

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Ferhat Abbas

Faculté Médecine

LES CANCERS DU CAVUM

PR Salem. ZEROUG

Année universitaire

2023-2024

OBJECTIFS

- 1. Définir les caractéristiques particulières de l'UCNT du cavum dans les pays du Maghreb.**
- 2. Connaître la séméiologie clinique.**
- 3. Insister sur un diagnostic précoce (Clinique, EBV, Imagerie, Classification).**
- 4. Savoir que la tumeur est radio-chimio sensible.**

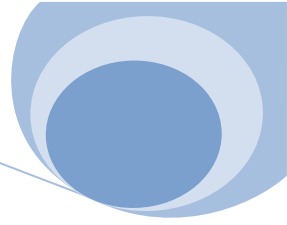
PLAN

Introduction

- 1. Anatomie**
- 2. Epidemiologie – étiologie**
- 3. Histologie des cancers du cavum**
- 4. Diagnostic**
- 5. Bilan d'extension**
- 6. Principes de traitement**

Conclusion

Bibliographie



TUMEURS MALIGNES DU CAVUM

Introduction

Les tumeurs malignes du cavum (UCNT) sont rares en Europe alors qu'elles constituent en Afrique du nord et en Asie du sud-est, un problème majeur de santé publique.

La grande particularité des carcinomes indifférenciés repose sur leur origine probablement virale secondaire à l'infestation par le virus Epstein-Barr. (UCNT)

Touche le sujet jeune. (UCNT)

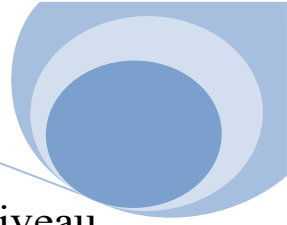
Très lymphophile. (UCNT)

1. Anatomie [3]

Le cavum peut être considéré, sur le plan anatomique, comme un cube ayant six parois. La paroi antérieure est formée par les orifices choanaux qui séparent le cavum des fosses nasales. L'extension antérieure sera visible par examen rhinoscopique à l'optique.

La paroi postérieure est l'extrémité supérieure de la paroi postérieure du pharynx reposant sur l'aponévrose pré-vertébrale.

La paroi supérieure est en rapport avec l'apophyse basilaire de l'occipital et le corps du sphéroïde. L'extension haute des tumeurs malignes du cavum se fera donc vers la base du crâne dont l'exploration morphologique repose sur l'examen tomодensitométrique.



Les parois latérales sont musculo-aponévrotiques, A ce niveau siège l'orifice de la trompe d'Eustache. L'atteinte de cette structure entraînera un dysfonctionnement tubaire chronique et, par conséquent, une otite séreuse. Au delà du plan musculo-aponévrotique pharyngé se trouvent les espaces vasculo-nerveux para-pharyngés dans lesquels cheminent les nerfs mixtes.

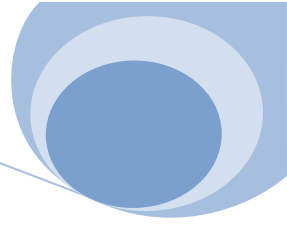
2. Épidémiologie – Étiologie [7, 1, 8]

2.1. Anatomo-pathologie

Il existe trois formes anatomo-pathologiques de tumeurs malignes du cavum: les lymphomes, les carcinomes épidermoïdes différenciés et les carcinomes indifférenciés. Les carcinomes indifférenciés sont nommés UCNT dans la littérature internationale: undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal tract.

2.2. Répartition topographique

Certaines régions du monde sont associées à une incidence très élevée de carcinomes indifférenciés du nasopharynx : le Maghreb, le sud-est asiatique (provinces du sud de la Chine, Nord-Vietnam, Malaisie, Indonésie, nord Thaïlande), l'Afrique de l'Est (Tanzanie, Kenya, Ouganda), au Groenland et en Alaska (certaines peuplades d'Esquimaux). Les carcinomes indifférenciés représentent dans ces contrées plus de 99 % des tumeurs malignes du nasopharynx et sont souvent le premier cancer de l'homme (20 % des cancers chez l'homme en Asie du sud-est).



2.3. Répartition par sexe

Le sexe masculin est le plus souvent atteint dans les carcinomes indifférenciés du nasopharynx

2.4. Répartition par âge

L'âge de découverte des carcinomes indifférenciés du nasopharynx est compris entre 20 et 50 ans dans la plupart des pays. Fréquence bimodale (Pays de Maghreb)

2.5. Facteurs étiologiques des carcinomes indifférenciés (UCNT)

L'agent causal des carcinomes indifférenciés du nasopharynx semble être viral: le virus Epstein-Barr.

La surveillance des taux d'anticorps sous et après traitement permet de détecter rapidement une éventuelle récurrence.

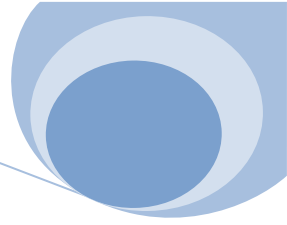
HISTOLOGIE DES CANCERS DU CAVUM [7, 1, 4, 3]

1. Les carcinomes indifférenciés :

- origine particulière ;*
- absence de relation avec l'alcool et le tabac ;*
- radiosensibilité.*

2. Les carcinomes épidermoïdes plus ou moins différenciés :

- relation avec l'alcool et le tabac ;*



- *pas de marqueur tumoral ;*
- *radiosensibilité moindre.*

3. Les lymphomes :

- *en général : lymphome malin non Hodgkinien.*

3. Diagnostic [6, 4, 1, 7, 2]

3.1. Les circonstances de découverte

Quatre grands syndromes peuvent révéler, isolément ou en association, une tumeur du nasopharynx. La symptomatologie est le plus souvent unilatérale

3.1.1. Les symptômes rhinologiques :

Ce sont:

- une obstruction nasale avec rhinolalie ;
- une rhinorrhée plus ou moins purulente associée à des épistaxis.

3.1.2. Les symptômes auditifs:

L'extension de la tumeur vers l'orifice tubaire engendre un dysfonctionnement tubaire

chronique. Les signes révélateurs de cette otite séreuse sont souvent unilatéraux au début: - hypoacousie de transmission;

- sensation de plénitude dans l'oreille avec autophonie.

Cette otite séreuse se complique parfois d'otite moyenne aiguë.



Toute otite séreuse chez l'adulte doit faire rechercher une pathologie du cavum

3.1.3. Les symptômes ganglionnaires:

C'est le plus souvent la première cause de consultation.

Les adénopathies sont de siège haut, sous-mastoïdiennes au début puis jugulecarotidiennes et spinales hautes.

3.1.4. Les symptômes neurologiques:

Ils témoignent d'un envahissement de la base du crâne et/ ou des espaces vasculo-nerveux

para-pharyngés. Il peut s'agir de :

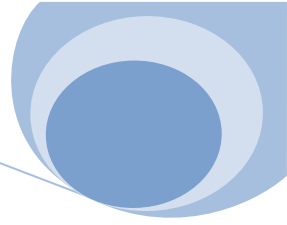
- névralgies faciales ou de céphalées;
- atteintes des nerfs crâniens, en particulier du V et du VI.

3.2. L'examen clinique

3.2.1. L'examen rhinologique:

Il comprendra un examen rhinoscopique antérieur mené au mieux à l'optique et un examen rhinoscopique postérieur. Cet examen permet de faire un bilan topographique d'extension de la tumeur du nasopharynx sur toutes ses parois.

La biopsie sera effectuée par voie rhinoscopique antérieure ou postérieure sous anesthésie locale ou générale. (Cavoscopie par nasofibroscopie)



3.2.2. L'examen otologique :

Il sera double:

- otoscopique à la recherche d'une otite séreuse dont les caractéristiques sémiologiques sont sans particularité;
- acoumétrique à la recherche d'une hypoacousie de transmission (Rinne négatif et Weber latéralisé du coté atteint).

3.2.3. L'examen des aires ganglionnaires:

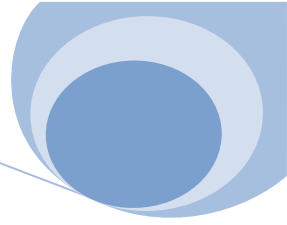
L'examen des aires ganglionnaires sera bilatéral. Les adénopathies sont dures et souvent multiples. Un schéma sera réalisé systématiquement.

3.2.4. L'examen neurologique:

Il recherchera des atteintes des divers nerfs crâniens, en particulier du V, des nerfs mixtes et oculomoteurs.

3.3. Les examens complémentaires

Ils comprennent des examens communs en cas de lymphome ou de carcinome épidermoïde mais aussi des examens spécifiques pour chaque type tumoral.



3.3.1. Les examens communs quelque soit le type histologique:

- L'examen anatomo-pathologique :

Il est indispensable pour traiter la tumeur.

La biopsie est réalisée le plus souvent lors de la cavoscopie.

- L'examen audiométrique a tout son intérêt en cas d'otite séreuse:

. tympanogramme

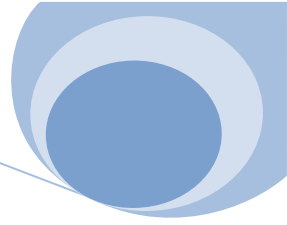
. audiogramme permettant de confirmer la surdité de transmission et de la chiffrer.

_ Les examens morphologiques: imagerie du cavum et de la base du crâne:

Ils permettent de préciser l'extension de la tumeur vers la base du crâne et les espaces vasculo-nerveux para-pharyngés. Le scanner semble l'examen le plus performant pour préciser l'extension osseuse basi-crânienne, L'IRM avec injection de Gadolinium semble être plus performante pour préciser l'extension vers les espaces vasculo-nerveux parapharyngés.

- La recherche de métastases:

Outre l'examen clinique complet, une radiographie de thorax et une échographie hépatique seront systématiques. Les autres examens complémentaires seront prescrits en fonction des signes d'appel cliniques. (scintigraphie, ...)



- L'examen ophtalmologique:

Il recherchera des signes d'extension orbitaire:

- atteinte de la motricité oculaire;
- baisse de l'acuité visuelle, oedème papillaire;
- exophtalmie.

- L'examen stomatologique :

3.3.2. Le bilan en cas de carcinome indifférencié:

C'est essentiellement le dosage des anticorps Epstein-Barr (VCA, EA et EBNA) qui a un profil sérologique particulier dans le carcinome indifférencié du nasopharynx.

3.3.3. Le bilan en cas de lymphome

3.4. La classification T.N.M.

La tumeur sera systématiquement classée suivant la classification TNM.

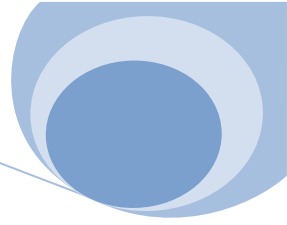
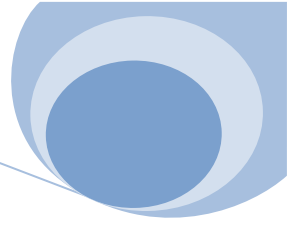


TABLEAU : CLASSIFICATION TNM (carcinomes du cavum)

<p>T1 : tumeur limitée à une région du nasopharynx</p> <p>T2 : tumeur limitée à deux régions du nasopharynx</p> <p>T3 : tumeur étendue hors du nasopharynx</p> <p>T4 : tumeur avec extension osseuse et/ ou nerveuse</p>
<p>NO : absence de ganglion cliniquement métastatique</p> <p>NI : adénopathie homolatérale, unique; de diamètre ≤ 3 cm</p> <p>N2 : adénopathie(s)</p> <p> N2a : adénopathie homolatérale, unique, de diamètre > 3 cm et ≤ 6 cm</p> <p> N2b : adénopathies homolatérales multiples de diamètre ≤ 6 cm</p> <p> N2c : adénopathies bi- ou contro-latérales de diamètre ≤ 6 cm</p> <p>N3: adénopathie(s) de diamètre > 6 cm</p>
<p>M0 : pas de métastase</p> <p>M1 : présence de métastase</p>



4. Principes de traitement [7, 5, 1, 6]

Le traitement repose sur la radiothérapie.

La chimiothérapie peut être utilisée en thérapeutique néo-adjuvante dans le cadre de protocoles La chirurgie est limitée à une ablation d'éventuels reliquats ganglionnaires.

4.1. La radiothérapie

C'est le traitement de base des cancers du cavum.

4.2. La chimiothérapie

Elle est le plus souvent néo-adjuvante comprenant du cisplatine et du 5-fluoro-uracile.

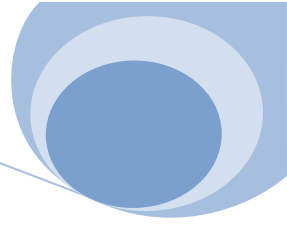
4.3. La chirurgie

Elle n'est conçue que comme une chirurgie de rattrapage en cas de reliquat ganglionnaire en fin de radiothérapie.

4.4. Le pronostic

Le taux de survie moyen à 5 ans des carcinomes indifférenciés du cavum est compris entre 30 % et 40 % avec un pronostic variable suivant l'extension tumorale.

Une surveillance à vie est nécessaire comprenant régulièrement un examen clinique, une sérologie pour les carcinomes indifférenciés, un bilan d'imagerie du cavum (IRM) et une radiographie de thorax.



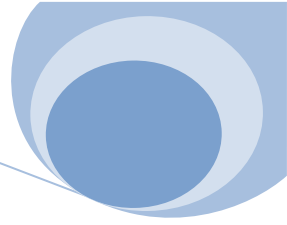
Conclusion

L'UCNT du cavum pose un problème de santé publique.

Pathologie multi-factorielle un diagnostic clinique parfois variée,
Tardif.

Très lymphophile, touche le sujet jeune.

Radio chimio sensible.



Bibliographie :

1. **Denis, ayache.Pierre,bonfils**.ORL édition estem collection med –line 1996
2. **M.portmann**.précis d'otorhino laryngologie.masson.
3. **F.legent, p.narcy, c.beauvillain, p.Bordure**.ORL pathologie cervico-faciale. Connaissances et pratiques.6^{ème} édition masson.
4. **S.perrot,denis. Ayache,p.bonfils**.epreuves nationales classantes.orl.edition 2006.
5. **Xavier .lachiver,ilana.lachkar**.ORL.internat 2004.éditions vernazobres-grego.
6. **S.ALBERT, H.BOZEC**.ORL ET CHIRURGIE CERVICO FACIALE. ELLIPSES.
7. **H.BENKADRI**, l'ORL de l'étudiant au praticien.DAR el HOUDA.2001.
8. **CH.DUBREUIL, J.C.PIGNAT, G.BOLOT**. pour le praticien ORL 2^{ème} édition.MASSON.