



# CANCER DU CAVUM

**Dr BENYAHIA. N**  
**Service ORL CHU SBA**

# PLAN DU COURS

- Définition- Généralités
- Rappel anatomique
- Rappel physiologique
- Aspects histopathologiques
- Epidémiologie
- Etiopathogénie
- Etude clinique
- Bilan paraclinique
- Diagnostic différentiel
- Traitement
- Conclusion



# OBJECTIFS

- Savoir suspecter une tumeur du rhinopharynx
- Connaitre les particularités du cancer du cavum
- Connaitre les volets thérapeutiques de cette tumeur



## DÉFINITION- GÉNÉRALITÉS

- Ce sont toutes les tumeurs malignes primitives développées au niveau de la muqueuse du rinosopharynx (cavum) .
- Cavum est une région profonde difficile à examiner
- Sans symptomatologie propre mais plutôt d'emprunt
- Très lymphophile
- Diagnostic souvent tardif
- Ce cancer présente certaines particularités:



- Par son histologie: ce sont surtout des carcinomes indifférenciés, de type UCNT dans certaines régions du monde
- Par son étiologie : l'UCNT est liée au virus Epstein Barr (EBV)
- Par sa distribution géographique particulière: rare chez **les européens** , et beaucoup plus fréquents en Asie du Sud-Est ,en **Afrique du Nord**
- L'UCNT est radio et chimio-sensible



# RAPPEL ANATOMIQUE

- **Le nasopharynx (rhinopharynx)** est la partie supérieure du pharynx, exclusivement aérienne situé :
  - en arrière des fosses nasales
  - au-dessous de la base du crâne
  - en avant de la colonne cervicale
  - Il communique avec :
    - les fosses nasales en avant par les choanes
    - les oreilles moyennes latéralement par les trompes d'**Eustache**
    - et se continue en bas avec l'oropharynx



# RAPPEL ANATOMIQUE

Il est grossièrement **cubique** et **présente 6 faces** :

**paroi postéro-supérieure** : présente une formation lymphoïde (les végétations adénoïdes)

- **paroi supérieure** : répond aux sinus sphénoïdaux

- **paroi postérieure** : répond à la fosse cérébrale postérieure, aux méninges et aux nerfs craniens

- (du V au XII).

- **2 parois latérales** : présentent l'orifice tubaire et la fossette de **Rosenmuller**. Elles entrent en rapport avec la trompe d'**Eustache**

- **paroi antérieure** = orifices postérieurs des fosses nasales = choanes. Elle s'ouvre sur les cavités nasales.

- **paroi inférieure** : = face supérieure du voile du palais. il s'ouvre directement sur l'oropharynx.



## *RAPPEL PHYSIOLOGIE*

Le cavum intervient :

- dans la respiration
- la phonation
- et surtout la ventilation de l'oreille moyenne par le biais de la trompe auditive.





# ASPECTS HISTOPATHOLOGIQUES

## ❑ Macroscopie :

- infiltrant
- végétant
- ulcéro-nécrotique

## ❑ Microscopie :

### ○ Carcinomes épidermoïdes

ce sont les plus rencontrés

La classification internationale de l'OMS distingue :

- Type 1 : carcinome épidermoïde kératinisant, en fait rare et se voit surtout dans les régions du monde à très faible incidence.
- Type 2 : carcinome épidermoïde non kératinisant
- Type 3 : UCNT (*Undifferentiated Carcinoma Nasopharyngeal Type*) : cette forme histologique est la plus fréquente, et étroitement liée à l'Epstein Barr Virus (E. B .V). (rare en Europe, prédomine en Asie du sud-est et dans le pourtour méditerranéen)

### ○ Les lymphomes

### ○ Tumeurs rares : fibrosarcomes, chondrosarcomes, chordomes, rhabdomyosarcomes.



# EPIDÉMIOLOGIE

- ❑ **Age** : survient à tout âge mais deux pics de fréquence : un aux alentours de 25 ans, l'autre vers 55 ans au Maghreb.
- ❑ **Sexe** : prédominance masculine ( sex ratio 2 à 3)
- ❑ **Répartition géographique** :
  - zone à haut risque :Asie de sud est
  - zone à risque intermédiaire :pourtour méditerranéen.
  - zone à risque faible : Europe, Japon, U.S.A



# ETIOPATHOGÉNIE

- **facteurs génétiques**
- **facteurs liés à l'environnement :**
  - ✓ facteurs nutritionnels : poissons et viandes séchées ou fumées (nitrosamines),
  - ✓ facteurs professionnels : exposition au caoutchouc, matières plastiques
- **facteurs viraux** : E.B.V  $\Rightarrow$  augmentation du taux des anticorps anti EBV
- **L'UCNT n'a aucune relation avec le tabac et l'alcool**



# ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie d'appel est souvent **tardive, trompeuse** et parfois difficile à interpréter.



## ***A. Les circonstances de découverte***

### **○ Adénopathie cervicale (30-40 %)**

- Constitue souvent le premier motif de consultation
- Adénopathies hautes et postérieures : spinales, sous-digastriques et sous mastoïdiennes. Toutes les aires gg cervicales peuvent être atteintes.

### **○ Syndrome otologique (25 %)**

- Hypoacousie de transmission
- Acouphènes
- otalgie

**« Toute otite séro-muqueuse (O.S.M) unilatérale chez un adulte est suspecte de tumeur du cavum »**



## ○ *Syndrome rhinologique (20%)*

- Obstruction nasale
- Epistaxis unilatérale à répétition

*Ces signes sont évocateurs d'une origine tumorale surtout s'ils sont unilatéraux.*

## ○ *Syndrome neurologique (10 %) à type de :*

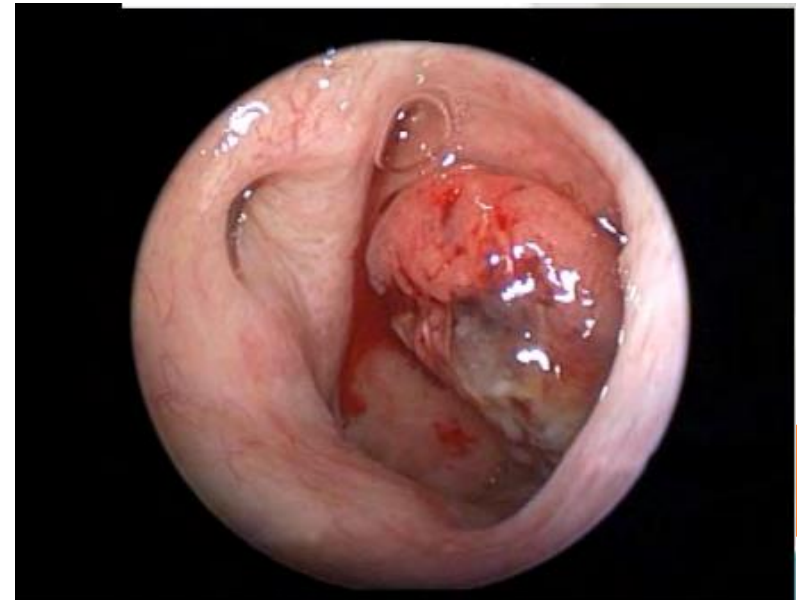
- Céphalée persistante
- Névralgies du V
- Atteinte des nerfs moteurs : diplopie (VI), trismus (v),
- Atteinte des nerfs mixtes et du XII



## B. L'EXAMEN CLINIQUE

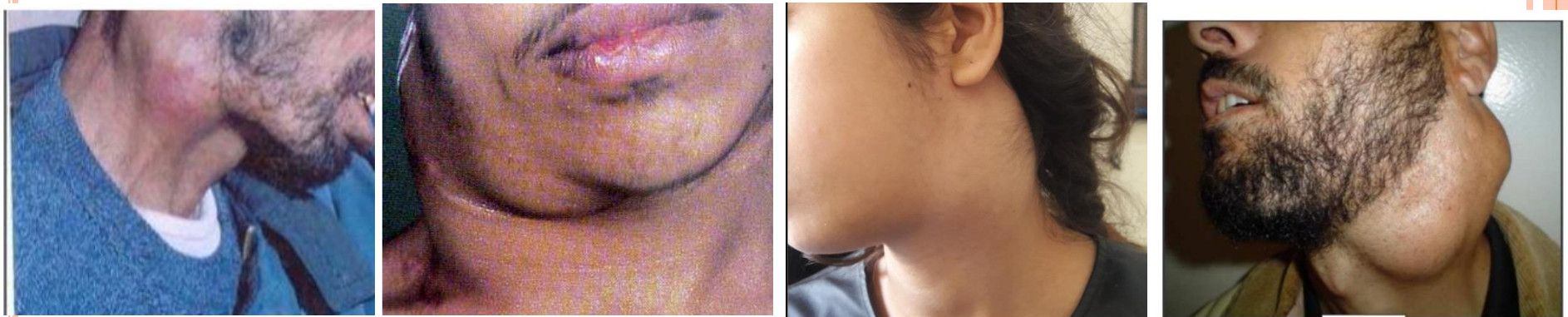
- ***La rhinoscopie antérieure*** (après rétraction des cornets inférieurs par la xylocaïne-adrénalinée ou à la naphazoline) peut être normale ou peut révéler une extension à la fosse nasale.
- ***Examen du cavum par nasofibroscope***: permet un examen complet objectivant le siège de la tumeur et son aspect (bourgeonnant, infiltrant) et l'extension locale (choane, fosse nasale, etc.).







- ***L'examen oropharyngé*** : recherche une extension tumorale à la paroi postérieure
- ***Otoscopie*** : le tympan peut être normal ou rétracté, parfois il existe un épanchement liquidien..
- ***L'examen des aires ganglionnaires cervicales*** doit préciser :  
Le nombre, la localisation, taille en cm, mobilité ou fixité (schéma daté).
- ***Examen neurologique (surtout les nerfs crâniens)*** ++ à la recherche d'une atteinte particulièrement du III, IV, VI et du trijumeau, nerfs mixtes



# BILAN PARACLINIQUE

## ○ **Imagerie :**

**Scanner cervico facial**

**précise le siège exact de la tumeur ,son extension osseuse aux structures de voisinage et recherche les adénopathies cervicales. Et permet la classification TNM**

**IRM :l'extension aux structures endocrâniennes, nerfs craniens ;et les parties molles meilleure analyse après la radiothérapie ( fibrose post radique et rechute locale)**

○ **Biopsie du cavum avec étude anapath** permet le dg de certitude

○ **Sérologie virale anti EBV**



# BILAN PARACLINIQUE

- le bilan d'extension:
- TDM thoracique
- Echographie abdominale
- Scintigraphie osseuse





choanes

Graisse para pharyngée

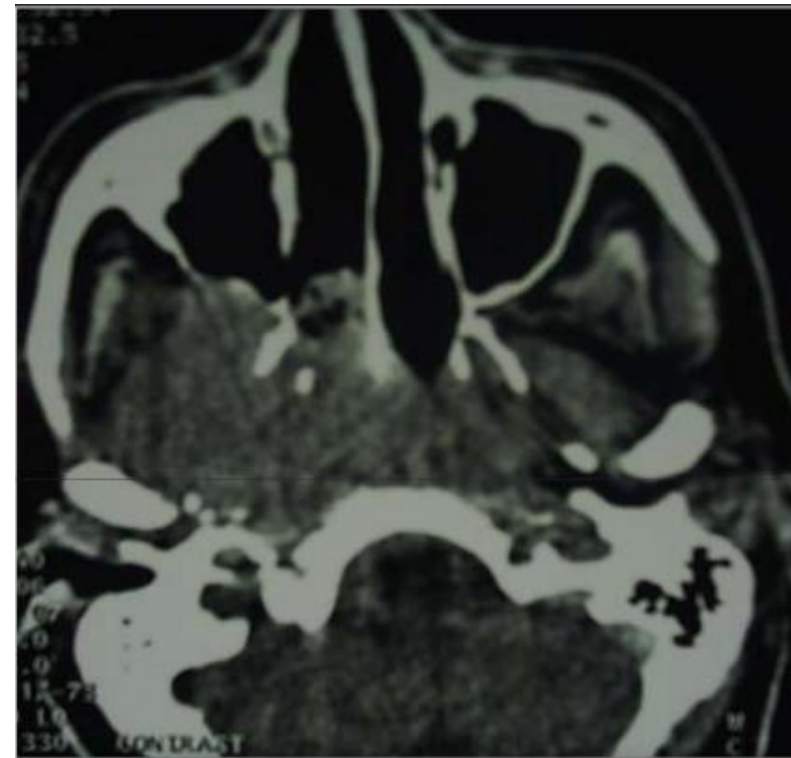
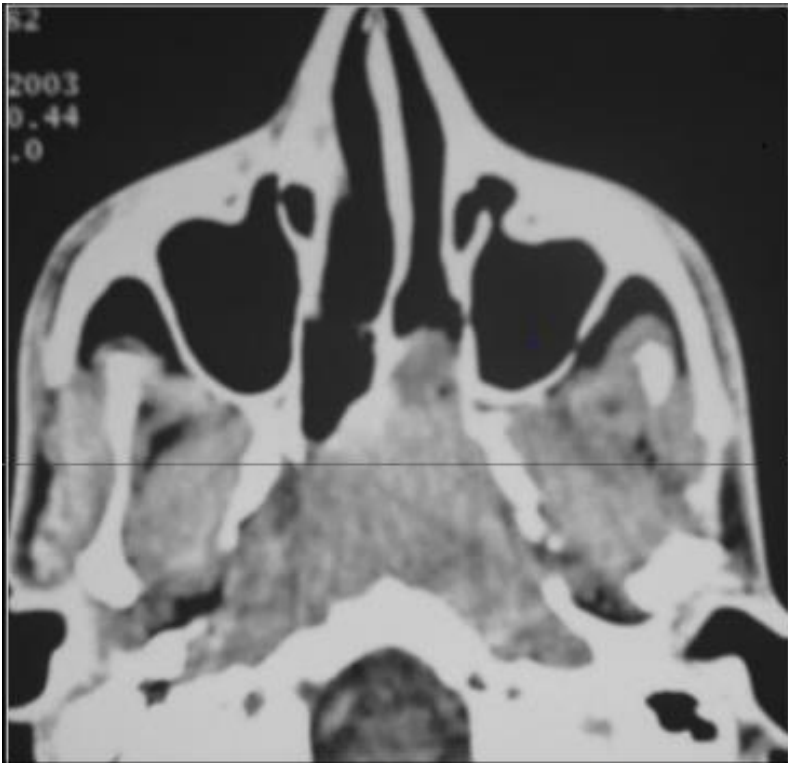
Apophyse ptérygoïde



Muscle infra temporale

Muscle masséter

TDM en coupes axiales du  
cavum et ses rapports



# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

*Devant un aspect pseudo-tumoral :*

- - polype antro-choanal
- - angiofibrome : TDM avec injection de produit de contraste et IRM avec injection de gadolinium (caractères du fibrome, site d'implantation et degré d'envahissement des structures avoisinantes). **Une biopsie est formellement proscrite (risque hémorragique).**
- d'une hypertrophie adénoïdienne

*Devant un bombement sous muqueux, il peut s'agir :*

- - abcès rétro pharyngé
- - tumeur d'origine hypophysaire
- - tumeur bénigne (kyste, lipome)

*Devant une ulcération :* tuberculose, sarcoïdose . La biopsie permet de les éliminer.

*Tumeur de voisinage (l'éthmoïde ou du sphénoïde) propagée au rhinopharynx*

# TRAITEMENT

## ***BUTS***

- - traiter la tumeur primitive et les aires ganglionnaires
- - Eviter la survenue de métastases à distance.

## ***MOYENS***

- ***Radiothérapie (RT)***
- -L'irradiation intéresse la tumeur primitive et les aires gg
- ***Chimiothérapie***
- ***Chirurgie***

Réservée aux reliquats ganglionnaires cervicaux après radiothérapie..



## CONCLUSION

- Le cancer du cavum, est présent à l'état endémique dans notre pays, Bien que sa symptomatologie est trompeuse, il doit être suspecté puis diagnostiqué le **plus tôt possible** afin d'augmenter les chances de rémission.

