

Item 295 (ex item 145) – Tumeurs de la cavité buccale, naso- sinusiennes et du cavum, et des voies aérodigestives supérieures

Collège Français des Pathologistes (CoPath)

2013

Table des matières

1. Types histologiques des tumeurs de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures (VADS).....	3
1.1. En fonction de la localisation.....	3
1.2. Carcinome épidermoïde.....	3
1.3. Adénocarcinome.....	4
1.4. Carcinome indifférencié nasosinusien (undifferentiated carcinoma nasopharyngeal type, UCNT).....	5
1.5. Lymphome.....	5
1.6. Tumeurs des glandes salivaires.....	5
1.7. Tumeurs bénignes.....	5
2. Prélèvements à visée diagnostique.....	6
2.1. Biopsies d'une lésion des VADS avec examen anatomopathologique.....	6
2.2. Adénopathie cervicale suspecte de malignité.....	6
3. Prélèvements à visée thérapeutique (pièce opératoire).....	6

Objectifs ENC

- Connaître les principaux types histologiques des tumeurs.
- Connaître l'apport et la place de l'anatomie pathologique pour le diagnostic et les moyens thérapeutiques.

1. Types histologiques des tumeurs de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures (VADS)

1.1. En fonction de la localisation

Cf. tableau 1.

Tableau 1 : Types histologiques et facteurs de risque des tumeurs de la cavité buccale et des VADS en fonction de la localisation.

Localisation	Types histologiques	Facteurs de risque/facteurs carcinogènes
Cavité buccale	Carcinome épidermoïde	Tabac (cofacteur alcool)
Oropharynx		HPV (oropharynx)
Larynx		Tabac seul (larynx)
Hypopharynx		
Amygdale	Carcinome épidermoïde	HPV
	Lymphome	
Ethmoïde	Adénocarcinome	Bois (reconnu comme maladie professionnelle)/nickel
	Neuroblastome olfactif	-
Sinus maxillaire	Carcinome épidermoïde	-
Rhinopharynx (cavum)	Carcinome épidermoïde	
	Carcinome indifférencié (UCNT)	EBV – ethnies (Afrique du Nord, bassin méditerranéen, Chine du Sud et Inuits) rôle de la consommation de poisson séché et salé (nitrosamines)
	Lymphome	

Majorité des cancers toutes localisations confondues : carcinome épidermoïde invasif.

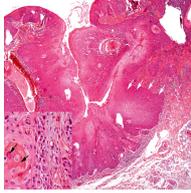
1.2. Carcinome épidermoïde

- Homme (95 % des cas) entre 50 et 65 ans.
- Tumeur lymphophile, sauf les cancers de la corde vocale de stade précoce (un T3 transglottique est lymphophile).

1. Histologie

Carcinome épidermoïde : tumeur maligne épithéliale avec une différenciation malpighienne reconnue morphologiquement par la présence de ponts d'union ou de kératine (figure 1).

Figure 1 : Carcinome épidermoïde bien différencié



La muqueuse malpighienne est tumorale, très épaissie, forme de gros bourgeons (flèches blanches) à partir desquels se détachent des amas de cellules tumorales infiltrantes (flèches grises). À fort grossissement, les cellules tumorales sont de grande taille, cohésives et produisent de la kératine (flèches noires).

Il existe trois grades de différenciation associés au pronostic : bien/moyennement/peu différencié.

2. Lésions précancéreuses du carcinome épidermoïde

Ces lésions sont parfois visibles cliniquement (**leucoplasie** : plaque blanche ; **érythroplasie** : plaque rouge, ce sont des termes cliniques) et leur diagnostic est fondamental (exérèse, surveillance).

En anatomie pathologique on parle de **dysplasie**.

L'OMS définit trois grades de dysplasie : bas/intermédiaire/haut, selon que les atypies nucléaires, la désorganisation architecturale et les mitoses concernent respectivement le tiers inférieur, les deux tiers inférieurs ou la totalité de la hauteur de l'épithélium. Les stades dysplasie de haut grade et carcinome in situ sont équivalents dans la classification OMS actuelle.

La terminologie de « néoplasie intra-épithéliale de bas/haut grade », utilisée dans d'autres lésions précancéreuses comme celles du col utérin, n'est pas encore totalement consensuelle pour cette localisation.

3. Virus HPV

Le virus HPV (*human papilloma virus*) est retrouvé de plus en plus fréquemment dans les carcinomes épidermoïdes des voies aérodigestives supérieures, notamment de l'oropharynx. Les HPV à haut risque oncogène sont, entre autres, les sous-types 16, 18, 31 et 33 (comme pour le cancer du col de l'utérus). Les cancers liés à l'infection à HPV seraient de meilleur pronostic.

La recherche du virus peut se faire :

- par PCR sur fragment tumoral frais, congelé ou fixé et inclus en paraffine ;
- par hybridation in situ avec une sonde à ADN sur matériel inclus en paraffine ;
- indirectement par la mise en évidence d'une surexpression de la protéine p16 en immunohistochimie par les cellules tumorales qui est en faveur d'une infection par un virus HPV à haut risque.

N.B : p16 est une molécule capable de réguler négativement le cycle cellulaire. Elle est exprimée de façon réactionnelle dans les cellules infectées par un virus HPV à haut risque dont la protéine oncogénique E7 induit le cycle et la prolifération cellulaire.

1.3. Adénocarcinome

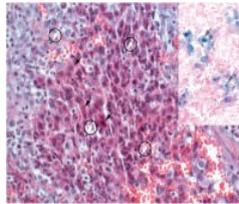
- Type de tumeur la plus fréquente dans l'ethmoïde (85 %). Le plus souvent, il s'agit d'une maladie professionnelle due à l'exposition aux poussières de bois/nickel/nitrosamines avec un délai de survenue parfois long (30 ans !).
- Histologie : tumeur épithéliale avec différenciation glandulaire.
- Métastase ganglionnaire exceptionnelle.

1.4. Carcinome indifférencié nasosinusal (undifferentiated carcinoma nasopharyngeal type, UCNT)

- Localisation préférentielle dans le rhinopharynx chez des sujets d'Asie du Sud-Est, d'Afrique du Nord et chez les Inuits.
- Rôle pathogène du virus d'Epstein-Barr (EBV) dont le génome est intégré dans les cellules tumorales épithéliales.
- Histologie : massifs cohésifs de cellules tumorales avec un stroma lymphoïde abondant (figure 2). La tumeur étant peu différenciée et les lymphocytes abondants, le diagnostic s'appuie sur l'immunohistochimie.
- Immunohistochimie : mise en évidence de cytokératines dans les cellules tumorales (carcinome).

La mise en évidence d'EBV dans les cellules tumorales se fait par immunohistochimie ou par hybridation in situ (plus sensible).

Figure 2 : Carcinome indifférencié nasopharyngé (UCNT)



N.B : tous les cancers du rhinopharynx ne sont pas des carcinomes indifférenciés type UCNT.

On peut voir aussi :

- des carcinomes épidermoïdes kératinisants (non associés à EBV) ;
- des lymphomes.

1.5. Lymphome

La localisation la plus fréquente est l'amygdale.

Il s'agit le plus souvent d'un lymphome B non hodgkinien.

1.6. Tumeurs des glandes salivaires

Les glandes salivaires accessoires peuvent se localiser dans la totalité de la sphère ORL, et des tumeurs primitives (bénignes ou malignes) de type glandes salivaires peuvent s'y développer.

1.7. Tumeurs bénignes

Les tumeurs bénignes sont les plus fréquentes en fonction des localisations.

- Cavités nasosinusiennes, nasopharynx :
 - polype inflammatoire des fosses nasales, fréquent mais non tumoral (œdème ++)
 - papillome nasosinusal (dit schneiderien) exo- ou endophytique (polype inversé)
 - angiome/angiofibrome juvénile nasopharyngé
 - tumeur bénigne des glandes salivaires.
- Cavité buccale, oropharynx :
 - papillome ou hyperplasie papillaire

- condylome acuminé ;
 - tumeur bénigne des glandes salivaires ;
 - épulis, polype fibro-épithélial , angiome, etc.
- Larynx, hypopharynx :
 - polype bénin de la corde vocale (angiomateux, myxoïde, amyloïde...), fréquent mais non tumoral ;
 - papillome.

2. Prélèvements à visée diagnostique

2.1. Biopsies d'une lésion des VADS avec examen anatomopathologique

Pour une lésion palpable de la cavité buccale, elles peuvent éventuellement être réalisées sous contrôle de la vue, sous anesthésie locale en consultation.

Mais pour toutes les tumeurs, il faut faire systématiquement une **panendoscopie des VADS au tube rigide sous anesthésie générale** pour recherche d'une localisation synchrone.

S'il existe une forte suspicion de lymphome (lésion amygdale ou cavum), prévoir des prélèvements pour congélation à l'état frais ++.

- Pour le cavum : cavoscopie sous anesthésie générale, prélèvement état frais.
- Pour le cancer de l'ethmoïde : examen des fosses nasales sous anesthésie générale avec des otiques et biopsies sous contrôle de la vue.

2.2. Adénopathie cervicale suspecte de malignité

Il peut s'agir d'une métastase ganglionnaire ou d'un lymphome.

Il faut rechercher une tumeur primitive : TEP-scanner puis endoscopie sous anesthésie générale avec biopsies de toutes les lésions, biopsies systématiques de la base de la langue et amygdalectomie.

Il est possible que l'exploration des VADS ne retrouve pas de lésion.

Il faut alors réaliser une adénectomie cervicale lors d'une cervicotomie exploratrice (exérèse complète du ganglion sans effraction capsulaire. Jamais de biopsie partielle chirurgicale ganglionnaire dans ce contexte [risque d'essaimage]).

Un examen extemporané doit être réalisé : s'il s'agit d'un ganglion métastatique d'un carcinome épidermoïde, un évidement doit être fait dans le même temps (le patient doit être parfaitement informé de ce risque).

S'il s'agit d'un lymphome, un fragment ganglionnaire sera congelé (cf. chapitre 34 « Lymphomes malins », item 316 [164]).

3. Prélèvements à visée thérapeutique (pièce opératoire)

Pièces chirurgicales très variables en fonction de la localisation et de l'extension (ne rentre pas dans le cadre de cet ouvrage) + évidement ganglionnaire sélectif ou radical comprenant en plus la glande sous-mandibulaire (pour les évidements de la zone I), du muscle sternocléidomastoïdien, de la veine jugulaire interne et du nerf spinal.

Les items devant figurer dans le compte-rendu sont :

- localisation de la tumeur ;
- type histologique de tumeur (suivant la classification OMS en vigueur) ;

- degré de différenciation de la tumeur (pronostic) ;
- si traitement néoadjuvant : réponse tumorale au traitement néoadjuvant ;
- emboles vasculaires/engainements périnerveux (présents/absents) ;
- taille et extension de la tumeur (profondeur, organes adjacents...) afin de faire le T du pTNM ;
- évaluation des limites chirurgicales :
 - saines (oui/non),
 - si oui, mesure de la marge (distance minimale tumeur/limite),
 - si non, préciser si les limites sont atteintes par du carcinome infiltrant ou in situ (dysplasie de haut grade) ;

- envahissement ganglionnaire :
 - nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés,
 - si ganglions envahis, préciser s'il existe une rupture capsulaire,
 - taille des ganglions envahis ;

- pTNM (préciser l'année d'édition).

Points essentiels

Tumeurs malignes :

Majorité des cas :

- carcinome épidermoïde (dont la différenciation est associée au pronostic) ;
- émergence du rôle des virus HPV oncogènes.

Plus rarement :

- adénocarcinome de l'ethmoïde chez un travailleur du bois/cuir ;
- carcinome indifférencié nasosinusal (UCNT) du rhinopharynx associé à l'EBV ;
- lymphome de l'amygdale ou rhinopharynx ;
- tumeur maligne des glandes salivaires.