

# **CANCER DU CAVUM**

**Module ORL  
6<sup>e</sup> Année médecine  
Faculté de médecine Annaba**

**Dr. BENALDJIA Nadjib  
Maitre Assistant en ORL  
CHU Annaba**

# Prérequis:

---

- Anatomie et rapports du cavum
- Anatomie du drainage lymphatique du cou

# Objectifs pédagogiques:

---

- Evoquer le Diagnostic de cancer du cavum devant un **contexte évocateur** (syndrome ganglionnaire, rhinologique, otologique, neurologique)
- Savoir que le cancer du cavum possède des **caractéristiques différentes** par rapport aux autres cancers des VADS
- Savoir que le traitement est basé surtout sur **la radiothérapie** et **la chimiothérapie**

# Généralités :

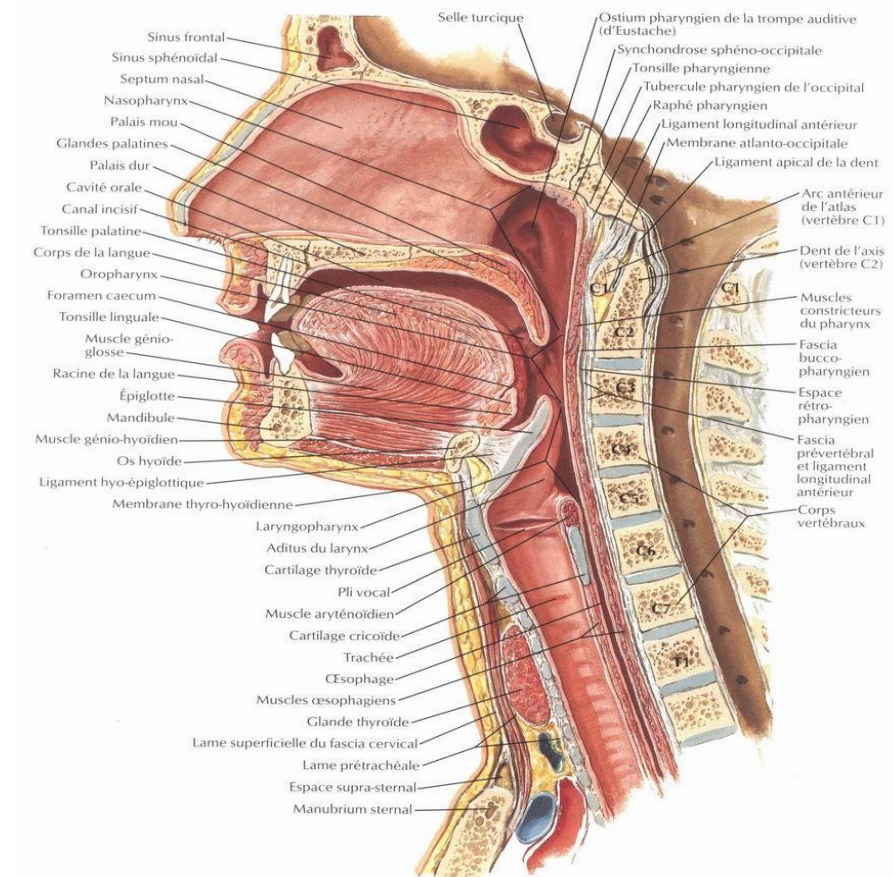
- Le cancer du cavum est une entité distincte des autres cancers des VADS.
- Particularités:
  1. Sémiologie d'emprunt ( expression tardive).
  2. Distribution géographique particulière.
  3. Absence de relation avec le tabac et l'alcool mais plutôt avec EBV
  4. UCNT est le type histologique le plus fréquent.
  5. Radiocurabilité et chimiosensibilité (il ne se traite pas par la chirurgie)

# Rappel Anatomique:


- Cavum = Rhinopharynx = Nasopharynx =  
Arrière cavité des fosses nasales.
- Situé en arrière des fosses nasales, au sommet du pharynx et sous la base du crane.

# Rapports:

1. En avant: les fosses nasales  
( les choanes)
2. En haut: base du crane + sinus  
sphénoïdale
3. En arrière: rachis cervical
4. En bas: le voile du palais
5. Latéralement: 02 parois  
ou s'ouvre la trompe d'Eustache  
( fossette de Rosenmüller +++ )



# Drainage lymphatique :

- Cancer très lymphophile.
- Le cavum est une cavité centrale  drainage lymphatique bilatéral.
- Drainage :
  - retropharyngien
  - spinal haut
  - sous digastrique

# EPIDEMIOLOGIE:

## A/ REPARTITION GEOGRAPHIQUE:

1) Zone a très haute fréquence: chine du sud

2) Zone a fréquence intermédiaire:

Afrique du nord + méditerranée

3) Zone a fréquence faible: Europe + USA

## B/ AGE: 02 pic:

- 15 a 20 ans
- 45 a 50 ans



# C/ FACTEURS DE RISQUE:

1) **EBV**: surtout la forme indifférenciée

2) **FACTEURS GÉNÉTIQUES:**

HLA B5 chez les Algériens

3) **ALIMENTATION: (nitrosamines)**

- Salaisons et fumaisons
- El Quadid au Magreb
- Aliments épicés
- Poissons asséchés et salés

**4) FORMALDÉHYDE:** ( dans le formol )

laboratoire d'anapath → maladie professionnelle

# **ANAPATH:**

## **A) MACROSCOPIE:**

- 1) Forme bourgeonnante**
- 2) Forme infiltrante**
- 3) Forme ulcérée**

## B) MICROSCOPIE: Classification OMS

### 1) Tm épithéliales: 90 %

OMS TYPE I : carcinome épidermoïde kératinisant, bien différencié

OMS TYPE II : carcinome épidermoïde non kératinisant

OMS TYPE III : **indifférencié UCNT**

### 2) Tm glandulaires:

- Adénocarcinome
- Carcinome adénoïde kystique
- lymphome

# MODALITÉS D'EXTENSION:

(pour mieux comprendre le tableau clinique)

POINT DE DEPART: fossette de **ROSENMULLER**

EXTENSION ANT: vers les choanes, les fosses nasales + le trou spheno palatin

Cliniquement: obstruction nasale

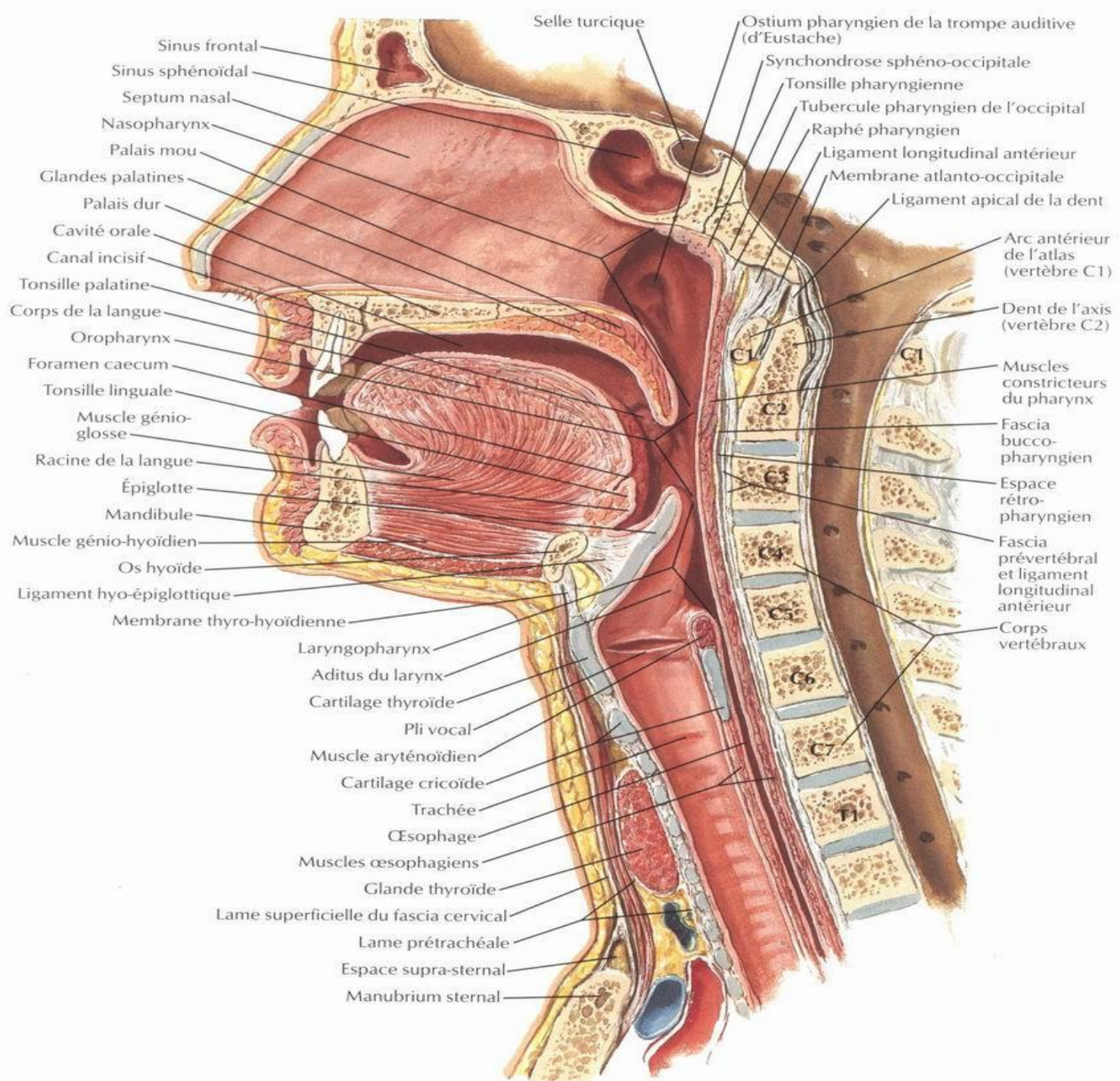
EXTENSION LATÉRALE:

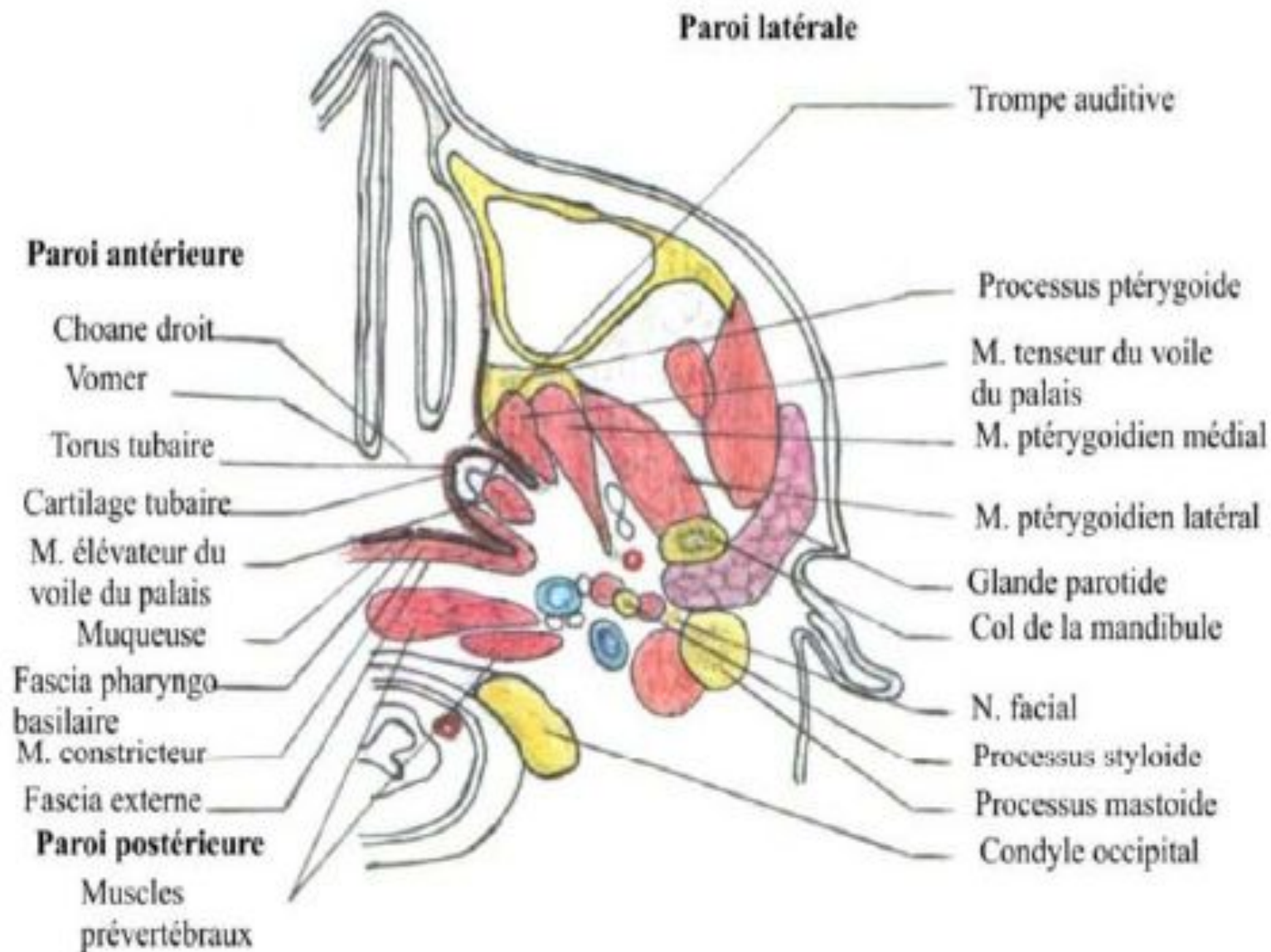
- Espace parapharyngée

- Fosse infratemporale:

ou se trouve les muscles ptérygoidiens → si atteinte de ces muscles → trismus → T4

EXTENSION INF: oropharynx ou la Tm peut être visible





## EXTENSION SUP:      **BASE DU CRANE**

- Base du crane → orifice de passage des paires crâniennes ( V , VII , IX , X , XII )
- Donc l'examen des paires crâniennes est un temps essentiel dans l'examen clinique du Kc du cavum

## EXTENSION POST:

Espace retropharyngien + vertèbres cervicales

## EXTENSION GONGLIONNAIRE:

- Kc très lymphophile → ADP très fréquente

A DISTANCE : Métastase

Os , foie , poumon

# ETUDE CLINIQUE:

## **A) CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE:**

- **Dic tardif = latence clinique** ( Tm qui se développe dans une cavité)
- **4 syndromes:**

### **1) SYNDROME GANGLIONNAIRE:**

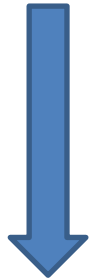
- Mode de révélation du kc du cavum
- Haute, dure, bien limitée, indolore, adhère a la peau et aux plans profonds
- Bilatérales
- Hautement situé: spinal , sous digastrique



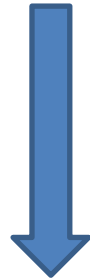


## **2) SYNDROME RHINOLOGIQUE:**

- Obstruction nasale progressive
- Tm infiltre la muqueuse



**Epistaxis**



**Surinfection bactérienne**

**( rhinorrhée purulente Ant et surtout Post)**

## **3) SYNDROME OTOLOGIQUE:**

- Otite seromuqueuse

( dysfonctionnement tubaire par envahissement de l'orifice tubaire)

#### **4) SYNDROME NEUROLOGIQUE: EXTENSION SUP**

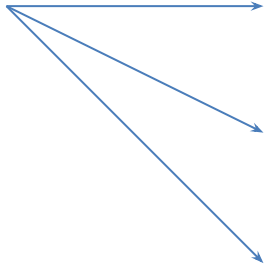
- Envahissement de la base du crane
- Atteintes des paires crâniennes

## B) EXAMEN CLINIQUE:

### 1) Examen rhinologique:

- Endoscopie nasale a l'optique rigide ou nasofibroscopie
- Permet de :
  - Confirme l'existence de la Tm
  - Le siège
  - L'aspect macroscopique
  - L'extension locale
  - Et surtout faire des **Biopsie**

## **2) Examen otologique:**

- Rechercher une OSM
- OMS 
  - Tympan bombant avec aspect inflammatoire
  - Aspect rétracté du tympan
  - Existence de bulles

## **3) Examen cervical:**

Rechercher des ADP ( Kc lymphophile)

## **4) Examen neurologique:**

Paires crâniennes

## **5) Examen général:** a la recherche de métastase

Os , foi , poumon

## C) EXAMEN COMPLÉMENTAIRES:

### 1) IMAGERIE:

#### TDM:

- Coupes axiales, coronales, sagittales
- De la base du crane au médiastin sup

( examine le cavum + les autres VADS a la recherche de Kc synchrone + les aires ggr a la recherche d'ADP non palpables )

#### IRM: **Examen de choix**

- Coupes axiales, coronales, sagittales
- Plus performant pour l'exploration des parties molles, l'endocrane, les espaces profonds lateropharyngiens.

## 2) BIOLOGIE:

### Sérologie EBV

- Intérêt pronostic: surveillance après TRT
- Outil de dépistage :
  - sujet a haut risque
  - Zone endémique
  - Cas familiaux

### 3) BILAN D'EXTENSION:

- Telethorax
- Echographie abdominopelvienne  
(Ou mieux TDM thoraco-abdominale)
- Scintigraphie osseuse
- TEP SCAN



# TRAITEMENT:

## BUTS:

- Eradiquer la Tm
- Améliorer la qualité de vie
- Eviter les récives

# MOYENS:

## 1) radiothérapie:

- TRT principal des UCNT : Tm radiosensible
- Sur le site tumoral et sur les aires ggr touchés
- 70 Gray ( 2 Gray/jr , 05 jr/sem)
- Dose prophylactique sur les aires ggr non touchés :  
50 Gray

## 2) Chimiothérapie:

- chimiothérapie d'induction: TPF ( taxotere, cisplatine, 5FU)
- Radio-chimiothérapie concomitante :  
Cisplatine 100 mg/m<sup>2</sup> chaque 21 jr.  
( TRT de référence)

## 3) La chirurgie:

Limitée au curage ggr pour les reliquats  
( après Radio-chimiothérapie )

## INDICATIONS:

**T1, T2, N0**  **Radiothérapie exclusive.**

**Le Reste**  **Radio-chimiothérapie  
concomitante**

# SURVEILLANCE:

## RYTHME :

- Chaque 3 mois pendant 2 ans
- Chaque 6 mois pendant 3 ans
- Chaque 1 ans a vie

## OBJECTIFS:



- 1) Détecter une récurrence locale
- 2) Détecter une récurrence ggr
- 3) Détecter une métastase
- 4) Rechercher un cancer métachrone
- 5) Rechercher les effets indésirables de la radiothérapie

## MOYENS:

- 1) Examen clinique
- 2) Nasofibroscopie ou optique rigide
- 3) TDM, IRM, Telethorax, échographie abdominale, scintigraphie osseuse, TEP SCAN.
- 4) Sérologie EBV

# Effets secondaires de la radiothérapie:

## 1) Sècheresse buccale: ( hyposialie = xérostomie)

- Due a la fibrose des glandes salivaires.
- Sècheresse buccale:  troubles de l'élocution
-  carries et nécrose dentaire

## 2) Radiomucite: inflammation d la muqueuse oropharyngée.

## 3) Radiodermite.

## 4) Dysfonctionnement tubaire: OSM

## 5) Osteonecrose : de l'os mandibulaire.



## **CONCLUSION:**

- **Maghreb = zone d'endémie**
- **Absence de rapport avec le Tabac et l'Alcool**
- **UCNT le plus fréquent**
- **Radiocurable et chimiosensible.**