

# CANCER DU LARYNX

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

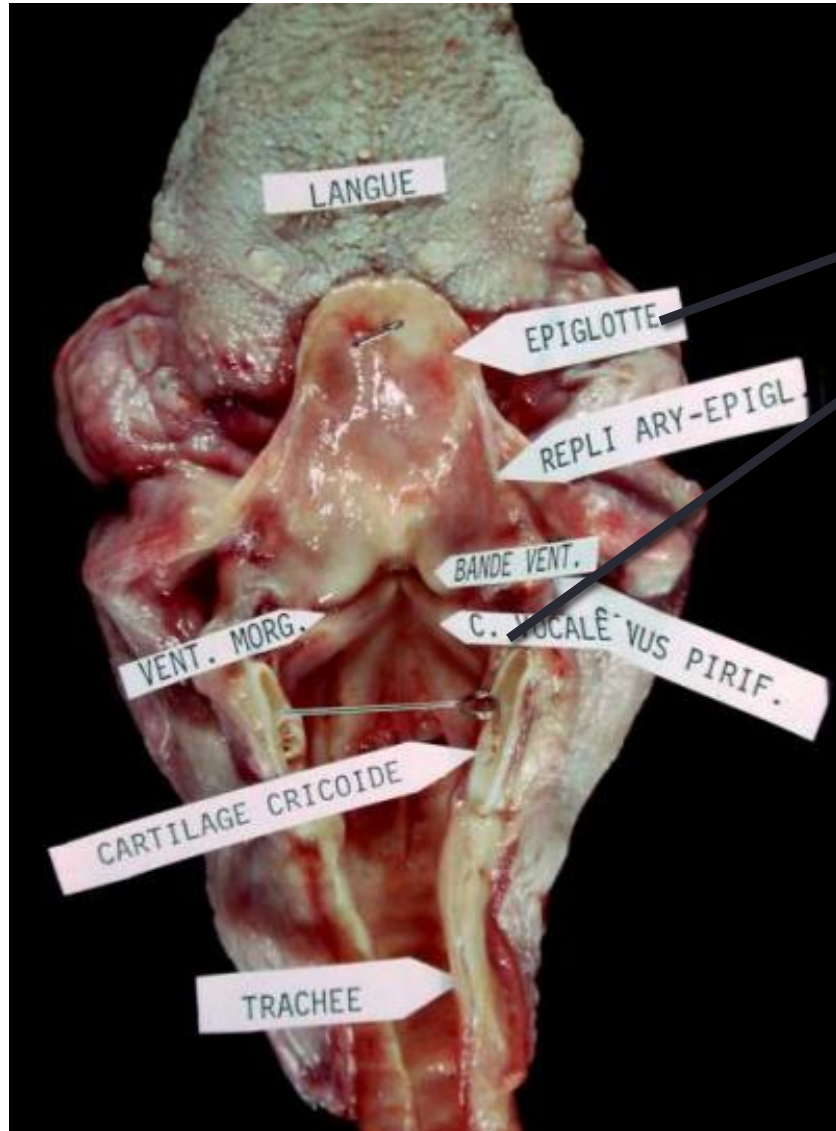
*A Moussa*

*Sousse, 22 octobre 2016*

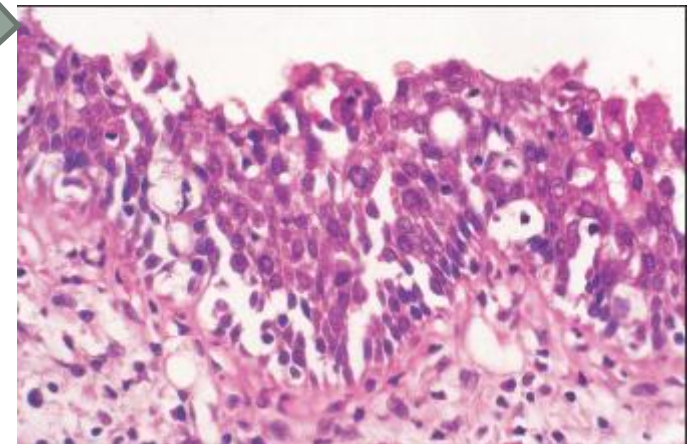
# Introduction

- Cancer le + fréquent / tête & cou
- Terrain: † alcool-tabagique +++
- Carcinome épidermoïde > 90%
- Lésions précancéreuses mal définies !
- Rôle du pathologiste:
  - Dg positif (biopsie)
  - Stade de la tumeur (pièce opératoire)

# Rappel anatomique & histologique

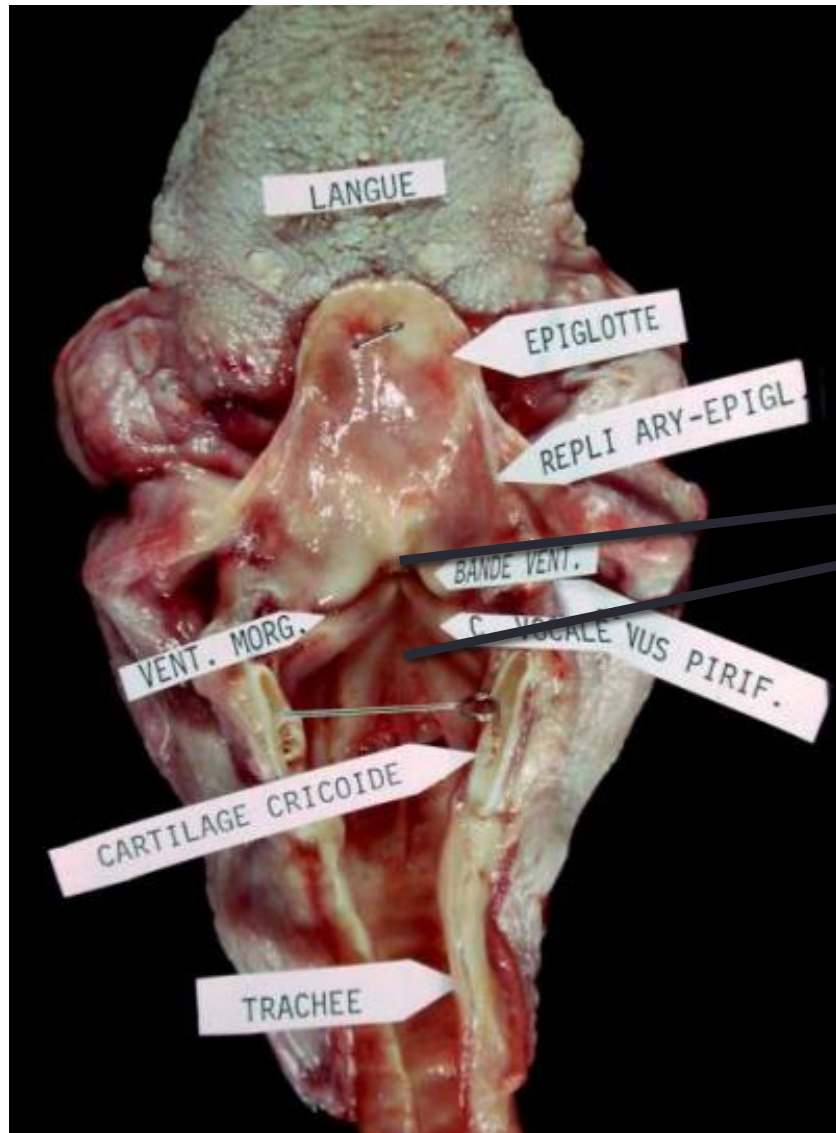


**Epithélium malpighien  
non kératinisant**

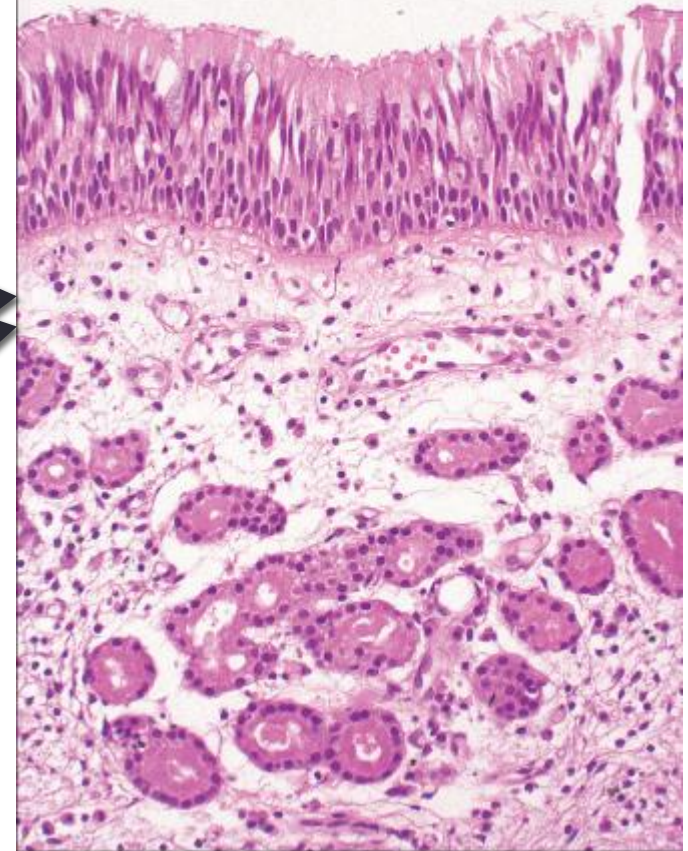


**Epithélium transitionnel**

# Rappel anatomique & histologique



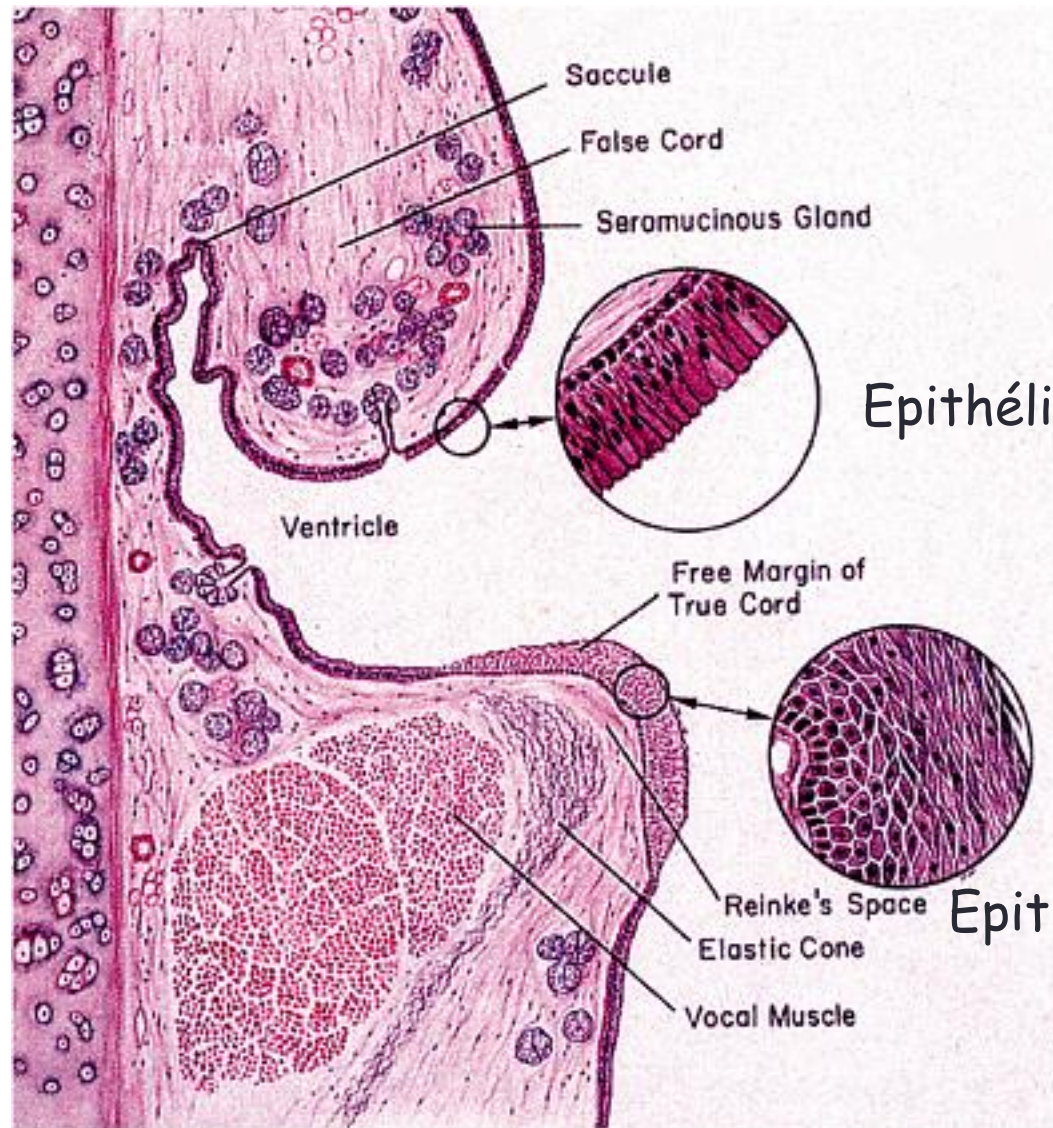
Sous-glotte/ Sus-glotte



**Epithélium de type respiratoire**



# Rappel anatomique & histologique



Epithélium respiratoire

Epithélium malpighien

# Matériels d'étude anatomopathologique

- Biopsie +++
- Biopsie-exérèse (*lésions précurseurs ++*)
- Laryngectomies partielles
- Laryngectomie totale avec évidement cervical +++

# Pièce de laryngectomie

## *Étapes macroscopiques*

1. Orientation
2. Mesure, palpation, description de la pièce
3. Encrage
4. Ouverture de la pièce opératoire
5. Mesure, localisation, description de la tumeur
6. Photographie
7. Fixation - Décalcification
8. Coupes macroscopiques sériées

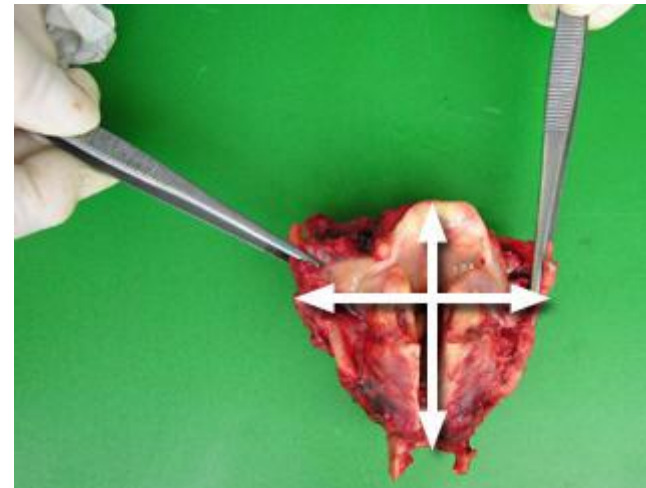
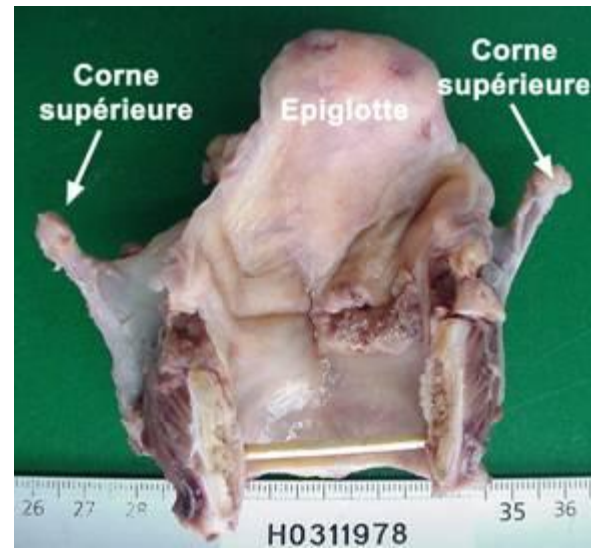
# Pièce de laryngectomie

## Étapes macroscopiques

1. Orientation

2. Mesure, palpation,  
description de la pièce

3. Encrage (optionnel,  
pourtour de la pièce)



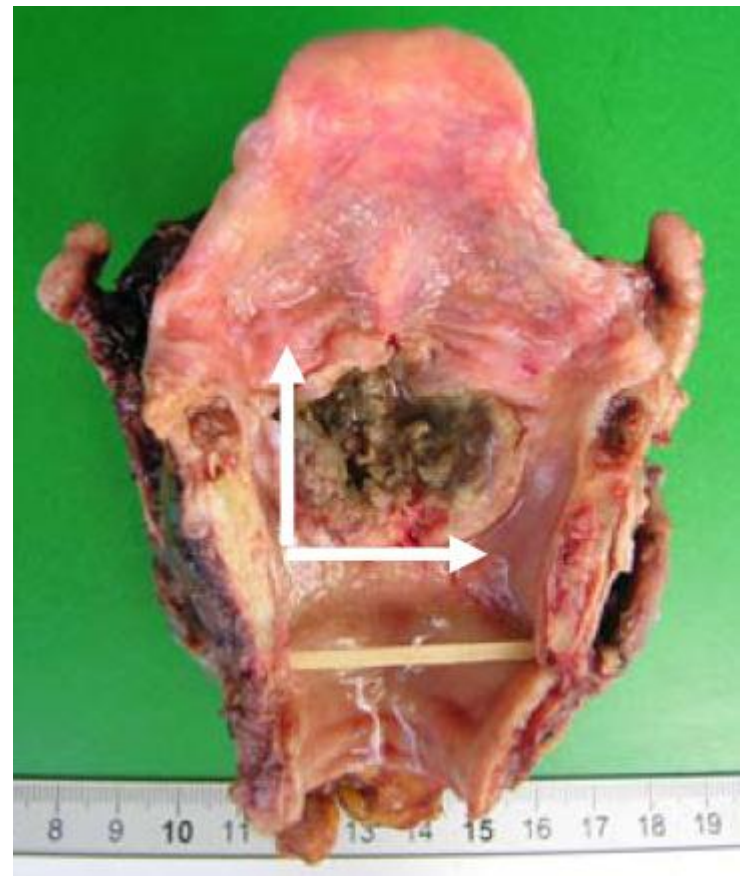


# Pièce de laryngectomie

## Étapes macroscopiques

4. Ouverture de la pièce opératoire *(souvent faite par le chirurgien)*

5. Mesure, localisation, description de la tumeur



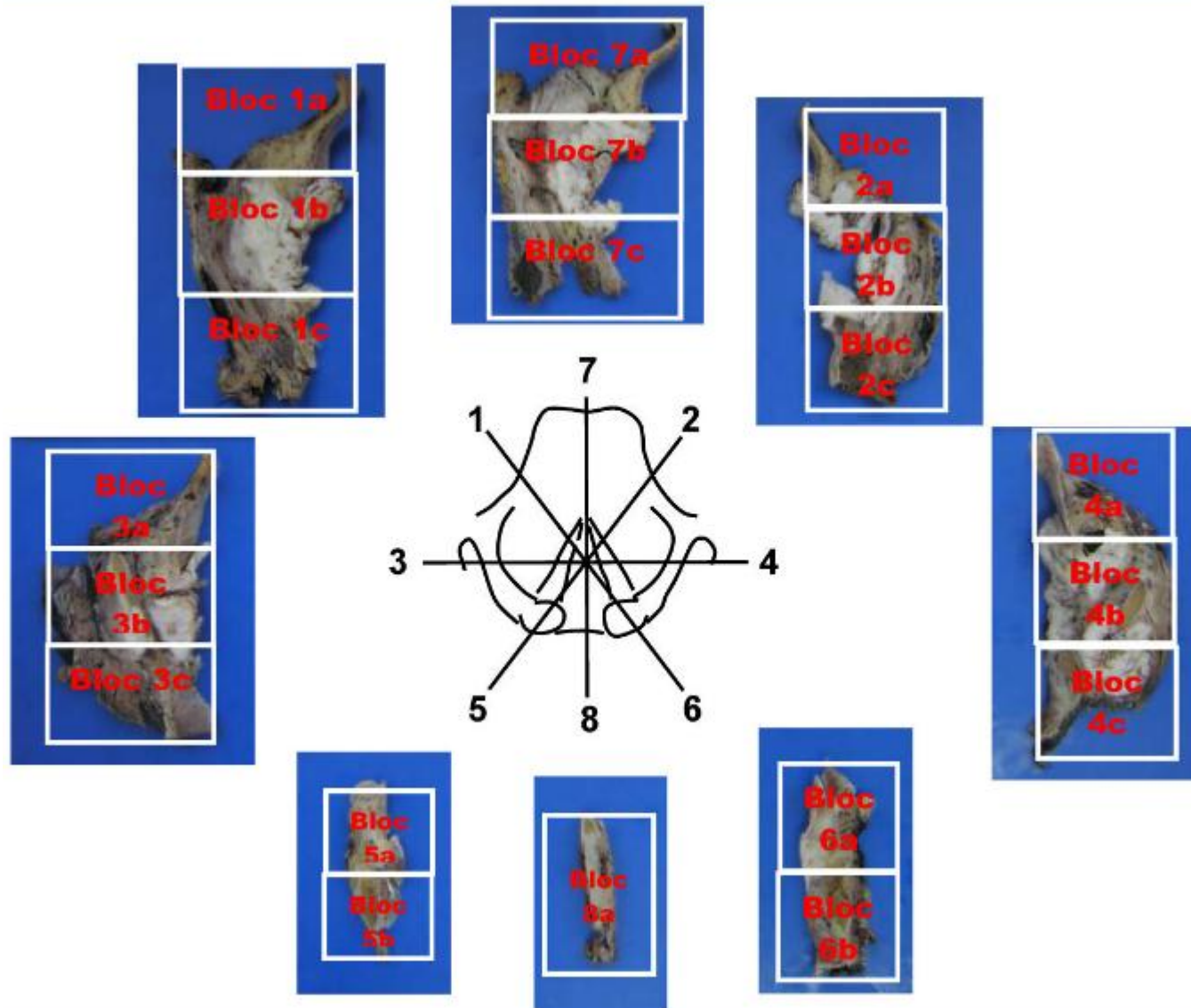
# Pièce de laryngectomie

## Étapes macroscopiques

7. Fixation (48h min)-  
puis décalcification (24  
à 48h si décalcifiant  
rapide)



# Coupes macroscopiques



# Pièce de laryngectomie

## Étapes macroscopiques

### FICHE DE MACROSCOPIE – LARYNX

Nom :	Prénom :	Sexe
Nom de jeune fille :		N° de dossier
		_____
Né(e) le	____/____/____	N° d'examen
		_____
Hôpital/clinique :	Préleveur :	Pathologiste :
Date intervention	____/____/____	Date CR anatomo-pathologique
		____/____/____

### EXAMEN MACROSCOPIQUE

Examen extemporané : ☐ non demandé ☐ demandé, résultat : .....

Prélèvement(s) ☐ Etat frais ☐ Formol ☐ AFA ☐ Bouin ☐ Hollande ☐ congélation ☐ RNAlater

Photo : ☐ oui ☐ non

Type de pièce opératoire : .....

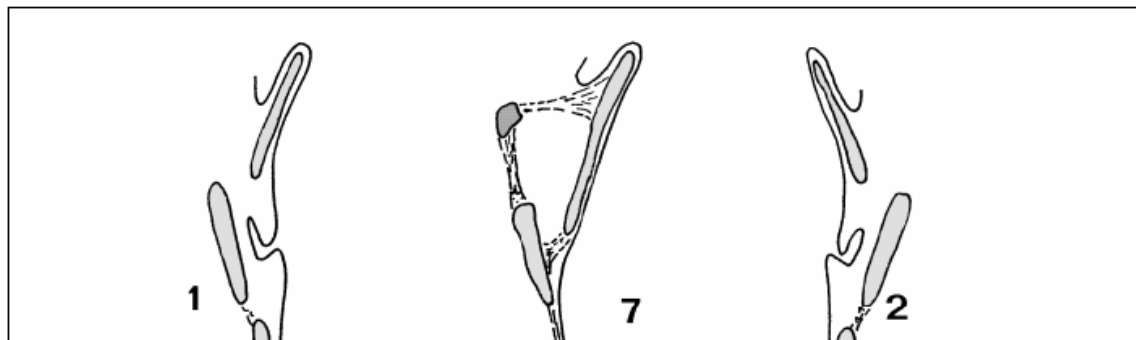
Taille de la pièce opératoire : H : ..... cm L : ..... cm E : ..... cm

Localisation de la tumeur : .....

Taille de la tumeur : H : ..... mm L : ..... mm E : ..... mm

Marges minimales d'exérèse macroscopiques : coupe n° : ..... mm

### SCHEMA





# Classification Histologique (OMS 2005)

## Malignant epithelial tumours

Squamous cell carcinoma 8070/3  
Verrucous carcinoma 8051/3

Rhabdomyosarcoma 8900/3  
Angiosarcoma 9120/3  
Kaposi sarcoma 9140/3

Basaloid squamous cell carcinoma 8083/3  
Papillary serous carcinoma 8400/3  
Spindle cell carcinoma 8074/3  
Acantholytic squamous cell carcinoma 8075/3  
Adenosquamous carcinoma 8560/3

Lymphoepithelial carcinoma 8082/3  
Giant cell carcinoma 8031/3  
Malignant salivary gland-type tumours  
Mucoepidermoid carcinoma 8430/3  
Adenoid cystic carcinoma 8200/3

## Neuroendocrine tumours

Typical carcinoid 8010/3  
Atypical carcinoid 8011/3  
Small cell carcinoma 8012/3  
Combined neuroendocrine and non-neuroendocrine carcinoma 8013/3

## Benign epithelial tumours

Papilloma 8000/3  
Papillomatosis 8001/3  
Salivary gland tumours  
Pleomorphic adenoma 8002/3  
Oncocytoma 8003/3

## Soft tissue tumours

Malignant tumours  
Fibrosarcoma 8810/3  
Malignant fibrous histiocytoma 8830/3  
Liposarcoma 8850/3  
Leiomyosarcoma 8890/3

## Secondary tumours

# Classification Histologique (OMS 2005)

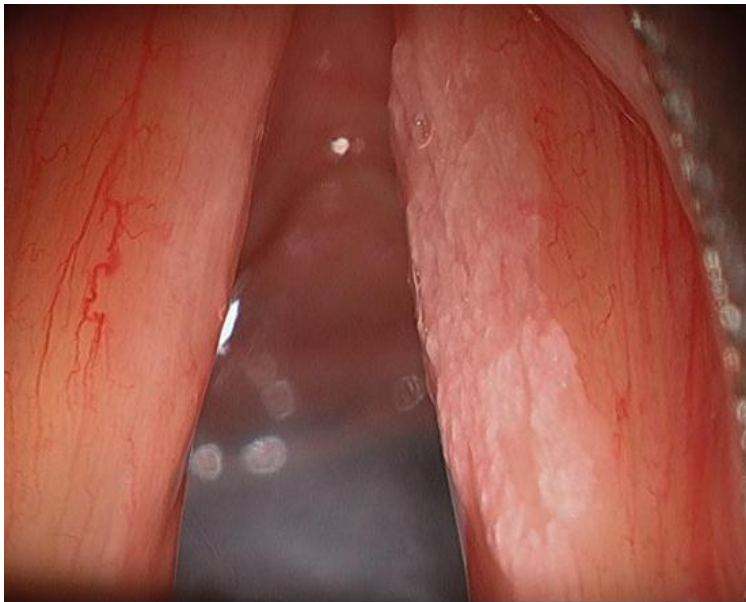
- Commune avec hypopharynx et trachée
- Dominée par le c. épidermoïde :
  - Forme conventionnelle +++
  - Variantes (rares): verruqueux, basaloïde, à cellules fusiformes, papillaire, acantholytique et adénosquameux
- Pas de rubrique pour les lésions précurseurs !!

# Lésions épithéliales précurseurs

- □ Lésions épithéliales dysplasiques ayant un risque de transformation en CE
- Plusieurs systèmes de classification (SIN, SIL..)
- Confusion et faible reproductibilité !
- Evaluation du risque non précise
- Prise en charge des patients non consensuelle

# Lésions épithéliales précurseurs

- Terrain : homme tabagique : 45-58 ans
- Siège: cordes vocales +++
- Macroscopie: leucoplasie ++, pfs lésion verruqueuse





# Lésions épithéliales précurseurs

## Critères histologiques (diagnostic et grading)

Architecture	Cytologie
Stratification épithéliale irrégulière	Anisonucléose, Anisocytose
Perte de polarité des cellules basales	Pléomorphisme nucléaire
Mitoses superficielles anormales	Mitoses atypiques
Augmentation du nombre des mitoses	Pléomorphisme cellulaire
<b>Kératinisation prématurée de cellules isolées : dyskératose</b>	Augmentation du rapport nucléocytoplasmique
<b>Perles de kératine dans les crêtes épidermiques</b>	Augmentation de taille des noyaux, hyperchromatisme

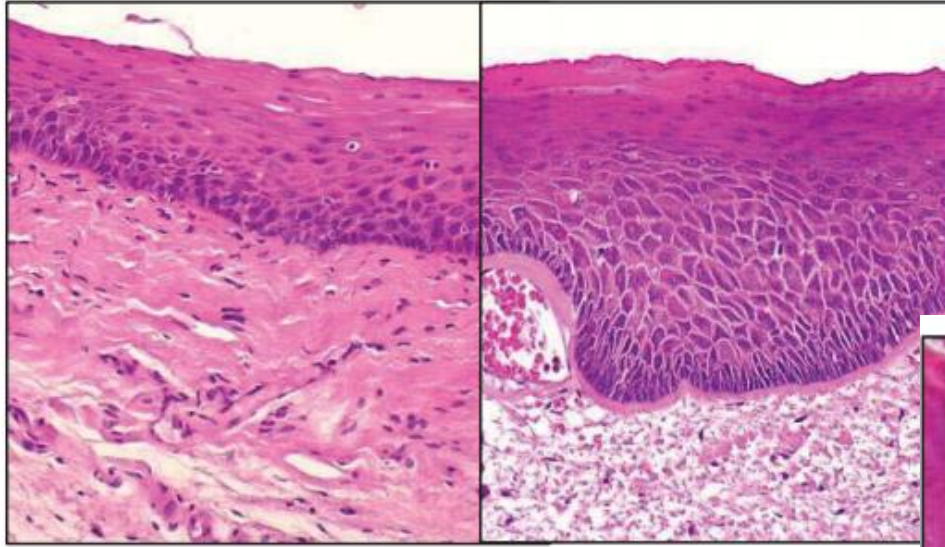
# Lésions épithéliales précurseurs

## Classifications

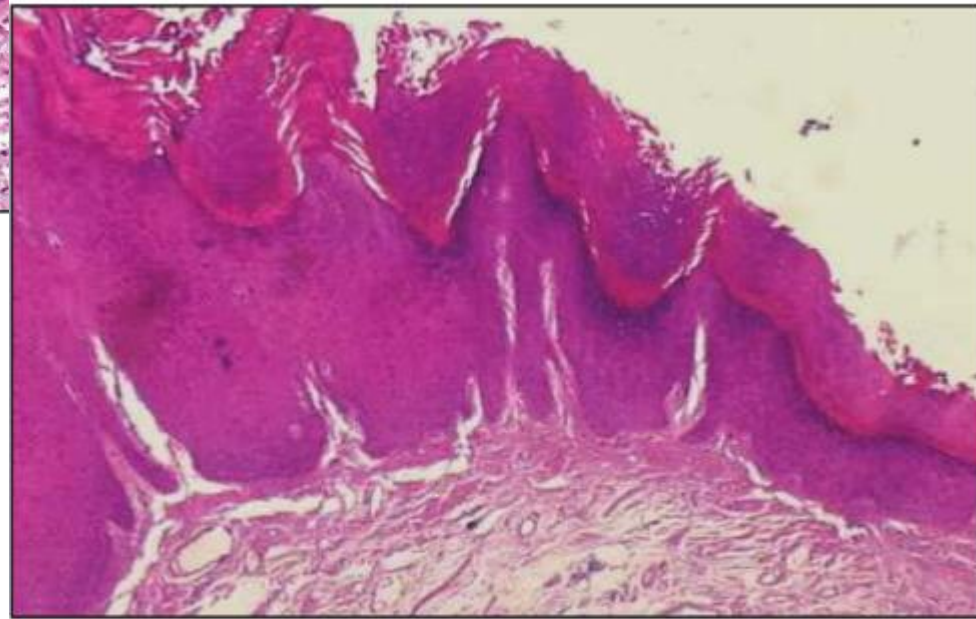
OMS 2005	Squamous intra- épithelial neoplasia(SIN)	Classification de Lubjana
Dysplasie légère	SIN I	SIL de bas grade : hyperplasie épithéliale simple ou des cellules basales/parabasales
Dysplasie modérée	SIN II	SIL de haut grade : hyperplasie atypique
Dysplasie sévere	SIN III	
CIS		CIS

# Lésions épithéliales précurseurs

## Classifications



Kératose simple à droite comparée à l'épithélium normal (à gauche)

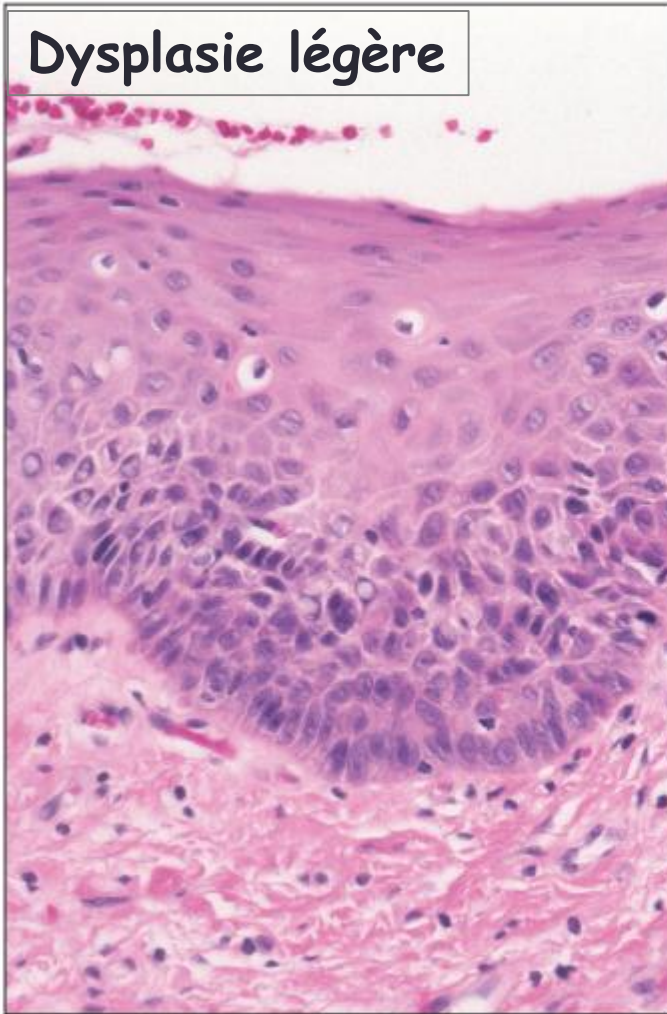


Hyperplasie épithéliale verruqueuse

# Lésions épithéliales précurseurs

## Classifications

Dysplasie légère

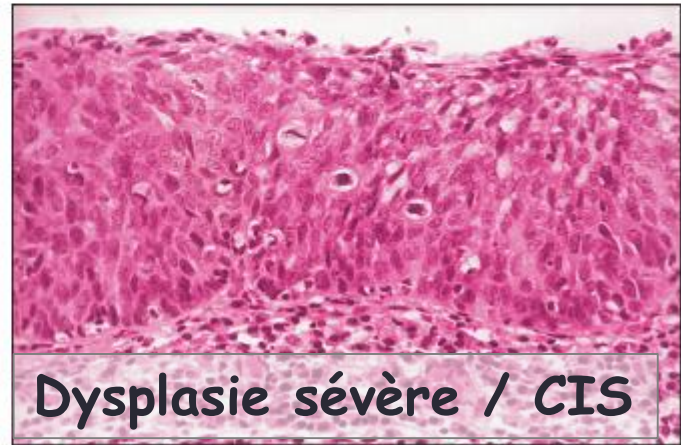


B



Dysplasie modérée

C



Dysplasie sévère / CIS



# Lésions épithéliales précurseurs

## Évolution & CAT

- Suppression des facteurs de risque +++
- Risque de transformation:
  - Lésion de bas grade (DL et M): 1 à 10% ⇒ exérèse ou surveillance
  - Lésion de haut grade (DS / CIS): 10 à 30% ⇒ exérèse; si étendue discuter une radiothérapie ?

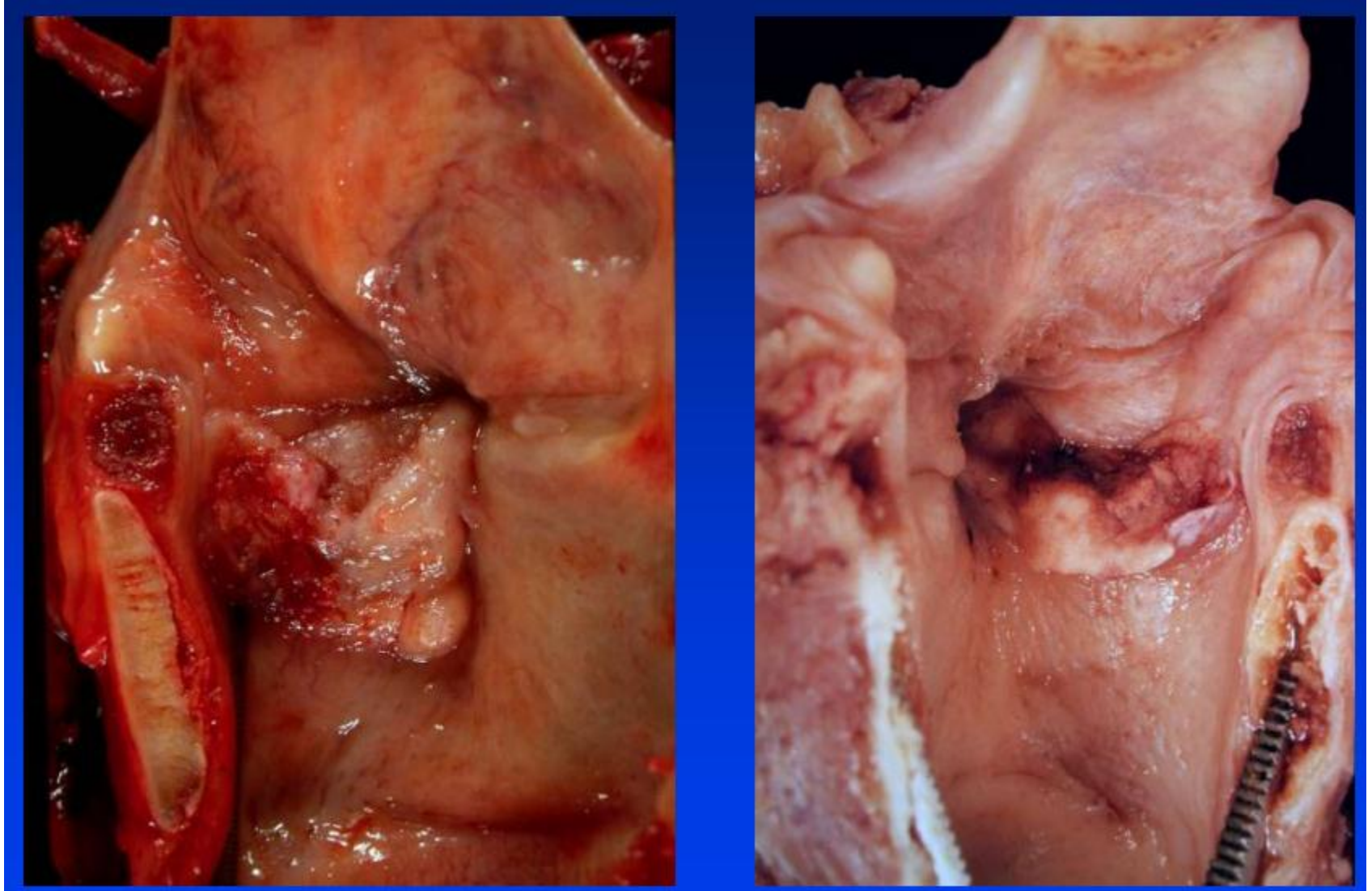
# Carcinome épidermoïde invasif

## 95%

- 1. Formes topographiques:
  - 1.1. cancer glottique 60-65%
  - 1.2. cancer sus-glottique 30-35%
  - 1.3. cancer sous glottique <5%
  - 1.4. cancer trans-glottique <5%

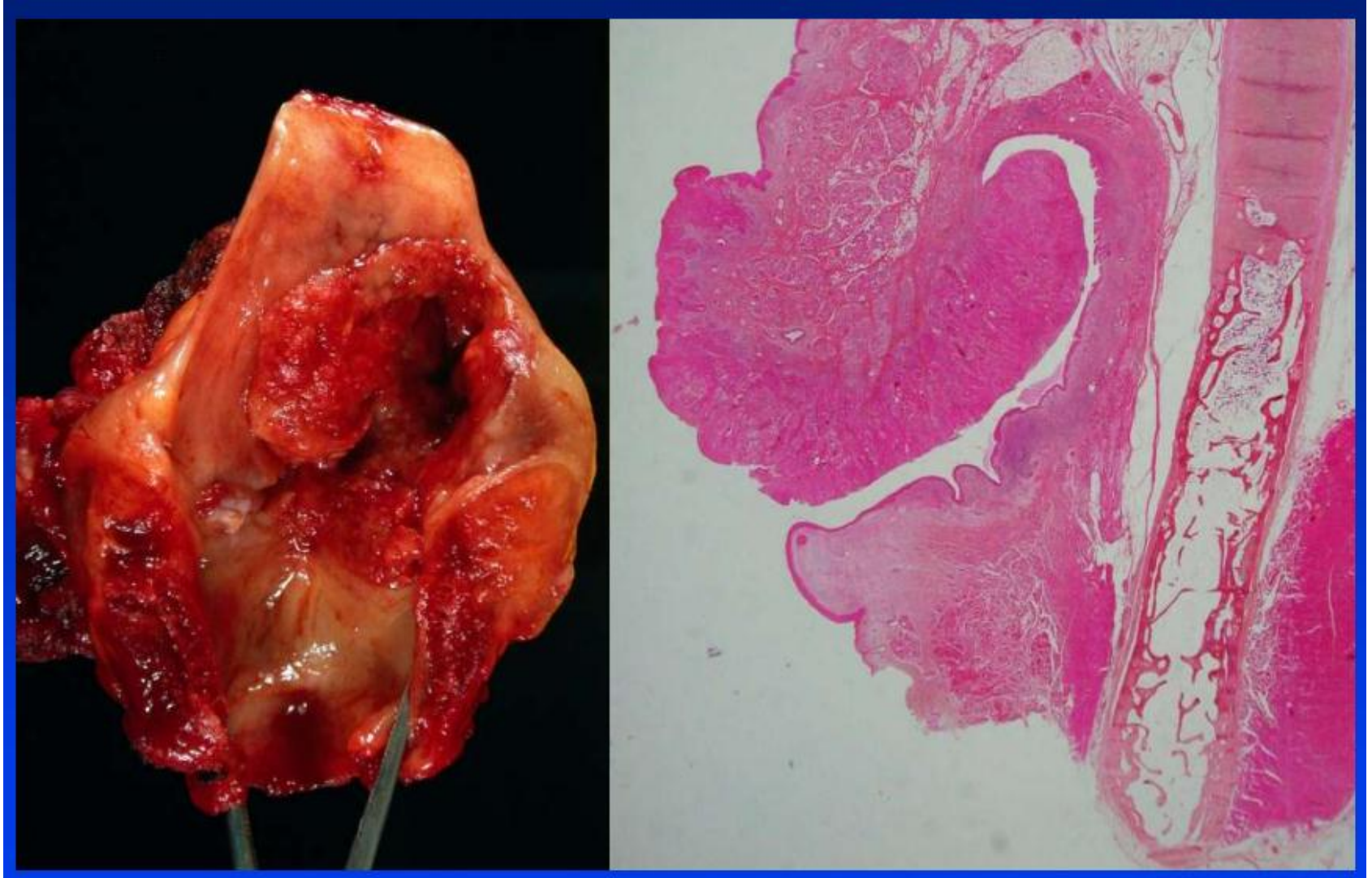
# Carcinome épidermoïde invasif

## Formes glottiques



# Carcinome épidermoïde invasif

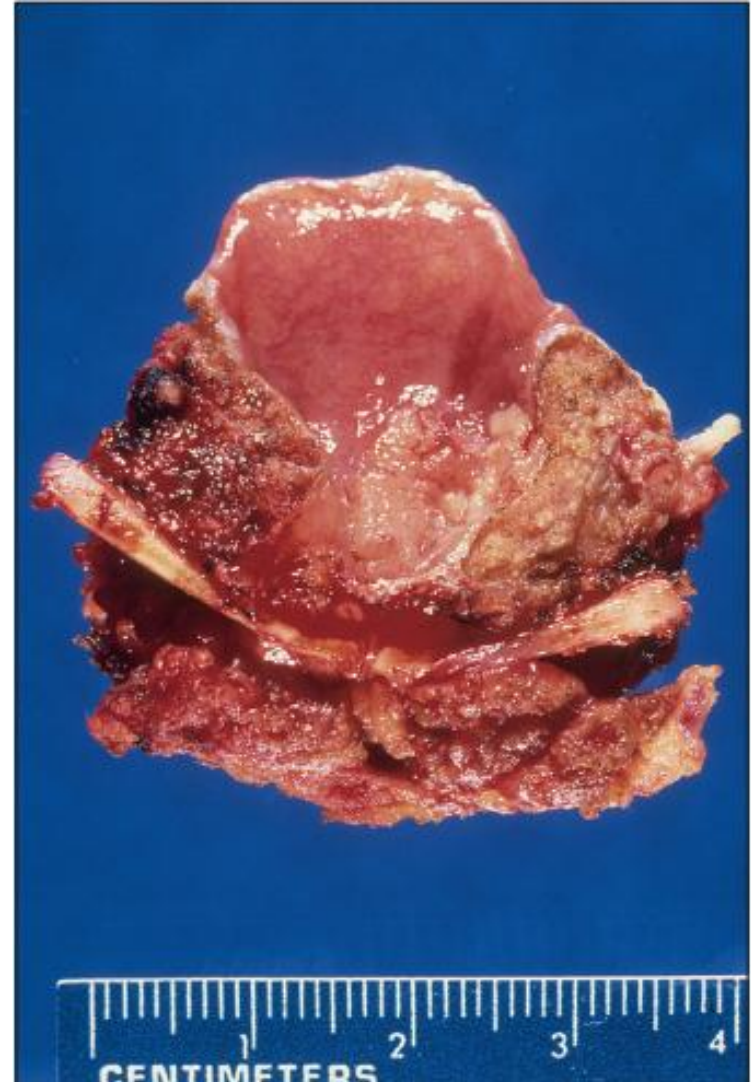
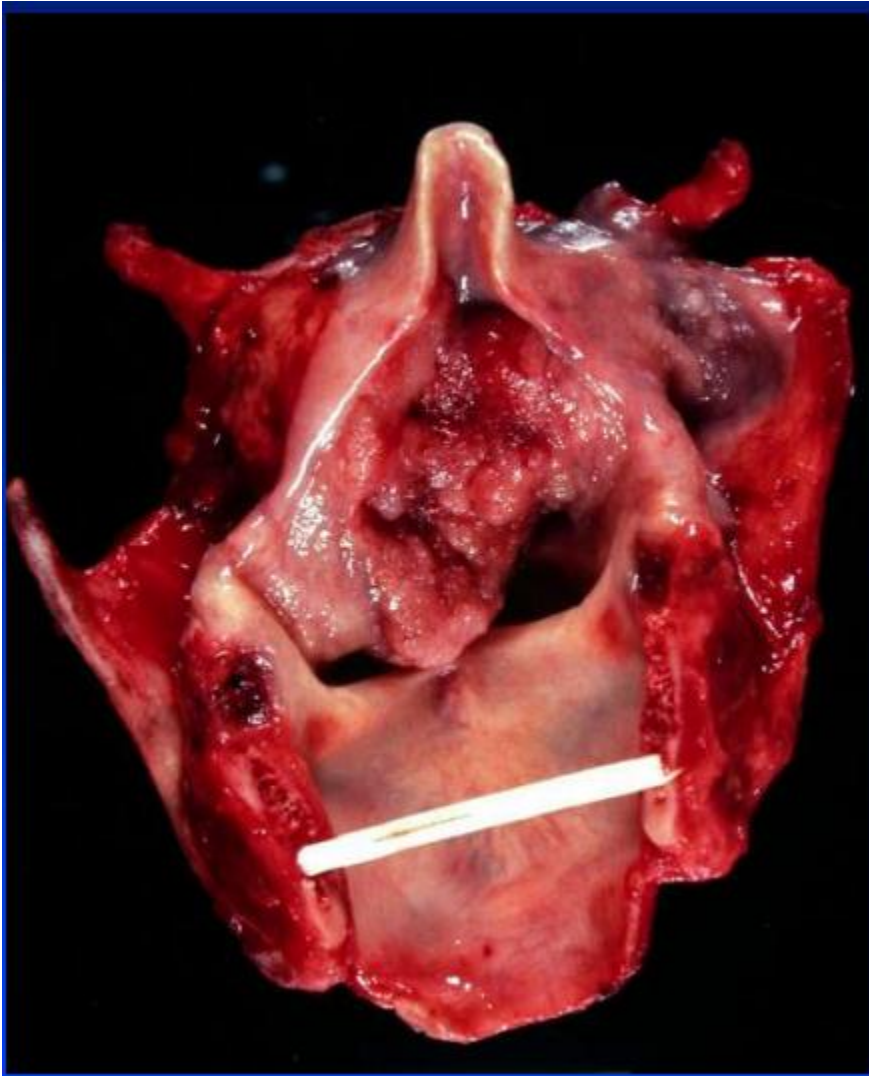
## Formes glottiques





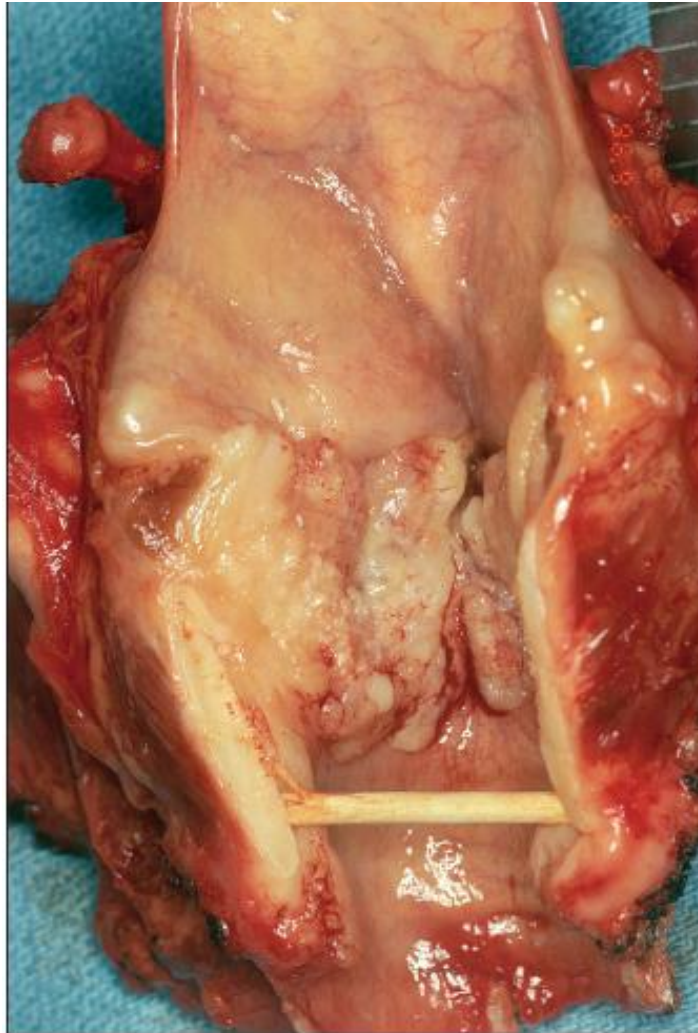
# Carcinome épidermoïde invasif

## Formes sus-glottiques



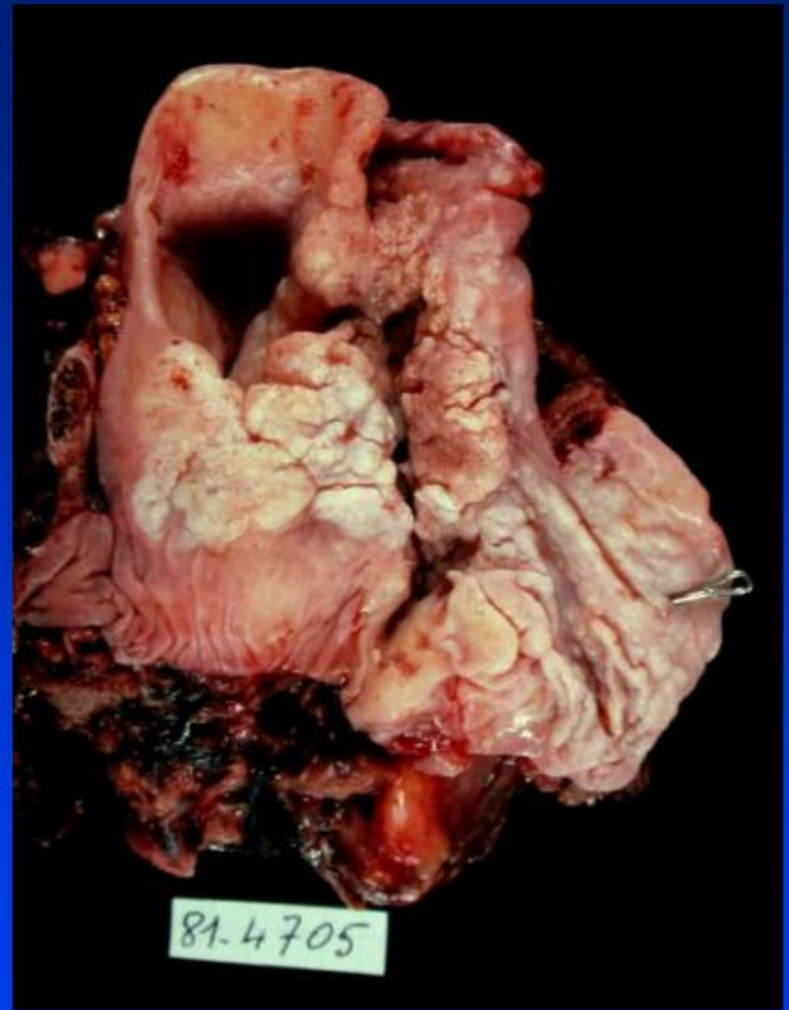
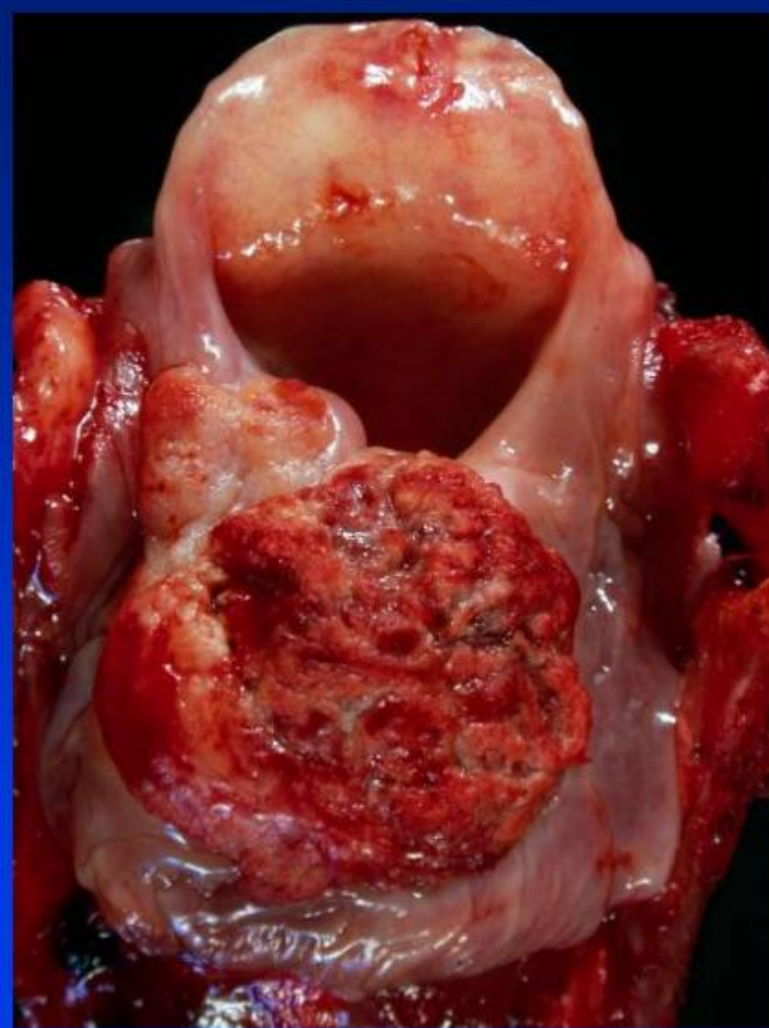
# Carcinome épidermoïde invasif

## Formes sous-glottiques



# Carcinome épidermoïde invasif

## Formes évoluées

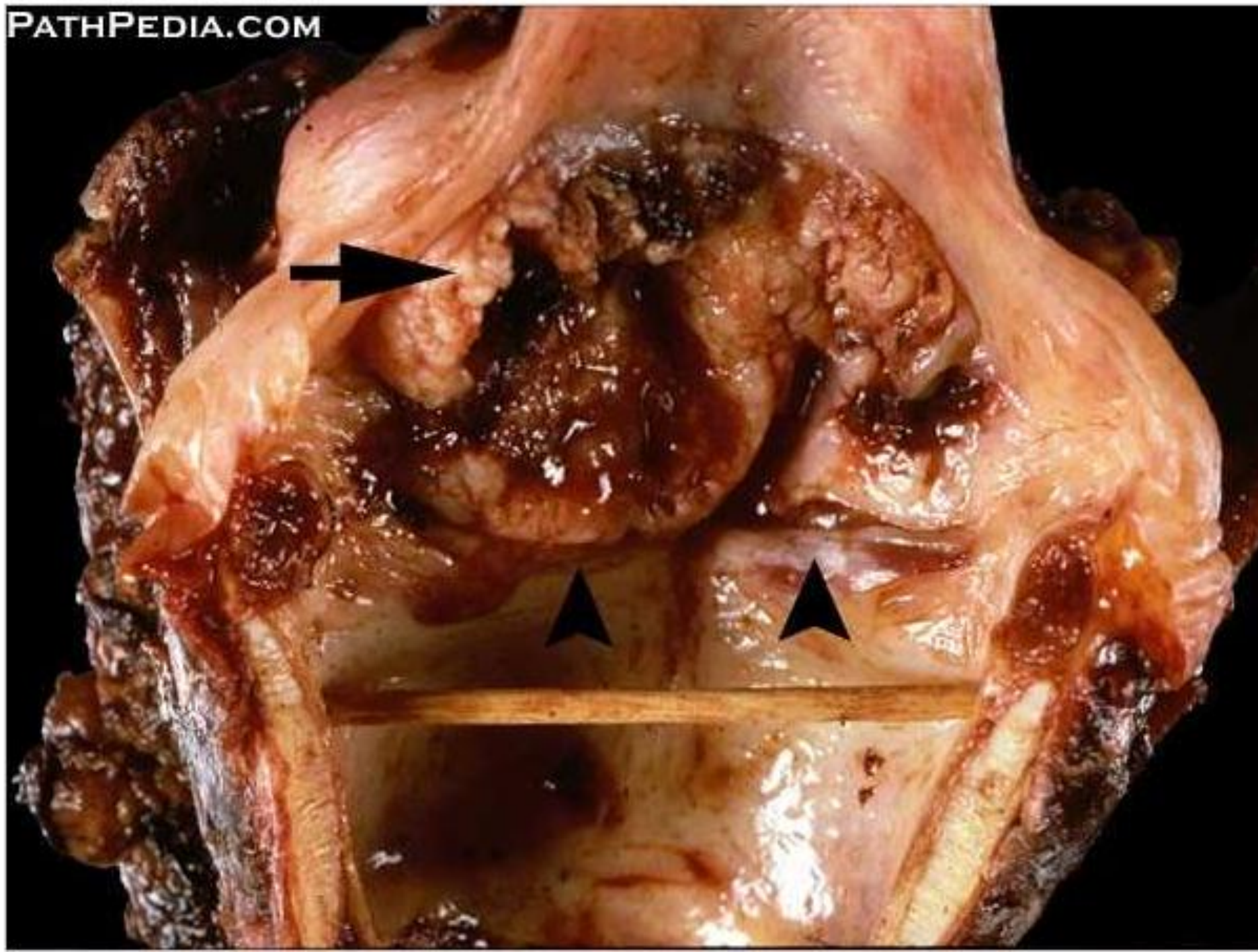


# Carcinome épidermoïde invasif

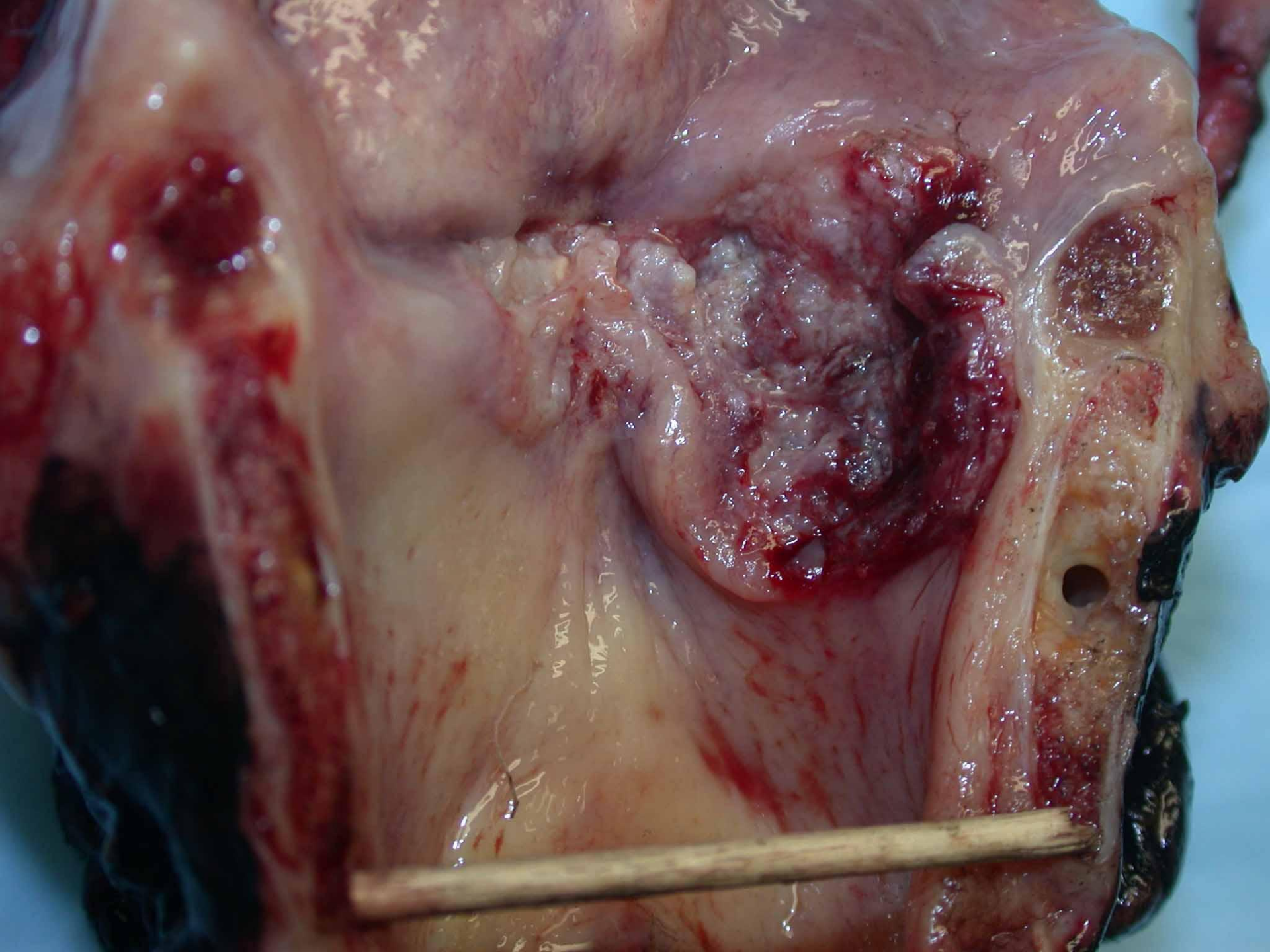
## 2. Aspects macroscopiques

- Taille: 1 à 4 cm
- Ulcéro-bourgeonnant, beige
- Atteinte cordale: aspect boudiné « kératosique »









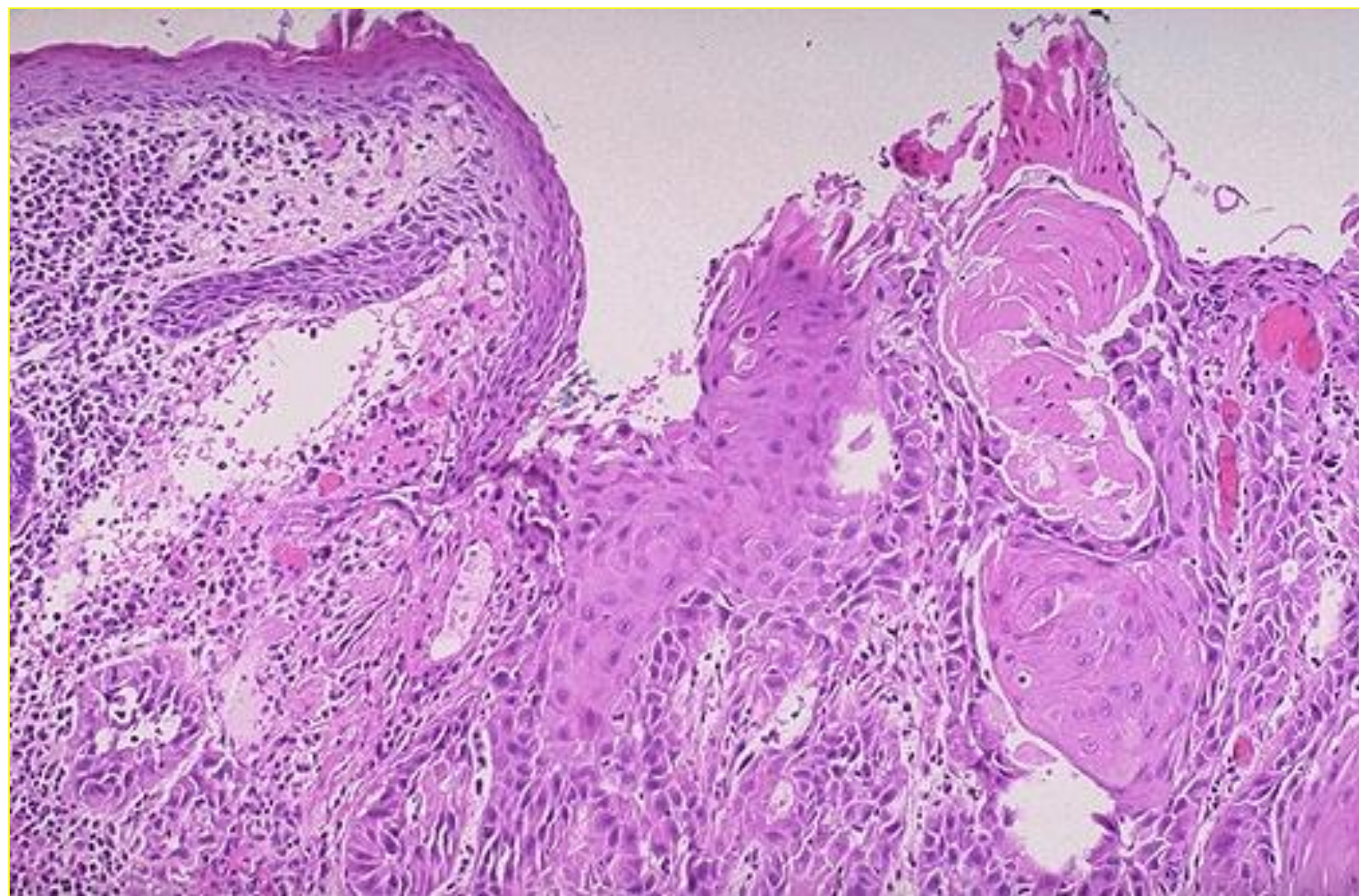


# Carcinome épidermoïde invasif

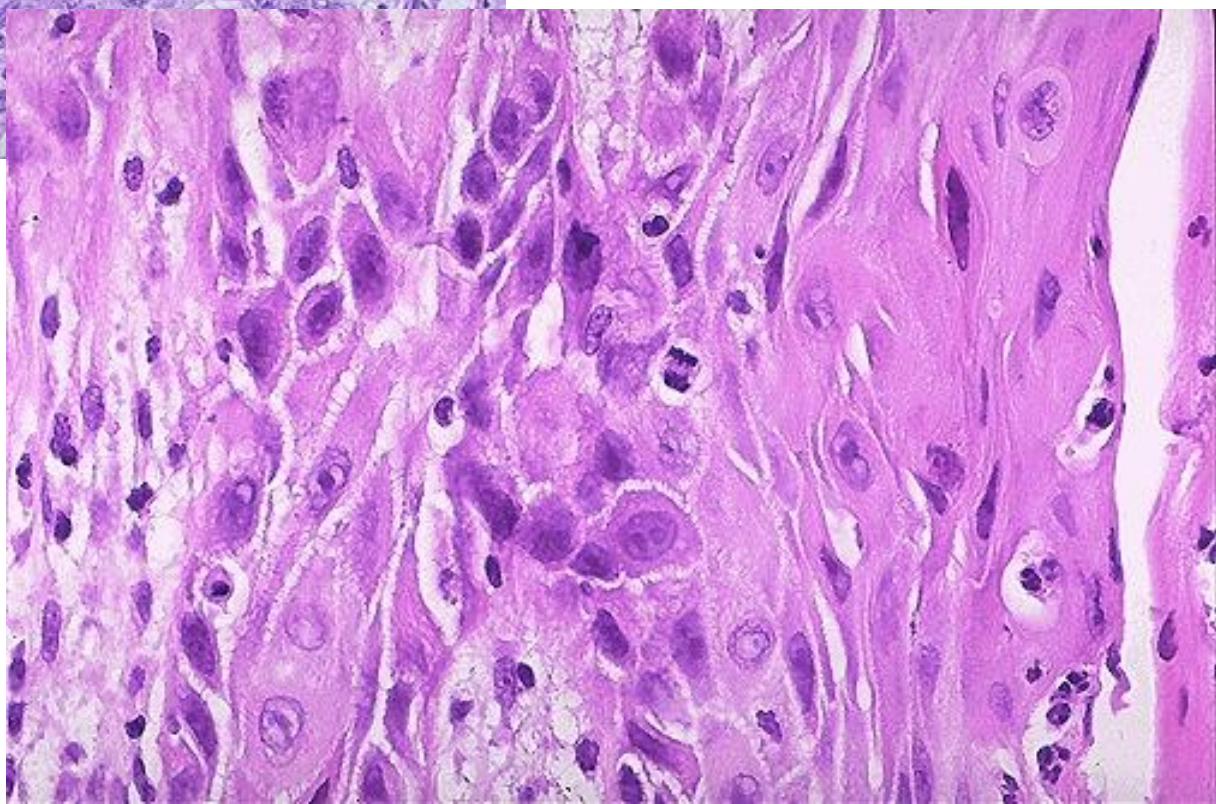
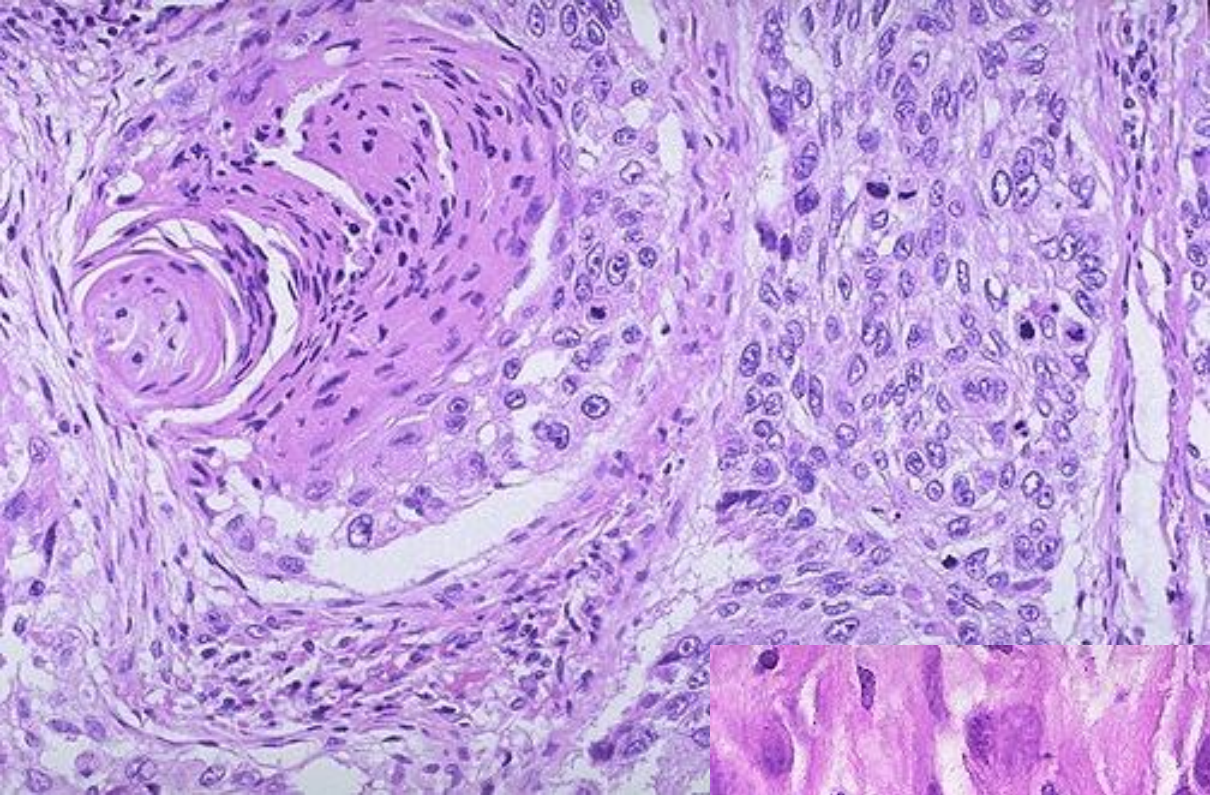
## 3. Histologie

- C. épidermoïde bien ou moyennement différencié (+++)
- Ponts d'union entre les cellules
- Cellules dyskératosiques, globes cornés











# Carcinome épidermoïde

## Variantes histologiques

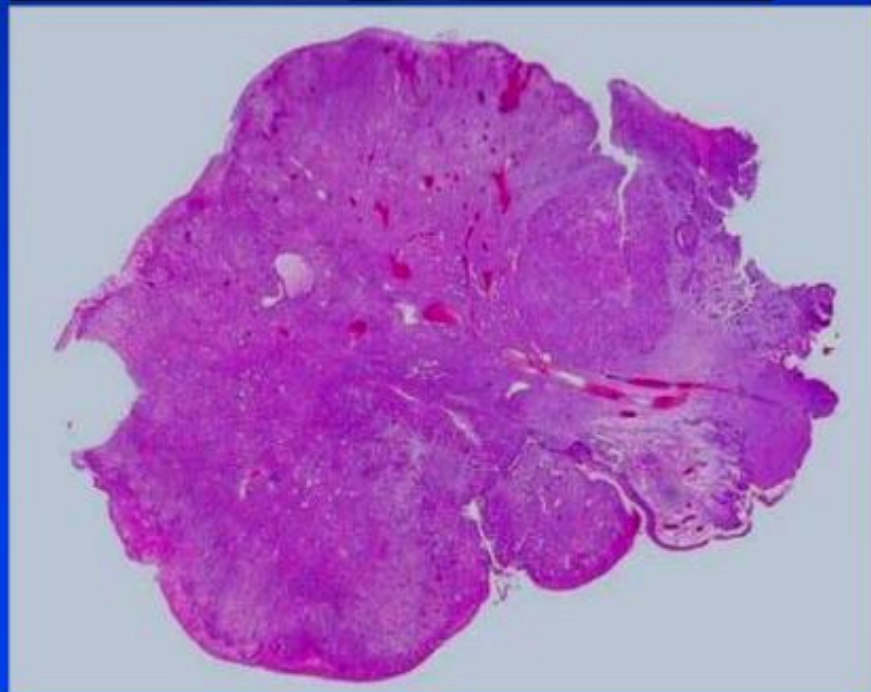
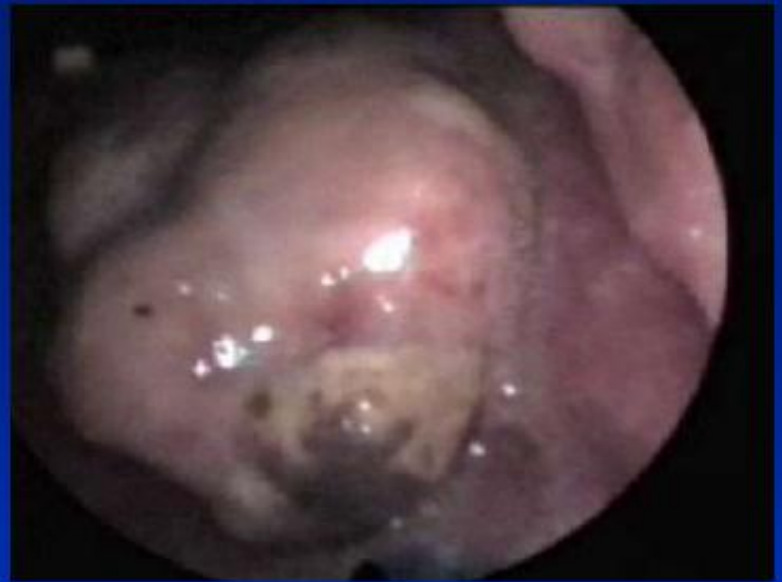
### Formes histologiques particulières des carcinomes épidermoïdes

<b>Carcinomes épidermoïdes</b>	<b>92,5 % (larynx)</b>
carcinome in situ	9,6
carcinome épidermoïde SAI	<b>79,9</b>
carcinome verruqueux	1
carcinome épidermoïde basaloïde	
carcinome épidermoïde papillaire	
carcinome à cellules fusiformes	1,7
carcinome épidermoïde acantholytique	
carcinome adénosquameux	

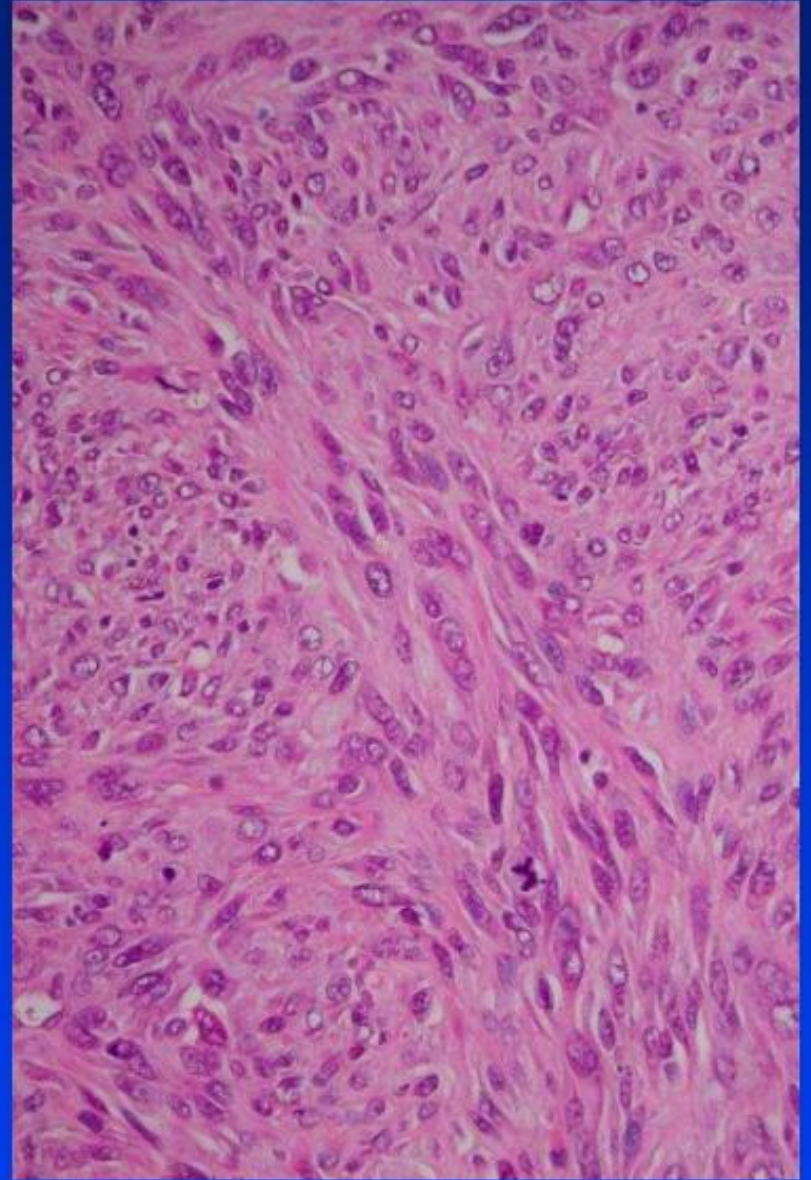
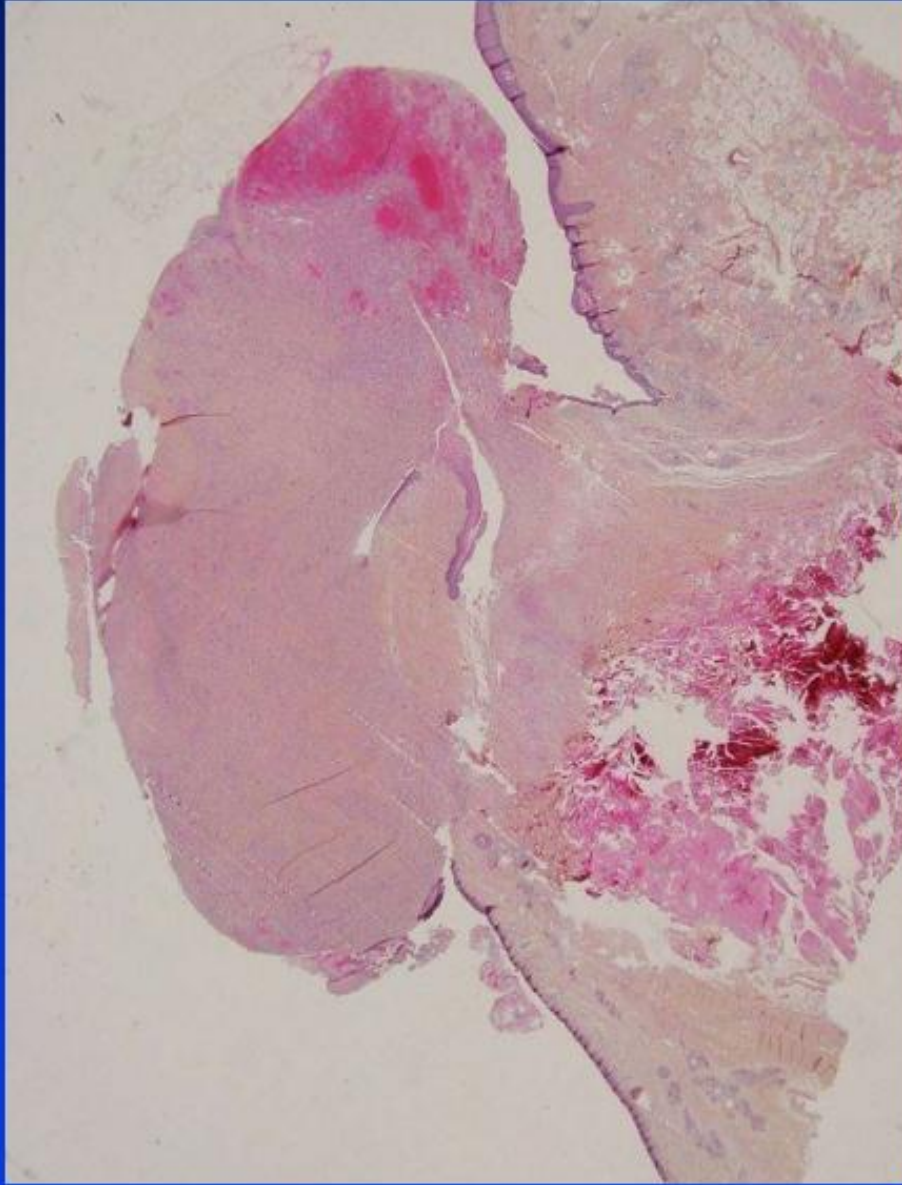
# Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes

## Particularités macroscopiques

- **Polype** : 76 à 98% des cas,
- taille moyenne: 1,8 cm
- **glottique** ++
- Revêtement **ulcéré**
- Prolifération souvent confinée à l'axe du polype

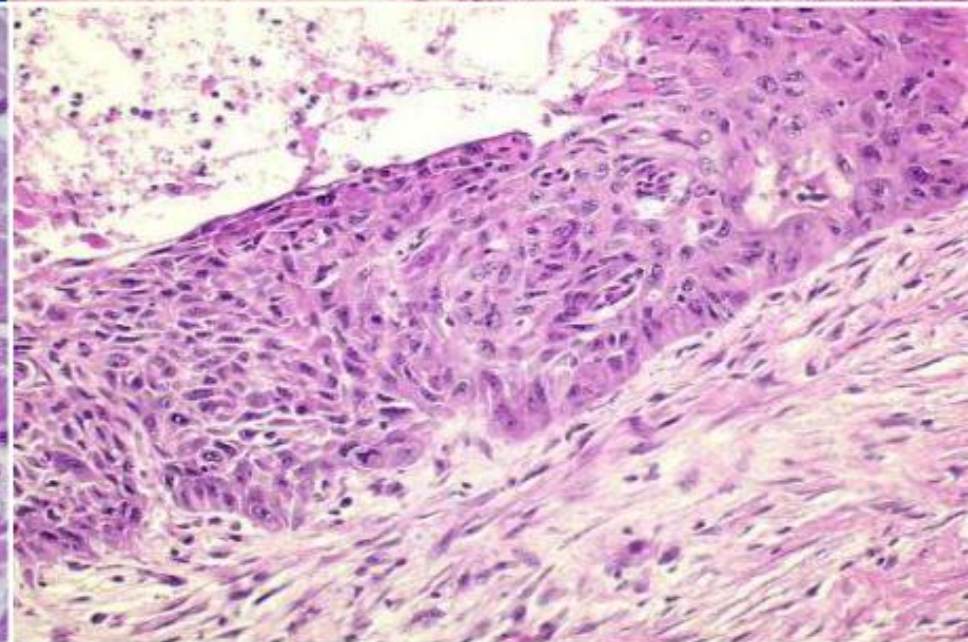
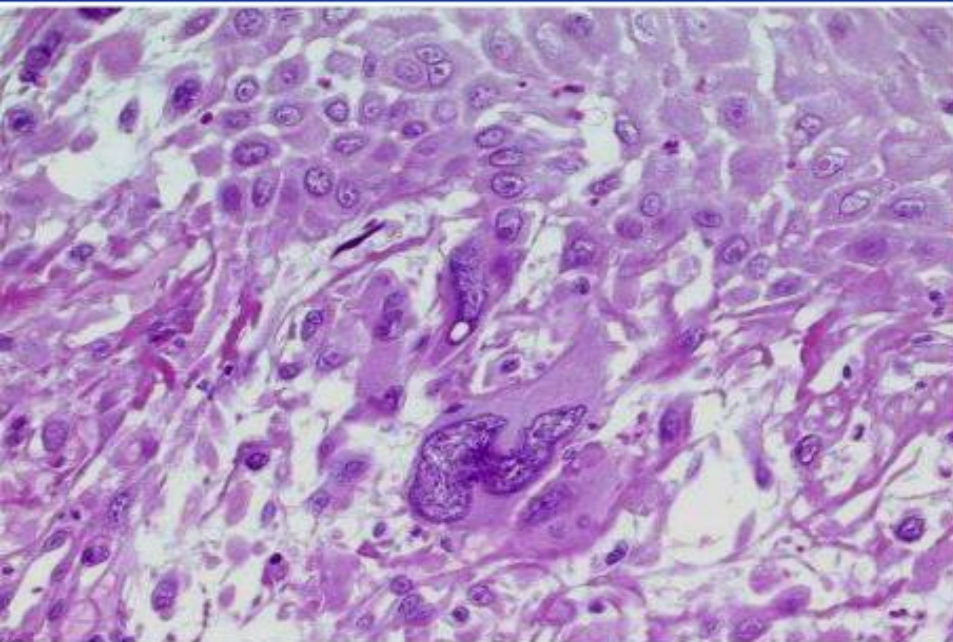
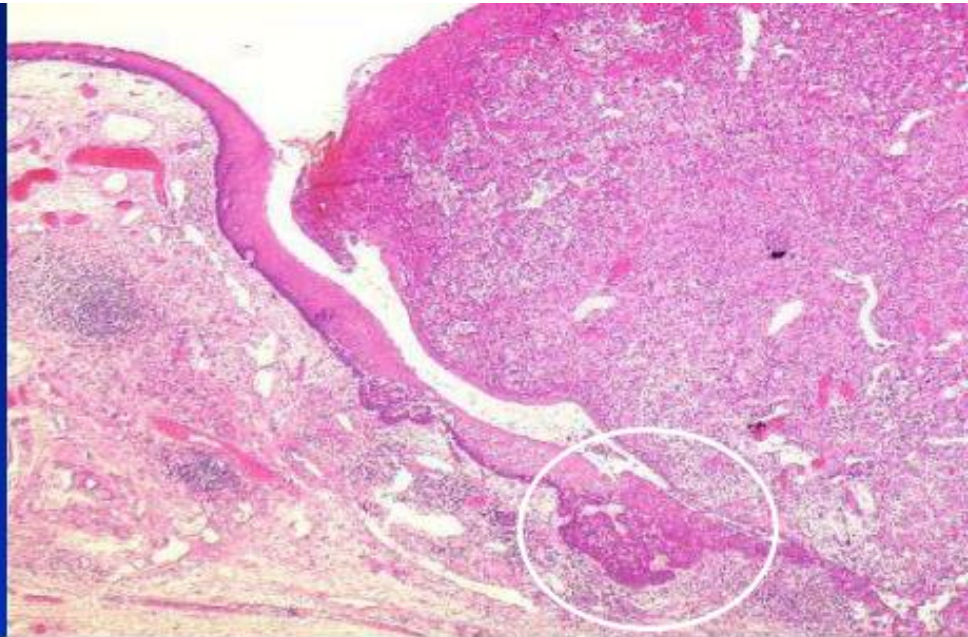








- Au niveau des berges de l'ulcération :
  - chercher la **dysplasie épithéliale** ou le **CIS**
  - les zones de transition avec le revêtement (+/-)



# Carcinome épidermoïde à cellules fusiformes

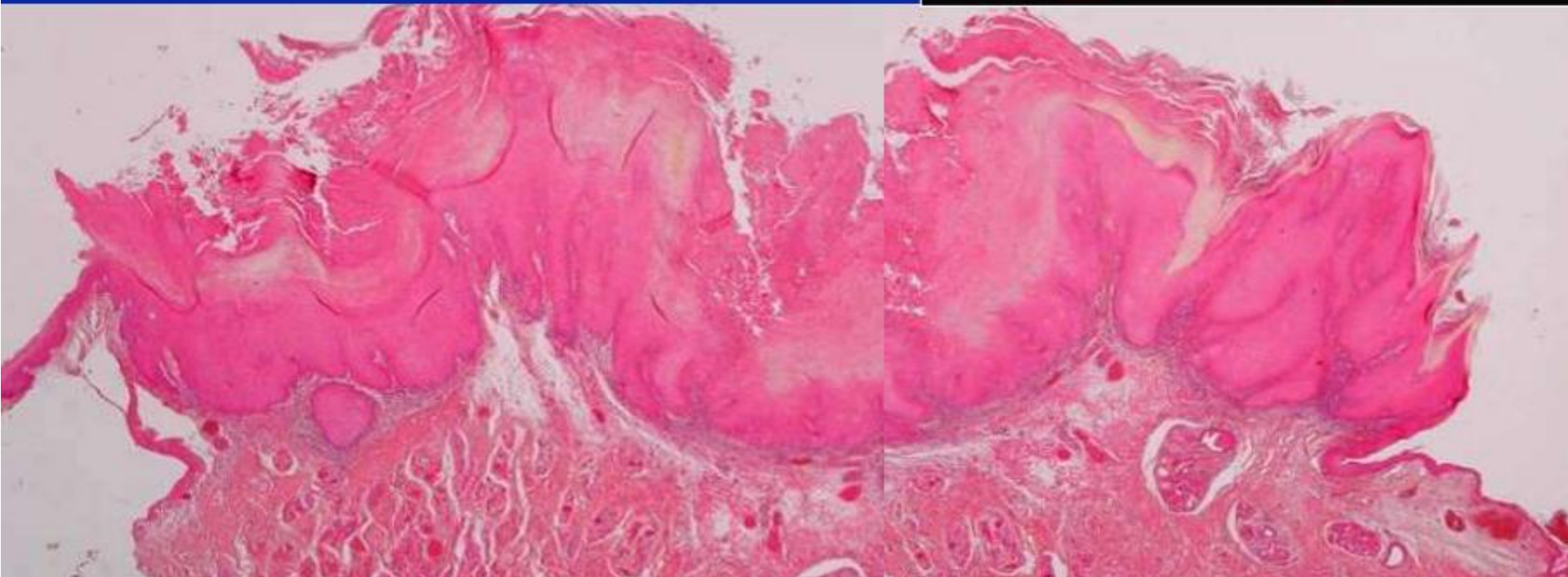
## diagnostic différentiel

- Mélanome malin à cellules fusiformes
- Sarcome vrai:
  - exceptionnels dans le larynx,
  - Synoviosarcome monophasique:
    - homme jeune,
    - parapharyngé,
    - Muqueuse respectée
    - t(X,18)

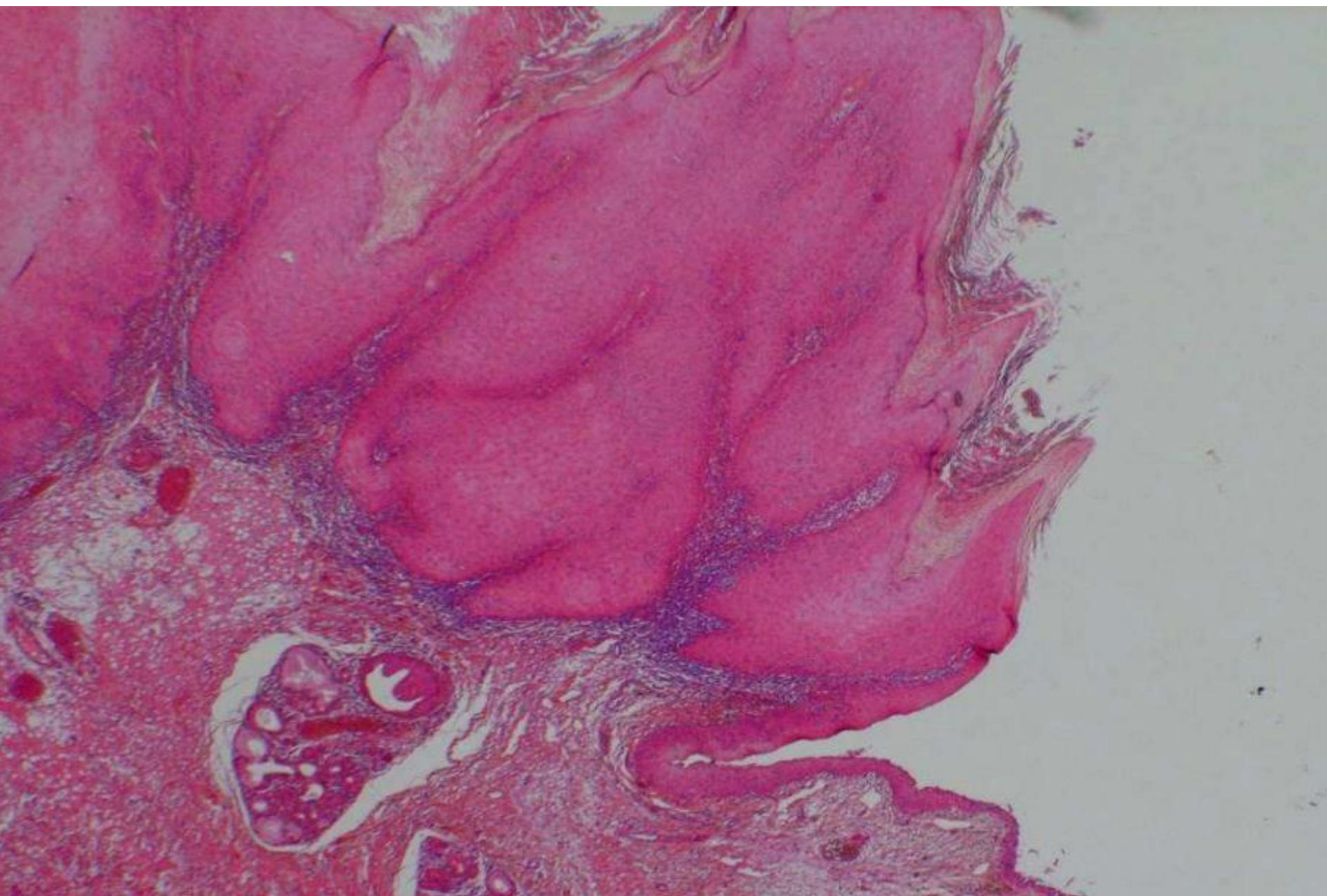


# Le carcinome verruqueux

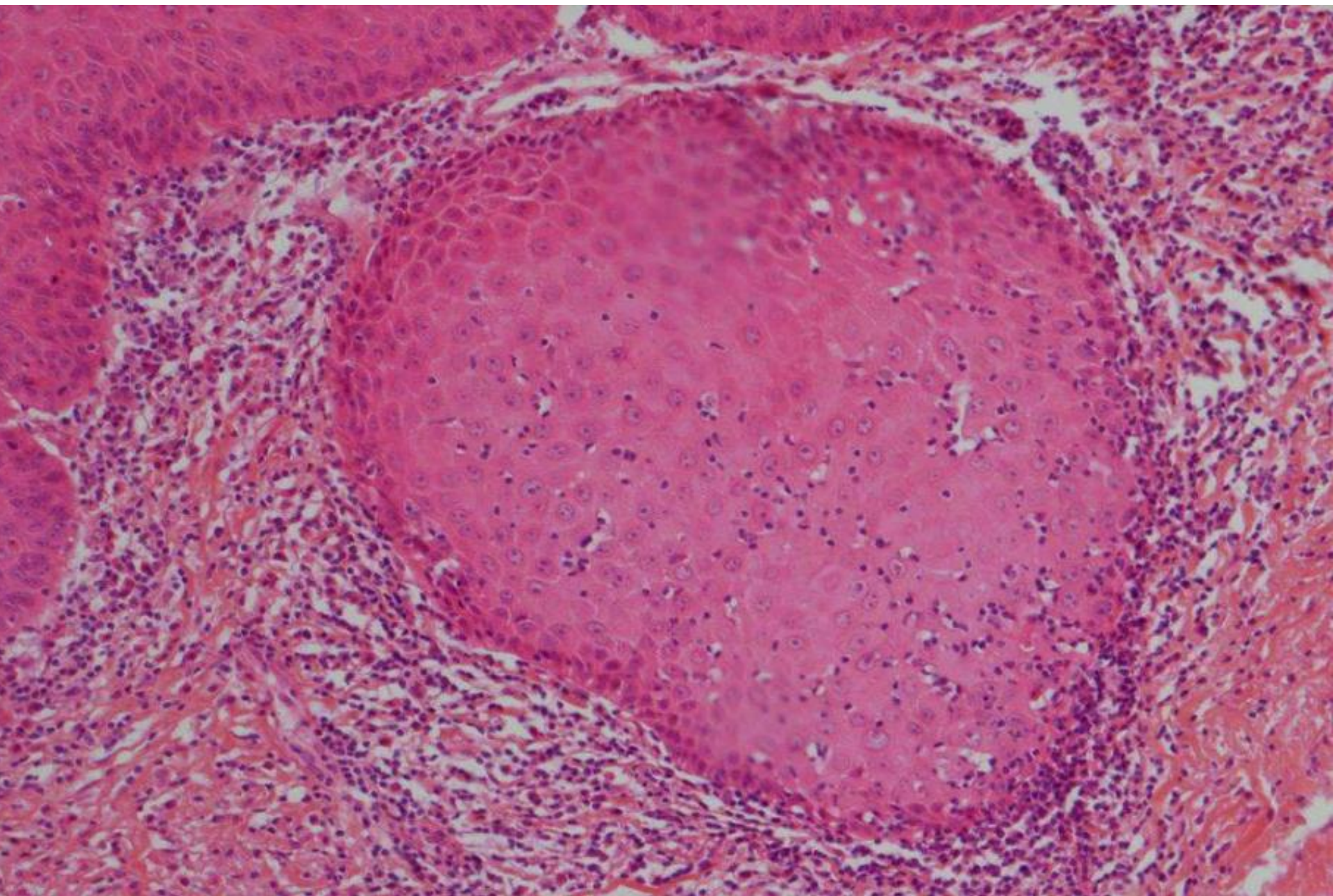
- cavité buccale, corde vocale  
*sinus de la face*  
*conduit auditif*
- pas d'atypies
- pas de métastase





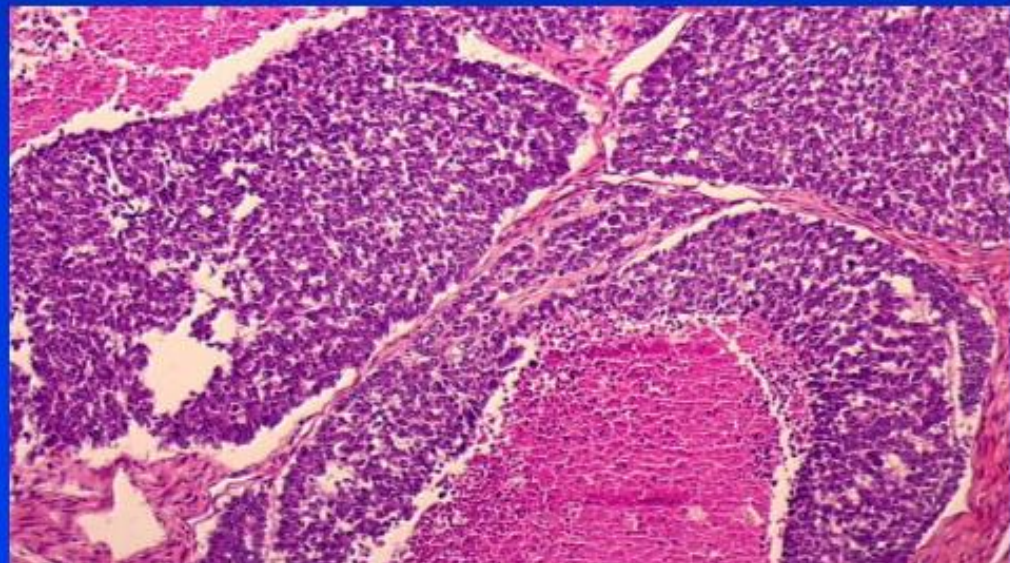
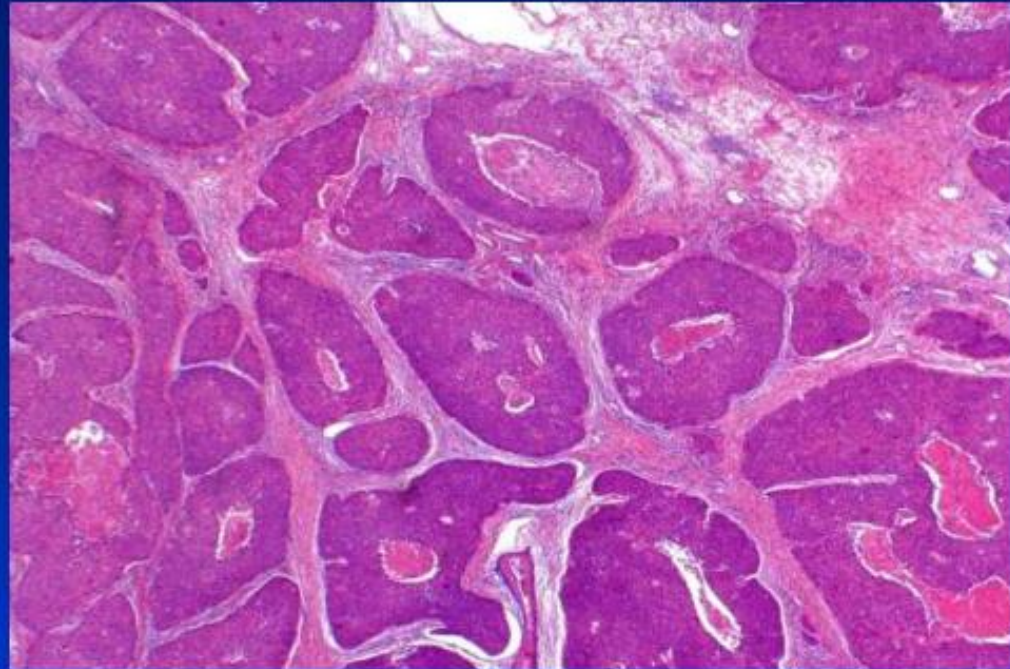
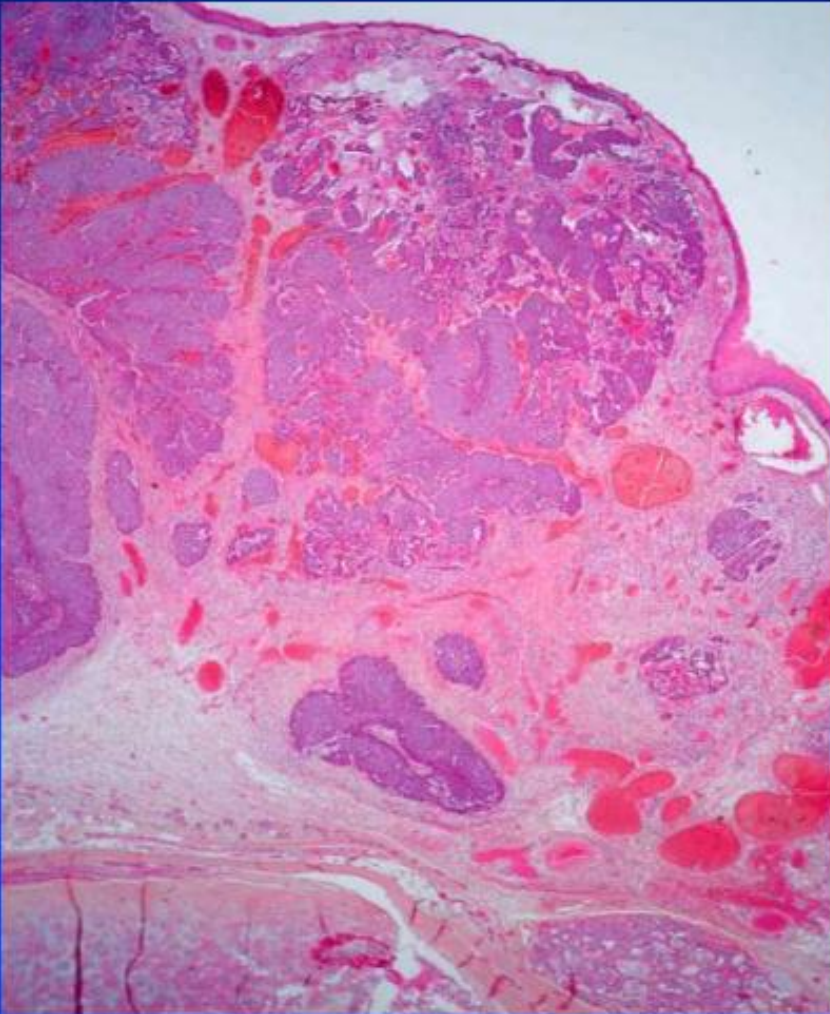




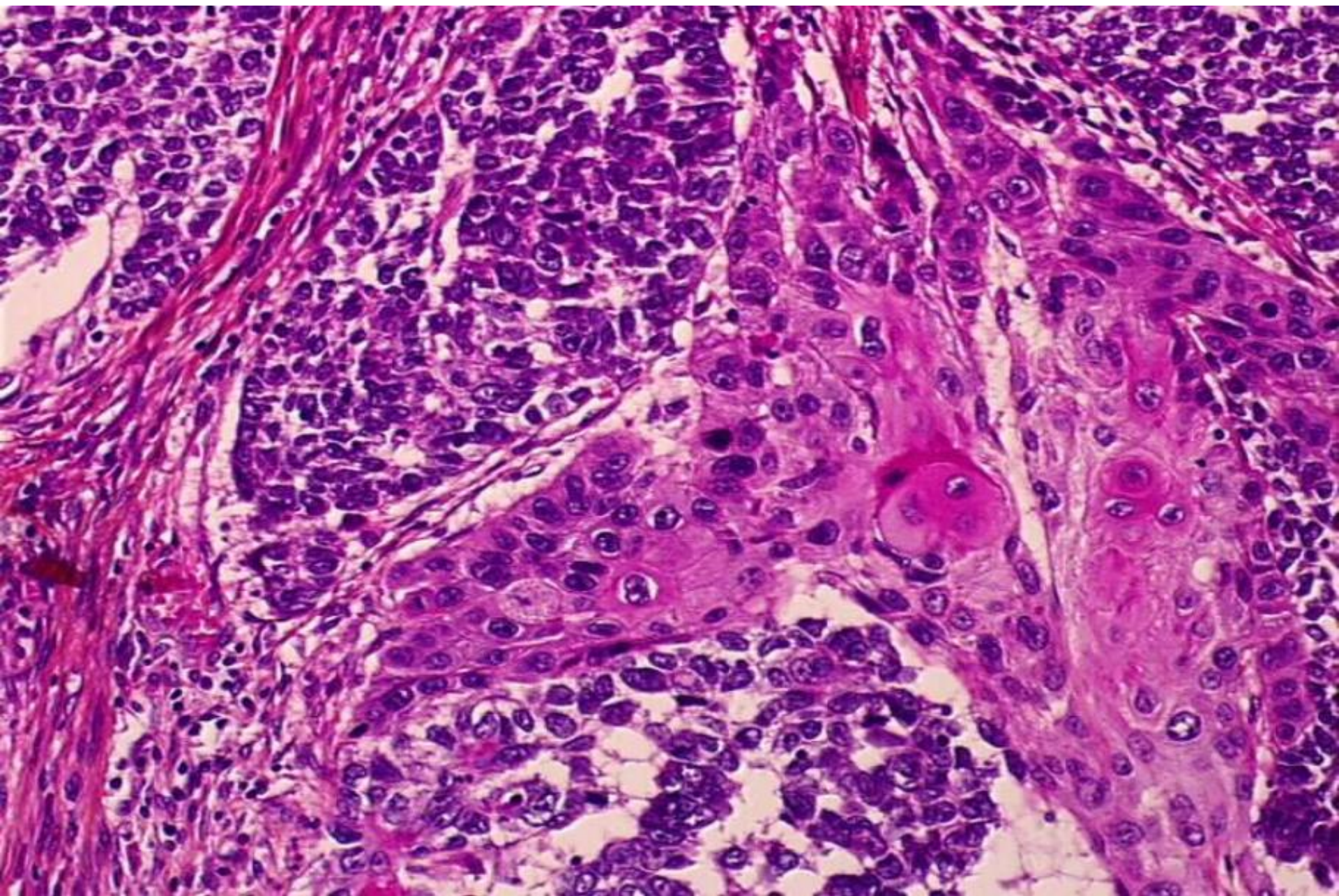




# carcinome épidermoïde basaloïde









# CARCINOME EPIDERMOIDE BASALOIDE:

## Particularités évolutives

- Mauvais pronostic:
  - stade avancé au diagnostic dans 75% des cas
  - Topographie
- métastases fréquentes:
  - Ganglionnaires: 60%
  - Hématogènes: 50% (poumon, os, foie, peau et cerveau)
- Le taux de survie à 5 ans: 17,5%
- Association chirurgie, chimiothérapie néo-adjuvante et radiothérapie post-opératoire.

# Qu'est ce qui doit figurer sur le CR ?

- type de pièce
- matériel associé (thyroïde, curage et type ...)
- tumeur : localisation , description, mesures
- extension (cartilage, extra laryngée, limites)
- type histologique, grade (différenciation)
- extension histo (vx, nerfs)
  
- nb ganglion métastatique / zone, taille max, capsule
- envahissement d'autres structures / zone

# Pronostic

Dépend de :

- Localisation +++
  - Meilleur Pc : cancers glottique
  - Pire Pc: cancers sous-glottiques
- Stade ++
- Emboles vasculaires et engainement périnerveux

# Conclusion

- Les cancers du larynx : carcinomes épidermoïdes infiltrants +++
- Dg souvent tardif chez l'homme âgé, alcoolo-tabagique
- Rôle émergent du papillomavirus dans la pathogénie !
- Une meilleure compréhension des lésion précurseurs ⇒ actes préventifs / curatifs mieux adaptés.



# Merci pour votre attention

## Questions ?

