4 Lésion étendue à l'os et aux structures voisines, fixité de la langue.

► **N : Ganglions Régionaux.**

- * N0 : Absence de ganglions régionaux palpables.
- * N1 : Ganglion régional homo latéral palpable et mobile.
- * N2 : Ganglion régional controlatéral ou bilatéral mobile.
- * N3 : Ganglion régional homo ou bilatéral fixé.

► **M : Métastases**

- * M0 : Absence de Métastase.
- * M1 : Métastase à distance.

II-SIGNES

➤ L'Union internationale contre le cancer (UICC) a publié en **2017** la **8e version de la classification TNM** des cancers apportant de nombreux changements.

➤ **T : Tumeur Primitive**

* T1 Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension **et ≤ 5 mm d'invasion en profondeur**

* **T2 Tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension et > 5 mm d'invasion en profondeur, mais ≤ 10 mm** ou Tumeur dont sa plus grande dimension est > 2 cm mais ≤ 4 cm et ≤ 10 mm d'invasion en profondeur

* T3 Tumeur > 4 cm dans sa plus grande dimension ou **> 10 mm d'invasion en profondeur**

* T4a Tumeur envahit la corticale osseuse mandibulaire ou le sinus maxillaire, ou la peau de la face

* T4b Tumeur envahit l'espace masticateur, les apophyses pterygoides, la base du crane, ou engaine l'artere carotide interne

➤ **N : Ganglions Régionaux.**

* N0 Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques regionaux

* N1 Metastases unilaterales et/ou metastases uni/bilaterales retropharyngees, ≤ 6 cm, **au-dessus du rebord inferieur du cartilage cricoide**

* N2 Metastases bilaterales, ≤ 6 cm, **au-dessus du rebord inferieur du cartilage cricoide**

* **N3 Metastases > 6 cm et/ou extension jusqu'a la clavicule**

➤ **M : Métastases**

* Mo : Absence de Métastase.

* M1 : Métastase à distance.

II-SIGNES/Formes cliniques

II.2 Formes Cliniques

► Formes Topographiques

- * Cancer du bord marginal (forme prise pour T.D.D)
- * Cancer de la Pointe
- * Cancer Pelvi-Lingual : de La Face Ventrale
- * Cancer de la base de la langue.



II-SIGNES/Formes cliniques

Formes anatomopathologiques

► Formes macroscopiques

- **Forme nodulaire** interstitielle (Face dorsale de la langue).
- **Forme infiltrante** où l'induration prédomine et où la lésion muqueuse peut être minime.
- **Forme ulcérée**; lésion ulcéreuse de la langue (plaie) sans bourgeonnement.



Forme ulcérée

II-SIGNES/Formes cliniques

- **Forme fissuraire** : réalise une crevasse plus ou moins profonde.
- **Forme végétante** ou bourgeonnante : se présente sous forme d'une masse exophytique « en chou fleur » implantée sur une base indurée.



Forme fissuraire



Forme végétante ou bourgeonnante



II-SIGNES/Formes cliniques

- ▶ **Formes microscopiques** : histologiques
 - Carcinome épidermoïde; 95%
 - Adénocarcinome ;
 - Cylindrome ;
 - Sarcome.

III-Diagnostic/Positif

III.1- Diagnostic Positif

Repose sur 2 éléments :

- **Clinique** : Tumeur linguale ulcéro-bourgeonnante douloureuse à base indurée débordante et saignant facilement au contact.
- **Biopsie + Examen Histologique** : Confirme la nature cancéreuse de la lésion.

III.2- Différentiel

► **Ulcérations linguales**

Devant toute ulcération linguale en pratique quotidienne, il faut penser, jusqu'à preuve histologique du contraire à un cancer, On discutera :

- **Ulcération traumatique**
- **Ulcération Syphilitique**
- **Ulcération Tuberculeuse**

Ulcération traumatique : Se moule sur la cause traumatisante et présente des **bords linéaires, un fond lisse**, jaunâtre et repose sur **une base inflammatoire**. Disparaît avec la suppression de la cause. Si elle persiste au delà de 15 jours il faut faire une biopsie.

* **Ulcération Syphilitique** : Le chancre ou l'ulcération syphilitique est une **exulcération plane**, taillée à pic, **à fond rouge** chair genre Jambon cru, et **repose sur une base indurée limitée au chancre lui-même**. Ce chancre s'accompagne d'ADPS satellite faites de ganglions de tailles inégales, indolores et mobiles.

Le diagnostic repose sur : l'examen direct et la sérologie Syphilitique.

* **Ulcération Tuberculeuse**: se présente sous forme d'une ulcération peu **creusante**, aux **bords minces décollés**, à fond framboise ou violacé, granuleux, **non indurée non hémorragique** et sensible.

III-Diagnostic/Différentiel

► Tumeurs bénignes de la langue

- **Botryomycome de la langue** ou Granulome pyogénique:

Tumeur bénigne dont l'origine est très mal connue, elle fait souvent suite à un petit traumatisme ou à une irritation répétée, voire même infectieuse.

C'est une tumeur bénigne qui n'a aucun potentiel dégénératif

- **Lipome du bord latéral de la langue :**

Tumeur bénigne constituée d'un tissu adipeux mature



Botryomycome de la langue



Lipome de la langue

IV-TRAITEMENT

IV.1-Buts

- Exérèse carcinologique large de la tumeur pour éviter les reprises évolutives.
- Restaurer les fonctions compromises (mastication, déglutition, élocution) .

IV-TRAITEMENT/Moyens

IV.2- Moyens

Sont préventifs et curatifs.

❑ **Traitement préventif :**

- Repose surtout sur le dépistage des lésions précancéreuses à un stade précoce et leur traitement efficace e
- Eviction des autres facteurs de risque

❑ **Traitement Curatif :** Doit être multidisciplinaire.

1. **La chirurgie ;**

Doit obéir aux principes de la chirurgie carcinologique qui est large et emporte dans le même temps **la tumeur**, ses extensions et **les espaces celluloganglionnaires du cou**.

IV-TRAITEMENT/Moyens



❖ Sur la tumeur : La glossectomie

Devant la tumeur linguale, plusieurs types d'exérèse sont possibles.

➤ **Glossectomie Partielle** : Laisse un fragment important de muqueuse sur lequel peut s'appuyer la reconstruction. Intéresse les cancers du bord marginal et de la pointe.

➤ **Hémiglossectomies**

➤ **Glossectomie subtotale ou totale** : réalise une lourde mutilation.

En cas d'atteinte du plancher buccal sans atteinte mandibulaire :

➤ **Hémiglosso-Pélvectomie** - Opération de pull-through.

➤ **Hémiglosso-pelevectomie avec mandibulectomie non interruptrice**: avec atteinte mandibulaire.

➤ Concernant **la marge d'exérèse** optimale dans les cancers de langue, la limite de **1 cm** est retenue par Heclas ; en deçà de cette limite, 15 % de récurrences locales ont été retrouvées.



IV-TRAITEMENT/Moyens

❖ **Sur les espaces cellulo- ganglionnaires du cou: Lymphadenectomie (Curage cervical)**

➤ **Curage cervical radical :**

Evidement jugulo-carotido-spinal complet : emporte en bloc le peaucier, SCM, la VJI, le Nerf Spinal, pole inférieure des glandes parotide et sous-maxillaire.

➤ **Curage conservateur cervical :** ou fonctionnelle

Evidement Jugulo-carotido spinal consiste en l'exérèse du tissu cellulo ganglionnaire avec respect de la VJI et du Nerf Spinal et du SCM. Elle peut être uni ou bilatérale.

Ces lymphadenectomies peuvent être de :

- Principe : en l'absence de ganglion Palpable = **No**
- Nécessité : **N1** ; **N2** palpable.



IV-TRAITEMENT/Moyens

2. La radiothérapie

Elle constitue avec la chirurgie l'essentiel du traitement des lésions malignes bucco maxillo-faciales

On distingue :

- La radiothérapie Conventionnelle à 200 Kev.
- La radiothérapie transcutanée = Externe = Télécobaltothérapie
- La radiothérapie interne = Endocurie Thérapie = Curiéthérapie interstitielle.



IV-TRAITEMENT/Moyens

3. La chimiothérapie

Elle a pour but de limiter au maximum le volume tumoral, en 1ere intention avant la mise en route d'un traitement et à visée curative secondaire.

Traitement adjuvant:

- Antibiotique
- Antalgique
- Bain de bouche



IV-TRAITEMENT/ Indications

IV-3 Indications

Les indications dans le cancer de la langue sont fonction :

- ▶ de la taille de la tumeur
- ▶ du siège (localisation)
- ▶ de l'extension locale.
- ▶ de l'extension ganglionnaire et à distance
- ▶ de l'âge et de l'état général du patient

IV-TRAITEMENT/Moyens

Devant La Tumeur Primitive

► T1-T2 ,**No** – (surveillance ou curage de principe)

Endocuriethérapie suivi d'une Chirurgie : hémiglossectomie ou glossectomie partielle.

► T1-T2 **N1 N2** – (curage obligatoire)

-Cobaltothérapie : 50 Gy associé à :

- Endocurithérapie locale 25-35 Gy

- Chirurgie Exérèse carcinologique large avec curage cervical fonctionnel de nécessité,

➤ T1-T2 **N3** – Cobaltothérapie exclusive 75 Gy.

IV-TRAITEMENT/ Indications

- ▶ T 3 et T4, Nx (atteinte osseuse)
 - Hemi-Glosso-Pelvi-Mandibulectomie
 - Avec curage cervical radical, associé à une Cobalthérapie 75 Gy.
- ▶ Cas extrêmes T4 N2 N3:
 - Radiothérapie primaire
 - Voir éventualité d'une chirurgie





CONCLUSION

- ▶ Le **cancer** de la **langue**, tumeur maligne d'un sujet âgé (50 ans) , alcoolo-tabagique chronique, touche préférentiellement le sexe masculin.
- ▶ Son diagnostic clinique est aisé, mais sa découverte est tardive, d'où l'intérêt d'insister sur la prévention au sens large du terme, seule attitude raisonnable capable d'obtenir une meilleure efficacité thérapeutique.



Objectifs spécifiques

- Définir les cancers de la langue
- Enumérer les différents facteurs de risque du cancer de la langue
- Décrire les signes cliniques et para cliniques
- Citer les formes cliniques macroscopiques
- Connaitre la classification TNM et décrire une tumeur maligne selon celle ci.
- Eliminer les affections autre qu'un cancer de la langue
- Enoncer les principes du traitement ou proposer une stratégie thérapeutique appropriée.