

TUMEURS CERVICO-FACIALES ENORMES AU CENTRE HOSPITALIER DE MAHAJANGA

Huge cervico-facial tumor at Hospital University Center of Mahajanga

Njatosoa RF (1), Randriamalala AN (2), Herimalalaniaina AV (3), Rakotoarison RA (4),
Randrianandraina MP (1).

- (1) Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et d'Oto-Rhino-Laryngologie du Centre Hospitalier Universitaire Professeur Zafisaona Gabriel Mahajanga
- (2) Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale du Centre Hospitalier Universitaire Andohatapenaka
- (3) Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale du Centre Hospitalier Universitaire Anosiala, Antananarivo
- (4) Département de Chirurgie Buccale, Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar (IOSTM), Mahajanga

Auteur Correspondant :

Nom et prénoms : Njatosoa Rohamah Fahasoavana

Adresse : Département de Chirurgie Buccale, IOSTM,
Mahajanga, Madagascar

Email : njatosoas@gmail.com

Téléphone : +261 34 07 630 28

Résumé

Les tumeurs des voies aéro-digestives supérieures peuvent être volumineuses en cas de retard de prise en charge. L'objectif de ce travail était d'étudier les tumeurs cervico-faciales de taille historique. Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée au Service d'ORL du CHU PZaGa de Mahajanga sur une période de 5 ans, allant de janvier 2017 à décembre 2021. Les cas de tumeurs cervico-faciales de plus de 10 cm de grand axe durant notre période d'étude ont été retenus, faisant un total de 25 patients. L'âge moyen était de 35,04 ans avec un *sex ratio* de 1,45. La durée moyenne de l'évolution tumorale était de 3,34 ans. Une gêne fonctionnelle était rapportée chez 8 patients. Seize patients ont consulté un tradipraticien avant la consultation médicale. Le diamètre tumoral au plus grand axe était de 10 à 15cm pour 13 patients et de 25cm à 40cm pour 3 patients. La localisation glandulaire était rapportée chez 8 patients. Une exérèse tumorale était réalisée chez 17 patients et la durée moyenne de l'intervention était d'environ un peu moins de 4 heures (3,83 heures). La durée moyenne d'hospitalisation était de 5,75 jours. La tumeur était maligne chez 13 patients. Le retard de la prise en charge complique le pronostic, à cause du volume de la lésion qui risque de comprimer les voies aéro-digestives supérieures. Plusieurs facteurs régissent la réussite de ce traitement : la nature et localisation de la tumeur, l'existence de comorbidité, la résécabilité, la marge d'exérèse et la rupture capsulaire en per-opérateur.

Mots clés : Adénome thyroïdien, adénopathie cervicale, retard de prise en charge, tumeurs du cou, tumeurs des glandes salivaires.

Abstract

Tumors of the upper aero-digestive tract can be large if treatment is delayed. The objective of this work was to study head and neck tumors of historic size. This is a retrospective and descriptive study carried out at the Ear Nose and Throat (ENT) Department of the PZaGa University Hospital of Mahajanga over a period from January 2017 to December 2021. Head and neck tumors cases measuring more than 10 cm in long axis during our study period, who included 25 patients. The mean age was 35.04 years with a sex ratio of 1.45. The average duration of tumor progression was 3.34 years. Functional discomfort was reported in 8 patients. Sixteen patients consulted a traditional practitioner before the medical consultation. The tumor diameter at the longest axis was 10 to 15cm for 13 patients and 25cm to 40cm for 3 patients. Glandular location was reported in 8 patients. Tumor excision was performed in 17 patients whose average duration of the operation was at list 4 hours (3.83 hours). The average length of hospitalization was 5.75 days. The tumor was malignant in 13 patients. The delay in treatment complicates the prognosis, not only because of the volume of the lesion which risks compressing the upper aero-digestive tract, but also because of the risk of malignant transformation. Several factors govern the success of this treatment: the nature and location of the tumor, comorbidity, resectability, exeresis margin and intraoperative capsular rupture

Keywords : *Cervical lymph nodes, Delay of care, Neck tumor, Salivary gland tumors, Thyroid adenoma*

Liste des abréviations

- CHU PZaGa : Centre Hospitalier Universitaire Professeur Zafison Gabriel
- ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
- VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures

Introduction

L'objectif de ce travail était d'étudier les tumeurs cervico-faciales de taille historique. Les tumeurs cervico-faciales peuvent atteindre des dimensions énormes en l'absence de prise en charge [1]. Ces tumeurs peuvent comprimer les VADS, à l'origine d'une asphyxie ou d'une dysphagie [2]. Cette forme clinique évoluée est particulièrement fréquente dans les pays en développement à cause des conditions

socio-économiques et sanitaires locales [3].

La plupart des énormes tumeurs cervico-faciales rapportées sont des cas uniques mettant en évidence des techniques de prise en charge spécifiques [4, 5]. À travers cette étude, nous rapportons l'expérience d'un centre hospitalier Malagasy sur la prise en charge des tumeurs cervico-faciales volumineuses.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée au Service d'ORL du CHU PZaGa de Mahajanga sur une période de 5 ans allant de janvier 2017 à décembre 2021. Les cas de tumeurs cervico-faciales, mesurant plus de 10cm de grand axe ont été inclus dans cette étude. Vingt-cinq (25)

patients ont été retenus. Les variables étudiées étaient les caractères épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Les critères d'étude étaient les rapports entre la taille de la tumeur selon sa localisation, la durée d'évolution et le type histologique de la tumeur.

Résultats

L'âge moyen était de 35,04 ans avec un *sex ratio* de 1,45. La durée moyenne de l'évolution tumorale était de 3,34 ans [0,5-14 ans]. Seize patients consultaient un tradipraticien avant la consultation médicale. Les figures n°1, 2, 3, et 4 nous montrent l'étendue, la gravité et le retard de la prise en charge des patients.

Une gêne fonctionnelle était rapportée chez 8 patients. Le diamètre tumoral au plus grand axe était de 10 à 15cm pour 13 patients et de 25cm à 40cm pour 3 patients. La localisation glandulaire était rapportée chez 8 patients.

Une exérèse tumorale était réalisée

chez tous les patients dont 8 patients ont bénéficiés d'une chimiothérapie complémentaire. La durée moyenne de l'intervention était de 3,83 heures, soit un peu moins de 4 heures [20mn - 11 heures]. La durée moyenne d'hospitalisation était de 5,75 jours [1-18 jours]. La tumeur était maligne chez 13 patients. Après un recul de 1 an post-thérapeutique, une atteinte de la chaîne lymphatique est la plus fatale à 22,2%, suivie des cancers de la thyroïde (20,0%).

Les tableaux ci-après montrent les rapports entre la dimension des tumeurs et les différents paramètres.

Discussion

L'absence de signes fonctionnels au début de l'évolution de la tumeur et l'éloignement géographique contribuent au retard de consultation chez les patients présentant des tumeurs cervico-faciales

volumineuses. L'inaccessibilité financière aux soins en pourrait aussi être la cause. Ces situations sont des réalités fréquentes dans les pays en développement comme Madagascar.

Tableau I : Distribution des patients selon la durée moyenne d'évolution tumorale.

	Tissu lymphatique (n=9)	Thyroïde (n=6)	Naso-sinus (n=4)	Parotide (n=3)	Cavité buccale (n=3)
Taille moyenne	12,7cm [10-20cm]	12,7cm [10-17cm]	11,5cm [10-15cm]	26,0cm [13-40cm]	10,3cm [10-20cm]
Durée moyenne d'évolution	1,4 ans [0,4-2 ans]	5,2 ans [2-12 ans]	0,8 ans [0,5-1 ans]	9,0 ans [5-14 ans]	3,3 ans [2-4 ans]

Tableau II : Distribution des patients selon le type histologique des tumeurs.

	Tissu lymphatique (n=9)	Thyroïde (n=6)	Naso-sinus (n=4)	Parotide (n=3)	Cavité buccale (n=3)
Taille moyenne	12,7cm [10-20cm]	12,7cm [10-17cm]	11,5cm [10-15cm]	26,0cm [13-40cm]	10,33cm [10-20cm]
Tumeur bénigne (n=12)	Lymphangiome kystique=3	Adénome =3		Adénome pléomorphe=2	- Epulis =1 - Fibrome ossifiant=1 - Kyste salivaire=1
Tumeur maligne (n =13)	Lymphome=5	-Carcinome papillaire=2 -Carcinome anaplasique=1	- Carcinome épidermoïde=2 - Porocarcinome=1	Adéno-carcinome=1	Carcinome épidermoïde=1

Tableau III : Distribution des patients selon la taille moyenne de la tumeur (grand axe) selon sa localisation par rapport au type de traitement, à la durée de la chirurgie et à la survie postopératoire.

	Tissu lymphatique (n=9)	Thyroïde (n=6)	Naso-sinus (n=4)	Parotide (n=3)	Cavité buccale (n=3)
Taille moyenne	12,7cm [10-20cm]	12,7cm [10-17cm]	11,5cm [10-15cm]	26,0cm [13-40cm]	10,33cm [10-20cm]
Traitement chimio-chirurgical (n=8)	4	1	1	1	1
Traitement chirurgical (n=17)	5	5	3	2	2
Durée moyenne de la chirurgie	3,4 heures [0,5-8h]	3,6 heures [1,7-6h]	3,1 heures [5-6h]	5,5 heures [5-6h]	1,2 heure [0,5-1,7h]
Survie à 1 an	22,2%	20,0%	0%	0%	0%

Plus la durée d'évolution de la tumeur est longue, plus le volume tumoral est important. Cette constatation a été objectivée chez les patients présentant une tumeur parotidienne de 26cm de diamètre, et évoluant depuis 9 ans en moyenne (tableau I). De plus, une consultation chez le tradi-praticien peut entraîner une prise en charge inappropriée et un retard de diagnostic, aboutissant à la complication de la pathologie. Une prise en charge multidisciplinaire précoce permet d'avoir un bon pronostic, ou tout au moins allonger la survie du patient [6]. Madagascar

représente encore un taux élevé des tumeurs de la VADS [7].

Malgré la taille moyenne et le type histologique des tumeurs lymphatiques, la localisation glandulaire est plus fréquente et majoritaire. Cette atteinte de la chaîne lymphatique est la plus fatale à 22,2% de notre cas (tableau III). Elle s'expliquerait par le caractère lymphophile de certaines tumeurs de la VADS [7]. Compte tenu de la taille importante de ces tumeurs et de leur malignité, elles peuvent à la fois comprimer les VADS et engager le pronostic vital du patient. Cette compression pourrait être à

l'origine de complication per opératoire. En effet, la ventilation du patient au cours de l'induction anesthésique pourrait être gênée par cette compression, à l'origine d'une intubation difficile, voire impossible. La compression des VADS due à une poussée tumorale volumineuse nécessite une habileté de l'anesthésiste lors de l'intubation [8]. Nous n'avons pas pratiqué une trachéotomie sur nos patients car l'intubation était possible dans tous les cas malgré l'accessibilité difficile. Pourtant, l'intubation trachéale rétrograde était possible qui est une technique alternative de la fibroscopie en cas d'intubation difficile prévue [9]. Ainsi, la localisation cervico-faciale de ces tumeurs augmente la difficulté de gestion des voies aériennes au cours de la chirurgie [2, 6].

Les tumeurs bénignes sont indolores. Tels étaient les cas de l'adénome pléomorphe, l'épulis, le kyste des glandes salivaires et le fibrome ossifiant dans notre échantillon. Elles ne présentaient aucuns symptômes particuliers, sauf si le volume tumoral commence à comprimer les éléments anatomiques avoisinants, induisant à des gênes fonctionnelles [4]. Cette évolution lente des signes fonctionnels explique le retard de consultation chez les patients présentant une gêne. Dans tous les cas, toutes ces tumeurs bénignes ont été traitées par une chirurgie d'exérèse seule (tableau III). Elles sont en général de bon

pronostic avec une suite opératoire simple [4]. Par ailleurs, une éventuelle rupture capsulaire peropératoire favorise la récurrence post-thérapeutique, surtout en cas de la tumeur volumineuse que ce soit bénigne ou maligne.

Pour les tumeurs malignes, les principaux paramètres de pronostic sont la localisation, le stade TNM (*Tumor Nodes Metastasis*), l'agressivité tumorale, l'existence de comorbidité, la résecabilité, et la possibilité d'une importante marge d'exérèse [10, 11]. Le lymphome, les carcinomes, le porocarcinome, et l'adénocarcinome étaient représentés dans notre étude. En effet, quel que soit le type de traitement, chimio-chirurgical ou chirurgie seule, la localisation cervicale avec atteinte du tissu lymphatique est plus fatale par rapport aux autres tumeurs (tableau III). Ces paramètres influencent le pronostic et compliquent la prise en charge, indépendamment de la nature histologique de la tumeur. Certaines tumeurs malignes peuvent être sensibles à la chimiothérapie et/ou à la radiothérapie mais la chirurgie d'exérèse associée à un évidement celluloganglionnaire cervical reste la principale thérapie à leur stade avancé [12]. Une radiochimiothérapie est nécessaire pour les cancers des VADS. L'étendue de la lésion et la réponse immunologique contre les cellules cancéreuses influencent le résultat du traitement [13]. La chirurgie

fonctionnelle des tumeurs cervico-faciales est plus compliquée par leur nature maligne que par leur volume [1], d'autant plus qu'il

y a ces paramètres suscités qui régissent la réussite du traitement.

Conclusion

Les tumeurs cervico-faciales sont de diverses natures. Le retard de la prise en charge complique le pronostic, à cause du volume de la lésion, et le possible caractère malin de la tumeur. La prise en charge de ces tumeurs volumineuses est multidisciplinaire, ne serait-ce que pour les formes malignes qui nécessiteraient des traitements oncologiques adjuvants. L'intubation est difficile en cas de

compression des voies aéro-digestives supérieures. La taille, la localisation et la nature de la tumeur impactent sur le type de traitement, la durée de l'intervention et le pronostic.

La sensibilisation de la population malagasy serait nécessaire pour prévenir le retard de prise en charge des tumeurs cervico-faciales.

Références

1. Attifi H, Hmidi M, Boukhari A, Touihem N, Kettani M, Zalagh M, Messary A. Expérience oto-rhino-laryngologique de l'hôpital marocain de campagne en Guinée Conakry. *Panafr med J* 2014;18:19:40.
2. Gezer ÖH, Oguzkurt P, Temiz A, Bolat FA, Hiçsönmez A. Huge Neck Masses causing respiratory distress in neonates: two cases of congenital cervical teratoma. *Pediatrics and Neonatology* 2016;57:526-530.
3. Faye MB, de Rotalier P. Particularités des affections oto-rhino-laryngologiques en milieu tropical. *Encycl Med Chir Otorhinolaryngologie*. [20-925-A-10]. 2009.
4. Rai A, Sharma S, Shrivastva P, Singh M. A Huge Pleomorphic adenoma of the submandibular salivary gland. *BMJ Case report*. 2018 Mar 16:2018:bcr2017222249.
5. Mabewa AA, Njile J, Mushi A, Kabala R, Ngaa T, Agapiti T *et al*. A two killograms euthyroid goiter in singida regional referral hospital, central Tanzania: Case report. *Int J surg Case report* 2020;77:430-433.
6. Njifou N A, Ngnembi AR, Essama L, Fewou A, Kouotou EA, Minka E *et al*. Aspect anatomo-pathologiques des cancers ORL et Cervico-faciaux à l'Hopital Général de Douala. *Health Sci.Dis*. 2018;(3):39-44.
7. Randriamanovontsoa NE, Hasiniatsy NRE, Razakanaivo M, Rafaramino F. Caractéristiques épidémiocliniques des cancers des voies aérodigestives supérieures au Service Oncologie du

- CHUA/JRA de 2008 à 2012. Rev. Méd. Madag. 2015;5(3):623-5.
8. Pynnonen MA, Gillespie MB, Roman B, et al. Clinical Practice Guideline: Evaluation of Neck Mass in Adults. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;157(2):S1-S30.
 9. Randrianirina HH, Randrianandraina MP, Rasamimanana NG, Raotoson HS, Rajaonera AT. Intubation rétrograde dans un centre à ressources limitées. Quel matériel utilisé en alternative? *Head and Neck journal of Madagascar*. 2021;2:193-7.
 10. Auperin A, Melkane A, Luce D, Temam S. Épidémiologie des cancers des voies aéro-digestives supérieures. *Epidemiology of head and neck cancers*. 2011;20(2):102-6.
 11. Shafqat AS, Syed AA, Muhammad E, Bushra A, Talha AQ, Amna K. To assess the aggressiveness of oral squamous cell carcinoma in the young population. *J Pak Med Assoc*. 2022;72:1937-40.
 12. Chabrillac E, Even C, Martineau VC, Fakhry N, Digue L, Plana AM et al. Cancer rare de la tête et du cou sous l'égide du REFCOR, partie 2. *Bulletin du Cancer*. 2023;110(6):700-6.
 13. Hadzig M, Tixier F, Defaux AB, Frouin E, Parquet L, Dufour X. et al. Confrontation des données de la TEP/TDM au 18FDG initiale aux statuts p16 (INK4a) et HPV des cancers des VADS localement avancés traités par radiochimiothérapie. *Médecine Nucléaire*. 2017;41(3):195.

Figures



Figures 1 : Lymphome cervical. (Service ORL au CHU PZaGa Androva Mahajanga, 2019)



Figures 2 : Carcinome thyroïdien. (Service ORL au CHU PZaGa Androva Mahajanga, 2021)



Figures 3 : Carcinome naso-sinusien. (Service ORL au CHU PZaGa Androva Mahajanga, 2018)



Figures 4 : Kyste de la glande salivaire (Service ORL au CHU PZaGa Androva Mahajanga, 2017)