

PRISE EN CHARGE DU CANCER DU LARYNX DANS UN PAYS D'AFRIQUE NOIRE

LARYNX CANCER MANAGEMENT IN A SUB-SAHARIAN AFRICAN COUNTRY

**Loum B^{1,3}, Lame C A¹, Diallo T B¹, Ndiaye C B¹, Diouf A¹, Sissoko B¹, Ndiaye M²,
Diallo B K³.**

1-Service ORL Hôpital Principal de Dakar ; 2-Service ORL Hôpital d'enfants de Diamniadio, UFR des sciences de la santé de Thiès ; 3. Service ORL, Centre hospitalier national d'enfants Albert Royer, Université Cheikh Anta Diop

**Auteur correspondant : Dr LOUM Birame. Tel : 00221777662504,
Email : birameloumorl@yahoo.com**

Résumé

La prise en charge du cancer du larynx en Afrique Noire est caractérisée par la découverte de forme souvent évoluées aboutissant souvent à une mutilation par exérèse complète de l'organe. Au Sénégal, malgré une grande expérience dans le traitement des cancers ORL, il y a peu d'études parlant spécifiquement de la prise en charge du cancer du larynx.

Objectif : Étudier les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des cancers du larynx dans un pays d'Afrique Noire.

Matériels et méthode : Étude rétrospective de tous les dossiers de patients reçus pour cancers du larynx au service d'ORL de l'Hôpital Principal de Dakar, au Sénégal, entre janvier 2009 et décembre 2014.

Résultats :

Cinquante (50) dossiers ont été colligés. L'âge moyen des patients était de 61,64 ans, avec une très nette prédominance masculine (47/3).

Le maître symptôme était la dysphonie chronique (92%). La dyspnée était présente dans 24 cas et la dysphagie dans 7 cas. Le délai moyen de consultation était de 9,95 mois avec des extrêmes entre 2 et 48 mois. Vingt-sept patients étaient tabagiques. L'association alcool-tabac était retrouvée chez 8 patients. Le bilan d'extension permettait de retrouver 7 localisations sus-

glottiques, 6 localisations glottiques, 19 localisations glotto-sus glottiques, 2 localisations glotto-sous glottiques et 17 lésions qui occupaient les 3 étages du larynx. A l'admission, 43% des patients étaient classés T4 et 27%, T3. Les lésions classées T2 représentaient 14%, et les lésions classées T1 16%. Sur le plan histologique, il s'agissait presque exclusivement de carcinome épidermoïde 53/54. Un seul cas de chondrosarcome laryngé était retrouvé.

Sur le pan thérapeutique, 37 patients (70%) ont bénéficié d'une chirurgie. Il s'agissait de 28 laryngectomies totales et de 9 laryngectomies partielles. Un geste ganglionnaire était associé dans 31 cas. La durée moyenne d'hospitalisation était de 34 jours avec des extrêmes entre 1 et 120 jours. Une radiothérapie avait complété la chirurgie dans 11 dans un délai moyen de 2,75 mois. Six patients avaient bénéficié d'une radio-chimiothérapie. Six malades ont présenté une poursuite évolutive tandis que 4 ont fait une récurrence tumorale ou ganglionnaire. La mortalité était de 33%, alors que 33% des patients avaient disparu de la consultation.

Conclusion : Dans nos pays, le cancer du larynx continue à payer un lourd tribut au retard diagnostique et aux infrastructures médicales limitées.

Mots clés : cancer, larynx, Afrique

Abstract

The management of laryngeal cancer in Black Africa is characterized by the frequent discovery of evolved lesion often leading to complete exeresis of the larynx. In Senegal, despite a big experience in management of cervico-facial cancers, there are few studies specially talking about the management of larynx cancer

Objective: *To study the epidemiological, clinical, therapeutic and progressive characteristics of larynx cancers in a Black African country.*

Materials and method: *Retrospective study of all files of patients received for larynx cancer in the ENT department of Hôpital principal de Dakar, Senegal, between January 2009 and December 2014.*

Results: *Fifty (50) files were collected. The average age of the patients was 61.64 years, with a very clear male predominance (47/3).*

The main symptom was chronic dysphonia (92%). Dyspnea was present in 24 cases and dysphagia in 7 cases. The average consultation time was 9.95 months with extremes between 2 and 48 months. Twenty-seven patients were smoking. The alcohol-tobacco association was found in 8 patients. The extension assessment found 7 supraglottic localizations, 6 glottal localizations, 19 glotto-supraglottic

localizations, 2 glotto-subglottic localizations and 17 cancer, which occupied the 3 stages of the larynx. At admission, 43% of patients were classified T4, and 27%, T3. Lesions classified T2 represented 14%, and lesions classified T1 16%. Histologically, it was almost exclusively squamous cell carcinoma 53/54. Only one case of laryngeal chondrosarcoma was found.

On the therapeutic side, 37 patients (70%) was treated bay surgery. There were 28 total laryngectomies and 9 partial laryngectomies. A lymph node gesture was associated in 31 cases. The average length of hospital stay was 34 days with extremes between 1 and 120 days.

Radiation therapy had completed surgery in 11 cases, within an average of 2.75 months. Six patients had benefited from a radio chemotherapy combination. Six patients presented an evolutionary continuation and 4 made a tumor or lymph node recurrence. Mortality was 33%, while 33% of the patients had disappeared from the consultation.

Conclusion: *In our countries, larynx cancer continues to pay a heavy price for delayed diagnosis and limited medical infrastructure.*

Key words: *cancer, Larynx, Africa*

INTRODUCTION

Le cancer du larynx est fréquent, directement lié au tabagisme chronique et souvent associé à une consommation excessive d'alcool, ils touchent l'homme dans l'immense majorité des cas. Son pronostic d'ensemble est l'un des meilleurs au sein des voies aéro-digestives supérieures [1, 2]. La prise en charge du cancer du larynx dans les pays en voie de développement est caractérisée par la découverte de lésions à un stade avancé dont le traitement fait souvent appel à une chirurgie lourde avec mutilation laryngée [1]. C'est dans ce contexte que nous avons

mené une étude rétrospective portant sur des patients présentant un cancer du larynx, suivis au sein du service d'ORL de l'Hôpital Principal de Dakar de janvier 2009 à Décembre 2014. Cette étude a pour but de discuter les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques de nos patients ainsi que leurs particularités dans les pays moins avancés.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective sur les cancers du larynx de janvier 2009 à

décembre 2014, soit une période de 6 ans. Tous les patients pris en charge pendant cette période à l'Hôpital Principal de Dakar pour cancer du larynx confirmé par l'histologie ont été inclus dans cette étude à l'exception de ceux dont les dossiers étaient inexploitable.

Cette étude a permis de colliger 50 dossiers de malades porteurs d'un cancer du larynx et admis à l'Hôpital Principal de Dakar. Nos sources sont représentées par les dossiers de malades du service d'ORL de l'Hôpital Principal de Dakar, les registres et cahiers de compte rendu opératoires. Nous avons conçu des fiches d'enquête s'intéressant aux critères suivants : âge, sexe, durée d'évolution, aspects cliniques, examens radiologiques, geste chirurgical, examens anatomopathologiques, suites opératoires, aspects évolutifs.

RESULTATS

L'âge moyen de nos patients était de 62 ans avec des extrêmes de 37 ans et 85 ans avec un mode à 65 et une classe modale [61-70]. Quarante-sept patients (94 %) étaient de sexe masculin et 3 patients (6%) étaient de sexe féminin. Le sex-ratio était de 15,6.

Vingt-huit cas d'intoxication tabagique ont été retrouvés chez nos patients. Onze patients étaient non-fumeurs et l'existence ou non d'une intoxication tabagique n'a pas été précisée pour 11 patients. Une intoxication alcoolique a été retrouvée chez 8 patients soit 16%. Vingt-sept patients étaient non-alcooliques. L'existence ou non d'une intoxication alcoolique n'a pas été précisée pour 15 patients.

Aucun cas d'exposition chimique ou de cancer familial n'a été retrouvé chez nos patients.

Le délai de consultation variait de 2 à 48 mois avec une moyenne de 10,6 mois. (Tableau I)

Tableau I : Délais de consultation

Mois	[0 ; 4]	[5 ; 10]	[11 ; 20]	[21 ; 30]	[31 ; 40]	[41 ; 50]	Total
Effectif	12	9	9	5	0	1	36
%	33%	25%	25%	13,89%	0%	2,56%	100%

Le signe fonctionnel le plus fréquemment retrouvé était la dysphonie dans 92% des cas. La figure 1 représente le pourcentage

des principaux signes fonctionnels présentés par nos patients à l'admission.

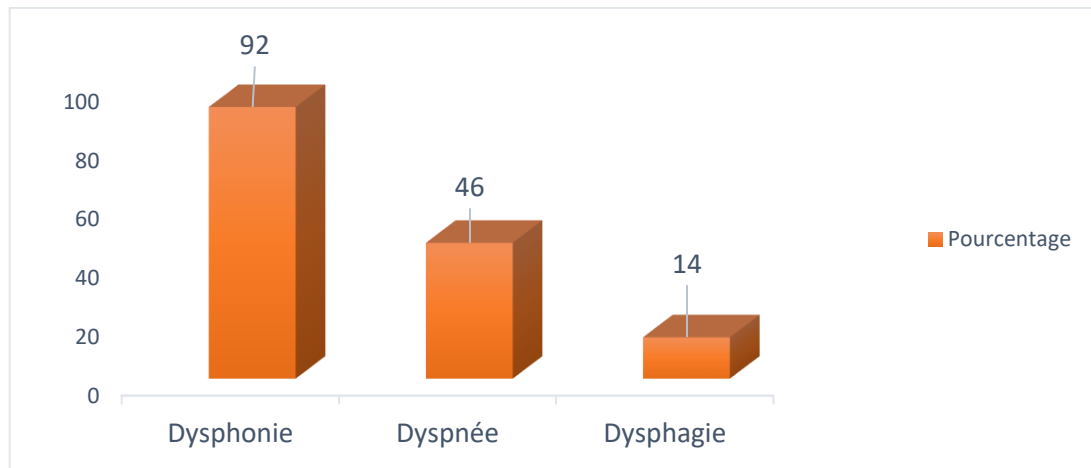


Figure 1 : Histogramme récapitulatif des signes fonctionnels

Tous nos patients ont bénéficié d'une laryngoscopie au miroir ou au nasofibroscope qui a permis de mettre en évidence une lésion du larynx. Quinze patients présentaient des adénopathies cervicales soit 34,1% des cas. Vingt-neuf patients, soit 65,9% des patients, n'ont présenté aucun signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux. Six dossiers n'ont pas été renseignés. Un examen ORL complet était systématique et n'a pas trouvé de localisations concomitantes.

Tous les patients ont eu une endoscopie sous anesthésie générale. Elle montrait une majorité de patients présentant une lésion concernant au moins les deux étages du larynx. (Tableau II)

Tableau II : localisation des lésions

Localisation	Nb	%
Un étage	13	26
Deux étages	20	40
Trois étages	17	34

La forme ulcéro-bourgeonnante (Figure 2) était de loin la forme la plus fréquente et rencontrée chez 45 patients. La forme bourgeonnante était rencontrée chez 5 patients.



Figure 2 : pièce opératoire de laryngectomie totale montrant une lésion ulcéro-bourgeonnante, évoluée des trois étages du larynx

Pour le bilan d'extension, 34 patients ont bénéficié d'une tomographie cervicale. Une radiographie pulmonaire a été demandée chez tous nos patients. Aucune lésion pulmonaire suspecte n'a été relevée. L'échographie abdominale a été pratiquée chez 47 patients et n'a révélé aucune atteinte hépatique ou viscérale. La tomographie thoraco-abdominale a été réalisée chez 7 patients et a retrouvé, chez un patient, des métastases pulmonaires. La scintigraphie osseuse et la

TDM cérébrale n'ont pas été demandées dans notre série.

La classification TNM montrait une majorité de lésions classées T3 ou T4 soit 74% des cas.

Tableau III : Classification TNM

	N0	N1	N2	N3
T1	4	0	0	0
T2	6	0	0	0
T3	11	2 M1	2	0
T4	7	4	7	1

La biopsie a été réalisée lors de l'endoscopie et adressée pour examen histopathologique pour tous les patients. Le type histologique retrouvé était un carcinome épidermoïde chez la totalité de nos patients.

Au plan thérapeutique, 3 patients inopérables ont bénéficié d'une chimiothérapie néo-adjuvante exclusive. L'ensemble de nos patients a bénéficié d'un traitement antibiotique que ce soit en période pré-opératoire ou post-opératoire. Des corticoïdes ont été associés quelque fois chez les patients dyspnéiques avant la laryngectomie ou la trachéotomie.

Vingt-neuf patients ont bénéficié d'une laryngectomie totale (Figures 3 et 4).



Figure 3: pharyngoplastie après laryngectomie totale pour carcinome épidermoïde du larynx



Figure 4: Trachéostomie chez un patient ayant bénéficié d'une laryngectomie totale pour cancer du larynx

Six patients ont bénéficié d'une laryngectomie partielle reconstructives avec crico-hyoido-épiglottopexie (CHEP).

Trente-quatre patients ont bénéficié d'un évidement cellulo-ganglionnaire bilatéral fonctionnel : les 29 patients qui ont subi une laryngectomie totale et 5 patients qui ont bénéficié d'une laryngectomie partielle reconstructive avec CHEP.

Trois patients ont bénéficié d'un lambeau musculo-cutané du grand pectoral (Figure 5).

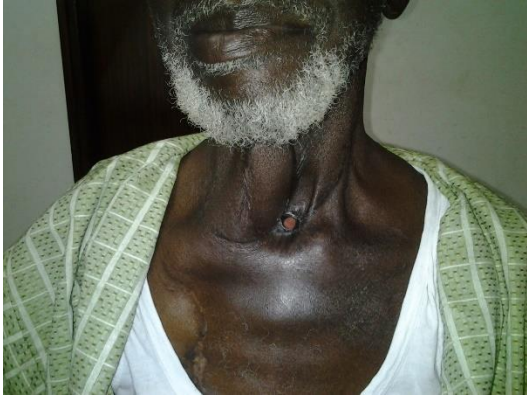


Figure 5 : trachéostomie chez un patient ayant bénéficié d'une laryngectomie totale carrée avec mise en place d'un lambeau de grand pectoral pour cancer du larynx

Les patients ayant bénéficié d'une chirurgie partielle n'ont pas eu de radiothérapie post-opératoire. Treize patients ayant bénéficié d'une laryngectomie totale ont eu une radiothérapie complémentaire. Seize patients ont bénéficié d'une laryngectomie totale sans traitement complémentaire.

L'ensemble de nos patients a été mis sous traitement antibiotique associé à un traitement antalgique en post opératoire. La durée moyenne d'hospitalisation était de 1 à 120 jours. Des soins locaux avec changement du pansement étaient réalisés tous les 2 jours. Le délai moyen d'ablation de la sonde nasogastrique était de 12 jours.

Trois patients ont bénéficié d'une rééducation orthophonique.

Cinq patients ont présenté un pharyngostome. Un patient a présenté un AVCI en post opératoire. Deux patients ont présenté des complications de la radiothérapie à type de mucite, de xérostomie et de radiodermite.

Une poursuite évolutive a été observée chez 7 patients. Cinq patients ont présenté une récurrence. Le suivi pendant une période allant de 3 à 8 ans a montré 10 patients perdus de vue soit 20%, 22 patients décédés soit 44% et 18 patients vivants soit 36%.

DISCUSSION

Il existe une nette prédominance masculine aussi bien dans la littérature internationale que sénégalaise telle que décrite par Diallo et al [1]. Dans notre série, nous avons compté 47 hommes pour 3 femmes. Mais on observe une augmentation progressive du cancer du larynx chez les femmes liées au changement du mode de vie (tabagisme féminin passif et actif).

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 décennie de la vie, alors qu'il est peu fréquent avant 45 ans et après 70 ans [2]. De plus en plus, on assiste à un rajeunissement de la population atteinte de cancer du larynx en rapport avec la précocité de l'intoxication alcool-tabagique. L'âge moyen est variable selon les séries mais reste situé entre 55 et 65 ans. Dans notre étude, l'âge moyen, 62 ans, concorde avec les résultats trouvés dans les séries de Migrhi et al 61 ans, et de Zhu et al 59,5 ans [3, 4].

Les facteurs de risques du cancer du larynx sont nombreux mais le tabac reste le plus incriminé. 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 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 [5]. Eugenia a retrouvé 96,1% de fumeurs dans une série de 416 cas avec une moyenne de 48 paquets par an [6]. Dans notre étude, 62% des patients sont fumeurs. 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 [7]. L'ensemble des auteurs confirme ce rôle mais à des pourcentages différents : Laccourreye dans une série comprenant 100% de buveurs, a trouvé 57% des malades qui dépassent 42 g/j [8]. Dans notre série : 16 %

consommaient souvent ou occasionnellement l'alcool et la quantité exacte était difficile à préciser. Ce pourcentage est faible, comparé aux données de la littérature ce qui pourrait s'expliquer par nos habitudes socio-culturelles et nos croyances. Les patients ne veulent pas toujours avouer leur consommation d'alcool. Le pourcentage faible de patients alcoolo-tabagiques dans notre étude, comparé aux données de la littérature, impose la nécessité de rechercher d'autres facteurs de risques du cancer du larynx.

Le délai de consultation est généralement court dans les pays développés par rapport aux pays en développement ou le délai peut s'étaler sur plusieurs années [1]. Le délai moyen de consultation dans notre étude est de 10 mois avec des extrêmes oscillants entre 2 et 48 mois, ce délai étant très long permettait l'évolution et l'extension des lésions tumorales, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce seul garant d'un traitement curatif et fonctionnel. Plusieurs raisons pourraient expliquer ce délai tardif : la banalisation de certains symptômes (la dysphonie, la dysphagie) malgré leur persistance, l'absence de douleur initiale, parfois le recours d'abord à la médecine traditionnelle, l'éloignement des services spécialisés, et les contraintes financières.

Le motif de consultation peut aller d'une simple dysphonie chronique, à une dysphagie, une dyspnée voire une détresse respiratoire aiguë. Par ailleurs, le maître symptôme retrouvé dans notre série ainsi que chez la majorité des auteurs, est la dysphonie chronique : 92,9 % pour Mighri et al [3]. Dans notre étude, la dysphonie était présente chez 92% de nos patients. 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.

D'autres signes sont le plus souvent associés : dysphagie, toux laryngée, sensation de picotement ou de corps étranger, otalgie réflexe et crachats hémoptoïques. Ces signes ne sont pas à négliger et doivent nécessiter une laryngoscopie au miroir et une surveillance régulière.

L'examen clinique du larynx est réalisé en premier lieu par la laryngoscopie indirecte au miroir laryngé (LI). En revanche, cette technique est aujourd'hui supplantée par la nasofibroscope qui a l'avantage d'une vision plus globale du larynx chez un patient conscient permettant alors d'apprécier la mobilité. La palpation cervicale étudie les reliefs laryngés et permet de rechercher une douleur ou une éventuelle infiltration tumorale sous-jacente. La palpation des aires ganglionnaires cervicales est systématique étant donné la grande lymphophilie de ces cancers dans certaines localisations [9]. Dans notre série, 65,9% des patients n'ont présenté aucun signe d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux. Ce résultat n'est pas surprenant d'autant plus que la localisation glottique, la plus fréquente, est associée à une lymphophilie faible ou même nulle.

L'endoscopie réalisée sous anesthésie générale permet de préciser l'extension tumorale locale et de juger de l'importance de l'infiltration tumorale grâce à la palpation des lésions [10]. C'est un temps capital. Les biopsies, sont faites dans le dernier temps de l'examen endoscopique, elles doivent être multiples sur le site lésionnel. Dans notre série : l'extension à 2 et 3 étages était de 74 %, ce qui concorde avec d'autres études dans des milieux défavorisés ou la fréquence d'atteinte multi-étagée était souvent signalée et peut être expliquée par le long délai entre le début des symptômes et le diagnostic [1, 11].

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

recherchée systématiquement. La radiographie du thorax permet de détecter les métastases pulmonaires ou une autre localisation tumorale, elle garde une place importante dans le suivi des patients atteints de cancer laryngé notamment dans les pays moins avancés. En cas de lésion suspecte, une fibroscopie bronchique et un scanner thoracique seront demandés. Dans notre étude, aucune lésion pulmonaire suspecte n'a été relevée à la radiographie du thorax. L'échographie abdominale trouve son intérêt dans la recherche d'une localisation abdominale. Dans notre série, 47 patients ont bénéficié d'une échographie abdominale ne montrant aucune anomalie. En effet pour des raisons financières posées par nos patients, on est souvent tenté de remplacer le scanner thoraco abdominale par une radiographie du thorax associée à une échographie abdominale. La tomodensitométrie est considérée actuellement comme l'examen de choix dans la pathologie tumorale du larynx. Elle permet une stadification précise pré thérapeutique. Dans notre étude, 34 patients (68%) ont bénéficié de TDM cervicale. Ce chiffre est souvent inférieur à celui de la littérature occidentale puisque nos patients ne disposaient pas toujours des moyens nécessaires. C'est l'examen idéal dans la réalisation du bilan d'extension thoraco-abdominal. Elle est souvent remplacée par la radiographie du poumon couplée à l'échographie abdominale pour des contraintes évoquées plus haut. Dans notre étude, 7 patients seulement ont bénéficié d'un scanner thoraco-abdominal. L'imagerie par résonance magnétique (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. Par contre, elle est moins performante, pour la visualisation des contours osseux et cartilagineux [12]. En plus l'examen est souvent gêné par les

artéfacts liés aux mouvements de déglutition. Dans notre série, aucun patient n'a bénéficié d'une IRM.

La classification TNM utilisée résulte de la coopération entre l'union internationale contre le cancer (UICC) et l'American Joint Committee on cancer (AJCC), version 2002. Dans son étude Kokoska retrouve une majorité de patients classés T1T2 [13]. Lam, sans distinction de sexe retrouve 87% de patients classés T3T4 [11]. Dans notre série, les lésions classées T3T4 représentent 77%. La stadification des cancers réalisée par l'AJCC est plus pratique pour certains et permet une prise en charge thérapeutique plus adaptée à chaque stade. Lam retrouve 71,4% de stade IV. Dans notre étude la moitié des patients est stade IV [11].

Sur le plan anatomo-pathologique, le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent, 95% des tumeurs malignes du larynx. Ceci est retrouvé dans l'ensemble des séries que nous avons retrouvées dans la littérature. Dans notre série tous les patients présentaient un carcinome épidermoïde.

L'arsenal thérapeutique en matière de cancer du larynx est riche. C'est au niveau du larynx que le plus grand nombre de techniques chirurgicales a été décrit. Après le développement de la chirurgie partielle par voie externe, les techniques les plus récentes sont endoscopiques. La laryngectomie totale quant à elle constitue le stade ultime des résections tumorales dans les cancers du larynx. Dans tous les cas, l'objectif est de proposer une résection en tissu sain, sans oublier la nécessité de traiter, dans le même temps, les aires ganglionnaires [1, 3]. Dans notre série, du fait de l'extension tumorale importante, la majorité des patients a bénéficié d'une chirurgie radicale : 82% de laryngectomie totale. Une découverte de plus en plus précoce des lésions permettra de réaliser plus de laryngectomies partielles à la place de la laryngectomie totale. L'incision cutanée permettait la réalisation d'un

évidement ganglionnaire dans le même temps.

Depuis la description des premières séries de cancers laryngés traités par irradiation au début du XXe siècle, la radiothérapie a acquis une place importante dans le traitement de ces tumeurs, qu'elle soit délivrée de façon exclusive, en complément de la chirurgie, ou en association à la chimiothérapie [14]. Dans notre série 31% des patients ont bénéficié d'une irradiation post-opératoire. Ce chiffre, assez faible, contraste avec le nombre élevé de lésions T3T4 du fait d'un déficit dans ce domaine aussi bien en personnel qu'en moyens dans le domaine de la radiothérapie.

Si la chirurgie et la radiothérapie représentent le traitement de référence des formes localisées (T1et T2), les Tumeurs localement évoluées (T3 et T4), récidivantes et métastatiques relèvent le plus souvent d'une chimiothérapie, associée à la radiothérapie. Les cancers laryngés localement évolués, avec extension aux structures supra-glottiques, à priori justiciable d'une laryngectomie totale, ont incité de nombreux investigateurs à évaluer les rôles respectifs de la chimiothérapie et de la radiothérapie en termes de préservation d'organe et de survie. C'est le concept de préservation laryngée [15]. Cependant la préservation laryngée doit inciter à une grande prudence dans notre contexte marqué par un suivi souvent aléatoire ; 10 patients perdus de vue dans notre série. Les patients qui s'améliorent après chimiothérapie première peuvent souvent disparaître pour ne refaire signe de vie qu'à un stade très évolué de leurs lésions.

Sur le plan évolutif et pronostique, les fistules salivaires ou pharyngostomes après laryngectomie totale semblent souvent liés

à des infections comme retrouvés dans 5 cas de notre série. La hantise du risque infectieux nous conduit à mettre systématiquement nos patients sous antibiotiques pendant 8 à 10 jours en post opératoire. Il n'en demeure pas moins que la technique de fermeture, aussi, doit être rigoureuse. Les résultats à distance sont acceptables ; 18 patients vivants soit 36%, 10 patients perdus de vue mais contrôlés aux dernières nouvelles soit 20%. En effet la laryngectomie totale qui est l'intervention la plus pratiquée chez nous donne de bons résultats sur le plan carcinologique. Plusieurs séries confirment ces résultats [16, 17]. Cependant, ces résultats sont beaucoup moins bons sur le plan fonctionnel avec la mutilation qui en résulte (Figure 4 et 5). C'est l'occasion de rappeler l'importance de la rééducation orthophonique. Dans notre série, 3 patients seulement ont bénéficié de rééducation orthophonique. Les difficultés de suivi notées dans nos régions justifient aussi la préférence de la voie œsophagienne par rapport aux prothèses phonatoires.

CONCLUSION

La prise en charge du cancer du larynx dans nos pays moins avancés est marquée par la fréquence de la chirurgie mutilante en rapport avec une découverte de formes très évoluées au premier examen. Ainsi, il faut mettre en place une stratégie permettant une découverte de plus en plus précoce des cancers du larynx. Et pour cela une éducation de la population sur les dangers de la cigarette est nécessaire voire primordiale. Toute dysphonie trainante au-delà de trois semaines doit nécessiter un examen ORL. La découverte précoce de cancers du larynx permettra de réaliser un traitement conservateur à la place d'une laryngectomie totale.

REFERENCES

1. **Diallo B K, Loum B, Tall A, Dème A, Dieng M M, et al.** Etude préliminaire du cancer du larynx chez la femme sénégalaise, Bull Med Owendo, 2004 ; 9 : 24.
2. **Rothman K.L, Cann CI, Flanders W. and al.** Epidemiology of laryngeal cancer. Epidemiol rev 1980; 2: 195-209
3. **K. MighrI, C. El Aoud, N. Ben Hamida, AM. GhorbeL, L. Njim et al.** Cancers du larynx étude rétrospective à propos de 90 cas. Revue ORL 2011, 25 : 31-35
4. **Zhu Y, Gerard JL, Ayzac L.** Radiothérapie post opératoire après laryngectomie totale ou pharyngo laryngectomie totale pour les carcinomes du larynx ou de l'hypopharynx. JF ORL 1988 ; 42 (1) : 21-7.
5. **International Agency for Research on cancer. Alcohol drinking.** IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risk to humans, volume 44. Lyon: IARC; 1988.
6. **Eugenia Pera, Abelardo Moreno, Lorenzo Galindo.** Prognostic factors in laryngeal carcinoma: A multifactorial study of 416 cases. Cancer 1986; 58 (4): 928-934.
7. **Talamini R, Bosetti C, La Vecchia C, et al.** Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. Cancer causes control. 2002; 13(10): 957-64.
8. **Laccoureye O; Diaz E.M.; Bassot V. et al.** A multimodal strategy for the treatment of patients T2 invasive squamous cell carcinoma of the glottis cancer. Cancer 1999; 85: 40-46
9. **Reyt E, Riguini C.** adénopathies cervicales EMC, ORL, 1999, [20-870-A-10].
10. **Hoffman HT, Buatti J.** Update on the endoscopic management of laryngeal cancer
curr opin Otolaryngol Head Neck Surg 2004; 12(6):525-31
11. **Lam KY, Yuen AP.** Cancer of the larynx in Hong Kong: a clinicopathological study. Eur J Surg Oncol. 1996; 22(2):166-70.
12. **Zbaren P, Becker M, Lang H.** Pretherapeutic staging of laryngeal carcinoma. Cancer 1996; 77: 1263-1273
13. **Kokoska MS, Piccirillo JF, Haughey BH.** Gender differences in cancer of the larynx. Ann otol rhinol laryngol. 1995; 104(6): 419-24
14. **JL Lefebvre, D Chevalier.** Cancer du larynx. EMC - Oto-rhino-laryngologie 2005 ; 2 (4) : 432-457.
15. **Hans S, Brasnu D.** Préservation d'organe et de fonction du pharyngo-larynx dans les cancers des voies aero-digestives supérieures. Rev Prat 2006 ; 56 (15) : 1667-1674.
16. **Fujit T, Sato T, Yoshini K, et al.** A clinical study of 1079 patients with laryngeal cancer. Nippon jibinkoka Gakkai Kaiho, 1997; 100:856-3
17. **Lefebvre JL, Pignat JC, Chevalier D.** Cancer du larynx. EMC (Elsevier, Paris), Oto-Rhino-Laryngologie, 20-710, A10, 1993, 24 p.