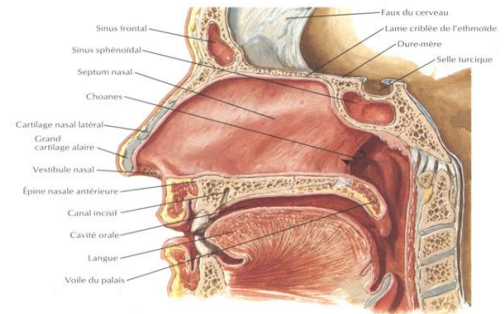


Cancer du cavum

Introduction / Généralités

- Le cavum, appelé également rhinopharynx ou nasopharynx est la partie supérieure du pharynx située derrière les cavités nasales.
- Le diagnostic du cancer du cavum n'est pas toujours évident, vu sa situation profonde le rendant inaccessible aux examens de routine en plus, il se manifeste souvent par des signes d'emprunt des structures de voisinage.
- Le type histologique le plus fréquent en est le carcinome indifférencié type UCNT.
- Son incidence est variable, il est fréquent au sud-est Asiatique et aux pays du Maghreb.
- Actuellement la relation entre l'apparition de ce cancer et le virus Epstein-Barr est bien établie.



Épidémiologie

- **Incidence et fréquence** : rare dans les pays occidentaux, plus fréquent dans le Maghreb et surtout le sud-est asiatique et chez les esquimaux.
- **Âge** : se voit surtout chez l'adulte jeune. Deux pics de fréquence au Maghreb : entre 10-24 ans et à 50 ans
- **Sexe** : prédominance masculine avec un sex-ratio de 3.
- **Facteurs de risque** :
 - **Epstein-Barr virus** : facteur étiologique le plus important de la forme indifférenciée, ceci est démontré par :
 - La présence de marqueurs viraux dans les cellules tumorales épithéliales
 - Le taux élevé d'anticorps anti-EBV
 - **Facteurs environnementaux** : nitosamines, salaison et fumaison (poisson conservé par ces procédés, guedid), aliments épicés, ventilation insuffisante des logements. Le rôle de l'alcool et du tabac n'est pas retrouvé dans le cancer indifférencié du cavum
 - **Facteurs génétiques** : cas familiaux, prédisposition génétique (HLA-B5 chez les algériens) et (HLA-A2 et HLA-B SING2 chez les chinois)

Anatomopathologie

- **Carcinomes indifférenciés** : appelés carcinomes naso-pharyngiens ou UCNT (undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal type) : +++ type histologique le plus fréquent (90%)
- **Carcinomes épidermoïdes** : différenciés plus ou moins kératinisants
- **Lymphomes** : sont plus rares.
- **Autres** : exceptionnels chez l'adulte (plasmocytome, adénocarcinome, cylindrome)

Diagnostic positif

Le diagnostic du cancer du cavum est souvent difficile et tardif à cause de sa latence et de sa manifestation par des signes d'emprunt des organes de voisinage.

- **Circonstances de découverte** :
 - **Adénopathies cervicales +++** : signe révélateur le plus fréquent (> 40% des cas), le cancer du cavum est très lymphophile. Il s'agit d'adénopathies cervicales le plus souvent hautes (sous-gastriques ou spinales), dures, fixes, sans caractère inflammatoire.

- **Signes otologiques** : expliqués par le dysfonctionnement tubaire (obstruction de la trompe d'Eustache), avec survenue d'otite séro-muqueuse : hypoacousie, acouphènes, sensation de plénitude de l'oreille.
 - **Acoumétrie** : surdité de transmission
 - Toute otite séro-muqueuse unilatérale chez l'adulte doit nous amener à examiner le cavum à la recherche d'un cancer.
- **Signes rhinologiques** : épistaxis récidivantes, rhinorrhée purulente persistante, obstruction nasale progressive. Ces signes sont alarmants surtout lorsqu'ils sont unilatéraux
- **Signes neurologiques** : paralysie oculomotrice du VI (diplopie), syndrome douloureux de l'hémiface ou du pharynx par atteinte du V ou du IX, céphalées. La symptomatologie neurologique est souvent trompeuse et pousse le patient à consulter en neurologie ou en ophtalmologie.
- **Examen clinique** :
 - **Rhinoscopie postérieure** (cavoscopie au miroir) : examen difficile et gêné par le réflexe nauséux
 - **Endoscopie** : actuellement l'examen est beaucoup plus facile grâce à l'endoscopie (soit aux optiques rigides ou au naso-fibroscope) qui permet de visualiser la tumeur, préciser son siège, sa forme macroscopique (bourgeonnante, infiltrante ou ulcérée) et son étendue : la tumeur est souvent mal limitée et saigne au contact. L'endoscopie permet également de faire des biopsies guidées.
 - **Examen clinique régional** :
 - **Examen cervical** :
 - ✓ **Adénopathies** : préciser nombre, taille, siège, consistance, mobilité par rapport à la peau et aux gros vaisseaux.
 - **Examen ORL complet** : avec notamment otoscopie et acoumétrie
 - **Examen des paires crâniennes, du fond d'œil et du champ visuel**
 - **Examen somatique.**
- **Examens complémentaires** :
 - **Examen endoscopique avec biopsie**
 - **Tomodensitométrie (TDM) avec injection iodée** : indispensable, siège de la tumeur, l'extension aux structures voisines
 - **IRM** : secondairement, si la TDM ne suffit pas pour préciser certaines extensions comme les espaces para-pharyngés ou l'extension méningée
 - **Dosage des anticorps anti-EBV** : valeur diagnostique et pronostique
 - **Bilan d'extension** : recherche une métastase viscérale pulmonaire, hépatique, osseuse ou cérébrale : radiographie pulmonaire, échographie hépatique, scintigraphie osseuse, TDM cérébrale (en présence de signes d'appel)
 - **Bilan pré-chimiothérapie et soins dentaires**

Classification

Au terme de l'examen clinique et des explorations paraclinique il est nécessaire de classer la tumeur selon la classification TNM

- **Classification TNM AJCC 2010** :
 - **Tumeur primitive** :
 - **T_{is}** : carcinome *in situ*
 - **T₁** : tumeur confinée au nasopharynx, ou étendue à l'oropharynx et/ou à la cavité nasale sans extension para-pharyngée
 - **T₂** : extension tumorale para-pharyngée (infiltration postéro-latérale)
 - **T₃** : envahissement des structures osseuses de la base du crâne et/ou des sinus paranasaux
 - **T₄** : tumeur avec extension intracrânienne et/ou atteinte des nerfs crâniens, de la fosse infra-temporale, de l'hypopharynx ou de l'orbite

➤ **Adénopathies cervicales :**

- **N₀** : pas d'adénopathie régionale métastatique
- **N₁** : métastase ganglionnaire unilatérale unique ou multiples ≤ 6 cm dans sa plus grande dimension, au-dessus du creux sus-claviculaires (les adénopathies situées sur la ligne médiane sont considérées comme homolatérales) et/ou adénopathies rétro-pharyngées uni- ou bilatérales ≤ 6 cm
- **N₂** : métastase ganglionnaire bilatérale ≤ 6 cm, au-dessus des creux sus-claviculaires
- **N₃** : adénopathie(s) métastatique(s) > 6 cm (N_{3a}) ou extension au creux sus-claviculaire (N_{3b})

➤ **Métastases à distance :**

- **M₀** : pas de métastases à distance
- **M₁** : présence de métastase(s) à distance

Traitement

- Le traitement du cancer du cavum fait appel essentiellement à la chimio- et radiothérapie.
- La chirurgie n'est pas le standard pour les cancers du cavum, du fait de leur radiosensibilité (UCNT) et de la difficulté d'une résection carcinologique satisfaisante au niveau de la base du crâne.

Pronostic

Survie à 3 ans : 40% et à 5 ans : 30%

