

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE 1998

N°47

**ETUDE DES CANCERS DU CAVUM
AU CHU DE DAKAR (1981-1996)**

THESE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juillet 1998

Par

Bay Karim DIALLO

Né le 03 Mai 1965 à Dakar (Sénégal)

Interne des Hôpitaux de Dakar

MEMBRES DU JURY

| | | | |
|-----------------------------|---|----------------------------------|--|
| PRESIDENT | Mr. El Hadji Malick | DIOP | <i>Professeur</i> |
| MEMBRES | Mr. Victorino Mr. Abdourahmane Mr. Raymond Mr. Papa Amadou | MENDEZ DIA DIOUF NDIAYE | <i>Maître de Conférences Agrégé</i> <i>Maître de Conférences Agrégé</i> <i>Maître de Conférences Agrégé</i> <i>Maître de Conférences Agrégé</i> |
| DIRECTEUR DE THESE : | Mr. Raymond | DIOUF | <i>Maître de Conférences Agrégé</i> |

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

PERSONNEL DE LA FACULTE

| | | |
|----------------------------------|---------------|--------|
| DOYEN..... | M. René | NDOYE |
| PREMIER ASSESSEUR..... | M. Doudou | BA |
| DEUXIEME ASSESSEUR..... | M. Papa Demba | NDIAYE |
| CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS | M. Assane | CISSE |

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE POUR L'ANNEE
 1997/1998

PROFESSEURS TITULAIRES

| | | | |
|------|--------------------|------------|---|
| M. | José Marie | AFOUTOU | Histologie-Embryologie |
| M. | Mamadou | BA | Pédiatrie |
| M. | Salif | BADIANE | Maladies Infectieuses |
| M. | Fallou | CISSE | Physiologie |
| M. | Fadel | DIADHIOU | Gynécologie-Obstétrique |
| M. | Baye Assane | DIAGNE | Urologie |
| M. | Lamine | DIAKHATE | Hématologie |
| M. | Samba | DIALLO | Parasitologie |
| +M. | El Hadj Malick | DIOP | O.R.L. |
| Mme | Thérèse MOREIRA | DIOP | Médecine Interne (Clinique Médicale I) |
| M. | Sémou | DIOUF | Cardiologie |
| M. | Mohamadou | FALL | Pédiatrie |
| M. | Mamadou | GUEYE | Neuro-Chirurgie |
| M. | Momar | GUEYE | Psychiatrie |
| M. | Nicolas | KUAKUVI | Pédiatrie |
| M. | Bassirou | NDIAYE | Dermatologie |
| M. | Ibrahima Pierre | NDIAYE | Neurologie |
| +M. | Madoune Robert | NDIAYE | Ophtalmologie |
| &M. | Mouhamadou Mansour | NDIAYE | Neurologie |
| M. | Papa Demba | NDIAYE | Anatomie Pathologie |
| +M. | Mamadou | NDOYE | Chirurgie Infantile |
| M. | René | NDOYE | Biophysique |
| M. | Abibou | SAMB | Bactériologie-Virologie |
| §M. | Abdou | SANOKHO | Pédiatrie |
| M. | Mamadou | SARR | Pédiatrie |
| §Mme | Awa Marie | COLL/ SECK | Maladies Infectieuses |

+ Associé
 & Disponibilité
 § Détachement

.../...

| | | | |
|-----|-------------------|--------|--|
| M. | Seydina Issa Laye | SEYE | Orthopédie-Traumatologie |
| +M. | Dédéou | SIMAGA | Chirurgie Générale |
| M. | Abdourahmane | SOW | Maladies Infectieuses |
| M. | Ahmédou Moustapha | SOW | Médecine Interne (Clinique Médicale II) |
| M. | Housseyn Dembel | SOW | Pédiatrie |
| M. | Moussa Lamine | SOW | Anatomie |
| +M. | Cheikh Tidiane | TOURE | Chirurgie Générale |
| M. | Pape | TOURE | Cancérologie |
| M. | Alassane | WADE | Ophtalmologie |

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | | | |
|-----|------------------|---------|--|
| M. | Mamadou | BA | Urologie |
| M. | Serigne Abdou | BA | Cardiologie |
| M. | Moussa | BADIANE | Radiologie |
| M. | Seydou Boubakar | BADIANE | Neuro-Chirurgie |
| M. | Mohamed Diawo | BAH | Gynécologie-Obstétrique |
| §M. | Mamadou Diakhite | BALL | Dermatologie |
| M. | Moussa Fafa | CISSE | Bactériologie-Virologie |
| M. | Abdarahmane | DIA | Anatomie |
| M. | Amadou Gallo | DIOP | Neurologie |
| M. | Babacar | DIOP | Psychiatrie |
| M. | El Hadj Ibrahima | DIOP | Orthopédie-Traumatologie |
| M. | Saïd Nourou | DIOP | Médecine Interne (Clinique Médicale II) |
| M. | Raymond | DIOUF | O.R.L. |
| M. | Souvasin | DIOUF | Orthopédie-Traumatologie |
| M. | Babacar | FALL | Chirurgie Générale |
| Mme | Mame Awa | FAYE | Maladies Infectieuses |
| Mme | Sylvie SECK | GASSAMA | Biophysique |
| M. | Oumar | GAYE | Parasitologie |
| +M. | Serigne Maguèye | GUEYE | Urologie |
| M. | Abdoul Almamy | HANE | Pneumophtisiologie |

+ Associé

.../...

| | | |
|-----------------------|--------|--|
| Mme Bineta SALL | KA | Anesthésie-Réanimation |
| M. Salvy Léandre | MARTIN | Pédiatrie |
| M. Victorino | MENDES | Anatomie-Pathologique |
| M. Jean Charles | MOREAU | Gynécologie-Obstétrique |
| Mme Mbayang NDIAYE | NIANG | Physiologie |
| &M. Mohamed Fadel | NDIAYE | (Médecine Interne Clinique Médicale I) |
| M. Mouhamadou | NDIAYE | Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire |
| M. Pape Amadou | NDIAYE | Ophtalmologie |
| +M. Youssoupha | SAKHO | Neuro-chirurgie |
| M. Niama Diop | SALL | Biochimie Médicale |
| M. Mouhamadou Guélaye | SALL | Pédiatrie |
| M. Mamadou | SARR | Pédiatrie |
| M. Moustapha | SARR | Cardiologie |
| M. Birama | SECK | Pédopsychiatrie |
| M. Mamadou Lamine | SOW | Médecine Légale |
| +M. Pape Salif | SOW | Maladies Infectieuses |
| Mme Haby SIGNATE | SY | Pédiatrie |
| M. Omar | SYLLA | Psychiatrie |
| M. Doudou | THIAM | Hématologie |
| M. Meïssa | TOURE | Biochimie Médicale |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

+M. Claude MOREIRA Pédiatrie

MAÎTRES : ASSISTANTS

| | | |
|-----------------------|----------|-------------------------|
| M. El Hadj Amadou | BA | Ophtalmologie |
| M. Boubacar | CAMARA | Pédiatrie |
| M. El Hadj Souleymane | CAMARA | OrthopédieTraumatologie |
| M. Jean-Marie | DANGO | Anatomie-Pathologie |
| M. Michel | DEVELOUX | Dermatologie |
| +M. Massar | DIAGNE | Neurologie |
| M. Bernard Marcel | DIOP | Maladies Infectieuses |
| M. Ibrahima Bara | DIOP | Cardiologie |

+ Associé
& Personnel en Détachement

.../...

MAÎTRES - ASSISTANTS

| | | | |
|-----|------------------|--------|---|
| M. | Alassane | DIOUF | Gynécologie |
| M. | Boucar | DIOUF | (Médecine Interne Clinique Médicale I) |
| M. | Saliou | DIOUF | Pédiatrie |
| M. | Oumar | FAYE | Parasitologie |
| M. | Ibrahima | FALL | Chirurgie Générale |
| Mme | Gisèle Woto | GAYE | Anatomie Pathologique |
| M. | Abdoul | KANE | Cardiologie |
| M. | Abdoulaye | NDIAYE | Anatomie-Chirurgie |
| &M. | Adama Bandiougou | NDIAYE | Immunologie (Hématologie) |
| Mme | Coura SEYE | NDIAYE | Ophtalmologie |
| *M. | Issa | NDIAYE | O.R.L. |
| M. | El Hadj | NIANG | Radiologie |
| M. | Doudou | SARR | Psychiatrie |
| M. | Amadou Makhtar | SECK | Psychiatrie |
| M. | Gora | SECK | Physiologie |
| M. | Ahmed Iyane | SOW | Bactériologie-Virologie |
| Mme | Hassanatou TOURE | SOW | Biophysique |
| M. | Cheikhna | SYLLA | Urologie |
| M. | Alé | THIAM | Neurologie |

ASSISTANT DE FACULTE - ASSISTANTS DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

| | | | |
|-----|------------------|---------|-------------------------|
| M. | Boubacar Samba | DANKOKO | Médecine Préventive |
| M. | Abdoulaye Séga | DIALLO | Histologie-Embryologie |
| M. | Yémou | DIENG | Parasitologie |
| M. | Dialo | DIOP | Bactériologie-Virologie |
| M. | Mamadou | DIOP | Anatomie |
| M. | Moctar | DIOP | Histologie-Embryologie |
| M. | Saliou | DIOP | Hématologie |
| Mme | Mame Coumba GAYE | FALL | Médecine Légale |
| Mme | Khadissatou SECK | FALL | Hématologie |
| M. | Oumar | FAYE | Histologie-Embryologie |
| M. | Lamine | GUEYE | Physiologie |
| M. | El Hadj Alioune | LO | Anatomie |

-
- + Maître -Assistant Associé
 & Personnel mis en Disponibilité
 * Stage

.../...

| | | |
|-----------------|----------|---------------------|
| M. Ismaila | MBAYE | Médecine Légale |
| M. Mamadou | MBODJ | Biophysique |
| M. Oumar | NDOYE | Biophysique |
| M. Abdoulaye | SAMB | Physiologie |
| M. Ndéné Gaston | SARR | Biochimie Médicale |
| Mme Anta | TALL/DIA | Médecine Préventive |
| M. Kamadore | TOURE | Médecine Préventive |
| M. Issa | WONE | Médecine Préventive |

**CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES SERVICES
UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX**

| | | |
|--------------------------|----------|--|
| Mme Marième Guèye | BA | Gynéco-obstétrique |
| M. Momar Codé | BA | Neuro-Chirurgie |
| M. Moussa | BA | Psychiatrie |
| M. Cheikh Ahmed Tidiane | CISSE | Gynécologie-Obstétrique |
| Mme Mariama Safiétou KA | CISSE | Médecine Interne (Clinique Médicale II) |
| M. André Vauvert | DANSOKHO | Orthopédie-Traumatologie |
| Mme Elisabeth FELLER | DANSOKHO | Maladies Infectieuses |
| +M. Ibrahima | DIAGNE | Pédiatrie |
| M. Djibril | DIALLO | Gynécologie-Obstétrique |
| sM. Saïdou | DIALLO | (Médecine Interne Clinique Médicale I) |
| Mme Sokhna BA | DIOP | Radiologie |
| M. Ahmadou | DEM | Cancérologie |
| +M. Mame Thierno | DIENG | Dermatologie |
| M. Jean François | DIENNE | Anesthésie-Réanimation |
| M. Rudolph | DIOP | Stomatologie |
| M. Mamadou Lamine | DIOUF | Médecine Interne (Clinique Médicale I) |
| Mme Elisabeth | DIOUF | Anesthésie-Réanimation |
| M. Edouard Marcel Ignéty | GUEYE | Neuro-Chirurgie |
| M. Limamoulaye | HANE | Cardiologie |

S En Stage
+ Associé

.../...

| | | | |
|-------|-------------------|---------|--|
| +M. | Mamadou Mourtalla | KA | Médecine Interne (Clinique Médicale I) |
| M. | Assane | KANE | Dermatologie |
| xM. | Abdoul Aziz | KASSE | Cancérologie |
| Mme | Aminata DIACK | MBAYE | Pédiatrie |
| +M. | Mouhamadou | MBENGUE | (Médecine Interne Clinique Médicale I) |
| M. | Amadou Koura | NDAO | Neurologie |
| M. | Cheikh Tidiane | NDOUR | Maladies Infectieuses |
| M. | Alain Khassim | NDOYE | Urologie |
| M. | Ndaraw | NDOYE | Neuro-chirurgie |
| Melle | Paule Aïda | NDOYE | Ophthalmologie |
| +M. | Abdou | NIANG | Médecine Interne (Clinique Médicale I) |
| M. | Abdoulaye | POUYE | Médecine Interne (Clinique Médicale I) |
| M. | Mamadou | SANGARE | Gynécologie-Obstétrique |
| Mme | Anne Aurore | SANKALE | Chirurgie Générale |
| Mme | Anna | SARR | Médecine Interne (Clinique Médicale II) |
| M. | Doudou | SARR | Psychiatrie |
| Mme | Fatou | SENE | Neurologie |
| M. | El Hassane | SIDIBE | Médecine Interne (Clinique Médicale II) |
| +M. | Masserigne | SOUMARE | Maladies Infectieuses |
| M. | Charles Mouhamed | SOW | Orthopédie-Traumatologie |
| M. | Daouda | SOW | Psychiatrie |
| M. | Mouhamadou Habib | SY | Orthopédie-Traumatologie |
| M. | Abdourahmane | TALL | O.R.L. |
| M. | Gilbert | TENDING | O.R.L. |
| M. | Silly | TOURE | Stomatologie |

+ Associé.

.../...

ATTACHES CHEFS DE CLINIQUE

| | | |
|-----------------|----------|------------------------|
| M. Oumar | BA | Pneumophtisiologie |
| Mme Bineta DIOP | BADIANE | Anesthésie-Réanimation |
| M. Saïba | CISSOKHO | Pneumophtisiologie |
| M. Arona Kane | DIALLO | Neurologie |
| Mme Pauline | DIOUSSE | Dermatologie |
| M. Mor | NDIAYE | Pneumophtisiologie |

ATTACHES - ASSISTANT

| | | |
|----------------------|-----------|------------------------|
| M. Néloum | DJIMADOUN | Histologie-Embryologie |
| Melle Oumou Kalsoume | SY | Biochimie-Médicale |

PROFESSEURS TITULAIRES

| | | |
|----------------|---------|----------------------------------|
| M. Doudou | BA | Chimie Analytique et Toxicologie |
| M. Emmanuel | BASSENE | Pharmacognosie |
| +M. Babacar | FAYE | Pharmacologie et Pharmacodynamie |
| M. Issa | LO | Pharmacie Galénique |
| +M. Souleymane | MBOUP | Bactériologie-Virologie |
| +M. Oumar | NDIR | Parasitologie |

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | | |
|---------------------|---------|--|
| M. Mamadou | BADIANE | Chimie Thérapeutique |
| M. Cheikh Saad Bouh | BOYE | Bactériologie-Virologie |
| M. Mounirou | CISS | Toxicologie |
| M. Balla Moussa | DAFFE | Pharmacognosie |
| Mme Aminata SALL | DIALLO | Physiologie Pharmaceutique (Pharmacologie et Pharmacodynamie) |
| M. Alioune | DIEYE | Immunologie |
| M. Pape Amadou | DIOP | Biochimie Pharmaceutique |

MAITRES - ASSISTANTS

| | | |
|-------------------------|-------------|--------------------------|
| Melle Issa Bella | BAH | Parasitologie |
| Mme Aïssatou GAYE | DIALLO | Bactériologie-Virologie |
| M. Alioune | DIEYE | Biochimie Pharmaceutique |
| M. Amadou | DIOUF | Toxicologie |
| Mme Rita Berehoundougou | NONGONIERMA | Pharmacognosie |

+ Associé

.../...

ASSISTANTS

| | | |
|-------------------------|---------------|---|
| Melle Issa Bella | BAH | Parasitologie |
| xM. Aynina | CISSE | Physique Pharmaceutique |
| M. Mounibé | DIARRA | Physique Pharmaceutique |
| Melle Thérèse | DIENG | Parasitologie |
| xM. Amadou Moctar | DIEYE | Pharmacologie et Pharmacodynamie |
| M. Yérim Mbagnick | DIOP | Chimie Analytique |
| M. Ahmédou Bamba K. | FALL | Pharmacie Galénique |
| M. Djibril | FALL | Pharmacie Chimique et Chimie Organique |
| Mme Aminata | GUEYE SANOKHO | Pharmacologie et Pharmacodynamie |
| M. Modou | LO | Botanique |
| M. Tharcisse NKULIKIYE | MFURA | Chimie Analytique |
| xM. Augustin | NDIAYE | Physique Pharmaceutique |
| Mme Maïmouna NIANG | NDIAYE | Physiologie Pharmaceutique |
| M. Boubacar | NIANE | Chimie Analytique |
| Mme Maguette Dème SYLLA | NIANG | Biochimie Pharmaceutique |
| Mme Philomène LOPEZ | SALL | Biochimie Pharmaceutique |
| M. Amadou Matar | SECK | Pharmacie Chimique et Chimie Organique |
| xM. Elimane Amadou | SY | Chimie Générale et Minérale |
| SM. Oumar | THIOUNE | Pharmacie Galénique |
| M. Alassane | WELE | Chimie Physique |

ATTACHES

| | | |
|---------------------|--------|--|
| M. William | DIATTA | Botanique |
| Melle Edwige | GOMIS | Pharmacognosie |
| M. Aly Coto | NDIAYE | Physiologie Pharmaceutique (Pharmacologie et Pharmacodynamie) |
| Mme Françoise NDOUR | NGOM | Hématologie |
| M. Mamadou | SARR | Physiologie Pharmaceutique |

x Assistant Associé
S En Stage

.../...

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

III-CHIRURGIE DENTAIRE

PROFESSEURS TITULAIRES

| | | |
|-------------|--------|-----------------------------------|
| M. Ibrahima | BA | Pédodontie-Prévention |
| Mme Ndioro | NDIAYE | Odontologie Préventive et Sociale |

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

| | | |
|--------------------|---------|---------------------------------------|
| M. Boubacar | DIALLO | Odontologie Chirurgicale |
| M. Papa Demba | DIALLO | Parodontologie |
| Mme Charlotte FATY | NDIAYE | Pathologie et Thérapeutique Spéciales |
| M. Malick | SEMBENE | Parodontologie |

MAITRES - ASSISTANTS

| | | |
|-----------------|------|---------------------------------------|
| Melle Fatou | GAYE | Dentisterie Opératoire |
| M. Abdoul Wahab | KANE | Dentisterie Opératoire |
| M. Abdoul Aziz | YAM | Pathologie et Thérapeutique Spéciales |

ASSISTANTS DE FACULTE

| | | |
|--------------------------------|---------|-----------------------------------|
| &M. Christiane JOHNSON AGBOTON | | Prothèse Dentaire |
| Mme Aïssatou TAMBA | BA | Pédodontie-Prévention |
| Mme Khady DIOP | BA | Orthopédie Dento-Faciale |
| &Mme Maimouna | BADIANE | Dentisterie Opératoire |
| M. Daouda | CISSE | Odontologie Préventive et Sociale |

& Personnel mis en Disponibilité

.../...

| | | |
|--------------------------------|---------|--|
| xM. Fallou | DIAGNE | Orthopédie Dento-Faciale |
| Mme Adam Marie AWA SECK DIALLO | | Parodontologie |
| +M Lambane | DIENG | Prothèse dentaire |
| Mme Affissatou NDOYE | DIOP | Dentisterie Opérateur |
| Mme Fatou | DIOP | Pédodontie-Prévention |
| &M. Libasse | DIOP | Prothèse Dentaire |
| M. Mamadou Moustapha | GUEYE | Odontologie Préventive et Sociale |
| xM. Malick | MBAYE | Dentisterie-Opérateur |
| Mme Paulette M. AGBOTON MIGAN | | Matières Fondamentales |
| M. Edmond | NABHANE | Prothèse Dentaire |
| Mme Maye Ndave NDOYE | NGOM | Parodontologie |
| M. Paul Débé Amadou | NIANG | Chirurgie Buccale |
| xM. Mohamed Talla | SECK | Prothèse Dentaire |
| Mme Soukeye DIA | TINE | Pathologie et Thérapeutiques Spéciales |
| M. Saïd Nour | TOURE | Prothèse Dentaire |
| M. Younes | YOUNES | Prothèse Dentaire |

ATTACHES

| | | |
|----------------------------|---------|---|
| M. Abdou | BA | Chirurgie Buccale |
| M. Henri Michel | BENOIST | Parodontologie |
| M. Malick | FAYE | Pédodontie-Orthodontie |
| M. Babacar | FAYE | Odontologie Conservatrice Endodontie |
| M. Daouda | FAYE | Pédodontie-Orthopédie |
| M. Cheikh Mouhamadou M. LO | | Odontologie Préventive et Sociale |
| M. El Hadj Babacar | MBODJI | Prothèse Dentaire |
| M. Mohamed | SARR | Odontologie Conservatrice Endodontie |
| Mme Fatoumata DIOP | THIAW | Odontologie Conservatrice Endodontie |
| M. Babacar | TOURE | Odontologie Conservatrice Endodontie |

x Assistant Associé
& Personnel mis en Disponibilité.

**JE DEDIE CE
TRAVAIL.....**

AU SEIGNEUR LE TOUT PUISSANT

Maître de l'Univers,
pour que règnent la paix, la justice sur terre.

A MON PÈRE (in mémoriam)

Pour qui, en ce moment précis, j'ai une pensée toute particulière.
Le fruit de ce travail vous appartient car sans cette éducation, base pour une vie ici-bas et dans l'au-delà tous mes efforts auraient été vains.

A MA MERE

Tu as pu jouer le rôle de la mère et du père.
Sois rassurée que tes conseils ont été suivis. Trouves ici toute l'expression de ma profonde reconnaissance et que Dieu t'accorde longue vie.

A MA FEMME

Compagne de tous les moments. Tu as partagé ce travail dans la joie, la patience, la compréhension. Sans ton soutien inflexible, ce manuscrit n'aurait vu le jour.
Sois en félicité et remerciée.

A MES ENFANTS

Vous êtes ma joie de vivre.
Que le bon Dieu fasse de vous des grands parmi les grands.

A ma grand mère : Aïssatou Diallo

Confidente de tous les temps.

A mes frères et sœurs

Vous avez toujours témoigné amour et respect pour le frère que je suis.

A mes neveux et nièces

Encouragements et félicitations.

A mes beaux-Frères Ousmane et Lamarana

Trouvez ici l'expression d'un amour fraternel .

Merci pour tous les conseils et multiples sacrifices que vous avez consentis pour la réussite de la famille.

A ma belle famille

A mon ami Ibrahima LY

Tu as été pour moi en tout point un exemple.

A mon ami Alpha BA

Entière reconnaissance

A Oumar DIALLO et famille

Sincères remerciements

**Aux Docteurs Mouhamadou SANE, Hamidou BA, Adama Hamady,
David Diatta, Fatou Fall.**

Au Docteur Margueritte DEMEIDEROS et Famille.

Au Docteur Issa Cheikh NDIAYE

Vos encouragements, votre enthousiasme et votre sens de l'organisation m'ont beaucoup aidé à atteindre mon objectif .

Mes nombreuses discussions avec vous ont toujours été une source d'enrichissements.

Soyez ici très sincèrement remercié .

A mes amis et collaborateurs de l'Institut Pasteur

Docteur Philippe Michel, Docteur Korka DIALLO, Monsieur Ousmane DIOP, Monsieur Omar SECK, Monsieur Pape DIEME.

A mes promotionnaires du Lycée et de Faculté

A Madame MBAYE Ndèye Bineta THIAM et toutes les personnes de Yassine Art Galerie

Pour la diligence et la rapidité dont elles ont fait preuve dans l'accomplissement de ce travail

A tout ceux qui ont d'une façon et d'une autre contribué à l'élaboration de ce travail.

Aux habitants de « KHAR YALLA »

A tout le personnel de la clinique ORL et Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Aristide Le Dantec (H.A.L.D.).

A tout le personnel de la clinique Chirurgicale de l'H.A.L.D.

A l'Association des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux de Dakar (A.I.H.D.)

Au peuple sénégalais

**A NOS MAITRES
ET JUGES**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY, MONSIEUR LE
PROFESSEUR EL HADJI MALICK DIOP**

L'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce Jury n'est qu'un reflet de l'homme que vous êtes.

C'est un grand honneur pour nous que de vous avoir comme Président du Jury.

Nous avons eu l'immense privilège d'être interne dans votre service. Nous avons admiré vos qualités intellectuelles et humaines.

Votre rigueur scientifique a toujours dominé dans votre enseignement et uniquement dans notre intérêt.

Recevez ici, par la grâce de Dieu, l'expression de notre profonde gratitude et notre respect.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE, MONSIEUR VICTORINO MENDES,
MAITRE DE CONFERENCES AGREGES**

Vous nous avez fait l'honneur de juger ce travail malgré vos multiples charges.

Votre présence parmi nos juges est le gage de notre admiration pour vos immenses connaissances scientifiques et votre généreuse disponibilité.

La collaboration entre nos deux services pour une meilleure prise en charge des malades nous a permis de vous approcher et d'apprécier votre permanente disponibilité.

Le travail que nous soumettons à votre sanction nous donne l'occasion de vous exprimer notre profonde gratitude et nos sentiments les plus respectueux.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE, MONSIEUR ABDOURAHMANE DIA,
MAITRE DE CONFERENCES AGREGES**

Vous avez accepté spontanément de juger ce travail. Vos qualités pédagogiques lors des cours d'Anatomie et lors de notre stage à la CLINIQUE CHIRURGICALE nous ont séduit et font de vous l'exemple de la sagesse, de l'humanisme et du dévouement à l'égard des étudiants.

Puisse-ce travail refléter modestement une partie de l'enseignement que vous nous avez prodigué.

Veillez recevoir, Monsieur, l'expression de notre considération.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE, MONSIEUR
RAYMOND DIOUF, MAÎTRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS**

En acceptant de diriger cette thèse, vous avez su par votre rigueur, par votre disponibilité, vos conseils éclairés, nous amener à ce jour de couronnement qui n'est autre que le vôtre en réalité.

Permettez-nous de le dire publiquement combien vous avez répondu à notre attente et avec de très grandes qualités humaines.

Nous vous en sommes sincèrement très reconnaissants.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE, MONSIEUR PAPA AMADOU NDIAYE,
MAITRE DE CONFERENCES AGREGES**

C'est avec beaucoup de reconnaissance et de gratitude que nous vous remercions de juger notre travail.

Vos qualités tant professionnelles qu'intellectuelles et humaines, alliées à une grande modestie vous mènent chaque jour d'avantage à donner le meilleur de vous-même et ce dans la simplicité.

Soyez assuré de notre parfaite reconnaissance et de notre profonde gratitude.

" Par définition la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation "

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCTION..... | 1 |
| 2. RAPPELS..... | 3 |
| 2.1. ANATOMIE..... | 3 |
| 2.1.1. Situation topographique..... | 3 |
| 2.1.2. Rapports..... | 3 |
| 2.1.3. Vascularisation..... | 4 |
| 2.1.4. Innervation..... | 4 |
| 2.1.5. Drainage lymphatique..... | 5 |
| 2.2. PHYSIOLOGIE..... | 5 |
| 2.3. HISTOIRE NATURELLE..... | 5 |
| 2.3.1. L'évolution locale..... | 6 |
| 2.3.2. L'évolution régionale..... | 6 |
| 2.3.3. Métastases à distance..... | 7 |
| 2.3.4. Cancers multiples..... | 7 |
| 2.4. HISTOLOGIE..... | 7 |
| 2.5. CLASSIFICATION..... | 10 |
| 3. MALADES ET METHODES..... | 13 |
| 3-1. MALADES..... | 13 |
| 3-2. METHODES..... | 13 |
| 4. RESULTATS..... | 16 |
| 4-1. EPIDEMIOLOGIE..... | 16 |
| 4.1.1. L'incidence..... | 16 |
| 4.1.2. Fréquence selon l'âge et le sexe..... | 16 |
| 4.1.3. Répartition selon l'origine géographique (figure 4)..... | 16 |
| 4.1.4. Facteurs de risque..... | 16 |
| 4.2. EXAMEN CLINIQUE..... | 17 |
| 4.2.1. Circonstances de découverte..... | 17 |
| (symptômes révélateurs)..... | 17 |
| 4.2.2. Temps d'évolution de la symptomatologie..... | 17 |
| (T.E.S.C.)..... | 17 |
| 4.2.3. Examen physique..... | 17 |
| 4.2.3.1. Point de départ présumé..... | 17 |
| 4.2.3.2. Aspect macroscopique :..... | 17 |
| 4.2.3.3. Structures envahies en dehors du cavum :..... | 18 |
| 4.2.3.4. Aires ganglionnaires envahies..... | 18 |
| 4.3. EXAMENS COMPLEMENTAIRES..... | 18 |
| 4.3.1. Audiogramme..... | 18 |
| 4.3.2. Imagerie..... | 18 |
| 4.3.3. Sérologie EBV..... | 18 |
| 4.3.4. Endoscopie..... | 19 |
| 4.3.5. Histologie → classification → Stadification..... | 19 |
| 4.4. LE DÉLAI (D2) :..... | 19 |
| 4.5. ECHECS CARCINOLOGIQUES (n = 10):TABLEAU V..... | 20 |
| 4.6. COMPLICATIONS..... | 20 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 4.7. CAUSES DE DÉCÈS (n = 12) | 20 |
| 4.8. SURVIE (figure 5)..... | 21 |
| 5. COMMENTAIRES | 22 |
| 5.1 EPIDEMIOLOGIE | 22 |
| 5.1.1 L'incidence :..... | 22 |
| 5.1.2. Répartition selon l'âge..... | 22 |
| 5.1.3. répartition selon le sexe..... | 22 |
| 5.1.4. Répartition géographique | 23 |
| 5.1.4. Facteurs de risque..... | 23 |
| 5.2. SUR LE PLAN DIAGNOSTIQUE | 24 |
| 5.3. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES | 27 |
| 6. PERSPECTIVES..... | 33 |
| 6.1 La formation..... | 33 |
| 6.2 L'information | 34 |
| 7. CONCLUSIONS GENERALES..... | 35 |

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Les cancers du cavum sont des lésions malignes des voies aéro-digestives supérieures (V.A.D.S.) développées aux dépens de la muqueuse du cavum (carcinomes) ou à partir de l'amygdale pharyngée (lymphomes).

La grande majorité des cancers nés à ce niveau est représentée par des carcinomes qui possèdent de nombreuses particularités par rapport aux autres carcinomes des V.A.D.S. Particularités :

- étiolo-épidémiologiques : sex-ratio, répartition géographique
- virologiques, immunologiques et génétiques : interférence de facteurs génétique, et immunologique associant le carcinome indifférencié du cavum au virus d'Esptein-Barr (EBV).
- histologiques : Pourcentage très élevé de carcinomes indifférenciés (undifferentiated carcinoma nasopharyngeal type = UCNT).
- Histoire clinique dominée par :
 - ⇒ l'envahissement osseux de la base du crâne,
 - ⇒ l'extension ganglionnaire cervicale,
 - ⇒ la fréquence des métastases à distance,
 - ⇒ la rareté des cancers multiples.

Depuis que l'attention a été attirée sur ces caractères particuliers, de nombreux travaux ont été consacrés à ces cancers (48). Ainsi, ces cancers ont bénéficié des progrès de la technologie moderne

notamment par l'apport de la sérologie EBV, de la tomодensitométrie (TDM), de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), de l'informatique, des masques thermophomes, des fibres optiques...

Les moyens thérapeutiques gravitent autour de la radiothérapie. Des protocoles randomisés de chimiothérapie (efficaces pour les lymphomes) sont à l'étude pour les carcinomes.

En dépit de tous ces progrès, la survie dans les grands centres anti-cancéreux est environ de 40 % à 3 ans et de 30 % à 5 ans (19; 35;48).

Au Sénégal, le cancer du cavum accuse une incidence croissante ces 10 dernières années. Il s'agit de cancers intéressant la population active. Suite au retard de consultation, le cancer est souvent très avancé au moment du diagnostic. La survie est nulle à 3 ans.

Nous rapportons ici l'expérience du service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du CHU de Dakar qui porte sur 42 malades. Sur une période de 16 ans (1981-1996), nous avons évalué l'incidence ce cancer; nous tentons de cerner l'épidémiologie et la gravité afin de dégager des perspectives visant à améliorer le pronostic.

RAPPELS

2. RAPPELS

2.1. ANATOMIE

2.1.1. Situation topographique

Le cavum (ou rhinopharynx ou nasopharynx ou arrière cavité des fosses nasales) constitue la partie haute rétro-nasale du pharynx. Il peut être assimilable à une cavité cubique, profondément situé sous la base du crâne, en avant des 2 premières vertèbres cervicales en arrière des choanes et du voile du palais (figure 1).

Il comprend 2 parois :

- la paroi postéro-supérieure ou toit marquée par l'amygdale pharyngée de LUSCHKA.
- La paroi latérale, musculo-aponévrotique constituée par le constricteur supérieur du pharynx, perforée par la trompe d'Eustache qui est doublée des péristaphylins interne et externe. Elle est marquée par l'orifice de la trompe d'Eustache, le bourrelet tubaire et la fossette de Rosen Müller. La taille du nasopharynx varie avec l'âge, le développement sphéno-cranial et l'angle sphéno-occipital. Il mesure habituellement chez l'adulte 4 à 6 cm transversalement sur 2 à 3 cm d'avant en arrière, et 3 à 4 cm de haut en bas.

2.1.2. Rapports

En avant : la partie postérieure des fosses nasales, les sinus maxillaires, la cavité orbitaire, l'ethmoïde.

En haut et en arrière : en fonction du développement du sinus sphénoïdal, le corps du sphénoïde et le clivus occipital avec les fosses cérébrales moyenne et postérieure. Les nerfs craniens V et XI sont sagittaux, les VII et VIII sont transversaux, les IX, X et XI gagnent le trou déchiré postérieur, le XII le trou condylien antérieur.

En arrière : l'espace rétro-pharyngé, l'atlas et les muscles et ligaments prévertébraux.

Latéralement : le trou déchiré antérieur et la carotide interne, l'espace maxillo-pharyngé contenant les gros vaisseaux et les nerfs mixtes du cou, le sympathique cervical et les ganglions les plus hauts de la chaîne jugulaire interne. Cet espace communique en haut avec la fosse sous temporale, en avant avec l'espace ptérygo-maxillaire, en bas avec la gouttière carotidienne et en arrière avec la loge parotidienne.

En bas : l'oropharynx, surtout la loge amygdalienne.

2.1.3. Vascularisation

Les artères proviennent du système carotidien externe, la pharyngienne ascendante en est la principale. Des branches de l'artère maxillaire interne (vidienne, ptérygo-palatine) et de l'artère faciale (palatine ascendante) s'anastomosent avec la pharyngienne ascendante et forment un très riche réseau sous-muqueux et muqueux (« Anastomoses dangereuses »).

Les veines, surtout développées au niveau des plexus sous-muqueux latéraux, se drainent dans la jugulaire interne.

2.1.4. Innervation

Elle est assurée par le plexus pharyngien, constitué par les nerfs mixtes IX et X et le contingent sympathique provenant du ganglion cervical supérieur. Le IX prédomine au niveau du nasopharynx. Le nerf maxillaire supérieur (V) participe à l'innervation sensitive du toit du cavum.

2.1.5. Drainage lymphatique

Le drainage lymphatique comprend un réseau sous-muqueux très riche qui se draine vers les ganglions latéro ou rétro-pharyngés et, de là, vers le groupe sous-digastrique et la chaîne spinale.

2.2. PHYSIOLOGIE

Carrefour aéro-digestif, le pharynx est situé à la jonction du cou, de la base du crâne et de la face. Cette situation l'amène à intervenir à des degrés divers dans la déglutition, la phonation, l'olfaction, la gustation, l'audition et la respiration.

Selon son action digestive ou respiratoire, le pharynx entre en relation soit avec la bouche et l'œsophage, d'une part, soit avec le nez et la langue et les voies respiratoires inférieures (VRI) d'autre part. Sont ainsi nés 2 courants dont la commande nerveuse centrale est tout à fait distincte.

Le cavum est fermé par la face postérieure du voile lors de la déglutition.

2.3. HISTOIRE NATURELLE

La clinique des cancers cervicaux faciaux répond à une histoire naturelle fort bien étudiée par Y. CACHIN et ses collaborateurs (5; 14) en France à l'Institut Gustave Roussy (IGR)

2.3.1. L'évolution locale

Les signes cliniques du NPC sont essentiellement de siège nasal et auriculaire. Le développement progressif de la tumeur s'accompagne d'un écoulement nasal, plus ou moins sanguinolent. L'obstruction choanale entraîne une obstruction nasale (O.N.), d'abord unilatérale, puis bilatérale, alors accompagnée d'une voix nasonée. L'occlusion de la trompe d'Eustache ou son envahissement entraîne une symptomatologie auriculaire à type d'otite séreuse souvent unilatérale. La membrane tympanique est rétractée, avec parfois un niveau liquide bien visible.

Le risque majeur est de considérer cette symptomatologie comme bénigne.

2.3.2. L'évolution régionale

Il s'étend de proche en proche vers les structures adjacentes (figure 1). Vers le haut, l'envahissement de la base du crâne se traduit cliniquement par des douleurs et une atteinte des nerfs crâniens.

L'atteinte des nerfs oculo-moteurs est la plus fréquente notamment le VI, parfois les X, XI, XII et le VII. Pour ses dernières paires, il peut aussi s'agir d'une compression par une adénopathie volumineuse sur le trajet cervical. L'extension antéro-supérieure de la tumeur se fait vers l'orbite avec exophtalmie, ou vers le bas, bloquant progressivement l'oropharynx ce qui occasionne des troubles progressifs de la déglutition et dans les cas extrêmes des troubles respiratoires justiciables d'une trachéotomie. En dehors puis en avant, il infiltre l'espace parapharyngé, la région ptérygo-maxillaire occasionnant un trismus.

L'envahissement ganglionnaire cervical postérieur est fréquent, important, quelque fois trompeur lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou d'aucune symptomatologie rhino-pharyngée. Le volume de l'A.D.P. provoque parfois un torticolis.

2.3.3. Métastases à distance

L'étude de cette histoire naturelle a permis en particulier dans les formes loco-régionales avec envahissement ganglionnaire massif (N2C-N3) de découvrir un nombre important de métastases souvent asymptomatiques (médullaires, osseuses, hépatiques et pulmonaires). Leur installation est précoce (18 mois) et s'associe fréquemment à des syndromes para-néoplasiques originaux (36) (réactions leucémoïdes, fièvre néoplasique, ostéo-arthropathie).

2.3.4. Cancers multiples

Peuvent être successifs ou simultanés.

Sont rares (10; 24; 35)

2.4. HISTOLOGIE

Le nasopharynx (NP) est revêtu d'une muqueuse de type digestif dans les 2/3 postérieurs et en principe de type cylindrique respiratoire dans le 1/3 antérieur (48).

Cette muqueuse repose sur un conjonctif commun. Celui-ci renferme des glandes salivaires, de type mixte, participe à l'anneau lymphoïde de WALDEYER.

La muqueuse subit une métaplasie précoce sous l'effet des infections répétées et est presque totalement de type épidermoïde chez l'adulte.

Le point de départ ne peut pas toujours être précisé. Les tumeurs les plus fréquemment rencontrées semblent naître sur une paroi latérale, en particulier la région tubaire et la fossette de Rosen-Müller, et sur le toit.

L'aspect macroscopique est variable : les formes ulcéro-bourgeonnantes et ulcéro-infiltrantes sont fréquentes et plus aisées à reconnaître que les formes infiltrantes sous muqueuses.

L'hispathologie permet de reconnaître :

- les carcinomes

Il a été convenu d'en distinguer 3 classes ou types (O.M.S. 1978)

Type I : carcinome malpighien spino-cellulaire qui présente des ponts inter-cellulaires et de la Kératine.

Type II : carcinome non kératinisant.

Type III : carcinome indifférencié de type naso-pharyngé (UCNT = Undifferentiated Carcinoma Nasopharyngeal Type) présentant un aspect syncitial plutôt que pavimenteux, avec éléments tumoraux disposés en amas irréguliers noyés dans un stroma lymphoïde.

Pour certains auteurs (Micheau, Kurger) l'individualisation du type II est remise en question et les NPC se réduisent alors à 2 types

histologiques : les carcinomes spino-cellulaires (C.S.) et les UCNT. Cette dualité histologique se base sur des considérations clinique (évolution particulière), sérologique (titre bas des anticorps dans les C.S.) et épidémiologique (UCNT quasi exclusif dans les régions à forte incidence).

Y. ELOUARD (18) et collaborateurs ont réalisé un classement histopronostique des UCNT en soulignant l'importance du stroma avec des formes « diffuses éclatées » : de meilleur pronostic, « diffuse compacte » : de pronostic intermédiaire, « cordonales compactes » : de plus mauvais pronostic.

– Les lymphomes

développés à partir de l'amygdale pharyngée

d'architecture le plus souvent diffuse, rarement nodulaires et fréquemment constitués de grandes cellules.

Relativement fréquents en Europe occidentale (10 à 15 % des NPC)

– Tumeurs malignes rares

adénocarcinomes

* carcinome adénoïde kystique (cylindrome)

* tumeurs muco-épidermoïdes

Craniopharyngiome

Sarcome embryonnaire

Rhabdomyosarcome

Plasmocytome.

2.5. CLASSIFICATION

- Avant d'établir la classification TNM des épithéliomas du cavum {American Joint Committee for clinical staging (AJC)/Union Internationale contre le cancer (UICC) 1987}, il faut réunir les conditions suivantes :
 - ⇒ un examen clinique complet ;
 - ⇒ un cliché du thorax à la recherche de métastase pulmonaire ;
 - ⇒ une échographie abdominale, à la recherche de métastase abdominale ;
 - ⇒ une scintigraphie osseuse, à la recherche de métastase osseuse ;
 - ⇒ un scanner (TDM) du cavum pour déterminer l'extension loco-régionale de la tumeur ;
 - ⇒ une panendoscopie pour apprécier l'extension locale de la tumeur et rechercher une deuxième localisation ;
 - ⇒ un examen histopathologique pour confirmer le caractère carcinomateux de la tumeur du cavum.

Cette classification se fait suivant la délimitation du cavum en siège (paroi latérale, paroi postéro-supérieure).

- Tumeur (T) :

T0 : absence de tumeur primitive

Tis : "carcinome in situ"

T1 : tumeur limitée à un siège

T2 : tumeur s'étendant à 2 sièges

T3 : tumeur s'étendant aux fosses nasales et/ou à l'oropharynx.

T4 : tumeur avec extension à la base du crâne et/ou signes neurologiques.

TX : impossibilité d'évaluer l'extension de la tumeur

– Aires ganglionnaires (N) :

N0 : absence de ganglion cliniquement métastatique ,

N1 : ADP unique, homolatérale, < 3 cm

N2 :

a : homolatérale, unique, > 3 cm et < 6 cm

b : homolatérales, multiples, < 6cm

c : bilatérales ou contro-latérales, < 6 cm

N3 : ADP > 6 cm

NX : impossibilité d'évaluer l'extension lymphatique

– Métastase (M) :

M0 : pas de signe métastatique à distance

M1 : présence de métastase à distance

MX : on ne dispose pas de condition minimale requise pour apprécier la présence de métastase à distance.

- DES LYMPHOMES

- ⇒ Stade I : 1 territoire ganglionnaire atteint
- ⇒ Stade II : 2 territoires lymphoïdes (rate) ou plus mais d'un même côté du diaphragme
- ⇒ Stade III : atteinte sus et sous diaphragmatique mais limitée au tissu lymphoïde
- ⇒ Stade IV : atteinte viscérale : foie, moelle, os, poumon...

MALADES
ET METHODES

3. MALADES ET METHODES

3-1. MALADES

Notre étude porte sur une période allant du 1er Janvier 1981 au 31 décembre 1996 soit une période de 16 ans.

54 malades porteurs d'une tumeur du cavum cliniquement suspecte de malignité ont été admis à la clinique universitaire d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Faciale de Dakar.

La confirmation histologique fut obtenue pour 42 malades.

Notre étude porte sur cette série de 42 malades.

Il s'agissait de 22 hommes et 20 femmes.

L'âge moyen était de 33 ans avec des extrêmes de 5 à 72 ans.

3-2. METHODES

Les malades ont tous bénéficié d'un examen clinique et d'une biopsie.

Cette biopsie a été réalisée :

- au fauteuil, au niveau de la tumeur primitive
 - ⇒ directement au niveau du cavum (11 cas) en s'aidant parfois de releveurs de voile.
 - ⇒ à travers la fosse nasale (15 cas) après bonne cocaïnorétraction.
- au bloc opératoire
 - ⇒ sous anesthésie locale (AL), au niveau de

⇒ sous anesthésie générale (AG), au niveau de la tumeur (11 cas), dans la foulée d'une Panendoscopie.

20 malades ont bénéficié d'un examen audiométrique

23 d'une radiographie du cavum de profil prenant le cou.

21 malades ont bénéficié d'une sérologie EBV dès leur première consultation. Cette sérologie était réalisée de manière systématique (à partir de janvier 1993) par l'unité d'épidémiologie des virus oncogènes de l'Institut Pasteur de Paris en collaboration avec le laboratoire de virologie de l'Institut Pasteur de Dakar.

29 malades ont bénéficié d'un traitement à visée curative :

– radiothérapie (R.T.) : 26 malades

⇒ R.T. exclusive : 23 malades

* conventionnelle (effectuée à l'Hôpital Principal de Dakar de 1981 à 1987) : 5 malades

* cobalthérapie (effectuée à l'Hôpital A. Le Dantec à partir de 1989) : 18 malades

⇒ Chimiothérapie (C.T.) d'induction (= C.T. néo-adjuvante) : 1 malade

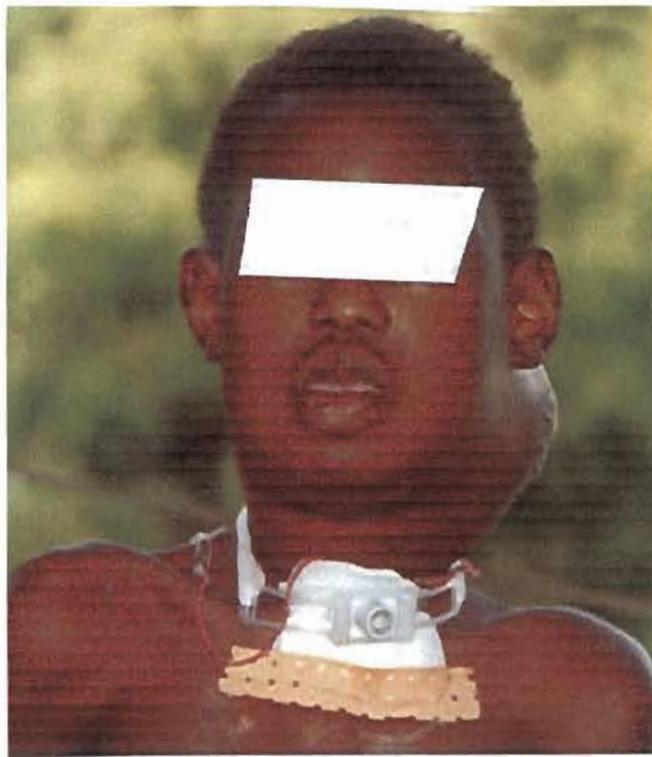
⇒ Chimiothérapie (C.T.) adjuvante : 2 malades

– Chimiothérapie seule : 3 malades

4 malades ont été trachéotomisés (traitement symptomatique) (photo n° 1).

Photo n° 1 : U.C.N.T.

Canule de Trachéotomie avec Pansement



Les malades étaient suivis en ambulatoire. A la date du 15/12/1996 on notait 11 vivants, 19 perdus de vue et 12 décès.

Le traitement informatique des données par le logiciel de l'O.M.S. Epi-Info-version 5.01 CDC a facilité l'exploitation des données. Le logiciel microsoft excel version 5.0 a permis de tracer la courbe de survie des malades selon la méthode de KAPLAN-MEIER.

RESULTATS

Figure : 2

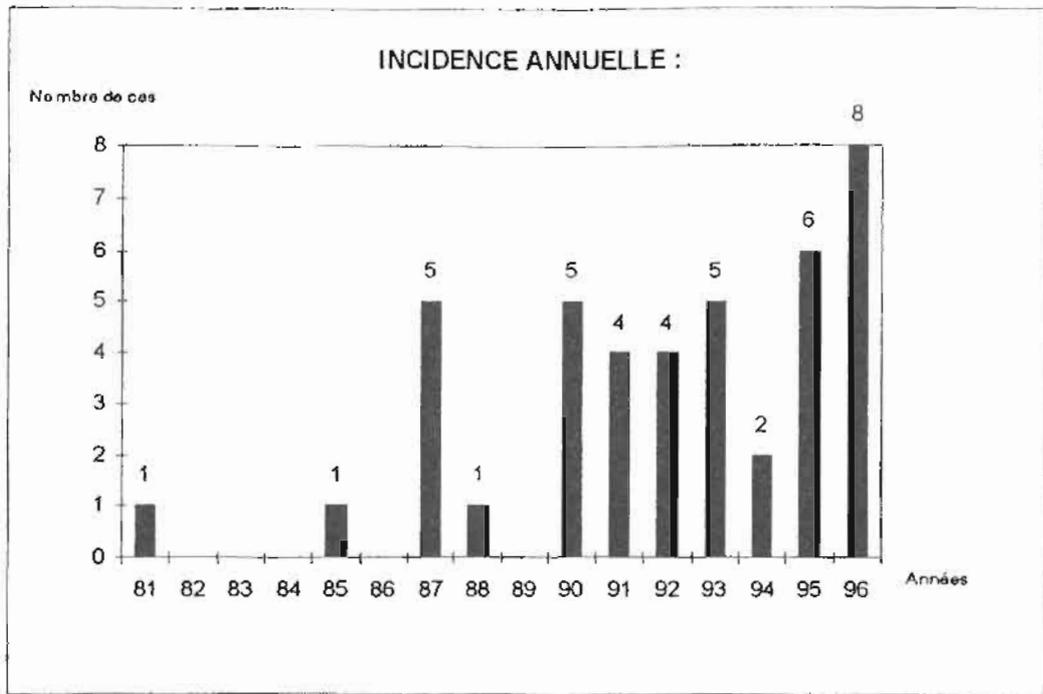


Figure : 3

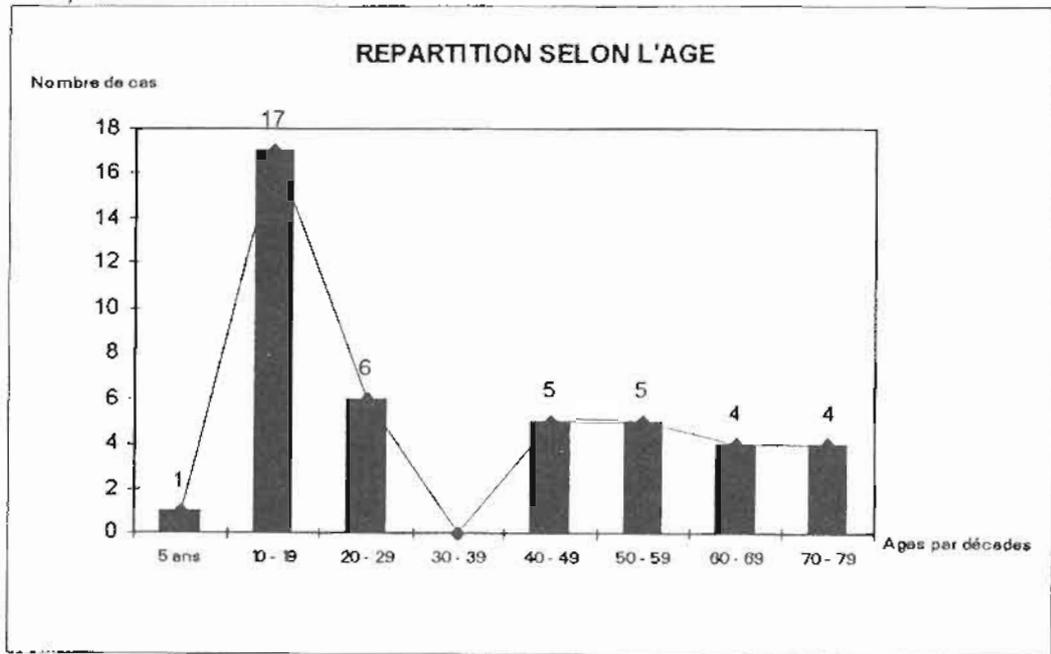
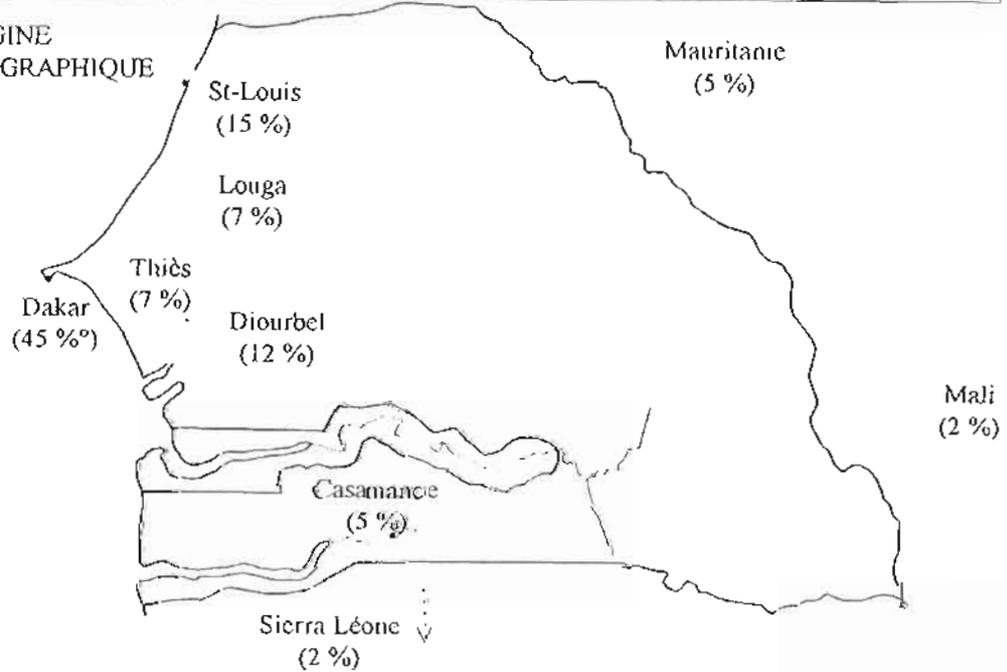


Figure 4 : ORIGINE

GEOGRAPHIQUE



4. RESULTATS

4-1. EPIDEMIOLOGIE

4.1.1. L'incidence

Nous avons noté une augmentation plus ou moins régulière des NPC à partir de 1987 et chute en 1988 et 1989 (figure n° 2).

Abstraction faite des années 1988 et 1989 ; l'incidence moyenne annuelle a été de 5 cas ces 10 dernières années.

4.1.2. Fréquence selon l'âge et le sexe

Le sex-ratio était de 1,1 en faveur des hommes (22 hommes pour 20 femmes)

La répartition des malades selon l'âge (figure 3) , mettait en évidence 2 périodes prépondérantes :

- La décade de 10-19 ans (17 malades = 40 %)
- La période au-delà de 40 ans (18 malades = 43 %)

4.1.3. Répartition selon l'origine géographique (figure 4)

19 malades provenaient de la région de Dakar, suivaient ensuite les régions de Saint-Louis (6malades), Diourbel (5 malades), Thiès (3 malades) , Louga (3 malades) et Casamance (2 malades).

2 malades provenaient de la Mauritanie, 1 du Mali et 1 autre de la Sierra Léone.

4.1.4. Facteurs de risque

Tableau I

SYMPTOMES REVELATEURS

| SIGNES (Symptômes) | NOMBRE DE CAS (n) | POURCENTAGE (%) | SIEGE DES ADENOPATHIES (ADP) | | EXEMPLES D'ASSOCIATION DE SIGNES | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------------|----|----------------------------------|-------------------------------|----|-----|
| | | | n | % | | n | % | |
| ADP cervicales | 38 | 90% | | | | | | |
| Signes rhinologiques | | | Toutes les chaînes ganglionnaires | 7 | 18,42% | 2 Signes | | |
| épistaxis | 34 | 81% | Sous-digastrique (SD) | 13 | 34,21% | ADP + épistaxis | 27 | 64% |
| obstruction nasale (O.N.) | 25 | 60% | SD + jugulo-carotidienne | 3 | 7,89% | ADP + hypoacousie | 31 | 31% |
| Signes otologiques | | | SD + sus-omo-hyoïdienne | 2 | 5,26% | ADP + céphalées | 45 | 45% |
| hypoacousie | 14 | 33% | SD + sous-omo-hyoïdienne | 1 | 2,63% | Epistaxis + céphalées | 14 | 33% |
| otalgie | 11 | 26% | SD + sous-mandibulaire | 1 | 2,63% | | | |
| Signes neurologiques | | | SD + spinal moyen | 1 | 2,63% | | | |
| atteinte des paires craniennes | 13 | 31% | SD + spinal haut | 1 | 2,63% | 3 Signes | | |
| céphalées | 25 | 59% | Spinal haut | 5 | 13,10% | ADP + épistaxis + hypoacousie | 10 | 24% |
| Signes ophtalmologiques | | | Spinal haut + moyen + inférieur | 1 | 2,63% | ADP + hypoacousie + céphalées | 10 | 24% |
| enophtalmie | 4 | 9% | Spinal haut + spinal moyen | 1 | 2,63% | ADP + O.N.+ céphalées | 9 | 21% |
| baisse acuité visuelle | 4 | 9% | Spinal haut+ jugulo-carotidienne | 1 | 2,63% | ADP + O.N.+ hypoacousie | 9 | 21% |
| Autres signes | | | Spinal moyen | 1 | 2,63% | | | |
| trismus | 8 | 19% | | | | | | |
| torticolis | 2 | 5% | | | | | | |
| cervicalgies postérieures | 2 | 5% | | | | | | |
| | | | TOTAL | 38 | 100% | | | |

Le niveau socio-économique des malades était bas dans 31 cas (74 %), la consommation de nitrosamines (poissons séchés et fumés) était constante dans 38 cas (90 %) et tous les malades avaient déjà utilisé des produits euphorbiacés (esters de phorbol = produits chinois)

4.2. EXAMEN CLINIQUE

4.2.1. Circonstances de découverte

(symptômes révélateurs)

Tous les malades présentaient au moins un signe clinique qui a motivé leur première consultation.

Nous les avons classé en 6 catégories (Tableau I)

4.2.2. Temps d'évolution de la symptomatologie

(T.E.S.C.)

Le délai (D1) entre le début de la symptomatologie clinique et la première consultation chez le spécialiste O.R.L. était de 7 mois avec des extrêmes de 1 mois à 12 mois.

4.2.3. Examen physique

4.2.3.1. Point de départ présumé

dans 7 cas (17 %) le point de départ se situait à la paroi latérale.

4.2.3.2. Aspect macroscopique :

formes bourgeonnantes : 28 cas (66 %)

Formes ulcéro-bourgeonnantes : 11 cas (26 %)

PHOTO N° 2 : U.C.N.T.

Macropolyadénopathie cervicale



Tableau II

MARQUEURS E.B.V. / N.P.C.

| MALADES | VCA/IgG | VCA/IgM | VCA/IgA | EA/IgG | EA/IgA | EBNA | CONCLUSIONS |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------------|
| 1 | 640 | Négatif | 80 | >160 | 40 | 320 | PréNPC ou NPC |
| 2 | 1280 | Négatif | Négatif | >160 | Négatif | 40 | Réactivation |
| 3 | 640 | Négatif | 40 | >160 | 40 | 320 | PréNPC ou NPC |
| 4 | 1280 | Négatif | 640 | >160 | 80 | 160 | PréNPC ou NPC |
| 5 | 640 | Négatif | 80 | >160 | >40 | Négatif | PréNPC ou NPC |
| 6 | 640 | Positif | Négatif | 160 | Négatif | Négatif | Primo-infection |
| 7 | >1280 | Négatif | Négatif | >160 | Négatif | 40 | Réactivation |
| 8 | 1280 | Négatif | 160 | >40 | >40 | 160 | PréNPC ou NPC |
| 9 | 1280 | Négatif | Négatif | >40 | Négatif | 160 | Infection latente |
| 10 | 40 | Négatif | Négatif | 10 | Négatif | 10 | Cicatrice |
| 11 | >1280 | Négatif | 80 | >40 | 40 | 1280 | PréNPC ou NPC |
| 12 | 1280 | Négatif | 80 | >160 | >40 | Négatif | PréNPC ou NPC |
| 13 | 20 | Négatif | 80 | >40 | >40 | Négatif | PréNPC ou NPC |
| 14 | 320 | Positif | 160 | >40 | 40 | Négatif | PréNPC ou NPC |
| 15 | 320 | Négatif | 160 | >40 | Négatif | 160 | PréNPC ou NPC |
| 16 | 160 | Positif | 20 | >40 | Négatif | 160 | PréNPC ou NPC |
| 17 | 640 | Négatif | 80 | >160 | >40 | Négatif | PréNPC ou NPC |
| 18 | >1280 | Négatif | 80 | >40 | 40 | 1280 | PréNPC ou NPC |
| 19 | 20 | Négatif | Négatif | Négatif | Négatif | 40 | Cicatrice |
| 20 | 640 | Négatif | 80 | >160 | 40 | 320 | PréNPC ou NPC |
| 21 | 170 | Négatif | 80 | 160 | 80 | 200 | PréNPC ou NPC |

VCA = Viral Capsid Antigen (antigène de la capside virale)

EA = Early Antigen (antigènes précoces)

EBNA = Epstein Barr Nuclear Antigen (antigène du noyau)

Ig = Immunoglobuline

4.2.3.3. Structures envahies en dehors du cavum :

Oropharynx et fosses nasales : 17 cas (40 %)

Base du crâne (avec atteinte des paires crâniennes) : 13 cas (31 %)

Fosse ptérygo-maxillaire : 8 cas (19 %)

4.2.3.4. Aires ganglionnaires envahies

(Tableau I)

Toutes les chaînes ganglionnaires étaient envahies dans 7 cas (17 %) avec tableau de macropoly-adénopathie cervicale (photo n° 2)

Dans 13 cas (34 %) l'adénopathie (ADP) était de siège sous-digastrique et dans 5 cas (13 %) de siège spinal haut.

4.3. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

4.3.1. Audiogramme

Sur les 20 malades ayant bénéficié d'un examen audiométrique, tous avaient présenté une surdité de transmission.

4.3.2. Imagerie

La radiographie standard du cavum de profil, prenant le cou montrait la tumeur avec refoulement de l'axe laryngo-trachéal dans 17 cas.

4.3.3. Sérologie EBV

Sur les 21 malades ayant bénéficié d'un filtrage des anticorps (AC) EBV, 15 (71%) avaient un profil sérologique typique corrélié avec l'U.C.N.T. (Tableau II)

Tableau III

HISTOLOGIE

| HISTOLOGIES | NOMBRE DE CAS | POURCENTAGE |
|---|---------------|-------------|
| U.C.N.T. | 32 | 76% |
| Carcinome bien différencié | 4 | 10% |
| Carcinome muco-épidermoïde | 1 | 2% |
| Lymphomes L.M.N.H. (3) Hodgking (2) | 5 | 12% |
| TOTAL | 42 | 100% |

Tableau IV

CLASSIFICATION T.N.M. (A.J.C./U.I.C.C.) (n = 37 carcinomes)

| N \ T | T1 | T2 | T3 | T4 | TOTAL |
|-------|----|----|----|----|-------|
| N0 | | 1 | 1 | 2 | 4 |
| N1 | | | 3 | | 3 |
| N2 | | 2 | 3 | 2 | 7 |
| a | | | 2 | | 2 |
| b | | | | | |
| c | | | | | |
| N3 | 2 | 2 | 8 | 9 | 21 |
| TOTAL | 2 | 5 | 17 | 13 | 37 |

4.3.4. Endoscopie

L'endoscopie précisait le point de départ présumé dans 6 autres cas (paroi latérale) et dans 5 cas c'était la paroi postéro-supérieure.

La panendoscopie systématique, pour 11 malades, n'avait pas retrouvé de deuxième localisation cancéreuse.

4.3.5. Histologie → classification → Stadification

- On notait 37 carcinomes (88%) dont 32 UCNT (76 %) et 5 lymphomes (12 %) : tableau III
- Classification TNM commune (A.J.C./U.I.C.C. 1987) :

(Tableau IV)

⇒ Les 37 carcinomes (n = 37) se répartissaient ainsi :

- * T1-T2 = 7 malades (19 %)
- * T3-T4 = 30 malades (81 %)

- Stades :

⇒ Pour les carcinomes (U.I.C.C.)

- * Stades I et II (T1-T2 ; N0) : 1 malade
- * Stade III (T3N0 ; T1-T2-T3-N1) : 4 malades
- * Stade IV (T4N0N1 ; tous TN2N3) 32 malades

⇒ Pour les lymphomes (/hodgking)

- * Stade IV : atteinte viscérale : foie, poumon : 2 malades

4.4. LE DÉLAI (D2) :

Tableau V

ECHECS CARCINOLOGIQUES (n = 10)

| Traitement à visée curative | Echecs locaux (n = 4) | | Echecs ganglionnaires (n = 3) | | Métastases (n = 4) |
|---|-----------------------|----------|-------------------------------|----------|--|
| | Poursuite évolutive | Récidive | Poursuite évolutive | Récidive | |
| RT exclusive Cobalt Conventionnelle | 1* 1 | 1 | 1* | 1 | 3 Osseuse et hépatique (n = 2) Péritonéal et hépatique (n = 1) |
| CT néo-adjuvante (= d'induction) | | 1 | | | |
| CT adjuvante | | | | | |
| CT seule | | | 1 | | 1 Pulmonaire |

1* = Poursuite évolutive tumorale et ganglionnaire (chez le même patient)

Entre le début de la symptomatologie clinique et le début du traitement à visée curative était en moyenne de 12 mois avec des extrêmes de 5 mois à 30 mois

4.5. ECHECS CARCINOLOGIQUES (n = 10):TABLEAU V

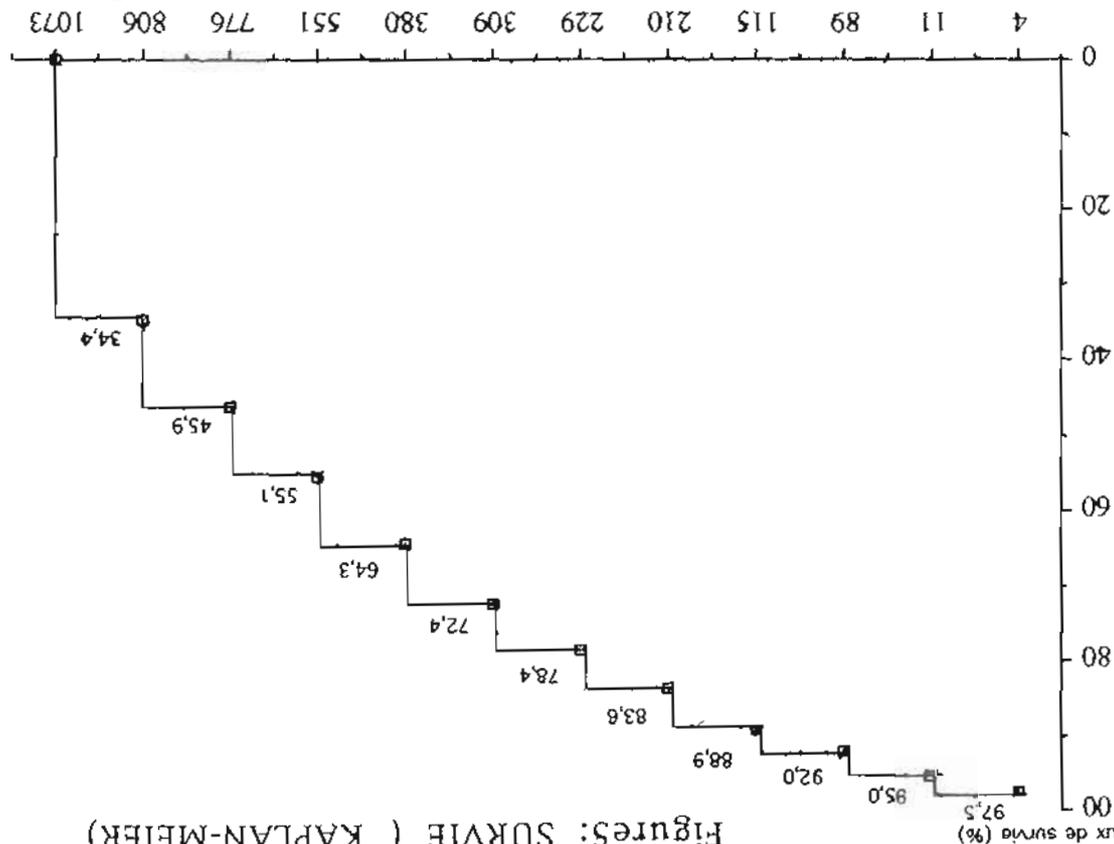
- Poursuite évolutive tumorale : 1cas
- Poursuite évolutive ganglionnaire : 1 cas
- Poursuite évolutive tumorale et ganglionnaire : 1 cas
- Récidive tumorale : 2 cas
- Récidive ganglionnaire : 1 cas
- Métastases : 4 cas

4.6. COMPLICATIONS

- De la radiothérapie (RT) :
 - ⇒ l'hyposialie (9 cas), la sécheresse des muqueuses (10 cas), la radio mucite (5 cas) avaient déterminé une dysphagie entraînant un amaigrissement (perte moyenne 3 Kg) chez 5 malades.
 - ⇒ Cécité : 4 cas
 - ⇒ Radiodermite : 2 cas
- De la chimiothérapie (CT) :
 - ⇒ Aplasie médullaire : 1 cas

4.7. CAUSES DE DÉCÈS (n = 12)

Durée de suivi (jours)



Figures: SURVIE (KAPLAN-MEIER)

- 6 malades sont décédés avant traitement {1 par hémorragie, 3 par métastase abdominale et 2 de cause indéterminée (décès à domicile)}
- 6 autres sont décédés après traitement à visée curative
 - ⇒ 1 dans un tableau évocateur d'aplasie médullaire
 - ⇒ 1 après poursuite évolutive tumorale et ganglionnaire
 - ⇒ 1 après récurrence tumorale
 - ⇒ 3 après métastases :
 - * osseuse et hépatique : 1 cas
 - * péritonéale et hépatique : 1 cas
 - * pulmonaire : 1 cas

4.8. SURVIE (figure 5)

Pour l'ensemble du groupe, la survie calculée par la méthode de Kaplan et Meier était de 65 % à 1 an, de 35 % à 2 ans. Elle était nulle à 3 ans.

COMMENTAIRES

5. COMMENTAIRES

5.1 EPIDEMIOLOGIE

5.1.1 L'incidence :

Cette incidence de 5 nouveaux cas par an ne traduit pas fidèlement l'ensemble des nouveaux cas au Sénégal.

Les cas que nous avons colligés ne concernent que l'Hôpital Universitaire de Dakar.

5.1.2. Répartition selon l'âge

Cette étude fait ressortir la distribution bimodale classique des NPC selon l'âge. Il y'a 2 périodes prépondérantes, la décade de 10-19 ans et celle au delà de 40 ans.

La moyenne d'âge de la série sénégalaise (33 ans) est comparable à celle de la population maghrébine (8; 20).

Le NPC touche surtout la population active (20)

5.1.3. répartition selon le sexe

Quelles que soient les régions considérées, l'homme est toujours plus fréquemment atteint que la femme. Le sex-ratio variant de 2 à 3 selon le degré de différenciation (4; 23; 29).

Dans cette courte série, le sex-ratio est de 22 hommes pour 20 femmes (1,1)

Ce sex-ratio est de l'ordre 10 dans les autres carcinomes des V.A.D.S., liés à l'alcool et au tabac (5; 35).

5.1.4. Répartition géographique

Il est difficile de retrouver la vraie origine géographique des patients, parce que les malades donnent habituellement l'adresse de leurs parents résidant dans la Capitale.

Cependant on constate (figure 4), le caractère essentiellement « côtier » du NPC.

Les études épidémiologiques ont mis en évidence 3 zones d'incidence :

- zone de forte incidence : en Asie du Sud-Est (15 à 30 nouveaux cas par an pour 100.000 habitants).
- zone de moyenne incidence : dans les pays d'Afrique du Nord et de l'Est, sur le pourtour méditerranéen (5 à 9 pour 100.000 habitants).
- zone de faible risque : le reste du monde (0,1 à 1 pour 100.000 habitants).

5.1.4. Facteurs de risque

Le facteur épidémiologique majeur reste l'EBV, virus ubiquitaire responsable aussi de la mononucléose infectieuse (M.N.I.) et du lymphome de Burkitt (1; 12).

Dans cette courte série, 15 patients avaient un profil sérologique typique corrélié avec l'U.C.N.T. (tableau II)

Outre l'EBV, nous avons retrouvé comme facteurs de risque : les nitrosamines (95 % des patients), présents dans les poissons

séchés et fumés que l'on retrouve dans certaines préparations culinaires sénégalaises, tunisiennes et groedlandaises (43; 45).

Ces nitrosamines sont aussi abondamment et constamment consommés par les chinois du sud (25; 43; 45).

Les esters de phorbol (euphorbiacés) contenus dans certaines préparations de la pharmacopée chinoise traditionnelle. Mais l'on ne sait pas si nos patients les utilisent plus parcequ'ils ont des symptômes nasaux dus à un NPC débutant ou l'inverse ; effet « œuf-poule ».

Les facteurs de prédisposition génétique, telle cette famille chinoise décrite par Ho où 9 cas de NPC sont observés sur 3 générations (45; 48), n'ont pu être étudié dans cette courte série s'échelonnant sur une période de 16 ans.

5.2. SUR LE PLAN DIAGNOSTIQUE

A la première consultation dans le service, l'adénopathie (ADP) est la circonstance de découverte la plus fréquente. Elle est suivie de près par l'Epistaxis (tableau I).

L'association ADP-épistaxis, ADP-épistaxis et hypoacousie est fortement suspecte d'un cancer du cavum (3; 4; 9). L'atteinte des paires crâniennes (31 %) traduit l'extension importante de la tumeur primitive au moment du diagnostic.

Le TESC était de 7 mois en moyenne. Ce retard à la consultation s'explique, comme dans toutes les séries (23; 27; 30) par la symptomatologie d'emprunt, déroutante de ce cancer; faisant consulter les patients chez divers spécialites (27; 42; 48; 49).

Au Sénégal il faut aussi tenir compte du recours aux tradithérapeutes en première intention allongeant d'autant la consultation chez le spécialiste.

S'agissant de la lésion initiale le point de départ présumé était la paroi latérale dans 13 cas (31 %). La prédilection pour les parois latérales est soulignée par les auteurs (51).

La détermination du site initial a été particulièrement difficile, voire impossible, chez les 8 malade (19 %) ayant présenté un trismus. Le trismus (photo n° 3) révèle indirectement l'extension de la tumeur à la fosse ptérygo-maxillaire. Cette propagation du NPC à la fosse ptérygo-maxillaire a été rapportée par les auteurs (2, 54).

Dans ces cas, apprécier l'aspect macroscopique de la lésion nous était parfois difficile. D'ailleurs cet aspect macroscopique n'obéit à aucune loi précise (14).

L'examen des aires ganglionnaires a été contributif dans le diagnostic. L'ADP était un signe quasi-constant (90 %) dans notre série ; chiffre comparable aux données de la littérature (24; 27; 28) C'est l'habituel relais sous-digastrique qui a été le plus fréquemment rencontré (29 cas = 69 %).

Ces ADP sont caractéristiques (photo n° 4) quand elles sont hautes et postérieures (16 cas = 38 %)

On insiste dans la littérature (12; 13; 16; 17; 31) sur l'intérêt diagnostique et de dépistage de la sérologie E.B.V. dans les U.C.N.T.

Celle-ci systématiquement réalisée à partir de 1993 a été contributive chez 15 malades.

Photo n° 3 : U.C.N.T.

Trismus

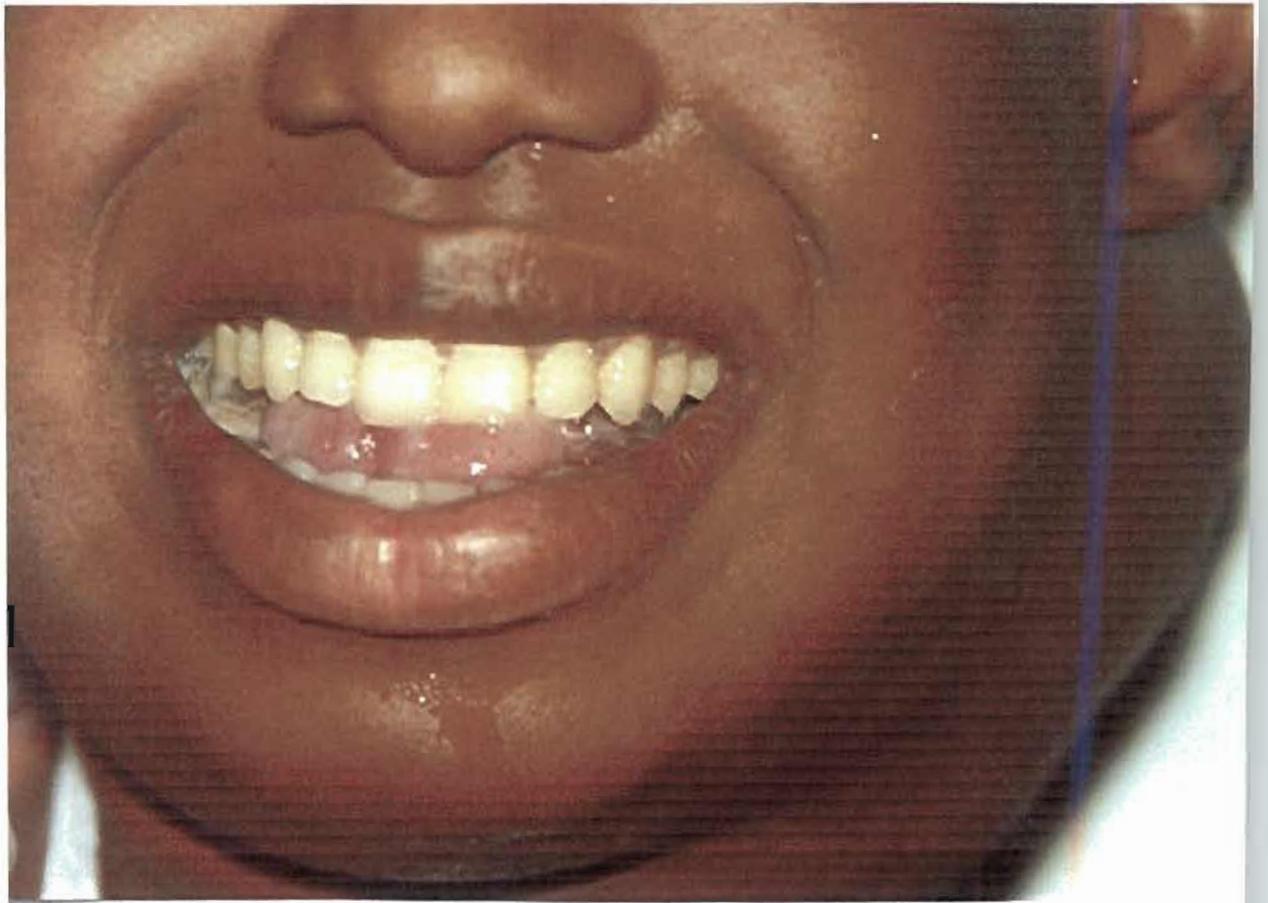


Photo n ° 4 : Adénopathie haute et postérieure
(+ Cicatrice de Biopsie)



Sur le plan diagnostique, le contexte clinique est indispensable parce que ce profil sérologique se voit dans les U.C.N.T. du larynx, de l'hypopharynx et dans le SIDA (38).

Les moyens diagnostiques anatomopathologiques ont été sur la tumeur, l'examen anatomopathologique d'un prélèvement biopsique.

Les biopsies de "principe", à "l'aveuglette" au niveau du cavum se justifient (42; 51) par l'âge des patients, la présence de signes otorhinologiques, mais surtout par le siège du ganglion.

Contrairement à certains auteurs (29), nous n'avons pas réalisé de cytologie ganglionnaire par ponction à l'aiguille fine. Par contre cinq (5) de nos patients ont bénéficié d'une adénectomie à visée diagnostique.

La variété histologique la plus rencontrée est l'U.C.N.T. (8; 18).

Paradoxalement certains auteurs (29) ont retrouvé dans leur série plus de carcinomes différenciés que d'U.C.N.T.

Outre ces U.C.N.T. nous avons retrouvé 4 cas (10 %) de carcinome différencié, 1 cas de carcinome mucoépidermoïde (2 %), 5 cas de lymphome (12 %).

Nous n'avons retrouvé ni de plasmocytome, ni de carcinome adénoïde kystique (cylindrome), ni de rhabdomyosarcome (RMS).

Pourtant ces variétés histologiques ont été rapporté par certains auteurs (18; 47; 49). Les R.M.S. sont fréquents chez l'enfant et représentent près de la moitié des cancers à ce niveau (49; 52).

Nous n'avons pas retrouvé de deuxième localisation. Elles sont rares (10; 24; 35). Par contre la rareté des métastases observées (17 %)

n'est pas conforme aux données de la littérature. Celles-ci varient de 30 % à 50 % selon les auteurs (24; 35).

5.3. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Selon les données de la littérature (22; 47), l'irradiation transcutanée par télécobalt constitue l'essentiel du traitement. Les doses sont de l'ordre de 65 à 75 Grays (Gy) au niveau de la tumeur, en fonction du degré de différenciation et de l'extension locale. Les 2 régions cervicales sont traitées par une dose globale de 50 Gy avec des sur impressions de 20 à 25 Gy sur les territoires envahis.

Radiosensibilité et radiocurabilité sont telles que la place de la chirurgie est limitée à l'exérèse des reliquats ganglionnaires persistants 2 à 3 mois, voire plus, après la fin de l'irradiation.

La place de la chimiothérapie, notamment en ce qui concerne les U.C.N.T., reste à préciser. Il s'agit d'une tumeur chimiosensible comme les lymphomes. De nombreuses associations sont efficaces (34; 44). L'intérêt de la régression tumorale obtenue avant irradiation ne peut-être formellement affirmé aujourd'hui de même qu'une chimiothérapie après irradiation en vue de diminuer l'apparition d'une récurrence locale ou de métastase à distance.

Quant à la prévention du NPC les travaux s'orientent vers l'identification des facteurs de risque en vue de les éliminer et vers la poursuite des études pour la confection d'un vaccin anti-EBV.

D'un bilan initial, correctement réalisé, dépendent les indications thérapeutiques et la surveillance des malades.

Ce bilan pré-thérapeutique se compose d'un examen clinique (Stomatologiste, Ophtalmologiste), d'un bilan para-clinique comportant notamment un audiogramme, une imagerie médicale, une panendoscopie et un examen histopathologique.

Ainsi ce bilan pré-thérapeutique et le coût élevé du traitement (coût élevé de la radiothérapie et/ou de la chimiothérapie) retardaient la prise en charge adéquate des malades.

Sur nos 42 patients, 13 n'ont pas bénéficié de traitement à visée curative...

Parmi les 29 patients ayant reçu un traitement à visée curative, 10 cas d'échecs ont été déplorés.

- * 1 cas de poursuite évolutive tumorale d'un UCNT (T4N20Mx) après R.T. conventionnelle. Ce patient a été perdu de vue comme les 4 autres qui avaient bénéficié de la R.T. conventionnelle.
- * 1 cas de poursuite évolutive tumorale et ganglionnaire d'un UCNT (T3N1MX) après cobalothérapie exclusive. Ce patient est décédé après un recul de 13 mois. Auparavant il a présenté une cécité (post-radique et/ou relevant du cancer).
- * Le malade qui a présenté une récurrence ganglionnaire (T4N2MX) et celui qui a présenté une récurrence tumorale (T4N3MX) avaient bénéficié d'une cobalothérapie exclusive.

Ils avaient présenté une dysphagie post-radique puis un amaigrissement (avec perte moyenne de 3 Kg). Un traitement parentéral avait été instauré avec fenêtré

thérapeutique (interruption de la radiothérapie). Ils avaient présenté des signes neurologiques à type de strabisme interne de l'oeil gauche (VI), déviation gauche de la langue (XII) avec diminution de la protraction... Ils ont été perdu de vue.

- * Le seul patient de notre série qui a bénéficié d'une C.T. d'induction, était classé T2N0M0 (UCNT).

A son admission, le service de radiothérapie était momentanément fermé (par faute de radiothérapeute). Un an plus tard, il a bénéficié d'une cobalthérapie. Après un recul de 33 mois (2,75 ans), il est décédé, après avoir présenté une récurrence tumorale et une cécité.

Ces récurrences locales isolées posent un difficile problème (47). Différentes voies d'abord chirurgical (47; 53) du nasopharynx ont été décrites et utilisées (transvellaire, transfacial, infratemporale de Fisch).

Ce type de chirurgie de rattrapage est rarement techniquement réalisable dans de bonnes conditions carcinologiques (35; 47). On trouve d'ailleurs rarement dans la littérature les détails sur la situation carcinologique des malades opérés et sur l'évolution carcinologique ultérieure (47).

Ainsi, le plus souvent, est on amené à proposer une reprise de l'irradiation avec parfois des séquelles non négligeables (4 cas de cécité dans notre série...).

- * Deux malades porteurs d'un UCNT initialement classés T4N3MX avaient bénéficié d'une cobalthérapie exclusive.

Au cours de l'évolution, l'un a présenté une métastase osseuse et hépatique et l'autre une métastase péritonéale et hépatique.

Ils n'ont pas bénéficié d'une C.T. adjuvante. Ils sont décédés après un recul moyen de 25,5 mois (= 2,12 ans).

- * Par contre un 3e malade ayant présenté une métastase osseuse (fémur droit) et hépatique d'un UCNT (initialement classé T3N3MX) a bénéficié d'une C.T. adjuvante.

De T3N3MX, il est passé de T0N0M1 après cobalthérapie (photo n° 5; photo n° 6).

Actuellement, sans évolution de sa maladie, Il a un recul de 2 ans 6 mois (30 mois). L'échographie abdominale de contrôle ne décelait plus de métastase hépatique. La métastase osseuse (fémur droit) avait nécessité une cobalthérapie de 23 Gy à visée antalgique. Paradoxalement le contrôle radiologique (standard) n'objectivait plus de foyer métastatique au niveau du fémur droit (M0).

Bien que cette C.T. adjuvante reste controversée (33) car ne présente aucun bénéfice pour certains auteurs (19; 26), elle nous a donné satisfaction à la lumière de cette observation, satisfaction obtenue d'ailleurs par d'autres auteurs (47).

Photo n ° 5 : U.C.N.T.
Avant Cobalthérapie



Photo n ° 6 : U.C.N.T.
Rémission sous Cobalt



- * En ce qui concerne les lymphomes, 2 malades sont décédés après traitement à visée curative.

L'un qui avait une maladie de Hodgking (stade IV) avait bénéficié d'une C.T. type protocole MOPP* :

Méthylchoréthane; Oncovin*; Procarbazine; Prednisone
(Oncovin *) = vincristine

Il est décédé 5 mois après le début du traitement après avoir présenté une métastase pulmonaire.

L'autre cas de lymphome (L.M.N.H.) est décédé 1 mois après le début d'une monochimiothérapie (cyclophosphamide) dans un tableau évocateur d'aplasie médullaire.

Le taux de mortalité lié directement à la C.T. n'est pas nul (47). La diminution des complications est l'une des préoccupations actuelles.

La mise à jour des dossiers (15 Décembre 1996) révèle que 12 malades sont décédés, 19 sont perdus de vue, 11 sont vivants sans évolution de leur maladie.

La survie bien qu'établie de façon approximative et surestimée était des plus médiocre dans notre série.

La survie globale était nulle à 3 ans. Elle est de 46 % à 3 ans et de 30 % à 5 ans dans d'autres série (24; 30; 48).

Cette sévérité particulière des NPC au Sénégal, imputable au retard thérapeutique, est à déplorer.

En définitive nos indications tiennent essentiellement compte du plateau technique existant et de l'accessibilité aux soins...

PERSPECTIVES

6. PERSPECTIVES

Face à la gravité des N.P.C. au Sénégal, il faut envisager dans les meilleurs délais une organisation de la lutte anti-cancéreuse par le biais de la formation et de l'information.

6.1 La formation

C'est d'abord l'introduction dans les études médicales d'éléments de carcinologie cervico-faciale et de principe de traitement des cancers cervico-faciaux (14; 15).

La formation s'adresse aussi au personnel paramédical et médical par des séances d'enseignement post universitaire (51).

Un aspect important à souligner est la décentralisation et l'extension des activités du service d'O.R.L..

Concrètement, pour les NPC, intérêt de créer au Sénégal, comme à l'I.G.R. (en 1977), un groupe NPC : groupe de travail multidisciplinaire qui réunirait des épidémiologistes, des cliniciens, des anatomopathologistes, des virologistes, des immunologistes, des radiothérapeutes, des chimiothérapeutes mais aussi des chirurgiens. Ce groupe devra confronter régulièrement ses travaux et ses résultats.

Car comme le disait AMIEL, "Malheur à l'homme seul qui se veut cancérologue total...". En effet, un esprit caractérise la cancérologie, c'est la concertation dans le cadre de réunions de comités pluridisciplinaires codifiant et planifiant la stratégie adaptée à chaque cas et ses résultats.

6.2 L'Information

Nécessité d'une meilleure connaissance du NPC par les praticiens. Car le NPC est caractérisé par une symptomatologie d'emprunt, déroutante, faisant consulter le malade chez divers spécialistes (ophtalmologiste, neurologue, interniste...).

De même, les facteurs de risque devraient être connus du personnel médical et paramédical, voire du public. Ils doivent faire l'objet de larges échos dans les médias. Cette politique d'information peut revêtir plusieurs formes (40; 41; 51): établissement de prospectus, temps d'antenne à la radio ou à la télévision.

Nous pensons que la réalisation de ces objectifs permettrait d'aboutir à une prise en charge précoce des malades; avec amélioration du pronostic.

CONCLUSIONS
GENERALES

7. CONCLUSIONS GENERALES

De cette étude portant sur 42 dossiers, de patient porteurs de cancers du cavum, colligés sur une période de 16 ans (1981-1996) au service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale du CHU de Dakar, il en ressort les constatations suivantes :

- L'incidence est de 5 nouveaux cas par an.
- Ce cancer touche surtout la population active avec une moyenne d'âge de 33 ans comparable à celle de la population maghrébine.
- Quelles que soient les régions considérées, l'homme est toujours plus fréquemment atteint que la femme avec un sex-ratio de 2 à 3 selon le degré de différenciation.
- Il est remarquable de constater sur une représentation géographique le caractère essentiellement "côtier" de ce cancer qui reste un exemple typique de la variation de la répartition des cancers dans le monde.
- Le facteur épidémiologique majeur reste l'EBV,
- Les classiques facteurs de risque des cancers des VADS (l'alcool et le tabac) ne sont pas incriminés dans la genèse de ce cancer. Par contre les nitrosamines présents dans les poissons séchés et fumés que l'on rencontre dans certaines préparations culinaires sénégalaises, tunisiennes, groenlandaises et chinoises sont incriminés (25; 43).
- Le délai de consultation de 7 mois en moyenne est comparable aux données de la littérature (23; 29; 48).

- L'épistaxis et l'Adénopathie (ADP) étaient des symptômes fréquemment rencontrés.
- Les ADP sont caractéristiques quand elles sont hautes et postérieures (spinal haut).
- Le profil sérologique EBV est corrélé à l'UCNT variété histologique la plus rencontrée (76 % des cas).
- Les patients étaient porteurs de tumeur de gros volume (T3-T4) dans 71 % des cas.
- Les carcinomes sont radiosensibles ; les lymphomes sont chimiosensibles.
- La survie à 3 ans était nulle (contre 46 % pour l'IGR). La médiocrité sans pareille de nos résultats prouve à quel point ces cancers sont avancés au moment du diagnostic et du traitement.

La sophistication des moyens de réalisation de la Radiothérapie (RT) peut faire espérer une amélioration substantielle des taux de guérison loco-régionale et une amélioration des séquelles.

L'amélioration globale du contrôle local de ces cancers passe par un diagnostic plus précoce suivi rapidement du traitement.

La sophistication des moyens de surveillance par l'imagerie et par la sérologie EBV, permet un diagnostic précoce des récives ou des métastases.

La perspective d'une Chimiothérapie (CT) d'induction ou adjuvante réduisant le nombre des récives mais surtout la fréquence des métastases, peut faire espérer une augmentation des taux de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALAN F., ANTHONY GRECO F. and LARRY B. VOGLER

Lymphoproliférative diseases in immunocompromised hosts : The role of Epstein-Barr virus.

Journal of clinical oncologie, 1987, 5, 10, 1673-1686.

2. BEN ACHOUR A., BENACHOUR D., JELLOULI M., TOUIBI S., LADGHAM A.

Les envahissements de la fosse ptérygo-maxillaire par contiguïté dans les cancers du massif facial, du cavum et de l'orbite.

JFORL, 1992, 41, 251-254.

3. BRUGERE J., BATANI P., CHAVANE G et LAURENT M.

Tumeurs malignes du nasopharynx (cavum).

Encycl. Méd. Chir, Paris, oto-rhino-laryngologie, 1983, 20590A10, 11, 1-15.

4. BRUGERE J., COUPEZ D. et POINT D.

Cancers du nasopharynx (cavum).

Rev.Prat., 1978, 28, 31, 2399-2409.

5. CACHIN Y.

Caractères généraux et étiolo-épidémiologiques des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Rev . Prat., 1978, 28, 31, 2359-2364.

6. CACHIN Y.

Comment aborder le traitement des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Ouest Médical, 1975, 28, 19, 1345-1356.

7. CACHIN Y., SCHWAAB G., SANCHO-GARNER H., MARANDAS P.

Clinical aspects and natural history of nasopharyngeal carcinoma in western Europe

IARC Sci. Publi., 1978, 20, 131-145

8. CHADLI A., HAFSIA M. et MAAMOURI M.T.

Le cancer du cavum . Etude statistique et anatomopathologique sur une période de 20 ans.

Arch. Anat. Cytolol. Path., 1979, 24, 1, 13-22.

9. CHEMANA Y., BARRAUT S.

Cancer du nasopharynx.

Impact Internat, septembre 1985 , 75-80.

10. COLONA D'ISTRIA J., JAUSSEAN M., HERMANOWICZ M.

Dépistage des deuxièmes localisations dans la surveillance des cancers traités.

J Fr ORL, 1971, 20, 9, 1095-1097.

11. CVITKOVIC E., BOUSSEN H., RAHAL M., DOMENGE C., SCHWAAB G., ARMAND J.P.

Natural history of undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal type therapeutic implication in a discovered redefined disease.

Proc-Asco 1987 in Abstract 547

12. DE-THE G.

Role of Epstein-Barr virus in human diseases : infections mononucleosis, Burkitt's lymphoma and nasopharyngeal carcinoma

Viral oncology, Raven Press, édit ., New York, 1980, 769-797

13. DE-THE G.

Valeur sémiologique du dosage des anticorps EBV dans les carcinomes du nasopharynx.

J. Fr. ORL, 1983, 32, 8, 493-499.

14. DIOP E.M., TOURE P. et DIOP L.S.

Carcinologie Cervico-Faciale.

Médecine d'Afrique Noire : 1984, 31, 11, 593-602.

**15. DIOUF R., DIOP E.M., NDIAYE I.C., TALL A., KASSE A.A.,
DIOP L.S.**

Limites à l'exercice de la carcinologie cervico-faciale, l'exemple des cancers du larynx.

Revue de laryngologie, 1991, 112, 5, 423-427.

16. DROUET E. B., DENOYEL G.A.

Les infections à Epstein-Barr virus (EBV) : Données récentes sur la biologie du virus et les pathologies associées.

Spectra Biologie, 1993, 93, 1, 29-38.

17. DROUET E.B., DENOYEL G.A.

Les infections à Epstein-Barr virus (EBV). Données actualisées sur la Sérologie.

Spectra Biologie, 1993, 93, 2, 41-49.

18. ELOUARET Y. et coll .

Classification histopronostique des carcinomes indifférenciés de type nasopharyngé (U.C.N.T.). Importance de l'étude du Stroma.

Ann. Oto.laryngol. chir. Cervico-fac., 1986, 103, 3, 145-158.

19. ESCHWEGE F., WIBAULT P., DOMENGE C., ARMAND J.P.

Chimiothérapie des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Actualités carcinologiques, Masson Edit., 1992, 11-13.

20. FAYE G., SALGAS P., VERDALLE P.B., CONESSA C., SOSSOU K., ELBAUM J.P.

Le Cancer du cavum : tumeur rare en Afrique Noire ? Mise au point diagnostique et thérapeutique.

Médecine d'Afrique Noire : 1988, 35(11), 817-825.

21. FLEISHER A.S., KOSLOW M., ROVIT R.L.

Neurological manifestation of primary rhabdomyosarcoma of the head and neck in children.

J. Neurosurg 1975, 43, 207-214.

22. GUEDARI B.

La radiothérapie en Cancérologie ORL.

O.R.L., ellipes AUPELF/UREF (PARIS), 1996, A10, 115-124.

23 HERMAN D., BONNAT H., DEBRY C., JUNG J.M., CONRAUX C.

Cancers du cavum.

J. Fr O.R.L., 1988, 37, 10, 449-458.

24. HERMAN D., PILLIER P., MONLUN E., THEBULT T., JUNG J.M., CONRAUX C.

Les cancers du cavum en Alsace: Importance pronostique du retard au diagnostic à propos de 49 cas traités entre 1977 et 1985.

J. Méd. Strasbourg, 1990, 21(9), 513-516.

25. HUBERT A. et DE-THE G.

Comportement alimentaire, modes de vie et cancer du rhinopharynx.

Bull. Cancer, 1982, 69, 5, 476-482.

26. ISAIAH W., SEWA S., LESTER J.

Adjuvant chemotherapy for advanced nasopharyngeal carcinoma.

Cancer, 1987, 60, 943-949.

27. JAUSSERAN M., GICNAC D., HENINI Y., COLONNA D'ISTRIA J.

Signes de début des cancers du nasopharynx et pronostic. A propos des observations de l'Institut Paoli-Calmettes (MARSEILLE).

Actualités Carcinologiques, Masson édit., Paris, 1988, 15-19.

28. JENKIN R.D.T., ANDERSON J.R., JEREB B. et al

Nasopharyngeal carcinoma : a retrospective review of patients less than thirty years of age.

Cancer 1981, 47, 360-366.

29. LEFEBVRE J.L., CABARET V., VANKEMEL B., DEMAILLE M.C., DELOBELLE-DEROIDE A., PROVOST B. et ADENIS L.

Tumeurs malignes du nasopharynx: Expérience sur 15 ans du Centre Oscar-Lambert.

Actualités Carcinologiques, Masson édit., Paris, 1988, 72-80.

30. LEFEBVRE J.L., MADELAIN M., ADENIS L. et al

Les épithéliomas nasopharyngés. Expérience du Centre Régional de lutte contre le cancer de Lille (79 cas de 1970 à 1982).

Bull. cancer, 1983, 70, 294-299.

31. LUBOINSKI B.

Bilan pré-thérapeutique des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Rev. Prat. 1995, 45, 825-829.

**32. MARANDAS P., BOSQ J., BOURHIS J., LARTIGAU E.,
JULIERON M., LERIDANT A.M., JANOT F., LUBOINSKI B.**

Les facteurs pronostiques de réponse au traitement des cancers des voies aéro-digestives supérieures : le point des études actuelles.

Revue officielle de la Société Française d'ORL, 1995, 28, 13-20.

33. MARANDAS P., GANDIA D., DOMENGE C.

Place de la chimiothérapie dans les cancers de la région cervico-faciale.

Revue officielle de la Société Française d'ORL 1993, 17, 23-31.

34. MARANDAS P., DOMENGE C.

La chimiothérapie dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures.

O.R.L., Ellipse AUPEL/UREF (PARIS) 1996, A11, 126-134.

35. MARANDAS P., MARANDAS N.

Tumeurs malignes du rhinopharynx.

Rev. Prat., 1995, 45, 113 ; 629-633.

**36. MICHEAU C., BOUSSEN H., KLIJANENKO G., CVITKOVIC E.,
SCHWAAB G., STOSIC S., ESCHWEGE F., ARMAND J.P.**

Bone marrow biopsies in undifferentiated patients with U.C.N.T.

Cancer, 1987, 60, 2459-2464.

- 37. MICHEAU C., DE-THE G., OROTIAMMA B., SCHWAAB G.,
TURSZ T., SANCHO-GARNIER , CACHIN Y.**

Carcinomes du nasopharynx : relations entre types histologiques et
sérologie anti-EBV.

New Presse Med., 1980, 1, 9, 21-24.

- 38. MICHEAU C., LUBOIIINSKI B., SCHWAAB G., RICHARD J. et
CACHIN Y.**

Lympho-epitheliomas of the Larynx (UCNT) : a report of 3 cases.

Clin. Otolaryng., 1979, 4, 43-48.

- 39. MORAND P., SEIGNEURIN J.M.**

Biologie du virus d'Epstein-Barr.

Ann. Biol. Clin., 1989, 47 , 421-427.

- 40. NDAMAGE T.D.**

Profil des cancers de l'hypopharynx au CHU de Dakar :

Bilan de 10 ans (1984-1994).

Mémoire Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, 1995.

- 41. NDIAYE I., NDAMAGE T. D., TALL A., DIOUF R., TALL A., DIOP
E.M.**

Profil de cancers de l'hypopharynx au Sénégal.

Ann Otolaryngol Cervico fac, 199, 114, 86 - 89.

- 42. PERCODANI J., SERANO E., WOISARD V., BACHAUD J.M.,
DALY N., PESSEY J.J.**

Adénopathies métastatiques sans primitif retrouvé. Evolution à long
terme.

Ann. Oto-laryngol. Chir. Cervico-Fac., 1996, 113, 212-218.

43. POIRIER S., OSHIMA H., DE-THE G. et al

« Volatile nitrosamines levels in common foods from tunisia, south china and Groeland, high risk for nasopharyngeal carcinoma».

Int. J. Cancer, 1987, 39, 293-296.

44. POUPART M., DAMIANO J., BOLOT G., BIRON P., CALDENTY L., ARDIET J. M., PIGNAT J. C.

Apport de la chimiothérapie dans le traitement du cancer du cavum (U.C.N.T.) : a propos de 47 patients.

Bull. Cancer, 1994, 81, 5, 366 - 370.

45. RAPHAËL L.

Virus d'Esptein-Barr et Cancers lympho-épithéliaux.

Biologie des cancers, Ellipses AUPELF, 1991, 342-357

46. RAPHAËL M.

Virus d'Esptein-Barr et lymphomes.

Revue Français des laboratoires, 1993, 250, 35-39

47. SCHWAAB G.

Les cancers du nasopharynx.

O.R.L., Ellipses AUPELF/UREF 1996, A8, 91-98

48. SCHWAAB G., MICHEAU C., ESCHWEGE F., LENGRAND D. et MARANDAS P.

Les carcinomes du nasopharynx (NPC) : Etude Anatomopathologique - Clinique – Traitement – Résultats

Actualités carcinologiques, Masson Edition, 1989, 88-99.

49. SCHWAAB G., MICHEAU C., MARANDAS P., LUBOINSKI B. et CACHIN Y.

Les tumeurs malignes du nasopharynx chez l'enfant.

Actualités Carcinologiques, Masson edit. Paris, 1988, 83-97

50. SCHWAAB G., PENE F.

Surveillance des suites thérapeutiques chez un malade présentant un cancer des voies aéro-digestives supérieures

Rev. Prat. 1978, 28, 31, 2439-2445

51. TALL A.

Approche endoscopique des cancers des voies aéro-digestives supérieures au CHU de Dakar : bilan d'une expérience de 3 ans (1990-1992)

Thèse Médecine Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, 1994, 58

52. TENG-BO NUANG M.D.

Cancer of the nasopharynx in childhood

Cancer, 1990, 66, 968-971

53. TUCA L., BARCELO I.

Les voies d'abord chirurgical du cavum

Actualités Carcinologiques, Masson édit., Paris, 1988, 183-188

54. VANEL D., COUANET D., GRENIER P. et coll

Apport de la tomodensitométrie (T.D.M.) dans le bilan des tumeurs du cavum et de la région ptérygo-maxillaire

Ann. Radiol., 1979, 22, 5, 435-440

55. YOMI J., FOU DA A., MALOUM E., BENGONO G.

Apport de la radiothérapie dans le traitement des carcinomes du cavum à Yaoundé

Bull – Cancer – Radiothr., 1995, 82, 396-398

56. ZUCALI R.

Histoire clinique, traitement et évolution des cancers du rhinopharynx.

Cahier d'ORL et de chir . cerv. Fac., 1974, 9, 839-848

SERMENT D' HIPPOCRATE

" En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mes honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ! "

\$\$\$\$\$\$\$\$
\$\$\$\$\$\$\$\$
\$\$\$\$\$
\$

**VU
LE PRESIDENT DU JURY**

**VU
LE DOYEN**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR**

